**בקרה לצורך חידוש רישיון ב"ח באר שבע 2018 מחלקת נוער**

**כלי בקרה – מחלקת פסיכיאטרית (לרבות מחלקת אוטיזם)**

**כל הבקרה מבוסס על:**

* **נהלי בתי חולים פסיכיאטרים 40/1996**
* **נוהל אשפוז בי"ח פסיכיאטריים :**
1. **קבלה ואשפוז בבית חולים - 51.002 מתאריך 1.1.2016**
2. **ניהול תכנית טיפול באשפוז – 51.004 מתאריך 1.3.2016**
3. **הבטחת רצף טיפולי – 51.003 מתאריך 1.3.2016**
* **נוהל הגבלה פיסית של מטופלים לצורך מתן טיפול רפואי – 15/2009 – 2 באפריל 2009**
* **כלי בקרה בית חולים פסיכיאטרי 11/2010- מבוסס על תקנות טיפול בחולי הנפש התשנ"ב 1992**

כללי:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | תקין | לא תקין | חלקי | לא רלוונטי | הערות |
|  | **מבנה** |
| קיימת גישה נוחה למבנה / מחלקה | V |  |  |  |  |
| קיימת נגישות לנכים במבנה ( שיפועים מתונים להתגבר על מדרגות, ללא מכשולים, מעברים ופתחים בגודל המתאים) | V |  |  |  |  |
| קיימת אפשרות לנעילת דלתות בהן הדבר דרוש | V |  |  |  |  |
| במבנה אין מפגעים פיזיים | V |  |  |  |  |
| קיימים נהלי בטיחות | V |  |  |  |  |
| קיימים שירותים ומקלחות נפרדים נשים/ גברים | V |  |  |  |  |
| קיים חדר שירותים / מקלחת נגיש לבעלי מוגבלויות | V |  |  |  |  |
| במטבח מתקני אחסון הולמים ונקיים | V |  |  |  |  |
| קיים חדר אוכל נקי ומרווח | V |  |  |  |  |
| קיימת תחנת אחות המבטיחה פרטיות | V |  |  |  |  |
| קיים חדר רופא המבטיח פרטיות | V |  |  |  |  |
| קיים חדר לטיפול פרטני פסיכוסוציאלי המבטיח פרטיות | V |  |  |  |  |
| קיימת מיטה לבדיקה | V |  |  |  | קיים חדר טיפולים |
| **תנאים פיסיים** |  |  |  |  |  |
| קיים ניקיון סביר במחלקה | V |  |  |  |  |
| קיימים צרכי שינה לכל מטופל (מזרון חסין אש, כרית, סדין, שמיכה, ציפית, ציפה, כיסוי מיטה, שמיכת צמר) | V |  |  |  |  |
| קיים ריהוט אישי לכל מטופל (כסא , ארונית אישית, שולחן, אפשרות לאחסון חפצים אישיים, וילונות, תמונות וכדומה) | V |  |  |  |  |
| חולה המאושפז למעלה משנה נמצא בחדר בו עד- 4 חולים | V |  |  |  |  |
| לכל מטופל 1.5 מטר בחדר | V |  |  |  |  |
| החלונות בחדר תקינים: ניתנים לסגירה/פתיחה, פונים החוצה עם סידורי הצללה  | V |  |  |  |  |
| קיימת תאורה מתאימה (כולל תאורת חירום) | V |  |  |  |  |
| קיים מיזוג אוויר לחימום וקירור | V |  |  |  |  |
|  | **זכויות החולה** |
| קיימת כרזה עם זכויות חולים המוצגת במקום בולט ונוח לגישה | V |  |  |  |  |
| עובדי היחידה עונדים תגי זיהוי  | V |  |  |  |  |
| קיים נוהל טיפול בפניות הציבור | V |  |  |  |  |
| קיים רישום מפורט על פניות ותלונות מטופלים  | V |  |  |  |  |
| למטופלים ולמשפחותיהם נגישות לפרטים אודות פסיכיאטר מחוזי, ראש השירות ונציב קבילות הציבור | V |  |  |  |  |
| קיים טלפון ציבורי |  |  | V |  | קיים טלפון בתחנת אחיות המיועד לקבלת שיחות למטופלים  |
| נשמרים כללי הדת ואפשרות לשמירת שבת ומועדי ישראל וכן אפשרות למנהגי דת אחרים לפי הצורך  | V |  |  |  |  |
| קיימת כרזה עם מידע על סדר פעילות המחלקה | V |  |  |  |  |
| הנגשה לשונית ותרבותית – קיים מידע ע"פ הנדרש בנוהל לרבות מידע על פעילות המחלקה במספר שפות | V |  |  |  |  |
| הנגשה לשונית ותרבותית – קיימים פתרונות זמינים לצורך תרגום | V |  |  |  |  |
|  | **בטיחות ואבטחה** |
| הכניסה והיציאה מהמבנה מבוקרים | V |  |  |  | מצלצלים באינטרקום וצוות יוצא לפתוח |
| קיימים סורגים בחלונות | V |  |  |  | קיימת רשת פלדה |
| קיימים פתחי מילוט | V |  |  |  |  |
| קיים מקלט או חדר ביטחון | V |  |  |  | ממ"ד בכל אגף |
| קיימת תיקייה מאובטחת | V |  |  |  |  |
| קיימות הנחיות כתובות לטיפול בחולים מסוכנים | V |  |  |  |  |
| הצוות מכיר את ההנחיות לטיפול בחולים מסוכנים ואלימים | V |  |  |  |  |
|  | **טיפול שוטף** |
| רחצת חולה על פי נוהל מקומי | V |  |  |  | המקלחות פתוחות פעמיים ביום ב-7:20 ו-18:00 |
| קיום סדר יום וסדר שבועי  | V |  |  |  |  |
|  | **נהלים** |
| מחברת אירועים חריגים מנוהלת באופן תקין | V |  |  |  | ממוחשב |
| קיים קובץ נהלים פנימיים, עם תאריך החלת הנוהל, קביעת אחראי לביצוע הנוהל וחתימת הגורם שקבע את הנוהל | V |  |  |  |  |
| קיים קובץ נהלים / נגישות לנהלי משרד הבריאות בנושא אוטיזם לרבות מנגנון ריענון נהלים והטמעת נהלים חדשים | V |  |  |  |  |
| הצוות מכיר ופועל ע"פ חוזר מנכ"ל "טיפול בחשד לאלימות כנגד חסרי ישע המטופלים במערכת הבריאות" | V |  |  |  |  |
| קיימת רשימת התווית לחשד / איתור נפגעי אלימות במשפחה המיועדת לאנשי הצוות | V |  |  |  | תלוי בתחנה |
| מתקיימות תכניות הכשרה / הדרכה לצוותים בנושא אלמ"ב והצוות מודע ויודע לאן לפנות במקרה שלך חשד לאלימות  | V |  |  |  | קיימת וועדה מוסדית. פעם בשנה מתבצעת הרצאה. |
| המראה החיצוני של החולים סביר ללא סימני אלימות | V |  |  |  |  |
| המטופלים מדווחים על שמירה על כבודם ללא אמצעי ענישה | V |  |  |  |  |
|  | **צוות מקצועי** – לפרט את מספר אנשי הצוות ביחס לתקינה |
| קיים צוות מקצועי עם הכשרה בהתאם לתקנות (מנהל, רופא, עו"ס, פסיכולוג, סיעודי, אחר) | V |  |  |  |  |
| קיימת הדרכה קבועה לצוות מקצועי | V |  |  |  |  |
| מבוצעת הערכת תפקוד של עובדים לפחות אחת לשנה | V |  |  |  |  |

בקרה סיעודית:

|  |  |
| --- | --- |
|  | **חדר אחיות** |
| בחדר אחיות קיים כיור | V |  |  |  |  |
| קיים תכשיר לחיטוי ידיים / סבון אנטיספטי בהתאם לנוהל | V |  |  |  |  |
| קיימות מגבות חד פעמיות | V |  |  |  |  |
|  | **רישום ותיעוד** |
| בקבלת החולה מבוצעת קבלה סיעודית ואומדנים | V |  |  |  | בקבלה נרשם על מטופלת שאין לה רגישות לפניצילין כשבפועל המטופלת רגישה. |
| המצאות דוח מעקב סיעודי בכל משמרת לרבות פרוט הוראות רפואיות כולל חתימה וחותמת האחות | V |  |  |  | ממוחשב |
| קיים תיעוד לרישום סיעודי לגבי מתן תרופות לחולה הכולל תיעוד מתן התרופה לרבות נטילתה, שעת מתן וחתימה וחותמת של נותן התרופה | V |  |  |  |  |
| קיים תיעוד להכנת החולה+ משפחתו לקראת שחרור | V |  |  |  |  |
| קיים גיליון סיכום סיעודי לחולה משתחרר הזקוק להמשך כולל חתימה וחותמת האחות | V |  |  |  |  |
| קיים דיווח לגורמים המתאימים על היעדרות המטופל | V |  |  |  |  |
|  | **תרופות ועגלת החייאה** |
| נצפה ארון תרופות סגור ונגיש לצוות מקצועי בלבד | V |  |  |  |  |
| כל התרופות נמצאו באריזות מקוריות | V |  |  |  |  |
| נצפה ארון תרופות מסודר, בסידור א-ב או ארגון שיטתי אחר | V |  |  |  |  |
| קיימת עגלת החייאה תקנית: בלון חמצן מלא + רישומי מעקב | V |  |  |  |  |
| בדיקת עגלת ההחייאה /תיק נערכת אחת לשבוע | V |  |  |  |  |
| הצוות הסיעודי ורפואי עבר עדכון בביצוע החייאה בשנתיים האחרונות | V |  |  |  |  |

שרות סוציאלי:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | תקין | לא תקין | חלקי | לא רלוונטי | הערות |
| קיים מתחם ייעודי / חדר לעו"ס | V |  |  |  |  |
| קיים מידע זמין במחלקה לגבי שרות עו"ס |  | V |  |  | אין שילוט על שעות הימצאות העו"ס במחלקה |
| קיימים נהלים פנימיים לעו"ס | V |  |  |  |  |
| קיים קשר עם משפחות החולים  | V |  |  |  |  |
| עו"ס מהווה גורם מייעץ לאנשי הצוות במחלקה | V |  |  |  |  |
| קיימת רשומת עו"ס נפרדת בתיק החולה | V |  |  |  |  |
| קיימת הערכה פסיכוסוציאלית הכוללת הגדרת בעיות וצרכים | V |  |  |  |  |
| רישום מהלך התערבות לאחר כל פגישה | V |  |  |  |  |
| מכתב שחרור כולל המלצות עו"ס | V |  |  |  |  |

ניהול תכנית קבלת מטופל לאשפוז, טיפול באשפוז והבטחת רצף טיפולי:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | תקין | לא תקין | חלקי | לא רלוונטי | הערות |
|  | **קבלת חולה לאשפוז** |
| לחולה המתקבל לאשפוז במחלקה מבוצעת בדיקה רפואית - גופנית ונפשית  | V |  |  |  |  |
| לחולה שמתאשפז מבוצעת קבלה סיעודית ואומדנים | V |  |  |  |  |
| במידה ולמטופל שאושפז בהסכמה מונה אפוטרופוס על גוף, זה עודכן בדבר האשפוז. | V |  |  |  |  |
| המטופל ובהתאם לנסיבות משפחתו מודרכים ע"י צוות רפואי אודות: זכויות וחובות המטופל, שירותים הניתנים במחלקה, אוריינטציה במחלקה, שיקולים להחלטה הרפואית, טיפולים מוצעים, ממצאי בדיקות, אבחנה משוערת | V |  |  |  |  |
|  | **רשומות רפואיות (כל איש צוות מתעד את הנושאים שבתחום אחריותו וסמכות** ) |
| רופא מתעד תיאור אובייקטיבי, תלונות סובייקטיביות, סטטוס, ממצאים והמלצות לפחות 2 פעמים בשבוע במחלקה אקוטית ו- 1 לשבוע במחלקה כרונית.  | V |  |  |  |  |
| קיים תיעוד שינוי ססטוס חוקי של המטופל ע"י הרופא | V |  |  |  |  |
| צוות סיעודי מתעד טיפול והתערבות סיעודית בכל משמרת | V |  |  |  |  |
| פסיכולוגים, עו"ס ושאר צוות טיפול מתעדים את תוכן ההתערבויות ומפגשים לאחר כל פגישה | V |  |  |  |  |
|  | **ניהול תכנית טיפול באשפוז** |
| לכל מטופל ממונה מנהל מקרה עד 48 שעות מקבלתו אשר שמו מוגדר ברשומות. | V |  |  |  |  |
| תכנית טיפול ראשונית נקבעת ע"י רופא עד 24 שעות מקבלת המטופל | V |  |  |  |  |
| מתבצעת הערכת מסוכנות לחולה ע"י רופא וצוות סיעודי תוך 3 ימים מקבלתו | V |  |  |  |  |
| תכנית טיפול נכתבת תוך 5 ימים מקבלת מטופל למחלקה | V |  |  |  |  |
| תכנית טיפול כוללת התייחסות לאלמנטים גופניים, בדיקות מעבדה, הדמיה, ייעוציים, מעורבות גורמים פרה רפואיים, הערכה פסיכוסוציאלית. אפוטרופסות , טיפולים רלוונטיים אחרים. | V |  |  |  |  |
| המטופל הוצג בישיבת צוות לא יאוחר מ- 5 ימים מקבלתו והדיון מתועד  | V |  |  |  |  |
| מעקב ובדיקה רפואית מבוצע לפחות אחת לשבוע ע" מתאם טיפול  | V |  |  |  |  |
| קיימים נימוקים רשומים לשינוי בתרופות | V |  |  |  |  |
| קיים תיעוד להנחיות של דיאטנית בתיק המטופל | V |  |  |  |  |
| תכנית הטיפול מאושרת ע"י מנהל המחלקה או מי מטעמו אחת לשבוע | V |  |  |  |  |
| הערכת טיפול לחולים ממושכים מבוצעת לפחות כל 3 חודשים | V |  |  |  |  |
|  | **אפוטרופסות** |
| מתקיים תהליך מינוי אפוטרופוס במידת הצורך |  |  |  | V |  |
| מתקיים תהליך ביטול / החלפת אפוטרופוס במידת הצורך |  |  |  | V |  |
|  לצורך מינוי אפטרופוס, ביטול או שינוי, רופא מומחה רושם תעודת מומחה |  |  |  | V |  |
| קיים רישום כשרות משפטית של המטופל ע" רופא מטפל ברשומות רפואיות |  |  |  | V |  |
| קיים דו"ח סוציאלי ע"י עו"ס |  |  |  | V |  |
| קיים רישום כשרות משפטית של המטופל ע" צוות סיעודי ברשומות סעודיות |  |  |  | V |  |
|  | **הזמנה להתערבות טיפולית** |
| קיים תיעוד התוויה ורציונל קליני להזמנות לביצוע הדמיות ובדיקות מעבדה | V |  |  |  |  |
| הזמנות נרשמות במיקום אחיד ברשומות המטופלים | V |  |  |  |  |
| קיים תיעוד הליכים וטיפולים שבוצעו לחולה ותוצאותיהם ברשומת המטופל | V |  |  |  |  |
|  | **תאום טיפול** |
| מתאם הטיפול מוודא ביצוע תכניות טיפול והתאמתן למצבו של המשתנה של המטופל | V |  |  |  |  |
| במידה והמטופל ממשיך בסטטוס טיפול יום , מתאם הטיפול ממשיך את ניהול המקרה | V |  |  |  |  |
| תואם תור להמשך טיפול בקהילה | V |  |  |  |  |
|  | **העברת מידע / שחרור חולה** |
| במועד העברת המטופל / שחרור מתאם הטיפול מעביר טופס הפניה / סכום מידע על המטופל הכולל: סיבת אשפוז, אבחנות, מצב גופני ונפשי בעת העברה, טיפול תרופתי ואחר. הנחיות להמשך טיפול, בני משפחה / אפוטרופוס, סיבה להעברה והמלצות | V |  |  |  |  |
| נכתב סיכום מחלה מלא בתוך שבוע משחרור המטופל | V |  |  |  |  |
| קיים שיתוף המשפחה בתהליך השחרור | V |  |  |  |  |
| קיימת יצירת קשר עם הגורם הקולט בקהילה ( רפואי, שיקומי, סוציאלי) | V |  |  |  |  |

בידוד וקשירה:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | תקין | לא תקין | חלקי | לא רלוונטי | הערות |
|  | **רישום כללי** |
| הגבלה פיסית של מטופל נעשית לאחר שמוצו האפשרויות האחרות העומדות לרשות הצוות. הנימוקים והאפשרויות מתועדים ברשומות.  | V |  |  |  | קיים נוהל פנימי "הגברת קשב" על מנת לצמצם את כמות ההגבלות. |
| קיימת רשימת חולים לגביהם ניתנו הוראות בדבר הסתכלות, השגחה ואמצעי הגבלה ברשומות הסיעוד בכל משמרת | V |  |  |  |  |
|  | **חדר קשירה** |
| חולים הזקוקיםלקשירה למיטה ייקשרו רק בחדר המיועד לכך. | V |  |  |  |  |
| קיימות לא יותר מ- 3 מיטות קשירה בחדר. | V |  |  |  |  |
| קיים מזרן חסין אש בכל מיטה. | V |  |  |  |  |
| קיימים גלאי עשן. בקרבת החדר נמצא ציוד מתאים ותקין לכיבוי אש. | V |  |  |  |  |
| קיימת מערכת אוורור. | V |  |  |  |  |
| קיים ריהוט הכרחי בלבד. | V |  |  |  |  |
| החדר נגיש ובטווח ראיה מתחנת אחות. | V |  |  |  |  |
| קיימת דלת הניתנת לנעילה. | V |  |  |  |  |
| קיימים אמצעי קשירה תקניים. | V |  |  |  |  |
| אין אפשרות גישה חופשית מלבד הצוות המטפל לחולה המוגבל. | V |  |  |  |  |
|  | **תיעוד ורישום קשירה** |
| קיים ספר קשירות תקני ובו רישום של הפרטים הנוגעים לקשירה – שעת הקשירה, שם הרופא וחתימתו. | V |  |  |  |  |
| קיימות הוראות בדבר שימוש באמצעי הגבלה או כפיה חתומות על ידי רופא בדף הוראות ובספר קשירות **.** | V |  |  |  |  |
| במצב חרום ובהעדר רופא , בו בוצעה קשירה בידי אח/ ות אחראי/ת. התקיים רישום בספר קשירות וברשומה הסעודית של הפרטים הנוגעים לקשירה, שעת הקשירה, שם הרופא אליו פנו ושעת הפניה ושעת הגעת הרופא. | V |  |  |  |  |
|  רישום ביצוע ותיעוד אומדנים אחת לשעתיים הכוללים : הכרה, מידת שיתוף פעולה וצורך בהמשך הגבלה, אמדן גפיים, שינוי תנוחה. | V |  |  |  |  |
| איש צוות מבקר את המטופל אחת לחצי שעה למתן מענה לצרכים בסיסיים. | V |  |  |  |  |
| משך הקשירה המותר הוא עד 4 שעות, בתום פרק הזמן החולה נבדק ע"י הרופא. | V |  |  |  |  |
| ב מידה והוארכה הקשירה לפרקי זמן נוספים של עד 4 שעות. הארכה תכלול הערכת מצבו הנפשי של החולה ורישום הממצאים והוראה.  | V |  |  |  |  |
| במידה והמטופל הוגבל לפרק זמן רצוף העולה על 24 שעות קיים אישור מנהל מחלקה. | V |  |  |  |  |
|  במקרה שצריך להעביר את החולה לטיפול או לשירותים ומקלחת החולה מותר בליווי של 2 אנשי צוות לפחות. | V |  |  |  |  |
| במידה והאח /ות מגיע/ה למסקנה כי ניתן להתיר את החולה ולבטל את הוראת הקשירה, האח/ות מדווח/ת על כך לרופא, רושמ/ת בספר קשירות את שעת ביטול הקשירה, שם הרופא אליו פנו ושעת הפניה.  | V |  |  |  |  |
|  | **חדר בידוד** |
| קיים חדר ייעודי לבידוד חולה.  | V |  |  |  |  |
| חדר הבידוד קרוב לתחנת האחות. | V |  |  |  |  |
| בחדר בידוד ישנה אפשרות נעילה של החדר מבחוץ. | V |  |  |  |  |
| בחדר מתוכנן בצורה שאינה מאפשרת פגיעה עצמית. | V |  |  |  |  |
| בחדר בידוד אין חומרים דליקים. | V |  |  |  |  |
| בחדר בידוד קיים גלאי עשן ובקרבתו ספרינקלר. | V |  |  |  |  |
| בחדר בידוד יש אינטרקום דו כיווני. | V |  |  |  |  |
| בחדר מצלמות במעגל סגור עם מסוף לתחנת אחות.  | V |  |  |  |  |
| קיים מיזוג אויר כולל אויר צח. | V |  |  |  | אין חלון. |
|  קיימת תאורה בשליטה חיצונית. | V |  |  |  |  |
|  | **תיעוד ורישום בידוד** |
| קיים ספר קשירות / בידוד  | V |  |  |  |  |
| קיימות הוראות בדבר הכנסה לבידוד על ידי רופא בדף הוראות בספר | V |  |  |  |  |
| קיים תיעוד מצבו של החולה בבידוד אחת לשעה לפחות על ידי הצוות הסיעודי. | V |  |  |  |  |
| במידה והאח /ות מגיע/ה למסקנה כי ניתן לבטל את הוראת הבידוד, האח/ות מדווח/ת על כך לרופא, רושמ/ת בספר את שעת ביטול הבידוד, שם הרופא אליו פנו ושעת הפניה. | V |  |  |  |  |
| במקרה שצריך להעביר את החולה לטיפול או לשירותים יש צורך בליווי של איש צוות לפחות. | V |  |  |  |  |