‏יז באב תשע"ז

09 אוגוסט 2017

לכבוד

פרופ' יובל מלמד

מנהל המרכז לבריאות הנפש אברבנאל

שלום רב,

**הנדון: סיכום דו"ח בקרה מיום ה- 18.05.2017 במרכז לבריאות הנפש אברבנאל- דו"ח סופי**

**סוג בקרה:** מתוכננת  **מטרת הבקרה:** לצורך רישוי

**תאריך בקרה: 18.05.2017 בקרה קודמת: 13.06.2017**

**תאריך שליחת דו"ח לתגובה- 20.06.2017 תאריך קבלת תגובת המבוקר: 23.07.2017**

**תאריך הוצאת דו"ח סופי: 09.08.2017**

**הצוות הבודק**: דר' עוזי שי - פסיכיאטר מחוז תל אביב, דר' מילה גלוזמן- סגנית פסיכיאטר מחוז תל אביב, גב' אירית יאסקי- ע' פסיכיאטר מחוזי לבקרה, ד"ר רחל מאור- רופאת צוות בקרה, גב' להפז טל-דורות - עו"ס צוות בקרה, גב' דנה יקיר – אחות צוות בקרה, בריאות הסביבה- מר יבגני קובלר- מפקח, גב' מרגרט נרקולייב- מפקחת. גב' אורית זילברברג- דיאטנית אחראית בקרה, גב' מירי טריינין- רוקחת מחוזית, מחוז תל-אביב, דר' שרית רחמני-אחות מפקחת מחוזית, לשכת בריאות תל- אביב, גב' רגדה חכים- מהמחלקה הארצית לפיזיותרפיה, מר גבי פרץ-מחלקה לפסיכולוגיה, גב' אורלי בוני- מנהלת השרות הארצי לריפוי בעיסוק, דר' אורן כתבי - וטרינר מחוזי, מחוז תל אביב, מר אייל דננברג- בטחון מחוז תל אביב, גב' אירנה לוינסון- רכזת בכירה לסימול רפואי.

בתאריך שבנדון נערכה בקרה רב תחומית לצורך חידוש רישוי בית החולים.

בהתכנסות, מטעם בית החולים נכחו: פרופ' יובל מלמד- מנהל בית החולים, גב' משית בן צרפתי- מנהלת שירותי הסיעוד, מר יובל בן מרדכי- מנהל אדמיניסטרטיבי, גב' סיגלית אלוני- סגנית מנהל אדמיניסטרטיבי, גב' אביבה קסטן - מנהלת ריפוי בעיסוק, מר יורי מרקמן- מפקח קליני, מר יורי גימלפרב - סגן מנהלת שרותי סיעוד, גב' רונית בללי- מנהלת משאבי אנוש וגב' קרן הס- מנהלת שרותי רוקחות. בקרה בתחום השרות הסוציאלי התקיימה בתאריך 01.06.2017 בנוכחות גב' עינב בן חור- מנהלת השרות הסוציאלי.

פרופ' מלמד וחלק מהצוות הנוכח סקר בפתיח את תהליכי הבנייה והשיפוצים בבית החולים הממשיכים בשנה זו, את התמורות בצוות הסעודי והרפואי ועוד. בבית החולים 296 מיטות אשפוז בתקן (ללא מגורים טיפוליים) ובנוסף 30 מיטות של אשפוז יום (מבוגרים ונוער).

לבית החולים אישור כיבוי אש עד03.2018 .

חשוב לציין כי , מלבד בקרות במסגרת בקרת הרישוי , התקיימו מאז הבקרה האחרונה לפני כשנה בקרות בתחומים נוספים בבית החולים: מחלקת אוטיסטים 20.07.2016, יחידה לנזעי חשמל, בידוד וקשירה- ב -12.02.2017, מחלקה כרונית גברים, מחלקה פעילה נשים ומלר"ד- בקרת פתע בתאריך 15.03.2017, מחלקת נוער בתאריך-21.03.2017, ובקרה בתחום ועדות פסיכיאטריות.

**להלן ריכוז דוחות הבקרה ותגובות בית החולים:**

**בקרה בתחום הנהלת הסיעוד**

**עורכת הבקרה**- דר' שרית רחמני, אחות מחוזית מחוז תל- אביב.

**תקינת כוח אדם**

סה"כ תקני סיעוד- 208 מתוכם 178.95 תקני אחיות והיתר כוחות עזר.

תקני איוש - אחיות מוסמכות- 131.25, אחיות מעשיות- 42.1

**פיתוח מקצועי-** ( נכון לשנים 2016,2017)

סה"כ 41 אנשי צוות סיעודי עברו/ עוברים הכשרה לימודית מקצועית:

9- BA, 5 –MA,ECT- 2, הדרכה קלינית-1, הסברה לאקדמאים- 7, הסמכה- 1, אחיות מעשיות- 6, על בסיסי- 6 , קורס סכרת- 1.

**תכנית עבודה שנתית של הסיעוד-**

* בעת הבקרה הוצגו תכניות עבודה ברמת המחלקות. בהמשך התקבל מסמך מנהלת שרותי הסיעוד ובו הנושאים הבאים: נושא, תכני מפגשים וממשקי עבודה עם המנהל.

**אירועים חריגים-**

* הוצגו קלסרים עם דוחות אירועים חריגים, לא הוצג רישום ממוחשב. נשלחה דוגמת אירוע חריג והטיפול בו.
* בהמשך לבקרה הועבר פילוח אירועים חריגים לפי סוג אירוע( עם נזק, בלי נזק, כמעט אירועים) ולפי מהות האירוע( אלימות כלפי צוות או מטופל ואחר).

**נהלים-** בכל מחלקה נמצא קלסר נהלים וכן תיקייה משותפת במחשב.

**לסיכום-**

1. **תכניות עבודה**- מומלץ כי תכנית העבודה תכתב ע"פ המקובל קרי, נושא , מטרה, יעד, אחריות, לו"ז ועוד.
2. **אירועים חריגים**:
3. ניכר כי קיים תת דיווח לגבי כמעט אירועים ומומלץ על הדרכה והטמעה של הנושא בקרב הצוותים.
4. על פי המדווח עולה כי מחצית מהאירועים החריגים הנם בגין אלימות. חסר פירוט לגבי מה כולל " האחר" שמהווה כמחצית מהדיווחים.
5. **נהלים**: מומלצת קישורית לנהלי משרד הבריאות בכל מחלקה.

**בקרה בתחום רפואי- סעודי- סוציאלי**

**מחלקה**: פסיכוגריאטריה

**עורכי בקרה**- דר' רחל מאור, גב' דנה יקיר

**רקע**:

מחלקה פסיכו גריאטרית מוגדרת ברשומות כמחלקה כרונית, בפועל המחלקה מתפקדת כמחלקה אקוטית.

יעוד המחלקה בהקמתה הייתה לשרת ניצולי שואה והיא הוקמה בסיוע הקרן לניצולי שואה. בשנים האחרונות שונה יעוד המחלקה וכיום מאושפזים בה מטופלים בגיל הזקנה הזקוקים לאשפוז פסיכיאטרי.

במחלקה תקן ל- 27 מיטות, בפועל מאושפזים בה כיום 41 מטופלים, מתוכם 37 באשפוז מלא ו- 4 באשפוז יום.

שליש מהמטופלים מאושפזים יותר משנה , מתוכם חמישה מטופלים אשר הועברו מבי"ח נווה יעקוב וקיימת בעיית השמה שיקומית לאור אבחנתם. כ- 10 מטופלים ממתינים להשמה בבתי אבות מאחר ותהליך מינוי אפוטרופסות מתעכב. מרבית המטופלים מתאשפזים בהסכמה כשליש בכפייה.

**כוח אדם**

סיעוד – 14-15 תקנים בפועל 23 , מתוכם 5 בעלי על בסיסי בפסיכיאטריה, 3 אחיות מעשיות ו- 6 כוחות עזר.

רופאים – 3 ( 2 מומחים ומתמחה). ד"ר שלאמאהב- פנימאי בית החולים וד"ר פוליאקוב, - נוירולוגית בית החולים מהווים חלק אינטגרלי מצוות הרופאים במחלקה.

עו"ס – 0.5 מישרה, פסיכולוג – 0.5 מישרה, מדריכים – 0.75 מישרה , אין מרפאה בעיסוק במחלקה.

**ממצאים עיקריים**:

**בקרה סיעודית**

* קיים עדכון ידע בנושא פעולות סיעוד- במעקב של מפקח קליני ומתויק לתיק האישי של כל עובד. הפצת הנהלים נעשית דרך התוכנה של סידור עבודה כך שמי שאינו קרא וחתום על הנהלים לא יכול לשבץ את עצמו בסידור עבודה.
* מתבצעת אנמנזה סיעודית מלאה בקבלת מטופל.
* קיים תיעוד להכנת החולה ובני משפחתו לשחרור.
* קיים מכתב שחרור סיעודי.
* מתנהל דיווח ורישום של הצוות הסיעודי באופן מלא ומפורט כפי הנדרש בנוהל.
* בצוע אומדנים לכלל המטופלים בנושא סכרת, נפילות, כאב שלמות העור והפה.
* קידום בריאות – הצטיידו במברשות שיניים ובמתקנים לאחזקתם לגברים ונשים, נרכשו קופסאות שמיות לשיניים תותבות, מבצעים אומדנים והדרכה בנושא תוך הקפדה על ביצוע.
* קליטת אחות חדשה – תהליך קליטת אחות מובנה ואמונה עליו אחות קולטת מהמחלקה. התהליך כולל אוריינטציה במחלקה, קריאת נהלים, מבחן תרופות , ביצוע פעולות סיעוד בהשגחה, משוב מתועד אחת לחודש ועוד.

**מעקב רפואי וטיפול תרופתי**

* התרופות מאופסנות בחדר טיפולים בארון נעול. זריקות ניתנות בחדר הטיפולים.
* התרופות מחולקות ע"י צוות סעודי, בתצפית נמצא כי אינם מחולקים ע"פ הנהלים.

**הנחיות לתיקון**- יש לפעול לחלוקת תרופות עם קרדקס תרופות וחתימת אחות בזמן מתן הטיפול התרופתי על פי הנדרש בנוהל.

**תנאים פיזיים**

* במחלקה תקן ל- 27 מטופלים כאשר בפועל מאושפזים 43, מתוכם 37 באשפוז מלא. עומס המטופלים יוצר צפיפות גדולה במחלקה. בחדר ישנים שלושה מטופלים בחדר המיועד שני מטופלים.
* לחצני מצוקה- במחלקה אין לחצני מצוקה. קיים מכשיר קשר אחד בתחנת אחות בידי אחראי/ת משמרת.

**הנחיות לתיקון** – יש לדאוג ללחצני מצוקה לכלל הצוות ובכל חדרי הטיפול.

**רשומה רפואית**

* הרשומה הרפואית מתנהלת בתכנת פרומתאוס. למטופלים גם תיקים ידניים המכילים מסמכים רפואיים / משפטיים הנשמרים בארון בחדר רופאים. המסמכים לא נסרקים לתיק הרפואי הממוחשב של המטופל.
* אירועים חריגים מדווחים להנהלה – ע"פ הנוהל

**תכנית טיפול ורצף טיפולי**

* בדיקה גופנית מתבצעת רק במיון בית החולים ולא במחלקה בקבלת החולה. כמו כן, גם לחולה המתקבל ממחלקה אחרת לא מבוצעת בדיקה גופנית בקבלתו למחלקה.
* המטופלים נבדקים במהלך אשפוזם ע"פ צורך ע"י פנימאי ונוירולוגית המהווה חלק אינטגרלי מצוות הרופאים במחלקה.
* הרופאים הינם מתאמי טיפול לכלל המטופלים.
* חולים אשר מועד קליטתם במרפאה בקהילה ממושך, ממשיכים במעקב במחלקה עד לקליטתם במרפאה.

**הנחיות לתיקון** – יש לבצע בדיקה גופנית לכל מטופל המתקבל למחלקה כפי שנדרש בנוהל.

**אפוטרופסות**

* ע"פ דיווח הצוות, במחלקה קבוצה גדולה של מטופלים אשר לגביהם קיים עיכוב בתהליך מינון אפוטרופוס (למרות שכל הטפסים הוגשו צורה מסודרת). העיכוב במינוי מעכב את שילובם במסגרת שיקומית / טיפולית בקהילה ומאריך את אשפוזם שלא לצורך.

**הנחיות לתיקון** – במעמד הבקרה נתבקשו לשלוח לצוות הבקרה מסמך המאגד את כלל המטופלים הממתינים לאפוטרופוס, טרם נתקבל מסמך זה.

**שרות סוציאלי במחלקה**

* עו"ס המחלקה מנהלת מעקב ורשומה ע"פ נוהל.
* עו"ס המחלקה מהווה גורם מייעץ לצוות המחלקה.
* עו"ס יושבת בחדר המיועד במקורו לביקורי משפחות ויש דלת נעולה המקשרת לסלון המחלקה. החדר חסר אמצעי אוורור, ללא חלון, המזגן אינו עובד .
* אין שילוט מכוון לחדר עו"ס, בכניסה לחדר העו"ס אין ציון שמה ותפקידה.

**הנחיות לתיקון** – יש לפעול לחדר ייעודי ונאות לעובדת סוציאלית הכולל שילוט.

**קשירה ובידוד**

* לציין ירידה משמעותית במספר הקשירות במחלקה. במהלך שנת 2016 נקשרו כ- 2 מטופלים בלבד. הגבלה אחרונה התקיימה בפברואר 2017 למשך שעתיים וחצי.
* בשנה האחרונה לא בוצע בידוד במחלקה.
* תיעוד ורישום הקשירה מתבצע כפי הנדרש בנוהל.

**ועדות פסיכיאטריות**

* הגשת מטופלים לוועדות פסיכיאטרית ומעקב אחר מטופלים נעשה ע"פ הנוהל.

**מחלקה: מגורים טיפוליים "ברוש"**

**עורכי הבקרה:** גב' אירית יאסקי, גב' להפז טל דורות

**משתתפים מטעם בית החולים:** דלית מזרחי- אחות אחראית, אורלי יבלונסקי- עו"ס, נינט כהן- אחות, אמיליה וינשטיין יבור- אחות מפקחת.

**רקע**

המסגרת מנוהלת ע"י אחות מוסמכת גב' דלית מזרחי משנת 2005. במסגרת מתגוררים 20 דיירים. לאחרונה הועלה מספר המיטות ל24. נכון ליום הבקרה- אחד הדיירים נעדר מזה שלושה ימים, הדבר דווח לכל הגורמים הרלוונטיים בבית החולים, למשטרה ולמשפחה. שתי דיירות נמצאות באשפוז, מתוכן אחת מספר חודשים (ועדיין נשמר מקומה בשונה מהנוהל.

הדיירים משלמים 1000 ₪ בחודש לבית החולים, מקבלים במקום את כל שרותי המלונאות (ארוחות, חוגים, כביסה) . התרופות נרכשות על חשבונם.

הדיירים אינם רשומים כמאושפזים בבית החולים .

**כוח אדם**

סיעוד- 10 תקנים. מתוכם 3 אחים, 6 אחיות וכוח עזר אחד. נמסר כי במשמרת לילה עובד איש צוות אחד.

פסיכיאטר- דר' אפשטיין – נותנת מענה בימים ב', ג', ד' וכשעולה צורך. נוכחת בקבלות של מטופלים חדשים.

דר' ברנע- נותנת מענה למסגרת בימים א', ה' למשך שעתיים בכל יום, נוהגת לייעץ במקרים דחופים.

פסיכיאטר תורן של בבית החולים- נותן מענה בעת הצורך במשמרות ערב, לילה וסופ"ש.

פרה –רפואי- העו"ס אורלי יבלונסקי מועסקת מ09/16 ב50% משרה, המלווה את הדיירים בפן הסוציאלי.

מרפאה קוגניטיבית התנהגותית -בחלקיות משרה שמלווה בתחום הקידום המקצועי.

**ממצאים עיקריים**:

**תעסוקה**- 13 דיירים יוצאים לתעסוקה משמעותית, היתר (7 דיירים) אינם עובדים 0.35%). חלקם מועסקים במסגרת בית החולים וחלקם במפעלים מוגנים במסגרת סל שיקום. הצוות נוהג ללוות את הדיירים בשלב היציאה לתעסוקה ומקיים קשר טלפוני ופגישות עם צוותי מסגרות התעסוקה.

**פעילות פנאי-**

נמסר כי במקום מתנהלות מספר קבוצות במשמרות בוקר וערב מידי יום כולל יום ו' - קב' הליכה, קב' אקטואליה, קב' תרופות, קב' תזונה נבונה ועוד. לפני חודשיים התקיימה קב' מיניות. הקבוצות מונחות ע"י צוות סעודי, מרפאה בעיסוק, עו"ס, סטודנטיות לקרימינולוגיה ולאומנות. חלק מהדיירים אחת לשבוע יוצאים לצפות בסרט שמוקרן בבית החולים.

מתנהל תיעוד כתוב והן ממוחשב של הקבוצות.

**תכניות שיקום-**

* הובנו תכניות שיקום רק לחלק מהדיירים. לציין לחיוב ליווי דייר בניהולו הכספי כחלק מתכנית השיקום שלו.
* התוכניות אינן מתעדכנות אחת לחצי שנה.
* התוכניות נכתבות ע"י העו"ס יחד עם המטופל ללא שיתוף צוות סעודי.
* מרבית הדיירים אינם מקבלים את תכניות הטיפול לרשותם ואינם חתומים עליהם.

**ישיבות צוות והדרכות-**

הישיבות מתקיימות אחת לחודש ומתועדות באופן חלקי. נוכחים בהם אנשי צוות סיעוד בלבד, לעיתים העו"ס. הרופאות אינן נוכחות.

אחות מפקחת מעבירה הדרכות לצוות הסעודי מדי שבועיים בימי ג' בצהריים.

העו"ס מקבלת הדרכה פרטנית מאת עו"ס במרפאות חוץ מדי שבוע וכן הדרכה קבוצתית במרפאת מבוגרים בביה"ח. כ"ע מקבל הדרכה מאת צוות סעודי. לא ידוע על הדרכת המרפאה קוגניטיבית התנהגותית באופן סדיר.

**ארוחות-**

* הארוחות מוכנות ומשונעות מהמטבח של בית החולים . הדיירים אינם מתנסים בהכנת המזון. שתייה חמה/קרה מונגשת לדיירים באופן סדיר.
* הדיירים אחראים לסידור השולחנות ושטיפת הכלים בהתאם לתורנויות שנקבעו מראש.
* בחדר האוכל הוצגו תפריטי מזון עבור מספר דיירים ונמצאה אי הלימה בין הרשום בתפריט לבין המזון שהגיע מחדר האוכל ( ללא סלט חי) וכן תפריטי מזון שאינם עדכניים (למשל מ12/16).

**היגיינה אישית וסביבתית**

* סידור חדרים - מתבצע יחד עם הצוות.
* במסגרת נצפו מכונת כביסה וייבוש שמיועדים לכיבוס בגדים אישיים.
* נמסר כי חלק מהדיירים הנם עצמאיים בטיפול בכביסה האישית וחלקם נעזרים בצוות.

**סל שיקום, קשר עם משפחות, זכויות הדיירים**

- נמסר כי בחצי השנה האחרונה ארבעה דיירים הוגשו לסל שיקום- דיירת אחת יצאה לדיור מוגן, שניים נפלטו בשל שימוש בסמים. לציין פניות לסל שיקום גם למימון טיפולי שיניים, השלמת השכלה ותעסוקה.

- קשר עם המשפחות –לכל מטופל/ת נקבע מטפל אישי שהנו הגורם המרכזי הנמצא בקשר עם משפחתו, למרביתם מדובר בעו"ס המסגרת יחד המנהלת ו/או עם אנשי צוות נוספים. הטיפול האישי כולל גם זימון תורים וליווי בקהילה. המשפחות מבקרות את הדיירים בחדריהם/במועדון/ בלובי/ בחצר. ללא חדר ייעודי לביקורי משפחות.

נמסר כי לפני כשנה וחצי התקיים ערב משפחות בהשתתפות מצומצמת בלבד למרות ניסיונות זימון. הועברה הרצאה בנושא אפוטרופסות, מידע רלוונטי אודות מרכזי ייעוץ למשפחות מועבר אליהן באמצעות עלונים, הודעות כתובות בלוח המודעות ובע"פ.

חלק מהצוות השתלם ביום עיון למשפחות מטעם מיט"ל שהתקיים בביה"ח לפני שבועיים. מתשאול הצוות עולה שמפנים משפחות לפורום משפחות המתקיים בביה"ח מדי חודש וכן חלק מהמשפחות מלוות ע"י שרות למשפחות "מיט"ל".

-טופסי ויתור סודיות- יש לדאוג לספציפיקציה של הגורם המופנה ככל הניתן, בייחוד בנוגע למסגרות שירות מחוץ לביה"ח.

**מעקב רפואי וטיפול תרופתי**

* רופאות המסגרת פוגשות בכל הדיירים מדי חודש ואחת לשנה הדיירים מבצעים בדיקות רוטינה ולפי צורך.
* התרופות מאופסנות בחדר טיפולים בארון נעול. זריקות ניתנות בחדר הטיפולים.
* התרופות מחולקות ע"י צוות סעודי, בתצפית נמצא כי אינם מחולקים ע"פ הנהלים.
* בעגלת התרופות נמצא מדף בו היו תרופות בתפזורת וציוד אחר לא קשור.

**אירועים חריגים**

* הצוות מדווח להנהלת ביה"ח על אירועים חריגים. לדברי המנהלת, האירועים נדונים במסגרת הדרכות הצוות.
* המנהלת נאמנת תחום הבטחת איכות הטיפול במסגרת ושותפה לכינוסי ועדה ייעודית בביה"ח. השתלמה ב2 ימי עיון בתחום ניהול סיכונים בביה"ח מזור.

**תחזוקה והיגיינה**

* **חדר כביסה-**
* בחדר הכביסה מאוחסנת כביסה נקייה, נצפו מכונות כביסה וייבוש וכן משמשת כמחסן.
* נצפתה כביסה מלוכלכת שהונחה על עגלה שעליה היו מונחות שמיכות נקיות.
* אוגרים למצעים מלוכלכים מוצבים בפרוזדור המסגרת.

**מטבח-**

* בתקרת המטבח כתמי לכלוך ולוכד חרקים מלא, תאורה חלשה.
* מתקן המדיח חלוד
* פח עם מכסה שבור. נצפה מכסה הפח מונח על משטח עבודה נקי
* ציוד לניקיון מאוחסן במטבח בסמוך לארון ציוד נקי.
* בחדר האוכל- ארון בו מאוחסן ציוד בלוי ללא שימוש עם ציוד נקי.

**הנחיות לתיקון:**

**תחזוקה-**

- יש להפריד ולהרחיק ציוד מלוכלך מנקי הן במטבח והן בחדר הכביסה.

- יש לדאוג במטבח לפח עם מכסה , פתיחה ללא יד אדם.

- יש לשפר את התאורה בחדר האוכל.

**תכניות שיקום**-

* יש לכתוב תכניות שיקום לכל הדיירים ולעדכנן אחת לחצי שנה.
* על כל צוות המסגרת להיות שותף בהבניית ויישום תכנית השיקום.
* על מנת לרתום את הדייר לתוכנית השיקום שלו, יש להחתימו ולמסור לו עותק התכנית.

**הדרכות צוות-**

* יש לדאוג להדרכה של צוות הסעודי ע"י אנשי מקצוע מתחום השיקום.

**רצף טיפולי במסגרת**

* על כל אנשי צוות המסגרת להשתתף בישיבות הצוות.
* על הישיבות להיות מתועדות ולהתקיים אחת לשבועיים.

**תזונה**

* יש לעדכן תפריטים לדיירים ולספק כלכלה מתאימה.

**חלוקת תרופות**

* יש לחלק תרופות על פי הנוהל- לצאת לחלוקה עם רשימת התרופות, לבצע בדיקה נוספת לפני המתן למטופל ולחתום מיד עם המתן למטופל.

**מחלקה: השרות הסוציאלי של בית החולים**

**עורכת הבקרה: גב' להפז טל דורות**

**משתתפי הבקרה: גב עינב בן חור- מנהלת השרות הסוציאלי של בית החולים ועו"ס מחלקה –מר הראל**

**רקע**: בבית החולים מועסקים 26 עובדים סוציאליים ב16.45 תקנים. כולם בעלי תואר שני מלבד עו"ס אחד הנמצא בלימודי מוסמך באונ' ת"א, מתוכם 5 עובדים סוציאליים בעלי ותק של עד 3 שנים ו7- בעלי ותק מעל 10 שנים בבריאות. מהצוות הסוציאלי מונו 9 מרכזי נושא בתחומים מגוונים של עבודה סוציאלית: התנדבות/סל שיקום/אלמ"ב/תח' כפולה/אפוט' וניצולי שואה/הדרכה- 2 מרכזות/שיקום תעסוקתי/נוער חריג (ריכוז תחום נוסף לעבודתם במחלקות). בי"ח מוכר להכשרת עובדים סוציאליים, דווח על 7 סטודנטים לעבודה סוציאלית במסגרת הכשרתם המעשית האקדמאית מאוניברסיטאות ת"א ואריאל. השרות הסוציאלי הבכיר מונה את מנהלת השרות הסוציאלי וכיום גם את סגניתה שמונתה בסוף חודש אפריל, המועסקת בהיקף של חצי משרה בתפקיד זה (עובדת גם במחלקה פעילה ה'). אין שרותי מזכירות לשרות הסוציאלי וללא הקצאה של שרותי מזכירות לעבודת שרות העו"ס**.** העובדים הסוציאליים משולבים במחלקות האשפוז ובמרפאות כ CM ובנוסף מסייעים לכלל הצוות בתחומים סוציאליים. השירות הסוציאלי מפעיל את מרכז משפחות מית"ל.

**היקף הפעילות:**

**מס' מינויי אפוטרופוס:** בשנתיים האחרונות הסתיימו 10 הליכי מינוי אפוטרופוס רשמי למטופלים מאושפזים וכיום 8- נמצאים בתהליך מינוי אפוטרופסות.

**מס' איתורים של ניצולי שואה:** נכון ליום הבקרה 2 מטופלות ניצולות שואה המאושפזות במח' הפסיכו גריאטרית. היו ניסיונות להוצאתן לדיור בקהילה.

**רמת הזמינות:** זמן ההמתנה הממוצע לפגישה עם עו"ס/ית נע עד 3 ימים**. שעות כוננות עו"ס:** 12 ימי כוננות חודשיים לכל הסקטור הסוציאלי הנפרסים במדרג קבוע בדרג הסוציאלי הבכיר ובסבב בין כל העו"סים לאורך השנה (2 כונניות בממוצע לעו"סים מהמחלקות).

**מתחם העבודה, נגישות וישיבות סקטוריאליות:** כיום בניין המנהלה והשילוט המכוון נמצא בשיפוצים כולל השרות לעבודה סוציאלית ונגיש לבעלי מוגבלויות באמצעות מעלון לקומת הנהלה.

הנגשה לשונית: מכל סקטור כולל העבודה הסוציאלית, 15 עובדים השתלמו בקורס הנגשה לשונית. בביה"ח פועלים שרותי תרגום וכיום פועלים להנגשת אתר אינטרנט של ביה"ח.

המידע על השרות הסוציאלי מופץ באמצעות אתר ביה"ח /עלוני מידע כתובים (**אך לא בכל המחלקות**)/בשרות מית"ל**.**

**חסר שילוט מכוון רציף לשרות מית"ל מהכניסה לבי"ח ועד למרכז "מיתל"-לבני משפחות של המאושפזים.** ישיבות סקטוריאליות- מתקיימות מדי חודש .

תכנית הדרכה לעובדים סוציאליים הנה מובנית ומסודרת לאורך כל השנה כולל תת תכניות למשל: לעובדים חדשים במגוון נושאים סוציאליים, קב' הדרכה קבוצתיות והדרכות פרטניות מדי שבוע במשרדי המדריכים, שילוב עו"סים בקורס הדרכת סטודנטים. העשרות ולומדות : לציין לחיוב רב הנפקת ערכות אוריינטציה ולומדה לעו"סים חדשים מפורטת ומקיפה וגם לסטודנטים לעו"ס, העברת סמינר קליני קבוע המרוכז ע"י עו"ס ותיקה ומתועד על ידה, בשילוב הרצאות אורחים מבחוץ וכן וסמינר הדרכה על הדרכה ומרכז למידה רב -מקצועית בימי א לסטודנטים. אתחול ימי גיבוש לסקטור הסוציאלי אחת לשנה.

**שונות**: השרות הסוציאלי מפעיל מספר פרויקטים ייחודיים לקידום רווחת המטופלים ומשפחותיהם וביניהם**:**  שת"פ עם צוות מביה"ח וולפסון , פ"ע עם לשכות רווחה בעיריות בת ים ות"א , שת"פ (כולל ועדת היגוי משותפת) עם מיל"ם וי.ה.ל , פרויקט פיילוט "חזרה הביתה" בשיתוף עם אגף השיקום והג'וינט וביה"ח באר יעקב , פרויקט כוננות הגבלה וקשירות בשת"פ עם שרותי הסיעוד . סדנת העצמה ויום עיון בנושא שוויון מגדרי , הבניית נוהל פנימי לעבודה סוציאלי במחלקות בית החולים (ליקוי שתוקן מבקרות קודמות).

מית"ל- מרכז ייעוץ ותמיכה לבני משפחה- פועל בבית החולים כארבע שנים כאשר בני המשפחה הם הלקוח העיקרי. המרכז מנוהל ע"י עו"ס מבי"ח בהיקף של חצי משרה יחד עם מתנדבת המרכזת את מפגשי המשפחות ומנחה קבוצות עם מספר עו"סים מבי"ח. מתקיים פורום משפחות חודשי קבוע משנת 2016 יחד עם נציגות מהסקטור הסוציאלי, מפקחת סיעודית והנהלת ביה"ח (לרוב משתתפות כ30 משפחות בכל מפגש), במהלכו דנים ומשתלמים במגוון נושאים כגון: מניעת אשפוזים חוזרים/אפוטרופסות וצוואות ועוד, תוך העמקת הדיאלוג בין בני המשפחה לאנשי הצוות וימי עיון בנדון (יום עיון שני התקיים בחודש מאי 2017 בנושא "שותפות מיטיבה".

מעורבות השרות הסוציאלי בוועדות שונות בבית חולים: בוועדות אלמ"ב, סל שיקום פעמיים בחודש, ועדת פניות ציבור, הדרכה, מגדר, מיתוג ואינטרנט, ניהול סיכונים, ועדת היגוי משפחות. לציין כי במרביתן מנהלת השרות הסוציאלי מכהנת כחברה או יו"ר ועדה.

פניות ציבור: לציין לחיוב העברת מיפוי וניתוח נתונים שנתיים לידי המחלקה הפסיכיאטרית המשפטית במשרד הבריאות שמרוכזים ע"י מנהלת השרות הסוציאלי- ליקוי שתוקן מהבקרה הקודמת. במהלך שנת 2016 התקבלו כ 99 תלונות כלפי גורמים שונים. מרביתן הוגשו ע"י בני משפחה. עיקרן בגין אי שביעות רצון מהטיפול הרפואי (31%), יחס הצוות (28%), מלונאות (19%) ושונות (19%), אלימות (2%). כאשר משך הטיפול הממוצע בפנייה הנו 12 ימים. תלונה אחת הוגשה למשטרה בעקבות בדיקה.

וועדת אלמ"ב: מתקיים סבב של הוועדה בכל המחלקות הפעילות בתחום אלמ"ב. ללא המחלקות הממושכות. הוועדה מקיימת קשר ישיר עם רכזת תחום אלמ"ב בלשכת בריאות מחוזית גב' תמר ברקוביץ. עו"ס הראל ממונה רכז התחום בבי"ח ומתשאולו עולה כי ב2017 ועד כה, דווחו לוועדה 5 מקרים של חשד לאלמ"ב כולל כלפי חסרי ישע. במקרים דחופים, מנהלי המחלקות ומרכזי המקרים (CM) פונים לפק"ס/משטרה ומעדכנים את חברי הוועדה באמצעות העברת מכתבי הפניות לעו"ס הראל. תכנית העבודה לשנת 2018 שואפת להנגשת התחום לסקטורים השונים בביה"ח בנוסף לעו"סים והכשרת עובדי בית החולים וגזירת תפקידים ייעודיים בתחום.

**לסיכום הבקרה,**

ניכר כי השרות הסוציאלי בבי"ח פועל בראייה מערכתית אינטגרטיבית של המאושפזים במגוון שיטות התערבות ופסיכותרפיות שונות תוך חיזוק קשרי קהילה ופתוח מגוון פרויקטים בתוך בי"ח ומחוץ לו עם שימת דגש על מעורבות משפחות, תיווך בינאישי והכשרה ופתוח מקצועי של העובדים הסוציאליים והסטודנטים לעבודה סוציאלית.

**המלצות לשיפור**-

1. בדיקת אפשרות הקצאת שרותי מזכירות לשירות העבודה הסוציאלית.
2. ועדות אלמ"ב- מומלץ להרחיב את מתו ליווי והדרכה של חברי הועדה לכלל מחלקות בית החולים והמשך הכשרת עובדי בית החולים בתחום.
3. שיפור שילוט מכוון למרכז מיתל בבית החולים.

**תחום: טיפול בחפצי ערך של מטופלים במהלך אשפוז פסיכיאטרי (בהתאם לנוהל מס' 51.012 מהד' 2)**

**עורכת הבקרה: גב' להפז טל דורות- עו"ס צוות בקרה, לשכת פסיכיאטר מחוז ת"א**

משתתפי הבקרה: מר רועי הלוי -מנהל הכספים של ביה"ח וגב' מזל לריה- סגנית מנהל הכספים בבי"ח.

אחראי שמירת דברי ערך בבי"ח: ממונה מר רועי הלוי מנהל הכספים של ביה"ח.

רשימת דברי הערך של המאושפזים נערכת ב4 עותקים כנדרש.

אחראית פיקדונות עורכת בדיקה של החפצים המופקדים בבי"ח ונשמרים ב2 כספות במח' כספים בבניין מנהלת בי"ח . מורשי פתיחת הכספות – מנהל מח' הכספים וסגניתו, מנהלת ענף חשבונאות, 2 מנהלות חשבונות.

הרישום והמעקב אחר שמירת חפצי הערך בבי"ח נעשה באופן ממוחשב וידני סדיר

הפקדת דברי ערך כאשר משרד הקבלה סגור: נמסר כי ניתן להפקיד את דברי הערך במח' הכספים בימים א-ה' בין השעות 8:00- 15:00 ללא ימי ו' וערבי חג מסוימים ואין אפשרות להפקיד דברי ערך אלו מעבר לשעות פעילות אלו.

נמסר כי ביה"ח שוקד על התאמת אופן פעילות המתקן לשמירת חפצים לדרישות הנוהל – נמצא בתהליך.

ומתוכנן תפעול משרד קבלה הכולל מזכירות רפואית שמספק מענה לשמירת חפצי ערך של מטופלים באשפוז בשעות אחה"צ ,ערב ובימי שישי.

דברי הערך נחלקים ל: 1. חפצים אישיים דוגמת: תכשיטים, כרטיסי אשראי, מפתחות, שעוני יש, טלפונים ניידים 2. כסף מזומן מופקד בבנק הדואר כאשר לכל מטופל מנוהל כרטיס/חשבון בנק. הרישום והתיעוד מעבר לרישום הממוחשב בתוכנת פיקדונות, מתבצע גם במחברת תיעוד חבילות לפי שמות משפחה.

גם נושא הרישום והתיעוד- נמצא בתהליך שינוי כיום לאור דרישות נוהל זה.

מסירת דברי ערך- נמצא כי נערך הליך תקין של מסירת דברי ערך למשפחות בהסכמת המטופלים ולאפוטרופוסים לרכוש.

**לסיכום הבקרה**: ניכרים הליכי רישום ותיעוד מפורטים של שמירת דברי ערך של המטופלים באשפוז וכיום בי"ח שוקד על בצוע התאמות בנדון לנוהל מס' 51.012 מהד'2 שנכנס לתוקפו מ1.05.17.

עם זאת יש למצוא מענה רחב יותר למועדי הפקדת דברי ערך של מטופלים, מעבר לשעות פעילות מח' הכספים, כמתואר לעיל.

**סיכום בקרת מניעת זיהומים**

**השתתפו בסיור** : גב' בבט סיני אחות רכזת סיעוד בי"ח אברבנאל, וגב' לאורה דרדיק, אחות אפידמיולוגית לשכת הבריאות מחוז תל אביב. הסיור נערך ב3 מחלקות בבית החולים מחלקה ממושכת ב' מחלקה ממושכת ג' ואולם ECT.

**סיכום הבקרה**:

**מחלקה ממושכת ב':** בעקבות התפרצות של חיידק עמיד לאנטיביוטיקה נעשתה פניה ליחידה הארצית למניעת זיהומים אשר התערבה בטיפול בבעיה.(טרם מוגר החיידק ), יש להמשיך ולקיים את הנהלים בדרך זו .

**מחלקה ממושכת ג':** המבנה דומה פיזית למחלקה ממושכת ב' ואולם לא עבר שיפוץ ותנאיו הפיזיים אינם הולמים . יש לבצע לשיפור של התנאים הפיזיים ועד לשיפור יש לבצע **ארגון מחדש** של החדר בהם נעשים הטיפולים, לרבות בחדר בו ממוקם ארון התרופות , חדר האחסון, חדרי שתיה של הצוות ועוד כדלקמן:

חדר ארון והכנת התרופות :בחדר בו ממוקם ארון התרופות ובו מכינים תרופות להגשה למטופלים אין כיור ייעודי החדר משמש גם את צוות המטפלים כחדר קפה ואוכל. יש להקפיד שהחדר ישמש רק להכנת תרופות לחולים ולא כחדר שתייה לצוות.

נמצאו מכלים לפינוי חפצים חדים כשהם מלאים לגמרי מעל האמור בנוהל (3/4 מהקיבולת)

חדר עגלת החייאה:

עגלת החייאה נמצאה בחדר אשר משמש את הצוות כפינת אוכל.

יש מים עומדים בתוך ציוד החייאה. אין נהלים לניקוי של עגלת החייאה.

חדר מחסן כלי מיטה וביגוד נקיים:

לצד כלי המיטה והבגדים הנקיים נמצאו מכשירים רפואיים כגון בלון חמצן אשר הכיל בקצהו כלי עם מים עומדים.

הערות כלליות :

אין סימון של תאריכי פתיחת בקבוקי חיטוי להיגיינת ידיים.

. אין מגבונים ו/או חומרים אחר זמינים לניקוי משטחים.

אין נוהל פנימי לניקוי גלוקומטר בין מטופל למטופל.

אוגר לבגדים מלוכלכים נמצא בסמוך לכיסאות גלגלים של מטופלים.

**חדר ECT:**

צינורות של מסכות חמצן תלויים ומחוברים לשעון חמצן אף שמדובר בציוד חד פעמי אשר נפתח לצורך חולה בודד ונזרק לפח בתום הטיפול, אין לבצע שימוש חוזר ויש לפתוח את הציוד בסמוך לטיפול.

אין חומרים זמינים לחיטוי/ ניקוי ידיים.

קיים מיכל תלוי על הקיר עם סבון, דבר אשר פסול בחדרי טיפול. לידו נמצא ספוג מתכת לניקוי כלים ללא הסבר מהו תכליתו.

בחדר פרגודי בד ללא כל נוהל באשר לתדירות ההחלפה/ניקוי

יש פחים פתוחים , ללא מכסה ליד כל מיטת טיפול.

אין חומרי ניקוי למשטחים כגון מגבונים זמינים.

מיכל לפינוי חפצים חדים ליד מקום הטיפול לא זמין .

כיסאות עם כיסוי בד לא רחיץ.

אוגר בגדים/סדינים נקיים ליד אוגר בגדים/סדינים מלוכלכים. קיימים אוגרי כביסה עם מכסה ופתיחה ידנית.

לג'ל אשר משמש להדבקת האלקטרודות אין תאריך פתיחה, לא מובן האם יש תאריך תפוגה לאחר פתיחה.

אין נהלים פנימיים ואין רישום של הוראות יצרן על ניקוי /חיטוי של המכשירים הנמצאים בחדר.

לא הובהר לנו איפה מכינים את חומרי ההרדמה ובאיזה תנאים.

המקרר עם תרופות וחומרי ההרדמה נמצא בתוך מטבחון, לא מנוטר ע"י מד טמפרטורה רציף.

בתוך המקרר נמצא חומר הרדמה פתוח ללא תאריך פתיחה, לא מובן מתי פג תוקף לאחר פתיחה .

**סיכום:**

כלל הפעילות לבקרה ומניעת זיהומים הינה מרכיב חיוני לתפקודם של מוסדות רפואיים ומהווה חלק ממערך של אבטחת איכות הטיפול .חשיבות הנושא עולה לנוכח עליה בשכיחות הזיהומים הנרכשים ובעומס בבתי החולים.

1. יש לתקן את הליקויים המפורטים לעיל ולהחילם בהתאמה על כל המחלקות של בית החולים .
2. לפי חוזר מנהל רפואי [https://www.health.gov.il/hozer/mr09\_2012.pdf](https://www.health.gov.il/hozer/mr09_2012.pdf18/2005) יש לחשב מספר מיטות המוסד ולמנות אחיות מניעת זיהומים לפי הצורך ולתת להם הכשרה פורמלית בתחום. כרגע אחות מניעת הזיהומים לא עובדת בפועל במשרתה ולא ידוע כמה פעמים בשבוע היא תעבוד בתחום. . יש צורך לתת לאחות מניעת זיהומים משרד/חדר עבודה ומחשב אישי לצורך עבודתה.
3. אין במוסד יועץ למניעת זיהומים.
4. חיסוני עובדים, יש להרחיב את החיסונים גם על עובדים ותיקים ולא רק על עובדים חדשים, יש צורך לעקוב אחרי שיעור התחסנות במוסד. לפי נוהל https://www.health.gov.il/hozer/mk08\_2016.pdf
5. חיסוני שפעת עונתית, יש לעודד עובדים להתחסן נגד שפעת ע"י פרסים ,תחרויות בין מחלקתיות, דוגמא אישית ולעקוב כל שנה אחרי שיעור התחסנות.
6. יש לתעד ולעקוב אחרי חיסוני מטופלים .
7. יש להיכנס לכל מחלקה בבית החולים ולבצע התערבות לשיפור התשתיות.
8. כיסאות ומשטחים בחדרי טיפול, חדרי תרופות צריכים להיות עשויים חומר רחיץ.
9. יש לבנות תוכניות לצורך הדרכת על מניעת זיהומים ואמצעי זהירות שיגרתים לכלל הצוותים (עובדי ניקיון ,כוחות עזר, אחים, רופאים) בהקדם האפשרי. https://www.health.gov.il/hozer/mr10\_2010.pdf
10. יש לבצע הדרכה, תזכורות, כרזות, תצפיות **להיגיינת ידיים** ולתעד שיעור הענות לפי נוהל https://www.health.gov.il/hozer/mr24\_2009.pdf
11. יש לבנות תוכניות לניקוי חיטוי המוסד לפי נוהל : <https://www.health.gov.il/hozer/mr12_2006.pdf>
12. יש להצטייד באוגרי כביסה ופחים ולאפשר פתיחה של המכסה ללא מגע יד בכל המחלקות בבית חולים.
13. גוזז ציפורניים: יש לעקר מכשור כזה בין חולה לחולה או להקצות ציוד אישי..
14. יש לתצפת מפעילים חיצוניים כגון ניידת שיניים ופדיקוריסטים, עליהם חלים אותם הנהלים שהוזכרו עד כאן כולל חיסוני עובדי בריאות ולהדריכם במקרה הצורך גם בהקשר לטיפול המטופלים עם חיידקים עמידים לאנטיביוטיקה.
15. **היעדר אנשי מקצוע במקום יקשה על תיקון הליקויים שיפורטו להלן. מומלץ להיעזר בייעוץ חיצוני עד הכשרת צוות במוסד.**

סוכם ע"י לאורה דרדיק אחות אפידמיולוגית מומחית במניעת זיהומים

**ביטחון**

להלן סיכום הבקרה:

**לשימור-**

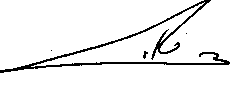
1. נהלים והנחיות קיימים ומעודכנים בהתאם לדרישות מ"י ואגף הביטחון.
2. מאבטחים מוסמכים ובקיאים בנהלי עבודה
3. אמצעים טכנולוגיים(טמ"ס, מצוקה וכד') קיימים
4. בית המרקחת ממוגן כנדרש עפ"י חוק
5. אלימות- בהתאם לחוזר מנכ"ל 5/11 ,מתקיימות הדרכות לצוותים בנושא וקידום תקשורת שרותית.

**לשיפור-**

1. יש לשאוף להצבת מאבטח ייחודי למיון לפחות בשתי משמרות
2. בסדר גודל של מתקן ובו כ-300 מיטות יש צורך בס. מנב"ט
3. יש להשלים גידור תקני בהיקף ביה"ח
4. שער הכניסה הראשי הינו מיושן מאוד ואינו עונה על הצרכים הן בנושא בידוק כניסת כלי רכב והן בנושא בידוק כבודת הולכי רגל.

ברצוני לציין את תפקודו של מנב"ט ביה"ח שנכנס לתפקיד לפני כשנה וחצי , ניכרת פעילות והשקעה רבה תוך שדרוג מחלקת הביטחון בביה"ח.

ב ב ר כ ה ,



אייל דננברג

**בקרה בתחום רישום ומידע רפואי**

השתתפו:

גב' אירינה לוינסון, מרכזת בכירה סימול מידע רפואי, תחום רישום ומידע רפואי משרד הבריאות

גב' רותי כהן צמח, מנהלת קבלת חולים ורשומה

גב' איריס הרשקו, סגנית מנהלת קבלת חולים ורשומה

נבדקו:

1. מצבת כוח אדם
2. תחומי אחריות
3. ארכיון
4. תיק רפואי ממוחשב
5. מערכת אדמיניסטרטיבית ATD

ממצאים:

1. בבית החולים 300 מיטות אשפוז ברישיון משרד הבריאות. מזכירות רפואיות העובדות במיון, מחלקות אשפוז ומרפאות חוץ כפופות למנהלת קבלת חולים ורשומה.

מצבת כוח אדם – 14 מזכירות ב-12.5 תקנים.

1. תחומי אחריות של מזכירות:
2. ט. יום מבוגר, ממושכת ב', פעילה ג' – מזכירה אחת במשרה מלאה.
3. ט. יום נוער, נוער א', נוער ב' – מזכירה אחת ב-75% משרה.
4. ממושכת ג', פעילה א' (נשים), פעילה ב' פתוחה – מזכירה אחת ב-75% משרה.
5. משפטית, תחלואה כפולה, שירות משפטי – מזכירה אחת במשרה מלאה.
6. 2 מזכירות במשרה מלאה מרפאת מבוגרים – כולל ארכיון ביה"ח, מזכירה אחת במרפאת ניצנים.
7. מיון והשהייה – 3 מזכירות בחלוקת בוקר/ערב במשרות מלאות כולל ימי שישי, שבת וחגים, סבב בין המזכירות אחת לחודש או פעמיים בחודש עושות תורנות מיון.
8. ממושכת א', פעילה ה' – מזכירה אחת במשרה מלאה.
9. תיעוד רפואי ותיעוד משפטי (טיפול בפניות של גורמי פנים וחוץ)- 2 מזכירות במשרות מלאות, נזעי חשמל, יחידת הניידת, שירות פורנסי.
10. שירותים נוספים המחולקים בין המזכירות, מעקב של מרפאת מבוגרים (צו/הוראה לטיפול, צו הסתכלות), 2 מזכירות משתתפות פעמיים בשבוע בוועדת מבוגרים ומזכירה אחת בוועדת נוער פעם בחודש, ריכוז נושאים לוועדת הבדיקה לאירועים מיוחדים.
11. מזכירות מחליפות כמתן פתרון לכוח אדם חסר (מחלה, חופשה).

לפי חלוקת המזכירות המחלקה נמצאת במצוקה מבחינת כוח אדם.

אך למרות זה העבודה השוטפת מתבצעת ברמה מקצועית מאוד גבוהה ועומדת בסטנדרטים של משרד הבריאות.

**בקרה בתחום השרות הפסיכולוגי**

**נבדקו: פריסת השרות, כוח אדם, תשתיות, מסגרות אבחון, סוגי טיפול, איכות הרשומה, פיתוח מקצועי.**

**שם הפסיכולוג הראשי**: ד"ר שמואל פגירסקי

**שם הבקר**: גבי פרץ

**ממצאים לשימור:**

השירות הפסיכולוגי במרכז לבריאות הנפש " אברבאנל", מקצועי מאוד, עם רמת מיומנות גבוהה. מקפיד על הדרכה והתפתחות מקצועית מעולה, מגוון ורחב, ומעל הכול על טיפול מוקפד ומותאם להנחיות המקצועיות.

השירות הפסיכולוגי בכלל בית החולים מגלה מחויבות רבה, והשקעה מאוד גדולה בשירות למטופלים וכן בפיתוח צוות הפסיכולוגים.

מבוצע שימוש נרחב במגוון שיטות וטכניקות טיפוליות.

היחידה הניידת הינו פרויקט טיפולי ראוי לציון ולשבח המבוצע בבית החולים מאז 2002. במסגרתו מקבלים חלק מהחולים טיפולי המשך באמצעות ביקורי בית ובעזרתו מצטמצם באופן ניכר הצורך באשפוז או בהתערבויות חריגות. זהו פרויקט דגל לשירות טיפולי בקהילה וראו ללמוד ממנו.

ההשקעה בפיתוח מקצועי של הפסיכולוגים ראויה לציון הן בעזרת הכוחות הפנימיים והן באמצעות השתלמויות מקצועיות מגוונות וטובות.

חדרי הטיפול, כשהם ישנם, מתאימים וטובים.

**ממצאים לשיפור:**

היקפי פעילות

במחלקות הממושכות ובמחלקה במטפלת באוטיסטים חסר שירות פסיכולוגי.

ההמתנה לטיפול במרפאת המבוגרים של בריאות הנפש היא ארוכה ביותר 4-5 חודשים.

תיעוד טיפול

היעדר עקביות בהקפדה על רשומה נאותה ותיעוד הולם. כתיבה חסרה של מפגשים בדיקות וסיכומים, דו"חות לא מצורפים לתיק הממוחשב, קושי רב בהתמצאות בתיק ובמיקום של מרכיבים חשובים בתיעוד.

חשוב להקפיד על צירוף מסמכים רלבנטיים ודו"חות אבחון לתיק הממוחשב.

חדרי טיפול

חדרי הטיפול שראיתי מתאימים לטיפול. אך במחלקות הסגורות חסרים חדרי טיפול, וזה פוגע מאוד באפשרות להעניק טיפול ראוי, ובתנאים ראויים למאושפזים.

ארגון

יש להקפיד על ביצוע בקרות בתחום התיעוד והרשומה ולהקפיד גם על תיעוד ומשוב מתועד בביצוע בקרות עיתיות אלו.

**הנחיות לשיפור**

* להשיב את המענה הפסיכולוגי במחלקות החסרות שרות זה
* יש לפעול על מנת לקצר באופן משמעותי את משך ההמתנה לטיפול במרפאה המבוגרים.
* יש צורך במציאת מענה הולם וראוי למצוקת חדרי הטיפול במחלקות הסגורות.
* יש לבצע פעילות אינטנסיבית ליישור קו בתחום התיעוד והרשומה ע"פ ההנחיות והנהלים ולנהל מערך בקרה שיפקח ויבקר עמידה באמות מידה נאותות של רישום ותיעוד.

**בקרה בפינת חי בית חולים אברבנאל**

בביקורת משולבת שנערכה בתאריך 18 למאי 2017 על ידי משרד הבריאות מחוז תל אביב במוסד הרפואי נבדק שטח פינת החי בבית הספר במקום ולהלן הממצאים:

כללי:

השטח המוקצה לפינת החי קטן אך עם זאת תנאי המקום סבירים

במקום נמצאו בעלי חיים שונים במתחם/חצר מגודרת.

החיות למעט העיזים מטופלים ע"י הרופא הווטרינר ד"ר אמיר מאורר.

העיזים בטיפול הרופא הווטרינר הממשלתי ד"ר מריו ינקלביץ

עיקרי הליקויים:

1 . העדר עמדה ייעודית לחיטוי ידיים.

2 . ארון פלסטי בכניסה לפינת החי בלוי ושבור כאשר ציוד ומשטחי עץ מאוחסנים עליו.

3 . כלובים וציוד ללא שימוש פזורים בשטח פינת החי.

4 . עמדת הכנת המזון לחיות ושטיפת הכלים חסרת סדר. במקום נמצאו חומרים כימיים, צבעים וכלים

שאינם בשימוש ואינם מאוחסנים כראוי.

5 . טרם הוגשו רישיונות החזקת צבים במקום מטעם רשות הטבע והגנים.

סיכום:

1 . יש להציב פינה לחיטוי ידיים בתוך מתחם החצר לבאים במגע עם החיות וכן ביציאה מן המתחם עבור

היוצאים מן המתחם. חומר החיטוי חשוב שיכיל כלורהקסידין ) (Chlorhexidine או כל דבר אחר

המוכח כקוטל ווירוסים. כמו כן יש להטמיע במבקרים במקום את חובת שטיפת הידיים במים וסבון

ו/או חיטוי הידיים לאחר כל מגע עם ציוד ו/או בעל חיים במקום.

2 . יש להחליף או לתקן ארון פלסטי בכניסה לפינת החי ולפנות ציוד המאוחסן על גבו.

3 . יש לפנות חומרים וציוד משטח פינת החי שאינם בשימוש. יש לאחסן חומרים כימיים בארון ייעודי.

4 . תיעוד חסר - יש להעביר רישיון היתר החזקת צבים במקום על ידי רשות הטבע והגנים.

בברכה,

ד"ר אורן כתבי

רופא וטרינר מחוזי

**בקרה בתחום התזונה**

שם נציג הגוף הנבדק: גב' ראיסה צ'רניאק - דיאטנית בית החולים

בבית החולים יש 296 מיטות בתקן

מספר מחלקות אשפוז: 10

טיפול יום: 2

מגורים טיפוליים: 1

היקף משרת הדיאטנית: 1 משרה מלאה.

**נבדקו**:

* עבודת הדיאטנית.
* מערך המזון בניהולה של גב' אהובה מאיר
* תיקים רפואיים במחלקות ממושכת ב', מחלקה משפטית, נוער, אוטיזם.
* תצפית על ארוחת צהריים במחלקת נשים ובמחלקה הפסיכוגריאטרית.
* מכונות לממכר מזון בבית החולים.

ממצאים ונושאים לשיפור:

|  |
| --- |
| * משרת דיאטנית בבית החולים אינה לפי חוזר מספר 13/93 - יש לפעול להעלאת משרת הדיאטנית לפחות ל 1.5 תקנים, על מנת לתת מענה לכל החולים הזקוקים לדיאטנית, באשפוז ממושך ובאקוטי. * ברשומה הרפואית בין היתר, אין אפשרות להוציא דוחות לאיתור חולים הזקוקים לייעוץ תזונתי, אין אפשרות להכנת הנחיות להמשך טיפול תזונתי בקהילה עבור מכתב השחרור – יש לעדכן את תוכנת הפרומתיאוס על מנת שתתאים לנהלים החדשים בתזונה. * בבדיקה מדגמית של תיקים רפואיים היה פער גדול בין הטיפול הניתן לחולים שראו דיאטנית לחולים שלא קבלו התערבות תזונתית וזאת עקב מחסור בתקינה - יש לבצע אבחון תזונתי לכל מאושפז למעלה מ 21 ימים, ולכל מאושפז הזקוק לכך. * התפריט הצמחוני הינו קבוע משבוע לשבוע וחסר פירוט של סוגי הפשטידות – יש להכין 4 תפריטים צמחונים מתחלפים ולפרט יותר את סוגי המנות. * ההנחיה למתן מזון ייעודי אמנם ניתנת אך ורק ע"י הדיאטנית אך כטופס ידני – יש לאפשר מתן מרשם ממוחשב חתום ע"י הדיאטנית למזון ייעודי. * בתצפית על ארוחת הצהרים במחלקת נשים נמצא ממרח חומוס בכל השולחנות וחבילת לחם בשולחן מרכזי - יש להגיש בארוחת צהריים מזון אך ורק לפי התפריט המבוסס על נוהל סל מזון חוזר מס' 50.006, לא להגיש ממרח חומוס ולחם בארוחות הצהריים. * מכונות הממכר בבית החולים מכילות בעיקר משקאות ממותקים בניגוד לנוהל 8/2014 – יש להקים ועדה לקידום יישום נוהל לממכר מזון בבית החולים ומכור משקאות ומזון במכונות בהתאם לנוהל זה.   נושאים לשימור (חוזקות):   * בבית החולים עובדת ראיסה הדיאטנית אשר עושה את עבודתה במקצועיות רבה ועל הצד הטוב ביותר. * קיים שיתוף פעולה הדוק בין הדיאטנית למנהלת המטבח וצוות המטבח . * בבית החולים מתקיימת ועדה קבועה של מזון ותזונה אחת לחודשיים. בוועדה חברים: הדיאטנית, מנהל הרכש, מנהלת המטבח והטבח הראשי. * ראיסה נפגשת אחת ל 3 חודשים עם הממונה הישירה שלה, סגנית מנהל בית החולים. * ראיסה מדריכה קבוצות בתזונה נבונה למטופלים ב 4 מחלקות, אחת לשבוע: מגורים טיפוליים, פתוחה, וממושכות גברים ונשים. * הדיאטנית נפגשת על בסיס קבוע עם המשפחות של בני הנוער המאושפזים בבית החולים. * מזון ייעודי ניתן למטופלים אך ורק עפ"י הנחייה והוראה של ראיסה הדיאטנית. * בבית החולים מגישים לחם מחיטה מלאה בהיקף של 80% מסך הלחמים. * הדיאטנית מבצעת בקרה על גודלי המנות, על בסיס קבוע. |

לסיכום:

ראיסה הדיאטנית עובדת לפי נהלי משרד הבריאות, משתתפת בפעילויות שונות של משרד הבריאות, מעבירה קבוצות תזונה למטופלים על בסיס קבוע, ונותנת טיפול אישי מקצועי ומיטבי למאושפזים שמספיקה לראות לפי היקף המשרה ושותפה בפרויקטים של בית החולים. שיעורי המשרה אמנם עלו אך לא במידה מספקת כך שיש קושי במתן מענה לכל מהמטופלים של בית החולים הזקוקים לייעוץ וטיפול תזונתי.

יש לתקן את הליקויים תוך 4 חודשים ולהודיע על כך למחלקה לתזונה לגב' צודיקוב פאינה מרכזת בכירה לתזונה.

בברכה,

אורית זילברברג דיאטנית אחראית בקרה, האגף לתזונה

פאינה צודיקוב מרכזת בכירה תזונה בבריאות הנפש, האגף לתזונה

**שירותי פיזיותרפיה**

**אני מברכת על שילוב פיזיותרפיסט במרכזכם ובטוחה שתוך זמן קצר אתם תכירו בתרומה של מקצוע הפיזיותרפיה לטובת המאושפזים. אני מאחלת הצלחה לכם ולפיזיותרפיסט.**

**ניהול:**

שירות הפיזיותרפיה מנוהל ע"י פיזיותרפיסט יחיד שעובד בשליש משרה מזה חודש.

**הרשומה הרפואית:**

הרשומה הממוחשבת כוללת רק לשונית של "מעקב לטיפולי פיזיותרפיה".

**תשתיות וציוד פיזיותרפי:**

קיים חדר ייעודי לטיפולי פיזיותרפיה ליד מחלקות האשפוז. לא קיים ציוד טיפולי שנדרש לצורך מתן טיפול מקצועי והולם למאושפזים.

**סיכום והמלצות:**

**ראוי לציון:**

1. שילוב מקצוע הפיזיותרפיה בבית החולים.
2. הקצאת חדר לטיפולי פיזיותרפיה.
3. השתתפות הפיזיותרפיסט בפעילות הצוות הרב מקצועי (ישיבות צוות וביקורי רופאים).
4. שיתוף הפעולה בין הפיזיותרפיסט לבין צוות המרפאות בעיסוק.

**הנחיות לשיפור:**

1. **רשומה רפואית**: תוך חודש לבצע התאמות ייעודיות בתוכנית המחשוב ע"מ שתכלול את כל השדות הנדרשים על פי הנוהל של "קובץ שירותי פיזיותרפיה בבתי חולים 14/2011", כגון הוספת שדות:

* לתיעוד מהלך הקבלה בפיזיותרפיה
* לכתיבת מטרות טיפול
* לסיכום הטיפול הפיזיותרפי וההמלצות להמשך טיפול

1. **ריהוט וציוד לפיזיותרפיה:** בכדי לתת טיפול מקצועי והולם למאושפזים הן במחלקות האשפוז (ליד מיטת החולה) והן באולם הטיפולים חשוב לרכוש ציוד בסיסי:

* ציוד לאימון הליכה ואביזרי עזר להליכה ולניידות כגון מקלות, הליכונים מכל הסוגים, כסאות גלגלים וכול'.
* ציוד לביצוע בדיקות ולתרגול פעילות גופנית כגון מיטת בובט, מקבילים, סולם שבדי, כדורי בובאט בגדלים שונים וכול'.
* ציוד לחיזוק שרירים ושיווי משקל כגון טרמפולינה, גלילים בקטרים ואורכים שונים, משקולות ברזל ומשקולות חול, כדורי כוח וכול'.

1. **פעילות קבוצתית:** חשוב לקיים קבוצת הפעלה למאושפזים במחלקה הפסיכוגריאטרית.
2. על מנת לתת שירות הולם ושוטף בכל המחלקות ולכל המאושפזים הזקוקים לטיפול, מומלץ להגדיל את היקף המשרה של הפיזיותרפיסט.

**ערכה את הבקרה: חכים רגדה**

**בקרה בתחום ריפוי בעיסוק**

**מלווה מטעם השירות: - גב' אביבה קסטן**

כללי

שירותי ריפוי בעיסוק ניתנים במרכז לבריאות הנפש במחלקות האשפוז וביחידות על-מחלקתיים.

צוות ריפוי בעיסוק כולל: מרפאים בעיסוק, מדריכי פעילות, מטפלים באומנויות.

המחלקות בהן ניתן שירות כיום: פעילות – א, ב, ג, ד, ה; ממושכות ב, ג,; פסיכוגריאטרי א; נוער א; אשפוז יום ואשפוז יום נוער; טיפול יום; ברוש.

כמו כן ניתן הטיפול ביחידת הערכה, סדנאות על-מחלקתיות, מרפאת ניצנים.

השירות ניתן בשעות הבוקר – כל השבוע, חלק מהשבוע, פר פעילויות ייעודית.

סיכום בקרה, נסמך על קובץ נהלי עבודה – השירות לריפוי בעיסוק (חוזר מינהל הרפואה מס' 11/2015)

הרכב כוח אדם

בשירות ריפוי בעיסוק במרכז סה"כ 16.97 תקנים, 28 עובדים, ביניהם:

9 מרפאות בעיסוק, 10 מדריכי פעילות, 9 מרפאים באומנויות.

תמהיל: כשליש מהצוות מרפאים בעיסוק.

שינוי לטובה לעומת בקרה קודמת.

המשאב האנושי

* שירות ריפוי בעיסוק כפוף לס/המנהל הרפואי.
* צוות השירות כפוף למנהלת ריפוי בעיסוק.
* חברי הצוות נושאים תגי זיהוי.

נגישות לשירותי ריפוי בעיסוק ובכלל

* בבינוי החדש קיימת נגישות.
* יש כיום שיפוץ מחלקות ממושכות, ובהתאם תוכניות הנגשה.

סביבה טיפולית – נסמך על הנחיות תכנון ליחידות ריפוי בעיסוק במסגרות הטיפול השונות, מינהל תכנון, פיתוח ובינוי מוסדות רפואיים (יולי 2010).

* קיימים מרחבים לקיום סדנאות על-מחלקתיות לטיפולי ריפוי בעיסוק.
* במרבית המחלקות קיימים שטחי טיפול ייעודיים לריפוי בעיסוק, מרביתם בגודל ומיקום ראויים.

ציוד, כלים ואביזרים

* קיימים כלי הערכה ואבחון עדכניים ומותאמים לאוכלוסיות המטופלים.
* קיימים כלים ואביזרים לטיפולים פרטניים וקבוצתיים.

תיעוד ודיווח

* רשומות ריפוי בעיסוק מתועדות בתיק הממוחשב של המטופלים.
* ההפניה לריפוי בעיסוק אינה אחידה בכל המחלקות, ולא מעשי להעביר הפניה באמצעות מסמכים. כתובים.
* רופא או קרימינולוג עורכים הערכת מסוכנות ומודיעים ברפורט בקר.

ניהול השירות

* מתקיימות ישיבות צוות סדירות ומתועדות.
* קיימת תוכנית עבודה שנתית, מוצגת להנהלה.
* מתוכנן מערך בקרה על יישום תוכנית עבודה.
* קיימת תוכנית לקבלת עובד חדש, והדרכה בהתאם לנדרש בנהלי ריפוי בעיסוק של משרד הבריאות.
* מתקיימות הערכות תקופתיות מובנות.
* מנהלת השירות, או מי מטעמה, משתתפות בישיבות הנהלה.

פיתוח מקצועי – צוות ריפוי בעיסוק

* השתתפות בישיבות מחלקתיות / רב-מקצועיות;
* השתתפות בימי עיון והשתלמויות – בתוך המרכז ומחוצה לו.
* השתתפות בצוותי מחקר, וועדות ופורומים מקצועיים על-סקטוריאלים.
* הדרכת סטודנטים.
* גישה למאגרי מידע.

עבודה על-פי נהלים

* קיימת נגישות לנהלי משרד הבריאות.
* קיים תהליך כתיבת נהלים פנימיים, הנסמכים על קובצי נהלי משרד הבריאות ודרישות המקום.
* קיים תהליך מתמשך לריענון נהלים והיכרות עם נהלים חדשים.

סיור המחלקות השונות ביום הבקרה – חדרי ריפוי בעיסוק:

ברוב המחלקות קיים חדר פעילות; לא בכל מחלקה עובדת מרפאה עיסוק, ולכן החדר לא נקרא חדר ריפוי בעיסוק אלא חדר פעילות.

בחלקם החדר קטן – משמש גם לטיפולי ריפוי בעיסוק (פרטני וקבוצתי) וגם לפעילויות (קבוצתיות).

רק בחלק מהמחלקות הפעילות החדר נמצא במרכז המחלקה בטווח ראיה של צוות הסיעוד.

היקף וסוג השירותים

במרבית המחלקות יש שירות ריפוי בעיסוק ו/או מדריכי פעילות – באופן שוטף או פר-פעילויות (הוצגה מצבת כ"א מפורטת).

במרבית המחלקות מוצמד צוות ריפוי בעיסוק, שמעורב בעבודה הרב-צוותית במחלקה.

סיכום

המרכז לבריאות הנפש אברבנאל נמצא בתנופה של שינויים. קיימים פרויקטים חדשים ומתרחבים קיימים. נבנות ומשופצות מחלקות, והאתגרים עדין רבים.

יש עבודה שוטפת של שירות ריפוי בעיסוק לבניית אג'נדה פנימית מותאמת לשינויים החלים במרכז, כולל פעילויות להסברה והצגת השינויים הנחוצים בדפוסי העבודה של ריפוי בעיסוק, שבחלקם התקבעו למרות שאינם רלוונטיים לשירות.

עם זאת, ישנה יותר ויותר הכרה והערכה לתרומה המקצועית הייחודית של המרפאים בעיסוק בקידום נושאים, וכפועל יוצא יותר השתלבות של המרפאות בעיסוק (מנהלת השירות וסגניתה) בוועדות על-סקטוריאליות בתחומים שונים בתוך המרכז, כגון: נגישות, חווית המטופל, מיתוג, יחסי ציבור ועוד; וכן השתתפות בפעילויות סקטוריאליות ברמה ארצית מחוץ למרכז לקידום איכות הטיפול בריפוי בעיסוק בבריאות הנפש בישראל.

בנוסף, מאז שהשתלבו בצוות עוד מרפאות בעיסוק יש הרחבה של שיתופי פעולה מקצועיים, ומתקיימות יותר פעילויות לגיבוש הצוות ופיתוח ההון האנושי. עם זאת עדין קיים קושי של גיוס כ"א מקצועי.

ישנה עבודה שוטפת לשיפור הכתיבה המקצועית בתיק הרפואי – בקבלה, פעילות שוטפת ובמכתבי שחרור, סיכומי הערכות ואבחונים.

ישנה מעורבות פעילה בהגשה לסל שיקום.

אחת השאיפות, ככל שלמרפאים בעיסוק תהיה יותר נוכחות מקצועית במרכז הרפואי, כך ניתן יהיה לגייס יותר כ"א מקצועי.

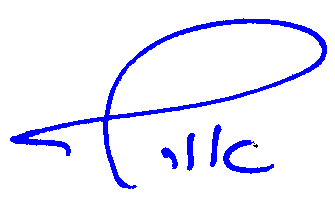
המלצות להמשך

1. להמשיך לתכנן ולבנות מערכי גיוס של כ"א מקצוע, כדי לשאוף לעמוד בדרישות התמהיל הנדרש.
2. לדאוג למעורבות פעילה של צוות ניהול ריפוי בעיסוק בתכנון מסגרות הטיפול והפעילות – חיזוק הדו-שיח עם ההנהלה.
3. לדאוג להמשך שיפור בתכנון מערך עבודה טיפולי מקצועי.
4. לדאוג להמשך שיפור של הכתיבה מקצועית – לעדכן את הדיווח שיהיה נוח גם למרפאות בעיסוק וגם למדריכות הפעילות; לדאוג לדיווח נוכחות ופירוט מגעים בפרומתאוס.
5. בבניה חדשה ובשיפוץ יש להסתמך על הנחיות תכנון ליחידות ריפוי בעיסוק במסגרות הטיפול השונות, מנהל תכנון, פיתוח ובינוי מוסדות רפואיים (יולי 2010) – לתכנון מבנה חדרי ריפוי בעיסוק במרכזים לבריאות הנפש.

יישר כוח על העבודה המאומצת והרצון לשנות ולשפר.

בברכה,

אורלי בוני



מנהלת השירות הארצי לריפוי בעיסוק, משרד הבריאות

**ממצאי ביקורת תברואית**

מבצעי בקרה- ידי מר יבגני קובלר וגב' -מרגרט נרקולייב, מרכזי בתי חולים ,מחלקת בריאות הסביבה

נוכחות הגב' ס.אלוני מנהלת אדמיניסטרטיבית, מר איציק ישראלי מנהל האחזקה ונציגי המחלקות השונות להלן ממצאי הביקורת :

**הערה:** הביקורת לא כללה את מערכות המים במוסד.

א. כללי

1. המטבח המרכזי רכש ציוד כולל ויחידות קירור, קומביסטימר, מכונת שטיפת ירקות ונמצא בהליך התקנה.

2. חלק ממבני האשפוז נמצאו לאחר שיפוץ, חלקם בתהליך שיפוץ ו/או עדכון תכנית אדריכלית :

3. מבנה מס' 6 ב' בשיפוץ )מחלקה כעת סגורה(. -

4. מחלקת נוער ב' לאחר שיפוץ כללי

5. בבית החולים לא מועסק תברואן )נמסר כי אין תקן(.

טרם תוקנו חלק מהליקויים מהביקורת שבסימוכין ואף לא תשובה .

ב. בביקורת הנוכחית נמצאו ליקויים חוזרים/נוספים:

א. מטבח

1. רמת הניקיון הכללית משביעת רצון פרט לחלק מהתקרה שאינה נקיה.

2. אין בקרה ותיעוד למדידת טמפרטורה במזון.

3. הפותחן לפתיחת שימורים חלוד.

1. תיקרה במחלקות הרגישות ישנה והצבע מתקלף.
2. חידות קירור /הקפאה ללא סימון.

7 . לחלק מהחלונות חסרות רשתות צפופות.

8. דלת הרשת בכניסת הספקים אינה נסגרת אוטומטית והייתה פתוחה.

אזור בישול- צנרת פיקוד חלודה.

מח' דיאטה- - הארון לחימום מזון מוכן ללא מד טמפרטורה חיצוני.

מדור טיפול ירקות-- אין נוהל עבודה לניקוי וחיטוי ירקות.

מדור לטיפול בבשר

1 . נמצא בשיפוץ.

2 . אין מדור לטיפול בבעלי כנף וחסר מדור לדגים .

3 . נמצא מערבל שלא שייך למחלקה.

4 . במקרר הפשרה לבעלי כנף נמצאו גם קציצות בשר ללא הפרדה.

חדרי קירור/הקפאה

- התאורה בחלק מחדרי הקירור אינה מספקת ובאחד מהם חסר מגן תאורה.

שינוע מזון מוכן למחלקות האשפוז

1 . למוסד אין עגלות לחימום/קירור המזון המשונע למחלקות!

2 . באזור הכנה לשינוע המזון אין מערכת אוורור מאולץ כנדרש.

3 . עגלת שינוע המזון למחלקות מלוכלכת.

שירותי סגל ומלתחה

1 . במקלחת אחת אין אוורור.

2 . מצב פיזי טעון שיפור/שיפוץ.

מחסן יומי- מצב תברואי משביע רצון.

מחסן כללי )אפסנאות(

1 . רמת הניקיון והסדר השתפרה.

2. חלק מהמשטחים חלודים.

3 . המצב הפיזי במחסן טעון שיפוץ.

חדרי קירור/הקפאה במחסן

1 . רמת הניקיון סבירה.

2 . התאורה בחלק מחדרי הקירור אינה מספקת .

3 . הריצוף מבטון ללא חיפוי כנדרש.

4 . בחדר הקירור לירקות גולמיים נמצאו ירקות לאחר טיפול סידור פסול. –

חצר משק- רמת הניקיון סבירה וחסרה רשת לפתח ניקוז.

ג. מחלקות אשפוז בניין 23

ליקויים אופייניים

1 . חסרים מכלי אשפה עם מכסים.

2 . במטבחוני חלוקת המזון אין מתקן לייבוש כלים.

3 . כלים נקיים המוחזקים בארון רטובים וחלקם אינו נקיים.

מחלקה סגורה 5 א

1 . רמת הניקיון במחלקה משביעה רצון.

2 . בעת הביקורת, במחלקה לא היו מים חמים זורמים הבעיה נפתרה .

3 . הפירים לאשפה וכביסה מלוכלכת אינם פעילים.

4 . הארונות במטבחון ציפוי מתקלף ואין מתקן לייבוש כלים )כלים נקיים -

מוחזקים בארון כשהם עדיין רטובים וחלקם אינו נקיים(.

5 . בחלק מהברזים במחלקה לא היו מים חמים זורמים.

6 . בחלק מחדרי האשפוז קיימת הגדלה של מספר מטופלים )במקום 2 מיטות ל 3 - ( התנאים אינם מתאימים! –7 . אין הקפדה על איסוף כביסה מלוכלכת בשקיות.

8 . התקרה ישנה ובמספר מקומות חלודה.

9 . חדר אחות: למיטה הטיפולית בחדר האחות אין סידור עם מתקן לנייר חד פעמי.

בקירות מעל הכיור חסרים אריחי קרמיקה.

חסר סט כלים לגזירת ציפורניים ואין מעקב על הטיפולים.

10 . בחדר לכביסה נקיה המדפים חלודים וכן נעשית אחסנה של חפצים אישיים

)של המטופלים( ולא במקום מיועד לכך.

מחלקת פעילות פתוחה

1 . רמת הניקיון במחלקה משביעה רצון.

2 . התקרה ישנה ובמספר מקומות החיפוי החליד.

3 . חדר האחות משמש גם כחדר אוכל.

4 . חומר החיטוי לידיים ללא רישום תאריך פתיחה בכפוף להוראות היצרן.

בנין מחלקת הנוער א'

1**.**.רמת הניקיון במחלקה משביעה רצון.

2. הקירות במבנה זקוקים לחידוש צבע והקירות החיצוניים בחצר בתהליך שיפוץ.

3**.** פינוי/מיון כביסה נקיה על גבי האוגרים לכביסה מלוכלכת סידור פסול. -

4. בחצר הפנימית חסרה הצללה והריצוף אינו חלק ואינו תקין.

מחלקת הנוער ב'

1 . המחלקה עברה למבנה חדש ובהתארגנות פרט לחצר.

2 . חדר הבידוד ללא חלונות וללא מערכת אוורור.

3 . הכניסה לחדר הכביסה המלוכלכת דרך המחסן לכביסה נקיה סידור פסול. -

4 . חדר האוכל לצוות משותף ל - 2 המחלקות.

5 . בשירותים חסר סידור לנייר וסבון נוזלי.

מכבסה

- טרם תוקנו הליקויים מהדוח הקודם פרט לשיפור רמת הניקיון והחלפת

העגלות לכביסה נקייה.

אתר איסוף פסולת רגילה

- החצר בתהליך שיפוץ.

הערה

- לדברי הנציגים, תכנית השיפוץ של בית החולים ממשיכה בשנת 2017

מחלקת בריאות הסביבה

סיכום:

הביקורת מצביעה על שיפור מסוים בתנאי התברואה אך עדיין יש מקום להמשיך

ולשפר את התנאים התברואיים וכן הפיזיים/טכניים.

כאמור, הדוח אינו כולל התייחסות לנושא מערכות המים.

שלום סהר

מפקח מחוזי

**בקרה על שירותי הרוקחות**

1. רקע

מנהלת שירותי הרוקחות של בית החולים הינה הרוקחת קרן נס.

רוקחת אחראית, כמעט שלוש בתפקיד, מלאת מוטיבציה לקידום ושיפור תהליכים. שירותי הרוקחות בבית החולים כוללים 1.75 תקנים (היה תקן שלם וצמצמו ל- 0.75). עקב כך, פעילויות רבות בתחום ניהול איכות הטיפול התרופתי, הנדרשות מרוקח אחראי בבית חולים אינן מבוצעות.

הבקרה כללה בדיקה של בית המרקחת, פעילות שירותי הרוקחות וכן התנהלות תרופתית בשתי מחלקות: "גברים סגורה" ו-"תחלואה כפולה".

1. להלן ממצאי הבקרה שבנדון:
2. חוזקות
   1. צוות בית המרקחת הנו צוות מקצועי מאוד למרות מיעוט התקן ואי התאמתו לביצוע המטלות הנדרשות מרוקחות בית חולים לשם שמירה על איכות תהליכים, איכות הטיפול התרופתי בבית חולים, זמינות תרופות ועמידה בכל דרישות הוראות החוק ומשרד הבריאות.
3. תיקון ליקויים מבקרות קודמות
   1. נושא העדרם של חדרים ייעודים לפונקציות השונות בבית המרקחת טופל בחלקו.

נבנתה פינת מיהול ייעודית, אם כי אינה מעבדה, אך לפחות פעולות המיהול מבוצעות בתנאים הולמים.

ארון התרופות הועבר מחדר הרוקחת האחראית למחסן התרופות באופן המייעל את העבודה.

עדיין בהעדר מטבחון – העובדים אוכלים על שולחן העבודה

אין חדר הלבשה הולם

בניגוד לתקנות – אין גם חדר שירותים.

* 1. לא הוטמע נוהל 126 של אגף הרוקחות במחלקות בית החולים.
  2. לא הוטמעו הערות ביקורות קודמות בנושא אחסון תרופות במחלקות.
  3. הרוקחת האחראית עדיין לא מעורבת בפעילות ניהול סיכונים תרופתי של בית החולים.

1. תשתיות
   1. תשתיות בית המרקחת עדיין לא עומדות בדרישות החוק כמפורט בסעיף 2.1.
   2. מחסן התרופות אינו מתאים בגודלו לנפח הפעילות הנדרש.
   3. את הפסולת הרפואית מומלץ לאחסן במיכל פלסטיק נעול ולא בקרטון.
   4. במחלקות, הותקנו מקררים פרמצבטיים לאחסון תרופות קירור, אך לא הותקנו אמצעים לניטור טמפרטורה באופן רציף, זאת בניגוד לדרישות נוהל 126 של משרד הבריאות.
   5. במדי הטמפ' הידניים במחלקות נמדדת רק הטמפ' הנוכחית ואין מעקב אחר נקודות מינימום ומקסימום, כנדרש לשמירה על איכות התכשירים וכמוגדר בנוהל 126 של אגף הרוקחות.
   6. במקררים במחלקות, אין מערכת התרעה על חריגות טמפרטורה בזמן אמת.
   7. במחלקה "גברים סגורה", אזור אחסון התרופות נמצא במצב תברואתי ירוד: תאי התרופות דביקים, עובש באזור הכיור והקירות דורשים צביעה.
2. אחסון התרופות בבית המרקחת
   1. כיוון שגודל מחסן התרופות אינו מתאים בגודלו לנפח הפעילות הנדרש, קיימת צפיפות רבה במחסן התרופות באופן המקשה על עבודת צוות הרוקחות.
   2. אין שולחן עבודה מסודר, מחשב נייד נמצא על עגלה קטנה ניידת.
   3. יש להקפיד על נעילת מגירת הטוקסיקה.
3. אחסון התרופות במחלקות
   1. אין הקפדה על אחסון באריזות מקוריות או אריזות מוקטנות המסומנות ע"י בית המרקחת – זוהי הערה חוזרת.
   2. נמצא במגירות כדור ללא זיהוי כלל אף לא אצווה ותוקף.
   3. אין הקפדה על הפרדת תכשירים לשם ניהול סיכונים תקין, כך לדוגמא, במחלקת "גברים סגורה" נמצאו טיפות עיניים במקרר יחד עם תמיסות אינהלציה, ללא הפרדה וללא סימון ובמחלקת "תחלואה כפולה" נמצא כי ישנם תכשירים המאוחסנים רק במגירת הרזרבה, ללא סדר וללא הפרדה. זוהי הערה חוזרת.
   4. אין הקפדה על סימון תאריך פתיחה של אריזה בתפזורת, דבר הנדרש עקב קיצור חיי מדף מהפתיחה. כך למשל נמצא התכשיר: "אוגמנטין 875 מ"ג". הובהר כי, יש להעביר להשמדה תכשירים אשר אין מידע לגבי מועד פתיחתם ואשר לא ניתן לדעת האם עדיין בתוקף עקב קיצור חיי מדף. זוהי הערה חוזרת.
   5. תרופות פרטיות של מטופלים אינן תמיד מסומנות ככאלה.
   6. במחלקת "גברים סגורה" נמצא בקבוק "סליין" פתוח ובו נעוץ מזרק.
   7. נוזלים מאוחסנים בארון הרזרבה במדף העליון, יש להעבירם למדף התחתון.
   8. הצוותים הסיעודיים במחלקות אינם בקיאים בקריאת נתוני מדי החום.
4. ריסוק תרופות במחלקות
   1. לא בכל המחלקות קיימת רשימת תרופות האסורות בריסוק.
   2. במתן תרופות בריסוק מרסקים את כל התרופות יחדיו וזאת בניגוד להנחיות.
   3. במחלקת "גברים סגורה", חוצה וכותש הכדורים נמצאו לא נקיים.
   4. במתן תרופות בריסוק לעיתים נותנים את האבקה כאבקה וללא ערבוב בנוזל או ממס אחר וזאת ללא בדיקת הנושא מבחינת יעילות ואיכות.
5. אספקת תרופות מבית המרקחת למחלקות
   1. לעיתים התרופות מגיעות מבית המרקחת ללא אריזה מקורית ועלון והאריזות החלקיות אינן מסומנות כנדרש בהוראות החוק.
   2. בקבוקי "מתאדון" המסופקים למחלקות אינם נושאים מס' אצווה ואזהרות בטיחות.
6. תהליכי איכות
   1. בוצעה עבודה רבה בעדכון הנהלים של בית המרקחת וכן נהלים מערכתיים הקשורות לתרופות אך עדיין קיימים מספר נהלים שעדכונם טרם הסתיים ואין אינדקס נהלים מסודר הכולל פרוט של הנהלים כולל מספר גרסה ומועד עדכון אחרון.

זוהי הערה שעלתה במספר בקרות קודמות ונדרש להקצות משאבים לסיום התהליך.

* 1. מבוצעות בקרות רוקחיות במחלקות אך כיוון שאין תכנית מסודרת לבקרות ואין בקרה על הביצוע, ישנן מחלקות בהן מבוצעת בקרה בתדירות גבוהה לעומת מחלקות בהן לא בוצעה בקרה במהלך השנה האחרונה.
  2. הרוקחת האחראית עדיין אינה מעורבת בפעילות ניהול הסיכונים התרופתי של בית החולים.
  3. אין הקפדה על עירוב בית המרקחת בדוחות אירועים חריגים הקשורים בתרופות.

1. RECALL – קיים קלסר מסודר ומבוצע תיעוד כנדרש, אך אין הגדרה של תהליך למניעת כניסה מחדש של תכשיר אשר הוצאה בגינו הודעת RECALL.

**בכבוד רב,**

**מגר' מ. טריינין**

**הרוקחת המחוזית**

**סיכום הבקרה**

בתאריך שבנדון התקיימה בקרה רב תחומים לצורך חידוש רישיון. לציין כי חלק מהתחומים נבדקו לראשונה במסגרת בקרות הרישוי- וטרינריה ורשומת רפואית. ניכר כי , מושקעים משאבים רבים לפיתוח תשתיות פיזיות, פיתוח מקצועי של צוות סעודי רפואי ואחר וכן פעולות לשם שיפור איכות ובטיחות הטיפול .

בתחומים שנבדקו לעיל נמצאו ליקויים הדורשים טיפול ופורטו בגוף הדו"ח . חלקם דווח בדוחות התגובה כי תוקנו וחלקם בטיפול. בתחום בריאות הסביבה מצוין כי הנושא יטופל , אך אין התייחסות למועדי הביצוע. ליקויים משמעותיים נמצאו בתחום מניעת הזיהומים ודורשים התערבות מקצועית ברמה רוחבית תוך הטמעת תהליכי עבודה ע"פ הסטנדרטים. בקרה נוספת בתחום מניעת זיהומים תתקיים בתאום עם הנהלת בית החולים לקראת סוף מחצית שניה של שנת 2017.

סיכמו

גב' יאסקי אירית, ע' פסיכיאטר מחוזי לבקרה

דר' רחל מאור, רופאה פסיכיאטרית בצוות בקרה

גב' להפז טל דורות, עו"ס בצוות בקרה

גב' דנה יקיר, אחות בצוות בקרה

העתקים:

דר' טל ברגמן, ראש אגף בריאות הנפש

דר' רבקה שפר, רופאה מחוזית, מחוז תל אביב

דר' אהוד ססר, ראש מערך קליני, אגף בריאות הנפש

דר' עוזי שי, פסיכיאטר מחוזי, מחוז תל- אביב