



Landkreis Stade · 21677 Stade

Altenpflegeheim
„Haus am Wald“
Am Walde 1

21640 Nottensdorf



Gesundheitsamt
Heckenweg 7
Frau Pöschening
Zimmer 111
☎ 0 41 41 / 12 - 7 33
☎ 0 41 41 / 12 - 7 14
✉ Gesundheitsamt@landkreis-stade.de

Datum und Zeichen
Ihres Schreibens

Mein Zeichen
(bei Antwort bitte angeben)

Datum

/ Pö.

13.03.2015

Niederschrift

über die Besichtigung des Altenpflegeheimes „Haus am Wald“ am 12.03.2015.

Teilnehmer:

Frau Büsselmann	Pflegedienstleiterin „Haus am Wald“
Frau Dall	stellvertretende Pflegedienstleiterin „Haus am Wald“
Frau Ullrich-Holst	Hygienebeauftragte „Haus am Wald“
Frau Dr. Hedicke	Gesundheitsamt Landkreis Stade
Frau Pöschening	Gesundheitsamt Landkreis Stade

A. Vorbesprechung

Allgemeine Angaben über die Einrichtung, siehe Selbstauskunft vom 30.07.2011, liegen im Gesundheitsamt vor.

Die bei der Besichtigung am 24.10.2013 festgestellten Mängel waren abgestellt.

Hauptdienstgebäude:

Kreishaus
Am Sande 2
21682 Stade
Telefon: (0 41 41) 12-0
Telefax: (0 41 41) 12-247
eMail: info@landkreis-stade.de
www.landkreis-stade.de

Bankverbindungen:

Kreissparkasse Stade
Konto-Nr.: 100 024 - BLZ: 241 511 16
IBAN: DE82 2415 1116 0000 1000 24
SWIFT-BIC: NOLADE21STK
Volksbank Stade-Cuxhaven eG
Konto-Nr.: 100 12 12 500 - BLZ: 241 910 15
IBAN: DE64 2419 1015 1001 2125 00
SWIFT-BIC: GENODEF1SDE

Allgemeine Öffnungszeiten:

Montag, Dienstag:
8.00 bis 12.00 Uhr + 14.00 bis 15.30 Uhr
Mittwoch, Freitag:
8.00 bis 12.00 Uhr
Donnerstag:
8.00 bis 17.00 Uhr

Öffnungszeiten Straßenverkehrsamt Stade und Buxtehude:

Montag, Dienstag:
8.00 bis 15.30 Uhr
Mittwoch, Freitag:
8.00 bis 12.00 Uhr
Donnerstag:
8.00 bis 17.00 Uhr

Außerhalb der Öffnungszeiten können gerne Termine vereinbart werden.

B. Begehung der Wäscherei, Küchenpersonal, Abfall

1. Wäscherei.

	Beanstandungen		
	nicht vorhanden	nein	ja
a) Trennung von potentiell kontaminierter und anderer Wäsche	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Lagerung der Schmutzwäsche	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Bei eigener Wäscherei; getrennte Waschvorgänge	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Trennung rein / unrein	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Zugelassene Maschinen gem. RKI – Liste	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Art der Wäschedesinfektion (sämtliche Behälter vollständig desinfizier-/entleerbar)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Frischwassertank / Flusenfänger / Vorratsbehälter	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Desinfektion am Ende des Betriebes	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Kontrolle Abwasserbeseitigung, Beachtung RKI-Merkblatt	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Kontrolle durch Mikrobiologen bzw. Päckchen (VDI 2165)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abstände:			
k) Protokolle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstiges:

2. Wäschereipersonal:

	Beanstandungen		
	nicht vorhanden	nein	ja
a) Aufenthaltsraum	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Umkleieräume („schwarz / weiß“ – Trennung)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Schutzkleidung	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Hygienegerechte Ausstattung eines Handwaschplatzes (Spender für Seife, Desinfektionsmittel, Einmalhandtücher, ggf. Armhebelarmatur)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstiges:

3. Küchenpersonal:

	Beanstandungen		
	nicht vorhanden	nein	ja
a) Umkleieräume („schwarz / weiß“ – Trennung)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Sanitärräume	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Schutzkleidung	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Händedesinfektionseinrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Abfallbeseitigung:

	Beanstandungen		
	nicht vorhanden	nein	ja
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. Wohn- / Pflegebereich

	Beanstandungen		
	nicht vorhanden	nein	ja
<u>1. Räumlichkeiten / Arbeitsweisen:</u>			
a) Stationszimmer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Stations- / Teeküche	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Vorratsräume	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Sanitärzellen der einzelnen Zimmer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Trennung reine und unreine Arbeitsgänge	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Kühlschrank für Arzneimittel	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Kühlschrank für Lebensmittel	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Infusions- bzw. Spritzenvorbereitung	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Mehrfachdosierbehälter: Datum des ersten Anstiches	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohne Konservierungsmittel max. ein Tag, sonst gekühlt	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Sterilisierte Tupfer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Sterile Tupfer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Hygienegerechte Ausstattung eines Handwaschplatzes (Spender für Seife, Desinfektionsmittel, Einmalhandtücher, ggf. Armhebelarmatur)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Cremespender (keine Dosen)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Armhebelarmatur	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Schutzkleidung (tägliches Wechsel)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) Schutzkleidung vor invasiven Eingriffen (z.B. Blasenkatheter)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q) Berufskleidung (zweimal wöchentlicher Wechsel)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r) Fäkalienspüle (-n)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s) Pflegebad (-bäder)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t) geschlossenes Harnwegsystem	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u) steriles Katheterset	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v) steriles Gleitmittel in Einmalportionen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
w) Harnentsorgung mit Schutzhandschuhen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstiges:

	Beanstandungen		
	nicht vorhanden	nein	ja
<u>2. Pflegepersonal:</u>			
a) Umkleieräume („schwarz / weiß“ – Trennung)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Sanitäräume	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Schutzkleidung	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Hygienegerechte Ausstattung von Handwaschplätzen (Spender für Seife, Desinfektionsmittel, Einmalhandtücher, ggf. Armhebelarmatur)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstiges:

D. Hygienepläne der Bereiche, Sonstige Hygiene

	Beanstandungen		
	nicht vorhanden	nein	ja
1. <u>Hygienepläne:</u>			
a) Hygieneplan für die Küche	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Hygieneplan für die Wäscherei	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Hygieneplan (-pläne) für die Pflegebereiche	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. <u>Besondere Hygiene:</u>			
(1) Beatmung			
a) desinfizierte Beatmungsgeräte und -schläuche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Absaugen von nicht beatmeten Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) gebrauchte Schlauchsysteme (tägl. Desinfektion, steriles Wasser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) Vernebler			
a) Umgang mit Therapieverneblern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Umgang mit Ultraschallverneblern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Verneblertöpfe desinfiziert und sterilisiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Zubehör desinfiziert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) Sonstiges			
a) Umgang mit Blasenkathetern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Umgang mit sogenannten Heim-Inhalationsgeräten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Umgang mit Ultraschallgeräten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Umgang mit Sondennahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Pflege der Ernährungssonde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Wechsel von Wundverbänden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) Desinfektion und Sterilisation			
a) Flächen, Instrumente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Medizinprodukte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstiges:

E. Sonstige Bereiche

	Beanstandungen		
	nicht vorhanden	nein	ja
a) Kiosk / Café	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Flure / Treppen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Speise- / Gemeinschaftsräume	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Alarm- und/oder Evakuierungspläne	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstiges:

Es wurden folgende Mängel festgestellt

Sonstiges

Empfehlungen

Gesamturteil

Insgesamt befindet sich die Einrichtung in einem sehr sauberen und guten Zustand.

21682 Stade, 13.03.2015

Im Auftrage



Dr. Hedicke



Pöschering