



**משרד
הבריאות**

עקרונות תכנון למחלקות גריאטריות: סיעודי מורכב

מהדורה ראשונה, אוקטובר 2021

הנחיות התכנון גובשו על ידי צוות רב מקצועי שלהלן:

אדריכל ניר כספי – מנהל אגף תכנון, מנהל תכנון, משרד הבריאות
גב' ויקטוריה בר לרנר – מנהלת תחום בקרת תהליך (מוסדות רפואה), מנהל תכנון, משרד הבריאות
גב' סיגל פרחי ללוש – מנהלת תחום תכנון בניה, מנהל תכנון, משרד הבריאות
אדריכלית נועה פלג, שחר הנדסה – יועצת מנהל תכנון
מר יוני זכות – מנהל תחום תכניות בנייה ופרוגרמות, מזכיר ועדת פרויקטים, מנהל תכנון, משרד הבריאות
דר' אירית לקסר – ראש האגף לגריאטריה, משרד הבריאות
גב' יעל רותם גלילי – אחראית תחום גריאטריה מחלקה ארצית לפיזיותרפיה
ד"ר מעיין כץ- סגנית מנהלת השירות הארצי לריפוי בעיסוק
גב' צפי הלל-דיאמנט - ממונה ארצית על יישום הסטנדרטים בגריאטריה
מר יוחנן סמואל -מרכז בכיר נתוני בקרה ואיכות, האגף לגריאטריה
ריכוז המידע, עיצוב ועריכה: גב' ויקטוריה בר לרנר, משרד הבריאות
תכניות לחדרי אשפוז: אדר' נועה פלג

תשרי תשפ"א – אוקטובר 2021

עקרונות תכנון למחלקות גריאטריות: סיעודי מורכב

רקע – להתייחסות צוות האגף לגריאטריה

חולים הסובלים מבעיות רפואיות מרובות ואינם יכולים להישאר בטיפולם של בני המשפחה שכן הטיפול מצריך צוות גדול, מקצועי ומיומן. מדובר בחולים הסובלים מפצעי לחץ בדרגות קשות, מבעיות נשימה או הנושמים דרך טרכוסטומיה (פיוס קנה) או BIPAP (הנשמה חוץ קנית), חולים הזקוקים לטיפול פליאטיבי וחולים במחלות חשוכות מרפא.

מטופלים מגיעים למחלקות סיעודי מורכב מבתי חולים כלליים, מבתי אבות, מבתיהם, או הועברו בתוך המרכזים הרפואיים לאחר גמילה מהנשמה, להמשך טיפול במחלתם.

מעבר של מטופל מביתו או מבית חולים למחלקה גריאטרית סיעודי מורכב – מחייב הסתגלותו למסגרת אשפוזית, בה מרבית מרכיבי סדר היום מוכתבים לכלל השוהים במחלקה, עם פעילויות שנקבעו מראש ע"י הנהלת המוסד. מצב זה יכול לגרום לעיתים לאובדן אוטונומיה, פגיעה בעצמאות ואף לפגיעה בכבודו של המטופל.

הקדמה

ההנחיות המובאות להלן מציגות דרישות מינימליות הכרחיות למחלקה סיעודי מורכב ומתייחסות לבניה חדשה.

בשיפוץ מבנה קיים יש לשמר את העקרונות המנחים ולהיצמד להנחיות ככל התנאים הפיזיים מאפשרים.

הנחיות כלליות

1. מוסד שבו מחלקה גריאטרית סיעודי מורכב ימוקם באזור שאושר לכך בתכנית בינוי ערים.
2. מחלקה גריאטרית לא תמוקם בקומת מרתף ובמפלס ללא תאורה טבעית.
3. נדרש לאפשר אוורור טבעי ותאורה טבעית בכל האזורים שמטופלים שוהים בהם.
4. פינוי מטופלים מהמחלקה ובכל הפונקציות הטיפוליות הנלוות לה נדרש להבטיח מסלול פינוי מטופל בשכיבה עם מלווה עד לרכב פינוי מחוץ למבנה.
5. באותו מבנה ו/או באותה קומה בהם ממוקמת מחלקה גריאטרית ניתן למקם יחידה רפואית או פרה רפואית אחרת.
6. אין לתכנן מעבר דרך המחלקה לפונקציות אחרות של המוסד.
7. מספר המיטות במחלקה יהיה בהתאם להוראות הרשויות המתאימות.
8. בטיחות אש ובטיחות כללית – בהתאם לרשויות המתאימות.
9. נגישות לאנשים עם מוגבלויות – תתבצע התאמה בין דרישות תקנות התכנון והבניה חלק ח'1 לבין תקנות שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות (התאמות נגישות לשירותי בריאות ולמקומות נתינתם), תשע"ו – 2016, המחמיר מבניהם.
10. כל האמור בלשון זכר מתייחס לשני המינים.

מחלקות סיעודי מורכב

קווים מנחים למבנה המחלקה:

1. בתכנון מחלקה חדשה יש להתחשב בשיטת ההפעלה המתוכננת לאותה מחלקה. ככל שהתכנון יתמוך בשיטת הפעלה מכל סוג רצוי שתשמר גמישות להתאמת המבנה לשינויי הפעלה שיתכנו בעתיד.
2. התכנון צריך לתת את המענה הטיפולי המתבקש מסוג המחלקה ויחד עם זאת לייצר ביטוי אדריכלי המדמה סביבה ביתית. יש להקפיד על תכנון ועיצוב המאפשר שונות משתלבת (גוונים שונים, טקסטורה, ריהוט וכו').
3. המחלקה על כל מרכיביה תתוכנן במפלס אחד.
4. יש לתת את הדעת למזעור תנועת הצוות במחלקה להתייעלות תפעולית ולרווחת המטופל.
5. הכניסות למחלקה יהיו עם בקרת שליטה. הכניסה הראשית, המשמשת גם כניסת משפחות, תהיה מבוקרת על ידי הצוות.
6. המחלקה תעמוד בתקנות פיקוד העורף למוסדות סיעודיים.
7. באזור ציבורי במחלקה, רצוי כחלק מחדר אוכל/חדר יום, תמצא פינת מטבחון נגישה לרווחת המטופלים והמבקרים, שתכלול מקרר, מיקרו, כיור משולב במשטח ומתקן מים חמים וקרים. פינת המטבחון תתוכנן בנוסף למטבח חימום וחלוקה מחלקתי המוגבל לאנשי הצוות בלבד, ותאפשר הכנת שתיה חמה/קרה, חימום מזון והכנת ארוחה קרה ושימוש אישי.
8. התכנון יכלול תמהיל של חדרי אשפוז למטופל אחד וחדרי אשפוז ל- 2 מטופלים.
9. יחידות חדרי אשפוז:
 - 9.1 כל חדר אשפוז יורכב מחדר אשפוז וחדר מקלחת ושירותים, כמפורט להלן,
 - 9.2 חדר אשפוז:
 - 9.2.1 רוחב חדר סה"כ לא יפחת מ- 3.5 מטר.
 - 9.2.2 החדרים יתוכננו לעד 2 מטופלים ולפחות 3 חדרים יהיו עבור מטופל אחד בלבד. (עד 24 מטופלים במחלקה אפשרי 2 חדרי אשפוז למטופל אחד). כמו כן מתוכנן חדר פליאטיבי למטופל אחד בכל מחלקה.
 - 9.2.3 כל חדר אשפוז יכלול מיטה עם גישה משלוש צדדים עבור מטופלים המורכבים ביותר לצורך מתן טיפול מותאם ע"י צוות הרפואי. רוחב הקיר לראשות מיטת המטופל לא יפחת מ- 2.6 מטר.
 - 9.2.4 כל חדר אשפוז זוגי יכלול מיטה אחת עם גישה משלוש צדדים ואת המיטה השנייה ניתן להצמיד לפינת החדר.

- 9.2.5 בחדר של 2 מטופלים, שטח עמדה נטו לכל מטופל יהיה 6 מ"ר. שטח זה ישמש כמרחב פרטי של המטופל ויכלול מיטה, ארונית אישית בצד המיטה, מקום אפשרי לכורסת מטופל.
- 9.2.6 העמדת המיטות בחדר תתוכנן כך שיתקיימו הדרישות להלן:
- 9.2.6.1.1 המרחק בין 2 מיטות סמוכות, מקבילות, לא יפחת מ- 2 מטר. יימדד מהדפנות הסמוכות.
- 9.2.6.1.2 המרחק בין 2 מיטות סמוכות, ניצבות, לא יפחת מ- 1 מטר.
- 9.2.6.1.3 מרחק בין מיטה לקיר מקביל ממול לא יפחת מ- 1.5 מטר.
- 9.2.7 יש לתכנן את החדר כך שמעבר לעמדה אחת לא יתבצע דרך עמדה אחרת, כדי להבטיח על שמירת המרחב הפרטי האוטונומי של כל מטופל.
- 9.2.8 במידה ולא ניתן חלון לכל מטופל, נדרשת גישה וצפייה לחלון שלא דרך מעבר עמדה.
- 9.2.9 בקרבת הכניסה, ימצא כיור שטיפת ידיים לצוות (רוחב 45 ס"מ ועומק 35 ס"מ) באופן שלא יפריע לתנועה בחדר.
- 9.3 חדר מקלחת ושירותים:
- 9.3.1 יתוכנן צמוד לחדר אשפוז.
- 9.3.2 כניסה לחדר תעשה מתוך חדר האשפוז.
- 9.3.3 מידות החדר וסידור הקבועות בו יאפשרו שימוש במתקנים בסיוע מלווה.
- 9.3.4 ימצא משטח לעמדה חפצים אישיים.
10. במחלקה תמצא עמדת עבודת צוות (דלפק) שתמוקם במקום מרכזי ונגיש למטופלים ולמשפחות, עם זיקה לכניסה למחלקה. עמדת עבודת צוות תהיה פתוחה לקהל.
11. צמוד לעמדת עבודת צוות ימצא חדר עבודת אחיות. החדר יהווה אזור עבודה אחורי מוגבל גישה, לצוות הסיעודי ויכלול לפחות: ארון לציוד רפואי מתכלה, כיור שטיפת ידיים, מקום להעמדה **מס' עגלות – להשלמה על ידי צוות האגף לגריאטריה** (תרופות, טיפולים, החייאה), עמדת עבודה ממוחשבת, ארון פתוח לתיקים/ ניירת (במידת הצורך) לוח קיר למודעות.
12. סמוך לחדר עבודת אחיות ימצא חדר סגור לאחסון תרופות שיכלול: מקרר תרופות עם בקרת טמפרטורה, ארון תרופות שניתן לנעילה, כיור, משטח עבודה, עמדת מחשב ומקום לעגלת תרופות.
13. לרשות המטופלים יתוכנן חלל רב תכליתי ציבורי שישמש חדר אוכל/ חדר יום/ פעילות קבוצתית.

- 13.1 התכנון יאפשר קיום פעילויות עצמאיות וקבוצתיות של מטופלים בשעות הפנאי, כגון:
- אזורי צפייה בטלוויזיה, אזורים למפגשים חברתיים, אזור אחסון נגיש למשחקי קופסה, ספרים, עיתונים, חוברות צביעה וכדומה, שולחנות משחק, פינות שקטות ועוד.
14. צמוד למחלקה יתוכנן שטח חוץ/ מרפסת עם הצללה של מעל 60%. הגישה אליו תעשה מתוך חלל ציבורי במחלקה ותהיה נגישה לכל המטופלים והמשפחות.
15. בהיבט תכנוני נדרש לחלק את המחלקה למספר חלקים עיקריים:
- אזור ציבורי הכולל את הכניסה, שטחי חדר אוכל / חדר יום.
 - אזור מגורים הכולל חדרי אשפוז.
 - שטחי הנהלה.
 - שירותים רפואיים.
 - שטחי אחסון – רפואי, משקי וכו' ברמות קרבה שונות בהתאם לצרכים.
 - שירותים משקיים.

סכמת פונקציות במחלקה סיעודי מורכב



הערה: אולם פיזיותרפיה וחדר ריפוי בעיסוק : ראה פרוגרמת שטחים

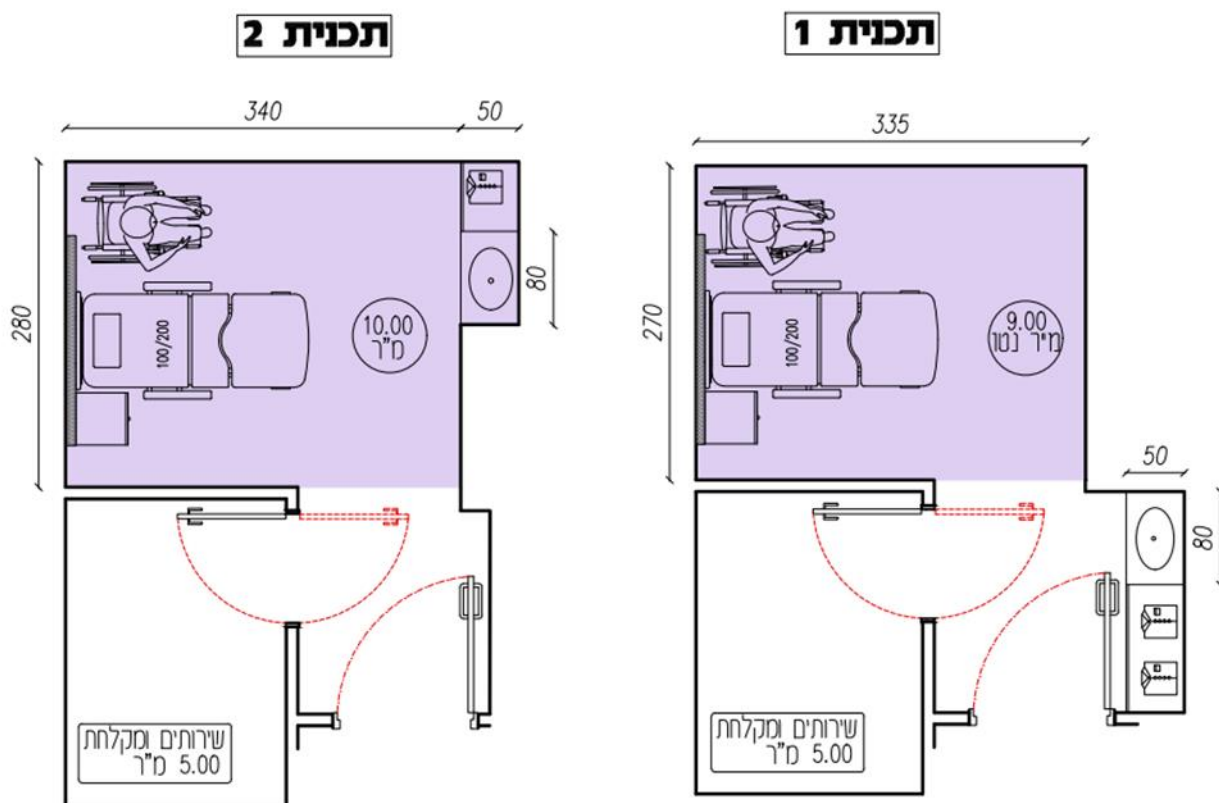
טיפול פליאטיבי (תומך) בחולים במחלות סיעודי מורכב **להתייחסות צוות האגף לגריאטריה**

מטרת הטיפול הפליאטיבי (התומך) הוא להקל על סבלם של חולים במחלות קשות וחשוכות מרפא, ולנסות ככל הניתן להיטיב את חייהם, ובתוך כך את חיי בני משפחותיהם המלווים אותם במחלתם.

מטרת הטיפול התומך

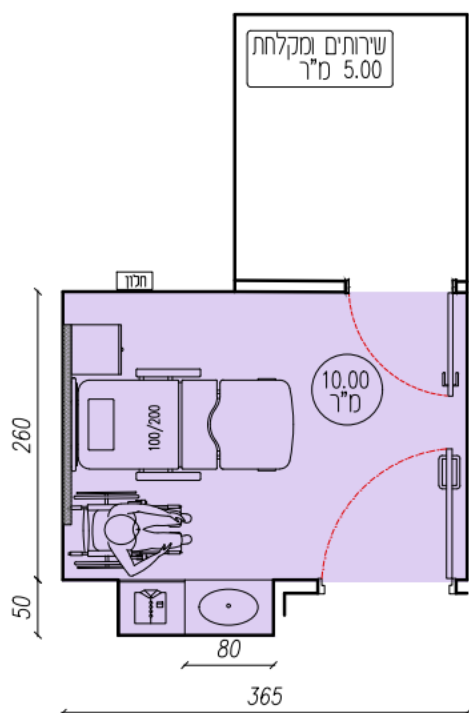
רפואה פליאטיבית אינה מנסה לרפא ואף לא לקצר את חייו של החולה, אלא לצמצם את מידת הסבל שלו ולהעניק לו נוחות מרבית במצבו הקשה. הטיפול אינו מתמצה רק בהקלה על הסימפטומים הגופניים, אלא גם בתמיכה נפשית בו ובבני משפחתו. טיפול תומך ניתן לרוב במקביל לטיפולים רפואיים ספציפיים ומיועד להקל על מחושיו של החולה, אולם ככל שהמחלה מחמירה משקל הטיפול התומך גדל לעומת הטיפולים המרפאים. בשלבים הסופניים של המחלה, הטיפול התומך הופך ל"טיפול סוף החיים", הידוע בכינויו: הוספיס. במצב זה מטפלים בסימפטומים בלבד, באמצעים שמרניים, תוך הימנעות מבדיקות ומטיפולים פולשניים כמו ניתוחים, הקרנות וכימותרפיה (Comfort Care). לאור האמור נכלל חדר אשפוז פליאטיבי בפרוגרמה למחלקות סיעודי מורכב על מנת לאפשר טיפול מותאם לצרכים של מטופלים במצב רפואי סופני.

במחלקות סיעודי מורכב תכניות לחדרי אשפוז יחיד על פי פרוגרמה מעודכנת

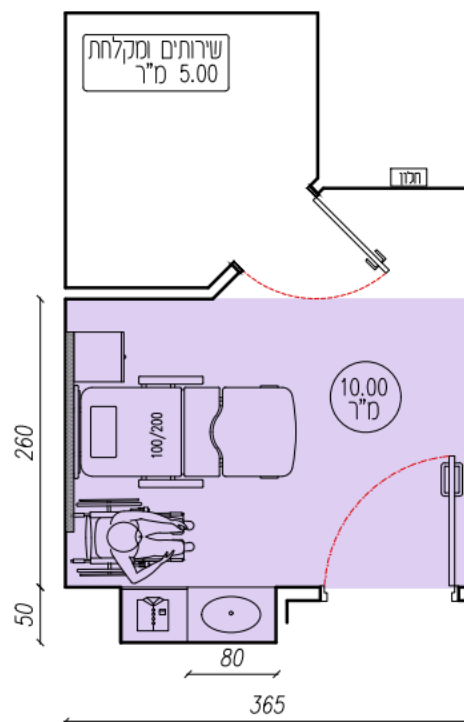




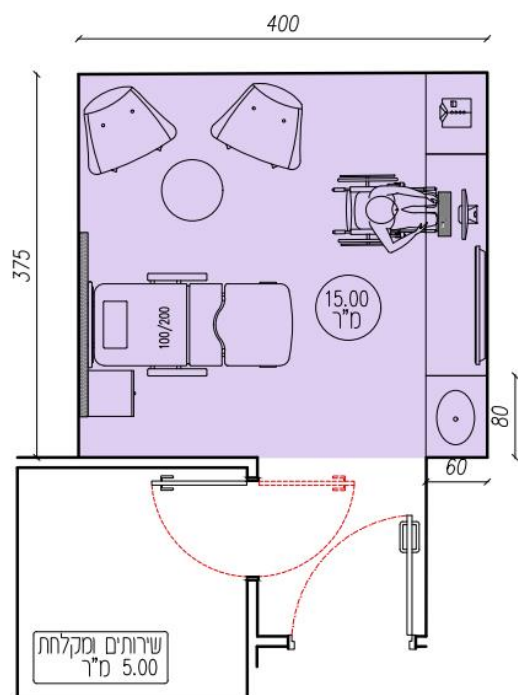
תכנית 4



תכנית 3

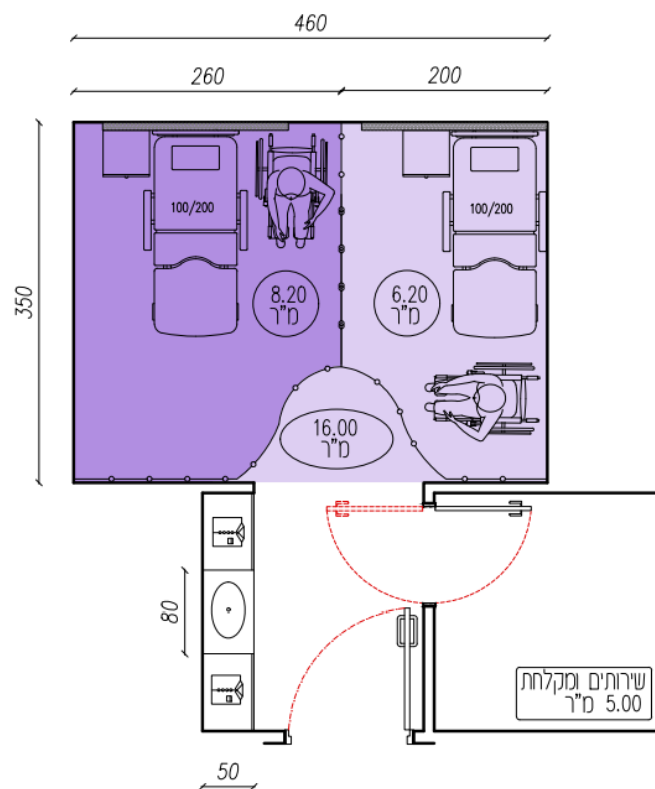


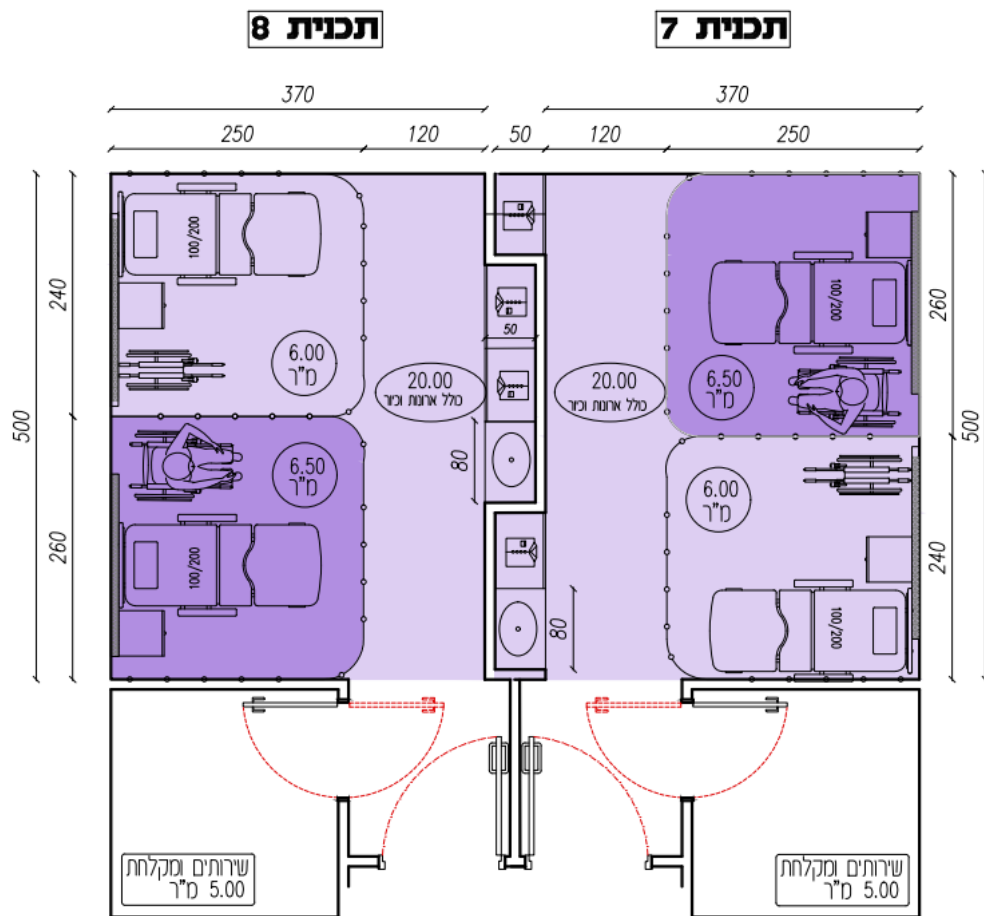
תכנית 5 - יחיד מוגדל (פליאטיבי)



תכניות לחדרי אשפוז זוגיים על פי פרוגרמה מעודכנת במחלקות סיעודי מורכב

תכנית 6





הערות:

1. שטח נטו של חדרי אשפוז מופיע על רקע בצבע סגול בהיר.
2. שטח אישי של מטופל המורכב ביותר עם גישה למיטה משלוש צדדים מופיע על רקע סגול כהה.

פרוגרמה טיפוסית מעודכנת למחלקות גריאטריות סיעודי מורכב 24 - 36 מיטות

מס'	שם היחידה	מספר יחידות	שטח יחידה במ"ר	הערות
1	חדר אשפוז למטופל אחד	לפחות 3 חדרים	15	במחלקה של עד 24 מטופלים – יהיו לפחות 2 יחידות מגורים למטופל אחד.
	- חדר מגורים – 10 מ"ר - חדר מקלחת ושירותים – 5 מ"ר			
2	חדר אשפוז ל- 2 מטופלים	עד 12 חדרים	25	
	- חדר מגורים – 20 - חדר מקלחת ושירותים – 5 מ"ר			
3	חדר אשפוז מורחבת ל- 2 מטופלים	4	26	חדר מקלחת ושירותים יותאם לרחצה על אלונקה.
	- חדר מגורים – 20 - חדר מקלחת ושירותים – 6 מ"ר			
4	חדר תומך פליאטיבי	1	20	חדר ישים למטופלים סופניים ולבני משפחותיהם. השטח לא כולל מבואה. חדר יכול מיטה אחת וכורסה נפתחת/ פתרון ללינת מלווה.
	- חדר מגורים – 15 מ"ר - חדר מקלחת ושירותים – 5 מ"ר			
5	עמדת עבודת צוות (דלפק אחיות)	1	8	במקום מרכזי ונגיש למטופלים ולמשפחות, אפשרי עם זיקה לכניסה למחלקה. תכלול 2-3 עמדות עבודה ממוחשבות.
6	חדר עבודה לאחיות	1	10	צמוד לעמדת עבודת צוות וישמש אזור עבודה אחורי מוגבל גישה, לצוות סיעודי. החדר יכול לפחות: ארון לצידוד רפואי מתכלה, כיור שטיפת ידיים, מקום להעמדת ? עגלות (תרופות, טיפולים, החייאה), עמדת עבודה ממוחשבת, ארון פתוח לתיקים/ ניירת (במידת הצורך) לוח קיר להודעות.
7	חדר תרופות	1	10	סמוך לחדר עבודת אחיות ולמחסן אביזרי עזר. נדרשת כניסה מבוקרת. יכול: כיור שטיפת ידיים, ארון תרופות, מקרר תרופות, משטח עבודה ועמדת מחשב.
8	חדר צוות כולל מטבחון	1	10	באזור מרכזי
9	חדר אחות אחראית/ סגנית	1	10	
10	מנהל מחלקה	1	10	
11	חדר רופא	1	12	2 עמדות עבודה
12	חדר לעו"ס/ קלינאי תקשורת/ דיאטנית	1	10	חדר אחד לכל 2-3 מחלקות
13	אולם מרכזי רב תכליתי (אוכל/ יום/ חוגים/ תעסוקה)	1	*	השטח יחושב לפי 3 מ"ר נטו למטופל במחלקה. במניין השטח לא יספרו מעברים. ניתן להפריד לשני אולמות אך מומלץ לתכנן אולם מרכזי עם אפשרות לחלוקה לאזורי פעילות ע"י חציצה ניידת. ***

מס'	שם היחידה	מספר יחידות	שטח יחידה במ"ר	הערות
14	פינת מטבחון למטופלים ולמלווים	1	*	כחלק מהאולם המרכזי. נגישה לרווחת המטופלים ולמלווים, תכלול מקרר, מיקרו, כיור משולב במשטח ומתקן מים קרים/ חמים.
15	אירוח משפחות	1	10	ניתן לתכנן כחלק משטח החלל הציבורי ובתנאי שיתוכן כאזור מוצנע, מזמין ושקט. ***
16	מטבח חימום וחלוקת מחלקתי	1	16	ימוקס סמוך לאולם מרכזי רב תכליתי. לתפעול צוות בלבד.
17	ציוד משקי	1	9	
18	מחסן אביזרי עזר וניידות	1	9	מומלץ למקם בקרבת אולם פיזיותרפיה. יכול לשרת 2-3 מחלקות, במקרה זה, שטחו לא יפחת מ- 15 מ"ר.
19	חדר כביסה נקייה	1	9	ניתן לפצל לשני חדרים במידת הצורך.
20	חדר כלים	1	6	
21	כביסה מלוכלכת	1	4	
22	חדרון לחומרים וכלי ניקוי	1	4	
23	בית שימוש למטופלים	1	3	בסמיכות לחללים מרכזיים כמו אולם מרכזי רב תכליתי, פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק.
24	בית שימוש לקהל	1	3	יכול להיות במבואת כניסה למחלקה ולשמש מס' מחלקות בקומה תא נגיש.
25	מלתחה לצוות (מלתחה, הלבשה ומקלחת)	2	10	יכולה להיות מחוץ למחלקה, משותפת למס' מחלקות באותו מבנה, בתנאי ששטחה כ- 10 מ"ר לכל מחלקה שהיא משרתת וקיימת הפרדה בין נשים וגברים.
26	בית שימוש לצוות	1	3	בתחום המחלקה, נגיש.
27	פיזיותרפיה	1	30	יכול להיות מחוץ למחלקה, אולם אחד לפחות לעד 3 מחלקות. ניתן למקם את האולם בממ"מ, בתנאי שיתכנו בו פתחי תאורה בשטח של 8% משטח הרצפה של האולם, אין למקם במקלט. עבור כל מחלקה נוספת שהאולם משרת יש להוסיף לאולם 10 מ"ר. ***
28	ריפוי בעיסוק: חדר לטיפול מוטורי תחושת ו/או אולם רב תכליתי לריפוי בעיסוק, בהתאם לגודל המוסד	1	50/20	כאשר במוסד מחלקה אחת ניתן להסתפק בחדר של 20 מ"ר. מעל מחלקה אחת ניתן לבצע אולם אחד של 50 מ"ר לכל 4 מחלקות. האולם יכלול אזור סגור שישמש לטיפול פרטני. ***
29	נישה למנופים	1	4	
30	נישה לבלוני חמצן ניידים	1	2	נישה סגורה שתכלול קיבוע וקשירה לקיר לבלוני גז רזרביים.
31	חדר אשפה	1	2	
32	מרפסת מוצלת	1	*	השטח יחושב לפי 1 מ"ר למיטה במחלקה. ***

לתשומת לבכם :

תכנון מחלקה חדשה יתבסס על הפרוגרמה לעיל כדרישת מינימום, זאת מבלי לפגוע בחובה לעמוד בכל החוקים התכנון ודרישות רשויות סטטוטוריות התקפים.

עקרונות תכנון למחלקות גריאטריות סיעודי מורכב - אוקטובר 2021

בנושא נגישות לאנשים עם מוגבלויות יש להתייחס בנוסף לכל הדרישות הייחודיות למבנה בריאות הבאות לביטוי בתקנות שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות (התאמות נגישות לשירותי בריאות ומקומות ניתנתם), - 2016.

*** באזורים ציבוריים - פיזור שקעי חמצן על הקירות עבור מטופלים הזקוקים לחמצן בחלל הציבורי.