

דוח בקרת בית חולים אסותא אשדוד

11/07/2018

הדוח נכתב על ידי האגף לרפואה כללית

י"ב כסלו תשע"ט
20/11/2018
סימוכין: 1987117

לכבוד
פרופ' חיים ביטרמן
מנהל/ת בית חולים אסותא אשדוד

שלום רב,

הנדון: סיכום הבקרה שנערכה בבית חולים אסותא אשדוד בתאריך ה-11/07/2018.

רצ"ב
1. **טיוטת דוח** בקרת צוות האגף לרפואה כללית, וצוות לשכת הבריאות מחוז אשקלון 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** להתייחסות 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

ד"ר סיגל ליברנט טאוב
ראש אגף רפואה כללית

רותי פרוינד RN MPH
מנהלת מחלקת בקרה

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						
תחום המבדק	כושל	חלש	טעון שיפור	טוב	טוב מאוד	מצויין
	0-50	51-70	71-85	86-90	91-95	96-100
1. מינהל בית החולים					95	
2. מינהל רפואה						100
3. סיעוד ובטיחות המטופל ביחידת האשפוז						99
4. הרדמה						99
5. מערכות הנדסיות ותשתיות						97
6. בטיחות החולה בחדר ניתוח						97
7. בטיחות החולה בחדר התאוששות						100
8. מעבדות כללי						100
9. מעבדות מקצועיות						100
10. מניעת זיהומים						96
11. החייאה						98
12. בריאות הסביבה				89		
13. גריאטריה						96
14. רוקחות						96
15. מניעת אלימות						100
16. רשומות ומידע רפואי						96
17. תזונה ומזון- מחלקה לתזונה					95	
18. תזונה ומזון - הנהלה			84			
19. פיזיותרפיה						100
20. עבודה סוציאלית					91	
21. קלינאות תקשורת				87		
22. ריפוי בעיסוק						99
23. פסיכולוגיה			85			
24. ניקוי וחיטוי מכשירים אנדוסקופים - מרפאה/מכון – אף/אוזן/גרון						99

25. ניקוי וחיטוי מכשירים אנדוסקופים - מרפאה/מכון – לב						100
26. ניקוי וחיטוי מכשירים אנדוסקופים - גסטרו						100
27. דיאליזה					95	
28. תנאי סטאז ברפואה						100
29. מערך המכשור הרפואי						99
30. רישוי						

נתונים כלליים על בית החולים

שם בית החולים:	בית חולים אסותא אשדוד
קוד בית החולים:	01608
בעלות בית החולים:	ציבורי
כתובת:	הרפואה 7, אשדוד מיקוד 7747629
מחוז:	אשקלון

שם המנהל הרפואי:	פרופ' חיים ביטרמן	מספר רישיון רפואי:	12617
מומחיות:	רפואה פנימית	מס' רישיון מומחה:	7651

שם סגן המנהל הרפואי:	ד"ר הדר מרום	מס' רשיון רפואי:	30072
מומחיות:	משפחה	מס' רישיון מומחה:	21740
מומחיות:	מינהל רפואי	מס' רשיון מומחה:	

שם סגן המנהל הרפואי:	ד"ר עופר חן	מס' רשיון רפואי:	34178
מומחיות:	רפואה פנימית	מס' רישיון מומחה:	22532

שם מנהל/ת הסיעוד	בתפקיד משנת	קורס על בסיסי
גב' איה גבאי	2017	

שם המנהל האדמיניסטרטיבי:
מר שלמה עמיר

היקף פעילות לשנה קלנדרית אחרונה	
פעילות	**ערכים**
מספר ימי אשפוז:	51,876
אחוז תפוסה ממוצע:	116%
אורך אשפוז ממוצע בחטיבה כירורגית (לא כולל אשפוז יום):	2.59
אורך אשפוז ממוצע בחטיבה פנימית (לא כולל אשפוז יום):	4.63
מספר ניתוחים (סה"כ כולל ניתוחים באשפוז יום):	4,551
מספר ביקורים במיון:	33,165
אחוז המתאשפזים מתוך הפונים למיון:	24.2%
מספר ביקורים במרפאות:	29,915
מספר לידות:	2,448
אחוז ניתוחים קיסריים מכלל הלידות:	16%

מצבת כ"א (מועסקים מכל הסקטורים)		
מקצוע	**מספר עובדים**	**מספר משרות**
רופאים מומחים:	162	147
אחיות:	488	443
כוח עזר:	176	174
רופאים (שאינם מומחים):	129	129
סה"כ:	1433	1296.5
מינהל ומשק:	304	256
פרא-רפואיים:	174	147.5

תעודת הרישום של בית החולים	
פעילות	**ערכים**
תוקף תעודת רישום:	01-10-2018
מספר מיטות אשפוז:	291
מספר מיטות אשפוז יום:	9
מספר חדרי ניתוח:	12
מספר עמדות התעוררות:	37
מספר עמדות רפואה דחופה:	66
מספר חדרי לידה:	8
מספר מרפאות:	32
מספר מכונים:	11

מספר מעבדות:	4
מספר מחלקות/ מכונים/ יחידות/ מרפאות המוכרים להתמחות:	18

מכשירים רפואיים מיוחדים	סורק -.C.T מערכת רנטגנית לצנתור לב וכלי דם כליליים מערכת רנטגנית לצנתור לב וכלי דם כליליים מערכת רנטגנית לצילום כלי דם - R.F.U.A סורק בתהודה מגנטית - M.R.I טומוגרפיה פליטת פוזיטרוני - PET C.T :

תחומי הבקרה - ממצאים

מינהל בית החולים

ממצאים לשימור

זמינות הניתוחים.

תקציר הממצאים העיקריים

מידע כללי

בית החולים נפתח לפני כ- 6 חודשים . הוקמו שגרות עבודה איכותיות ברמת הנהלה. הוקמו הכל הועדות הנדרשות . ועדת אתיקה - מינוי יו"ר הועדה נמצא באישור משרד הבריאות טרם התקבל מענה מהמשרד . הלסינקי- מספר מחקרים נמצאים בתהליך אישור טרם אושרו סופית . גויסו מתאמת ועוזרות מחקר. השירות הפליאטיבי נמצא בהקמה גויסה רופאה מומחית בפליאציה, מומחית בגריאטריה פליאטיבית ומגויסים אנשי הצוות נוספים. ברמת ההנהלה מתקיים פורום שירות אחת לשבועיים בו מפולחות התלונות של המטופלים נצפות מגמות ומובאות תובנות לטיפול .

פרק 1 - הסכמה מדעת

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

פרק 2 - דיווחים למשרד הבריאות

אירועים מיוחדים החייבים בהודעה מדווחים למשרד הבריאות. במחצית השנה התרחשו 766 ארועים חריגים מתוכם 37 כמעט אירוע ברחבי בית החולים . מיעוטם היה צורך בדווח למשרד הבריאות . דווח תקלה תשתיתית אחת - מערבל חמצן שהתלקח .

פרק 3 - זכויות החולה

רמת השירות בבית החולים גבוהה במיוחד. בית החולים מקדיש משאבים להנגשה תרבותית לשונית . צוות פליאטיבי כאמור בהקמה. מנהל המערך למחלות זהומיות עוסק גם במניעת זהומים . בית החולים בשלבי גיוס של מנהל יחידה למניעת זהומים כנדרש על פי חוזר מנכ"ל .

פרק 4 - בטיחות

כלל הצוותים עברו הדרכה למניעת אלימות + לומדה . קיימת ועדת אלימות בשיתוף עם נציג הנהלה

פרק 5 - היחידה לבטיחות הטיפול

היחידה לבטיחות המטופל עושה עבודה נפלאה. באוקטובר עתידות להתקיים סדנאות תחקיר פנימיות למנהלי מחלקות אחיות אחראיות ונאמני ניהול סיכונים בכלל המחלקות והיחידות של בית החולים.

פרק 6 - חיסון עובדי בריאות חדשים ועובדים ותיקים החשופים לדם

חיסוני עובדים חדשים מבוצע בקפידה. קיימת תכנית מוסדית סדורה לחסן כל הותיקים העובדים בבית החולים .

פרק 7 - יכולת אחזור נהלים

נהלי משרד הבריאות מוכרים וניתנים לאיחזור במחשבי ההנהלה.

פרק 8 - בקרת רישומים פליליים לעובדים חדשים

נערך מבדק להעדר רישום הרשעות בדבר עברות מין לכל עובד חדש, גבר מעל גיל 18 .

פרק 9 - בקרת תורים לניתוח

זמינות הניתוחים במרכז הרפואי אסותא אשדוד גבוהה , אין המתנה אלא 1-2 שבועות

סיכום

בית החולים אסותא אשדוד מנוהל ועובד בצורה איכותית. חלק מהנושאים נמצאים בשלבי הקמה .

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

מינהל רפואה

ממצאים לשימור

מומחה ברפואה דחופה בחדר מיון 24 שעות

תקציר הממצאים העיקריים

פרק 1 - רשומה רפואית – איכות תיעוד הקבלה

נמצא רישום הולם בהתאם לכללים ודרישות

פרק 2 - הסכמה מדעת לפעולות פולשניות

קיימים טפסי הסכמה מדעת לכל הפעולות הפולשניות

פרק 3 - איכות תיעוד רשומות מעקב יומיות

רשומות מעקב יומיות על פי מדגם תיקים רפואיים (ממוחשבים) של חולים, נמצאו מלאות.

פרק 4 - איכות כתיבת הוראה לטיפול תרופתי

כתיבת הוראה לטיפול תרופתי מבוצעת על פי הכללים המקובלים .

פרק 5 - איכות רשומות שחרור

רשומות השחרור שנבדקו, כתובות כדבעי, מודפסות כנדרש.

פרק 6 - רמת מיחשוב הרשומה הרפואית

הרשומה הרפואית ממוחשבת מאפשרת שליפת נתונים ע"פ קריטריונים הניתנים לבחירה, כנדרש.

פרק 7 - רשומת חולה במיון

רשומת חולה במיון , תקינות. קיים: תאריך ושעת הגעה למיון (לדלפק) , שעת הגעת החולה לטריאז' ,חתימת האחות מבצעת הטריאז', שעת המגע הראשוני עם רופא , כנדרש.

פרק 8 - איכות מכתב שחרור חולה ממיון

מכתב שחרור חולה ממיון , תקין נושא את כל המידע הנדרש.

פרק 9 - חולים מעוכבים במיון

משך השהייה במיון מרגע החלטת רופא המלר"ד לאשפז עד האשפוז במחלקה 8 שעות, כנדרש.

פרק 10 - תורנים וכוננים בחדר מיון

רשימת תורני וכונני חדר מיון מופיעה בחדר המיון מוצבת במקום בולט.

פרק 11 - רופאים אחרי תורנות

סיום משמרת בשעה 8:00 בבוקר לרופא לאחר תורנות עד 10:00, כנדרש.

סיכום

הרשומות קבלה מעקב ושחרור מלאות, טפסי סכמה מדעת לפעולות פולשניות. בהתאם להנחיות משרד הבריאות

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

סיעוד ובטיחות המטופל ביחידת האשפוז

ממצאים לשימור

מכתב שחרור סיעודי. Case Management. מנטורינג של האחיות החדשות בעלות ניסיון מועט בתפקידן.

תקציר הממצאים העיקריים

מידע כללי

מדובר בבקרה הראשונה מאז נכנס ביה"ח החדש לפעילות שוטפת. ביה"ח ממשיך בקליטת העובדים החדשים ובתהליך פיתוח הצוות הסיעודי וכוחות העזר. מרבית האחיות הינן אקדמאיות ובעלות קורסים העל בסיסיים הרלוונטיים. קיים תפקיד ייחודי לביה"ח - Case Manager - אחות המרכזת טיפול במטופלים מורכבים. בנוסף, נעשה פרוייקט יחודי של מנטורינג בסיעוד. הנהלת הסיעוד מובילה מספר פרוייקטים חוצי ארגון.

פרק 1 - כללי

הוצגו תוכניות עבודה מפורטות ויישום תוכניות מהשנה הקודמת. קיימות תוכניות עבודה ברמות שונות, החל מהנהלת ביה"ח דרך הנהלת הסיעוד, מפקחות ובעלי תפקידים, אחויות ועד האחראיות במחלקות. תוכניות העבודה של האחיות האחראיות במחלקות האשפוז כוללות פריסת לוח גנט המתייחסת לכל אחד מעובדי הסיעוד. לכל אחות במחלקה תחומי אחריות המוגדרים בתוכניות העבודה. קיימת גישה ממוחשבת לנהלי משרד הבריאות ונהלי אסותא.

פרק 2 - פיתוח מקצועי

כל האחיות עברו השתלמות בניהול החייאה בהתאם לתחום הפעילות, כל האחיות עוברות רענון החייאה בצורה מתוכננת.
הוצגו ערכות קליטת אחות חדשה וכוח עזר חדש. קיימות ערכות קליטה יעודיות לתפקיד האחות ומחלקה. הוצגו הערכות עובדים.

פרק 3 - אירועים חריגים

דיווח על האירועים החריגים נערך בצורה ממוחשבת למערכת יעודית לאסותא אשדוד. כל עובד יכול להיכנס דרך פורטל ולדווח. קיים צוות ניהול סיכונים. הוצגו מספר אירועים חריגים וכמעט אירוע בתחום הסיעוד.

פרק 4 - ניהול מחלקת אשפוז

הבקרה נערכה במספר אתרים: טיפול נמרץ לב, לב ביניים, אורטופדיה + א.ג.א, כירורגיה + אורולוגיה. בכל המחלקות הסיעוד מנוהל ברמה גבוהה.
מח' אורטופדית+א.ג.א. חולשת על קומה שלמה עם כניסות נפרדות ל-א.ג.א. ולאורטופדיה. ביום הבקרה מאושפזים 33 מטופלים, מתוכם 3 חולים מאושפזים במחלקות לוויין בבוקר עובדות 5 אחיות, כולל א.אחראית המחלקה ו- 3 כוחות עזר. בערב עובדות 3 אחיות ו- 2 כ"ע, בלילה 3 אחיות ו- כ"ע אחת. אחת מאחיות הצוות מאיישת את תחנת אחות ב- א.ג.א. אחת מאחיות הצוות הינה Case Manager.
מערך הלב כולל ט.נ. לב, לב ביניים ומכון צנתורים. בט.נ.לב 8 מיטות ומאושפזים ביום הבקרה 8 מטופלים. משמרת בוקר מאויישת ע"י 4 אחיות, כולל האחות האחראית + כ"ע אחת. במשמרות ערב/לילה עובדות 3 אחיות, במשמרת ערב כ"ע אחת. במחלקת לב ביניים 14 מיטות. במשמרת בוקר עובדות 3-4 אחיות וכ"ע אחת, בערב 3 אחיות ובלילה -2.
100% מהאחיות בשתי המחלקות עברו רענון החייאה.
בסידור העבודה של מח' ט.נ.לב נמצא כי כל אחראית משמרת בוגרת קורס על בסיסי בטיפול נמרץ.
מחלקה כירורגית כללית + אורולוגיה: 30 מיטות אשפוז כירורגיות ו- 12 אורולוגיות. בבוקר עובדות 6 אחיות, כולל האחות האחראית + 3 כ"ע, בערב 5 אחיות + כ"ע, בלילה 4 אחיות + 1 כ"ע. קיימת הפרדה פיזית בין האגף הכירורגי לאורולוגיה, לכן הצוות הסיעודי מחולק בין שתי היחידות. ביחידה הכירורגית קיים חדר טיפול מוגבר ובו 4 מיטות. החדר מאויש ע"י אחות בעלת קורס על בסיסי בטיפול נמרץ.

פרק 5 -בטיחות המטופל ביחידת האשפוז

המחלקות שנבדקו חדשות ומרווחות, ללא מטופלים בפרוזדור. גישה למטופל ללא מכשולים. נבדק מענה לקריאת פעמונים בשתי המחלקות. נמצא תקין.

פרק 6 - רשומות קבלה

קיים תיק מטופל ממוחשב. במחלקה אורטופדית לא נמצאה התייחסות לאומדן רגשי-נפשי.
במחלקה כירורגית נמצא אומדן כזה כחלק מהאומדן במטופל מעל גיל 65. יש להכליל את כל סוגי האומדנים הרשומים מעלה עבור כל המטופלים ובכל המחלקות.

פרק 7 - רשומות המעקב

תיק מטופל ממוחשב ובו רישומים ע"פ התקן. קיימת חתימת וחותמת האחות המדווחת בסוף דוח המעקב הסיעודי .

פרק 8 - רצף טיפולי

מכתב שחרור סיעודי ניתן לכל מטופל לקראת שחרור חתום ע"י אחות מוס' האחראית על השחרור . הנושא ראוי לציון ומנוהל ע"פ הנוהל.

פרק 9 - סמים מסוכנים

ניהול הסמים המסוכנים מבוצע על פי התקנות . הרישום ע"פ התקן.

פרק 10 - ניהול הטיפול התרופתי

הוראות לטיפול תרופתי ורישום הביצוע, הוצגו בתיק ממוחשב. הרישום ע"פ התקן.

סיכום

נראה שנעשית עבודה רצינית ואיכותית ע"י הנהלת הסיעוד של ביה"ח והצוות הניהולי במחלקות.
קיים תפקיד ייחודי לאחות - Case Manager ומתקיים פרוייקט מנטורינג של האחיות הצעירות ומנהלות הצעירות. הצוות סיעודי מוביל מספר פרוייקטים חוצי ארגון, כגון: 1. פרוייקט זיהוי מטופל, פרוייקט מנעת נפילות, פרוייקט בקרת תיקי מטופלים ועוד. מספר מטופלים העידו על שביעות רצון רבה מהטיפול הסיעודי והרפואי יחד, מהיחס החם והתומך בו זכו במחלקות השונות של בהי"ח.

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

הרדמה

ממצאים לשימור

מצבת כוח האדם במחלקת הרדמה

תקציר הממצאים העיקריים

מידע כללי

נתוני כ"א מצויינים

פרק 1 - חדרי ניתוח

מרפאת כאב ומרפאה טרום ניתוח פועלות בתדירות טובה .קיים צוות ייעודי לטיפול בכאב לחולים מאושפזים,כנדרש.

פרק 2 - כ"א

כישורי כמרדימים תואמים לדרישות. לכל המרדימים אישור ACLS תקף ל3 שנים.

פרק 3 - התאמת התנאים הפיזיים

התנאים הפיזיים ברמה גבוהה מאד

פרק 4 – ציוד חיוני במתחם חדרי הניתוח

הציוד החיוני במתחם חדרי הניתוח מלא.

פרק 5 – מאפיני מכונות ועמדות הרדמה

מכונות ההרדמה תקינות. מנוהל רישום בו מצויין התאריך הקרוב לבדיקת תקינות מכונות ההרדמה כנדרש.

פרק 6 – המצאות תיעוד טרום / פוסט ניתוחי בתיק החולה

המצאות תיעוד טרום ופוסט ניתוחי בתיק החולה , כנדרש.

פרק 7 – שלמות איסוף הנתונים לפני הרדמה

איסוף הנתונים לפני הרדמה, תקין .

פרק 8 – שלמות איסוף הנתונים במהלך ההרדמה

איסוף הנתונים במהלך ההרדמה , תקין .

פרק 9 – שלמות תיעוד בדוחות הניתוח

תיעוד בדוחות הניתוח , תקין . שם המנתח האחראי מופיע בדוח במחשב. מצריך התערבות מח' המחשבים כדי שהשם של הכירורג האחראי יופיע גם בטופס המודפס.

פרק 10 – אימות נתונים טרום ניתוחי

אימות נתונים טרום ניתוחי , תקין

פרק 11 – המצאות חחרי משרד הבריאות

חוזרי משרד הבריאות בתחום ההרדמה זמינים ומוכרים

פרק 12 – שלמות המידע בספר ניתוחים ממוחשב

המידע בספר הניתוחים הממוחשב מלא

פרק 13 – חדר התאוששות –מצבת מרדימים

בחדר התאוששות בכל זמני הפעילות נמצא באופן קבוע רופא מרדים

פרק 14 – חדר התאוששות –תשתיות

תשתיות חדר התאוששות תקינות. במקרה הצורך בעמדת בידוד , מאחדים שתי עמדות הנמצאות בקצה חדר התאוששות

פרק 15 – חדר התאוששות –ציוד

הציוד במתחם התאוששות מלא ותקין

פרק 16 – חדר התאוששות –רשומות

העברת החולה לאחריות צוות התאוששות מלווה בהנחיות לטיפול כתובות ע"י המרדים או הרופא האחראי. הרשומות בתיקי ההחולים שנבדקו, תקינות.

סיכום

תיעוד, ציוד, התאמת הצוות וקיום נהלים ברמה מעולה

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

מערכות הנדסיות ותשתיות

ממצאים לשימור

תקינות המערכות

תקציר הממצאים העיקריים

מידע כללי

עמדות התאוששות 9 (מבוגרים) + 4 (ילדים)
עמדות התאוששות אמבולטורי 3 (יולדות) + 3 (עיינים)

פרק 1 – דוח רשומות - חדרי ניתוח כללי

על פי הצהרת מהנדס בית החולים כמפורט בטבלא, כל תשתיות חדר ניתוח והתאוששות : חשמל , גזים רפואיים, מיזוג אוויר, מתאימות לדרישות משרד הבריאות. כמות שקעי ואקום בהתאוששות קיסרי 1 בלבד כנדרש בנוהל G01 . כמות שקעי ואקום בעיניים 1 בלבד - אינו מוגדר ב G01 ובוצע כמו בקיסרי. אויר חוזר בהתאוששות ילדים ויולדות מתבצע דרך יניקת אויר חוזר וגם לכיוון מערכות יניקה של חדרי עזר בקפיים (כביסה, ניקוי, סירים ושרותים) כנדרש.

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

על פי הצהרת המהנדס, והצגת אישורים תשתיות אספקה סטרילית מרכזית (אס"מ) מלאות ותקינות , על פי הנחיות משרד הבריאות . נמסר כי לא נעשה שמוש שימוש באתילן אוקסיד.

פרק 3 – דוח רשומות - גזים רפואיים

על פי הצהרת מהנדס בית החולים והאישורים, מערכות הגזים הרפואיים תקינות.

פרק 4 – דוח רשומות - מערכות חשמל

על פי הצהרת מהנדס בית החולים והאישורים, מערכות החשמל תקינות .

פרק 5 – דוח רשומות – מיזוג אויר

על פי הצהרת מהנדס בית החולים והאישורים, מערכות מיזוג האוויר תקינות

פרק 6 – דוח רשומות – מערכות קור וחום

דו"ח בדיקות מים בתיק ממונה בריאות הסביבה
קיים תיאור מערכת המים - תרשימי מערכת בחדר ארכיון לוגיסטיקה.

פרק 7 – דוח רשומות – בטיחות

על פי הצהרת המהנדס ואישורי הבטיחות המצב הבטיחותי של בית החולים תקין. מערכת גילוי האש בעיצומו של תהליך בדיקה שנתית. קיים אישור.

פרק 8 – דוח תצפית – סביבת חדרי ניתוח

בתצפית – סביבת חדרי ניתוח 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. מותקן ציוד לכיבוי אש בולט וזמין, מתזים אוטומטיים, מערכת גילוי אש ועשן ומותקנים שלטי חירום מוארים כל החדרים מתועשים ברמה גבוהה מאד.

פרק 9 – דוח תצפית – חדרי ניתוח

על פי תצפית, מערכות מיזוג האוויר, חשמל וגזים רפואיים, חדשות ותקינות

פרק 10 – דוח תצפית – אולם התאוששות

תשתיות אולם התאוששות תקינות .

פרק 11 – דוח תצפית – סטריליזציה

באספקה סטרילית מותקנים אמצעי בטיחות כמתחייב לציוד אחר באספקה סטרילית. המתקנים והציוד לניקוי ועיקור תקינים.

פרק 12 – דוח תצפית – מערכת גזים רפואיים

1. על פי תצפית מערכות הגזים הרפואיים תקינות. חסרים חיזוקים (נייטרוז) למניעת נזק ברעידת אדמה.

פרק 13 – דוח תצפית – חשמל

מערכת החשמל תקינה. חדר מתח גבוה וחדר חשמל ראשי מתוחזקים האופן בטיחותי . חסרים אמצעי הגנה בארון חדר גנרטורים. חסר חיבור חירום, לחיבור גנרטור חיצוני למערכת החשמל העירונית.

פרק 14 – דוח תצפית – מערכות מיזוג אוויר

מערכת מיזוג האוויר תקינה. לכל חדר ניתוח מוגדרת יט"א נפרדת . קיימת יט"א המטפלת באוויר הצח, לפני קליטתו ביט"אות חדר הניתוח. כנדרש.

פרק 15 – דוח תצפית – מערכות קור וחום

מדחסי מיזוג אוויר(משאבות) תקינים . לא קיימים דוודי קיטור לחימום המים נעשה ע"י מערכת חשמל.

סיכום

תשתיות גזים רפואיים,חשמל ,מיזוג אויר בחדרי ניתוח ואספקה סטרילית חדשות, בהתאם לנוהלי משרד הבריאות, הוצגו מערכות הנדסיות ברמה טובה מאוד מופעלות ע"י צוות בקיא ומעודכן ברמה טובה מאוד. מתקני ביה"ח זוכים לתשומת לב רבה, מטופלות היטב . הוצגו כל האישורים הנדרשים על תקינות המערכות כולל כל הנהלים עפ"י דרישות הבקרה למערכות הנדסיות ותשתיות

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

בטיחות החולה בחדר ניתוח

ממצאים לשימור

שלושת שלבי ווידוא מוכנות המטופל לניתוח.

תקציר הממצאים העיקריים

מידע כללי

דווח על 39.7 תקנים ובפועל 43 אחיות מוסמכות. מתוכן 24 אחיות בוגרות השתלמות מוכרת בסיעוד חדר ניתוח : . מתוך 24 האחיות שבוגרות השתלמות מוכרת בח"נ 9 עברו קורס פנימי של אסותא. מודולה של מחלקת הדרכה דומה לזו של משרד הבריאות. נכון ליום הבקר ה 4 אחיות נמצאו בקורס על בסיסי בסיעוד חדר ניתוח בוולפסון .

פרק 1 – כ"א סיעודי

נמסר שעדיין מגייסים אחיות חדר ניתוח בוגרות השתלמות מוכרת בסיעוד חדר ניתוח

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

שלב א' בווידוא מוכנות המטופל וחדר ניתוח לניתוח/פעולה פולשנית (כולל בדיקת המצאות חתימות על טפסי הסכמות להרדמה לניתוח ולקבלת דם), מבוצע כנדרש. בגלל ריבווי מטופלים דוברי רוסית ממומלץ לתרגם את טופסי ההסכמה לניתוח, להרדמה ולקבלת דם ,גם לרוסית.

פרק 3 – הליך אימות נתונים בתוך חדר ניתוח

שלבים ב' וג' בוידוא זהות המטופל מבוצעים כנדרש.

פרק 4 – בטיחות בהשכבת המטופל

ננקטים כל האמצעים לשמירת בטיחות החולה בהשכבתו על שולחן הניתוח

פרק 5 - שימוש בדיאתרמיה

השימוש בדיאתרמיה , תקין

פרק 6– טיפול בציוד סטרילי במתחם חדרי הניתוח

נמסר שטיפול בציוד סטרילי במתחם חדרי הניתוח נעשה רק לעיתים נדירות, ושכל המכשירים כולל מכשירים מחדרי ניתוח לקייסריים וחדרי ניתוח עיניים מועברים לאספקה סטרילת מרכזית. כנדרש.

פרק 7– שמירת ציוד מעוקר

הציור המעוקר: ערכות ורשתות, נשמר בתנאים אופטימליים

פרק 8 – תנאי מבנה חדר ניתוח

הוצגו חדרי ניתוח מתועשים בנויים על פי כל כללי הבטיחות מצויידים בטכנולוגיות מתקדמות. כנדרש.

פרק 9 - תיעוד הרשומה הסיעודית במהלך הניתוח

תיעוד הרשומה הסיעודית במהלך הניתוח , תקין

פרק 10 –תרופות

ניהול הטיפול התרופתי, תקין. ניהול הנרקוטיקה בהרדמה באחריות המרדימים, כנדרש.

פרק 11 –אירועים חריגים

אירועים חריגים ממוחשבים , מטופלים ברמת הרשת.

פרק 12 –נהלים וחוזרי משרד הבריאות

נהלים וחוזרי משרד הבריאות, מוכרים וזמינים במחשבים.

פרק 13 –החייאה

ניהול החייאה בחדר ניתוח תקין, עגלת ההרדמה משמשת גם כעגלת החייאה.

פרק 14 –פיתוח מקצועי

מתקיימים הליכים בפיתוח מקצועי . קיימים דיווחי פעילות בתחום שיפור האיכות - לאחרונה בקרה על מלאות ותקינות טפסי time out

פרק 15 –בטיחות

חברי הצוות הסיעודי בקיאים הצוות במיקום הציוד לכיבוי אש ופעולה בעת פריצת אש.

פרק 16 –זכויות החולה

עיקרי חוק זכויות החולה נגישים לחולה ומשפחתו בשפות הנדרשות. דיווח על מצב המטופל שעובר ניתוח ע"י אחראי משמרת, מתקיים רק בניתוחים גדולים.

פרק 17 –פתולוגיה ושימור רקמות

טיפול בדגימות מבוצע תחת מנדף שמוצב בסוף המסדרון המרכזי , לידו מקרר רקמות עם התראות, כנדרש

סיכום

נבדקו 8 חדרי ניתוח באתר המרכזי. הוצגו חדרים מתועשים עם ציוד מתקדם. בומים, ללא כבלים על רצפת הלינוליאום, ארונות מקובעים בקירות שניתנים לניקוי וחיטוי מקלדת מחשב ניתנת לרחצה וחיטוי . ללא ציוד מיותר בחדרים. כנדרש. הליך גיוס אחיות לחדרי הניתוח ממשיך.

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

בטיחות החולה בחדר התאוששות

ממצאים לשימור

מעקב סיעודי אחר המתאוששים .

תקציר הממצאים העיקריים

מידע כללי

מועסקים/ות 14 אחים/ות בהתאוששות . נמצא עובד נקיון בכל שעות הפעילות , כנדרש.

פרק 1 – המצאות כוח אדם

כל אחראי/ות המשמרת בחדרי התאוששות בוגרי קורס טיפול נמרץ .

פרק 2 – סביבת המטופל

עמדות התאוששות מאובזרות באופן מלא.

פרק 3 – רשומת המטופל

המעקב אחר התעוררות המטופלים מלא מבוצע על פי הסטנדרטים המקובלים. בהעברת חולה מהתאוששות למחלקת האשפוז הרשומה הממוחשבת מועברת לטופס מודפס זאת בגין העובדה שתוכנת ה- metavision המשמשת את המעקב בהתאוששות, לא מתחברת לקמליון התוכנה שמשמשת את מחלקות האשפוז. מרדים תורן נמצא בהתאוששות 24/7 כנדרש.

פרק 4 – ניהול תרופות

ניהול הטיפול התרופתי מבוצע כנדרש. הוראות לטיפול תרופתי ממוחשבות כתובת כנדרש. קיים חדר תרופות מסודר למופת סגור עם כניסה מבוקרת ונגיש לצוות מקצועי בלבד .תיעוד על ספירת נרקוטיקה המבוצעת בהחלפת משמרת תקין.

פרק 5 – עגלת החייאה

הדרכות ACLS מבוצעות כל שנתיים, כנדרש.

פרק 6– אירועים חריגים

קיים תיעוד ודיווח על ארועים חריגים והפעולות המתקנות, כנדרש.

פרק 7– נהלים וחוזרי משרד הבריאות

נהלי משרה"ב זמינים

פרק 8 – פיתוח מקצועי

ניהול מערך ההתאוששות תקין. מתקיימת פעילות רציפה בפיתוח מקצועי , הוצגו תכניות עבודה. מתבצעות הערכות עובד אחת לשנה .קיימים דיווחים על יציאת צוות ללימודים והשתלמויות. כנדרש.

סיכום

הוצג אתר התאוששות הפועל על פי סטנדרטים מקובלים . רשומת המטופל ממוחשבת. המעקב אחר המתעוררים מובנה וסדור כולל אמדן כאב כל 10 דקות בחצי השעה הראשונה . קיים דווח סיעודי בין משמרות. המקום מנוהל ברמה טובה מאד.

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

מעבדות כללי

ממצאים לשימור

המשך ושימור תחזוקת המעבדות ומערכי הבטחת האיכות והבטיחות במעבדות. בניית תרבות ארגונית של שיתוף פעולה בין כל מנהלי המעבדות המקצועיות ומנהלת אגף המעבדות בבית החולים.

תקציר הממצאים העיקריים

פרק 1 - ארגון וניהול

קיים מנהל אגף במשרה מלאה. כל המעבדות כולל המעבדה לפתולוגיה, כפופות למנהלת מערך המעבדות בבית החולים.כנדרש.

פרק 2 - עובדים

בכל מעבדה ומעבדה מועסק מנהל בעל היתר לניהול מעבדה רפואית בתחום הרלוונטי . מנהלי התחומים בעלי הכרה במעמד כעובדי מעבדה בכירים.

פרק 3 - מעבדות

המעבדה לפוריות מצויה בשלבי תכנון ולאחר הקמתה ההמלצה היא כי תהיה כפופה למנהלת אגף המעבדות.

פרק 4 - בדיקות

רוב הבדיקות מתבצעות במעבדות בית החולים. בדיקות נדירות מועברות במיקור חוץ כאשר ישנו רישום ותיעוד מלא של הבדיקות המועברות. כנדרש.

פרק 5 - תיעוד ומחשוב

קיימת תוכנה מתאימה לדרישות משרד הבריאות לניהול קליטת הדגימות כולל מערך גיבויים.

פרק 6 - בטיחות וגהות

המעבדה פועלת בהתאם לדרישות תקנות הבטיחות במעבדות רפואיות, ביולוגיות וכימיות.

פרק 7 - פסולת רפואית

המעבדה מטפלת בפסולת רפואית כנדרש בתקנות והנחיות משרד הבריאות בנידון.

פרק 8 - שינוע דגימות

שינוע הדוגמאות למעבדות מתבצע במערות פנאומטיות או ע"י שליחים באריזה משולשת ובמידה ונדרש בקירור בתוך צידניות. כנדרש.

פרק 9 - איסוף דגימות דם

הוצאת דם ורידי מתבצע ע"י מורשים בלבד וסימון הדגימות עפ"י דרשות משרד הבריאות.

פרק 10 - מבנים, מתקנים תחזוקה סדר וניקיון

מדובר במערך מעבדות חדש ומתוכנן ומתאים למעבדות רפואיות.

פרק 11 - מכשור דיאגנוסטי, כיולו ותחזוקתו

המכשור הדיאגנוסטי מספק, מכויל ומתוחזק היטב.

פרק 12 - מכשירי בדיקות גזים וקרישה

קיימת בקרה של עובדי המעבדה לביוכימיה על כל מכשירי הגזים, מכשירים לבדיקת שתן ורמת הגלוקוז בדם כולל פיקוח מרחוק גם כל מכשירי הקרישה. למכשירי הקרישה ישנו גיבוי. כנדרש.

פרק 13 - בקרת איכות פנימית יומית

מתבצעות בקרות איכות יומיות כנדרש בכל המעבדות.

פרק 14 - בקרת איכות חיצונית

בכל המעבדות מתבצעת בקרה איכות חיצונית תקופתית.

פרק 15 - תקנות ונהלי משרד הבריאות

כל הנהלים הנדרשים מצויים אצל מנהלת אגף המעבדות בבית החולים.

פרק 16 - הבטחת איכות

מערך הבטחת האיכות עבר התעדה ל- SO 9001:2015. קיימת מנהלת הבטחת איכות וכל המעבדות פועלות בהתאמה מלאה לדרישות האיכות.

פרק 17 - מוקד/תחנת איסוף

לא רלוונטי לבית החולים אסותא אשדוד

פרק 18 - בנק הדם

בנק הדם מנוהל היטב. לא מבוצעות התרמות דם בבית החולים

סיכום

ההתרשמות הכללית מתפקוד מערך המעבדות טובה מאוד טובה , ניכרת ההקפדה על דרישות הבטחת האיכות והבטיחות בעבודה. קיימת אווירה של שיתוף פעולה בין מנהלי המעבדות המקצועיות למנהלת אגף המעבדות אליה כפופות כל המעבדות. כל המעבדות הנדרשות קיימות ופועלות 24 שעות ביום. המעבדות מרווחות, מוארות היטב ומשולטות כנדרש.

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

מעבדות מקצועיות

ממצאים לשימור

תחזוקת מערכות הבטחת האיכות והבטיחות בעבודה .

תקציר הממצאים העיקריים

פרק 1 - מעבדות מקצועיות - המטולוגיה

מעבדה להמטולוגיה פועלת עפ"י כל דרישות הבטחת האיכות והבטיחות בעבודה.

סיכום

בבית החולים אסותא אשדוד מצויות מעבדות חדשות. נבדקה לעומק המעבדה להמטולוגיה. כל המעבדות עומדות בדרישות הבטחת האיכות והבטיחות בעבודה. כולן מצוידות במכשור הדיאגנוסטי הנדרש לביצוע הבדיקות. בולטת האווירה הטובה ושיתוף פעולה בין המעבדות השונות ומנהלת מערך המעבדות בבית החולים. הוצע לקדם את נושא מחשוב מערך הבטחת האיכות לצורך הפקת דוחות בעלי חשיבות, ככלי ניהולי וכן ככלי ולהורדת בירוקרטיה.
ההתרשמות היתה מאוד חיובית.

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

מניעת זיהומים

ממצאים לשימור

מעורבות היחידה החדשה בנעשה בתחום מניעת זיהומים ומהווה גורם מקצועי לכלל בית החולים.
שמירה על ההשיגים והמעורבות של כלל הצוותים בתחום במטרה לשמור על שיעורי זיהומים נמוכים.

תקציר הממצאים העיקריים

מידע כללי

ביחידה למניעת זיהומים בבית החולים אסותא אשדוד עובדת אחות אחת, הגב' ריטה חן. אמורה לצאת לקורס על בסיסי במניעת זיהומים של משרד הבריאות בנובמבר 2018, כרגע מצב של תת תקינה, היחידה נמצאת בגיוס של אחים נוספים.

פרק 1 – מבנה היחידה למניעת זיהומים

בבית החולים אסותא אשדוד קיימת יחידה אחודה למחלות זיהומיות ומניעת זיהומים, בראש היחידה עומד דר' טל ברוש. בית החולים נמצא בתהליך גיוס של רופא לניהול מערך עצמאי של יחידת מניעת זיהומים. קיימת ועדה למניעת זיהומים בראשה סגן מנהל בית החולים, הועדה הספיקה להתכנס כבר פעמיים מאז פתיחת בית החולים. גוייסו כ- 30 אחים/יות מהשטח אשר ישמשו כנאמני מניעת זיהומים במחלקות. הנאמנים אחראים על תצפיות להגיינת ידיים, הדרכות שוטפות במחלקות האם ופרויקטים נוספים. במהלך הבקרה הוצגה תוכנית העבודה בנושא מניעת זיהומים. היחידה מדווחת נתונים על רמת תחלואה נרכשת והמצאות חיידקים יציבים ליחדיה הלאומית למניעת זיהומים על פי הדרישות.

פרק 2 – יישום הנחיות חוזר מינהל הרפואה

בית החולים אוכף את דרישות חטיבת הרפואה בנוגע לאמצעי זהירות שיגרתיים במוסדות רפואיים 10/2010

פרק 3 – ישום הנחיות הגיינת ידיים

באופן כללי בית החולים מיישם את חוזר חטיבת הרפואה בנושא היגיינת ידיים 24/09, בית החולים אוסף נתונים מתפציות כפי שמנחה היחידה הלאומית למניעת זיהומים. תוצאות הממצאים מפורסמות באופן מזוהה הן לועדה למניעת זיהומים והן למחלקות. הומלץ לבית החולים להכין כרזות בנושא היגיינת ידיים גם למשפחות ולמטופלים ובמגוון שפות על פי האוכלוסייה שמקבלת שירות

פרק 4 – מניעת אלח דם הקשור לצנתר מרכזי

בית החולים אוכף את דרישות חטיבת הרפואה בנושא מניעת אלח דם הקשור לצנתר מרכזי בכלי דם חוזר מס' 13/2/11

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

בית החולים אוכף את חוזר שירותי בריאות הציבור 6/2015 בנושא מנעית דלקת כבד נגיפית מסוג B ו - C, לאחר חשיפה לדם ו/או נוזלי גוף. לבית החולים אחות האחראית על בריאות העובד הפועלת בשיתוף פעולה עם מנהל היחידה למחלות זיהומיות ומניעת זיהומים.

פרק 6 – המצאות והבנת נהלי משרד הבריאות

קיימים הנהלים הנדרשים בנושא מניעת זיהומים. בית החולים התבקש לציין בסימוכין של הנהלים הפנימיים את נהלי משרד הבריאות שעליהם הם נשענים.

פרק 7 – שמירה על כללי בידוד

בית החולים אוכף את חוזרי חטיבת רפואה הנחיות למניעת התפשטות CLOSTRIDIUM DIFFICILLE במוסדות רפואיים 23/2014 וחוזר בקרה ומניעת זיהומים במוסדות רפואיים ומניעת עמידות לאנטיביוטיקה 9/2012. נציין שלגבי בידוד אויר וטיפתי הנושא נבדק באמצעות בדיקת ידע של הצוותים והנהלים. מכוון שלא היה חולה בבידוד שכזה. כבבית החולים ישנם 15 חדרי לחץ שלילי (בכל מחלקה) ובטיפול נמרץ יש גם חדר לחץ חיובי.

פרק 8 – ניקוי חיטוי ציוד ואביזרים

בית החולים פועל על פי הנחיות חזור חטיבת הרפאוה בדבר ניקוי וחיטוי מוסדות רפאויים 12/2006.

סיכום

בית החולים נפתח בנובמבר 2017 ומאז נמצא בתהליך של גיוס צוותים ובכלל זה גם למערך למניעת זיהומים. באופן כללי נראה כי בית החולים פועל על פי חוזרי והנחיות משרד הבריאות. ישנה חשיבות לפעול לקידום מערך עצמאי למניעת זיהומים.

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

החייאה

ממצאים לשימור

כישרות והרכב צוות החייאה

תקציר הממצאים העיקריים

פרק 1 - החייאה

מדובר בבית חולים חדש, מנהל ההחייאה ד"ר שמיר מרדים עם נסיון רב בתחום, התחום מנוהל בצורה מצויינת.

פרק 2 – בקרת ציוד עגלת החייאה

עגלות וציוד חדישות

פרק 3 – הכשרות והרכב צוות החייאה

צוותי ההחיאה מבוגרים וילדים, מונים אנשי מקצוע כנדרש.

פרק 4 – השתלמויות

ריענון ידע בתחום ההחייאה על רמותיו השונות, מבוצע בתדירות של פעם בשנתיים, תעוד ביצוע הריענון והשתלמויות בתחום הסיעוד מבוצע בצורה טובה. יש להקפיד על השלמת רישום לכלל הרופאים.

פרק 5 – הזנקה

הזנקת צוות החייאה אפשרית לכל נקודה בבית החולים

סיכום

תחום ההחייאה מנוהל בצורה טובה, הציוד חדיש ומסודר בצורה טובה ואחידה, ועדת ההחייאה פועלת לפי דרישות הנוהל.

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

בריאות הסביבה

ממצאים לשימור

המוסד נקי ומסודר.
קיימת השקעה מצד המוסד בשמירה על הנחיות ונהלי משרדנו.
קיימת התייחסות יפה לליקויים מבקרות קודמות.
ניהול ובקרת מערכת אגירת נתונים ממוחשבת.
ניהול ובקרה תכנת "תחזוקנית"

תקציר הממצאים העיקריים

פרק 1 - מים ומערכות מים לצריכה סניטרית

מערכת אספקת מים מתוחזקת בצורה נאותה.

פרק 2 - מערכת סילוק שפכים

מערכת סילוק שפכים תקינה . אין הערות

פרק 3 -איסוף ופינוי פסולת

קיימת התייחסות יפה לנושא איסוף פסולת , כתיבת נהלים והעברתם לאנשי השטח.

פרק 4 - טיפול בכביסה

כביסה נשלחת למכבסה חיצונית,כך שהיקף התחום הנבדק יחסית מצומצם. חשוב לתת את הדעת גם למסלולי הכביסה הנקייה והכביסה המלוכלכת למטרת מניעת הצטלבויות.

פרק 5 - מטבח מרכזי ומטבחון חלוקה במחלקות

תחום זה מנוהל ומפוקח בעזרת חברת סודסקו, קיימת מבקרת איכות במשרה מלאה מטעם החברה האחראית וניכר כי היא בקיאה בהנחיות משרדנו.

פרק 6 - מניעת זיהומים ושמירה על היגיינה כללית בבית החולים

ניכר כי קיימת התייחסות לשמירה על הגיינה בהתאם לנהלי משרדנו.

פרק 7 - כללי

קיימת התייחסות יפה לנהלים ולדרישות, תחומי בריאות הסביבה מרוכזים ומפוקחים באופן שוטף ע"י המב"ס ואנשי הצוות המקצועי.

סיכום

מדובר בבי"ח חדש יחסית המתוחזק היטב.
בעת הביקורת נמצאו תנאי תברואה נאותים וניכר כי קיימת השקעה מצד אנשי הצוות לשמירה ועמידה בנהלי והנחיות משרדנו.
ישנם מס' ליקויים לתיקון כמפורט בגוף המסמך להתייחסותכם. יש להדק את הבקרה בתחום מערך המזון ולוודא כי שמירת רצף טמפ' מזון נעשית כנדרש עד לנקודות הצריכה.
יש לציין את שיתוף הפעולה מצד גורמי המוסד

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

גריאטריה

ממצאים לשימור

קיימת מדיניות קבועה ומובנית בתחום הטיפול גריאטרי בבית החולים.
השירות הגריאטרי בבית חולים מאפשר לקשישים מאושפזים מענה מיוחד תוך כדי אשפוז .
הערכה גריאטרית מפורטת, זמינותה למטופלים גבוהה.
יעוץ גריאטרי זמין לרופאים במחלקות אשפוז.
דווח על קשר מקצועי רציף וזמין בין הגורמים המעורבים בטיפול.

תקציר הממצאים העיקריים

פרק 1 - כוח אדם

כיסוי הצוות הגריאטרי ביחס להיקף הפעילות עם הקשישים הולם. פועלת במקום יחידה גריאטרית מצומצמת נמנים עליה יועצת גריאטרית, אחות גרונטולוגית בחלקיות משרה ועו"ס של בית חולים בהתאם לרשימת הכוננויות. היחידה פועלת בשיתוף פעולה עם צוות רב תחומי .

פרק 2 - הגריאטריה ברמת כלל בי"ח

קיים נוהל פנימי להגדרת מטופלים "מעוכבים", קיימים תהליכים מובנים ברמת הבית חולים המתייחסים לבעיות גריאטריות.

פרק 3 - מחלקה לרפואה דחופה

במחלקה לרפואה דחופה קיים עיבוד נתונים ואיתור קשישים בסיכון, רצף המידע בין רופאים במיון ורופאים בקהילה ובמוסדות תקין.

פרק 4 - יחידות יעוץ (גריאטרי ופליאטיבי)

היחידה ליעוץ גריאטרי פועלת כנדרש, לא קיימת יחידה ליעוץ פליאטיבי.

פרק 5 -חולים גריאטרים במחלקה פנימית

הקשר בין מחלקות אשפוז והיחידה ליעוץ גריאטרי מובנה ונגיש, ניכר מאמץ לאיזון חולים גריאטריים מורכבים במהלך האשפוז. קיימת מעורבות של נציגי כל המקצעות בריאות על מנת להבטיח רצף טיפולי לאחר האשפוז.

פרק 6 - חולים גריאטרים במחלקה אורטופדית /כירורגית

קיימת התייחסזות מתאימה לחולים גריאטרים במחלקה אורטופדית /כירורגית , על פי המלצות האגף לגריאטריה של משרד הבריאות. במכתב השחרור קיימות המלצות היועץ הגריאטרי, והצוות רב מקצועי , התייחסות לגורמי סיכון שהיוו את סיבת האשפוז, אבחנות, מצב קוגניטיבי, מצב תפקודי, פצעי לחץ, וסוג ההזנה כנדרש.

פרק 7 - חוזרי משרד הבריאות

בית החולים פועל בהתאם לנהלי משרד הבריאות.

סיכום

בבית החולים קיימת מדיניות קבועה ומובנית לשירות הגריאטרי, מופעלת יחידה ליעוץ גריאטרי אשר כוללת צוות גרעיני: רופאה, אחות ועו"ס לא קבועה. רופאת היחידה היא מומחית בגריאטריה , בעלת ניסיון רב בתחום. ניכרת תרומתה בטיפול מאושפזים מורכבים. מומלץ להוסיף לצוות הגרעיני של היחידה הגריאטרית את חברי הצוות הרלוונטיים להמטפלים בקשישים. המטופלים נבדקים ע"י הצוות הגרעיני ולפי שיקול דעתה של הרופאה מופנים ליעוץ תזונתי / פיזיותרפיה /ריפוי בעיסוק/ קלינאית תקשורת, לא מתבצעת בדיקה כוללנית ע"י כל נציגי הצוות הרב מקצועי הרלוונטי. לא נעשה דיון בצוות רב מקצועי עם קביעת תכנית טיפול משותפת . בבית חולים לא מועסקת אחות גריאטרית בוגרת קורס על בסיסי בגריאטריה. לא מופעלת יחידת יעוץ פליאטיבי. על מנת לאפשר רצף טיפולי לאחר אשפוז בבית החולים מומלץ לשקול הפעלת מרפאה גריאטרית

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

רוקחות

ממצאים לשימור

התנהלות שרותי רהוקחות כפי שמתנהלים כיום . סדר, נקיון, אוירה נעימה, התעדכנות והקפדה על הנהלים.

תקציר הממצאים העיקריים

מידע כללי

מועסקים 6 רוקחים מתוכם 2 רוקחים קליניים.

פרק 1 – ניהול בית המרקחת

מבחינת ניהול בית המרקחת ניתן לראות כי קיימת הקפדה על נהלי משרד הבריאות, הם עוברים עדכון תקופתי והצוות מכיר בהם. לצוות קיימת גישה למאגרי מידע ולספרות מקצועית. פנקס העובדים מתנהל כראוי. כל רוקח עובר השתלמויות והדרכות ויש לכך תיעוד. הרוקחים משתתפים בישיבות ועדת תרופות, בישיבות ועדת הלסינקי וכן מעבירים הדרכות. חשוב לציין, לבית המרקחת אין תקן לסטאז'רים, למרות קיום תכנית הדרכה מובנית לכך. חשוב לגייס סטאז'רים וליישם תכנית זו בפועל.

פרק 2 – תשתיות

תשתיות בית המרקחת ברמה גבוהה. מחסן חומרי חיטוי ומחסן תמיסות עירוי מתנהלים בצורה נכונה, יש הקפדה על ניקיון, אחסון הולם ופגי תוקף.

פרק 3 – סמים מסוכנים

כספת הסמים תקינה, יש התאמה בין המלאי לבין הכמות בפועל. הסמים בתוקף, מאוחסנים ומובלים כראוי גם לאחר הליקוט והניפוק. פנקס הסמים מתנהל נכון ובהתאם לדרישות. כל חודש מתקיים מאזן של תנועת הסמים. ניהול ההזמנות מהמחלקות תקין.

פרק 4 – רקיחה

תהליכי הרקיחה מתבצעים כנדרש. נשמרים כללים למניעת זיהומים , התשתיות הולמות. קיים אזור ייעודי מואר ופנוי להכנה. רישום תקין : מס' אצווה תאריך הכנה, שם ההכנה עבור כל ח"ג. תיעוד ההכנות חסר , אינו כלול את תאור כל תהליכי ההכנה והבקרות הנדרשות הן במהלך ההכנה והן בשלב הבקרה לפני השחרור. חסרה בקרה על מדידת חומרים פעילים במקרים שלא מתבצעת שקילה. חסרים פרטים נדרשים בתוית ההכנות הפרטניות.

פרק 5 – הכנות בסיכון גבוה

לא רלוונטי

פרק 6 – ניסויים קליניים

לא רלוונטי

פרק 7 – ניפוק תרופות לקהל בדלפק

ניפוק תרופות לקהל מתבצע עפ"י שעות מוגדרות מראש ובהתאם לדרישות

פרק 8 – בקרת ניהול התרופות במחלקת אשפוז

ארון התרופות מתנהל כראוי, מסודר, ישנן תויות סימון מתאימות, יש ציון של פגי תוקף. הארון סגור ונגיש רק לצוות המקצועי. ישנו מקרר המיועד לתרופות בקירור, בו יש הפרדה בין תכשירים שונים ומינונים שונים של אותו תכשיר. כמו כן, ישנה בקרת טמפרטורה ותיעוד שלה. בתרופות רגישות מצוין תאריך הפתיחה. התרופות, חומרי החיטוי והתמיסות מוחזקים באריזה מקורית עם סימון הולם. הסמים המסוכנים מצויים בכספת וניהולם תקין.

פרק 9 – בקרת ניהול התרופות הנרקוטיות בחדר ניתוח

התרופות הנרקוטיות מתנהלות במערכת בשם matrix. המערכת מתנהלת בצורה שמבטיחה שרק הרופא יוכל לקחת את התרופה המבוקשת בכמות המבוקשת. פתיחת הארון נעשית ע"י טביעת אצבע. המערכת בטיחותית ומאפשרת ניהול תקין של התרופות הנרקוטיות בחדר ניתוח.

סיכום

בקרה טובה מאוד.נמצאו נקודות לשיפור כגון: גייוס מתמחים ברוקחות, רכישת אוגרים למארזים ולידים לשינוע תרופות,,תיעוד מלא של ההכנות הרוקחיות הוצג צוות מקצועי ששואף להתקדם וחושב על טובת המטופל. הוצגו אתגרים ועמידה בהם, מתוך שאיפה להשתפר כל הזמן. .

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

מניעת אלימות

ממצאים לשימור

לוועדה קיים קשר מצויין על מחלקת הביטחון ומעודכנים באופן שוטף על כל אירועי האלימות.

תקציר הממצאים העיקריים

פרק 1 - הדרכת צוותי רפואה למניעת אלימות ולקידום תקשורת שירותית

הדרכת צוותי רפואה למניעת אלימות ולקידום תקשורת שירותית מתבצעת על פי ההנחיות.

פרק 2- התמודדות עם אלימות - היבטי בטחון ואבטחה

קיימת ועדה מוסדית להתמודדות עם אלימות, ניתנו כתבי מנוי לחברי הועדה.

סיכום

וועדת אלימות מוסדית פועלת בהתאם לסטנדרט של משרד הבריאות.

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

רשומות ומידע רפואי

ממצאים לשימור

פרויקט שיפור איכות הרשומה הרפואית (טופס הסכמה) הכולל: בקרה, חידוד נהלים ו והתמקדות בייעדים לשיפור .

תקציר הממצאים העיקריים

מידע כללי

הנתונים הם עבור חצי שנת עבודה.

פרק 1 - מצבת כוח אדם לניהול מחלקה לרישום ומידע רפואי

יש לציין כי נעשתה היערכות מתאימה ומקדימה של הנהלת אסותא וכל העוסקים במערך הרישום והמידע הרפואי של המרכז הרפואי עברו מבעוד מועד הכשרה מקצועית ייעודית. נכון ליום הבקרה חסרות מסמלות.

פרק 2 - קליטת תיקי חולים ששוחררו

קליטת תיקי המטופלים המשוחררים מאשפוז מתבצעת כנדרש.

פרק 3 - טיפול בתיקי נפטרים/ פטירות באירועים חריגים

הטיפול בתיקי נפטרים ואירועים חריגים מתבקצע בהתאם להנחיות.

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

ניהול הרשומה הרפואית מתבצע כנדרש.

פרק 5 - סימול מידע רפואי

בבקרה נמצא פער בין תוצאות ממצאים פתולוגיים לסיכום השחרור ועדכונו בהתאם. צויין כי הנושא ידוע ובטיפול הנהלת אסותא.

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

שמירה ואחזקה של הרשומותהרפואיות היא במסגרת הסכם רשת הנהלת אסותא. כנדרש.

פרק 7 - סביבת העבודה - תנאים פיזיים

סביבת העבודה חדשה, נעימה ומותאמת.

פרק 8 - דיווח סימול מידע רפואי למשרד הבריאות

דיווחים למשרד הבריאות מתבצעים כנדרש. הצלבת מהמידע של נתוני המעבדה לתיק המטופל - חסר. צויין כי הנושא בטיפול הנהלת אסותא.

סיכום

הכשרת העוסקים ברישום ומידע רפואי, החלה שנה מראש ולקראת פתיחת המרכז הרפואי , ואכן ניכרת מקצועיות הצוות והעומד בראשה. נבדקה פעילות חצי שנתית ראשונה. עבודת מנהל המחלקה לרישום ומידע רפואי מקצועית מאוד. הנהלת אסותא ציינה כי פועלת בימים אלו לקידום ממשקי מערכות מידע בין המעבדות לרשומת המטופל.

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

תזונה ומזון- מחלקה לתזונה

ממצאים לשימור

ניהול מקצועי של מטבח תמ"ל ומזון ייעודי
תיעוד כנדרש ברשומה הרפואית

תקציר הממצאים העיקריים

פרק 1 - סל מזון

מוגשים לפחות שני תפריטים שבועיים המתחלפים בחודש באופן מחזורי או תפריט בחירה אישי מגוון. צפה שתפריט בית החולים עדיין בהתארגנות להנחיות סל המזון המעודכן.

פרק 2 – מזון ייעודי

מטבח החלב מנוהל היטב

פרק 3 – שירותי תזונה ייעודיים – עבודת המחלקה לתזונה

המחלקה לתזונה עובדת במקצועיות רבה. שרותי הדיאטה פועלים בתחומי איתור חולים הנדרשים לייעוץ תזונתי.

פרק 4 – תיעוד ברשומה הרפואית

התיעוד התזונתי ברשומה הרפואית מקצועי מאד.

פרק 5 – תפריט שבועי במחלקות

התפריט השבועי מתחלף ,מעודכן במחלקה ומתפרסם במקום בולט במחלקה, אין הערות.

פרק 6 – הוראות טיפול להזנה אנטרלית או הזנה תוך ורידית

ההוראה של הדיאטנית למזון ייעודי נכתבת כהוראה קלינית וכוללת את: סוג המזון הייעודי, מינון, ותדירות. אין הערות

סיכום

צוות הדיאטניות בניהול של מנהלת המחלקה לתזונה ,עובד במקצועיות רבה. הצוות מחוייב למתן שירות איכותי ומקצועי תוך עבודת צוות שיתופית ופוריה עם צוותי בית החולים.

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

מטבח הכנת תמ"ל ומזון ייעודי מנוהל ומאורגן היטב
קיים פיקוח של דיאטנית מפקחת תזונה ומזון

תקציר הממצאים העיקריים

פרק 1 - תקינה

התקן המומלץ ה במחלקות האשפוז הוא דיאטנית לכל 50 מיטות. תקינת הדיאטניות בפגיה היא בהתאם לחוזר מנהל רפואה מס' , כנדרש 52/2013

פרק 2 – מיחשוב

רשומות התזונה ממוחשבות. חסר ממשק ממוחשב בין הרשומה הרפואית בכל המחלקות לבין המטבח

פרק 3 – סל מזון

קיים פיקוח ובקרה תזונתית של כל שרשרת המזון על ידי דיאטן מפקח תזונה ומזון. ביום הבקרה נצפתה בשתי מחלקות הגשת מרק בכלי פלסטיק חד פעמיים שאינם בטיחותיים להגשת נוזל חם

פרק 4 – מזון ייעודי

מטבח תמ"ל ומזון ייעודי מאורגן ומנוהל היטב

פרק 5 – מטופלים בסיכון תזונתי

משקל הכיסא מתנייד בין המחלקות בהתאם לצורך. כנדרש. קיימות משאבות להזנה אנטרלית בכמות הנדרשת.

פרק 6 – ממכר מזון בריא

מכונות ממכר המזון מכילות פריטי מזון העונים בדר"כ לדרישות חוזר מספר8/2014 , נמצאו אבל מספר מוצרי מזון שהכילו כמויות גבוהות של נתרן או סוכר .

סיכום

קיים שיתוף פעולה מלא ומיטבי בין הנהלת בית החולים למנהלת המחלקה לתזונה וצוות הדיאטנים. הגשת כל סוגי הדיאטות (הרגילה, והמיוחדות) הנדרשות במוסד מתבצעת בתדירות ובכמות הנדרשת ועל פי קובץ מתכונים סטנדרטי ובהתאם להנחיות התזונתיות בחוזר סל מזון-5/2013

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

פיזיותרפיה

ממצאים לשימור

ההערכה התפקודית מובנית והטמעתה במכתב השחרור מאשפוז;

תקציר הממצאים העיקריים

מידע כללי

3 פיזיותרפיסטים נוספים יוכשרו להיות מדריכים קלינים בשנה הקרובה. התקנון הולם את צרכי המטופלים.

פרק 1 - היקף ופריסת השירות

קיים שירות בכל המחלקות בבית החולים. נערכות סדנאות לנשים אחרי לידה, כולל הדרכה לשמירה ושיקום שרירי רצפת האגן ועיסוי תינוקות; קיים שירות במר' מעקב פגים.

פרק 2 - ארגון וניהול השירות

ההערכות ושיחת משוב יערכו בחודשים הקרובים. כנדרש.

פרק 3 - נהלים ויישומם – איכות ובטיחות

הפיזיותרפיסטים שנבדקו מתמצאים באתר הנהלים של משרד הבריאות.

פרק 4 – פיתוח מקצועי

קיימת תכנית מובנית להשתלמויות ולהעשרת צוות. הפיזיותרפיסטים ייצאו להשתלמויות בהתאם לתכנית המנהלת. לכל עובד גישה לספרייה רפואית וכבר משתתפים ויוזמים מחקר.

פרק 5 – רצף טיפולי

קיים תהליך לאיתור יזום של חולים במחלקות. מאושפזים משתחררים מבית החולים עם הערכה תפקודית של הפיזיותרפיסט, הכוללת המלצות להמשך טיפול . סיכום הטיפול הפיזיותרפי זמין לרופא בקהילה - נשתל במכתב השחרור. קיימת הקפדה על תהליכי עבודה, שמירה על רצף טיפולי ושיתופי פעולה בין ביה"ח לקהילה. כנדרש.

פרק 6 – רשומה רפואית ותיעוד

מתבצעות הערכה גופנית ותפקודית באופן מלא. מבחון תפקודי (FIM) בנוי בתוך הרשומה, לנוחיות הצוות המטפל. כנדרש.

פרק 7 – יעוץ, הדרכה ופעילות רב מקצועית

הדרכה קלינית מתוכננת לשנת הלימודים הבאה, לרבות הכשרת פיזיותרפיסטים לתפקיד זה. כאמור, קיימת הדרכת נשים אחרי לידה והדרכת הורים בפגיה, בשיתוף פעולה מלא עם ריפוי בעיסוק. ראויה לציון הדרכה שותפת של הסטאג'רים בעניין התרומה של הפיזיותרפיה למאושפזים ואפיון החולים המתאימים לטיפול. הדרכה זאת תורמת לשיתוף הפעולה בין המקצועות ואף מסייע בחניכת הרופאים לעבודה בצוות רב מקצועי.

פרק 8 – סביבת עבודה וציוד

קיים מכון בגודל מתאים, אך לאור בנייה המכון כעת משמש למעבדות ואינו פעיל. הציוד באחסון עד לגמר הבנייה ולכן לא נבדק. לאור הפעילות המקצועית המתקיימת במחלקות הפנימיות ולנוכח צרכי האוכלוסייה המבוגרת , מומלץ לחשוב על ייעוד איזור לאימון והדרכת המטופלים על תרגול למניעת נפילות בסמוך למחלקות האשפוז.

סיכום

נמצא כי שירות הפיזיותרפיה מנוהל באופן מקצועי בהתאם לנהלים. השירות מתנהל בהלימה לחזון מקצועי וארגוני. ראוי ם לציון הבניית ההערכה התפקודית הן ברשומה והן במכתב השחרור. מתבצע איתור ייזום של מאושפזים בפנימיות הזקוקים לפיזיותרפיה. מתקיימות הרצאות חודשיות לסטאג'רים על חשיבות תרומת הפיזיותרפיה למאושפזים וקריטריונים להפניה לטיפול. ההערכה לעבודת הפיזיותרפיסטים ותרומתם נשמעה במהלך הביקור במחלקות השונות.טרם בוצעו הערכת עובדים, וקביעת יעדים אישיים לחברי הצוות , מתוכנן לביצוע ותעוד תוך 3 חודשים.

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

עבודה סוציאלית

ממצאים לשימור

שמירה על רצף הטיפול

תקציר הממצאים העיקריים

מידע כללי

מספר יפה של מינויי אפוטרופוס ואיתור של ניצולי שואה. קיים חסר מהותי במשרות מדריכים.

פרק 1 - תשתיות ארגוניות - מבנה, כפיפות ופיתוח מקצועי

מבנה התפקידים במחלקה מאורגן היטב בהתייחס לגודל ופריסה. יחס משרות מדריך על כל שש משרות עו"ס לא מתקיים.

פרק 2 - תשתיות ארגוניות - פריסה וזמינות השירות

קיים כיסוי בהסדר קבוע בכל המחלקות. מונתה עו"ס קבועה במלר"ד מבוגרים/ ילדים. קיימת כוננות עו"ס 24 שעות ביממה. כנדרש.

פרק 3 - תשתיות ארגוניות - נגישות

קיימת הנגשה לשונית לאוכלוסיית המטופלים/ הסדר לתרגום

פרק 4 - תשתיות ארגוניות - סביבת עבודה

קיים מתחם ייעודי לפעילות המחלקה לע"ס, הוקצו חדרים לקיום שיחה בפרטיות במחלקות/מכונים.כנדרש.

פרק 5- תשתיות ארגוניות - כתבי מינוי לוועדות מוסדיות ע"פ חוק/נוהל

עו"ס נוטלות חלק בוועדות אתיקה, בוועדה לאלימות במשפחה ובוועדה ללידת ילד עם נכות התפתחותית, כנדרש.

פרק 6 - סטנדרטים בניהול המחלקה - חוקים ונהלים

נוהלי משרד הבריאות נגישים לעו"ס במחלקה ובאתר.

פרק 7 - סטנדרטים בניהול המחלקה - פיתוח מקצועי

לא פועלת בבית החולים וועדה מוסדית לחוק החולה הנוטה למות, נדרשת הפעלתה וצרוף עו"ס שעבר הכשרה בטיפול פליאטיבי.

פרק 8 - סטנדרטים בניהול המחלקה - הבטחת איכות ופעילויות לשיפור השירות המקצועי

מתנהלים תהליכי בקרה פנימיים מפותחים לא כולם מתועדים .

פרק 9 - סטנדרטים בניהול המחלקה - יוזמות ופרויקטים ייחודיים

מתקיימות יוזמות ופרויקטים ייחודיים, ראויות לציון היוזמות השונות לקידום רווחת המטופלים והמשפחות, כגון: תכנית "מתנות קטנות", שיתוף פעולה עם עזר מציון, קבוצת רכבת בפגיה, "בריא ביחד" עם עיריית אשדוד, בית חולים לדובים.

פרק 10 - סטנדרטים הממוקדים בחולה ובמשפחתו - רצף טיפול

רצף הטיפול נשמר באופן מקצועי ביותר. ראויה לציון תכנית הפיילוט עם מתאמת הטיפול במחלקה האורטופדית והכירורגית.

פרק 11 - סטנדרטים הממוקדים בחולה ובמשפחתו - תהליכי עבודה מובנים בתחומים ייחודיים

קיימת הגדרה ומתבצע אתור יזום של אוכלוסיות ייחודיות/בסיכון

פרק 12 - סטנדרטים הממוקדים בחולה ובמשפחתו - רשומה ותיעוד

רשומת עו"ס בתיק החולה אינה כוללת את כל הפעילות שמתבצעת , מומלץ לקיים הדרכה לעובדות בנוגע להיקף הרשומה הפסיכו-סוציאלית

פרק 13 - סטנדרטים הממוקדים בחולה ובמשפחתו - מיצוי זכויות

ניתנת הדרכה ונמסר מידע למטופל אודות זכויות ושירותים רפואיים וסוציאליים, כנדרש.

סיכום

בקרה טובה. המחלקה לעבודה סוציאלית מנוהלת באופן ראוי לשבח.

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

קלינאות תקשורת

ממצאים לשימור

תודעת שירות גבוהה. שדה קליני לסטודנטים כבר מהקמת השירות. יישום נהלי משרד הבריאות, נהלים פנימיים וקוים מנחים מקצועיים .

תקציר הממצאים העיקריים

מידע כללי

השירות הינו שירות צעיר שנפתח ביוני 2017, (כשנה לפני מועד הבקרה הנוכחית). השירות נמצא בתהליכי בנייה ופיתוח ומנוהל באופן יעיל ומסודר וע"פ קווים מנחים מקצועיים.
השירות כולל שירות אמבולטורי בתחום בדיקות השמיעה הן לילדים והן למבוגרים, בדיקות ווסטיבולריות, ייעוץ במחלקות האשפוז, מרפאת בליעה ושירות סינון שמיעה בילודים.

פרק 1 - המשאב האנושי/פריסת השירות

השירות מונה 6 קלינאיות תקשורת בהיקף של 3.5 תקנים. יש לציין כי גויסו עוד 2 קלינאיות והתקינה אמורה לעלות לכ-4.5 תקנים. הצוות הינו צוות צעיר, בעל ותק מקצועי עד 5 שנים. קיימת כפיפות מקצועית של מנהלת השירות להנהלת בית החולים, הצוות עובר הכשרה מובנית ומוסדרת, ובניכר כי ישנה הקפדה על מתן שירות מקצועי מסור ביותר ובעל תודעת שירות גבוהה. ראויה לציון ההקפדה הניכרת ועל תהליכי העבודה המוסדרים בכל התחומי של השירות תוך שיתוף פעולה בין קלינאי התקשורת, מחלקת א.א.ג ,צוות מחלקות היונקים והנהלת בית החולים.

פרק 2 - זמינות ונגישות השירות

השירות ניתן בתחום בדיקות שמיעה, סיקור שמיעה ילודים, מרפאת בליעה וייעוצי אכילה ובליעה במחלקות בית החולים. חסרים שירותים כגון: ABR בסדציה, אימוני שמיעה, טיפולי קול, שפה ודיבור, כרותי גרון ופגים. השירותים שכן קיימים ניתנים בזמינות טובה למעט בדיקות שמיעה ילדים. יש מקום לפתח את השירות מעבר לקיים היום ולאפשר מתן שירות לאוכלוסיות מטופלים שאינן מקבלות מענה בבית החולים.

פרק 3 - סביבה טיפולית

חדרי הטיפול במכון כוללים: 3 חדרים אטומים המתאימים לבדיקות שמיעה לילדים ומבוגרים, חדר ABR וחדר לבדיקות ווסטיבולריות. בכל החדרים המכשירים מכוילים ותקינים. התשתיות הפיזיות והסביבה הטיפולית של המכון הן ברמה גבוהה. חדרי הבדיקה וחדר ההמתנה מרווחים, הריהוט והציוד הקיים מתאים לצרכי המטופלים . לא קיימים חדרי טיפול שיאפשרו מתן טיפולים בתחום אימוני השמיעה, הקול, השפה והדיבור.

פרק 4 - כלים וציוד

כלי הערכה לאבחון בשפה ודיבור, קיימים חלקית . לא קיימים חדרי טיפול, כלי הערכה, אבחונים ואביזרי טיפול עבור מטופלים בתחום הקול, השפה והדיבור. חשוב לפתח תחום זה בנוסף לתחום השמיעה.

פרק 5 - רישום תיעוד ודיווח

בבדיקה מדגמית של הרשומה הרפואית בתיקי מטופלים במחלקות בית החולים עלה כי השירות ניתן באופן סדיר על בסיס הפניות. קיים תהליך מוסדר של הפניה, הערכה ותיעוד הייעוצים ברשומה הממוחשבת. אולם, ברוב תיעוד ההערכות חסרות מטרות טיפול, תכנית התערבות כולל תדירות, התייחסות לכל תחומי המקצוע והמלצות לשחרור. במטופלים עם הזנה אנטרלית לא מתקיימת מעורבות קלינאי תקשורת על פי חוזר 41/2014, לא נקבעת תכנית התערבות, לא מתבצעים מעקבים ולא ניתנות המלצות לשחרור.

פרק 6 - ניהול השירות

השירות מאורגן ומנוהל היטב, קיימת חלוקת עבודה ברורה ומוגדרת של תפקידים ונבנים ומוטמעים נהלים פנימיים מסודרים בשירות.

פרק 7 - פיתוח מקצועי

הצוות משתתף בימי עיון והשתלמויות חוץ מוסדיות ומתקיימת הדרכת סטודנטים בתחום השמיעה.
הצוות הינו צוות צעיר הנמצא עדיין בתהליכי פיתוח מקצועי וגיוס אנשי צוות חדשים ועל כן חשוב להמשיך ולאפשר לו להשתתף בהשתלמויות מקצועיות המתאימות לצרכי אוכלוסיות המטופלים.

פרק 8 - עבודה לפי נהלים

מתקיימים נהלי משרד הבריאות בתחום סיקור שמיעה בילודים.
השירות מנוהל בצורה יעילה ומסודרת תוך הקפדה על מקצועיות בביצוע הבדיקות, נהלים של תיעוד ורישום, הכשרת הצוות הלא מקצועי בביצוע הבדיקות ומעקב אחר ילודים אשר לא עברו סינון, כל זאת ע"פ נוהל 5/2018 . כנדרש.

פרק 9 - רצף טיפול

קיימים תהליכים העברת מידע מוסדרים בין קלינאי התקשורת לצוות ממחלקות בית החולים ומתקיים תיעוד עקבי של הערכות קלינאי התקשורת בתיק החולה. בדגימה אקראית של תיקי מטופלים נמצא כי לא נכתבת תכנית התערבות ולא ניתנות המלצות לשחרור.

סיכום

שירות קלינאות תקשורת הינו שירות חדש שנפתח לפני כשנה וניתן בתחום השמיעה, מרפאת בליעה והערכות קלינאי תקשורת במחלקות השונות של בית החולים.
בית החולים פועל להגדלת כוח האדם דבר שיתרום לשיפור זמינות בדיקות השמיעה לילדים (שכיום עומדת על כ-5 חודשים) וכן לפיתוח שירותים נוספים כגון: ABR בסדציה. ניכר שיתוף הפעולה עם מחלקות בית החולים וההנהלה. מושם דגש רב על הבניית ופיתוח השירות, הגדרות תפקידים וייצוב ופיתוח מקצועי של הצוות, שרובו צעיר במקצוע.
יש לציין כי השירות מנוהל ומאורגן היטב ולטובת אוכלוסיית האזור חשוב להמשיך ולפתח אותו כך שיכלול שירותים בכל תחומי המקצוע (קול, אימוני שמיעה, שפה, דיבור ותקשורת) ובכל מחלקות בית החולים כולל הפגייה.

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

ריפוי בעיסוק

ממצאים לשימור

קשרי הקהילה הטובים שנרקמו ונרקמים עם כל הקופות בסביבה והמרפאים בעיסוק נותני השירות באזור סביב למידה משותפת ודרכי הפנייה מסודרים.

תקציר הממצאים העיקריים

מידע כללי

פריסת שירות הריפוי בעיסוק מבוססת על עוגנים קבועים במחלקות, עם סיכויי הפנייה גבוהים ותמיכה on call על ידי כל עובדות השירות ביתר המחלקות ועל פי תיעדוף קליני. כנדרש

פרק 1 – המשאב האנושי/פריסת השירות

פריסת שירות הריפוי בעיסוק מבוססת על עוגנים קבועים במחלקות עם סיכויי הפנייה גבוהים ותמיכה on call על ידי כל עובדות השירות ביתר המחלקות ועל פי תיעדוף קליני

פרק 2 – זמינות השרות

השירות כרגע מתקבע בהתאמה לתהליכי התפעול של בית החולים, קשרי העבודה הנוצרים בשטח והמענה המקצועי הנדרש

פרק 3 – תשתיות רב"ע בבית החולים

תשתיות רב"ע בבית החולים , מתאימות לצרכים, כנדרש.

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

בהיותו בית חולים אקוטי חדש והשירות בתהליכי הרצה , הכנסת אמצעי שיקום וטכנולוגיה בעדיפות שנייה ושלישית ירכשו בהמשך.

פרק 5 – רשומה רפואית, רישום תיעוד ודיווח

הרשמה ממוחשבת. התיק אחוד, מהווה אמצעי תקשורת בין אנשי הצוות, ופלטפורמה להזמנת ייעוצים. כנדרש.

פרק 6 – ניהול השירות

בכל הקשור להדרכה, השירות מקיים קשרים עם הקופות בקהילה, פורום למידה משותף, ותקשורת ישירה סביב שחרור החולים.
מתכננים להיכנס להדרכות בשנת הלימודים הבאה, כרגע לא מדריכים.

פרק 7 – פיתוח מקצועי

בשל היותו צוות מאוד מצומצם, ההשתתפות בישיבות מתרחשת רק סביב צורך להתייעצות ממוקד ולא באופן שוטף
השתתפות בקורסים והשתלמויות, בהמשך כרגע לא רלוונטי.

פרק 8 – עבודה לפי נהלים

השרות כבר מראש מכוון אקרדיטציה. ומדים מנסיונים של צוותי ריפוי בעיסוק בבתי חולים אחרים.

סיכום

מדובר בבית חולים חדש עם שירות חדש עוד יותר. בינתיים העדפה של משרות חלקיות ליותר אנשים מתוך כוונה לקיים נוכחות מגוונת.

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

פסיכולוגיה

ממצאים לשימור

כוח האדם בתחום הפסיכולוגיה מקצועי, מיומן ובעל נסיון. מועסקת פסיכולוגית ראשית בעלת חזון ומוטיבציה, והבנה טובה למהווה גרעין התפתחות טוב ונמרץ שיכול לאפשר את צמיחת השרות הפסיכולוגי בבית החולים.

תקציר הממצאים העיקריים

פרק 1 - היקפי השירות

השרות הקיים כעת נעשה על ידי פסיכולוגים מקצועיים, מיומנים ומסורים לתפקידם, נראה כי קיים חזון מאורגן להמשך התפתחות השרות הפסיכולוגי . עם זאת השרות נמצא רק בתחילת התפתחותו וכרגע היקף השרות הניתם לחולים הוא מצומצם מאוד. במרבית במחלקות והמכונים אין גישה לייעוץ או התערבות פסיכולוגיים.

פרק 2 - תשתיות

התנאים הפיסיים המאפשרים את קיומה של העבודה טובים, מרחבי העבודה מרווחים ומותאמים.

פרק 3 - משכי המתנה לטיפול

מבחינת זמני המתנה נגישות וזמינות : במקומות בהם קיים שרות פסיכולוגי הוא זמין ונגיש, עם זמני המתנה סבירים.

פרק 4 - מסגרות איבחון וסוגי טיפול

שני הפסיכולוגים הקיימים בשרות מביאים עימם ידע נרחב ושיטות התערבות מגוונות, יחד עם זאת קיום מגוון מספק של שיטות ודרכי התערבות יוכל להתאפשר טוב יותר כאשר הצוות יגדל. תחום האיבחון דורש עוד פיתוח ולמעשה לא קיים כרגע בבית החולים.

פרק 5 - איכות הרשומה

קיימים מספר תוכנות לרשומה רפואית, לפי האופי והדרישות של כל מחלקה. הניהול של הרשומות מסודר, ענייני ואינפורמטיבי במידה הראויה.

סיכום

קיים בבית החולים שרות פסיכולוגי במכון האונקולוגי, ובמרפאת הכאב. הפעלת השרות הקיים משביעת רצון אולם מבחינת ההיקף השרות מצומצם בהיקפו וקיים צורך לאפשר מתן מענה של שרות פסיכולוגי

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

עבודת הצוות כולל בתהליכי הניקוי והתמגנות.

תקציר הממצאים העיקריים

פרק 1 - ניקוי וחיטוי סקופים החודרים לחללי גוף שאינם סטרילים

הטיפול הראשוני במכשירי ההסתכלות במרפאת אא"ג מבוצע על פי ההנחיות

פרק 2 - שלב ב', הניקוי הידני

הניקוי השניוני מבוצע בחדר נפרד מחדר הפעולה, כנדרש.

פרק 4 - מיגון הצוות המטפל במכשור/בטיחות

הצוות המטפל בסקופים מתמגן כנדרש.

פרק 5 - אישורי אמ"ר

קיים אישור אמ"ר לחומרי החיטוי ולמכונת הניקוי כנדרש

פרק 6 - שינוע

קיים מארז שינוע ייעודי לאנדוסקופים נקיים, כנדרש.

פרק 7 - תיעוד

קיים תאריך ניקוי וחיטוי אחרון על כל סקופ

סיכום

כלל התהליכים נכון ליום הבקרה מתבצעים ע"פ הנחיות חוזר מנהל הרפואה 50/2013.

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

ניקוי וחיטוי מכשירים אנדוסקופים - מרפאה/מכון לב

ממצאים לשימור

צורת ניקוי,שינוע וטיפול במכשור ע"י הצוות.

תקציר הממצאים העיקריים

פרק 1 - ניקוי וחיטוי סקופים החודרים לחללי גוף שאינם סטרילים

הניקוי המיידי מתבצע על פי כל הכללים המקובלים

פרק 2 - שלב ב', הניקוי הידני

הניקוי מבוצע בחדר נפרד מחדר הפעולה, כנדרש.

פרק 4 - מיגון הצוות המטפל במכשור/בטיחות

הצוות שמטפל באנדוסקופים מתמגן כנדרש.

פרק 5 - אישורי אמ"ר

קיים אישור אמ"ר לחומר החיטוי ולמכונת החיטוי

פרק 6 - שינוע

שינוע האנדוסקופים בין אתרים בבית החולים מתבצע במארז המבטיח שמירה על רמת החיטוי, כנדרש.

פרק 7 - תיעוד

קיים תאריך ניקוי וחיטוי אחרון על כל סקופ.

סיכום

במהלך הבקרה הודגמו כלל הפעילויות ע"פ חוזר מנהל 50/2013. יש לבחון בדיקה למול החברה שסיפקה את מכשיר השטיפה לאור הנצפה בשטח והערות הצוות על אמינותה במחזור השטיפות.

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

ניקוי וחיטוי מכשירים אנדוסקופים - גסטרו

ממצאים לשימור

עבודת הניקוי,שינוע והתמגנות של הצוות.

תקציר הממצאים העיקריים

פרק 1 - ניקוי וחיטוי סקופים החודרים לחללי גוף שאינם סטרילים

הניקוי המיידי מתבצע במקום ייעודי לטיפול בציוד מלוכלך בחדר הבדיקה, כנדרש.

פרק 2 - שלב ב', הניקוי הידני

שלב ב', הניקוי הידני מבוצע כנדרש.

פרק 3 - חיטוי ברמה גבוהה במכונה ואחסון

חיטוי ברמה גבוהה במכונה מבוצע כנדרש. האחסון מבוצע בארון חדיש עם יבוש אקטיבי המאפשר שימור על תנאי הייצור והשימוש של היצרן .

פרק 4 - מיגון הצוות המטפל במכשור/בטיחות

הצוות המטפל במיכשור מתמגן כנדרש.

פרק 5 - אישורי אמ"ר

קיים אישור אמ"ר לחומר החיטוי ולמכונת החיטוי .

פרק 6 - שינוע

שינוע האנדוסקופים בין אתרים בבית החולים מתבצע במארז המבטיח שמירה על רמת החיטוי.

פרק 7 - תיעוד

קיים תיעוד המאפשר איתור מטופל לפי המכשיר בו התבצע אבחונו (בחשד להתפרצות מחלות).

סיכום

ניכר שהושקע מחשבה ותכנון לבניית המכון עוד בחיתוליו. מכון שעובד ביום הבקרה ע"פ כלל ההנחיות מנוהל 50/2013.

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

דיאליזה

ממצאים לשימור

מבנה ותשתיות.

תקציר הממצאים העיקריים

מידע כללי

מרפאת הדיאליזה החלה לפעול לפני כחצי שנה. נכון להיום רשומים 17 חולים קבועים, ונעשות כ-50 דיאליזות דחופות של מטופלים ממרפאות דיאליזה בקהילה, שמגיעים בגלל בעיות בדרכי גישה לכלי דם, וקשיי נשימה על רקע עודף נוזלים. מועסקות 4 אחיות בוגרות קורס על בסיסי בנפרולוגיה. בשלב זה המקום פועל במשמרת אחת של אחיות ו2 משמרות מטופלים. נמצא מטופל 1 בדיאליזה פריטונאלית. צמוד למרפאת דיאליזה פועלים אנגיוגרפיה ושרות לגישה לכלי דם. כנדרש.

פרק 1 - כוח אדם

מנהלי הנפרולוגיה : פרופ' עדי לייבה וכן דר' זאב קציר נפרולוג נוסף, השניים מבצעים כוננות לחילופין 24 שעות, בנוסף ישנה כוננות של הצוות הסיעודי. יחס אחיות למספר מטופלים בעת ביצוע דיאליזה בהתאם לתקנות (תקנות בריאות העם רישום מרפאות תשמ"ז 1987 סעיף 11 א).

פרק 2 - פיתוח מקצועי

המרפאה חדשה והפעילות עדיין בתחילתה, ישנה נכונות של כל הצוות לטיפול מיטבי , וקיימות תוכניות לפיתוח המקום וקליטת מטופלים נוספים.

פרק 3-נהלים

נהלי משרד הבריאות והתקנות מוכרים וזמינים. ישנם נהלים המתאימים לחברה, ונהלים ייחודיים לדיאליזה.

פרק 4 - אירועים חריגים

נמצא תיעוד על אירועים חריגים ודווח לממונים כולל הפקת לקחים ודווח לצוות.

פרק 5– רשומות

ב, הרשומות הסיעודית והרפואית ממוחשבות נמצאו תקינות. שלב זה נמצא מטופל אחד עם דיאליזה פריטונאלית. נמצאים מעט מטופלים והשרות בתחילתו. נמצאה סריקה של החומר החיצוני. טרם נמצא ממשק של מכונת הדיאליזה לתיק המטופל.

פרק 6 – חיסונים

נמצא תיעוד על המטופלים שקיבלו חיסון לשפעת ולדלקת ריאות, מומלץ להעביר את רשימת המטופלים ממכבי (לאחר הסכמתם) אל בית החולים ולחסן בדיאליזה במרוכז.

פרק 7 – ניהול הטיפול התרופתי

ניהול הטיפול התרופתי תקין.

פרק 8 – החייאה

כל הצוות עבר הכשרה מתאימה בהחייאה. עגלת החייאה נמצאה תקינה.

פרק 9 – בדיקות המים

תוצאות בדיקות המים נמצאו תקינות. הבדיקות נלקחות כנדרש בנוהל.

פרק 10– תשתיות אולמות דיאליזה

תשתיות אולמות דיאליזה תקינות . נמצאו כל החדרים הייעודים לפונקציות השונות. נמצאו כל הדרישות למבנה של יחידת דיאליזה.

פרק 11 – אישורים

נמצאו כל האישורים המתאימים לתשתיות הקיימות.

פרק 12 – חדר המים

תוקנו רוב ההערות לחדר המים מהבקרה הקודמת (טרום הפעלה) , חדר המים תוחם והופרד קו נפרד מהמאגר לטובת אספקה לדיאליזה. עם זאת טרם הותקן מד כלור רציף בכניסה למערכת המים של הדיאליזה על מנת לוודא שהמים המגיעים מוכלרים כנדרש. נמצאו אישורי כיול למד הכלור ולמדי המוליכות וכן למז"ח. כנדרש.

פרק 13 – מדדי איכות

נמצאו 6/17 מטופלים עם צנתר מרכזי, חלקם עם פיסטולה לא מפותחת לדקירה. רוב המטופלים "צנחנים" שלא היה ידוע על מחלת אי ספיקת כלייתית שלהם.
עומד להתפתח צמוד לדיאליזה מרכז כלי דם לטיפול בגישה לכלי דם למטופלי דיאליזה. השרות יהיה נגיש 24/7 למטופלי דיאליזה מכל האזור .

סיכום

המקום חדש, ועונה על כל הדרישות של מרפאת דיאליזה, עדיין נמצאו מעט מטופלים יחסית לאפשרות הקליטה, השרות מצויין והתשתיות מעולות.מומלץ לפתח בצמוד את מרכז הגישה לכלי דם למטופלי הדיאליזה לכל הדרום.

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

תנאי סטאז ברפואה

ממצאים לשימור

תוכנית מנטור אישי לכל סטאז'ר.

תקציר הממצאים העיקריים

פרק 1 - עבודת סטזרים

העסקת הסטאז'רים בבי"ח ראויה לשבח - משרד פתוח, אוזן קשבת, יחס מעולה.

פרק 2 - שביעות רצון מתכנית הסטאז

בבית החולים יש תוכנית מנטור אישי לכל סטאז'ר , תכנית , מועילה ומאד מעצימה את הסטאז'רים.

סיכום

הפעלת הסטאז'רים יעילה ומוכננת הנהלת בית החולים מאפשרת ישנה דלת פתוחה ותוכנית מעולה. בית החולים משתמש ב"מערכת עוסקים" שהותקנה על ידי משרד הבריאות לניהול אדמיניסטרטיבי של מערך הסטאז' בבתי החולים הכלליים, כנדרש.

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

מערך המכשור הרפואי

ממצאים לשימור

נהלי המחלקה להנדסה רפואית נמצאו מעודכנים ומאושרים על ידי ההנהלה, הציוד שנבדק מדגמית נמצא בדוק ומטופל על פי הוראות היצרן. קיים מיפוי של כלל המכשור הרפואי.

תקציר הממצאים העיקריים

פרק 1 – תחום הניהול

המחלקה להנדסה רפואית פועלת על פי נהלים מאושרים ומעודכנים ע"י ההנהלה. מערך האחזקה פועל בצורה מקצועית ומתועד היטב בתכנת האחזקה. קיים מיפוי לכלל המכשור הרפואי, הכולל מכשור המחייב שירות טכני. חסרה תקשורת מיחשובית ביו המערך הלוגיסטי לבין תכנת האחזקה של הנדסה רפואית.

פרק 2 – תחום האיכות וזמינות השירות - מכשור רפואי יחידות טיפול נמרץ

נבדק מדגם מהציוד הרפואי ביחידה לטיפול נמרץ לב. נמצא ציוד חדש, מתקדם, מטופל היטב ועונה לצרכי בית החולים, מבחינת הזמינות והכמות הנדרשת ליחידת טיפול נמרץ. צוות המחלקה להנדסה רפואית הינו בעל ניסיון רב בתחום, ומכיר היטב את הטכנולוגיות .

פרק 7 –איכות ושירות מכשור רפואי - מכון גסטרו ,ראות ,מרפאות לאנדוסקופיה אמבולטורית

הציוד ביחידת הגסטרו נבדק מדגמית, ונמצא מתוחזק כהלכה וכן השירות הטכני מתבצע ע"י היצרן.

פרק 8 –איכות ושירות מכשור רפואי - המערך המיילדותי

הציוד ביחידה נבדק מדגמית, הציוד נבדק תקופתית על ידי צוות הנדסה רפואית ונמצא תקין.

פרק 9 –איכות ושירות מכשור רפואי - מחלקת פגים ויח' טיפול נמרץ

הציוד ביחידה נבדק מדגמית. כל המכשירים שנבדקו בפגייה נמצאו תקינים .

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

קיים תיעוד למיפוי ספקים המתחברים מרחוק בתאום עם יחידת המיחשב כנדרש.

סיכום

הציוד והמיכשור נבדקו מדגמית נמצאו תקינים. התכנון וההצטיידות של בית החולים נעשו ביד רחבה. הקמת מערך השירות, קליטת הציוד והתקנתו בוצעו בצורה מקצועית ויסודית במיוחד. הוכנו ומיושמים נוהלי עבודה לעובדי המחלקה להנדסה רפואית ולנציגי היצרנים ומתבצעת בקרה והטמעה מסודרת לכל טכנולוגיה חדשה. הרחבת הפעילות הטכנית וביצוע בדיקות תקופתיות לציוד, תחייב את המחלקה להרחיב את ציוד המדידה והבדיקה הנמצא ברשותה וכן להכשיר אנשי צוות מהמחלקה להנדסה רפואית לביצוע עבודתם תחת הסמכות היצרנים .

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

רישוי

ממצאים לשימור

התאמת הרישיון לפרישה בפועל

סיכום

פריסת המיטות ואחוזי תפוסת המיטות, תואמים בפועל לפרטי הרישיון.

הנחיות לשיפור בתחומי הבקרה לפי לוחות זמנים

ההיגד בכלי הבקרה	הנחיות לשיפור	לטיפול מיידי	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. מינהל בית החולים						
פרק 2 - דיווחים למשרד הבריאות						
2.12. זמני המתנה לניתוחים מדווחים לאגף להבטחת איכות	2.12. דיווח זמני המתנה למשרד הבריאות. זהו חלק ממדדי האיכות שצריכים להיות מדווחים למרד. בית החולים בשלבי הגדרה ומחשוב כלל המדדים				✓	
פרק 3 - זכויות החולה						
3.18. קיים צוות ייעודי למתן שירות פליאטיבי	3.18. צוות פליאטיבי בהקמה				✓	
3.19. הצוות היעודי למתן השירות הפליאטיבי מונה לפחות: רופא, אחות, פסיכולוג, עו"ס	3.19. ראה לעיל				✓	
פרק 6 - חיסון עובדי בריאות חדשים ועובדים ותיקים החשופים לדם						
6.2. חיסון עובדי בריאות ותיקים לפוליו / טטנוס / MMR / אבעבועות רוח / טוברקולין / HBV / דפתריה / שפעת עונתית (תחילת עבודה בחד' ספט'-ינו')	6.2. יש להגיע ל 100 אחוז חיסון גם לעובדים הותיקים					✓
פרק 8 - בקרת רישומים פליליים לעובדים חדשים						

ההיגד בכלי הבקרה	הנחיות לשיפור	לטיפול מיידי	לטיפול תוך שבועיים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 3 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 6 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול שנה תוך מיום פרסום דוח זה
8.2. נערך מבדק על התאמת כישורי כח האדם של שירותי חוץ (חברות פרטיות) שבית החולים שוכר	8.2. יש לבצע בדיקות להעדר רישום פלילי בנושא עבירות מין גם לגברים המועסקים במסגרת חברות כוח אדם שבית החולים שוכר				✓	
2. מינהל רפואה						
פרק 6 - רמת מיחשוב הרשומה הרפואית						
6.2. קיימת אפשרות להעברה אלקטרונית של מסמכים	6.2. יש לאפשר קשר אלקטרוני עם הקהילה			✓		
3. סיעוד ובטיחות המטופל ביחידת האשפוז						
פרק 6 - רשומות קבלה						
6.9. קיים רישום אומדן נפשי, רישומי סיעוד או קישור לרשומה רפואית	6.9. יש להוסיף התייחסות לאומדן נפשי במטופל במחלקה אורטופדית-אגא				✓	
4. הרדמה						
פרק 4 – ציוד חיוני במתחם חדרי הניתוח						
4.11. באתר המרכזי קיימות 2 עגלות עם ציוד לאינטובציה קשה (בכל אתר משני עגלה אחת)	4.11. יש לוודא עגלת אינטובציה קשה באתר ניתוחי עיניים.			✓		
פרק 9 – שלמות תיעוד בדוחות הניתוח						
9.8. קיים שם המנתח האחראי (הבכיר בצוות)	9.8. יש לערב מח' המחשבים כדי שהשם של הכירורג האחראי יופיע גם בטופס המודפס			✓		

ההיגד בכלי הבקרה	הנחיות לשיפור	לטיפול מיידי	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
פרק 14 – חדר התאוששות –תשתיות						
14.6. קיימת עמדה לחולה בבידוד	14.6. יש לבנות עמדת בידוק יעודית				✓	
5. מערכות הנדסיות ותשתיות						
פרק 11 – דוח תצפית – סטריליזציה						
חדר שטיפה/סטריליזציה הממוקם בתוך מתחם חדר ניתוח						
11.3. קיימת מכונה לשטיפת כלים כירורגים המגיעה לטמפרטורה של 93º	11.3. יש לרכוש ולהשמיש מכונת שטיפה לכלים כירורגים				✓	
פרק 12 – דוח תצפית – מערכת גזים רפואיים						
מערכת אספקת החמצן						
12.3. קיימים אמצעי הגנה לאש, לרבות זרנוקי מים, מטפים וציוד כיבוי ומערכת תאורה מוגנת התפוצצות	12.3. יש להחליף למערכת תאורה מוגנת התפוצצות (אספקת החמצן)				✓	
מערכת אספקת נייטרוס						
12.12. קיימים אמצעי הגנה לאש, לרבות זרנוקי מים, מטפים וציוד כיבוי ומערכת תאורה מוגנת התפוצצות	12.12. יש להחליף מערכת תאורה קיימת למערכת תאורה נגד התפוצצות (אספקת נייטרוס)				✓	
12.20. חוות מיכלי הנייטרוס ומרכזיית הגלילים מאובטחת לרעידות אדמה	12.20. יש לחזק צובר הניטרוס לרעידת אדמה עפ"י נוהל משרד הבריאות					✓
פרק 13 – דוח תצפית – חשמל						

ההיגד בכלי הבקרה	הנחיות לשיפור	לטיפול מיידי	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
גנרטורים						
13.12. בחדר נמצאים כל אמצעי ההגנה הנדרשים, לרבות : אמצעים למניעת התחשמלות, שטיחים למניעת חשמל סטטי, כפפות, משקפי מגן, אוזניות, מוט הארקה, שילוט מתאים.	13.12. יש להשלים מוט הארקה,שטיחים למניעת חשמל סטטי ושילוט מתאים			✓		
13.13. קיים חיבור חירום, לחיבור גנרטור חיצוני, לחיבור מערכת החשמל.	13.13. יש להשלים חיבור חירום,לחיבור גנרטור חיצוני,לחיבור מערכת החשמל				✓	
13.15. קיימת תוכנית חשמל מפורטת של כל המערכת, בחדר הגנרטורים.	13.15. יש להשלים תוכנית מפורטת של כל המערכת,בחדר גנרטורים			✓		
6. בטיחות החולה בחדר ניתוח						
פרק 1 – כ"א סיעודי						
1.1. כל אחראיות המשמרת בחדרי ניתוח, הינן בוגרות השתלמות מוכרת בסיעוד חדר ניתוח מינהל הסיעוד מספר 71 משנת 2007	1.1. יש להעביר לעיוננן טבלת כוח אדם סיעודי המועסק בחדרי הניתוח. שם האח/ות מס' רישיון בוגר/ת קורס על בסיסי כן/לא (תאריך סיום ופרטי סוג ההשתלמות)			✓		
פרק 2 - וידוא מוכנות המטופל וחדר ניתוח לניתוח/פעולה פולשנית						
טופס הסכמה להרדמה						
2.18. סוג ההרדמה המתוכננת מצוין בטופס	2.18. בטופס ההסכמה להרדמה יש לציין את סוג ההרדמה המתוכנן		✓			

ההיגד בכלי הבקרה	הנחיות לשיפור	לטיפול מיידי	לטיפול תוך שבועיים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 3 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 6 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול שנה תוך מיום פרסום דוח זה
טופס הסכמה לקבלת עירוי דם או מרכיביו						
2.21. קיים טופס הסכמה לקבלת עירוי דם	2.21. יש לוודא שטופס הסכמה לקבלת עירוי דם ימצא בגם באנגלית ורוסית בהתאם להרכב האוכלוסיה.			✓		
פרק 6– טיפול בציוד סטרילי במתחם חדרי הניתוח						
6.3. מבנה החדר מאפשר הכנסת מכשירי ניתוח לאחר שימוש דרך פתח נפרד מהפתח להוצאת המכשירים לאחר עיקור.	6.3. יש לוודא שדלת היציאה אל המסדרון המלוכלך תשאר פתוחה		✓			
6.6. קיימת מכונה לשטיפת מכשירים וכלים כירורגיים המגיעה לטמפרטורה של 93°C	6.6. יש לוודא שכל מכשירי הניתוח יעברו ניקוי ראשוני במכונה לשטיפת כלים		✓			
פרק 8 – תנאי מבנה חדר ניתוח						
8.4. ליד השוקת נמצאים מברשות ומנקי צפרנים	8.4. יש להעדיף שמשוש מברשות חד פעמיות ארוזות יחד עם מנקי ציפורניים				✓	
פרק 13 –החייאה						
13.2. ציוד החייאה תקין	13.2. עגלת ההרדמה משמשת גם כעגלת החייאה , יש לציידה במדבקות , כפות וכפות סטריליות		✓			
8. מעבדות כללי						
פרק 3 - מעבדות						

ההיגד בכלי הבקרה	הנחיות לשיפור	לטיפול מיידי	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. קיימות 5 המעבדות (וירולוגיה, גנטיקה, פתולוגיה, טוקסיקולוגיה, פוריות)	3.2. יש להכפיף את המעבדה לפוריות (מצויה בשלבי הקמה) למנהל מערך המעבדות					✓
10. מניעת זיהומים						
פרק 1 – מבנה היחידה למניעת זיהומים						
1.1. קיים מערך למניעת זיהומים ברמת יחידה או מערך עצמאי (בבית חולים קטן מ- 400 מיטות)	1.1. יש להקים מערך למניעת זיהומים ברמת יחידה או מערך עצמאי (בבית חולים קטן מ- 400 מיטות)			✓		
1.1. קיים מערך למניעת זיהומים ברמת יחידה או מערך עצמאי (בבית חולים קטן מ- 400 מיטות)	1.1. יש להקים מערך למניעת זיהומים ברמת יחידה או מערך עצמאי (בבית חולים קטן מ- 400 מיטות)			✓		
1.2. בראש היחידה/מערך למניעת זיהומים עומד רופא מומחה במחלות זיהומיות / מיקרוביולוג קליני שקיבל מינוי רשמי ממנהל המוסד הרפואי	1.2. יש לוודא שבראש היחידה/מערך למניעת זיהומים עומד רופא מומחה במחלות זיהומיות / מיקרוביולוג קליני שקיבל מינוי רשמי ממנהל המוסד הרפואי			✓		

ההיגד בכלי הבקרה	הנחיות לשיפור	לטיפול מיידי	לטיפול תוך שבועיים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 3 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 6 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול שנה תוך מיום פרסום דוח זה
1.4. אחיות מניעת זיהומים המועסקות במוסד הרפואי : אחות לכל 200 מאושפזים	1.4. באחריות בית החולים לאייש את היחידה למניעת זיהומים על פי התקנים הנדרשים מחוזר חטיבת רפואה בקרה ומניעת זיהומים במוסדות רפואיים ומניעת עמידות לאנטיביוטיקה 9/2012				✓	
1.5. אחות אחראית היחידה/מערך למניעת זיהומים בוגרת קורס על בסיסי במניעת זיהומים	1.5. באחריות בית החולים לדאוג כי אחיות המערך יוכשרו בקורס על בסיסי למניעת זיהומים כפי שנדרש מחוזר חטיבת הרפואה בנושא בקרה ומניעת זיהומים במוסדות רפואיים ומניעת עמידות לאנטיביוטיקה מס' 9/2012				✓	
פרק 7 – שמירה על כללי בידוד						

ההיגד בכלי הבקרה	הנחיות לשיפור	לטיפול מיידי	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
כללי:						
7.3. קיימת הקצאת צוות מטפל יעודי	7.3. באחריות בית החולים לדאוג להקצאת צוות יעודי לחולה בבידוד עבור כל סוגי המחוללים המצריכים בידוד כפי שנרש מחוזרי חטיבת הרפואה הנחיות למניעת התפשטות CLOSTRIDIUM DIFFICILLE במוסדות רפואיים 23/2014 וחוזר בקרה ומניעת זיהומים במוסדות רפאויים ומניעת עמידות לאנטיביוטיקה 9/2012			✓		
פרק 8 – ניקוי חיטוי ציוד ואביזרים						
8.10. מזרונים ,כריות ,אלונקות וכורסאות טיפול מצופים בניילון שלם	8.10. באחריות בית החולים לדאוג שמזרונים, כריות, אלונקות וכורסאות טיפול יהיו מצופים בניילון שלם על פי הנחיות חזור חטיבת רפואה בנושא ניקוי וחיטוי במוסדות רפאויים 12.2006			✓		
8.14. וילונות הפרדה מוחלפים בין חולה לחולה ולפחות פעם בשבוע	8.14. באחריות בית החולים לדאוג להחלפת וילונות בתידורת הנדרשת על פי חוזר חטיבת הרפאוה בדבר ניקוי וחיטוי מוסדות רפואיים 12/2006			✓		
11. החייאה						
פרק 4 – השתלמויות						

ההיגד בכלי הבקרה	הנחיות לשיפור	לטיפול מיידי	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
4.5. קיים רישום בו מתועדים תאריכי ביצוע ההשתלמויות והריענונים.	4.5. ביצוע רישום תקין ומעקב אחרי ההשתלמויות המבוצעות				✓	
12. בריאות הסביבה						
פרק 1 - מים ומערכות מים לצריכה סניטרית						
1.6. הפרדת מערכות אספקת מים	1.6. יש להגיש דו"חות התקנת שוברי ואקום טעון קפיץ על גלגלונים	✓				
1.6. הפרדת מערכות אספקת מים	1.6. יש לוודא כי מתקני דילול דטרגנטים מאושרים ונותנים מענה מספק לנושא הגנה מפני זרימה חוזרת.	✓				
1.7. אביזרי מערכת מי השתייה	1.7. יש לבדוק התאמת ברזי חמת לתקן 5452 ולהגיש אישורים בהתאם		✓			
1.12. מגדלי הקירור מזרקות ומתקנים אחרים מוזנים מרשת מי השתייה	1.12. יש לכתוב נוהל בהתאם להנחיות לפיקוח על מוסדות רפואיים - פרק המים 2012 והנחיות למניעת התרבות חיידקי לגיונלה במערכות מים פבר' 2011		✓			
פרק 3 -איסוף ופינוי פסולת						
3.1. איסוף הפסולת במחלקה ויחידות אחרות	3.1. יש להציב מיכל אגירת פסולת רגילה מחלקתית בחדר נפרד ייעודי התואם לדרישות משרדנו.	✓				
פרק 4 - טיפול בכביסה						

ההיגד בכלי הבקרה	הנחיות לשיפור	לטיפול מיידי	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
4.2. קיים חדר לריכוז כביסה מלוכלכת מחלקתית	4.2. יש למצוא פתרון לחוסר בחדרי כביסה מלוכלכת בכל מחלקה ומחלקה (לא קיים בכל המחלקות).				✓	
פרק 5 - מטבח מרכזי ומטבחון חלוקה במחלקות						
5.1. עבודת המטבח	5.1. יש להגיש למשרדנו בקשה לאישור שיטת הבשול. יש לחבר יחידות בלאסט צ'ילר לאגירת נתונים ממוחשבת.		✓			
5.4. אחסון בקירור	5.4. יש להתקין מסך אוויר במקפיא.		✓			
5.11. הגשת המזון בחדר אוכל עובדים	5.11. יש לדאוג שאמצעי חימום וקרור מזון מוגש יעמדו בדרישות משרדנו. בעת הביקורת נמדדו טמפ' נוגדות לדרישותינו.	✓				
5.15. הובלה וקבלת מזון במחלקות	5.15. יש לבדוק טמפ' מזון לפני יציאה למחלקה ובמחלקה עצמה בתדירות יומית בכל המחלקות	✓				
5.16. חדר האוכל והמטבחון במחלקות	5.16. יש להסדיר נושא ניהול יומן מדידות (מזון לפני הגשה, מיזוג אוויר וטמפ' אוויר).		✓			
פרק 6 - מניעת זיהומים ושמירה על היגיינה כללית בבית החולים						

ההיגד בכלי הבקרה	הנחיות לשיפור	לטיפול מיידי	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
6.1. קיימת הפרדה בין אזורים מזוהמים ונקיים	6.1. יש להציג פתרון לנושא סמיכות חדר כביסה וחדר פסולת במקומות הנדרשים.			✓		
13. גריאטריה						
פרק 2 - הגריאטריה ברמת כלל בי"ח						
2.7. קיים ומיושם תהליך העשרת ידע של הרופאים בתחום גריאטריה, פעילות מחקרית, והשתלמויות ברמת בית חולים	2.7. יש להרחיב השתתפות גריאטרית בימי עיון של בית החולים			✓		
פרק 3 - מחלקה לרפואה דחופה						
3.1. קיימת פעילות קבועה של גריאטר בחדרי מיון (מלר"ד)	3.1. יש לשקול תקן יועץ גריאטרי קבוע במיון					✓
פרק 5 -חולים גריאטרים במחלקה פנימית						
הרשומה הרפואית:						
5.14. תיעוד שיחה על העדפות בסוף החיים או קיום יפוי כח משולב או אפוטרופוס	5.14. יש לתעד שיחות על העדפות בסוף החיים באופן מלא בכל התיקים	✓				
פרק 6 - חולים גריאטרים במחלקה אורטופדית /כירורגית						
6.3. קיים תיעוד מצב הקוגניטיבי והתפקודי של המטופל לפני האשפוז	6.3. יש לבצע הערכה קוגניטיבית ותפקודית לכל המטופלים בני 75 ומעלה	✓				
6.4. ביצוע ותיעוד הערכה תפקודית וקוגניטיבית עדכנית לקראת שחרורו של החולה	6.4. יש לבצע הערכה קוגניטיבית ותפקודית לקראת שחרור לכל המטופליבני 75 ומעלה	✓				

ההיגד בכלי הבקרה	הנחיות לשיפור	לטיפול מיידי	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
14. רוקחות						
פרק 1 – ניהול בית המרקחת						
תהליכי עבודה כלליים						
1.41. הובלה תקינה של תרופות למחלקות	1.41. יש לצייד את המארזים באוגרים			✓		
פרק 2 – תשתיות						
מחסן תרופות						
2.13. סימון סטאטוס החומרים (המתנה/מאושר לשימוש)	2.13. יש לאחסן את המינונים השונים של אותו תכשיר באופן מבודל	✓				
2.14. אחסון מבודל, הפרדה בין מינונים	2.14. יש לשים לב להפרדת מינונים של אותו תכשיר, במגירות שונות או באותה מגירה עם תכשיר מפריד אחד לפחות. יש לאחסן תכשירים על פי הוראות היצרן: להעמיד תכשירים שנדרשים להיות במצב אנכי.			✓		
פרק 4 – רקיחה						
דרישות כלליות						
4.1.3. שטיפה וניקיון מבוצעת עם חומרים מתאימים ועל ידי עובד שהוסמך לכך (ע"פ סעיף 3.6.6)	4.1.3. יש לתעד את ההדרכה			✓		
4.1.4. עובדי ניקיון ותחזוקה עברו הדרכה מתאימה טרם כניסתם למעבדה ונמצאים בפיקוח של הרוקח (ע"פ סעיף 3.6.7)	4.1.4. יש לתעד את ההדרכות ולא ניתן להסתמך על הדרכות לא מתועדות		✓			

ההיגד בכלי הבקרה	הנחיות לשיפור	לטיפול מיידי	לטיפול תוך שבועיים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 3 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 6 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול שנה תוך מיום פרסום דוח זה
ציוד						
4.3.2. ציוד מדידה, שקילה ובקרה יהיה בדיוק המתאים והוא יכויל וייבדק לפחות פעם בשנה	4.3.2. ביצוע אימות דיוק על באמצעות משקולות מכוילות			✓		
איכות התיעוד						
4.5.2. הכנת מסמך אב עפ"י אחת הפרמקופיאות או ספרות מקצועית כולל הוראות מפורטות לביצוע ההכנה ואריזתה (ע"פ סעיף 3.9.3)	4.5.2. יש להוסיף במסמך האב תאריך תוקף ומספר מהדורה של המסמך	✓				

ההיגד בכלי הבקרה	הנחיות לשיפור	לטיפול מיידי	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
4.5.2. הכנת מסמך אב עפ"י אחת הפרמקופיאות או ספרות מקצועית כולל הוראות מפורטות לביצוע ההכנה ואריזתה (ע"פ סעיף 3.9.3)	4.5.2. ,יש להוסיף למסטר פורמולה מאזן חומרים פעילים במקרים בהם לא מתבצעת שקילה. יש להבנות את הטופס לאפשרות למספר ריכוזים או להכין טופס ייעודי לכל ריכוז . יש למדוד מדידה מדוייקת של תמיסת החומר הפעיל היות ומקור תמיסת החומר הפעיל הוא מפתיחת אמפולות להזרקה היות וקיים אי דיוק הנובע מover fill אין עדות למדידת נפח תמיסה. יש להשתמש באמפולות בעלות הנפח המקסימלי להקטנת הסיכוי לטעות עקב פתיחה מרובה של אמפולות .קיימות אמפולות בנפחים גדולים יותר לא ברור מדוע משתמשים בנפח הקטן ביותר דבר המעלה את הסיכון לשגיאה יש להוסיף למסטר פורמולה אופציה להכנת נפחים נוספים מעבר לנפח הבסיסי של 100 מ"ל	✓				

ההיגד בכלי הבקרה	הנחיות לשיפור	לטיפול מיידי	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
4.5.9. קיימות הוראות שקילה (ע"פ סעיף 3.9.3.8)	4.5.9. יש להכין הוראות שקילה לרבות הוראה לביצוע אימות דיוק באמצעות משקולות מכויילות. יש לבצע מאזן חומרים פעילים במקרים בהם אין שקילת חומר פעיל אלא הוספת יחידות תכשיר קיים כגון אמפולות או	✓				
תיעוד הוראות הכנה ,אריזה						
4.6.9. הוראות לבדיקות בתהליך עם גבולות קבלה במידה וישים	4.6.9. יש להוסיף במקרים הנדרשים הוראות לבבדיקה בתהליך ולרכוש בהתאם ציוד בדיקה מתאים (כגון בדיקת pH)		✓			
4.6.13. קיים תיעוד שם המטופל, ת.ז, גיל.	4.6.13. יש לצרף מדבקת חולה על גבי המרשם	✓				
4.6.25. ניצולת של הכנה רוקחית מוגמרת	4.6.25. יש להוסיף לטופס ההכנה סעיף המתיחס לניצולת ההכנה	✓				
4.6.36. השמדת חומרי מוצא בהתאם לנוהל השמדות כולל תיעוד ההשמדה	4.6.36. יש להכין נוהל השמדות כולל מסמך לתיעוד ביצוע השמדה			✓		
4.6.43. בהעדר בודק שני הרוקח האחראי יבטיח חלופה מספקת ויכתוב נוהל פנימי המבטיח איכות ובטיחות	4.6.43. יש להכין נוהל לבודק שני במקרה של צורך בהכנה בשעת הכוננות , בהתאם להנחית נוהל 132			✓		
אריזה ותיוווי						
4.7.10. בפרטי התווית: שם המטופל	4.7.10. יש להוסיף שם מטופל בתוית הכנה המונפקת עבור חולה פרטני	✓				

ההיגד בכלי הבקרה	הנחיות לשיפור	לטיפול מיידי	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
4.7.13. בפרטי התווית: הוראות שימוש	4.7.13. יש להוסיף בתוית הכנה המונפקת עבור חולה פרטני הוראות שימוש	✓				
4.7.14. בפרטי התווית: שם הרופא	4.7.14. יש להוסיף לתוית הכנה המונפקת לחולה פרטני את שם הרופא	✓				
4.7.15. חומרי אריזה ישנים או פגי תוקף יושמדו בהתאם לנוהל השמדות והשמדתם תתועד	4.7.15. יש להכין ולהטמיע נוהל השמדות		✓			
בדיקת תכשירים מוגמרים						
4.8.3. קיימת בדיקת הכנה ותיעוד הפרמטרים: שקילה, תקינות ערבוב, צלילות, ריח, צבע, מרקם, PH בעת הצורך	4.8.3. יש להוסיף (במקרים הרלוונטיים) בדיקת pH באמצעי מכוייל (נייר pH מכוייל או מד pH לאחר כיול עם בופרים מתאימים)		✓			
שחרור וניפוק						
4.9.3. בהעדר רוקח משחרר, הרוקח האחראי יבטיח חלופה מספקת ויכתוב נוהל פנימי המבטיח איכות ובטיחות	4.9.3. יש להכין נוהל לשחרור עבור הכנות בתורנות בסופ"ש	✓				
תלונות והחזרות						
4.11.3. קיים נוהל פנימי להחזרת תכשירים פגומים מהמטופל	4.11.3. יש להכין נוהל בהתאם		✓			
נהלים						
4.18.1. קיימים נהלים רלבנטיים	4.18.1. יש להשלים נהלים חסרים		✓			
16. רשומות ומידע רפואי						
פרק 1 - מצבת כוח אדם לניהול מחלקה לרישום ומידע רפואי						

ההיגד בכלי הבקרה	הנחיות לשיפור	לטיפול מיידי	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
1.4. מספר העוסקים בסימול מידע רפואי בעלי הכשרה מקצועית פורמלית (רשמים רפואיים מוסמכים, בוגרי קורס סימול ע"י המשרד, ו/או אחר) מודל או"ש: תקן משרה מלאה לכל 10,000 שחרורים בשנה (ע"פ חוזר מנהל רפואה 14/2012)	1.4. יש לוודא שמספר העוסקים בסימול מידע רפואי בעלי הכשרה מקצועית פורמלית (רשמים רפואיים מוסמכים, בוגרי קורס סימול ע"י המשרד, ו/או אחר) יתאים למודל או"ש: תקן משרה מלאה לכל 10,000 שחרורים בשנה (ע"פ חוזר מנהל רפואה 14/2012)				✓	
פרק 5 - סימול מידע רפואי						
5.7. ישנה הלימה בין תוכן מכתב השחרור לסימול המידע הרפואי המתבצע ע"י הרשמת רפואית	5.7. יש לתעדף ולקדם מעקב אחר תשובות פתולוגיות לסיכום השחרור ועדכונו בהתאם.			✓		
פרק 8 - דיווח סימול מידע רפואי למשרד הבריאות						
8.3. קיימת התאמה בין דו"ח המעבדה לקידוד במערכת של רישום תיעוד ודיווח מחלות זיהומיות המחייבות הודעה ברשומת מטופל. (פקודת בריאות העם 1940- סעיף 12, דו"ח מעבדת זיהומים בביה"ח, בדיקה אקראית של 5 רשומות רפואיות עם ממצא חיובי)	8.3. יש לתעדף ולקדם ממשק ממצאי מעבדה לרשומת המטופל.			✓		
17. תזונה ומזון- מחלקה לתזונה						
פרק 1 - סל מזון						

ההיגד בכלי הבקרה	הנחיות לשיפור	לטיפול מיידי	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
1.9. מנה צמחונית מגוונת מוגשת בכל יום	1.9. יש להגיש מנה צמחונית מגוונת ממגוון קיטניות בנוסף לסויה.			✓		
1.13. נבדקים הרכב וניתוח תזונתי של כל המנות ממקור חוץ (לדוגמא גלאט כשר)	1.13. יש לבדוק הרכב וניתוח תזונתי גם למנות הגלאט כשר			✓		
1.14. כמות הנתרן בתפריט היומי לא תעלה על 2400 מ"ג	1.14. בחלק מהתפריטים יש להתאים את כמות הנתרן לדרישות בסל מזון			✓		
1.15. כמות הנתרן בתפריט דל מלח לא תעלה על 2000 מ"ג ליום	1.15. יש להתאים את כמות הנתרן בתפריט הדל נתרן לדרישות בסל מזון			✓		
1.20. בתפריט 7-10% חומצות שומן רוויות מסך הקלוריות	1.20. יש להתאים את רמות השומן הרווי בתפריט לדרישות הסל			✓		
פרק 3 – שירותי תזונה ייעודיים – עבודת המחלקה לתזונה						
3.1. שרותי הדיאטה פועלים בתחומי איתור חולים הנדרשים לייעוץ תזונתי- (קיימת מערכת איתור)	3.1. יש לבנות מערכת איתור ממוחשבת יעודית לאיתור מאושפזים בסיכון תזונתי ושנדרש עבורם טיפול של דיאטניות			✓		
18. תזונה ומזון - הנהלה						
פרק 2 – מיחשוב						

ההיגד בכלי הבקרה	הנחיות לשיפור	לטיפול מיידי	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. רשומת התזונה ממוחשבת, כולל ממשק למטבח ולתוכנת צמרת.	2.1. יש להוסיף ממשק ממוחשב בין הרשומה הרפואית במחלקות לבין המטבח , על מנת שיהיה רצף טיפולי והגשת מזון בהתאם להנחיות הרפואיות ותזונתיות ברשומה הרפואית עבור כל מאושפז			✓		
2.2. קיימות עקומות גדילה ממוחשבות של ה WHO	2.2. יש להוסיף לרשומה הרפואית את עקומות ה WHO עפ"י דרישות חוזר ראש שרותי בריה"צ נובמבר 2011			✓		
פרק 3 – סל מזון						
3.3. קיימים כלי הגשה אסטטיים, רב שימושיים ומתאימים להגשת מזון קר וחם	3.3. יש לחלק את כל פריטי המזון בארוחה בכלים המתאימים לכך	✓				
פרק 6 – ממכר מזון בריא						
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	6.1. יש לדאוג לפריטי מזון שאינם מכילים כמויות גבוהות של נתרן או סוכר			✓		

ההיגד בכלי הבקרה	הנחיות לשיפור	לטיפול מיידי	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
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	6.2. יש ליישם את חוזר מינהל רפואה מס' 8/2014 במלואו, בכל אתרי ממכר המזון והשתייה בבית החולים			✓		
20. עבודה סוציאלית						
פרק 1 - תשתיות ארגוניות - מבנה, כפיפות ופיתוח מקצועי						
1.4. יחס משרות מדריך תואם למספר משרות עו"ס (משרת מדריך על כל שש משרות עו"ס)	1.4. יש להסדיר את חידוש ההדרכה הקלינית לעובדים	✓				
פרק 4 - תשתיות ארגוניות - סביבת עבודה						
4.4. הוקצו שירותי מזכירות לעבודת המחלקה	4.4. יש להעמיד לרשות המחלקה מזכירה זמינה			✓		
פרק 7 - סטנדרטים בניהול המחלקה - פיתוח מקצועי						
7.4. עדכון ידע וביצוע מחקרים	7.4. חשוב לבנות ולפתח גוף ידע המגדיר את ייחודיות העיסוק בבית החולים ומיטיב את איכות ההתערבות עם המטופלים ומשפחותיהם					✓
פרק 8 - סטנדרטים בניהול המחלקה - הבטחת איכות ופעילויות לשיפור השירות המקצועי						

ההיגד בכלי הבקרה	הנחיות לשיפור	לטיפול מיידי	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
8.2. נתוני פעילות ברמת העובד מתועדים ומנותחים	8.2. יש לבנות תשתית מחשובית לפילוח נתוני הפעילות של העו"ס על פי תחומי ההתערבות, לשם התייעלות, פריסת שירותים ובניית תכנית עבודה				✓	
8.3. נתוני פעילות ברמת המחלקה מתועדים ומנותחים	8.3. יש לבנות תשתית מחשובית לפילוח נתוני הפעילות של העו"ס על פי תחומי ההתערבות, לשם התייעלות, פריסת שירותים ובניית תכנית עבודה				✓	
8.4. סיכום שנתי ברמת המחלקה מוגש להנהלת ביה"ח	8.4. לאחר איסוף נתוני הפעילות יש להעבירם להנהלת בית החולים לשם פיתוח ופריסה של שירותים ובניית תכנית עבודה				✓	
פרק 11 - סטנדרטים הממוקדים בחולה ובמשפחתו - תהליכי עבודה מובנים בתחומים ייחודיים						
11.2. התערבות עם נפגעי אלמ"ב כוללת: קריאה לעו"ס, אישור עו"ס לשחרור, ד. למשטרה ד. לפק"ס במקרה של חסר ישע	11.2. יש ליידע את האישה נפגעת האלימות על השירותים הקיימים בקהילה, גם באמצעות הכנת דף מידע מוכן מראש	✓				
פרק 12 - סטנדרטים הממוקדים בחולה ובמשפחתו - רשומה ותיעוד						

ההיגד בכלי הבקרה	הנחיות לשיפור	לטיפול מיידי	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
12.1. רשומת עו"ס בתיק החולה	12.1. יש להקפיד לתעד כל פעילות שנעשית על ידי העו"ס ברשומה הרפואית	✓				
12.3. רישום עיקרי ההתערבות לאחר כל פגישה	12.3. יש להקפיד לתעד כל פעילות עו"ס ברשומה הרפואית	✓				
21. קלינאות תקשורת						
פרק 1 - המשאב האנושי/פריסת השירות						
1.3. קיים כיסוי כוננויות למקרים דחופים בסופי שבוע	1.3. אין כוננויות למחלקות האשפוז אלא רק עבור סיקור שמיעה בילודים. חשוב כי הכוננויות יאפשרו מתן שירות גם למחלקות האשפוז בתחום בדיקות השמיעה והבליעה.				✓	
פרק 2 - זמינות ונגישות השירות						
2.10. זמינות השירות מותאמת לאוכלוסיית המטופלים באופן מלא	2.10. יש לשפר את זמינות השירות בתחום בדיקות השמיעה לילדים ובדיקות ABR.				✓	
2.1. משך זמן המתנה לבדיקת שמיעה ילד (בממוצע)	2.1. קיימת זמינות נמוכה לבדיקות שמיעה לילדים . מדיווח מנהלת השירות במהלך הבקרה קיים צפי להעלאת תקנים ושיפור בזמינות הבדיקות בעתיד הקרוב.				✓	

ההיגד בכלי הבקרה	הנחיות לשיפור	לטיפול מיידי	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
2.2. משך זמן המתנה מקסימלי לבדיקת ABR ילד עם סדציה	2.2. בזמן הבקרה לא מתקיימות בדיקות ABR עם סדציה. העדר שירות זה עלול לעכב טיפול ושיקום בילדים הזקוקים לכך. מנהלת השירות ציינה כי לאחר מתן אישורים מתאימים יתאפשר מתן שירות זה בממוצע של 4 בדיקות בחודש.				✓	
2.3. משך זמן המתנה מקסימלי לבדיקת ABR ילד בלי סדציה	2.3. משך זמן ההמתנה לבדיקת ABR הוא 5 שבועות. יש להמשיך ולפעול לשיפור הזמינות.				✓	
פרק 3 - סביבה טיפולית						
3.1. קיימים חדרי טיפול ייעודיים לטיפול פרטני בהפרעות שפה ודיבור	3.1. חשוב להרחיב את שירותי המכון גם לתחום אימוני השמיעה,הקול, השפה והתקשורת. העדר תשתית פיזית לכך לא תאפשר פיתוח שירותים אלו.					✓
פרק 4 - כלים וציוד						
4.1. קיימים כלי הערכה לאבחון בשפה ודיבור	4.1. ייעוצי קלינאי התקשורת במחלקות בית החולים צריכים לכלול התייחסות לכל תחומי המקצוע. לשם כך יש צורך בכלי הערכה לאבחון שפה ודיבור בנוסף לכלי ההערכה בתחום האכילה והבליעה.				✓	

ההיגד בכלי הבקרה	הנחיות לשיפור	לטיפול מיידי	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
4.2. קיימים אבחונים פנימיים מקוריים	4.2. לא קיימים אבחונים פנימיים בתחומי הקול, השפה, הדיבור והתקשורת. יש צורך להטמיע שימוש בכלי הערכה סטנדרטיים, פנימיים עבור תחומים אלו.				✓	
פרק 5 - רישום תיעוד ודיווח						
5.4. קיימים מטרות הטיפול ותכנית הטיפול	5.4. בתיעוד הייעוצים במחלקות לא מצוינות מטרות הטיפול ותכנית ההתערבות. יש להקפיד על קביעת מטרות ותכנית טיפול (כולל תדירות טיפול) בהתאם לממצאי הבדיקה הייחודיים למטופל.			✓		
5.7. קיים דוח סיום טיפול / שחרור כולל המלצות	5.7. בבדיקה ממדגמית, של הרשומה הרפואית במחלקות בית החולים, לרוב לא מופיעות המלצות לשחרור. יש להקפיד על מתן המלצות אלו ועל תיעודן במכתב השחרור.			✓		
פרק 9 - רצף טיפול						
9.4. המלצות קלינאי התקשורת קיימות במכתב השחרור	9.4. יש להקפיד על רישום המלצות קלינאי התקשורת במכתב השחרור בכדי לאפשר רצף טיפולי במעבר המטופל מבית החולים למסגרת הרפואית אליה מגיע.				✓	
22. ריפוי בעיסוק						

ההיגד בכלי הבקרה	הנחיות לשיפור	לטיפול מיידי	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
פרק 2 – זמינות השרות						
2.2. קיימת רשימת התוויות לריפוי בעיסוק	2.2. יש לקבוע רשימת התוויות לריפוי בעיסוק ברורה ומכרת לידיעת המטפלים לצורך הפניות לשירות			✓		
23. פסיכולוגיה						
פרק 1 - היקפי השירות						
1.1. קיים כיסוי בהסדר קבוע בכל מחלקות האשפוז	1.1. יש לדאוג לכיסוי שרות פסיכולוגי במחלקות אשפוז נוספות עם דגש על : נשים, פגיה, קרדיולוגיה ומחלקות הילדים.				✓	
1.2. קיים כיסוי בהסדר קבוע בכל המרפאות והמכונים	1.2. יש לדאוג לשרות פסיכולוגי במרפאות נוספות , עם קדימות ל מכון בריאות האשה, מכון הלב ומרפאות הילדים.					✓
1.3. קיימים שירותי ליאזון פסיכולוגיים קבועים במחלקות	1.3. יש לדאוג לכך שבמחלקות אשר אין בהם שרות פסיכולוגי קבוע תהיה אפשרות לשרותי התייעצות קבועים (על ידי פסיכולוג קבוע המכיר את המחלקה).					✓
1.4. קיימים שירותי ליאזון פסיכולוגיים על פי הצורך במחלקות	1.4. יש לדאוג להיקף שירות שייאפשר התייעצויות גם במחלקות בהם אין שרות קבוע.					✓

ההיגד בכלי הבקרה	הנחיות לשיפור	לטיפול מיידי	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
1.6. השירות הפסיכולוגי מאורגן היטב	1.6. יש לוודא קיומם של תנאים שיאפשרו את התפתחות השרות הפסיכולוגי בבית החולים.				✓	
פרק 2 - תשתיות						
2.5. קיים חלון בחדר הטיפול	2.5. יש לשאוף לחדרי טיפול פסיכולגי עם חלונות .					✓
פרק 3 - משכי המתנה לטיפול						
3.3. זמן המתנה ממוצע של חולה דחוף לטיפול פסיכולוגי	3.3. הרחבת הזמינות של השרות הפסיכולוגי לכלל המחלקות באופן שיאפשר מענה מהיר לחולים דחופים הזקוקים להתערבות וטיפול פסיכולוגיים.					✓
פרק 4 - מסגרות איבחון וסוגי טיפול						
4.12. אבחון והערכה קלינית	4.12. יש להכניס למערכת אפשרות למתן שרות של איבחון והערכה פסיכודיאגנוסטית, על מנת לאפשר הערכה אישיותית ורגשית מקיפה במקרי הצורך					✓
4.13. אבחון והערכה שיקומית	4.13. יש לאפשר הכנסת שרות של אבחונים והערכות פסיכולוגיים שיקומיים ונוירופסיכולוגיים במקרי הצורך.					✓
4.14. אבחון והערכה התפתחותית	4.14. יש לאפשר מתן שרות של איבחנים או הערכות התפתחותיות לילדים במקרי הצורך.					✓

ההיגד בכלי הבקרה	הנחיות לשיפור	לטיפול מיידי	לטיפול תוך שבועיים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 3 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול תוך 6 חודשים מיום פרסום דוח זה	לטיפול שנה תוך מיום פרסום דוח זה
פרק 5 - איכות הרשומה						
5.7. תיעוד אבחנה	5.7. במקרים בהם נדרש טיפול פסיכולוגי רפואי בהקשר של מחלה פיסית, יש לוודא התאמת האבחנה. אין לתת באופן אוטומטי אבחנות פסיכיאטריות (כגון הפרעת הסתגלות), אלא להשתמש באבחנה של המחלה הפיסית ובמידת הצורך להתאים פירוט נוסף מפרק Z .			✓		
פרק 6 - פיתוח מקצועי						
6.2. מתקיימות השתלמויות חיצוניות	6.2. עם הגדלת צוות הפסיכולוגים בבית החולים יש לבנות ולעודד למידה והתחדשות מקצועית גם על ידי השתלמויות חיצוניות					✓
6.2. מתקיימות השתלמויות חיצוניות	6.2. יש לדאוג לשמירה על כשירות מקצועית על ידי השתלמויות תקופתיות רלבנטיות .					✓
6.3. מתקיימות השתלמויות פנימיות	6.3. יש לדאוג לשמירת הרמה , התפתחות מקצועית ו התעדכנות הידע המקצועי של צוות הפסיכולוגים גם על ידי השתלמויות פנימיות .					✓

ההיגד בכלי הבקרה	הנחיות לשיפור	לטיפול מיידי	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
6.8. מתבצעות בקרות רשומה מתועדות למטפלים	6.8. יש לתעד את הבקרות השגרתיות על הרשומה הרפואית/פסיכולוגית.					✓
6.8. מתבצעות בקרות רשומה מתועדות למטפלים	6.8. יש צורך ליצור נוהל מובנה לביקורת מתועדת של הרשומה של כל מטפל אחת לתקופה קצובה.				✓	
24. ניקוי וחיטוי מכשירים אנדוסקופים - מרפאה/מכון אף/אוזן/גרון						
פרק 1 - ניקוי וחיטוי סקופים החודרים לחללי גוף שאינם סטרילים						
1.5. הסקופ מועבר בנתיב בטיחותי שאינו מהווה סיכון זיהומי למטפלים	1.5. יש להעביר את המכשירים במסדרון ייעודי או במסלול ללא מגע עם מטופלים ע"פ נוהל 50/2013.				✓	
27. דיאליזה						
פרק 2 - פיתוח מקצועי						
2.2. קיימים דיווחים על יציאת אחים/יות להשתלמויות/ימי עיון/לימודים מחוץ לביה"ח / מרפאה (לפחות 2 ימי עיון בשנה לעובד)	2.2. יש לשלוח את הצוות לימי עיון וכנסים בנוסף להשתלמויות הפנים שהן משתתפות				✓	
2.3. מועסק/ת מדריכ/ה קליני/ת מורשה/ית במרפאה	2.3. יש לדאוג לצרף את אחת האחיות להשתלמות מדריכה קלינית , על מנת שהמקום ישמש שדה קליני לסטודנטים בסיעוד, ואחיות בהשתלמות מוכרת בנפרולוגיה.				✓	
פרק 5– רשומות						

ההיגד בכלי הבקרה	הנחיות לשיפור	לטיפול מיידי	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
מיחשוב						
5.2. קיים ממשק תיק חולה למכונת הדיאליזה	5.2. יש לדאוג לממשק מכונת הדיאליזה לרשומה הממוחשבת					✓
5.29. נמצאו ברשומה דיווחים על אחוז מטופלים בדיאליזה ציפקית ביחס למספר המטופלים במרפאה	5.29. יש להציע לכל מטופל את האלטרנטיביות בטיפול בדיאליזה,	✓				
פרק 6 – חיסונים						
6.3. קיים תיעוד על המטופלים שמסרבים לקבלת החיסון	6.3. יש להחתים את המטופלים המסרבים לחיסון שפעת/ריאות.				✓	
פרק 12 – חדר המים						
12.2. המצאות משאבת כלור לפני המרכך	12.2. יש לשים מד כלור בכניסה לחדר המים על מנת לוודא את תקינות הכלור במים המגיעים מהמאגר המים של בית החולים.		✓			
פרק 13 – מדדי איכות						
13.6. % מטופלים עם צנתר מרכזי חיצוני	13.6. יש לנסות לאתר במרפאה פרדיאליזה,/נפרולוגי ת מטופלים באי ספיקה סופנית ולהכינם עם פיסטולה קדם דיאליזה				✓	
29. מערך המכשור הרפואי						
פרק 1 – תחום הניהול						

ההיגד בכלי הבקרה	הנחיות לשיפור	לטיפול מיידי	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 ניהול מצאי וביצוע שירות						
1.1.2. קיימת תוכנת אחזקה הכוללת תיק שירות לכל מכשיר	1.1.2. יש ליצור ממשק בין הרישום הלוגיסטי של ציוד בית החולים לבין תכנת ה"תחזוקנית" המשמשת לאחזקת הציוד.					✓

צוותי האגף לרפואה כללית ונציגי לשכת הבריאות אשקלון מודים להנהלת בית החולים בית חולים אסותא אשדוד על שיתוף הפעולה.

בברכה

ד"ר סיגל ליברנט טאוב
ראש אגף רפואה כללית

רותי פרוינד RN MPH
מנהלת מחלקת בקרה

העתקים:
ד"ר ורד עזרא, ראש חטיבת הרפואה
ד"ר אליעוז חפר, ראש אגף רישוי מוסדות ומכשירים רפואיים
פרופ' נטליה בילנקו , רופאת המחוז

הנחיות לשיפור בתחומי הבקרה לפי לוחות זמנים							
ההיגד בכלי הבקרה	הנחיות לשיפור	התייחסות המוסד	לטיפול מיידי	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
מינהל בית החולים							
פרק 2 - דיווחים למשרד הבריאות							
2.12. זמני המתנה לניתוחים מדווחים לאגף להבטחת איכות	2.12. דיווח זמני המתנה למשרד הבריאות. זהו חלק ממדדי האיכות שצריכים להיות מדווחים למרד. בית החולים בשלבי הגדרה ומחשוב כלל המדדים	סוכם מול משרד הבריאות כי דיווח מדדי האיכות יבוצע במהלך 2019. נעשית בימים אלו עבודת איפיון המדדים והגדרת תהליכי המיחשוב מול נציגי מב"ר. בהתאם לכך, נבקש להאריך את מועד הטיפול לשנה				✓	
פרק 3 - זכויות החולה							
3.18. קיים צוות ייעודי למתן שירות פליאטיבי	3.18. צוות פליאטיבי בהקמה	בטיפול				✓	
3.19. הצוות היעודי למתן השירות הפליאטיבי מונה לפחות: רופא, אחות, פסיכולוג, עו"ס	3.19. ראה לעיל	בטיפול				✓	
פרק 6 - חיסון עובדי בריאות חדשים ועובדים							
6.2. חיסון עובדי בריאות ותיקים לפוליו / טטנוס / MMR / אבעבועות רוח / טוברקולין / HBV / דפתריה / שפעת עונתית (תחילת עבודה בחד'	6.2. יש להגיע ל 100 אחוז חיסון גם לעובדים הותיקים	בית החולים עומד כעת על 80 אחוז חיסון. במחלקות קריטיות כמו אונקולוגיה ודיאליזה - 100 אחוז. פקמ"ח - מעל 90 אחוז					✓
פרק 8 - בקרת רישומים פליליים לעובדים							

8.2. נערך מבדק על התאמת כישורי כח האדם של שירותי חוץ (חברות פרטיות) שבית החולים שוכר	8.2. יש לבצע בדיקות להעדר רישום פלילי בנושא עבירות מין גם לגברים המועסקים במסגרת חברות כוח אדם שבית החולים זוכר	**מבוצע גם לעובדי חברות כח אדם**				✓	
מינהל רפואה							
פרק 6 - רמת מיחשוב הרשומה הרפואית							
6.2. קיימת אפשרות להעברה אלקטרונית של מסמכים	6.2. יש לאפשר קשר אלקטרוני עם הקהילה	**ההערה לא ברורה. בית החולים עובד עם מערכת אופק באופן מלא על פי דרישות משרד הבריאות. כמו כן קימת גישה לנציגי כל קופות החולים לתיקי המאושפזים**			✓		
סיעוד ובטיחות המטופל ביחידת האשפוז							
פרק 6 - רשומות קבלה							
6.9. קיים רישום אומדן נפשי, רישומי סיעוד או קישור לרשומה רפואית	6.9. יש להוסיף התייחסות לאומדן נפשי במטופל במחלקה אורטופדית-אגא	האומדן קיים. הוטמע השימוש בו במחלקה שנבדקה				✓	
הרדמה							
פרק 4 – ציוד חיוני במתחם חדרי הניתוח							
4.11. באתר המרכזי קיימות 2 עגלות עם ציוד לאינטובציה קשה (בכל אתר משני עגלה אחת)	4.11. יש לוודא עגלת אינטובציה קשה באתר ניתוחי עיניים.	אושר רכש			✓		
פרק 9 – שלמות תיעוד בדוחות הניתוח							
9.8. קיים שם המנתח האחראי (הבכיר בצוות)	9.8. יש לערב מח' המחשבים כדי שהשם של הכירורג האחראי יופיע גם בטופס המנדפס	בטיפול			✓		
פרק 14 – חדר התאוששות –תשתיות							
14.6. קיימת עמדה לחולה בבידוד	14.6. יש לבנות עמדת בידוק יעודית	בטיפול				✓	
מערכות הנדסיות ותשתיות							
פרק 11 – דוח תצפית – סטרילזציה							

11.3. קיימת מכונה לשטיפת כלים כירורגים המגיעה לטמפרטורה של 93º	11.3. יש לרכוש ולהשמיש מכונת שטיפה לכלים כירורגים	**תהליך העיקור מבוצע באסם בלבד. ולכן אין צורך במכונת שטיפה בחדר ניתוח**				✓	
פרק 12 – דוח תצפית – מערכת גזים רפואיים							
12.3. קיימים אמצעי הגנה לאש, לרבות זרנוקי מים, מטפים וציוד כיבוי ומערכת תאורה מוגנת התפוצצות	12.3. יש להחליף למערכת תאורה מוגנת התפוצצות (אספקת החמצן)	קיים בתכנון				✓	
12.12. קיימים אמצעי הגנה לאש, לרבות זרנוקי מים, מטפים וציוד כיבוי ומערכת תאורה מוגנת התפוצצות	12.12. יש להחליף מערכת תאורה קיימת למערכת תאורה נגד התפוצצות (אספקת נייטרוס)	קיים בתכנון				✓	
12.20. חוות מיכלי הנייטרוס ומרכזיית הגלילים מאובטחת לרעידות אדמה	12.20. יש לחזק צובר הניטרוס לרעידת אדמה עפ"י נוהל משרד הבריאות	קיים בתכנון					✓
פרק 13 – דוח תצפית – חשמל							
13.12. בחדר נמצאים כל אמצעי ההגנה הנדרשים, לרבות : אמצעים למניעת התחשמלות, שטיחים למניעת חשמל סטטי, כפפות, משקפי מגן, אוזניות, מוט הארקה, שילוט מתאים.	13.12. יש להשלים מוט הארקה,שטיחים למניעת חשמל סטטי ושילוט מתאים	כול ציוד המגן קיים בשטח.			✓		

13.13. קיים חיבור חירום, לחיבור גנרטור חיצוני, לחיבור מערכת החשמל.	13.13. יש להשלים חיבור חירום,לחיבור גנרטור חיצוני,לחיבור מערכת החשמל	**בבדיקה מול דוד שמש, מהנדס ממשרד הבריאות הממונה על תחום תשתיות ואחזקה במנהל לתכנון מוסדות רפואה הובהר שאין חובת חיבור גנרטור חיצוני למערכת החשמל. בנוסף לבית חולים ישנה עודף ייצור חשמל על ידי גנרטורים של פי שלוש מהנדרש. נבקש לבחון את ההנחיה לשיפור מחדש**				✓	
13.15. קיימת תוכנית חשמל מפורטת של כל המערכת, בחדר הגנרטורים.	13.15. יש להשלים תוכנית מפורטת של כל המערכת,בחדר גנרטורים	בטיפול			✓		
בטיחות החולה בחדר ניתוח							
פרק 1 – כ"א סיעודי							
1.1. כל אחראיות המשמרת בחדרי ניתוח, הינן בוגרות השתלמות מוכרת בסיעוד חדר ניתוח מינהל הסיעוד מספר 71 משנת 2007	1.1. יש להעביר לעיוננן טבלת כוח אדם סיעודי המועסק בחדרי הניתוח. שם האח/ות מס' רישיון בוגר/ת קורס על בסיסי כן/לא (תאריך סיום ופרטי סוג ההשתלמות)	מצורפת בזה - יש להדגיש שכל משמרת יש אחראית בוגרת קורס על בסיסי			✓		
פרק 2 - וידוא מוכנות המטופל וחדר ניתוח							
2.18. סוג ההרדמה המתוכננת מצוין בטופס	2.18. בטופס ההסכמה להרדמה יש לציין את סוג ההרדמה המתוכנן	**בטופס מצוינים כל סוגי ההרדמה. ההנחיה לשיפור של הבקרה מנוגדת לעמדת איגוד הרופאים המרדימים. סוג ההרדמה נקבע על ידי המרדים האחראי סמוך לניתוח בשל ריבוי משתנים היכולים להשפיע על סוג ההרדמה.**		✓			
2.21. קיים טופס הסכמה לקבלת עירוי דם	2.21. יש לוודא שטופס הסכמה לקבלת עירוי דם ימצא בגם באנגלית ורוסית בהתאם להרכב האוכלוסיה.	**הטופס מתורגם לאנגלית, רוסית וערבית. נבקש למחוק ההערה**			✓		
פרק 6– טיפול בציוד סטרילי במתחם חדרי							

6.3. מבנה החדר מאפשר הכנסת מכשירי ניתוח לאחר שימוש דרך פתח נפרד מהפתח להוצאת המכשירים לאחר עיקור.	6.3. יש לוודא שדלת היציאה אל המסדרון המלוכלך תשאר פתוחה	טופל			✓		
6.6. קיימת מכונה לשטיפת מכשירים וכלים כירורגיים המגיעה לטמפרטורה של 93°C	6.6. יש לוודא שכל מכשירי הניתוח יעברו ניקוי ראשוני במכונה לשטיפת כלים	**תהליך העיקור מבוצע באסם בלבד. ולכן אין צורך במכונת שטיפה בחדר ניתוח**			✓		
פרק 8 – תנאי מבנה חדר ניתוח							
8.4. ליד השוקת נמצאים מברשות ומנקי צפרנים	8.4. יש להעדיף שמשוש מברשות חד פעמית ארוזות יחד עם מנקי ציפורניים					✓	
פרק 13 –החייאה							
13.2. ציוד החייאה תקין	13.2. עגלת ההרדמה משמשת גם כעגלת החייאה , יש לציידה במדבקות , כפות וכפות סטריליות	**במתחם חדרי הניתוח קיימים שני דפיברילטורים עם כפות וכפות סטריליות.**			✓		
מעבדות כללי							
פרק 3 - מעבדות							
3.2. קיימות 5 המעבדות (וירולוגיה, גנטיקה, פתולוגיה, טוקסיקולוגיה, פוריות)	3.2. יש להכפיף את המעבדה לפוריות (מצויה בשלבי הקמה) למנהל מערך המעבדות	בטיפול					✓
מניעת זיהומים							
פרק 1 – מבנה היחידה למניעת זיהומים							
1.1. קיים מערך למניעת זיהומים ברמת יחידה או מערך עצמאי (בבית חולים קטן מ- 400 מיטות)	1.1. יש להקים מערך למניעת זיהומים ברמת יחידה או מערך עצמאי (בבית חולים קטן מ- 400 מיטות)	קימת תכנית להשלמת פערי האיוש				✓	

1.1. קיים מערך למניעת זיהומים ברמת יחידה או מערך עצמאי (בבית חולים קטן מ- 400 מיטות)	1.1. יש להקים מערך למניעת זיהומים ברמת יחידה או מערך עצמאי (בבית חולים קטן מ- 400 מיטות)				✓		
1.2. בראש היחידה/מערך למניעת זיהומים עומד רופא מומחה במחלות זיהומיות / מיקרוביולוג קליני שקיבל מינוי רשמי ממנהל המוסד הרפואי	1.2. יש לוודא שבראש היחידה/מערך למניעת זיהומים עומד רופא מומחה במחלות זיהומיות / מיקרוביולוג קליני שקיבל מינוי רשמי ממנהל המוסד הרפואי				✓		
1.4. אחיות מניעת זיהומים המועסקות במוסד הרפואי : אחות לכל 200 מאושפזים	1.4. באחריות בית החולים לאייש את היחידה למניעת זיהומים על פי התקנים הנדרשים מחוזר חטיבת רפואה בקרה ומניעת זיהומים במוסדות רפואיים ומניעת עמידות לאנטיביוטיקה 9/2013					✓	
1.5. אחות אחראית היחידה/מערך למניעת זיהומים בוגרת קורס על בסיסי במניעת זיהומים	1.5. באחריות בית החולים לדאוג כי אחיות המערך יוכשרו בקורס על בסיסי למניעת זיהומים כפי שנדרש מחוזר חטיבת הרפואה בנושא בקרה ומניעת זיהומים במוסדות רפואיים ומניעת עמידות לאנטיביוטיקה מס' 9/2013	האחות האחראית על תחום מניעת הזיהומים רשומה לקורס העל-בסיסי במניעת זיהומים לשנת הלימודים 2019				✓	
פרק 7 – שמירה על כללי בידוד							

7.3. קיימת הקצאת צוות מטפל יעודי	7.3. באחריות בית החולים לדאוג להקצאת צוות יעודי לחולה בבידוד עבור כל סוגי המחוללים המצריכים בידוד כפי שנרש מחוזרי חטיבת הרפואה הנחיות למניעת התפשטות CLOSTRIDIUM DIFFICILLE במוסדות רפואיים 23/2014 וחוזר בקרה ומניעת זיהומים במוסדות רפואיים ומניעת עמידות לאנטיביוטיקה 9/2012	**יש צוות יעודי לחולים בבידוד עם CPE על פי נהלי משרד הבריאות. במקרה של שני חולים ומעלה (ביחידת קיבוץ) או כאשר ישנו חולה בודד המצריך סיעוד מורכב במיוחד (לדוגמא חולה מונשם).**			✓		
פרק 8 – ניקוי חיטוי ציוד ואביזרים							
8.10. מזרונים ,כריות ,אלונקות וכורסאות טיפול מצופים בניילון שלם	8.10. באחריות בית החולים לדאוג שמזרונים, כריות, אלונקות וכורסאות טיפול יהיו מצופים בניילון שלם על פי הנחיות חזור חטיבת רפואה בנושא ניקוי וחיטוי במוסדות רפואיים 12.2006	**מבוצע על פי ההנחיות**			✓		
8.14. וילונות הפרדה מוחלפים בין חולה לחולה ולפחות פעם בשבוע	8.14. באחריות בית החולים לדאוג להחלפת וילונות בתידורת הנדרשת על פי חוזר חטיבת הרפואה בדבר ניקוי וחיטוי מוסדות רפואיים 12/2006	מבוצע על פי ההנחיות			✓		
החייאה							
פרק 4 – השתלמויות							
4.5. קיים רישום בו מתועדים תאריכי ביצוע ההשתלמויות והריענונים.	4.5. ביצוע רישום תקין ומעקב אחרי ההשתלמויות המבוצעות	**ההערה לא ברורה. מבוצע רישום ומעקב ברמה פרטנית המנוהל על ידי מנהלת ההדרכה והפיתוח הארגוני במשאבי אנוש וחשוף ליו"ר ועדת ההחייאה**				✓	
בריאות הסביבה							

פרק 1 - מים ומערכות מים לצריכה סניטרית							
1.6. הפרדת מערכות אספקת מים	1.6. יש לוודא כי מתקני דילול דטרגנטים מאושרים ונותנים מענה מספק לנושא הגנה מפני זרימה חוזרת.	טופל - הותקנו מז"חים חסרים		✓			
1.6. הפרדת מערכות אספקת מים	1.6. יש להגיש דו"חות התקנת שוברי ואקום טעון קפיץ על גלגלונים	בוצע		✓			
1.7. אביזרי מערכת מי השתייה	1.7. יש לבדוק התאמת ברזי חמת לתקן 5452 ולהגיש אישורים בהתאם	מצורפת טבלת בדיקה והתקן הנדרש	✓				
1.12. מגדלי הקירור, מזרקות ומתקנים אחרים מוזנים מרשת מי השתייה	1.12. יש לכתוב נוהל בהתאם להנחיות לפיקוח על מוסדות רפואיים - פרק המים 2012 והנחיות למניעת התרבות חיידקי לגיונלה במערכות מים פבר' 2011	בוצע	✓				
פרק 3 -איסוף ופינוי פסולת							
3.1. איסוף הפסולת במחלקה ויחידות אחרות	3.1. יש להציב מיכל אגירת פסולת רגילה מחלקתית בחדר נפרד ייעודי התואם לדרישות משרדנו.	**ההנחיה לא ברורה. קיים חדר אשפה קומתי לפינוי הפסולת מהמחלקות**		✓			
פרק 4 - טיפול בכביסה							
4.2. קיים חדר לריכוז כביסה מלוכלכת מחלקתית	4.2. יש למצוא פתרון לחוסר בחדרי כביסה מלוכלכת בכל מחלקה ומחלקה (לא קיים בכל המחלקות).	**קיים פתרון: במחלקות שאין חדר כביסה מלוכלכת יש הנחיה ברורה למסלול פינוי הכביסה בצורה תקנית לפיר ייעודי**			✓		
פרק 5 - מטבח מרכזי ומטבחון חלוקה							
5.1. עבודת המטבח	5.1. יש להגיש למשרדנו בקשה לאישור שיטת הבשול. יש לחבר יחידות בלאסט צ'ילר לאגירת נתונים ממוחשבת	הבלאסט מחובר. בקשה לאישור שיטת הבישול - בטיפול	✓				
5.4. אחסון בקירור	5.4. יש להתקין מסך אוויר במקפיא.	**טופל - המסך הותקן**	✓				

5.11. הגשת המזון בחדר אוכל עובדים	5.11. יש לדאוג שאמצעי חימום וקרור מזון מוגש יעמדו בדרישות משרדנו. בעת הביקורת נמדדו טמפ' נוגדות לדרישותינו		נעשית בקרת טמפ' ברמה היומית של המזונות המוגש בחדר אוכל. הטמפ' עומדות בדרישות			✓	
5.15. הובלה וקבלת מזון במחלקות	5.15. יש לבדוק טמפ' מזון לפני יציאה למחלקה ובמחלקה עצמה בתדירות יומית בכל המחלקות		ההנחיה מבוצעת כנדרש			✓	
5.16. חדר האוכל והמטבחון במחלקות	5.16. יש להסדיר נושא ניהול יומן מדידות (מזון לפני הגשה, מיזוג אוויר וטמפ' אוויר)		ההנחיה מבוצעת כנדרש	✓			
פרק 6 - מניעת זיהומים ושמירה על היגיינה							
6.1. קיימת הפרדה בין אזורים מזוהמים ונקיים	6.1. יש להציג פתרון לנושא סמיכות חדר כביסה וחדר פסולת במקומות הנדרשים.		נעשתה בדיקה ,והצוותים במחלקות הונחו בפינוי כביסה ואשפה ישירות לחדר אשפה קומתי הסמוך למחלקות .חדר אשפה זה מרכז בשני פירים נפרדים כביסה ואשפה, חדר זה נחשב כמובן מזוהם.כך שברוב המחלקות השונות האשפה/כביסה מפונה ישירות מהמחלקה עם המלא אוגר/שקית 3/4 מנפחה. וכל זאת ע"פ הנחיות משהב"ר .דבר זה מונע כל הצטלבות זיהומית. נדגיש שהחדר נשמר סגור כל הזמן ורק לצוות יש גישה אליו. כולל בקרת כניסה			✓	

גריאטריה

פרק 2 - הגריאטריה ברמת כלל בי"ח							
2.7. קיים ומיושם תהליך העשרת ידע של הרופאים בתחום גריאטריה, פעילות מחקרית, והשתלמויות ברמת בית חולים	2.7. יש להרחיב השתתפות גריאטרית בימי עיון של בית החולים		מבוצע			✓	
פרק 3 - מחלקה לרפואה דחופה							
3.1. קיימת פעילות קבועה של גריאטר בחדרי מיון (מלר"ד)	3.1. יש לשקול תקן יועץ גריאטרי קבוע במיון						✓

פרק 5 -חולים גריאטרים במחלקה פנימית							
5.14. תיעוד שיחה על העדפות בסוף החיים או קיום יפוי כח משולב או אפוטרופוס	5.14. יש לתעד שיחות על העדפות בסוף החיים באופן מלא בכל התיקים	טופל		✓			
פרק 6 - חולים גריאטרים במחלקה אורטופדית							
6.3. קיים תיעוד מצב הקוגניטיבי והתפקודי של המטופל לפני האשפוז	6.3. יש לבצע הערכה קוגניטיבית ותפקודית לכל המטופלים בני 75 ומעלה	**נקבעו קריטריונים בהנחית גריאטרית בית החולים והוטמעו בקרב כלל המטפלים לאיתור ומיון אוכלוסיה בסיכון**		✓			
6.4. ביצוע ותיעוד הערכה תפקודית וקוגניטיבית עדכנית לקראת שחרורו של החולה	6.4. יש לבצע הערכה קוגניטיבית ותפקודית לקראת שחרור לכל המטופליםבני 75 ומעלה	**נקבעו קריטריונים בהנחית גריאטרית בית החולים והוטמעו בקרב כלל המטפלים לאיתור ומיון אוכלוסיה בסיכון**		✓			
רוקחות							
פרק 1 – ניהול בית המרקחת							
1.41. הובלה תקינה של תרופות למחלקות	1.41. יש לצייד את המארזים באוגרים	**טופל, נרכשו מארזים ואלידיים**			✓		
פרק 2 – תשתיות							
2.13. סימון סטאטוס החומרים (המתנה/מאושר לשימוש)	2.13. יש לאחסן את המינונים השונים של אותו תכשיר באופן מבודל	**טופל. קימת הפרדה באחסון**		✓			
2.14. אחסון מבודל, הפרדה בין מינונים	2.14. יש לשים לב להפרדת מינונים של אותו תכשיר, במגירות שונות או באותה מגירה עם תכשיר מפריד אחד לפחות. יש לאחסן תכשירים על פי הוראות היצרן: להעמיד תכשירים שנדרשים להיות במצב אנכי.	**טופל, מינונים של אותו תכשיר הופרדו. כמו כן האחסון מבוצע על פי הוראות היצרן כולל מנח התכשיר**			✓		
פרק 4 – רקיחה							

4.1.3. שטיפה וניקיון מבוצעת עם חומרים מתאימים ועל ידי עובד שהוסמך לכך (ע"פ סעיף 3.6.6)	4.1.3. יש לתעד את ההדרכה	**הוכן טופס הדרכה לעובד ניקיון המפרט את סעיפי ההדרכה**			✓		
4.1.4. עובדי ניקיון ותחזוקה עברו הדרכה מתאימה טרם כניסתם למעבדה ונמצאים בפיקוח של הרוקח (ע"פ סעיף 3.6.7)	4.1.4. יש לתעד את ההדרכות ולא ניתן להסתמך על הדרכות לא מתועדות	**כל ההדרכות מתועדות בטופס הכשרת עובד מעבדה ויומן הכשרה**		✓			
4.3.2. ציוד מדידה, שקילה ובקרה יהיה בדיוק המתאים והוא יכויל וייבדק לפחות פעם בשנה	4.3.2. ביצוע אימות דיוק על באמצעות משקולות מכוילות	**נרכש סט של משקולות מכויילות. נפתח יומני בדיקת דיוק שקילה. קיימת התייחסות בנוהל פנימי.**			✓		

4.5.2. הכנת מסמך אב עפ"י אחת הפרמקופיאות או ספרות מקצועית כולל הוראות מפורטות לביצוע ההכנה ואריזתה (ע"פ סעיף 3.9.3)	4.5.2. ,יש להוסיף למסטר פורמולה מאזן חומרים פעילים במקרים בהם לא מתבצעת שקילה. יש להבנות את הטופס לאפשרות למספר ריכוזים או להכין טופס ייעודי לכל ריכוז . יש למדוד מדידה מדוייקת של תמיסת החומר הפעיל היות ומקור תמיסת החומר הפעיל הוא מפתיחת אמפולות להזרקה היות וקיים אי דיוק הנובע מ over fill אין עדות למדידת נפח תמיסה. יש להשתמש באמפולות בעלות הנפח המקסימלי להקטנת הסיכוי לטעות עקב פתיחה מרובה של אמפולות .קיימות אמפולות בנפחים גדולים יותר לא ברור מדוע משתמשים בנפח הקטן ביותר דבר המעלה את הסיכון לשגיאה יש להוסיף למסטר פורמולה אופציה להכנת נפחים נוספים מעבר לנפח הבסיסי של 100 מ"ל	**למסמך האב הוספה טבלת מאזן חומרים פעילים אשר מקורם במוצר המוגמר. מטעמי יציבות ההכנה הוחלט לעבוד עם אמפולות מרוכזות ביותר (על בסיס ספרות מצורפת) על מנת להוריד יחס סירופ/מים. הוספה טבלה של אופציות להכנת נפחים שונים. במסטר פורמולה יש התייחסות לציוד ההכנה שכולל כלי מדידת נפח מדויק ולא התבססות על מספר האמפולות בהכנה להמנעות מצורך התחשבות ב-OVER FILL**	✓				
4.5.2. הכנת מסמך אב עפ"י אחת הפרמקופיאות או ספרות מקצועית כולל הוראות מפורטות לביצוע ההכנה ואריזתה (ע"פ סעיף 3.9.3)	4.5.2. יש להוסיף במסמך האב תאריך תוקף ומספר מהדורה של המסמך	**בוצע. הוסף למסמך האב.**	✓				

4.5.9. קיימות הוראות שקילה (ע"פ סעיף 3.9.3.8)	4.5.9. יש להכין הוראות שקילה לרבות הוראה לביצוע אימות דיוק באמצעות משקולות מכויילות. יש לבצע מאזן חומרים פעילים במקרים בהם אין שקילת חומר פעיל אלא הוספת יחידות תכשיר קיים כגון אמפולות או	**בוצע**	✓				
4.6.9. הוראות לבדיקות בתהליך עם גבולות קבלה במידה וישים	4.6.9. יש להוסיף במקרים הנדרשים הוראות לבבדיקה בתהליך ולרכוש בהתאם ציוד בדיקה מתאים (כגון בדיקת pH)	**בוצע. למסמך האב הוסף פרמטר של מדידת PH ונבדק תוקף נייר ה-PH עם היצרן.**		✓			
4.8.3. קיימת בדיקת הכנה ותיעוד הפרמטרים: שקילה, תקינות ערבוב, צלילות, ריח, צבע, מרקם, PH בעת העובר	4.8.3. יש להוסיף (במקרים הרלוונטיים) בדיקת pH באמצעי מכוייל (נייר pH מכוייל או מד pH לאחר כיול עם בופרים מתאימים)	**בוצע. למסמך האב הוסף פרמטר של מדידת PH. התקבלה תעודת אנליזה של יצרן נייר PH עם מספר אצווה ותוקף.**		✓			
4.9.3. בהעדר רוקח משחרר, הרוקח האחראי יבטיח חלופה מספקת ויכתוב נוהל פנימי המבטיח איכות נרגיעים	4.9.3. יש להכין נוהל לשחרור עבור הכנות בתורנות בסופ"ש	**נכתב סעיף בנוהל הכנות רוקחיות גלניות (נוהל פנימי).**	✓				
4.11.3. קיים נוהל פנימי להחזרת תכשירים פגומים מהמטופל	4.11.3. יש להכין נוהל בהתאם	בטיפול		✓			
4.18.1. קיימים נהלים רלבנטיים	4.18.1. יש להשלים נהלים חסרים	בטיפול		✓			
4.6.13. קיים תיעוד שם המטופל, ת.ז, גיל.	4.6.13. יש לצרף מדבקת חולה על גבי המרשם	**טופל**	✓				

4.6.25. ניצולת של הכנה רוקחית מוגמרת	4.6.25. יש להוסיף לטופס ההכנה סעיף המתיחס לניצולת ההכנה	**בוצע**	✓				
4.6.36. השמדת חומרי מוצא בהתאם לנוהל השמדות כולל תיעוד ההשמדה	4.6.36. יש להכין נוהל השמדות כולל מסמך לתיעוד ביצוע השמדה	בטיפול - כתיבת נוהל השמדות			✓		
4.6.43. בהעדר בודק שני הרוקח האחראי יבטיח חלופה מספקת ויכתוב נוהל פנימי המבטיח איכות ובטיחות	4.6.43. יש להכין נוהל לבודק שני במקרה של צורך בהכנה בשעת הכוננות , בהתאם להנחית נוהל 132	**טופל. הוסף לנוהל**			✓		
4.7.10. בפרטי התווית: שם המטופל	4.7.10. יש להוסיף שם מטופל בתוית הכנה המונפקת עבור חולה פרטני	**בוצע**	✓				
4.7.13. בפרטי התווית: הוראות שימוש	4.7.13. יש להוסיף בתוית הכנה המונפקת עבור חולה פרטני הוראות שימוש	**בוצע**	✓				
4.7.14. בפרטי התווית: שם הרופא	4.7.14. יש להוסיף לתוית הכנה המונפקת לחולה פרטני את שם הרופא	**בוצע**	✓				
4.7.15. חומרי אריזה ישנים או פגי תוקף יושמדו בהתאם לנוהל השמדות והשמדתם תתועד	4.7.15. יש להכין ולהטמיע נוהל השמדות	בטיפול - כתיבת נוהל השמדות		✓			
רשומות ומידע רפואי							
פרק 1 - מצבת כוח אדם לניהול מחלקה							

1.4. מספר העוסקים בסימול מידע רפואי בעלי הכשרה מקצועית פורמלית (רשמים רפואיים מוסמכים, בוגרי קורס סימול ע"י המשרד, ו/או אחר) מודל או"ש: תקן משרה מלאה לכל 10,000 שחרורים בשנה (ע"פ חוזר מנהל רפואה 14/2012)	1.4. יש לוודא שמספר העוסקים בסימול מידע רפואי בעלי הכשרה מקצועית פורמלית (רשמים רפואיים מוסמכים, בוגרי קורס סימול ע"י המשרד, ו/או אחר) יתאים למודל או"ש: תקן משרה מלאה לכל 10,000 שחרורים בשנה (ע"פ חוזר מנהל רפואה 14/2012)	יציאת 3 עובדות של המחלקה לקורס של משרד הבריאות בתאריך 25.11.18 (ממתינים לתוצאות של מבחן הכניסה)				✓	
פרק 5 - סימול מידע רפואי							
5.7. ישנה הלימה בין תוכן מכתב השחרור לסימול המידע הרפואי המתבצע ע"י הרשמת רפואית	5.7. יש לתעדף ולקדם מעקב אחר תשובות פתולוגיות לסיכום השחרור ועדכונו בהתאם.	בתוכנית עבודה של שנת 2019			✓		
פרק 8 - דיווח סימול מידע רפואי למשרד							
8.3. קיימת התאמה בין דו"ח המעבדה לקידוד במערכת של רישום תיעוד ודיווח מחלות זיהומיות המחייבות הודעה ברשומת מטופל. (פקודת בריאות העם 1940- סעיף 12, דו"ח מעבדת זיהומים בביה"ח, בדיקה אקראית של 5 רשומות רפואיות עם ממצא חיובי)	8.3. יש לתעדף ולקדם ממשק ממצאי מעבדה לרשומת המטופל.	בתוכנית עבודה של שנת 2019			✓		
תזונה ומזון- מחלקה לתזונה							
פרק 1 - סל מזון							

1.9. מנה צמחונית מגוונת מוגשת בכל יום	1.9. יש להגיש מנה צמחונית מגוונת ממגוון קיטניות בנוסף לסויה.	**טופל**			✓		
1.13. נבדקים הרכב וניתוח תזונתי של כל המנות ממקור חוץ (לדוגמא גלאט כשר)	1.13. יש לבדוק הרכב וניתוח תזונתי גם למנות הגלאט כשר	בטיפול			✓		
1.14. כמות הנתרן בתפריט היומי לא תעלה על 2400 מ"ג	1.14. בחלק מהתפריטים יש להתאים את כמות הנתרן לדרישות בסל מזון	בוצע			✓		
1.15. כמות הנתרן בתפריט דל מלח לא תעלה על 2000 מ"ג ליום	1.15. יש להתאים את כמות הנתרן בתפריט הדל נתרן לדרישות בסל מזון	בוצע			✓		
1.20. בתפריט 7-10% חומצות שומן רוויות מסך הקלוריות	1.20. יש להתאים את רמות השומן הרווי בתפריט לדרישות הסל	**הערה שגויה - רמות השומן הרווי בתפריט שנשלח לפני הבקרה עומדות על 8% בממוצע**			✓		
פרק 3 – שירותי תזונה ייעודיים – עבודת							
3.1. שרותי הדיאטה פועלים בתחומי איתור חולים הנדרשים לייעוץ תזונתי- (קיימת מערכת איתור)	3.1. יש לבנות מערכת איתור ממוחשבת יעודית לאיתור מאושפזים בסיכון תזונתי ושנדרש עבורם טיפול של דיאטניות	בטיפול			✓		
תזונה ומזון - הנהלה							
פרק 2 – מיחשוב							
2.1. רשומת התזונה ממוחשבת, כולל ממשק למטבח ולתוכנת צמרת.	2.1. יש להוסיף ממשק ממוחשב בין הרשומה הרפואית במחלקות לבין המטבח , על מנת שיהיה רצף טיפולי והגשת מזון בהתאם להנחיות הרפואיות ותזונתיות ברשומה הרפואית עבור כל מאושפז	בטיפול			✓		

2.2. קיימות עקומות גדילה ממוחשבות של ה WHO	2.2. יש להוסיף לרשומה הרפואית את עקומות ה WHO עפ"י דרישות חוזר ראש שרותי בריה"צ נובמבר 2011	בטיפול			✓		
פרק 3 – סל מזון							
3.3. קיימים כלי הגשה אסטטיים, רב שימושיים ומתאימים להגשת מזון קר וחם	3.3. יש לחלק את כל פריטי המזון בארוחה בכלים המתאימים לכך	טופל - נרכשו כלים מתאימים	✓				
פרק 6 – ממכר מזון בריא							
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	6.1. יש לדאוג לפריטי מזון שאינם מכילים כמויות גבוהות של נתרן או סוכר	בטיפול			✓		
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	6.2. יש ליישם את חוזר מינהל רפואה מס' 8/2014 במלואו, בכל אתרי ממכר המזון והשתייה בבית החולים	בטיפול			✓		
עבודה סוציאלית							
פרק 1 - תשתיות ארגוניות - מבנה, כפיפות							

1.4. יחס משרות מדריך תואם למספר משרות עו"ס (משרת מדריך על כל שש משרות עו"ס)	1.4. יש להסדיר את חידוש ההדרכה הקלינית לעובדים	**מתחילים בינואר 2019 הדרכה קלינית עם מנחה נעמי רייכמן**	✓				
פרק 4 - תשתיות ארגוניות - סביבת עבודה							
4.4. הוקצו שירותי מזכירות לעבודת המחלקה	4.4. יש להעמיד לרשות המחלקה מזכירה זמינה				✓		
פרק 7 - סטנדרטים בניהול המחלקה - פיתוח							
7.4. עדכון ידע וביצוע מחקרים	7.4. חשוב לבנות ולפתח גוף ידע המגדיר את ייחודיות העיסוק בבית החולים ומיטיב את איכות ההתערבות עם המטופלים ומשפחותיהם	**השרות הסוציאלי הינה יחידה מובנית עם שגרת ניהול פנימית, כולל גוף ידע ייחודי**					✓
פרק 8 - סטנדרטים בניהול המחלקה - הבטחת							
8.2. נתוני פעילות ברמת העובד מתועדים ומנותחים	8.2. יש לבנות תשתית מחשובית לפילוח נתוני הפעילות של העו"ס על פי תחומי ההתערבות, לשם התייעלות, פריסת שירותים ובניית תכנית עבודה					✓	
8.3. נתוני פעילות ברמת המחלקה מתועדים ומנותחים	8.3. יש לבנות תשתית מחשובית לפילוח נתוני הפעילות של העו"ס על פי תחומי ההתערבות, לשם התייעלות, פריסת שירותים ובניית תכנית עבודה					✓	
8.4. סיכום שנתי ברמת המחלקה מוגש להנהלת ביה"ח	8.4. לאחר איסוף נתוני הפעילות יש להעבירם להנהלת בית החולים לשם פיתוח ופריסה של שירותים ובניית תכנית עבודה					✓	
פרק 11 - סטנדרטים הממוקדים בחולה							

11.2. התערבות עם נפגעי אלמ"ב כוללת: קריאה לעו"ס, אישור עו"ס לשחרור, ד. למשטרה ד. לפק"ס במקרה של חסר ישע	11.2. יש ליידע את האישה נפגעת האלימות על השירותים הקיימים בקהילה, גם באמצעות הכנת דף מידע מוכן מראש	דף מידע נמצא בכתיבה	✓					
פרק 12 - סטנדרטים המוקדים בחולה								
12.1. רשומת עו"ס בתיק החולה	12.1. יש להקפיד לתעד כל פעילות שנעשית על ידי העו"ס ברשומה הרפואית	טופל	✓					
12.3. רישום עיקרי ההתערבות לאחר כל פגישה	12.3. יש להקפיד לתעד כל פעילות עו"ס ברשומה הרפואית	טופל	✓					
קלינאות תקשורת								
פרק 1 - המשאב האנושי/פריסת השירות								
1.3. קיים כיסוי כוננויות למקרים דחופים בסופי שבוע	1.3. אין כוננויות למחלקות האשפוז אלא רק עבור סיקור שמיעה בילדים. חשוב כי הכוננויות יאפשרו מתן שירות גם למחלקות האשפוז בתחום בדיקות השמיעה והבליעה.	**טופל. קיימת כוננות בכל יום.**				✓		
פרק 2 - זמינות ונגישות השירות								
2.1. משך זמן המתנה לבדיקת שמיעה ילד (בממוצע)	2.1. קיימת זמינות נמוכה לבדיקות שמיעה לילדים . מדיווח מנהלת השירות במהלך הבקרה קיים צפי להעלאת תקנים ושיפור בזמינות הבדיקות בעתיד הקרוב	**טופל - כיום זמן ההמתנה הוא 35 יום (ולא 5 חודשים כפי שהיה בעת הבקרה).**				✓		

2.2. משך זמן המתנה מקסימלי לבדיקת ABR ילד עם סדציה	2.2. בזמן הבקרה לא מתקיימות בדיקות ABR עם סדציה. העדר שירות זה עלול לעכב טיפול ושיקום בילדים הזקוקים לכך. מנהלת השירות ציינה כי לאחר מתן אישורים מתאימים יתאפשר מתן שירות זה בממוצע של 4 בדיקות בחודש.	**טופל. פתחנו את השירות בחודש ספטמבר והחל מנובמבר יתקיים יום לבדיקות ABR בסדציה אחת לשבוע.**				✓	
2.3. משך זמן המתנה מקסימלי לבדיקת ABR ילד בלי סדציה	2.3. משך זמן ההמתנה לבדיקת ABR הוא 5 שבועות. יש להמשיך ולפעול לשיפור הזמינות.	**משך ההמתנה היה מאז ומתמיד שבועיים לכל**				✓	
2.10. זמינות השירות מותאמת לאוכלוסיית המטופלים באופן מלא	2.10. יש לשפר את זמינות השירות בתחום בדיקות השמיעה לילדים ובדיקות ABR.	**טופל**				✓	
פרק 3 - סביבה טיפולית							
3.1. קיימים חדרי טיפול ייעודיים לטיפול פרטני בהפרעות שפה ודיבור	3.1. חשוב להרחיב את שירותי המכון גם לתחום אימוני השמיעה,הקול, השפה והתקשורת. העדר תשתית פיזית לכך לא תאפשר פיתוח שירותים אלו.	**לפני כשבועיים נפתח שירות טיפולי קול ובליעה.**					✓
פרק 4 - כלים וציוד							
4.1. קיימים כלי הערכה לאבחון בשפה ודיבור	4.1. ייעוצי קלינאי התקשורת במחלקות בית החולים צריכים לכלול התייחסות לכל תחומי המקצוע. לשם כך יש צורך בכלי הערכה לאבחון שפה ודיבור בנוסף לכלי ההערכה בתחום האכילה והבליעה.					✓	

4.2. קיימים אבחונים פנימיים מקוריים	4.2. לא קיימים אבחונים פנימיים בתחומי הקול, השפה, הדיבור והתקשורת. יש צורך להטמיע שימוש בכלי הערכה סטנדרטיים, פנימיים עבור תחומים אלו.					✓	
פרק 5 - רישום תיעוד ודיווח							
5.4. קיימים מטרות הטיפול ותכנית הטיפול	5.4. בתיעוד הייעוצים במחלקות לא מצוינות מטרות הטיפול ותכנית ההתערבות. יש להקפיד על קביעת מטרות ותכנית טיפול (כולל תדירות טיפול) בהתאם לממצאי הבדיקה הייחודיים למטופל.	**בבית החולים לא מבצעים טיפולי שפה/דיבור וקול במסגרת האשפוז אלא הערכות בלבד (מלבד תחום הבליעה). בתחום הבליעה - טופל.**			✓		
5.7. קיים דוח סיום טיפול / שחרור כולל המלצות	5.7. בבדיקה ממדגמית, של הרשומה הרפואית במחלקות בית החולים, לרוב לא מופיעות המלצות לשחרור. יש להקפיד על מתן המלצות אלו ועל תיעודן במכתב השחרור.	טופל			✓		
פרק 9 - רצף טיפול							
9.4. המלצות קלינאי התקשורת קיימות במכתב השחרור	9.4. יש להקפיד על רישום המלצות קלינאי התקשורת במכתב השחרור בכדי לאפשר רצף טיפולי במעבר המטופל מבית החולים למסגרת הרפואית אליה מגיע.	טופל				✓	
ריפוי בעיסוק							
פרק 2 – זמינות השרות							

2.2. קיימת רשימת התוויות לריפוי בעיסוק	2.2. יש לקבוע רשימת התוויות לריפוי בעיסוק ברורה ומכרת לידיעת המטפלים לצורך הפניות לשירות	ישנן התוויות למחלקות האשפוז ולמטופלים האמבולטוריים שהוכנו עם הקמת השירות.			✓		
פסיכולוגיה							
פרק 1 - היקפי השירות							
1.1. קיים כיסוי בהסדר קבוע בכל מחלקות האשפוז	1.1. יש לדאוג לכיסוי שרות פסיכולוגי במחלקות אשפוז נוספות עם דגש על : נשים, פגיה, קרדיולוגיה ומחלקות הילדים.	מבוצע על פי תכנית להשלמת השירות הפסיכולוגי בבית החולים				✓	
1.2. קיים כיסוי בהסדר קבוע בכל המרפאות והמכונים	1.2. יש לדאוג לשרות פסיכולוגי במרפאות נוספות , עם קדימות ל מכון בריאות האשה, מכון הלב ומרפאות הילדים						✓
1.3. קיימים שירותי ליאזון פסיכולוגיים קבועים במחלקות	1.3. יש לדאוג לכך שבמחלקות אשר אין בהם שרות פסיכולוגי קבוע תהיה אפשרות לשרותי התייעצות קבועים (על ידי פסיכולוג קבוע המכיר את המחלקה).						✓
1.4. קיימים שירותי ליאזון פסיכולוגיים על פי הצורך במחלקות	1.4. יש לדאוג להיקף שירות שייאפשר התייעצויות גם במחלקות בהם אין שרות קבוע						✓
1.6. השירות הפסיכולוגי מאורגן היטב	1.6. יש לוודא קיומם של תנאים שיאפשרו את התפתחות השרות הפסיכולוגי בבית החולים					✓	
פרק 2 - תשתיות							
2.5. קיים חלון בחדר הטיפול	2.5. יש לשאוף לחדרי טיפול פסיכולגי עם חלונות .						✓
פרק 3 - משכי המתנה לטיפול							

3.3. זמן המתנה ממוצע של חולה דחוף לטיפול פסיכולוגי	3.3. הרחבת הזמינות של השרות הפסיכולוגי לכלל המחלקות באופן שיאפשר מענה מהיר לחולים דחופים הזקוקים להתערבות וטיפול פסיכולוגיים.					✓
פרק 4 - מסגרות איבחון וסוגי טיפול						
4.12. אבחון והערכה קלינית	4.12. יש להכניס למערכת אפשרות למתן שרות של איבחון והערכה פסיכודיאגנוסטית, על מנת לאפשר הערכה אישיותית ורגשית מקיפה במקרי הצורך					✓
4.13. אבחון והערכה שיקומית	4.13. יש לאפשר הכנסת שרות של אבחונים והערכות פסיכולוגיים שיקומיים ונוירופסיכולוגיים במקרי הצורך.					✓
4.14. אבחון והערכה התפתחותית	4.14. יש לאפשר מתן שרות של איבחנים או הערכות התפתחותיות לילדים במקרי הצורך.					✓
פרק 5 - איכות הרשומה						
5.7. תיעוד אבחנה	5.7. במקרים בהם נדרש טיפול פסיכולוגי רפואי בהקשר של מחלה פיסית, יש לוודא התאמת האבחנה. אין לתת באופן אוטומטי אבחנות פסיכיאטריות (כגון הפרעת הסתגלות), אלא להשתמש באבחנה של המחלה הפיסית ובמידת הצורך להתאים פירוט נוסף מפרק Z .			✓		
פרק 6 - פיתוח מקצועי						

6.2. מתקיימות השתלמויות חיצוניות	6.2. יש לדאוג לשמירה על כשירות מקצועית על ידי השתלמויות תקופתיות רלבנטיות .						✓
6.2. מתקיימות השתלמויות חיצוניות	6.2. עם הגדלת צוות הפסיכולוגים בבית החולים יש לבנות ולעודד למידה והתחדשות מקצועית גם על ידי השתלמויות חיצוניות						✓
6.3. מתקיימות השתלמויות פנימיות	6.3. יש לדאוג לשמירת הרמה , התפתחות מקצועית ו התעדכנות הידע המקצועי של צוות הפסיכולוגים גם על ידי השתלמויות פנימיות .						✓
6.8. מתבצעות בקרות רשומה מתועדות למטפלים	6.8. יש לתעד את הבקרות השגרתיות על הרשומה הרפואית/פסיכולוגית.						✓
6.8. מתבצעות בקרות רשומה מתועדות למטפלים	6.8. יש צורך ליצור נוהל מובנה לביקורת מתועדת של הרשומה של כל מטפל אחת לתקופה קצובה.					✓	
ניקוי וחיטוי מכשירים אנדוסקופים -							
פרק 1 - ניקוי וחיטוי סקופים החודרים לחללי							
1.5. הסקופ מועבר בנתיב בטיחותי שאינו מהווה סיכון זיהומי למטפלים	1.5. יש להעביר את המכשירים במסדרון ייעודי או במסלול ללא מגע עם מטופלים ע"פ נוהל 50/2013.	**האנדוסקופים של חדר ניתוח מועברים במסלול ללא מגע עם המטופלים דרך מסדרון ה"מלוכלך"(הייעודי להעברת ציוד המשומש) -- הסקופים של מרפאות לאחר השימוש משונעים לאס"ם בכלי סגור בתוך ארון או עגלה .**				✓	
דיאליזה							
פרק 2 - פיתוח מקצועי							

2.2. קיימים דיווחים על יציאת אחים/יות להשתלמויות/ימי עיון/לימודים מחוץ לביה"ח / מרפאה (לפחות 2 ימי עיון בשנה לעובד)	2.2. יש לשלוח את הצוות לימי עיון וכנסים בנוסף להשתלמויות הפנים שהן משתתפות		קיימת תוכנית השתתפות של אנשי צוות בימי עיון וכנסים על פי רשימה של עמותת אחים ואחיות נפרולוגים בישראל.			✓	
2.3. מועסק/ת מדריכ/ה קליני/ת מורשה/ית במרפאה	2.3. יש לדאוג לצרף את אחת האחיות להשתלמות מדריכה קלינית , על מנת שהמקום ישמש שדה קליני לסטודנטים בסיעוד, ואחיות בהשתלמות מוכרת נפרולוגיה		אחות דיאליזה מסיימת קורס על בסיסי להדרכה קלינית. מבחן ממשלתי 26.12.2018			✓	
פרק 5– רשומות							
5.2. קיים ממשק תיק חולה למכונת הדיאליזה	5.2. יש לדאוג לממשק מכונת הדיאליזה לרשומה הממוחשבת		בטיפול				✓
5.29. נמצאו ברשומה דיווחים על אחוז מטופלים בדיאליזה ציפקית ביחס למספר המטופלים במרפאה	5.29. יש להציע לכל מטופל את האלטרנטיביות בטיפול בדיאליזה,	✓	במכון קיימת אופציה לטיפול בדיאליזה פריטוניאלית והמודיאליזה. כל מטופל חדש מקבל הדרכה לגבי שתי אלטרנטיבות הנ"ל.				
פרק 6 – חיסונים							
6.3. קיים תיעוד על המטופלים שמסרבים לקבלת החיסון	6.3. יש להחתים את המטופלים המסרבים לחיסון שפעת/ריאות.		ישנו טופס סירוב לחיסון שפעת / דלקת ריאות. מטופלים מסרבי חיסון מתבקשים לחתום עליו.			✓	
פרק 12 – חדר המים							
12.2. המצאות משאבת כלור לפני המרכך	12.2. יש לשים מד כלור בכניסה לחדר המים על מנת לוודא את תקינות הכלור במים המגיעים מהמאגר המים של בית החולים.		החזמן מד כלור	✓			
פרק 13 – מדדי איכות							

13.6. % מטופלים עם צנתר מרכזי חיצוני	13.6. יש לנסות לאתר במרפאה פרדיאליזה,/נפרולוגית מטופלים באי ספיקה סופנית ולהכינם עם פיסטולה קדם דיאליזה	התהליך קיים: מטופלים ממרפאה פרה דיאליטית מופנים לכירורג כלי דם לביצוע הכנה של אקסס לדיאליזה.				✓	
מערך המכשור הרפואי							
פרק 1 – תחום הניהול							
1.1.2. קיימת תוכנת אחזקה הכוללת תיק שירות לכל מכשיר	1.1.2. יש ליצור ממשק בין הרישום הלוגיסטי של ציוד בית החולים לבין תכנת ה"תחזוקנית" המשמשת לאחזקת הציוד	בטיפול					✓