



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דו"ח בקרה מיום 11.07.2018

במוסד: "מוסד גריאטרי יוקרה יבניאל"

בישוב: יבניאל

**הדו"ח נכתב ע"י
צוות מטה-האגף גריאטריה
צוות מחוז צפון**

לכבוד
ד"ר פארס גריפאת
מנהל/ת רפואי/ית
מוסד גריאטרי יוקרה יבניאל (קוד מוסד 237L3)
סמדר
יבניאל

ד"ר גריפאת נכבד/ה,

הנדון: סיכום הבקרה בבית החולים "מוסד גריאטרי יוקרה יבניאל"

מצ"ב דו"ח הבקרה שנערכה במוסדכם ביום 11.07.2018.

המנהל הרפואי מתבקש להעביר עותק מדו"ח זה לחברי הנהלת בית החולים הגריאטרי (למנהל האדמיניסטרטיבי, למנהלת הסיעוד - אחות ראשית ולראשי השירות של מקצועות הבריאות).
המנהל האדמיניסטרטיבי מתבקש להודיע ללשכת הבריאות המחוזית (גריאטר המחוז), בצירוף העתק לרופא המחוז/נפה ולאגף לגריאטריה pniot.geriatria@moh.gov.il על צפי ואופן ביצוע תיקון התחומים הטעונים שיפור וזאת תוך חודש ימים מעת קבלת דו"ח זה, תוך התייחסות מפורטת לממצאי הבקרה על פי סדר התחומים המצויין בדו"ח זה.
במידה ובמוסד התגלו חוסרי כח-אדם, הנכם נדרשים להשלימם, לא יאוחר מ-30 יום מקבלת דו"ח זה. על ההשלמה יש להודיע למייל המופיע מעלה.

בברכה,
ד"ר אירית לקסר
מנהלת המח' לסטנדרטים ואכיפה אגף
גריאטריה, ירושלים

העתקים:

מר משה בר סימן-טוב, מנכ"ל משרד הבריאות, ירושלים.
ד"ר ורד עזרא, ראש חטיבת הרפואה, ירושלים.
ד"ר אהרון כהן, ראש האגף לגריאטריה, משרד הבריאות, ירושלים.
ד"ר אליעזר חפר, הממונה על הרישוי, משרד הבריאות, ירושלים.
ד"ר מיכל כהן-דר, רופאה מחוזית, לשכת בריאות צפון.
ד"ר יבגניה פנטופל, גריאטרית מחוזית, מחוז צפון.
ד"ר נועה די-קסטרו, רופאה נפתית, נפת טבריה.
הנהלת אגף הגריאטריה.
מר יוחנן סמואל, מרכז בכיר, נתוני בקרה ואיכות בגריאטריה, ירושלים.
צוות הבקרה.

סיכום הבקרה בבית החולים "מוסד גריאטרי יוקרה יבניאל"

- בתאריך 11.07.2018 נערכה בקרת פתע, בקרת רישוי בבית החולים הגריאטרי, על ידי צוות מטה-האגף גריאטריה וצוות מחוז צפון.
- מטרת הבקרה הייתה לבחון את הטיפול הרפואי, הסיעודי ושל שאר מקצועות הבריאות וכן השירותים האחרים הניתנים למטופלים המאושפדים בבית-החולים.
- להלן הרכב צוות הבקרה ותחומי בקרתו:

- ד"ר מאיה בוטארה, רופאת בקרה, מחוז צפון	* רפואה
- דר' דורית רובינשטיין, אחות מפקחת ארצית בגריאטריה, אגף לגריאטריה	* סיעוד
- גב' אירה גלזמן, אחות מפקחת ארצית בגריאטריה, אגף לגריאטריה	* תזונה
- גב' יוספה כחל, ראש תחום ארצי בגריאטריה, אגף לגריאטריה	* פיזיותרפיה
- גב' חנה קפקא, מרכזת תחום בקרה ארצי, אגף לגריאטריה	* ריפוי בעיסוק
- גב' שולי ורדי, מרכזת תחום בקרה, מחוז צפון	* עבודה סוציאלית
- מר פרנסוא עג'אג', מרכז תחום בקרה, מחוז צפון	* רוקחות
- גב' יעל יובל, מרכזת תחום בקרה ארצי, אגף לגריאטריה	* בריאות הסביבה
- גב' דועא שאמא, מרכזת תחום בקרה, מחוז צפון	* מינהל ותחזוקה
- גב' אסתר נתיב-ארד, מרכזת תחום בקרה ארצי, אגף לגריאטריה	
- מר אמיר זהר, מרכז תחום בקרה ארצי, אגף הגריאטריה	
- דר' עולא סאדר-מזבר, מרכזת תחום בקרה, מחוז צפון	
- מר גריגורי רודשטיין, ראש תחום ארצי בגריאטריה, אגף לגריאטריה	
- מר חיים פרקש, ראש צוות בקרה, אגף לגריאטריה	

תמהיל מאושפדים:

להלן תמהיל המאושפדים במחלקות בית החולים:

שם מחלקה	מס' מיטות ברישיון	מס' מאושפדים בפועל	מס' סיעודיים	מס' סיעודי מורכב	מס' תשושי נפש	מס' תשושים	מונשמים	תת אקוטי	שיקומיים	בבי"ח כלי
	36	36	36	-	-	-	-	-	-	-
	36	32	32	-	-	-	-	-	-	-
	36	36	36	-	-	-	-	-	-	-
	30	29	-	-	29	-	-	-	-	-
	30	29	-	-	29	-	-	-	-	-
	168	162	104	-	58	-	-	-	-	-

- בסה"כ שהו במחלקות 162 מאושפזים, מתוכם 146 במימון משרד הבריאות.

מכרז הקודים:

המוסד הצטרף ל"מכרז הקודים".

פרוגרמה:

על פי הצהרת המוסד המוסד בנוי על פי הפרוגרמה החדשה. נושא זה לא נבדק בבקרה.

אישור כיבוי אש:

אישור כיבוי אש בתוקף עד תאריך: 15.08.2019.

רישיון IV:

לבית החולים הרשאה למתן טיפול למחלות חריפות (טיפול תוך ורידי), למטופלים השוהים בו באופן קבוע.

נספח א' הערכת הבקרה לפי תחומים

(1) נכשל 0-65	(2) טעון שיפור רב 66-72	(3) טעון שיפור 73-79	(4) טוב 80-86	(5) כ. טוב מאוד 87-93	(6) טוב מאוד 94-100	תחום מקצועי
			X			רפואה
		X				סיעוד
				X		תזונה
				X		פיזיותרפיה
		X				ריפוי בעיסוק
		X				עבודה סוציאלית
			X			רוקחות
				X		בריאות הסביבה

נספח ב' - ממצאי הבקרה והנחיות לתיקון

הערה כללית: בכל מקום שבו מפורט תיאור תפקיד בלשון זכר הכוונה גם ללשון נקבה ולהיפך

רפואה: 81%

הבקרה בתחום הרפואה כללה את הנושאים הבאים:

- תיאור כללי
- כח-אדם
- עבודת המנהל הרפואי
- קשר עם משפחות
- רופא בית
- איכות הרשומה בקבלה הרפואית של המטופל
- מעקב רפואי שוטף
- הוראות רפואיות והוראות למתן תרופות
- בדיקות מעבדה
- בדיקה תקופתית אחת ל - 3 חודשים
- פעילות צוות רב מקצועי במחלקה
- דו"ח אירוע חריג
- תיקי מטופלים שעזבו את המחלקה (כולל פטירות)
- רפואה מונעת ורפואה פליאטיבית

תיאור כללי:

* מדובר על מוסד גריאטרי עם 5 מחלקות: 3 מחלקות לחולים סיעודיים ו- 2 מחלקות לתשושי נפש. בפועל ביום הבקרה נמצאו במחלקות סיעודיות מטופלים סיעודי-מורכב בתפקודם ובמחלקות לתשושי נפש נמצאו מטופלים סיעודיים בתפקודם. שלושה רופאי בית נכחו בבקרה, בהמשך הצטרף לבקרה גם המנהל הרפואי. הבקרה נערכה על פי תצפית, שיחה עם אנשי צוות, שיחה עם רופאי המוסד, בדיקת רשומות.

כח-אדם - הערות על כל המחלקות:

* המנהל הרפואי מועסק במוסד שנתיים, עובד 15 שעות בשבוע. במוסד עובדים 3 רופאי בית. מחולק ביניהם אחריות על המחלקות. רופא הבית האחראי על מחלקות סיעודיות ב' ו-ג', מועסק במוסד כ- 6 שנים, עובד 48 שעות בשבוע. רופאת הבית האחראית על מחלקות סיעודיות א' ומחלקות לתשושי נפש א' ו- ב', מועסקת במוסד 3 שנים, עובדת 35 שעות בשבוע. מזה שבועיים מועסקת במוסד עוד רופאת בית אשר עובדת 18 שעות בשבוע. המנהל הרפואי הינו גם יועץ הגריאטרי למוסד.

אין הסדר יועץ קבוע בתחום אחר למוסד.
קלינאי תקשורת עובד במוסד 20 שעות בחודש.

חוזקים

עבודת המנהל הרפואי

* הכשרת מנהל רפואי: מומחה בגריאטריה.

* קיום והפעלת תוכנית הדרכה מוסדית בתחומי הגריאטריה וגרונטולוגיה. השתתפות בהדרכה מחוץ למוסד ובתוכו: הנהלת המוסד מאפשרת יציאת אנשי הצוות להשתלמויות מחוץ למוסד

רופא בית

* הכרת המטופלים ובעיותיהם הרפואיות: רופאי הבית מכירים טוב את המטופלים ואת בעיותיהם.

איכות הרשומה בקבלה הרפואית של המטופל

* אנמנזה: טובה. רופאי הבית מקפידים לתעד ברשומת הקבלה הרפואית אנמנזה רפואית מלאה, כולל ציון רגישות לתרופות.

* הערכה תפקודית: בהערכה קוגניטיבית ותפקודית רופאי הבית מקפידים על שימוש בכלים מובנים ומקובלים.

* תרופות בקבלתו, תיאור תרשים EKG: רופאי הבית מקפידים לתעד פענוח של תרשים EKG ברשומה רפואית

בדיקות מעבדה

* רישום, נימוק ומעקב רפואי של תוצאות בדיקות לא תקינות: רופאי הבית מקפידים להתייחס לתוצאות מעבדה לא תקינות.

פעילות צוות רב מקצועי במחלקה

* מנגנוני תקשורת בין אנשי הצוות: קיים מנגנון תקשורת ממוחשב ומסודר בין אנשי הצוות.

תחומים הטעונים תיקון ושיפור

עבודת המנהל הרפואי

* קבלת מטופלים בהתאמה לסיווג מחלקות סעודיות/לתשושי נפש: ביום הבקרה במחלקות סיעודיות נמצאו שלושה מטופלים עם פצעי לחץ בדרגה מתקדמת. בכל מחלקה לתשושי נפש נמצאו שני מטופלים סיעודיים בתפקודם.

יש להקפיד על התאמת תמהיל המטופלים במחלקות לרישיון שהוענק לה. סימוכין: נוהל האגף לגריאטריה מס' 0.6.2
יש להקפיד לדווח על שינוי סטטוס של מטופל כנדרש, כמפורט בנוהל 3.9.4
יש להקפיד על דיווח שוטף ללשכת הבריאות המפקחת על כל המטופלים עם פצעי לחץ בדרגה מעל II בעיתוי הנכון.
סימוכין: נוהל האגף לגריאטריה מס' 0.6.2

* תכנון ויישום "הבטחת השגחה רפואית בכל היממה" (זמינות ותיעוד; כוונות/תורנות): יש לבנות נוהל פנימי המגדיר את דרך הבטחת זמינות ההשגחה הרפואית בכל שעות היממה, כולל שעות שאינן שעות פעילות הרופא במקום. סימוכין: נוהל האגף לגריאטריה מס' 1.1.2

* הכרת החוזרים והנהלים של משרד הבריאות ושל אגף לגריאטריה: יש לבנות מנגנון בקרה פנימית מסודרת על תהליכי עבודה במוסד

* יישום התחומים לשיפור מהבקרה הקודמת: התייחסות לתיקון ליקויים מהבקרה הקודמת אינה מספקת. יש להתייחס לליקויים מהבקרה הקודמת וליישם תיקון של כל הליקויים. סימוכין: נוהל אגף לגריאטריה 1.1.1 סעיף מס' 5.3.2

* היערכות המוסד וקיום נוהל פנימי לשמירה על סביבה בטיחותית ומניעת נפילות ותאונות וישומו: במהלך הבקרה נצפה כי מטופלים נשארים ללא השגחת איש צוות. יש להקפיד ליישם נוהל פנימי לשמירה על סביבה בטיחותית ומניעת נפילות ותאונות. סימוכין: נוהל האגף לגריאטריה 0.4.8. סעיפים מס' 5.1, 5.2 ו- 5.3

מעקב רפואי שוטף

* יישום מעקב אחר בעיות כרוניות, לרבות מניעה וטיפול של פצעי לחץ: במוסד מאושפדים מטופלים עם פצעי לחץ דרגה I, II ומטופלים עם פצעי לחץ בדרגה מתקדמת. לכל מטופל עם פצעי לחץ יש לתעד ברשומה רפואית תיאור מפורט של הפצע: מיקום, גודל, דרגה, הפרשות וכו'. יש להקפיד על תיעוד של מעקב אחר התקדמות הטיפול בפצעי לחץ בתדירות הנדרשת לפי הנוהל. סימוכין: נוהל האגף לגריאטריה סעיף מס' 2.3.13

* רישום אבחנות, כולל תסמונות גריאטריות ועדכון מעת לעת: יש לעדכן רשימת אבחנות ותסמונות גריאטריות בצורה שוטפת ברשומה רפואית של כל מטופל, כולל מצב נפשי, כאב, מצב תזונתי, נפילות חוזרות, תסמונות העיניים היבשות וכו'. סימוכין: נוהל אגף לגריאטריה 1.2.2

הוראות רפואיות והוראות למתן תרופות

* הוראה רשומה כראוי וחתומה ע"י הרופא: בהשוואה בין רשומה סיעודית לבין רשומה רפואית נמצא כי לא לכל הטיפולים, אותם קבלו המטופלים, הוצאו הוראות רופא. לדוגמה: טיפול בגרדת ללא הוראת רופא ובהתאם נמצא כי חסר מעקב של רופא (התייחסות להשפעת הטיפול), מתן טיפול בתרופה אנטיפסיכוטי S.O.S ללא חידוש ההוראה לאחר שהסתיימה תקופת מתן טיפול זה, טיפול מקומי בפצע ע"פ הנחיות של בני משפחה בלבד ללא התערבות של רופא.
יש לבנות מנגנון מוסדי המבטיח התאמה מלאה בין הוראות הרופא ורשימת תרופות בגיליון המטופל בתכנה הממוחשבת ולבין רשימת תרופות בקרדקס אחיות.

* הוראות מתן תרופות אנטי פסיכוטיות - רישום, דיון ונימוק: ביום הבקרה נצפו מספר מטופלים באי שקט וצועקים. דווח ע"י הצוות הסיעודי כי מצב זה נמשך מספר חודשים. בבדיקת רשומה רפואית נמצא כי המטופלים מקבלים טיפול

אנטיפסיכוטי/להרגעה, אך השפעתו חלקית בלבד. לא נמצא ברשומה רפואית הסבר האם נעשה נסיון התאמת טיפול אחר לשיפור מצבם הנפשי והתנהגתם של מטופלים, לא נמצאה התערבות של מומחה (גריאטר ו/או פסיכיאטר) בנדון.

בדיקה תקופתית אחת ל - 3 חודשים

* תכנית טיפול, כולל התייחסות רב מקצועית: לא נמצא בחלק מבדיקות תקופתיות תכנית טיפול רב-מקצועית עדכנית מפורטת. בבדיקה תקופתית יזומה יש לבנות תכנית טיפול רב-מקצועית עדכנית בהתאם שינויים במצב בריאותי, נפשי, קוגניטיבי ותפקודי של המטופל. סימוכין: נוהל האגף לגריאטריה 1.2.3 סעיף מס' 5

רפואה מונעת ורפואה פליאטיבית

* מוודא מתן חיסונים קבועים ותקופתיים לצוות המטפל (חדש וותיק) ונותן לצוות הסברים: באחריות הנהלת המוסד להקפיד על ביצוע חיסונים לכל העובדים במוסד. סימוכין: נוהל אגף לגריאטרי 0.4.11, חוזר מנכ"ל 07/2013 "חיסון עובדי מערכת הבריאות" ועדכנויו - חוזר ברה"צ 8/2014.

* קיום תכניות מיוחדות במוסד ומעורבות הרופא: הערכות למתן טיפול פליאטיבי, התייחסות רופא למדד כאב והטיפול: מומלץ לרענן תכנית טיפול פליאטיבי במעורבות של כל אנשי מקצוע במוסד, יש לחדד בנוהל מנגנון תקשורת מקצועית בין אנשי הצוות.

סיעוד: 79%

הבקרה בתחום הסיעוד כללה את הנושאים הבאים:

- תיאור כללי
- כח-אדם
- אומדן סיעודי ורישום אנמנזה
- תכנית טיפול בקבלה לאשפוז
- מעקב סיעודי
- תרופות
- הבטחת הסביבה
- תקשורת
- הזנה והאכלה
- הפרשות
- היגיינה אישית ולבוש
- שמירת שלמות העור
- תנועתיות ותנוחה
- קשר עם המשפחה
- עדכון מקצועי
- הדרכה והערכת הצוות
- טיפול בכאב
- מניעת זיהומים
- זכויות החולה

תיאור כללי:

* המוסד וותיק, קיים כבר משנת 2001 עם תשתית מקצועית טובה. מנהל הסיעוד, אח מוסמך, מנהל את הסיעוד בבית החולים מזה כשנתיים. בוגר תואר שני בניהול מערכות בריאות, ללא קורס על בסיס. סיים קורס נאמני נושא במניעת זיהומים בצפת וטיפול פליאטיבי בהלל יפה. בעל ידע וניסיון בתחום הגריאטריה, עובד כחמש שנים במוסד. למנהל הסיעוד סגן אח מוסמך עם תואר שני בגרנטולוגיה, עובד פעמיים בשבוע (עובד גם כמנהל הסיעוד בבית אבות בנצרת) חלוקת העבודה הניהולית ביניהם מוגדרת. הוא אחראי על תחום ניהול סיכונים, בקרות פנים ותצפיות על רחצת ידיים. מאז הבקרה הקודמת ישנה יציבות באיכות העבודה הסיעודית. מונו אחים/ות נאמני/ות נושא בשלשה נושאים: כאב, פצעים וזיהומים. האח הראשי והסגן שלו ממונים על נושא מניעת זיהומים, ביחד ובנפרד מבצעים תצפיות על רחצת ידיים. במוסד בסדר גודל כמוסד הנ"ל, יש לשלוח מתוך המחלקות להכשרה ייעודית לנאמני נושא. כיום יש במוסד 6 מטופלים נשאי חיידקים עמידים. בשלב זה אין עיבוד נתונים בנושא ואין בניית תוכנית עבודה תואמת. נאמנת נושא בתחום פצעים, עברה הכשרה בנושא. עם זאת עשייתה בבית החולים לא מגיעה לכדי ביטוי ואינה מספקת, מבצעת בקרות בנושא אחת לחודשיים בכל מחלקות ביה"ח. לאחרונה גויס לעבודה אח חדש שיועד להיות נאמן בנושא כאב. מומלץ לשלוח אותו להכשרה בנושא. בבית החולים אין חיסוני עובדים כנדרש. כל האחיות והאחים והצוות הרב מקצועי, סיימו את חיסוני החובה. מתוך כל כוחות העזר (50) במוסד, רק 3 חוסנו. מתוך כלל כוחות העזר, 5 עובדים זרים מתוכם אחת שאינה דוברת עברית.

כח-אדם - הערות על כל המחלקות:

* יש להימנע מביצוע משמרות כפולות הן על ידי אחיות והן ע"י כוחות עזר הפוגעות בעירנות העובד ועלולות לפגוע בבטיחות המטופל
אחיות ומטופלים – יש להשלים ע"פ התקינה הנדרשת

חוזקים

* הצוות הסיעודי מקצועי, מיומן, אמפטי ומסור. מגלה היכרות טובה עם מצבם הבריאותי, תפקודי והבעיות הסעודיות של המטופלים. רוב המטופלים יורדים מהמיטה לשיבה, פרט למקרים בודדים בהם קיימת הצדקה לאי-הורדת המטופלים מהמיטה.

תקשורת

* מתקיים שיח רב-מקצועי בנושאים קליניים שונים, לדוגמה, בנוגע להגבלה מכאנית, אופן, סוג ותדירות האכלה, אופן העברת המטופלים ועוד.

זכויות החולה

* מתקיים תשאול שוטף של המטופלים הצוללים בנושא יחס וגישה של מטופלים במהלך ביצוע טיפול אישי.

תחומים הטעונים תיקון ושיפור

* מומלץ לפעול להרחבת הפעילות וקידום גישה פליאטיבית במקרים בהם המטופלים הסובלים ממחלות חשוכות מרפא ו/או מוגדרים כמטופלים סופניים. מומלץ לבנות נוהל מוסדי רב-מקצועי, לפעול לקביעת קריטריונים להגדרת המטופלים הזקוקים לטיפול תומך, הטמעת המדיניות בשטח. יש לפעול לתעסוקה ומילוי שעות פנאי של המטופלים. במחלקה "אירוס" במהלך כל שעות הבוקר לא הייתה תעסוקה והמטופלים ישבו בלובי בחוסר מעש.

תכנית טיפול בקבלה לאשפוז

* יש לוודא שאיש הצוות המבצע את האומדנים למטופל הוא גם זה שיכתוב את תוכנית הטיפול לאותו מטופל, כך שלא תהייה שונות בין ממצאי האומדן להתייחסות בתכנית. בתוכנית טיפול יש לציין באם נמצאה שונות בין אומדן אחד למשנהו ולבדוק מה פשרה. בבדיקה מדגמית של מספר רשומות מטופלים בתשושי נפש, נמצא לדוגמא במבחנים עוקבים של מבח נורטון ובמבחן התנהגות, הערכים לא היו זהים ולא ניתן הסבר לשונות, לא בוצע מעקב אחר מצב המטופל בעיקר במצב בו הציון ביטא החמרה. באומדן התנהגות לדוגמא, ערכי אומדן התנהגות שקפו שהמטופל באי שקט ובתכנית הטיפול במלל היה מצוין בדיוק ההפך.

מעקב סיעודי

* יש להקפיד לעקוב בכל משמרת אחרי מטופלים שמצבם אינו יציב ו/או סובלים מבעיה חריפה. לא נמצא תיעוד רציף של מעקב אחרי מצב מטופלים הסובלים מכאב, אי-שקט קשה, בחזרה של המטופל מאשפוז פעיל.

תרופות

* יש להבטיח ניהול תקין של הטיפול התרופתי במחלקות הסיעודיות. מבדיקה מדגמית של קרדקס תרופות של מספר המטופלים עלה, כי לפי הרישום, ב-10.07, 9.07, 6.07, 29.06, 7.07 המטופלים לא קבלו את חלק מתרופותיהם ללא

הנמקה לאי-מתן הטיפול וללא דיווח מתועד לרופא.

יש להקפיד על ניטור מצב המטופל החולה במחלה חריפה ומטופל בטיפול תוך ורידי ע"י אחיות מוסמכות. יש להקפיד על נוכחות אחות מוסמכת וניטור מצב המטופל בכל המשמרות, לאורך כל ימי התכנית של מתן הטיפול (נוהל רוחב 0.5.4, משרד הבריאות).

יש להבטיח במחלקות הסיעודיות אחסון ושימור תרופות בקירור כנדרש בנהלים. בשל הטמפרטורות החריגות במשך מספר ימים הקודמים לבקרה, הושמד מלאי תרופות המאוחסן במקררים בשתי מחלקות במוסד. במחלקה לתשושי נפש נמצא כי מטופלת שקבלה לייקליר לטיפול בסקאבייס וכן טיפול הרגעי בהלידול 2.5 מ"ג, לא נמצאה הוראה רפואית לשני התכשירים, אך דווח מתן הטיפול בדווח הסיעודי. בבירור שבוצע נאמר שההוראה נתנה טלפונית ערב קודם ע"י הרופא, שלא דאג ביום המחרת לציין זאת ברשומת המטופל תרופות בנות סיכון - חשוב להמשיך ולפעול ליישום מלא של חוזר מנהל הרפואה 41/2013 – "מתן תרופות בנות סיכון". יש להגדיר רשומת תרופות ברות סיכון מוסדית ולסממן בארונות התרופות. יש לפעול לפיתוח מנגנונים להבטחת מתן תרופות בנות סיכון, ביניהם הסדרת הנחיות לבקרה כפולה לפני מתן התכשירים למטופל.

הבטחת הסביבה

* מומלץ להוסיף תמונות ופרטים אישיים בחדרי המטופלים וזאת במטרה ליצור אווירה ביתית וחמימה למאושפזים במחלקות המוסד.
יש להבטיח תרגול וריענון תקופתי בקרב האחיות בנוגע התמצאות בעגלת ציוד והפעלת מכשירים חיוניים לביצוע החייאה. יש להבטיח תקינות מערכת של קריאת אחות. יש להקפיד על נעילת מעצורים בכיסאות גלגלים ובכורסאות גריאטריות בעת ביצוע מעברים של מטופלים.
יש להבטיח הדרכת הצוות למילוי בטיחותי של העברות המטופלים. מבדיקה מדגמית של 10 מטופלים במחלקה "רקפת", נצפו חבלות בשוקיים אצל 5 מטופלים (50%). אצל כל המטופלים לא מולא דו"ח אירוע, לא נמצא דיווח סיעודי ומעקב כלשהו.

הפרשות

* יש להבטיח מעקב יומיומי סדיר אחרי יציאות המטופלים. המעקב חיוני במיוחד עבור מטופלים הסובלים מהפרעות בהרגלי היציאות, כגון, עצירות או שלשולים.
מומלץ להרחיב את ההתערבות הסיעודית לטיפול בעצירות מעבר לטיפול תרופתי ולכלול בה אמצעי טיפול נוספים. מומלץ לפעול לצמצום השימוש בתכשירים משלשלים ו/או חוקנים.

היגיינה אישית ולבוש

* יש להקפיד על גזירת ציפורני בידיים ורגליים של המטופלים, כחלק מטיפוח הגוף ושמירה על היגיינה בסיסית. יש לשפר את איכות הביצוע של טיפולי פה. מבדיקה מדגמית שנערכה במועד הבקרה עלה, כי אצל חלק מהמטופלים בוצעו הטיפולים באיכות ירודה.
יש להבטיח צחצוח שיניים למטופלים להם שיניים טבעיות וטיפול נאות בשיניים תותבות למטופלים חסרי שיניים. בסיום הרחצה של כל המטופלים במחלקה "רקפת" כל מברשות השיניים של המטופלים היו יבשות.

שמירת שלמות העור

* יש לדרג ולעקוב אחרי מצבם של כל הפצעים, מכל הסוגים אצל המטופלים, לדוגמה, של הפצעים כתוצאה משפשופים ו/או קרעי עור.
יש להתייחס להפרעה בשלמות העור בתכנית הטיפול הסיעודית ולבנות תכנית טיפול מתאימה. יש לתעד את הטיפול

המקומי בפצעים ולהקפיד על מעקב שבועי מתועד.

תנועתיות ותנוחה

* יש לפעול לזיהוי המטופלים הזקוקים לעזרה בנייד ולקבוע את השיטה המתאימה לניידם. יש להכין רשימת מטופלים הזקוקים לביצוע מעברים על ידי שני אנשי צוות או על ידי מנף. יש להבטיח הולכה יזומה של מטופלים בהתאם לתכנית הטיפול שנקבעה עבורם. (חוזר מנהל הסיעוד 55/2003). יש להבטיח ביצוע המעברים של מטופלים בפועל בהתאם להחלטות שהתקבלו בנוגע לאופן העברה. נצפתה העברת מטופלים על ידי מטפל אחד, למרות ההנחיה לביצוע העברה על ידי שני אנשי הצוות.

עדכון מקצועי

* יש לפעול להגדלת מעגל היוצאים לתוכנית הכשרת מטופלים בקורס ייעודי המאושר על ידי משרד הבריאות, בהיקף של 120 ש"ל. נכון למועד הבקרה, סיימו 3 כוחות עזר קורס הנדרש של 120 שעות. מומלץ לבנות ולהטמיע נהלים והנחיות עבודה הרלוונטיים לעבודת מטופלים. מומלץ לקיים פעילות מוסדית המכוונת לתמיכה במטופלים ומניעת השחיקה. יש לפעול לעדכון נהלים קיימים ופיתוח נהלים פנימיים הנדרשים בחוזרי מנהל רפואה/סיעוד ונהלי אגף לגריאטריה. במועד הבקרה לא הוצגו נהלים פנימיים הנדרשים, כדוגמת "שמירה על אוטונומיית מטופל בעת הטיפול האישי", "מעקב רגל סוכרתית", "טיפול תומך", "טיפול במטופלים בבידוד מגע" ועוד. נהל גמילה מזונדה, ניהול הטיפול התרופתי והזנה אנטרלית היו לא מעודכנים. בנהל יש לדאוג לציין את תאריך הוצאת הנהל. בהתבססות על חמר מקצועי, בסימוכין חובה לציין את המקור עליו מתבססים. יש לשלוח ולעודד את הצוות לצאת ולהשתתף בימי הכשרה חוץ מוסדיים. חשוב לוודא ולתעד נוכחות אנשי צוות בימי הדרכה במסגרת החת"ש המוסדי. במקרים בהם היעדרות מהישיבות היא קבועה יש להתריע בפני העובד.

הדרכה והערכת הצוות

* תכנית האוריינטציה הקיימת אינה מספקת מענה לקליטת עובד חדש והכרת כל הגורמים העובדים בבית החולים ומטופלים במטופל. טופס הערכת העובד הקיים כיום אינו ממצה את המידע הנדרש על תפקודי העובד, יש לדאוג לשנותו בהתאם.

טיפול בכאב

* יש להקפיד על מעקב חוזר של כאב אצל מטופלים שקבלו טיפול נוגד כאב

מניעת זיהומים

* יש לפעול לקידום מניעת זיהומים בכל בית החולים ולשקול פעילות ועדה בנושא. מומלץ להצטייד בערסלים / מנשאים אישיים להעברת המטופלים באמצעות מנף. יש להשתמש במשחות/תכשירים מקומיים אישיים לטיפול בעור המטופלים. יש להשתמש בגוזז ציפורניים אישי עבור כל המטופלים. יש להצטייד במתקנים עם מגבות לניגוב ידיים בכל חדרי הרחצה של מטופלים וליד כל הכיורים במחלקות האשפוז. יש לשפר את תהליכי העבודה בתחום מניעת זיהומים, כולל העלאת מודעות הצוות המטפל לביצוע בפועל את הנחיות משרד הבריאות בדבר מניעת זיהומים במערכת האשפוז. במספר התצפיות שבוצעו במהלך הבקרה נצפה, כי הצוות הסיעודי לא מקפיד על רחיצת/חיטוי ידיים אחרי טיפול במטופלים.

תזונה: 93%

הבקרה בתחום התזונה כללה את הנושאים הבאים:

- תיאור כללי
- כח-אדם
- ניהול כוח אדם - פריסת שעות
- כללי
- איכות ובטיחות המזון
- בדיקת התפריט השבועי - רישום מול יישום
- גודלי מנה/גיוון
- רשומות מחלקתיות
- הגשת ארוחות צהריים - תצפית / אבטחת איכות כלל הארוחות
- מטופל חדש - תיעוד ברשומה התזונתית
- מטופל במצב תזונתי לא תקין - תיעוד ומעקב
- יישום והלימה

תיאור כללי:

* בבית החולים מטבח מרכזי המבשל את כל הארוחות. יש ארבעה תפריטים מחזוריים העוברים שינויים מעת לעת.

כח-אדם - הערות על כל המחלקות:

* דיאטנית עם ותק במוסד ומנוסה בתחום התזונה בגריאטריה, עובדת חמישה ימים בשבוע סה"כ 35 ש"ש. הדיאטנית בוגרת קורס תזונה בגריאטריה.

חוזקים

כללי

* יש לשבח גישה פרטנית להעדפות המטופל מבחינת מזון. המוסד דואג לרכישת מזונות לא סטנדרטים ולבישול מנות מיוחדות על פי בקשת המטופלים.
ראוי להערכה הגשת מגוון מזונות מנחמים כמו גלידה בקיץ.
יש לשבח יציאת הטבחים למחלקות השונות בזמן הארוחות לבדוק שביעות רצון מטופלים מהמזון.
החלו בפרויקט בשם 'מעוררים תיאבון' שיתוף פעולה בין קלינאי תקשורת ודיאטנית להערכת בריאות הפה-יישר כוח!!

הגשת ארוחות צהריים - תצפית / אבטחת איכות כלל הארוחות

* בוצעה תצפית על ארוחת בוקר. ניצפתה האכלה מכבדת. חלוקת המזון הייתה אסתטית ומעוררת תיאבון. כלי האוכל נאים. לרב המטופלים נתנו כף ומזלג. למטופלים האוכלים מרקם קשה הגישו בסיום הארוחה סנדויץ עם ממרח שוקולד. ארוחת הצהרים גם כן הוגשה בכלים נאים והמנה נראתה צבעונית ואסתטית.

תחומים הטעונים תיקון ושיפור

איכות ובטיחות המזון

* פריסת זמני הארוחות נאותה: הפער בין ארוחת הצהרים לארוחת הבוקר קטן. ארוחת בוקר מסתיימת סביב השעה 9:00 בבוקר וארוחת הצהרים מוגשת בשעה 12:00. יש לדחות את ארוחת הצהרים לשעה 12:30 על מנת לשפר היענות המטופלים לצריכת הארוחה. הסיבה לאי דחיית הארוחה קשורה בבעיה אדמיניסטרטיבית של הסעות עובדים. יש לפתור את הבעיה הקשורה להסעות.

מטופל חדש - תיעוד ברשומה התזונתית

* מתן מולטי וויטמין יעודי: במחלקה אחת לא נותנים מולטיוויטמין ייעודי לקשישים שלא ניזונים אנטרלית ולא מקבלים מזון ייעודי. במידה והרופא החליט לא לתת את התוסף, יש לנמק את הסיבה לאי מתן הויטמין.

הערות לסיכום:

* תחום המזון והתזונה מנוהל בצורה מיקצועית. יש לציין שהדיאטנית יוזמת ומעורבת בפרויקטיים רוחביים.

פיזיותרפיה: 87%

הבקרה בתחום הפיזיותרפיה כללה את הנושאים הבאים:

- תיאור כללי
- כח-אדם
- פריסת שעות ומצבת כוח אדם
- פרופיל המטופלים במוסד
- ארגון השרות
- אבחון פיזיקלי
- טיפול פרטני
- טיפול בקבוצה
- מעקב פיזיקאלי ותיעוד הערכה תקופתית
- טכנולוגיה לישיבה וניידות
- הדרכה, השתלמות ותקשורת בין צוותית
- תנאים פיזיים
- ציוד טיפולי
- ציוד ואביזרי עזר לניידות

תיאור כללי:

* במוסד שני חדרי פיזיותרפיה: חדר פיזיותרפיה מאורגן ומאובזר הממוקם בקומה השניה - מול מחלקות סיעודיות א' ו-ב'. וחדר נוסף הממוקם בקומת הקרקע, מול המחלקה סיעודית ג' שמשמש בעיקר לאחסון ציוד פיזיותרפי וכחדר ריפוי בעיסוק.

כח-אדם - הערות על כל המחלקות:

* במוסד עובדים 3 פיזיותרפיסטים.
מנהל השרות, וותק של 12 שנים במקצוע ובמוסד. עובד 41 שעות שבועיות. סיים השנה את ההכשרה העל בסיסית בגריאטריה.
פיזיותרפיסטית נוספת, וותק של שנתיים במקצוע ובמוסד, עובדת 14 שעות שבועיות.
פיזיותרפיסטית שלישית עם וותק של שנתיים במקצוע ושנה במוסד, עובדת 21 שעות שבועיות.
יש להשלים 4 שעות שבועיות כדי לעמוד בדרישות התקן.
השרות נפרש ע"פ חמישה בקרים בשבוע ופעמיים גם בשעות אחר הצהריים.
כח עזר עובדת בין השעות 12:00-16:00 חמש פעמים בשבוע.

חוזקים

פריסת שעות ומצבת כוח אדם

* פריסת השעות יעילה ויש סיוע של עובדת כח עזר.

פרופיל המטופלים במוסד

* מרבית המאושפזים מקבלים טיפול פרטני ו/או טיפול בקבוצה.

ארגון השרות

* מנהל השרות עומד בדרישות הנוהל (ותק מקצועי, הכשרה על בסיסית): כן.

* פריסת צוות במחלקות, חלוקת אחריות והגדרת תפקידים: קיימת.

* דרכי תקשורת תוך צוותית מובנים בכתב: יש.

* פעילויות מיוחדות לקידום איכות הטיפול (פרויקטים): השרות מקדם פרויקט להבטחת ישיבה מותאמת למטופלים במחלקות הסיעודיות.

אבחון פיזיקלי

* הערכה ראשונה נערכת למטופל במועד.

טיפול בקבוצה

* מתקיימות קבוצות פיזיותרפיה בכל המחלקות.

מעקב פיזיקאלי ותיעוד הערכה תקופתית

* תיעוד הערכה חוזרת במועד. משקף את מצב המטופל.

טכנולוגיה לישיבה וניידות

* ניכרת השקעה בהתאמת כסא גלגלים ואביזרי עזר נלווים לצרכי המטופלים. קיים נסיון לצמצם שימוש באמצעי הגבלה ככל הניתן.

הדרכה, השתלמות ותקשורת בין צוותית

* צוות הפיזיותרפיה מדריך את הצוות המטפל ע"פ תוכנית שנתית. בנוסף מתקיימות הדרכות בנושאים ספציפיים, לפי צורך שעולה בשטח.

ציוד ואביזרי עזר לניידות

* השנה נרכשו 3 מנופים חדשים.
קיימת התאמה של עזרי הליכה, ושימוש במנוף בהתאם למצב התפקודי של המטופל.

תחומים הטעונים תיקון ושיפור

ארגון השרות

* מומלץ לשקול מחדש את תכנית העבודה וסדר היום ופריסת הטיפולים הפרטניים גם בשעות הבוקר בהתאמה למטופלים השונים.

אבחון פיזיקלי

* לקבוע מטרות טיפול מותאמות למטופל ולבנות תכנית טיפול בהתאם.
להקפיד על התייחסות מלאה למטופלים עם אבחנות אורתופדיות.

טיפול פרטני

* להתאים את תדירות הטיפול למצבו וצרכיו של המטופל.

טיפול בקבוצה

* להעמיק את החשיבה המקצועית בבניית הקבוצות הטיפוליות בפיזיותרפיה, ובבחירת המטופלים להשתתפות בקבוצות.

טכנולוגיה לישיבה וניידות

* לדאוג לתקינות אביזרים נלווים וכסאות הגלגלים, לדוגמא- החלפת צמיגים שחוקים.

הדרכה, השתלמות ותקשורת בין צוותית

* לוודא הוצאה לפועל של תכנית ההליכה על פי ההנחיות שניתנו בשיתוף עם הסיעוד.
מומלץ להנגיש את ההנחיות ליד מיטות המטופלים גם למטפלים שאינם קוראים עברית.
לעודד יציאה לקורסים רלוונטיים לגריאטריה, של כל הצוות.

תנאים פיזיים

* לארגן ולצייד את חדר הפיזיותרפיה בקומה התחתונה של סיעודית ג', כך שישמש ליעודו למתן טיפולי פיזיותרפיה.

ציוד טיפולי

* להמשיך ולהצטייד על פי הדרישות בהתאם לגודל המוסד.

ריפוי בעיסוק: 78%

הבקרה בתחום הריפוי בעיסוק כללה את הנושאים הבאים:

- כח-אדם
- קבלת מטופל חדש ע"י מרפא/ה בעיסוק
- הערכת מעקב
- ישום תכנית הטיפול
- הכרת מטופל חדש ע"י מדריכת תעסוקה / פעילויות בתעסוקה
- פעילות בתעסוקה
- תנאים פיזיים וסביבה
- ציוד ואביזרים
- הדרכה ותקשורת
- העשרה ונהלים
- יישום המלצות מבקרה קודמת

כח-אדם - הערות על כל המחלקות:

* בצוות הריפוי בעיסוק 3 מרפאות בעיסוק מהן אחת מנהלת השירות. מנהלת השירות חזרה לאחרונה מחופשת לידה ארוכה, כאשר לכל אורך התקופה היו מרפאות בעיסוק מחליפות במוסד. מנהלת השירות בעלת ותק במקצוע ובמוסד, בוגרת 3 חטיבות של הקורס העל בסיסי בגריאטריה, שתי המרפאות בעיסוק הנוספות חדשות במוסד. שירות הריפוי בעיסוק ניתן 5 ימים בשבוע בשעות הבוקר והצהריים, סה"כ 56 ש"ש. פעילות התעסוקה מתקיימת 6 ימים בשבוע בשעות הבוקר ו-3 פעמים בשבוע מתקיימת פעילות רק בחלק מהמחלקות. במוסד עובדות 6 מדריכות תעסוקה, סה"כ 114 ש"ש. רק 2 מבין המדריכות השתתפו בקורס הבסיסי למדריכות תעסוקה בגריאטריה.

חוזקים

קבלת מטופל חדש ע"י מרפא/ה בעיסוק

* לרוב המטופלים קיימות הערכות ראשוניות בריפוי בעיסוק.

פעילות בתעסוקה

* מתקיימת פעילות תעסוקה במחלקות. הפעילות כוללת הפעלה פרטנית וקבוצתית.

תנאים פיזיים וסביבה

* קיים מכון לריפוי בעיסוק בשילוב עם פיזיותרפיה. פעילות התעסוקה מתקיימת בחדרי האוכל במחלקות שהינם מותאמים לצורך הפעלה. ישנם שני חדרים לצורך הכנת פעילות ולאחסון ציוד התעסוקה.

ציוד ואביזרים

* קיים ציוד לריפוי בעיסוק הכולל אמצעים לטיפול מוטורי, קוגניטיבי, אביזרי עזר וסדים לדוגמא.

הדרכה ותקשורת

* קיים תיעוד על ישיבות צוות של ריפוי בעיסוק ותעסוקה.
צוות הריפוי בעיסוק משתתף בישיבות הצוות הרב מקצועי במחלקות.
צוות הריפוי בעיסוק שותף בתוכנית החת"ש המוסדית.
מנהלת השירות מדריכה סטודנטים לריפוי בעיסוק במוסד.

העשרה ונהלים

* קיימים נהלים פנימיים בשירות.
שירות הריפוי בעיסוק שותף בפרויקט אכילה במחלקות בשיתוף הצוות הרב מקצועי, כמו כן נמשך פרויקט של תקשורת ממוחשבת עם משפחות אחת לשבוע ע"י מתנדבת.

תחומים הטעונים תיקון ושיפור

קבלת מטופל חדש ע"י מרפא/ה בעיסוק

* לחלק מהמטופלים שהתקבלו בחודש האחרון לא קיימות קבלות ראשוניות בריפוי בעיסוק.
קבלות הקיימות חסר מידע כללי של פרטים אישיים רלוונטים ותחומי עניין בעבר של המטופלים.
תוכנית הטיפול כוללת מטרות טיפול ללא ציון של תדירות הטיפול הניתן.

הערכת מעקב

* יש לבצע הערכות מעקב תקופתיות המשקפות את מצב המטופלים ובהתאם לכך לעדכן את מטרות הטיפול.

ישום תכנית הטיפול

* ברוב המחלקות כמעט ולא ניתן טיפול בריפוי בעיסוק כפי הנדרש.
יש לדווח על טיפול פרטני וקבוצתי אם ניתן כפי הנדרש בנוהל.

קיימת רשימה של אביזרי עזר לאכילה שהותאמו למטופלים אך בפועל היישום במחלקות הינו חלקי בלבד. כמו כן לא כל הסדים הורכבו למטופלים ביום הבקרה. יש לפעול להטמעת הנושא במחלקות לרווחת המטופלים, ולהבטיח מעקב שישתקף ברשומות.

הכרת מטופל חדש ע"י מדריכת תעסוקה / פעילויות בתעסוקה

* יש לחדד את חשיבות תהליך ההכרות עם מטופל חדש ולמלא את טופס הקבלה בהתאם לנהלים.

פעילות בתעסוקה

* יש לדווח על פעילות פרטנית וקבוצתית כפי הנדרש בנוהל.

תנאים פיזיים וסביבה

* יש לפנות ממכון הריפוי בעיסוק את ציוד הפיזיותרפיה המאוחסן במקום כדי לאפשר מרחב בו ניתן לטפל באופן קבוצתי ופרטני.

לוחות הפעילות במחלקות אינם נגישים לקריאה, על לוחות הפעילות לשקף את הפעילות המתקיימת בפועל.
על לוחות ההתמצאות במחלקות להיות במקום מרכזי ונגיש.
יש לעצב את הקישוט הסביבתי ואת תצוגת עבודות המטופלים בצורה אסטטית ומכובדת.

ציוד ואביזרים

* חסר ציוד טכנולוגי הכולל טאבלטים ונגנים אישיים.
מסכי הטלויזיה במחלקות קטנים ואינם מותאמים לאוכלוסיית המטופלים.

הדרכה ותקשורת

* יש להקפיד כי מדריכות התעסוקה יעסקו בתחום הפעלת המטופלים בהתאם להנחיית מנהלת שירות הריפוי בעיסוק.
קיים תיעוד חלקי על הדרכה למדריכות התעסוקה.
למרפאות בעיסוק החדשות לא ניתנה הדרכה מסודרת בתחום הגריאטריה המוסדית.

עבודה סוציאלית: 75%

הבקרה בתחום העבודה סוציאלית כללה את הנושאים הבאים:

- תיאור כללי
- כח-אדם
- קבלת מטופל והסתגלות
- פעילות כללית של העובד הסוציאלי
- שביעות רצון המטופל
- תצפית חדרים ושטחים ציבוריים
- פעילות העו"ס בתחום הקבוצתי והקהילתי
- פעילות העו"ס בנושא חוק זכויות החולה
- פעילות העו"ס בתחום זקנים נפגעי התעמרות
- טיפול בניצולי שואה
- טיפול תומך במטופל ובמשפחה
- עבודת הצוות הרב מקצועי
- הבטחת תנאים לעבודת העובד/ת הסוציאלית/ת
- רשומת מטופל
- תיק אפוטרופסות
- תיק ריכוז מתנדבים
- שביעות רצון משפחות
- שיתוף בהחלטות הנוגעות לבן משפחתך

תיאור כללי:

* חדרי המטופלים נמצאו נקיים ומסודרים.
רובם ללא צביון אישי.
במחלקות לתשושי נפש אין אמצעים לשמירה על הפרטיות בעת הטיפול האישי.

כח-אדם - הערות על כל המחלקות:

* בצוות השרות 2 עו"סיות:
עו"ס עם ותק מוסדי של 6 שנים, לומדת מדעי הזקנה באוניברסיטת אריאל, עובדת 41 ש"ש.
עו"ס חדשה, 6 חודשים במקום, בעלת הכשרה במניעת התעמרות בקשישים, עובדת 28 ש"ש.
סך היקף התקינה - 69 ש"ש.
השרות זמין 5 ימים בשבוע, כולל יומיים אחה"צ.
טרם נקבעה חלוקת עבודה רוחבית בין 2 העו"סיות.
הבקרה נערכה עם העו"ס החדשה בלבד.
העו"ס הוותיקה נעדרה ביום הבקרה מסיבות אישיות.

חוזקים

פעילות העו"ס בתחום הקבוצתי והקהילתי

* קיימת פעילות מתנדבים סביב ארועי חגים ע"י תלמידים.
בנוסף - פעילות של מתנדבים פרטניים לדוברי צרפתית ולמיחשוב.

פעילות העו"ס בנושא חוק זכויות החולה

* העו"ס פועלת להנגשת טיפולי שיניים למטופלים הנזקקים בשיתוף פעולה עם צוות רב- מקצועי. הפעילות מתועדת ברשומת המטופל.
העו"ס מתעדת ברשומת המטופל את המעקב אחר תפקוד האפוטרופוס.
הטיפול במימוש גימלת דמי כיס מתבצע מול המטופל / בני משפחה / אפוטרופסים, ומתועד ברשומת המטופל.
העו"ס מבקרת מטופלים המאושפזים למעלה מ-3 ימים בבי"ח כללי.

פעילות העו"ס בתחום זקנים נפגעי התעמרות

* הסתיים סבב אחד של הטמעת ערכת ההדרכה של משרד הבריאות בשבעה מפגשים.
עו"ס מרכזת הוועדה המוסדית משתתפת בוועדת ארועים חריגים אחת לחודש. נבדקו מספר פרטוקולים. נמצא דיווח תקין.
העו"ס משתתפת גם בדיוני הוועדה לניהול סיכונים.

טיפול בניצולי שואה

* ביום הבקרה 78 מטופלים במוסד הינם ניצולי שואה-כמחצית מכל המטופלים.
ב-01.05.18 נערכה פגישה עם נציגי עמותת "אביב". מולאו טפסים והועברו לעמותה לבדיקת מיצוי זכויות.

טיפול תומך במטופל ובמשפחה

* הוכנו כתבי הסכמה ייעודיים לטיפול בסוף החיים.
טרם הוכנסו לשימוש.

עבודת הצוות הרב מקצועי

* תהליך העברת מידע בין מקצועי מתבצע באמצעות תמסורת בין משתמשים.
העו"ס משולבת בפיתוח הצוות הרב- מקצועי. לאחרונה נערכה הדרכה בנושא התמודדות עם דמנציה ומוות - 08.07.18.
מתקיימים דיוני צוות רב מקצועי בתדירות הנדרשת ובשינוי סטאטוס תפקודי.

הבטחת תנאים לעבודת העובד/ת הסוציאלית

* העו"ס הוותיקה החלה הכשרה בתחום הגריאטריה.

רשומת מטופל

* מתקיימות שיחות עם מטופלים ורבאליים - בחלקם עם עזרת מתורגמן - ומתועדות ברשומת המטופל.

תחומים הטעונים תיקון ושיפור

קבלת מטופל והסתגלות

* לערוך קבלה סוציאלית לכל מטופל ומטופל בעתוי הנדרש בנוהל.
לתיעד הסתגלות המטופל ומשפחתו גם כאשר המטופל עובר ממחלקה למחלקה.

תצפית חדרים ושטחים ציבוריים

* לאפשר שמירת פרטיות המטופל בעת הטיפול האישי.
ליזום פעילות להקניית צביון אישי ואווירה ביתית בחדרי המטופלים.

פעילות העו"ס בתחום הקבוצתי והקהילתי

* ליזום פעילות קבוצתית כנדרש עם מטופלים ועם בני משפחה, ולתעד.

פעילות העו"ס בנושא חוק זכויות החולה

* לפרסם במחלקות מידע לגבי האחראי לטיפול בתלונות.
לעדכן הרישום המרכז מידע בדבר מימוש גימלת דמי כיס.

פעילות העו"ס בתחום זקנים נפגעי התעמרות

* יש להקפיד על כך שבמפגשים להטמעת הערכה של משרד הבריאות ישתתפו אותם אנשי צוות לאורך כל הסבב.
לפרסם במחלקות מידע לגבי קיומה ותפקידה של הוועדה המוסדית למניעת התעמרות. כמו כן - למי ניתן לפנות בעת הצורך.
לשפר במייד פעילותה של הוועדה למניעת התעמרות בהיבט של תדירות ההתכנסות, דיונים ממוקדים במקרים בהם יש חשד להתעמרות כלפי חסרי ישע, ומעקב מתועד אחר יישום החלטות הוועדה הנובעות מהדיונים.
לאפשר הכשרה לעו"ס אחראית הוועדה בנושא מניעת התעמרות.

טיפול בניצולי שואה

* ליזום פעילות להעלאת המודעות לנושא בקרב צוות רב-מקצועי.

טיפול תומך במטופל ובמשפחה

* לאפשר הכשרה ייעודית בנושא.
לפתח ולקדם פעילות וועדה מוסדית לטיפול פליאטיבי.

תיק אפוטרופסות

* לעדכן את המידע המצוי בתיק אפוטרופסות.

הערות לסיכום:

* מאז הבקרה האחרונה היתה תחלופה בכח אדם.
החל תהליך להכשרת הצוות בתחום הגריאטריה.
יחד עם זאת - למרות שחלפה כמעט שנה מהבקרה הקודמת - רוב הערות הבקרה הקודמת לא טופלו כמתבקש.

רוקחות: 82%

הבקרה בתחום הרוקחות כללה את הנושאים הבאים:

- פעילות הרוקח/ת במוסד
- חדר שירותי רוקחות
- אחסון וסידור תרופות ותוקפן
- רכש אספקה וביעור תרופות
- ניהול הסמים
- בקרה רוקחית
- ספרות מקצועית ומסמכים ישימים
- תיקון ליקויים
- אחסון התרופות במחלקה (מחלקות אשפוז)
- אחסון תרופות בקרור (במחלקות אשפוז)
- תרופות אישיות (במחלקות אשפוז)
- מתן תרופות (במחלקות אשפוז)
- כללי - מעקב תיקון ליקויים במחלקות אשפוז
- ציון בקרת סמים מסוכנים במחלקה
- שמירה
- פנקס
- מרשם
- מתן סם למטופל
- בקרה
- שמירה
- הזמנה
- טפסי רישום
- בקרה

חוזקים

פעילות הרוקח/ת במוסד

* עמידה בהיקף המשרה ובשעות העבודה המהווים בסיס לאישור: כן.

רכש אספקה וביעור תרופות

* רכש מספקים מורשים בלבד: כן.

ניהול הסמים

* מלאי הסמים מתאים לרישומים: כן.

בקרה רוקחית

* לקיחת פרופיל תרופתי של מאושפז חדש: כן.

ספרות מקצועית ומסמכים ישימים

* ספרות מקצועית עדכנית: כן.

תחומים הטעונים תיקון ושיפור **פעילות הרוקח/ת במוסד**

* השתתפות בהשתלמויות מקצועיות בתחום הפרמקותרפיה (ובגריאטריה בפרט) במהלך החמש שנים האחרונות: לפני 4 שנים. יש לעבור השתלמות בגריאטריה.

* ניהול על פי הדינים, הנהלים וההוראות הרלבנטיים לתפקידו: יש להסדיר קלסר לריקאלים עדכניים מתועדים כאשר נדרש תיעוד.
יש להדריך את הצוותים במחלקות על פרטי נוהל 126 וטווחי הטמפרטורה הנדרשים לכך.

אחסון וסידור תרופות ותוקפן

* טמפ' בטווח הנדרש ומבוצע מעקב יומי: יש לבצע מעקב טמפרטורה באופן יומי, יש לבצע ניטור טמפרטורה למחסן תמיסות.

בקרה רוקחית

* ניהול יומן התערבויות ועדכונו אחת לרבעון: בדיקת אבחנות מול תרופות, בדיקת מתן בהתאם להנחיות למניעת תופ: יש לתעד ולשמור את טפסי הבקרה הרוקחית. יש לבצע את הבקרה לכלל המטופלים במוסד.

* ביצוע בקרה בכל מחלקה ותיעוד מלא ומפורט של ממצאיה: יש לבצע את הבקרה במחלקות כל שבועיים כנדרש בנוהל.

אחסון התרופות במחלקה (מחלקות אשפוז)

* ארון בר-נעילה הנגיש לצוות המקצועי בלבד: חדר תרופות לא נעול במחלקת האירוס

אחסון תרופות בקרור (במחלקות אשפוז)

* מקרר ייעודי לתרופות המחלקה: המקררים במחלקה אינם כנדרש בנוהל 126 ואינם עונים לסטנדרטים התעשייתיים.

* הטמפ' בטווח הנדרש ומבוצע מעקב מתועד: יש לתעד טמפרטורת מינימום ומקסימום ונוכחית לפי נוהל 126, יש להגדיר

את הטווח בתוכנה לטווח התקין 2-8 מעלות .
יש להגדיר התראה קולית או וויזואלית במקרים של חריגות ולתעד, יש להדריך את כל צוותי המחלקות על נוהל 126.

מתן תרופות (במחלקות אשפוז)

* הימצאות הנחיות עדכניות - רשימת טבליות אסורות לכתישה/חציה והזנה אנטרלית: יש לעדכן את הרשימה.

* כתישה/חציה בהתאם להנחיות: יש לנקות חוצה הכדורים והמכתש לאחר כל שימוש, בין מטופל לשני.

הערות לסיכום:

* יש לעשות לצוות הדרכות בנושא נוהל 126 וטמפרטורה במחלקות על מנת לשמור על תנאים נאותים לאיחסון תרופות.
יש להצטייד במקררים המתאימים לנוהל 126 .
יש לבנות רשימת תרופות בנות סיכון ביחד עם מינהל הסיעוד במוסד.
בסה"כ הרוקחות במוסד נמצאת במצב טוב.

בריאות הסביבה: 90%

הבקרה בתחום הבריאות הסביבה כללה את הנושאים הבאים:

- תיאור כללי
- מערכת אספקת מי שתיה - מקור מי שתיה ואספקת מים קרים
- מערכת מים חמים ומקלחות
- מניעת מחלת הלגיונרים - ליגיונלה
- הגנת רשת מי שתיה
- מערכות סילוק שפכים
- איסוף פסולת ופינויה
- בטיחות ומפגעי בטיחות
- מערכות קירור וחימום אויר
- ניקיון ותחזוקה שוטפת - דרישות כלליות במחלקות, במבנה ובחצר
- חדרי אשפוז - רווחה / צפיפות, תנאי מגורים וריהוט
- טיפול לא רפואי בגוף האדם
- תחזוקת המחלקות- חדרי כלים וכביסה
- תחנת אחות
- מתקנים לצוות
- מכבסה וכביסה
- הדברה
- חדרי טיפולים למקצועות הבריאות/פיזיותרפיה
- הכנה לשעת חרום
- קבלת המזון במחלקה
- מטבחון עזר - מטבח חלוקה
- חדר אוכל מטופלים וחלוקת מזון
- מקור הארוחות ותוקף "רישיונות עסק" ו"רישיון היצרן"
- קבלת מזון במוסד ומחסן מזון - הנושא ייבדק גם אם מבושלות רק מנות חלקיות
- מתקני הובלת מזון למחלקות
- נתונים כללים על מערך הכנת מזון ובישול - הנושא ייבדק גם אם מבושלות רק מנות חלקיות
- עובדי מטבח / מבשלים
- מטבח/ים - מצב כללי - הנושא ייבדק גם אם מבושלות רק מנות חלקיות
- עמדות העבודה ומדורים במטבח

תיאור כללי:

* א. כללי:

1. במהלך הבקרה נבדקו פונקציות משותפות במוסד ובמחלקות תשושי נפש ולסיעוד ג'.

2. ממצאי ביקורת מתועדות בהתאם לנוהל פיקוח ובקרה בשרותי בריאות הציבור מספר 2/2010, מתאריך 3/2/10.
3. פרקים שלא נבדקו קיבלו ציון מקסימלי.
4. הבקרה מתייחסת בראש ובראשונה לתיקון ליקויים המפורטים בבקורות הקודמות מתאריכים 2.8.17 ו- 29.07.17. רוב ליקויים שפורטו בסיכום בקרה הנ"ל תוקנו.
 - ב. הממצאים הביקורת שקיבלו דגש בכלי בקרה:
 1. מערכות אספקת מים:
 - 1.1 ניטור, רישום ודיווח:
 - טרם הוצגה תכנית דיגום מים מאושרת ע"י לשכת הבריאות. ליקויים בניטור איכות מים מקרוביאיילי טרם תוקנו. לא נערכו שינויים בנקודות דיגום והפרמטרים הנבדקים. בחדרי אשפוז דוגמים מים חמים בלבד. בדיקות לגילוי חיידקי לגיונלה מבצעים פעמים בשנה. מערך דיגום לגילוי חיידקי לגיונלה בנגוד לדרישות הקיימות. לא קיים ניטור במערכת חימום וסחרור מים חמים, ניטור בחדרי אשפוז חלקי בלבד. בדיקות טמפרטורה בזמן הדיגום מצביעות על אי התאמת טמפרטורת המים החמים לדרישות הקיימות.
 - בדיקות למתכות מתבצעות פעם בשנה. הוצגו תוצאות בדיקות מים לעופרת בלבד בראש מערכת אספקת מים למוסד, המטבח ו- 2 חדרי אשפוז. לא מבצעים בדיקות ברזל ונחושת. לא מבצעים בקרה על מתכות במתקני שתייה. לא קיים ניטור עכירות מים בעזרת ערכת שדה כפי שנדרש.
 - 1.2 הגנת רשת מי שתייה מזרימה חוזרת:
 - ברחבי המוסד מותקנים 7 אביזרים למניעת זרימה חוזרת. 2 מהם חדשים – ליד תחנת שאיבת שפכים ובקו אספקת מים למדלל דטרגנטים. הוצגו דוחות מתקין מוסמך מז"חים. בדוחות חסרים פרטים נדרשים ובראש ובראשונה שם מערכת מתקן שעבורו נדרשת הגנה. חלק מההתקנות בוצעו בנגוד לדרישות המפורטות בת"י 4426.
 - מז"ח בהזנת מים למערכת כיבוי אש פורק מים.
 - טרם הושלמה הפרדת מערכת מי שתייה ומערכות שאינן מי שתייה. ראש מערכת אספקת מים למוסד אינו תואם לדרישות הקיימות (חסרות הפרדות והגנות הנדרשות).
 - לא בוצעה סקירה מלאה של רשת המים במטרה לאתר את כל נקודות הסיכון.
 - הזנות מים לאבזרי כיבוי אש לא מוגנות. טרם הושלם מרווח אוויר והגנה כול שהיא במילוי בריכת אגירת מים לכיבוי אש. לא הוצגו מסמכים המאפשרים פטור מחובת הגנה על רשת מי שתייה ממדללי דטרגנטים ומדיחי כלים. לאחר סיום הבקרה הותקן מז"ח בהזנת מים למדלל דטרגנטים במטבח.
 - 1.3 במוסד לא קיימים בריכת אגירת מי שתייה ומערכת חיטוי מי שתייה משלימה.
 - 1.4 מערכות המים החמים:
 - 1.4.1 אין שינוי במצב המערכת. תכנית שיקום מערכת אספקת טרם קיבלה אישור לשכת הבריאות ועקב כך מצב מערכת אספקת המים החמים לא השתנה.
 - 1.4.2 הוצג מסמך על ניקוי וחיטוי שנתי של מערכת אספקת מים חמים. אבל האישור אינו תואם לדרישות הקיימות ואינו מתייחס לניקוי וחיטוי דודים. לא נערכו בדיקות מים הנדרשות. לא מבצעים ניקוז סדיר של הדודים.
 - 1.4.3 טמפרטורת המים החמים אינה תואמת לדרישות הקיימות. בזמן ביצוע בדיקות מקרוביאליות טמפרטורת המים החמים הייתה 43 – 46 מעל"צ, אותם נתונים הוצגו בזמן ניטור טמפרטורת מים חמים ע"י צוות המוסד. בזמן הבקרה טמפרטורת המים החמים בחדרי אמבטיה של מחלקות אשפוז הייתה 48.5 מעל"צ.
 - 1.4.4 מניעת כוויית: טרם הותקנו ברזי וויסות טמפרטורה.
 - 1.6 מניעת לגיונלה:
 - הוצג רוב תיעוד הנדרש לפי הנחיות למניעת ריבוי חיידקי ליגיונלה.
 2. מערכת סילוק שפכים:
 - 2.1 לא הוצגה תכנית מערכת טיפול וסילוק שפכים.
 - 2.2 הוצג רישון עסק לביוביט.
 3. טיפול בפסולת רגילה, זיהומים ופסולת רפואית מסוכנת:

- מצב תקין:
4. כביסה:
מצב תקין:
5. מערך הזנה - קבלה, טיפול והגשת מזון:
5.1 כללי:
נערכו שינויים גדולים במערך מזון ובראש ובראשונה בקבלה, אחסון וטיפול במזון. ביחד עם האמור:
5.1.1 במוסד המטבח מופעל בשיטה "בשל - צנן". הוגש אישור לשכת הבריאות להפעלת המטבח בשיטה "בשל - צנן".
הציוד בו נעשה שימוש בתהליך העבודה אינו מאפשר ניטור אוטומטי ושליטה בתהליך הכנת מזון (טמפרטורה, זמן).
טמפרטורת אחסון מזון מוכן (כולל מזון שמכינים לצריכתו מראש - שישי - שבת) אינה תקינה. על גסטרונומים עם מזון אי
הסימון הנדרש.
5.1.2 תכנון המטבח אינו תואם את היקף הבישול במקום ואינו מאפשר פס אחסון וטיפול תקין במזון.
5.1.3 נדרשת בדיקה של אירגון תהליכי עבודה במטבח. למשל סלטים ומזון מרוסק, המיועדים להגשה בארוחת ערב
מכינים בשעות בוקר. המזון לא עובר קירור מהיר.
5.1.4 בקרה על תהליכי הכנת מזון חלקית.
5.1.5 המוסד עבר לשימוש בביצים מפוסטרות.
5.1.6 מצב תברואי במטבח היה תקין.
5.1.7 במטבח הותקן כיור לשטיפת ידיים.
5.1.8 אם הבית הגישה מסמך על הדרכות בנושא תברואת מזון והפעלה נכונה של ציוד המטבח.
5.1.9 קיימת בקרת טמפרטורת מזון בזמן קבלתו, אחסונו ולפני מסירתו למחלקות.
5.2 מקור מזון ותוקף "רישיונות עסק" ו"רישיון היצרן", בקרת כניסת מזון למוסד:
5.2.1 הוצגו מסמכים על ביצוע בקרת קבלת מזון כפי שנדרש - בדיקת טמפרטורה, המסמכים הנדרשים.
5.2.2 בבדיקה מדגמית רישיונות עסק ויצרן של ספקי המזון המצב היה תקין.
5.3 הכנת מזון ואחסונו במתקני קירור / חימום:
5.3.1 שטח האחסון והמטבח אינו מספק ואינו תואם את היקף הבישול במקום. לא הוצג פתרון בנושא. מצבו של המטבח
והציוד אינו מאפשר שמירת פס אחסון (כולל יחידות קירור) - ייצור והפרדת מזון גולמי ממזון מוכן.
5.3.2 טמפרטורת אוויר ומזון ביחידות קירור הייתה תקינה, פרט לחדר קירור לאחסון מזון מוכן לאכילה.
5.3.3 טמפרטורת אוויר במטבח - 25.5 מעלות צ'.
5.3.4 הוסדר אחסון מזון בהתאם לדרישה FIFO.
5.3.5 טמפרטורת מזון בתהליך הכנת מזון הייתה תקינה.
5.3.6 במטבח קיים מקרר לקירור מהיר. הציוד ללא רשם טמפרטורה אוטומטי.
5.3.7 טמפרטורת מזון חם מוכן לאכילה הייתה תקינה.
5.3.8 הדחת כלי מטבח ידנית. משתמשים במתקן להשריית כלי מטבח. לא הוצגו אישורים לחומרים בהם נעשה שימוש
להשריה ולשיטה זו. אחסון כלי מטבח לאחר שטיפתם אינו מאפשר יבושם.
5.3.9 במטבח נעשה שימוש בכלים רבים מפלסטיק. לא הוצגו המסמכים הנדרשים.
5.4 שינוע מזון למחלקות וחלוקתו:
5.4.1 במחלקות לא קיימים מטבחי עזר כפי שנדרש בפרוגרמה. חלוקת מזון מבצעים בחדר אוכל או אזור צמוד לו.
5.4.2 לשינוע מזון למחלקות משתמשים בשתי עגלות חימום (ארוחות צהריים) וטרמפורטרים (ארוחות בוקר וערב).
5.4.3 במחלקות מבצעים פיקוח על טמפ' מזון בזמן קבלתו. טמפרטורת מזון לפני חלוקתו הייתה תקינה פרט לדגים
(62.8 מעלות צ') ומזון מרוסק (58.3 מעלות צ').
5.4.4 במקרים שהותקנו במטבחינים של המחלקות לא קיימת הפרדה באחסון מזון שמסופק ממטבח המוסד לבין מזון
של צוות ומזון פרטי של המאושפדים. במקרים לא הותקנו מדי טמפרטורה. טמפרטורה במקרים אינה תואמת לדרישות
- בין 8.9 עד 9.3 מעלות צ'.
5.4.5 משטחי עבודה במטבחון מנקים עם מטליות רב פעמיות.

- 5.4.6 במטבחון מחלקה לתשושי נפש הדחת כלים אינה תקינה. לא קיים מדיח כלים.
6. מצב תברואי במחלקה:
- 6.1 מצב תברואי במחלקות תקין.
- 6.2 חלק מהריהוט דורש החלפה/ תיקון.
- 6.3 טמפרטורה אוויר בחדרי אשפוז בין 25.2 לבין 24.5 וחדר אוכל 23.0 מעל צ'.
- 6.4 בוטלה חצר באחד ממחלקות.
7. הדברה:
- הוצגו תעודות הסמכה של מבצעים הדברה במוסד ורישום פעילות.
8. טיפול לא רפואי בגוף האדם: הוצג רשיון עסק למבצעת הטיפול.

הערות לסיכום:

* סיכום:

1. על הנהלת המוסד לתקן את הליקויים תוך 3 חודשים. ליקויים בהבטחת איכות מי שתייה - לתקן ללא דיחוי.
2. למען תיקון ליקויים שפורטו במסמך זה רצוי ביותר להסיק במוסד מב"ס (ממונה \ מרכז בריאות הסביבה), אשר תפקיד לבדוק קיום ביצוע ההנחיות למוסדות רפואה, בין השאר בנושאים: דרישות למערכות אספקת מים, מניעת מחלת לגיונרים, מערך מזון ועוד ולקבל יעוץ מקצועי בתחום תשתיות ומערך מזון.
3. כול שינוי בתשתית ובמערך מזון צריך להיות מאושר ע"י לשכת הבריאות טבריה.

מינהל ותחזוקה:

הבקרה בתחום המינהל ותחזוקה כללה את הנושאים הבאים:

- תיאור כללי

- תחומים הטעונים תיקון ושיפור

תיאור כללי:

* בית החולים נמצא בקצה המושבה יבניאל בשכונת "סמדר". בית החולים נגיש לתחבורה ציבורית, אך מתקיימות הסעות מסודרות ממספר ישובים בסביבה למשפחות המטופלים.

תחומים הטעונים תיקון ושיפור - בכל המחלקות:

* יש לתקן את החומה של מגרש החניה.

יש לתקן סימני רטיבות במספר מקומות ברחבי בית החולים.

יש לתקן את הריצפה בחצר במרפסת של מחלקה לתשושי נפש "נרקיס" (לבינתיים המרפסת סגורה).

יש לטפח את החצר הקידמית של בית החולים.

יש להמשיך ולחדש ציוד במחלקות: ארונות, ארוניות וכורסאות גריאטריות.

יש להקפיד על הגבלת פתיחת החלונות במחלקות תשושי נפש.

יש לתקן מערכת לחצני מצוקה במחלקה סיעודית א' (אירוס).

יש לדאוג שלחצני המצוקה יהיו נגישים למטופלים.

נספח ג'

תקן מול מצבה - כח-אדם מקצועי רפואה, סיעוד ומקצועות הבריאות ל-168 מיטות ברישוי ו-162 מיטות בפועל

מקצוע	תקן כח-אדם נדרש מינימאלי ברוטו	כח-אדם בפועל ברוטו	פער	פער באחוזים
רופא בית	2.300	2.434	0.134	0.05
אחיות ²	30.460	29.799	-0.661	-0.02
מוסמכות	30.460	20.309	-10.151	-0.50
מעשיות	0.000	9.490	9.490	1.00
כח-עזר	61.500	57.200	-4.300	-0.08
תזונאית	0.840	0.875	0.035	0.04
עובד/ת סוציאלי/ת	1.680	1.769	0.089	0.05
פיזיותרפיסט/ית	2.000	1.900	-0.100	-0.05
מרפאה בעיסוק	0.900	1.400	0.500	0.36
מדריכה תעסוקה	2.500	2.851	0.351	0.12
רוקח/ת	0.360	0.357	-0.003	-0.01
קלינאית/ת תקשורת ¹	4.784	0.550	-4.234	-7.70

1 חישוב התקן הוא בשעות שבועיות ולא באחוזי משרה

2 אחיות = סה"כ אחיות במוסד (מוסמכות + מעשיות + תפקידי ניהול)

נספח ג'
תקן מול מצבה - כח-אדם מנהלתי ומשקי
ל-168 מיטות ברישוי ו-162 מיטות בפועל

מקצוע	תקן כח-אדם נדרש מינימאלי ברוטו	כח-אדם בפועל ברוטו	פער	פער באחוזים
מנהל אדמיניסטרטיבי (לא רפואי)	1.000	1.000	0.000	0.00
אב/אם בית ו/או מנהל משק	1.490	1.500	0.010	0.01
עובד/ת אחזקה	1.150	1.800	0.650	0.36
מחסנאי/ת	1.000	0.500	-0.500	-1.00
טבח/ית ראשית	1.000	1.000	0.000	0.00
עובד/ת מטבח	4.600	4.700	0.100	0.02
עובד/ת ניקיון	7.500	7.500	0.000	0.00
משגיח כשרות	0.770	0.770	0.000	0.00
חצרנית/ית גננת	0.410	0.000	-0.410	-1.00
מזכיר/ה	1.490	2.000	0.510	0.26

1 מטבח מוסדי מבשל.

חצרנית/ית גננת - שירות קבוי.

נספח ד'

רמת איכות הטיפול

ניקוד אחרון לפי בקרה אחרונה: 54.00 מתאריך: 02.08.2017
ניקוד מותאם אחרון לפי בקרה אחרונה: 54.00
שיוך לפרוגרמה חדשה לפי הצהרת המוסד: כן
זמן הרישוי טרם הבקרה הנוכחית: 9 חודשים. תאריך סיום הרישיון: 01.10.18
התאמת המחלקה לתשושי נפש לתנאי המכרז: כן

תאריך הבקרה: 11.07.2018
התאמת המחלקה לתשושי נפש לתנאי המכרז לפי הבקרה הנוכחית: כן

ניקוד	אמות מידה לרמת איכות הטיפול
12.50	סכום ציוני הבקרה
4.00	בריאות הסביבה
4.00	מומחיות מנהל רפואי
0.00	מומחיות רופא הבית
4.00	יועץ מומחה בגריאטריה
0.00	יועץ שאינו מומחה בגריאטריה
1.00	אישור IV + רישום על פי הנוהל
0.00	קיומם של נאמני נושא ב3 מתוך 4 התחומים
0.00	קיומן של 2 הדרכות מרוכזות לפחות בשני נושאים במהלך 6 חודשים
0.00	תוכנית עבודה מובנית ועיבוד נתונים באחד מהתחומים
0.00	שיעור אחיות עם קורס על בסיסי
2.00	שיעור אחיות עם תואר אקדמאי
2.00	קורסים ועדכון ידע לצוות
1.00	חת"ש צוות
2.00	אישור למתן IV
0.00	אישור IV + רישום על פי הנוהל + נוכחות אחות מוסמכת בכל משמרת
2.00	רשומה רפואית ממוחשבת
0.00	תקשורת רפואית ממוחשבת
34.50	סה"כ (ללא משך רישוי)