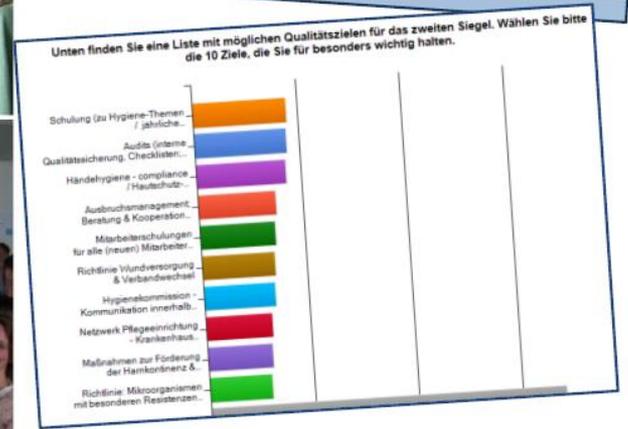
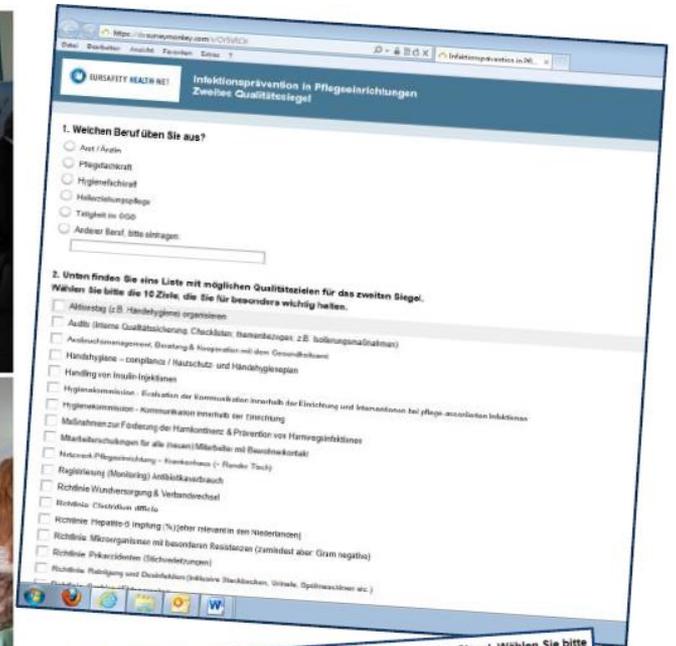
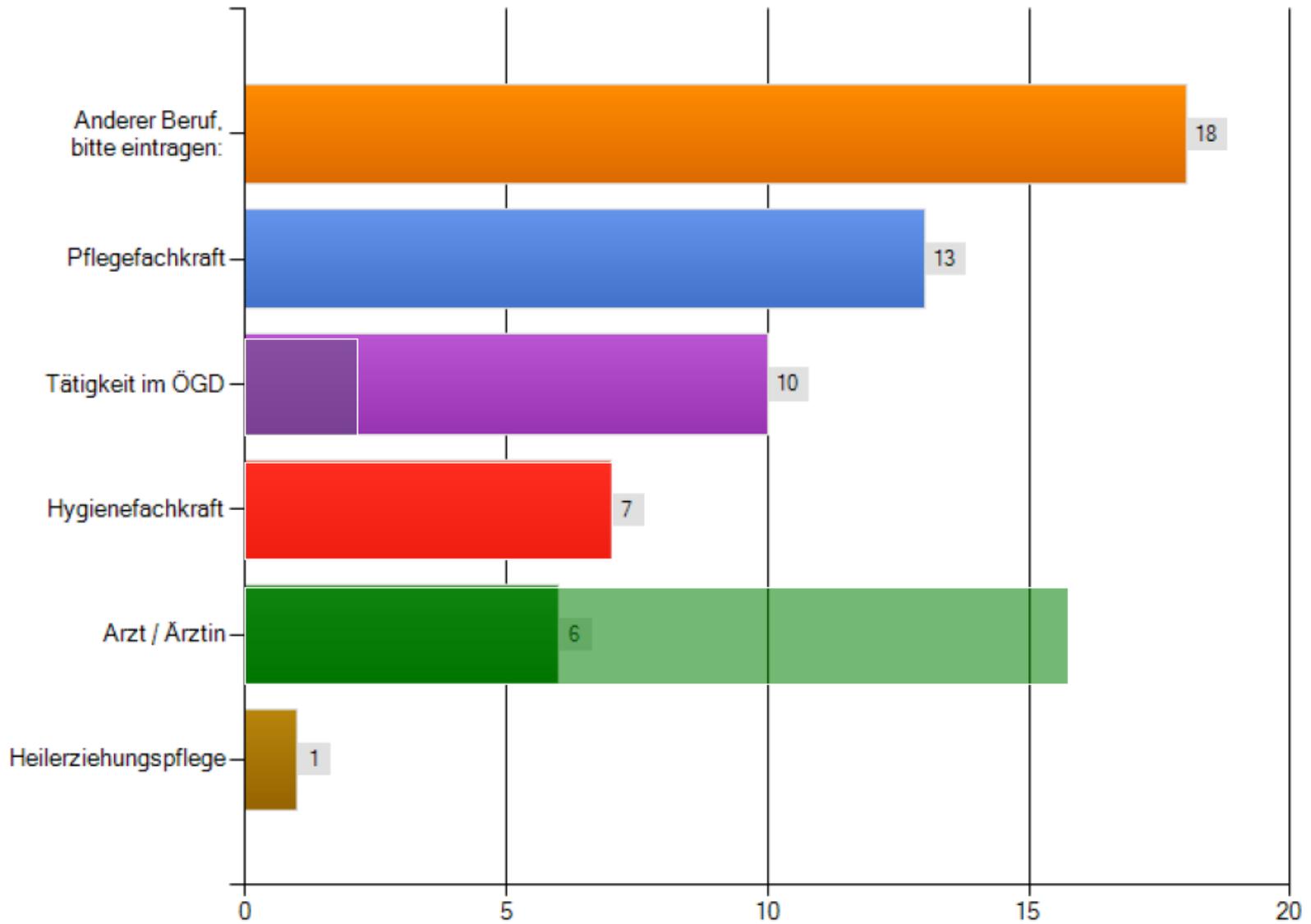




Auditorenschulung Zweites Qualitätssiegel für Altenheime







		NL	D
Hygienekommission - Kommunikation innerhalb der Einrichtung		81,1	57,6%
Hygienekommission - Evaluation der Kommunikation innerhalb der Einrichtung und Interventionen bei pflege-assoziierten Infektionen		29,5	40,7%
Händehygiene – compliance / Hautschutz- und Händehygieneplan		81,8	72,9%
Aktionstag (z.B. Händehygiene) organisieren		54,5	45,8%
Richtlinie: Clostridium difficile		29,5	35,6%
Registrierung (Monitoring) Antibiotikaverbrauch		38,6	27,1%

		NL	D
Richtlinie: Mikroorganismen mit besonderen Resistenzen (zumindest aber: Gram negative)		52,3	52,5%
Richtlinie: Prikaccidenten (Stichverletzungen)		40,9	18,6%
Richtlinie: Hepatitis-B Impfung (%) [eher relevant in den Niederlanden]		20,5	1,7%
Richtlinie: Reinigung und Desinfektion (inklusive Steckbecken, Urinale, Spülmaschinen etc.)		63,6	47,5%
Richtlinie: Scabies / Ektoparasiten		4,5	16,9%
Maßnahmen zur Förderung der Harnkontinenz & Prävention von Harnwegsinfektionen		43,2	54,2%



NL D

Schulung (zu Hygiene-Themen / jährliche Auffrischkurse)		68,2	79,7%
Mitarbeiterschulungen für alle (neuen) Mitarbeiter mit Bewohnerkontakt		61,4	64,4%
Netzwerk Pflegeeinrichtung – Krankenhaus (= Runder Tisch)		20,5	54,2%
Audits (interne Qualitätssicherung, Checklisten; themenbezogen; z.B. Isolierungsmaßnahmen)		50,0	76,3%
Richtlinie: Tiere in Pflegeeinrichtungen		11,4	42,4%
Handling von Insulin-Injektionen		27,3	30,5%
Ausbruchsmanagement; Beratung & Kooperation mit dem Gesundheitsamt		52,3	64,4%
Richtlinie Wundversorgung & Verbandwechsel		50,0	61,0%



1. Schulung Hygiene
2. Audits
3. Handhygiene
4. Mitarbeiterschulung
5. Ausbruchsmanagement
6. Wundverzorgung
7. Kommunikation in Einrichtung
8. Harnkontinenz/UTI
9. Netzwerk met KH
10. BRMO



1. Kommunikation in Einrichtung (7)
2. Handhygiene (3)
3. Schulung Hygiene/HKMers (1)
4. Reinigung & Desinfektion (0)
5. Mitarbeiterschulung (4)
6. Aktionstage IP (0)
7. BRMO (10)
8. Ausbruchsmanagement (5)
9. Audits (2)
10. Wundverzorgung (6)



Mit euPrevent soll die Lebensqualität der Bürger in der EMR verbessert werden. Dies soll durch Gesundheitsförderung im weitesten Sinne des Wortes umgesetzt und durch grenzüberschreitende Zusammenarbeit zwischen vielen Gesundheitsorganisationen der EMR realisiert werden.

[Programma's](#)

[Stiftung euPrevent](#)

euPrevent Programme

Infektionsprävention

Übergewicht

Sucht

Seelische Gesundheit

Umweltmedizin

Empowerment

Infektionsprävention

Das Programm euPrevent Infektionsprävention fördert die Sicherheit der Patientinnen und Patienten in der EMR durch die Unterstützung der Bekämpfung von Infektionskrankheiten. Dabei konzentrieren sich unsere Bemühungen zum einen auf die Vermittlung des aktuellsten Wissens bezüglich Hygiene und Infektionsprävention an die im Gesundheitswesen professionell Tätigen sowie die Bürgerinnen und Bürger, zum anderen werden die Einrichtungen des Gesundheitswesens durch Expertenwissen und das Schaffen von Strukturen in ihrer Arbeit unterstützt.

[Programm Infektionsprävention](#)

Veranstaltungen

4th Maastricht Symposium on Immune Compromised Traveller

01-04-2016 [Informationen](#)

8. Gesundheitskonferenz EMR: 5 Jahre EU-Richtlinie Patientenmobilität

11-12-2015 [Registrieren](#)

Minikonferenz euPrevent-Sucht

24-02-2015 [Informationen](#)

Symposium Indoor Environment 2014

17-11-2014 [rückblick](#)

Veröffentlichung des zweiten Qualitätssiegels für Alten- und Pflegeheime



[mehr lesen](#)



euPrevent Qualitätssiegel

[ansehen](#)

Ziel der Stiftung euPrevent ist es, die Lebensqualität der Bürgerinnen und Bürger in der EMR zu verbessern.

Durch die Vergabe der euPrevent-Qualitätssiegel an Einrichtungen des Gesundheitswesens, wie beispielsweise Krankenhäuser oder Alten- und Pflegeheime, wird ein wichtiger Beitrag zur Verbesserung der Hygiene und des Infektionsschutzes in dieser Region geliefert. Dabei sind an diesem Prozess die jeweiligen Einrichtungen, die zuständigen Gesundheitsämter und die Stiftung euPrevent in einem kooperativen Miteinander beteiligt.

Anhand der verliehenen Qualitätssiegel wissen die Bürger der EMR: in dieser Einrichtung werden Hygiene und Infektionsschutz ernst genommen und die notwendigen Maßnahmen zum Schutz der Bevölkerung durchgeführt.

[zurück - euPrevent portal](#)

Region:  Deutschland ▾



euPrevent Qualitätssiegel
Krankenhaus

 Erstes Siegel  Zweites Siegel

euPrevent Qualitätssiegel
Altenheim

 Erstes Siegel  Zweites Siegel

euPrevent Qualitätssiegel
Reha-Klinik

öffnet bald

euPrevent Qualitätssiegel
Amb. Pflege

öffnet bald

Allgemein

Anforderungen

Auditoren

Erstellungshilfen

Literatur

Schulungsdateien

Siegel

[zurück](#)

Zweites Altenheimsiegel

Auf der Basis der Erfahrungen mit der Erstellung und der Umsetzung des ersten Siegels, wurde im Landeszentrum für Gesundheit (LZG) in Münster eine Arbeitsgruppe gebildet, die die Entwicklung der zweiten Siegelstufe in Angriff nahm. Auf der Basis einer euregionalen Online-Abstimmung wurden 10 Qualitätsziele definiert und gemeinsam aufeinander abgestimmt. Um die teilnehmenden Institutionen bestmöglich unterstützen zu können, wurden wieder eine Reihe von Erstellungshilfen und –dokumente erarbeitet, die den Einrichtungen zur Verfügung gestellt werden.



Beschreibung	Maximale QP
1 Hygienekommission	10
2 Händehygiene	10
3 Mikroorganismen mit besonderen Resistenzen	10
4 Mitarbeiterschulungen für Mitarbeiter mit Bewohnerkontakt	10
5 Einarbeitungskonzept	10
6 Hausinternes Hygiene-Audit: „Händehygiene“	10
7 Verfahrensanweisung „Ausbruchsmanagement“	10
8 Wundversorgung und Verbandswechsel	10
9 Verfahrensanweisung „Reinigung und Desinfektion“	10
10 Prävention von Harnwegsinfektionen	10
Gesamtpunktzahl (Maximale QP)	100 QP

Erläuterung der Qualitätsziele

- Zur Erlangung des Qualitätssiegels müssen mind. 70 % der Gesamtpunkte (d.h. 70 QP) erreicht werden
- In jedem Qualitätsziel müssen Punkte erworben werden bzw. die Mindestanforderung erfüllt sein

Erläuterung der Qualitätsziele

- Das Qualitätssiegel ist für **3 Jahre** gültig
 - Nach Ablauf dieses Zeitraums sollen von den angeführten 100 QP mind. 80 % (d.h. 80 Punkte) erfüllt sein
- oder**
- Nach Ablauf dieses Zeitraums wird eine dritte Siegelstufe angeboten (???)

QZ 1

Hygienekommission



QZ 1: Hygienekommission

Ziel:

- Die Einrichtung hat eine **regelmäßig tagende** Hygienekommission oder ein vergleichbares Gremium
- und **funktionierende** Kommunikationsstrukturen.

Infektionsprävention in Heimen

Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (RKI)



ROBERT KOCH INSTITUT



4.3 Hygienekommission

Infektionsprävention kann nur als eine Aufgabe der gesamten Einrichtung erfolgreich sein. Insofern ist es erforderlich, für die Erörterung von Fragen der Infektionsprävention zwischen allen Beteiligten (Träger, Verwaltung, Ärzten und Pflegepersonal, evtl. Bewohner selbst oder deren Angehörige) ein geeignetes Forum zu schaffen, in dem einrichtungsspezifische Problemlösungen erarbeitet werden. Zweckdienlich ist die Bildung einer regelmäßig tagenden „Hygienekommission“ – bestehend aus je einem Mitglied der relevanten Berufsgruppen ggf. unter Hinzuziehung eines beratenden Krankenhaushygienikers und evtl. unter Einbeziehung des gesetzlich vorgeschriebenen Heimbeirats. Aufgabe dieses Forums wäre die Festlegung der Schwerpunkte für die Infektionsprävention entsprechend den in der jeweiligen Institution gegebenen Erfordernissen und das Erreichen einer breiten Akzeptanz als Voraussetzung für den Erfolg.

QZ 1: Hygienekommission

Beurteilungskriterien:

- Hygienekommission oder vergleichbares Gremium
- Beteiligung der Geschäftsführung
- Geschäftsordnung, die als Mindestanforderung die Inhalte der beigefügten Muster-GO enthält

QZ 1: Hygienekommission

Beurteilungskriterien:

- Hygienekommission tagt mind. zweimal im Jahr

- Einrichtung von Kommunikationsstrukturen:
 - Vorlage einer Verfahrensanweisung bzw. SOP zu den Kommunikationsstrukturen;
 - Vorlage von Beispielen für die Informationsweiterleitung;
 - Mitteilungen/Berichte im IntraNet;
 - Interne Hausmitteilungen;
 - Briefe von der Hygienekommission bzw. an die Hygienekommission.

QZ 1: Hygienekommission

Muster: Geschäftsordnung der Hygienekommission

Grundsatz

Die Hygienekommission unterstützt den Träger der Pflegeeinrichtung in seiner Aufgabe, die organisatorischen und personellen Voraussetzungen für die Einhaltung der Grundsätze der Asepsis und Antisepsis in der Einrichtung sicherzustellen und für die Durchführung der Maßnahmen zu sorgen.

Aufgaben

- Analyse der hygienischen Verhältnisse
- Analyse der nosokomialen Infektionen
- Festlegung der erforderlichen Präventions- und Bekämpfungsmaßnahmen unter Einbeziehung therapeutischer Maßnahmen
- Kontrolle der Hygiene in den Ver- und Entsorgungsbereichen
- Entgegennahme des Tätigkeitsberichts des Hygienebeauftragten und den daraus resultierenden Hygiene- und Desinfektionsplänen, die Genehmigung neuer oder geänderter Hygiene- und Desinfektionspläne sowie deren Einhaltung und Überwachung
- Mitwirkung bei der Planung und Beschaffung technischer und bei der Planung baulicher Einrichtungen in der Pflegeeinrichtung soweit diese hygienerelevant sind
- Mitwirkung bei der Aufstellung von Organisationsplänen über den Funktionsablauf in den verschiedenen Bereichen der Pflegeeinrichtung soweit diese hygienerelevant sind
- Mitwirkung bei der Fortbildung des Personals auf dem Gebiet der Hygiene

Zusammensetzung

Ständige Mitglieder

- Träger bzw. Leitung der Einrichtung
- Pflegedienstleitung
- Verwaltungsleitung
- Hygienebeauftragter in der Altenpflege
- Evtl. Hygieniker oder Hygienefachkraft
- Leitung der Wirtschaftsabteilung
- Leitung der technischen Abteilung

Mitglieder in beratender Funktion

- Betriebs-/Personalarzt
- Betriebs-/Personalrat
- Ärzte
- Stationsleitungen
- Apotheker
- Hauswirtschaftsleitung
- Leitung der Küche

Vorsitz

Den Vorsitz der Hygienekommission führt der Träger bzw. die Leitung der Pflegeeinrichtung

Sitzungshäufigkeit

Sitzungen finden mindestens 2mal jährlich statt. Im Bedarfsfall oder auf Antrag von mindestens zwei Mitgliedern der Hygienekommission beruft der Träger/Leiter der Pflegeeinrichtung zu einer außerordentlichen Sitzung ein

Die Sitzungen sind nicht öffentlich

Einladung / Tagesordnung

Die Einladung erfolgt mindestens drei Wochen vor der Sitzung. Die Tagesordnung wird mit der Einladung versendet

Beschlüsse und Beschlussfähigkeit

Beschlüsse der Hygienekommission werden mit einfacher Stimmenmehrheit gefasst

Die Hygienekommission ist beschlussfähig, wenn vier ständige Mitglieder anwesend sind

Schriftführung

Die Schriftführung obliegt dem Hygienebeauftragten/Altenpfleger

Sitzungsprotokoll

Über jede Sitzung ist ein Ergebnisprotokoll anzufertigen, das innerhalb von vier Wochen nach jeder Sitzung an die Teilnehmer zu versenden ist

Inkrafttreten

Die Geschäftsordnung tritt am tt.mm.jjjj in Kraft.

Unterschrift des Trägers / Leitung der Pflegeeinrichtung

QZ 1: Hygienekommission

1.1. Einbindung von Entscheidungsträgern (16.11.2012)

Die Einbindung von Entscheidungsträgern ist eine der wichtigsten Voraussetzungen für das Funktionieren einer Hygienekommission. Welche Personen als Entscheidungsträger fungieren ist von der jeweiligen Organisationsstruktur der Einrichtung abhängig und damit individuell. In kleinen Einrichtungen sind häufig mehrere Funktionen in einer Person vereint (z.B. Heimleitung ist gleichzeitig Pflegedienstleitung). Bei Einrichtungen von Konzernen oder anderen übergeordneten Institutionen und Organisationen besteht dagegen die Möglichkeit, dass die letztlichen Entscheidungsträger nicht vor Ort tätig sind und somit den Kommissionssitzungen nicht beiwohnen können.

Insofern sind Abweichungen zu den Vorgaben der Muster-Geschäftsordnung zu erwarten. Diese Abweichungen sind akzeptabel, wenn

- die oberste vor Ort tätige Leitungsperson des Heimes (z.B. Geschäftsführung, Heimleitung) Kommissionsmitglied ist,
- die Entscheidungen der Hygienekommission verbindlich sind. Dies ist auch dann der Fall, wenn die Beschlüsse bzw. das Protokoll der Kommission eine nachträgliche Genehmigung einer zentralen Geschäftsführung erfordern.

QZ 1: Hygienekommission

1.2. Gemeinsame Hygienekommission für zwei Einrichtungen (04.02.2013)

Bei Einrichtungen gleicher Trägerschaft und örtlicher Nähe stellt sich die Frage, ob eine Hygienekommission für zwei oder mehr Einrichtungen tätig sein kann.

Eine solche Vorgehensweise ist akzeptabel wenn folgende Bedingungen erfüllt werden:

- die Einrichtungen sind in gleicher Trägerschaft,
- jede Einrichtung erfüllt separat die Bedingungen in Bezug auf die Bereitstellung von hygienebeauftragter Kraft bzw. deren Stellvertretung,
- in der Hygienekommission sind aus jedem Haus die geforderten ständigen Mitglieder (s. Muster der Hygienekommission) vertreten,
- die in der Hygienekommission getroffenen Beschlüsse werden in beiden beteiligten Einrichtungen umgesetzt.

QZ 1: Hygienekommission

1.3. Integration der Hygienekommission in bereits bestehende Arbeitskreise (12.02.13)

Vor allem kleinere Einrichtungen erfahren durch die Bildung und Tätigkeit der Hygienekommission eine erhebliche Ressourcenbindung. Hier stellt sich die Frage, ob die Aufgaben und Tätigkeiten einer Hygienekommission auch von bereits bestehenden Arbeitskreisen erfüllt werden können.

Eine solche Vorgehensweise ist akzeptabel

- wenn die zum QZ 1 gehörenden Vorgaben erfüllt werden,
- die Einbindung von Entscheidungsträgern gegeben ist (siehe FAQ 1.1),
- der betreffende Arbeitskreis zumindest im Bereich der Hygiene auf der Grundlage einer Satzung arbeitet und
- Über die Sitzungen gibt es Protokolle, aus denen die hygienebezogene Tätigkeit hervorgeht.

QZ 1: Hygienekommission

Grundelemente der Geschäftsordnung

- Beteiligung der Geschäftsführung
- Führen von Protokollen
- Führen von Anmerklisten
- Mindestens zwei Sitzungen pro Jahr

**Bestandteil des ersten Qualitätssiegels:
QZ 1 → Verstetigung!**

QZ 1: Hygienekommission

Punktevergabe:

- Hygienekommission: 3 QP
- Zwei Tagungen/Jahr + Protokolle: 3 QP
- Kommunikationsstrukturen: 4 QP

QZ 2

Händehygiene



QZ 2: Händehygiene

Ziel:

- Die Einrichtung erhebt Daten zur Compliance der Händehygiene ihrer Mitarbeiter/-innen.

QZ 2: Händehygiene

Beurteilungskriterien:

- Ermittlung des monatlichen/quartalsweisen/jährlichen Verbrauchs von Händedesinfektionsmittel
→ Bewertung der letzten 12 Monate
- Teilnahme an der Aktion „Saubere Hände“
- Aufführen von zusätzlichen Parametern

QZ 2: Händehygiene

Logo der Institution		Tabelle „Erfassung des Desinfektionsmittelverbrauchs“	 EUSAFETY HEALTH-NET	Seite 1 von 3
----------------------	---	---	---	---------------

Name des Pflegeheims: _____ Anzahl der Pflegeheimplätze: _____

20XX Verbrauchsdaten				
Monat	Wohnbereich A	Wohnbereich B	Wohnbereich C	Wohnbereich D
Januar				
Februar				
März				
April				
Mai				
Juni				
Juli				
August				
September				
Oktober				
November				
Dezember				
Verbrauch pro Wohnbereich	_____ml	_____ml	_____ml	_____ml

QZ 2: Händehygiene

Logo der Institution		Tabelle „Erfassung des Desinfektionsmittelverbrauchs“	 EURSAFETY HEALTH-NET	Seite 2 von 3
----------------------	---	---	--	---------------

Berechnung Händedesinfektionsmittel-Verbrauch in ml pro Pflegeheimtag

$$\frac{\text{Händedesinfektionsmittelverbrauch in ml im Kalenderjahr}}{\text{Pflegeheimplätze im Kalenderjahr} \times 365} = \text{_____ ml}$$

Berechnung Anzahl durchgeführter Händedesinfektionen pro Pflegeheimtag

$$\frac{\text{Händedesinfektionsmittelverbrauch in ml pro Pflegeheimtag}}{3} = \text{_____}$$

QZ 2: Händehygiene

Logo der Institution		Tabelle „Erfassung des Desinfektionsmittelverbrauchs“	 EURSAFETY HEALTH-NET	Seite 3 von 3
----------------------	---	---	--	---------------

Erhobene Daten			Berechnete Daten	
Jahresverbrauch Händedesinfektionsmittel in ml	Anzahl der Pflegeheimplätze im Jahr	Anzahl der Pflegeheimtage	Händedesinfektionsmittel- Verbrauch in ml pro Pflegeheimtag	Anzahl der Händedesinfektionen pro Pflegeheimtag
_____ ml	_____	_____	_____ ml	_____

Zusätzliche Erhebungsdaten				
Kitteltaschenflaschen	Gebindegröße			

QZ 2: Händehygiene

Punktevergabe:

- Übermittlung der Werte und Teilnahme an der Aktion „Saubere Hände“: 8 QP
- Übermittlung der Zusatzparameter: 2 QP

QZ 3

Mikroorganismen mit besonderen Resistenzen



QZ 3: Mikroorganismen mit besonderen Resistenzen

Ziel:

- Nachweis und Umsetzung der an die teilnehmende Einrichtung angepassten NLGA-Richtlinie zum Umgang mit MRE oder einer vergleichbaren Richtlinie/Empfehlung.

QZ 3: Mikroorganismen mit besonderen Resistenzen

Beurteilungskriterien:

- Anpassung der NLGA-Richtlinie oder einer vergleichbaren Richtlinie/Empfehlung
- Schulung und ggf. Unterweisung vor Ort durch die/den Hygienebeauftragte(n) oder der Stellvertretung

QZ 3: Mikroorganismen mit besonderen Resistenzen

Information MRSA-Netzwerke in Niedersachsen



**Methicillin-resistente
Staphylococcus aureus (MRSA)**

Alten- und Pflegeeinrichtungen

Stand: 03/2015

Alten- und Pflegeeinrichtungen

Inhalt

1. Allgemeine Informationen	1
Eigenschaften von <i>Staphylococcus aureus</i>	1
Eigenschaften von MRSA	1
MRSA Varianten	2
Probleme mit MRSA	2
Verlegbarkeit von MRSA-positiven Patienten	3
2. Spezielle Informationen für Alten- und Pflegeeinrichtungen	3
Spezifische Sachverhalte in Alten- und Pflegeheimen	3
Vorgaben zu MRSA in Hygieneplänen	4
3. Maßnahmen bei MRSA in Alten- und Pflegeeinrichtungen	4
3.1 Sicherung des Informationsflusses	4
Information des Personals	4
Informationen seitens des Krankenhauses	4
Informationen an betroffene Bewohner/Patienten	4
Informationen an Krankenhäuser bei Einweisung	5
Festlegungen und Informationen seitens des behandelnden Arztes	5
3.2 Transporte von MRSA-positiven Personen	5
Information des Transportdienstes	5
Vorbereitende Maßnahmen	5
3.3 Unterbringung von Bewohnern/Patienten mit MRSA	5
Unterbringung: Bewohner/Patienten mit geringer Keimbelastung	6
Unterbringung: Bewohner/Patienten mit hoher Keimbelastung	6
Zusammenlegen mehrerer MRSA-Träger	6
Durchführung pflegerischer Tätigkeiten	7
3.4 Therapie/Sanierung von Bewohnern/Patienten mit MRSA	7
Situation nach einem Krankenhausaufenthalt	7
Durchführung von Sanierungen	7
Antibiotische Therapie bei MRSA	7
3.5 Allgemeine Hygienemaßnahmen	7
Händehygiene	7
Verwendung persönlicher Schutzausrüstung	8
Umgang mit Pflegehilfsmitteln, Utensilien und Medizinprodukten	8
Umgang mit Abfällen, Wäsche und Geschirr	8
3.6 Reinigung der Zimmer betroffener Bewohner/Patienten	9
Organisation der Zimmerreinigung	9
Durchführung der Schlussdesinfektion	9
3.7 Weitere Maßnahmen	9
Abstrichkontrollen	9
Beschränkungen für Personalmitglieder	9
Glossar	10

QZ 3: Mikroorganismen mit besonderen Resistenzen

Information

MRSA-Netzwerke in Niedersachsen



MRGN und ESBL-Bildner in Alten- und Pflegeeinrichtungen

1. Allgemeine Informationen

Die Kürzel MRGN steht für Multiresistente gramnegative Stäbchen. Bei „gramnegativen Stäbchen“ handelt es sich um stäbchenförmige Bakterien, die meist der normalen Flora des menschlichen Darms entstammen. Hierzu gehören z. B. Colibakterien, Klebsiella-, aber auch Proteus-, Serratia-, Enterobacter-, Hafnia-, Citrobacter-, Pseudomonas- und Salmonella-Arten.

Gramnegative Stäbchen sind normalerweise nicht krankmachend, können aber dennoch als Erreger von Harnwegs-, Wund- und Atemwegsinfektionen in Erscheinung treten. Es sind vor allem invasive medizinische Maßnahmen wie Katheterisierungen, Beatmungen oder Operationen, die zu solchen Infektionen führen können. Da solche Maßnahmen typischerweise in Krankenhäusern erfolgen, spricht man auch von „nosokomialen Infektionen“ bzw. „Krankenhausinfektionen“; bei den betreffenden Bakterien von „Krankenhauskeimen“. Die Übertragung gramnegativer Stäbchen erfolgt meist über kontaminierte Hände, meist ausgehend vom Umgang mit Urin und Fäkalien. In Einzelfällen können auch von Flächen in der Umgebung des Bewohners/Patienten und (bei besiedelten Atemwegen) von Aerosolen z. B. im Rahmen von endotrachealen Absaugungen Infektionsübertragungen ausgehen. Entsprechend ihrer Herkunft sind Übertragungen beim Umgang mit Fäkalien am wahrscheinlichsten.

Normalerweise sind durch Bakterien verursachte Infektionen durch antibiotische Medikamente behandelbar. Einige dieser Bakterien haben jedoch Antibiotikaresistenzen entwickelt. Wenn die meisten der normalerweise wirksamen Medikamente nicht oder nur unzureichend wirken spricht man von einer Multiresistenz. Da eine solche Multiresistenz in einer unterschiedlichen Ausprägung vorliegen kann, werden 3MRGN und 4MRGN unterschieden:

- 3MRGN: bei dem betreffenden Bakterium liegt eine Resistenz gegenüber 3 der 4 wichtigsten Wirkstoffgruppen vor.
- 4MRGN: bei dem betreffenden Bakterium liegt eine Resistenz gegenüber 4 der 4 wichtigsten Wirkstoffgruppen vor. Hier handelt es sich um eine besonders stark ausgeprägte Resistenz, wobei im Infektionsfall nur sehr wenige Medikamente einsetzbar sind.

Ein Teil dieser Resistenzeigenschaften ist auf die Substanz ESBL (Extended Spectrum Beta-Lactamase) zurückzuführen, die von einigen gramnegativen Stäbchenbakterien gebildet werden kann. Bakterien, die über ESBL verfügen, werden auch als „ESBL-Bildner“ bezeichnet.

Das Vorkommen von MRGN hat in den vergangenen Jahren zugenommen, was vor allem in Krankenhäusern zu erheblichen Infektionsproblemen geführt hat. Neben MRSA zählen die verschiedenen MRGN zu den häufigsten multiresistenten Infektionserregern. Im Gegensatz zu MRSA steht für den Fall einer MRGN-Besiedelung keine Sanierungsmöglichkeit zur Verfügung.

2. Hygienemaßnahmen in Alten- und Pflegeeinrichtungen

Da eine Infektionsgefahr durch MRGN in Krankenhäusern weit ausgeprägter als in Alten- und Pflegeheimen ist, unterscheiden sich die zu treffenden Maßnahmen. Dies betrifft insbesondere die räumliche Isolierung, deren Durchführung in Alten- und Pflegeheimen an besondere Bedingungen gebunden ist. Nähere Ausführungen enthält die Informationsschrift „Stellungnahme des NLGA zu Absonderungsmaßnahmen bei Altenheimbewohnern“ (www.mrsa-netzwerke.niedersachsen.de).

2.1 Informationen über MRGN-positive Bewohner/Patienten

Das Personal und die behandelnden Ärzte müssen über das MRGN-Problem informiert sein. Nur eingewiesenes, informiertes Personal soll MRGN-positive Bewohner/Patienten betreuen.

Im Rahmen von Verlegungen oder Entlassungen von Patienten mit MRGN-Nachweis müssen innerhalb der weiterbetreuenden Institutionen Hygienemaßnahmen zum Schutz weiterer Personen getroffen werden. Daher sind diese Einrichtungen frühzeitig zu informieren:

- Bei zu entlassenden bzw. verlegenden Patienten mit MRGN informieren die Krankenhäuser die weiterbetreuenden Pflegeeinrichtungen über die näheren Begleitumstände wie Infektionsstatus, Lokalität und bislang ergriffene Maßnahmen sobald der Entlassungs- bzw. Verlegungstermin absehbar ist.



MRGN und ESBL-Bildner in Alten- und Pflegeeinrichtungen

- Umgekehrt werden von der Pflegeeinrichtung entsprechende Informationen an die behandelnden Ärzte des Krankenhauses gegeben, wenn MRGN-positive Personen in ein Krankenhaus eingewiesen werden sollen.

Sofern lediglich eine Besiedelung mit MRGN vorliegt und die betreffende Person kontinent ist, können Rettungs- und Krankentransporte im gewohnten Rahmen stattfinden. Lediglich bei einem Infektionsgeschehen (z. B. MRGN-bedingte Atemwegsinfektion) oder inkontinenten MRGN-positiven Bewohner/Patienten sollte ein Infektions-Transport stattfinden.

2.2 Unterbringung von MRGN-positiven Bewohnern/Patienten

Eine Isolierung von Bewohnern/Patienten mit MRGN wie in einem Krankenhaus ist nicht erforderlich.

- MRGN-positive Bewohner können ein Zimmer mit anderen Bewohnern teilen; jedoch sollten die Mitbewohner möglichst keine offenen Wunden oder invasive Zugänge wie PEG, Tracheostoma oder Katheter haben. Sollte eine Unterbringung mit einem geeigneten Mitbewohner nicht möglich sein, wird eine Einzelunterbringung empfohlen.
- Eine Zusammenlegung von Bewohnern/Patienten mit unterschiedlichen multiresistenten Infektionserregern sollte vermieden werden.
- Wenn MRGN im Stuhl oder im Urin eines Bewohners/Patienten nachgewiesen wurden, sollte dieser möglichst eine eigene, ihm zugewiesene Toilette und Nasszelle benutzen.
- Alle Einrichtungsgegenstände des betreffenden Bewohnerzimmers sollen gut desinfizierbar sein.
- Eine Teilnahme am Gemeinschaftsleben ist ohne Einschränkungen möglich.

2.3 Handhygiene

Wie bei vergleichbaren Sachverhalten kommt der funktionierenden Basishygiene, insbesondere der Handhygiene und der Nutzung Persönlicher Schutzausrüstung, auch bei MRGN eine wesentliche Bedeutung zu.

Eine hygienische Händedesinfektion mit den üblichen VAH-gelisteten Mitteln und Einwirkzeiten ist durchzuführen.

- vor und nach jeder Tätigkeit mit engem körperlichem Kontakt,
- nach möglicher Kontamination mit Körpersekreten, Ausscheidungen,

- nach dem Ausziehen von Einmalhandschuhen,
 - vor dem Verlassen des Zimmers.
- Bewohner mit multiresistenten Infektionserregern sollten angeleitet werden, sich gründlich die Hände zu waschen, insbesondere vor dem Essen und nach dem Toilettengang.

2.4 Persönliche Schutzausrüstung

Einmalhandschuhe sind bei der Versorgung von Wunden, Tracheostomata und Kathetern bzw. Sonden anzulegen. Sie werden danach sofort – vor weiteren Tätigkeiten im Zimmer – ausgezogen und entsorgt. Anschließend ist eine hygienische Händedesinfektion durchzuführen.

Schutzkleidung wie Schutzkittel oder Einmalhosen sind bewohner-/patientengebunden bei der Wund- und bei der Verweilkatheter- bzw. Sonden- und Tracheostomapflege, sowie bei Kontakt mit Körpersekreten und Exkrementen, insbesondere bei der pflegerischen Versorgung inkontinenter Bewohner/Patienten sowie bei Reinigungsarbeiten anzulegen.

- Die Schutzkleidung wird vor dem Verlassen des Zimmers ausgezogen und verbleibt im Zimmer. Die benutzten Handschuhe werden verworfen. Anschließend ist eine hygienische Händedesinfektion durchzuführen. Die Schutzkleidung wird täglich gewechselt, bei sichtbarer Kontamination sofort.
- Das Tragen eines Mund-Nasenschutzes ist in den meisten Situationen nicht notwendig. Empfohlen wird es beim endotrachealen Absaugen und beim Verbandwechsel.

2.5 Aufbereitung und Entsorgung

- Pflegehilfsmittel sind möglichst bewohner-/patientengebunden zu verwenden und im Zimmer zu belassen oder sie sind vor Anwendung an anderen Bewohnern/Patienten gründlich zu desinfizieren.
- Instrumente, Spritzen, medizinische Abfälle werden in dicht verschließbaren Behältern bzw. in Plastiksäcken im Zimmer gesammelt und wie üblich entsorgt.
- Medizinprodukte und pflegerische Utensilien sind im Zusammenhang mit MRGN-positiven Bewohnern möglichst personengebunden zu verwenden. Andernfalls müssen solche Gegenstände vor der Verwendung bei weiteren Personen gemäß den Herstellerangaben desinfiziert werden.

QZ 3: Mikroorganismen mit besonderen Resistenzen



Empfehlungen zum Umgang mit MRSA und anderen resistenten Keimen in Einrichtungen der stationären Altenpflege des Kreises Heinsberg

Herausgeber: MRSA-/MRE-Netzwerk Kreis Heinsberg
Stand: 15. Januar 2015

Empfehlungen zum Umgang mit MRSA und anderen resistenten Keimen in Einrichtungen der stationären Altenpflege des Kreises Heinsberg erarbeitet im Rahmen des Projektes EurSafetyHealth-net EMR und weiterentwickelt vom MRSA-/MRE-Netzwerk Kreis Heinsberg

Die hier formulierten Empfehlungen wurden unter Moderation des das MRE-Projekt koordinierenden Gesundheitsamtes gemeinsam mit Vertretern/innen der stationären Altenpflege entwickelt. Sie berücksichtigen die aktuellen rechtlichen und nach dem „Stand des Wissens“ möglichen Vorgaben, wollen aber auch Vorgehensweisen beschreiben, die im Alltag eines Heimes umsetzbar sind. Empfehlungen sollen von allen in Frage kommenden Einrichtungen und insbesondere den am regionalen MRSA/MRE-Netzwerk teilnehmenden im Sinne einer freiwilligen Selbstverpflichtung umgesetzt werden. Sie stellen keine rechtsverbindliche Vorgabe dar; eine Haftung der Autoren ist insofern ausgeschlossen.

INHALT

EINFÜHRUNG/PROBLEMSTELLUNG	Seite 3
1. MRSA	Seite 4
1.1. AUFNAHME EINES MRSA-POS. BEWOHNER	Seite 5
• Aufnahmebefund	Seite 5
• Klärung der Unterbringung	Seite 5
• Informationsmaßnahmen	Seite 5
• Risikoeinschätzung	Seite 6
• Screeningabstriche	Seite 6
1.2. HYGIENEMASSNAHMEN PERSONAL	Seite 6
• Händehygiene	Seite 7
• Persönliche Schutzausrüstung (PSA)	Seite 7
• Weitere Hygienemaßnahmen	Seite 8
1.3. ISOLIERUNG/RÄUMLICHE UNTERBRINGUNG	Seite 10
1.4. HYGIENEMASSNAHMEN BEWOHNER	Seite 10
1.5. MRSA-SANIERUNG	Seite 11
1.6. TRANSPORT/ENTLASSUNG	Seite 12
1.7. HYGIENEMASSNAHMEN WEITERER KONTAKTPERSONEN	Seite 13
1.8. DOKUMENTATION	Seite 13
1.9. LEICHEN	Seite 13
1.10. MRSA BEIM PERSONAL	Seite 14
1.11. MELDEPFLICHT/BERATUNG	Seite 14

QZ 3: Mikroorganismen mit besonderen Resistenzen

Punktevergabe:

- Anpassung der jeweiligen Richtlinie: 5 QP
- Schulung und ggf. Unterweisung vor Ort durch die/den Hygienebeauftragte(n) oder der Stellvertretung: 5 QP

QZ 4

Mitarbeiterschulungen für Mitarbeiter mit Bewohnerkontakt



QZ 4: Mitarbeiterschulungen für Mitarbeiter mit Bewohnerkontakt

Ziel:

- Die Mitarbeiter/-innen der teilnehmenden Institution, die Bewohnerkontakt haben, sind auf dem aktuellsten Wissensstand bezüglich Hygiene und Infektionsschutz.

QZ 4: Mitarbeiterschulungen für Mitarbeiter mit Bewohnerkontakt

Beurteilungskriterien:

➤ Teilnahme an einer Fortbildungsveranstaltung innerhalb eines Jahres; zu den möglichen Themen:

- a) Gastroenteritis
- b) Influenza
- c) Wundversorgung
- d) Harnwegsinfektionen
- e) Scabies
- f) Ausbruchsmanagement

QZ 4: Mitarbeiterschulungen für Mitarbeiter mit Bewohnerkontakt

Beurteilungskriterien:

- Teilnahme der/des Hygienebeauftragten an einer Fortbildungsveranstaltung und/oder an einem Kongress zum Thema Hygiene und Infektionsschutz

QZ 4: Mitarbeiterschulungen für Mitarbeiter mit Bewohnerkontakt

Punktevergabe:

- Durchführung der Schulung: max. 8 QP
 - Volle Punktzahl (8 QP): > 90 % der Mitarb.
 - Halbe Punktzahl (4 QP): > 50 % der Mitarb.
 - Viertel Punktzahl (2 QP): > 30 % der Mitarb.

- Teilnahme an Fortbildung/Kongress: 2 QP

QZ 5

Einarbeitungs -konzept



QZ 5: Einarbeitungskonzept

Ziel:

- Neue Mitarbeiter/-innen erhalten eine systematische und hygienebezogene Einarbeitung.

QZ 5: Einarbeitungskonzept

Beurteilungskriterien:

- Erstellung eines umfassenden hygienebezogenen Einarbeitungskonzeptes für neue pflegerische und weitere Mitarbeiter
- Schriftliche Dokumentation des Einarbeitungskonzeptes

QZ 5: Einarbeitungskonzept

Beurteilungskriterien:

- Dokumentation der Anwendung und Umsetzung des Einarbeitungskonzeptes
- Umsetzung der neuen Biostoffverordnung bzw. der TRBA 250

QZ 5: Einarbeitungskonzept

Stellungnahme zum relevanten Personenkreis für das QZ 5

Im Rahmen des Qualitätszieles 5 – „Einarbeitungskonzept“ geht es darum, dass für bestimmte Berufs- und Personengruppen innerhalb eines Alten- bzw. Pflegeheimes Konzepte für die Einarbeitung neuer Mitarbeiter/-innen bezüglich des Themas „Hygiene und Infektionsschutz“ in schriftlicher Form vorhanden sind.

Dabei rekrutiert sich der relevante Personenkreis aus zwei Berufsgruppen:
Mitarbeiter/-innen der Pflege und Mitarbeiter/-innen aus dem Bereich Hauswirtschaft.

Im Einzelnen fallen darunter folgende Berufs- bzw. Personengruppen:

- Altenpfleger/-innen
- Altenpflegehelfer
- Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen
- Altenpflegehelfer/-innen
- Krankenpflegehelfer/-innen
- Praktikanten/-innen
- Stationshilfen
- Küchen- und Servicepersonal

Die Inhalte derartige Einarbeitungskonzepte finden Sie in den beiden beigefügten Erstellungshilfen für Einarbeitungskonzepte pflegerischer und hauswirtschaftlicher Mitarbeiter/-innen.

QZ 5: Einarbeitungskonzept

Logo der Institution







Erstellungshilfe
„Einarbeitung Pflegedienst“

Vorgaben und Hilfen zum Einarbeitungskonzept für MitarbeiterInnen des Pflegedienstes

Hinweise:
Diese Erstellungshilfe wird Ihnen als teilnehmende Einrichtung am *EurSafety Health-net EMR Qualitäts- und Transparenzsiegel* zur Erreichung des QZ 5 zur Verfügung gestellt. Die nachfolgenden Ausführungen und Textpassagen dürfen und sollen Sie im Rahmen dessen frei editieren, ergänzen und in Ihre eigenen Regelwerke ganz oder teilweise übernehmen.

Bitte beachten Sie, dass sich die nachfolgenden Ausführungen und Textbausteine vorrangig auf Hygieneaspekte beziehen und dass ein Einarbeitungskonzept die Berücksichtigung weiterer Aspekte verlangt, wie z.B. Kenntnisse über die betreffende Einrichtung, Leistungsverzeichnis, bestehende Dienstanweisungen, Arbeitsschutz, Schlüssel, Brandschutz, Erste Hilfe etc.

Einleitung
Innerhalb des Einarbeitungskonzeptes für MitarbeiterInnen des Pflegedienstes sollen betriebsinterne Vorgaben zur hygienebezogenen Einarbeitung und Einweisung neuer MitarbeiterInnen festgelegt werden.

Umsetzung
Je nach Art und Größe der Einrichtung ist die Einarbeitung an mehreren Terminen durchzuführen. Zudem ist es gerade in größeren Einrichtungen sinnvoll, der einzuarbeitenden Mitarbeiterin eine oder mehrere Bezugspersonen (MentorInnen) zuzuweisen.

Das Einarbeitungskonzept verlangt das Vorhandensein einer grundsätzlichen Hygieneorganisation. Hierzu gehört insbesondere:

1. Die Umsetzung arbeitsrechtlicher Vorgaben, wobei im Bereich der Hygiene die Regelungen der Biostoffverordnung bzw. der TRBA 250 im Vordergrund stehen. So sollten für alle Bereiche, in denen eine pflegerische Betreuung stattfindet entsprechende Betriebsanweisungen verfügbar sein.
2. Das Vorhandensein eines Hygieneplans, welcher u.a. auf die einzelnen Inhalte der Einweisung Bezug nimmt.
3. Das Vorhandensein von Reinigungs- und Desinfektionsplänen.
4. Das Vorhandensein von Pflegestandards zur Grund- und Behandlungspflege, welche angemessen auf Belange der Hygiene eingehen.
5. Das Vorhandensein von Persönlicher Schutzausrüstung (Schutzkleidung).

provincie limburg
provincie Gelderland
provincie Overijssel
Ministerium für Wirtschaft, Mittelstand und Energie des Landes Nordrhein-Westfalen



Logo der Institution







Erstellungshilfe
„Einarbeitung Pflegedienst“

Muster

Checkliste zur Einweisung neuer pflegerischer MitarbeiterInnen

Einweisende(r) Beschäftigte(r): _____

Mentor(in): _____

		Unterschrift	
Nr.	Inhalt	Datum	Beschäftigte(r) Einweisende(r)
A. Allgemeine Hygieneorganisation und Personalhygiene			
A1	Hygieneplan		
A2	Reinigungs- und Desinfektionspläne		
A3	Personelle Hygieneorganisation und Kompetenzverteilung <ul style="list-style-type: none"> Hygienebeauftragte Hygienebereich bzw. -kommission 		
A4	Verwendung und Handhabung von Arbeitskleidung		
A5	Verwendung und Handhabung von Persönlicher Schutzausrüstung (Schutzmittel, Handschuhe etc.) unter Bezugnahme auf die Betriebsanweisung gemäß TRBA250		
A5	Praktische Durchführung und Einübung der Händedesinfektion		

provincie limburg
provincie Gelderland
provincie Overijssel
Ministerium für Wirtschaft, Mittelstand und Energie des Landes Nordrhein-Westfalen



QZ 5: Einarbeitungskonzept

Logo der Institution		Überprüfungs-Check-Liste „Einarbeitung Pflegedienst“	
----------------------	--	--	--

Überprüfungs-Check-Liste für Auditoren/-innen zur Einarbeitung neuer pflegerischer Mitarbeiter

Checkliste zur Einweisung neuer pflegerischer Mitarbeiter/-innen

Nr.	Inhalt	Vorhanden	Bemerkungen
A. Allgemeine Hygieneorganisation und Personalhygiene			
A1	Hygieneplan	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
A2	Reinigungs- und Desinfektionspläne	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
A3	Personelle Hygieneorganisation und Kompetenzverteilung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
A4	Verwendung und Handhabung von Arbeitskleidung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
A5	Verwendung und Handhabung von Persönlicher Schutzausrüstung (Schutzmittel, Handschuhe etc.) unter Bezugnahme auf die Betriebsanweisung gemäß TRBA250	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
A5	Praktische Durchführung und Einübung der Händedesinfektion	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Logo der Institution		Überprüfungs-Check-Liste „Einarbeitung Pflegedienst“	
----------------------	--	--	--

B. Umgebungshygiene

B1	Eigenschaften, Dosierung und Gebrauch von Reinigungs- und Desinfektionsmitteln anhand der entsprechenden Reinigungs- und Desinfektionspläne	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
B2	Sortierung von und Umgang mit Abfällen im pflegerischen Alltag gemäß Abfallsortierungsplan	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
B3	Handhabung und Sortierung von Schmutzwäsche anhand des Waschesortierplanes	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
B4	Handhabung von Frischwäsche	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

C. Lebensmittelhygiene

C1	Hygienemaßnahmen beim Umgang mit Lebensmitteln.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
C2	Lagerung von Lebensmitteln inkl. Kontrollmaßnahmen im Wohnbereich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

D. Hygienegerechte Grund- und Behandlungspflege

D1	Pflegearbeitswagen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
D2	Hygiene bei der Grundpflege	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
D3	Bedienung der Steckbeckenspüle	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
D4	Hygiene bei Injektionen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

QZ 5: Einarbeitungskonzept

Logo der Institution  **Erstellungshilfe**
„Einarbeitung Hauswirtschaft“  EURSAFETY HEALTH-NET

Vorgaben und Hilfen zum Einarbeitungskonzept für MitarbeiterInnen des Hauswirtschaftlichen Dienstes

Hinweise:

Diese Erstellungshilfe wird Ihnen als teilnehmende Einrichtung am *EurSafety Health-net Qualitäts- und Transparenzsegel* zur Erreichung des QZ 5 zur Verfügung gestellt. Die nachfolgenden Ausführungen und Textpassagen dürfen und sollen Sie im Rahmen dessen frei editieren, ergänzen und in Ihre eigenen Regelwerke ganz oder teilweise übernehmen.

Bitte beachten Sie, dass sich die nachfolgenden Ausführungen und Textbausteine vorrangig auf Hygieneaspekte beziehen und dass ein Einarbeitungskonzept die Berücksichtigung weiterer Aspekte verlangt, wie z.B. Kenntnisse über die betreffende Einrichtung, Leistungsverzeichnis, bestehende Dienstweisungen, Arbeitsschutz, Schlüsse, Brandschutz, Erste Hilfe etc.

Einleitung

Innerhalb des Einarbeitungskonzeptes für MitarbeiterInnen des Hauswirtschaftlichen Dienstes sollen betriebsinterne Vorgaben zur hygienebezogenen Einarbeitung und Einweisung neuer MitarbeiterInnen festgelegt werden.

Umsetzung

Je nach Art und Größe der Einrichtung ist die Einarbeitung an mehreren Terminen durchzuführen. Zudem ist es gerade in größeren Einrichtungen sinnvoll, der einzuarbeitenden Mitarbeiterin eine oder mehrere Bezugspersonen (MentorInnen) zuzuweisen.

Das Einarbeitungskonzept verlangt das Vorhandensein einer grundsätzlichen Hygieneorganisation. Hierzu gehört insbesondere:

1. Die Umsetzung arbeitsrechtlicher Vorgaben, wobei im Bereich der Hygiene die Regelungen der Biostoffverordnung bzw. der TRBA 250 im Vordergrund stehen. So sollten für alle Bereiche, in denen eine pflegerische Betreuung stattfindet entsprechende Betriebsanweisungen verfügbar sein.
2. Das Vorhandensein eines Hygieneplans, welcher u.a. auf die einzelnen Inhalte der Einweisung Bezug nimmt.
3. Das Vorhandensein von Reinigungs- und Desinfektionsplänen.
4. Das Vorhandensein von Pflegestandards zur Grund- und Behandlungspflege, welche angemessen auf Belange der Hygiene eingehen.
5. Das Vorhandensein von Persönlicher Schutzausrüstung (Schutzkleidung).

Logo der Institution  **Erstellungshilfe**
„Einarbeitung Hauswirtschaft“  EURSAFETY HEALTH-NET

Muster

Checkliste zur Einweisung neuer hauswirtschaftlicher MitarbeiterInnen

Einzuweisende(r) Beschäftigte(r): _____

Mentor(in): _____

Nr.	Inhalt	Datum	Unterschrift	
			Beschäftigte(r)	Einweisende(r)
A. Allgemeine Hygieneorganisation und Personalhygiene				
A1	Hygieneplan			
A2	Reinigungs- und Desinfektionspläne			
A3	Personelle Hygieneorganisation und Kompetenzverteilung <ul style="list-style-type: none"> • Hygienebeauftragte • Hygienebereich bzw. –kommission 			
A4	Verwendung und Handhabung von Arbeitskleidung			
A5	Verwendung und Handhabung von Persönlicher Schutzausrüstung (Schutzmittel, Handschuhe etc.) unter Bezugnahme auf die Betriebsanweisung gemäß TRBA250			
A6	Praktische Durchführung und Einübung der Händedesinfektion			

QZ 5: Einarbeitungskonzept

Logo der Institution		Überprüfungs-Check-Liste „Einarbeitung Hauswirtschaft“	
----------------------	--	--	--

Überprüfungs-Check-Liste für Auditoren/-innen zur Einarbeitung neuer hauswirtschaftliche Mitarbeiter

Checkliste zur Einweisung neuer hauswirtschaftlicher Mitarbeiter/-innen

Nr.	Inhalt	Vorhanden	Bemerkungen
A. Allgemeine Hygieneorganisation und Personalhygiene			
A1	Hygieneplan	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
A2	Reinigungs- und Desinfektionspläne	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
A3	Personelle Hygieneorganisation und Kompetenzverteilung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
A4	Erscheinungsbild und persönliche Hygiene	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
A5	Verwendung und Handhabung von Arbeitskleidung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
A6	Verwendung und Handhabung von Persönlicher Schutzausrüstung (=>TRBA250)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
A7	Praktische Durchführung und Einübung der Händedesinfektion	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

provincie limburg

provincie Gelderland

provincie Overijssel

Ministerium für Wirtschaft, Mittelstand und Energie des Landes Nordrhein-Westfalen

Niederländisches Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Verkehr

Logo der Institution		Überprüfungs-Check-Liste „Einarbeitung Hauswirtschaft“	
----------------------	--	--	--

B. Hausreinigung		
B1	Rein- / Unrein-Trennung in Wohnbereichen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
B2	Eigenschaften, Dosierung und Gebrauch von Reinigungs- und Desinfektionsmitteln in Wohnbereichen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
B3	Reinigungssystem	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
B4	Handhabung und Aufbereitung benutzter Reinigungstextilien	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
B5	Sortierung von und Umgang mit Abfällen gemäß Abfallsortierungs-plan	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
B6	Durchführung weiterer Leistungen, wie Sichtreinigung, Schlussdesinfektion etc.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

provincie limburg

provincie Gelderland

provincie Overijssel

Ministerium für Wirtschaft, Mittelstand und Energie des Landes Nordrhein-Westfalen

Niederländisches Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Verkehr

QZ 5: Einarbeitungskonzept

Technische Regel für Biologische Arbeitsstoffe 250

Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der
Wohlfahrtspflege (TRBA 250)

<http://www.baua.de/de/Themen-von-A-Z/Biologische-Arbeitsstoffe/TRBA/TRBA-250.html>

baua:

Bundesanstalt für Arbeitsschutz
und Arbeitsmedizin

QZ 5: Einarbeitungskonzept

Die TRBA250 beschreibt die Umsetzung der Biostoffverordnung im Gesundheitswesen. Diese Umsetzung verlangt im Wesentlichen

- die Beurteilung der Arbeitsbedingungen, d.h. Gefährdungsbeurteilung incl. Erfassung infektionsrelevanter Tätigkeiten und potentieller Übertragungswege sowie Zuordnung von Schutzstufen (im Pflegebereich steht die Schutzstufe 2 im Vordergrund)
- das Ergreifen von Schutzmaßnahmen, d.h. außer Umsetzung von Mindestschutzmaßnahmen (z.B. Handwaschbecken, Händedesinfektion, Hygieneplan etc.) auch Schutzmaßnahmen entsprechend Schutzstufe 2 (Prävention von Nadelstichverletzungen, Bereitstellung Persönlicher Schutzausrüstung etc.)
- die Erstellung von Betriebs- und Arbeitsanweisungen, d.h. Informationsblätter für die Beschäftigten mit Angaben zu möglichen Übertragungswegen und entsprechenden Präventionsmaßnahmen
- die Unterweisung der Beschäftigten, d.h. Informationsvermittlung über die im Rahmen des Arbeitsschutzes bestehenden Infektionsgefahren und die umzusetzenden Präventionsmaßnahmen unter Einbezug der Betriebs- und Arbeitsanweisungen

QZ 5: Einarbeitungskonzept

Jeder dieser Punkte soll in die Kontrolle einbezogen werden:

- Die Gefährdungsbeurteilung soll zumindest eine grobe Listung der infektionsrelevanten Tätigkeiten und eine Schutzstufenzuordnung beinhalten und nicht älter als 2 Jahre sein. Die Detailtiefe bzw. Vollständigkeit soll nicht beurteilt werden.
- Bei der Umsetzung von Schutzmaßnahmen soll die Prävention von Nadelstichverletzungen und die Bereitstellung Persönlicher Schutzausrüstung hinterfragt werden.
- Zumindest eine Betriebs- bzw. Arbeitsanweisung soll allen Beschäftigten in jedem Wohnbereich zugänglich sein (z.B. laminierte Informationsschrift im unreinen Pflegearbeitsraum). Die Inhalte sollen auf Übertragungswege und zu ergreifende Maßnahmen Bezug nehmen. Alternativ wären entsprechende Ausführungen im Hygieneplan nachzuweisen. Die Betriebs- bzw. Arbeitsanweisungen dürfen nicht älter als 2 Jahre sein.
- Eine Unterweisung soll bei allen Neueinstellungen und darüber hinaus jedes Jahr stattfinden. Zu überprüfen sind die dokumentierten Unterweisungen von Neueinstellungen seit Beginn der zweiten Siegelstufe (~~Jan. 2015~~). Innerhalb des Jahres ~~2015~~ muss eine mündliche Unterweisung gemäß §14 Abs. 2 Biostoffverordnung stattgefunden haben (incl. Unterschriftenliste). Die Teilnehmerquote wird hier nicht bewertet.

QZ 5: Einarbeitungskonzept

Punktevergabe:

- Erstellung und schriftliche Dokumentation des Einarbeitungskonzeptes und schriftliche Dokumentation der Anwendung bzw. Umsetzung: 5 QP
- Umsetzung der TRBA 250: 5 QP

QZ 6

Hausinternes Hygiene-Audit: „Händehygiene“



QZ 6: Hausinternes Hygiene-Audit

Ziel:

- Die teilnehmende Institution führt eine hausinterne Auditierung zum Thema Standard-/Händehygiene und ggf. Planung und Umsetzung von Maßnahmen zur Optimierung durch.

QZ 6: Hausinternes Hygiene-Audit

Beurteilungskriterien:

- Durchführung einer hausinternen Begehung zum Thema Standard-/Händehygiene
- Dokumentation von Maßnahmen

QZ 6: Hausinternes Hygiene-Audit

Beurteilungskriterien:

- Ortsbezogene Unterweisung unter Einbeziehung der Ergebnisse des Audits

QZ 6: Hausinternes Hygiene-Audit

Logo der Institution		Hausinternes Hygiene-Audit Wohn- und Pflegebereich	 EURSAFETY HEALTH-NET	Seite 1 von 13
----------------------	---	--	--	----------------

Datum: _____ Bereich: _____ Durchführende Hygienebeauftragte: _____

Punkt	Vorgabe	Ist-Zustand	Maßnahmen	Datum (Frist)
0 Organisation				
Grundsätzliches	Wissen die Mitarbeiter wo der Hygieneplan hinterlegt ist?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
	Kennen die Mitarbeiter die wesentlichen Inhalte des Hygieneplans?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
	Haben die Mitarbeiter Probleme mit der Umsetzung des Hygieneplanes?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
	Sind die dort enthaltenen Vorgaben nach Auskunft der Mitarbeiter vollständig und fachgerecht?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
0.A Hygieneplan	Der Hygieneplan ist in aktueller Version ausgedruckt oder in digitaler Form auf dem PC vor Ort verfügbar.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
	Die Kenntnisnahme wurde von allen Mitarbeitern bestätigt.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
0.B Reinigungs- und Desinfektionspläne	In den Funktionsräumen hängt ein laminierter Reinigungs- und Desinfektionsplan gut sichtbar aus.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
	Die in den Reinigungs- und Desinfektionsplänen genannten Mittel sind vor Ort verfügbar.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

QZ 6: Hausinternes Hygiene-Audit

Punktevergabe:

- Durchführung: 4 QP
- Maßnahmendokumentation: 2 QP
- Ortsbezogene Unterweisung: 4 QP

QZ 7

Verfahrensanweisung „Ausbruchs- management“



QZ 7: Ausbruchmanagement

Ziel:

- Nachweis einer aktuellen Verfahrensanweisung zum Ausbruchmanagement.

QZ 7: Ausbruchsmanagement

Beurteilungskriterien:

- Nachweis einer aktuellen Verfahrensanweisung zum Ausbruchsmanagement
- Aktualität (nicht älter als 4 Jahre)

QZ 7: Ausbruchmanagement

Beurteilungskriterien:

➤ Berücksichtigung folgender Kriterien:

- Sie ist an die Gegebenheiten der jeweiligen Einrichtung angepasst;
- Der zuständige Kontakt im Gesundheitsamt wird dort namentlich und mit Kontaktdaten (Telefonnummer, Faxnummer, E-Mail-Adresse) benannt;
- Die Mitglieder des Ausbruchsteams sind dort namentlich und mit Kontaktdaten (Telefonnummer, Faxnummer, E-Mail-Adresse) benannt;
- Der Ablauf eines Ausbruchmanagements wird dort explizit und leicht verständlich beschrieben (z.B. in Form eines Flow-Charts);
- Die Zuständigkeiten im Falle eines Ausbruchs sind eindeutig geklärt;

QZ 7: Ausbruchsmangement

Logo der Institution		Erstellungshilfe „Verfahrensweisung Ausbruchsmangement“	 EUSAFETY HEALTH-NET
----------------------	---	--	---

Verfahrensweisung für das Ausbruchsmangement in Alten- und Pflegeheimen

Wohnbereich: _____ Datum: _____ Hygienebeauftragte: _____

Zuständiges Gesundheitsamt: _____ Ansprechpartner: _____

Tel.: _____

E-Mail: _____

Fax: _____

Ausbruchsmangement-Team: _____ Kontaktdaten: _____







Logo der Institution		Erstellungshilfe „Verfahrensweisung Ausbruchsmangement“	 EUSAFETY HEALTH-NET
----------------------	---	--	---

Notwendige Maßnahmen (Reaktive Phase):	Durchgeführt am:	Bemerkungen:
1. Einberufung des Ausbruchsmangement-Teams		
2. Bestätigung des Ausbruchs und namentliche Meldung beim Gesundheitsamt (§ 6 Infektionsschutzgesetz, IfSG)		
3. Ermittlung der Infektionsquelle		
4. Bereitstellung viruswirksamer Händedesinfektionsmittel		
5. Bereitstellung viruswirksamer Flächendesinfektionsmittel		
6. Utensilien für die persönliche Schutzausrüstung bereitstellen		
7. Betroffene Bewohner-innen informieren		
8. Gemeinschaftsveranstaltungen situationsbezogen einschränken.		
9. Information und Einbeziehung der Angehörigen und Besucher durch: <ul style="list-style-type: none"> • Aufstellen eines mobilen Händedesinfektionsmittelspenders mit Anleitung • Persönliche Information • Informationschriften für Besucher und Angehörige 		
10. Information des Pflegepersonals, des hauswirtschaftlichen Personals und des Reinigungspersonals		
11. Umsetzen der sog. Umkehrpflege: <ul style="list-style-type: none"> • Wenn möglich, Einrichten einer Schleuse vor dem Bewohnerzimmer 		







QZ 7: Ausbruchsmanagement

Punktevergabe:

- Nachweis der Verfahrensanw.: 5 QP
- Aktualität der Verfahrensanw.: 2 QP
- Berücksichtigung der Kriterien: 3 QP

QZ 8

Wundversorgung und Verbandswechsel



10. November 2015 | 00.00 Uhr

Kreis Mettmann

Schwere Mängel in Altenheimen



Es wird immer deutlicher, dass es in einigen Einrichtungen an Personal fehlt.

FOTO: dpa-Zentralbild

Kreis Mettmann. Die Heimaufsicht überprüft die Altenheime im Kreis Mettmann. Zu wenig Personal führt zu Mängeln. Dabei geht es unter anderem um Wundversorgung, Verbandswechsel, Blutdruckkontrollen und Pflegeplanungen. **Von Oliver Wiegand**

QZ 8: Wundversorgung und Verbandwechsel

Ziel:

- Gewährleistung eines adäquaten Wundmanagements.

QZ 8: Wundversorgung und Verbandwechsel

Beurteilungskriterien:

- Nachweis einer aktuellen Richtlinie zur Durchführung von Verbandwechsel
- Aktualität (nicht älter als 4 Jahre)

QZ 8: Wundversorgung und Verbandwechsel

Beurteilungskriterien:

- Verfügbarkeit einer internen o. externen Fachperson zur Wundversorgung
- Keine Beanstandung durch den MDK

QZ 8: Wundversorgung und Verbandwechsel

Logo der Institution		Erstellungshilfe „Verfahrensanleitung Ausbruchmanagement“	
----------------------	---	--	---

Vorgaben und Hilfen zur Richtlinie „Wundversorgung und Verbandwechsel“

Hinweise:
Diese Erstellungshilfe wird Ihnen als teilnehmende Einrichtung am *EurSafety Health-net Qualitäts- und Transparenzseal* zur Erreichung der 2. Siegelstufe QZ 18 zur Verfügung gestellt. Die nachfolgenden Ausführungen und Textpassagen dürfen und sollen Sie im Rahmen dessen frei editieren, ergänzen und in Ihre eigenen Regelwerke ganz oder teilweise übernehmen.

Einleitung:
Innerhalb der Richtlinie „Wundversorgung und Verbandwechsel“ sollen betriebsinterne Vorgaben zum hygienisch sicheren Umgang mit Wunden und zur Prävention von Wundinfektionen festgelegt werden, wobei die Durchführung von Verbandwechseln im Vordergrund stehen.

Auf den Umgang mit Wunden nimmt die KRINKO-Empfehlung „Infektionsprävention in Heimen“ (Kap. 6.4.1) Bezug.

Regelungspunkte
Die Richtlinie „Wundversorgung und Verbandwechsel“ soll für pflegerische Personalmitglieder verbindlich vorgeben

1. Welche Personalmitglieder mit welchen Aufgaben zu betrauen sind.
2. Welche Maßnahmen der Personallhygiene einzuhalten sind.
3. Welche Prinzipien und Voraussetzungen für einen Verbandwechsel gewährleistet sein müssen.

Umsetzung

- Die zu treffenden Festlegungen sollen auf fachlichen Empfehlungen und den geltenden Vorgaben des Arbeitsschutzes basieren.
- Die erforderlichen Mittel sind seitens des Arbeitgebers kostenlos zur Verfügung zu stellen. Vor allem die ortsnahe und schnelle Verfügbarkeit von Schutzhandschuhen und Händedesinfektionsmittel ist zu sichern.
- Zur Qualitätssicherung werden regelmäßige Schulungen und Audits empfohlen.

Hinweise
Die nachfolgenden Ausführungen wurden den entsprechenden fachlichen Empfehlungen entnommen und können als Textbausteine in die interne Richtlinie übernommen werden.

Zu 1. / Aufgabenzuweisung:

- Die Durchführung von Verbandwechseln bleibt Fachpersonal oder Mitarbeiter von beauftragten Pflegeserviceeinstellen vorbehalten, die mit der No-Touch-Technik und dem Wundmanagement vertraut sind.

provincie Eindhoven     

Logo der Institution		Erstellungshilfe „Verfahrensanleitung Ausbruchmanagement“	
----------------------	---	--	---

Zu 2. / Personallhygiene:

- Wundsekret ist stets als potentiell infektiös einzustufen und bei chronischen Wunden meist stark keimhaltig (häufig multiresistente Infektionserreger). Der Umgang mit Wundsekreten verlangt daher entsprechende Maßnahmen des Personal- und Infektionsschutzes.
- Zu Beginn und zum Abschluss eines Verbandwechsels erfolgt eine Händedesinfektion.
- Zum Schutz vor Wundsekreten bzw. Exsudat erfolgt die Durchführung des Verbandwechsels mit Schutzhandschuhen oder sterilen Handschuhen.
- Weitere Persönliche Schutzausrüstung in Form von Schürzen oder langärmeligen Schutzkleidung ist nur bei besonderen Sachlagen notwendig (z.B. sehr ausgedehnte Wunden oder MRSA).

Zu 3. / Prinzipien und Voraussetzungen:

- Die Durchführung bedingt, dass eine ordnungsgemäße schriftliche ärztliche Anordnung (Häufigkeit, Vorgehensweise, Medikamente und Wundauflagen) vorliegt und dass der betreffende Bewohner über die jeweilige Maßnahme durch den Hausarzt in Kenntnis gesetzt wurde, so dass ein Einverständnis vorausgesetzt werden kann.
- Im Zuge eines Verbandwechsels erfolgt eine Dokumentation in Bezug auf die zu beobachtenden Wundverhältnisse, durchgeführten Maßnahmen und angewendeten Medikamente. Beim Vorliegen von Entzündungszeichen, auffälligen Sekretveränderungen oder Schmerzüberbungen ist eine baldige ärztliche Abklärung zu veranlassen.
- Alle mit der Wundfläche in Berührung kommenden Gegenstände, Medikamente und Spüllösungen müssen steril zu Anwendung kommen. Die Einhaltung von Verbrauchsdaten ist zu sichern. Spüllösungen ohne Konservierungsstoff (z.B. NaCl-Lösung) sind nach dem Anbruch max. 24 Std. lang verwendungsfähig.
- Hinsichtlich der Reihenfolge sind Verbandwechsel kolonisierter und infizierter Wunden (z.B. MRSA) stets zum Schluss durchzuführen.
- Zu nutzende Arbeitsflächen werden zuvor wischdesinfiziert. Nach dem Antrocknen können die Flächen verwendet werden.
- Die zur Durchführung benötigten Gegenstände werden so bereitgelegt, dass sterile und unsterile Materialien separat voneinander liegen.
- Verbände sollten so bemessen sein, dass die zu erwartenden Sekretmengen aufgenommen werden können, ohne dass vor dem nächsten Wechsel zu einer Durchfeuchtung kommt.
- Aufwändige Verbandwechsel sollten zu zweit, mit der Rollenverteilung Durchführender und Assistent, durchgeführt werden.

provincie Eindhoven     

QZ 8: Wundversorgung und Verbandwechsel

„(...) In Deutschland gibt es zur Zeit drei unabhängige Anbieter für Fort- und Weiterbildungen im Wundmanagement-Bereich: **die DEKRA-Akademie, die Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e.V. (DGfW) sowie den eingetragenen Verein Initiative Chronische Wunden (ICW)**. Eine unabhängige Fort- oder Weiterbildung bietet den Vorteil, dass ein für den Anbieter bundesweit einheitlicher Standard bei der Fortbildung und dem Erwerb der Zertifizierung eingehalten wird. Eine Zertifizierung durch die Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung als Wundassistent - WAcert® (Beruf) und Wundtherapeut - WTcert® (Beruf) wird nach Teilnahme an einer entsprechenden Fort- oder Weiterbildung und bestandener externer Prüfung bzw. Akkreditierung nach DIN ISO 17024 vergeben und europaweit anerkannt.“ (Fundstelle: http://www.pflegewiki.de/wiki/Wundbehandlung_durch_Spezialisten)



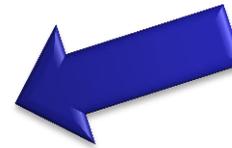
QZ 8: Wundversorgung und Verbandwechsel

Wundassistent - WAcert® DGfW (Beruf)

Die Qualifizierung zum Wundassistent - WAcert® DGfW (Beruf) ist neben dem Wundtherapeuten- WTCert® DGfW (Beruf) die einzige akkreditierte Personenzertifizierung nach DIN EN 17024 für den Bereich Wundbehandlung und Wundheilung in Deutschland. Sie ist europaweit anerkannt.

Erwerb von Kompetenzen:

- sichere und angemessene Beurteilung, Dokumentation und Behandlung von Wunden,
- frühzeitige Erkennen von Gefahren,
- rechtzeitiges Weiterleiten von Patienten an spezialisierte Einrichtungen,
- Pflegerische Fachexpertise im Sinne des Expertenstandards "Pflege von Menschen mit chronischen Wunden" DNQP



Diese Qualifikation erfüllt bereits das Siegelkriterium!

Das Curriculum umfasst 84 Stunden. Inhalte des Curriculums:

- Anatomie und Physiologie der Haut
- Mikrobiologie und Hygiene
- Hautkrankheiten
- Lymphangiopathien
- Periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK)
- Diabetisches Fußsyndrom
- chronische venöse Insuffizienz (CVI)
- Kompressionstherapie
- Wunde und Wundheilung
- Wundbehandlungsprozesse
- Ernährung
- Dekubitus Prophylaxe
- Recht
- Qualitätssicherung
- Dokumentation
- Entlassungs- und Überleitungsmanagement



Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e.V.
DGfW-Akademie

Unsere Vision: Jede Wunde ist heilbar, jede chronische Wunde vermeidbar

Zugangsvoraussetzung ist der Besitz einer der folgenden anerkannten Befähigungen:

- Gesundheits- und Krankenpfleger/in
- Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in
- Ausbildung in anderen gesetzlich geregelten Gesundheitsfachberufen (lt. Normativem Dokument)
- die Approbation zum Arzt

QZ 8: Wundversorgung und Verbandwechsel

Wundtherapeut - WTcert® DGfW (Beruf)

Die Qualifizierung zum Wundtherapeuten - WTcert® DGfW (Beruf) ist neben dem Wundassistenten - WAcert® DGfW (Beruf) die einzige akkreditierte Personenzertifizierung nach DIN EN 17024 für den Bereich Wundbehandlung und Wundheilung in Deutschland.

Allgemeine Zielsetzung:

Vermittlung, der für die praktische Wundbehandlung erforderlichen Grundkenntnisse. Dazu gehören:

- die Physiologie und Pathophysiologie der Wundheilung
- die Nomenklaturen
- spezifische Inhalte gültiger Leitlinien der wissenschaftlich - medizinischen Fachgesellschaften (Mitgliedsgesellschaften der AWMF)

Erwerb von Kompetenzen für

- Sichere und angemessene Behandlung von Wunden
- Rechtzeitiges Erkennen von Gefahren und Komplikationen
- Rechtzeitige Weiterleitung an spezialisierte Einrichtungen und nächst höhere Versorgungsstufe
- Vermeidung von Versorgungseinbrüchen und Gesundheitsgefahren
- Versorgungs- und Behandlungsmanagement
- Aufbau und Leitung spezialisierter Einrichtungen
- Entwickeln, Anwenden und Evaluieren von Therapiekonzepten
- Tätigkeiten (Prozess) dokumentieren, koordinieren und evaluieren, vermitteln, schulen und weitergeben (publizieren)
- Tätigkeitsmerkmale der jeweiligen Berufsgruppe bleiben unberührt

Das Curriculum umfasst 236 Stunden.

Zugangsvoraussetzung ist der erfolgreiche Abschluss des Basiskurses: zum Wundassistenten - WAcert® DGfW (Beruf).



QZ 8: Wundversorgung und Verbandwechsel

Qualitätsprüfungs-Richtlinien ·
Transparenzvereinbarung

**Grundlagen der Qualitätsprüfungen nach
den §§ 114 ff SGB XI in der stationären Pflege**



MDS
Medizinischer Dienst
des Spitzenverbandes Bund
der Krankenkassen e.V.

Quelle: <https://www.mds-ev.de/richtlinienpublikationen/pflegeversicherung/qualitaetspruefungen-rechtliche-grundlagen.html>

QZ 8: Wundversorgung und Verbandwechsel

M/Info						
10.12	Beschreibung vorliegender Wunden					
Legende: 1 Hinterhaupt 10 Knie außen 2 Ohrmuschel 11 Knie Scheibe 3 Schulterblatt 12 Knie innen 4 Schulter 13 Knöchel außen 5 Brustbein 14 Ferse 6 Ellenbogen 15 Knöchel innen 7 Sacralbereich 8 großer Rollhügel 9 Gesäß						
t.n.z. <input type="checkbox"/>						
Wunde 1	Art	Dekubitus	Ulcus Cruris	Diabetisches Fußsyndrom	sonstige chronische Wunde	sonstige nicht chronische Wunde
a.	Größe/Tiefe	_____ cm H x _____ cm B x _____ cm T				
b.	Ort der Entstehung	stationäre Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/>	extern <input type="checkbox"/>	nicht nachvollziehbar <input type="checkbox"/>		
c.	Lokalisation	Bitte Nummer laut Legende eintragen: _____				
d.	Stadium	I <input type="checkbox"/>	II <input type="checkbox"/>	III <input type="checkbox"/>	IV <input type="checkbox"/>	
e.	Umgebung	weiß <input type="checkbox"/>	rosig <input type="checkbox"/>	gerötet <input type="checkbox"/>	feucht <input type="checkbox"/>	trocken <input type="checkbox"/>
f.	Rand	rosig <input type="checkbox"/>	rot <input type="checkbox"/>	weich <input type="checkbox"/>	hart <input type="checkbox"/>	schmerzhaft <input type="checkbox"/>
g.	Exsudat	kein <input type="checkbox"/>	wenig <input type="checkbox"/>	viel <input type="checkbox"/>	klar <input type="checkbox"/>	
h.	Zustand	fest <input type="checkbox"/>	weich <input type="checkbox"/>	rosa <input type="checkbox"/>	rot <input type="checkbox"/>	gelb <input type="checkbox"/>
i.	Nekrose	keine <input type="checkbox"/>	feucht <input type="checkbox"/>	trocken <input type="checkbox"/>	teilweise <input type="checkbox"/>	vollständig <input type="checkbox"/>
j.	Geruch	kein <input type="checkbox"/>	übel riechend <input type="checkbox"/>			

M/Info					
10.13	Verwendete Materialien zur Behandlung vorliegender Wunden (Verbandmaterial, Medikamente)	t.n.z. <input type="checkbox"/>			
a.	Wunde 1				
b.	Wunde 2				
M/T3/B					
10.14	Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/des Dekubitus dokumentiert?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
M/T5/B					
10.15	Basieren die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
M/T4/B					
10.16	Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
M/T6/B					
10.17	Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z.B. Wunddokumentation) ausgewertet, ggf. der Arzt informiert und die Maßnahmen angepasst?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>

QZ 8: Wundversorgung und Verbandwechsel

5.2		ja	nein	nicht geprüft	E. <input type="checkbox"/>
Setzt die stationäre Pflegeeinrichtung die folgenden zwei per Zufallsauswahl ausgewählten Expertenstandards um?					
M/B					
a.	Dekubitusprophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B					
b.	Pflegerisches Schmerzmanagement – Akutschmerz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B					
c.	Pflegerisches Schmerzmanagement – Chronischer Schmerz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B					
d.	Sturzprophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B					
e.	Kontinenzförderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B					
f.	Chronische Wunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B					
g.	Ernährungsmanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

QZ 8: Wundversorgung und Verbandwechsel

DNQP



Hochschule Osnabrück
University of Applied Sciences

WiSo

Sie sind hier: HS Osnabrück > Fakultät WiSo > DNQP > Expertenstandards und Auditinstrumente > Pflege von Menschen mit chronischen Wunden

STARTSEITE

WIR ÜBER UNS

EXPERTENSTANDARDS UND AUDITINSTRUMENTE

- Dekubitusprophylaxe in der Pflege
- Entlassungsmanagement in der Pflege
- Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen
- Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen
- Sturzprophylaxe in der Pflege
- Förderung der Hamkontinenz in der Pflege
- Pflege von Menschen mit chronischen Wunden**
- Ernährungsmanagement in der Pflege
- Verbraucherversionen zu den Expertenstandards

DEUTSCHES NETZWERK FÜR QUALITÄTSENTWICKLUNG IN DER PFLEGE (DNQP)

EXPERTENSTANDARD PFLEGE VON MENSCHEN MIT CHRONISCHEN WUNDEN

1. Aktualisierung (September 2015)
Hrsg.: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), 140 Seiten



Auszug aus dem Expertenstandard

Auszug aus der 1. Aktualisierung des Expertenstandards "Pflege von Menschen mit chronischen Wunden"

Anlagen zum Expertenstandard

Anlagen zum aktualisierten Expertenstandard:

- Anlage zur Literaturstudie zum Expertenstandard „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“, 1. Aktualisierung 2015
- Übersicht Wundklassifikationen (Anhang 5 aus der Anlage zur Literaturstudie)

Instrumente zur Einschätzung von wund- und therapiebedingten Einschränkungen

SUCHE

Volltextsuche



KONTAKT

Geschäftsstelle DNQP
Tel. +49 (0)541 969-2004
dnqp@hs-osnabrueck.de

telefonisch erreichbar:
Mo - Fr 08.00 - 12.00 Uhr

BESTELLUNG

Bitte per E-Mail an dnqp-bestellung@hs-osnabrueck.de oder schriftlich per Fax +49 (0)541 969-2971

QZ 8: Wundversorgung und Verbandwechsel

Punktevergabe:

- Aktuelle Richtlinie: 3 QP
- Aktualität der Richtlinie: 2 QP
- Fachperson vorhanden: 3 QP
- MDK-Prüfung: 2 QP

QZ 9

Verfahrensanweisung „Reinigung und Desinfektion“



QZ 9: Reinigung und Desinfektion

Ziel:

- Nachweis einer aktuellen Verfahrensanweisung „Reinigung und Desinfektion“.

QZ 9: Reinigung und Desinfektion

Beurteilungskriterien:

- Nachweis einer aktuellen Verfahrensanweisung „Reinigung und Desinfektion“
- Aktualität (nicht älter als 4 Jahre)

QZ 9: Reinigung und Desinfektion

Beurteilungskriterien:

➤ Berücksichtigung folgender Kriterien:

- Reinigungs- und/oder Desinfektionsbereich;
- Wann wird die Reinigung und/oder Desinfektion durchgeführt;
- Womit wird die Reinigung und/oder Desinfektion durchgeführt (nur zugelassene Produkte);
- Konzentration/Einwirkzeit/Zubereitungsweise;
- Wie wird die Reinigung und/oder Desinfektion durchgeführt;
- Von wem wird die Reinigung und/oder Desinfektion durchgeführt;
- Wer überzeugt sich vom ordnungsgemäßen Umsetzen der Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen und in welchen zeitlichen Abständen;
- Wer kontrolliert die verwendeten Putzmittel und andere Putzutensilien.

QZ 9: Reinigung und Desinfektion



Vorgaben und Hilfen zur Erstellung der Verfahrensanweisung „Reinigung und Desinfektion“

Hinweise:

Diese Erstellungshilfe wird Ihnen als teilnehmende Einrichtung am EurSafety Health-net Qualitäts- und Transparenz Siegel zur Erreichung des QZ 9 der zweiten Siegelstufe zur Verfügung gestellt. Die nachfolgenden Ausführungen und Textpassagen dürfen und sollen Sie im Rahmen dessen frei editieren, ergänzen und in Ihre eigenen Regelwerke ganz oder teilweise übernehmen.

Bitte beachten Sie, dass sich die nachfolgenden Ausführungen und Textbausteine vorrangig auf Hygieneaspekte beziehen und dass eine Verfahrensanweisung die Berücksichtigung weiterer Aspekte verlangt, wie z.B. Aspekte des Arbeitsschutzes oder des Brandschutzes.

Einleitung

Verfahrensanweisungen sollen ergänzend zu den Anweisungen der Reinigungs- und Desinfektionsplänen und den Betriebsanweisungen gemäß Biostoffverordnung bzw. TRBA250 Details zum Ablauf, zur Durchführung und zur Kontrolle von Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen Bezug nehmen. Sie sind ein wichtiges Instrument zu Qualitätssicherung.

Eine Verfahrensanweisung zur Durchführung von Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen setzt voraus, dass

- arbeitsrechtliche Vorgaben der Biostoffverordnung bzw. der TRBA 250 bereits umgesetzt wurden, so dass auf der Basis von Gefährdungsbeurteilungen Betriebsanweisungen erstellt wurden, dass entsprechende Unterweisungen stattfinden und Persönliche Schutzausrüstung (PSA) ortsnah verfügbar ist;
- ein aktueller Hygieneplan vorhanden ist;
- Reinigungs- und Desinfektionspläne für alle hygienerelevanten Bereiche (zumindest Wohn- und Pflegebereiche, ggf. auch Wäscherei oder Wohngruppenküchen) vorhanden sind;
- Informationen zu den betreffenden Reinigungs- und Desinfektionsmitteln (Produktinformationen, Sicherheitsdatenblätter, Betriebsanweisungen) verfügbar sind.

Verfahrensanweisungen sind vor allem zur Durchführung von Unterhaltsreinigungen und Schlussdesinfektionen notwendig. Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich daher auf diese beiden Bereiche.



Regelungspunkte

Verfahrensanweisungen zur Durchführung von Reinigungs- und Desinfektionsarbeiten sollen Bezug nehmen auf

- A. die **Organisation**, d.h. wie oft und von wem welches Leistungsbündel durchzuführen ist;
- B. die **Methodik**, d.h. wie und unter Anwendung welcher Mittel die jeweiligen Maßnahmen durchzuführen sind;
- C. die **Kontrolle**, d.h. wie, von wem und wie oft die Erbringung und Qualität der durchzuführenden Maßnahmen überprüft wird.

Umsetzung

Die Erstellung dieser Verfahrensanweisungen sollte idealerweise in Zusammenarbeit mit Hygienebeauftragte(r), Hauswirtschaftsleitung und Qualitätsbeauftragte(r) erfolgen.

Formell sind Verfahrensanweisungen zur Reinigung und Desinfektion dem Hygieneplan zuzuordnen. Wenn sich dagegen andere Zuordnungen (z.B. Qualitäts-handbuch, Leistungsbeschreibungen etc.) anbieten, können diese ebenso getroffen werden. Ebenso bleibt es der jeweiligen Einrichtung überlassen, welche Form (Fließtext oder Tabelle) gewählt wird.

Zu A. / Organisation

Allgemein werden bei der Gebäude- bzw. Objektreinigung unterschiedliche Durchführungsformen, wie Unterhaltsreinigung, Sichtreinigung, Grundreinigung, desinfizierende Reinigung, Schlussdesinfektion etc. unterschieden. Diese Durchführungsformen umfassen, begründet durch die verschiedenen Einrichtungsgegenstände, zahlreiche Einzelleistungen, so dass für jede Durchführungsform eine Verfahrensanweisung zu erstellen ist, aus welcher ersichtlich ist, welches Leistungsbündel in der jeweiligen Form enthalten ist und wer dies in welchen Intervallen durchzuführen hat.

Ferner ist grundsätzlich festzulegen, in welchen Fällen eine Reinigungs- und in welchen eine Desinfektionsleistung erforderlich ist. Die KRINKO-Empfehlung „Infektionsprävention in Heimen“ schreibt hierzu: „Unter infektionspräventiven Gesichtspunkten müssen Flächen sauber und trocken sein... Eine Flächendesinfektion kann in Einrichtungen der Altenpflege in besonderen Situationen angezeigt sein.“ und: „In Einrichtungen oder Bereichen, in denen überwiegend soziale Betreuung erfolgt, ist in der Regel eine routinemäßige Reinigung wie im Haushalt ausreichend.“ Medizinisch ausgerichtete Pflegeeinrichtungen orientieren sich an der KRINKO-Empfehlung „Anforderungen der Hygiene bei der Reinigung und Desinfektion von Flächen“

Hieraus schlussfolgernd sind in sozial-pflegerischen Einrichtungen Flächendesinfektionen an ganz bestimmte Indikationen bzw. Situationen gebunden:

- a. Desinfektion nach Gebrauch gemeinschaftlich genutzter Sanitäreinrichtungen, wie z.B. Badewannen.
- b. Desinfektion nach Kontamination mit Biostoffen (z.B. Blut, Fäkalien etc.).

QZ 9: Reinigung und Desinfektion

Punktevergabe:

- Nachweis Verfahrensanw.: 5 QP
- Aktualität: 2 QP
- Kriterien vorhanden: 3 QP

QZ 10

Prävention von Harnwegsinfektionen



QZ 10: Prävention von Harnwegsinfektionen

Ziel:

- Vermeidung von Harnwegsinfektionen durch die kontinuierliche Indikationsprüfung und Förderung der Harnkontinenz.

QZ 10: Prävention von Harnwegsinfektionen

Beurteilungskriterien:

- Regelmäßige (2x pro Jahr) Indikationsprüfung für Harnwegskatheter
- Vorlage des Selbstauskunftsbogens

QZ 10: Prävention von Harnwegsinfektionen

Beurteilungskriterien:

- Umsetzung des DNQP-Expertenstandards „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ durch Vorlage des MDK-Prüfberichtes

QZ 10: Prävention von Harnwegsinfektionen

DNQP



Hochschule Osnabrück
University of Applied Sciences

WiSo

Sie sind hier: HS Osnabrück > Fakultät WiSo > DNQP > Expertenstandards und Auditinstrumente > Förderung der Harnkontinenz in der Pflege

STARTSEITE

WIR ÜBER UNS

EXPERTENSTANDARDS UND AUDITINSTRUMENTE

- Dekubitusprophylaxe in der Pflege
- Entlassungsmanagement in der Pflege
- Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen
- Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen
- Sturzprophylaxe in der Pflege
- Förderung der Harnkontinenz in der Pflege**
- Pflege von Menschen mit chronischen Wunden
- Ernährungsmanagement in der Pflege
- Verbraucherversionen zu den Expertenstandards

DEUTSCHES NETZWERK FÜR QUALITÄTSENTWICKLUNG IN DER PFLEGE (DNQP)

EXPERTENSTANDARD FÖRDERUNG DER HARNKONTINENZ IN DER PFLEGE

1. Aktualisierung (März 2014)
Hrsg.: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), 112 Seiten



Auszug aus dem Expertenstandard

PDF Auszug aus der abschließenden Veröffentlichung zum Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege - 1. Aktualisierung 2014

Informationen zur Implementierung des Expertenstandards

Konzept und Ergebnisse der modellhaften Implementierung sowie das Auditinstrument zum Expertenstandard werden auch für die aktualisierte Fassung des Expertenstandards empfohlen und stehen zum kostenlosen Download zur Verfügung.

PDF Auditinstrument zum Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege

PDF Ergebnisse der modellhaften Implementierung des Expertenstandards Förderung der Harnkontinenz in der Pflege

SUCHE

Volltextsuche



KONTAKT

Geschäftsstelle DNQP
Tel. +49 (0)541 969-2004
dnqp@hs-osnabrueck.de

telefonisch erreichbar:
Mo - Fr 08.00 - 12.00 Uhr

BESTELLUNG

Bitte per E-Mail an dnqp-bestellung@hs-osnabrueck.de oder schriftlich per Fax +49 (0)541 969-2971

QZ 10: Prävention von Harnwegsinfektionen

Qualitätsprüfungs-Richtlinien ·
Transparenzvereinbarung

**Grundlagen der Qualitätsprüfungen nach
den §§ 114 ff SGB XI in der stationären Pflege**

Quelle: <https://www.mds-ev.de/richtlinienpublikationen/pflegeversicherung/qualitaetspruefungen-rechtliche-grundlagen.html>



MDS
Medizinischer Dienst
des Spitzenverbandes Bund
der Krankenkassen e.V.

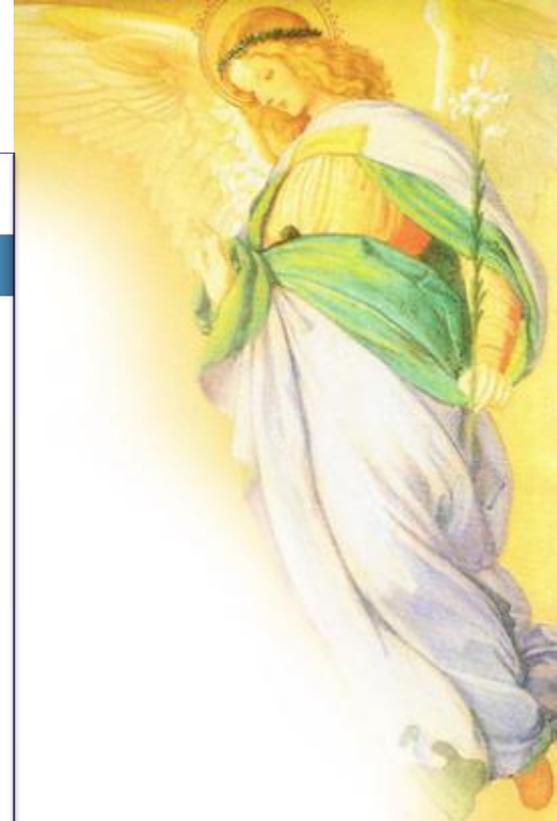
QZ 10: Prävention von Harnwegsinfektionen

5.2		ja	nein	nicht geprüft	E. <input type="checkbox"/>
Setzt die stationäre Pflegeeinrichtung die folgenden zwei per Zufallsauswahl ausgewählten Expertenstandards um?					
M/B					
a.	Dekubitusprophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B					
b.	Pflegerisches Schmerzmanagement – Akutschmerz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B					
c.	Pflegerisches Schmerzmanagement – Chronischer Schmerz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B					
d.	Sturzprophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B					
e.	Kontinenzförderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B					
f.	Chronische Wunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B					
g.	Ernährungsmanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

QZ 10: Prävention von Harnwegsinfektionen

Punktevergabe:

- Indikationsprüfung: 4 QP
- Umsetzung des DNQP-Standards: 6 QP



Crossing the borders
in health policy

Patientensicherheit durch Hygiene und Infektionsschutz

Zertifikat

Das Euregio-Netzwerk euPrevent bescheinigt
hiermit, dass

die Bedingungen für das Qualitätssiegel für Alten- und Pflegeheime nach den Anforderungen
des euregionalen Netzwerkes euPrevent erfüllt hat. Durch ein Auditierungsverfahren wurde der
Nachweis erbracht, dass die Anforderungen des oben genannten Siegels erfüllt werden.

Gültigkeitsdauer: drei Jahre

Euregio Maas-Rhein, den _____

Dr. med. K. H. Feldhoff
Vorstandsvorsitzender
euPrevent EMR

Univ.- Prof. Dr. W. Dott
Universitätsklinikum Aachen
Mitglied Stiftungsvorstand
euPrevent EMR



Ministerium für Wirtschaft, Energie,
Bauen, Verkehr und Städtebau
des Landes Nordrhein-Westfalen



provincie limburg



DG



mit Unterstützung des Europäischen Fonds für regionale Entwicklung (EFRE)

die Europäische Kommission investiert in Ihre Zukunft

WWW.EUPREVENT.EU



**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!**