

www.health.gov.il



## דוח בקרת מרכז רפואי ע"ש ברוך פדה, פוריה 18/07/2018

הדוח נכתב על ידי האגף לרפואה כללית



כ"ג טבת תשע"ט  
31/12/2018  
סימוכין: 2002236

לכבוד  
ד"ר און ארז  
מנהל/ת מרכז רפואי ע"ש ברוך פדה, פוריה  
שלום רב,

**הנדון: סיכום הבקרה שנערכה במרכז רפואי ע"ש ברוך פדה, פוריה בתאריך  
ה-18/07/2018.**

רצ"ב

1. **טיטת דוח** בקרת צוות האגף לרפואה כללית, וצוות לשכת הבריאות מחוז צפון מבקרה אחרונה שנערכה בבית החולים. הבקרה נערכה בשיטה ממוחשבת על פי כלי בקרה שהוכנו מראש ופורסמו באתר המקוון של משרד הבריאות. לכל מקצוע שנבדק נקבע ציון סופי בהתאם לממצאי הביקורת. דוח זה כולל:

- א. הציונים שהושגו בכל מקצוע ("טבלת הציונים").
- ב. תקציר מנהלים, תקציר הממצאים לפי תחומי המבדק.
- ג. הנחיות לשיפור לפי תחומי המבדק עם לוחות זמנים לביצוע.

2. **טבלה בה מרוכזות ההנחיות לשיפור** התייחסות מילולית של הנבדק. הנהלת בית החולים מתבקשת לפרט בעמודות הייעודיות את סטטוס יישום ההנחיה תוך חודש מיום שליחת הדוח. לאחר קבלת התייחסותכם לדוח, כולל הערות אם נפלו בו אי דיוקים, יפורסמו באתר המקוון של משרד הבריאות הדוח וטבלת ההנחיות לשיפור הכוללת את סטטוס הטיפול בהן. בהעדר התייחסות, הדוח יפורסם באתר ככתבו וכלשונו. בית חולים שיבקש לעיין ברשימות כלי הבקרה על פיהן נקבעו הציונים במקצועות השונים, יוכל לפנות אל הח"מ ולבקש לעיין בחומר. יחד עם שליחת הדוח, הועברה אל ראש אגף רישוי מוסדות ומכשירים רפואיים המלצה להמשך פעילות המוסד, הארכת תוקף רישיונו, וקביעת משך זמן הרישוי.

ב ב ר כ ה

רותי פרוינד RN MPH  
מנהלת מחלקת בקרה

ד"ר סיגל ליברנט טאוב  
ראש אגף רפואה כללית

תוכן עניינים – דוח מסכם.

1. טבלת ציונים בתחומי הבקרה.
2. נתוני בית החולים.  
נתונים כלליים על בית החולים.  
היקף פעילות לשנה קלנדרית אחרונה.  
מצבת כ"א.  
תעודת הרישום של בית החולים.
3. תחומי הבקרה - ממצאים
  - 3.1 ממצאים לשימור
  - 3.2 היגדים נבחרים לשימור
  - 3.3 תקציר הממצאים העיקריים
  - 3.4 סיכום
4. הנחיות לשיפור בתחומי הבקרה לפי לוחות זמנים.



טבלת ציונים בתחומי הבקרה						
מצויין	טוב מאוד	טוב	טעון שיפור	חלש	כושל	תחום המבדק
96-100	91-95	86-90	71-85	51-70	0-50	
	95					1. מינהל בית החולים
96						2. מינהל רפואה
99						3. סיעוד ובטיחות המטופל ביחידת האשפוז
	94					4. הרדמה
		88				5. מערכות הנדסיות ותשתיות
98						6. בטיחות החולה בחדר ניתוח
	94					7. בטיחות החולה בחדר התאוששות
	91					8. מעבדות כללי
			73			9. מעבדות מקצועיות
	93					10. מניעת זיהומים
100						11. החייאה
	92					12. בריאות הסביבה
	91					13. גריאטריה
96						14. רוקחות
		89				15. מניעת אלימות
	92					16. רשומות ומידע רפואי
	95					17. תזונה ומזון- מחלקה לתזונה
			75			18. תזונה ומזון - הנהלה
	91					19. פיזיותרפיה
	92					20. עבודה סוציאלית
			72			21. קלינאות תקשורת
		88				22. ריפוי בעיסוק
			72			23. פסיכולוגיה
		88				24. ניקוי וחיטוי מכשירים אנדוסקופים - מרפאה/מכון - אף/אוזן/גרון



			81		25. ניקוי וחיטוי מכשירים אנדוסקופים - מרפאה/מכון - לב
			78		26. ניקוי וחיטוי מכשירים אנדוסקופים - גסטרו
			84		27. דיאליזה
96					28. בריאות השן - מחלקת אשפוז
		87			29. בריאות השן - מרפאות חוץ פה ולסתות
		90			30. רישום סרטן
100					31. תנאי סטאז ברפואה
		87			32. מערך המכשור הרפואי
					33. רישוי

### נתונים כלליים על בית החולים

שם בית החולים:	מרכז רפואי ע"ש ברוך פדה, פוריה
קוד בית החולים:	01109
בעלות בית החולים:	ממשלתי
כתובת:	רמת פוריה, ד.ג. גליל תחתון, טבריה מיקוד 15208
מחוז:	צפון
נפה:	כנרת

### פרטי מנהל/ת בית החולים:

שם המנהל הרפואי:	ד"ר און ארז	מספר רישיון רפואי:	20019
מומחיות:	כירורגיה אורטופדית	מס' רישיון מומחה:	14784
מומחיות:	מנהל רפואי	מס' רישיון מומחה:	25724

### פרטי סגן המנהל הרפואי:

שם סגן המנהל הרפואי:	ד"ר הגר מזרחי	מס' רישיון רפואי:	33067
מומחיות:	כירורגיה כללית	מס' רישיון מומחה:	126291
מומחיות:	מינהל רפואי	מס' רישיון מומחה:	1-36380

### פרטי מנהל/ת הסיעוד:

שם מנהל/ת הסיעוד	בתפקיד משנת	קורס על בסיסי
הלן מלכה-זאבי	2015	אין


**שם המנהל האדמיניסטרטיבי:**

שמעון סבח

**היקף פעילות לשנה קלנדרית אחרונה**

פעילות	ערכים
מספר ימי אשפוז:	98,574
אחוז תפוסה ממוצע:	89%
אורך אשפוז ממוצע בחטיבה כירורגית (לא כולל אשפוז יום):	2.84
אורך אשפוז ממוצע בחטיבה פנימית (לא כולל אשפוז יום):	4.02
מספר ניתוחים (סה"כ כולל ניתוחים באשפוז יום):	7,542
מספר ביקורים במיון:	76,932
אחוז המתאשפזים מתוך הפונים למיון:	34.5%
מספר ביקורים במרפאות:	127,958
מספר לידות:	3,929
אחוז ניתוחים קיסריים מכלל הלידות:	26%

**מצבת כ"א (מועסקים מכל הסקטורים)**

מקצוע	מספר עובדים	מספר משרות
רופאים מומחים:	131	
אחיות:	401	
כוח עזר:	79	
רופאים (שאינם מומחים):	28	
סה"כ:	1125	
מינהל ומשק:	346	
פרא-רפואיים:	140	

**תעודת הרישום של בית החולים**

פעילות	ערכים
תוקף תעודת רישום:	01-08-2020
מספר מיטות אשפוז:	328
מספר מיטות אשפוז יום:	12
מספר חדרי ניתוח:	8
מספר עמדות התעוררות:	20
מספר עמדות רפואה דחופה:	31
מספר חדרי לידה:	8



86	מספר מרפאות:
17	מספר מכונים:
13	מספר מעבדות:
הפריית מבחנה, הפסקת הריון, דיקור מי שפיר, בנק זרע	הרשאות עפ"י חוק:
23	מספר מחלקות/ מכונים/ יחידות/ מרפאות המוכרים להתמחות:
30	מספר יחידות מקצועיות מיוחדות:
מכשירים רפואיים מיוחדים	
1. סורק C.T.	
2. מערכת רנטגנית לצנתור לב וכלי דם כליליים R.F.U.C	
3. סורק בתהודה מגנטית M.R.I	
4. סורק בתהודה מגנטית M.R.I נייד	
5. טומוגרפיה דנטלית (C.T שיניים) - DENTAL C.T	
6. מערכת רנטגנית לביצוע אלקטרופיזיולוגיה:	



## תחומי הבקרה - ממצאים

### מינהל בית החולים

#### ממצאים לשימור

פעילות ענפה ויפה של היחידה לטיפול הניהול והיחידה לניהול סיכונים

#### תקציר הממצאים העיקריים

##### מידע כללי

ועדות בית החולים מתנהלות כשורה. ועדת שיפור איכות הטיפול מתכנסת דו שבועית וועדה לניהול סיכונים מתכנסת אחת לשבוע. פורום אתיקה מתכנס 6-8 פעמים בשנה. ועדת אתיקה מתכנסת אד הוק.

##### פרק 1 - הסכמה מדעת

קיימים טפסי הסכמה בארבע שפות: עברית, ערבית, אנגלית ורוסית

##### פרק 2 - דיווחים למשרד הבריאות

דיווחים למשרד הבריאות מועברים לפי צורך. היו 11 מקרים חריגים מחייבי דיווח למשרד הבריאות, 9 תקלות טכניות שדווחו למשרד.

##### פרק 3 - זכויות החולה

זכויות החולה נשמרות. קיים חומר מנהלי בהקשר לפעילות בית החולים. קיימים מסכי מידע במחלקות במספר שפות. קיימת פעילות להנגשה תרבותית ולשונית ענפה על ידי מנהלת השירות הסוציאלי גב ענת רוזנבלום. בצוות פליאטיבי קיים פסיכולוג שעובד בחלקיות משרד במכון האונקולוגי. מנהלת היחידה למניעת זהומים נמצאת בחופשת מחלה.

##### פרק 4 - בטיחות

קיים אישור על עמידה בדרישות שרותי הכבאות האזוריים, לא הוצגו אישורים עבור המבנים הישנים. ננקטים צעדים למניעת תופעות אלימות כלפי צוות רפואי: הדרכות צוותים, סביבה מקדמת שרות. קיימת בנוסף בבית החולים "ועדת אלימות".

##### פרק 5 - היחידה לבטיחות הטיפול

פועלת בית החולים היחידה לבטיחות הטיפול. דווח כי נמצא בהליכי מכרז לקבלת רופא בכיר ליחידה לבטיחות הטיפול.

##### פרק 6 - חיסון עובדי בריאות חדשים ועובדים ותיקים החשופים לדם

מבוצעים חיסוני עובדי בריאות חדשים ועובדים ותיקים החשופים לדם. יש להשלים כיסוי חיסוני מלא לעובדים התיקים.

##### פרק 7 - יכולת אחזור נהלים

נהלי משרד הבריאות זמינים במחשבים

##### פרק 8 - בקרת רישומים פליינים לעובדים חדשים

נערך מבדק להעדר רישום הרשעות בדבר עברות מין לכל עובד חדש, גבר מעל גיל 18 למניעת העסקת עברייני מין על פי חוק.

##### פרק 9 - בקרת תורים לניתוח

מונה אחראי על בקרת תורים לניתוח. משך המתנה ממוצע בכירורגיה כללית 44 יום

#### סיכום

בית החולים מנוהל כראוי.

היגדים להתייחסות שסומנו כבלתי תקינים, הדורשים התייחסות ע"פ לו"ז מופיעים בטבלה בסוף המסמך.





## מינהל רפואה

### ממצאים לשימור

הוצג מערך רפואי הפועל ברמה טובה עם דגש על רשומה איכותית.

### תקציר הממצאים העיקריים

#### פרק 1 - רשומה רפואית – איכות תיעוד הקבלה

במחלקה הפנימית נמצא תיעוד קבלה ברמה טובה: נתונים אישיים מלאים, נמצאו תולדות עבר, כולל התייחסות לרגישויות ולמחלות רקע ולהרגלי המטופל/ת. נמצאו נתונים על תלונות העיקריות וסיבת האשפוז. ברוב גיליונות הקבלה רפואית נמצא תיעוד של בדיקה גופנית רלוונטית. אבחנות מקודדות כנדרש על פי ICD-9, אין שימוש בקיצורים באבחנות. נמצא כי כל הרשומות חתומות בחתימה אלקטרונית.

#### פרק 2 - הסכמה מדעת לפעולות פולשניות

במחלקת כירורגיה בבדיקת יישום חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996, בתיקים של המטופלים נמצאו טפסי הסכמה מדעת לפעילויות פולשניות ממולאים וחתומים כנדרש. נהוגה מסירת העתק למטופל/ת או לאפוטרופוס. טפסי הסכמה מדעת לפעילויות פולשניות קיימים בארבע השפות הנדרשות.

#### פרק 3 - איכות תיעוד רשומות מעקב יומיות

רשומות מעקב יומית מפורטות, במערכת הנמ"ר, בכללן תיעוד שינויים במצב החולה, תיאור בדיקות עזר שבוצעו, התייחסות לתוצאות בדיקות, תכנית המשך טיפול, ייעוץ של מומחים, כול התעד ממוחשב.

#### פרק 4 - איכות כתיבת הוראה לטיפול תרופתי

מתן הוראות ממוחשב (באותיות לועזיות, מופיעה תאריך, שעה, מינון ודרך מתן, תדירות). כל ההוראות חתומות בחתימה אלקטרונית.

#### פרק 5 - איכות רשומות שחרור

מכתבי שחרור נמצאו מלאים ומפורטים עם סיכום מחלה בכל מכתב שחרור, כולל ציון תאריכי כתיבת סיכומי מחלה ותאריך השחרור. תאריכי כתיבת סיכומי מחלה ותאריך השחרור תואמים. נמצאו המלצות להמשך טיפול. את ההזמנות למעקב מרפאתי המטופלים מקבלים במידת הצורך וזימון התורים נעשה כבר במחלקה. מכתבי השחרור חתומים בחתימה אלקטרונית בנוסף לחתימה וחותמת ידנית. כנדרש.

#### פרק 6 - רמת מיחשוב הרשומה הרפואית

רשומה רפואית ממחשבת באופן מלא.

#### פרק 7 - רשומת חולה במיון

במלר"ד: ברשומה מופיעה שעת הגעת החולה לטריאז' ושעת המגע הראשוני עם רופא/ה. איכות רשומת קבלה ומעקב החולה במיון נמצאו ברמה טובה: הרשומות כוללות התייחסות לרגישויות ותולדות העבר. נמצא תיעוד ההתייעצויות הרפואיות, כולל ציון שעה, כל הרשומות חתומות בחתימה אלקטרונית. בבדיקת נושא חובת קביעת רופא אחראי לריכוז הטיפול והמעקב במלר"ד, נמצא כי, מציינים ברשומת המטופל/ת במלר"ד את פרטי הרופא האחראי לריכוז הטיפול בו/בה במחלקה, ובנוסף, קיים מנגנון פנימי המאפשר למטופלים ולבני משפחתם להיות מעודכנים בנושא בעזרת טבלה המופיעה במסכי טלוויזיה פרוסים במחלקה, אך החולים שנשאלו במיון לא היו מעודכנים מי הרופא המרכז את הטיפול בהם.



### פרק 8 - איכות מכתב שחרור חולה ממיון

נמצאו איכות מכתב שחרור חולה ממיון ברמה טובה: רשומות שחרור תקינות. בשלושה מכתבים שנבדקו נמצאו מפורטים סיבת ההפניה, תלונה עיקרית, מחלות רקע, תרופות שניטלות בבית, מדדים חיוניים בקבלה ובמהלך השהייה במיון, ממצאי בדיקה גופנית, תוצאות בדיקות מעבדה, סיבת השחרור, הנחיות להמשך טיפול. על פי דיווח אנשי צוות הרפואי במכתב שחרור מציינים הפנית מטופל לאחר ניסיון אובדני לרופא המטפל. הרשומות חתומות בחתימה אלקטרונית על ידי רופא מומחה כולל מס' רישיון.

### פרק 9 - חולים מעוכבים במיון

על פי דיווח אנשי צוות הרפואי אורך הזמן השהייה במיון מהרגע החלטת רופא המלר"ד לאשפוז לא יותר מ- 4 שעות (בממוצע 3 שעות), לא קיים נוהל פנימי כתוב הקובע כללים למימוש אחריות הצוות הרפואי במחלקה המאשפזת על חולה המיועד אליה ומעוכב במיון.

### פרק 10 - תורנים וכוננים בחדר מיון

תורני מיון נמצאים במקום בכל שעות הפעילות, קיימת רשימת כוננים עדכנית, הרופא אשר נותן אישור לשחרור ממיון הוא בעל מומחיות או בעל הרשאה לשחרור ממיון (בהתאם לחוזר מנהל הרפואה מס' 25/93: "תורנות רופא במיון").

### פרק 11 - רופאים אחרי תורנות

יציאה לחופשה של התורנים נעשית כנדרש, בסביבות השעה 8 am לאחר תורנות (בהתאם לחוזר מנהל הרפואה מס' 56/99 "חופשה לאחר תורנות רופא").

### סיכום

ביה"ח פועל על פי נהלי משרד הבריאות. הרשומות הרפואיות ממוחשבות, בתיקי חולים שנבדקו נמצאו מלאות.

**היגדים להתייחסות שסומנו כבלתי תקינים, הדורשים התייחסות ע"פ לו"ז מופיעים בטבלה בסוף המסמך.**



## סיעוד ובטיחות המטופל ביחידת האשפוז

### ממצאים לשימור

דיווח וטיפול באירועים חריגים.

### תקציר הממצאים העיקריים

#### מידע כללי

הבקרה נערכה בליווי עו"ד הלן מלכה זאבי - האחות הראשית, האחות ג'וליה פרטן - סגנית א. ראשית והאחראית על מיצוי פוטנציאל, מלכה עזראו מדמון - אחראית על מדדי איכות, קרן מנדל - אחראית על איכות והנחיות מקצועיות, ויקי ביטון - אחראית על איכות הטיפול וניהול סיכונים. בביה"ח עובדות 2 אחיות מעשיות: 1 בגריאטריה והאחות הנוספת עובדת על תקן כ"ע. בביה"ח 3 מומחיות, ללא תקן יעודי: מנהל ומדיניות הסיעוד, פגיעה וכירורגיה. אחות נוספת לומדת למומחיות בתחום הפליאטיבי. 2 אחיות בעלות תואר PHD ו- 2 אחיות הנוספות לומדות לקראת תואר PHD.

#### פרק 1 - כללי

תוכניות עבודה שהוצגו: פיתוח והעצמת הצוותי סיעוד, חיזוק השדרה הניהולית, גיוס עובדים, מנטורינג לאחות חדשה ולאחראית חדשה, מדדים להערכת העבודה של אחות האחראית.

#### פרק 2 - פיתוח מקצועי

קיימת תוכנה יעודית למעקב אחר השתלמויות. 100% עברו רענון החיאה, כולל כ"ע. קיימת תוכנית הכשרה לכ"ע בתחומים הרלוונטיים, לדוגמה תזונה ודיאטה. פרויקטים בהובלת הסיעוד: חוות השירות "דעתך חשובה לנו", ימי עיון עם ביטוח לאומי, הקוד האתי ועוד.

#### פרק 3 - אירועים חריגים

הוצגו מספר אירועים מתחום הסיעוד וכמעט אירוע. ב-2017 היו בסה"כ 2448 אירועים חריגים, בחציון הראשון 2018 - 2044 אירועים חריגים. מספר האירועים החריגים מהווה את אחד ממדדי האיכות של ביה"ח.

#### פרק 4 - ניהול מחלקת אשפוז

יכולת האחות לאחזר נהלים נבדקה בהנהלת הסיעוד ובטיפול נמרץ לב. ביצוע אחראיות משמרת ע"י אחות בעלת קורס על בסיסי רלוונטי נבדקה בטיפול נמרץ לב. בטיפול נמרץ לב+ניתוחי לב, א. אחראי מוחמד אטרש, 9 מיטות אשפוז, תפוסה ביום הבקרה - 80%. מצבת כ"א סיעודי: בוקר 4 אחיות + א. אחראית + כ"ע; ערב/לילה 3 אחיות. תיעוד הטיפול תרופתי בתיק ממוחשב.

#### פרק 5 - בטיחות המטופל ביחידת האשפוז

הנושא נבדק במחלקה אורטופדית הכוללת גם מיטות גניקולוגיות, עיניים, אא"ג ופה ולסת. אחות אחראית חיה מרי. במחלקה 36 מיטות. ביום הבקרה 31 מטופלים. מצבת כ"א: 5 אחיות כולל א.א. + 2 כ"ע; ערב 3 אחיות + כ"ע; לילה - 3 אחיות.

#### פרק 6 - רשומות קבלה

נבדק במחלקות אורטופדיה וקרדיולוגיה. רשומת המטופל בקבלה מלאה כתובה כנדרש. משתמשי בתכנת נמרץ נבדקה התייחסות לפצע ניתוח שנמצאה תקינה. לא נמצאו מטופלים עם פצעי לחץ.

#### פרק 7 - רשומות המעקב

תיק מטופל ממוחשב. רישום ומעקב ע"פ התקן. קיימות חתימות.

#### פרק 8 - רצף טיפולי

נבדק באורטופדיה ובט.נ.לב. קיימים טפסי הדרכה לטיפול תרופתי. מכתב השחרור כולל המלצות להמשך טיפול, הכוללות חזרה לפעילות שגרה, תזונה, השגחה. בהתאם להנחיות "הבטחת רצף הטיפול הסיעודי בעת שחרור ממוסד רפואי" עדכון חוזר מינהל הסיעוד - 2016 מסי 118/16



## פרק 9 - סמים מסוכנים

קיים תיעוד ספירת הנרקוטיקה המבוצעת בהחלפת משמרת. ניהול הרשומה ע"פ התקן.

## פרק 10 - ניהול הטיפול התרופתי

תיעוד ניהול הטיפול התרופתי בתיק הממוחשב נבדק בקרדיולוגיה וניתוחי לב. נמצא תקין .

### סיכום

פעילות סיעוד ראויה לציון. עבודה איכותית של הנהלת הסיעוד, פרויקטים בהובלת הסיעוד, שיפור חוויית המטופל, קיום כנסים ופעילות מחקרית, הוראת סיעוד לסטודנטים ולאחיות. חסרה הקפדה על ביצוע אומדן כאב, תיעוד הטיפול בכאב ותוצאותיו .

**היגדים להתייחסות שסומנו כבלתי תקינים , הדורשים התייחסות ע"פ לו"ז מופיעים בטבלה בסוף המסמך.**



## הרדמה

### ממצאים לשימור

שלמות תיעוד בדוחות הניתוח.

### תקציר הממצאים העיקריים

#### מידע כללי

חוזר משרד הבריאות מחייב הפעלת התאוששות 24 שעות ליממה. לא כך בפוריה! התאוששות פועלת עד שלולש אחה"צ

#### פרק 1 - חדרי ניתוח

רופא 1 יוצא לבי"ח אחר להתמחות על בכאב (שנתיים) בחזרתו ניתן יהיה לדברי מנהל המחלקה ומנהל ביה"ח לפתוח שירות ו-1 או מרפאת כאב אין מספיק כח אדם רפואי להפעלה יותר משמעותית של מרפאה טרום ניתוחית

#### פרק 2 - כ"א

המרדים האחראי בניתוח מומחה בהרדמה

#### פרק 3 - התאמת התנאים הפיזיים

כעת בונים 3 חדרי ניתוח חדשים. הליקויים הקיימים היום אמורים להיפתר עם פתיחת חדרים אלו לדברי מנהל ביה"ח

#### פרק 4 – ציוד חיוני במתחם חדרי הניתוח

קיימת עגלת החייאה 1 באתר חדרי ניתוח יש 2 עגלות החייאה בהתאוששות (בהישג יד- מרחק קטן).

#### פרק 5 – מאפני מכונות ועמדות הרדמה

מכונות ועמדות הרדמה תקינות.

#### פרק 6 – המצאות תיעוד טרום / פוסט ניתוחי בתיק החולה

נמצאים טפסי אימות נתונים טרום ניתוחי, ממולאים כנדרש.

#### פרק 7 – שלמות איסוף הנתונים לפני הרדמה

איסוף הנתונים לפני הרדמה, מלא.

#### פרק 8 – שלמות איסוף הנתונים במהלך ההרדמה

איסוף הנתונים במהלך ההרדמה, תקין.

#### פרק 9 – שלמות תיעוד בדוחות הניתוח

התיעוד בדוחות הניתוח מלא ותקין.

#### פרק 10 – אימות נתונים טרום ניתוחי

אימות נתונים טרום ניתוחי, מבוצע כנדרש.

#### פרק 11 – המצאות חוזרי משרד הבריאות

חוזרי משרד הבריאות מוכרים וזמינים.

#### פרק 12 – שלמות המידע בספר ניתוחים ממוחשב

ספר הניתוחים ממוחשב, מכיל את כל המידע הנדרש.

#### פרק 13 – חדר התאוששות – מצבת מרדימים

בחדר התאוששות בזמן פעילות רגילה נמצא באופן קבוע רופא מרדים, כנדרש.



### **פרק 14 – חדר התאוששות – תשתיות**

תשתיות חדר התאוששות, חסרה עמדה ייעודית לבידוד.

### **פרק 15 – חדר התאוששות – ציוד**

הציוד בחדר התאוששות מלא ותקין. נצפו עמדות התאוששות באגף האמבולטורי ובגסטרו ללא מוניטור.

### **פרק 16 – חדר התאוששות – רשומות**

בהוראות לטיפול מופיעה תכנית אלחוש, ליד הוראות לטיפול מופיעות חותמת וחתימת נותן ההוראה, העברת החולה להתאוששות מוסדרת בטופס ייעודי. כנדרש.

### **סיכום**

מדובר במחלקת הרדמה ברמה גבוהה העובדת בסטנדרטים הכי גבוהים. יש במחלקה ובהנהלת ביה"ח חוש אחריות מפותח ביותר ורגישות חברתית עמוקה (הפרויקט "שכנות טובה" היא רק דוגמא אחת: 2 מתוך 4 מיטות טיפול נמרץ תפוסות תקופה ארוכה ע"י פצועים מסוריה). הציוד ההרדמתי עומד בסטנדרטים הכי גבוהים הקיימים היום. נצפו עמדות התאוששות באגף האמבולטורי ובגסטרו ללא מוניטור. שלושת חדרי הניתוח שבבניה יתנו מענה לצרכי ההרדמה לביה"ח. הנחיית משרד הבריאות המחייבת הפעלה של התאוששות 24 שעות ליממה, אינה מקויימת

**היגדים להתייחסות שסומנו כבלתי תקינים, הדורשים התייחסות ע"פ לו"ז מופיעים בטבלה בסוף המסמך.**



## מערכות הנדסיות ותשתיות

### ממצאים לשימור

קיימת שגרת טיפולים תקופתיים למערכות, יש מודעות לביצוע אחזקה מתוכננת.

### תקציר הממצאים העיקריים

#### מידע כללי

ליוו את הבקרה אלכס מהנדס בית החולים וראיף מהנדס החשמל, הושקעו מאמצים בחידוש לוחות חשמל ראשיים.

#### פרק 1 – דוח רשומות - חדרי ניתוח כללי

הוצגו אישור תקינות מערכת החשמל. לא הוצגו אישורי תקינות שקעי הגזים בחדר ניתוח. לא הותצגו אישורי תקינות מערכות מיזוג האוויר בחדרי ניתוח והתאוששות. ערכי מערכת מיזוג אוויר לחדרי ניתוח אינם עומדים בדרישות משה"ב,

#### פרק 2 – דוח רשומות - אספקה סטרילית מרכזית (אס"מ)

הוצגו אישורי תקינות המעקרים באספקה סטרילית מרכזית - נמצאו תקינים

#### פרק 3 – דוח רשומות - גזים רפואיים

הוצגו רוב אישורי תקינות המערכות, לא הוצג אישור טיפול במכלים הקריאוגניים, יש להציג.

#### פרק 4 – דוח רשומות - מערכות חשמל

הוצגו אישורי תקינות מערכות החשמל למעט אישורים ותיעוד בדיקות טרמוגרפיות.

#### פרק 5 – דוח רשומות – מיזוג אוויר

לא הוצגו כל האישורים המצביעים על תקינות מערכות מיזוג האוויר כולל טיפול ביט"אות

#### פרק 6 – דוח רשומות – מערכות קור וחום

לא הוצגו נהלים ודוחות ביצוע טיפולים תקופתיים בדודי הסקה - להשלים.

#### פרק 7 – דוח רשומות – בטיחות

הוצגו כל אישורי בטיחות אש, תקינות מעליות, מתקני הרמה, ניטור גזי הרדמה בח"נ.

#### פרק 8 – דוח תצפית – סביבת חדרי ניתוח

סביבת חדרי הניתוח תקינה, אתרי השוקת תקינים. קיימת גישה ישירה מאזור נקי לאזור ביניים ולהיפך, ללא הפרדה מוחלטת. שלטי חירום אינם תקינים, גלילי גזים רפואיים אינם בהפרדה ואינם מקובעים או קשורים כנדרש.

#### פרק 9 – דוח תצפית – חדרי ניתוח

בחדרי הניתוח עצמם אין אפשרות לבדיקה לחץ הניתוח. לוודא אמצעי תקשורת בהתאם להנחיות משה"ב (שני אמצעי תקשורת שונים). חסר סימון ציוד קצה בחשמל (שקעים) ומספר מעגל.

#### פרק 10 – דוח תצפית – אולם התאוששות

תשתיות אולם התאוששות תקינות. קיימת אפשרות לוויסות הטמפרטורה. מיזוג האוויר תקין. נמצאו פערים של אמצעי תקשורת וסימון אביזרי קצה ומספרי מעגלים בתחום החשמל.

#### פרק 11 – דוח תצפית – סטריליזציה

בחדר שטיפה/סטריליזציה הממוקם בתוך מתחם חדר ניתוח אין הפרדה וחלוקה ברורה בין איזור נקי ומלוכלך. אס"מ (הממוקמת מחוץ למתחם חדר ניתוח) המבנה החלוקה והתשתיות, תקינים

#### פרק 12 – דוח תצפית – מערכת גזים רפואיים

מערכות הגזים תקינות חסר ציוד הגנה לאש, לרבות זרנוקי מים, מטפים וציוד כיבוי ומערכת תאורה מוגנת התפוצצות.



### **פרק 13 – דוח תצפית – חשמל**

מצב השנאים מבחינה ויזואלית תקין. לא הוצג דוח טיפול ובדיקת שנאים. לא הוצגו דוחות טיפול במערכת מתח גבוה. יש לוודא תקינות לוחות חשמל ומיגון חלקים חשופים מפני מגע מקרי. חסר שילוט וסימון אביזרי קצה (מפסקים, שקעים). מצבם והיזואלי של הגנרטורים תקין. חדר חשמל ראשית תקין חסר שילוט, חסרה תאורת חירום לי כל לוח חשמל.

### **פרק 14 – דוח תצפית – מערכות מיזוג אוויר**

מערכות מיזוג אוויר תקינה לכל חדר ניתוח מוגדרת יט"א תקינה, כנדרש.

### **פרק 15 – דוח תצפית – מערכות קור וחום**

מדחסי מיזוג אוויר/משאבות תקינים. דודי הקיטות תקינים.

### **סיכום**

קיימת שגרת אחזקה במערכות ההנדסיות, יש מספר השלמות שנדרש לעשות עפ"י הרשום בדוח, פער המשמעותי ביותר הוא התאמה של חדרי הניתוח לדרישות משה"ב. לוודא תיעוד ושמירת מסמכי בדיקות תקופתיות. ניכר השימוש במערכות אלקטרו מכניות ישנות, ובאמצעי כיבוי אש והפרדות אש ישנים.

**היגדים להתייחסות שסומנו כבלתי תקינים, הדורשים התייחסות ע"פ לו"ז מופיעים בטבלה בסוף המסמך.**





## בטיחות החולה בחדר ניתוח

### ממצאים לשימור

ווידוא מוכנות המטופל וחדר ניתוח, לניתוח.

### תקציר הממצאים העיקריים

#### מידע כללי

רוב אחיות חדרי הניתוח בוגרות השתלמות מוכרת בסיעוד ח"נ. מועסקות 3 כוחות עזר שמכסות גם את התאוששות.

#### פרק 1 – כ"א סיעודי

כל אחראיות המשמרת בחדרי ניתוח, הינן בוגרות השתלמות מוכרת בסיעוד חדר ניתוח.

#### פרק 2 - וידוא מוכנות המטופל וחדר ניתוח לניתוח/פעולה פולשנית

שלב מס' 1 לפני הכנסת החולה לחדר הניתוח מבוצע על פי הנחיות חוזר מנהל הרפואה "וידוא מוכנות המטופל וחדר ניתוח לניתוח/פעולה פולשנית" 11/2016. כנדרש.

#### פרק 3 – הליך אימות נתונים בתוך חדר ניתוח

זיהוי חוזר של מטופל שלב מס' 2 – בחדר הניתוח טרום הרדמה, ושלב מס' 3 – טרום חתך, מבוצעים כנדרש.

#### פרק 4 – בטיחות בהשכבת המטופל

ננקטים כל צעדי הבטיחות לשמירת בטיחות המטופל בהשכבתו לניתוח.

#### פרק 5 - שימוש בדיאתרמיה

השימוש בדיאתרמיה מבוצע על פי כללי הבטיחות.

#### פרק 6- טיפול בציוד סטרילי במתחם חדרי הניתוח

נצפה חדר לעיקור מהיר במתחם חדרי הניתוח. מבנה החדר אינו מאפשר מסלול חד כיווני ממלוכלך לנקי וחלוקה ברורה בין אזור נקי לאזור מלוכלך. חדר צפוף שאמנם נקבע וסומנו בו מסלולים ממלוכלך לנקי, אך כניסת מיכשור מלוכלך והוצאת המכשור המעוקר עוברת דרך אותו פתח. המקום צפוף אין בו צג מיחוג אוויר ולחות, אין כיור נפרד לרחצת ידיים של צוות בכמה מקומות נצפו קילופי טיח.

#### פרק 7- שמירת ציוד מעוקר

נצפה מסדרון לוגיסטי שאינו מופרד מאתר חדרי הניתוח ע"י פס אדום נצפו בו חדרי אחסון לסוגיהם כולל אחסון ציוד מעוקר בתנאים מתאימים.

#### פרק 8 – תנאי מבנה חדר ניתוח

מבנה אתר חדר ניתוח תקין. נצפה ציוד רב (מערכות אנדוסקופיות מכשירי רנטגן סינורי רנטגן תלויים ועוד). במסדרון המשותף. לכל שני חדרי ניתוח שוקת נפרדת מצויידת כנדרש כולל הנחיות לרחצת ידיים כירורגית. נצפה מסדרון לוגיסטי המכיל חדרי מחסנים לציוד. נצפה מעבר מאזור זה ("חצי נקי") אל האזור הנקי של חדרי הניתוח ישיר ' ללא air lock ללא דלת אוטומטית, ללא כניסה מבוקרת וללא פס אדום שמבדיל בין אזור תומך תפעול לבין אתר חדרי הניתוח. יש למצא פתרון לבעית העדר הפרדה זו.

#### פרק 9 - תיעוד הרשומה הסיעודית במהלך הניתוח

קיים דוח מעקב סיעודי בכל ניתוח ספירה כירורגית מבוצעת 4X : לפני תחילת הניתוח, במהלך הניתוח, לפני סגירת החלל או האיבר ובסיום הניתוח, כנדרש.

#### פרק 10 –תרופות

קיים ארון תרופות סגור נגיש לצוות מקצועי בלבד. התרופות הנרקוטיות להרדמה נמסרות ע"י הרוקח ישירות למרדימים. כנדרש. קימות כספות אישיות למרדימים לאחסון הנרקוטיקה. כנדרש.



### **פרק 11 – אירועים חריגים**

תיעוד ודיווח על ארועים חריגים, כולל פעולות מתקנות מבוצע כנדרש. ב- שנת 2017 דווחו וטפלו 78 אירועים. התחקירים מתפרסמים על לוחות המודעות .

### **פרק 12 –נהלים וחוזרי משרד הבריאות**

נוהלי משרד הבריאות זמינים ומוכרים.

### **פרק 13 –החייאה**

נמצאה עגלת החייאה במרחק הגעה למטופל 3 דק' משותפת עם אולם התאוששות.

### **פרק 14 –פיתוח מקצועי**

הוצגה תוכנית עבודה שנתית. קיימים דיווחים על יציאת צוות להשתלמויות.

### **פרק 15 –בטיחות**

הצוות בקיא במיקום הציוד לכיבוי אש ופעולה בעת פריצת אש. מתקיימות הדרכות בטיחות לשימוש בלייזר. בעת שימוש בלייזר נדלקת מנורת אזהרה בכניסר לחדר בו מתקיים הטיפול. כנדרש.

### **פרק 16 –זכויות החולה**

עיקרי חוק זכויות החולה נצפו על כרזה, במקום נגיש לחולה ומשפחתו.

### **פרק 17 –פתולוגיה ושימור רקמות**

הטיפול בפרפרטים לפתולוגיה מבוצע בחדר ייעודי בתנאים בטיחותיים כולל משטפת עיניים. נצפה במקום מנדף תקין קימת בחדר ערכה ניקוי שפך. ספר פתולוגיה ידני אינו ממוחשב.

### **סיכום**

מבנה חדרי הניתוח באתר המרכזי תקינים. חסרות דלתות אוטומטית . חדר עיקור מהיר של מכשירים דורש התייחסות. (לא נבדקו חדרי ניתוח אמבולטוריים, קיסריים ופה ולסת). מועסק במקום צוות עם הכשרות מתאימות. התשתיות מתוחזקות בהתאם לסטנדרטים המקובלים .

**היגדים להתייחסות שסומנו כבלתי תקינים , הדורשים התייחסות ע"פ לו"ז מופיעים בטבלה בסוף המסמך.**



## בטיחות החולה בחדר התאוששות

### ממצאים לשימור

ניהול הטיפול התרופתי.

### תקציר הממצאים העיקריים

#### פרק 1 – המצאות כוח אדם

בשעות הבוקר ועד השעה 16:00 כל אחראיות המשמרת בהתאוששות בוגרות השתלמות מוכרת בטיפול נמרץ. מופעלת גם משמרות ביניים מ 17:00-21:00 בהן אחראיות המשמרת בוגרות השתלמות מוכרת בטיפול נמרץ. קיימת בעייה בלילות. כאשר חדר התאוששות מופעל מושאלת אחות חדר ניתוח להשגיח על המתאוששים בנגוד להנחיות.

#### פרק 2 – סביבת המטופל

עמדות התאוששות שנצפו באתר המרכזי מאובזרות כנדרש.

#### פרק 3 – רשומת המטופל

גליון התעוררות אינו ממוחשב. הוצג "סדין" ממולא עם כל פרמטרים הנדרשים. הוצג מעקב סדור כל 15 דקות כנדרש. הוצג גליון סיכום השהיה התאוששות, מודפס וממוחשב.

#### פרק 4 – ניהול תרופות

ניהול הטיפול התרופתי, תקין

#### פרק 5 – עגלת החייאה

עגלת החייאה שבהתאוששות, תקינה.

#### פרק 6 – אירועים חריגים

אירועים חריגים מדווחים ומטופלים כנדרש.

#### פרק 7 – נהלים וחוזרי משרד הבריאות

אחיות התאוששות מכירות את נהלי משרד הבריאות והדגימו יכולת התמצאות באתר.

#### פרק 8 – פיתוח מקצועי

קיימים דיווחים על יציאת צוות להשתלמויות ולימודים.

### סיכום

צוות התאוששות בעל הכשרות מתאימות. עמדות החולים מאובזרות כנדרש. המעקב אחר ההתעוררות תקין, התעוד ידני. קיימת בעית כוח אדם סיעודי למקרים דחופים בהם נדרשת המצאות אחיות בוגרות קורס טיפול נמרץ בלילות. מילוי צורך זה ע"י אחות חדר ניתוח ללא שיש לה מחליפה בחדר ניתוח, אינו מקובל.

היגדים להתייחסות שסומנו כבלתי תקינים, הדורשים התייחסות ע"פ לו"ז מופיעים בטבלה בסוף המסמך.

## מעבדות כללי

### מצאים לשימור

מערך הבטחת האיכות במעבדות ומערך הבטיחות בעבודה כולל ההדרכות. המסירות של עובדי המעבדות והמקצועיות שלהם בביצוע הבדיקות.

### תקציר הממצאים העיקריים

#### פרק 1 - ארגון וניהול

מדובר במעבדה רב-תחומית המבצעת מגוון בדיקות כאשר אין מנהלי מעבדות לפי תחומים. "מנהל אגף המעבדות" אינו בפועל ואינו בעל מינוי של מנהל אגף מעבדות. חסר כוח עזר וכוננים בעיקר בסופי השבוע. במעבדה לפוריות מועסקת מנהלת מעבדה בעלת היתר אך ללא סגן או מ"מ.

#### פרק 2 - עובדים

קיים מחסור בכוח אדם לאור הגידול במספר הבדיקות המתבצעות ויש להוסיף כוח אדם למעבדות על מנת שתוכלנה לעמוד בלוח הזמנים.

#### פרק 3 - מעבדות

בבית החולים פורייה פועלות מספר מעבדות: מיקרוביולוגיה, פוריות ופתולוגיה שאינן כפופות למנהל מערך המעבדות, יש לכפיפן.

#### פרק 4 - בדיקות

רוב הבדיקות הנדרשות מתבצעות במעבדות בית החולים, חלק מהבדיקות מועברות לביצוע במעבדות חוץ וישנו רישום מסודר לבדיקות אילו.

#### פרק 5 - תיעוד ומחשוב

קיים תיעוד ממחשב ומערכת גיבויים. התוכנה עונה על דרישות משרד הבריאות במקרה של חריגה.

#### פרק 6 - בטיחות וגהות

ההתרשמות מהבטיחות בעבודה במעבדות טובה למרות הצפיפות. נדרש לקיים מעקב שוטף ומלא - בדיקות תקופתיות לשמירה על בריאות עובדי המעבדות.

#### פרק 7 - פסולת רפואית

הפסולת הרפואית מטופלת כנדרש בתקנות משרד הבריאות.

#### פרק 8 - שינוע דגימות

שינוע דגימות דגימות בתוך בית החולים לא באריזה משולשת. השינוע החיצוני בשיטת האריזה המשולשת מבוצע באופן בטיחותי כנדרש.

#### פרק 9 - איסוף דגימות דם

סימון דגימות הדם מתבצע כנדרש

#### פרק 10 - מבנים, מתקנים תחזוקה סדר וניקיון

מבנה חדרי המעבדות ישן, צפוף, אינו ממוגן, אין מספיק החלפות אוויר בחדרי המעבדות וחסר שטח איחסון. המעבדה למיקרוביולוגיה נפרדת ממערך המעבדות. במעבדות המרכזיות הרב-תחומיות קימת צפיפות והמבנה מיושן ונדרשת השקעה בתשתיות.

#### פרק 11 - מכשור דיאגנוסטי, כיולו ותחזוקת

הציוד הדיאגנוסטי במעבדות בית החולים מספק, מתוחזק היטב וקיים תיק מכשיר המתעד את הטיפולים.

#### פרק 12 - מכשירי בדיקות גזים וקרישה

קיימת בקרה על מכשירי הגזים, מכשירים לבדיקת שתן ורמות הגלוקוז בדם ע"י עובדי המעבדה. קיים פיקוח מרחוק וישנה הדרכה ובקרה איכות על בדיקות הקרישה. כנדרש.



### פרק 13 - בקרת איכות פנימית יומית

בקרת האיכות הפנימית היומית מבוצעת כנדרש, כולל הדרכות לעובדים לפעולה בעת קבלת ערכים חריגים וערכי סיכון חיים.

### פרק 14 - בקרת איכות חיצונית

בקרת איכות חיצונית נערכת תקופתית בכל המעבדות בבית החולים.

### פרק 15 - תקנות ונהלי משרד הבריאות

כל הנהלים הנדרשים נמצאים במעבדות.

### פרק 16 - הבטחת איכות

אין מינוי של מנהל אגף המעבדות אף על פי שהמעבדות עברו תהליך התעדה עפ"י ISO 9001:2015 וכן תהליך האקרדיטציה של ה-JCI. ישנו עובד מעבדה האחראי על נושא הבטחת האיכות אך הוא לא מתוגמל ומשמש כעובד מן המניין במעבדות.

### פרק 17 - מוקד/תחנת איסוף

לא רלוונטי לבית החולים פורייה.

### פרק 18 - בנק הדם

מנהל בנק הדם בפועל הינו רופא המטולוג. בלילה מצויים רק 2 עובדים בכל המעבדות כולל בנק הדם. בבית החולים לא מתבצע התרמת דם.

### סיכום

בבית החולים פורייה פועלות כל המעבדות הנדרשות אבל אין מערך מעבדות מסודר: אין מינוי למנהל מערך המעבדות, אין מינוי למנהל הבטחת איכות. המעבדה למיקרוביולוגיה, פתולוגיה ופוריות - IVF - הינן עצמאיות בניהול מנהלי מעבדות שאינם כפופים למערך המעבדות. המעבדה המרכזית הרב-תחומית מצויה במבנה ישן, צפוף וחסרים שטחי עבודה ואחסון. ההתרשמות היא שמנהלי המעבדות והעובדים עושים כל מה שביכולתם ומסורים לעבודתם ונדרשת השקעה בתשתיות וארגון המעבדות מבחינה ניהולית.

**היגדים להתייחסות שסומנו כבלתי תקינים, הדורשים התייחסות ע"פ לו"ז מופיעים בטבלה בסוף המסמך.**



## מעבדות מקצועיות

### ממצאים לשימור

מערך הבטחת האיכות והבטיחות במעבדות. המסירות והמקצועיות של עובדי המעבדות שעושים כל שביכולתם למלא את תפקידם באילוצים הקיימים.

### תקציר הממצאים העיקריים

#### פרק 1 - מעבדות מקצועיות - פתולוגיה

המעבדה מבצעת בדיקות היסטולוגיות בשיטות מתוקפות ומכשור מתאים יחד עם זאת לא קיים רישום המעבדה בפנקס המעבדות המקצועיות של משרד הבריאות. המעבדה לפתולוגיה מנוהלת ע"י רופא פתולוג ללא סגן ומ"מ. במעבדה עובדים 2 לבורנטים המבצעים את כל הפעילויות כולל, קבלת הדגימות הפתולוגיות, הכנות הדגימות לצביעה ועיבוד. במעבדה אין מנהל בעל היתר לניהול מעבדה רפואית פתולוגית, אין אף עובד מעבדה בכיר בתחום. מבחינת בטיחות הנידוף הוא חלקי ואין מנדף כימי. קיימים ריחות של מסיסים אורגניים בעת עבודה במנדף שהוא למינרי-כימי שאינו מספק. בתוך חדר הכנת הדגימות מצוי גם חדר השירותים. המעבדה מצויה במבנה ישן ומתוחזק גרוע וחייב שיפוץ. לא ברור אך מתבצעת החתימה הכפולה בכל עת של ממצא פתולוגי חיובי. חשוב לבצע בדיקת שורש במכון הפתולוגי ולתעד את הממצאים בפנקס המעבדות הרפואיות יש לכלול את בדיקת השורש במבדקי ההתעדה ל- ISO 9001:2015

### סיכום

המעבדה לפתולוגיה אינה מתנהלת עפ"י הדרישות למעבדה רפואית בתחום הפתולוגיה.

היגדים להתייחסות שסומנו כבלתי תקינים, הדורשים התייחסות ע"פ לר"ז מופיעים בטבלה בסוף המסמך.



## מניעת זיהומים

### ממצאים לשימור

בבית החולים פועלת יחידה למניעת זיהומים מקצועית השותפה למגוון פעולות ופרוייקטים ברחבי בית החולים, לדוגמה כנס מלר"ד לאמבולנסים, פרויקט צנתרים פמורלים. ניכר כי הנהלת בית החולים תומכת במטרות היחידה למניעת זיהומים ופעילותיה. הדבר ניכר בגיוס והכשרת צוותים יעודיים בתחום כחלק מראייה רוחבית והבנת חשיבות של עתודה. הוספת צוות סיעודי ליחידה בהיקף של 20% משרה, מהווה תמיכה חשובה למחלקות יעודיות קריטיות כמו פגיות, דיאליזה טיפול נמרץ נשימתי ופנימית. תכניות העבודה שהוצגו היו בעלי השגת יעדיים ריאליים.

## תקציר הממצאים העיקריים

### מידע כללי

צוות היחידה בבית החולים מונה שתי אחיות בתקן של מפקחות אפידמיולוגיות, העובדות יחד במשרה וחצי, האחיות בוגרות קורס על בסיסי בתחום. שני אחים נוספים בחלקיות משרה ( 20% ) כל אחד מהם מופקד על שתי מחלקות עליהם הוא מפקח. פגיה, פנימית דיאליזה וטיפול נמרץ נשימתי. בנוסף, בכל מחלקה בית החולים יש נאמן זיהומים סה"כ 19 נאמנים. כנדרש מנהל הסיעוד של בית החולים משקיע בפיתוח עתודה בתחום מניעת זיהומים הדבר בא לידי ביטוי בהכשרת צוות סיעודי נוסף בקורס על בסיסי במניעת זיהומים

### פרק 1 – מבנה היחידה למניעת זיהומים

בבית החולים יחידה למחלות זיהומיות ומניעת זיהומים אחידה. דר' היבא מומחית במחלות זיהומיות ופנימית משמשת כממלאת מקום. היחידה עוסקת באיסוף וניטור נתונים בנושאים של היגיינת ידיים, זיהומים נרכשים, חיידקים עמידים התפרצויות, כמו כן הצוות שותף בכתיבת נהלים בתחום, הכשרה והדרכה של צוותים חדשים וותיקים, שינוי תהליכי עבודה לדוגמה בפגיה בעקבות שינוי תהליכי עבודה בנושא מניעת זיהומים ירדו הזיהומים הנרכשים מ 19.6% ל - 3.4%. הצוות שותף גם בפרייקטים במחלקות כמו פרויקט צנתרים פמורלים. הצוות שותף גם בפרייקטים שנעשים על ידי בית החולים בשיתוף הקהילה למשל יום עיון שהמלר"ד יזם ביחד עם חברות האמבולנסים.

### פרק 2 – יישום הנחיות חוזר מינהל הרפואה

ניכר כי בית החולים מיישם את נהלי משרד הבריאות בדבר אמצעי זהירות שיגרתיים במוסדות רפואיים חוזר חטיבת הרפואה מס' 10/2010

### פרק 3 – יישום הנחיות הגיינת ידיים

בית החולים מיישם את חוזרי חטיבת הרפואה בנושא היגיינת ידיים 24/09. מחלקת טיפול נמרץ הינה מחלקה ישנה עם תשתיות שאינן ראויות. הדבר ידוע היטב לבית החולים והם לקראת תהליך של בנייה למחלקה חדשה. ברחבי בית החולים כרזות בנושא היגיינת ידיים חלקן מכונן לצוות הרפואי ואחרות למטופלים ובני משפחתם. הומלץ להוסיף כרזות בשפות נוספות.

### פרק 4 – מניעת אלח דם הקשור לצנתר מרכזי

צוות טיפול נמרץ והיחידה למחלות זיהומיות ומניעת זיהומים מיישם את חוזרי חטיבת הרפואה בדבר הנחיות למניעת אלח דם הקשור בצנתר מרכזי בכלי דם. 13/2011

### פרק 5 – מניעת הדבקה בנגיפים אחרי חשיפה לדם/נוזלי גוף

צוות המחלקה למחלות זיהומיות ומניעת זיהומים עוסק גם בבריאות העובד חיסונים, ניטור פגיעות וחשיפות של הצוותים. ניכר כי בית החולים מיישם את הנחיות שירותי בריאות הציבור בדבר מניעת דלקת כבד נגיפית מסוג B ו- C לאחר חשיפה לדם ו/או נוזלי גוף אחרים 6/2015

### פרק 6 – המצאות והבנת נהלי משרד הבריאות

לבית חולים נהלים פנימיים המסתמכים על נהלי משרד הבריאות, הצוותים שנבדקו גילו יכולת חיפוש והתמצאות בנהלים.

### פרק 7 – שמירה על כללי בידוד

באופן כללי בית החולים פועל על פי הנחיות משרד הבריאות בדבר בידוד חולים. נציין כי חסר תיעוד בזמן אמת לגבי כל תהליכי הניקוי של סביבת החולה במהלך שהותו בבידוד ולאחר השחרור. לגבי בידוד אויר וטיפתי המידע נלקח מתשאול הצוות וקריאת הנוהל הקיים מכון שלא ניתן לתצפת על חולים מאושפדים בבידוד מסוג זה.

### פרק 8 – ניקוי חיטוי ציוד ואביזרים

נראה כי בית החולים פועל ליישום הנחיות משרד הבריאות בנושא ניקוי וחיטוי מוסדות רפואיים 12/2006. אולם, אין תיעוד ומעקב אחר יישום הפרוטוקול ונהלים הקיימים.

### סיכום





בבית החולים פעולת יחידה למניעת זיהומים ומחלות זיהומיות בכפיפה אחת, באחריות בית החולים לדאוג כי תחום מניעת הזיהומים ינוהל כמערך עצמאי. בנוסף ישנה חשיבות רבה לרישום ותיעד יישום נהלי בית החולים בנושא של ניקוי וחיתוי. היחידה עוסקת בניטור רמת התחלואה הזיהומית הנרכשת במוסד, ורכישת חיידקים יציבים. ניטור היגיינת ידיים פיתוח תוכניות מניעה, כתיבת תוכניות עבודה הדרכה לצוותים המטפלים ניתוח והתערבות בהתפרצות זיהום. היחידה פועלת רבות בתחום החינוך וההדרכה של הצוותים יחד עם זאת נראה כי קיים אתגר לשמור על השגים שהגיעו אליהם בזמן ההתערבות, לדוגמה בתצפיות על היגיינת ידיים או בפרוייקט צנתרים פמורלי בזמן ההתערבות הוצגה מגמה של שיפור. אולם, בתום ההתערבות, היה קושי לשמור על מגמת השיפור.

**היגדים להתייחסות שסומנו כבלתי תקינים, הדורשים התייחסות ע"פ לו"ז מופיעים  
בטבלה בסוף המסמך.**



## החייאה

### ממצאים לשימור

הכשרות צוות ההחייאה ותקינות העגלות.

### תקציר הממצאים העיקריים

#### פרק 1 - החייאה

פועלת ועדה כנדרש. יו"ר הוועדה מכנס את הוועדה לפחות פעמיים בשנה להצגת נתוני ההחייאות בבית החולים ודיון במקרים פרטניים.

#### פרק 2 – בקרת ציוד עגלת החייאה

בקרת ציוד עגלת החייאה מבוצעת ומתועדת ע"י איש צוות (רופא, אחות, פרמדיק, עוזר רופא) לאחר כל שימוש ולפחות פעם בחודש. כנדרש

#### פרק 3 – הכשרות והרכב צוות החייאה

הכשרות והרכב צוות החייאה, על פי ההנחיות.

#### פרק 4 – השתלמויות

ריענון ידע בתחום ההחייאה על רמותיו השונות, מבוצע בתדירות של פעם בשנתיים. כנדרש.

#### פרק 5 – הזנקה

יש להקפיד שצוות ההחייאה יגיע עם ציוד בעת הזנקה גם לאזורים מרוחקים בבית חולים כגון חדר אוכל.

### סיכום

תחום ההחייאה מנוהל בצורה טובה מאוד, מדובר בבית חולים עם אזורים מרוחקים ממחלקות האשפוז, יש להקפיד לחדד את הנוהל של הקפצת צוות החייאה, יש לדאוג להגיע למקומות מרוחקים עם ציוד החייאה מלא.

היגדים להתייחסות שסומנו כבלתי תקינים, הדורשים התייחסות ע"פ לו"ז מופיעים בטבלה בסוף המסמך.

## בריאות הסביבה

### ממצאים לשימור

ברצוננו לשבח את אנשי המקצוע שליוו אותנו בעת הביקורת. כולם כאחד מפגינים מקצועיות רבה, אכפתיות, אחריות ומשתדלים להקפיד ככל הניתן על קיום ההנחיות בנושאים עליהם הם מופקדים.

### תקציר הממצאים העיקריים

#### פרק 1 - מים ומערכות מים לצריכה סניטרית

בשנה האחרונה נערכה בבית החולים פעילות רבה בנושא אבטחת איכות המים וזאת עקב חריגות באיכות המים בפגייה; בסוף 2017 נערך סקר חקירתי במערכות המים, ממצאי הסקר הצביעו על סבירות גבוהה להיתכנות של כשלים במערך הצנרת והאביזרים אשר גרמו לעליה בריכוז העופרת ותוצאות חוזרות ונשנות של חיידקי פסאודומונאס.

לאור הנ"ל הוחלט על שדרוג והחלפת צנרת המים באגף היולדות הישן כולל מחלקת פגיה וילודים, באמצע חודש יולי השנה החלו עבודות החלפת הצנרת בכפוף לתכנית שאושרה על ידנו. דיגום מיקרוביאלי מבוצע אחת לחודש כנדרש עפ"י תכנית הדיגום השנתית, בשנת 2017 בוצעו 274 בדיקות מיקרוביאליות, ב- 3% מהבדיקות התגלו חריגות של חיידקי פסאודומונאס (באגף היולדות הישן).

בחודשים ינואר ומאי השנה בוצע דיגום ללגינולה במערכות המים הקרים והחמים, התוצאות נמצאו תקינות.

תפעול מתקן החיטוי לרבות ניטור ערכי הכלור הנותר במים מתבצע כנדרש, הממצאים והפעולות מתועדות ביומן התפעול כנדרש בנהלים.

מאגרי מי שתייה - ניקוי וחיטוי שני מאגרי מי השתייה מבוצע באמצעות קבלן מוסמך אחת לשנה כנדרש. בעת הביקורת נמסרו תעודות ואישורי שטיפה וחיטוי המאגרים.

נערך סיור במערכות ייצור המים חמים בבית החולים, נראה כי טמפרטורת המים החמים ברוב מערכות האספקה תקינה (מעל 55 מע"צ) בהתאם להנחיות משרדנו.

בעת הביקורת נמסרו תעודות בדיקה תקופתית של המזח"ים המותקנים בבית החולים.

#### פרק 2 - מערכת סילוק שפכים

נבדק מערך טיפול וסילוק השפכים, הפרדת זרמים וניטור אחר איכות השפכים המוזרמים למערכת הציבורית. התהליך נמצא תקין ללא מפגעים תברואיים.

#### פרק 3 - איסוף ופינוי פסולת

נבדק תהליך טיפול ופינוי סוגי הפסולת השונים מביה"ח למרכז סילוק הפסולת בסמוך למעבדה, התהליך נמצא תקין.

נבדק תיעוד תעודות משלוח ופינוי פסולת זיהומית ומסוכנת, הפסולת מפונה לאתרים מאושרים כנדרש.

פסולת רגילה מפונה באמצעות המועצה האזורית בתדירות הנדרשת.

#### פרק 4 - טיפול בכביסה

בביה"ח אין מכבסה, הכביסה מועברת למכבסת יונידרס בחיפה.

נבדק מערך איסוף, ריכוז ופינוי הכביסה המלוכלכת ומערך קבלה, קיפול וחלוקת הכביסה הנקייה למחלקות. שני המערכים נמצאו תקינים ומטופלים כנדרש בנהלים.

קיים מרכז לקליטת עגלות כביסה מלוכלכת מופרד לחלוטין ממרכז קליטת כביסה נקייה. שיטת ההנפקה היומית מתבצעת עפ"י נוהל חלוקה ממוחשב לפי רשימת המאושפזים.

הכביסה הנקייה מגיעה בעגלות נקיות ומנוילות. כנדרש.



### פרק 5 - מטבח מרכזי ומטבחון חלוקה במחלקות

בביקורת הקודמת נתגלו ליקויים במערך הייצור והטיפול במזון. בביקורת מיום 18/7/18 נמצא כי רוב הליקויים תוקנו וחל שיפור במצב התברואי וההתנהלות בו טובים מאוד. יחד עם זאת נדרש להשלים ולתקן הליקויים שיפורטו בהמשך.

### פרק 6 - מניעת זיהומים ושמירה על היגיינה כללית בבית החולים

הביקורת נערכה ברוב מחלקות בית החולים. המצב התברואי במחלקות טוב מאוד: אין צפיפות, יש מספיק אזורי אחסנה ורמת הניקיון והתחזוקה במחלקות הייתה טובה מאוד.

### פרק 7 - כללי

בעת הביקורת חצרות בית החולים נמצאו נקיות ומסודרות. בנושא מפגע החתולים תשלח התייחסות בנפרד.

### סיכום

הביקורת נערכה על פי קובץ ההנחיות של משרד הבריאות לטיפול בנושאי בריאות הסביבה במוסדות אשפוז-1997. בביקורת נבדקו הנושאים הבאים: מערכות המים, המטבח המרכזי, מערך אספקת מזון למחלקות, המצב המבני והתברואי של המחלקות, הטיפול בכביסה נקייה ומלוכלכת, ניקיון החצרות. נמצא כי חלה התקדמות רבה בנושאים התברואיים בבית החולים. דו"ח הביקורת הקודם מיום 12/7/18 הופנם ומרבית הליקויים תוקנו, נדרש להשלים את יתר הליקויים שפורטו תוך שבועיים מיום פרסום דוח זה.

**היגדים להתייחסות שסומנו כבלתי תקינים, הדורשים התייחסות ע"פ לו"ז מופיעים בטבלה בסוף המסמך.**



## גריאטריה

### ממצאים לשימור

מנגנונים ברמת בית החולים לעדכון מצבם של מטופלים קשישים באמצעות תוכנת מחשב נגישה לגורמים הרלוונטיים; האיכות המקצועית הגבוהה של היועצים בתחום הגריאטריה ותרומתם לעליה ברמת הידע בתחום מקצוע זה.

### תקציר הממצאים העיקריים

#### מידע כללי

בבית החולים פועלת מחלקה למתן טיפול שיקומי לקשישים, מופעלת פעם בשבוע מרפאה גריאטרית ללא צוות רב תחומי ייעודי. לפי דיווחים והממצאים בבקרה, הקשישים מהווים חלק לא מבוטל במיון ובמחלקות האשפוז.

#### פרק 1 - כוח אדם

במחלקה לגריאטריה שיקומית מועסקים שני רופאים מומחים בגריאטריה ובפנימיית, אחד מהם מומחה גם בטיפול תומך ועוד 4 רופאים מתמחים בגריאטריה. רופא מומחה בפנימיית, המשלים את הסילבוס של התמחות בגריאטריה עובד בחדר מיון. שני הרופאים הבכירים, בנוסף לתפקידם במחלקה, נותנים יעוץ בתחום גריאטריה במחלקות האשפוז ובמרפאה הגריאטרית, לעיתים רחוקות גם בתחום הטיפול התומך, ללא מעורבות בטיפול בקשישים במיון.

#### פרק 2 - הגריאטריה ברמת כלל בי"ח

קיימים תהליכים ממוחשבים לעדכון יומי לגבי שינויי סטאטוס של חולים במחלקות האשפוז השונות למניעת עיכוב שחרור / העברתם למסגרות המשך טיפול כמו אשפוז כרוני / טיפול בקהילה. קיים ומיושם תהליך העשרת ידע בתחום הגריאטריה לרופאים בחטיבת הפנימיית.

#### פרק 3 - מחלקה לרפואה דחופה

במיון מופעלים מנגנונים מועילים לקיצור שהייתם של הקשישים במחלקה זו ולפי הדיווחים, משך שהייתם של קשישים במחלקה לרפואה דחופה אינו מתארך יותר מ-4 שעות. קיימת אפשרות להתערבות ע"ס בכל המשמרות. ברישומים בתיק המטופל מתייחסים בעיקר למצבם התפקודי ו/או הקוגניטיבי בהגעתם לחדר המיון, ללא התייחסות מעמיקה למצבם הקודם. העסקתו של רופא מומחה בגריאטריה בחדר מיון והכללת הקשישים בתיק הממוחשב עם היבטים מובנים להערכת קשיש עם מחלה חריפה, עשויים לשפר את המצב הקיים.

#### פרק 4 - יחידות יעוץ (גריאטרי ופליאטיבי)

הטיפול התומך מתייחס בעיקר לחולים, כולל קשישים, הסובלים מבעיות אונקולוגיות ופחות לקשישים עם תסמונות גריאטריות הגורמות גם הן לסבל. דווח על תוכנית להתרחבות האינדיקציות למתן טיפול תומך לקשישים במחלקות האשפוז.

#### פרק 5 - חולים גריאטרים במחלקה פנימיית

פעילות שני היועצים בתחום הגריאטריה במחלקות הפנימיית תורמת רבות לאיכות הטיפול בקשישים עם מחלות חריפות, התייחסות מקצועית להיבטים ספציפיים כמו הטיפול בקשיש עם דמנציה והחמרה במצבו במהלך האשפוז. הייעוציים נכללים במכתבי הסיכום, מהווים בסיס להמלצות להמשך טיפול.

#### פרק 6 - חולים גריאטרים במחלקה אורטופדיית /כירורגית

קיימת התייחסות למצב הקוגניטיבי ויכולת קבלת החלטות של המטופל לקראת הסכמה לניתוח, קיים מנגנון קביעת המלצה לשיקום ע"י צוות רב מקצועי של המחלקה, כנדרש.

#### פרק 7 - חוזרי משרד הבריאות

חוזרי משרד הבריאות הרלוונטיים למערך הגריאטרי מוכרים וזמינים.

### סיכום



הגריאטריה ברמת כלל בי"ח מתנהלת הרמה טובה. קיימים תהליכים יעודים לטיפול בקשישים הסובלים ממחלות אקוטיות ולהעברתם למסגרות המשך טיפול. שני הרופאים המומחים בגריאטריה מעורבים בפעילות המקצועית במחלקות האשפוז, תורמים לפיתוח נושא הפליאטיבי בכלל ובקשישים בפרט.

**היגדים להתייחסות שסומנו כבלתי תקינים, הדורשים התייחסות ע"פ לו"ז מופיעים בטבלה בסוף המסמך.**



## רוקחות

### ממצאים לשימור

בקרת ניהול התרופות הנרקוטיות בחדר ניתוח .

### תקציר הממצאים העיקריים

#### מידע כללי

בבית המרקחת מועסקים 9 רוקחים (סה"כ 7 תקנים). לא מועסקת רוקחת קלינית, אך אחת הרוקחות ממשיכה לימודים לרוקחות קלינית.

#### פרק 1 – ניהול בית המרקחת

ניהול בית המרקחת, תקין.

#### פרק 2 – תשתיות

שתיות בית המרקחת תקינות .

#### פרק 3 – סמים מסוכנים

ניהול הסמים המסוכנים, תקין.

#### פרק 4 – רקיחה

תנאי הכנה נאותים בבתי מרקחת - רקיחות פשוטות ובינוניות לא סטריליות, מוכנות כנדרש.

#### פרק 5 – הכנות בסיכון גבוה

היחידה להכנות ציטוטוקסיות אינה עונה לדרישות נוהל מס' 135 של אגף הרוקחות וחוזר מינהל הרפואה מס' 5/2017 " טיפול בתכשירים ציטוטוקסים עדכון הנחיות". היחידה מורכבת משני חדרים בלבד. החדר הראשון משמש גם כחדר מבואה וגם כחדר עבודה, ובו מאוחסנות תרופות ציטוטוקסיות וגם מקרר תרופות ציטוטוקסיות. חדר המבואה מאוד צר וצפוף ואינו מאפשר תנאים הולמים לעבודה של 2 רוקחים בו זמנית. בחדר ההכנות מותקן מזגן בסמוך למנדף, אשר עלול להפריע לזרימת האוויר ולעבודת המנדף. בנוסף, בחדר ההכנות יש רעש מאוד חזק שיתכן כי הוא נובע ממערכות האוורור והמיזוג. הרעש מהווה מטרד סביבתי המקשה על הרוקחים להתרכז בעת רקיחת ההכנות.

#### פרק 6 – ניסויים קליניים

מעורבות הרוקחות בניסויים קליניים, תקינה.

#### פרק 7 – ניפוק תרופות לקהל בדלפק

ניפוק תרופות לקהל בדלפק- תקין

#### פרק 8 – בקרת ניהול התרופות במחלקת אשפוז

בקרת ניהול התרופות במחלקת אשפוז נבדקה במדגם, ונמצאה תקינה .

#### פרק 9 – בקרת ניהול התרופות הנרקוטיות בחדר ניתוח

בקרת ניהול התרופות הנרקוטיות בחדר ניתוח - תקינה.

### סיכום

הוצג מערך רוקחי העובד ברמה גבוהה ומקצועית. הליקוי העיקרי נמצא ביחידה להכנות ציטוטוקסיות שאינה מותאמת מבחינת תשתיות לדרישות נוהל מס' 135 של אגף הרוקחות וחוזר מינהל הרפואה מס' 5/2017 "טיפול בתכשירים ציטוטוקסיים, עדכון הנחיות". על כן, יש לפעול לקידום בניית יחידה חדשה התואמת את כל הדרישות.

**היגדים להתייחסות שסומנו כבלתי תקינים, הדורשים התייחסות ע"פ לו"ז מופיעים בטבלה בסוף המסמך.**

## מניעת אלימות

### ממצאים לשימור

פעילות ורצינות העשייה בתחום על ידי נהנהלה וועדת האלימות. צוות התערבות ראשוני.

### תקציר הממצאים העיקריים

#### פרק 1 - הדרכת צוותי רפואה למניעת אלימות ולקידום תקשורת שירותית

קיימת וועדת אלימות מוסדית פעילה מתכנסת באופן שוטף ובהתאם לצורך עיתי, מנב"ט מעדכן על אירועי אלימות, יש תחקור אירועים ושיחה עם עובדים שחוו אלימות

#### פרק 2- התמודדות עם אלימות - היבטי בטחון ואבטחה

הנושא מטופל כראוי, מעקב אירועים מבוצע על ידי מנב"ט לרבות תגובה ראשונית לכל אירוע, התערבות משטרה במידת הצורך, מעקב אחר תלונות.

קיים צוות התערבות ראשוני ( מנב"ט ועו"ס ) שיחה מיידית עם נפגע אלימות, בנוסף לתחקיר מנב"ט.

לבצע הדרכות לצוותים בהתאם לתוכנית העבודה

### סיכום

קיימת התייחסות רצינית לנושא ברמת הנהלת בי"ח, וועדת אלימות פעילה, קיימת תוכנית הדרכה,

בשנת 2017 בוצעו הדרכות לכ - 100 עובדים מכלל הסקטורים לרבות מאבטחים. בשנת 2018, עד כה טרם בוצעו הדרכות, יש תוכנית לביצוע ברבעון האחרון. לומדה - להתקין ולבצע לכלל העובדים לרבות לחדשים.

**היגדים להתייחסות שסומנו כבלתי תקינים, הדורשים התייחסות ע"פ לו"ז מופיעים בטבלה בסוף המסמך.**



## רשומות ומידע רפואי

### ממצאים לשימור

קליטת תיקי המטופלים במחלקת רשומות,

### תקציר הממצאים העיקריים

#### מידע כללי

רשומה רפואית הינה כל תיעוד של מפגש רפואי בין מטפל ומטופל ובין מטפלים. תיעוד רפואי של מטפלים-יוצר היסטוריה; בקרת רשומות רפואיות-מונעת היסטוריה. המחלקה לרישום ומידע רפואי מהווה מרכז בקרה כמותי ואיכותי, מוקד הכשרה ומקור נתונים ומידע מרכזי, למטפלי ומטופלי המרכז הרפואי.

#### פרק 1 - מצבת כוח אדם לניהול מחלקה לרישום ומידע רפואי

מצבת כוח האדם והכשרתו הינם בהתאם להנחיות המשרד.

#### פרק 2 - קליטת תיקי חולים ששוחררו

קליטת תיקי המטופלים במחלקת רשומות, מתבצעת כנדרש.

#### פרק 3 - טיפול בתיקי נפטרים / פטריות באירועים חריגים

הטיפול בתיקי נפטרים ואירועים מיוחדים מתנהל על ידי ובאחריות המחלקה לבטיחות המטופל. כנדרש.

#### פרק 4 - ניהול הרשומה הרפואית; תכולה, תוכן, מסמכים נבחרים

הרשומה הרפואית הינה חלק מן הטיפול הרפואי. במספר תיקים חסרו חתימת רופאים על גבי סיכומי המחלה/השחרור ודוחות הניתוח.

#### פרק 5 - סימול מידע רפואי

בקרת סימול רפואי מאפשרת, בין היתר, שימוש בנתונים למחקר וקביעת מדיניות. הסימול הרפואי מתאים חלקית בלבד להנחיות המשרד.

#### פרק 6 - שמירה ואחזקה של הרשומות הרפואיות - ניהול הארכיון הרפואי

שמירת ואחזקת רשומות המטופלים מתבצעות בהתאם להנחיות המשרד.

#### פרק 7 - סביבת העבודה - תנאים פיזיים

סביבת העבודה הינה כנדרש.

#### פרק 8 - דיווח סימול מידע רפואי למשרד הבריאות

הדיווח למשרד הבריאות הינו בהתאם לנהלים.

### סיכום

המחלקה לרישום ומידע רפואי מנוהלת במקצועיות. ההנהלה מכירה ומעריכה את עבודת המחלקה. לאור מצב נתון של רשומות רפואיות ממוחשבות וידיניות, גם במחלקות ממוחשבות DWS נוצר מצב המחייב חתימות רופאים על גבי סיכומי שחרור ודוחות ניתוח- לצורך כך נדרש מהלך לחתימה דיגיטלית מאובטחת בשיתוף הלשכה המשפטית וגנרז המדינה. ברשומות רפואיות ידיניות, לא נמצאו מדבקות עם פרטי המטופל על גבי כל עמוד. תפקיד הרשם הרפואי כולל בקרה והדרכה (ימי אוריאנטציה לעובדים ולמתמחים חדשים) ובצמתי עבודה מרכזיים, למשל, חדר ניתוח, פתולוגיה, מלר"ד ומחלקות אשפוז. מומלץ בחום להכשיר רשומות רפואיות גם באתרי עבודה אלו.

**היגדים להתייחסות שסומנו כבלתי תקינים, הדורשים התייחסות ע"פ לו"ז מופיעים בטבלה בסוף המסמך.**



## תזונה ומזון- מחלקה לתזונה

### ממצאים לשימור

עבודת תצוות הדיאטניות במחלקות, והתיעוד ברשומות הרפואיות.

### תקציר הממצאים העיקריים

#### פרק 1 - סל מזון

מתבצעת עבודה מקצועית של דיאטנית מפקחת תזונה ומזון בהתאמה לדרישות סל המזון, ניכר שיפור משמעותי לעומת הבקורות הקודמות.

#### פרק 2 – מזון ייעודי

הטיפול במזון ייעודי, תקין

#### פרק 3 – שירותי תזונה ייעודיים – עבודת המחלקה לתזונה

מתבצעת עבודה ניהולית מקצועית וטובה מאוד של מנהלת המחלקה לתזונה. והתיעוד ברשומות מקצועי ומלא.

#### פרק 4 – תיעוד ברשומה הרפואית

התיעוד ברשומה הרפואית תקין.  
יש לפעול שגם הפגיה תהיה ממוחשבת.

#### פרק 5 – תפריט שבועי במחלקות

תפריט שבועי תלוי ומונגש למאושפזים במחלקות.

#### פרק 6 – הוראות טיפול להזנה אנטרלית או הזנה תוך ורידית

ההוראה של הדיאטנית למזון ייעודי נכתבת כהוראה קלינית כוללת את: סוג המזון הייעודי, מינון, ותדירות. תקין

### סיכום

קיימת עבודה ניהולית מקצועית וטובה מאוד של מנהלת המחלקה לתזונה שמנהלת גם את מערך מזון.

וקיים שיפור משמעותי לעומת הבקורות הקודמות.

היגדים להתייחסות שסומנו כבלתי תקינים, הדורשים התייחסות ע"פ לו"ז מופיעים בטבלה בסוף המסמך.

## תזונה ומזון - הנהלה

### ממצאים לשימור

פיקוח תזונה ומזון ע"י דיאטנית.  
סקר שביעות רצון מהמזון.

### תקציר הממצאים העיקריים

#### פרק 1 - תקינה

תקינת הדיאטניות היא בהתאם לנוהל המעודכן ביותר בנושא, בשאיפה לתקן 1 דיאטנית לכל 50 מיטות אשפוז במטרה לתת טיפול תזונתי לכל המאושפזים המאותרים במצב סיכון תזונתי

#### פרק 2 – מיחשוב

יש אישור הזמנה לתוכנת צמרת. עדין בפגייה נמצא רישום ידני בתיקים על ידי הדיאטנית

#### פרק 3 – סל מזון

קיים פיקוח על שרשרת המזון. הגשת כל סוגי הדיאטות (הרגילה, והמיוחדות) היא בתדירות ובכמות הנדרשת ועל פי קובץ מתכונים סטנדרטי ובהתאם להנחיות התזונתיות בחוזר סל מזון. נצפה מחסור בכלי הגשה קשיחים ואסטטיים במנות המיוחדות. נמצא שניתנת למטופלים מנת פרי אחת ולא שתיים, בהתאם לחוזר סל מזון של מינהל רפואה.

#### פרק 4 – מזון ייעודי

ניהולו המקצועי של מטבח תמ"ל ומזון ייעודי הוא ע"י הנהלת היחידה לתזונה בשיתוף הנהלת הסיעוד, כנדרש. הכנות של מזון ייעודי מתבצע בפניה נפרדת מאולתרת ולא בחדר ייעודי כנדרש בהתאם לחוזר מינהל רפואה מס' 18/2014.

#### פרק 5 – מטופלים בסיכון תזונתי

המצאות ותקינות המשאבות להזנה אנטרלית בהתאם לנדרש. נצפו משקלי כסא, אין בבית החולים משקל מיטה לחולים הזקוקים לכך.

#### פרק 6 – ממכר מזון בריא

תהליכים של סביבה בריאה בבית החולים הבאה לידי ביטוי בין השאר באתרי מימכר מזון ושתייה, עדיין לא הושלמו.

### סיכום

קיים שיתוף פעולה יעיל מאד בין מנהלת המחלקה לתזונה, צוות הדיאטניות והנהלת בית החולים. ניכר שיפור רב לעומת הבקרה הקודמת.

היגדים להתייחסות שסומנו כבלתי תקינים, הדורשים התייחסות ע"פ לו"ז מופיעים בטבלה בסוף המסמך.

## פיזיותרפיה

### ממצאים לשימור

תכנית מובנית של פיתוח הצוות בהתאם לצרכי העתיד, יוזמות כמו הכנה לניתוח ואיתור חולים המתאימים לטיפול פיזיותרפיה ופעילות לקידום בריאות.

### תקציר הממצאים העיקריים

#### מידע כללי

התקינה במחלקות האשפוז נמוכה מן הממוצע הכללי בארץ (שעומדת על 1.5 ל-100 מיטות). לפי מצבת כוח האדם הפיזיותרפי מצבת התקינה הנוכחית בפוריה מאוד מקשה על הצוות לתת מענה הולם לכל המאושפזים המופנים לטיפול. לגבי התקינה בגריאטריה "התקינה לא עומדת בדרישת "חוזר שיקום גריאטרי", הדרישה היא 2.5 תקנים ל-36 מיטות.

#### פרק 1 - היקף ופריסת השירות

בכיר' חזה ולב מתקיימת הכנה לניתוח כך שהמנותחים יודעים לבצע תרגול נשימה ותרגולי רגליים לשיפור מחזור הדם ובכך למזער סיבוכים. שירות הכנה לניתוח קיימת גם לנשים לפני ניתוח קיסרי. בנוסף, יש שירות פיזיותרפיה במועדון יולדות בנושאים רלוונטים - שיקום רצפת האגן, ביצוע פעילות גופנית ועיסוי תינוקות. בשיקום גריאטרי עובדים 3 פיזיותרפיסטים ב-1.5 משרה.

#### פרק 2 - ארגון וניהול השירות

מצוקת כוח האדם מאלץ את מנהלת השירות לעבוד עם מאושפזים ומקשה על ביצוע תפקידי ניהול נדרשים.

#### פרק 3 - נהלים ויישום - איכות ובטיחות

עונה על הדרישות.

#### פרק 4 - פיתוח מקצועי

מתוכנן מחקר לשנה הבאה.

#### פרק 5 - רצף טיפולי

הרישום עונה על כל דרישות הנהלים למילוי שדות חובה, ביצוע הערכה תפקודית ושימוש בכלי הערכה מקצועיים סטנדרטים. נעשה איתור יזום של חולים בחלק ממחלקות האשפוז. הפיזיותרפיסטים שותפים מלאים בקביעת סטוס תפקודי. סיכום הטיפול והמלצות להמשך לא מופיעים באופן מובנה במכתב השחרור.

#### פרק 6 - רשומה רפואית ותיעד

ניהול הרשומה עונה על כל הדרישות.

#### פרק 7 - יעוץ, הדרכה ופעילות רב מקצועית

מתבצעות הדרכות ופעילות רב מקצועית, פיזיותרפיסטים מרצים במועדון יולדות ומדריכים הורים בפגיה. בנוסף קיימות הדרכה בנושא ארגונומיה לצוות בית החולים.

#### פרק 8 - סביבת עבודה וציוד

חדר המנהלת משמש לסטאג'רים ולכן, בעת המצאותם, למנהלת אין חדר לביצוע עבודות הניהול. מכון הפיזיותרפיה אינו עונה על הדרישה לתנאים סבירים לקיום פעילויות שיקומיות. יש לברך על הקצאת מרחב ייעודי לפיזיותרפיה במחלקה האורתופדית.

### סיכום



יש לברך על שיתוף הנהלת בית החולים לפיתוח וקידום השירות. על אף תנאים פיזיים קשים ולנוכח מצוקה המשכית בכוח האדם, מנהלת השירות מצליחה לנהל שירות מקצועי ולתת מענה מקצועי הולם למאושפזים. בנוסף, נעשות פעילויות בתחום קידום בריאות ויוזמות לטובת המאושפזים, כמו הכנה לניתוח לב וחזה והכנה לניתוח קיסרי. שירות הפיזיותרפיה משמש דוגמא בנושא הדרכת סטודנטים לפיזיותרפיה וניכרת כי הצוות מרגיש גאווה יחידה ושליחות, לטובת המאושפזים וקידום המקצוע.

**היגדים להתייחסות שסומנו כבלתי תקינים, הדורשים התייחסות ע"פ לו"ז מופיעים בטבלה בסוף המסמך.**

## עבודה סוציאלית

### תקציר הממצאים העיקריים

#### מידע כללי

בהינתן שהממוצע הארצי עומד על משרת עו"ס אחת ל 35 מיטות אשפוז, צוות המחלקה לעו"ס עובד בחסר ועומס עבודה רב.

#### פרק 1 - תשתיות ארגוניות - מבנה, כפיפות ופיתוח מקצועי

כפיפות המחלקה לעבודה סוציאלית הועברה לסגן המנהל הרפואי - תיקון ליקוי מבקרה קודמת. למרות החסר, השירות הסוציאלי משתדל לתת מענה לכל פניה.

#### פרק 4 - תשתיות ארגוניות - סביבת עבודה

לא בכל המחלקות קיים חדר יעודי לעו"ס. אך בעת הצורך ניתן לסדר חדר לשיחה עם מטופלים וצוות המחלקה משתף פעולה בהתאם. עמדות מחשוב לעוסיות שאין להם חדרים במחלקות, נמצאות בשירות הסוציאלי, הוספו 4 עמדות מחשב ותוקן ליקוי מבקרה קודמת.

#### פרק 10 - סטנדרטים הממוקדים בחולה ובמשפחתו - רצף טיפול

השירות הסוציאלי מקיים עבודה מקצועית ונותן מענה ברב המחלקות ועפ"י הנדרש למרות החסר בכח אדם ובמשאבים שעומדים לרשותו. הרישום הסוציאלי ממוחשב אך בתוכנת ה"נמר" אין אפשרות לרישום סוציאלי חסוי. ההמלצה הסוציאלית לא מופיעה במכתב השחרור ונדרש שיפור בתוכנה עצמה.

#### פרק 12 - סטנדרטים הממוקדים בחולה ובמשפחתו - רשומה ותיעוד

העו"ס מקפידות על רישום בתיק החולה, כל הדוחות נגישים לכל הצוות ואין מקום לרישום סוציאלי חסוי. מידע סוציאלי חסוי נרשם מחוץ לתוכנה ונשמר בקלסר ייעודי שמור בשירות הסוציאלי. במכתב השחרור ההמלצה הסוציאלית לא מופיעה במכתב השחרור.

#### סיכום

התרשמנו משירות סוציאלי מקצועי המקיים קשרי עבודה ראויים לציון בין העובדות ובין שותפי תפקיד בבית החולים ומחוצה לו. מנהלת השירות נכנסה לתפקידה ב-8/17, היחסים בין חברי הצוות מגובשים ומקיימים ישיבות צוות תכופות עם תכנים ותוכניות עבודה ופרוייקטים הן בבית החולים והן עם הקהילה. במחלקות האשפוז התרשמנו מיחס מכבד ומעריך לתפקיד העו"ס המהווה חלק אנטגרלי מהצוות. בית החולים במגמת עלייה במס. המטופלים, גיוון האוכלוסיה והתרחבות, אך התקינה של העו"ס עדיין עומדת על 7.25 משרות מאז הבקרה ב-2015, כאשר הממוצע הארצי עומד על משרת עו"ס אחת ל 35 מיטות אשפוז. אי לכך הצוות עובד בחסר בכ"א ובעומס עבודה רב ועל כן נדרש תגבור כ"א בהתאם. יש לפעול לשיפור את התוכנה הממוחשבת ולכניס את ההמלצה הסוציאלית במכתב השחרור. רק בחלק מהמחלקות הוקצה חדר ייעודי לעו"ס.

היגדים להתייחסות שסומנו כבלתי תקינים, הדורשים התייחסות ע"פ לו"ז מופיעים בטבלה בסוף המסמך.

## קלינאות תקשורת

### ממצאים לשימור

המוטיבציה הרבה והמחויבות של קלינאי התקשורת במילוי תפקידם העבודה המוסדרת מבחינת תהליכים שבנו קלינאי התקשורת בתחומי עיסוקם היוזמה של קלינאי התקשורת הוותיק לקדם את השירות ולפתח אותו

### תקציר הממצאים העיקריים

#### מידע כללי

אין קלינאי תקשורת מנהל שירות בבית החולים. בבית החולים עובדים שני קלינאי תקשורת בלבד. השירות שניתן באופן מוסדר הוא בתחום סינון השמיעה והפרעות שפה דיבור ובליעה נרכשות במסגרת מחלקת השיקום. שירות של יעוץ למחלקות הפנימיות ניתן באופן מצומצם על ידי קלינאי התקשורת במחלקת השיקום. קלינאי התקשורת האחראי לסינון שמיעה בילודים יוזם להשתלב ביעוץ בתחומי הבליעה והתקשורת בפגיה ואף לקדם שילוב של קלינאי תקשורת במרפאת פה ולסת.

#### פרק 1 - המשאב האנושי/פריסת השירות

פרישת השירות מצומצמת. לאחרונה דווח כי מונה מנהל מטעם ההנהלה לנהל את מקצועות הבריאות, אולם מאחר ואין מנהל שירות בתחום ההיררכיה והניהול של קלינאות התקשורת אינה ברורה.

#### פרק 2 - זמינות ונגישות השירות

קלינאית התקשורת במחלקת השיקום נמצאת רק כחצי שנה ועושה ככל יכולתה לתת שירות מקצועי וזמין אולם מטופלים הזקוקים לטיפולים מעבר לשלוש פעמים בשבוע אינם מקבלים את הטיפול. כמו כן, מאחר והיא נדרשת ליעוץ במחלקות הפנימיות לחולים הסובלים מהפרעות בבליעה, במיוחד, אין היא יכולה בהיקף משרה זה לתת את השירות בזמינות והנגישות הסבירים. מצב זה עלול לפגוע בסיכוייהם של מטופלים לשיקום וכמו כן עלול לגרום לסיכון של חולים במחלקות אשר זקוקים להערכה של תפקודי בליעה ולטיפול בהתאם. זאת ועוד, בשל המשאבים המוגבלים, אין אפשרות להעלות מודעות הצוותים בבית החולים לתרומה של קלינאי תקשורת לבריאותם של החולים בכלל המחלקות העלולים לסבול מקשיי אכילה ובליעה עד כדי סיכון חיים, ומקשיים בתקשורת אשר יכולים למנוע מהם סיכוי לשיקום בהמשך.

#### פרק 3 - סביבה טיפולית

במחלקת הילודים ישנו חדר יעודי מותאם ומבודד אקוסטי לבדיקת סיקור השמיעה של הילודים. התנאים הסביבתיים ראויים לציון. חדרה של קלינאית התקשורת במחלקת השיקום בגודל סביר אך הפתח של הדלת צר ומקשה על כניסה של כסא גלגלים. המיקום של החדר בקומה השנייה של המחלקה מהווה בעילה, שכן ישנם מטופלים שמסרבים לעלות לקומה השנייה.

#### פרק 4 - כלים וציוד

הציוד לצורך סיקור שמיעה במחלקות היולדות מתאים לצרכים ותקין. במחלקת השיקום חסר ציוד מקובל לטיפולים כמו: אייפדים, מערכת להכנת לוחות תקשורת ומדפסת להדפסת הלוחות. כל אלו הם בבחינת אמצעי טיפולי הנחוצים לקיום טיפול באיכות סבירה למטופלים הסובלים מקשיי שפה ודיבור.



## פרק 5 - רישום תיעוד ודיווח

ישנה מערכת ממוחשבת לעדכון סיכום ובקרה על מערך סיקור השמיעה. ישנה הקפדה כי התוצאות של הסיקור יופיעו במכתב השחרור של התינוקות. ישנה בעיה במערכת המחשוב בהעברת סיכומי היעוצים והדוחות של קלינאי התקשורת בשיקום ובגם במחלקות בית החולים האחרות, באופן סדיר למכתבי השחרור של החולים, דבר אשר פוגע ברצף הטיפול ועלול למנוע מהחולים לקבל את הטיפול המשכי הנחוץ לבריאותם ושיקומם בקהילה.

## פרק 6 - ניהול השירות

מאחר ואין קלינאי תקשורת מנהל שירות, אין תהליך מובנה וסדור של בניית תוכניות לקידום השירות, וזאת למרות שקלינאי התקשורת בתחומם עושים מאמצים לפיתוח התחום.

## פרק 7 - פיתוח מקצועי

מאחר ואין תפקיד של מנהל שירות - אין השתתפות קבועה של קלינאי התקשורת בישיבות הצוותיות של בית החולים. השירות המצומצם אינו מאפשר בשלב זה קבלת סטודנטים להדרכה ואף לא השתתפות קלינאי התקשורת במחקר.

## פרק 8 - עבודה לפי נהלים

השירות מנוהל באופן מוסדר ועל פי נהלי משרד הבריאות ונהלים פנימיים שייזמו קלינאי התקשורת.

## פרק 9 - רצף טיפול

קלינאית התקשורת אינה יכולה לבדה לעמוד בדרישה ליעוצים בכל מחלקות בית החולים, לפיכך, לא נעשות פעולות להרחבת השירות של היעוצים ובכלל זה הסדרתו בנהלים. המערכת הממוחשבת מקשה על קיום רשומה שתבטיח את רצף הטיפול ולכן, פעמים רבות מכתב השחרור אינו כולל את ההמלצות האחרונות הרלוונטיות של קלינאי התקשורת.

## סיכום

השירות בתחום קלינאות התקשורת מצומצם ביותר. בבית החולים עובדים שני קלינאי תקשורת בלבד (היקף כולל של של משרה וחצי). האחד: מרכז את סיקור השמיעה בילודים והשנייה: קלינאית תקשורת יחידה במחלקת השיקום. אין קלינאי תקשורת בעל תפקיד של מנהל שירות. קלינאי התקשורת מחוייבים לתחום ואף יש להם מוטיבציה לקדם את השירות ולהשתלב בתחומים שונים כמו: מרפאת בליעה, ייעוצים במחלקת הפגים, מרפאת פה ולסת. כמו כן, במהלך הבקרה נמסר לי כי ישנה הצעה להקמת מכון שמיעה ודיבור בבית החולים. הקמת מכון זה היא חשובה ביותר שכן תאפשר הנגשת שירות בתחומי השמיעה השפה הדיבור והקול לאוכלוסייה אותה משרת בית החולים באזור הצפון. חשוב לציין, כי קלינאית התקשורת היחידה במחלקת השיקום, בהיקף העסקתה (חצי משרה) אינה יכולה לתת את השירות הנדרש לכלל המטופלים במחלקת השיקום ואת הצורך לתת יעוצים לכלל מחלקות בית החולים לחולים הסובלים מהפרעות בליעה וקשיים בתקשורת. מחסור זה במשאבים פוגע הן בסיכויי החולים לשיקום והן מעמיד בסכנה חולים במחלקות העלולים לסבול מאספירציות עד כדי סיכון חיים, שכן נמנע מהם המענה המקצועי המתאים.

**היגדים להתייחסות שסומנו כבלתי תקינים, הדורשים התייחסות ע"פ לו"ז מופיעים בטבלה בסוף המסמך.**



## ריפוי בעיסוק

### ממצאים לשימור

ניכר כי בבית החולים משקיעים בפיתוח עבודת הצוות כערך. ממלץ להמשיך ולפתח את הערך המוסף של עבודת הצוות בתוך שרות ריפוי בעיסוק ובצוות הרב מקצועי.

### תקציר הממצאים העיקריים

#### מידע כללי

צוות שרות ריפוי בעיסוק התייצב ומורכב מתמהיל של מרפאות בעיסוק ותיקות במקצוע ובבית החולים לצד מרפאות בעיסוק חדשות. בצוות שתי מדריכות קליניות. שרות ריפוי בעיסוק ניתן כשרות קבוע בחלק מהמחלקות עם שאיפה להרחבת שרות קבוע במחלקות נוספות ובמרבית מחלקות בית החולים ניתן מענה על פי הצורך. יש לציין שלאחרונה התרחבו הקריאות לקבלת שרות ריפוי בעיסוק במחלקות בית החולים.

#### פרק 1 – המשאב האנושי/פריסת השירות

שרות ריפוי בעיסוק ניתן באופן קבוע בשיקום הגריאטרי, בפגיה, בטיפול מיוחד בילוד ובטיפול נמרץ ילדים, לב וכללי. בנוסף ניתן טיפול על פי קריאה במחלקות כגון אורטופדיה, קרדיולוגיה, פנימיות, ילדים וכירורגיה. מתקיים שרות קבוע במרפאת מעקב פגים.

#### פרק 2 – זמינות השרות

שרות ריפוי בעיסוק ניתן למטופלים לאחר פנייה מסודרת של מחלקת האשפוז, הטיפוליים נתנים בהתאם לקריטריונים שנקבעו מראש.

#### פרק 3 – תשתיות רב"ע בבית החולים

שיטחי הטיפול בריפוי בעיסוק מצומצמים ביותר, החדרים ממוקמים בשיקום הגריאטרי ואינם תואמים את דרישות נהלי בינוי. התיק הרפואי בנמר ממוחשב החלקו, מערכת ה"נמר" מגבילה מאד את השימוש בה ככלי לתקשורת צוותית. בצוות ריפוי בעיסוק מרפאות בעיסוק דוברות עברית וערבית. במידת הצורך נעזרים במערכת התרגום של משרד הבריאות לתרגום לרוסית. יש קושי בשימוש במערכת עם מטופלים דוברי אמהרית. לכל מטופל תיק ממוחשב ותיק דיני. חומרים נסרקים ומצורפים לתיק הממוחשב.

#### פרק 4 – סביבה טיפולית (ציוד, ארגון, תחזוקה)

קיימים כלי אבחון מותאמים לאוכלוסיה, ונהלים לשמירה על תקינות, בטיחות וחיטוי. חסרים אמצעי טיפול מתקדמים הדרושים למתן טיפול שיקומי ואחר, במיוחד אמצעים המשלבים טכנולוגיות מתקדמות.

#### פרק 5 – רשומה רפואית, רישום תיעוד ודיווח

ההערכות ודיווחי המעקב כתובים בשפה מקצועית במבנה אחיד וברור. מוגדרות מטרות טיפול מדידות ושימות ומתבצע מעקב על עמידה במטרות הטיפול.

#### פרק 6 – ניהול השירות

בצוות ריפוי בעיסוק מרפאים בעיסוק דוברי ערבית שמסייעים בהנגשה תרבותית למגזר הערבי. תוכנית העבודה השנתית מוצגת למנהל הרפואי, ומתקיימות ישיבות מעקב על התקדמות העמידה במטלות. 2 מרפאות בעיסוק מדריכות סטודנטים בהכשרה קלינית.



## פרק 7 – פיתוח מקצועי

קיימת תוכנית ישיבות צוות בריפוי בעיסוק אליהן מגיעות גם העובדות שיום הישיבה אינו יום עבודתן. מרפאים בעיסוק משתתפים באופן קבוע בישיבות בשיקום. צוות ריפוי בעיסוק יוצא להשתלמיות וימי עיון בעידוד הנהלת בית החולים. מנהלת השרות השתתפה בקורס ניהול.

## פרק 8 – עבודה לפי נהלים

הנהלים הפנימיים של שרות ריפוי בעיסוק נסמכים על נהלי השרות הארצי לריפוי בעיסוק של משרד הבריאות ומתענגים מעת לעת.

## סיכום

שרות ריפוי בעיסוק במוסד יציב, מקצועי ומחוייב לעשייה המקצועית. השטחים המוקצים לרפוי בעיסוק מצומצמים ומגבילים. חסרים אמצעי טיפול מקובלים חדשניים הכוללים טכנולוגיות מתקדמות. הרשומה הרפואית ממוחשבת באופן חלקי מומלץ לפתח אותה כך שהתיק הרפואי יהיה אחוד. מומלץ להמשיך ולפתח את שרות רפוי בעיסוק במחלקות נוספות בבית החולים. מומלץ לשלב את ריפוי בעיסוק בפעילויות לקידום בריאות בבית החולים.

**היגדים להתייחסות שסומנו כבלתי תקינים, הדורשים התייחסות ע"פ לו"ז מופיעים בטבלה בסוף המסמך.**

## פסיכולוגיה

### ממצאים לשימור

הפסיכולוג רפואי היחיד בביה"ח עושה את עבודתו באופן מקצועי ביותר ומקיים קשרי עבודה וייעוץ לצוות במכון האנקולוגי, כמו גם לצוותים נוספים בביה"ח המטפלים בחולים הראונקולוגיים (למשל באשפוז במחלקות פנימית, נשים, כירורגית). בנוסף מקדם ומפתח הפסיכולוג, ביחד עם אנשי רפואה אחרים מערך טיפול פליאטיבי, דבר חשוב, הכרחי ומבורך ביותר.

### תקציר הממצאים העיקריים

#### פרק 1 - היקפי השירות

בביה"ח אין כלל מערך פסיכולוגי. יש פסיכולוג רפואי אחד במכון האונקולוגי הפועל גם לקדם ביחד עם אנשי צוות נוספים מערך טיפול פליאטיבי. יש לדאוג לפתח שירות של ייעוץ וטיפול פסיכולוגי - רפוא/שיקומי/קליני, בהתאם למחלקות למכונים ולסוגי הייעוציים הנדרשים בשיתוף הפסיכולוג בביה"ח המכיר את הצרכים.

#### פרק 2 - תשתיות

לפסיכולוג במכון האונקולוגי חדר קבוע אותו הוא חולק, כאשר אינו נמצא, עם רופא/ים. בשל כך החדר מותאם לצרכים רפואיים והפסיכולוג התאים אותו לצרכיו בהתאם להבנתו ויכולותיו. ניתן לומר כי לפסיכולוג כיום יש מרחב עבודה מספק.

#### פרק 3 - משכי המתנה לטיפול

ההתייחסות הנה לפסיכולוג היחיד בביה"ח שעובד בהיקף של 50% משרה בלבד ונותן טיפול לכל באי המכון האונקולוגי, כולל בת אשפוז, במהלך בטיפולים ולאחריהם וכן בטיפול הפליאטיבי.

#### פרק 4 - מסגרות איבחון וסוגי טיפול

הפסיכולוג במכון האונקולוגי נותן טיפול בהתאם לצרכי המטופלים והכשרתו כפסיכולוג רפואי. הטיפול מתקיים על פי שיקול דעתו המקצועי והאפשרויות העומדות כיום לרשותו כפסיכולוג יחיד. כדי לפתח ולהרחיב את המענים יש להרחיב את הצוות הפסיכולוגי.

#### פרק 5 - איכות הרשומה

הרשומה תקינה. למעט: תוכנית טיפול שלא בהכרח נקבעת בקבלה. תיעוד הפניות המטופל לתחומי מקצוע נוספים, ותיעוד האבחנה.

#### פרק 6 - פיתוח מקצועי

הפסיכולוג היחיד בביה"ח פועל כחלק מהצוות הרפואי המקצועי של ביה"ח ומשתתף בישיבות של המחלקה בהתאם ליכולותיו, כמו כן יש לו נגישות לספרייה הקיימת בביה"ח. רצוי לאפשר לו נגישות למאגרי מידע פסיכולוגיים (אינטרנטיים). הגדלת מס' הפסיכולוגים בביה"ח תאפשר מענה מקצועי טוב יותר לחולים וגם פעילות לשם התמקצעות לפסיכולוגים

### סיכום

בביה"ח אין מערך פסיכולוגי, ישנו פסיכולוג רפואי אחד במערך האונקולוגי. מערך פסיכולוגי, של פסיכולוגים רפואיים, שיקומיים ופסיכולוגים יועצים קליניים חשוב והכרחי, ע"מ לאפשר לחולים מענה טיפולי כולל ומותאם לצרכים הנפשיים של החולים המאושפזים ובני משפחותיהם, לשפר התמודדותם למנוע הליכים ופרוצדורות מיותרות, לזרז החלמה, להוריד צריכת תרופות וימי אשפוז, לשפר היענות ושביעות רצון, (בהתאם לסטנדרטים המקצועיים המקובלים כיום). מערך כזה מהווה גם מענה תמיכה ומניעה/טיפול בשחיקה והמצבי דחק לצוות הרפואי הרב מקצועי, והפחתת חיכוך ומצבי אלימות. לפסיכולוג העובד כיום בביה"ח הידע המקצועי ע"מ לסייע בידי ביה"ח לפתח מערך פסיכולוגי מתאים אשר בבסיסו צריך לכלול (חוזר מנהל רפואה 8/2013) לפחות פסיכולוגים בנוסף למערך האונקולוגי, במערך הנשים, הילדים, הקרדיולוגי ומחלות כרוניות.

היגדים להתייחסות שסומנו כבלתי תקינים, הדורשים התייחסות ע"פ לו"ז מופיעים בטבלה בסוף המסמך.



## ניקוי וחיטוי מכשירים אנדוסקופים - מרפאה/מכון - אף/אוזן/גרון

### ממצאים לשימור

רוח הצוות ואופי הניקוי והתיעוד.

### תקציר הממצאים העיקריים

#### פרק 1 - ניקוי וחיטוי סקופים החודרים לחללי גוף שאינם סטרילים

הניקוי הראשוני של הסקופים מבוצע על פי הנהחיות למעט העובדה שמשתמשים במי ברז ולא במים מסוננים או מעוקרים בשטיפת הסקופים.

#### פרק 2 - שלב ב', הניקוי הידני

הניקוי השניוני לא מבוצע בחדר נפרד מחדר הפעולה. אין תיעוד על מספר החלפות אויר (קיים מזגן של המחלקה).

#### פרק 3 - חיטוי ברמה גבוהה במכונה ואחסון

הסקופים לא אחרי חיטוי לא מאוחסנים בארון ייעודי עם יבוש אקטיבי בחדר נפרד מחדר הטיפולים. בנגוד להנחיות.

#### פרק 4 - מיגון הצוות המטפל במכשור/בטיחות

מיגון הצוות המטפל במכשור/בטיחות, תקין

#### פרק 5 - אישורי אמ"ר

לא הוצגו אישורי אמ"ר לחומרי החיטוי ולמכונת השטיפה.

#### פרק 6 - שינוע

שינוע הסקופים מבוצע באופן בטיחותי

#### פרק 7 - תיעוד

קיים תאריך ניקוי וחיטוי אחרון על כל סקופ.

### סיכום

הטיפול בסקופים לאחר שימוש לא מיישם את ההנחיות למניעת זיהומים. בניקוי הראשוני נצפה שנעשה שימוש במי ברז ולא במים מסוננים או מעוקרים אין חדר ייעודי/נפרד עם אוורור תקין לטובת שטיפה וחיטוי המכשירים. אין ארון ייעודי לזאחסון הסקופים לאחר חיטוי. לא הוצגו אישורי האמ"ר לתקינות המיכשור וחומרי החיטוי. ממליץ שליחת כלל הסקופים לטיפול באס"מ ביה"ח.

היגדים להתייחסות שסומנו כבלתי תקינים, הדורשים התייחסות ע"פ לו"ז מופיעים בטבלה בסוף המסמך.



## ניקוי וחיטוי מכשירים אנדוסקופים - מרפאה/מכון - לב

### ממצאים לשימור

רוח הצוות, תיעוד המעקב וחיטוי המכשירים.

### תקציר הממצאים העיקריים

#### מידע כללי

אין במקום החלפות אויר כמתבקש, אין כיור לשטיפת ידיים לצוות המנקה. לא מצוי במקום נוהל ניקוי ולא חתימה. בעיה בתהליך הניקוי. אין שימוש בכלל אמצעי הבטיחות. לא הוצגו אישורי אמ"ר. אין תיעוד על ניקוי וחיטוי כלי העברת המכשירים מחוץ למכון.

#### פרק 1 - ניקוי וחיטוי סקופים החודרים לחללי גוף שאינם סטרילים

הניקוי הידני של הסקופים הטרנס אזופגיאליים TEE מבוצע כנדרש

#### פרק 2 - שלב ב', הניקוי הידני

הניקוי השניוני והחיטוי שח הסקופים לא מבוצע על פי ההנחיות לא בחדר נפרש מאתר הבדיקה ולא באתר שיש בו החלפות אויר כמתבקש, חסר באתר הניקוי כיור לשטיפת ידיים. לצוות המנקה.

#### פרק 3 - חיטוי ברמה גבוהה במכונה ואחסון

לא מצוי במקום נוהל ניקוי.

#### פרק 4 - מיגון הצוות המטפל במכשור/בטיחות

הוות המטפל בסקופים לאחר שימוש לא משתמש באמצעי המיגון הבטיחות.

#### פרק 5 - אישורי אמ"ר

לא הוצגו אישורי אמ"ר לחומרי החיטוי ולמכונת הניקוי.

#### פרק 6 - שינוע

אין תיעוד על ניקוי וחיטוי כלי העברת המכשירים מחוץ למכון.

#### פרק 7 - תיעוד

קיים תאריך ניקוי וחיטוי אחרון על כל סקופ, כנדרש.

### סיכום

הטיפול הסקופים לאחר שימוש לא מבוצע על פי ההנחיות, הוא לא מבוצע בחדר יעודי נפרד מאתר הבדיקה עם החלפות אויר כמתבקש, חסר באתר הניקוי כיור לשטיפת ידיים לצוות המנקה. לא מצוי במקום נוהל ניקוי ולא חתימה. לא נעשה שימוש באמצעי המיגון של הצוות המנקה לא הוצגו אישורי אמ"ר. אין תיעוד על ניקוי וחיטוי כלי העברת המכשירים מחוץ. הסקופים המחוטאים לא נשמרים בארון יבוש על פי ההנחיות.

היגדים להתייחסות שסומנו כבלתי תקינים, הדורשים התייחסות ע"פ לו"ז מופיעים בטבלה בסוף המסמך.



## ניקוי וחיטוי מכשירים אנדוסקופים - גסטר

### ממצאים לשימור

רוח הצוות ומעקב ותיעוד השימוש במכשירים במכון.

### תקציר הממצאים העיקריים

#### פרק 1 - ניקוי וחיטוי סקופים החודרים לחללי גוף שאינם סטרילים

ניקוי מיידית מתבצע במקום ייעודי לטיפול בציוד מלוכלך בסמוך לאתר הבדיקה, כנדרש. חוזר מינהל הרפואה 50/2013 אינו מיושם במלואו בפרט לגבי הנחיות הניקוי והעברת הסקופים מחדר הבדיקה לחדר השטיפה למניעת סכנה לפגיעה בצוות או מטופלים.

#### פרק 2 - שלב ב', הניקוי הידני

הערה חוזרת שלא ניתן מענה להחלפות אויר תקינות בחדר השטיפה לטובת בטיחות הצוות, חסר כיוור לשטיפת ידי הצוות בחדר השטיפה. מומלץ בנוסף לפס אדום על הרצפה לציין מעל הכיורים אזור נקי/מזוהם.

#### פרק 3 - חיטוי ברמה גבוהה במכונה ואחסון

לא הודגמו במקום שימוש במים ע"פ תקן נדרש, לא נמסר מידע על תיעוד החלפות הסננים במכונות השטיפה של המכון. לא הוצג נוהל לניקוי ארון אחסון הסקופים. הארון ביום הבדיקה נמצא מלוכלך עם כתמי מים חומים על ווי התלייה של הסקופים. נמסר במיידית לצוות ע"מ לטפל בכך.

#### פרק 4 - מיגון הצוות המטפל במכשור/בטיחות

ביום הבדיקה הודגמה שטיפת מכשיר כאשר האחות לא לבשה משקפי מגן ייעודיים, ולא השתמשה במסיכה כירורגית להשלמת ההתמגנות האישית. לא נוצגו הנחיות בטיחות במקרה של פגיעה בעובד. חסר סדר התמגנות על פלקט או דף על הקיר.

#### פרק 5 - אישורי אמ"ר

לא הוצגו אישורי אמ"ר ולפיכך לא נערך מבדק אחר תוקפם. לא נמצא ברשות האחות אחות אחראית עותק מעודכן של אישורי אמ"ר לחומרי החיטוי ולמכונות הניקוי.

#### פרק 6 - שינוע

שינוע האנדוסקופים בין אתרים בבית החולים מתבצע במארז המבטיח שמירה על רמת החיטוי, כנדרש. המארז הייעודי לשינוע אנדוסקופים מלוכלכים עובר ניקוי וחיטוי לאחר כל שינוע. עגלת השינוע אינה משולטת בנקי/מזוהם בזמן שינוע סקופים מחוץ למכון.

#### פרק 7 - תיעוד

קיים תאריך ניקוי וחיטוי אחרון על כל סקופ, כנדרש.

### סיכום

ככלל המכון פועל על פי ההנחיות למעט מספר תהליכים בשלבי הניקוי והחיטוי שיש לעדכןם ע"פ הנהלים בחוזר 50/2013, קרי העדר כמוד החלפות האויר הנדרשת בחדר החיטוי ומתמגנות הצוות בזמן ניקיון המכשור. רמת אחסון הסקופים בארון היבוש אינה נאותה. לא הודגמו שקיות כתומות (ביוהזרד) בפחים, לא ברור שאכן תכולה כזו מטופלת ונשלחת לאשפה בצורה לא ראויה ומסומנת. ממליץ לבחון אפשרות שאחראית אס"מ תנהל את נושא ניקוי וחיטוי הסקופים הליך שידרש להגדלת מספר המכשירים שיאפשר טיפול ועמידה בזמן בין המטופלים.

היגדים להתייחסות שסומנו כבלתי תקינים, הדורשים התייחסות ע"פ לו"ז מופיעים בטבלה בסוף המסמך.



## דיאליזה

### ממצאים לשימור

הרפואה ד"ר אנה רוט, רופאה כללית נמצאת ימי א'-ו' דואגת לכל המטופלים, עוקבת אחר בריאותם ותלונותיהם ומטפלת בצורה טובה מאוד, המטופלים מקבלים טיפול טוב ומרוצים מהטיפול.

### תקציר הממצאים העיקריים

#### מידע כללי

במכון הדיאליזה נמצאו 15 עמדות מתוכן 3 עמדות לבידוד, בשלב זה מטופל אחד בבידוד, נמצאו 15 אחיות, 13 בוגרות קורס על בסיסי בנפרולוגיה, אחות עם היתר לעבוד בנפרולוגיה לומדת בקורס נפרולוגיה, ואחות מעשית בתפקיד כח עזר. נמצאו 25 מטופלים בדיאליזה ציפקית. ו-67 מטופלים בהמודיאליה. מרפאת הדיאליזה פועלת ב-3 משמרות דיאליזה, ו-2 משמרות של הצוות, 6 ימים בשבוע. מידי יום מתבצעות כ-2 דיאליזות דחופות, כ-50 דיאליזות דחופות בחודש.

#### פרק 1 - כוח אדם

בבדיקה לא היה תקן לאחות לדיאליזה צפקית, מומלץ להעביר את האחות המעשית למחלקה אחרת ואת התקן לתת לאחות עם קורס בנפרולוגיה, לניהול דיאליזה פריטונאלית.

#### פרק 2 - פיתוח מקצועי

נמצאו סיכומי ישיבות צוות, הצוות לא יוצא מספיק להשתלמויות, בגלל הריחוק מהמרכז, יש לעודד אותו. קיימת תוכניות מובנית לקבלת עובד חדש כנדרש.

#### פרק 3-נהלים

נמצאו נהלים של משרד הבריאות ונהלים פנימיים כנדרש.

#### פרק 4 - אירועים חריגים

נמצא דיווח על אירועים חריגים, ביצוע תחקיר, דיווח בישיבות צוות על הפקת לקחים.

#### פרק 5- רשומות

מן הרשומה הרפואית עולה שאין מעורבות של הרופא הנפרולוג ברוב המקרים בטיפול בחולה, נמצאה רק חתימה על ההתערבות של הרופא בדיאליזה. חסר רישום הנפרולוג נותן ההוראה, או שאיתו הייתה ההתייעצות, כולל תאריך ושעה, וכן על ההוראות להיות מדויקות מתי ואיך לתת. יש לציין לטובה את אחוז הגבוהה של מטופלי הדיאליזה ציפקית ביחס למטופלי ההמו דיאליזה, מומלץ לאשר אחות אחראית לנושא בתקן מלא.

#### פרק 6 - חיסונים

למניעת טלטול מטופלים יש לנסות להעביר מידי שנה את הסכמת המטופלים לחיסון לקופות החולים השונות, לקבל מידי הקופות את החיסונים ולחסן בדיאליזה.

#### פרק 7 - ניהול הטיפול התרופתי

יש לדאוג לקבלת כל התרופות הניתנות בדיאליזה במרוכז, מכל קופות החולים.

#### פרק 8 - החיאה

נמצא ציוד החיאה, בקרת עגלת החיאה ncumg, כנדרש. כל הצוות בעל אישורים תקפים על ביצוע קורסי החיאה.

#### פרק 9 - בדיקות המים

נמצא תיעוד על תוצאות מים תקינות כנדרש.



### פרק 10 – תשתיות אולמות דיאליזה

נמצא שמיזוג האוויר בחדר בו מאוחסן ציוד רפואי הולל ציוד שעבר סטריליזציה באינו עובר מעקב רציף אחר טמפרטורה ולחות לחדר. הברזים באולמות הדיאליזה נפתחים ע"י מגע יד. יש לשאוף להחליפם לברזים שנפתחים ללא מגע יד (מרפק או אוטומטיים).

### פרק 11 – אישורים

נמצאו אישורים לרוב התשתיות, אין אישור כיבוי אש למבנה הדיאליזה וכן חסר אישור עלתקינות מיזוג האוויר. המקום לא ממוגן.

### פרק 12 – חדר המים

נצפה חדר המים הראשי הכולל התוכו רכיבים שלא שייכים לחדר המים ומושבתים, יש להוציאם. מיזוג האוויר בחדר המים הראשי ושל טיפול נמרץ, חסר מעקב טמפרטורה של עד 25 מעלות. בחדר המים של טיפול נמרץ חסר מז"ח. חסרות גם מאצרות למיכלי המלח. לא הוצג שרטוט של המערכת בחדר המים, חסר סימון הצנרת וכיוון המים. בחדר המים נצפה אבק ולכלוך על כל הרכיבים.

### פרק 13 – מדדי איכות

נמצאו 30/67 מטופלים עם קטטר חיצוני, מתוכם כ-12 מטופלים שמתאימים לניתוח לדרכי גישה פיסטולה/גרפט, ללא תור לניתוח. יש להפנותם גם מחוץ לבית החולים לניתוחי פיסטולה. במרכז פוריה נמצא רופא כלי דם יחסית חדש, שמנתח חולים המיועדים לדיאליזה, זמן ההמתנה ארוך יחסית.

### סיכום

בתהליך בנייה, מכון דיאליזה חדש ממוגן עם 24 עמדות מתוכם 2 עמדות בבידוד. בחדר המים המיועד נמצאים בתקרה צינורות, בניגוד לנוהל המחייב שחדר המים של הדיאליזה יכיל רק רכיבים השייכים לדיאליזה. לפני הפעלת המכון החדש יש לזמן וועדת טרום רישוי, הכוללת את ועדת פרויקטים מהנדס ונציגת חטיבת הרפואה לבדיקה ואישור המקום. לא נמצאה בתיקים שנבדקו, התערבות או התייחסות לטיפול או חתימה של מנהל הנפרולוג פרופ' נחול, שלא היה נוכח בבקרה. דר' רוט מנהלת את הרשומה של המטופל, לא מתועד כי ישנה התייעצות עם רופא נפרולוג אלא חתימת הנפרולוג שנמצאת על ביצוע ההוראות. האחות מונה מנהלת את הצוות הסייעודי במקצועיות רבה, עומדת לפרוש בקרוב, יש לדאוג למחליף/פה עם ותק של לפחות 3-5 שנים בדיאליזה, ולאיש את המחלקה הנפרולוגית ברופא המתמחה בניהול מחלקת הדיאליזה על כל מכלול מורכבותה.

**היגדים להתייחסות שסומנו כבלתי תקינים, הדורשים התייחסות ע"פ לו"ז מופיעים בטבלה בסוף המסמך.**





## בריאות השן - מחלקת אשפוז

### ממצאים לשימור

איכות התיעוד

### תקציר הממצאים העיקריים

#### פרק 1 - כיסוי תורנים/כוננים

כיסוי כוננים ותורנים, כנדרש.

#### פרק 2 - רשומה רפואית – איכות תיעוד הקבלה (אנמנזה)

רשומות הקבלה תקינות. בבדיקה מדגמית של תיקים לא נמצאה התייחסות לתרופות הניטלות באופן קבוע. נמצאו חתימה וחתימת הרופא עם מספר רישיון, כנדרש.

#### פרק 3 - רשומה רפואית – איכות תיעוד רשומת מעקב יומית

הרשומות שנבדקו כללו תיעוד על שינויים במצב החולה ותגובה לטיפול אך היו חסרות תכנית להמשך טיפול. מתועדים שם, חתימה וחתימת הרופא עם מספר רישיון.

#### פרק 4 - רשומה רפואית – כתיבת ההוראה לטיפול תרופתי

כתיבת ההוראה לטיפול תרופתי מבוצעת על פי הסטנדרטים המקובלים.

#### פרק 5 - רשומה רפואית – דוח ניתוח

רשומה ממוחשבת. קיימים רישומי אבחנה משוערת לפני הניתוח על פי קודי ICD9, כנדרש

#### פרק 6 - רשומה רפואית – איכות תיעוד רשומת שחרור

קיימות המלצות להמשך טיפול, מסירת תמידע לחולים המשתחררים על זכויותיהם על פי הסל לוקה בחסר

#### פרק 7 - ניהול סיכונים

כל אירוע נבדק ומטופל ע"י מנהל המחלקה

#### פרק 8 - תלונות בנושא טיפולי שיניים

אין רכו לנושא תלונות, מנהל המחלקה הוא שבודק את התלונות

#### פרק 9 - פיתוח הצוות והשתלמויות

קיים מערך מערך להשתלמויות ומעקב

### סיכום

מחלקת האשפוז מנוהלת באופן יעיל ומסודר

היגדים להתייחסות שסומנו כבלתי תקינים, הדורשים התייחסות ע"פ לו"ז מופיעים בטבלה בסוף המסמך.



## בריאות השן - מרפאות חוץ פה ולסתות

### ממצאים לשימור

כישורי ונסיון המומחים, שמירת רצף הטיפול.

### תקציר הממצאים העיקריים

#### מידע כללי

מופעלים שני חדרי טיפול מבוצעות פעולות תחת סדציה כולל טיפול שיניים לילדים. מועסקים 5 רופ"ש 50 מתמחים המקום לוקה בצפיפות.

#### פרק 1 – חדר ההמתנה

חדר ההמתנה הוא חדר המתנה משותף לכל מרפאות החוץ, תשתיותיו הולמות.

#### פרק 2 – איכות תיעוד הקבלה

הרשומה תקינה תיעודי אבחנה מלאים, חסרה התייחסות להרגלים ולתרופות הניטלות באופן קבוע.

#### פרק 3 – נהלי עבודה

מקפידים לקיים את הנחיות ההנהלים

#### פרק 4 – זמינות שירותים

זמינות כירורגית פה ולסת סבירה, זמינות פעולות ההרדמות כלליות וסדציה מעל משבועיים

#### פרק 5 – שמירת רצף הטיפול

קיים מערך מובנה להעברת מידע בין מרפאות חוץ לקהילה, כנדרש.

#### פרק 6 – חוק זכויות החולה

עיקרי חוק זכויות החולה מפורסמים על גבי כרזה

### סיכום

- המרפאה מתפקדת טוב מאוד למרות התנאים הפיזיים הקשים, הרי הרבה שנים דובר על מתן שטח יותר גדול למרפאה אבל דבר לא השתנה מאז הבקרה הקודמת, צפוף מדי והמעברים מלאים בסחורה ודברים שיכולים לעקב תנועה.  
- התמחויות, לצערנו גם כאן דובר רבות על פתיחת התמחויות שונות כגון רפואת שיניים לילדים, אבל עד עצם היום הזה לא נעשה דבר בנדון וחבל.  
- נרכש מכשיר CT אבל הזמינות של המכשיר חייבת להשתפר כי חלק מהחולים מופנים לבצע צילומים מחוץ לבית החולים דבר המהווה טרחה לאותם חולים.  
- מינואר 2019 אמורה להתחיל הרפורמה לטיפול שיניים לקשישים, מעריכים כי כ-20% מהם יופנו לבתי חולים. נדרשת הערכות והרחבת מערך רפואת הפה, ובכלל זה העסקת רופא מומחה לשיקום.

**היגדים להתייחסות שסומנו כבלתי תקינים, הדורשים התייחסות ע"פ לו"ז מופיעים בטבלה בסוף המסמך.**

## רישום סרטן

### ממצאים לשימור

דיווח של מכון פתולוגיה תקין ואמין, דוחות פתולוגיה מכילים את כל המידע הנדרש לרישום סרטן.

### תקציר הממצאים העיקריים

#### מידע כללי

נכון להיום דיווח נעשה באמצעות שליחת דואר רגיל, אין גישה לכספת וירטואלית.

#### פרק 1 – רישום סרטן - פתולוגיה

מועברים דוחות מהמכטן לפתולוגיה אל מרכז רישום הסרטן הארצי. לחלק מהדוחות לא צוין צד, אבחנות SNOMED מופיעות רק לסרטן שד

#### פרק 2 – חובת דיווח - פתולוגיה

נמצאה התאמה מעל 90% בין רשימת בית החולים ובין מאגר רישום סרטן. דיווח אמין ותקין. הדיווח עדיין מבוצע על גבי נייר לא אלקטרונית ע"י כספת וירטואלית כנדרש.

#### פרק 3 – רישום סרטן - המתולוגיה

הנחיות חוזר מנכ"ל מס' 17/12 לא ממולאות בשלמות. עדיין לא מועברים דוחות על ממאירות מתחום ההמתולוגיה

#### פרק 4 – חובת דיווח - המתולוגיה

ישנה התאמה מלאה בין נתונים שהתקבלו מבית חולים ומאגר מידע רישום סרטן

### סיכום

דיווח ממכון פתולוגיה מתבצע בצורה לא ממוחשבת: מנהל מכון פתולוגיה מסמן את הדוחות הרלוונטיות בצורה ידנית ומעביר לשליחה למזכירה. אין אפשרות לשלוח נתונים על פי קודים מכיוון שרק לאבחנות סרטן שד קיימים קודי SNOMED. אין אפשרות לסמן בתוך מערכת הממוחשבת את הדוחות פתולוגיה עם אבחנות סרטן. מומלץ מאוד להעביר דיווח לצורה אלקטרונית ולהימנע מעבודה ידנית ושימוש בנייר.

היגדים להתייחסות שסומנו כבלתי תקינים, הדורשים התייחסות ע"פ לו"ז מופיעים בטבלה בסוף המסמך.



## תנאי סטאז ברפואה

### ממצאים לשימור

עם כל הקושי למרות המרחק - מי שכבר הוגרל והגיע לבי"ח לומד להבין שהיחס בבית החולים הוא אישי, ישנה אזון קשבת לכל המצוקות

### תקציר הממצאים העיקריים

#### פרק 1 - עבודת סטורים

ישנה בעיה עם מרחק - מגיעים מאיזור המרכז השעות יציאה מהבית והשעות חזרה ממש קשות. נמסרה תלונה כי במהלך התורנות אין ארוחה והדבר מקשה מאד על הפעילות.

#### פרק 2 - שביעות רצון מתכנית הסטאז

הבעיה הקשה ביותר שעולה מהבקרה היא המרחק מהמרכז לאלה אשר נשארו לגור במרכז - שעות קשות לנסיעות הן בבוקר והן בערב.  
אלה אשר שוכרים דירה באיזור מאד מתקשים לעמוד בתשלומי שכר-הדירה כדאי לחשוב על עזרה למצוקה הנ"ל.  
חייב לדאוג לארוחה בשעות התורנויות דבר אשר מאד מאד מקשה על העבודה.

### סיכום

הסטאג'רים ביטאו קושי בהגעה לבית החולים קרי, המרחק מהמרכז. לאלה אשר נשארו לגור במרכז - שעות קשות לנסיעות הן בבוקר והן בערב.  
אלה אשר שוכרים דירה באיזור מאד מתקשים לעמוד בתשלומי שכר-הדירה כדאי לחשוב על עזרה למצוקה הנ"ל.  
חייב לדאוג לארוחה בשעות התורנויות דבר אשר מאד מאד מקשה על העבודה.

**היגדים להתייחסות שסומנו כבלתי תקינים, הדורשים התייחסות ע"פ לו"ז מופיעים בטבלה בסוף המסמך.**



## מערך המכשור הרפואי

### ממצאים לשימור

המחלקה מנוהלת בצורה מאורגנת ומסודרת, קיים תיעוד חלקי ונהלים כלליים לניהול המחלקה. הציוד במחלקות נמצא חדש.

### תקציר הממצאים העיקריים

#### פרק 1 – תחום הניהול

קיים רישום לוגיסטי ממוחשב ומעודכן של כלל המכשור הרפואי במחלקות בי"ח/ האחזקה בתחום המכשור הרפואי מתנהלת בעזרת שתי תוכנות במקביל: תפנית ו EXCELL, התנהלות זו מקשה על הצוות וגוזלת זמן ממרכזת השירות של המחלקה. מושקע מאמץ רב בתיעוד המצאי, הטיפוליים התקופתיים ואחזקת השבר.

#### פרק 5 – תחום האיכות וזמינות השירות - מכשור רפואי - מח' פנימיות ויח' מונשמים

המכשירים במחלקה נבדקו מדגמית, ונמצאו חדשים ובמצב טוב. נמצא כי אין תמיד הקפדה על כך שהטיפוליים התקופתיים והשירות הטכני עבור המכשירים יתבצעו על ידי ספקים/עובדי מחלקה שעברו הסמכה מתאימה על ידי היצרן.

#### פרק 6 – תחום האיכות וזמינות השירות - מכשור רפואי - חדר מיון ויח' הטראומה

המכשירים במחלקה נבדקו מדגמית, ונמצאו חדשים ובמצב טוב. נמצא כי אין תמיד הקפדה על כך שהטיפוליים התקופתיים והשירות הטכני עבור המכשירים יתבצעו על ידי ספקים/עובדי מחלקה שעברו הסמכה מתאימה על ידי היצרן.

#### פרק 10 – איכות ושירות מכשור רפואי - מערך הדימות ורפואה גרעינית

המכשירים במחלקה נבדקו מדגמית ונמצאו חדשים ובמצב טוב. נמצא שאין תמיד הקפדה על כך שהשירות הטכני יינתן על ידי גורם מקצועי שהוסמך לכך.

#### פרק 11 – איכות ושירות מכשור רפואי - מערך הפריה חוץ גופית

הציוד במחלקה נבדק מדגמית, המכשירים במחלקה נמצאו חדשים ובמצב טוב.

#### פרק 12 - זיהוי גורמים חיצוניים המתחברים מרחוק בתאום עם יחידת המחשב וספריות ברשת

התפקוד נמצא משביע רצון

### סיכום

מערך האחזקה מנוהל על ידי 2 תוכנות נפרדות, דבר המקשה מאוד על ביצוע תיעוד האחזקה, המחלקה זקוקה בדחיפות לתכנת אחזקה ככלי עבודה בסיסי לתיעוד וביצוע השירות. בית החולים משלב את מערך השירות באמצעות הצוות הטכני המקומי וספקים חיצוניים (נציגי היצרנים). לא תמיד נמצא תיעוד של הבדיקות התקופתיות המתבצעות על ידי נציגי היצרנים והספקים המקומיים וכן לא תמיד נמצאו הסמכות מתאימות לכל מספקי השירות. הוראות הבדיקה של המכשור אינן תואמות להוראות הבדיקה של היצרן. נמצא חוסר בציוד הסימולציה והבדיקה עבור אינקובטורים, מוניטורים עובריים, ומשאבות אינפוזיה.

**היגדים להתייחסות שסומנו כבלתי תקינים, הדורשים התייחסות ע"פ לו"ז מופיעים בטבלה בסוף המסמך.**



**רישוי**

**סיכום**

פריסת המיטות ואחוזי תפוסת המיטות בבית החולים תואמים לפרטי הרישוי.


**הנחיות לשיפור בתחומי הבקרה לפי לוחות זמנים**

לטיפול תוך שנה מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 6 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 3 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך שבועיים מיום פרסום דוח זה	לטיפול מידי	הנחיות לשיפור	ההיגד בכלי הבקרה
<b>1. מינהל בית החולים</b>						
<b>פרק 4 - בטיחות</b>						
✓					4.1. יש להסדיר אישור עמידה בדרישות הכבאות גם עבור הבנינים הישנים ברחבי בית החולים	4.1. קיים אישור על עמידה בדרישות שרותי הכבאות האזוריים
<b>פרק 5 - היחידה לבטיחות הטיפול</b>						
		✓			5.2. חסר ברופא בכיר ביחידה לבטיחות המטופל	5.2. צוות היחידה כולל רופא בכיר אחד בבית חולים עד 400 מיטות. שני רופאים בבית חולים מעל 400 מיטות, שלושה בבית חולים מעל 800 מיטות
<b>פרק 6 - חיסון עובדי בריאות חדשים ועובדים ותיקים החשופים לדם</b>						
✓					6.2. יש לשאוף ל 100 אחוז חיסונים גם לעובדים הותיקים	6.2. חיסון עובדי בריאות ותיקים לפוליו / טטנוס / MMR / אבעבועות רוח / טוברקולין / HBV / דפתריה / שפעת עונתית (תחילת עבודה בחד' ספט'-ינו')
<b>2. מינהל רפואה</b>						
<b>פרק 1 - רשומה רפואית – איכות תיעוד הקבלה</b>						



לטיפול תוך שנה מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 6 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 3 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך שבועיים מיום פרסום דוח זה	לטיפול מידי	הנחיות לשיפור	ההיגד בכלי הבקרה
				✓	1.8. ברוב הגליונות נמצא תיעוד של בדיקה גופנית רלוונטית. יחד עם זאת, נמצאה רשומה של קבלה רפואית ללא בדיקה גופנית רלוונטית לסיבת האשפוז (כאבי פרקים). יש להקפיד לבצע בדיקה גופנית רלוונטית מתאימה לתלונות המטופל ולתעד אותה	1.8. קיימים ממצאי בדיקה גופנית
<b>פרק 4 - איכות כתיבת הוראה לטיפול תרופתי</b>						
				✓	4.7. יש להקפיד לציין דרך מתן התרופה המתאימה למצב של מטופל	4.7. בהוראות לטיפול תרופתי מופיעה דרך המתן
<b>פרק 7 - רשומת חולה במיון</b>						
				✓	7.17. יש להקפיד לוודא שהמטופלים מעודכנים ויודעים מיהו הרופא האחראי לריכוז הטיפול בהם במלר"ד.	7.17. הוסבר למטופל מי הרופא האחראי על הטיפול בו
<b>פרק 8 - איכות מכתב שחרור חולה ממיון</b>						
				✓	8.7. במכתב שחרור חולה ממיון נמצא תיאור כללי של טיפול אותו מטופל קיבל במיון. יש להקפיד לפרט רשימת תרופות שנתנו במהלך השהות במיון.	8.7. מצויינת רשימת תרופות שניתנו במהלך השהות במיון
<b>פרק 9 - חולים מעוכבים במיון</b>						





ההיגד בכלי הבקרה	הנחיות לשיפור	לטיפול מידי	לטיפול תוך שבועיים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 3 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 6 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך שנה מיום פרסום דוח זה
9.4. נמצא נוהל פנימי כתוב הקובע כללים למימוש אחריות הצוות הרפואי במחלקה המאשפזת על חולה המיועד אליה ומושהה במיון	9.4. לא נמצא. יש לבנות נוהל פנימי הקובע כללים למימוש אחריות הצוות הרפואי במחלקה המאשפזת על חולה המיועד אליה ומושהה במיון	✓				
<b>3. סיעוד ובטיחות המטופל ביחידת האשפוז</b>						
<b>פרק 6 - רשומות קבלה</b>						
6.12. קיים רישום אומדן כאב לרבות חתימת וחותמת אחות (אומדן כאב, חוזר מינהל הסיעוד מס' 7 משנת 2000, חתימת אחות וחתימת מיילדת חוזר מינהל הסיעוד (12/2003)	6.12. יש להתייחס לטיפול הניתן למטופל עם VAS מעל 3 ולחזור על אומדן הכאב תוך שעה ע"פ הסטנדרט	✓				
<b>4. הרדמה</b>						
<b>פרק 1 - חדרי ניתוח</b>						
1.1. שעות פעילות שבועיות של המרפאה הטרומ ניתוחית	1.1. יש להוסיף שעות מרפאה טרום ניתוחית		✓			
1.2. קיימת מרפאת כאב	1.2. יש לפתוח שירות לכאב / או מרפאת כאב		✓			
1.4. קיים צוות ייעודי לטיפול בכאב לחולים מאושפזים	1.4. יש לייעד יותר צוות לטיפול בכאב אצל חולים מאושפזים		✓			
<b>פרק 3 - התאמת התנאים הפיזיים</b>						
3.1. שיעור החדרים בגודל 45 מ"ר לפחות	3.1. בניית חדר ניתוח חדשים (הפרויקט בעיצומו)		✓			



ההיגד בכלי הבקרה	הנחיות לשיפור	לטיפול מידי	לטיפול תוך שבועיים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 3 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 6 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך שנה מיום פרסום דוח זה
3.2. שיעור החדרים בהם דלתות הכניסה נפתחות אוטומטית	3.2. יש להתקין דלתות הנפתחות אוטומטית (יהיו כאלה בחרי ניתוח החדשים שבבנייה)			✓		
3.5. פתח ייעודי להוצאת ציוד מלוכלך	3.5. בניית אתר חדש (הפרויקט בעיצומו)			✓		
3.5. פתח ייעודי להוצאת ציוד מלוכלך	3.5. יש לייעד פתח להוצאת ציוד מלוכלך			✓		
3.10. קיימים חדרי עבודה למרדימים	3.10. יש להציע חדר עבודה למרדימים (פרויקט אתר חדרי ניתוח חדש בעיצומו)			✓		
<b>פרק 4 – ציוד חיוני במתחם חדרי הניתוח</b>						
4.7. כמות מערכות להזלפת עירוים בלחץ מסוג LEVEL 1 ללא מנג'טה מתאימה למספר עמדות הניתוח באופן פרופורציונאלי	4.7. יש להוסיף מכשירי Level 1				✓	
4.11. באתר המרכזי קיימות 2 עגלות עם ציוד לאינטובציה קשה (בכל אתר משני עגלה אחת)	4.11. יש להוסיף עגלת החייאה נוספת עם ציוד לאינטובציה קשה לאתר חדר ניתוח				✓	
4.16. שיעור מכשירי US ביחס לעמדות ההרדמה	4.16. יש להזמין מכשיר נוסף (הבנתי שהוזמן)				✓	
<b>פרק 14 – חדר התאוששות – תשתיות</b>						



לטיפול תוך שנה מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 6 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 3 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך שבועיים מיום פרסום דוח זה	לטיפול מידי	הנחיות לשיפור	ההיגד בכלי הבקרה
		✓			14.6. יש להקצות אתר בידוד להתאוששות חולים הדורשים זאת	14.6. קיימת עמדה לחולה בבידוד
<b>5. מערכות הנדסיות ותשתיות</b>						
<b>פרק 1 – דוח רשומות - חדרי ניתוח כללי</b>						
		✓			1.2. יש להציג דוח מהנדס גזים רפואיים, הראשי (לא הוצג בעת הבקרה)	1.2. דו"ח מהנדס גזים ו/או המהנדס הראשי, המפרט את כמות וסוגי שקעי הגזים הרפואיים, בכל חדר ניתוח (טבלה מס' 2).
		✓			1.3. יש להציג אישור בדיקה של חברה מאושרת ומוכרת עבור מערכת מיזוג האויר בחדרי ניתוח.	1.3. קיים אישור בדיקה תיקנית שנעשתה ע"י חברה מאושרת ומוכרת, עבור כל חדר ניתוח : א. ערכי על לחץ. ב. (H2O mm) מספר יציאות אויר בחדר. ג. מספר פתחי אויר חוזר (יוצג בטבלה מס' 3).
	✓				1.6. יש לתקן ליקויים עפ"י דוח	1.6. קיים אישור בדיקה תיקנית שנעשתה ע"י חברה מאושרת ומוכרת, עבור כל אולם התאוששות בדבר : א. ערכי על לחץ. ב. (H2O mm) מספר יציאות אויר בחדר. ג. מספר פתחי אויר חוזר (טבלה מס' 6).
✓					1.7. יש להשלים בומים, חדרי ניתוח 5, 6, ואמבולטורי	1.7. בומים בחדר ניתוח



לטיפול תוך שנה מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 6 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 3 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך שבועיים מיום פרסום דוח זה	לטיפול מידי	הנחיות לשיפור	ההיגד בכלי הבקרה
			✓		1.9. יש להציג הנוהל, לא הוצג בעת ביצוע הבקרה.	1.9. קיים נוהל בדיקה תלת חודשית, לשלמות הצנרת הגמישה למערכת אספקה ופינוי גזי הרדמה עבור כל חדר ניתוח וכל עמדת התאוששות
<b>פרק 2 – דוח רשומות - אספקה סטרילית מרכזית (אס"מ)</b>						
אוטוקלב קיטור						
		✓			2.6. יש לוודא בדיקה בתוקף כולל מדבקה עם תאריכי הבדיקה ומועד הבא לבדיקה.	2.6. קיים אישור לוולידציה ומידת התאמה לתקן ישראלי 17665-1.
<b>פרק 3 – דוח רשומות - גזים רפואיים</b>						
כללי						
		✓			3.2. יש להציג אישור טיפול במכלים הקריאוגניים	3.2. קיים אישור טיפול במכלים קריאוגניים.
<b>פרק 4 – דוח רשומות - מערכות חשמל</b>						
כללי						
✓					4.2. לוודא תיעוד טרמוגרפיות של בדיקות טרמוגרפיות	4.2. ביצוע בדיקות טרמוגרפיות לרכיבי מתקן החשמל, בתדירות של פעם בשנה לפחות, ע"י חברה מאושרת. יוצגו 2 הדו"חות האחרונים בצרוף דו"ח המתאר את הטיפולים שנעשו בעקבות הבדיקה.



לטיפול תוך שנה מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 6 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 3 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך שבועיים מיום פרסום דוח זה	לטיפול מידי	הנחיות לשיפור	ההיגד בכלי הבקרה
✓					4.2. לודא תיעוד ואישורים של בדיקות טרמוגרפיות	4.2. ביצוע בדיקות טרמוגרפיות לרכיבי מתקן החשמל, בתדירות של פעם בשנה לפחות, ע"י חברה מאושרת. יוצגו 2 הדו"חות האחרונים בצרוף דו"ח המתאר את הטיפולים שנעשו בעקבות הבדיקה. גנרטורים
		✓			4.7. יש להציג דו"ח כנ"ל, יש להציג אישור משרד האנרגיה לגנרטורים.	4.7. הוצגה השוואה בין כושר הגרציה לבין הצריכה הנדרשת בזמן הפסקת חשמל.
<b>פרק 6 – דוח רשומות – מערכות קור וחום</b>						
דודי קיטור / דודי הסקה:						
			✓		6.2. יש להשלים ולהציג אישור	6.2. קיים אישור בדיקת פליטת מזהמים, שבוצעה בשנתיים האחרונות, לרבות תוצאות מיספריות והתאמה לתקנות.
			✓		6.3. יש להציג האישורים בהתאם.	6.3. קיימים נהלים לטיפולים עיתיים, כנדרש עפ"י נוהל H01 פרק 6, להבטחת תקינות המערכת ואמינותה, לביצוע טיפולים תלת חודשיים, חצי שנתיים ושנתיים. יש להציג תיעוד הביצוע בחצי השנה האחרונה.
מערכות מים:						
			✓		6.5. יש להציג נוהל ביצוע ניקוי וחיטוי דודים למים חמים.	6.5. קיים נוהל ותיעוד הביצוע לניקוי וחיטוי דודים לאספקת מים חמים.



לטיפול תוך שנה מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 6 חדשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 3 חדשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך שבועיים מיום פרסום דוח זה	לטיפול מידי	הנחיות לשיפור	ההיגד בכלי הבקרה
		✓			6.6. יש להשלים את הדו"ח בהתאם.	6.6. קיים דו"ח מלא לבדיקות ביולוגיות לאיכות מים, מדגמיות, שיילקחו מברז שטיפת הידיים של המנתחים בחדר ניתוח, לרבות תוצאות הבדיקה להימצאות פסאודומונס אארוגינזה, בלפחות מברז אחד בכל שוקת רחצה. את הנתונים יש לרכז בטבלה מתאימה.
<b>פרק 8 – דוח תצפית – סביבת חדרי ניתוח</b>						
כללי						
	✓				8.1. יש להתקין ברורה בין איזור נקי לאיזור לא נקי, עם פתח נפרד להוצאת חומרים מזוהמים, מאתר חדר הניתוח, כולל דלת אוטומטית מבוקרת למניעת כניסת בלתי מורשים לאיזור חדר הניתוח.	8.1. קיימת הפרדה ברורה בין איזור נקי לאיזור לא נקי, עם פתח נפרד להוצאת חומרים מזוהמים, מאתר חדר הניתוח, כולל דלת אוטומטית מבוקרת למניעת כניסת בלתי מורשים לאיזור חדר הניתוח.
		✓			8.5. יש לסדר מיקום לגזים רפואיים, גלילים ממוקמים בתוך מחסן.	8.5. קיימות מערכות גיבוי מקומיות אוטומטיות לאספקת חמצן, נייטרוס, אחר
		✓			8.8. יש לתקן ג"ת ושלטי חירום לא פועלים.	8.8. מותקן ציוד לכיבוי אש בולט ומתאים אוטומטיים, מערכת גילוי אש ועשן ומתקנים שלטי חירום מוארים (יציאה, כיווני מילוט וכ').
<b>פרק 9 – דוח תצפית – חדרי ניתוח</b>						



לטיפול תוך שנה מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 6 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 3 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך שבועיים מיום פרסום דוח זה	לטיפול מידי	הנחיות לשיפור	ההיגד בכלי הבקרה
חשמל:						
		✓			9.3. יש לסמן אביזרי קצה כמו שקעים ומפסקים.	9.3. השקעים מסומנים ומזוהים עפ"י צבעים מקובלים, ומספרי מעגלי ההזנה.
	✓				9.4. יש להשלים אמצעי תקשורת נוסף, אין שתי מערכות תקשורת, כנדרש.	9.4. לפחות 2 ממערכות התקשורת הבאות קיימות כנדרש: טלפונים, אינטרקום, מערכת סלולרית, מערכת מכשירי קשר
מיזוג אוויר:						
	✓				9.5. יש לשפר בהתאם להנחיות משה"ב, כרגע קיים וויסות מחוץ לחדר.	9.5. קיימת אפשרות לוויסות הטמפרטורה
	✓				9.8. יש לסדר את נושא על לחץ בחדרי הניתוח, דלתות פנדל אינם מאפשרות זאת.	9.8. מצב לחץ חיובי תקין וקיים מכשיר מדידה
<b>פרק 10 – דוח תצפית – אולם התאוששות</b>						
חשמל:						
		✓			10.5. יש להשלים סימון אביזרי קצה	10.5. השקעים מסומנים ומזוהים עפ"י צבעים מקובלים, ומספרי מעגלי ההזנה.
	✓				10.6. יש להשלים מערכת תקשורת נוספת בנוסף לקיימת.	10.6. לפחות 2 ממערכות התקשורת הבאות קיימות כנדרש: טלפונים, אינטרקום, מערכת סלולרית, מערכת מכשירי קשר
<b>פרק 11 – דוח תצפית – סטריליזציה</b>						



לטיפול תוך שנה מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 6 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 3 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך שבועיים מיום פרסום דוח זה	לטיפול מידי	הנחיות לשיפור	ההיגד בכלי הבקרה
חדר שטיפה/סטריליזציה הממוקם בתוך מתחם חדר ניתוח						
		✓			11.1. יש לבדוק ברורה בין איזור נקי לפשרות מעבר בין לאיזור מלוכלך באופן לא מבוקר.	11.1. קיימת חלוקה נקי
<b>פרק 12 – דוח תצפית – מערכת גזים רפואיים</b>						
מערכת אספקת החמצן						
		✓			12.3. קיימים אמצעי הגנה לאש, לרבות זרנוקי מים, מטפים וציוד כיבוי ומערכת תאורה מוגנת התפוצצות	12.3. יש להשלים הציוד הדרוש
<b>פרק 13 – דוח תצפית – חשמל</b>						
חדר מתח גבוה						
		✓			13.1. מצב השנאים תקין מבחינה ויזואלית	13.1. יש להציג דוח טיפול ובדיקת שנאים
			✓		13.2. הטיפול האחרון שבוצע במערכת מתח גבוה בוצע במועד	13.2. יש להציג דו"חות טיפול תקופתיים
חדר חשמל ראשי						
				✓	13.4. לוחות החשמל תקינים, נקיים ומסודרים	13.4. יש להשלים הגנת פרספקט לפס השוואת פוטנציאלים
		✓			13.6. בחדר משולטים ומסומנים כנדרש	13.6. יש להשלים שילוט וסימון ציוד הקצה (מפסקים, שקעים)
		✓			13.9. קיימת תאורת חירום בחדר.	13.9. יש להשלים תאורת חירום בסמוך לכל לוח חשמל
גנרטורים						
		✓			13.11. מצב ויזואלי תקין של הגנרטורים עצמם : נזילות, לכלוך, סמרטוטים וכו'.	13.11. יש להחליף מצברים לגנרטורים בהתאם לתאריך תפוגה.
<b>פרק 15 – דוח תצפית – מערכות קור וחום</b>						





לטיפול תוך שנה מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 6 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 3 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך שבועיים מיום פרסום דוח זה	לטיפול מידי	הנחיות לשיפור	ההיגד בכלי הבקרה
						דודי קיטור
	✓				15.7. יש לבצע הכנות ליום בו יהיה חיבור פעיל לגז טבעי.	15.7. הדוודים מזנים ב : מזוט / סולר / גז
<b>6. בטיחות החולה בחדר ניתוח</b>						
<b>פרק 2 - וידוא מוכנות המטופל וחדר ניתוח לניתוח/פעולה פולשנית</b>						
טופס הסכמה לניתוח						
	✓				2.9. לצד תאריך יש לוודא ציון השעה שבה נחתם הטופס תאריך הניתוח מצוין בטופס	2.9. תאריך הניתוח מצוין בטופס
<b>פרק 4 – בטיחות בהשכבת המטופל</b>						
	✓				4.8. יש לוודא שהכיסויים לשדה ניתוח יהיו מעכבי אש	4.8. כיסויים לשדה ניתוח מעכבי אש
<b>פרק 6 – טיפול בציוד סטרילי במתחם חדרי הניתוח</b>						
		✓			6.2. יש לוודא שמבנה החדר מאפשר מסלול חד כיווני ממלוכלך לנקי וחלוקה ברורה בין אזור נקי לאזור מלוכלך.	6.2. מבנה החדר מאפשר מסלול חד כיווני ממלוכלך לנקי וחלוקה ברורה בין אזור נקי לאזור מלוכלך.
✓					6.3. יש לוודא שמבנה החדר מאפשר הכנסת מכשירי ניתוח לאחר שימוש דרך פתח נפרד מהפתח להוצאת המכשירים לאחר עיקור. יש להתקין במקום כיוור לרצפת ידיים של צוות נפרד מכיוור שטיפת המכשירים.	6.3. מבנה החדר מאפשר הכנסת מכשירי ניתוח לאחר שימוש דרך פתח נפרד מהפתח להוצאת המכשירים לאחר עיקור.



לטיפול תוך שנה מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 6 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 3 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך שבועיים מיום פרסום דוח זה	לטיפול מידי	הנחיות לשיפור	ההיגד בכלי הבקרה
		✓			6.6. יש לרכוש ולהשמיש מכונה לשטיפת מכשירים וכלים כירורגיים המגיעה לטמפרטורה של 93 מעלות	6.6. קיימת מכונה לשטיפת מכשירים וכלים כירורגיים המגיעה לטמפרטורה של 93°C
✓					6.7. יש לוודא שכיוור שטיפת המכשירים יימצא במרחק סביר מהמעקר למניעת פגיעת התזות ופסילת ציוד סטרילי.	6.7. אתר שטיפת המכשירים נמצא במרחק סביר מהמעקר למניעת פגיעת התזות.
			✓		6.15. יש לוודא שהמטפלים בציוד לבושים בקינים, ערדליים, שיער (לרבות זקן) מכוסה בכובע, ומסיכת חדר ניתוח.	6.15. המטפלים בציוד לבושים בחלוקים נקיים, ערדליים, שיער (לרבות זקן) מכוסה בכובע, ומסיכת חדר ניתוח.
<b>7. בטיחות החולה בחדר התאוששות</b>						
<b>פרק 1 – המצאות כוח אדם</b>						
			✓		1.1. יש לוודא המצאות אחות בוגרת השתלמות מוכרת בטיפול נמרץ בכל שעות הפעילות בהתאוששות. יש למנוע מצבים בהם נוצר חסר בחדר ניתוח כאשר אחות מסתובבת נקראת להשגיח על המתאוששים.	1.1. כל אחראיות המשמרת בחדרי התאוששות הינן בוגרות קורס טיפול נמרץ (מינהל הסיעוד מספר 71 משנת 2007)
<b>פרק 3 – רשומת המטופל</b>						
ניהול הרשומה הסיעודית						
			✓		3.20. יש לוודא המצאות תעוד דיווח סיעודי בין משמרות כתוב או ממוחשב.	3.20. קיים דיווח סיעודי בין משמרות
<b>8. מעבדות כללי</b>						
<b>פרק 1 - ארגון וניהול</b>						



לטיפול תוך שנה מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 6 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 3 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך שבועיים מיום פרסום דוח זה	לטיפול מידי	הנחיות לשיפור	ההיגד בכלי הבקרה
✓					1.1. מינוי מנהל אגף מעבדות במשרה מלאה	1.1. קיים מנהל אגף במשרה מלאה
✓					1.2. יש למנות מנהלי מעבדות	1.2. קיימים משרות/מינויים של מנהלי מעבדות לכל המעבדות
	✓				1.3. יש להוסיף בעיקר בסופי השבוע וזכונים ל 3 משמרות וחגים למעבדות	1.3. קיימים תורנים וזכונים ל 3 משמרות
✓					1.5. נדרש להכפיף את כל המעבדות הקיימות בבית החולים תחת מנהל אגף המעבדות	1.5. כל המעבדות הדיאגנוסטיות במוסד מאוגדות תחת אגף המעבדות
<b>פרק 2 - עובדים</b>						
	✓				2.1. יש להוסיף כוח אדם לצורך עמידה בזמנים של כל הבדיקות	2.1. מספר משרות כוח אדם מספק לביצוע תקין עם עמידה בזמנים של כל הבדיקות
<b>פרק 3 - מעבדות</b>						
✓					3.4. יש להכפיף את המעבדות לפוריות ופתולוגיה למנהל אגף המעבדות	3.4. מעבדות פוריות, פתולוגיה וגנטיקה כפופות לאגף מעבדות
<b>פרק 6 - בטיחות וגהות</b>						
	✓				6.10. יש לבצע מעקב רפואי מלא אחר עובדי המעבדות בבית החולים.	6.10. נערך מעקב רפואי אחר עובדי המעבדה
<b>פרק 8 - שינוע דגימות</b>						
	✓				8.1. יש לשנע דגימות בתוך בית החולים באריזה משולשת	8.1. העברת הדגימות באמצעות שליחים/רכב תקני



לטיפול תוך שנה מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 6 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 3 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך שבועיים מיום פרסום דוח זה	לטיפול מידי	הנחיות לשיפור	ההיגד בכלי הבקרה
<b>פרק 10 - מבנים, מתקנים תחזוקה סדר וניקיון</b>						
✓					10.1. המעבדה אינה מתוכננת כנדרש וקיימת צפיפות ואי הבריקות והמעבדות	10.1. המעבדה מתוכננת היטב לפי כללים ותקנות המעבדות הרפואיות
✓					10.2. יש להרחיב את שטח המעבדות שכיום צפופות ואין מספיק משטחי עבודה	10.2. למעבדה חדרים ומשטחי עבודה ברמה מספקת
	✓				10.4. יש להוסיף משטחי אחסון למעבדות	10.4. קיים אחסון חומרים וציוד מתכלה (יש מחסנים לציוד מתכלה, חומרים וריאגנטים)
	✓				10.5. יש לדאוג להחלפות אוויר צח של 6 פעמים בשעה לפחות בכל המעבדות	10.5. במעבדה יש אוורור מספק לפחות 6 החלפות אוויר בשעה
<b>פרק 16 - הבטחת איכות</b>						
	✓				16.7. יש למנות מנהל הבטחת איכות למערך המעבדות - כיום קיים עובד מעבדה האחראי על הנושא ללא תגמול ובמקביל לעבודתו במעבדות.	16.7. עובד אחד או יותר מונו כמנהלי איכות במשרה מלאה
	✓				16.8. יש למנות מנהל הבטחת איכות למעבדות שיהיה כפוף ישירות למנהל אגף המעבדות של בית החולים.	16.8. למנהל הבטחת האיכות יש גישה ישירה למנהל המעבדה/אגף מעבדות
<b>9. מעבדות מקצועיות</b>						
<b>פרק 1 - מעבדות מקצועיות - פתולוגיה</b>						



ההיגד בכלי הבקרה	הנחיות לשיפור	לטיפול מידי	לטיפול תוך שבועיים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 3 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 6 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך שנה מיום פרסום דוח זה
2.1. קיים רישום המעבדה בפנקס המעבדות המקצועיות	2.1. יש לרשום את המעבדה בפנקס המעבדות המקצועיות המתנהל במחלקה למעבדות.			✓		
2.4. המעבדה מתפקדת באופן מקצועי (השכלה, אישורים, השתלמויות)	2.4. כוח האדם במעבדה הינם לבורנטים בלבד - אין עובד מעבדה רפואי בכיר חובה לתקן את המצב				✓	
2.4. המעבדה מתפקדת באופן מקצועי (השכלה, אישורים, השתלמויות)	2.4. עובדי המעבדה הינם לבורנטים רפואיים בלבד המבצעים את מגוון הפעילויות. אין אף עובד בעל הכרה כעובד מעבדה רפואית בכיר בתחום הפתולוגיה				✓	
2.10. מספר משרות מספק לביצוע תקין ובזמן של כל הבדיקות	2.10. חובה להתאים את מספר המשרות לעומסי העבודה במעבדה				✓	
2.10. מספר משרות מספק לביצוע תקין ובזמן של כל הבדיקות	2.10. יש לבדוק את התאמת המשרות לעומסי העבודה במעבדה				✓	
2.11. מנהל המעבדה בעל היתר לניהול מעבדה/בכיר(הכרה כעובד מעבדה רפואית בכיר, היתר לניהול)	2.11. יש למנות מנהל בעל היתר לניהול מעבדה/בכיר(הכרה כעובד מעבדה רפואית בכיר, היתר לניהול) מתאים					✓
2.15. עובדים מהמעבדה או תורני חוץ מבצעים משמרות ערב ולילה	2.15. עובדי המעבדה לפתולוגיה אינם מבצעים משמרות ערב ולילה כוננניות ובמקרה הצורך מוזעק הרופא הפתולוג שהו מנהל המכון לפתולוגיה.					✓

10. מניעת זיהומים



לטיפול תוך שנה מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 6 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 3 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך שבועיים מיום פרסום דוח זה	לטיפול מידי	הנחיות לשיפור	ההיגד בכלי הבקרה
<b>פרק 1 – מבנה היחידה למניעת זיהומים</b>						
	✓				1.1. באחריות בית החולים להקים מערך עצמאי למניעת זיהומים כפי שגדרש מנוהל חטיבת הרפואה בקרה ומניעת זיהומים במוסדות רפואיים ומניעת עמידות לאנטיביוטיקה 9/2012	1.1. קיים מערך למניעת זיהומים ברמת יחידה או מערך עצמאי (בבית חולים קטן מ- 400 מיטות)
	✓				1.2. יש לוודא שבראש היחידה למניעת זיהומים עומד רופא מומחה במחלות זיהומיות / מיקרוביולוג קליני שקיבל מינוי רשמי ממנהל המוסד הרפואי	1.2. בראש היחידה/מערך למניעת זיהומים עומד רופא מומחה במחלות זיהומיות / מיקרוביולוג קליני שקיבל מינוי רשמי ממנהל המוסד הרפואי
<b>פרק 2 – יישום הנחיות חוזר מינהל הרפואה</b>						
		✓			2.1. באחריות בית חולים לדאוג לצידוד מגן בעגלות לטיפול שגרתי בחולים על דם ונוזלי גוף, נמצא זמין ציוד מיגון אישי למטפל: כפפות חד פעמיות, חלוק עמיד לנזולים, מסיכה, משקפי מגן פנים	2.1. בכל עגלות/עמדות לטיפול שגרתי בחולים במגע עם דם ונוזלי גוף, נמצא זמין ציוד מיגון אישי למטפל: כפפות חד פעמיות, חלוק עמיד לנזולים, מסיכה, משקפי מגן פנים
<b>פרק 3 – יישום הנחיות הגיינת ידיים</b>						



לטיפול תוך שנה מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 6 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 3 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך שבועיים מיום פרסום דוח זה	לטיפול מידי	הנחיות לשיפור	ההיגד בכלי הבקרה
✓					3.2. באחריות בית החולים לדאוג לכיור אחד לפחות לכל 2 עמדות בטיפול נמרץ כפי שנדרש מחזור חטיבת הרפואה בנושא היגיינת ידיים 24.09	3.2. בטיפול נמרץ, כיור אחד לפחות לכל 2 עמדות
✓					3.6. באחריות בית החולים לדאוג לברזים תקינים על ידי המרפק או הרגל כפי שנדרש מחזור חטיבת הרפואה בנושא היגיינת ידיים 24/09	3.6. ברזים תקינים לסגירה ע"י מרפק או רגל
<b>פרק 7 – שמירה על כללי בידוד</b>						
כללי:						
				✓	7.13. באחריות בית החולים לדאוג לתיעוד ורישום עבור ניקיון של שירותים ומקלחת באופן שגרתי עבור חולים בבידוד	7.13. ניקוי שגרתי של שרותים ומקלחת מבוצע כל משמרת
				✓	7.14. באחריות בית החולים לדאוג לניקוי באמצעות כלור 2000 מ"ל ביחידה והשירותים של חולה בבידוד	7.14. ניקוי ביחידה והשירותים מבוצע באמצעות כלור בריכוז של 2000 חל"מ
				✓	7.15. באחריות בית החולים לדאוג לתיעוד ורישום של ניקוי טרמנלי לאחר פינוי המטופלים מחדר בידוד	7.15. ניקוי טרמינלי לאחר פינוי המטופלים החדר שרותי ומקלחת מבוצע באמצעות תמיסת כלור 5000 חל"מ
				✓	7.16. יש לדאוג לתיעוד ורישום של תהליך הניקוי הטרמנלי לאחר פינוי חולה מבידוד	7.16. ניקוי טרמינלי של החדר כולל החלפת וילונות ופרגודים



לטיפול תוך שנה מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 6 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 3 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך שבועיים מיום פרסום דוח זה	לטיפול מידי	הנחיות לשיפור	ההיגד בכלי הבקרה
				✓	7.17. יש לדאוג לתיעוד ורישום של התהליך הניקוי הטרמנלי לאחר שחרור מטופל מבידוד	7.17. הצוות המנקה מוגן בכפפות עבות משקפי מגן וחלוק אטום לנוזלים
<b>פרק 8 – ניקוי חיטוי ציוד ואבזרים</b>						
			✓		8.1. יש לדאוג לתוכנית עבודה לניקוי וחיטוי סביבת בית החולים כמו גם על מעקב ותיעוד אחרי קיום תוכנית שכזאת	8.1. קיימת תוכנית עבודה לניקוי וחיטוי סביבת בית חולים
			✓		8.2. יש לדאוג לכתיבת פרוטוקול עבודה לצוות במחלקה על פי סקטורים כוחות עזר. כמו גם לתיעוד ומעקב אחר השם הפרוטוקול	8.2. קיים פרוטוקול עבודה לצוות במחלקה על פי סקטורים כוחות עזר. מנהלת משק וכי
✓					8.14. באחריות בית החולים לדאוג להחלפת וילונות לחולה בין חולה ולפחות פעם בשבוע	8.14. וילונות הפרדה מוחלפים בין חולה לחולה ולפחות פעם בשבוע
<b>12. בריאות הסביבה</b>						
<b>פרק 1 - מים ומערכות מים לצריכה סניטרית</b>						





לטיפול תוך שנה מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 6 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 3 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך שבועיים מיום פרסום דוח זה	לטיפול מידי	הנחיות לשיפור	ההיגד בכלי הבקרה
	✓				1.10. יש להקפיד וליידע את משרד הבריאות בכל פעילות חריגה בנושא איכות מי השתייה. בזמן הביניים ועד לסיום עבודת השדרוג יש להמשיך במעקב ולפעול על פי ההנחיות שנתנו בנושא הגבלות השימוש במים במחלקת פגיה. נראה כי חסרה הכשרה מקצועית של העושים במלאכה בתחום בקרת איכות מי שתייה, מומלץ להכשירם בקורס תברואת מים רמה ג'.	1.10. מערכת המים במחלקה
<b>פרק 5 - מטבח מרכזי ומטבחון חלוקה במחלקות</b>						
			✓		5.2. יש לתקן/להחליק רצפה ברחבת הכניסה האחורית למטבח.	5.2. תחזוקת חצר המטבח
			✓		5.4. יש לרכוש מקרר הפשרה נוסף להפשרת בעלי כנף קפואים. יש להשלים התקנת מדפים ולייעד פינת החזרות ומוצרי פג תוקף בחדר הקפאה. יש להחליף גומיות בדלת חדר קירור ירקות גולמי.	5.4. אחסון בקירור
			✓		5.5. יש להשלים משטחים ומדפים מוגבהים 30 ס"מ מהרצפה במחסן.	5.5. אחסון יבש



לטיפול תוך שנה מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 6 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 3 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך שבועיים מיום פרסום דוח זה	לטיפול מידי	הנחיות לשיפור	ההיגד בכלי הבקרה
			✓		5.6. יש להשלים חידוש כלים ישנים, מסננות, סירים ועגלות מדור טיפול בירקות.	5.6. תקינות הציוד
			✓		5.11. יש לבצע נקיין יסודי במתקני ההגשה וחידוש צבע בתקרת עמדת הגשת מזון.	5.11. הגשת המזון בחדר אוכל עובדים
<b>13. גריאטריה</b>						
<b>פרק 1 - כוח אדם</b>						
					1.1. יש לשקול הגדלת כוח אדם בתחום גריאטריה הקשישים	1.1. כיסוי הצוות הגריאטרי ביחס להיקף הפעילות עם הקשישים
✓						
<b>פרק 3 - מחלקה לרפואה דחופה</b>						
	✓				3.1. להעסקתו של רופא מומחה בגריאטריה כיועץ / רופא בצוות הקבוע בחדר מיון.	3.1. קיימת פעילות קבועה של גריאטר בחדרי מיון (מלר"ד)
				✓	3.6. מאחר ובמקרים רבים קיימת חשיבות רבה לציון הנתונים לגבי התפקוד הקודם ממליצים על העמדת ההתייחסות לגבי מצבם התפקודי הקודם באנמנזה רפואית ו/או סיעודית	3.6. קיים רישום בקבלה למלר"ד של המצב התפקודי הקודם ועכשווי
				✓	3.7. יש להקפיד לכלול ברישומים, באנמנזה, בבדיקה, נתונים רלוונטים למצבם הקוגניטיבי הקודם / לשינויים במצבם של הקשישים.	3.7. קיים רישום בקבלה של המצב הקוגניטיבי הקודם ועכשווי
<b>פרק 4 - יחידות יעוץ (גריאטרי ופליאטיבי)</b>						



לטיפול תוך שנה מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 6 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 3 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך שבועיים מיום פרסום דוח זה	לטיפול מידי	הנחיות לשיפור	ההיגד בכלי הבקרה
יחידה ליעוץ גריאטרי						
✓					4.2. רצוי להקים צוות ייעודי, במסגרת של "יחידה גריאטרית" להערכת מצבם של הקשישים הסובלים מבעיות רפואיות אקוטיות, מאושפדים במחלקות בית החולים.	4.2. קיים צוות הכולל גריאטר, אחות ועובדת סוציאלית
יחידה ליעוץ פליאטיבי						
	✓				<b>4.6. להשלים את צוות היחידה עם רופא מומחה ברפואה פליאטיבית.</b>	4.6. קיים צוות רב מקצועי הכולל רופא, אחות, עו"ס ופסיכולוג שעברו הכשרה מתאימה
<b>14. רקחות</b>						
<b>פרק 1 – ניהול בית המרקחת</b>						
כוננות						
				✓	1.21. חייב להיות כיסוי כוננות עבור כל ימי החודש ע"פ טבלה ערוכה מראש לאותו חודש.	1.21. קיים כיסוי כוננות לכל היממה
תיקון ליקויים						
✓					1.38. לא תוקנו הליקויים בחדר היהכנות הציטוטוקסיות (מפורט בהמשך)	1.38. ביצע תיקון ליקויים על פי ביקורת קודמת
תהליכי עבודה כלליים						
		✓			1.39. יש לתקן את הריצוף במחסן קבלת סחורה	1.39. האחסון הוא בהתאם לתנאי האחסון הנדרשים
<b>פרק 2 – תשתיות</b>						
מחסן חומרי חיטוי						
				✓	2.25. אין לאחסן תכשירים במעברים במחסן התמיסות.	2.25. מחסן חומרי חיטוי: קיימים תנאי אחסון הולמים
<b>פרק 4 – רקיחה</b>						



ההיגד בכלי הבקרה	הנחיות לשיפור	לטיפול מידי	לטיפול תוך שבועיים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 3 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 6 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך שנה מיום פרסום דוח זה
שחרור וניפוק						
4.9.3. בהעדר הרוקח משחרר, הרוקח האחראי יבטיח חלופה מספקת ויכתוב נוהל פנימי המבטיח איכות ובטיחות	4.9.3. יש לכתוב נוהל פנימי להבטחת איכות ובטיחות ההכנות בהעדר רוקח בודק שני, כנדרש בנוהל מס' 132 של אגף הרוקחות.			✓		
<b>פרק 5 – הכנות בסיכון גבוה</b>						
חדרים להכנות ציטוטוקסיות						
5.16.1. האזור מחולק ל-3: חדר הלבשה, חדר הכנה, חדר עבודה כללי	5.16.1. יש שני חדרים בלבד. חדר המבואה מאוד קטן וצפוף, ואינו מספק תנאים נאותים לעבודה של 2 רוקחים בו זמנית ולהיקף העבודה ביחידה. יש לפעול להקמת יחידה לציטוטוקסיקה העונה על כל הדרישות.				✓	
5.16.6. מע' המיזוג/אוורור מנותקת מהמערכת הכללית למניעת פיזור חומר ציט'	5.16.6. מותקן מזגן בסמוך לעמדת המנדף אשר עלול להפריע לזרימת אוויר תקינה בעת עבודה במנדף. על כן, מומלץ לבדוק האם מיקום המזגן תקין.			✓		
5.16.8. בחדר ההכנה גישה נוחה לעבודה ולניקוי	5.16.8. חדר ההכנה קטן וצפוף וגם חדר המבואה מאוד צר וצפוף.				✓	
5.16.12. ה-Air Lock מקשר בין חדר הכנה ושאר החדרים	5.16.12. אין חדר שלישי. חדר העבודה משמש גם כן כחדר מבואה בניגוד לדרישות.					✓



לטיפול תוך שנה מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 6 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 3 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך שבועיים מיום פרסום דוח זה	לטיפול מידי	הנחיות לשיפור	ההיגד בכלי הבקרה
<b>נוהל הכנת תרופה ציטוטוקסית</b>						
				✓	5.18.5. בקרה של רוקח שני צריכה להתבצע בכל שלבי ההכנה, וצריכה להיות מתועדת. יש לעדכן את נוהל ההכנות הציטוטוקסיות בדרישה זו.	5.18.5. קיים נוהל בקרה על כל הכנה
<b>פרק 6 – ניסויים קליניים</b>						
<b>סימון מוצרי המחקר</b>						
				✓	6.6. יש לסמן את האריות של מוצרי המחקר ב: "טיפול מחקרי בלבד"	6.6. סימון מוצרי המחקר כולל: "טיפול מחקרי בלבד" או "לניסוי רפואי בלבד" בעברית ו/או באנגלית, באותיות דפוס ברורות וקריאות, בצבע שונה ומובחן מצבע, שם או קוד היצרן, הרקע, שם ו/או קוד המוצר, תאריך תפוגה
<b>פרק 9 – בקרת ניהול התרופות הנרקוטיות בחדר ניתוח</b>						
				✓	9.7. יש לבצע בקרה על ניהול הסמים המסוכנים של המרדימים ע"י מנהל המחלקה או מישוהו מטעמו.	9.7. קיים תיעוד בקרת מנהל המחלקה או רופא מטעמו
<b>15. מניעת אלימות</b>						
<b>פרק 1 - הדרכת צוותי רפואה למניעת אלימות ולקידום תקשורת שירותית</b>						



לטיפול תוך שנה מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 6 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 3 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך שבועיים מיום פרסום דוח זה	לטיפול מידי	הנחיות לשיפור	ההיגד בכלי הבקרה
הדרכת צוותי רפואה למניעת אלימות ולקידום תקשורת שירותית						
		✓			1.8. יש לבצע הדרכה בנושא ומתן כלים לכלל הצוות בנושא התמודדות עם אלימות	1.8. ההדרכה הועברה ל 80% מעובדי צוות המלר"ד בשנה האחרונה
		✓			1.9. יש לבצע הדרכה בנושא לכל אנשי הצוות ומתן כלים להתמודדות בנושא.	1.9. ההדרכה הועברה ל 80% מעובדי הצוותים במח' הפנימיים + יולדות בשנתיים האחרונות
<b>פרק 2- התמודדות עם אלימות - היבטי בטחון ואבטחה</b>						
התמודדות עם אלימות - הבטי בטחון ואבטחה						
	✓				2.4. יש להרחיב פריסת לחצני מצוקה ופריסת טמ"ס בנקודות חיכוך עם קהל.	2.4. קיימים אמצעים להתמודדות עם אלימות
<b>16. רשומות ומידע רפואי</b>						
<b>פרק 4 - ניהול הרשומה הרפואית ; תכולה, תוכן, מסמכים נבחרים</b>						
				✓	4.18. ברשומה רפואית ידנית, יש להקפיד על מילוי פרטי המטופל על כל עמוד (דף A4), גם אם מדובר בדף "סדין" (A3) או מספר דפים מחוברים/משודכים.	4.18. קיימים פרטי זיהוי החולה ולוגו ביה"ח על כל עמוד במסמכים הרפואיים חוזר מנכ"ל 6/96 תוכן הרשומה - בסוף סעיף 3, עקרונות כלליים - חוזר 27/95 מ-1.1.95.



לטיפול תוך שנה מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 6 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 3 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך שבועיים מיום פרסום דוח זה	לטיפול מידי	הנחיות לשיפור	ההיגד בכלי הבקרה
				✓	4.21. בחלק מן הרשומות הרפואיות נמצא כיחסרים חתימות רופאים על גבי סיכום מחלה/שחרור ודוחות הניתוח.	4.21. חתימות והותמות בדו"ח ניתוח, ובמסמכים רפואיים כולל חתימה אלקטרונית מאשרת. (חוזר מ-1.1.95/27/95 סיכום מחלה/אשפוז , תקן ישראלי 11/2011, חוזר מנכ"ל 6/96 עקרונות כלליים - (רישום)
<b>פרק 5 - סימול מידע רפואי</b>						
				✓	5.3. יש להדריך רופאים לשימוש נכון בקודי מיילדות	5.3. ישנה הלימה בין הקודים ותיאור הקודים בכותרת המכתב לדיון ומהלך אשפוז
				✓	5.7. יש לשנות שיטת בקרת תיקי מטופלים, לרבות בדיקת הלימה בין כותרת המכתב לבין מידע הנמצא בגוף המכתב, לרענן הנחיות לסימול מידע רפואי	5.7. ישנה הלימה בין תוכן מכתב השחרור לסימול המידע הרפואי המתבצע ע"י הרשמת רפואית
				✓	5.10. יש לרענן הנחיות לסימול מידע רפואי ונוהל עבודה לסימול אבחנות ופעולות מס' 29/2000	5.10. סימול המידע הרפואי ע"י הרשמות (לפי הנחיות שפת הסימול הנהוגה בארץ) הינו איכותי
<b>17. תזונה ומזון- מחלקה לתזונה</b>						
<b>פרק 1 - סל מזון</b>						



לטיפול תוך שנה מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 6 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 3 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך שבועיים מיום פרסום דוח זה	לטיפול מידי	הנחיות לשיפור	ההיגד בכלי הבקרה
				✓	1.13. במידה ולא ניתן לקבל הרכב תזונתי מהחברה המספקת את המנות הגלאט כשר, יש לשלוח למעבדה לבדיקת ההרכב התזונתי.	1.13. נבדקים הרכב וניטוח תזונתי של כל המנות ממקור חוץ (לדוגמה גלאט כשר)
				✓	1.21. יש להעלות את רמת חומצות השומן החד בלתי רווי בתפריט	1.21. בתפריט 10-13% חומצות שומן חד בלתי רווי מסך הקלוריות
<b>פרק 4 – תיעוד ברשומה הרפואית</b>						
				✓	4.12. חשוב שהדיאטניות ישתתפו ברוב הישיבות צוות המחלקתיות ולתעד אותן	4.12. הדיאטניות משתתפות בישיבות צוות מחלקתיות
<b>פרק 5 – תפריט שבועי במחלקות</b>						
				✓	5.4. קיים מתקן מים במחלקות אבל לא מתבצעת הגשת מים למאושפצים ולמרותקים בפרט בארוחת הצהריים. יש לדאוג להגשת מים במהלך הארוחות.	5.4. ישנה הגשת מים למאושפצים בכלל ולמרותקים בפרט
				✓	5.5. מוגשת בארוחת לילה עוגה קנויה. יש להגיש ארוחת לילה בהתאם לגיוון המפורט בחוזר סל מזון מס' 32/2017	5.5. המזונות לארוחת לילה מתאימים לכלל המאושפצים כולל סוכרתיים
<b>18. תזונה ומזון - הנהלה</b>						
<b>פרק 2 – מיחשוב</b>						





לטיפול תוך שנה מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 6 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 3 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך שבועיים מיום פרסום דוח זה	לטיפול מידי	הנחיות לשיפור	ההיגד בכלי הבקרה
✓					2.1. יש לעבור לרשומה ממוחשבת כולל בפגיה	2.1. רשומת התזונה ממוחשבת, כולל ממשק למטבח ולתוכנת צמרת.
<b>פרק 3 – סל מזון</b>						
				✓	3.3. יש לדאוג לכלי הגשה אסטטים וקשיחים גם למנות מיוחדות	3.3. קיימים כלי הגשה אסטטיים, רב שימושיים ומתאימים להגשת מזון קר וחסם מיוחדות
				✓	3.4. יש להגיש 2 מנות של פירות ביום על פי חוזר סל מזון	3.4. הגשת פריטי המזון הינן בהתאם לחוזר (הגשה יומית של 2 מנות פרי טרי מגוונות, ירקות טריים ומגוונים, לחם מקמח דגן מלא ודגנים מלאים לכל המאושפזים) על סמך הנחיות הדיאטנית המפקחת ובהתאם לחוזר סל מזון
<b>פרק 4 – מזון ייעודי</b>						
		✓			4.2. יש להקצות חדר ייעודי להכנת תמ"ל ומזון ייעודי בהתאם להנחיות בחוזר מינהל רפואה מס' 18/2014.	4.2. ישנו מטבח חלב ופורמולות ייעודי כללי
<b>פרק 5 – מטופלים בסיכון תזונתי</b>						
		✓			5.1. יש לדאוג למשקל מיטה בנוסף למשקל כיסא	5.1. המצאות משקל מיטה במיון ומשקלי כסא או מיטה בכל המחלקות הנדרשות לכך: פנימיות, אורטופדיה, גריאטריה, כירורגית, ט.נ. כללי
<b>פרק 6 – ממכר מזון בריא</b>						



לטיפול תוך שנה מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 6 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 3 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך שבועיים מיום פרסום דוח זה	לטיפול מידי	הנחיות לשיפור	ההיגד בכלי הבקרה
		✓			6.1. יש לפעול על פי חוזר מינהל רפואה מס' 8/2014	6.1. התאמת הרכב המזון במכונות לממכר מזון אוטומטי בהתאם לעקרונות התזונה הנבונה ולהנחיות בחוזר סל מזון 5/2013 וחוזר 8/2014 ועל פי הנחיות הדיאטנית הראשית ומי מטעמה
		✓			6.2. יש להתאים את פריטי ממכר המזון והשתייה בהתאם לחוזר מינהל רפואה מס' 8/2014.	6.2. התאמת הרכב המזון בכל אתרי ממכר המזון במוסד הרפואי בהתאם לעקרונות התזונה הנבונה ולהנחיות בחוזר סל מזון 5/2013 וחוזר 8/2014 ועל פי הנחיות הדיאטנית הראשית ומי מטעמה
<b>19. פיזיותרפיה</b>						
<b>פרק 2 - ארגון וניהול השירות</b>						
	✓				2.6. בקרה על התיעוד ברשומה ועל עבודת הפיזיותרפיסטים. יש לציין כי לאור מצוקת כוח אדם, המנהלת מטפלת במאושפזים וכי אין שעות ניהול בהם יכולה לבצע בקהותיעוד.	2.6. בקרה מקצועית פנימית מתועדת בהלימה לנהלים
<b>פרק 4 – פיתוח מקצועי</b>						



ההיגד בכלי הבקרה	הנחיות לשיפור	לטיפול מידי	לטיפול תוך שבועיים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 3 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 6 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך שנה מיום פרסום דוח זה
פיתוח מקצועי						
4.5. הצוות שותף במחקר/ וועדות שונות	4.5. חשוב לשלב את צוות הפיזיותרפיה במחקרים המתקיימים בבית חולים (נמסר שהנושא בהקמה)				✓	
<b>פרק 5 – רצף טיפולי</b>						
רצף טיפולי						
5.8. סיכום הטיפול והמלצות להמשך מופיעים באופן מובנה במכתב השחרור	5.8. יש דחיפות לעבור לתכנת קמליון.					✓
<b>פרק 8 – סביבת עבודה וציוד</b>						
סביבת עבודה וציוד						
8.3. קיים חדר ייעודי למנהל, לצוות ולהדרכה	8.3. יש ליחיד מרחב אחר לסטאג'רים כדי שלמנהלת השירות יהיה מקום ייעודי לה לביצוע עבודות הניהול ולקיום שיחות משוב עם העובדים.			✓		
8.3. קיים חדר ייעודי למנהל, לצוות ולהדרכה	8.3. יש ליעד מקום אחר לסטאג'רים כך שלמנהלת שירותי פיזיותרפיה יהיה מקום לביצוע עבודות הניהול, לרבות קיום שיחות משוב עם עובדים וסטודנטים.			✓		
<b>20. עבודה סוציאלית</b>						
<b>פרק 1 - תשתיות ארגוניות - מבנה, כפיפות ופיתוח מקצועי</b>						
1.4. יחס משרות מדריך תואם למספר משרות עו"ס (משרת מדריך על כל שש משרות עו"ס)	1.4. יש לתגבר את ההדרכה לפי מפתחות איגוד העובדים הסוציאליים 1 תקן ל-6 משרות.					✓
<b>פרק 2 - תשתיות ארגוניות - פריסה וזמינות השירות</b>						



ההיגד בכלי הבקרה	הנחיות לשיפור	לטיפול מידי	לטיפול תוך שבועיים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 3 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 6 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך שנה מיום פרסום דוח זה
2.1. קיים כיסוי בהסדר קבוע בכל המחלקות	2.1. קיים חסר בכ"א. בחלק מהמחלקות זבעיקר במרפאות חוץ אין שירות סוציאלי סדיר. יש ייעד עו"ס לתחום הפריה חוץ גופית.				✓	
2.2. ישנה הקצאת חצי משרה במחלקה פנימית	2.2. קיים עומס על העו"ס בפנימית ויש צורך בתגבור כח אדם לחצי תקן לפחות.					✓
2.4. מונה עו"ס בפגיה (תקן ל-5000 לידות)	2.4. על פי חוזר מנהל רפואה 52/2013, המלצות לניהול כוח אדם בפגיה עומדות על תקן עו"ס ל-5000 לידות. יש להסדיר את נושא התקינה בהקדם.				✓	
2.6. קיימת תורנות למתן מענה על פי הצורך במחלקות ובמכונים	2.6. כאמור, הצוות עובד בעומס רב. נפתחו מרפאות ושרותים חדשים כמו המערך הקרדיולוגי, מרפאה בריאטרית, והפרעות אכילה גם לילדים בהם נדרשת התערבות סוציאלית. מומלץ להקצות תקינה ייעודית להתערבות בין-פסיכו-סוציאלית.					✓

פרק 3 - תשתיות ארגוניות - נגישות



לטיפול תוך שנה מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 6 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 3 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך שבועיים מיום פרסום דוח זה	לטיפול מידי	הנחיות לשיפור	ההיגד בכלי הבקרה
✓					3.3. מבנה השירות הסוציאלי נמצא במרחק משאר המחלקות והגישה אליו לבעלי מוגבלות עלולה להיות מסורבלת בחום או בגשם. מרבית הפגישות נערכות במחלקות, אך גם שם אין חדרים ייעודיים לשיחה עם המשפחות. יש להקצות חדרים לעו"ס הנגשים והמכבדים את פרטיותן של המשפחות.	3.3. מתחם המחלקה נגיש לבעלי מוגבלות
<b>פרק 4 - תשתיות ארגוניות - סביבת עבודה</b>						
✓					4.2. לא בכל המחלקות קיים חדר יעודי לעו"ס. למען שמירה על פרטיות זכויות המטופל יש לתקן ליקוי זה.	4.2. הוקצו חדרים לקיום שיחה בפרטיות במחלקות/מכונים
				✓	4.3. לא קיים שילוט במקום בולט במחלקות ועל כן יש לפעול לכך במידי.	4.3. קיים שילוט מכון למתחם המחלקה ולחדר העו"ס במחלקה/מכון
<b>פרק 10 - סטנדרטים הממוקדים בחולה ובמשפחתו - רצף טיפול</b>						



לטיפול תוך שנה מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 6 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 3 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך שבועיים מיום פרסום דוח זה	לטיפול מידי	הנחיות לשיפור	ההיגד בכלי הבקרה
	✓				<p>10.8. בתוכנת ה"נמר" קיימים שני פגמים ברישום הסוציאלי: 1. בתוכנה אין מקום לחסיון מידע סוציאלי, הרישום גלוי לכל הצוות.</p> <p>ב: המלצות העו"ס לא מופיעות במכתב השחרור מהסיבה שהזכרה לעיל כאשר אין אפשרות לכתיבת המלצה רק לצורך שחרור. יש לפעול במידי לתיקון התוכנה ולשלב את המלצות העו"ס המיועדות לתוכנית השחרור בלבד ולא את כל הדו"ח הסוציאלי.</p>	<p>10.8. מכתב שחרור כולל המלצות עו"ס</p>
<b>פרק 12 - סטנדרטים הממוקדים בחולה ובמשפחתו - רשומה ותיעוד</b>						



לטיפול תוך שנה מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 6 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 3 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך שבועיים מיום פרסום דוח זה	לטיפול מידי	הנחיות לשיפור	ההיגד בכלי הבקרה
	✓				<p>12.2. העו"ס מקפידות על רישום אך מאחר והמידע הסוציאלי אינו חסוי, ההמלצות לשחרור אינן מועברות כחלק מהתוכנה למכתב השחרור ועל כן נמנעים מכך בכדי לשמור על מידע חסוי.</p> <p>יש לציין שחלק מהמידע אינו מופיע ברישום הסוציאלי והעו"ס עדיין רושמת אותו מחוץ לתוכנה ובקלסר ובכך יכולים לפספס מעקב אחרי חולים חוזרים עם בעיות מיוחדות. יש להסדיר תשתית מחשובית בהתאם.</p>	<p>12.2. הרשומה כוללת הערכה, סיכום טיפול והמלצות לשחרור</p>
	✓				<p>12.5. הרשומה הסוציאלית פתוחה לכל הצוות ולכן מידע חסוי נרשם מחוץ לתוכנה ומאוחסן בקלסר בשירות הסוציאלי. יש לדאוג לתשתית מחשבית שבה תישמר אופציה לרישום חסוי.</p>	<p>12.5. סודיות רפואית של רשומה סוציאלית</p>
<b>21. קלינאות תקשורת</b>						
<b>פרק 1 - המשאב האנושי/ פריסת השירות</b>						



לטיפול תוך שנה מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 6 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 3 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך שבועיים מיום פרסום דוח זה	לטיפול מידי	הנחיות לשיפור	ההיגד בכלי הבקרה
✓					1.1.1. יש מקום להרחיב שירות אמבולטורי בתחומי השמיעה השפה הדיבור האוכלוסייה המטופלת באזור בפריפריה. לדוגמא: תינוקות שנולדו בפוריהו שזקוקים לאבחון שמיעה לא יכולים לקבל מענה בבית החולים.	1.1.1. קיים כיסוי בהסדר קבוע במכונים ומרפאות
		✓			1.2. יש צורך להגדיל את משאבי כוח האדם של קלינאי התקשורת על מנת שיוכלו לתת שירות בכלל מחלקות בית החולים באופן סדיר ובאופן שיענה על הצרכים.	1.2. קיים כיסוי בהסדר קבוע במחלקות אשפוז
		✓			1.4. יש צורך להסדיר את היעוץ במחלקות ולהקצות משאבים מיוחדים לכך ולא על חשבון המשאב המוגבל שמוקצה למחלקת השיקום.	1.4. קיים שירות סדיר ליועצים במחלקות בית החולים לפי קריאה
		✓			1.5. יש למנות קלינאי תקשורת מנהל שירות אשר קלינאי התקשורת יהיו כפופים לו מקצועית.	1.5. ישנה כפיפות מקצועית למנהל שירות קלינאיות תקשורת
		✓			1.9. יש למנות קלינאי תקשורת כמנהל השירות המקצועי. הוא יהיה כפוף, כמקובל, להנהלה ויוכל לקדם את השירות התחום לטובת מטופלי בית החולים.	1.9. ישנה כפיפות מקצועית של מנהל שירות קלינאות תקשורת להנהלת בית החולים





לטיפול תוך שנה מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 6 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 3 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך שבועיים מיום פרסום דוח זה	לטיפול מידי	הנחיות לשיפור	ההיגד בכלי הבקרה
<b>פרק 2 - זמינות ונגישות השירות</b>						
		✓			2.9. יש להקצות משאבים ליעוצים של קלינאי תקשורת בכלל מחלקות בית החולים, מחלקות הפנימיות, טיפול נמרץ, טיפול נמרץ לב, ילדים, פגיה.	2.9. משך זמן המתנה מקסימלי ליעוץ במחלקות (בממוצע)
	✓				2.10. יש להרחיב ולפתח את השירות בתחום קלינאות התקשורת. באשפוז: הקצאת משאבים נוספים למחלקת השיקום, הקצאת משאבים לקידום היעוץ בכלל מחלקות בית החולים: פנימיות, טיפול נמרץ, טיפול נמרץ לב, ילדים, פגיה. ובשירות האמבולטורי: הקמת שירות בתחום השמיעה, ושילוב קלינאי תקשורת במרפאות כמו: בליעה ופה ולסת.	2.10. זמינות השירות מותאמת לאוכלוסיית המטופלים באופן מלא
<b>פרק 3 - סביבה טיפולית</b>						
✓					3.2. יש מקום לאפשר גם מרחב לטיפול קבוצתי בתוכנית הבינוי של המחלקה החדשה	3.2. קיים חדר טיפול מותאם לטיפול קבוצתי



לטיפול תוך שנה מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 6 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 3 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך שבועיים מיום פרסום דוח זה	לטיפול מידי	הנחיות לשיפור	ההיגד בכלי הבקרה
		✓			3.11. יש להתאים את חדר הטיפול של קלינאית התקשורת במחלקת השיקום כך שפתח החדר יהיה מתאים למעבר של כסא גלגלים בנוחות.	3.11. מתחם השירות נגיש לבעלי מוגבלויות
		✓			3.12. בשל מיקום חדרה של קלינאית התקשורת בקומה השנייה, יש צורך בעזרה בשינוע מטופלים אליה, במיוחד במצבים בהם מטופלים מסרבים להגיע לקומה השנייה.	3.12. ישנו מערך לשינוע חולים
<b>פרק 4 - כלים וציוד</b>						
		✓			4.3. יש צורך לצייד את קלינאית התקשורת במחלקת השיקום באמצעים: הבאיספ אייפדים, מערכת ממוחשבת להכנת לוחות תקשורת ומדפסת.	4.3. חדרי הטיפול מצוידים בכלי עזר לטיפול בשפה ודיבור ומותאמים לגילאים השונים
<b>פרק 5 - רישום תיעוד ודיווח</b>						
	✓				5.3. יש צורך במערכת ממוחשבת אשר תאפשר שכל דוח וסיכום טיפול של קלינאי תקשורת יעברו למכתבי השחרור ויהיו חלק מההמלצות הרפואיות להמשך הטיפול	5.3. קיים דוח הערכה ואבחון כולל אנמנזה והמלצות



לטיפול תוך שנה מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 6 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 3 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך שבועיים מיום פרסום דוח זה	לטיפול מידי	הנחיות לשיפור	ההיגד בכלי הבקרה
	✓				5.11. המערכת הממוחשבת אינה עונה על הצרכים. יש צורך במערכת אשר תאפשר העברת מידע מעודכן וישיר גם של מקצועות הבריאות, כך שהמלצותיהם הרלוונטיות יועברו לדוח השחרור של המטופל.	5.11. קיים רישום בתוכנה ממוחשבת
<b>פרק 6 - ניהול השירות</b>						
		✓			6.2. יש צורך למנות קלינאי תקשורת לניהול התחום לקידומו ולפיתוחו. ובמסגרת זו ניתן יהיה להכין תוכניות עבודה שנתיות.	6.2. קיימת תכנית עבודה שנתית
		✓			6.3. יש צורך למנות קלינאי תקשורת כמנהל השירות בבית החולים. במסגרת זו ניתן יהיה לקיים תוכניות מקצועיות לקבלת עובדים חדשים.	6.3. קיימת תכנית לקבלת עובד חדש
		✓			6.4. יש צורך במינוי קלינאי תקשורת מנהל שירות. במסגרת תפקידו יוכל לקיים העאכות תקופתיות ומובנות לקלינאי התקשורת תוך התייחסות רחבה לכלל תפקודם ובמיוחד לתפקודם בתחום המקצועי.	6.4. ישנה הערכה תקופתית מובנית לעובד



לטיפול תוך שנה מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 6 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 3 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך שבועיים מיום פרסום דוח זה	לטיפול מידי	הנחיות לשיפור	ההיגד בכלי הבקרה
		✓			6.5. יש צורך למנות קלינאי תקשורת מנהל שירות. במסגרת תפקידו יקדם ויפתח תהליכי בקרה על השירות בתחומי המקצוע.	6.5. פיתוח וביצוע של תהליכי בקרה
		✓			6.6. ראה הנחייה קודמת	6.6. קיום בקרה על הרשמה
		✓			6.7. מינוי של קלינאי תקשורת מנהל שירות יביא לתיקון לקוי זה	6.7. יזום פרויקטים לקידום השירות
		✓			6.7. מינוי של קלינאי תקשורת מנהל שירות אשר בין תפקידיו יהיה : קידום השירות לטובת האוכלוסייה אותה משרת בית החולים.	6.7. יזום פרויקטים לקידום השירות
		✓			6.8. בניית מערך הדרכה מקצועית לקליטת עובד חדש יהיה בין התפקידים של קלינאי תקשורת מנהל שירות.	6.8. קיימת הדרכה שוטפת לעובד חדש למשך שנה לפחות
<b>פרק 7 - פיתוח מקצועי</b>						
		✓			7.1. יש מקום לשתף קלינאי תקשורת בישיבות ההנהלה החולים	7.1. ישנה השתתפות בישיבות רב צוותיות של בית החולים
		✓			7.4. יש צורך למנות מנהל שירות של תחום קלינאות התקשורת ולאפשר לו להשתתף בקורס לניהול.	7.4. השתתפות צוות בכיר בקורסי ניהול



לטיפול תוך שנה מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 6 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 3 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך שבועיים מיום פרסום דוח זה	לטיפול מידי	הנחיות לשיפור	ההיגד בכלי הבקרה
✓					7.5. יש מקום לשתף את קלינאי התקשורת במחקרים בתחומם. הרחבת השירות ומינוי מנהל שירות יקדמו את התחום בבית החולים גם בהיבט הזה.	7.5. השתתפות הצוות במחקר
✓					7.6. יש מקום להרחבת השירות בתחומי המקצוע ולהפיכת התחום לשדה קליני להכשרה של סטודנטים, לטובת קידום השירות.	7.6. קיימת הדרכת סטודנטים
<b>פרק 9 - רצף טיפול</b>						
	✓				9.1. במסגרת הרחבת השירות והאפשרות למענה שיעמוד בדרישות ובצרכים, יש לבנות תהליכים מובנים למתן שירות של יעוץ לכלל מחלקות בית החולים על ידי קלינאי תקשורת	9.1. קיים מידע על תפקיד היעוץ של קלינאי התקשורת והתווייתו
	✓				9.2. ראה הנחייה לעיל	9.2. קיימים תהליכים מובנים של העברת המידע ממחלקות בית החולים לקלינאי התקשורת ומקלינאי התקשורת למחלקה
	✓				9.3. יש צורך לשרף את התיעוד במערכת הממוחשבת.	9.3. קיימת רשומה של קלינאי התקשורת בתיק החולה הנדרש ליעוץ



לטיפול תוך שנה מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 6 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 3 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך שבועיים מיום פרסום דוח זה	לטיפול מידי	הנחיות לשיפור	ההיגד בכלי הבקרה
		✓			9.4. המלצות קלינאית התקשורת קיימות במכתב השחרור ההמלצות של קלינאית התקשורת הרלוונטיות והמעודכנות יופיעו במכתבי הסיכום של החולים המשתחררים מהמחלקות.	
<b>22. ריפוי בעיסוק</b>						
<b>פרק 1 – המשאב האנושי/פריסת השירות</b>						
					1.3. מומלץ לבחון את שילוב שרות ריפוי בעיסוק במרפאות ומכונים נוספים בבית החולים	1.3. קיים כיסוי מלא בהסדר קבוע במכונים ומרפאות
✓					1.4. מומלץ למצוא דרך לאיוש קבוע של מרפאים בעיסוק במחלקת הפנימיות, להערכה ראשונית של מטופלים שונים ובמיוחד של מי שעברו אירוע מוחי, כחלק מתהליך ההחלטה על המשך השיקום שלהם.	1.4. קיים כיסוי מלא בהסדר קבוע במחלקות אשפוז
<b>פרק 2 – זמינות השרות</b>						
					2.3. מומלץ להבנות רשימת הנחיות להפניה לריפוי בעיסוק בכלל מחלקות בית החולים.	2.3. קיים מערך הפנייה לריפוי בעיסוק בהתאם להתוויות
✓						



לטיפול תוך שנה מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 6 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 3 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך שבועיים מיום פרסום דוח זה	לטיפול מידי	הנחיות לשיפור	ההיגד בכלי הבקרה
✓					2.4. מומלץ לתגבר את צוות הריפוי בעיסוק כך שניתן יהיה לתת מענה מהיר לפניית הממחלקות האקוטיות	2.4. משך זמן המתנה ממוצע ליעוץ במחלקות אקוטיות
<b>פרק 3 – תשתיות רב"ע בבית החולים</b>						
		✓			3.2. חדר פנאי ממוקם בקומה שניה ודורש העלאת מטופלים במעלית. החדר לא מנוצל דיו. יש למצוא דרך לשינוע המטופלים בצורה יעילה ולהבטיח ניצול מיירבי של החדר והמשאבים המצויים בו.	3.2. דרכי ההגעה ומרחבי הטיפול נגישים. המצאות שירותי הנכים בסמוך
		✓			3.3. על דלתות חדרי הטיפול רשום ריפוי בעיסוק בעברית. יש להנגיש לשונות את השילוט. מומלץ להוסיף שילוט רב לשוני מהכניסה למחלקת שיקום ובמסדרונות.	3.3. שילוט לשירות הריפוי בעיסוק - נגיש, ובהנגשה לשונית.
		✓			3.6. רק חלק מהרשומה מתנהל במחשב. יש לשפר את הרשומה הרפואים כך שכל כולה תהיה ממוחשבת ותאפשר תקשורת רב מקצועית.	3.6. הרשומה קיימת בתיק ממוחשב
		✓			3.7. יש לשפר את הרשומה ברמת התוכנה	3.7. ריפוי בעיסוק מופיע בתיק אחד, המידע נגיש לכל אנשי הצוות ומהווה אמצעי תקשורת



לטיפול תוך שנה מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 6 חדשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 3 חדשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך שבועיים מיום פרסום דוח זה	לטיפול מידי	הנחיות לשיפור	ההיגד בכלי הבקרה
		✓			3.8. הרשומה הרפואים בריפוי בעיסוק ממוחשבת בחלקה. יש לשפר את התוכנה	3.8. התיק הממוחשב ועמדות המחשב זמינים ונגישים
			✓		3.9. שטחי הטיפול אינם עומדים בדרישות. עד לבנית מרכז שיקום חדש מומלץ לארגון את הריהוט והאמצעים בתוך החדרים כדי לנצל את נמקום לרווחת המטופלים	3.9. שטחי הטיפול לשירות הריפוי בעיסוק תואמים את הנחיות התכנון ליחידות ריפוי בעיסוק במסגרות הטיפול השונות 2010
<b>פרק 4 – סביבה טיפולית (ציוד, ארגון, תחזוקה)</b>						
	✓				4.2. יש להוסיף ציוד לשרות ריפוי בעיסוק ובמיוחד ציוד טכנולוגי מתקדם.	4.2. קיימים כלים / אביזרים לטיפול פרטני וקבוצתי
	✓				4.3. קיימים אמצעי עזר לתרגול BADL. אנו אמצעים מתקדמים ומתחום הטכנולוגיה המסייעת. מומלץ להצטייד	4.3. קיימים אמצעי עזר מותאמים וטכנולוגיה מסייעת (לרבות אביזרי עזר לשיקום וניידות)
		✓			4.4. אמצעי הטיפול מותאמים למטופלים, מרביתם נמצאים בשימוש זמן רב. מומלץ "לרענן" את האמצעים - לנקות, לצבוע ולחדש.	4.4. הציוד ואמצעי הטיפול עדכניים, מתחדשים מעת לעת ומתאימים לתמהיל המטופלים בבית החולים
			✓		4.5. קיים מחשב ואין אמצעים טכנולוגיים נוספים. מומלץ להצטייד וטאבלטים.	4.5. קיימים מחשבים ואמצעים טכנולוגיים נוספים לשרות המטופלים ברשת נפרדת





לטיפול תוך שנה מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 6 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 3 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך שבועיים מיום פרסום דוח זה	לטיפול מידי	הנחיות לשיפור	ההיגד בכלי הבקרה
	✓				4.6. הריהוט בעיקרו נהינו אוסף של רהיטים שמוקמו בחדרי ריפוי בעיסוק. למעט מיטות הטיפול ושולחן מתכוונן. מומלץ לרענן את הריהוט, לרכוש או לייצר ריהוט יעודי לצרכי המכון.	4.6. קיים ריהוט מותאם / ארגונומי
<b>פרק 5 – רשומה רפואית, רישום תיעוד ודיווח</b>						
		✓			5.6. קיים בשיקום, לא קיים במסגרות אחרות. מומלץ ליישם בכל המחלקות בהן ניתן שרות ריפוי בעיסוק	5.6. דוח סיכום האשפוז כולל לפחות אזכור להתערבות הריפוי בעיסוק והפנייה להמשך טיפול בקהילה כשרלוונטי
<b>פרק 7 – פיתוח מקצועי</b>						
✓					7.6. מומלץ ליזום השתתפות במחקרים ופרסומים	7.6. השתתפות צוות המרפאים בעיסוק במחקר
			✓		7.7. המרפאים בעיסוק חברות בועדת רשומה ופעילות בפורום מקצועות הבריאות, מומלץ לשלב מרפאים בעיסוק בועדות נוספות בבית החולים ובמיוחד בכל הקשור להגבלת מטופלים.	7.7. מרפא בעיסוק משתתף בוועדות בבית החולים / תפקידים נוספים
<b>פרק 8 – עבודה לפי נהלים</b>						
	✓				8.1. יש להמשיך ולכתוב נהלים פנימיים	8.1. קיים תהליך לכתיבת נהלים פנימיים
<b>23. פסיכולוגיה</b>						
<b>פרק 1 - היקפי השירות</b>						



ההיגד בכלי הבקרה	הנחיות לשיפור	לטיפול מידי	לטיפול תוך שבועיים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 3 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 6 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך שנה מיום פרסום דוח זה
1.1. קיים כיסוי בהסדר קבוע בכל מחלקות האשפוז	1.1. הכנסת פסיכולוגים למחלקות					✓
1.2. קיים כיסוי בהסדר קבוע בכל המרפאות והמכונים	1.2. הכנסת פסיכולוגים למכונים השונים					✓
1.3. קיימים שירותי ליאזון פסיכולוגיים קבועים במחלקות	1.3. צורך מידי בהכנסת פסיכולוגים ובניית מערך ייעוץ פסיכולוגי בביה"ח, ראשית עפ"י צורך ובהמשך קבוע					✓
1.4. קיימים שירותי ליאזון פסיכולוגיים על פי הצורך במחלקות	1.4. נדרש להכניס פסיכולוגים לביה"ח לשירותי ליאזון על פי צורך במחלקות ובמכונים השונים, באופן מידי				✓	
1.5. כיסוי המדריכים ביחס למקבלי ההדרכה תקין	1.5. בשלב זה קיים פסיכולוג אחד בביה"ח, חשוב לאפשר לו התייעצות עם פסיכולוג מדריך רפואי מחוץ לביה"ח.			✓		
1.6. השירות הפסיכולוגי מאורגן היטב	1.6. לא קיים שירות פסיכולוגי עדיין. יש לבנותו.					✓
<b>פרק 2 - תשתיות</b>						
2.3. השילוט ברור ובוטט	2.3. אין עדיין שילוט בחדר. לדברי הפסיכולוג יטופל לבקשתו.				✓	
2.4. הריהוט מותאם לחדר הטיפול (שתי כורסאות ושולחן נמוך)	2.4. החדר מותאם בחלקו. החדר משרת גם רופא והפסיכולוג התאים אותו לצרכים פסיכולוגיים כהבנתו. ויכולתו.					✓
2.7. בחדר לחצן מצוקה לשימוש הפסיכולוג במצבי חירום	2.7. לדברי הפסיכולוג הדבר נמצא כבר בטיפול			✓		



לטיפול תוך שנה מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 6 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 3 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך שבועיים מיום פרסום דוח זה	לטיפול מידי	הנחיות לשיפור	ההיגד בכלי הבקרה
<b>פרק 3 - משכי המתנה לטיפול</b>						
✓					3.3. במכון האונקולוגי שרק בו יש פסיכולוג יש עתות של עומס בהן ההמתנה אורכת מעל שבוע.	3.3. זמן המתנה ממוצע של חולה דחוף לטיפול פסיכולוגי
<b>פרק 4 - מסגרות איבחון וסוגי טיפול</b>						
✓					4.3. הטיפול מתקיים על פי שיקול דעתו המקצועית של הפסיכולוג והאפשרויות העומדות כיום לרשותו כפסיכולוג יחיד.	4.3. טיפול משפחתי
✓					4.4. בכוונת הפסיכולוג לפתח בהמשך קבוצות במערך הפסיכולוגי, בהתאם לאפשרויותיו.	4.4. טיפול קבוצתי
✓					4.12. נעשות הערכות באופן חלקי בהתאם לאפשרויות, לא נעשים אבחונים	4.12. אבחון והערכה קלינית
✓					4.13. לא חלק מעבודת הפסיכולוג כיום	4.13. אבחון והערכה שיקומית
✓					4.14. אין פסיכולוגיה התפתחותית בבית"ח	4.14. אבחון והערכה התפתחותית
<b>פרק 5 - איכות הרשומה</b>						
		✓			5.5. תוכנית הטיפול לא בהכרח נקבעת בקבלה. חשוב לתעד בעת שנקבעת ו/או לתעד כי לא נקבעה תוכנית טיפול	5.5. תיעוד תכנית טיפולים שנקבעה בקבלה



לטיפול תוך שנה מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 6 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 3 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך שבועיים מיום פרסום דוח זה	לטיפול מידי	הנחיות לשיפור	ההיגד בכלי הבקרה
		✓			5.7. אמנם אבחנה פסיכיאטרית אינה בהכרח רלוונטית לטיפול באדם על רקע מחתו הגופנית, אולם נדרש לתת אבחנה הנשענת על התגובה הנפשית למחלת הגופנית של האדם, ובמידה וקיימת גם פסיכופתולוגיה נפשית יש לציין (חשוב לרצף הטיפול ולשיח/קשר הבין מקצועי)	5.7. תיעוד אבחנה
		✓			5.11. חשוב להקפיד על התיעוד.	5.11. תיעוד הפניות המטופל לתחומי מקצוע נוספים
		✓			5.13. חשוב להקפיד על תיעוד	5.13. תיעוד סיכום מחלה
<b>פרק 6 - פיתוח מקצועי</b>						
✓					6.1. הפסיכולוג משייבות צוות קבועות משתתף בחלק מהשיבות. שינוי יהיה אפשרי רק כאשר הצוות הפסיכולוגי יגדל	6.1. מתקיימות ישיבות צוות קבועות
	✓				6.2. העומס על הפסיכולוג, כפסיכולוג יחיד מציב אותו בפני צורך לנוכחות מרבית בבית"ח ולכן ממעט לצאת להשתלמויות. יש צורך בהוספת פסיכולוגים.	6.2. מתקיימות השתלמויות חיצוניות
✓					6.3. לא רלוונטי עדיין - פסיכולוג יחיד	6.3. מתקיימות השתלמויות פנימיות
	✓				6.4. יש לקלוט פסיכולוגים ולהבנות את התהליך.	6.4. קיים הליך מובנה לקליטת עובד חדש



לטיפול תוך שנה מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 6 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 3 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך שבועיים מיום פרסום דוח זה	לטיפול מידי	הנחיות לשיפור	ההיגד בכלי הבקרה
	✓				6.7. לא מתאפשר במצב של פסיכולוג יחיד. יש לקלוט פסיכולוגים נוספים ואז גם לשלבם במחקר	6.7. קיים עיסוק במחקר מדעי
✓					6.8. כאשר יהיו עוד פסיכולוגים יובנו בקרות פסיכולוגיות לכך.	6.8. מתבצעות בקרות רשומה מתועדות למטפלים
	✓				6.9. רצוי שתהיה נגישות לאתרי ממדע מקצועיים פסיכולוגים	6.9. קיימת ספריה מקצועית ונגישות לאינטרנט
<b>24. ניקוי וחיטוי מכשירים אנדוסקופים - מרפאה/מכון - אר/אוזן/גרון</b>						
<b>פרק 1 - ניקוי וחיטוי סקופים החודרים לחללי גוף שאינם סטרילים</b>						
			✓		1.11. יש להשתמש ע"פ נוהל 50/2013 מעוקרים או מסוננים במים מסוננים או מעוקרים בטיפול בסקופים.	1.11. המכשיר נשטף במים מעוקרים או מסוננים במסנן בגודל חללים 0.1-0.2 מיקרון.
<b>פרק 2 - שלב ב', הניקוי הידני</b>						
	✓				2.1. יש להפריד חדר בדיקה מחדר שטיפה ואחסון סקופים. נדרש בינוי ותכנון. ע"פ נוהל 50/2013.	2.1. הניקוי מבוצע בחדר נפרד מחדר הפעולה
	✓				2.2. יש לדאוג ל-10 החלפות אויר בשעה מתוכם 2 של אויר חצ' לטובת בריאות הצוות המטפל. יש לבצע בינוי במקום.	2.2. קיימות לפחות עשר תחלופות אויר בחדר בשעה (מהן 2 עם אוויר צח)
<b>פרק 3 - חיטוי ברמה גבוהה במכונה ואחסון</b>						



ההיגד בכלי הבקרה	הנחיות לשיפור	לטיפול מידי	לטיפול תוך שבועיים פרסום דוח זה	לטיפול תוך 3 חודשים פרסום דוח זה	לטיפול תוך 6 חודשים פרסום דוח זה	לטיפול תוך שנה פרסום דוח זה
3.21. אחסון בארון עם ייבוש אקטיבי	3.21. יש לאחסן את הסקופים ע"פ הנחיות נוהל 50/2013 בארון ייעודי או ארון ייעודי ומבוקר. נדרש רכש.				✓	
3.23. אחסון באזור נפרד מחדר ניקוי/חדר פעולות?	3.23. יש לאחסן את הסקופים בחדר נפרד מחדר השטיפה וחדר הטיפולים, ע"פ הנחיות בנוהל 50/2013. נדרש תכנון ובינוי.				✓	
<b>פרק 5 - אישורי אמ"ר</b>						
5.1. קיים אישור אמ"ר לחומר החיטוי	5.1. יש להזיק אישורי החומרים והציוד במחלקה.		✓			
5.2. קיים אישור אמ"ר למכונות הניקוי/ חיטוי	5.2. יש להזיק אישורי החומרים והציוד במחלקה.		✓			
<b>25. ניקוי וחיטוי מכשירים אנדוסקופים - מרפאה/מכון - לב</b>						
<b>פרק 2 - שלב ב', הניקוי הידני</b>						
2.1. הניקוי מבוצע בחדר נפרד מחדר הפעולה	2.1. יש לבצע ניקוי בחדר אחר מחדר הבדיקה.. נדרש בינוי.				✓	
2.2. קיימות לפחות עשר תחלופות אויר בחדר בשעה (מהן 2 עם אוויר צח)	2.2. יש לוודא 10 החלפות אויר מתוכם 2 של אויר צח בחדר שטיפה לטובת הגנה על הצוות. נדרש בינוי.				✓	
2.5. הכיור לרחצת הידיים נפרד מהכיור לרחצת מכשירים	2.5. יש לבנות כיור במקום. נדרש בינוי.				✓	
<b>פרק 3 - חיטוי ברמה גבוהה במכונה ואחסון</b>						



לטיפול תוך שנה מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 6 חדשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 3 חדשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך שבועיים מיום פרסום דוח זה	לטיפול מידי	הנחיות לשיפור	ההיגד בכלי הבקרה
		✓			3.21. יש לוודא שמירה על הסקופ בארון ע"פ הנחיות הספק ונוהל 50/2013	3.21. אחסון בארון עם ייבוש אקטיבי
	✓				3.23. יש לוודא רכש ושמירה על הסקופ בארון ע"פ הנחיות הספק ונוהל 50/2013	3.23. אחסון באזור נפרד מחדר ניקוי/חדר פעולות ?
<b>פרק 4 - מיגון הצוות המטפל במכשור/בטיחות</b>						
				✓	4.2. יש לוודא לבישת סינור מגן לצוות ע"מ למנוע גם העברת זיהומים למטופל אחר.	4.2. הצוות לובש סינור מגן / חלוק מגן
				✓	4.4. יש לוודא מיגון עם מסיכת פנים לטובת איש הצוות.	4.4. הצוות לובש מסכה כירורגית
<b>פרק 5 - אישורי אמ"ר</b>						
				✓	5.1. יש לוודא הימצאות אישורי אמ"ר תקפים במחלקה. לא הוצגו עד סוף הבקרה.	5.1. קיים אישור אמ"ר לחומר החיטוי
				✓	5.2. יש לוודא הימצאות אישורי אמ"ר תקפים במחלקה. לא הוצגו עד סוף הבקרה.	5.2. קיים אישור אמ"ר למכונות הניקוי/ חיטוי
<b>פרק 6 - שינוע</b>						
				✓	6.3. יש לציין בנהל ולחתום על ביצוע נקיון בין הפעולות.	6.3. המארז הייעודי לשינוע אנדוסקופים נקיים עובר ניקוי תקופתי בין שינועים



לטיפול תוך שנה מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 6 חדשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 3 חדשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך שבועיים מיום פרסום דוח זה	לטיפול מידי	הנחיות לשיפור	ההיגד בכלי הבקרה
				✓	6.5. יש לציין בנוהל ולחתום על ביצוע נקיון בין הפעולות.	6.5. המארג הייעודי לשינוע אנדוסקופים מלוכלכים עובר ניקוי וחיטוי לאחר כל שינוע
<b>פרק 7 - תיעוד</b>						
			✓		7.1. יש לנהל ולהציג מחברת מעקב.	7.1. קיים תאריך ניקוי וחיטוי אחרון על כל סקופ
			✓		7.2. יש לבדוק הנחיות תיעוד לגבי המחלקה ולוודא הימצאות מחברת עם פרטי המטופל והמכשיר בו טופל.	7.2. קיים תיעוד המאפשר איתור מטופל לפי המכשיר בו התבצע אבחון (בחשד להתפרצות מחלות)
<b>26. ניקוי וחיטוי מכשירים אנדוסקופים - גסטרו</b>						
<b>פרק 1 - ניקוי וחיטוי סקופים החודרים לחללי גוף שאינם סטרילים</b>						
				✓	1.2. יש לוודא בסיום התהליך הראשוני של הניקוי בחדר הבדיקה שאיבת האדונוזין מהכוסית.	1.2. ניגוב חיזוני מתבצע עם פד גזה טבול בדטרגנט אנזימתי
				✓	1.3. יש לבצע ע"פ נוהל 50/2013 הזרקה של דטרגנט ע"מ למנוע הידבקות של חומר אורגני לתעלות.	1.3. דטרגנט אנזימתי מוזרק לתעלות באורך זמן שנקבע לפי הוראות היצרן
			✓		1.4. יש לוודא העברת סקופ במיכל העברה ייעודי לסגור לחדר השטיפה במכון.	1.4. הסקופ מועבר במיכל העברה ייעודי
		✓			1.5. יש למצוא נתיב בטיחותי להעברת הסקופ או במיכל ייעודי ע"פ נוהל 50/2013.	1.5. הסקופ מועבר בנתיב בטיחותי שאינו מהווה סיכון זיהומי למטופלים





לטיפול תוך שנה מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 6 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 3 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך שבועיים מיום פרסום דוח זה	לטיפול מידי	הנחיות לשיפור	ההיגד בכלי הבקרה
			✓		1.6. יש לרכוש מיכל העברה ייעודי או למצוא באס"מ ביה"ח מיכל מתאים.	1.6. הסקופ מועבר במיכל סגור כאשר אין יציאה מחדר הפעולה ישירות לחדר ניקוי
<b>פרק 2 - שלב ב', הניקוי הידני</b>						
	✓				2.2. יש לדאוג לבריאות הצוות ולדאוג ל-10 החלפות אוויר בחדר השטיפה כאשר 2 מתוכם של אוויר צח. הערה חוזרת מבקרה קודמת.	2.2. קיימות לפחות עשר תחלופות אוויר בחדר בשעה (מהן 2 עם אוויר צח)
			✓		2.3. יש לרשום מלבד הפרדה מוחלטת בין אדם על אזור נקי/מלוכלך.	2.3. קיימת בחדר הפרדה מוחלטת בין אזור נקי ומלוכלך
		✓			2.5. יש ללייעד כיוור הדיים נפרד מהכיוור לרציפת ידי הצוות ע"פ נוהל 50/2013, נצפו 2 כיוורים אשר משמשים לניקוי ונשאלת השאלה אם שניהם בשימוש במקביל...במידה ולא, נדרש בינוי ותוספת כיוור.	2.5. הכיוור לרציפת הידיים נפרד מהכיוור לרציפת מכשירים
<b>פרק 3 - חיטוי ברמה גבוהה במכונה ואחסון</b>						
			✓		3.7. יש להציג לוודא שמי השטיפה ע"פ הסטנדרטים המתבקשים של 0.1- 0.2 מיקרון.	3.7. מי השטיפה במכונה הם מים מעוקרים או מסוננים במסנן 0.1-0.2 מיקרון
		✓			3.8. יש לתעד ולהציג החלפת פילטרים במכונה ע"פ התקנים והוראות יצרן.	3.8. בקרת איכות מי השטיפה והחלפת הפילטרים מתועדת



ההיגד בכלי הבקרה	הנחיות לשיפור	לטיפול מידי	לטיפול תוך שבועיים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 3 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 6 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך שנה מיום פרסום דוח זה
3.16. אנדוסקופים מחוטאים ויבשים מאוחסנים בארון הממוקם בנפרד מאזור הניקוי ומחדר הפעולות.	3.16. יש להוציא את ארון הייבוש ממחסן ציוד הרפואי.				✓	
3.20. קיים נוהל הקובע את תדירות ניקוי ארון האחסון	3.20. יש לכתוב נוהל מוסדי/מחלקתי לטובת ניקוי ארון אחסון הסקופים. כמו כן נצפה לכלוך חשוד בצבע חום בצורת טיפות על המתלים בארון. נמסר במידי לצוות ולמלווים.	✓				
<b>פרק 4 - מיגון הצוות המטפל במכשור/בטיחות</b>						
4.3. הצוות מרכיב משקפי מגן/ מגן פנים	4.3. יש לוודא שימוש במשקפי מגן תקינים ולא רק במשקפיים אישיות של הצוות בזמן ניקוי ושטיפת המכשור.	✓				
4.4. הצוות לובש מסכה כירורגית	4.4. יש ללבוש מסכות מגן ע"פ המצוין בנוהל 50/2013.	✓				
<b>פרק 5 - אישורי אמ"ר</b>						
5.1. קיים אישור אמ"ר לחומר החיטוי	5.1. יש להציג אישורי אמ"ר פיזית ולעקוב אחר תוקפם ולא להסתפק בכך שהם אמורים להיות ברכש/לוגיסטיקה		✓			
5.2. קיים אישור אמ"ר למכונות הניקוי/ חיטוי	5.2. יש להציג אישורי אמ"ר פיזית ולעקוב אחר תוקפם ולא להסתפק בכך שהם אמורים להיות ברכש/לוגיסטיקה		✓			



לטיפול תוך שנה מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 6 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 3 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך שבועיים מיום פרסום דוח זה	לטיפול מידי	הנחיות לשיפור	ההיגד בכלי הבקרה
<b>פרק 6 - שינוע</b>						
			✓		6.2. מומלץ לשלט את עגלת השינוע בנקי/מזוהם בזמן שינוע סקופים מחוץ למכון.	6.2. קיים מארז שינוע ייעודי לאנדוסקופים נקיים
			✓		6.4. מומלץ לשלט את עגלת השינוע בנקי/מזוהם בזמן שינוע סקופים מחוץ למכון.	6.4. קיים מארז שינוע ייעודי לאנדוסקופים מלוכלכים
<b>27. דיאליזה</b>						
<b>פרק 2 - פיתוח מקצועי</b>						
		✓			2.2. יש לדאוג להוציא את הצוות הסיעודי להשתלמויות וימי עיון לפחות פעמיים בשנה.	2.2. קיימים דיווחים על יציאת אחים/יות להשתלמויות/ימי עיון/לימודים מחוץ לביה"ח / מרפאה (לפחות 2 ימי עיון בשנה לעובד)
<b>פרק 5- רשומות</b>						
מיחשוב						
✓					5.1. יש לדאוג למחשוב התיק הרפואי.	5.1. קיימת רשומה ממוחשבת
✓					5.2. יש לדאוג לממשק של מכונת הדיאליזה לתיק הרפואי הממוחשב	5.2. קיים ממשק תיק חולה למכונת הדיאליזה
קבלה - רשומה רפואית						
				✓	5.10. יש להקפיד על רישום הנפרולוג נותן ההוראה. לפי התיעוד ברשומה הרפואית אין מעורבות של הרופא הנפרולוג ברוב המקרים בטיפול בחולה, אלא חתימה על ההתערבות של הרופא בדיאליזה.	5.10. קיימת חתימה של נפרולוג על קבלה רפואית / או הערת קבלה



לטיפול תוך שנה מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 6 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 3 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך שבועיים מיום פרסום דוח זה	לטיפול מידי	הנחיות לשיפור	ההיגד בכלי הבקרה
מעקב						
				✓	5.16. יש לרשום במעקב הרפואי של המטופל, עם איזה נפרולוג היתה ההתייעצות ומי היה הרופא הנפרולוג שהחליט על ההוראה / שינוי הטיפול בחולה.	5.16. קיים דיווח רפואי אחת לחודש ע"י נפרולוג כולל התייחסות לתוצאות בדיקות דם ושינויים בטיפול התרופתי
				✓	5.18. יש להקפיד על דיווח מתאים לתאריך של שינוי ההוראה, וכן הוראה בזמן מדוייק, (לא הוראה כללית כמו פעם בחודש)	5.18. קיימת הלימה בין ההוראה הרפואית לבין הדיווח הרפואי
<b>פרק 6 – חיסונים</b>						
	✓				6.1. יש לדאוג לאישורים של קבלת חיסון למטופלים משאר הקופות (למעט כללית המדווחת)	6.1. קיים תיעוד על המטופלים בנושא חיסון לשפעת עונתית שנתי (חוזר "הערכות לחורף")
	✓				6.2. יש לקבל דיווח מקופות החולים על חיסון לדלקת ריאות ולעודד את המטופלים לחיסון.	6.2. קיים תיעוד על המטופלים שחוסנו לדלקת ריאות
	✓				6.3. יש לתעד את המטופלים המסרבים לחיסוני חורף	6.3. קיים תיעוד על המטופלים שמסרבים לקבלת החיסון
<b>פרק 7 – ניהול הטיפול התרופתי</b>						
תשתיות						
		✓			7.5. לקבלת כל התרופות הניתנות למטופל בדיאליזה במרוכז, (כולל זמפלר) מקופת חולים כללית, וכן משאר הקופות.	7.5. קיימת אספקת תכשירי ברזל וארטירופיטין מכל קופות החולים בצורה מרוכזת



לטיפול תוך שנה מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 6 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 3 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך שבועיים מיום פרסום דוח זה	לטיפול מידי	הנחיות לשיפור	ההיגד בכלי הבקרה
רישום הוראה לטיפול תרופתי						
			✓		7.6. יש לחדד את תאריך מתן התרופה (למשל בדיאליזה הראשונה של תחילת החודש, וכו')	7.6. בהוראה לטיפול תרופתי מופיע שם התכשיר, במלואו (חוזר מינהל הסיעוד "ניהול הטיפול התרופתי" מס' 53 משנת 2003) הכולל מינון ודרך מתן, תדירות, ובאותיות דפוס לועזיות, חתימה וחותמת רופא
<b>פרק 10 – תשתיות אולמות דיאליזה</b>						
היגיינת ידיים						
		✓			10.2. יש לדאוג לברזים הנפתחים ללא מגע יד באולמות הטיפולים	10.2. הברז נפתח ללא מגע יד
תנאי מבנה						
			✓		10.22. יש לדאוג בחדר בו יש ציוד רפואי למעקב אחרי טמפרטורה עד 25 מעלות ולמעקב לחות לציוד העובר סטריליזציה במוסד	10.22. קיימת מערכת בקרת טמפרטורה בציוד רפואי
<b>פרק 11 – אישורים</b>						
		✓			11.4. יש לדאוג לתהליך אישור לכיבוי אש למבנה הדיאליזה	11.4. קיים אישור בתוקף כיבוי אש מאיגוד ערים
		✓			11.6. יש לדאוג לבדיקת מערכת המיזוג	11.6. קיים אישור תקף על תקינות מיזוג כולל מס חילופי אוויר צח (נוהל AC-1) או קיום חלונות הנפתחים
<b>פרק 12 – חדר המים</b>						



לטיפול תוך שנה מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 6 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 3 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך שבועיים מיום פרסום דוח זה	לטיפול מידי	הנחיות לשיפור	ההיגד בכלי הבקרה
		✓			12.11. יש לדאוג בכניסה לחדר המים ואישור תקינות שנת המים של טיפול נמרץ	12.11. המצאות מז"ח
		✓			12.14. יש לדאוג למיזוג חדר המים והן הראשי והן של טיפול נמרץ, וטמפרטורה במעקב של עד 25 מעלות	12.14. המצאות טמפ מקסימלית של 25°C בחדר המים
		✓			12.15. יש להוציא את כל הצנרת המיותרת והמערכות שלא שייכות לחדר המים ושאינם פעילות.	12.15. המצאות רכיבי מערכת המים בלבד בחדר המים
		✓			12.16. יש לדאוג למאצרות סביב מיכלי המלח בחדר המים הראשי ובחדר המים בטיפול נמרץ.	12.16. המצאות מאצרה סביב מיכל התמלחת
<b>פרק 13 – מדדי איכות</b>						
			✓		13.5. יש לדאוג לניתוחי פיסטולה/גרפט לכל המטופלים בדיאליזה.	13.5. זמן המתנה לניתוח פיסטולה/גרפט חדשה
				✓	13.6. יש לנתח לאלתר את המטופלים עם קטטר חיצוני, לגישה לכלי דם פיסטולה/גרפט	13.6. % מטופלים עם צנתר מרכזי חיצוני
<b>28. בריאות השן - מחלקת אשפוז</b>						
<b>פרק 2 - רשומה רפואית – איכות תיעוד הקבלה (אנמנזה)</b>						



ההיגד בכלי הבקרה	הנחיות לשיפור	לטיפול מידי	לטיפול תוך שבועיים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 3 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 6 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך שנה מיום פרסום דוח זה
2.5. קיימת התייחסות לתרופות הניטלות באופן קבוע (רשומת מטופל באשפוז, מינהל הרפואה (27/95)	2.5. בקבלה הרפואית יש להתייחס לתרופות שהחולה נוטל האופן קבוע	✓				
<b>פרק 3 - רשומה רפואית – איכות תיעוד רשומת מעקב יומית</b>						
3.3. קיימת תכנית להמשך טיפול	3.3. יש לוודא המצאות תכנית להמשך טיפול ליד תיעוד המעקב התיקי המטופלים		✓			
<b>פרק 6 - רשומה רפואית – איכות תיעוד רשומת שחרור</b>						
6.2. נמסר מידע לחולים המשתחררים על זכויותיהם על פי הסל (למשל חולים אונקולוגיים)	6.2. יש לוודא מסירת מידע לחולים המשתחררים על זכויותיהם על פי הסל		✓			
<b>29. בריאות השן - מרפאות חוץ פה ולסתות</b>						
<b>פרק 2 – איכות תיעוד הקבלה</b>						
2.3. קיימת התייחסות לתרופות הניטלות באופן קבוע	2.3. יש לוודא התייחסות לתרופות הניטלות באופן קבוע לעל המטופלים.	✓				
2.5. קיים רישום הרגלים	2.5. יש לכלול רישום הרגלים מטופליום בקבלה לטיפול	✓				
<b>30. רישום סרטן מידע כללי</b>						



לטיפול תוך שנה מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 6 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 3 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך שבועיים מיום פרסום דוח זה	לטיפול מידי	הנחיות לשיפור	ההיגד בכלי הבקרה
המתולוגיה						
	✓				לפתוח גישה לכספת וירטואלית ולהתחיל שלוח דוחות פתולוגיה בצורה אלקטרונית	האם קיימת במכון גישה לכספת וירטואלית, לצורך העברה קבצים לרישום הסרטן?
<b>פרק 1 – רישום סרטן - פתולוגיה</b>						
				✓	1.4. יש לציין צד באיברים זוגיים	1.4. ציון צדו של האתר
			✓		1.7. יש לדווח אבחנות ב SNOMED לכל סוגי הסרטנים לא רק רק לסרטן שד	1.7. אבחנה סופית מקודדת ב-SNOMED, או SNOMED-RT
<b>פרק 2 – חובת דיווח - פתולוגיה</b>						
✓					2.3. להוסיף אופציה בתוך מערכת ממוחשבת לסמן דוחות פתולוגיה עם אבחנות אונקולוגיות לשליחת למשרד הבריאות.	2.3. סימון/תיעוד בדוחות בית החולים תואם את נהלי משרד הבריאות על חובת דיווח ברישום הלאומי לסרטן
<b>פרק 3 – רישום סרטן - המתולוגיה</b>						
		✓			3.6. יש להתחיל להעביר דוחות מחלות סרטן המתולוגיות למרכז הלאומי לרישום סרטן	3.6. יש בתיק סימון/תיעוד בדוחות בית החולים תואם את נהלי משרד הבריאות על חובת דיווח ברישום הלאומי לסרטן
<b>32. מערך המכשור הרפואי</b>						
<b>פרק 1 – תחום הניהול</b>						
1.1. ניהול מצאי וביצוע שירות						
✓					1.1.2. יש להכניס לשימוש תכנת אחזקה על מנת לערוך מעקב ממוחשב אחר הציוד הרפואי.	1.1.2. קיימת תוכנת אחזקה הכוללת תיק שירות לכל מכשיר





לטיפול תוך שנה מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 6 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 3 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך שבועיים מיום פרסום דוח זה	לטיפול מידי	הנחיות לשיפור	ההיגד בכלי הבקרה
1.2 מעורבות הנהלה						
✓					1.2.2. יש להוסיף הסמכות יצרן לעובדי המחלקה	1.2.2. עובדי המחלקה מוסמכים הנדסית לבצע את עבודתם בצורה מקצועית
✓					1.2.6. יש לדאוג להשלמת ציוד בדיקה למכשור (אינקובטורים, משאבות וכד')	1.2.6. קיים צב"ד בדוק ותואם למכשור הרפואי המקבל שירות ע"י צוות בי"ח
1.3 מודעות להתמקצעות והשלמת ידע						
✓					1.3.3. יש להכין תוכנית הדרכה לצוות המקצועי בעזרת נציגי היצרנים ולהסמך כל טכנאי בתחומי אחריותו. מומלץ להיעזר בידע של הצוות המקומי להקמת מנגנון הדרכה להרחבת הידע של המשתמשים בתפעול נכון וניצול קליני מיטבי למכשור הרפואי.	1.3.3. קיימת תכנית הדרכות וריענון הידע עם קליטת מכשור חדש וטכנולוגיות מתקדמות ברמה תפעולית לכלל בי"ח
✓					1.3.4. יש לדרוש הסמכת איש שירות בכל פרויקט רכש מכשור חדש ע"פ נוהל בי"ח	1.3.4. מתבצעת הסמכת איש שירות בכל פרויקט רכש מכשור חדש ע"פ נוהל בי"ח
1.4 ניהול מערך השירות						
✓					1.4.1. יש להמתין לתכנת "מזור", כרגע מנוהל בתכנת Excell	1.4.1. מערך השירות ממוחשב וכולל את הטיפול בתקלה, בדיקה תקופתית וטיפול תקופתי



לטיפול תוך שנה מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 6 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 3 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך שבועיים מיום פרסום דוח זה	לטיפול מידי	הנחיות לשיפור	ההיגד בכלי הבקרה
✓					1.4.3. יש לערוך את הבדיקה בהתאם להוראות הבדיקה של היצרן ולערוך את טפסי הבדיקה בהתאם	1.4.3. קיים נוהל בדיקה לכל מכשיר סומך חיים ותיעוד ביצוע בכרטיס הציוד
✓					1.4.6. יש לתעד בצורה ממוחשבת את פעילות הטיפול בתקלות, כרגע התיעוד ידני	1.4.6. קיימת בקרה ממוחשבת על טיפול בתקלה פתוחה כולל מעקב ביצוע הזמנת חלפים ואספקתם לטכנאי המבצע
1.5 אבטחת משאבי אנוש						
✓					1.5.1. יש להמתין לתכנת "מזור"	1.5.1. קיים תהליך מתועד ומאושר לקבלת הרשאות גישה לתוכנת האחזקה לספקי השירות ולכל מידע טכני הנשמר ברשת ב"ח
1.10 תהליך בדיקת מכשור וריכוז חוות דעת המשתמשים לפני רכישה						
✓					1.10.3. יש להכין טופס מובנה ספציפי לסוג המכשיר בעת הרכישה	1.10.3. הבדיקה מתבצעת ע"פ טופס מובנה, תואם לאפיון המערכת.
<b>פרק 5 – תחום האיכות וזמינות השירות - מכשור רפואי - מח' פנימיים ויח' מונשמים</b>						
✓					5.2. יש לערוך טיפולים תקופתיים על פי הוראות יצרן, ולערוך את טפסי הטיפול בהתאם.	5.2. סיכום טיפול תקופתי
✓					5.3. יש לוודא שלאנשי השירות עברו הכשרה לטיפול במכשיר שבאחריותם והוסמכו לכך על ידי היצרן.	5.3. סיכום שירות טכני



לטיפול תוך שנה מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 6 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 3 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך שבועיים מיום פרסום דוח זה	לטיפול מידי	הנחיות לשיפור	ההיגד בכלי הבקרה
<b>פרק 6 – תחום האיכות חמינות השירות - מכשור רפואי - חדר מיון ויח' הטראומה</b>						
✓					6.2. יש לשדרג את נוהלי הבקרה התקופתית בהתאם המוגדר לסוג הציוד, היצרן והוראותיו.	6.2. סיכום טיפול תקופתי
✓					6.3. יש לוודא כי הטיפול התקופתי והשירות הטכני יינתן רק ע"י הגורם המקצועי, בעל הידע בתחום והמוסמך לכך.	6.3. סיכום שירות טכני
<b>פרק 10 – איכות ושירות מכשור רפואי - מערך הדימות ורפואה גרעינית</b>						
✓					10.3. יש לוודא כי נותני השירות הינם בעלי הסמכת יצרן	10.3. סיכום שירות טכני

צוותי האגף לרפואה כללית ונציגי לשכת הבריאות צפון מודים להנהלת בית החולים מרכז רפואי ע"ש ברוך פדה, פוריה על שיתוף הפעולה.

### בברכה



רותי פרוינד RN MPH  
מנהלת מחלקת בקרה



ד"ר סיגל ליברנט טאוב  
ראש אגף רפואה כללית

העתקים:

ד"ר ורד עזרא, ראש חטיבת הרפואה  
ד"ר אליעז חפר, ראש אגף רישוי מוסדות ומכשירים רפואיים  
ד"ר מיכל כהן-דר, רופאת מחוז צפון

					הנחיות לשיפור בתחומי הבקרה לפי לוחות זמנים		
לטיפול תוך שנה מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 6 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 3 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך שבועיים מיום פרסום דוח זה	לטיפול מידי	התייחסות המוסד	הנחיות לשיפור	ההיגד בכלי הבקרה

**מינהל בית החולים**

<b>פרק 4 - בטיחות</b>							
					בתהליך	4.1. יש להסדיר אישור עמידה בדרישות הכבאות גם עבור הבנינים הישנים ברחבי בית החולים	4.1. קיים אישור על עמידה בדרישות שרותי הכבאות האזוריים
<b>פרק 5 - היחידה לבטיחות הטיפול</b>							
		✓			המשרה אוישה בתאריך 1/11/18 ע"י רופאה בכירה.	5.2. חסר ברופא בכיר ביחידה לבטיחות המטופל	5.2. צוות היחידה כולל רופא בכיר אחד בבית חולים עד 400 מיטות. שני רופאים בבית חולים מעל 400 מיטות, שלושה בבית חולים מעל 800 מיטות
<b>פרק 6 - חיסון עובדי בריאות חדשים ועובדים</b>							
					בתהליך של כיסוי בקרב העובדים הותיקים	6.2. יש לשאוף ל 100 אחוז חיסונים גם לעובדים הותיקים	6.2. חיסון עובדי בריאות ותיקים לפוליו / טטנוס / MMR / אבעבועות רוח / טוברקולין / HBV / דפתריה / שפעת עונתית (תחילת עבודה בחד' חיסון)

**מינהל רפואה**

<b>פרק 1 - רשומה רפואית – איכות תיעוד הקבלה</b>							
---	--	--	--	--	--	--	--

				✓	נראה כי מדובר בתקלה חד פעמית. הנושא יחודד מול הצוות	1.8. ברוב הגיליונות נמצא תיעוד של בדיקה גופנית רלוונטית. יחד עם זאת, נמצאה רשומה של קבלה רפואית ללא בדיקה גופנית רלוונטית לסיבת האשפוז (כאבי פרקים). יש להקפיד לבצע בדיקה גופנית רלוונטית מתאימה לתלונות המטופל ולתעד אותה	1.8. קיימים ממצאי בדיקה גופנית
<b>פרק 4 - איכות כתיבת הוראה לטיפול תרופתי</b>							
				✓	יחודד לרופאים. תתבצענה בקרות חוזרות	4.7. יש להקפיד לציין דרך מתן התרופה המתאימה למצב של מטופל	4.7. בהוראות לטיפול תרופתי מופיעה דרך המתן
<b>פרק 7 - רשומת חולה במיון</b>							
				✓	יחודד בפני צוות המלר"ד	7.17. יש להקפיד לוודא שהמטופלים מעודכנים ויודעים מיהו הרופא האחראי לריכוז הטיפול בהם במלר"ד.	7.17. הוסבר למטופל מי הרופא האחראי על הטיפול בו
<b>פרק 8 - איכות מכתב שחרור חולה ממיון</b>							
				✓	יחודד בפני צוות המלר"ד	8.7. במכתב שחרור חולה ממיון נמצא תיאור כללי של טיפול אותו מטופל קיבל במיון. יש להקפיד לפרט רשימת תרופות שנתנו במהלך השהות במיון.	8.7. מצויינת רשימת תרופות שניתנו במהלך השהות במיון
<b>פרק 9 - חולים מעוכבים במיון</b>							
			✓		נדרשת הבהרה להערה. כל עוד החולה ממתין לאשפוז במלר"ד - האחריות עליו היא של צוות המלר"ד. אחריות המחלקה היא להיערך ככל שניתן מהר לאשפוז את החולה	9.4. לא נמצא. יש לבנות נוהל פנימי הקובע כללים למימוש אחריות הצוות הרפואי במחלקה המאשפזת על חולה המיועד אליה ומושהה במיון	9.4. נמצא נוהל פנימי כתוב הקובע כללים למימוש אחריות הצוות הרפואי במחלקה המאשפזת על חולה המיועד אליה

**סיעוד ובטיחות המטופל ביחידת האשפוז**

פרק 6 - רשומות קבלה						
				✓	<p>6.12. יש להתייחס לטיפול הניתן למטופל עם VAS מעל 3 ולחזור על אומדן הכאב תוך שעה ע"פ הסטנדרט</p> <p>הופצו הנחיות מעודכנות לביצוע האומדנים. התקיימה הדרכה. מתבצעת בקרה שוטפת על איכות הטיפול בכאב ואומדן חוזר לבדיקת השפעת הטיפול הניתן</p>	<p>6.12. קיים רישום אומדן כאב לרבות חתימת וחותמת אחות (אומדן כאב, חוזר מינהל הסיעוד מס' 7 משנת 2000, חתימת אחות וחתימת מיילדת חוזר מינהל הסיעוד 12/2003)</p>

### הרדמה

פרק 1 - חדרי ניתוח						
		✓			<p>1.1. יש להוסיף שעות מרפאה טרום ניתוחית</p> <p>1.2. יש לפתוח שירות לכאב / או מרפאת כאב</p> <p>1.4. יש לייעד יותר צוות לטיפול בכאב אצל חולים מאושפזים</p>	<p>1.1. שעות פעילות שבועיות של המרפאה הטרומ וניתוחית</p> <p>1.2. קיימת מרפאת כאב</p> <p>1.4. קיים צוות ייעודי לטיפול בכאב לחולים מאושפזים</p>
		✓			<p>יש מרדים מומחה בהתמחות כאב. לכשיסיים את ההתמחות - נתפח מרפאת כאב</p>	
		✓			<p>יוקם צוות ייעודי לטיפול בכאב</p>	
פרק 3 - התאמת התנאים הפיזיים						
		✓			<p>3.1. בניית חדר ניתוח חדשים (הפרויקט בעיצומו)</p> <p>3.2. יש להתקין דלתות הנפתחות אוטומטית (יהיו כאלה בחרי ניתוח החדשים (שברנייה)</p> <p>3.5. יש לייעד פתח להוצאת ציוד מלוכלך</p> <p>3.5. בניית אתר חדש (הפרויקט בעיצומו)</p>	<p>3.1. שיעור החדרים בגודל 45 מ"ר לפחות</p> <p>3.2. שיעור החדרים בהם דלתות הכניסה נפתחות אוטומטית</p> <p>3.5. פתח ייעודי להוצאת ציוד מלוכלך</p> <p>3.5. פתח ייעודי להוצאת ציוד מלוכלך</p>
		✓			<p>בבניה</p>	
		✓			<p>בחדרי ניתוח החדשים</p>	
		✓			<p>בבחינה</p>	
		✓			<p>בתהליך</p>	

		✓			קיימים בחדרי הניתוח הנוכחים	3.10. יש להציע חדרי עבודה למרדימים (פרויקט אתר חדרי ניתוח חדש בעיצומו)	3.10. קיימים חדרי עבודה למרדימים
<b>פרק 4 – ציוד חיוני במתחם חדרי הניתוח</b>							
		✓			יועלה לוועדת הצטיידות	4.7. יש להוסיף מכשירי Level 1	4.7. כמות מערכות להזלפת עירוים בלחץ מסוג LEVEL 1 ללא מנג'טה מתאימה למספר עמדות הניתוח באופן פרופורציונאלי
		✓			יועלה לוועדת הצטיידות	4.11. יש להוסיף עגלת החייאה נוספת עם ציוד לאינטובציה קשה לאתר חדר ניתוח	4.11. באתר המרכזי קיימות 2 עגלות עם ציוד לאינטובציה קשה (בכל אתר משני עגלה אחת)
		✓			יועלה לוועדת הצטיידות	4.16. יש להזמין מכשיר נוסף (הבנתי שהוזמן)	4.16. שיעור מכשירי US ביחס לעמדות ההרדמה
<b>פרק 14 – חדר התאוששות – תשתיות</b>							
		✓			מתוכנן במסגרת בניית ידרי ניתוח החדשים	14.6. יש להקצות אתר בידוד להתאוששות חולים הדורשים זאת	14.6. קיימת עמדה לחולה בבידוד
<b>מערכות הנדסיות ותשתיות</b>							
<b>פרק 1 – דוח רשומות - חדרי ניתוח כללי</b>							
		✓			מצורפת הטבלה וחתומה ע"י המהנדס הראשי (מצ"ב)	1.2. יש להציג דוח מהנדס גזים רפואיים, ( לא הוצג בעת הבקרה)	1.2. דו"ח מהנדס גזים ו/או המהנדס הראשי, המפרט את כמות וסוגי שקעי הגזים הרפואיים, בכל חדר ניתוח (טבלה מס' 2).



		✓			מצי"ב אישור חברת ULPA	1.3. יש להציג אישור בדיקה של חברה מאושרת ומוכרת עבור מערכת מיזוג האויר בחדרי ניתוח.	1.3. קיים אישור בדיקה תיקנית שנעשתה ע"י חברה מאושרת ומוכרת, עבור כל חדר ניתוח : א. ערכי על לחץ. ב. מספר (H2O mm) ג. יציאות אויר בחדר. ג. מספר פתחי אויר חוזר (יוצג בטבלה מס' 3).
	✓				עלה צורך לשפץ חדרי ניתוח מחוץ למבנה המרכזי. דלתות בעלות 1.2 מיליון ש"ח	1.6. יש לתקן ליקויים עפ"י דוח	1.6. קיים אישור בדיקה תיקנית שנעשתה ע"י חברה מאושרת ומוכרת, עבור כל אולם התאוששות בדבר : א. ערכי על לחץ. ב. מספר (H2O mm) ג. יציאות אויר בחדר. ג. מספר פתחי אויר חוזר (טבלה מס' 6).
✓					לא נדרשו בומים נוספים מעבר לקיימים להפעלת חדרי הניתוח.	1.7. יש להשלים בומים , חדרי ניתוח 5 , 6 ואמבולטורי	1.7. בומים בחדר ניתוח
			✓		בטיפול	1.9. יש להציג הנוהל, לא הוצג בעת ביצוע הבקרה.	1.9. קיים נוהל בדיקה תלת חודשית, לשלמות הצנתר הגמישה למערכת אספקה ופינוי גזי הרדמה עבור כל חדר ניתוח וכל עמדת התאוששות
<b>פרק 2 – דוח רשומות - אספקה סטרילית</b>							

		✓			קיים. 2.6. יש לוודא בדיקה בתוקף כולל מדבקה עם תאריכי הבדיקה ומועד הבא לבדיקה.	2.6. קיים אישור לוולידציה ומידת התאמה לתקן ישראלי 17665-1.
<b>פרק 3 – דוח רשומות - גזים רפואיים</b>						
		✓			מצ"ב 3.2. יש להציג אישור טיפול במכלים הקריאוגניים	3.2. קיים אישור טיפול במיכלים קריאוגניים.
<b>פרק 4 – דוח רשומות - מערכות חשמל</b>						
		✓			מצ"ב 4.2. לוודא תיעוד ואישורים של בדיקות טרמוגרפיות	4.2. ביצוע בדיקות תרמוגרפיות לרכיבי מתקן החשמל, בתדירות של פעם בשנה לפחות, ע"י חברה מאושרת. יוצגו 2 הדו"חות האחרונים בצרוף דו"ח המתאר את הטיפולים שנעשו בעקבות הבדיקה.
		✓			מצ"ב 4.2. לוודא תיעוד ואישורים של בדיקות טרמוגרפיות	4.2. ביצוע בדיקות תרמוגרפיות לרכיבי מתקן החשמל, בתדירות של פעם בשנה לפחות, ע"י חברה מאושרת. יוצגו 2 הדו"חות האחרונים בצרוף דו"ח המתאר את הטיפולים שנעשו בעקבות הבדיקה.
		✓			מצ"ב 4.7. יש להציג דו"ח כנ"ל, יש אישור משרד האנרגיה- בטיפול	4.7. הוצגה השוואה בין כושר הגנרציה לבין הצריכה הנדרשת בזמן הפסקת חשמל
<b>פרק 6 – דוח רשומות – מערכות קור וחום</b>						

			✓		מצ"ב	6.2. יש להשלים ולהציג אישור	6.2. קיים אישור בדיקת פליטת מזהמים, שבוצעה בשנתיים האחרונות, לרבות תוצאות מיספריות והתאמה למכונת
			✓		מצ"ב	6.3. יש להציג האישורים בהתאם.	6.3. קיימים נהלים לטיפולים עיתיים, כנדרש עפ"י נוהל H01 פרק 6, להבטחת תקינות המערכת ואמינותה, לביצוע טיפולים תלת חודשיים, חצי שנתיים ושנתיים. יש להציג תיעוד הביצוע בחצי השנה האחרונה.
			✓		מצ"ב	6.5. יש להציג נוהל ביצוע ניקוי וחיטוי דודים למים חמים.	6.5. קיים נוהל ותיעוד הביצוע לניקוי וחיטוי דודים לאספקת מים חמים.

		✓			יבוצע	6.6. יש להשלים את הדו"ח בהתאם.	6.6. קיים דו"ח מלא לבדיקות ביולוגיות לאיכות מים, מדגמיות, שיילקחו מברז שטיפת הידיים של המנתחים בחדר ניתוח, לרבות תוצאות הבדיקה להימצאות פסאודומונס אארוגינזה, בלפחות מברז אחד בכל שוקת רחצה. את הנתונים יש לרכז בטבלה מתאימה.
<b>פרק 8 – דוח תצפית – סביבת חדרי ניתוח</b>							
		✓			יבחן - 75000 ₪	8.1. יש להתקין הפרדה בין האזור הלוגיסטי (ביניים) לבין האזור נקי, ע"י קו הפרדה דלת אוטומטית .	8.1. קיימת הפרדה ברורה בין איזור נקי לאיזור לא נקי, עם פתח נפרד להוצאת חומרים מזוהמים, מאתר חדר הניתוח, כולל דלת אוטומטית מבוקרת למניעת כניסת בלתי מורשים לאיזור חדר הניתוח.
		✓			טופל	8.5. יש לסדר מיקום לגזים רפואיים, גלילים ממוקמים בתוך מחסן .	8.5. קיימות מערכות גיבוי מקומיות אוטומטיות לאספקת חמצן, נייטרס, אחר

		✓			בטיפול	8.8. יש לתקן ג"ת ושלטי חירום לא פועלים.	8.8. מותקן ציוד לכיבוי אש בולט זמין, מתאים אוטומטיים, מערכת גילוי אש ועשן ומותקנים שלטי חירום מוארים (יציאה, כיווני מילוט)
<b>פרק 9 – דוח תצפית – חדרי ניתוח</b>							
		✓			כל השקעים מסומנים וצבועים בהתאם להזנה (UPS- אדום/ חיוני- לבן)	9.3. יש לסמן אביזרי קצה כמו שקעים ומפסקים .	9.3. השקעים מסומנים ומזוהים עפ"י צבעים מקובלים, ומספרי מעגלי ההזנה
	✓				קיים (טלפוניה+ ביפרים+ אינטרקום)	9.4. יש להשלים אמצעי תקשורת נוסף, אין שתי מערכות תקשורת כנדרש.	9.4. לפחות 2 ממערכות התקשורת הבאות קיימות כנדרש : טלפונים, אינטרקום, מערכת סלולרית, מערכת מכשירי קשר
	✓				קיים מערכת בקרה לווסות הטמפרטורה בחדרי ניתוח וכלל בית החולים.	9.5. יש לשפר בהתאם להנחיות משה"ב , כרגע קיים וניסות מחוץ לחדר.	9.5. קיימת אפשרות לווסות הטמפרטורה
	✓				יש דו"ח חב' ULPA החלפת דלתות כ- 100,000 ש"ח לחדר	9.8. יש לסדר את נושא על לחץ בחדרי הניתוח, דלתות פנדל אינם מאפשרות זאת.	9.8. מצב לחץ חיובי תקין וקיים מכשיר מדידה
<b>פרק 10 – דוח תצפית – אולם התאוששות</b>							
		✓			כל השקעים מסומנים וצבועים בהתאם להזנה (UPS- אדום/ חיוני- לבן)	10.5. יש להשלים סימון אביזרי קצה	10.5. השקעים מסומנים ומזוהים עפ"י צבעים מקובלים, ומספרי מעגלי ההזנה

	✓				קיים (טלפוניה+ ביפרים+ אינטרקום)	10.6. יש להשלים מערכת תקשורת נוספת בנוסף לקיימת.	10.6. לפחות 2 ממערכות התקשורת הבאות קיימות כנדרש : טלפונים, אינטרקום, מערכת סלולרית, מערכת מכשירי קשר
<b>פרק 11 – דוח תצפית – סטריליזציה</b>							
		✓			הערה לא ברורה	11.1. יש לבדוק אפשרות מעבר בין איזור נקי למזוהם באופן לא מבוקר.	11.1. קיימת חלוקה ברורה בין איזור נקי לאיזור מלוכלך
<b>פרק 12 – דוח תצפית – מערכת גזים רפואיים</b>							
		✓			בוצע	12.3. יש להשלים הציוד הדרוש	12.3. קיימים אמצעי הגנה לאש, לרבות זרנוקי מים, מטפים וציוד כיבוי ומערכת תאורה מוגנת בתפוציות
<b>פרק 13 – דוח תצפית – חשמל</b>							
		✓			מצ"ב	13.1. יש להציג דוח טיפול ובדיקת שנאים	13.1. מצב השנאים תקין מבחינה ויזואלית
			✓		מצ"ב	13.2. יש להציג דו"חות טיפול תקופתיים	13.2. הטיפול האחרון שבוצע במערכת מתח גבוה בוצע במועד
				✓	בוצע	13.4. יש להשלים הגנת פרספקט לפס השוואת פוטנציאלים	13.4. לוחות החשמל תקינים, נקיים ומסודרים
		✓			בוצע	13.6. יש להשלים שילוט וסימון ציוד הקצה (מפסקים, שקעים)	13.6. המפסקים בחדר משולטים ומסומנים כנדרש
		✓			הערה לא ברורה - מבקשים לראות את מקור ההנחיה	13.9. יש להשלים תאורת חירום בסמוך לכל לוח חשמל	13.9. קיימת תאורת חירום בחדר.

		✓			בוצע	13.11. יש להחליף מצברים לגנרטורים בהתאם לתאריך תפוגה.	13.11. מצב ויזואלי תקין של הגנרטורים עצמם : נזילות, לכלוך, סמרטוטים וכו'
<b>פרק 15 - דוח תצפית - מערכות קור וחום</b>							
	✓				הנושא מוכר ונידון. עלות 3 מליון ₪	15.7. יש לבצע הכנות ליום בו יהיה חיבור פעיל לגז טרבעי.	15.7. הדוודים מוזנים ב : מזוט / סולר / גז
<b>בטיחות החולה בחדר ניתוח</b>							
<b>פרק 2 - יודא מוכנות המטופל וחדר ניתוח</b>							
	✓				תבוצע בקרה והרופאים המנתחים יונחו בהתאם. יש לבדוק אפשרות של הדפסה אוטומטית של השעה	2.9. לצד תאריך יש לוודא ציון השעה שבה נחתם הטופס תאריך הניתוח מצוין בטופס	2.9. תאריך הניתוח מצוין בטופס
<b>פרק 4 - בטיחות בהשכבת המטופל</b>							
	✓				הוצג בתכנית עבודה ויועלה לוועדת הצטיידות	4.8. יש לוודא שהכיסויים לשדה ניתוח יהיו מעכבי אש	4.8. כיסויים לשדה ניתוח מעכבי אש
<b>פרק 6- טיפול בציוד סטרילי במתחם חדרי</b>							
		✓			לא קיים בגלל מיגבלות מבנה	6.2. יש לוודא שמבנה החדר יאפשר מסלול חד כיווני ממלוכלך לנקי וחלוקה ברורה ושלמה בין אזור נקי לאזור מלוכלך.	6.2. מבנה החדר מאפשר מסלול חד כיווני ממלוכלך לנקי וחלוקה ברורה בין אזור נקי לאזור מלוכלך
	✓				לא קיים בגלל מיגבלות מבנה	6.3. יש לוודא שמבנה החדר יאפשר הכנסת מכשירי ניתוח לאחר שימוש דרך פתח נפרד מהפתח להוצאת המכשירים לאחר עיקור. יש להתקין במקום כיוור לרחצת ידיים של צוות נפרד מכיוור שטיפת המכשירים.	6.3. מבנה החדר מאפשר הכנסת מכשירי ניתוח לאחר שימוש דרך פתח נפרד מהפתח להוצאת המכשירים לאחר עיקור.

		✓			נבחנת האפשרות של רכישת מכונת שטיפה על פי התקן, או לחלופין העברת המכשירים לאספקה סטרילית	6.6. יש לרכוש ולהשמיש מכונה לשטיפת מכשירים וכלים כירורגיים המגיעה לטמפרטורה של 93 מעלות	6.6. קיימת מכונה לשטיפת מכשירים וכלים כירורגיים המגיעה לטמפרטורה של 93°C
✓					הגבלת המקום. בתוכנית לשיפוץ ישקל מתן פתרון.	6.7. יש לוודא שכיוור שטיפת המכשירים יימצא במרחק סביר מהמעקר למניעת פגיעת התזות ופסילת ציוד חנוכילי	6.7. אתר שטיפת המכשירים נמצא במרחק סביר מהמעקר למניעת פגיעת התזות
			✓		מתקיים	6.15. יש לוודא שהמטפלים בציוד לבושים בחלוקים נקיים, ערדליים, שיער (לרבות זקן) מכוסה בכובע, ומסיכת חדר ניתוח.	6.15. המטפלים בציוד לבושים בחלוקים נקיים, שיער ערדליים, שיער (לרבות זקן) מכוסה בכובע, ומסיכת חדר ניתוח

#### בטיחות החולה בחדר התאוששות

<b>פרק 1 – המצאות כוח אדם</b>							
			✓		יש תוכנית להפרדה בין התאוששות לחדר ניתוח. היום במשמרות בוקר וערב היחידה מאוישת ע"י אחיות בוגרות השתלמות מוכרת בטיפול נימרץ בכל ימות השבוע. בלילות היחידה מאוישת ע"י צוות חדר ניתוח.	1.1. יש לוודא המצאות אחות המשמרת בחדרי התאוששות הינן בוגרות קורס טיפול נימרץ (מינהל הסיעוד מספר 71 משנת 2007)	1.1. כל אחראיות המשמרת בחדרי התאוששות הינן בוגרות קורס טיפול נימרץ (מינהל הסיעוד מספר 71 משנת 2007)
<b>פרק 3 – רשומת המטופל</b>							
			✓		העברת המטופלים בין משמרת למשמרת בהתאוששות לא מתועדת ברוב בתי החולים. לא ידוע לנו שקיים נהל כזה.	3.20. יש לוודא המצאות תעוד דיווח סיעודי בין משמרות כתוב או ממוחשב.	3.20. קיים דיווח סיעודי בין משמרות

#### מעבדות כללי

<b>פרק 1 - ארגון וניהול</b>							
✓					בבחינה	1.1. מינוי מנהל אגף מעבדות במשרה מלאה	1.1. קיים מנהל אגף במשרה מלאה



✓					בבחינה	1.2. יש למנות מנהלי מעבדות	1.2. קיימים משרות/מינויים של מנהלי מעבדות לכל המעבדות
	✓				הכוננויות הקיימות כיום עונות על הצרכים	1.3. יש להוסיף כוננים וכוח עזר בעיקר בסופי השבוע וחגים למעבדות	1.3. קיימים תורנים וכוננים ל 3 משמרות
✓					אין תוכנית לשינוי המצב הקיים בשלב זה	1.5. נדרש להכפיף את כל המעבדות הקיימות בבית החולים תחת מנהל אגף המעבדות	1.5. כל המעבדות הדיאגנוסטיות במוסד מאוגדות תחת אגף המעבדות
<b>פרק 2 - עובדים</b>							
	✓				ייבחן שוב הצורך	2.1. יש להוסיף כוח אדם לצורך עמידה בזמנים של כל הבדיקות	2.1. מספר משרות כוח אדם מספק לביצוע תקין עם עמידה בזמנים של כל הבדיקות
<b>פרק 3 - מעבדות</b>							
✓					אין תוכנית לשינוי המצב הקיים בשלב זה	3.4. יש להכפיף את המעבדות לפוריות ופתולוגיה למנהל אגף המעבדות	3.4. מעבדות פוריות, פתולוגיה וגנטיקה כפופות לאגף מעבדות
<b>פרק 6 - בטיחות וגהות</b>							
	✓				יש לבחון את ההנחיה המדוייקת ולטפל בהתאם	6.10. יש לבצע מעקב רפואי מלא אחר עובדי המעבדות ברית החולים.	6.10. נערך מעקב רפואי אחר עובדי המעבדה
<b>פרק 8 - שינוע דגימות</b>							
	✓				הדגימות אכן משונעות באריזה משולשת בטילים , ובציידניות (מבחנה, שקית ביו-הזרד, טיל/ציידנית).	8.1. יש לשנע דגימות בתוך בית החולים באריזה משולשת	8.1. העברת הדגימות באמצעות שליחים/רכב תקני
<b>פרק 10 - מבנים, מתקנים תחזוקה סדר וניקיון</b>							
✓					נבחנת דרישה לתוספת מחסן לאיסוסן ריאגנטים ומתכלים וחדר למקררים	10.1. המעבדה אינה מתוכננת כנדרש וקיימת צפיפות ואי הפרדה בין תחומי הבדיקות והמעבדות	10.1. המעבדה מתוכננת היטב לפי כללים ותקנות המעבדות הרפואיות

✓					נבחנת דרישה לתוספת מחסן לאיחסון ריאגנטים ומתכלים וחדר למקררים	10.2. יש להרחיב את שטח המעבדות שכיום צפופות ואין מספיק משטחי עבודה	10.2. למעבדה חדריים ומשטחי עבודה ברמה מספקת
	✓				נבחנת דרישה לתוספת מחסן לאיחסון ריאגנטים ומתכלים וחדר למקררים	10.4. יש להוסיף שטחי אחסון למעבדות	10.4. קיים אחסון חומרים וציוד מתכלה (יש מחסנים לציוד מתכלה, חומרים וריאגנטים)
	✓				נדרשת בחינה של הנושא ע"י האחזקה	10.5. יש לדאוג להחלפות אוויר צח של 6 פעמים בשעה לפחות בכל המעבדות	10.5. במעבדה יש אוורור מספק, לפחות 6 החלפות אוויר בשעה
<b>פרק 16 - הבטחת איכות</b>							
	✓				בתהליך מינוי ע"י מנהל המעבדה	16.7. יש למנות מנהל הבטחת איכות למערך המעבדות - כיום קיים עובד מעבדה האחראי על הנושא ללא תגמול ובמקביל לעבודתו במעבדות.	16.7. עובד אחד או יותר מונו כמנהלי איכות במשרה מלאה
	✓				ראה סעיף 16.7 .	16.8. יש למנות מנהל הבטחת איכות למעבדות שיהיה כפוף ישירות למנהל אגף המעבדות של בית החולים	16.8. למנהל הבטחת האיכות יש גישה ישירה למנהל המעבדה/אגף מעבדות
<b>מעבדות מקצועיות</b>							
<b>פרק 1 - מעבדות מקצועיות - פתולוגיה</b>							
		✓			יש אישור על רישום המעבדה בפנקס המעבדות המקצועיות ביום 26/7/18 ובתוקף עד 26/7/19.	2.1. יש לרשום את המעבדה בפנקס המעבדות המקצועיות המתנהל במחלקה למעבדות.	2.1. קיים רישום המעבדה בפנקס המעבדות המקצועיות

	✓				המכון עומד להתרחב ולגייס עוד רופא ולבצע בדיקות אימונוהיסטוכימיה, ייבחן הצורך לגייס עובד מעבדה בכיר חדש במשרה מלאה שיהיה גם אחראי על תחום האימונוהיסטוכימיה.	2.4. עובדי המעבדה הינם לבורנטים רפואיים בלבד המבצעים את מגוון הפעילויות. אין אף עובד בעל הכרה כעובד מעבדה רפואית בכיר בתחום הפתולוגיה	2.4. המעבדה מתפקדת באופן מקצועי (השכלה, אישורים, השתלמויות)
	✓				יבחן	2.10. חובה להתאים את מספר המשרות לעומסי העבודה במעבדה	2.10. מספר משרות מספק לביצוע תקין ובזמן של כל הרדיקות
	✓				ראה סעיף 2.4	2.11. יש למנות מנהל בעל היתר לניהול מעבדה ביוכימית - ברוב המעבדות אין מנחה בעל היתר מתאים	2.11. מנהל המעבדה בעל היתר לניהול מעבדה/בכיר(הכרה כעובד מעבדה רפואית בכיר, היתר לניהול)
	✓				לבורנט אחד מבצע 10 כונניות בחודש עבור טרימינג ופרוזן.	2.15. עובדי המעבדה לפתולוגיה אינם מבצעים כונניות ובמקרה הצורך מוזעק הרופא הפתולוג שהו מנהל המכון לפתולוגיה.	2.15. עובדים מהמעבדה או תורני חוץ מבצעים משמרות ערב ולילה

#### מניעת זיהומים

						<b>פרק 1 – מבנה היחידה למניעת זיהומים</b>	
	✓				בית החולים הינו מרכז מתחת ל400 מיטות ורק בבית חולים מעל 400 מיטות הדרישה ליחידה עצמאית ממחלות זיהומיות	1.1. באחריות בית החולים להקים מערך עצמאי למניעת זיהומים כפי שנדרש מנוהל חטיבת הרפואה בקרה ומניעת זיהומים במוסדות רפואיים ומניעת עמידות לאנטיביוטיקה 9/2012	1.1. קיים מערך למניעת זיהומים ברמת יחידה או מערך עצמאי (בבית חולים קטן מ-400 מיטות)

	✓				רופאה זיהומולוגית הינה ראש היחידה למחלות ומניעת זיהומים כאשר החלוקה הינה 50% לכל תחום .	1.2. יש לוודא שבראש היחידה למניעת זיהומים עומד רופא מומחה במחלות זיהומיות / מיקרוביולוג קליני שקיבל מינוי רשמי ממנהל המוסד הרפואי	1.2. בראש היחידה/מערך למניעת זיהומים עומד רופא מומחה במחלות זיהומיות / מיקרוביולוג קליני שקיבל מינוי רשמי ממנהל המוסד הרפואי
<b>פרק 2 – יישום הנחיות חוזר מינהל הרפואה</b>							
		✓			בכל מחלקה קיים ציוד מיגון ובחוזר המוזכר - אין דרישה שזה יהיה בכל <u>עגלה / עמדה</u> .	2.1. באחריות בית חולים לדאוג לציוד מגן בעגלות לטיפול שגרתי בחולים על חוזר חטיבת הרפואה 10/2010 אמצעי זהירות שיגרתיים במוסדות רפואיים .	2.1. בכל עגלות/עמדות לטיפול שגרתי בחולים במגע עם דם ונוזלי גוף, נמצא זמין ציוד מיגון אישי למטפל: כפפות חד פעמיות, חלוק עמיד לנזלים, מסיכה, משקפי מגן פנים
<b>פרק 3 – יישום הנחיות הגיינת ידיים</b>							
	✓				בתכנון בניה של יחידה חדשה עם 12 עמדות בכל עמדה יהיה כיור	3.2. באחריות בית החולים לדאוג לכיור אחד לפחות לכל 2 עמדות בטיפול נמרץ כפי שנדרש מחוזר חטיבת הרפואה בנושא היגיינת ידיים 24.09	3.2. בטיפול נמרץ, כיור אחד לפחות לכל 2 עמדות
	✓				בחוזר היגיינת ידיים 24/09 סעיף 7.1.1.5 כתוב <b>יש להעדיף</b> - ואין חיוב	3.6. באחריות בית החולים לדאוג לברזים תקינים על ידי המרפק או הרגל כפי שנדרש מחוזר חטיבת הרפואה בנושא היגיינת ידיים 24/09	3.6. ברזים תקינים לסגירה ע"י מרפק או רגל
<b>פרק 7 – שמירה על כללי בידוד</b>							

				✓	קיים במשמרת בוקר / ערב ובמשמרת לילה קיים בשעה 6:00	7.13. ניקוי שגרתית של שרותים ומקלחת מבוצע כל משמרת	7.13. באחריות בית החולים לדאוג לתיעוד ורישום עבור ניקיון של שירותים ומקלחת באופן שגרתית עבור חולים בבידוד
				✓	קיים במקרה של חולה עם CD או חולה אצינטובקטר עמידה או עם חולה עם CPE	7.14. ניקוי ביחידה והשירותים מבוצע באמצעות כלור בריכוז של 2000 חל"מ	7.14. באחריות בית החולים לדאוג לניקוי באמצעות כלור 2000 מ"ל ביחידה והשירותים של חולה בבידוד
				✓	קיים בחולה עם CD	7.15. ניקוי טרמינלי לאחר פינוי המטופל/ים החדר שרותי ומקלחת מבוצע באמצעות תמיסת כלור 5000 חל"מ	7.15. באחריות בית החולים לדאוג לתיעוד ורישום של ניקוי טרמינלי לאחר פינוי המטופלים מחדר בידוד
				✓	קיים	7.16. ניקוי טרמינלי של החדר כולל החלפת וילונות ופרגודים	7.16. יש לדאוג לתיעוד ורישום של תהליך הניקוי הטרמינלי לאחר פינוי חולה מחדר
				✓	לפי הנוהל חדש יתועד	7.17. הצוות המנקה מוגן בכפפות עבות משקפי מגן וחלוק אטום לנזלים	7.17. יש לדאוג לתיעוד ורישום של התהליך הניקוי הטרמינלי לאחר שחרור מטופל מחדר
<b>פרק 8 – ניקוי חיתוי ציוד ואביזרים</b>							
			✓	קיים	8.1. עבודה לניקוי וחיטוי סביבת בית החולים כמו גם על מעקב ותיעוד אחרי קיום חובות שרצאח	8.1. קיימת תוכנית עבודה לניקוי וחיטוי סביבת בית חולים	8.1. יש לדאוג לתוכנית עבודה לניקוי וחיטוי סביבת בית החולים כמו גם על מעקב ותיעוד אחרי קיום חובות שרצאח
			✓	בתהליך	8.2. עבודה לניקוי וחיטוי סביבת בית החולים כמו גם על מעקב ותיעוד אחרי קיום חובות שרצאח	8.2. קיים פרוטוקול עבודה לצוות במחלקה על פי סקטורים כוחות עזר. מנהלת משק וכו'	8.2. יש לדאוג לכתיבת פרוטוקול עבודה לצוות במחלקה על פי סקטורים. כמו גם לתיעוד ומעקב אחר ישום הפרוטוקול

✓					אין הנחיה של המשרד לגבי תדירות ההחלפה - ישנה טיטוט נוהל שלא יצא כחוזר. כעת בבית החולים יש תוכנית החלפה לכל מקום על פי הסיכון, במחלקות קריטיות ההחלפה הינה פעם בשבוע ו/או אחרי שחרור חולה	8.14. באחריות בית החולים לדאוג להחלפת וילונות הפרדה בין חולה לחולה לפחות פעם בשבוע	8.14. וילונות הפרדה מוחלפים בין חולה לחולה ולפחות פעם בשבוע
---	--	--	--	--	--	--	---

#### בריאות הסביבה

פרק 1 - מים ומערכות מים לצריכה סניטרית							
					1. מתקיים 2. יותר מועמד ראוי ממחלקת אחזקה.	1.10. יש להקפיד ולידע את משרד הבריאות בכל פעילות חריגה בנושא איכות מי השתייה. בזמן הביניים ועד לסיום עבודות השדרוג יש להמשיך במעקב ולפעול על פי ההנחיות שנתנו בנושא הגבלות השימוש במים במחלקת פגיה. נראה כי חסרה הכשרה מקצועית של העושים במלאכה בתחום בקרת איכות מי שתייה, מומלץ להכשירם בקורס תברואת מים רמה ג'.	1.10. מערכת המים במחלקה
פרק 5 - מטבח מרכזי ומטבחון חלוקה							
			✓		יטופל	5.2. יש לתקן/להחליק רצפה ברחבת הכניסה האחורית למטבח.	5.2. תחזוקת חצר המטבח
			✓		כבר טופל. הושלמה בנייתו של חדר קרור קטן נוסף לאחר מועד הבקרה.	5.4. יש לרכוש מקרר הפשרה נוסף להפשרת בעלי כנף קפואים. יש להשלים התקנת מדפים ולייעד פינת החזרות ומוצרי פג תוקף בחדר הקפאה. יש להחליף גומיות בדלת חדר קירור ירקות גולמי.	5.4. אחסון בקירור
			✓		טופל.	5.5. יש להשלים משטחים ומדפים מוגבהים 30 ס"מ מהרצפה במחסן.	5.5. אחסון יבש

			✓		טופל.	5.6. יש להשלים חידוש כלים ישנים, מסננות, סירים ועגלות מדור טיפול בירקות.	5.6. תקינות הציוד
			✓		טופל	5.11. יש לבצע נקיון יסודי במתקני ההגשה וחידוש צבע בתקרת עמדת הגשת מזון.	5.11. הגשת המזון בחדר אוכל עובדים

**גריאטריה**

<b>פרק 1 - כוח אדם</b>							
					נדרשת העלאת מספר התקנים	1.1. יש לשקול הגדלת כוח אדם בתחום גריאטריה	1.1. כיסוי הצוות הגריאטרי ביחס להיקף הפעילות עם הקשישים
✓							
<b>פרק 3 - מחלקה לרפואה דחופה</b>							
					קיים כיום במלר"ד מומחה לרפואה פנימית שמצוי בסוף תקופת ההתמחות בגריאטריה	3.1. לפעול להעסקתו של רופא מומחה בגריאטריה כיועץ / רופא בצוות הקבוע בחדר מיון	3.1. קיימת פעילות קבועה של גריאטר (מלר"ד)
	✓						
				✓	רופאי המלר"ד הודרכו. נדרשת התאמת התיק הרפואי הממוחשב	3.6. מאחר ובמקרים רבים קיימת חשיבות רבה לציון הנתונים לגבי התפקוד הקודם ממליצים על העמקת ההתייחסות לגבי מצבם התפקודי הקודם באנמנזה רפואית ו/או סיעודית	3.6. קיים רישום בקבלה למלר"ד של המצב התפקודי הקודם ועכשווי
				✓	בדומה לסעיף 3.6	3.7. יש להקפיד לכלול ברישומים, באנמנזה, בבדיקה, נתונים רלוונטים למצבם הקוגניטיבי הקודם / לשינויים במצבם של הקשישים	3.7. קיים רישום בקבלה של המצב הקוגניטיבי הקודם ועכשווי
<b>פרק 4 - יחידות יעוץ (גריאטרי ופליאטיבי)</b>							

✓				בתהליך	4.2. רצוי להקים צוות ייעודי, במיסגרת של "יחידה גריאטרית" להערכת מצבם של הקשישים הסובלים מבעיות רפואיות אקוטיות, מאושפזים במחלקות בית החולים.	4.2. קיים צוות הכולל גריאטר, אחות ועובדת סוציאלית
	✓			נדרש תיקון מתאים. א"א להתבסס על הצוות הקיים	<b>4.6. להשלים את צוות היחידה עם רופא מומחה ברפואה פליאטיבית.</b>	4.6. קיים צוות רב מקצועי הכולל רופא, אחות, עו"ס ופסיכולוג שעברו הכשרה מתאימה
						<b>רוקחות</b>
						<b>פרק 1 – ניהול בית המרקחת</b>
			✓	בטיפול הנהלה אדמיניסטרטיבית מול הנש"ם	1.21. חייב להיות כיסוי כוננות עבור כל ימי החודש ע"פ טבלה ערוכה מראש לאותו חודש.	1.21. קיים כיסוי כוננות לכל היממה
✓				טופל נושא של הפרשי לחצים, הותקן מד הפרש לחצים, מתבצע ניטור; בוצעו בדיקות פיזיקליות לוודאו עמידת חדר הכנות ומנדף בדרישות הנוהל	1.38. לא תוקנו הליקויים בחדר יהכנות הציטוטוקסיות (מפורט בהמשך)	1.38. ביצוע תיקון ליקויים על פי ביקורת קודמת
		✓		בטיפול האחזקה	1.39. יש לתקן את הריצוף במחסן קבלת סחורה	1.39. האחסון הוא בהתאם לתנאי האחסון הנדרשים
						<b>פרק 2 – תשתיות</b>
			✓	נבחנות אפשרויות למתן מענה הולם לבעיית האחסון	2.25. אין לאחסן תכשירים במעברים במחסן התמיסות.	2.25. מחסן חומרי חיטוי: קיימים תנאי אחסון הולמים
						<b>פרק 4 – רקיחה</b>
		✓		בוצע	4.9.3. יש לכתוב נוהל פנימי להבטחת איכות ובטיחות ההכנות בהעדף רוקח בודק שני, כנדרש בנוהל מס' 132 של אגף הרוקחות.	4.9.3. בהעדף רוקח משחרר, הרוקח האחראי יבטיח חלופה מספקת ויכתוב נוהל פנימי המבטיח איכות ורכישות
						<b>פרק 5 – הכנות בסיכון גבוה</b>



✓					נבחנת אפשרות התקנת האיזולטור אשר יבטל את הצורך בחדר שלישי.	5.16.1. יש שני חדרים בלבד. חדר המבואה מאוד קטן וצפוף, ואינו מספק תנאים נאותים לעבודה של 2 רוקחים בו זמנית ולהיקף העבודה ביחידה. יש לפעול להקמת יחידה לציטוטוקסיקה העונה על כל הדרישות.	5.16.1. האזור מחולק ל- 3: חדר הלבשה, חדר הכנה, חדר עבודה כללי
		✓			בבחינה ע"י המהנדס	5.16.6. מותקן מזגן בסמוך לעמדת המנדף אשר עלול להפריע לזרימת אוויר תקינה בעת עבודה במנדף. על כן, מומלץ לבדוק האם מיקום המזגן תקין.	5.16.6. מע' המיזוג/אוורור מנותקת מהמערכת הכללית למניעת פיזור חומר ציטו'
✓					בבחינה ע"י המהנדס	5.16.8. חדר ההכנה קטן וצפוף וגם חדר המבואה מאוד צר וצפוף.	5.16.8. בחדר ההכנה גישה נוחה לעבודה ולניקוי
				✓	בוצע	5.18.5. בקרה של רוקח שני צריכה להתבצע בכל שלבי ההכנה, וצריכה להיות מתועדת. יש לעדכן את נוהל ההכנות הציטוטוקסיות בדרישה זו	5.18.5. קיים נוהל בקרה על כל הכנה
✓					נבחנת אפשרות התקנת האיזולטור אשר יבטל את הצורך בחדר שלישי.	5.16.12. אין חדר שלישי. חדר העבודה משמש גם כן כחדר מבואה בניגוד לדרישות.	5.16.12. ה- Air Lock מקשר בין חדר הכנה ושאר החדרים
						<b>פרק 6 – ניסויים קליניים</b>	

				✓	בוצע	6.6. יש לסמן את האריות של מוצרי המחקר ב: "טיפול מחקרי בלבד"	6.6. סימון מוצרי המחקר כולל: "טיפול מחקרי בלבד" או "לניסוי רפואי בלבד" בעברית ו/או באנגלית, באותיות דפוס ברורות וקריאות, בצבע שונה ומובחן מצבע, שם או קוד היצרן הרקע, שם ו/או קוד המוצר, תאריך תפוגה
<b>פרק 9 – בקרת ניהול התרופות הנרקוטיות</b>							
				✓	בטיפול מנהל מח' הרדמה	9.7. יש לבצע בקרה על ניהול הסמים המסוכנים של המרדימים ע"י מנהל המחלקה או מישהו מטעמו.	9.7. קיים תיעוד בקרת מנהל המחלקה או רופא מטעמו
<b>מניעת אלימות</b>							
<b>פרק 1 - הדרכת צוותי רפואה למניעת אלימות</b>							
			✓		בטיפול- נבנה יום הדרכה הכולל הפעלת לומדה של חטיבת המרכזים הרפואיים.	1.8. יש לבצע הדרכה בנושא ומתן כלים לכלל הצוות בנושא התמודדות עם אלימות	1.8. ההדרכה הועברה ל 80% מעובדי צוות המלר"ד בשנה האחרונה
			✓		בטיפול- נבנה יום הדרכה הכולל הפעלת לומדה של חטיבת המרכזים הרפואיים.	1.9. יש לבצע הדרכה בנושא לכל אנשי הצוות ומתן כלים להתמודדות בנושא.	1.9. ההדרכה הועברה ל 80% מעובדי הצוותים במח' הפנימיים + יולדות בשנתיים האחרונות
<b>פרק 2- התמודדות עם אלימות - היבטי בטחון</b>							
			✓		מאז הבקרה התווספו 15 מצלמות טמ"ס חדשות (כיום יש 86). בשנת 2019 תתוספנה 250 מצלמות. פריסת לחצני מצוקה - מתבצע מפוי מחודש של הלחצנים ויתווספו בהתאם	2.4. יש להרחיב פריסת לחצני מצוקה ופריסת טמ"ס בנקודות חיכוך עם קהל.	2.4. קיימים אמצעים להתמודדות עם אלימות
<b>רשומות ומידע רפואי</b>							
<b>פרק 4 - ניהול הרשומה הרפואית ; תכולה,</b>							

				✓	מתבצע רענון לצוותים, המזכירות והרשמות הרפואיות יונחו לבצע בקרות	4.18. ברשומה רפואית ידנית, יש להקפיד על מילוי פרטי המטופל על כל עמוד (דף A4), גם אם מדובר בדף "סדין" (A3) או מספר דפים מחוברים/ משודכים.	4.18. קיימים פרטי זיהוי החולה ולוגו ביה"ח על כל עמוד במסמכים הרפואיים חוזר מנכ"ל 6/96 תוכן הרשומה - בסוף סעיף 3, עקרונות כלליים - חוזר 27/95 מ-1.1.95
				✓	תועמק הבקרה עד לסיום תהליך החתימה הדיגיטלית.	4.21. בחלק מן הרשומות הרפואיות נמצא כיחסרים חתימות רופאים על גבי סיכום מחלה/שחרור ודוחות הניתוח.	4.21. חתימות וחוחותמדות בדו"ח ניתוח, ובמסמכים רפואיים כולל חתימה אלקטרונית מאושרת . (חוזר 27/95 מ-1.1.95 סיכום מחלה/אשפוז , תקן ישראלי 11/2011, חוזר מנכ"ל 6/96 עקרונות כלליים - רישום)
<b>פרק 5 - סימול מידע רפואי</b>							
				✓	בוצע	5.3. יש להדריך רופאים לשימוש נכון בקודי מיילדות	5.3. ישנה הלימה בין הקודים ותיאור הקודים בכותרת המכתב לדיון ומהלך אשפוז
				✓	בוצע	5.7. יש לשנות שיטת בקרת תיקי מטופלים, לרבות בדיקת הלימה בין כותרת המכתב לבין מידע הנמצא בגוף המכתב, לרענון הנחיות לסימול מידע רפואי	5.7. ישנה הלימה בין תוכן מכתב השחרור לסימול המידע הרפואי המתבצע ע"י הרשמת רפואית



✓					בתהליך. נרכשה תוכנת צמרת - נמצאים בשלב הכנסת הנתונים של מזונות ביה"ח, יקח כחודשיים. בסיום שלב זה התוכנה תעבוד בכל המחלקות כולל פגים.	2.1. יש לעבור לרשומה ממוחשבת כולל בפגיה	2.1. רשומת התזונה ממוחשבת, כולל ממשק למטבח ולחכונת צמרת.
<b>פרק 3 – סל מזון</b>							
				✓	טופל מיידית לאחר הבקרה ומעתה נשלח המזון בכלי הגשה קשיחים.	3.3. יש לדאוג לכלי הגשה אסטטים וקשיחים גם למנות מיוחדות	3.3. קיימים כלי הגשה אסטטיים, רב שימושיים ומתאימים להגשת מזון קר וחס
				✓	יוגשו 2 מנות פרי ביום	3.4. יש להגיש 2 מנות של פירות ביום על פי חוזר סל מזון	3.4. הגשת פריטי המזון הינן בהתאם לחוזר (הגשה יומית של 2 מנות פרי טרי מגוונות, ירקות טריים ומגוונים, לחם מקמח דגן מלא ודגנים מלאים לכל המאושפזים) על סמך הנחיות הדיאטנית המפקחת ובהתאם לחוזר סל מזון
<b>פרק 4 – מזון ייעודי</b>							
		✓			הכנות של תמ"ל - מתבצעות במטבח חלב במחלקת פגים ובמח' ילדים. הכנות של מזון יעודי במטבח המרכזי מתקיימות רק לעיתים רחוקות - אחת לחודש. אין אפשרות ואין הצדקה להקצאה של חדר	4.2. יש להקצות חדר ייעודי להכנת תמ"ל ומזון ייעודי בהתאם להנחיות בחוזר מינהל רפואה מס' 18/2014.	4.2. ישנו מטבח חלב ופורמולות ייעודי כללי
<b>פרק 5 – מטופלים בסיכון תזונתי</b>							
		✓			יוזמן משקל מיטה.	5.1. יש לדאוג למשקל מיטה בנוסף למשקלי כיסא	5.1. המצאות משקל מיטה במיון ומשקלי כסא או מיטה בכל המחלקות הנדרשות לכך: פנימיות, אורטופדיה, גריאטריה, כירורגית, ט.נ.כללי

**פרק 6 – ממכר מזון בריא**

					יבוצעו בקרות חוזרות על הספק	6.1. יש לפעול על פי חוזר מינהל רפואה מס' 8/2014	6.1. התאמת הרכב המזון במכונות לממכר מזון אוטומטי בהתאם לעקרונות התזונה הנבונה ולהנחיות בחוזר סל מזון 5/2013 וחוזר 8/2014 ועל פי הנחיות הדיאטנית הראשית ומי מטעמה
		✓					
					יבוצעו בקרות חוזרות על הספק	6.2. יש להתאים את פריטי ממכר המזון והשתייה בהתאם לחוזר מינהל רפואה מס' 8/2014.	6.2. התאמת הרכב המזון בכל אתרי ממכר המזון במוסד הרפואי בהתאם לעקרונות התזונה הנבונה ולהנחיות בחוזר סל מזון 5/2013 וחוזר 8/2014 ועל פי הנחיות הדיאטנית הראשית ומי מטעמה
		✓					

**פיזיותרפיה**

**פרק 2 - ארגון וניהול השירות**

					בקרה על התיעוד ברשומה ועל עבודת הפיזיותרפיסטים תיושם באופן מיידי. בקרה תבצע מידי חודש על כלל הפיזיותרפיסטים.	2.6. בקרה על התיעוד ברשומה ועל עבודת הפיזיותרפיסטים. יש לציין כי לאור מצוקת כוח אדם, המנהלת מטפלת במאושפזים וכי אין שעות ניהול בהם יכולה לבצע	2.6. בקרה מקצועית פנימית מתועדת בהלימה לנהלים
		✓					
					צוות הפיזיותרפיה שותף בוועדות אך אינו שותף בשלב זה במחקר. הנושא ייבחן	4.5. חשוב לשלב את צוות הפיזיותרפיה במחקרים המתקיימים בבית חולים (ומסר שהנושא רהקמה)	4.5. הצוות שותף במחקר/ וועדות שונות
		✓					

**פרק 4 – פיתוח מקצועי**

<b>פרק 5 – רצף טיפולי</b>					
					5.8. סיכום הטיפול והמלצות להמשך מופיעים באופן מובנה במכתב השחרור
✓				המעבר לקמליון יקרה בעוד כשנה עד שנתיים. עד אז מקצועות הבריאות רושמים את ההמלצות ב - DWS. ניתן לבצע מכתב שחרור אחד עם המלצות להמשך טיפול פיזיותרפיה שכעת נכתבות ביעוץ הפיזיותרפיה ורק לעיתים מועברות לסיכום אשפוז	5.8. יש דחיפות לעבור לתכנת קמליון.
<b>פרק 8 – סביבת עבודה וציוד</b>					
		✓		הפתרון למשרד מנהלת שרות הפיזיותרפיה - ניתן במבנה מרכז השיקום החדש	8.3. קיים חדר ייעודי למנהל, לצוות ולהדרכה
					8.3. יש ליעד מקום אחר לסטאגרים כך שלמנהלת שירותי פיזיותרפיה יהיה מקום לביצוע עבודות הניהול, לרבות קיום שיחות משוב עם עובדים וסטודנטים.
<b>עבודה סוציאלית</b>					
<b>פרק 1 - תשתיות ארגוניות - מבנה, כפיפות</b>					
✓				בבחינה. נדרשים תקנים	1.4. יחס משרות מדריך תואם למספר משרות עו"ס (משרת מדריך על כל שש משרות עו"ס)
					1.4. יש לתגבר את ההדרכה לפי מפתחות איגוד העובדים הסוציאליים 1 תקן ל-6 משרות.
<b>פרק 2 - תשתיות ארגוניות - פריסה וזמינות</b>					
✓				קיימת חצי משרה פנויה. עתידה להיות מרפאות חוץ + IVF	2.1. קיים כיסוי בהסדר קבוע בכל המחלקות
					2.1. קיים חסר בכ"א. בחלק מהמחלקות ובעיקר במרפאות חוץ אין שירות סוציאלי סדיר. יש ייעד עו"ס לתחום הפריה חוץ גופית.
✓				נקלטה חצי משרה - מילוי מקום (במקום חל"ד). נקלטה חצי משרה דיאליזה שנותנת מענה בימים אחרים	2.2. ישנה הקצאת חצי משרה במחלקה פנימית
					2.2. קיים עומס על העו"ס בפנימית ויש צורך בתגבור כח אדם לחצי תקן לפחות.

	✓				מכוסה במסגרת אגף האימהות חסר חצי תקן	2.4. על פי חוזר מנהל רפואה 52/2013 , המלצות לניהול כוח אדם בפגיה עומדות על תקן עו"ס ל-5000 לידות. יש להסדיר את נושא התקינה בהתאם	2.4. מונה עו"ס בפגיה (תקן ל-5000 לידות)
					קיימים פערי תיקון משמעותיים	2.6. כאמור, הצוות עובד בעומס רב . נפתחו מרפאות ושרותים חדשים כמו המערך הקרדיולוגי, מרפאה בריאטרית, והפרעות אכילה גם לילדים בהם נדרשת התערבות סוציאלית. מומלץ להקצות תקינה ייעודית להתערבות ביו-פסיכו-סוציאלית.	2.6. קיימת תורנות למתן מענה על פי הצורך במחלקות ובמכונים
<b>פרק 3 - תשתיות ארגוניות - נגישות</b>							
					ידוע - לגבי מיקום השירות - במקרים של חולים עם צרכים מיוחדים שאינם יכולים להגיע למרכז הרפואי, הפגישה מועברת למקום נגיש	3.3. מבנה השירות הסוציאלי נמצא במרחק משאר המחלקות והגישה אליו לבעלי מוגבלות עלולה להיות מסורבלת בחום או בגשם. מרבית הפגישות נערכות במחלקות, אך גם שם אין חדרים ייעודיים לשיחה עם המשפחות. יש להקצות חדרים לעו"ס הנגישים והמכבדים את פרטיותן של המשפחות.	3.3. מתחם המחלקה נגיש לבעלי מוגבלות
<b>פרק 4 - תשתיות ארגוניות - סביבת עבודה</b>							
					ידוע - קיים פער גדול בין מספר העובדות לחדרים המוקצים במחלקות	4.2. לא בכל המחלקות קיים חדר יעודי לעו"ס. למען שמירה על פרטיות הזכויות המטופל יש לתקן ליקוי זה.	4.2. הוקצו חדרים לקיום שיחה בפרטיות במחלקות/מכונים



				✓	בטיפול מול משק והנהלה אדמיניסטרטיבית	4.3. קיים שילוט מכון למתחם המחלקה ולחדר העו"ס במחלקה/מכון	4.3. לא קיים שילוט במקום בולט במחלקות ועל כן יש לפעול לכך במידי.
<b>פרק 10 - סטנדרטים הממוקדים בחולה</b>							
				✓	מנסים למצוא פתרון במסגרת ה DWS, תוך ידיעה שבתוך כשנה נעבור לקמיליון. אין פתרון לחסיון בפני כל הצוות. לגבי המלצות - עוס"יות מונחות לרשום רק המלצות לשחרור.	10.8. מכתב שחרור כולל המלצות עו"ס	10.8. בתוכנת ה"נמר" קיימים שני פגמים ברישום הסוציאלי: 1. בתוכנה אין מקום לחסיון מידע סוציאלי, הרישום גלוי לכל הצוות. ב:המלצות העו"ס לא מופיעות במכתב השחרור מהסיבה שהזכרה לעיל כאשר אין אפשרות לכתיבת המלצה רק לצורך שחרור. יש לפעול במידי לתיקון התוכנה ולשלב את המלצות העו"ס המיועדות לתוכנית השחרור בלבד ולא את כל הדו"ח הסוציאלי.
<b>פרק 12 - סטנדרטים הממוקדים בחולה</b>							

	✓				12.2. העו"ס מקפידות על רישום אך מאחר והמידע הסוציאלי אינו חסוי, ההמלצות לשחרור אינן מועברות כחלק מהתוכנה למכתב השחרור ועל כן נמנעים מכך בכדי לשמור על מדע חסוי. יש לציין שחלק מהמידע אינו מופיע ברישום הסוציאלי והעו"ס עדיין רשמת אותו מחוץ לתוכנה ובקלסר ובכך יכולים לפספס מעקב אחרי חולים חוזרים עם בעיות מיוחדות. יש להסדיר תשתית מחשובית בהתאם.	12.2. הרשומה כוללת הערכה, סיכום טיפול והמלצות לשחרור
	✓				12.5. הרשומה הסוציאלית פתוחה לכל הצוות ולכן מידע חסוי נרשם מחוץ לתוכנה ומאוחסן בקלסר בשירות הסוציאלית. יש לדאוג לתשתית מחשבית שבה תישמר אופציה לרישום חסוי.	12.5. סודיות רפואית של רשומה סוציאלית

#### קלינאות תקשורת

פרק 1 - המשאב האנושי/פריסת השירות						
	✓				1.1. יש מקום להרחיב שירות אמבולטורי בתחומי השמיעה השפה הדיבור האוכלוסיה המטופלת באזור בפריפריה. לדוגמא: תינוקות שנולדו בפוריהו שזקוקים לאבחון שמיעה לא יכולים לקבל מענה בבית החולים.	1.1. קיים כיסוי בהסדר קבוע במכונים ומרפאות

		✓			מותנה בהרחבת השרות	1.2. יש צורך להגדיל את משאבי כוח האדם של קלינאי התקשורת על מנת שיוכלו לתת שירות בכלל מחלקות בית החולים באופן סדיר ובאופן שיענה על הצרכים	1.2. קיים כיסוי בהסדר קבוע במחלקות אשפוז
		✓			ראה 2 סעיפים קודמים	1.4. יש צורך להסדיר את היעוץ במחלקות ולהקצות משאבים מיוחדים לכך ולא על חשבון המשאב המוגבל שמוקצה למחלקת השיקום.	1.4. קיים שירות סדיר ליועצים במחלקות בית החולים לפי קריאה
		✓			לא רלוונטי בנתונים הקיימים	1.5. יש למנות קלינאי תקשורת מנהל שירות אשר קלינאי התקשורת יהיו כפופים לו מקצועית.	1.5. ישנה כפיפות מקצועית למנהל שירות קלינאות תקשורת
		✓			קלינאית תקשורת כפופה ישירות לעוזר רפואי למנהל המרכז הרפואי	1.9. יש למנות קלינאי תקשורת כמנהל השירות המקצועי. הוא יהיה כפוף, כמקובל, להנהלה ויוכל לקדם את השירות התחום לטובת מטופלי בית החולים.	1.9. ישנה כפיפות מקצועית של מנהל שירות קלינאות תקשורת להנהלת בית החולים
						<b>פרק 2 - זמינות ונגישות השרות</b>	
		✓			מוכר. תוספת כ"א מותנה בתיקון	2.9. יש להקצות משאבים ליעוצים של קלינאי תקשורת בכלל מחלקות בית החולים, מחלקות הפנימיות, טיפול נמרץ, טיפול נמרץ לב, ילדים, פגייה.	2.9. משך זמן המתנה מקסימלי ליעוץ במחלקות (בממוצע)

					מוכר. תוספת כ"א מותנה בתיקון	2.10. יש להרחיב ולפתח את השירות בתחום קלינאות התקשורת. באשפוז: הקצאת משאבים נוספים למחלקת השיקום, הקצאת משאבים לקידום היעוץ בכלל מחלקות בית החולים: פנימיות, טיפול נמרץ, טיפול נמרץ לב, ילדים, פגיה. ובשירות האמבולטורי: הקמת שירות בתחום השמיעה, ושילוב קלינאי תקשורת במרפאות כמו: בליעה ופה ולסת.	2.10. זמינות השירות מותאמת לאוכלוסיית המטופלים באופן מלא
	✓						
<b>פרק 3 - סביבה טיפולית</b>							
					קיים בתכנון	3.2. יש מקום לאפשר גם מרחב לטיפול קבוצתי בתוכנית הבינוי של המחלקה החדשה	3.2. קיים חדר טיפול מותאם לטיפול קבוצתי
		✓			בבחינה	3.11. יש להתאים את חדר הטיפול של קלינאית התקשורת במחלקת השיקום כך שפתח החדר יהיה מתאים למעבר של כסא גלגלים רגוע	3.11. מתחם השירות נגיש לבעלי מוגבלויות
		✓			ישנה נגישות נוחה לקומה 2. במידה ומטופלים יסרבו להגיע לקומה 2, נגיש אליהם את השננית	3.12. בשל מיקום חדרה של קלינאית התקשורת בקומה השנייה, יש צורך בעזרה בשינוע מטופלים אליה, במיוחד במצבים בהם מטופלים מסרבים להגיע לקומה השנייה	3.12. ישנו מערך לשינוע חולים
<b>פרק 4 - כלים וציוד</b>							

		✓			הנושא ילמד ויבחן ותוגש רשימת דרישה בהתאם	4.3. יש צורך לצייד את קלינאית התקשורת במחלקת השיקום באמצעים: הבאיסף אייפדים, מערכת ממוחשבת להכנת לוחות תקשורת ומדפסת.	4.3. חדרי הטיפול מצוידים בכלי עזר לטיפול בשפה ודיבור ומותאמים לגילאים השונים
<b>פרק 5 - רישום תיעוד דיווח</b>							
		✓			ניתן לביצוע במערכת DWS במחלקות בית החולים השונות. המחלקה השיקומית טרם אימצה לשימוש את ה DWS	5.3. יש צורך במערכת ממוחשבת אשר תאפשר שכל דוח וסיכום טיפול של קלינאי תקשורת יעברו למכתבי השחרור ויהיו חלק מההמלצות הרפואיות לבקשת הנוסח	5.3. קיים דוח הערכה ואבחון כולל אנמנזה והמלצות
		✓			בטיפול	5.11. המערכת הממוחשבת אינה עונה על הצרכים. יש צורך במערכת אשר תאפשר העברת מידע מעודכן ישיר גם של מקצועות הבריאות, כך שהמלצותיהם הרלוונטיות יועברו לדוח השחרור של המטופל.	5.11. קיים רישום בתוכנה ממוחשבת
<b>פרק 6 - ניהול השירות</b>							
		✓			נדרשת תוספת תקנון	6.2. יש צורך למנות קלינאי תקשורת לניהול התחום לקידומו ולפיתוחו. ובמסגרת זו ניתן יהיה להכין תוכניות עבודה שנתיות.	6.2. קיימת תכנית עבודה שנתית
		✓			כנ"ל	6.3. יש צורך למנות קלינאי תקשורת כמנהל שהשירות בבית החולים. במסגרת זו ניתן יהיה לקיים תוכניות מקצועיות לקבלת עובדים חדשים	6.3. קיימת תכנית לקבלת עובד חדש

		✓			כנ"ל	6.4. יש צורך במינוי קלינאי תקשורת מנהל שירות. במסגרת תפקידו יוכל לקיים העאכות תקופתיות ומובנות לקלינאי התקשורת תוך התייחסות רחבה לכלל תפקודם ובמיוחד לתפקודם בתחום המקצועי.	6.4. ישנה הערכה תקופתית מובנית לעובד
		✓			כנ"ל	6.5. יש צורך למנות קלינאי תקשורת מנהל שירות. במסגרת תפקידו יקדם ויפתח תהליכי בקרה על השירות בתחומי המקצוע.	6.5. פיתוח וביצוע של תהליכי בקרה
		✓			כנ"ל	6.6. ראה הנחייה קודמת	6.6. קיום בקרה על הרשומה
		✓			יבחן בעתיד	6.7. מינוי של קלינאי תקשורת מנהל שירות יביא לתיקון לקוי זה	6.7. ייזום פרויקטים לקידום השירות
		✓			יבחן בעתיד	6.7. מינוי של קלינאי תקשורת מנהל שירות אשר בין תפקידיו יהיה : קידום השירות לטובת האוכלוסייה אותה משרת בית החולים.	6.7. ייזום פרויקטים לקידום השירות
		✓			יבחן בעתיד	6.8. בניית מערך הדרכה מקצועית לקליטת עובד חדש יהיה בין התפקידים של קלינאי תקשורת מנהל שירות	6.8. קיימת הדרכה שוטפת לעובד חדש למשך שנה לפחות
		✓				משתתפת בישיבת מקצועות הבריאות בהנהלת עוזר רפואי למנהל המרכז הרפואי	<b>פרק 7 - פיתוח מקצועי</b> 7.1. ישנה השתתפות בישיבות רב צוותיות של בית החולים

		✓			יבחן בעתיד	7.4. יש צורך למנות מנהל שירות של תחום קלינאות התקשורת ולאפשר לו להשתתף בקורס לניהול קלינאי התקשורת במחקרים בתחומם. הרחבת השירות ומינוי מנהל שירות יקדמו את התחום בבית החולים גם בהיבט הזה.	7.4. השתתפות צוות בכיר בקורסי ניהול
✓					יבחן בעתיד	7.5. יש מקום לשתף את קלינאי התקשורת במחקרים בתחומם. הרחבת השירות ומינוי מנהל שירות יקדמו את התחום בבית החולים גם בהיבט הזה.	7.5. השתתפות הצוות במחקר
✓					מותנה בהרחבת השרות	7.6. יש מקום להרחבת השירות בתחומי המקצוע ולהפיכת התחום לשדה קליני להכשרה של סטודנטים, לטובת קידום השירות	7.6. קיימת הדרכת סטודנטים
<b>פרק 9 - רצף טיפול</b>							
	✓				מותנה בתוספת תקנון וכ"א	9.1. במסגרת הרחבת השירות והאפשרות למענה שיעמוד בדרישות ובצרכים, יש לבנות תהליכים מובנים למתן שירות של יעוץ לכלל מחלקות בית החולים על ידי קלינאי תקשורת	9.1. קיים מידע על תפקיד היעוץ של קלינאי התקשורת והתווייתו
	✓				מותנה בתוספת תקנון וכ"א	9.2. ראה הנחייה לעיל	9.2. קיימים תהליכים מובנים של העברת המידע ממחלקות בית החולים לקלינאי התקשורת ומקלינאי התקשורת למחלקה
	✓				במחלקות ניתן כיום. בשיקומית ממתין להכנסת מערכת DWS	9.3. יש צורך לשפר את התייעוד במערכת הממוחשבת.	9.3. קיימת רשומה של קלינאי התקשורת בתיק החולה הנדרש ליעוץ

		✓			ניתן לביצוע במערכת DWS במחלקות בית החולים השונות. המחלקה השיקומית טרם אימצה לשימוש את ה DWS	9.4. יש צורך למצוא פתרון לכך שכל ההמלצות של קלינאי התקשורת הרלוונטיות והמעודכנות יופיעו במכתבי הסיכום של החולים המשתחררים מהמחלקות.	9.4. המלצות קלינאי התקשורת קיימות במכתב השחרור
--	--	---	--	--	---	---	--

### ריפוי בעיסוק

פרק 1 – המשאב האנושי/פריסת השירות							
					הרחבת השירות למרפאות ומכונים שונים תלויה בזמינות כוח האדם, כיום קיים באופן קבוע במרפאת פגים. תעשה חשיבה לגבי מתן מענה נרחב יותר	1.3. מומלץ לבחון את שילוב שרות ריפוי בעיסוק במרפאות ומכונים נוספים ברמת החולים	1.3. קיים כיסוי מלא בהסדר קבוע במכונים ומרפאות
		✓			רואים חשיבות לאיש קבוע אך היקף השירות תלוי בזמינות כוח האדם. כיום ניתן מענה לקריאות מהמחלקות לרוב תוך 48 שעות. כחלק מתוכנית העבודה לשנת 2019 ובהתאם להיקף המשרות המאוישות תעשה הערכות מחודשת להגברת נוכחות מרפאים בעיסוק במחלקות הפנימיות עם דגש על מטופלים לאחר אירוע מוחי.	1.4. מומלץ למצוא דרך לאיש קבוע של מרפאים בעיסוק במחלקת הפנימיות, להערכה ראשונית של מטופלים שונים ובמיוחד של מי שעברו אירוע מוחי, כחלק מתהליך ההחלטה על המשך השיקום שלהם.	1.4. קיים כיסוי מלא בהסדר קבוע במחלקות אשפוז
פרק 2 – זמינות השרות							
					<b>קיים</b> נוהל הפניה לריפוי בעיסוק המגדיר זאת.	2.3. מומלץ להבנות רשימת הנחיות להפניה לריפוי בעיסוק בכלל מחלקות בית החולים.	2.3. קיים מערך הפנייה לריפוי בעיסוק בהתאם להחזויות
		✓			כיום ניתן מענה להזמנות מהמחלקות לרוב תוך 48 שעות.	2.4. מומלץ לתגבר את צוות הריפוי בעיסוק כך שניתן יהיה לתת מענה מהיר לפניות מהמחלקות האקוטיות	2.4. משך זמן המתנה ממוצע ליעוץ במחלקות אקוטיות
פרק 3 – תשתיות רב"ע בבית החולים							



		✓			הצוות עושה כפי יכולתו לניצול משמעותי של החדר, במשאבי כוח האדם הקיימים. יעשה תהליך ליישום השימוש גם על-ידי מדריכת התעסוקה.	3.2. חדר פנאי ממוקם בקומה שניה ודורש העלאת מטופלים במעלית. החדר לא מנוצל דיו. יש למצוא דרך לשינוע המטופלים בצורה יעילה ולהבטיח ניצול מיירבי של החדר והמשאבים המצויים בו.	3.2. דרכי ההגעה ומרחבי הטיפול נגישים. המצאות שירותי הנכים בסמוך
		✓			<b>קיים</b> שלט "ריפוי בעיסוק" ב 3 שפות בכניסה לריפוי בעיסוק. יתווסף שילוט לאזורי הטיפולים גם בכניסה למחלקה	3.3. על דלתות חדרי הטיפול רשום ריפוי בעיסוק בעברית. יש להנגיש לשונית את השילוט. מומלץ להוסיף שילוט רב לשוני מהכניסה למחלקת שיקום ובמסדרונות.	3.3. שילוט לשירות הריפוי בעיסוק - נגיש, ובהנגשה לשונית.
		✓			נעשית עבודה משותפת עם יחידת מחשב להרחבת הרשומה הממוחשבת - כיום רוב הרשומה ממוחשבת למעט דיווחים לישיבות צוות (מתועדים בטופס דני, כשהמטרות שנקבעות לשבוע הקרוב מתועדות ברשומה הממוחשבת) ומכתב שחרור.	3.6. רק חלק מהרשומה מתנהל במחשב. יש לשפר את הרשומה הרפואים כך שכל כולה תהיה ממוחשבת ותאפשר תקשורת רב מקצועית.	3.6. הרשומה קיימת בתיק ממוחשב
		✓			ראה סעיף 3.6	3.7. יש לשפר את הרשומה ברמת התוכנה	3.7. ריפוי בעיסוק מופיע בתיק אחד, המידע נגיש לכל אנשי הצוות ומהווה אמצעי תקשורת
		✓			ראה סעיף 3.6	3.8. הרשומה הרפואים בריפוי בעיסוק ממוחשבת בחלקה. יש לשפר את התוכנה	3.8. התיק הממוחשב ועמדות המחשב זמינים ונגישים

			✓		תעשה חשיבה לארגון וניצול המרחב. יש לציין כי נעשו בעבר ניסיונות ושינויים במטרה לשפר את ארגון החדרים, אך בשל המרחב המצומצם וצורתו קיימת מגבלה משמעותית.	3.9. שטחי הטיפול אינם עומדים בדרישות. עד לבנית מרכז שיקום חדש מומלץ לארגון את הריהוט והאמצעים בתוך החדרים כדי לנצל את נמקום לרווחת המטופלים	3.9. שטחי הטיפול לשירות הריפוי בעיסוק תואמים את הנחיות התכנון ליחידות ריפוי בעיסוק במסגרות הטיפול השונות 2010
<b>פרק 4 – סביבה טיפולית (ציוד, ארגון, תחזוקה)</b>							
	✓				תוגש בקשה לרכש	4.2. יש להוסיף ציוד לשרות ריפוי בעיסוק ובמיוחד ציוד טכנולוגי מתקדם.	4.2. קיימים כלים / אביזרים לטיפול פרטני וקבוצתי
	✓				קיים מגוון של אביזרי עזר לתרגול BADL בתחומי תפקוד שונים.	4.3. קיימים אצמעי עזר לתרגול BADL. אנו אמצעים מתקדמים ומתחום הטכנולוגיה המסייעת. מומלץ להצטייד	4.3. קיימים אמצעי עזר מותאמים וטכנולוגיה מסייעת (לרבות אביזרי עזר לשיקום וניידות)
		✓			יטופל - תבנה תוכנית עבודה עם מחלקת האחזקה	4.4. אמצעי הטיפול מותאמים למטופלים, מרביתם נמצאים בשימוש זמן רב. מומלץ "לרענן" את האמצעים - לנקות, לצבוע ולחדש	4.4. הציוד ואמצעי הטיפול עדכניים, מתחדשים מעת לעת ומתאימים לתמהיל המטופלים בבית החולים
			✓		תוגש בקשה לרכש	4.5. קיים מחשב ואין אמצעים טכנולוגיים נוספים. מומלץ להצטייד וטאבלטים.	4.5. קיימים מחשבים ואמצעים טכנולוגיים נוספים לשירות המטופלים ברשת ופרדח
	✓				יבחן במסגרת תוכנית העבודה	4.6. הריהוט בעיקרו הינו אוסף של רהיטים שמוקמו בחדרי ריפוי בעיסוק. למעט מיטות הטיפול ושולחן מתכוונן. מומלץ לרענן את הריהוט, לרכוש או לייצר ריהוט יעודי לצרכי המכון.	4.6. קיים ריהוט מותאם / ארגונומי
<b>פרק 5 – רשומה רפואית, רישום תיעוד ודיווח</b>							

		✓			קיים בפגיה ובמרפאת פגים יש התייחסות. במחלקות האשפוז נעשה תהליך רוחבי הכולל פתרון מיחשובי להטמעת המלצות עבור מקצועות הבריאות במכתב שחרור	5.6. קיים בשיקום, לא קיים במסגרות אחרות. מומלץ ליישם בכל המחלקות בהן ניתן שרות ריפוי בעיסוק	5.6. דוח סיכום האשפוז כולל לפחות אזכור להתערבות הריפוי בעיסוק והפנייה להמשך טיפול בקהילה השכלוני
<b>פרק 7 – פיתוח מקצועי</b>							
✓					יבחן ויקודם	7.6. מומלץ ליזום השתתפות במחקרים ופרסומים	7.6. השתתפות צוות המרפאים בעיסוק במחקר
			✓		תיבחן השתלבות מרפאות בעיסוק בועדה להגבלת מטופלים ובוועדות נוספות	7.7. המרפאים בעיסוק חברות בועדת רשומה ופעילות בפורום מקצועות הבריאות, מומלץ לשלב מרפאים בעיסוק בועדות נוספות בבית החולים ובמיוחד בכל הקשור להגבלת מטופלים	7.7. מרפא בעיסוק משתתף בוועדות בבית החולים / תפקידים נוספים
<b>פרק 8 – עבודה לפי נהלים</b>							
	✓				נהלים נכתבו בהתאם לצורך, קיימים נהלים פנימיים המתייחסים לתחומים שונים כגון - קבלת עובד חדש, חיטוי ומניעת זיהומים ועוד..	8.1. יש להמשיך ולכתוב נהלים פנימיים	8.1. קיים תהליך לכתיבת נהלים פנימיים

### פסיכולוגיה

<b>פרק 1 - היקפי השירות</b>							
✓					לא ניתן בתקנון וכ"א הקיים	1.1. הכנסת פסיכולוגים למחלקות	1.1. קיים כיסוי בהסדר קבוע בכל מחלקות האשפוז
✓					לא ניתן בתקנון וכ"א הקיים	1.2. הכנסת פסיכולוגים למכונים השונים	1.2. קיים כיסוי בהסדר קבוע בכל המרפאות והמכונים
✓					לא ניתן בתקנון וכ"א הקיים	1.3. צורך מידי בהכנסת פסיכולוגים ובניית מערך ייעוץ פסיכולוגי בביה"ח, ראשית עפ"י צורך ובהמשך קרו	1.3. קיימים שירותי ליאזון פסיכולוגיים קבועים במחלקות

	✓				לא ניתן בתקנון וכ"א הקיים	1.4. נדרש להכניס פסיכולוגים לביה"ח לשירותי ליאזון על פי צורך במחלקות ובמכונים השונים, באופן מיידי	1.4. קיימים שירותי ליאזון פסיכולוגיים על פי הצורך במחלקות
		✓			יבחן ויטופל בהתאם	1.5. בשלב זה קיים פסיכולוג אחד בביה"ח, חשוב לאפשר לו התייעצות עם פסיכולוג מדריך רפואי מחוץ לביה"ח.	1.5. כיסוי המדריכים ביחס למקבלי ההדרכה תקין
✓					לא ניתן בהיקפי כ"א הקיימים	1.6. לא קיים שירות פסיכולוגי עדיין. יש לבנותו.	1.6. השירות הפסיכולוגי מאורגן היטב
<b>פרק 2 - תשתיות</b>							
	✓				יטופל	2.3. אין עדיין שילוט בחדר. לדברי הפסיכולוג יטופל לבקשתו.	2.3. השילוט ברור ובולט
✓					החדר הותאם לדרישת הפסיכולוג	2.4. החדר מותאם בחלקו. החדר משרת גם רופא והפסיכולוג התאים אותו לצרכים פסיכולוגיים בהרחבה וירולחן	2.4. הריהוט מותאם לחדר הטיפול (שתי כורסאות ושולחן נמוך)
		✓			בטיפול	2.7. לדברי הפסיכולוג הדבר נמצא כבר בטיפול	2.7. בחדר לחצן מצוקה לשימוש הפסיכולוג במצבי חירום
<b>פרק 3 - משכי המתנה לטיפול</b>							
✓					המענה ע"פ היכולות	3.3. במכון האונקולוגי שרק בו יש פסיכולוג יש עתות של עומס בהן ההמתנה אורכת מעל שבוע.	3.3. זמן המתנה ממוצע של חולה דחוף לטיפול פסיכולוגי
<b>פרק 4 - מסגרות איבחון וסוגי טיפול</b>							
✓					בהתאם ליכולות	4.3. הטיפול מתקיים על פי שיקול דעתו המקצועית של הפסיכולוג והאפשרויות העומדות כיום לרשותו כפסיכולוג יחיד.	4.3. טיפול משפחתי

✓					בהתאם ליכולות	4.4. בכוננת הפסיכולוג לפתח בהמשך קבוצות במערך הפסיכולוגי, בהתאם לאפשרויותיו.	4.4. טיפול קבוצתי
✓					לא ניתן בתקנון וכ"א הקיים	4.12. נעשות הערכות באופן חלקי בהתאם לאפשרויות, לא נעשים אבחונים	4.12. אבחון והערכה קלינית
✓					לא ניתן בתקנון וכ"א הקיים	4.13. לא חלק מעבודת הפסיכולוג כיום	4.13. אבחון והערכה שיקומית
✓					לא ניתן בתקנון וכ"א הקיים	4.14. אין פסיכולוגיה התפתחותית בביה"ח	4.14. אבחון והערכה התפתחותית
<b>פרק 5 - איכות הרשומה</b>							
		✓			יטופל	5.5. תוכנית הטיפול לא בהכרח נקבעת בקבלה. חשוב לתעד בעת שנקבעת ו/או לתעד כי לא נקבעת תוכנית טיפול	5.5. תיעוד תכנית טיפולים שנקבעה בקבלה
		✓			יטופל	5.7. אמנם אבחנה פסיכיאטרית אינה בהכרח רלוונטית לטיפול באדם על רקע מחתו הגופנית, אולם נדרש לתת אבחנה הנשענת על התגובה הנפשית למחלת הגופנית של האדם, ובמידה וקיימת גם פסיכופתולוגיה נפשית יש לציין (חשוב לרצף הטיפול ולשיח/קשר הבין מקצועי)	5.7. תיעוד אבחנה
		✓			יטופל	5.11. חשוב להקפיד על התיעוד.	5.11. תיעוד הפניות המטופל לתחומי מקצוע נוספים
		✓			יטופל	5.13. חשוב להקפיד על תיעוד	5.13. תיעוד סיכום מחלה
<b>פרק 6 - פיתוח מקצועי</b>							

✓					לא ניתן בתקנון וכ"א הקיים	6.1. הפסיכולוג משתתף בחלק מהשיבות. שינוי יהיה אפשרי רק כאשר הצוות הפסיכולוגי יגדל	6.1. מתקיימות ישיבות צוות קבועות
	✓				לא ניתן בתקנון וכ"א הקיים	6.2. העומס על הפסיכולוג, כפסיכולוג יחיד מציב אותו בפני הצורך לנוכחות מרבית בביה"ח ולכן ממעט לצאת להשתלמויות. יש צורך בהוספת פסיכולוגים.	6.2. השתלמויות חיצוניות
✓					לא ניתן בתקנון וכ"א הקיים	6.3. לא רלוונטי עדיין - פסיכולוג יחיד	6.3. מתקיימות השתלמויות פנימיות
	✓				לא רלוונטי בנתונים הקיימים	6.4. יש לקלוט פסיכולוגים ולהבנות את התהליך.	6.4. קיים הליך מובנה לקליטת עובד חדש
	✓				לא רלוונטי בנתונים הקיימים	6.7. לא מתאפשר במצב של פסיכולוג יחיד. יש לקלוט פסיכולוגים נוספים ואז גם לשלרם במחקר	6.7. קיים עיסוק במחקר מדעי
✓					לא רלוונטי בנתונים הקיימים	6.8. כאשר יהיו עוד פסיכולוגים יובנו בקרות פסיכולוגיות לכר.	6.8. מתבצעות בקרות רשומה מתועדות למטפלים
	✓				ישנה ספריה זמינה	6.9. רצוי שתהיה נגישות לאתרי מידע מקצועיים פסיכולוגים	6.9. קיימת ספריה מקצועית ונגישות לאינטרנט
<b>ניקוי וחיטוי מכשירים אנדוסקופים -</b>							
<b>פרק 1 - ניקוי וחיטוי סקופים החודרים לחללי</b>							
			✓		מתבצע	1.11. יש להשתמש ע"פ נוהל 50/2013 במים מסוננים או מעוקרים בטיפול בסקופים.	1.11. המכשיר נשטף במים מעוקרים או מסוננים במסנן בגודל חללים 0.1-0.2 מיקרון.
<b>פרק 2 - שלב ב', הניקוי הידני</b>							
	✓				בתכנון שינוי מבנה של חדר ניקוי	2.1. יש להפריד חדר בדיקה מחדר שטיפה ואחסון סקופים. נדרש בינוי ותכנון ע"פ נוהל 50/2013.	2.1. הניקוי מבוצע בחדר נפרד מחדר הפעולה

	✓				בתכנון שינוי מבנה של חדר ניקוי	2.2. יש לדאוג ל10 החלפות אויר בשעה מתוכם 2 של אויר חצ לטובת בריאות הצוות המטפל.יש לבצע בינוי במקום.	2.2. קיימות לפחות עשר תחלופות אויר בחדר בשעה (מהן 2 עם אוויר צח)
<b>פרק 3 - חיטוי ברמה גבוהה במכונה ואחסון</b>							
	✓				בתכנון רכישה של ארון ייעודי	3.21. יש לאחסן את הסקופים ע"פ הנחיות נוהל 50/2013 בארון ייעודי או ארון ייעודי ומבוקר. נדרש רכש	3.21. אחסון בארון עם ייבוש אקטיבי
	✓				בתכנון רכישה של ארון ייעודי	3.23. יש לאחסן את הסקופים בחדר נפרד מחדר השטיפה וחדר הטיפולים, ע"פ הנחיות בנוהל 50/2013. נדרש תכנון ובינוי.	3.23. אחסון באזור נפרד מחדר ניקוי/חדר פעולות ?
<b>פרק 5 - אישורי אמ"ר</b>							
			✓		קיים	5.1. יש להזיק אישורי אמ"ר בתוקף וע"פ החומרים והציוד במחלקה.	5.1. קיים אישור אמ"ר לחומר החיטוי
			✓		יבדק	5.2. יש להזיק אישורי אמ"ר בתוקף וע"פ החומרים והציוד במחלקה.	5.2. קיים אישור אמ"ר למכונות הניקוי/ חיטוי
<b>ניקוי וחיטוי מכשירים אנדוסקופים -</b>							
<b>פרק 2 - שלב ב', הניקוי הידני</b>							
	✓				בתכנון בניה של חדר ייעודי	2.1. יש לבצע ניקוי בחדר אחר מחדר הבדיקה.. נדרש בינוי.	2.1. הניקוי מבוצע בחדר נפרד מחדר הפעולה
	✓				בתכנון בניה של חדר ייעודי	2.2. יש לוודא 10 החלפות אויר מתוכם 2 של אויר צח בחדר שטיפה לטובת הגנה על הצוות. נדרש בינוי.	2.2. קיימות לפחות עשר תחלופות אויר בחדר בשעה (מהן 2 עם אוויר צח)
	✓				בתכנון בניה של חדר ייעודי	2.5. יש לבנות כיור רחצה לצוות במקום. נדרש בינוי.	2.5. הכיור לרחצת הידיים נפרד מהכיור לרחצת מכשירים
<b>פרק 3 - חיטוי ברמה גבוהה במכונה ואחסון</b>							

		✓			בתכנון רכישה של ארון ייעודי	3.21. אחסון בארון עם ייבוש אקטיבי	3.21. יש לוודא שמירה על הסקופ בארון ע"פ הנחיות הספק ונוהל 50/2013
	✓				בתכנון שינוי מבנה במתחם	3.23. אחסון באזור נפרד מחדר ניקוי/חדר פעולות ?	3.23. יש לוודא רכש ושמירה על הסקופ בארון ע"פ הנחיות הספק ונוהל 50/2013
<b>פרק 4 - מיגון הצוות המטפל במכשור/בטיחות</b>							
				✓	קיים	4.2. הצוות לובש סינור מגן / חלוק מגן	4.2. יש לוודא לבישת סינור מגן לצוות ע"מ למנוע גם העברת זיהומים למטופל אחר.
				✓	קיים	4.4. הצוות לובש מסכה כירורגית	4.4. יש לוודא מיגון עם מסיכת פנים לטובת איש הצוות.
<b>פרק 5 - אישורי אמ"ר</b>							
				✓	קיים	5.1. קיים אישור אמ"ר לחומר החיטוי	5.1. יש לוודא הימצאות אישורי אמ"ר תקפים במחלקה. לא הוצגו עד סוף הרקרה.
				✓	נרכשה מכונה חדשה	5.2. קיים אישור אמ"ר למכונות הניקוי/ חיטוי	5.2. יש לוודא הימצאות אישורי אמ"ר תקפים במחלקה. לא הוצגו עד סוף הרקרה.
<b>פרק 6 - שינוע</b>							
				✓	בתוכנית רכש מארז ייעודי	6.3. המארז הייעודי לשינוע אנדוסקופים נקיים עובר ניקוי תקופתי בין שינועים	6.3. יש לציין בנוהל ולחתום על ביצוע נקיון בין הפעולות.
				✓	בתוכנית רכש מארז ייעודי אשר יעבור ניקוי וחיטוי	6.5. המארז הייעודי לשינוע אנדוסקופים מלוכלכים עובר ניקוי וחיטוי לאחר כל שינוע	6.5. יש לציין בנוהל ולחתום על ביצוע נקיון בין הפעולות.
<b>פרק 7 - תיעוד</b>							
			✓		קיים	7.1. קיים תאריך ניקוי וחיטוי אחרון על כל סקופ	7.1. יש לנהל ולהציג מחברת מעקב.



			✓		קיים	7.2. יש לבדוק הנחיות תיעוד לגבי המחלקה ולוודא הימצאות מחברת עם פרטי המטופל והמכשיר בו טופל.	7.2. קיים תיעוד המאפשר איתור מטופל לפי המכשיר בו התבצע אבחון (בחדש להתפרצות מחלות)
--	--	--	---	--	------	---	--

**ניקוי וחיטוי מכשירים אנדוסקופים - גסטרו**

<b>פרק 1 - ניקוי וחיטוי סקופים החודרים לחלי</b>							
			✓		מתבצע	1.2. יש לוודא בסיום התהליך הראשוני של הניקוי בחדר הבדיקה שאיבת האדונוזין מהכוסית.	1.2. ניגוב חיצוני מתבצע עם פד גזה טבול בדטרגנט אנזימתי
			✓		מתבצע	1.3. יש לבצע ע"פ נוהל 50/2013 הזרקה של דטרגנט ע"מ למנוע הידבקות של חומר אורגני לתעלות.	1.3. דטרגנט אנזימתי מוזרק לתעלות באורך זמן שנקבע לפי הוראות היצרן
			✓		בתוכנית רכש מארז ייעודי	1.4. יש לוודא העברת סקופ במיכל העברה ייעודי וסגור לחדר השטיפה במכון.	1.4. הסקופ מועבר במיכל העברה ייעודי
		✓			בתוכנית שינויי מבנה	1.5. יש למצוא נתיב בטיחותי להעברת הסקופ או במיכל ייעודי ע"פ נוהל 50/2013.	1.5. הסקופ מועבר בנתיב בטיחותי שאינו מהווה סיכון זיהומי למטפלים
			✓		בתוכנית רכש מארז ייעודי	1.6. יש לרכוש מיכל העברה ייעודי או למצוא באס"מ ביה"ח מיכל מתאים.	1.6. הסקופ מועבר במיכל סגור כאשר אין יציאה מחדר הפעולה ישירות לחדר ניקוי
<b>פרק 2 - שלב ב', הניקוי הידני</b>							
		✓			בתוכנית שינויי מבנה	2.2. יש לדאוג לבריאות הצוות ולדאוג ל10 החלפות אויר בחדר השטיפה כאשר 2 מתוכם של אויר צח. הערה חוזרת מבקרה קודמת.	2.2. קיימות לפחות עשר תחלופות אויר בחדר בשעה (מהן 2 עם אוויר צח)

			✓		בתוכנית שינויי מבנה	2.3. יש לרשום מלבד סימול הרצפה בפס אדום על אזור נקי/מלוכלך.	2.3. קיימת בחדר הפרדה מוחלטת בין אזור נקי ומלוכלך
		✓			בתוכנית שינויי מבנה	2.5. יש ללייעד כיור לרחיצת ידי הצוות ע"פ נוהל 50/2013, נצפו 2 כיורים אשר משמשים לניקוי ונשאלת השאלה אם שניהם בשימוש במקביל...במידה ולא, נדרש בינוי ותוספת כיור.	2.5. הכיור לרחצת הידיים נפרד מהכיור לרחצת מכשירים
<b>פרק 3 - חיטוי ברמה גבוהה במכונה ואחסון</b>							
			✓		מי השטיפה במכונה הם מים מסוננים במסנן 0.1-0.2 מיקרון	3.7. יש להציגו לוודא שמי השטיפה ע"פ הסטנדרטים המתבקשים של 0.1-0.2 מיקרון.	3.7. מי השטיפה במכונה הם מים מעוקרים או מסוננים במסנן 0.1-0.2 מיקרון
		✓			קיים	3.8. יש לתעד ולהציג החלפת פילטרים במכונה ע"פ התקנים והוראות יצרן.	3.8. בקרת איכות מי השטיפה והחלפת הפילטרים מתועדת
	✓				בתכנון שינויי מבנה של מתחם חדר ניקוי ובניית חדר אחסון	3.16. יש להוציא את ארון הייבוש ממחסן ציוד הרפואי.	3.16. אנדוסקופים מחוטאים ויבשים מאוחסנים בארון הממוקם בנפרד מאזור הניקוי ומחדר הפטולות
				✓	קיים	3.20. יש לכתוב נוהל מוסדי/מחלקתי לטובת ניקוי ארון אחסון הסקופים. כמו כן נצפה לכלוך חשוד בצבע חום בצורת טיפות על המתלים בארון. נמסר במידי לצוות ולמלווים.	3.20. קיים נוהל הקובע את תדירות ניקוי ארון האחסון
<b>פרק 4 - מיגון הצוות המטפל במכשור/בטיחות</b>							

				✓	קיים	4.3. יש לוודא שימוש במשקפי מגן תקניות ולא רק במשקפיים אישיות של הצוות בזמן ניקוי ושטיפת המרשור	4.4. הצוות מרכיב משקפי מגן/ מגן פנים
				✓	קיים	4.4. יש ללבוש מסיכות מגן ע"פ המצויין בנהל 50/2013.	4.4. הצוות לובש מסכה כירורגית
<b>פרק 5 - אישורי אמ"ר</b>							
				✓	קיים	5.1. יש להציג אישורי אמ"ר פיזית ולעקוב אחר תוקפם ולא להסתפק בכך שהם אמורים להיות בררש/לוגיסטיקה	5.1. קיים אישור אמ"ר לחומר החיטוי
				✓	יבדק	5.2. יש להציג אישורי אמ"ר פיזית ולעקוב אחר תוקפם ולא להסתפק בכך שהם אמורים להיות בררש/לוגיסטיקה	5.2. קיים אישור אמ"ר למכונות הניקוי/ חיטוי
<b>פרק 6 - שינוע</b>							
				✓	בתכנון רכישה של עגלה ייעודית	6.2. מומלץ לשלט את עגלת השינוע בנקי/מזוהם בזמן שינוע סקופים מחוץ למכון .	6.2. קיים מארז שינוע ייעודי לאנדוסקופים נקיים
				✓	בתכנון רכישה של עגלה ייעודית	6.4. מומלץ לשלט את עגלת השינוע בנקי/מזוהם בזמן שינוע סקופים מחוץ למכון .	6.4. קיים מארז שינוע ייעודי לאנדוסקופים מלוכלכים
<b>דיאליזה</b>							
<b>פרק 2 - פיתוח מקצועי</b>							
				✓	מתוכנן לשנת 2019	2.2. יש לדאוג להוציא את הצוות הסיעודי להשתלמויות וימי עיון לפחות פעמיים בשנה.	2.2. קיימים דיווחים על יציאת אחים/יות להשתלמויות/ימי עיון/לימודים מחוץ לביה"ח / מרפאה (לפחות 2 ימי עיון בשנה לעובד)
<b>פרק 5- רשומות</b>							

✓					בהכנסת הקמיליון היחידה תמוחשב באופן מלא. כרגע הרשומה היא ממוחשבת באופן חלקי (המעקב הרפואי, קבלה ושחרור רפואי ממוחשבים)	5.1. יש לדאוג למחשוב התיק הרפואי.	5.1. קיימת רשומה ממוחשבת
✓					עם הכנסת הקמיליון	5.2. יש לדאוג לממשק של מכונת הדיאליזה לתיק הרפואי הממוחשב	5.2. קיים ממשק תיק חולה למכונת הדיאליזה
			✓		כל ההחלטות החדשיות לגבי תוכנית דיאליזה וטיפול תרופתי מתואמות וחתומות על ידי נפרולוג. הוראות יומיות כמו מתן תרופה נגד כאבים או בחילות ניתנות על ידי רופא בית. בתוכנית העבודה 2019 - יושם דגש על הגברת מעורבות הנפרולוג בטיפול היומימי השוטף	5.10. יש להקפיד על רישום הנפרולוג נותן ההוראה. לפי התיעוד ברשומה הרפואית אין מעורבות של הרופא הנפרולוג ברוב המקרים בטיפול בחולה, אלא חתימה על ההתערבות של הרופא בדיאליזה.	5.10. קיימת חתימה של נפרולוג על קבלה רפואית / או הערת קבלה
			✓		מבוצע	5.16. יש לרשום במעקב הרפואי של המטופל, עם איזה נפרולוג היתה ההתיעצות ומי היה הרופא הנפרולוג שהחליט על ההוראה / שינוי הטיפול	5.16. קיים דיווח רפואי אחת לחודש ע"י נפרולוג כולל התייחסות לתוצאות בדיקות דם ושינויים בטיפול התרופתי
			✓		יטופל	5.18. יש להקפיד על דיווח מתאים לתאריך של שינוי ההוראה, וכן הוראה בזמן מדוייק, (לא הוראה כללית כמו פעם בחודש)	5.18. קיימת הלימה בין ההוראה הרפואית לבין הדיווח הרפואי
<b>פרק 6 – חיסונים</b>							
	✓				נכון להיום המטופלים מקבלים טופס המלצה לקבלת חיסונים של שפעת, PNUMOVAX ו-PREVENAR. התוכנית של היחידה למניעת זיהומים הינה שמטופלים של קופ"ח כללית יחוסנו על ידנו ושאר המטופלים יביאו אישורים על התחסנותם ואלה שסירבו יירשמו בתיק מנוסל	6.1. יש לדאוג לאישורים של קבלת חיסון למטופלים משאר הקופות (למעט כללית המדווחת)	6.1. קיים תיעוד על המטופלים בנושא חיסון לשפעת עונתית שנתי (חוזר "הערכות לחורף")
	✓				כמו סעי' 6.1.	6.2. יש לקבל דיווח מקופות החולים על חיסון לדלקת ריאות ולעודד את המטופלים לחיסון	6.2. קיים תיעוד על המטופלים שחוסנו לדלקת ריאות

	✓				6.3. יש לתעד את המטופלים המסרבים לחיסוני חורף כמו סע' 6.1.	6.3. קיים תיעוד על המטופלים שמסרבים לקבלת החיסון
<b>פרק 7 – ניהול הטיפול התרופתי</b>						
		✓			היום מקבלים הזמנה חודשית של ARANESP ו VENOFRER רק למטופלים של כללית ולשאר הקופות שולחים מרשם לתרופות חודשיות +בדיקות דם ומביאים באופן עצמאי. זמפּלר-כל המטופלים מקבלים מרשם תרופות + בדיקות דם ומרואים לנו	7.5. קיימת אספקת תכשירי ברזל וארטירופיטין מכל קופות החולים בצורה מרוכזת
			✓		אנחנו מקבלים הוראות חודשיות של APO ZEMPLAR VENOFRER CLEXAN כך שכל תרופה ניתנת בתדירות שונה , כמו כן המתן משתנה בעת לקיחת בדיקות דם שבועיות לכך בעת מחשוב התיק הרפואי יינתנו לפי תאריך ושעה מדויקים	7.6. בהוראה לטיפול תרופתי מופיע שם התכשיר במלואו (חוזר מינהל הסיעוד "ניהול הטיפול התרופתי" מס' 53 משנת 2003) הכולל מינון ודרך מתן, תדירות, ובאותיות דפוס לועזיות, חתימה וחותמת רופא
<b>פרק 10 – תשתיות אולמות דיאליזה</b>						
		✓			ברזים נפתחים ללא מגע יהיו ביחידה החדשה –מתואם עם המהנדס	10.2. הברז נפתח ללא מגע יד
			✓		יש לנו מד טמפרטורה במחסן לצידוד רפואי, אין לנו מד לחות לצידוד שעובר סטריליזציה באספקה סטרילית. בבחינה ע"י המהנדס	10.22. קיימת מערכת בקרת טמפ' במחסן לצידוד רפואי
<b>פרק 11 – אישורים</b>						
		✓			מתבצעת ביקורת שירותי הכבאות מידי שנה	11.4. קיים אישור בתוקף כיבוי אש מאיגוד ערים

		✓			קיים	11.6. קיים אישור תקף על תקינות מיזוג כולל מס חילופי אוויר צח (נוהל AC-1) או קיום חלונות הנפתחים	11.6. יש לדאוג לבדיקת מערכת המיזוג
<b>פרק 12 – חדר המים</b>							
		✓			יטופל	12.1. המצאות מז"ח בכניסה לחדר המים ואישור תקינות שנתי	12.1. יש לדאוג למז"ח גם בחדר המים של טיפול נמרץ
		✓			יטופל	12.14. המצאות טמפ מקסימלית של 25°C בחדר המים	12.14. יש לדאוג למיזוג חדר המים הן הראשי והן של טיפול נמרץ, וטמפרטורה במעקב של עד 25 מעלות
		✓			בוצע	12.15. המצאות רכיבי מערכת המים בלבד בחדר המים	12.15. יש להוציא את כל הצנרת המיותרת והמערכות שלא שייכות לחדר המים ושאינם פעילות.
		✓			יטופל	12.16. המצאות מאצרה סביב מיכל התמלחת	12.16. יש לדאוג למאצרות סביב מיכלי המלח בחדר המים הראשי ובחדר המים רניפול נמרץ
<b>פרק 13 – מדדי איכות</b>							
			✓			13.5. זמן המתנה לניתוח פיסטולה/גרפט חדשה	13.5. יש לדאוג לניתוחי פיסטולה/גרפט לכל המטופלים בדיאליזה.
				✓		13.6. % מטופלים עם צנתר מרכזי חיצוני	13.6. יש לנתח לאלתר את המטופלים עם קטטר חיצוני, לגישה לכלי דם פיסטולה/גרפט
					✓		הנושא ידוע ומטופל לפי קיום מנחים התוכנית להגיע 30% מהחולים עם קטטר חיצוני - פרמקט והשאר 70% AV SHUNT
<b>בריאות השן - מחלקת אשפוז</b>							
<b>פרק 2 - רשומה רפואית – איכות תיעוד הקבלה</b>							

				✓	ההנחיה ניתנה למתמחים - מקפידים על ביצוע	2.5. בקבלה הרפואית יש להתייחס לתרופות שהחולה נוטל האופן קבוע	2.5. קיימת התייחסות לתרופות הניטלות באופן קבוע (רשומת מטופל באשפוז, מינהל הרפואה (27/95)
<b>פרק 3 - רשומה רפואית – איכות תיעוד רשומת</b>							
				✓	ההנחיה ניתנה למתמחים - מקפידים על ביצוע	3.3. יש לוודא המצאות תכנית להמשך טיפול ליד תעוד המעקב התיקי המטופלים	3.3. קיימת תכנית להמשך טיפול
<b>פרק 6 - רשומה רפואית – איכות תיעוד רשומת</b>							
				✓	ההנחיה ניתנה למתמחים - מקפידים על ביצוע	6.2. יש לוודא מסירת מידע לחולים המשתחררים על זכויותיהם על פי הסל	6.2. נמסר מידע לחולים המשתחררים על זכויותיהם על פי הסל (למשל חולים אונקולוגיים)
<b>בריאות השן - מרפאות חוץ פה ולסתות</b>							
<b>פרק 2 –איכות תיעוד הקבלה</b>							
				✓	ההנחיה ניתנה למתמחים - מקפידים על ביצוע	2.3. יש לוודא התייחסות לתרופות הניטלות באופן קבוע לעל המטופלים.	2.3. קיימת התייחסות לתרופות הניטלות באופן קבוע
				✓	ההנחיה ניתנה למתמחים - מקפידים על ביצוע	2.5. יש לכלול רישום הרגלים מטופלים בקבלה לטיפול	2.5. קיים רישום הרגלים
<b>רישום סרטן</b>							
<b>מידע כללי</b>							
				✓	הדיווח לרישום המרכזי למחלות סרטן מועבר באופן שוטף דרך הכספת אחת לרבעון.	לפתוח גישה לכספת וירטואלית ולהתחיל שלוח דוחות פתולוגיה בצורה אלקטרונית	האם קיימת במכון גישה לכספת וירטואלית, לצורך העברה קבצים לרישום הסרטן
<b>פרק 1 – רישום סרטן - פתולוגיה</b>							
				✓	הצד באיברים זוגיים מצויין במלל באבחנה הקלינית, למעט מיקרים בהם לא צויין ע"י הרופא המפנה.	1.4. יש לציין צד באיברים זוגיים	1.4. ציון צדו של האתר

			✓		אבחנות ב - SNOMED בסרטנים אחרים - יטופל במסגרת תוכנית העבודה 2019 מול יחידת מחשב	1.7. יש לדווח אבחנות ב SNOMED לכל סוגי הסרטנים לא רק רק לסרטן שד	1.7. אבחנה סופית מקודדת ב-SNOMED, או SNOMED-RT
<b>פרק 2 – חובת דיווח - פתולוגיה</b>							
					יוכנס לתוכנית העבודה של יחידת מחשב לשנת 2019	2.3. להוסיף אופציה בתוך מערכת ממוחשבת לסמן דוחות פתולוגיה עם אבחנות אונקולוגיות לשליחת למשרד הבריאות.	2.3. סימון/תיעוד בדוחות בית החולים תואם את נהלי משרד הבריאות על חובת דיווח ברישום הלאומי לסרטן
<b>פרק 3 – רישום סרטן - המתולוגיה</b>							
			✓		יטופל במהלך 2019. מנהל המתולוגיה מול יחידת מחשב	3.6. יש להתחיל להעביר דוחות מחלות סרטן המתולוגיות למרכז הלאומי לרישום סרטן	3.6. יש בתיק סימון/תיעוד בדוחות בית החולים תואם את נהלי משרד הבריאות על חובת דיווח ברישום הלאומי לסרטן
<b>מערך המכשור הרפואי</b>							
<b>פרק 1 – תחום הניהול</b>							
			✓		במסגרת תוכנת מזור	1.1.2. יש להכניס לשימוש תכנת אחזקה על מנת לערוך מעקב ממוחשב אחר הציוד הרפואי	1.1.2. קיימת תוכנת אחזקה הכוללת תיק שירות לכל מכשיר
			✓		כולם מדופלמים ומוסמכים הנדסית. טכנאים נשלחים להסמכות יצרן נוספות בהתאם לקורסים המוצעים	1.2.2. יש להוסיף הסמכות יצרן לעובדי המחלקה	1.2.2. עובדי המחלקה מוסמכים הנדסית לבצע את עבודתם בצורה מקצועית
			✓		בתהליך רכש של מכשירי הצב"ד הנדרשים	1.2.6. יש לדאוג להשלמת ציוד בדיקה למכשור (אינקובטורים, משאבות וכד')	1.2.6. קיים צב"ד בדיקה ותואם למכשור הרפואי המקבל שירות ע"י צוות בי"ח



✓					מתבצעות הדרכות ויש ריענון הידע עם קליטת מכשור וטכנולוגיות חדשות. יש תיעוד לכך. יש תוכנית נוספת לשנה הקרובה להרחיב הסמכות הטכנאים בעזרת נציגי היצרנים. <b>כבר בסוף ינואר יוצא טכנאי לקורס הסמכה למוניטורים של PHILIPS</b>	1.3.3. יש להכין תוכנית הדרכה לצוות המקצועי בעזרת נציגי היצרנים ולהסמיך כל טכנאי בתחומי אחריותו. מומלץ להיעזר בידע של הצוות המקומי להקמת מנגנון הדרכה להרחבת הידע של המשתמשים בתפעול נכון וניצול קליני מיטבי למכשור	1.3.3. קיימת תכנית הדרכות וריענון הידע עם קליטת מכשור חדש וטכנולוגיות מתקדמות ברמה תפעולית לכלל בי"ח
✓					במסגרת חוזי שירות לציוד	1.3.4. יש לדרוש הסמכות יצרן לאנשי הצוות בכל פרויקט רכש	1.3.4. מתבצעת הסמכת איש שירות בכל פרויקט רכש מכשור חדש ע"פ נוהל ר"ח
✓				יטופל		1.4.1. יש להמתין לתכנת "מזור", כרגע מנוהל בתכנת Excell	1.4.1. מערך השירות ממוחשב וכולל את הטיפול בתקלה, בדיקה תקופתית וטיפול תקופתי
✓					קיים נוהל בדיקה לכל מכשיר סומך חיים, <b>וכבר בוצעו התאמות נוספות בהתאם להוראות יצרן</b>	1.4.3. יש לערוך את הבדיקה בהתאם להוראות הבדיקה של היצרן ולערוך את טפסי הבדיקה בהתאם	1.4.3. קיים נוהל בדיקה לכל מכשיר סומך חיים ותיעוד ביצוע בכרטיס הציוד
✓					פעילות הטיפול בתקלות מתועדת בצורה ממוחשבת	1.4.6. יש לתעד בצורה ממוחשבת את פעילות הטיפול בתקלות, כרגע התיעוד ידני	1.4.6. קיימת בקרה ממוחשבת על טיפול בתקלה פתוחה כולל מעקב ביצוע הזמנת חלפים ואספקתם לטכנאי המבצע

✓					יטופל	1.5.1. יש להמתין לתכנת "מזור"	1.5.1. קיים תהליך מתועד ומאושר לקבלת הרשאות גישה לתוכנת האחזקה לספקי השירות ולכל מידע טכני הנשמר ברשת בי"ם
✓					קיים טופס מובנה מותאם	1.10.3. יש להכין טופס מובנה ספציפי לסוג המכשיר בעת הרכישה	1.10.3. הבדיקה מתבצעת ע"פ טופס מובנה, תואם לאפיון המערכת.
<b>פרק 5 – תחום האיכות וזמינות השירות -</b>							
✓					טיפולים תקופתיים מתבצעים ע"פ הוראות יצרן או ע"י נציג היצרן, והם כבר הונחו לערוך הטפסים בהתאם	5.2. יש לערוך טיפולים תקופתיים על פי הוראות יצרן, ולערוך את טפסי הטיפולים בהתאם.	5.2. סיכום טיפול תקופתי
✓					מתבצע ומתועד	5.3. יש לוודא שלאנשי השירות עברו הכשרה לטפל במכשיר שבאחריותם והוסמכו לכך על ידי היצרן.	5.3. סיכום שירות טכני
<b>פרק 6 – תחום האיכות וזמינות השירות -</b>							
✓					טופל	6.2. יש לשדרג את נוהלי הבקרה התקופתית בהתאם המוגדר לסוג הציוד, היצרן והוראותיו.	6.2. סיכום טיפול תקופתי
✓					מתבצע	6.3. יש לוודא כי הטיפול התקופתי והשירות הטכני יינתן רק ע"י הגורם המקצועי, בעל הידע בתחום והמוסמך לכך.	6.3. סיכום שירות טכני
<b>פרק 10 – איכות ושירות מכשור רפואי - מערך</b>							
✓					מערך הדימות נמצא תחת הסכמי שירות. כל נותני השירות מוסמכים ויש פיקוח שלנו על כך.	10.3. יש לוודא כי נותני השירות הינם בעלי הסמכת יצרן	10.3. סיכום שירות טכני