



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**דו"ח בקרה מיום 17.04.2018**

**במוסד: "קיבוץ שער הגולן"**

**בישוב: שער הגולן**

**הדו"ח נכתב ע"י  
צוות מחוז צפון**

**לכבוד**  
**ד"ר שמעון עברי**  
**מנהל/ת רפואית**  
**קיבוץ שער הגולן (קוד מוסד 24618)**  
**קיבוץ שער הגולן ד.נ.עמק הירדן**  
**שער הגולן**

ד"ר עברי נכבד/ה,

### הנדון: סיכום הבקרה בבית החולים "קיבוץ שער הגולן"

מצ"ב דו"ח הבקרה שנערכה במוסדכם ביום 17.04.2018.

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](mailto: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 יבגניה פנטופל  
גריאטרית מחוזית, מחוז צפון

### 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 נועה די-קסטר, רופאה נפתית, נפת טבריה.  
הנהלת אגף הגריאטריה.  
מר יוחנן סמואל, מרכז בכיר, נתוני בקרה ואיכות בגריאטריה, ירושלים.  
צוות הבקרה.

## סיכום הבקרה בבית החולים "קיבוץ שער הגולן"

- בתאריך 17.04.2018 נערכה בקרת פתע, בקרה במהלך תקופת רישוי בבית החולים הגריאטרי, על ידי צוות 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:

* רפואה	- ד"ר מאיה בוטארה, רופאת בקרה, מחוז צפון
* סיעוד	- גב' נטלי מרשליק, אחות מפקחת מחוזית בגריאטריה, מחוז צפון
* תזונה	- גב' סיגלית לבונסקי, מרכזת תחום בקרה ארצי, אגף לגריאטריה
* פיזיותרפיה	- גב' שולי ורדי, מרכזת תחום בקרה, מחוז צפון
* ריפוי בעיסוק	- מר פרנסוא עג'אג', מרכז תחום בקרה, מחוז צפון
* עבודה סוציאלית	- גב' אמירה אשקר, עובדת סוציאלית נפתית, מחוז צפון
* רוקחות	- מר אבי כהן, מרכז תחום בקרה, מחוז צפון
* בריאות הסביבה	- גב' אורנה מניס, מרכזת תחום בקרה, מחוז צפון

## 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
גריאטריה סיעודית	21	20	20	-	-	-	-	-	-	-
סה"כ	21	20	20	-	-	-	-	-	-	-

- בסה"כ שהו במחלקות 20 מאושפדים, מתוכם 11 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: 25.02.2019.

## 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: 86%**

#### **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 במחלקה סיעודית בקיבוץ ברישוי ל-21 מיטות, בפועל ביום הבקרה נמצאו במחלקה 20 מטופלים, כולם סיעודיים בתפקודם.  
בקרת פתע במהלך תקופת רישוי נערכה בתאריך 17.04.2018. השלמת הבקרה בתחומים רפואה ותזונה נערכה בתאריך 03.05.2018.  
המנהל הרפואי אשר הינו גם רופא הבית, לא נכח בבקרה.  
הבקרה נערכה ע"פ שיחה עם אנשי הצוות ובדיקת הרשומה הרפואית.

### **כח-אדם - הערות על כל המחלקות:**

\* המנהל הרפואי הינו מומחה ברפואת משפחה. מועסק במוסד 3 שנים, עובד 7 שעות בשבוע.  
יעוץ גריאטרי מגיע למחלקה פעם בחודשיים ל-3 שעות, ובודק 3-4 מטופלים בכל ביקור.  
אין הסדר יועץ בתחום אחר קבוע למוסד.  
קלינאי תקשורת מגיע למוסד פעם בחודש ל-3 שעות.

### **חוזקים**

**עבודת המנהל הרפואי**

\* הכשרת מנהל רפואי: המנהל הרפואי הינו מומחה ברפואת המשפחה ובעל ניסיון רב ברפואה.

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

\* הכרת החוזרים והנהלים של משרד הבריאות ושל אגף לגריאטריה: במוסד קיימים נהלים פנימיים, כולל נוהל מניעת זיהומים. צוות המוסד מקפיד על יישום הנהלים.

### **איכות הרשומה בקבלה הרפואית של המטופל**

\* קבלה רפואית מפורטת ומקצועית.

### **הוראות רפואיות והוראות למתן תרופות**

\* הוראות מתן תרופות אנטי פסיכוטיות - רישום, דיון ונימוק: רופא הבית מקפיד לתעד את המעקב אחר השפעת הטיפול בתרופות אנטיפסיכוטיות.

### **דו"ח אירוע חריג**

\* רופא הבית מקפיד על תיעוד המעקבאחר מצבם של מטופלים לאחר אירועים חריגים.

### **רפואה מונעת ורפואה פליאטיבית**

\* פעילות על פי הנחיות לטיפול בנשאי חיידקים עמידים ובמניעת זיהומים: ביום הבקרה נמצאו במוסד שני מטופלים עם חיידקים עמידים. חדר בידוד נמצא מאורגן/ מאובזר לפי דרישות הנוהל.

### **תחומים הטעונים תיקון ושיפור**

#### **בדיקות מעבדה**

\* עיתוי ותדירות ביצוע בדיקות (שגרה, לפי בעיות כרוניות, חדשות): יש להקפיד לבנות תכנית ביצוע בדיקות מעבדה בהתאם לבעיות חדשות. סימוכין: נוהל האגף לגריאטריה מס' 1.3.2.

#### **בדיקה תקופתית אחת ל - 3 חודשים**

\* התייחסות לבעיות חדשות וממצאים חדשים רלבנטיים: חלקית. בסיכום בדיקה תקופתית יזומה יש להתייחס לכל שינוי במצב בריאותי, נפשי, קוגניטיבי ותפקודי של המטופל ולבנות תכנית טיפול רב-מקצועית עדכנית בהתאם. 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: לא נמצאה התקדמות בנושא מאז הבקרה הקודמת. באחריות הנהלת המוסד להקפיד על ביצוע חיסונים לכל העובדים במוסד בהתאם לנוהל האגף לגריאטריה 0.4.11, חוזר מנכ"ל 07/2013 "חיסון עובדי מערכת הבריאות" ועדכוני- חוזר ברה"צ 8/2014.

## **סיעוד: 90%**

### **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:**

\* בבקרת פתע שנערכה בשעות הבוקר, כל המטופלים היו מחוץ למיטותיהם, מועסקים בפעילויות שונות בחדר התעסוקה, לבושים בבגדים נקיים ובהתאם לעונה.  
בבית הסיעודי עם רישיון ל-21 מיטות, בפועל מאושפזים 20 מטופלים סיעודים, 2 מטופלים עם חיידקים עמידים, 2 מטופלים מוגבלים באמצעות שולחניות.  
ביום הבקרה האחות הראשית של הבית הסיעודי לא נכחה, המענה התקבל מאחות אחראית משמרת בוקר.

### **כח-אדם - הערות על כל המחלקות:**

\* כוח אדם עונה לדרישות המכרז. הצוות הסיעודי מורכב מאחיות מוסמכות בלבד.  
האחות הראשית של הבית הסיעודי התחילה לעבוד לפני 5 שבועות.  
יש לציין שבבית הסיעודי מועסק אח בוגר קורס על בסיסי בתחום הגריאטריה, האח עובד 3 משמרות בלבד בוקר, ערב ולילה ואינו נותן הדרכה לצוות במסגרת החת"ש.



## **חוזקים**

### **הבטחת הסביבה**

\* קיים צוות יציב ותחלופת הצוות נמוכה.

### **עדכון מקצועי**

\* הצוות הסייעודי בשיתוף עם צוות מקצועות הבריאות, מעביר תכניות שונות שמשפרות את איכות החיים של המטופלים. בבית הסייעודי מונו 2 נאמני נושא בתחומים מניעת זיהומים ומניעת פצעי לחץ. הנהלת המוסד מאפשרת יציאת אנשי הצוות להשתלמויות חוץ מוסדיות.

### **זכויות החולה**

\* מתקיימת פעילות חברתית מחוץ למוסד אשר תורמת לשיפור איכות חיי המטופלים.

## **תחומים הטעונים תיקון ושיפור**

### **תכנית טיפול בקבלה לאשפוז**

\* קיימת בתוכנית טיפול, מומלץ לשפר התייחסות לבעיות ייחודיות של מטופל.

### **תרופות**

\* במקרר תרופות נמצא אוכל של צוות, הדבר אסור בהחלט.

### **שמירת שלמות העור**

\* יש להקפיד על תיעוד מעקב פצעי לחץ בתדירות הנדרשת ע"פ נוהל (הערה מבקרה קודמת).

### **קשר עם המשפחה**

\* מתקיימת שיחת קבלה עם מטופל חדש ומשפחתו, אך חסר תהליך תיאום ציפיות.

### **טיפול בכאב**

\* יש להקפיד ולהשתמש בכלי אומדן כאב התואם את מצבו התקשורתי של המטופל. יש להעלות את מודעות הצוות לנושא כאב.

## **הערות לסיכום:**

\* תחום הסייעוד מתנהל ברמה טובה מאוד.

## **תזונה: 91%**

### **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:**

\* המזון לכל הארוחות מוכן במטבח המחלקה פרט למנה העיקרית (המנה העשירה בחלבון) אותה מקבלים מחדר האוכל של הקיבוץ.

### **כח-אדם - הערות על כל המחלקות:**

\* הדיאטנית מנוסה בגריאטריה עובדת 5 ש"ש בפריסה של יומיים.  
מומלץ שהדיאטנית תשתלם בקורס ייעודי לדיאטניות בגריאטריה.

### **חוזקים**

#### **כללי**

\* \* המעקב והטיפול התזונתי הפרטני מבוצע באופן מלא ומקצועי וניכר כי מושקעים מאמצים וחשיבה עמוקה לטיפול מיטבי.

#### **הגשת ארוחות צהריים - תצפית / אבטחת איכות כלל הארוחות**

\* היבטים בחלוקת /הגשת מזון (מתן בחירה, התחשבות ברצון המטופל, צבעים, כלים, עריכת שולחן/משך הארוחה/אוויר: \*  
חדר האוכל מואר והאוויר בזמן הארוחה נעימה ורגועה.  
\* המזון היה מעורר תאבון וצבעוני וקיימת התייחסות לרצונות והעדפות של המטופלים.

### **תחומים הטעונים תיקון ושיפור**

#### **איכות ובטיחות המזון**

\* קיום ותיעוד תהליכי עבודה עם המטבח/מערך המזון: רצוי לערוך ישיבות מערך מזון כולל פרוטוקול, סיכום החלטות ובדיקת יישומן. אין להסתפק רק בשיחות בעל פה בנושא.

\* תיעוד תהליכי הבטחת/אבטחת הגשת המזון (לפי נספח 1-500): \* בתכנון השנתי יש לציין תאריכים לתהליכי הבטחת איכות.  
\* קיים תהליך איתור ליקויים יחד עם זאת, בעת איתור ליקוי יש לבנות תכנית להטמעת השינויים הנדרשים.

### **בדיקת התפריט השבועי - רישום מול יישום**

\* בדיקת התפריט השבועי רישום מול יישום: \* יש לוודא כי אכן ניתנים רסקי ירקות בארוחות הערב כנדרש.

\* בדיקת גיוון המזון במרקמים השונים (כל הארוחות): \* יש להקפיד לא להגיש יותר מפעמיים בחודש מזונות מתועשים.

### **הגשת ארוחות צהריים - תצפית / אבטחת איכות כלל הארוחות**

\* בדיקת גודלי מנה בכל סוגי המנות והמרקמים: ביום הבקרה המנה העיקרית הייתה עוף מוקפץ עם ירקות. בעת חלוקת מנה מעורבת מסוג זה יש להקפיד על מתן כמות הולמת של המנה העשירה בחלבון (עוף/הודו/בקר/דג) ולא לחשב את הירק כחלק מהמנה העיקרית.

\* היבטים בחלוקת /הגשת מזון (מתן בחירה, התחשבות ברצון המטופל, צבעים, כלים, עריכת שולחן/משך הארוחה/אוויר: ביום הבקרה הוגש המזון בכלים חד פעמיים לדברי המנהלת עקב תקלה במדיח הכלים. מתן סכו"ם וכלים חד פעמיים עלול להקשות על האכילה העצמאית של המטופלים ולכן, למרות התקלה יש למצוא פתרון אחר לבעיה שעלתה.

\* סיכום ביקור דיאטנית בארוחת ערב (לפחות אחת לרבעון): \* יש להקפיד על סיכום תצפיות ארוחת ערב אחת לרבעון לפחות.

### **הערות לסיכום:**

\* תחום התזונה מנוהל ברמה גבוהה. ניכר שהדיאטנית משקיעה מאמצים וחשיבה למתן טיפול תזונתי מיטבי תוך שימת דגש לאיכות חיי המטופלים.

## **פיזיותרפיה: 93%**

### **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:**

\* מחלקה סיעודית המונה 20 מטופלים ביום הבקרה.  
מבנה מרווח. מטופלים מטופחים. אוירה ביתית.

נערכה בקרת פתע באמצע תקופת רישוי ללא נוכחות הפיזיותרפיסטית. התקיימה שיחה טלפונית במהלך הבקרה.  
חדר הפיזיותרפיה ממוקם בתוך הבית. בשעות הבוקר המטופלים רובם נמצאים בתעסוקה שממוקמת במבנה סמוך מחוץ לבית.

### **כח-אדם - הערות על כל המחלקות:**

\* הפיזיותרפיסטית עובדת במקום שנים רבות, מקצועית ומנוסה.  
מגיעה בימים ראשון ורביעי בשעות הבוקר, שלישי אחה"צ. סה"כ 10 שעות שבועיות.

### **חוזקים**

**פריסת שעות ומצבת כוח אדם**

\* תקן כוח אדם: מלא.

\* פריסת שעות: יעילה.

**פרופיל המטופלים במוסד**

\* אחוז המטופלים בפיזיותרפיה במוסד מתוך כלל המאושפזים: גבוה.

### ארגון השרות

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

\* פעילויות מיוחדות לקידום איכות הטיפול (פרויקטים): יש.

### אבחון פיזיקלי

\* אבחון פיזיקלי ראשוני תוך 5 ימים מקבלת המטופל: מבוצע.

\* תכנית טיפול כתובה ומנומקת לאחר אבחון ראשוני: מתועדת.

### טיפול פרטני

\* מימוש תכנית טיפול פרטני ע"י הפיזיותרפיסט/ית: מלא.

### טיפול בקבוצה

\* מתקיימת קבוצה להפעלה כללית פעמיים בשבוע לכ-10 מטופלים. 6 מהם משתתפים גם בקבוצה לעמידה פעם בשבוע.

\* תכנית מובנית לפעילות גופנית ע"י פיזיותרפיסט/ית ו/או מורה להתעמלות, בפקוח פיזיותרפיסט/ית: כן.

### מעקב פיזיקאלי ותיעוד הערכה תקופתית

\* מעקב פיזיקאלי מתועד לפחות אחת ל-3 חודשים לכל המאושפזים: קיים.

\* מעקב פיזיקאלי מתועד בכל שינוי במצב רפואי ו/או תפקודי: קיים.

### טכנולוגיה לישיבה וניידות

\* התאמת כסא גלגלים/כסא ושולחן אוכל לצרכים התפקודיים של המטופל: מרבית.

\* שימוש באביזרים נלווים עפ"י צרכי המטופל: נכון.

\* הפיזיותרפיסט מעורב בהחלטות על שימוש באמצעי הגבלה: מתקיים. הגבלה באמצעות 2 שולחניות בישיבה. כפפות לידיים למטופל בלילה.

\* מגוון כסאות גלגלים בהתאם לצרכי המטופלים: בנמצא.

### הדרכה, השתלמות ותקשורת בין צוותית

\* הדרכה פרטנית לעובד חדש - שאינו פיזיותרפיסט: מתקיימת. הדרכה אחת בלבד בשנה אחרונה למטפל חדש. צוות קבוע.

\* הדרכה מובנית לכל הצוות: מתקיימת.

\* השתתפות פיזיותרפיסט בשיבות צוות (רב תחומי): מתקיימת.

\* השתתפות פיזיותרפיסט/ים בהשתלמויות מקצועיות רלוונטיות: כן.

#### **תנאים פיזיים**

\* חדר פיזיותרפיה בנוי ומאובזר על פי הפרוגרמה: כן.

#### **תחומים הטעונים תיקון ושיפור**

##### **ארגון השרות**

\* המנהל מארגן ומפקח על השרות על פי תכנית פעילות מובנית ומתועדת: לא.

##### **טיפול בקבוצה**

\* מדדים מובנים ומוגדרים לבחירת מטופלים בקבוצה: חלקיים.

##### **מעקב פיזיקאלי ותיעוד הערכה תקופתית**

\* מעקב פיזיקאלי מתועד המשקף את מצבו העדכני של המטופל: חלקי.

##### **ציוד טיפולי**

\* ציוד ע"פ הנדרש בנוהל כולל ציוד מתכלה: חלקי גבוה.

##### **ציוד ואביזרי עזר לניידות**

\* התאמת עזרי הליכה, מיטות, מנופים ומזרונים לצרכים התפקודיים של המטופל: מלאה.

#### **הערות לסיכום:**

\* שירות הפיזיותרפיה מקצועי.

עבודה מתבצעת בשיתוף פעולה מיטבי עם הצוות המטפל למיצוי יכולת המטופל ולהתאמת אביזרים ועזרה על פי צרכיו באופן מיטבי.

## **ריפוי בעיסוק: 93%**

### **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:**

- \* ריפוי בעיסוק: במוסד עובדת מרפאה בעיסוק ותיקה במקצוע ובמוסד, עובדת 5 ש"ש.
- תעסוקה: במוסד עובדת מדריכת תעסוקה ותיקה במקצוע ובמוסד, עובדת 40 ש"ש.

### **חוזקים**

קבלת מטופל חדש ע"י מרפא/ה בעיסוק  
\* בהתאם לנהלים.

הערכת מעקב  
\* בהתאם לנהלים.

ישום תכנית הטיפול  
\* מתבצעת על ידי טיפולים פרטניים, קבוצה טיפולית, הדרכת מדריכת התעסוקה והצוות המטפל והתאמת סדים וכלי עזר באכילה.

הכרת מטופל חדש ע"י מדריכת תעסוקה / פעילויות בתעסוקה  
\* מלוי טופס קבלה למטופל חדש, על כל סעיפיו, בתוך שבוע: מלא.

### **פעילות בתעסוקה**

\* פעילות פרטנית - התאמה גיוון ודווח: קיימת פעילות מגוונת התואמת את צורכי המטופלים ויכולותיהם.

\* פעילות קבוצתית - התאמה גיוון ודווח: מתקיימת פעילות מגוונת מותאמת ומתועדת כנדרש.

## תנאים פיזיים וסביבה

\* חדר ריפוי בעיסוק: קיים ומתאים.

\* חדר תעסוקה: מתאים.

\* פינת עבודה ומקומות אחסון (כולל ארונות במקום הפעילות): יש, מתאימים וזמינים.

\* לוח פעילות, לוח התמצאות ושעון: קיימים ומתאימים לדרישות.

\* קישוט סביבתי אקטואלי הכולל תצוגה של עבודות מטופלים - בשטחים הציבוריים ובחדרי המטופלים: מתאים, מכובד ותואם את יכולות המטופלים.

## ציוד ואביזרים

\* ציוד ואביזרים להפעלה פרטנית: קיים מותאם ומגוון.

\* ציוד ואביזרים להפעלה קבוצתית: קיים מותאם ומגוון.

\* ציוד נלווה: עשיר ומגוון.

\* ערכות נושאים: מגוונות עשירות ומתחדשות.

## הדרכה ותקשורת

\* ישיבת צוות ריפוי בעיסוק/תעסוקה: מתקיימת בהתאם לנהלים.

\* הדרכה מובנית למדריכות/ות תעסוקה: קיימת באופן סדיר לחלק מהמדריכות.

\* השתתפות בישיבות צוות רב מקצועי: מלא - של מרב"ע.

## העשרה ונהלים

\* פרויקטים מיוחדים: מגוונים ומתקיימים על בסיס קבוע.

## יישום המלצות מבקרה קודמת

\* התייחסות להערות מבקרה קודמת: התייחסות מלאה מצד אנשי המקצוע והנהלת המוסד.

## תחומים הטעונים תיקון ושיפור



## הערכת מעקב

\* עדכון מטרות הטיפול ותוכנית מומלצת כולל תחומים ותדירות: יש לנסות ולקבוע מטרות תפקודיות ומדידות באופן אישי לפי מצב המטופל, ולשמור על רציפות תוכנית טיפול.

## ישום תכנית הטיפול

\* יש לשמור על רציפות הטיפול.

\* התאמת אביזרים וסדים: יש לדווח על מטופלים שמרכיבים סדי ידיים כל חודש.

## ציוד ואביזרים

\* ציוד ואביזרים לטיפול בריפוי בעיסוק: יש להמשיך ולרכוש ציוד טיפולי לריפוי בעיסוק שיכלול אמצעים טכנולוגיים.

## הדרכה ותקשורת

\* אם נקבעה תוכנית של המרפאה בעיסוק לביצוע על ידי הצוות המטפל, יש לרשום את ההדרכה בתיק המטופל.

\* הדרכה מובנית למדריכת/ות תעסוקה: יש לתת הפניה למדריכת תעסוקה תוך 14 יום מהקבלה.

## העשרה ונהלים

\* השתלמות והתפתחות מקצועית: יש להמשיך ולצאת לקורסים על בסיסיים בגריאטריה.

## הערות לסיכום:

\* בהצלחה.

## **עבודה סוציאלית: 92%**

### **הבקרה בתחום העבודה סוציאלית כללה את הנושאים הבאים:**

- 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 הסוציאלי/ת
- רשומת מטופל
- תיק אפוטרופסות
- תיק ריכוז מתנדבים
- שביעות רצון משפחות
- שיתוף בהחלטות הנוגעות לבן משפחתך

### **חוזקים**

#### **קבלת מטופל והסתגלות**

\* המשפחה מקבלת הדרכה תוך 48 שעות ראשונות מקליטת המטופל: כן. העו"ס ותיקה במוסד ונראה כי קיימת מעורבות פעילה בחיי המוסד, המטופלים, המשפחות ועם הצוות.

#### **פעילות כללית של העובד הסוציאלי**

\* המטופל משתתף בפעילות חברתית תעסוקתית לפי רצונותיו ויכולותיו: כן. קיימת התייחסות ומעורבות בתחום התעסוקה עם המטופל ואנשי הצוות.  
במוסד רמת התעסוקה מכובדת ומעוררת התפעלות.

### **תחומים הטעונים תיקון ושיפור**

#### **פעילות העו"ס בנושא חוק זכויות החולה**

\* טיפול ומעקב אחר גמלת דמי כיס: חלקי. קיימת מודעות לגבי דמי הכיס של הדיירים שבחלקם גם חברי קיבוץ, אך חשוב לתעד את הנעשה.

#### **טיפול בניצולי שואה**

\* פעילות העו"ס בנושא מיצוי זכויות ניצולי שואה: קיימת חלקית. העו"ס מודעת לזכויות המטופלים ומקיימת שיחות בעניין אך לא מתעדת את הנעשה.

#### **עבודת הצוות הרב מקצועי**

\* מתקיימות ישיבות צוות רב מקצועי בהתאם לנוהל (תדירות, מעקב, נוכחות צוות): חלקי. ישיבות הצוות מתקיימות אך יש להקפיד על התיעוד.

\* ישיבת הצוות משקפת דיון רב מקצועי: חלקי. על הישיבות לשקף יותר את תפקידו של כל איש צוות ותוכנית העבודה ולהקפיד על תיעוד.

#### **תיק ריכוז מתנדבים**

\* פרויקטים מיוחדים - ביצוע ותיעוד: תיעוד חלקי. התיעוד חלקי בכל הפעילות והפרוייקטים שמתקיימים במוסד.

## **רוקחות: 100%**

### **הבקרה בתחום הרוקחות כללה את הנושאים הבאים:**

- כח-אדם
- 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 ( במחלקות 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

### **כח-אדם - הערות על כל המחלקות:**

\* בבית הסייעודי מועסקת רוקחת בהיקף משרה התואם את דרישות התקן.

### **חוזקים**

#### **פעילות הרוקח/ת במוסד**

\* השתתפות בהשתלמויות מקצועיות בתחום הפרמקותרפיה (ובגריאטריה בפרט) במהלך החמש שנים האחרונות: בשנתיים אחרונות. הרוקחת מקפידה לצאת להשתלמויות מקצועיות באופן קבוע.

## אחסון וסידור תרופות ותוקפן

\* אחסון בתנאים נאותים: כן. התרופות מאוחסנות באופן מסודר ובתנאי אחסון נאותים.

## רכש אספקה וביעור תרופות

\* רכש מספקים מורשים בלבד: כן. התרופות נרכשות מקופות החולים בעיקר.

## בקרה רוקחית

\* ניהול יומן התערבויות ועדכנו אחת לרבעון: בדיקת אבחנות מול תרופות, בדיקת מתן בהתאם להנחיות למניעת תופ: לכל תיקי החולים. קיימים יומני התערבות מלאים לכל המטופלים. חלקם נכתבו על ידי הרוקחת הקודמת וחלקם כבר נכתבו על ידי הרוקחת החדשה למרות שהיא רק כשבוע בתפקיד.

## אחסון התרופות במחלקה ( מחלקות אשפוז )

\* תא נפרד לכל תרופה/מטופל ושילוטו בהתאם לתכולה: כן. קיימים תאי תרופות המחולקים על פי שמות המטופלים, ובנוסף ארון לתרופות רזרבה, לתרופות פנימיות וחיצוניות.

## תרופות אישיות (במחלקות אשפוז)

\* סימון תאריך פתיחה בתכשירים שנדרש: כן. התרופות שתאריך התפוגה שלהן מתקצר עקב הפתיחה מסומנות בתאריך הפתיחה כנדרש.

## הערות לסיכום:

\* שירותי הרוקחות בבית החולים הסיעודי מבוצעים בצורה מקצועית ובהתאם לתקנות הרוקחים ולנהלי משרד הבריאות.

## **בריאותהסביבה: 96%**

### **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 מישתיה
- 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:**

\* במוסד 20 מטופלים.  
קיים מטבח מבשל חלקית, תוספת פחממה, ירק, סלט, מנה מורכבת. מנה עיקרית מתקבלת מחברת הסעדה.

הכלרת מי רשת ע"י כלור די אוקסיד.  
מערכת מים חמים: ע"פ פרשה טכנית מ-2013 שהוצגה בבקרה, מתבצע חימום מים ע"י מערכת שמש ודודי חשמל, עם סחרור. ע"פ נציגת המוסד, נאמר כי בוטל סחרור המים. לא הוצגה פרשה טכנית עדכנית.  
כביסה מתבצעת במכבסת הקיבוץ.

## **חוזקים**

### **מערכת אספקת מי שתיה - מקור מי שתיה ואספקת מים קרים**

\* תקינות הבדיקות של המים: תקין/מאושר ע"י מב"ר.

### **מערכת מים חמים ומקלחות**

\* טמפרטורת מים במערכת אספקת מים חמים (עד הברזים). נדרש 55 - 60 מעלות צלסיוס. יעילות סחרור מים חמים: תקין ולפי ההנחיות.

### **איסוף פסולת ופינויה**

\* איסוף פסולת זיהומית כנדרש: מתבצע במלואו לפי הדרישות.

\* איסוף ופינוי פסולת מסוכנת: א'-איסוף במיכל מותאם. ב'-סילוק ע"י קבלן מורשה לרמת חובב: מתבצע במלואו לפי הדרישות.

### **ניקיון ותחזוקה שוטפת - דרישות כלליות במחלקות, במבנה ובחצר**

\* תחזוקה (נראית) של המבנים: נראית תקינה במלואה.

### **חדרי אשפוז - רווחה / צפיפות, תנאי מגורים וריהוט**

\* התאמת מספר מיטות לדרישות ולרישיון, היעדר צפיפות ואסטטיקה כללית: מתאים לדרישות ולרישיון.

\* מיטות מזרונים ומצעים מותאמים ואסטטיים: מותאמים ותקינים.

\* מצב שירותים ומקלחות: מותאמים ותקינים.

### **תחנת אחות**

\* תחנת האחות ייעודית ובה: הפרדת תרופות ממזון במקרר התחנה. כיור ומתקני שטיפת ידיים: קיימת ותקינה.

### **תחומים הטעונים תיקון ושיפור**

#### **מערכת מים חמים ומקלחות**

\* טמפרטורת מים בברזים מתאימה לבטיחות המשתמשים: לא תקין.

## חדר אוכל מטופלים וחלוקת מזון

\* סידורי שתיה ומתקני מים חמים וקרים: לא קיימים/לא תקינים.

### הערות לסיכום:

\* כללית- תחזוקת מבנה, נקיון ואסתטיקה ראויים לציין. קיימת היכרות של הנהלת המוסד עם נהלי משרדנו. מטבח:

במוסד קיים מטבח מבשל חלקית, ללא מנה עיקרית, המסופקת מקייטרינג. יש לפנות לנפה המטפלת/ בריאות הסביבה, לקבלת אישור על שיטת הבישול בכפוף לתנאים הקיימים בשטח ולהנחיות משרדנו. במקרה המטבח נראה מזון של דיירים. אין לאפשר אחסון מזון פרטי של דיירים/ עובדים במקרה המטבח ובמטבח עצמו. יש להקצות מקרה יעודי, לא בשטח המטבח. כמו כן, אין לאפשר כניסה ויציאה של אנשים שאינם עובדי המטבח לשטח המטבח. מומלץ לבחון מחדש מיקומם של פונקציות מסוימות הנמצאות במטבח, בעלות פוטנציאל לקיום זיהום צולב. לדוגמא: מתקן לשתיה חמה וקרה נראה ממוקם בשטח המטבח, דבר המעודד כניסה ויציאה של אנשים שאינם עובדי מטבח. במטבח נראו פירות וירקות גולמיים. אין להכניס לשטח המטבח ירקות ופירות לא רחוצים. יש לדאוג לקבלתם למטבח כשהם לאחר רחיצה.

חדר שירות:

יש לבדוק האם מדובר בקו מים עוור. נראו בו כסאות גלגלים, המכסים בין היתר אזור של כיור עם ברז. יש להימנע מקיומם של מים עומדים המביאים להתפתחות חיידקים שבכללם ליגונלה. לפיכך, יש לפעול ע"פ נוהל למניעת ליגונלה, ולהזרים מים בכל ברז/ חדר לא מאויש או לחילופין לבצע ניתוק פיסי.

מערכת מים חמים:

ע"פ פרשה טכנית מ-2013, חימום המים מתבצע ע"י מערכת שמש ודודי חשמל, מערכת מסוחררת. ע"פ נציגת המוסד, הסחרור בוטל. להלן התייחסותנו:

1. להזכיר כי כל שינוי/ התערבות במערכת המים החמים או הקרים, צריכה את אישור הנפה לפני ביצוע העבודה.
2. יש להציג לנפה פרשה טכנית וסקיצה מעודכנת ולציין את נקודות התורפה במערכת.
3. יש לוודא כי גם נקודות הדיגום השתנו בהתאם לשינוי במערכת המים החמים. עלהמוסד לקבוע נקודות דיגום בהתאם לשינוי שנערך במערכת המים.

טמפ' המים החמים: 54 מעלות בנקודת הצריכה, בחדר של מטופל. לא הותקנו אמצעים למניעת כויות. יש לפעול ע"פ הל"ת וע"פ מפרט w02 למניעת כויות. עד להתקנה, מומלץ לכתוב נוהל פנימי, לתלותו במקלחות מטופלים ולוודא אכיפתו על ידי הצוות.

אישור ביצוע חיטוי דוודים:

קיים אישור מ-5.17 על ביצוע נקוי וחיטוי. להלן הערתנו: יש להגישו בצורת מסמך מהנספח של ההנחיות למניעת ליגונלה, תוך התייחסות לכל מרכיבי הנספח.

פסולת זיהומית:

קיים שטר מטען על ידי החברה המטפלת. קיים אישור רוקחת על העברת פסולת רפואית למרפאה אזורית ירדן, המפנה את



הפסולת על ידי חברה מורשה.

רשיון ספקים:

חסר רשיון הובלה של ביצים.

חסר רשיון עסק של חברת ההסעדה. ע"פ המנהלת, הוגשה בקשה לרשיון עסק, לאחר התקנת מערכת מתזים.

## נספח ג'

### תקן מול מצבה - כח-אדם מקצועי רפואה, סיעוד ומקצועות הבריאות ל-21 מיטות ברישוי ו-20 מיטות בפועל

מקצוע	תקן כח-אדם נדרש מינימאלי ברוטו	כח-אדם בפועל ברוטו	פער	פער באחוזים
רופא בית	0.290	0.169	-0.121	-0.72
מעשיות <sup>2</sup>	0.000	0.000	0.000	-1.00
אחיות	5.430	5.413	-0.017	0.00
כח-עזר	7.180	8.983	1.803	0.20
מוסמכות	5.430	5.413	-0.017	0.00
תזונאי/ת	4.800	5.000	0.200	0.04
עובד/ת סוציאלי/ת	8.190	20.000	11.810	0.59
פיזיותרפיסט/ית	0.290	0.275	-0.015	-0.05
מרפא/ה בעיסוק	4.800	5.000	0.200	0.04
מדריכה/ת תעסוקה	0.450	1.000	0.550	0.55
קלינאי/ת תקשורת	0.560	0.750	0.190	0.25

1 חישוב התקן הוא בשעות שבועיות ולא באחוזי משרה

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

3 רוקחות - תקן יועץ לא מתקיים פעמיים בחודש

**נספח ג'**  
**תקן מול מצבה - כח-אדם מנהלתי ומשקי**  
**ל-21 מיטות ברישוי ו-20 מיטות בפועל**

מקצוע	תקן כח-אדם נדרש מינימאלי ברוטו	כח-אדם בפועל ברוטו	פער	פער באחוזים
מנהל אדמיניסטרטיבי (לא רפואי)	0.193	0.500	0.307	0.61
אב/ אם בית ו/או מנהל משק	0.193	0.500	0.307	0.61
עובד/ת אחזקה	0.146	0.250	0.104	0.42
מחסנאי/ת	0.146	0.000	-0.146	-1.00
טבח/ית ראשית	0.193	0.000	-0.193	-1.00
עובד/ת מטבח	0.583	1.000	0.417	0.42
עובד/ת ניקיון	0.900	1.000	0.100	0.10
משגיח כשרות	0.099	0.100	0.001	0.01
חצרנית/ית גננת	0.053	0.000	-0.053	-1.00
מזכיר/ה	0.193	0.000	-0.193	-1.00

1 ספק מזון חיצוני, חלקי.

## נספח ד'

### רמת איכות הטיפול

ניקוד אחרון לפי בקרה אחרונה: 65.50 מתאריך: 06.12.2016  
ניקוד מותאם אחרון לפי בקרה אחרונה: 65.50  
שיוך לפרוגרמה חדשה לפי הצהרת המוסד: כן  
זמן הרישוי טרם הבקרה הנוכחית: 14 חודשים. תאריך סיום הרישוי: 01.02.19  
התאמת המחלקה לתשושי נפש לתנאי המכרז: לא

תאריך הבקרה: 17.04.2018  
התאמת המחלקה לתשושי נפש לתנאי המכרז לפי הבקרה הנוכחית: לא רלוונטי

ניקוד	אמות מידה לרמת איכות הטיפול
23.50	סכום ציוני הבקרה
5.00	בריאות הסביבה
0.00	מומחיות מנהל רפואי
4.00	מומחיות רופא הבית
2.00	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
0.00	שיעור אחיות עם תואר אקדמאי
4.00	קורסים ועדכון ידע לצוות
2.00	חת"ש צוות
2.00	אישור למתן IV
1.00	אישור IV + רישום על פי הנוהל + נוכחות אחות מוסמכת בכל משמרת
2.00	רשומה רפואית ממוחשבת
2.00	תקשורת רפואית ממוחשבת
48.50	סה"כ (ללא משך רישוי)