www.health.gov.il

משרד הבריאות
לחיים בריאים יותר

מינהל הרפואה
האגף לרפואה כללית
General Medicine Department

דוח בקרת מרכז רפואי ע"ש ד"ר ח. שיבא, תל-השומר

19/04/2017

הדוח נכתב על ידי האגף לרפואה כללית

י"א חשון תשע"ח
31/10/2017
סימוכין: 1265668

לכבוד
פרופ' יצחק קרייס
מנהל מרכז רפואי ע"ש ד"ר ח. שיבא, תל-השומר

שלום רב,

הנדון: סיכום הבקרה שנערכה במרכז רפואי ע"ש ד"ר ח. שיבא, תל-השומר בתאריך ה-19/04/2017.

רצ"ב
1. **טיוטת דוח** בקרת צוות האגף לרפואה כללית, וצוות לשכת הבריאות מחוז תל אביב 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 מילוי 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 בית החולים, 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
3.5 היגדים להתייחסות שסומנו כתקינים חלקית
4. הנחיות לשיפור בתחומי הבקרה לפי לוחות זמנים.

טבלת ציונים בתחומי הבקרה

תחום המבדק	כושל	חלש	טעון שיפור	טוב	טוב מאוד	מצוין
	0-50	51-70	71-85	86-90	91-95	96-100
1. מינהל בית החולים					91	
2. מינהל רפואה					93	
3. סיעוד ובטיחות המטופל ביחידת האשפוז						100
4. הרדמה						97
5. מערכות הנדסיות ותשתיות					91	
6. בטיחות החולה בחדר ניתוח						96
7. בטיחות החולה בחדר התאוששות						100
8. מעבדות כללי						98
9. מעבדות מקצועיות					94	
10. מניעת זיהומים						98
11. החייאה				86		
12. בריאות הסביבה		63				
13. גריאטריה		63				
14. רוקחות			73			
15. מניעת אלימות						100
16. רשומות ומידע רפואי						98
17. תזונה ומזון - דיאטה				90		
18. תזונה ומזון - הנהלה		68				
19. פיזיותרפיה						100
20. עבודה סוציאלית					93	
21. קלינאות תקשורת					94	
22. ריפוי בעיסוק					95	
23. פסיכולוגיה						97

24. ניקוי וחיטוי מכשירים אנדוסקופים				88		
25. דיאליזה מבוגרים				86		
26. דיאליזה אלקטיביים				86		
27. בריאות השן - מחלקת אשפוז						100
28. בריאות השן - מרפאות חוץ פה ולסתות			81			
29. בריאות השן - מרפאת שיניים			81			
30. בריאות הנפש - מחלקה						98
31. ריפוי בעיסוק במחלקה פסיכיאטרית		70				
32. הוועדה להפסקת הריון						100
33. רישום סרטן					91	
34. רישוי						

נתונים כלליים על בית החולים

פרטי מנהל/ת בית החולים:

שם המנהל הרפואי:	פרופ' יצחק קרייס	מספר רישיון רפואי:	21870
מומחיות:	רפואה פנימית	מס' רישיון מומחה:	17552
מומחיות:	מנהל רפואי	מס' רישיון מומחה:	34112

פרטי סגן המנהל הרפואי:

שם סגן המנהל הרפואי:	ד"ר אייל צימליכמן	מס' רשיון רפואי:	31521
מומחיות:	רפואה פנימית	מס' רישיון מומחה:	26601
מומחיות:	מנהל רפואי	מס' רשיון מומחה:	34002

פרטי סגן המנהל הרפואי 2:

שם סגן המנהל הרפואי:	ד"ר אמיתי זיו	מס' רשיון רפואי:	21760
מומחיות:	רפואת ילדים	מס' רישיון מומחה:	15472
מומחיות:	מנהל רפואי	מס' רשיון מומחה:	20587

פרטי מנהל/ת הסיעוד:		
שם מנהל/ת הסיעוד	בתפקיד משנת	קורס על בסיסי
ד"ר עמיר גרינברג	2016	

שם המנהל האדמיניסטרטיבי:
מר גלעד נבו

היקף פעילות לשנה קלנדרית אחרונה	
פעילות	**ערכים**
מספר ימי אשפוז:	592,544
אחוז תפוסה ממוצע:	104.73%
אורך אשפוז ממוצע בחטיבה כירורגית (לא כולל אשפוז יום):	5.39
אורך אשפוז ממוצע בחטיבה פנימית (לא כולל אשפוז יום):	4.1
מספר ניתוחים (סה"כ כולל ניתוחים באשפוז יום):	47,207
מספר ביקורים במיון:	178,813
אחוז המתאשפזים מתוך הפונים למיון:	34.46%
מספר ביקורים במרפאות:	1,389,273
מספר לידות:	10,033
אחוז ניתוחים קיסריים מכלל הלידות:	25.4%

מצבת כ"א (מועסקים מכל הסקטורים)		
מקצוע	**מספר עובדים**	**מספר משרות**
רופאים מומחים:	904	749
אחיות:	2297	1980
כוח עזר:	436	383
רופאים (שאינם מומחים):	555	472
סה"כ:	7774	6452
מינהל ומשק:	1878	1687
פרא-רפואיים:	1704	1181

תעודת הרישום של בית החולים	
פעילות	**ערכים**
תוקף תעודת רישום:	01/09/2017
מספר מיטות אשפוז:	1532
מספר מיטות אשפוז יום:	110
מספר חדרי ניתוח:	29
מספר עמדות התעוררות:	44
מספר עמדות רפואה דחופה:	49
מספר חדרי לידה:	14
מספר מרפאות:	161
מספר מכונים:	48
מספר מעבדות:	33
הרשאות עפ"י חוק:	בנק זרע, הפסקת הריון, דיקור מי שפיר, הפרית מבחנה
מספר מחלקות/ מכונים/ יחידות/ מרפאות המוכרים להתמחות:	79
מספר יחידות מקצועיות מיוחדות:	80

מכשירים רפואיים מיוחדים	טומוגרפיה פליטת פוזיטרוני PET.C.T ליטוטריפטר LITHOTRIPTERS מערכת הדמיה כירורגית MRA-O O-ARM מערכת חמצון חוץ גופי ECMO מערכת סטראוטקטית לרדיוכירורגיה S.R.S מערכת סריקה של פליטת קרני גמה G.CA מערכת רובוטית לביצוע ניתוחים ROBOTIC SURGERY SYST מערכת רנטגנית לצילום וצינתור ראש R.F.U.N מערכת רנטגנית לצילום כלי דם R.F.U.A סורק - סימולטור C.T. - SIMULATOR סורק T.C נייד לנוירוכירורגיה סורק תוך ניתוחי בתהודה מגנטית - פחות מ 5.0 טסלה I-MRI 2 מערכת סריקה של פליטת קרני גמה - מצלמה יעודית G.CA 3 מערכת רנטגנית לצנתור לב וכלי דם כליליים R.F.U.C 3 סורק C.T. 4 מצלמת גמא משולבת T.C SPECT C.T 4 סורק בתהודה מגנטית M.R.I 5 מאיץ קווי LINEAR ACCELERATORS:

תחומי הבקרה - ממצאים

מינהל בית החולים

ממצאים לשימור

ניהול סיכונים. חלוקת תפקידים ברורה בין הסגנים ופעילות נמרצת לשיפור בכל התחומים הנבדקים אף מעבר לדרישות הקבועות בנהלי המשרד.

תקציר הממצאים העיקריים

מידע כללי

פועלות בבית החולים כל הוועדות הנדרשות. בנוסף לועדה למניעת זיהומים פועלת ועדת ANTIBIOTIC STEWARDSHIP היו"ר פרופ גליה רהב
בועדה לשיפור אייכות הטיפול ובטיחות מאושרים גם פרוטוקולים קליניים ומדדי איכות מוסדיים חלקם קליניים .בכל מחלקה נמצא לוח איכות ובטיחות כל מחלקה נבחרו 5 מדדים מחלקתיים.
פעילות הוועדה לניהול סיכונים כוללת שימוש בטאבלטים שמציגים למטופלים סרטונים על מניעת נפילות והמטופלים יכולים לבצע משוב על ביצוע הגיינת ידיים של מטפלים.

פרק 1 - הסכמה מדעת

תהליך מסירת העתק טופס הסכמה לאחר חתימתו נמצא בהטמעה.

פרק 2 - דיווחים למשרד הבריאות

דיווחים על אירועים חריגים מדווחים למשרד הבריאות כנדרש.

פרק 3 - זכויות החולה

בית החולים אוכף את חוק זכויות החולה .

פרק 4 - בטיחות

ביה"ח מקצה מקור כלכלי מתקציבו לכיסוי אחריות מקצועית הרופאים מכוסים דרך הר"י והאחיות דרך מדנס.

פרק 5 - היחידה לבטיחות הטיפול

היחידה לבטיחות הטיפול פועלת בהיקפים גדולים. איוש התפקידים ביחידה בחסר.

פרק 6 - חיסון עובדי בריאות חדשים ועובדים ותיקים החשופים לדם

הכיסוי החיסוני של העובדים החדשים, מלא. הכיסוי החיסוני של העובדים הותיקים בחסר

פרק 7 - יכולת אחזור נהלים

נהלי משרד הבריאות זמינים במחשבים

פרק 8 - בקרת רישומים פליליים לעובדים חדשים

מבוצעת בקרת רישום פלילי ו/או רישום עברות מין לכל עובד חדש

פרק 9 - בקרת תורים לניתוח

משך המתנה ממוצע לניתוח בכירורגיה כללית 32 יום

סיכום

הנהלת בית החולים פועלת בהתאם לנהלים עד כמה שניתן בכל התחומים. במקרים בודדים נמצאה אי עמידה חלקית, נקודות אלו נמצאות בתהליכי הטמעה ושיפור. חשוב להדגיש את צורך אסדרת העמידה בנהלי הכבאות בנקודות שטרם קיבלו אישורים בהקדם.

היגדים להתייחסות שסומנו כתקינים חלקית
היגד
פרק 6 - חיסון עובדי בריאות חדשים ועובדים ותיקים החשופים לדם
6.9. חיסון עובדי בריאות ותיקים לפוליו
6.10. חיסון עובדי בריאות ותיקים לטטנוס
6.11. חיסון עובדי בריאות ותיקים ל MMR
6.12. חיסון עובדי בריאות ותיקים לאבעבועות רוח
6.13. חיסון עובדי בריאות ותיקים לתבחין טוברקולין
6.14. חיסון עובדי בריאות ותיקים ל HBV
6.15. חיסון עובדי בריאות ותיקים לדפתריה
היגדים להתייחסות שסומנו כבלתי תקינים , הדורשים התייחסות ע"פ לו"ז מופיעים בטבלה בסוף המסמך.

מינהל רפואה

ממצאים לשימור

התיקים הרפואיים מסודרים, ברורים, כל המידע כתוב בצורה מפורטת ומאורגנת.
המערכת הממוחשבת כוללת התרעה לרופא המטפל במקרה של יעוצים שטרם התבצעו או קבלת תוצאות יעוץ חדשות.
שימוש בטפסי הסכמה יעודיים לפרוצדורות כירורגיות.

תקציר הממצאים העיקריים

פרק 1 - רשומה רפואית – איכות תיעוד הקבלה

למעט העדר סקירת מערכות, הקבלה הרפואית תקינה.

פרק 2 - הסכמה מדעת לפעולות פולשניות

ישנו שימוש בטפסים יעודיים של הסכמה מדעת עבור פרוצדורות שונות.

פרק 3 - איכות תיעוד רשומות מעקב יומיות

הרשומות מלאות ושלמות ממוחשבות "קמליון" ו"מטה וישן"

פרק 4 - איכות כתיבת הוראה לטיפול תרופתי

הוראות הטיפול התרופתי ממוחשבות. לצד ההוראות חסרה חתימה וחותמת אך קיים שם ומספר רשיון של נותן ההוראה.

פרק 5 - איכות רשומות שחרור

מכתבי הסיכום כוללים את כל הפרטים הנדרשים

פרק 6 - רמת מיחשוב הרשומה הרפואית

הרשומה הרפואית ממוחשבת ומלאה . מסמכים מועברים אלקטרונית ברשת.

פרק 7 - רשומת חולה במיון

רשומת החולה במיון, תקינה.

פרק 8 - איכות מכתב שחרור חולה ממיון

מכתבי השחרור מודפסים כוללים את כל המידע הנדרש. צוות שתפקידו להעריך את עבודת הרופאים שקיבלו אישור לשחרר חולים מהמלר"ד נמצא כעת בהליכי גיבוש.

פרק 9 - חולים מעוכבים במיון

קיימת מחלקת השהיה אליה מועברים מטופלים מהמיון, כך שלא ניתן להעריך באופן מדוייק זמן שהייה במיון.
בזמן השהייה במחלקת ההשהיה, האחריות הטיפולית הינה של אנשי צוות מחלקת ההשהיה. לכן, לא נבדקה המצאות נוהל פנימי כתוב המסדיר העברת האחריות על מאושפז במיון אל מחלקת האשפוז.

פרק 10 - תורנים וכוננים בחדר מיון

תורני מיון בכל המקצועות נמצאים זמינים בבית החולים בכל שעות הפעילות.

פרק 11 - רופאים אחרי תורנות

הועדה ל"אישור עבודה לאחר תורנות" נמצאת בתהליכי גיבוש. אין אישור הועדה עבור מקרים פרטניים בהם אין באפשרות בית החולים לשחרר את הרופא לחופשה לאחר תורנות.

סיכום

נציגי לשכת הבריאות ביקרו במחלקה פנימית ג', מחלקה כירורגית ב', וכן במיון, מלווים מטעם המרכז הרפואי שיבא: ד"ר שירי טננבאום, ד"ר דורית טקס-מנובה. כל התיקים במחלקות ובמיון ממוחשבים, ישנו תיעוד יומי ומסודר של הביקורים ושל התייעצויות נדרשות. בכל התיקים ישנם קבלה רפואית וקבלה סיעודית. תוצאות המעבדה מסודרות. טפסי הסכמה יעודיים לניתוח ולהרדמה מסודרים כולל מדבקה עם הפרטים של המטופל, באחד מטפסי ההרדמה חסר שם ומספר הרשיון של הרופא המרדים.

בתיקים שנבדקו לא היתה התייחסות באנמנזה לסקירת המערכות.

בחלק מהתיקים נעשה חלק מהרישום של המעקב היומי על ידי סטאג'ר ולכן חסרים מספרי רשיון וחותמת. במקרים הללו יש להקפיד על חתימה וחותמת ידנית/ממוחשבת של הרופא המטפל או של הרופא המפקח על הסטאג'ר.

בביקור במיון לא נמצאה רשימת התורנים והכוננים תלויה במקום גלוי לעין, יש לתלות במקום בולט רשימה מעודכנת.

קיים קושי בהערכת זמן השהיה של מטופל במיון עקב קיומה של מחלקת השהייה אליה מועברים חלק מהמטופלים. בשל קיומה של מחלקת ההשהיה לא נבדק קיום נוהל פנימי לגבי העברת האחריות על המטופל מהמיון למחלקה המאשפזת.

בתשאול רופאים מתמחים, לעתים מסתיימת התורנות לאחר השעה 08:00 או 10:00.

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

סיעוד ובטיחות המטופל ביחידת האשפוז

ממצאים לשימור

הטיפול הסיעודי מנוהל ע"פ סטנדרט גבוה, בהתאם להנחיות משרד הבריאות וה- JCI. הנהלת הסיעוד מובילה תהליכים ארגוניים ותהליכי איכות רב-מקצועיים. תוכניות עבודה מפרטות עמידה ביעדים מדידים, והצבת יעדים ארגוניים וקליניים רלוונטיים לקידום התהליך הסיעודי במטופלים, להעצמה ולמיצוי פוטנציאל הצוות הסיעודי. ראוי לציון מערך השמירה על כשירות מקצועית של הצוות הסיעודי ע"פ תחום, דרגה ותפקיד ותוכניות לפיתוח מקצועי בהתאמה.

תקציר הממצאים העיקריים

פרק 1 - כללי

הוצגו: סיכום פעילות הסיעוד ע"פ יעדים מדידים עבור שנת 2015-2016 ויעדי הסיעוד ל- 2017. בחוברת המסכמת את פעילות הסיעוד בשנים הללו ובשנים הקודמות (בחלק מהיעדים החל משנת 2003), ניתן לראות ניתוח היעדים בפילוחים שונים וברמות שונות, תוך השוואה בין המחלקות והתחומים.
הטיפול הסיעודי מתנהל ע"פ סטנדרט גבוה ובהתאם להנחיות משרד הבריאות וה- JCI.

פרק 2 - פיתוח מקצועי

עמידה מלאה ככל היעדים שהוזכרו לפיתוח מקצועי.
נבדק ע"פ רשומות קורסים והשתלמויות חוץ ופנים מוסדיות בהנהלת הסיעוד, במחלקות אשפוז וע"פ חוברת סיכום פעילות הסיעוד לשנת 2016 ויעדי הסיעוד ל- 2017.
לכל אחות, ע"פ תחומה קיים דף תיאור עיסוק, ועבור כל אחות נערך דו"ח כשירות מקצועית.
99.9% מהאחיות עברו רענון החיאה כנדרש.

פרק 3 - אירועים חריגים

כ- 8000 אירועים חריגים בשנה. דיווח על אירועים חריגים / כמעט אירוע נערך ע"י כל עובד.
הטיפול באירוע חריג וכמעט אירוע נערך ע"פ הסטנדרט. הוצגו מספר אירועים חריגים בתחום הסיעוד, תהליך תחקור האירוע, הפקת לקחים ומניעת השענות הבעיה. תחקירים מופצים לשטח האחיות עברו תקורס תחקור.

פרק 4 - ניהול מחלקת אשפוז

נערכות ישיבות צוות ברמות שונות: הנהלת הסיעוד, אחיות האחראיות במחלקות, ישיבות צוות מחלקתיות. הוצגו פרוטוקולים מלאים מתועדים כנדרש.

פרק 5 -בטיחות המטופל ביחידת האשפוז

בטיחות החולה באשפוז נבדקה במחלקה פנימית ובכירורגיה. סביבת החולים ללא ממצעים חריגים, ע"פ הסטנדרט.

פרק 6 - רשומות קבלה

תיק סיעודי ממוחשב, נוח, קיימת גישה לתיק רפואי ויועצים רלוונטיים.
לא נמצאו מטופלים עם פצעי לחץ במחלקות שנסקרו (אומדן פצע לחץ). נעשים אומדנים רלוונטיים, כולל אומדן פצע ניתוח, כאב, תזונה, ניידות, עור, ועוד. כנדרש.

פרק 7 - רשומות המעקב

תיק סיעודי ממוחשב, תיעוד המעקב מלא.

פרק 8 - רצף טיפולי

השחרור הסיעודי נערך בהתאם לחוזר מנהל הסיעוד 118/2016

פרק 9 - סמים מסוכנים

ניהול בסמים המסוכנים נבדק במחלקה כירורגית. נמצא תיעד מלא.

פרק 10 - ניהול הטיפול התרופתי

ניהול הטיפול התרופתי נבדק במחלקה פנימית וכירורגית., מבוצע כנדרש.

סיכום

הטיפול הסיעודי מוענק ע"פ הסטנדרט. לא נמצאו ליקויים בבקרה.

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

הרדמה

ממצאים לשימור

מערך הרדמה מאורגן טוב ופועל באופן מקצועי וברמה טובה מאד, בהתאם לסטנדרטים המקובלים.

תקציר הממצאים העיקריים

מידע כללי

חדר ניתוח פעיל מאד, כ- 42000 ניתוחים בשנה שליש מהניתוחים דחופים.
רופאים העובדים במרפאת הכאב לא עובדים כמרדימים בחדר ניתוח

פרק 1 - חדרי ניתוח

מרפאה טרום ניתוחית ומרפאת כאב פעילות כל יום באופן אינטנסיבי.

פרק 2 - כ"א

מצבת כוח האדם תקינה, כל המרדימים עברו השתלמות ACLS

פרק 3 - התאמת התנאים הפיזיים

חדר ניתוח מופעל ומאורגן היטב, פרוזדור חדר ניתוח עמוס בציוד ונראה כמו מחסן. חסר פתח מן החדרים להוצאת ציוד ל"פרוזדור מלוכלך".

פרק 4 – ציוד חיוני במתחם חדרי הניתוח

ציוד בחדר ניתוח מגוון ומתוחזק היטב.

פרק 5 – מאפיני מכונות ועמדות הרדמה

מכונות ההרדמה והעמדות. בהתאם לנדרש.

פרק 6 – המצאות תיעוד טרום / פוסט ניתוחי בתיק החולה

תיעוד טרום/פוסט ניתוחי מבוצע באופן מלא

פרק 7 – שלמות איסוף הנתונים לפני הרדמה

איסוף הנתונים לפני הרדמה מבוצע באופן מלא

פרק 8 – שלמות איסוף הנתונים במהלך ההרדמה

תעוד הנתונים במהלך ההרדמה מתבצע כנדרש.

פרק 9 – שלמות תיעוד בדוחות הניתוח

תיעוד בדוחות ניתוח מבוצע כנדרש. באחר מהדוחות שנבדקו חסר הנחיות לטיפול המשכי .

פרק 10 – אימות נתונים טרום ניתוחי

אימות נתונים טרום ניתוחי מבוצע באופן מלא

פרק 11 – המצאות חוזרי משרד הבריאות

חוזרי משרד הבריאות לעבודה בחדרי הניתוח מוכרים וזמינים

פרק 12 – שלמות המידע בספר ניתוחים ממוחשב

הנתונים בספר הניתוחים על חולה שעבר ניתוח מלאים, תקין

פרק 13 – חדר התאוששות –מצבת מרדימים

מצבת הרופאים בהתאוששות תקינה נמצא במקום רופא קבוע בכל שעות הפעילות

פרק 14 – חדר התאוששות –תשתיות

חדר התאוששות פועל באופן תקין מלבד מספר עמדות התאוששות שאמור לספק 1.5 עמדת התאוששות על כל עמדת ניתוח.

פרק 15 – חדר התאוששות –ציוד

ציוד התאוששות מלא ותקין

פרק 16 – חדר התאוששות –רשומות

העברת התחולה מחדר ניתו להתאוששות מלווה בטופס יעודי. באחד המטפסים שנבדקו חסרו הוראות אלחוש.

סיכום

תשתיות חדרי הניתוח תקינות יש לשפר מספר דברים כגון: פתח ייעודי להוצאת ציוד מלוכלך בכל חדר ניתוח, פינוי הציוד בפרוזדור חדר הניתוח, הצטיידות במספר מכשירים למחלקת הרדמה כגון BIS, US, הוספת עמדות התאוששות באתר המרכזי.

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

מערכות הנדסיות ותשתיות

ממצאים לשימור

תהליכי עבודה באספקה סטרילית מרכזית

תקציר הממצאים העיקריים

פרק 1 – דוח רשומות - חדרי ניתוח כללי

פרוט תשתיות חשמל, שקעי גזים רפואיים ופרמטרים במיזוג אוויר בחדרי ניתוח והתאוששות, הועברו כנדרש.

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

המתקן שופץ לאחרונה . לא הוצג אישור תקינות מעקר האתילן אוקסיד. קיימים רוב אישורי ההפעלה ותקינות המכשירים באספקה סטרילית מרכזית.

פרק 3 – דוח רשומות - גזים רפואיים

כל האישורים לשמוש תקין בגזים רפואיים , קיימים.

פרק 4 – דוח רשומות - מערכות חשמל

כל אישורי תקינות מערכת החשמל קיימים.

פרק 5 – דוח רשומות – מיזוג אויר

קימים אישורים המעידים על תקינות מערכת מיזוג האוויר

פרק 6 – דוח רשומות – מערכות קור וחום

קיימים אישורים על תקינות מערכות מים - חום וקור

פרק 7 – דוח רשומות – בטיחות

קיימים אישורי בטיחות , מערכות גילוי וכיבוי אש, מעליות.

פרק 8 – דוח תצפית – סביבת חדרי ניתוח

קיימת הפרדה ברורה בין מסלולים נקי ומלוכלך, נצפו מערכות תומכות : חשמל, מיזוג אוויר וגזים תקינות. בית החולים משתמש במערכת עיקור ETO ייעודית. המערכת שופצה לאחרונה ע"י ביה"ח. אין בידינו הכלים לבדוק את תקינות המערכת, אולם מדובר בשימוש מסיבי, בחומרים רעילים מאד (ETO), בלב קמפוס ביה"ח. מערכת הגזים תקינה ברכזות החמצן והנייטרוס נעשה שימוש רק בענף אחד בנגיוד להנחיות. ברזי הגזים לא היו צבועים ומסומנים כנדרש. מערכות החשמל תקינות .

פרק 9 – דוח תצפית – חדרי ניתוח

תקרות חדרי הניתוח, עשויות מאלמנטים פריקים, חלקם אינם מסודרים במקומם ובחלקם קיימים מרווחים, דבר המונע לחץ חיובי בחדר, ועלול לגרום לכניסת זיהומים. כמות חללי האחסון התקניים קטנה. הכניסה למחסן ציוד רפואי, עוברת דרך חדר השטיפה בנגוד להנחיות שמירה על מסלולי נפרדים נקי ומלוכלך..רוב העבודה עם פורמלדהיד מתבצעת שלא עפ"י נהלי משרד הבריאות - ללא מינדף (יש לרכוש מינדף יעודי לעבודה עם פורמלדהיד),
אין חלל יעודי המוגדר לאחסון המינדף והחומרים, איחסון הדגימות באותו חלל שבו נמצאי גם המכשור לסטריליזציה.
החלל בו מותקנות היחידות הייעודיות לטיהור אוויר לכל חדר ניתוח, אינו נקי ונטול אבק די הצורך ,לשמירה על איכות האוויר הצח, המסופק לחדרי הניתוח.

פרק 10 – דוח תצפית – אולם התאוששות

מערכות חשמל מיזוג אוויר וגזים רפואיים בתאוששות תקינות. בלוחות החשמל המדבקות והסימונים, אינם מותאמים.
חסרים מקומות אחסון ייעודיים, לצורך אחסון ציוד.

פרק 11 – דוח תצפית – סטריליזציה

בחדר לטיפול במכשירי ניתוח לאחר שימוש במתחם חדר ניתוח אין הפרדה מושלמת בין מסלול נקי למלוכלך. באספקה סטרילית מרכזית קיימת הפרדה מלאה. המעקרים עוברים ולידציה כנדרש. באס"ם אין הפרדה בין מכונת שטיפת האנדוסקופים, לארון הייבוש.
אין התייחסות המוסד ואישור המשרד לאיכות הסביבה לתקינות מערכת העיקור ב - ETO . לא הוצגו תוצאות הבדיקה.

פרק 12 – דוח תצפית – מערכת גזים רפואיים

מערכות הנייטרוס החמצן והוואקום תקינות אך דורשות מספר שיפורים . במערכת האוויר הדחוס המדחסים יונקים אוויר צח מחלל המרתף שם מת, ונדרש שהיניקה תהיה מחוץ לבניין.
במערכת הוואקום - סביבת המדחסים אינה נקייה.

פרק 13 – דוח תצפית – חשמל

מערכות החשמל החמצן והניטרוז תקינות . במערכת החשמל, כל הגגות עשויים מאסבסט. סיכון בטיחותי במקרה של פירוק / שבירת האזבסט. בחדרי הגנרטורים - הלוחות אינם נקיים ולא הוצגו אישורי בדיקתם ע"י בודק מוסמך. מערכת הכיבוי האוטומטית בחדרי הגנרטורים חדר חשמל ראשי חוות החמצן והנייטרוז אינה מושלמת.

פרק 14 – דוח תצפית – מערכות מיזוג אוויר

מערכות מיזוג האוויר תקינות. היחידה לטיהור אוויר שמטפלת באוויר הצח לפני קליטתו בחדרי ניתוח דורשת השלמות.

פרק 15 – דוח תצפית – מערכות קור וחום

מדחסי מיזוג האוויר אינם מגובי גנרטור . דודי הקיטור תקינים .

סיכום

בית החולים מתקדם ופועל לשיפור תמידי של המערכות השונות, ואכן חלק מהליקויים מהדו"חות הקודמים, אכן טופלו.
אולם, יש לשים דגש על טיפול בנושא ה ETO-, ווהשיפורים הנדרשים בתשתיות החשמל והגזים הרפואיים, וכדי להתאים מערכות אלו לנהלי משרד הבריאות.

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

בטיחות החולה בחדר ניתוח

ממצאים לשימור

חדרי ניתוח מנוהלים באופן מקצועי . מתקיים דווח רציף של שלבי הטיפול בחולה לפני ובזמן ניתוח כנדרש. הטיפול מקצועי המבטיח בטיחות המטופל העובר ניתוח.

תקציר הממצאים העיקריים

מידע כללי

באתר המרכזי צוות אחיות מוצבות 68 אחיות מוסמכות, מתוכן 43 בוגרות קורס על בסיסי בחדר ניתוח, 15 עברו את המבחן הממשלתי, 3 בלימודים, 58 בעלות תואר ראשון ו 9 בעלות תואר שני. מועסקות שתי אחיות מעשיות עם השתלמות בחדר ניתוח , בנוסף מועסקות 15 כוחות עזר, 11 אלונקאיים, 2 טכנאים . מספר חדרי הניתוח ברשיון 29 בפועל מופעלים 35.
באישפוז יום מועסקות 15 אחיות מוסמכות מתוכן 9 בוגרות קורס על בסיסי בסיעוד חדר ניתוח,2 עברו את מבחן הממשלתי, 11 בעלות תואר ראשון,
ו 4 בעלות תואר שני. מועסקות גם שתי אחיות מעשיות עם השתלמות בחדר ניתוח בנוסף כוח עזר אחת ו3 אלונקאיים.
בחדרי ניתוח נשים, מוצבות 16 אחיות מוסמכות מתוכן 14 עם קורס על בסיסי בחדר ניתוח, 12 בעלות תואר ראשון ו2 בעלות תואר שני. בנוסף מועסקת כוח עזר אחת ו3 אלונקאיים, בחדרי ניתוח עיניים, מוצבות 11 אחיות מוסמכות מתוכן 5 עם קורס על בסיסי בחדר ניתוח, אחת עברה את המבחן הממשלתי, שתיים בלימודים, 6 בעלות תואר ראשון ו 5 בעלות תואר שני, בנוסף מועסקים כוח עזר אחת ואלונקאי אחד.

פרק 1 – כ"א סיעודי

בחדר ניתוח באתר המרכזי, בחדר ניתוח נשים ובחדר ניתוח עיניים כל אחראית משמרת הינה בוגרת קורס על בסיסי בסיעוד חדר ניתוח, בחדר ניתוח שבאישפוז יום לא כל אחראית משמרת בוגרת קורס על סיסי בסיעוד חדר ניתוח.

פרק 2 – הליך אימות נתונים לקראת ניתוח ע"י אחות מחוץ לחדר ניתוח/פעולה פולשנית

הליך מוכנות המטופל לקראת ניתוח מתבצע בנוכחות המנתח, המרדים והאחות מחוץ לחדר ניתוח כנדרש בחוזר מינהל הרפואה 11/2016

פרק 3 – הליך אימות נתונים טרום חתך (פסק זמן) בחדר ניתוח

הליך אימות נתונים טרום חתך (פסק זמן) בחדר ניתוח מתקיים ע"י המנתח האחראי המרדים והאחות כנדרש בחוזר מינהל הרפואה מס 11/2016

פרק 4 – בטיחות בהשכבת המטופל

השכבת המטופל נעשית באופן בטיחותי. לא כל הכיסויים לשדה הניתוח עמידים לחדירת נוזלים ומעכבי אש. כל חלוקי הניתוח של הצוות עמידים לחדירת נוזלים.

פרק 5 - שימוש בדיאתרמיה

שימוש ותעוד הטיפול ביחידת דיאטרמיה נמצא תקין.

פרק 6– טיפול בציוד סטרילי במתחם חדרי הניתוח

מבנה האתר לניקוי וטיפול במכשירים לאחר ניתוח במתחם חדרי ניתוח אשפוז יום, אינו מאפשרי מסלול חד כיווני נפרד ממלוכלך לנקי. בחדרי ניתוח באישפוז יום אין חלוקה ברורה בין איזור נקי ומלוכלך.

פרק 7– שמירת ציוד מעוקר

איחסון הציוד המעוקר, נעשה באופן תקין

פרק 8 – תנאי מבנה חדר ניתוח

בחדר ניתוח באתר המרכזי חסר פוזדור מלוכלך. הציוד הנקי והמלוכלך נכנס ויוצא מאתו פתח. שאר דרישות המבנה כולל השוקת מתקיימות .
בחדר ניתוח באישפוז יום, בחלק הישן,לא קיימת יחידת רחצת ידיים תקנית לפני ניתוח, קיימים כיורים שהתחזוקה שלהם לוקה בחסר: צבע הקיר ליד הכיור מתקלף. לא בכל חדרי ניתוח קיימות דלות לפתיחה ללא מגע יד. ריצפת חדרי ניתוח מיושנת, בנוייה עם חריצים. אין הפרדה בין מסלול מלוכלך ונקי, קיימים המשטחים אופקיים שעלולים לצבור אבק.

פרק 9 - תיעוד הרשומה הסיעודית במהלך הניתוח

דיווח הסיעודי ודיווח על ספירת פריטים חדים ומכשירים נמצאו תקינים.

פרק 10 –תרופות

ניהול הנרקוטיקה תקין, נמצא בידי המרדימים.

פרק 11 –אירועים חריגים

קיים תיעוד על אירועים חריגים ומתקיימים דיונים על האירועים.

פרק 12 –נהלים וחוזרי משרד הבריאות

קיים קלסר עם נהלים רלונטיים של משרד הבריאות ונהלים פנימיים בחחשב. קיים תיעוד אישור אנשי צוות על קריאת הנהלים.

פרק 13 –החייאה

עגלות החיאה ודיפיברילטור נמצאו תקינים כנדרש בנוהל.

פרק 14 –פיתוח מקצועי

קיימת תוכנית עבודה שנתית עם תיעוד מעקב. צוות חדרי ניתוח יוצאים ללימודים, ימי עיון, הדרכות והשתלמויות לפי הצורך. קיימים סיכומי ישיבת צוות. קיימים סיכומים של ערכת עובדים שנתית. כנדרש.

פרק 15 –בטיחות

בטיחות עבודת הצוות והמקום נשמרת. נמסר שצוות החשוף לקרינה עובר בדיקות תקופתיות ועונד תג מניה . קיימות ערכו לטיפול בשפך חומרים כימיים.

פרק 16 –זכויות החולה

נצפתה בפתח חדרי הניתוח כרזה עם עיקרי זכויות המטופל.

פרק 17 –פתולוגיה ושימור רקמות

טיפול בדגימות לשליחה לפתולוגיה, נעשה כנדרש.

סיכום

חדרי ניתוח באתר המרכזי נמצאו תקינים, מלבד אילוצי מבנה, אין מסלול חד כיווני. ריצפת חלק מחדרי ניתוח מיושנת נמצאה עם חריצים. בחדר ניתוח באישפוז יום, במתחם הישן יש לבצע את השינויים הנדרשים לפי דרישות משרד הבריאות של בקרה שהתקיימה ב 6\8. מכתב נשלח למרכז הרפואי עם תוצאות ממצאי הבקרה של המשרד מתאריך 29.8.2016, ממצאים שנמצאו גם בבקרה הנוכחית.
יש להתאים את מספר חדרי ניתוח ברישיון עם מספר חדרי ניתוח שבפועל.
אחות אחראית משמרת חייבת להיות בעלת קורס על בסיסי בסיעוד חדר ניתוח.

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

בטיחות החולה בחדר התאוששות

ממצאים לשימור

חדרי התאוששות מנוהלים על פי הסטנדרטים המקובלים. המעקב אחר המטופלים על ידי הצוות הסיעודי מתבצע באופן מקצועי.

תקציר הממצאים העיקריים

מידע כללי

במרכז הרפואי ארבעה אתרי התאוששות. באתר המרכזי 15 עמדות, בנוסף באישפוז יום 12 עמדות. קיימות עמדות נוספות בחדר ניתוח עיניים וחדר ניתוח גינקולוגי / בהתאוששות באתר המרכזי מועסקות 16 אחיות , 12 בוגרות קורס על בסיסי בטיפול נמרץ.

פרק 1 – המצאות כוח אדם

כל אחראיות המשמרת בהתאוששות בוגרות קורס על בסיסי בטיפול נמרץ

פרק 2 – סביבת המטופל

סביבת המטופל ציוד ומיכשור, תקינים.

פרק 3 – רשומת המטופל

רשומת המעקב הסיעודי בהתאוששות, תקינה.

פרק 4 – ניהול תרופות

ניהול הטיפול התרופתי תקין.

פרק 5 – עגלת החייאה

עגלת ההחייאה תקינה , ריענון ידע בהחייאה לאחיות מבוצע כנדרש.

פרק 6– אירועים חריגים

ארועים חריגים מדווחים ומטופלים כנדרש.

פרק 7– נהלים וחוזרי משרד הבריאות

נהלי משרד הבריאות זמינים במחשבים

פרק 8 – פיתוח מקצועי

נעשות פעולות לפיתוח מקצועי מובלות על די הנהלת הסיעוד

סיכום

נבדקו חדרי התאוששות באתר המרכזי , באתר הגינקולוגי ובאישפוז יום, תיעוד תהליכי מעקב המטופל לאחר ניתוח נמצאו תקינים , הציוד בחדרי התאוששות נמצא תקין ומלא כנדרש. בחדר התאוששות שבאישפוז יום נמצאו תשתיות ישנות מאוד, החדר פתוח לקהל הרחב, דבר הפוגע בפרטיות המטופל ומונע טיפול הולם למטופלים המתאוששים לאחר ניתוח.

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

מעבדות כללי

ממצאים לשימור

רמת הבטחת האיכות
רמת בקרת האיכות
קידום בדיקות וטכנולוגיות חדישות
קידום מערך ההדרכה
תודעת שרות גבוה של מנהלים ועובדים

תקציר הממצאים העיקריים

פרק 1 - ארגון וניהול

רמת הארגון באגף המעבדות, מצויינת

פרק 2 - עובדים

קיימת מצוקת כוח האדם במעבדות הרפואיות השונות . מצוקה ארצית שבאה לידי ביטוי גם בשיבא.

פרק 3 - מעבדות

כל המעבדות החיוניות לתפקוד בית החולים פועלות

פרק 4 - בדיקות

כל הבדיקות האפשריות מתבצעות

פרק 5 - תיעוד ומחשוב

התעוד שלם ומלא.

פרק 6 - בטיחות וגהות

רמת הבטיחות במעבדות טובה. במעבדה למיקרוביולוגיה חסר חדר ברמה תקנית BSL-3 הערה שהופיעה בדוחות בקרה בשנים קודמות.

פרק 7 - פסולת רפואית

פסולת רפואית מסולקת בהתאם להנחיות

פרק 8 - שינוע דגימות

שינוע דגימות מבוצע כנדרש.

פרק 9 - איסוף דגימות דם

איסוף דגימות דם וסימונן מבוצע כנדרש.

פרק 10 - מבנים, מתקנים תחזוקה סדר וניקיון

בחלק מהמעבדות התשתיות ראויות ועברו שיפוץ מתאים (פתולוגיה) אך בחלק מהמעבדות התשתיות ישנות, לא ראויות ואף מסכנות מבחינת הבטיחות של העובד והסביבה (המטולוגיה-תשתיות חשמל).

פרק 11 - מכשור דיאגנוסטי, כיולו ותחזוקתו

המיכשור הדיאגנוסטי מתוחזק כנדרש.

פרק 12 - מכשירי בדיקות גזים וקרישה

הבקרה על מיכשור המעבדה מבוצע ע"י אנשי ה"מגה לאב" כנדרש.

פרק 13 - בקרת איכות פנימית יומית

מתבצעת בקרת איכות פנימית יומיומית כנדרש.

פרק 14 - בקרת איכות חיצונית

מתבצעת בקרת איכות חיצונית כנדרש

פרק 15 - תקנות ונהלי משרד הבריאות

נהלי משרד הבריאות מוכרים וזמינים במחשבים

פרק 16 - הבטחת איכות

לחלק מהמעבדות התעדה לפי תקן ISO 9001 ולחלק הסמכה לפי תקןISO 15189
קיים מערך הבטחת האיכות ברמה גבוה

סיכום

התלוו לבקרה מנהל אגף המעבדות ד"ר רם דולמן ומנהלת הבטחת האיכות האגפית ד"ר אתי רוסנר. נבדקו המעבדות לפתולוגיה בראשות פרופ' איריס ברשק, המטולוגיה בראשות פרופ' נינט אמריגלו, מיקרוביולוגיה בראשות פרופ' נתי קלר והמעבדה לאימונולוגיה.
הרמה המקצועית גבוהה השירות של המעבדות יעיל , לצוותי עובדים תודעת שרות גבוה מאד.
לכלל המעבדות מערך הבטחת איכות, בקרת איכות, בטיחות והדרכה ברמה גבוהv.
יש לשפר תשתיות במעבדות שעדיין לא עברו שיפוץ (לדוגמה המטולוגיה ומיקרוביולוגיה) יש לקדם בינוי של חדר ייעודי במעבדה למיקרוביולוגיה ברמה תקנית BSL-3

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

מעבדות מקצועיות

ממצאים לשימור

היבטי בטיחות

תקציר הממצאים העיקריים

פרק 1 - מוקד/תחנת איסוף

תחנת איסוף הבדיקות פועלת על פי הסטנדרטים המקובלים

פרק 2 - מעבדות מקצועיות - אימונולוגיה

מדובר במעבדה חדשה בהקמה שטרם הוגשה לקבלת רישיון ממשרד הבריאות

פרק 2 - מעבדות מקצועיות - פתולוגיה

מעבדה מקצועית ועם תשתיות מחודשות. נדרשת בדיקת העמסים מבחינת כמות הבדיקות מול כוח האדם , ובהתאם להוסיף.

פרק 2 - מעבדות מקצועיות - המטולוגיה

מעבדה מקצועית מאד עם פעילות ענפה. מבצעים הרבה בדיקות כולל מולקולאריות מתקדמות. על מנת למנוע זיהום צולב בין דגימות יש להוסיף חדרים ייעודים למעבדה. מומלץ להעביר את המעבדה המולקולארית אל תוך המעבדה להמטולוגיה. תשתיות ישנות, כבלי חשמל חשופים ומהווים סכנה לעובדים ולסביבה.

פרק 2 - מעבדות מקצועיות - מיקרוביולוגיה

מעבדה מקצועית מאד. יש צורך לבדוק ולטפל בעומסים מול כוח אדם. מבחינת בטיחות העובדים והסביבה: חסר חדר ברמת בטיחות ביולוגית 3 לטובת ביצוע בדיקות שחפת ופתוגנים נוספים תשתיות ישנות בשטח מוגבל שבעקבותיו מאחסנים ציוד במסדרונות.

סיכום

המעבדה לאימונולוגיה (נבדקה כמדגם) בתהליך רישום ואבטחת איכות,
בתוך חצי שנה תעבור התעדה.

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

מניעת זיהומים

ממצאים לשימור

נהלי בידוד

תקציר הממצאים העיקריים

מידע כללי

מצבת צוות אחיות מניעת זיהומים מלאה כנדרש. אחות לכל 200 חולים.

פרק 1 – מבנה היחידה למניעת זיהומים

היחידה מניעת זיהומים פועלת כנדרש

פרק 2 – יישום הנחיות חוזר מינהל הרפואה

הנוהל "אמצעי זהירות שגרתיים" חוזר מינהל הרפואה מס' 10/2010 מבוצע כנדרש

פרק 3 – ישום הנחיות הגיינת ידיים

הנחיות להגיינת ידיים מיושמות, כנדרש

פרק 4 – מניעת אלח דם הקשור לצנתר מרכזי

בבקרה בטיפול נמרץ נירוכירורגיה נמצא שימוש בצנתר מרכזי עם 4 לומנים .מיקום הצנתר היה פמורלי. טופס תיעוד בקרה על הכנסת צנתר אינו מתויק בתיק החולה אלא בתיק כללי של המחלקה .לא נמצא תיעוד מעקב יומי על מקום המצאות הצנתר. בניגוד להנחיות חוזר מינהל הרפואה .12/11.

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

נמצא נוהל למניעת דלקת כבד נגיפית מיושם כנדרש.

פרק 6 – המצאות והבנת נהלי משרד הבריאות

נמצאו זמינים כל נהלי מניעת זיהומים כנדרש

פרק 7 – שמירה על כללי בידוד

נהלי הבידודים לסוגיהם מיושמים. לבית חולים קיים צוות לניקוי טרמינלי ליחידה וסביבת החולה בשחרור

פרק 8 – ניקוי חיטוי ציוד ואביזרים

- נמצא במחלקות נאשפוז שימוש חד פעמי בסירים ובקבוקי שתן, כנדרש. לא בוצעה בקרה במחלקת פגים וילודים.

סיכום

צוות היחידה למניעת זיהומים הינו מקצועי בעל ידע ומיומנות רבה המבצע עבודה מקצועית מקיפה בתחום מניעת זיהומים. ניתן לאמוד בזאת עשייה רבה במחלקות בית החולים .
בבית חולים פועלת תכנית לאומית למניעת זיהומים בשם "מגן חיים " בשיתוף משרד הבריאות והקרן למיזמים לאומים.

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

החייאה

ממצאים לשימור

תעוד דוחות ההחייאות ע"י ועדת ההחייאה המוסדית

סיכום

יש להקים צוות החייאה מוסדי בדחיפות, בבדיקת הזנקת צוות החייאה למחלקה הפסכיאטרית שנמצאת במרוחק ממגדל האשפוז, לקח למרדים 8 דקות להגיע למחלקה !!!!
מדובר בבית חולים גדול, יש לשקול לפזר דפיברלטורים במקומות ציבוריים כגון במרכז המסחרי שנמצא במתחם בית החולים.

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

בריאות הסביבה

ממצאים לשימור

בית החולים פועל לחסכון במים באמצעות מערכת RO למגדלי קירור.
בית החולים פועל נמרצות לטיפול במניעת זיהום מערכת מים החמים בחיידקי ליגיונלה.

תקציר הממצאים העיקריים

פרק 1 - מים ומערכות מים לצריכה סניטרית

הטיפול במים לוקה בחסר ודורש התייחסות מידית על פי ההנחיות לשיפור המפורטות בהמשך.

פרק 2 - מערכת סילוק שפכים

לא הוצגו תכניות מערכת הביוב וניטור המעקב השנתי אחר שפכי בית החולים

פרק 3 -איסוף ופינוי פסולת

מערך איסוף הפסולת, תקין

פרק 4 - טיפול בכביסה

טיפול ושינוע כביסה בעגלות, תקין . משטח פריקה וריכוז כביסה מולכלכת תקין. במגדל האשפוז נצפו מחלקות בהן כביסה מולכלכת אסופה בשקיות שאינן עמידות לנוזלים נמצאה מונחת בסמוך לציוד נקי .

פרק 5 - מטבח מרכזי ומטבחון חלוקה במחלקות

במטבח המרכזי אין מספיק הקפדה על נהלי עבודה ושמירה על טמפרטורה בתהליך הכנת המזון ועבודה על פי מדורים . במחלקות האשפוז חלוקת המזון תקינה.

פרק 6 - מניעת זיהומים ושמירה על היגיינה כללית בבית החולים

המצב התברואי בבית החולים, תקין.

פרק 7 - כללי

ניכרת מודעות גבוהה ליישום נהלי העבודה בתחום בריאות הסביבה. לא הוצגו דיווחים על אירועים חריגים.

סיכום

לשם אמינות אספקת מים לבית החולים יש לבצע במידית חיבור בית החולים לקו של חברת מקורות
יש להגיש סקר תברואי לקידוחי מי שתיה של בית החולים ולהתקין מערכות חיטוי משלמות U.V .

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

גריאטריה

ממצאים לשימור

מודעות גבוהה למניעת נפילות וטיפול בכאב. הקשר עם גריאטריה המשכית במיוחד גריאטריה שיקומית הוא מובנה ומפותח.

תקציר הממצאים העיקריים

מידע כללי

פועלות 4 מחלקות גריאטריות. חסרים יחידה ליעוץ גריאטרי מובנת, וגריאטר במיון. שירות ההוספיס מוגדר כטיפול תומך לחולים אונקולוגים בלבד. אין יחידת יעוץ גריאטרית עם משרות יעודיות. כל שבוע גריאטר אחד מהמחלקה נותן יעוצים. ניתנים כ 10-15 יעוצים ביום, רובם לשם קביעת סטטוסים. אין משרה של גריאטר במיון . המיון מתיעץ עם גריאטר בכיר טלפונית לפי צורך.

פרק 1 - כוח אדם

כיסוי הצרכים הגריאטרים של הקשישים דורש שיפור בהעדר יחידת יעוץ ובהעדר גריאטר קבוע במיון.

פרק 2 - הגריאטריה ברמת כלל בי"ח

ראוי לציון היתרון הגדול בטיפול בקשישים בהבניית הקשר עם האשפוז הגריאטרי והפעלת מחלקות שיקום גריאטרי IN HOUSE. חסרות תוכניות להעשרת הידע של הרופאים בתחום הגריאטריה

פרק 3 - מחלקה לרפואה דחופה

הגריאטרים הבכירים נותנים יעוצים טלפונים למלר"ד. שיפור השירות דורש גריאטר במלר"ד

פרק 4 - יחידות יעוץ (גריאטרי ופליאטיבי)

יעוצים גריאטיים ניתנים על ידי רופאים גריאטרים בכירים מהמחלקות הפנימיות לרוב הגדול לקביעת סטטוס.

פרק 5 -חולים גריאטרים במחלקה פנימית

קיימת בפנימיות גישה גריאטרית המוגבלת בהתייחסותה ל DECONDITIONING ודלריום. קיימים נאמני נושא שמקדמים התייחסות למניעת נפילות, פצעים וכאב.

פרק 6 - חולים גריאטרים במחלקה אורטופדית /כירורגית

מורגשת התרומה של האחות מומחית בגריאטריה בגישה למטופלים גריאטרים. אם זאת, התערבות היעוץ של רופא הגריאטר לוקה בחסר.

פרק 7 - חוזרי משרד הבריאות

חוזרי משרד הבריאות זמינים במחשבים

סיכום

קיים צוות גריאטרי גדול בבית חולים אבל היקף היעוץ הגריאטרי לא מכסה את הצרכים של האוכלוסיה הקשישה ומתייחס לרוב לקביעת סטטוסים או העברה לאשפוז באגף הגריאטרי. חסר גריאטר במלר"ד ולפי כך אין התייחסות מיוחדת לצרכים של הקשישים. תוכנית העשרת הידע של רופאי הבית חולים בנושאים גריאטרים, תוכל לקדם את הטיפול בקשישים.

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

רוקחות

ממצאים לשימור

הוצג צוות בית מרקחת מקצועי, מיומן ומסור מאוד, עם מוטיבציה רבה לעשייה ואין ספק כי בזכות צוות זה בית המרקחת מצליח לעמוד בדרישות ולאפשר התנהלות שוטפת של הרוקחות במרכז הרפואי.

תקציר הממצאים העיקריים

מידע כללי

בקרת הרוקחות בבית החולים נערכה בתאריכים 4,5,6 בחודש אפריל וגם בתאריכים 19,20 בחודש אפריל 2017.
הדס הרוקחת האחראית נכנסה לתפקידה מספר שבועות טרום הבקרה.
בית המרקחת הוכפף ניהולית למנהל המערך הפרמקולוגי בבית החולים.
אין תקנים מוגדרים לתפקידים השונים בבית המרקחת.

פרק 1 – ניהול בית המרקחת

בית המרקחת מנוהל על פי הסטנדרטים המקובלים . קיימים מאגרי מידע ממוחשבים . קיים דיווח על יציאת רוקחים להשתלמויות לא בוצעו תיקונים על פי ביקורת קודמת אחסון התרופות לא בהתאם לנדרש.

פרק 2 – תשתיות

1. מחסן בית המרקחת אינו גדול ולמרות זאת מאוחסנים בו מזון תינוקות ומזון רפואי במקום לאפשר אחסון תרופות ברמות נדרשות.
2. אין הטמעה מלאה של נוהל 126 לשמירה על תנאים נאותים באחסון.
3. תמיסות עירוי ותמיסות חיטוי אינן נשמרות בתנאים נאותים כמוגדר בהוראות החוק לשם הקפדה על איכות התכשירים.

בנוסף, בפעילות במחסן הלוגיסטי אין תהליך מסודר לבדיקת סחורה לאיתור פגומים בקבלת סחורה ובעת הניפוק למחלקות.

4. אין מעורבות של בית המרקחת בניהול התמיסות המאוחסנות במחסן הלוגיסטי.
5. לאחר הליקוט של התמיסות במחסן הלוגיסטי ובעת ההמתנה להעברה למחלקות, התמיסות מאוחסנות בתנאים שאינם נאותים - אין הגדרה של תהליך וניהול פרק הזמן בו אין הקפדה על תנאי האחסון של התמיסות.
6. בכל מחסנים קיימים צינורות גלויים כיוון שאלו צינורות ספרינקלרים - עם זאת, אין הגדרה של תהליך מסודר המוטמע בנוהל לשמירה על ניקיון ומניעת הצטברות אבק.

נדרש לבצע תיקוני צבע לקירות ולתקרות בכל המחסנים

פרק 3 – סמים מסוכנים

בנוסף לליקויים המפורטים בטבלת ההנחיות לשיפור , יש להקפיד על ניהול תקין של טפסי הזמנת הסמים ושל פנקס הביקורת על טפסי הרישום.
בטופס ההזמנה חסרים פרטים רבים לרבות שם וחתימת האחות האחראית אשר קיבלה את הסמים.
בפנקס הביקורת על טפסי הרישום לא מצויין תאריך החזרת הטופס לבית המרקחת ובמקום חתימת מקבל הטופס מופיעה החתימה של האחות שקיבלה את הסם.

פרק 4 – רקיחה

עבודת הרקיחה לסוגיה השונים אינה מתבצעת בהתאמה מלאה לדרישות נהלי משרד הבריאות. יש להתאים את הפעילות לנהלי משרד הבריאות על מנת שלא נאלץ לצמצם פעילות או אף להפסיקה מפאת פגיעה בבריאות הציבור ובטיחות העובדים.

פרק 5 – הכנות בסיכון גבוה

בנוסף:
-פתיחת דלת חדר ההכנה אינה אוטומטית ודורשת מגע יד. כך גם עמדת האינטרקום בחדר ההכנה - מצב זה עלול לגרום לזיהום צולב של חומרים ציטוטוקסים
- מתאפשרת פתיחה בו זמנית של שתי הדלתות בAir Lock
- אין מצבעים ניטור מיקרוביאלי תקופתי מתועד של הציוד והמתקנים וכן של ידי העובדים
-שלבי הליקוט וההכנה אינם עוברים בקרה ממוחשבת
-אין מחליפים את בגדי החוץ טרם לבישת הביגוד הייעודי
- בכל חדר הכנה רוקח אחד כך שאין בדיקת רוקח שני בשלבים הקריטיים של ההכנה
- הכנות מוגמרות הדורשות קירור מאוחסנות בטמפ' החדר יחד עם תכשירים שאינם דורשים קירור עד לקיחתם למחלקה
-

פרק 6 – ניסויים קליניים

בנוסף לליקויים שצוינו בגוף הדו"ח להלן מספר הערות נוספות:
1.תרופות המחקר שבמקרר מאוחסנות בצפיפות רבה.
2.בהמשך להערות בנושא התיעוד מומלץ כי תהיה טבלת מעקב אחר התאריך בו פג תוקף הניסוי וזאת כאמצעי נוסף לפיקוח כי הניסוי יופסק לאחר שפג תוקף האישור.
3.יש להגדיל את הסימון על הארגזים הנושאים תכשירים ציטוטוקסים.

פרק 7 – ניפוק תרופות לקהל בדלפק

נדרש לשפר את נושא ניפוק התרופות לקהל בעיקר מבחינת עמידה בהוראות החוק לתיעוד כנדרש ועמידה בדרישות נוהל 131 של אגף הרוקחות

פרק 8 – בקרת ניהול התרופות במחלקת אשפוז

בנוסף:
- בפנימית ד' אזור חלוקת התרופות נמצא חשוך - יש להוסיף תאורה הולמת
- בשתי המחלקות תרופות פרטיות אינן מסומנות בסימון מבדיל - יש להקפיד על סימון נאות
- תרופות אישיות כגון טיפות ניסטטין מאוחסנות בצמוד למטופל - יש לדאוג לאחסון נאות
-בפנימית ד' בקבוקי נוזלים אוחסנו בשכיבה במדף עליון. חלקם נזלו. יש להעבירם למדף תחתון - יש להקפיד על אחסון נאות
-בפנימית ד' מתעדים טמפ' חדר נוכחית בלבד ולא 3 פעמים ביום כנדרש - יש להקפיד על תיעוד כמוגדר בנוהל 126
-באורטופדית ב' המכתש והעלי נמצאו לא נקיים - יש להקפיד על ניקיונם

פרק 9 – בקרת ניהול התרופות הנרקוטיות בחדר ניתוח

בבית החולים מנוהל ארון ממוחשב לניהול הסמים המסוכנים בחדרי הניתוח.
נקודות שעלו בבדיקת התנהלות זו:

1. אין תיעוד של חלקי אמפולות שהושמדו, כך שקיימת אי התאמה בין הגיליון הרפואי לבין המתועד בארון הסמים הממוחשב.
2. אין שיוך של אמפולות מוחזרות לחולה הספציפי - כך שקיימת אי התאמה בין הרשומה הרפואית למתועד בארון הסמים הממוחשב.
3. אין נוהל פנימי המגדיר את הבדיקות הנדרשות בעת גילוי אי התאמה בארון הסמים, יתרה לכך, לרוקחים בבית המרקחת אין אפשרות להפקת דוחות נדרשים לתחקור אי התאמות אלו.

סיכום

1. מבחינת גודל התשתיות, לא נצפה כי קיימת בעיה פרט למחסן בית המרקחת, עם זאת בתחומים מסוימים כגון רקיחה לסוגיה השונים ואחסון תרופות קירור ותמיסות, תנאי התשתית אינם עונים לדרישות משרד הבריאות והנחיות מקצועיות מקובלות.
2. נדרש להטמיע את נוהל 126 של אגף הרוקחות בצורה מערכתית בכלל בית החולים.
3. נדרשת עבודה מקיפה לעדכון נהלי בית המרקחת כך שיקיפו את כלל פעילות הרוקחות במרכז הרפואי, יש לדאוג להדרכת הצוותים על הנהלים.
4. נדרש להתאים את תהליכי העבודה ברקיחה לסוגיה השונים לדרישות משרד הבריאות המפורטות בנהלי אגף הרוקחות 132 ו- 135. אי התאמה מלאה בתהליכים אלו תאלץ את משרד הבריאות להגביל פעילות ואף להפסיקה לחלוטין. פעילות זו כוללת רקיחה של תכשירים אספטיים ותכשירים ציטוטוקסיים.
5. אין תקינה ארצית מוגדרת לתקן צוות בית מרקחת של מרכז רפואי / בית חולים. עם זאת התרשמות צוות הבקרה הינה כי התקן הקיים בבית המרקחת אינו מספק לביצוע כלל המטלות הנדרשות כמוגדר בהוראות החוק, נהלי משרד הבריאות והצרכים של המוסד.

תת התקינה מתבטא בין היתר, בחוסר פעילויות בקרה כגון SELF AUDIT, בודק שני ברקיחה של תכשירים אספטיים וציטוטוקסיקה, אי ביצוע הדרכות רוקחיות נדרשות לכלל צוותי בית החולים, ליקויים בתיעוד ומערכת של נהלים שאינה עדכנית ואינה תואמת את הנדרש.
יש למצוא פתרון מערכתי הולם לסוגיה זו, על מנת לאפשר התנהלות תקינה של בית המרקחת.

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

מניעת אלימות

ממצאים לשימור

מודעות ואימון במרכז הסימולציות (מסר)

תקציר הממצאים העיקריים

פרק 1 - הדרכת צוותי רפואה למניעת אלימות ולקידום תקשורת שירותית

ננקטות כל הפעולות הנדרשות למניעת אלימות, קיים נוהל ארגוני ומתקיימות הדרכות לצוותים, כנדרש

פרק 2- התמודדות עם אלימות - היבטי בטחון ואבטחה

קיימים אמצעים להתמודדות עם אלימות, מונתה ועדה מוסדית, קיים נוהל מוסדי.

סיכום

קיימת מודעות לנושא התמודדות עם אלימות מתקיימות הדרכות לצוותים ,פועלת ועדה מוסדית לטיפול במניעת אלימות

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

רשומות ומידע רפואי

ממצאים לשימור

סריקת המסמכים הרפואיים מתבצעת באופן מלא ונוח.
מתבצעת בקרת סימול רפואי שוטף ו-ON-LINE בחדרי הניתוח.

תקציר הממצאים העיקריים

מידע כללי

במחלקה לרישום ומידע רפואי פועל צוות ייעודי לבקרת ניתוחים ON-LINE.

פרק 1 - מצבת כוח אדם לניהול מחלקה לרישום ומידע רפואי

המחלקה לרשומות רפואיות פועלת בתקינה הנדרשת בתחום.
ל- 3 מזכירות רפואיות וותיקות חסרות תעודת של מזכירה רפואית.

פרק 2 - קליטת תיקי חולים ששוחררו

קליטת תיקי מטופלים מתבצעת כנדרש.

פרק 3 - טיפול בתיקי נפטרים/ פטירות באירועים חריגים

המחלקה פועלת בשיתוף פעולה מלא עם היחידה לניהול סיכונים.

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

בתיקי המטופלים נמצאו כל מסמכי החובה הנדרשים.
בחלק ממסמכי ההסכמה חסרו שעות ההחתמה, וברוב סיכומי האשפוז חסרה חתימת רופא בכיר.

פרק 5 - סימול מידע רפואי

הסימול הרפואי מתבצע באמצעות קטלוג הקידוד הרפואי המלא וללא אפשרות לכתיבת טקסט חופשי, כנדרש

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

שמירת תיקי כל מטופלי המרכז הרפואי מתבצעת ברמה המקומית (ללא ארכיב חיצוני).
השמירה על התיקים מוקפדת מתבצעת כנדרש.

פרק 7 - סביבת העבודה - תנאים פיזיים

כל תיקי המאושפזים נשמרים במתחם המרכז הרפואי (ללא ספק חיצוני).
סביבת העבודה, תקינה .

פרק 8 - דיווח סימול מידע רפואי למשרד הבריאות

דיווחי סימול המידע הרפואי למשרד הבריאות מתבצע באופן אוטומטי, באמצעות כספות דיגיטאלית. כנדרש.

סיכום

הרשומה הרפואית כוללת את תיעוד פרטי המפגש הרפואי בין מטפל ומטופל ובין מטפלים.
המחלקה לרישום ומידע רפואי מנוהלת ברמה מצוינת על ידי גב' אריאלה אלטר וצוותה.
איתור ואיחזור המידע הרפואי כרוך בחיפוש ארוך להשלמת כלל המידע הנדרש. מוצע לפשט תהליך עבודה זה לטובת המחלקה והמטופלים.

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

תזונה ומזון - דיאטה

ממצאים לשימור

1. בנוסף לעבודה השוטפת, קיימים פרויקטים חשובים ומרשימים המנוהלים ע"י המחלקה לתזונה , בהם מעורב ופעיל צוות הדיאטנים, לדוגמה: פרוייקט האכלה בגריאטריה- בשיתוף אוניברסיטת אריאל וסטודנטים לתזונה- מתוכנן שנ"ל תשע"ח. מציאות מדומה- פרוייקט בשילוב מציאות מדומה וטיפול תזונתי- בשלב ראשון מתבגרים. טיפול תזונתי מרחוק- בניית מערך מענה בדומה לטלמדיסין- Telenutrition- מענה למטופלים מחוץ לבית החולים ושירות למשתחררים. סוכרת וקוגניציה- מרפאה ייחודית המשלבת מחקר וטיפול מורכב של אנדוקרינולוג, דיאטנית, ומקצועות בריאות נוספים לסיקור מטופלים סוכרתיים בסיכון לירידה קוגניטיבית.
2. נעשת עבודה יסודית ומקצועית בפיתוח גיליון התזונה ברשומה הרפואית הממוחשבת
3. בחטיבה הפסיכיאטרית הדיאטנית מנחה הדרכות קבוצתיות למאושפזים.
4. מחשוב מערך המזון- ממשק בין מערך מזון לרשומה הרפואית במחלקות האשפוז, עד כה מוחשב חצי מבית החולים המספק מנות אישיות, בתהליך למחשוב חלוקת מזון בתפזורת. חשוב והכרחי להשלים התהליך המבטיח ניהול סיכונים תקין, בטיחות המטופל וחסכון כספי.
5. מחשוב רשומה רפואית- תזונתית- בניה מחדש של הרשומה בקמיליון כולל מחשוב הזמנת TPN, חישובי הזנות אנטרליות, המלצות לרופא/סיעוד במהלך האשפוז משובץ ישירות למעקב שלהם, המלצות לשחרור אוטומטיות במכתב השחרור.

תקציר הממצאים העיקריים

פרק 1 - סל מזון

חל שיפור משמעותי עם כניסתו לתפקיד של דיאטן מפקח תזונה ומזון.
יחד עם זאת קיימים מס' ליקויים שדורשים טיפול באחריות ההנהלה:

1. לקדם עבודה לפי עצי מוצר ומתכונים סטנדרטיים בהתאם להנחיות ואישור של דיאטן מפקח
2. הכנת מנות טחונות בהתאם להנחיות בחוזר מינהל רפואה 5/2013 והנחיות דיאטן מפקח
3. תכנון התפריטים לסוגיהם והרכבם בהתאם להנחיות ובאישור דיאטן מפקח
4. רמת נתרן תקינה בתפריט הרגיל ובתפריט דל מלח בהתאם לחוזר מינהל רפואה מס' 5/2013 ובהתאם להנחיות הדיאטן המפקח

פרק 2 – מזון ייעודי

פרק זה נבדק באמצעות תשאול של מנהלת המחלקה לתזונה

פרק 3 – שירותי תזונה ייעודיים – עבודת המחלקה לתזונה ודיאטה

1. קיימת מערכת ממוחשבת ברשומה הרפואית לאיתור מאושפזים במצבי סיכון תזונתיים ובהתאם למצב הרפואי. יחד עם זאת, חוסר בתקינה של דיאטניות לא מאפשר לתת טיפול ומעקב תזונתי הולם לכל המאושפזים הזקוקים לכך.

חסרה חסרה תכנית הערכה, טיפול ומעקב ע"י דיאטנית למאושפזים שמקבלים הזנה אנטראלית חודרנית (זונדה) ו/או והמקבלים מזון ייעודי, בהתאם לחוזר מינהל רפואה מס' 41/2014.
חסר שתוף פעולה עם אחות מתאמת הזנות מיוחדות מסייעת ביישום תכנית הטיפול התזונתית שנקבעה ע"י הדיאטניות, יחד עם זאת חשוב והכרחי לציין שהדיאטניות הן אלה שיבצעו הערכה, טיפול ומעקב תזונתי. בבקרה על הרשומה הרפואית במחלקה אורטופדית נמצאו מאושפזים במצב תזונתי לא תקין (עם ציון MUST של 4 ומעלה) שקיבלו מזון ייעודי ע"י צוות הסיעודי ללא ההערכה ותכנית טיפול תזונתית שנקבע ע"י דיאטנית. מתן מזון ייעודי ללא הערכה ותכנית טיפול עלול לגרום לחוסר התאמה לצרכי המטופלים לסכן את בריאותם ועל כן יש לדאוג להעסקת דיאטניות בכל מחלקות האשפוז .

פרק 4 – תיעוד ברשומה הרפואית

1. נעשתה עבודה יסודית ומקצועית בפיתוח גיליון התזונה ברשומה הרפואית הממוחשבת
2. בחטיבה הפסיכיאטרית הדיאטנית מנחה הדרכות קבוצתיות למאושפזים.

פרק 5 – תפריט שבועי במחלקות

התפריט השבועי במחלקות האשפוז מתחלף מתעדכן ומתפרסם במחלקות כנדרש.

פרק 6 – הוראות טיפול להזנה אנטרלית או הזנה תוך ורידית

הוראות לטיפול הזנה אנטרלית חודרנית ופרהאנטרלית TPN רשומות כנדרש.

סיכום

קיים שיפור משמעותי לעומת הבקרה הקודמת, בהובלה מקצועית של מנהלת המחלקה לתזונה וצוות הדיאטנים. יחד עם זאת העדר תקינה הולמת מורגש ונצפה בעיקר במחלקות בהן אין דיאטנית . לא לכל מאושפז שאותר בסיכון תזונתי, ולא לכל מאושפז עם הזנה אנטראלית בזונדה או פאראנטרלית מבוצעת הערכה תזונתית ע"י דיאטנית , הערכה שעל פי ממצאיה תיקבע תכנית טיפול ומעקב.
אין לקבוע טיפול תזונתי באמצעות מזון ייעודי ללא הערכה תזונתית ע"י דיאטנית, כנדרש בהתאם לחוזר מינהל רפואה מס' 28/2014.

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

תזונה ומזון - הנהלה

ממצאים לשימור

החל תהליך של הקמת ממשק ממוחשב בין הרשומה הרפואית במחלקות האשפוז לבין מערך מזון. לאחרונה הוסיפו שני תקנים של דיאטניות למחלקה לתזונה , חשוב להמשיך בתהליך זה..
בחלק קטן מאתרי ממכר מזון, קיים מבחר של פריטי מזון ושתייה בריאים, יש להרחיב בכל האתרים והמכונות האוטומטיות את ההיצע של מזון ושתייה בריאים.

תקציר הממצאים העיקריים

פרק 1 - תקינה

המחסור בתקנים של דיאטניות, בהתאם לבדיקה ביום הבקרה בא לידי ביטוי בהעדר טיפול והתערבות תזונתית במאושפזים הזקוקים לכך.
חוסר שעות ניהול לרכזי נושא מונע מהם לפקח ולפתח הנושאים עליהן הם אחראים.

פרק 2 – מיחשוב

החלה עבודה בהקמת ממשק מיחשובי בין המחלקות למערך מזון.

פרק 3 – סל מזון

אין עבודה בהתאם לעצי מוצר ומתכונים סטנדרטיים, ארוחות למאושפזים לא מוגשות בכלי הגשה אסטטיים רב שימושיים . פעם בשנה מתקיימים סקרי שביעות רצון מן המזון המוגש.

פרק 4 – מזון ייעודי

פרק מזון יעודי לא נבדק

פרק 5 – מטופלים בסיכון תזונתי

במחלקות בהם מאושפזים מטופלים בסיכון תזונתי נמצאו משקל מיטה ומשאבות להזנה אנטרלית חודרנית. כנדרש.

פרק 6 – ממכר מזון בריא

לאחרונה הוקמה ועדה מוסדית בנושא תזונה ומזון רב סקטוראלית לשפור התזונה והמזון המוגש עבור המאושפזים והצוות.
אין מטבח דיאטה ייעודי להכנות של העשרות ותוספות מיוחדות, מה שלא תקין. הרכב המזון והשתייה במכונות לממכר מזון אינן בהתאם להנחיות חוזר מינהל רפואה 8/2014

סיכום

קיים חוסר בתקינה של דיאטניות בבית החולים מורגש בכל ההיבטים של תזונה ומזון.
הנחיות לתזונה בריאה ולתזונה מותאמת אישית למטופלים , אינן מיושמות במלואן בעקבות המחסור במשרות דיאטניות לפי תקן אחד ל- 50 מיטות לפחות ובהתאם לצרכים משתנים.
הנהלת בית החולים והנהלת מערך מזון אינה אוכפת את הובלת הדיאטן - מפקח תזונה ומזון והמחלקה לתזונה, לוודא ביצוע עצי מוצר ומתכונים סטנדרטיים ועבודה על פיהם.
חסר בבית החולים מטבח דיאטה ייעודי למתן מענה לכל הצרכים התזונתיים המיוחדים של המאושפזים.

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

פיזיותרפיה

ממצאים לשימור

שירות מקצועי, מקיף איכותי וזמין .

תקציר הממצאים העיקריים

מידע כללי

תקינת כח האדם בפיזיותרפיה במחלקות השיקום בהתאם לדרישות הנוהל, וביתר מחלקות ומרפאות בית החולים בהתאם לצרכים

פרק 1 - היקף ופריסת השירות

שירות הפיזיותרפיה פרוס בכל מחלקות בית החולים ובמרפאות נדרש.

פרק 2 - ארגון וניהול השירות

השירות מתנהל באופן יעיל ומסודר בהתאם לנהלים פנימיים, נהלי בית החולים ונהלי משרד הבריאות.

פרק 3 - נהלים ויישומם – איכות ובטיחות

צוות הפיזיותרפיסטים עובר את כל ההדרכות המוסדיות הרלוונטיות בהתאם לנהלים. התהליך מתועד וקיים מנגנון בקרה ותזכורות לביצוע. קיימות לומדות של בית החולים בנושאים נבחרים אותם נדרשים הפיזיותרפיסטים לבצע.

פרק 4 – פיתוח מקצועי

קיים תהליך מובנה להכשרת צוות, בהתאם לבקשה ובהתאם לצרכי המערכת.
קיימת תכנית לפיתוח מנהלים ופיתוח ושימור עתודות ניהוליות.
הצוות מוביל ושותף במחקרים קליניים ומציג אותם בכנסים בארץ ובחו"ל.

פרק 5 – רצף טיפולי

קיימים תהליכי עבודה התורמים לרצף טיפולי בין המחלקות השונות בבית החולים, ובתהליכי שחרור החולה להמשך אשפוז מוסדי או לקהילה. סיכום הטיפול וההמלצות להמשך טיפול מופיעות כחלק מובנה ממכתב השחרור. כנדרש.

פרק 6 – רשומה רפואית ותיעוד

הרשומה מקצועית. ממוחשבת , מלאה, כוללת את שדות החובה, משקפת את מצבו העדכני של המאושפז , ועונה על כל דרישות הנוהל.

פרק 7 – יעוץ, הדרכה ופעילות רב מקצועית

קיימת הדרכה קלינית לסטודנטים מכל בתי הספר לפיזיותרפיה לאורך כל השנה במספר רב של מחלקות .
קיימת פעילות הדרכה פנימית לצוות בית החולים וניתנות גם הכשרות, הדרכות והרצאות בהאם לבקשות מצוות המחלקות. .
קיימות תכניות הדרכה למאושפזים בנושאים שונים.
קיימת פעילות הדרכה למאושפזים.

פרק 8 – סביבת עבודה וציוד

תשתיות מכוני הפיזיותרפיה עונים על כל הדרישות המופיעות בנוהל.

סיכום

שירות הפיזיותרפיה בבית החולים הינו שירות מקצועי מוביל וזמין. השירות מנוהל במקצועיות ע"י ראש השירות וסגניו תוך מחתירה למצויינות, יוזמה אישית, העצמת צוות תוך דגש על הכשרה המשכית. קיים פיתוח של שירותים ומיזמים חדשים . הצוות פעיל בתחום המחקרים הקליניים, הדרכות סטודנטים ובתהליכי העשרה פנימית של בית החולים.
קיימת תכנית ייחודית לשימור עובדים.
צוות הפיזיותרפיה עובד במקצועיות ואנושיות תוך מחוייבות לבית החולים ולקוד המקצועי.

יש מקום לבניית תכנית ייעודית כדוגמת תכנית תלפיות (תכנית מצטיינים לעתודה ניהולית) הפעילה בבית החולים גם לצוות מקצועות הבריאות ע"מ לשמר כח אדם מקצועי ואיכותי במערכת בית החולים.

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

עבודה סוציאלית

ממצאים לשימור

יש לציין במיוחד את התרומה של המחלקה לגיוס כספים עבור בית החולים באמצעות פתיחת בית הספר לטיפול משפחתי וזכייה בגרנט עבור היחידה למחלות גנטיות נדירות, ואת התרומה של המחלקה בעיצוב מדיניות השירות הארצי לעבודה סוציאלית, משרד הבריאות.

תקציר הממצאים העיקריים

מידע כללי

פריסת כוח אדם טובה. מרכז למידה לסטודנטים לע"ס חשוב וראוי לציון. מספר תקני המדריכים אינו מספק (הערה על כך גם בבקרה הקודמת).

פרק 2 - תשתיות ארגוניות - פריסה וזמינות השירות

פריסת כוח אדם טובה ויעילה. במרבית המחלקות מועסקת עו"ס קבועה. זמינות השירות גבוהה, גם בהעדרה של עו"ס המחלקה.

פרק 3 - תשתיות ארגוניות - נגישות

קיימים הסדרי תרגום. קיימת רשימת מתורגמנים לכלל בית החולים. מתחם השירות נגיש לבעלי מוגבלויות.

פרק 4 - תשתיות ארגוניות - סביבת עבודה

מתחם המחלקה מרשים ומרווח. בנמצא חדר ישיבות ייעודי. קיים שילוט למתחם המחלקה.

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

העובדות הסוציאליות משולבות היטב בוועדות השונות הפועלות בבית החולים, כולל ועדת אלימות כלפי צוות, ועדת הנחות או הנגשה תרבותית.

פרק 6 - סטנדרטים בניהול המחלקה - חוקים ונהלים

נהלי המשרד נגישים. תכנית האוריינטציה לעובדים סוציאליים חדשים כוללת הטמעה של הידע ומתקיימת בדיקת בקיאות באמצעות השוואה לקבוצת ביקורת בקרב העובדים הוותיקים.

פרק 7 - סטנדרטים בניהול המחלקה - פיתוח מקצועי

תחום הפיתוח המקצועי של הצוות ראוי לשבח. מתקיימות ישיבות צוות קבועות הנחלקות על פי תחומים או דירוג. מתקיים קורס ניהול לבניית עתודה ניהולית לצד קורס אוריינטציה לעובדים חדשים בארגון. נערכים מפגשי כוננים לליבון הסוגיות שעלו במהלך הקריאות בכוננות פעילה.

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

מתקיימת בקרה על העובדות באמצעות ההדרכה והרשומה הפסיכו-סוציאלית. בבקרה הקודמת הומלץ להפריד בין רשומות מקצועות הבריאות, אך המלצה זו לא מולאה. לפיכך, לא ניתן לפלח באופן מלא את נתוני הפעילות של המחלקה ולבנות לאורם תכנית עבודה יעילה.

פרק 9 - סטנדרטים בניהול המחלקה - יוזמות ופרויקטים ייחודיים

השירות מקיים מגוון גדול של קבוצות תמיכה לחולים או למשפחותיהם, כגון: קבוצות למטופלות סרטן שד, בני משפחה של חולים המטואונקולוגיים, פגועי ראש, מטופלים על רקע טרשת נפוצה ועוד. קיימת השתתפות קבועה של עו"ס בהכשרות ובהרצאות לצוות רב מקצועי, לעובדים חדשים בבית החולים, לאחיות או לסטודנטים לרפואה. העובדות הסוציאליות שותפות בפורומים שונים בקהילה.

פרק 10 - סטנדרטים הממוקדים בחולה ובמשפחתו - רצף טיפול

רצף הטיפול נמצא על פי רוב תקין.

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

מתבצע איתור של חולים בסיכון. אפוטרופוסים מתמנים בהליך תקין.

פרק 12 - סטנדרטים הממוקדים בחולה ובמשפחתו - רשומה ותיעוד

איכות הכתיבה טובה. נמצאו תיקים שבהם לא תועדה התערבות העו"ס.

פרק 13 - סטנדרטים הממוקדים בחולה ובמשפחתו - מיצוי זכויות

המחלקה לעבודה סוציאלית אחראית מקצועית על מרכז מיצוי הזכויות המרשים הקיים בבית החולים ואמונה על הדרכת המתנדבים במקום.

סיכום

המחלקה לעבודה סוציאלית מנוהלת באופן ראוי לשבח. זוהי מחלקה הנמצאת בלמידה מתמדת תוך הפקת לקחים מפעילויות קודמות. העובדות הסוציאליות מעורבות מאד בוועדות בית החולים ובפורום מקצועות הבריאות, וניכר מקומן החיוני בקרב צוותי מחלקות האשפוז.
מרבית הליקויים בבקרה הקודמת מולאו.

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

קלינאות תקשורת

ממצאים לשימור

הובלת השירות והשקעה בהרחבת השירות ופיתוחו.
ניהול השירות בתהליכי עבודה סדורים ומובנים היטב.
תהליכים סדורים ורציפים של פיתוח צוות קלינאי התקשורת ובכלל זה הדרכה של קלינאים צעירים.
ההיקפים הגדולים של הכשרת סטודנטים.
הובלת מחקרים בתחומי המקצוע.
קיומם של תהליכים אופרטיבים וסדורים לשיפור הזמינות ובינהם מתן שירות בזמינות גבוהה למקרים דחופים.
הקפדה על תיעוד ורשומה ברמה גבוהה.

תקציר הממצאים העיקריים

מידע כללי

פריסת השירות של קלינאי התקשורת בבית החולים רחבה ביותר.השירות נותן מענה לצרכי המאושפזים והמטופלים האמבולטוריים בכל תחומי העיסוק של קלינאי התקשורת. ועסקים בבית החולים 94 קלינאי תקשורת במכון השמיעה והדיבור, בבית החולים השיקומי, במכון להתפתחות הילד, במחלקת שיקום ילדים, ביעוץ במחלקות בית החולים הכללי, בפגיה, במרפאות בליעה ותנועה.תשעה מבין קלינאי התקשורת הם בעלי תואר PhD. בית החולים הוא שדה קליני מרכזי למעל ממאה סטודנטים בשנה מהחוג להפרעות בתקשורת של אוניברסיטת תל אביב הממוקם בקמפוס בית החולים.

פרק 1 - המשאב האנושי/פריסת השירות

פריסת השירות של קלינאי התקשורת הן בשירות האמבולטורי והן בכלל מחלקות בית החולים ואגפיו היא פריסה מיטבית ברובה, העונה על הצרכים, למעט חסר שקיים בשירות ייעוץ של קלינאי תקשורת במחלקות הילדים וביניהן במחלקת טיפול נמרץ ילדים. חסר זה אינו מאפשר מתן מענה לילדים הזקוקים להערכה והתערבות בתחומי הבליעה והתקשורת.

פרק 2 - זמינות ונגישות השירות

ישנם תהליכים אופרטיבים וסדורים לשיפור הזמינות ובינהם מתן שירות בזמינות גבוהה למקרים דחופים. יחד עם זאת יש צורך להמשיך ולשפר את הזמינות במיוחד בבדיקות ABR בסדציה ובדיקות שמיעה לילדים. בנוסף, נמצא כי במחלקת שיקום ילדים ישנם ילדים הזקוקים לטיפול בתדירות של ארבע- חמש פעמים בשבוע אולם מצבת כוח האדם הנוכחי אינה מאפשרת זאת.

פרק 3 - סביבה טיפולית

מכון השמיעה והדיבור אשר עבר שיפוץ לאחרונה, מהווה סביבת עבודה מיטבית הן למטופלים והן לקלינאי התקשורת.

פרק 4 - כלים וציוד

חדרי הטיפול מצויידים במכשור ובכלי אבחון וטיפול העונים בצורה מיטבית על צרכי המטופלים בכלל תחומי השירות.

פרק 5 - רישום תיעוד ודיווח

התיעוד והרישום מתבצע בתוכנה ממוחשבת ונעשה תוך הקפדה ובקרה על איכות הרשומה.

פרק 6 - ניהול השירות

ניהול השירות מתבצע בתהליכי עבודה סדורים ומובנים היטב.ישנה השקעה רבה בקידום ופיתוח השירות.

פרק 7 - פיתוח מקצועי

צוות קלינאי התקשורת בשיבא הוא מהמובילים בארץ בתחומים שונים של המקצוע ומהווים משאב של ידע ומקצועיות . ישנם תהליכים סדורים להדרכה ולהתמקצעות של קלינאים בראשית דרכם . קלינאי התקשורת מובילים מחקרים בשיתוף עם החוג להפרעות בתקשורת של אוניברסיטת תל אביב.

פרק 8 - עבודה לפי נהלים

העבודה בתחומי המקצוע מתקיימת תוך הקפדה על נהלי משרד הבריאות ונהלים פנימיים של השירות.

פרק 9 - רצף טיפול

ישנה הקפדה מיטבית על רצף הטיפול.

סיכום

השירות בתחום קלינאות התקשורת בבית החולים הוא שירות פורץ דרך המהווה מגדלור ודוגמא לשירות לכלל בתי החולים בארץ. בבית החולים עובדים 94 קלינאי תקשורת הנותנים שירות המכסה באופן מלא את כלל התחומים של המקצוע על ענפיו השונים: השמיעה, השפה הדיבור והבליעה. להיותו של השירות מוביל בתחומי המקצוע תורמים במיוחד הניהול וההובלה העצמאית של השירות על ידי קלינאי תקשורת והקשר ההדוק בין מכון השמיעה והדיבור וכלל השירות בבית החולים עם החוג להפרעות בתקשורת באוניברסיטת תל אביב.
השירות בתחום בבית החולים מנוהל היום על ידי ד"ר יעל הנקין קלינאית תקשורת לעילה ולעילה מכל בחינה שהיא. הצוות הניהולי בכל תחומי המקצוע בבית החולים הוא צוות מנוסה מקצועי ומבין המובילים בתחומם גם ברמה הארצית. קלינאי התקשורת בבית החולים מסורים, מחוייבים ובעלי תודעת שירות גבוהה.

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

ריפוי בעיסוק

ממצאים לשימור

רשת המחקרים הענפה, התמיכה האקדמית והמחקרית שמוענקת לעובדים שיוצאים ללימודי תארים גבוהים.
פרוייקטים הייחודיים כמו שיקום מרחוק, שיקום נהיגה, ארגונומיה.

תקציר הממצאים העיקריים

מידע כללי

פריסת השירות מקיפה בכל מחלקות בית החולים הכללי והשיקומי. הפריסה מתאפשרת על ידי טיפוח אנשי צוות היכולים להתנייד בין המחלקות השונות לגבות אחד את השני ולעזור היכן שיש עומס מטופלים או חוסר במטפלים כנדרש.

פרק 1 – המשאב האנושי/פריסת השירות

פריסת השירות טובה, עם ההתמודדות הרגילה של איוש דינמי של צוות: חופשות לידה, לימודים וכד'

פרק 2 – זמינות השרות

מערך השירות עובד באופן מסודר לפי התוויות ומקיים מערך תיעדוף תורים לפי דחיפות לצד מערך זימון תורים רגיל

פרק 3 – תשתיות רב"ע בבית החולים

בית החולים גדל בהיקף השירותים שהוא מציע והיקף המטופלים שהוא מקבל. שטחי הריפוי בעיסוק נשארו בעינם כמו לפני שני עשורים. אמנם אין מחסור בציוד ובית החולים נחשב כבית חולים מהשורה הראשונה באמצעי הטיפול החדשניים שהוא מציע - אך כל העושר הזה נדחק/נדחס לשטחים לא מתאימים בגודלם ולא הולמים בעיצובם.

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

הסביבה הטיפולית ראויה, מקיימים נהלי ה- JCI בכל הקשור לתחזוקה

פרק 5 – רשומה רפואית, רישום תיעוד ודיווח

התיעוד מכיל את תאור הטיפולים שהוענקו, אך הם מתועדים כנרטיב התרשמותי + מדידות אם נערכו, כשכל מפגש מנותק מהראייה הכללית של התכנית.

פרק 6 – ניהול השירות

שירות הריפוי בעיסוק מתנהל באופן משביע רצון.

פרק 7 – פיתוח מקצועי

צוות הריפוי בעיסוק לומד, מלמד, חוקר ומעורב בנושאים שונים ברמת המחלקות בהן הצוות עובד או כלל בית החולים. יש לצוות גיבוי ותמיכה ממנהלת השירות להיות מעורבים ופעילים בכל מה שעשוי לעניין אותם ובמקביל להעשיר את השירות הניתן למטופלים

פרק 8 – עבודה לפי נהלים

מאז תהליך האקרדיטציה קיימת תנופה בכתיבת נהלים פנימיים, שימוש בלומדות, הצוותים מקפידים להתעדכן ולעדכן.

סיכום

שירות גדול ומקיף עם עוצמה והשפעה בתוך בית החולים ומחוצה לו ,בממשקיו עם האקדמיה והקהילה. השירות מקפיד על עבודה על פי נהלים מבלי לאבד את הרוח הגבית לחשיבה יצירתית, פיתוח פרוייקטים ומעל לכל שירות מותאם אישית כשהלקוח במרכז.
סביבה הפיזית למטפלים נשארה כשהייתה לפני עשור ויותר זאת כאשר מספר המטופלים בעלייה מתמדת וסוגי השירותים גדלים ומתרחבים. ניכר ניסיון להתאמת מצבת כוח האדם כדי שהשירות יקיף מספר הולך וגדל של מטופלים - אך כל זה נעשה באותה סביבת טיפול מצומצמת .
היום הצפיפות ניכרת. כשיש צפיפות לצופה מבחוץ שטחי הריפוי בעיסוק נראים בבלגן - שעומד בסתירה לסטנדרט הבינוי ולנראות המוקפדת המתקיימת כמה מטרים משם. מבחינת המטופל (אם לרגע נסתכל על הסביבה מנקודת מבטו) הוא עובר ממחלקה ושטחים ציבוריים מחודשים, מרווחים ונעימים לעין, לחדר טיפולים צפוף ועמוס שנראה כמו מחסן.
2- המשאב האנושי היום בשירות הריפוי בעיסוק מכיל תמהיל של 1/3 מהעובדים שהם וותיקים בכירים ועמוד התווך של השירות, ו-2/3 ניידים בסוג של turnover. צריך לשאוף לתמהיל הפוך - 2/3 יציב ו-1/3 נייד. התמונה נכון להיום היא שהשליש הייציב נשחק תחת ההכרח להכשיר וללמד עובדים חדשים שלא נשארים. יש לנסות למצוא פתרונות בגדר יכולתו של בית החולים לעזור לשירות הריפוי בעיסוק להפוך את התמהיל. לפתח תכניות ואפשרויות ליותר מטפלים חדשים להישאר במערכת.

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

פסיכולוגיה

ממצאים לשימור

ההקמה של הקליניקה הציבורית למבוגרים היא פעולה הראויה לציון ולשבח. רעיון שטומן בחובו את רוח הרפורמה לצד קידום המטופל במרכז, יחד עם ההשקעה באנשים ובהתפתחותם המקצועית.
התארגנות צוותי הפסיכולוגים למתן סיוע בעת חירום כדוגמא אחת מיני רבות לרמה הגבוהה של ניהול השירות.
תהליכי הבקרה על התיעוד להמשך השיפור בנושא זה.

תקציר הממצאים העיקריים

מידע כללי

בבית החולים קיים שירות פסיכולוגי רחב, מגוון, מקצועי וברמה גבוהה מאוד.
החוסר המשמעותי ניכר בתחום הפסיכולוגיה הרפואית בחלק מהמחלקות שבהם אין גם שירותי ייעוץ נאותים.

פרק 1 - היקפי השירות

השירות הפסיכולוגי מאורגן היטב ומבצע את משימותיו באופן מצוין.קיימות מחלקות בהן חסר שירות פסיכולוגי קבוע ואף לא ניתנים בהן ייעוצים.
השירות נחלק לשתי חטיבות נפרדות וחסר ראש מערך הפסיכולוגיה של כל בית החולים.
ראוי לציון - התארגנות צוות הפסיכולוגים למענה כולל (כל הזמן ולכל בית החולים) בעתות חירום

פרק 2 - תשתיות

התנאים הפיזיים בחדרי הטיפול טובים ומתאימים.

פרק 3 - משכי המתנה לטיפול

ארגון השירות הפסיכולוגי מצוין ומאפשר מתן שירות בזמן סביר הן לצרכים אבחוניים, הן לצרכים טיפוליים והן לדחופים.

פרק 4 - מסגרות איבחון וסוגי טיפול

במסגרת השירות הפסיכולוגי למבוגרים מופעלות כל מסגרות האיבחון , לרבות הקליניקה הציבורית הנותנת טיפול פסיכואנליטי לאנשים עם הפרעות אישיות קשות, בתדירות של פעמיים בשבוע. הטיפול נעשה בהדרכה של המכון הפסיכואנליטי. ההדרכה וחלק מזמן הטיפול הוא בהתנדבות. מדובר בהתארגנות ראויה לציון ולשבח.

פרק 5 - איכות הרשומה

המערכת הממוחשבת טובה מאוד. הכתיבה לעיתים מצומצמת מכיוון שהמידור לא מספק. חשוב למצוא את האיזון כדי לשפר את איכות הכתיבה ולהרחיב את המידור ע"פ הצורך.

פרק 6 - פיתוח מקצועי

ראשי השירות הפסיכולוגי מקדמים את הפיתוח המקצועי באמצעות השתלמויות וישיבות צוות, בקרות, עבודות מחקר ובהימצאות של חומר מקצועי נגיש.

סיכום

השירות הפסיכולוגי בבית החולים "שיבא" מצויין הן באיכות השירות המקצועי, הן מבחינת הארגון והניהול , והן מבחינת העיסוק בפיתוח המקצועי של הפסיכולוגים ואף במתן תמיכה לצוותים רפואיים אחרים. השירותים הניתנים מגוונים ומותאמים וניתנים בסביבת עבודה ראויה ביותר. יחד עם זאת קיימות מחלקות בהן השירות הפסיכולוגי חסר. לא מתבצעת קליטת מתמחים בפסיכולוגיה למרפאות. טרם מונה ראש מערך הפסיכולוגיה מעל ראשי החטיבות.

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

ניקוי וחיטוי מכשירים אנדוסקופים

ממצאים לשימור

מיגון הצוות ותהליכי העבודה

תקציר הממצאים העיקריים

מידע כללי

הסקופיס הנבדקים על פי אתרי שימוש:
1) גסטרו- במכון למבוגרים 2ו) מכון לילדים;3) נזופרינגו- במרפאת אא"ג; 4) אורינו- במרפאה אורולוגית; 5)ברונכו- במכון ראות; 6) TEE במכון הלב

פרק 1 - ניקוי וחיטוי סקופים החודרים לחללי גוף שאינם סטרילים

בכל אתר שנבדק הניקוי המיידי מתבצע בהתאם לנוהל

פרק 2 - שלב ב', הניקוי הידני

הניקוי הידני בכל אתרי המבדק מתבצע בהתאם לנוהל. לא בכל האתרים מיזוג האוויר (במרפאה האורולוגית. במרפאת אא"ג ומכון הגסטרו לילדים.) עונה לדרישות העוצמה נדרשת.

פרק 3 - חיטוי ברמה גבוהה במכונה ואחסון

פרט לחריגים המצויינים בטבלת ההנחיות לשיפור במכון הלב ומרפאה האורולוגית, החיטוי ברמה גבוהה ואחסון הסקופים המחוטאים, מבוצע בהתאם לנוהל.

פרק 4 - מיגון הצוות המטפל במכשור/בטיחות

בכל האתרים, מיגון הצוות הינו בהתאם לנוהל.

פרק 5 - אישורי אמ"ר

קיימים אישורי אמ"ר לציוד ולמכונות הניקוי והחיטוי.

פרק 6 - שינוע

שינוע אנדוסקופים מבוצע במארז יעודי, כנדרש.

פרק 7 - תיעוד

קיים תעוד המאפשר איתור המטופל לפי המכשיר שהיה בשימוש.

סיכום

הניקוי וחיטוי הסקופים בכל האתרים שנבדקו, עומד בכל דרישות הנוהל בנושא. יש לפעול כדי לתקן א עוצמת מיזוג האוויר באתרי החיטוי של הסקופים במרפאה האורולוגית. במרפאת אא"ג ומכון הגסטרו לילדים. נצפו ארונות יבוש סקופים בצמוד לאתרי הבדיקה בניגוד להנחיות הנוהל.

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

דיאליזה מבוגרים

ממצאים לשימור

רמתו המקצועית של הצוות.

תקציר הממצאים העיקריים

מידע כללי

מופעלת משמרת בבוקר למטופלי בידוד, אחריה מתבצע חיטוי של המכונות והעמדות , ונערכות דיאליזות למטופלים רגילים, בכל משמרת 2 אחיות. נמסר שאין אף מטופל בדיאליזה צפקית.

פרק 1 - כוח אדם

מצבת כח האדם המטפל בהתאם לתקנות.

פרק 2 - פיתוח מקצועי

קיימים דיווחים על יציאת צוות להשתלמויות. מתבצעת פעילות בתחום שיפור איכות הטיפול.

פרק 3-נהלים

נהלי משרד הבריאות מוכרים וזמינים במחשבים.

פרק 4 - אירועים חריגים

אירועים חריגים מדווחים שם שמות המעורבים למשרד בטיחות הטיפול וניהול סיכונים בניהולו של פרופ' זיו אמיתי. תחקירים מופצים לשטח.

פרק 5– רשומות

הרשומה ממוחשבת, מלאה כנדרש.

פרק 6 – חיסונים

הרופא האחראי נותן הפניה לחיסון בקופ"ח, אך אין מעקב אם המטופל חוסן.

פרק 7 – ניהול הטיפול התרופתי

ממצאים חוזרים מבקרה קודמת.

פרק 8 – החייאה

מגש התרופות לעגלת ההחייאה אינו מגיע סגור ותקף מבית המרקחת כנדרש בחוזר מינהל הרפואה מס 21/2006 . אין צוות החייאה מוסדי זמין לקריאות, כולל מרדים. קיים פתרון מקומי בשל הפיזור הגיאוגרפי של בית החולים.

פרק 9 – בדיקות המים

נלקחות בדיקות מים כנדרש, תוצאותיהן תקינות.

פרק 10– תשתיות אולמות דיאליזה

תשתיות אולם דיאליזה מבוגרים, תקינות

פרק 11 – אישורים

המבנה ישן , מכון דיאליזה עבר שיפוץ לפני מס' שנים והוא ממוגן חלקית. לא הוצג אישור כיבוי אש. מערכות מזוג האוויר (מזגנים מקומיים) לא עומדת בדרישות נוהל AC-01

פרק 12 – חדר המים

בחדר המים ישנה מערכת אחת של אוסמוזה הפוכה, בניגוד לנוהל הדורש שתי מערכות במקביל, מאחר והאתר מיועד לשמש בשעת חרום לתפעול 24/7 של המקום יש להוסיף בדחיפות מערכת נוספת של אוסמוזה הפוכה.

פרק 13 – מדדי איכות

יש לשקול להקים מרכז מומחים לטיפול בגישה לכלי דם על מנת לתת מענה מידי לחולי דיאליזה להתקנת פיסטולות ביצוע דופלקס וכיו"ב לכל אזור המרכז.

סיכום

אתר המודיאליזה למבוגרים משופץ ותשתיותיו תקינות. מיזוג האוויר במקום אינו עומד בתקן חוזר AC-01 . מאחר וקיים חדר מים נוסף, יש להתאימו לחוזר מינהל רפואה 9/14 הכולל שתי מערכות אוזמוזה הפוכה. חסר במקום חדר תרופות מתאים. מאחר ויש דרישה לחולים המאושפזים בבנין בו נמצא הדיאליזה, נמסר שמתוכננת תוספת משמרת שלישית במקום לאחר תוספת כח אדם.

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

דיאליזה אלקטיביים

ממצאים לשימור

האחות האחראית גב' ורד שני, משתתפת בקבוצות עבודה שיזמה, בשיתוף עם מינהל הסיעוד,לפיתוח סטנדרטים לעבודה בדיאליזה שיהיו אחידים בכל מכוני הדיאליזה במדינה.

תקציר הממצאים העיקריים

מידע כללי

הצוות שמטפל בחולי הדיאליזה האלקטיביים משותף לכל האתרים של המרפאה הנפרולוגית, והנפרו גריאטרית, מועסקות יותר מ 41 אחיות בפועל, חלקן בחלקיות משרה.

פרק 1 - כוח אדם

תקינת האחיות על פי התקנות. ישנו תכנון קבלת תקנים נוספים על מנת לפתוח משמרת נוספת באגף גריאטרי

פרק 2 - פיתוח מקצועי

מושם דגש על פיתוח מקצועי. מועסקות 6 מדריכות קליניות, המקום משמש שדה קליני ללימודים של בית הספר לסיעוד.

פרק 3-נהלים

נמצאו נהלים רלוונטיים כנדרש

פרק 4 - אירועים חריגים

אירועים חריגים מדווחים שמית למשרד לבטיחות הטיפול וניהול סיכונים. תחקירים מפוזרים לשטח.

פרק 5– רשומות

מאחר וניתנים טיפולים סדורים לב- 230 מטופלים אלקטיביים ועוד לכ-20 מטופלים מאושפזים מהקהילה, ומאחר ומטופלים אלו זקוקים לשרותי סוציאליים ושירותי דיאטה צמודים. נמצא שהעובדת הסוציאלית והדיאטנית עובדות בעומס שלא מאפשר מיצו הטיפול עד תום. יש לשקול העלאת תקנים אלו בדיאליזה.

פרק 6 – חיסונים

יש ליישם את הנחיות הערכות לחורף 2016-2017, שמופצות מידי שנה, במעקב אחרי מתחסנים בקבוצות אוכלוסיה בסיכון.

פרק 7 – ניהול הטיפול התרופתי

ניהול הטיפול התרופתי תקין , למעט התרופות שהמטופל מביא מהבית והניתנות במהלך הטיפול.

פרק 8 – החייאה

הצוותים עברו הכשרות וריענוני החייאה כנדרש. בעגלת החייאה חסר מגש תרופות סגור ומנוילן שמוכן על יצי צוות בית המרקחת.

פרק 9 – בדיקות המים

נמצא תיעוד של תוצאות בדיקות מים כנדרש

פרק 10– תשתיות אולמות דיאליזה

המקום גדול ומרווח,כולל המכון נמצא במבנה בית החולים, בבנין המרכזי בקומת קרקע.
המתחם כולל אולמות "חצב" ו- "הדס" עם 12 עמדות בכול אולם.
אולם "סביון" עם 5 עמדות. אולם "יסמין" עם 4 עמדות. חדר "דקל" ו-"נרקיס" עם עמדה אחת בכל חדר. חדר "שקמה" עם 2 עמדות.
אולם נוסף מכיל 3 עמדות למטופלים במצב חריף כולל מונשמים. ואולם לא מאושר עם -4 מיטות, בנוסף נמצאו במקום מרפאות: נפרולוגיה ול"ד, פרדיאליזה, כלי-דם ומרפאת מושתלים. תשתיות האתרים תקינות.

פרק 11 – אישורים

המרפאה מרווחת, חסר מקום ממוגן לדיאליזה בשעת חרום.

פרק 12 – חדר המים

חדר המים לא נבדק על יד מהנדס, תשתיותיו נצפו על ידי הבקרית ונמצאו תקינות למעט העדר מד טמפרטורה.

פרק 13 – מדדי איכות

מדדי האיכות תקינים/ לדברי המנהלת ישנו שרות פרוצדורות נוח, תורים שמורים לאנגיוגרפיה ולסתימות שנטים , מקרים דחופים מטופלים במידי יחד עם זאת יש לקצר זמני המתנה

סיכום

המקום פועל בצורה טובה.הוצג קלסר נהלים הכולל את נהלים משרד הבריאות הרלוונטיים . הוצגו סיכומי ישיבות צוות. הוצג קלסר פיתוח מקצועי הכולל אישור של כל הצוות על רענון החייאה בשנה האחרונה, וכן יציאת הצוות לימי השתלמות. קיים נוהל אוריינטציה ומעקב לעובד חדש המתקבל לעבודה. הוצגו תכניות עבודה לצוות הסיעודי המתחדשות אחת לשנה. הוצג קלסר של אירועים חריגים, מטופלים ברמה מוסדית. נמצא מעקב והתערבות של עו"ס , נמצא תיעוד ומעקב של דיאטנית.

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

בריאות השן - מחלקת אשפוז

ממצאים לשימור

הטיפול לאחר ניתוחי במאושפזים באא"ג .
תיעוד הרשומות בקבלה, דוח ניתוח מעקב ושחרור .

תקציר הממצאים העיקריים

מידע כללי

מחלקת אשפוז יחד עם אף ,אוזן וגרון. כל אחד פועל תחת קודים שלו. הילדים מתאשפזים במחלקת הילדים

פרק 1 - כיסוי תורנים/כוננים

קיים כיסוי תורנים וכוננים מלא

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

תיעוד רשומות בקבלה תקין

פרק 3 - רשומה רפואית – איכות תיעוד רשומת מעקב יומית

תעוד מעקב יומי תקין

פרק 4 - רשומה רפואית – כתיבת ההוראה לטיפול תרופתי

כתיבה הוראה לטיפול תרופתי תקינה

פרק 5 - רשומה רפואית – דוח ניתוח

דוחות ניתוח מלאים כולל רישומי אבחנה משוערת אחרי ניתוח על פי קודי ICD9 כנדרש.

פרק 6 - רשומה רפואית – איכות תיעוד רשומת שחרור

רשומות שחרור תקינות

פרק 7 - ניהול סיכונים

קיים תהליך מובנה ל דווח על אירועים חריגים / תקלות . תקין

פרק 8 - תלונות בנושא טיפולי שיניים

קיים תהליך מובנה לטיפול בתלונות והפקת לקחים, כנדרש.

פרק 9 - פיתוח הצוות והשתלמויות

פיתוח צוות ויציאתו להשתלמויות מתועד ותקין .

סיכום

מחלקת האשפוז במתחם אשפוז אא"ג פועלת ברמה גבוהה..איכות התיעוד רהשומות בקבלה, מעקב ושחרור טובה מאוד. מתקיים תהליך מובנה לטיפול באירועים חריגים/תקלות. דוחות הניתוח תקינים. מונה רכז לנושא תלונות בטיפולי שיניים. קיים מערך מובנה להשתלמויות ופיתוח צוות.

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

בריאות השן - מרפאות חוץ פה ולסתות

ממצאים לשימור

תעוד הקבלה

תקציר הממצאים העיקריים

מידע כללי

מספר המבוטחים שהופנו מקופות ב 12 חודשים אחרונים לא נמסר ע"י הבית חולים

פרק 2 –איכות תיעוד הקבלה

תעוד הקבלה תקין

פרק 3 – נהלי עבודה

נוהלי משרד הבריאות הרלונטיים מוכרים וזמינים.

פרק 4 –זמינות שירותים

אין זמינות . כל התורים המתנה מעל 6 חודשים .

פרק 5 –שמירת רצף הטיפול

העברת מידע באמצעות מכתב

פרק 6 –חוק זכויות החולה

עיקרי חוק זכויות החולה מפורסמים על כרזה במקום בולט

סיכום

מרפאה מסודרת . נותנת לקהילה טיפולים גם בהרדמה כללית .תיעוד קבלה תקין .
זמינות השרות: תורים ארוכים מאוד :מעל 6 חודשים לכל הטיפולים.

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

בריאות השן - מרפאת שיניים

ממצאים לשימור

תיעוד הקבלה

תקציר הממצאים העיקריים

מידע כללי

מספר מבוטחים שהופנו מקופות החולים לטיפול ב 12 חודשים אחרונים לא נמסר ע"י הבית חולים.

פרק 1 –חדר ההמתנה

חדר ההמתנה נמצא תקין

פרק 2 –איכות תיעוד הקבלה

נתוני הקבלה והתכנית לטיפול מלאים

פרק 3 – נהלי עבודה

נוהלי משרד הבריאות הרלוונטים מוכרים וזמינים

פרק 4 –זמינות שירותים

אין זמינות לתורים . המתנה לתורים ארוכים מאוד . (לפחות 6 חודשים)

פרק 6 –חוק זכויות החולה

עיקרי חוק זכויות החולה מפורסמים על גבי כרזה.

סיכום

מרפאות השיניים - טיפולי שיניים בהרדמה מתבצעים בחדר הניתוח הסמוך. חדר זה קטן ולא מיועד לעבודה של 3 אנשי צוות . אחד הקירות של חדר הניתוח סדוק . בחדר ההתאוששות הסמוך יש שתי מיטות, בזמן הבקרה על אחת המיטות היו מאוחסנות קופסאות וחפצים רבים , בשל חוסר מקום לחפצי הצוות. דלת יציאת חירום בפרוזדור ליד המרפאות הייתה חסומה על ידי ציוד .

לאחרונה, נבחר מנהל היחידה לרפואת הפה, אנחנו מברכים על כך ומקווים ששינוי זה יתרום ליצירת סביבה ארגונית מתאימה לפתיחת תכניות ההתמחות בתחומים אלה. נכון להיום, מקצועות ליבה המספקים שירותים שבסל הבריאות, רפואת הפה ורפואת השיניים לילדים, אינם מכשירים מתמחים , תחום חשוב למתן שירותים זמינים לאוכלוסיית המטופלים ולהכשרת דור העתיד, כאחד.

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

בריאות הנפש - מחלקה

ממצאים לשימור

. שימור התנאים הפיזיים, עבודה הרב מקצועית ועבודה ע"פ נהלים.

תקציר הממצאים העיקריים

מידע כללי

כל האחיות מוסמכות.
אין מרפאה בעיסוק במחלקה - על תקן זה מועסקות מרפאה באומנות ומרפאה בפסיכודרמה, סה"כ היקף של 1 משרה.
מדריכים חברתיים מתנדבים (סטודנטים לפסיכולוגיה) נמצאים בשעות אחר הצהרים.

פרק 1 - זכויות החולה

למעט העדר תיבת תלונות בחלק הסגור , לא נמצאו ממצאים חריגים. ממצאים נוספים:טלפון ציבורי- נמצא בחלק הפתוח ובחלק הסגור של המחלקה וכן מאפשרים להשתמש בפלאפונים אישיים ללא מצלמה. מונו 2 אחראיות על טיפול בפניות ותלונות ציבור במחלקה: המפקחת הקלינית של המערך הפסיכיאטרי כולו והמנהלת האדמיניסטרטיבית .

פרק 2 - תנאים פיזיים

נאי האשפוז במחלקה טובים. חסרים פעמוני מצוקה בחדרי המטפלים.

פרק 3 - תיק עובד

תיקי העובדים נמצאים במשרדי כוח האדם ולא נבדקו בעת הבקרה.
נצפתה תכנית קליטה והכשרה של צוות סעודי.

פרק 5 - בטיחות וביטחון

היעדר לחצני מצוקה בחדרי הטיפול במחלקה.
מטופל המסכן את עצמו ו/או הצוות - לא קיימת אזהרה בכניסה לתיק המטופל, אולם לכל מטופל קיימת הערכת מסוכנות המתעדכנת על בסיס יומי.

פרק 6 - רצף טיפולי

הצוות הסיעודי מחויב לשוחח עם משפחות המטופלים הנקלטים במחלקה ולתעד תוך 90 שעות, מעבר לתיעוד ה CM והצוות הפרה-רפואי. במידה והאשפוז חל לאחר משמרת ערב, ידווח למשפחה ואפוטרופוס, במידה ושישנו, בשעות הבוקר.
ברשומת הסיעודית נצפה רישום ייעודי בתחום האפוטרופסות. בעת הבקרה דווח על אתחול הליך החלפת אפוטרופוס לאור סירוב משפחת החולה לשאת באחריות זו.
תאום טיפול- העו"ס החדש דואג להכיר את כל מטופלי המחלקה וקיימת הנחייה פנימית של המחלקה למינוי העו"ס המחלקתי כCM במקרים הדורשים התערבות סוציאלית. תאום תור להמשך טיפול בקהילה נעשה ע"י הסקטור הרפואי.

פרק 7 - נהלים

קיימות הנחיות כתובות לטיפול בחולים מסוכנים- קיימת תוכנת לומדה ממוחשבת בתחום האלימות לעובדי המחלקה.

פרק 8 - רישום ודיווח רפואי

הרישום והדיווח בתיקי המטופלים נעשה ע"פ הנוהל.

פרק 9 - שירות סוציאלי

חסר שילוט ייעודי לשרות העו"ס במחלקה מעבר לעלון מידע הכתוב שיש לדאוג להשמתו באופן נגיש למטופלים, משפחות ומבקרים במחלקה.
יש לדאוג לשילוב העו"ס החדש בכנסי פנים וחוץ תוך השתלבותו המקצועית במחלקה ולהמשך הבניית נהלי עו"ס פנימיים והתאמתן למחלקה וצביונה.

פרק 10 - ועדה פסיכיאטרית מחוזית

נוהל ועדות פסיכיאטריות מיושם בצורה נאותה במסגרת.

פרק 11 - חדר קשירה

ניכר כי הצוות הסיעודי והרפואי פועלים לצמצם את פעילות ההגבלה הפיסית למינימום ההכרחי.
כל הצוותים אמונים על הנוהל ומקיימים אותו במלואו.

פרק 12 - חדר בידוד

חדר בידוד עומד בדרישות הנוהל.

פרק 13 - טיפול בנזעי חשמל - ECT

ממצאי בקרה זו מבוססים על בקרה שנעשתה ביחידת ECT בתאריך 16.3.17.
יחידת ה- ECT מהווה חלק מהמערך הפסיכיאטרי בבית חולים תל השומר. היחידה נותנת מענה לחולים מאושפזים ואמבולטוריים.
צוות היחידה הינו צוות קבוע אשר עבר הכשרה בתחום וכולל רופא פסיכיאטר מומחה, צוות סיעודי ייעודי ומרדים. קיים ביחידה מענה ייעודי לחולים אמבולטוריים.
התרשמנו מעשיה העומדת בדרישות הנוהל 51.005. 1.6.2016.

סיכום

התרשמנו מתהליכי עבודה מקצועיים ע"פ הנהלים בתחומי הסיעוד, רישום ודיווח, רצף טיפולי ועוד.

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

ריפוי בעיסוק במחלקה פסיכיאטרית

ממצאים לשימור

המאמץ המוקדש לאיוש המשרות
ההשקעה בהדרכה ובתמיכה בצוות הקיים

תקציר הממצאים העיקריים

מידע כללי

מזה תקופה ארוכה שמתקשים לאייש תקנים ולכן גם לא מכשירים סטודנטים. לאחרונה נקלטו 2 אנשי צוות חדשים. עדיין בחוסר.

פרק 1 - שירות ריפוי בעיסוק במחלקות ברה"ן

לא נמצאו התוויות להפנייה לריפוי בעיסוק, לא הוצגה רשימת התוויות נגישה לצוות.
בפעמים בהן מרפאים בעיסוק מחליטים עם מי לעבוד ללא הפנייה מאיש צוות אחר, לא נמצאה התוויה או רציונל להתחלת הטיפול במטופל שנבחר.
חסרה תכנית טיפול כתובה הכוללת רשימת מטרות ריאליות וברות השגה לכל מטופל שמגיע לטיפול פרטני או קבוצתי.

סיכום

מהבקרה הקודמת, יש שיפור קל בעניין כוח האדם, נקלטו שתי מרפאות בעיסוק יחסית חדשות במקצוע למחלקה א' ולאשפוז יום. ניכר מחסור בכוח האדם והיעדר תכניות טיפול האופייניות לסקטור הריפוי בעיסוק, תכניות המתמקדות בתפקוד והשתתפות - גם במחלקה וגם במעברים בין המחלקה החוצה.

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

הוועדה להפסקת הריון

ממצאים לשימור

אופן מילוי טופס הבקשה להפסקת הריון .

תקציר הממצאים העיקריים

פרק 1 - נתונים כלליים

הרכב הועדה להפסקת היריון תקין , סדרי עבודתה בהתאם להנחיות.

פרק 2 – איכות מילוי טופס אישור הוועדה להפסקת היריון

טופס הבקשה לאישור הפסקת הריון מלא כנדרש.
בכל מקרה של אישור הפסקת הריון מטעמים רפואיים קיים מכתב מנומק של רופא מומחה.
בתיקים של הוועדה בשלב חיות- קיים פרוטוקול מסודר, והרשומה הרפואית מלאה כנדרש.

פרק 3 – איכות תיק האשפוז של ביצוע הפסקת הריון

הרשומה הרפואית בתיק האשפוז המתעד ביצוע של הפסקת הריון תקינה.

סיכום

הוועדה לאישור הפסקת הריון פועלת לפי החוק ונהלי משרד הבריאות.

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

רישום סרטן

ממצאים לשימור

מלאות ושלמות דוחת הפתולוגיה , כל הפרטים הנחוצים להקמת מקרים ברישום סרטן נמצאים בדוחות.

תקציר הממצאים העיקריים

מידע כללי

מכוני פתולוגיה וציטולוגיה של בית חולים תל השומר שולחים דוחות פתולוגיה בצורה אלקטרונית, דרך "כספת רישום סרטן". ברישום סרטן מקימים כ-2500 מקרים חדשים בשנה על בסיס דיווח של שיבא. נכון להיום, קיימת במכון פתולוגיה האפשרות לשליפת מקרי סרטן לפי קוד SNOMED..

פרק 1 - רישום סרטן

לצורך בדיקת איכות הדוחות, נבדקו 40 דחות פתולוגיה שבוצעו בפברואר 2014. מדגם לבדיקת איכות כלל כל מקרה של סרטן השד שדווח לפברואר 2014, ובנוסף, קולון, ראיה, בלוטת תריס, שלפוחית השתן ומקרים אחרים שנבחרו באופן אקראי. כל הפרטים הנחוצים להקמת מקרים ברישום סרטן נמצאים בדוחות.

פרק 2 - חובת דיווח

מתוך רשימה שכללה 443 מקרים אונקולוגיים 400 נמצאו במערכת רישום סרטן – אנחנו מניחים שחלק מהדוחות לא הגיעו לכספת שלנו . יצרנו קשר עם משל"ת של משרד הבריאות כדאי לחפש פתרון על מעקב של העברת קבצים ל "כספת רישום סרטן".
נכון להיום אשת המחשוב בשיבא אחראית אל שליחת דוחות פתולוגיה, היא מנהלת רשימת אבחנות על בסיס קוד SNOMED ומשחררת כל חודש דוחות פתולוגיה חדשים.

סיכום

1. שליחת דוחות מתבצעת בצורה אלקטרונית – דרך כספת "רישום סרטן"
2. בבדיקות פתולוגיות של שד לאחר ניתוח נמצא סטטוס ER/ PR/HER .
3. מתוך רשימה שכללה 443 מקרים אונקולוגיים 400 נמצאו במערכת רישום סרטן. סביר להניח שחלק מהדוחות לא הגיעו לכספת רישום סרטן של משרד הבריאות . יצרנו קשר עם משל"ת של משרד הבריאות כדאי לחפש פתרון על מעקב של העברת קבצים ל "כספת רישום סרטן".בינתיים לצורך מעקב על מספר קבצים שמעוברים משיבא, יבדקו מספר קבצים לפי רשימת דוחות נפרדת - אשת קשר (אסנת) תשלח אותה יחד עם דוחות פתולוגיה כל חודש.

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

רישוי

ממצאים לשימור

בשלב זה אין שינוי בתעודת הרישום.

סיכום

נבדקו: אחוזי תפיסת מיטות והיקפי פעילות וכן התאמת פריסת המיטות בפועל לרישיון.

במספר מחלקות נמצא כי אין דווח למשרד הבריאות על תפוסה בהן:

ט.נ. נשימתי - 9 מיטות בתעודת הרישום. כיום המחלקה אינה פעילה, לאחר שיפוץ מתחם טיפול נמרץ, יפתחו המיטות.

טיפול מיוחד ביילוד - 20 מיטות בתעודת הרישום. ביה"ח מדווח במסגרת טיפול נמרץ ילודים - 31 מיטות עם תפוסה של 135%. הוסבר לביה"ח כי יש לדווח בצורה תקנית ומופרדת.

אורתואונקולוגיה - 4 מיטות בתעודת הרישום. ביה"ח מדווח במסגרת אורתופדיה. יש לדווח בצורה תקנית.

טיפול תומך איידס - 6 מיטות בתעודת הרישום. בפועל, אין מיטות בביה"ח. על ביה"ח להודיע לאיזה מחלקה הוא מתכוון להמיר מיטות אלה.

סיעוד מורכב תומך - 30 מיטות בתעודת הרישום. מדובר במיטות של "מעונות מכבי", על ביה"ח לבדוק מול אגף הגריאטריה את מעמדן של מיטות אלה, והאם להעמיד מחלקה זו תחת רישיון נפרד.

בשלב זה אין שינוי בתעודת הרישום.

הנחיות לשיפור בתחומי הבקרה לפי לוחות זמנים

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 1 - הסכמה מדעת					
1.2. יש לפעול לפי הנחיות חוזר מינהל הרפואה מס' 23/2010 ולמסור למטופל העתק טופס הסכמה מדעת			✓		
פרק 3 - זכויות החולה					
3.5. יש להנגיש את המידע החיוני באתר גם בשפות ערבית ורוסית					✓
פרק 4 - בטיחות					
4.1. יש לעמוד בדרישות שירותי הכבאות בכל בית החולים ולקבל את האישורים המתאימים . כיוון שקבלת האישורים אינה תלויה רק בבית החולים אלה גם בזמינות שירותי הכבאות להשלמת הבקרות ניתן פרק זמן של שנה לעמידה ביעד					✓
פרק 5 - היחידה לבטיחות הטיפול					
5.2. יש למנות שני רופאים בוועדה על מנת לעמוד בסטנדרט האיוש הקבוע בחוזר ע"פ מספר המיטות בביה"ח					✓
5.3. ייש למנות שלוש אחיות בכירות בוועדה כדי לעמוד בסטנדרט האיוש הקבוע בחוזר ע"פ מספר המיטות בביה"ח					✓
5.4. יש למנות שלוש מזכירות בוועדה , על מנת לעמוד בסטנדרט האיוש הקבוע בחוזר ע"פ מספר המיטות בביה"ח.					✓
פרק 6 - חיסון עובדי בריאות חדשים ועובדים ותיקים החשופים לדם					
6.8. יש לפעול לחיסון של כלל עובדי הבריאות החדשים לשפעת עונתית					✓

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
6.16. יש לפעול לחיסון של כלל עובדי הבריאות הותיקים לשפעת עונתית					✓
2. מינהל רפואה					
פרק 1 - רשומה רפואית – איכות תיעוד הקבלה					
1.11. יש להוסיף חתימה וחותמת לקבלה הרפואית	✓				
פרק 2 - הסכמה מדעת לפעולות פולשניות					
2.2. יש לרשום באופן ברור את שם הרופא ומספר הרשיון על כל טפסי ההסכמה מדעת. בחלק מטפסי ההסכמה להרדמה שנבדקו, אין פירוט של שם הרופא ומספר הרשיון. כמו כן בחלק מטפסי ההסכמה להרדמה שנבדקו, אין פירוט לגבי סוג ההרדמה עליו קיבל המטופל הסבר.	✓				
פרק 3 - איכות תיעוד רשומות מעקב יומיות					
3.10. יש להוסיף חתימה וחותמת של הרופא המטפל במידה והסטאג'ר תיעד את המעקב אחר המטופל. בחלק מהרשומות המתעדות את המעקב היומי אחרי המטופל, במידה וסטאג'ר תיעד את המעקב, אין מספר רשיון וחותמת.	✓				
פרק 7 - רשומת חולה במיון					
7.17. יש לוודא שנמסר למטופל שם הרופא האחראי על הטיפול בו. יש לציין את שמו של הרופא האחראי ברשומת המטופל. לחלק מהמטופלים במיון לא הוסבר מיהו הרופא האחראי על הטיפול בהם		✓			
פרק 10 - תורנים וכוננים בחדר מיון					

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
10.1. יש לתלות רשימת תורני וכונני המיון במקום בולט וגלוי לעין רשימת תורני וכונני חדר מיון נמצאת במחשב במקום נגיש, יש להכנס למחשב על מנת לראות אותה.	✓				
פרק 11 - רופאים אחרי תורנות					
11.1. יש לסיים משמרת לאחר תורנות בשעה 08:00 אלא אם נדרשת נוכחות המתמחה עד 10:00 בבוקר. על פי תשאול המתמחים, לאחר תורנות במחלקה פנימית המתמחים מסיימים לרוב את המשמרת בשעה 08:00, במחלקה כירורגית המתמחים לרוב נשארים לאחר השעה 08:00.	✓				
11.2. יש לסיים גיבוש הועדה ל"אישור עבודה לאחר תורנות" הועדה ל"אישור עבודה לאחר תורנות" נמצאת בתהליכי גיבוש.	✓				
3. הרדמה					
פרק 3 - התאמת התנאים הפיזיים					
3.3. יש לוודא שדלתות הכניסה לחדר הניתוח יפתחו לשני הצדדים רצוי לוודא שדלתות הכניסה לחדר הניתוח יפתחו לשני הצדדים					✓
3.5. יש לוודא כי בחדרי ניתוח בבניה יהיה פתח ייעודי להוצאת ציוד מלוכלך יש לוודא כי בחדרי ניתוח בבניה יהיה פתח ייעודי להוצאת ציוד מלוכלך					✓
3.6. יש לוודא כי כל הברזים יהיו ניתנים להפעלה ללא מגע יד באיזור שוקת רחצת הידיים יש לוודא כי כל הברזים יהיו ניתנים להפעלה ללא מגע יד באיזור שוקת רחצת הידיים				✓	
פרק 4 – ציוד חיוני במתחם חדרי הניתוח					

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
4.15. יש להצטייד במספר מכשירי BIS נוספים (5-6 יחידות) יש להצטייד במספר מכשירי BIS נוספים (5-6 יחידות)			✓		
4.16. יש להצטייד במספר מכשירי US נוספים (3 יחידות) יש להצטייד במספר מכשירי US נוספים (3 יחידות)				✓	
פרק 7 – שלמות איסוף הנתונים לפני הרדמה					
7.2. יש לרשום תרופות טבעיות שהחולה נוטל בחודשיים שלפני הניתוח יש לרשום תרופות טבעיות שהחולה נוטל בחודשיים שלפני הניתוח	✓				
פרק 9 – שלמות תיעוד בדוחות הניתוח					
9.5. יש לרשום הוראות טיפול לאחר ניתוח בכל דו"ח ניתוח יש לרשום הוראות טיפול לאחר ניתוח בכל דו"ח ניתוח	✓				
פרק 14 – חדר התאוששות –תשתיות					
14.1. יש להוסיף עמדות התאוששות באתר המרכזי יש להוסיף עמדות התאוששות באתר המרכזי					✓
פרק 16 – חדר התאוששות –רשומות					
16.5. יש לשפר את תכנית האלחוש לאחר ניתוח יש לשפר את תכנית האלחוש לאחר ניתוח			✓		
4. מערכות הנדסיות ותשתיות					
פרק 2 – דוח רשומות - אספקה סטרילית מרכזית (אס"מ)					

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
2.9. יש לקבל התייחסות המוסד, להפעלת המתקן, ששופץ לאחרונה ע"י ביה"ח. יש לקבל אישור מהמשרד לאיכות הסביבה - אגף איכות אוויר. יש לקבל את תוצאות הבדיקה, שערך ביה"ח.				✓	
פרק 8 – דוח תצפית – סביבת חדרי ניתוח					
8.5. ברכזת החמצן הדו ענפית, רק ענף אחד היה פעיל. יש להשמיש 2 הענפים או ביטול ענף אחד. ברכזת הנייטרוס הדו ענפית, רק ענף אחד היה פעיל. יש להשמיש 2 הענפים או ביטול ענף אחד. יש לדאוג לסימון ברזי הגזים וצביעת הצנרת. יש לדאוג לשלמות ברזי הגזים וסימונם ולהשלים ידיות חסרות (בחלקם). יש להימנע מאחסון קרטונים באזור הגזים הרפואיים. יש להימנע מלאחסן ציוד בפרוזדורים.				✓	
8.6. יש לדאוג לאחידות שקעי החשמל. יש לדאוג להימצאות תוכניות עדכניות בלוחות החשמל. יש לדאוג לאיוורור לוחות החשמל שבמתחם חדרי הניתוח.				✓	
פרק 9 – דוח תצפית – חדרי ניתוח					
9.3. יש לדאוג שכל נוריות הסימון בשקעים (LED), יהיו קיימים ותקינים		✓			
9.8. יש לכייל את מכשירי לחץ אוויר חיובי (מגנהליק) ולהמציא תעודת כיול מתאימה.		✓			
פרק 10 – דוח תצפית – אולם התאוששות					

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
10.2. ברזי ניתוק הגזים, מרוחקים מידי - יש לדאוג לקרבם למתחם ההתאוששות.				✓	
פרק 11 – דוח תצפית – סטריליזציה					
תת פרק : חדר שטיפה/סטריליזציה הממוקם בתוך מתחם חדר ניתוח					
11.1. בחדר לטיפול במכשירי ניתוח הממוקם במתחם חדרי הניתוח ש לדאוג לחלוקה ברורה בין האזורים הנקיים והמלוכלכים. החדר משמש בערבוביה, לניקוי מכשירים ולאחסון פורמלדהיד. יש לסדר את החדר ולדאוג להפרדה בין ביצוע סטריליזציה לבין אחסון פורמלדהיד. יש לדאוג לחלוקה ברורה בין האזורים הנקיים והמלוכלכים.				✓	
11.4. בחדר לטיפול במכשירי ניתוח הממוקם במתחם חדרי הניתוח לא ברורים נהלי העבודה עם מעקר הקיטור המהיר, ומידת התאמתו לתקן ישראלי 17665-1 מומלץ להחליפו , באוטוקלב שולחני, תיקני.				✓	
אס"מ (הממוקמת מחוץ למתחם חדר ניתוח)					
11.14. כדאי להחליף מס' מכונות שטיפה ישנות.				✓	
11.20. יש להעביר ל עיון הח"מ נוהל טיפול במעקר אתילן אקסיד כולל תוצאות בדיקות מעקב אחר פליטת גזי העיקור ואישור המשרד לאיכות הסביבה לתקינות המערכת .			✓		
פרק 12 – דוח תצפית – מערכת גזים רפואיים					

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
12.3. יש להוסיף עמדת כיבוי אש תיקנית, בקרבת מערכת אספקת החמצן.				✓	
12.6. יש לדאוג לצביעת כל צנרת החמצן כנדרש.			✓		
12.7. יש להוסיף עמדת כיבוי אש תיקנית בסמוך למערכת גיבוי החמצן				✓	
12.8. יש להוסיף תאורה באזור מתחם צוברי החמצן			✓		
12.9. יש להשלים את ביצוע ההגנות בפני רעידת אדמה בחוות החמצנים והמכלים הקיאורגניים				✓	
12.12. יש להוסיף עמדת כיבוי אש תיקנית, בקרבת מרכזיית גלילי הנייטרוז.				✓	
12.14. יש לשפר את שילוט האזהרה וההסבר, המותקנים על גדרות אתר הנייטרוז			✓		
12.15. יש לוודא שקיים סימון על גלילי הנייטרוס ומועד פגות תוקפם.				✓	
12.16. יש להחליף את קו אספקהת הנייטרוז בקוטר " 1/2, לקו תיקני עפ"י נוהל G0-1.				✓	
12.17. לאחר החלפת קו אספקת הנייטרוז, יש לבצע תיקוני צבע ולסמן את מהלכי הצנרת, כנדרש.				✓	
12.18. יש לדאוג להתקנת מערכת בקרה והתראה דיגיטלית, לאזעקת הצוות הטכני, במקרה של כשל במערכת. הנייטרוז				✓	
12.19. יש לשפר את רמת התאורה באזור מרכזיית הגיבוי של הנייטרוז				✓	
12.20. יש להשלים ולשפר את המיגון בפני רעידת אדמה				✓	

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
12.34. יש להחליף את צנרת הוואקום העשוייה המתכת לצנרת נירוסטה שזורה. יש לצבוע ולסמן את הצינורות כנדרש בנוהל G-01				✓	
12.36. יש לנקות במערכת הוואקום את אזור המדחסים , יש לאוורר את האזור, למניעת עליית הטמפרטורה.במערכת האוויר הדחוס - מדחסים יונקים את האוויר הצח מחלל המרתף, בו המערכת מותקנת, ונדרש שהיניקה תהיה מחוץ לבניין.				✓	
פרק 13 – דוח תצפית – חשמל					
13.5. מומלץ לפעול להחלפת גגות האזבסט המותקנים מעל מערכות החשמל					✓
13.8. בחדר החשמל הראשי , יש לשפר את מערכת גילוי אש				✓	
13.9. יש להוסיף תאורת חירום בחדר החשמל ראשי				✓	
13.11. הגנרטורים ישנים ודולפים שמן. יש לטפל בדליפות או להחליפם					✓
13.12. יש להוסיף אמצעי הגנה ואמצעי כיבוי נגד אש בחדר הגנרטורים				✓	
13.13. במקרה של כשל בגנרטורים, כדאי להתקין חיבור חירום, שיאפשר חיבור גנרטור חיצוני, במידת הצורך.					✓
13.14. יש להוסיף תאורת חירום בחדרי הגנרטורים.			✓		
13.15. יש להעביר לח"מ אישורי בדיקת לוחות החשמל חדר הגנרטורים ע"י בודק מוסמך . יש להציב בחדר הגנרטורים , תכנית חשמל מפורטת ועדכנית, של המערכת. יש לנקות את הלוחות.			✓		

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 – דוח תצפית – מערכות מיזוג אוויר					
14.2. יש להשלים את מערכת היט"א המטפלת באוויר הצח, לפני קליטתו ביט"אות חדר הניתוח.				√	
14.4. מסדר מתח גבוה ישן, לא מטופל ולא תקין ב-100% - צריך להחליף ל - SFX.				√	
14.4. יש לדאוג שהצ'ילרים המספקים את מיזוג האוויר לחדרי הניתוח, יהיו מגובי גנרטור.					√
14.8. יש למנוע הצטברות של מים ברצפת אתר היט"את			√		
פרק 15 – דוח תצפית – מערכות קור וחום					
15.1. יש לוודא מדחסי מיזוג האוויר יהיו מגובי גנרטור					√
15.2. יש לרכוש מדחס נוסף לגיבוי					√
15.3. יש לנקות ולטפל בניראות של המדחס			√		
15.4. יש להוסיף ולשפר את רמת תאורת החירום בחדר.			√		
15.8. יש לשפר את הסדר והניקיון באזור			√		
5. בטיחות החולה בחדר ניתוח					
פרק 1 – כ"א סיעודי					
1.1. יש לוודא שכל אחראית המשמרת בחדר ניתוח כולל באשפוז יום הינה בוגרות קורס על בסיסי בסיעוד חדר ניתוח לאחיות מוסמכות	√				
פרק 4 – בטיחות בהשכבת המטופל					
4.8. יש לוודא שימוש בכיסויים מעכבי אש לשדה הניתוח בכל הניתוחים					√

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
4.9. יש לוודא שכל הכיסויים שבשימוש בזמן ניתוח, יהיו עמידים למיים					✓
פרק 6– טיפול בציוד סטרילי במתחם חדרי הניתוח					
6.1. יש להעביר את כל מכשיר הניתוח לאחר שימוש לניקוי ועיקור לאס"ס למעט מכשירים שנפלו ללא חלופה ונדרשים להמשך שימוש מיידי		✓			
6.2. מבנה האתר לטיפול במכשירים שממוקם במתחם חדרי הניתוח אשפוז יום אינו מאפשר מסלול חד כיווני ממלוכלך לנקי, יש להקפיד שהציוד שהיה בשימוש בזמן ניתוח (מלוכלך) לא יהיה במגע עם החומר נקי\סטרילי	✓				
פרק 8 – תנאי מבנה חדר ניתוח					
8.1. בחדרי ניתוח באישפוז יום בחלק הישן, יש להתקין שוקת לרחצת ידיים כירורגית לפני ניתוח				✓	
8.2. בחדרי ניתוח אישפוז יום יש להתקין שוקת בטיחותית שתמנע פיזור טיפתי בעת רחצת הידיים הכירורגית				✓	
8.3. בחדרי ניתוח באישפוז יום יש להתקין ליד השוקת שתבנה מיכל לסבון בקטריאלי	✓				
8.5. באישפוז יום באתר רחצת הידיים הכירורגית יש להציב הוראות לרחצת ידיים לפני ניתוח	✓				
8.6. יש לוודא שכל דלתות חדרי הניתוח יפתחו ללא מגע יד					✓
8.10. יש לוודא שבחדרי הניתוח הישנים ריצפת חדרי ניתוח תהא חלקה ללא חריצים , עם שיפולי לניולאום שמכסים את אזור הפנלים .				✓	

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
8.11. יש לוודא שבחדרי ניתוח באישפוז משטחי הקירות יהיו חלקים ללא משטחים אופקיים שעלולים לצבור אבק. עד להסרת הליקוי יש לקיים נוהל מובנה לניקוי יומיומי של משטחים אלה.					✓
6. בטיחות החולה בחדר התאוששות					
פרק 2 – סביבת המטופל					
2.9. יש לחדש תשתיות בחדר התאוששות שבאישפוז יום. יש לוודא שהחדר יהיה במתחם סגור לא נגיש לקהל הרחב, דבר הפוגע בפרטיות המטופל ומונע טיפול הולם למטופלים המתאוששים לאחר ניתוח				✓	
7. מעבדות כללי					
פרק 2 - עובדים					
2.1. יש לפתור את בעיית מצוקת כוח האדם במעבדות. בכל המעבדות שנבדקו: פתולוגיה, המטולוגיה, מיקרוביולוגיה ואימונולוגיה יש חוסר ב-3-4 עובדים מקצועיים על רקע גדילה טבעית בעומסים ופרישה טבעית של עובדים.					✓
2.4. יש לוודא שלכל מנהלי המעבדות היתר לניהול מעבדות רפואיות. בחלק קטן מהמעבדות, המנהל הינו עובד מעבדה בכיר במקצוע שבעוסקת המעבדה. במידה ומנהל האגף לוקח אחריות על המעבדה עד שהמנהל מקבל רישוי של המשרד ו"היתר לניהול מעבדה", המצב תקין.	✓				
פרק 6 - בטיחות וגהות					
6.12. יש להתקין בעבדה למיקרוביולוגיה חדר ברמה תקנית של BSL-3				✓	

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 10 - מבנים, מתקנים תחזוקה סדר וניקיון					
10.1. יש לשפץ תשתיות המעבדות המטולוגיה ופתולוגיה כולל התייחסות למערכת החשמל הבמעבדה ההמטולוגית			✓		
8. מעבדות מקצועיות					
פרק 2 - מעבדות מקצועיות - אימונולוגיה					
2.1. יש לרשום את המעבדה בפנקס המעבדות הרפואיות				✓	
פרק 2 - מעבדות מקצועיות - פתולוגיה					
2.10. יש לבדוק כמות בדיקות מול תקינה ובהתאם להוסיף כוח אדם.			✓		
פרק 2 - מעבדות מקצועיות - המטולוגיה					
2.3. יש לחדש תשתיות בפרט בתחום החשמל בו נצפו כבלים חשופים.על מנת למנוע זיהום צולב בין דגימות יש להוסיף חדרים ייעודים למעבדה.	✓				
2.7. המעבדה מבצעת בדיקות מולקולאריות מתקדמות אך חסרים חדרים ייעודים. הנושא חשוב על מנת למנוע אפשרות של זיהום צולב בין דגימות שונות. מומלץ להעביר את המעבדה המולקולארית מהקומה שנמצאת מעל המעבדה ואל תוך המעבדה להמטולוגיה.			✓		
2.10. על פי עומסים מבחינת כמות ומגוון הבדיקות חסרים לכאורה כ-2 משרות מלאות. מומלץ מאד לבדוק כמות בדיקות מול כמות עובדים ובמידת הצורך להוסיף עובדי מעבדה.			✓		
פרק 2 - מעבדות מקצועיות - מיקרוביולוגיה					

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
2.3. יש צורך בשיפור תשתיות: יש להרחיב רת שטח המעבדה . יש לבנות חדר ברמת בטיחות ביולוגית 3 לביצוע בדיקות שחפת ועוד (צויין בדוחות בקרה קודמים).			✓		
2.10. מעבדה עם פעילות ענפה ומתמודדת עם עומסים גדולים, לדוגמה, תרביות דם: כ-70000 דגימות= בקבוקים= 180000כ-בשנה. יש לבדוק כמות בדיקות מול כמות עובדים ובהתאם להוסיף כוח אדם.	✓				
9. מניעת זיהומים					
פרק 1 – מבנה היחידה למניעת זיהומים					
1.4. בבית החולים 1560 חולים מאושפזים ועוד 300 באשפוז יום . נכון ליום הבקרה מאוישות 6.5. משרות של אחיות . נדרשות 7.5 משרות על מנת לעמוד בתקן הדורש משרה מלאה של אות מניעת זיהומים לכל 200 מיטות					✓
פרק 3 – ישום הנחיות הגיינת ידיים					
3.13. עיון בתוצאות					
פרק 4 – מניעת אלח דם הקשור לצנתר מרכזי					
4.2. יש להמנע ככול הניתן מהכנסת צנתר לוריד פמורלי. יש לרענן את נוהל החדרת צנתר מרכזי חוזר מס' 13/2/2011 לצוות היחידה לטיפול נמרץ נירוכירורגיה -			✓		
4.3. יש לוודא שימוש בצנתר מרכזי עד 3 לומנים		✓			
4.3. יש להמנע ככל הניתן מהכנסת צנתר לוריד פמורלי. ייש לרענן את נוהל החדרת צנתר מרכזי לצוות היחידה לטיפול נמרץ נוירוכירורגיה.			✓		

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
4.6. יש לוודא המצאות רשימת תיוג להחדרת צנתר לוריד מרכזי. לכל חולה עלם צנתר מרכזי כנדרש בחוזר מנהל הרפואה מס 12/11/ נספח מס' 1			✓		
4.9. יש לבצע ולתעד בקרה יומית על איזור החדרת הצנתר	✓				
4.13. עיון בתוצאות					
פרק 8 – ניקוי חיטוי ציוד ואביזרים					
8.14. יש לנהל תעוד ורישום החלפת וילונות בין מטופלים אחת לשבוע לפחות			✓		
10. החייאה					
פרק 1 - החייאה					
1.5. יש למנות צוות החייאה מוסדי המונה 3 אנשי צוות לפחות מיומנים בביצוע החייאות בוגרי השתלמות ACLS וריענון כל שנתיים. צוות זמין להזנקה 24 שעות ביממה שיכול לסייע לצוותים המטפלים במקום תוך 4-5 דקות. לאור הפיזור הנרחב של מחלקות בית החולים יש לשקול מינוי מספר צוותי החייאה . לק קיים צוות החייאה מוסדי	✓				
1.7. יש למנות צוות החייאה מוסדי המונה 3 אנשי צוות לפחות מיומנים בביצוע החייאות בוגרי השתלמות ACLS, וריענון ידע כל שנתיים , צוות זמין להזנקה 24 שעות ביממה שיכול לסייע לצוותים המטפלים במקום תוך 4-5 דקות. יש לפרסם את אופן הזנקת הצוות באותיות מאירות עיניים על גבי כרזות ברחבי בית החולים			✓		

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. יש להשלים קורס ACLS וריענון ידע כל שנתיים לכל הנמנים על צוותי ההחייאה , לכל המטפלים המחלקות ויחידות בהם מצויים חולים בסכנת חיים משמעותית , לכל המטפלים במקומות בהם מבוצעות סדציות והרדמות.				✓	
11. בריאות הסביבה					
פרק 1 - מים ומערכות מים לצריכה סניטרית					
1.1. נדרש טיפול מידי לשיפור אמינות אספקה מים ממקורות כמקור נוסף לבית חולים וזאת על ידי התקנת בוסטר על קו מקורות	✓				

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
1.2. באר 5 : יש לפנות את המפגעים הפוטנציאלים בסביבת הבאר כגון שוחה חשודה כביוב ,מיכל סולר ושנאי חשמל, כנדרש במסגרת מיפוי סקר תברואי . יש לכייל את מד הכלור בבאר 5 יש לבצע באופן יומי בדיקת שדה ורישום של ריכוז כלור חופשי על ידי צוות בית החולים . יש להתקין מקלחת ומשטף עניים לחירום. יש להתקין ברז דיגום למי גלם בנקודה הממוקמת לפני המגוף האל חוזר. יש להנמיך את מיכל הסולר שנמצא הרבה מעל המאצירה . יש לסלק את מאצירה המכילה מיכל כלור הממוקמת בצמוד למאצירה הסולר ולהוציא את מיכל כלור ממאצירת מיכל הסולר . יש לבנות מחיצת הפרדה נמוכה ואטומה בין מאצירת הסולר למשאבת הבאר. באר 6; יש לפנות ולטפל במפגעים: פוטנציאלים רבים מסביב לבאר לרבות שוחת השקטה של קו סניקה הביוב של בית החולים וקו ביוב של תאגיד מי רמת גן .הנושא נדרש במסגרת המיפוי של סקר תברואי . בעת הביקורת נתגלה חיבור מים לתא השקטה של מערכת הביוב , החיבור נותק מידי. יש לטפל באפשרות לחדירת מי ניגר לקנה הקידוח מתקן טיפול של חברת אודיס: יש לצבוע סימון חצי זרימה ושילוט של עמדות והצנרות השונות יש לנתק פיזית קו מים עוקף יש להתקין ברז דיגום תקני עם שילוט למים המסופקים.			✓		

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
1.3. יש להתקין מתקני חיטוי משלים UV בקידוחים המוחזקים על ידי בית החולים כתנאי לרשיון העסק	✓				
1.4. יש להתקין מקלחת ומשטף עיניים לחרום			✓		
1.4. יש לוודא כי מערכת התראה פועלת יש לוודא את נעילה של פתחי האדם במאגר יש לסגור את קצה צינור גלישה המאגר ע"' מדף אל חוזר ולא לחבר ישירות לתעלת הניקוז עם אפשרות כניסת מזיקים למאגר. יש לתקן את רמת האטימות של מכסה ו 2 פתחי תקרה המאגר יש להעביר אישור ניקוי וחיטוי המאגר והמגדלים יש לוודא את איטום פתח האדם, פתחי כבלים ופתחי אוורור במגדל יש לשלט ולסמן קווי מים בנגדל יש לשלט ברזי דיגום במגדל			✓		
1.5. יש לכייל את מד הכלור יש להגיש למשרד הבריאות מפרט לגבי בקרת הכלור לרבות סכימה וערכי מטרה וסף התראה והשבתה. יש להעביר אישור תקינות חומר החיטוי ע"פ תקן 5438 "דבקלור"			✓		
1.6. יש להגיש למשרד הבריאות דוח מפורט של האביזרים מז"ח עם אישור מתקין מוסמך לתקינות מז"חים בבית החולים	✓				
1.8. יש להעביר רשימת עובדים מחלקת הנדסה שהוכשרו למפעיל מערכות מים וזאת עד סוף שנת 2017				✓	

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. יש להשלים התקנת מערכות חיטוי יעילות בכל חדרי המכונות המספקים מים חמים למחלקות רגישות יש להכין תכנית עם ל"ז לשיקום מלא (חדר מכונות, החלפת צנרת מלאה וחיטוי קבע) למחלקות רגישות . יש להגיש פרוגרמה להסדרת מערכת המים החמים לאישורינו			✓		
1.10. יש להחליף צנרת ישנה במחלקות רגישות			✓		
1.11. יש לנהל יומן ולתעד תחזוקת מים חמים שוטפת כולל חיטוי שנתי של האוגר					✓
1.11. יש לנהל יומן בו מתועדים פרטי התחזוקה השוטפת של המים החמים. תאריכי חיטוי שנתי של האוגר ובדיקות תקופתיות			✓		
1.13. יש לבצע דיגומים לבדיקות מיקרוביאליות כולל לליגיונלה במערכות המים החמים והקרים בתדירות הנדרשת			✓		
1.13. יש לנטר ביצוע דיגום מי שתיה ומים חמים למיקרוביולוגיה ליגיונלה ולמתכות כבדות בתדירות הנדרשת			✓		
פרק 2 - מערכת סילוק שפכים					
2.1. יש להגיש למשרד הבריאות עד סוף 2017 תכנית מערכת ביוב של בית חולים יש להכין תכנית ניטור שפכי בית החולים שנתית למעקב אחרי איכות השפכים				✓	
פרק 4 - טיפול בכביסה					

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
4.1. בשיקום ילדים נמצאו סדינים מלוכלכים באחד הארונות במטבח המחלקתי במחסן סירים של המחלקה הפסיכיאטרית יש להפריד בין פסולת מזוהמת המאוחסנת יחד עם כביסה מלכלכת וציוד נקי במגדל האשפוז איסוף הכביסה במקלחונים מתבצע בסלים ללא שקיות פלסטיק כנדרש	✓				
4.2. במחלקת נוירולוגיה יש להוסיף חדר איסוף כביסה מלוכלכת			✓		
4.3. במחלקת גריאטריה א ו-ב' שיקום יש לנעול את הפיר אחרי השימוש	✓				
4.11. יש לוודא המצאות מלתחה נפרדת הכוללת מקלחת ושירותי ם במתחם הנקי לעובדי המכבסה					✓
פרק 5 - מטבח מרכזי ומטבחון חלוקה במחלקות					
5.2. יש לוודא שחצר המטבח תשמר נקיה, תכלול מכלי אשפה במתחם סגור, עם ברז שטיפה וניקוז. יש לוודא תחזוקה כללית של החצר הפרדה בין איחסון קרטונים וחומרים למיחזור, איסוף שמן טיגון ופינויו לפי ההנחיות			✓		

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
5.4. יש לכסות את הגסטרונומים בתהליך הקירור ולסמן בתווית זיהוי ותאריך יש לרכוש גסטרונומים לקירור פחות עמוקים על מנת לאפשר צינון נכון של המזון יש לבצע מעקב יותר צמוד על הטמפרטורה יש להקוד על שמירת טמפרטורה בקירור של עד 4 מ"צ . יש לבצע מדידות מעקב של המזון למלון יולדות ויולדות בסיכון יש לבצע הפשרת בשר כנדרש ולא בארגזים מקרטון מקוריים או באריזות מפלסטיק ולאפשר ניזילת נוזלי הפשרה על הרצפה יש להתקין מקרר לביצים גולמיות יש להפריד במקררים בין מוצרים מן החיי גולמיים ומוצרים אחרים יש להחליף מדפי אחסון לא תיקנים שלא ניתנים לניקוי יש להקפיד על הפשרה והקפאה מחדש של מוצרים	✓				
5.4. יש לתקן את המקפיא שנמצא במצב פיזי לקוי עם גומיות 'קרועות וחלודה עם הצטברות קרח יש להקפיד על תהליך FIFO והשמדת פגי תוקף. המפקחים השמדו ארגז בשר כתף פג תוקף	✓				
5.5. במחסן החיצוני יש להתקן רשת לדלת כניסה יש להתקין מדפים בגובה מתאים ולהחליף מדפים מעץ	✓				
5.6. במדור סלטים יש להעביר את הציוד ניקוי הולם . נמצא מערבל טחינה מכוסה בעובש באזור הכפתור ונצפתה חלודה.	✓				

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
5.7. יש לוודא טיפול מושלם בכלי האוכל במדור לשטיפת כלים כולל מדי ח כלים תקין עם מדי לחץ וטמפ' תקניים טמפ' לחיטוי בשטיפה אחרונה 82 מעלות אחסון וייבוש במקום נקי ונפרד				✓	
5.8. יש להקפיד על נהלי עבודה ושמירה על טמפרטורה בתהליך הכנת המזון. יש להקפיד על עבודה על פי מדורים יש להוסיף נפחי קירור של מוצרים גולמיים ובתהליך יש להקפיד על הפרדת בין גלם לתהליך בתהליך ההכנה יש להקפיד על תהליך חיטוי ירקות תקין עם יחס חומר חיטוי תקין ולמנוע זיהום צולב בביקורת הושמדו סלטים מוכנים ארוזים ללא קירור שתאריכם פג תוקף של 4 ימים לפני שינוע	✓				
5.9. יש לוודא הפרדה מושלמת במדורי העבודה לפי סוגי מזון ותזרים ששומר על שרשרת טמפ' המזון				✓	
5.11. יש לתקן את אמצעי הקירור חימום של פסי הגשה שאינם עומדים בדרישות התקנות יש להקפיד על מדידת טמפרטורה של המזון יש להקפיד על רשום תאריכי יצור יש להקפיד על שמירת דגימות מזון בכמות הנדרשת יש להקפיד על כיסוי האשפה	✓				
5.12. יש לנקות את פינת השתייה של העובדים המוזנחת ומלוכלכת	✓				

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
5.14. יש לוודא שתחזוקת המטבח תכלול רצפה שלמה ונקיה וקירות חלקים רשתות מיגון לחלונות, חיבור נקזים מערכות לסילוק שפכים וצנרת, מערכות אוורור ותאורה בהתאם לתקנות				✓	
5.15. במרכז חלוקה יש להקפיד על שמירת טמפרטורה של המזון הרגיש	✓				
5.16. יש להוסיף מקרר ייעודי לירקות גולמיים יש להקפיד על ניקיון בעבודה יש להקפיד על מניעת כניסת בעלי כנף בחדר שטיפת תרמופורטים ועגלות . יש להקפיד לא לעשן במבואה להוצאת מזון למחלקות .			✓		
פרק 6 - מניעת זיהומים ושמירה על היגיינה כללית בבית החולים					
6.4. יש להקצות חדר נקיון אחד לכל מחלקה			✓		
פרק 7 - כללי					
7.1. יש להוסיף משרה של מפקח בריאות סביבה בבית החולים				✓	
7.2. יש לנסח וליישם נהלי עבודה פנמיים בתחום בריאות הסביבה				✓	
7.4. יש להעלות את המודעות להעברת דיווח על אירועים חריגים הקשורים לבריאות הסביבה				✓	
12. גריאטריה					
פרק 1 - כוח אדם					
1.1. מומלץ לבנות יחידה ליעוץ גריאטרי ולהוסיף גריאטר קבוע במלר"ד					✓
פרק 2 - הגריאטריה ברמת כלל בי"ח					

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
2.3. יש לנסח וליישם תהליכים מובנים לאיתור דליריום.				✓	
2.7. יש לבנות תוכנית העשרת הידע של הרופאים בתחום הגריאטריה				✓	
פרק 3 - מחלקה לרפואה דחופה					
3.1. יש לבנות שירות יעוץ גריאטרי במלר"ד				✓	
3.2. יש לבנות מערך לאתר קשישים בני 75+ במיון				✓	
3.3. יש לבנות מערכת לאיתור בני 75+ השוהים מעל 8 שעות				✓	
3.4. יש לבנות תהליך מובנה לבני 75+ השוהים במלרד יותר מ8 שעות				✓	
3.5. יש לבנות מערכת לאתר בני 75+ במיון בכל זמן נתון ובמיוחד מי ששוה מעל 8 שעות ומי שבסיכון לאשפוז חוזר					✓
3.7. יש להוסיף רישום בקבלה על המצב הקוגניטיבי הקודם לאשפוז				✓	
3.9. יש להוסיף המלצה להערכה גריאטרית במכתב שחרור מהמיון למטופלים מעל גיל 75 בסיכון לאשפוזים חוזרים				✓	
פרק 4 - יחידות יעוץ (גריאטרי ופליאטיבי)					
4.1. יש לקבוע קריטריונים ברורים להפניה ליעוץ גריאטרי מעבר לקביעת סטטוס				✓	
4.2. מומלץ להקים יחידה ליעוץ גריאטרי הכולל גריאטר, אחות ועובדת סוציאלית					✓
4.4. יש להפיץ קריטריונים לצוותים המטפלים הנחיות להפניה ליעוץ גריאטרי מעבר לקביעת סטטוס				✓	

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. יש לצרף למכתבי השחרור את המלצות היועץ הגריאטרי כולל התייחסות לגורמי סיכון שהיוו את הסיבה לאשפוז , אבחנו, מצב תפקודי וקוגניטיבי, פצעי לחץ, סוג הזנה.					✓
4.6. יש להוסיף עו"ס ופסיכולוג לצוות היעוץ הפליאטיבי , (חוזר המנהל הכללי 30/09)					✓
4.7. יש להרחיב קריטריונים להפנייה לטיפול פליאטיבי ולכלול מטופלים מעבר לאונקולוגים					✓
פרק 5 -חולים גריאטרים במחלקה פנימית					
5.3. יש להתייחס לDECONDITIONING במשך האשפוז				✓	
5.4. יש להשלים את הצוות הרב מקצועין ולכלול בו עו"ס, דיאטנית, מרפאה בעיסוק, ופיזיותרפיסט.				✓	
5.6. יש לתעד את המצב הקוגניטיבי במיוחד לפני האשפוז			✓		
5.7. יש לבצע הערכה תפקודית וקוגניטיבית עדכנית לקראת השחרור				✓	
5.9. יש לתעד ולהתייחס למניעת DECONDITIONING והצאה מהמטה				✓	
5.10. יש לתעד ולהתערב למניעת דלריום				✓	
5.13. יש להתייחס לאוסטיופורוס במכתב שחרור אחרי אשפוז לשבר			✓		
5.14. יש להרחיב את מעגל המטופלים שמקיימים איתם שיחות על העדפות בסוף החיים				✓	
פרק 6 - חולים גריאטרים במחלקה אורטופדית /כירורגית					
6.4. יש לתעד הערכה תפקודית וקוגניטיבית מעודכנת לקראת השחרור.				✓	

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
6.5. יש להוסיף מרפאה בעיסוק לצוות				✓	
6.7. יש לציין המלצות היעוץ הגריאטרי במכתב השחרור				✓	
6.9. יש להרחיבת את תהליכי מניעת DECONDITTIONING					✓
6.10. יש להרחיב תהליכים למניעת דלריום				✓	
6.13. יש לספק הערכה ספציפית לטיפול תרופתי בקשישים					✓
6.14. יש להתייחס לאוסטיופורוסיס בכל מכתב שחרור של קשיש שאושפז עם שבר צואר הירך				✓	
13. רוקחות					
פרק 1 – ניהול בית המרקחת					
1.1. הנהלים הפנימיים אינם מקיפים את כל הפעילויות הנדרשות כך לדוג' אין נוהל הדרכות, אין נוהל הדברה ועוד. בנוסף, נהלים קיימים חסרים נדבכים חשובים כגון נוהל ריקול אינו מגדיר תהליך למניעת כניסה מחדש של תכשיר שבגינו ישנה הודעת ריקול. יש למפות את הנהלים הנדרשים ולהשלים את הנהלים החסרים.			✓		
1.2. הנהלים שהוצגו לביקורת לא עברו תהליך עידכון עיתי. יש להקפיד על עדכון נהלים תקופתי					✓
1.3. יש להשלים את חוזרי משרד הבריאות הרלוונטים לפעילות בית חולים. כך לדוג' נוהל עגלת החייאה לא היה בנמצא.		✓			
1.4. יש להקפיד על הדרכות ותיעוד הדרכות בגין נהלים	✓				
1.8. יש להשלים את עדכון פקודת הרוקחים	✓				

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. נדרש לנהל פנקס עובדים כמוגדר בהוראות החוק	✓				
1.11. אין דיווחים למשרד הבריאות בגין היעלמות / שבר סם (מוגדר בהוראות החוק). יש להקפיד על דיווחים כנדרש	✓				
1.14. יש לנהל תיעוד מלא של ההדרכות הניתנות ע"י בית המרקחת	✓				
1.15. יש להגדיר פרופיל השתלמויות מסודר לכל תפקיד מוגדר, זאת על מנת לשמור על רמת ידע עדכנית נדרשת	✓				
1.17. נדרש להקפיד על ביצוע בקרה עצמית דו שנתית (self audit)	✓				
1.20. יש להקפיד על תיעוד מלא של ההדרכות הניתנות על ידי בית המרקחת	✓				
1.24. מומלץ לקבל חוות דעת ממנהל תחנה מייד עם סיום ההדרכה בתחנה ולא בתום תקופת ההתמחות	✓				
1.26. חסר התיעוד של הטיפול במחלקות. נדרש לרכז את התיעוד של כל הטיפול הכולל והמידע הרלוונטי בצמוד להודעת הריקול	✓				
1.27. יש להגדיר תהליך לטיפול בתלונות ולהטמיעו בנוהל מסודר			✓		
1.28. נדרש לנהל ספר תלונות		✓			
1.29. יש לדאוג לתת מענה הולם לתלונות	✓				
1.30. יש לבצע הערכה בכתב של מידת מסוכנות תהליכים ולבצע הערכה מחודשת כל שנה			✓		
1.31. מבצעים תחקירי ארועים חריגים, אך נדרש להקפיד על מציאת סיבות השורש לארוע ולהטמיע את הפעולות המונעות בנהלי עבודה		✓			

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
1.32. אין תהליך מובנה מקומי ורציפלניהול סיכונים אלא מתקיימות פגישות לפי הצורך. אין תיעוד לפגישות אלו. נדרש להגדיר תהליך מובנה לקיום פגישות מסודרות ומוגדרות כולל תיעוד של סיכומי הפגישות.		✓			
1.37. אין רשימה מסודרת הזמינה לצוות הטיפולי אלא חסימה של רישום תכשירים מסויימים בקמליון. יש להגדיר רשימה מסודרת ולהנגישה לצוות הרפואי.			✓		
1.38. יש לבצע תיקון ליקויים עפ"י דו"ח הליקויים מבקרה קודמת				✓	
1.39. נדרש לשפר את אחסון התכשירים במרכז הרפואי בהתאם להוראות החוק ונהלי משרד הבריאות			✓		
1.41. תכשירים רגילים - יש להגדיר בקרה ותהליך מסודר אשר יגביל משך שהיית תכשירים שלא בתנאים נאותים. תכשירי קירור - העברת התכשירים מבוצעת בצידניות עם קרחומי קרח אשר לא עברו תהליך וולידציה - בנוסף, אין תהליך מוגדר למשך שהיית התכשירים שלא בתנאים נאותים ומספר עצירות בעת ההובלה. יש להגדיר תהליך מסודר לאחר בחינת מארזים וואלידים להעברת תכשירי קירור בתנאים נאותים			✓		
פרק 2 – תשתיות					
2.2. יש להוסיף מקררים לאחסון תכשירי קירור עקב עומסים ואחסון העלול לפגוע בניהול סיכונים				✓	

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
2.4. מקררי התרופות גדולים ובכל אחד ממוקם רק רגש אחד. לא ברור על סמך מה מוקמו הרגשים במקררים ובנוסף לא ניתן לראות את כל הרגשים. יש למקם את הרגשים במקררים בנקודות הקיצון על סמך בדיקת מיפוי ופיזור טמפרטורה. צוות בית המרקחת צריך לדעת היכן ממוקמים הרגשים.			✓		
2.5. פיזור רגשי הטמפרטורה בבית המרקחת אינו מספק ואינו מכסה את כל השטחים בהם מאוחסנים תכשירים. יש להוסיף רגשים לניטור טמפרטורה ולאפשר כיסוי מלא.			✓		
2.11. אין הקפדה על אחסון נפרד של קטגוריות, כך לדוג' טוקסיקה אינה מופרדת ומסומנת, תכשירים ציטוטוקסיים מאוחסנים בנפרד אך ישירות על מדפים בתפזורת. יש לסדר את כל בית המרקחת ולהקפיד על הפרדת קטגוריות ועל אחסון נאות בכלי אחסון ולא ישירות על המידוף			✓		
2.11. יש להגדיר איזור ייעודי לתכשירים בהסגר		✓			
2.11. במחסן התרופות מאוחסנים מזון תינוקות ומזון רפואי למרות שנפחים אלו מצמצמים באופן משמעותי את יכולת אחסון התרופות במחסן. יש להקצות מחסן נפרד בתנאי אחסון נאותים מחוץ לבית המרקחת לאחסון המזון ולפנות שטח אחסון לתרופות במחסן בית המרקחת.			✓		
2.14. נדרש להקפיד על אחסון נאות בכלי אחסון כולל הפרדה בין מינונים			✓		
2.15. יש לאחסן תכשירי טוקסיקה בנפרד בארון / מגירה נעולים		✓			

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
2.16. יש להקפיד על אחסון תכשירי ציטוטוקסיקה בכלי אחסון ולא ישירות על המידוף	✓				
2.19. יש להקפיד על ניטור טמפ' כמוגדר בנוהל 126.	✓				
2.19. יש להוסיף רגשים לניטור טמפ' לכיסוי מלא של מחסן התרופות			✓		
2.20. יש לשלט באופן מסודר את האיזור הייעודי להחזרות		✓			
2.21. יש להגדיר תהליך מסודר לשמירה על ניקיון צינורות הספרינקלרים הגלויים.		✓			
2.22. תמיסות החיטוי מאוחסנות במחסן לוגיסטי אשר אינו מותאם לאחסון תכשירים רפואיים. יש לאחסן את תמיסות החיטוי במחסן המותאם לאחסון תכשירים רפואיים			✓		
2.23. תמיסות החיטוי מאוחסנות במחסן הלוגיסטי אשר אין בו איזורים מוגדרים לאחסון תכשירים רפואיים. יש לאחסן את תמיסות החיטוי בתנאים נאותים כמוגדר בהוראות החוק			✓		
2.25. יש להקפיד על אחסון חומרי חיטוי בתנאי אחסון הולמים ונאותים			✓		
2.26. תמיסות החיטוי מאוחסנות במחסן הלוגיסטי אשר הותקן בו מזגן אך זה אינו מספיק בגודלו לשמירה על תנאים נאותים. בנוסף, אין הקפדה על אחסון תכשירים רפואיים במעבר בו מותקן המזגן. יש להקפיד על אחסון תכשירים רפואיים בתנאים נאותים			✓		
2.27. נדרש לצבוע את הקירות והתקרה במחסן חומרי החיטוי (מחסן לוגיסטי)			✓		

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
2.28. תמיסות העירוי מאוחסנות המחסן הלוגיסטי ללא סדר ובקרה על אחסון בתנאים נאותים. יש להקפיד על אחסון תמיסות עירוי בתנאים נאותים כמוגדר בהוראות החוק			✓		
2.29. אין סדר במחסן הלוגיסטי המגדיר איזור מסודר לאחסון תמיסות העירוי והקפדה על אחסון בהתאם להוראות החוק. יש להגדיר איזור מסודר לאחסון תמיסות עירוי ולהקפיד על אחסון בתנאים נאותים			✓		
2.30. יש להקפיד על אחסון תמיסות עירוי בתנאי אחסון הולמים ונאותים			✓		
2.31. המזגן שהותקן במחסן הלוגיסטי אינו מספק בגודלו ותמיסות העירוי אינן נשמרות בתנאים הנאותים כמוגדר בהוראות החוק. יש להקפיד על מיזוג אויר הולם ושמירה של תנאי האחסון עפ"י הוראות היצרן כמוגדר בהוראות החוק			✓		
2.33. נדרש לצבוע את הקירות והתקרה של מחסן תמיסות העירוי (המחסן הלוגיסטי)			✓		
פרק 3 – סמים מסוכנים					
3.2. הסמים המיועדים להשמדה נגרעים מן המלאי טרם העברתם למשרד הבריאות וקבלת האישור ממשרד הבריאות, כך שבפועל, המלאי אינו תואם את הרשום בפנקס הסמים המסוכנים. יש להקפיד על הורדת המלאי מהרשום בפנקס רק לאחר הפקדת הסמים בלשכת הבריאות וקבלת האישור הנדרש	✓				

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
3.5. הסמים המסוכנים מובלים למחלקות ע"י רכב הניתן לנעילה. כאשר הנהג מספק את התכשירים למחלקות ברכב עלולים להישאר סמים ללא השגחה. יש לקבוע אופן התנהלות לנושא הפצת סמים מסוכנים למחלקות.			✓		
3.7. על מנת שתהיה התאמה בין מלאי הסמים בפועל לבין הרישום בפנקס הסמים המסוכנים, אין להוריד מהמלאי סמים מסוכנים, המיועדים להשמדה, בטרם הופקדו בלישכת הבריאות.	✓				
3.8. תיקונים בפנקס הסמים המסוכנים לא תמיד נעשו כמוגדר בתקנות. תיקון בפנקס הסמים המסוכנים צריך להיעשות לפי הוראות סעיף 16 בתקנות הסמים המסוכנים (בתי חולים).	✓				
3.9. אין חתימה של האחות המקבלת ואין רישום של הכמות שסופקה על גבי טפסי ההזמנות. יש להקפיד על התנהלות תקינה עם טפסי הזמנות למחלקות	✓				
3.13. על פי הוראת סעיף 2(ה) בתקנות הסמים (בתי חולים), בבית המרקחת צריכה להימצא דוגמת חתימתו וחותמתו של כל רופא הרשאי להזמין סמים בבית החולים. יש להשלים את דוגמאות החתימות החסרות.			✓		
3.14. יש להקפיד על הגדרת תקן מחלקתי וניפוק סמים בהתאם לתקן			✓		
3.15. יש להקפיד על ניהול טפסי הזמנות עפ"י המוגדר בתקנות		✓			

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
3.16. פנקסי הביקורת אינם מנוהלים כנדרש. אין ציון של תאריך החזרת הטופס ובשדה של "חתימת מקבל הטופס" חתומה האחות מקבלת הסמים. יש לנהל את פנקסי הביקורת כמוגדר בתקנות		✓			
3.19. האישור על קבלת הסם צריך להופיע על גבי טופס ההזמנה ולא בפנקס המעקב על טופסי הרישום. יש להקפיד על תיעוד כנדרש בתקנות.		✓			
פרק 4 – רקיחה					
4.1.2. יש לבצע בקרת מזיקים אחת לתקופה ולא רק לפי צורך . יש לשמור התיעוד בבית המרקחת.		✓			
4.1.3. יש לתעד את ההסמכה שעבר עובד הניקיון .	✓				
4.1.4. יש לתעד את הדרכתם של עובדי הניקיון והתחזוקה. יש לדאוג לפיקוח של הרוקח על עובדי הניקיון .במצב הנוכחי הניקיון נעשה מוקדם בבוקר טרם הגעת הרוקח. יש לתעד את הניקיון שבוצע גם ברמה היומית ולא רק השבועית כפי שמבוצע היום	✓				
4.3.1. יש לשמור את בקבוקי הפלסטיק 50מ"ל ובקבוקי זכוכית 30 מ"ל סגורים באריזה ולא בתפזורת פתוחה כך שלא יצברו אבק.	✓				
4.5.1. מאסטר פורמולה קיים במחשב בקבצי WORD הניתנים לשינוי בכל עת ללא ציון מהות השינוי, מבצע השינוי ותאריך השינוי. יש לתעד באופן שיאפשר מעקב אחר השינויים.		✓			
4.5.6. יש לציין במסטר פורמולה את הציוד הנדרש להכנה.		✓			

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
4.5.7. יש לציין באופן עקבי את שם היצרן , שם הספק והשם הפרמקופיאלי במאסטר פורמולה.		✓			
4.5.8. יש לציין בכל מסמך אב הפניה לספרות התומכת בקביעת היציבות. בעיה זו קיימת גם באופן ספציפי במספר משחות.		✓			
4.5.9. יש לציין בהוראות השקילה באיזה סוג משקל להשתמש.		✓			
4.5.10. יש לציין משך זמן הערבוב הנדרש בכל מסמך אב		✓			
4.5.12. יש להוסיף תיאור ההכנה הסופית בכל מסמך אב		✓			
4.5.13. יש להגדיר תהליכי בקרת איכות וגבולות בקרה לכל תכשיר			✓		
4.5.14. יש להקפיד לתעד את הוראות הניפוק	✓				
4.5.16. יש לתעד בספר ההכנות את כל המרכיבים ופרטיהם בכל הכנה ופרטי הרוקח המכין והרוקח המשחרר	✓				
4.5.17. יש לחתום בזמן אמת על ביצוע החישובים ולא בדיעבד	✓				
4.5.19. יש לדאוג לכך ששינויים יהיו חתומים ומתוארכים ובאופן שאינם דורסים את המידע המקורי.		✓			
4.5.21. יש להקפיד לתעד ולתחקר טעויות שהתרחשו בעת הכנה של הכנות רוקחיות	✓				
4.6.1. לכל הכנה יש לתת מספר הוראת הכנה		✓			
4.6.6. בהוראות ההכנה יש לתעד את רשימת הציוד הנדרש להכנה.		✓			
4.6.7. יש להגדיר לכל תכשיר ניצולת תאורטית של חומרי ביניים ותכשיר מוגמר			✓		

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
4.6.8. יש לפרט בהוראות ההכנה הוראות מפורטות של שלבי הייצור			✓		
4.6.9. יש להגדיר תהליכי בקרת איכות וגבולות בקרה לכל תכשיר			✓		
4.6.10. יש לפרט בהוראות ההכנה את תנאי האחסון הנדרשים			✓		
4.6.11. יש לפרט בהוראות ההכנה אמצעי זהירות נדרשים			✓		
4.6.12. יש לפרט בהוראות ההכנה את תאריך התפוגה			✓		
4.6.13. יש לתעד את פרטי החולה בספר ההכנות כאשר מדובר בהכנות פרטניות .	✓				
4.6.18. יש להגדיר הוראות מפורטות לבדיקות לתהליך האריזה כולל גבולות קבלה			✓		
4.6.20. ברשומת ההכנה יש ציון של אצווה אחת להכנה. ללא ציון פרטי האצווה והתוקף של כל מרכיב. יש לציין את פרטי כל המרכיבים ברשומות ההכנה.	✓				
4.6.21. יש לציין ברשומות ההכנה מספר הוראת עבודה ומספר מרשם כאשר קיים.	✓				
4.6.22. יש להקפיד על תיעוד מלא של שם בית המרקחת המכין	✓				
4.6.23. יש לציין ברשומות ההכנה פרטי מבצע ופרטי בודק שני	✓				
4.6.25. יש לתעד ניצולת של ההכנה המוגמרת	✓				
4.6.27. יש להקפיד על תיעוד מלא של שם המטופל ות.ז. ברשומת ההכנה והאריזה			✓		
4.6.28. יש להקפיד יעל תיעוד מלא של הכמות להכנה והכמות הסופית			✓		

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
4.6.29. יש להקפיד על תיעוד מלא של ההכנה וארועים חריגים בעת ההכנה	✓				
4.6.32. נמצאו מכלי פלסטיק ובקבוקי זכוכית פתוחים חשופים לאבק באזור האחסון. יש להקפיד על אחסון מכלים באופן סגור למניעת חשיפה לאבק	✓				
4.6.36. יש להגדיר נוהל מסודר להשמדת חומרי מוצא ולעבוד לפיו כולל תיעוד מלא			✓		
4.6.40. יש לבצע בדיקה שניה של החישובים והתווית ולחתום טרם תחילת ההכנה .	✓				
4.6.42. יש להקפיד על בודק שני כמוגדר בנוהלי אגף הרוקחות		✓			
4.6.43. יש לכתוב נוהל פנימי המבטיח חלופה נוספת בהעדר בודק שני.			✓		
4.6.45. נצפה כי במהלך הכנה עודפי שקילה הוחזרו לקופסת המוצא. יש לדאוג לכך שחומרי מוצא שנשקלו והוצאו ממיכל האחסון המקורי שלא נעשה בהם שימוש לא יוחזרו למלאי	✓				
4.7.3. יש להוסיף בפרטי התווית טלפון בית המרקחת		✓			
4.7.4. יש להוסיף בפרטי התווית הכיתוב "הכנה רוקחית"			✓		
4.7.12. יש לציין בפרטי התווית את תאריך ההכנה			✓		
4.7.13. יש לציין בפרטי התווית הוראות שימוש			✓		
4.7.14. יש לציין את פרטי הרופא רושם ההכנה ע"ג התווית			✓		
4.8.2. יש לבצע בדיקות איכות לכל אצווה שאינה לניפוק מיידי. כיום, מתבצעת בדיקה כמותית בלבד .			✓		

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
4.8.3. לא מצוין איזה בדיקות איכות בוצעו להכנה.			✓		
4.9.3. יש לכתוב נוהל פנימי המבטיח איכות ובטיחות בהעדר רוקח משחרר			✓		
4.11.1. הצורך לדיווח לאגף הרוקחות אינו מוגדר בנוהל הפנימי אם לתלונה יש השלכה על בריאות המטופל. יש להגדיר בנוהל הפנימי של בית החולים דיווח למשרד הבריאות			✓		
4.11.2. יש לדווח למשרד הבריאות על החזרות של הכנות ממטופל בעקבות בעיית איכות	✓				
4.11.3. יש לכתוב נוהל פנימי להחזרת תכשירים פגומים ממטופל. במעמד הביקורת נמסר כי נוהל כזה כבר בתהליך כתיבה			✓		
4.11.5. חומרים בהסגר מאוחסנים בחדר השטיפה הפתוח לכל אנשי הצוות. יש להגדיר איזור בהסגר נעול לצורך אחסון תכשירים שאינם ראויים.			✓		
4.12.1. יש להגדיר תהליך מוסדר להובלת חומרים בצורה אשר תמנע פגיעה באיכותם וזיהום צולב וכן תשמור על בטיחות העובדים			✓		
4.12.2. יש לדאוג לניקיון מידי של הציוד לאחר השימוש.	✓				
4.13.1. נמצאו מאסטר פורמולות שלגביהן לא נמצא סימוכין לקביעת תאריכי תפוגה להכנות. יש לסקור את כל המסטר פורמולות ולעדכן בהתאם כך שלתאריכי התפוגה המוגדרים יהיו סימוכין תקפים העונים לדרישות נוהל אגף הרוקחות			✓		

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
4.13.3. נמצאו הכנות אשר לא ידוע סימוכין לקביעת תוקף ההכנה. יש להקפיד על קביעת תאריכי תפוגה בהתאם לנוהלי אגף הרוקחות.			✓		
4.15.1. יש להקפיד כי על גבי דף החלוקה יופיעו שם וחתימת המכין וכן שם וחתימת הבודק	✓				
4.16.1. נמצא כי רק הזמנות שמיות עוברות בדיקה נוספת ולא הזמנות למחלקות. יש להקפיד על בקרה נוספת כנדרש בנהלי אגף הרוקחות		✓			
4.17.1. יש להקפיד על תיווי מלא כנדרש עפ"י נהלי אגף הרוקחות		✓			
4.18.1. יש להתאים את הנהלים לנהלים העדכניים של אגף הרוקחות			✓		
פרק 5 – הכנות בסיכון גבוה					
5.2.1. לדברי הרוקח כל העובדים עברו הסמכה אולם לא הוצג תיעוד לכך. יש להקפיד על תיעוד מלא של ההדרכות וההסמכות של העובדים		✓			
5.3.2. יש להקפיד על תיעוד והערכה של חריגות בעת ההכנות הרוקחיות	✓				
5.3.4. יש לבצע תחקיר ארועים חריגים כולל איתור סיבות השורש והגדרת פעולות מונעות למניעת הישנות התקלות			✓		
5.4.4. יש לתת לכל עובד תיאור תפקיד כתוב וברור		✓			
5.4.6. יש לתעד את הדרכות העובדים ולשמרן .	✓				

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
5.6.5. בחדר ההכנה קיים רגש טמפ' אולם אין מד טמפ' כך שלא ידוע מהי הטמפ' בחדר . אין תיעוד לניטור סביבתי מיקרוביאלי. יש להקפיד על תיעוד התנאים הסביבתיים כנדרש עפ"י נוהל 135		✓			
5.7.1. הוראות ההכנה הקיימים הינן אלה המופיעות במאסטר פורמולה ההוראות חסרות ניצולת מצופה והפנייה לספרות. יש להקפיד על רישום הוראות הכנה מלאות כמוגדר בנוהל 135			✓		
5.7.3. יש להוסיף ברשומות ההכנה את שמות המכין והבודק , ניצולת ושם מטופל במידה וישים.	✓				
5.7.4. יש להוסיף לרשומות בקרת האיכות שם מכין, שם בודק, תאריך בדיקה וציון החלטה של שחרור או דחייה	✓				
5.10.3. בתשתית ה AIR LOCK הקיימת אין מניעה לפתיחה של הדלתות הפנימיות והחיצוניות יחד (פתיחה ידנית) כך שאין שמירה על מפל לחצים כנדרש. יש לדאוג ל AIR LOCK אשר ישמור על מפל לחצים בכל רגע נתון				✓	
5.10.4. יש צורך במתקן לרחיצת ידיים בכניסה לחדר ההכנה				✓	
5.10.5. נמצא כי באחד מחדרי ההכנות התאורה אינה שקועה . יש לדאוג לתאורה שקועה בכל חדרי ההכנות				✓	
5.10.8. יש לבדוק את הטכניקה האספטית של העובדים באמצעות MEDIA FILL בהתאם לנדרש בנוהל 135			✓		
5.11.4. יש להתקין מתקן לרחיצת ידיים בכניסה לחדר				✓	

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
5.11.5. נמצא כי באחד מחדרי ההכנה התאורה אינה שקועה. יש להשקיעה בתקרה למניעת הצטברות אבק ולכלוך				✓	
5.13.3. ההעברה נעשית ע"י עגלה ייעודית פתוחה ולא במיכלים. יש להקפיד על העברת תכשירים באופן שיבטיח איכות התכשירים ושמירה על בטיחות העובדים		✓			
5.14.1. הרוקח אחראי רק על הצד המקצועי ולא על נושא ההדרכות. יש להרחיב את אחריותו של הרוקח לכלל תחומי הכנות ציטוטוקסיקה		✓			
5.14.2. יש להקפיד על ביצוע הדרכה לעובדים חדשים בתחום הציטוטוקסיקה ותיעוד ההדרכה בתיק העובד	✓				
5.14.3. חובה לבצע הדרכה שנתית לעובדים בתחום הציטוטקסיקה ולתעד את ההדרכה בתיק הדרכות ותיקים האישיים של העובדים	✓				
5.14.4. יש להכין תוכניות הדרכה כתובות לתחום הציטוטוקסיקה			✓		
5.14.5. יש להקפיד על בדיקה ומעקב של אחראי ציטוטוקסיקה כי כל העובדים בתחום מוכשרים ומודרכים לעבודה זו		✓			
5.14.6. חובה לבצע הדרכות לעובדים לפחות אחת לשנה ולהקפיד על תיעוד הולם			✓		
5.15.1. נמצא כי אין רשימת עובדים אשר מורשים לעבודה בציטוטקסיקה. יש להגדיר רשימה מסודרת של עובדים המוסמכים ומודרכים לעבודה בתחום הציטוטקסיקה		✓			

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
5.15.2. בוצעו בדיקות רפואיות פעם אחת בלבד. יש להקפיד על בדיקות רפואיות לפחות פעם בשנה					✓
5.15.3. יש להקפיד על תיעוד מלא של הבדיקות הרפואיות המבוצעות לעובדים בתחום הציטוטוקסיקה			✓		
5.16.13. מכל הציוד הנדרש, בחדר מראה בלבד. יש להתאים את התשתית למוגדר בנוהל 135			✓		
5.17.1. יש להקפיד על ניקוי החדר עפ"י המוגדר בנוהל 135		✓			
5.17.2. הניקוי היומי אינו מתועד. יש להקפיד על תיעוד מלא של הניקיון כולל הניקיון היומי		✓			
5.18.1. בעת העברת הוראות הכנה ע"י מערכת CATO, אין תמיד חתימת וחותמת הרופא. יש להקפיד על רקיחה רק בהתאם למרשמי רופא כמוגדר בהוראות החוק			✓		
5.18.4. במידה ומשתמשים בממס אין תיעוד פרטי הממס	✓				
5.18.7. יש להקפיד על החלפת ביגוד חוץ טרם לבישת הביגוד הייעודי		✓			
פרק 6 – ניסויים קליניים					
6.3. אין רשומה המסווגת בין "ניסוי רפואי מיוחד " לניסוי רפואי שאינו מיוחד" כך שבמהלך הביקורת לא ניתן היה למצוא דוגמא לניסוי שהוגדר "כאינו מיוחד" . יש לשפר את אופן התיעוד כך שניתן יהיה להפיק דוחות הנותנים מידע על כלל הניסויים הקליניים ,בחתכי רוחב שונים.			✓		

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
6.5. אין ניהול מסודר של תוקף הניסויים, כך שמסתמכים על כך שהרופאים יפסיקו להזמין את התכשירים. יש לנהל את הניסויים הקליניים כולל תאריכי סיום ניסויים.		✓			
6.6. תוית הזהירות "לשימוש קליני בלבד" נמצאת לעיתים בתוך העלון המוצמד לאריזה ולא חיצוני באופן בולט כמוגדר בנוהל משרד הבריאות. יש לפנות לספקים בדרישה לשיפור התיווי ולהקפיד על תיווי כמוגדר בנוהל משרד הבריאות			✓		
פרק 7 – ניפוק תרופות לקהל בדלפק					
7.2. יש להתקין שילוט בהתאם לדרישות נוהל 131		✓			
7.3. יש להתקין דלפק בהתאם לדרישות נוהל 131 לרבות המידות ודלפק נגיש					✓
7.6. לא נצפה	✓				
7.8. בניפוק יותר מאריזה אחת של אותו תכשיר לא ניתן לסרוק כל אריזה בנפרד. דבר הפוגע בבקרה לאיתור טעויות בניפוק. יש לפתור את הבעיה המחשובית ולאפשר סריקה של כל אריזה				✓	
7.9. ניפוקים לרשות הפלסטינאית אינם מתועדים בפנקס המרשמים הממוחשב יש להקפיד על תיעוד מלא כמוגדר בהוראות החוק		✓			
7.13. לא מבוצע תיעוד של טעויות ניפוק ותחקור הטעויות. יש להקפיד על תיעוד טעויות וביצוע תחקירי ארוע חריג על מנת למנוע הישנות טעויות		✓			

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 8 – בקרת ניהול התרופות במחלקת אשפוז					
8.2. תרופות מאוחסנות בתאים פתוחים. דלת הכניסה ניתנת לנעילה. הדלת נמצאה פתוחה עם תחילת הביקורת. יש להקפיד על אחסון נעול באופן אשר ימנע גישה של אנשים שאינם מורשים					✓
8.3. נמצא כי אין הקפדה על נעילת חדרי התרופות כך שקיימת גישה לארונות התרופות לגורמים שאינם מורשים. יש להקפיד על אחסון תרופות באמצעים נעולים בלבד ללא גישה לגורמים שאינם מורשים					✓
8.4. באורטופדית ב' נמצא מגש עם תכשירי אינהלציה וטיפות לשימוש פנימי יחדיו ללא הפרדה וללא שילוט מתאים. יש להקפיד על אחסון נאות תוך הפרדה של קטגוריות שונות ושילוט מתאים		✓			
8.5. בפנימית ד' בארון ה"מחסן" תרופות רבות מאוחסנות יחדיו זו על גבי זו ללא הפרדה. יש להקפיד על אחסון נאות תוך הפרדה של התכשירים השונים ומינונים שונים למניעת טעויות	✓				
8.5. באורטופדית ב' יש לאחסן אצטון המוגדר כרעל בארון נפרד מסומן בהתאם	✓				
8.9. יש לאחסן תמיסת אשלגן כלוריד בנפרד מתמיסות אלקטרוליטים אחרות		✓			
8.14. באורטופדית ב' מקרר בייתי. יש להצטייד בכל המחלקות במקרר פרמצבטי.			✓		

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
8.15. בזמן הביקורת באורטופדית ב' הטמפ' במקרר עמדה על 10.9 מעלות. התבקשתם לא להשתמש בתרופות עד לבדיקת תקינותן מול היצרן. יש להקפיד על ניטור טמפ' כמוגדר בנוהל 126	✓				
8.16. בפנימית ד' אין אוגר טמפ' במקרר. מתעדים טמפ' נוכחית בלבד. יש להצטייד באוגר ולתעד בנוסף טמפ' מינ'/מקס' כמוגדר בנוהל 126		✓			
8.16. באורטופדית ב' אין הקפדה על תיעוד טמפ' על בסיס יומיומי. יש להטמיע את נוהל 126	✓				
8.21. בפנימית ד' נמצא עט אינסולין פתוח מעל חודש. התבקשתם להשמידו יש להקפיד על תיעוד מועד פתיחה ושימוש עפ"י קיצור חיי המדף	✓				
פרק 9 – בקרת ניהול התרופות הנרקוטיות בחדר ניתוח					
9.8. קיימות אי התאמות בין המתועד בארון הסמים הממוחשב לבין הרישום ברשומה הרפואית וזאת כיוון שאין הקפדה על תיעוד השמדה של חלקי אמפולות והחזרות של עודפים על שם המטופל. יש להקפיד על תיעוד מלא לשם התאמה מלאה של המתועד בארון הסמים לרשומות הרפואיות.		✓			
9.14. נדרש כי מנהל מחלקה יבצע בקרה על תיעוד הסמים המסוכנים והתאמה לרשומות הרפואיות. הבקרה נעשית על ידי אחיות. יש להקפיד כי הבקרה תעשה ע"י מנהל המחלקה או מי מטעמו.	✓				

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
9.16. נבדק מטופל אקראי. בגיליון הרפואי נרשם כי ניתן לו 4 מ"ג מורפין ואילו בדף רישום נרשם כי ניתן 3 מ"ג מורפין. יש להקפיד על רישום תקין ולבצע בקרות ע"י מנהל המחלקה	✓				
9.17. 1.טופס הביניים לא הוצמד לטופס הרישום. 2.ע"ג טופס הביניים נרשם מס' טופס הרישום שהוחזר לבי"מ ולא מספר טופס הרישום החדש שהתקבל. יש להקפיד על התנהלות תקינה עם טפסי הרישום	✓				
14. רשומות ומידע רפואי					
פרק 1 - מצבת כוח אדם לניהול מחלקה לרישום ומידע רפואי					
1.3. יש לוודא שכל המזכירות רפואיות הכפופות למנהלת מחלקת הרשומות הרפואיות כולל הוותיקות, בעלות תעודת מזכירה רפואית.					✓
פרק 4 - ניהול הרשומה הרפואית ; תכולה, תוכן, מסמכים נבחרים					
4.17. יש לוודא ציון שעת מילוי טופס ההסכמה לניתוח		✓			
4.17. יש להשלים שעת מילוי טופס ההסכמה.				✓	
4.25. יש לוודא חתימת רופא בכיר על גבי כל סיכום אשפוז/מחלה.				✓	
15. תזונה ומזון - דיאטה					
פרק 1 - סל מזון					
1.2. באחריות הנהלת בית החולים להטמיע את חוזר מינהל רפואה מס' 5/2013 כך שדיאטן מפקח תזונה ומזון יוביל תכנון והרכבה של תפריטים לסוגיהם, ויאשר את ביצוען	✓				

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
1.3. באחריות הנהלת מערך מזון לבצע טחינת בלנדר בהתאם להנחיות של חוזר מינהל רפואה מס' 5/2013 ובהתאם להנחיות דיאטן מפקח תזונה ומזון תיקון הליקוי באחריות מנהל מערך מזון		✓			
1.4. יש לטחון ולהגיש כל רכיב מזון בנפרד במנה טחונה (בלנדר), בהתאם לחוזר מינהל רפואה מס' 5/2013		✓			
1.8. יש להקפיד על הגשת בשר קנוי ומוכן לאכילה לא יותר מפעם בחודש	✓				
1.13. יש להקפיד על המצאות הרכב וניתוח תזונתי של כל המנות ממיקור חוץ , כנדרש בהתאם לחוזר מינהל רפואה מס' 5/2013	✓				
1.14. יש לוודא רמת נתרן תקינה בתפריט בהתאם להנחיות בחוזר מינהל רפואה מס' 5/2013			✓		
1.15. יש לוודא שרמת נהתרן בתפריט דל מלח , לא תחרוג מ 2000 מ"ג נתרן ביום			✓		
פרק 3 – שירותי תזונה ייעודיים – עבודת המחלקה לתזונה ודיאטה					
3.1. נבדקו מחלקות פנימית, אורטופדית פה ולסת ופסכיאטריה.					

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. יש להטמיע את חוזר מינהל רפואה מס' 41/2014 ולוודא שהדיאטניות מבצעות הערכה,טיפול ומעקב תזונתי לכל המאושפזים המקבלים הזנה אנטראלית חודרנית (זונדה) או מזון ייעודי. במחלקות בהם יש דיאטנית קבועה ניתן לראות טיפול ומעקב הולם אחר חולים הנדרשים לכך. בבבדיקת רשומות רפואיות במחלקה אורטופדית בה אין דיאטנית קבועה נמצאו מאושפזים במצב תזונתי לא תקין ללא הערכה,טיפול ומעקב של דיאטנית		✓			
3.13. יש ליישם את הנחיות הנוהל הדורש תצפיות על ארוחות כולל ארוחת הערב בתדירות הנדרשת , כולל תיעוד הממצאים . הנוהל הפנימי בנושא תצפיות נמצא בכתיבה. נעשים תצפיות על ארוחת הערב פעם בחודש			✓		
פרק 4 – תיעוד ברשומה הרפואית					
4.7. בחלק מהמחלקות קיים ממשק ממוחשב ובחלק לא. יש להשלים את תהליך המחשוב בכל המחלקות.			✓		
פרק 5 – תפריט שבועי במחלקות					
5.1. באחת המחלקות נצפה תפריט לא מעודכן.					
16. תזונה ומזון - הנהלה					
פרק 1 - תקינה					
1.1. יש לאייש תקנים של דיאטניות על פי 1 תקן ל- 50 מיטות.					✓
1.4. יש להקצות שעות ניהול לרכזי נושא			✓		
פרק 2 – מיחשוב					

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. החלה הקמת ממשק בין המחלקות למערך מזון, יש להשלים התהליך עבור כל בית החולים כולל חבור לתוכנת צמרת.			✓		
2.2. יש לעבוד על פי עקומות גדילה של ה- WHO בהתאם להנחיה בחוזר ראש שירותי בריאות הציבור, נובמבר 2010				✓	
פרק 3 – סל מזון					
3.2. על הנהלת בית החולים והנהלת מערך מזון להכין עצי מוצר ומתכונים סטנדרטיים ולעבוד על פיהם, בהתאם להנחיות של דיאטן מפקח תזונה ומזון והנהלת המחלקה לתזונה, יש להתחיל לעבוד בצורה זאת.				✓	
3.3. יש להגיש ארוחות למאושפזים בכלי הגשה אסטטיים רב שימושיים בכל המחלקות בחלק מהמחלקות מוגש המזון בכלים ח"פ, ומהווה סיכון למאושפזים			✓		
3.4. יש להגיש פירות לכל המאושפזים בהתאם לחוזר מינהל רפואה מס' 5/2013. הגשת פירות בהתאם לחוזר סל מזון לחלק מהמאושפזים	✓				
פרק 4 – מזון ייעודי					
4.2. נושא זה לא נבדק					
פרק 6 – ממכר מזון בריא					
6.1. יש להתאים את הרכב המזון והשתייה במכונות לממכר מזון בכל המרכז הרפואי בהתאם להנחיות חוזר מינהל רפואה 8/2014				✓	

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. יש להתאים את הרכב המזון והשתייה באתרים לממכר מזון בכל שטח המוסד הרפואיבהתאם להנחיות חוזר מינהל רפואה 8/2014 בחלק מאתרי ממכר מזון קיים מבחר של מזון בריא, חשוב להמשיך בתהליך הגדלת שיעור של מבחר פריטי מזון בריאים בכל האתרים				✓	
17. עבודה סוציאלית					
פרק 1 - תשתיות ארגוניות - מבנה, כפיפות ופיתוח מקצועי					
1.4. על פי הנחיות איגוד העו"סים נדרש 1 תקן מדריך על כל 6 משרות עו"ס מלאות. הערה על כך נמצאה גם בבקרה הקודמת.			✓		
פרק 2 - תשתיות ארגוניות - פריסה וזמינות השירות					
2.1. יש לבחון את האפשרות לאייש עו"ס קבוע במחלקת היריון בסיכון ובמערך הקרדיולוגי.	✓				
פרק 8 - סטנדרטים בניהול המחלקה - הבטחת איכות ופעילויות לשיפור השירות המקצועי					
8.2. מכיוון שאין הפרדת נתונים ברשומות של מקצועות הבריאות, לא ניתן לעשות פילוח של נתוני הפעילות ברמת העובד .			✓		
8.3. מכיוון שאין הפרדת נתונים ברשומות של מקצועות הבריאות, לא ניתן לעשות פילוח של נתוני הפעילות ברמת המחלקה לעבודה סוציאלית.			✓		
פרק 9 - סטנדרטים בניהול המחלקה - יוזמות ופרויקטים ייחודיים					

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
9.2. בפנימית ד' נמסר על ידי אחות אחראית כי לא הייתה הכשרה על אלימות במשפחה. יש לרענן את התחום ולהיערך בהתאם.			✓		
פרק 10 - סטנדרטים הממוקדים בחולה ובמשפחתו - רצף טיפול					
10.6. למרות העומס, מומלץ להצטרף מדי פעם לישיבות הצוות לצורך איתור יזום של מטופלים והטמעת ההתבוננות על הצרכים הפסיכו-סוציאליים של המטופלים.			✓		
10.7. למרות העומס, מומלץ להצטרף מדי פעם לביקור רופאים לצורך איתור יזום של מטופלים והטמעת ההתבוננות על הצרכים הפסיכו-סוציאליים של המטופלים.			✓		
10.8. יש להקפיד שהמלצות העו"ס הרלוונטיות להמשך הטיפול בקהילה יופיעו במכתב השחרור הרפואי.				✓	
פרק 12 - סטנדרטים הממוקדים בחולה ובמשפחתו - רשומה ותיעוד					
12.3. יש להקפיד ולכתוב כל התערבות עם החולה ומשפחתו. יש לרענן את ההנחיה בקרב צוות המחלקה.	✓				
18. קלינאות תקשורת					
פרק 1 - המשאב האנושי/פריסת השירות					
1.4. יש צורך להקצות כוח אדם למתן שירות יעוץ של קלינאי תקשורת במחלקות הילדים			✓		
פרק 2 - זמינות ונגישות השירות					

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
2.10. נדרשת הקצאת כוח אדם נוסף במחלקת שיקום ילדים כל שיתאפשר מתן טיפול של קלינאי תקשורת בהתאם לצרכים השיקומיים.				✓	
2.1. יש צורך לשפר את זמינות בדיקות השמיעה לילדים				✓	
2.2. יש צורך לשפר את זמינות הבדיקות של ABR עם סדציה				✓	
2.3. אמנם ישנו תהליך מובנה של הקדמת תור לבדיקת ABR במקרה שמחייב ובהתאם לשיקול דעת מקצועי, אך בנוסף יש מקום לפעול לשיפור הזמינות. אמנם ישנו תהליך מובנה של הקדמת תור במקרה שמחייב ובהתאם לשיקול דעת מקצועי, אך בנוסף יש מקום לפעול לשיפור הזמינות.				✓	
2.5. אמנם ישנו תהליך מובנה של הקדמת תור לאבחון בדיבור/שפה לילד במקרה שמחייב ובהתאם לשיקול דעת מקצועי, אך בנוסף יש מקום לפעול לשיפור הזמינות. אמנם ישנו תהליך מובנה של הקדמת תור במקרה שמחייב ובהתאם לשיקול דעת מקצועי, אך בנוסף יש מקום לפעול לשיפור הזמינות.				✓	
2.6. אמנם ישנו תהליך מובנה של הקדמת תור לאבחון בדיבור במבוגר במקרה שמחייב ובהתאם לשיקול דעת מקצועי, אך בנוסף יש מקום לפעול לשיפור הזמינות אמנם ישנו תהליך מובנה של הקדמת תור במקרה שמחייב ובהתאם לשיקול דעת מקצועי, אך בנוסף יש מקום לפעול לשיפור הזמינות.				✓	

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
2.7. יש לפעול לקיצור תורים לטיפול בדיבור בילדים אמנם ישנו תהליך מובנה של הקדמת תור במקרה שמחייב ובהתאם לשיקול דעת מקצועי, אך בנוסף יש מקום לפעול לשיפור הזמינות.				✓	
2.8. יש לפעול לקיצור תורים לטיפול בדיבור במבוגרים אמנם ישנו תהליך מובנה של הקדמת תור במקרה שמחייב ובהתאם לשיקול דעת מקצועי, אך בנוסף יש מקום לפעול לשיפור הזמינות.				✓	
19. ריפוי בעיסוק					
פרק 1 – המשאב האנושי/פריסת השירות					
1.4. יש לפעול למען הסדר קבוע בכל מחלקות האשפוז יש להמשיך לדאוג למלא את התקינה החסרה היכן שנדרש					✓
פרק 3 – תשתיות רב"ע בבית החולים					
3.4. יש לשקול שימוש בטכנולוגיה או בתורגמנים מקצועיים במקום או בנוסף לאנשי צוות מזדמנים או בני משפחה.					✓
3.9. יש לדאוג לסביבות עבודה נאותות ולעדכן את שטחי העבודה המוקצים לפי עומס המטופלים הנוכחי כדי להימנע מצפיפות ומחוסר פרטיות.					✓
פרק 4 – סביבה טיפולית (ציוד, ארגון, תחזוקה)					
4.10. יש לדאוג לסביבה טיפולית יותר מזמינה ופחות עמוסה וצפופה					✓
פרק 5 – רשומה רפואית, רישום תיעוד ודיווח					

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
5.2. יש להקפיד על הלימה בין ההערכה, לתכנית הטיפול, ולמטרות במיוחד במחלקות בהן מודדים התקדמות בנושאים התנהגותיים ותפקודיים.			✓		
5.4. יש להקפיד על מעקב אחר התקדמות סימון המטרות שהושגו מול אלו שעדיין לא הושגו. לא מספיק לכתוב מה נעשה בפגישה אלא איך זה רלוונטי למטרות ומה לומדים מהפגישה לגבי מטרה ספציפית או ההשלכות לגבי התכנית.			✓		
פרק 7 – פיתוח מקצועי					
7.1. יש לוודא שהמרפאה בעיסוק תיטול חלק בכל ישיבות הצוות וביקורי הרופאים במחלקות האשפוז זה לא ליקוי. הציון "לרוב כן" מצביע על כך שיש מערכת תיעדוף. מרפאים בעיסוק ישתתפו בישיבות צוות על פי גובה המשרה שלהם כך שלא יעלה מינון הישיבות על הזמן המוקצה לטיפול.				✓	
20. פסיכולוגיה					
פרק 1 - היקפי השירות					
1.1. יש לפעול להרחבת השירותים של הפסיכולוגיה הרפואית במחלקות שבהם הוא חסר. במיוחד בכירורגית, פנימית, מיון .				✓	
1.2. יש לפעול למען קליטה של מתמחים בפסיכולוגיה קלינית במרפאות				✓	
1.3. יש לאפשר זמינות של שירות פסיכולוגי אם לא קבוע , לפחות כייעוץ בעת הצורך בכל מחלקות האשפוז.			✓		
1.4. יש להשלים מערך של שירות ליאזון ע"פ צורך כשלב ביניים לשירות פסיכולוגי מלא במחלקות			✓		

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 - תשתיות					
2.7. לשמירה על בטחון המטפלים יש להשלים לחצני מצוקה ב חדרי השיחות במקומות החסרים.				✓	
21. ניקוי וחיטוי מכשירים אנדוסקופים					
פרק 2 - שלב ב', הניקוי הידני					
2.2. יש להתקין מערכת מיזוג אוויר המאפשרת 10 החלפות אוויר בשעה באתר הניקוי והחיטוי של הסקופים במרפאה האורולוגית. במרפאת אא"ג ומכון הגסטרו לילדים. לא קיימים חדרי ניקוי עם 10 החלפות אוויר בשעה במכון הגסטרו לילידים, מרפאה א.א.ג. ומכון הלב.			✓		
2.4. יש להבטיח תנועה חד כוונית ממלוכלך לנקי בחדר נקוי הסקופים במכון גסטרו ילדים. קיימים בכל האתרים פרט למכון הגסטרו לילדים			✓		
2.5. יש לוודא שביצוע רחצת ידיים של הצוות תבוצע בכיור יעודי, לא באותו הכיור שבו מנקים את הסקופ. אין כיור נפרד ב מכון הלב.	✓				
פרק 3 - חיטוי ברמה גבוהה במכונה ואחסון					

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
3.22. במרפאת אורולוגית, יש לבצע בהתחלת כל משמרת חיטוי של האוריתרוסקופים המנוקים והמחוטאים, מהאוחסנים בארון "אקטיבי" שמממוקם בחדר הניקוי. במכון הלב, יש לבצע חיטוי לפני כל משמרת, דבר שמחויב כי ארון האחסון נמצא בחדר הניקוי. במרפאת אורולוגית, האוריתרוסקופים המנוקים והמחוטאים, מהאוחסנים בארון "אקטיבי" שמממוקם בחדר הניקוי.אינם עוברים חיטוי חוזר בהתחלת כל משמרת . במכון הלב, הסקופים אינם עוברים חיטוי לפני כל משצמרת, דבר שמחויב כי ארון האחסון נמצא בחדר הניקוי.	✓				
3.15. במכון הלב, בייבוש הסקופ אחרי פעולת החיטוי, יש להשתמש בפד גזה סטירילי. כעת משתמשים בחבילה של 10 פדים סטריליים ואחרי פתיחת החבילה ושימוש הפד הראשון, 9 הפדים הנשארים אינם סטריליים. במקרה של ה TEE ייבוש החלק ה חיצוני מתבצע באמצעות פד גזה שאינו סטירלי. משתמשים בחבילות של 10 פדים ולאחר פתיחתה, רק הראשון סטרילי.	✓				
3.16. במכון הלב ובמרפאה אורולוגית, יש למקם את ארון אחסון הסקופים מחוץ לחדר הניקויו והחיטוי. לאחר סיום פעולות ניקוי וחיטוי, האוריתרוסקופים במרפאה האורולוגית וה- TEEs במכון ה לב מאוחסים בארון הנמצא בחדר הניקוי.				✓	
3.26. מדובר ב 2 מכוני הגסטרו בלבד.					
22. דיאליזה מבוגרים					
מידע כללי					

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
1.15. מס המטופלים בדיאליזה צפקית נמצא באתר הראשי					
פרק 5– רשומות					
5.17. מאחר ומדובר במטופלים מבוגרים יש להקפיד על הצורך בחידוש הסכמה מדעת עקב ירידה במצב הקוגניטיבי, והעברת לאפוטרופסות גוף לבן משפחה					
5.26. מאחר ורוב המטופלים מאושפזים בפנימיות או במכבי-מעונות הסמוך, יש להקפיד על דווח סיכום דיאליזה					
פרק 6 – חיסונים					
6.1. יש לנסות ולהרחיב את היקף המטופלים המחוסנים לשפעת עונתית					✓
6.2. יש לערוך מעקב מתועד אחרי חיסוני המטופלים לדלקת ריאות ולשאוף לכיסוי חיסוני מלא לא נמצא מעקב אחרי חיסוני המטופלים				✓	
6.3. יש לתעד סרוב של מטופלים לחיסון					✓
פרק 7 – ניהול הטיפול התרופתי					
7.1. יש לדאוג לחדר תרופות תקני					✓
7.5. יש לדאוג לאספקה מרוכזת מקופות החולים לתרופות הניתנות בדיאליזה			✓		
פרק 8 – החייאה					
8.6. יש לדאוג שעל עגלת ההחייאה יוצב מגש תרופות סגור מבית המרקחת , כנדרש בחוזר מינהל הרפואה מס' 21.2006			✓		
פרק 10– תשתיות אולמות דיאליזה					
10.2. יש לדאוג לברז הנפתח ללא מגע יד , אלקטרוני/ מרפק		✓			

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
10.22. יש לדאוג למד טמפ' במחסן וטמפ' עד 25 מעלות			✓		
10.26. באתר הראשי					
פרק 11 – אישורים					
11.4. יש להציג אישור כיבוי אש		✓			
11.6. יש להתאים את מערכת המיזוג ל נוהל AC-01 הדרישה היא למזוג עם 10 החלפות אווית מתוכן 2 של אוויר צח.					✓
פרק 12 – חדר המים					
12.15. יש לקיים למעקב אחרי חיסוני המטופלים לדלקת ריאות ולשאוף לכיסוי חיסוני מלא					✓
פרק 13 – מדדי איכות					
13.2. יש לשאוף להעלות את K/TV לרמות הנדרשות במדד מאחר ומדובר בחולים מבוגרים ומאושפזים, תהליך המודיאליזה מוגבל			✓		
13.3. יש לשאוף לביצוע דופלקס בדחיפות הנדרשת			✓		
13.4. יש לשאוף לביצוע אנגיוגרפיה בדחיפות הנדרשת			✓		
13.5. יש לקצר את זמן ההמתנה לפיסטולה				✓	
13.6. יש לשאוף ששיעור מהטופלים עם התקן צנתר מרכזי חיצוני לא יעלה על 20% .				✓	
23. דיאליזה אלקטיביים					
מידע כללי					
1.9. יש 3 מכונות נוספות בתהליך רכישה					

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
1.10. בשעת חרום יש מ את המכון הגריאטרי שהוא "בחצר אנגלית" , הכי ממוגן שיש בנוסף 9 עמכשירי אוסמוזה הפוכה ניידים, לטיפול בשעת חרום, השאר אינו ממוגן					
פרק 4 - אירועים חריגים					
4.1. אירועים חריגים עדיין לא ממוחשב					
פרק 5– רשומות					
5.2. הממשק הממוחשב בין תיק החולה מכונת הדיאליזה כולל שם המטופל ותעודת זהות, לא כולל תכנית טיפול יש להכניס תכנית טיפול לכרטיס החכם, במכונות הרכישה הבאות					✓
5.27. ישנו עומס על העובדת הסוציאלית. אינה מספיקה, למצות את הטיפול בצורה מיטבית נמצאת ב0.75 תקן, ממליצה להוסיף לתקן מלא				✓	
פרק 6 – חיסונים					
6.1. יש לשאוף ולפעול למען 90% כיסוי חיסוני לשפעת עונתית למטופלים הדיאליזה . בתחילת החורף ניתן דף הפנייה למטופל לחיסון שפעת , אך אין מעקב על ביצוע, רובם לא הולכים להתחסן				✓	
6.2. יש לשאוף ולפעול למען 90% כיסוי חיסוני לדלקת ריאות למטופלי הדיאליזה השנה חיסון זה נכנס לקופ"ח אך אין מעקב לחיסון נגד דלקת ראות				✓	
6.3. יש לוודא המצאות תעוד סרוב של חולים לקבל חיסון לא קיים מעקב על המטופלים שסרבו לקבל חיסון			✓		
פרק 7 – ניהול הטיפול התרופתי					

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
7.5. יש לדאוג לקבלת תרופות הניתנות במהלך הדיאליזה,באופן מרוכז מקופות החולים			✓		
פרק 8 – החייאה					
8.6. יש לוודא המצאות מגש תרופות להחייאה סגור וחתום על ידי הרוקח, לאחר פתיחתו על המגש להיות מועבר להחלפה למגש סגור אחר בבית המרקחת ראה סעיף 6.2.1. בנוהל החייאה	✓				
פרק 10– תשתיות אולמות דיאליזה					
10.7. קיים חדר דיאליזה ל 4 מטופלים במיטות (מאושפזים) שנבנה לפני כ-4 שנים והוא ללא רישוי					
פרק 11 – אישורים					
11.4. יש להעביר לגב' ורדה טוחנר במנהל הרפואה, רח ירמיהו 39 בירושלים אישור כיבוי אש.			✓		
11.7. יש לבנות מקום ממוגן לדיאליזה כנדרש בתקנות המיגון מ-2011, יש להגיש תכניות לאישור לועדת פרויקטים של משרד הבריאות					✓
פרק 12 – חדר המים					
12.14. יש לדאוג למד טמפרטורה וטמפרטורה של עד 25 מעלות בחדר המים			✓		
פרק 13 – מדדי איכות					
13.2. רמת הK/TV בין 80-85% ממוצעת, אין טיפולים של HDF במכון הדיאליזה, יתכן והתוצאות בגלל הרכב המטופלים, יש לשאוף לשיפור התוצאות				✓	

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
13.3. יש לקצר זמן המתנה לדופלקס שלא יחרוג מ- 48 שעות יש לנסות להנגיש את הדופלקס מוקדם יותר			✓		
13.4. יש לקצר זמן המתנה לאנגיו במקרה של חסימת שנט, שלא יחרוג מ- 48 שעות. יש לנסות להנגיש את הטיפול באנגיוגרפיה מוקדם ככל האפשר			✓		
13.5. יש לקצר זמן המתנה להתקנת פיסטולה שלא יחרוג מ- 48 שעות יש לנסות לנתח מוקדם ככל האפשר			✓		
13.6. יש לפעול להעלאת אחוז המטופלים עם צנתר מרכזי חיצוני , שלא יפחת מ- 20%			✓		
24. בריאות השן - מרפאות חוץ פה ולסתות					
פרק 4 –זמינות שירותים					
4.1. יש להגדיל אה זמינות שירותי המרפאה לרפואת הפה					✓
4.2. יש להגדיל זמינות לתורים לילדים					✓
4.3. יש להגדיל זמינות לכירורגית הפה					✓
4.4. יש להגדיל זמינות לסדציה והרדמה כללית					✓
25. בריאות השן - מרפאת שיניים					
פרק 4 –זמינות שירותים					
4.1. להגדיל זמינות השירותים					✓
4.1. יש להגדיל זמינות לרפואת הפה					✓
4.2. להגדיל זמינות לשירותים					✓
4.2. יש להגדיל זמינות תורים לטיפול לילדים					✓
4.3. להגדיל זמינות לשירותים					✓
4.3. יש להגדיל זמינות לתורים כירורגיה פה ולסת					✓

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
4.4. להגדיל זמינות לשירותים					✓
4.4. יש להגדיל זמינות לתורים טיפולים בהרדמה כללית/סדציה					✓
26. בריאות הנפש - מחלקה					
פרק 1 - זכויות החולה					
1.5. חסרה תיבת תלונות ופניות בחלק הסגור של המחלקה תיבת התלונות ממוקמת במסדרון המערך הפסיכיאטרי (מחוץ למחלקה). תלונות מטופלים במחלקה מועברות ישירות לצוות המטפל.		✓			
1.6. מנהלת המרפאה אחראית על נושא תלונות הציבור במערך הפסיכיאטרי, כמו כן בבי"ח קיים מערך פניות ציבור מרכזי אשר גם ממנו מופנות פניות לברור.					
פרק 2 - תנאים פיזיים					
2.9. נדרשת התקנת לחצני מצוקה בחדרי המטפלים		✓			
פרק 5 - בטיחות וביטחון					
5.1. סורגים קיימים רק בחדרי מטופלים. אין סורגים בחדרי מטפלים.					
5.5. קיים לחצני מצוקה נייחים וכן לחצני מצוקה ניידים לעובדים הנמצאים במחלקה סגורה.					
5.7. נדרשת התקנת לחצני מצוקה במחלקה במקומות נגישים לצוות			✓		
5.9. יש לוודא המצאות אזהרה בכניסה לתיק המטופל , במטופל שמסכן את הצוות או את עצמו לא קיימת אזהרה בכניסה לתיק המטופל , אולם לכל מטופל קיימת הערכת מסוכנות המתעדכנת על בסיס יומי.			✓		
פרק 6 - רצף טיפולי					

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
6.10. הערכת מסוכנות (אומדן מסוכנות ואובדנות) מבוצעת בהערכה פסיכיאטרית ראשונית במיון וכן ע"י הצוות הסיעודי תוך 4 שעות מקבלת החולה למחלקה.					
6.23. קיימים נוהל מסודר ב]הזמנת בדיקות ע"י הצוות הסיעודי (ימים קובעים). בדיקות הדם נלקחות במחלקה ע"י אחראית נטילת דמים חיצונית למחלקה. כאשר נדרשות בדיקות חריגות נעשית הזמנה ע"י הצוות הסיעודי. תהליך ממוחשב.					
6.27. אין סטטוס יום במחלקה. במידה והמטופל זקוק לטיפול יום, משוחרר מהמחלקה ונקלט במחלקה ייעודית.					
6.28. המידה ההמתנה לתור ממושכת, ממשיך מעקב במסגרת המחלקה.					
פרק 7 - נהלים					
7.1. קיים קובץ ממוחש הזמין לכל המטפלים בתוכו נהלים ייעודים למערך הפסיכיאטרי.					
7.5. ע"פ נוהל בבית החולים לא נשאר איש צוות יחיד במחלקה.					
פרק 8 - רישום ודיווח רפואי					
8.10. סכום מחלה נכתב מידית בשחרור					
8.14. במידה וקיים המתנה ממושכת לתור מעקב בקהילה, ממשיך מעקב במסגרת המרפאה.					
פרק 9 - שירות סוציאלי					
9.3. קיים עלון מידע במחלקה הכולל מידע על ימי ושעות פעילות העו"ס וטלפון אך חסר שילוט ייעודי במחלקה לגבי שירות העו"ס נגיש למטופלים, משפחות ומבקרים.					

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
9.4. העו"ס המחלקתי החדש משתתף בג'ורנאל קלאב של המערך הפסיכיאטרי אחת לשבוע בימי ראשון ובמפגשי אוריינטציה של השרות הסוציאלי בבי"ח בימי ה' אחת לשבועיים (השתתף ב2 מפגשים מתוך 7) וכן מודרך בקביעות ע"י עו"סית ותיקה במערך הפסיכיאטרי.					
9.5. מדובר בעו"ס מחלקתי חדש מ1.02.17 , שטרם השתתף בכנסים. יש לדאוג להשתתפותו בכנסי פנים וחוץ תוך תהליך השתלבותו המקצועית בתפקידו במחלקה.					
9.7. נמצאו נהלים באופן חלקי. העו"ס החדש הונחה בבקרה להמשך פתוח נהלים אלו באופן מותאם לתפקידו במחלקה.					
9.9. העו"ס משתתף בימי ג' בקביעות בישיבת צוות מחלקתית בהשתתפות כל צוות המחלקה.					
9.10. העו"ס מקפיד להשתתף בין 1-2 פעמים בשבוע בביקורי רופאים.					
9.12. העו"ס נוהג לטלפן למשפחות המטופלים המאושפזים ולזמנם לפגישות במחלקה.					
9.13. המשפחות מופנות לקב' משפחות והתערבויות פסיכולוגיות ומשפחתיות במחלקה ומחוץ לבי"ח למרכזי ייעוץ למשפחות בקהילה לפי צורך.					
9.15. לפי הצורך. נצפתה הערכה פסיכו סוציאלית לצורך שקילת העברת מטופל למסגרת מגורים טיפולים.					

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
9.17. מדובר בעו"ס חדש. הונחה בבקרה בתחום זה. ניכר כי מגלה נכונות ומוטיבציה גבוהה להבנות ולהטמיע את תפקידו כעו"ס בתוך המחלקה.					
פרק 11 - חדר קשירה					
11.4. בחדר מיטה אחת					
פרק 13 - טיפול בנזעי חשמל - ECT					
13.1. ממצאי בקרת ECT מבוססים על בקרה שנעשתה ביחידה ובמחלקות בתאריך 16.3.17.					
13.31. בתיק המטופל הממוחשב קיימת התייחסות לטיפול ECT.					
13.38. הרישום בתיק המטופל הממוחשב נעשה בזמן אמת.					
27. ריפוי בעיסוק במחלקה פסיכיאטרית					
פרק 1 - שירות ריפוי בעיסוק במחלקות ברה"ן					
1.2. במחלקות נעשה שימוש במרחב הציבורי לקבוצות גדולות. קיים חדר ישיבות/קבוצות אחד לכל מחלקה שם אפשר לקיים קבוצה קטנה.					
1.4. יש לפעול להצטיידות בריהוט ייעודי [לא ליקוי] רצוי לשקול רכישת ריהוט מותאם לעבודה עם אנשים שבנוסף לאבחנות הפסיכיאטריות מתמודדים עם לקויות חושיות ומוטוריות					✓
1.7. להקפיד להפנות לריפוי בעיסוק אם שאלה/בקשה ברורה. האם לאבחון, להערכה, לבירור יכולות, לניהול מקרה...				✓	

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
1.7. יש להסדיר הפניות מובנות ספציפיות לשירות הריפוי בעיסוק על פי התוויות שיסופקו על י די המרפאים בעיסוק. כיום ההפניות לצוות המרפאום בעיסוק נעשות בעל-פה בישיבות צוות ומתוך התרשמות.				✓	
1.8. יש להגדיר בהפניה את סוג הטיפול הנדרש כאשר הוא פרטני			✓		
1.9. יש להגדיר בהפנייה את סוג הטיפול הנדרש, כאשר הוא קבוציתי יש להגדיר בהפנייה את סוג הטיפול הנדרש			✓		
1.10. יש להגדיר בהפניה את סוג הטיפול הנדרש			✓		
1.11. יש להגדיר בהפניה אם נדרשת מעורבות במסגרות המשך			✓		
1.13. יש לוודא שהתיעוד השוטף בתיק לא יכלול תרשומת אישית, ייכתב בגוף שלישי, ויהיה קשור לתכנית הטיפול ומטרותיה מעבר להתרשמות ותיעוד סטטוס.			✓		
1.15. יש להקפיד לכתוב תכנית טיפול המורכבת ממטרות תפקוד ומטרות השתתפות ולעקוב אחר ההתקדמות באמצעותן			✓		
1.16. יש להקפיד שתהיה הלימה בין התכנית לבין התיעוד השוטף. שהתיעוד השוטף יכיל התייחסות לתכנית ולמטרות שהיא מכילה.			✓		
28. הוועדה להפסקת הריון					
פרק 1 - נתונים כלליים					
לכל חברי הוועדה מינוי כנדרש.					
יש להוציא את כל הנהלים בנושא של הפסקת הריון מאתר משרד הבריאות, לסדר בתיק נפרד ולוודא כי חברי הוועדה מכירים נהלים אלה.			✓		

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 – איכות מילוי טופס אישור הוועדה להפסקת היריון					
2.10. גינקולוגיה					
29. רישום סרטן					
פרק 2 - חובת דיווח					
2.2. יש לוודא התאמה מלאה מעל 90% בין מחלות ממאירות המחייבות דיווח הרשומות בבית החולים, לבין מאגר רישום הסרטן של משרד הבריאות				✓	
2.3. אשת מחשוב מוציאה דוחות פתולוגיה על פי רשימה של קודים של אבחנות אונקולוגיים. רשימת הקבצים הנשלחים לרישום סרטן שמורה כמה שנים אחורה, לכן הוספת סימון מיוחד לא נחוץ ולא ישנה את איכות הדיווח.					
30. רישוי					
סיכום הבקרה					
יש לדאוג לדווח על תפוסת המיטות במחלקות בצורה נכונה.			✓		

צוותי האגף לרפואה כללית ונציגי לשכת הבריאות תל אביב מודים להנהלת בית החולים מרכז רפואי ע"ש ד"ר ח. שיבא, תל-השומר על שיתוף הפעולה.

בברכה

ד"ר סיגל ליברנט טאוב
ראש אגף רפואה כללית

רותי פרוינד RN MPH
מנהלת מחלקת בקרה

העתקים:

הנחיות לשיפור בתחומי הבקרה לפי לוחות זמנים						
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**
1.מינהל בית החולים						
פרק 1 - הסכמה מדעת						
1.2. יש לפעול לפי הנחיות חוזר מינהל הרפואה מס' 23/2010 ולמסור למטופל העתק טופס הסכמה מדעת	נמצא בשלבי הטמעה מתקדמים			✓		
פרק 3 - זכויות החולה						
3.5. יש להנגיש את המידע החיוני באתר גם בשפות ערבית ורוסית	קיים גם היום באופן חלקי. יורחב לכלל המידע החיוני באתר					✓
פרק 4 - בטיחות						
4.1. יש לעמוד בדרישות שירותי הכבאות בכל בית החולים ולקבל את האישורים המתאימים . כיוון שקבלת האישורים אינה תלויה רק בבית החולים אלה גם בזמינות שירותי הכבאות להשלמת הבקרות ניתן פרק זמן של שנה לעמידה ביעד	בעבודה					✓
פרק 5 - היחידה לבטיחות הטיפול						
5.2. יש למנות שני רופאים בוועדה על מנת לעמוד בסטנדרט האיוש הקבוע בחוזר ע"פ מספר המיטות בביה"ח	אין התנגדות					✓
5.3. ייש למנות שלוש אחיות בכירות בוועדה כדי לעמוד בסטנדרט האיוש הקבוע בחוזר ע"פ מספר המיטות בביה"ח	אין התנגדות					✓
5.4. יש למנות שלוש מזכירות בוועדה , על מנת לעמוד בסטנדרט האיוש הקבוע בחוזר ע"פ מספר המיטות בביה"ח.	אין התנגדות					✓
פרק 6 - חיסון עובדי בריאות חדשים ועובדים ותיקים החשופים לדם						

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
6.8. יש לפעול לחיסון של כלל עובדי הבריאות החדשים לשפעת עונתית	חיסוני שפעת החלו . תלוי גם ברצון העובדים					✓
6.16. יש לפעול לחיסון של כלל עובדי הבריאות הותיקים לשפעת עונתית	חיסוני שפעת החלו. תלוי גם ברצון העובדים					✓
2.מינהל רפואה						
פרק 1 - רשומה רפואית – איכות תיעוד הקבלה						
1.11. יש להוסיף חתימה וחותמת לקבלה הרפואית	לא ניתן להוסיף חותמת מכיון שמדובר בתיק רפואי ממוחשב. קיימת חתימה אלקטרונית ל-100% מהעובדים מורשי החתימה	✓				
פרק 2 - הסכמה מדעת לפעולות פולשניות						
2.2. יש לרשום באופן ברור את שם הרופא ומספר הרשיון על כל טפסי ההסכמה מדעת.	מבוצע גם כיום. נחדד נהלים	✓				
פרק 3 - איכות תיעוד רשומות מעקב יומיות						
3.10. יש להוסיף חתימה וחותמת של הרופא המטפל במידה והסטאג'ר תיעד את המעקב אחר המטופל.	יבוצע	✓				
פרק 7 - רשומת חולה במיון						
7.17. יש לוודא שנמסר למטופל שם הרופא האחראי על הטיפול בו. יש לציין את שמו של הרופא האחראי ברשומת המטופל.	דם הרופא מצוין באופן אוטומטי ברשומת המטופל מכיון שמדובר בתיק ממוחשב.		✓			
פרק 10 - תורנים וכוננים בחדר מיון						
10.1. יש לתלות רשימת תורני וכונני המיון במקום בולט וגלוי לעין	יבוצע	✓				
פרק 11 - רופאים אחרי תורנות						

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
11.1. יש לסיים משמרת לאחר תורנות בשעה 08:00 אלא אם נדרשת נוכחות המתמחה עד 10:00 בבוקר.	זו ההנחייה גם כיון. יחודדו ההנחיות	✓				
11.2. יש לסיים גיבוש הועדה ל"אישור עבודה לאחר תורנות"	בוצע	✓				
3.הרדמה						
פרק 3 - התאמת התנאים הפיזיים						
3.3. יש לוודא שדלתות הכניסה לחדר הניתוח יפתחו לשני הצדדים	יבוצע					✓
3.5. יש לוודא כי בחדרי ניתוח בבניה יהיה פתח ייעודי להוצאת ציוד מלוכלך	נמצא בתוכנית העבודה					✓
3.6. יש לוודא כי כל הברזים יהיו ניתנים להפעלה ללא מגע יד באיזור שוקת רחצת הידיים	יבוצע תוך שנה				✓	
פרק 4 – ציוד חיוני במתחם חדרי הניתוח						
4.15. יש להצטייד במספר מכשירי BIS נוספים (5-6 יחידות)	אין התנגדות			✓		
4.16. יש להצטייד במספר מכשירי US נוספים (3 יחידות)	אין התנגדות				✓	
פרק 7 – שלמות איסוף הנתונים לפני הרדמה						
7.2. יש לרשום תרופות טבעיות שהחולה נוטל בחודשיים שלפני הניתוח	יבוצע	✓				
פרק 9 – שלמות תיעוד בדוחות הניתוח						
9.5. יש לרשום הוראות טיפול לאחר ניתוח בכל דו"ח ניתוח	מבוצע גם כעת. יחודדו נהלים	✓				
פרק 14 – חדר התאוששות –תשתיות						

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
14.1. יש להוסיף עמדות התאוששות באתר המרכזי	ייכנס לתוכניות העבודה					✓
פרק 16 – חדר התאוששות –רשומות						
16.5. יש לשפר את תכנית האלחוש לאחר ניתוח	אין התנגדות			✓		
4.מערכות הנדסיות ותשתיות						
פרק 2 – דוח רשומות - אספקה סטרילית מרכזית (אס"מ)						
2.9. יש לקבל התייחסות המוסד, להפעלת המתקן, ששופץ לאחרונה ע"י ביה"ח. יש לקבל אישור מהמשרד לאיכות הסביבה - אגף איכות אוויר. יש לקבל את תוצאות הבדיקה, שערך ביה"ח.	יבוצע				✓	
פרק 8 – דוח תצפית – סביבת חדרי ניתוח						
8.5. ברכזת החמצן הדו ענפית, רק ענף אחד היה פעיל. יש להשמיש 2 הענפים או ביטול ענף אחד. ברכזת הנייטרוס הדו ענפית, רק ענף אחד היה פעיל. יש להשמיש 2 הענפים או ביטול ענף אחד. יש לדאוג לסימון ברזי הגזים וצביעת הצנרת. יש לדאוג לשלמות ברזי הגזים וסימונם ולהשלים ידיות חסרות (בחלקם). יש להימנע מאחסון קרטונים באזור הגזים הרפואיים. יש להימנע מלאחסן ציוד בפרוזדורים.	יבוצע				✓	

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
8.6. יש לדאוג לאחידות שקעי החשמל. יש לדאוג להימצאות תוכניות עדכניות בלוחות החשמל. יש לדאוג לאיוורור לוחות החשמל שבמתחם חדרי הניתוח.	יבוצע				✓	
פרק 9 – דוח תצפית – חדרי ניתוח						
9.3. יש לדאוג שכל נוריות הסימון בשקעים (LED), יהיו קיימים ותקינים	בוצע		✓			
9.8. יש לכייל את מכשירי לחץ אוויר חיובי (מגנהליק) ולהמציא תעודת כיול מתאימה.	יבוצע		✓			
פרק 10 – דוח תצפית – אולם התאוששות						
10.2. ברזי ניתוק הגזים, מרוחקים מידי - יש לדאוג לקרבם למתחם ההתאוששות.	אין התנגדות.				✓	
פרק 11 – דוח תצפית – סטריליזציה						
11.1. בחדר לטיפול במכשירי ניתוח הממוקם במתחם חדרי הניתוח ש לדאוג לחלוקה ברורה בין האזורים הנקיים והמלוכלכים. החדר משמש בערבוביה, לניקוי מכשירים ולאחסון פורמלדהיד. יש לסדר את החדר ולדאוג להפרדה בין ביצוע סטריליזציה לבין אחסון פורמלדהיד. יש לדאוג לחלוקה ברורה בין האזורים הנקיים והמלוכלכים.	יבוצע				✓	

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
11.4. בחדר לטיפול במכשירי ניתוח הממוקם במתחם חדרי הניתוח לא ברורים נהלי העבודה עם מעקר הקיטור המהיר, ומידת התאמתו לתקן ישראלי 17665-1 מומלץ להחליפו , באוטוקלב שולחני. תיקני.	יחודדו נהלים				✓	
11.14. כדאי להחליף מס' מכונות שטיפה ישנות.	יבוצע				✓	
11.20. יש להעביר ל עיון הח"מ נוהל טיפול במעקר אתילן אקסיד כולל תוצאות בדיקות מעקב אחר פליטת גזי העיקור ואישור המשרד לאיכות הסביבה לתקינות המערכת .	יבוצע			✓		
פרק 12 – דוח תצפית – מערכת גזים רפואיים						
12.3. יש להוסיף עמדת כיבוי אש תיקנית, בקרבת מערכת אספקת החמצן.	יבצע				✓	
12.6. יש לדאוג לצביעת כל צנרת החמצן כנדרש.	יבוצע			✓		
12.7. יש להוסיף עמדת כיבוי אש תיקנית בסמוך למערכת גיבוי החמצן	יבוצע				✓	
12.8. יש להוסיף תאורה באזור מתחם צוברי החמצן	יבוצע			✓		
12.9. יש להשלים את ביצוע ההגנות בפני רעידת אדמה בחוות החמצנים והמכלים הקיאורגניים	יבוצע				✓	
12.12. יש להוסיף עמדת כיבוי אש תיקנית, בקרבת מרכזיית גלילי הנייטרוז.	יבוצע				✓	

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
12.14. יש לשפר את שילוט האזהרה וההסבר, המותקנים על גדרות אתר הנייטרוז	יבוצע			✓		
12.15. יש לוודא שקיים סימון על גלילי הנייטרוס ומועד פגות תוקפם.	יבוצע				✓	
12.16. יש להחליף את קו אספקהת הנייטרוז בקוטר " 1/2, לקו תיקני עפ"י נוהל G0-1.	יבוצע				✓	
12.17. לאחר החלפת קו אספקת הנייטרוז, יש לבצע תיקוני צבע ולסמן את מהלכי הצנרת, כנדרש.	יבוצע				✓	
12.18. יש לדאוג להתקנת מערכת בקרה והתראה דיגיטלית, לאזעקת הצוות הטכני, במקרה של כשל במערכת. הנייטרוז	יבוצע				✓	
12.19. יש לשפר את רמת התאורה באזור מרכזיית הגיבוי של הנייטרוז	יבוצע				✓	
12.20. יש להשלים ולשפר את המיגון בפני רעידת אדמה	יבוצע				✓	
12.34. יש להחליף את צנרת הוואקום העשוייה המתכת לצנרת נירוסטה שזורה. יש לצבוע ולסמן את הצינורות כנדרש בנוהל G-01	יבוצע				✓	
12.36. יש לנקות במערכת הוואקום את אזור המדחסים , יש לאוורר את האזור, למניעת עליית הטמפרטורה.במערכת האוויר הדחוס - מדחסים יונקים את האוויר הצח מחלל המרתף, בו המערכת מותקנת, ונדרש שהיניקה תהיה מחוץ לבניין.	יבוצע				✓	
פרק 13 – דוח תצפית – חשמל						

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
13.5. מומלץ לפעול להחלפת גגות האזבסט המותקנים מעל מערכות החשמל	יבוצע					✓
13.8. בחדר החשמל הראשי , יש לשפר את מערכת גילוי אש	יבוצע				✓	
13.9. יש להוסיף תאורת חירום בחדר החשמל ראשי	יבוצע				✓	
13.11. הגנרטורים ישנים ודולפים שמן. יש לטפל בדליפות או להחליפם	יבוצע					✓
13.12. יש להוסיף אמצעי הגנה ואמצעי כיבוי נגד אש בחדר הגנרטורים	יבוצע				✓	
13.13. במקרה של כשל בגנרטורים, כדאי להתקין חיבור חירום, שיאפשר חיבור גנרטור חיצוני, במידת הצורך.	יבוצע					✓
13.14. יש להוסיף תאורת חירום בחדרי הגנרטורים.	יבוצע			✓		
13.15. יש להעביר לח"מ אישורי בדיקת לוחות החשמל חדר הגנרטורים ע"י בודק מוסמך . יש להציב בחדר הגנרטורים , תכנית חשמל מפורטת ועדכנית, של המערכת. יש לנקות את הלוחות.	יבוצע			✓		
פרק 14 – דוח תצפית – מערכות מיזוג אוויר						
14.2. יש להשלים את מערכת היט"א המטפלת באוויר הצח, לפני קליטתו ביט"אות חדר הניתוח.	יבוצע				✓	
14.4. מסדר מתח גבוה ישן, לא מטופל ולא תקין ב-100% - צריך להחליף ל - SFX.	יבוצע				✓	

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
14.4. יש לדאוג שהצ'ילרים המספקים את מיזוג האוויר לחדרי הניתוח, יהיו מגובי גנרטור.	יבוצע					✓
14.8. יש למנוע הצטברות של מים ברצפת אתר היט"את	יבוצע			✓		
פרק 15 – דוח תצפית – מערכות קור וחום						
15.1. יש לוודא מדחסי מיזוג האוויר יהיו מגובי גנרטור	יבוצע					✓
15.2. יש לרכוש מדחס נוסף לגיבוי	יבוצע					✓
15.3. יש לנקות ולטפל בניראות של המדחס	יבוצע			✓		
15.4. יש להוסיף ולשפר את רמת תאורת החירום בחדר.	יבוצע			✓		
15.8. יש לשפר את הסדר והניקיון באזור	יבוצע			✓		
5.בטיחות החולה בחדר ניתוח						
פרק 1 – כ"א סיעודי						
1.1. יש לוודא שכל אחראית המשמרת בחדר ניתוח כולל באשפוז יום הינה בוגרות קורס על בסיסי בסיעוד חדר ניתוח לאחיות מוסמכות	בוצע	✓				
פרק 4 – בטיחות בהשכבת המטופל						
4.8. יש לוודא שימוש בכיסויים מעכבי אש לשדה הניתוח בכל הניתוחים	יבוצע					✓
4.9. יש לוודא שכל הכיסויים שבשימוש בזמן ניתוח, יהיו עמידים למיים	יבוצע					✓
פרק 6– טיפול בציוד סטרילי במתחם חדרי הניתוח						

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
6.1. יש להעביר את כל מכשיר הניתוח לאחר שימוש לניקוי ועיקור לאס"ס למעט מכשירים שנפלו ללא חלופה ונדרשים להמשך שימוש מיידי	בוצע		✓			
6.2. מבנה האתר לטיפול במכשירים שממוקם במתחם חדרי הניתוח אשפוז יום אינו מאפשר מסלול חד כיווני ממלוכלך לנקי, יש להקפיד שהציוד שהיה בשימוש בזמן ניתוח (מלוכלך) לא יהיה במגע עם החומר נקי\סטרילי	יבוצע	✓				
פרק 8 – תנאי מבנה חדר ניתוח						
8.1. בחדרי ניתוח באישפוז יום בחלק הישן, יש להתקין שוקת לרחצת ידיים כירורגית לפני ניתוח	יבוצע				✓	
8.2. בחדרי ניתוח אישפוז יום יש להתקין שוקת בטיחותית שתמנע פיזור טיפתי בעת רחצת הידיים הכירורגית	יבוצע				✓	
8.3. בחדרי ניתוח באישפוז יום יש להתקין ליד השוקת שתבנה מיכל לסבון בקטריאלי	יבוצע	✓				
8.5. באישפוז יום באתר רחצת הידיים הכירורגית יש להציב הוראות לרחצת ידיים לפני ניתוח	יבוצע	✓				
8.6. יש לוודא שכל דלתות חדרי הניתוח יפתחו ללא מגע יד	יבוצע					✓
8.10. יש לוודא שבחדרי הניתוח הישנים ריצפת חדרי ניתוח תהא חלקה ללא חריצים , עם שיפולי לניולאום שמכסים את אזור הפנלים .	יבוצע				✓	

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
8.11. יש לוודא שבחדרי ניתוח באישפוז משטחי הקירות יהיו חלקים ללא משטחים אופקיים שעלולים לצבור אבק. עד להסרת הליקוי יש לקיים נוהל מובנה לניקוי יומיומי של משטחים אלה.	יבוצע					✓
6.בטיחות החולה בחדר התאוששות						
פרק 2 – סביבת המטופל						
2.9. יש לחדש תשתיות בחדר התאוששות שבאישפוז יום. יש לוודא שהחדר יהיה במתחם סגור לא נגיש לקהל הרחב, דבר הפוגע בפרטיות המטופל ומונע טיפול הולם למטופלים המתאוששים לאחר ניתוח	נדרש זמן ארוך יותר לביצוע				✓	
7.מעבדות כללי						
פרק 2 - עובדים						
2.1. יש לפתור את בעיית מצוקת כוח האדם במעבדות. בכל המעבדות שנבדקו: פתולוגיה, המטולוגיה, מיקרוביולוגיה ואימונולוגיה יש חוסר ב-3-4 עובדים מקצועיים על רקע גדילה טבעית בעומסים ופרישה טבעית של עובדים.	אין התנגדות. תלוי בתקינה					✓
2.4. יש לוודא שלכל מנהלי המעבדות היתר לניהול מעבדות רפואיות. בחלק קטן מהמעבדות, המנהל הינו עובד מעבדה בכיר במקצוע שבעוסקת המעבדה. במידה ומנהל האגף לוקח אחריות על המעבדה עד שהמנהל מקבל רישוי של המשרד ו"היתר לניהול מעבדה", המצב תקין.	בוצע	✓				

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
פרק 6 - בטיחות וגהות						
6.12. יש להתקין בעבדה למיקרוביולוגיה חדר ברמה תקנית של BSL-3	יידרש זמן ארוך יותר				✓	
פרק 10 - מבנים, מתקנים תחזוקה סדר וניקיון						
10.1. יש לשפץ תשתיות המעבדות המטולוגיה ופתולוגיה כולל התייחסות למערכת החשמל במעבדה ההמטולוגית	יידרש זמן ארוך יותר			✓		
8.מעבדות מקצועיות						
פרק 2 - מעבדות מקצועיות - אימונולוגיה						
2.1. יש לרשום את המעבדה בפנקס המעבדות הרפואיות	יבוצע				✓	
פרק 2 - מעבדות מקצועיות - פתולוגיה						
2.10. יש לבדוק כמות בדיקות מול תקינה ובהתאם להוסיף כוח אדם.	תערך בדיקה			✓		
פרק 2 - מעבדות מקצועיות - המטולוגיה						
2.3. יש לחדש תשתיות בפרט בתחום החשמל בו נצפו כבלים חשופים.על מנת למנוע זיהום צולב בין דגימות יש להוסיף חדרים ייעודים למעבדה.	יידרש זמן ארוך יותר	✓				

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
2.7. המעבדה מבצעת בדיקות מולקולאריות מתקדמות אך חסרים חדרים ייעודים. הנושא חשוב על מנת למנוע אפשרות של זיהום צולב בין דגימות שונות. מומלץ להעביר את המעבדה המולקולארית מהקומה שנמצאת מעל המעבדה ואל תוך המעבדה להמטולוגיה	יידרש זמן ארוך יותר			✓		
2.10. על פי עומסים מבחינת כמות ומגוון הבדיקות חסרים לכאורה כ-2 משרות מלאות. מומלץ מאד לבדוק כמות בדיקות מול כמות עובדים ובמידת הצורך להוסיף עובדי מעבדה.	תערך בדיקה			✓		
פרק 2 - מעבדות מקצועיות - מיקרוביולוגיה						
2.3. יש צורך בשיפור תשתיות: יש להרחיב רת שטח המעבדה . יש לבנות חדר ברמת בטיחות ביולוגית 3 לביצוע בדיקות שחפת ועוד (צויין בדוחות בקרה קודמים).	לא ניתן לביצוע בלוח הזמנים המתואר			✓		
2.10. מעבדה עם פעילות ענפה ומתמודדת עם עומסים גדולים, לדוגמה, תרביות דם: כ-70000 דגימות= בקבוקים= 180000כ-בשנה. יש לבדוק כמות בדיקות מול כמות עובדים ובהתאם להוסיף כוח אדם.	לא בר ביצוע באופן מיידי. יכנס לתוכנית עבודה 2018 לפי תעדוף תקינה	✓				
9.מניעת זיהומים						
פרק 1 – מבנה היחידה למניעת זיהומים						

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
1.4. בבית החולים 1560 חולים מאושפזים ועוד 300 באשפוז יום . נכון ליום הבקרה מאוישות 6.5. משרות של אחיות . נדרשות 7.5 משרות על מנת לעמוד בתקן הדורש משרה מלאה של אות מניעת זיהומים לכל 200 מיטות	יש 9.44 משרות של אחיות למניעת זיהומים, העומד בתקן הנדרש בעבור מיטות ברשיון					✓
פרק 4 – מניעת אלח דם הקשור לצנתר מרכזי						
4.2. יש להמנע ככול הניתן מהכנסת צנתר לוריד פמורלי. יש לרענן את נוהל החדרת צנתר מרכזי חוזר מס' 13/2/2011 לצוות היחידה לטיפול נמרץ ניורוכירורגיה -	יבוצע			✓		
4.3. יש לוודא שימוש בצנתר מרכזי עד 3 לומנים	מבוצע גם היום. יחודדו נהלים		✓			
4.3. יש להמנע ככל הניתן מהכנסת צנתר לוריד פמורלי. ייש לרענן את נוהל החדרת צנתר מרכזי לצוות היחידה לטיפול נמרץ ניורוכירורגיה.	זהה לסעיף 4.2			✓		
4.6. יש לוודא המצאות רשימת תיוג להחדרת צנתר לוריד מרכזי. לכל חולה עלם צנתר מרכזי כנדרש בחוזר מנהל הרפאוה מס 12/11/ נספח מס' 1	יבוצע			✓		
4.9. יש לבצע ולתעד בקרה יומית על איזור החדרת הצנתר	מבוצע גם כיום. יחודדו נהלים	✓				
פרק 8 – ניקוי חיטוי ציוד ואביזרים						
8.14. יש לנהל תעוד ורישום החלפת וילונות בין מטופלים אחת לשבוע לפחות	יבוצע			✓		

10.החייאה

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
פרק 1 - החייאה						
1.5. יש למנות צוות החייאה מוסדי המונה 3 אנשי צוות לפחות מיומנים בביצוע החייאות בוגרי השתלמות ACLS וריענון כל שנתיים. צוות זמין להזנקה 24 שעות ביממה שיכול לסייע לצוותים המטפלים במקום תוך 4-5 דקות. לאור הפיזור הנרחב של מחלקות בית החולים יש לשקול מינוי מספר צוותי החייאה .	יבוצע	✓				
1.7. יש למנות צוות החייאה מוסדי המונה 3 אנשי צוות לפחות מיומנים בביצוע החייאות בוגרי השתלמות ACLS, וריענון ידע כל שנתיים , צוות זמין להזנקה 24 שעות ביממה שיכול לסייע לצוותים המטפלים במקום תוך 4-5 דקות. יש לפרסם את אופן הזנקת הצוות באותיות מאירות עיניים על גבי כרזות ברחבי בית החולים	יבוצע			✓		
1.9. יש להשלים קורס ACLS וריענון ידע כל שנתיים לכל הנמנים על צוותי ההחייאה , לכל המטפלים המחלקות ויחידות בהם מצויים חולים בסכנת חיים משמעותית , לכל המטפלים במקומות בהם מבוצעות סדציות והרדמות.	מבוצע גם כיום				✓	
11.בריאות הסביבה						
פרק 1 - מים ומערכות מים לצריכה סניטרית						

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
1.1. נדרש טיפול מידי לשיפור אמינות אספקה מים ממקורות כמקור נוסף לבית חולים וזאת על ידי התקנת בוסטר על קו מקורות	אין התנגדות	✓				

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
1.2. באר 5 : יש לפנות את המפגעים הפוטנציאלים בסביבת הבאר כגון שוחה חשודה כביוב ,מיכל סולר ושנאי חשמל, כנדרש במסגרת מיפוי סקר תברואי . יש לכייל את מד הכלור בבאר 5 יש לבצע באופן יומי בדיקת שדה ורישום של ריכוז כלור חופשי על ידי צוות בית החולים . יש להתקין מקלחת ומשטף עניים לחירום. יש להתקין ברז דיגום למי גלם בנקודה הממוקמת לפני המגוף האל חוזר. יש להנמיך את מיכל הסולר שנמצא הרבה מעל המאצירה . יש לסלק את מאצירה המכילה מיכל כלור הממוקמת בצמוד למאצירה הסולר ולהוציא את מיכל כלור ממאצירת מיכל הסולר . יש לבנות מחיצת הפרדה נמוכה ואטומה בין מאצירת הסולר למשאבת הבאר. באר 6; :יש לפנות ולטפל במפגעים פוטנציאלים רבים מסביב לבאר לרבות שוחת השקטה של קו סניקה הביוב של בית החולים וקו ביוב של תאגיד מי רמת גן .הנושא נדרש במסגרת המיפוי של סקר תברואי . בעת הביקורת נתגלה חיבור מים לתא השקטה של מערכת הביוב , החיבור נותק מידי. יש לטפל באפשרות לחדירת מי ניגר לקנה הקידוח מתקן טיפול של חברת אודיס: יש לצבוע סימון חצי זרימה ושילוט של עמדות והצנרות השונות יש לנתק פיזית קו מים עוקף יש להתקין ברז דיגום תקני עם שילוט למים המסופקים.	יבוצע			✓		

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
1.3. יש להתקין מתקני חיטוי משלים UV בקידוחים המוחזקים על ידי בית החולים כתנאי לרשיון העסק	יבוצע	✓				
1.4. יש להתקין מקלחת ומשטף עיניים לחרום	יבוצע			✓		
1.4. יש לוודא כי מערכת התראה פועלת יש לוודא את נעילה של פתחי האדם במאגר יש לסגור את קצה צינור גלישה המאגר ע"' מדף אל חוזר ולא לחבר ישירות לתעלת הניקוז עם אפשרות כניסת מזיקים למאגר. יש לתקן את רמת האטימות של מכסה ו 2 פתחי תקרה המאגר יש להעביר אישור ניקוי וחיטוי המאגר והמגדלים יש לוודא את איטום פתח האדם, פתחי כבלים ופתחי אוורור במגדל יש לשלט ולסמן קווי מים בנגדל יש לשלט ברזי דיגום במגדל	יבוצע			✓		
1.5. יש לכייל את מד הכלור יש להגיש למשרד הבריאות מפרט לגבי בקרת הכלור לרבות סכימה וערכי מטרה וסף התראה והשבתה. יש להעביר אישור תקינות חומר החיטוי ע"פ תקן 5438 "דבקלור"	יבוצע			✓		
1.6. יש להגיש למשרד הבריאות דוח מפורט של האביזרים מז"ח עם אישור מתקין מוסמך לתקינות מז"חים בבית החולים	נדרש זמן ארוך יותר לביצוע	✓				
1.8. יש להעביר רשימת עובדים מחלקת הנדסה שהוכשרו למפעיל מערכות מים וזאת עד סוף שנת 2017	יבוצע				✓	

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
1.9. יש להשלים התקנת מערכות חיטוי יעילות בכל חדרי המכונות המספקים מים חמים למחלקות רגישות יש להכין תכנית עם ל"ז לשיקום מלא (חדר מכונות, החלפת צנרת מלאה וחיטוי קבע) למחלקות רגישות . יש להגיש פרוגרמה להסדרת מערכת המים החמים לאישורינו	יבוצע			✓		
1.10. יש להחליף צנרת ישנה במחלקות רגישות	נדרש זמן ארוך יותר לביצוע			✓		
1.11. יש לנהל יומן ולתעד תחזוקת מים חמים שוטפת כולל חיטוי שנתי של האוגר	יבוצע					✓
1.11. יש לנהל יומן בו מתועדים פרטי התחזוקה השוטפת של המים החמים. תאריכי חיטוי שנתי של האוגר ובדיקות תקופתיות	יבוצע			✓		
1.13. יש לבצע דיגומים לבדיקות מיקרוביאליות כולל לליגיונלה במערכות המים החמים והקרים בתדירות הנדרשת	יבוצע			✓		
1.13. יש לנטר ביצוע דיגום מי שתיה ומים חמים למיקרוביולוגיה ליגיונלה ולמתכות כבדות בתדירות הנדרשת	יבוצע			✓		
פרק 2 - מערכת סילוק שפכים						
2.1. יש להגיש למשרד הבריאות עד סוף 2017 תכנית מערכת ביוב של בית חולים יש להכין תכנית ניטור שפכי בית החולים שנתית למעקב אחרי איכות השפכים	יבוצע				✓	
פרק 4 - טיפול בכביסה						

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
4.1. בשיקום ילדים נמצאו סדינים מלוכלכים באחד הארונות במטבח המחלקתי במחסן סירים של המחלקה הפסיכיאטרית יש להפריד בין פסולת מזוהמת המאוחסנת יחד עם כביסה מלכלכת וציוד נקי במגדל האשפוז איסוף הכביסה במקלחונים מתבצע בסלים ללא שקיות פלסטיק כנדרש	בוצע	✓				
4.2. במחלקת נוירולוגיה יש להוסיף חדר איסוף כביסה מלוכלכת	נדרש זמן ארוך יותר לביצוע			✓		
4.3. במחלקת גריאטריה א ו-ב' שיקום יש לנעול את הפיר אחרי השימוש	בוצע	✓				
4.11. יש לוודא המצאות מלתחה נפרדת הכוללת מקלחת ושירותי ם במתחם הנקי לעובדי המכבסה	יבוצע					✓
פרק 5 - מטבח מרכזי ומטבחון חלוקה במחלקות						
5.2. יש לוודא שחצר המטבח תשמר נקיה, תכלול מכלי אשפה במתחם סגור, עם ברז שטיפה וניקוז. יש לוודא תחזוקה כללית של החצר הפרדה בין איחסון קרטונים וחומרים למיחזור, איסוף שמן טיגון ופינויו לפי ההנחיות	יבוצע			✓		

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
5.4. יש לכסות את הגסטרונומים בתהליך הקירור ולסמן בתווית זיהוי ותאריך יש לרכוש גסטרונומים לקירור פחות עמוקים על מנת לאפשר צינון נכון של המזון יש לבצע מעקב יותר צמוד על הטמפרטורה יש להקוד על שמירת טמפרטורה בקירור של עד 4 מ"צ . יש לבצע מדידות מעקב של המזון למלון יולדות ויולדות בסיכון יש לבצע הפשרת בשר כנדרש ולא בארגזים מקרטון מקוריים או באריזות מפלסטיק ולאפשר ניזילת נוזלי הפשרה על הרצפה יש להתקין מקרר לביצים גולמיות יש להפריד במקררים בין מוצרים מן החיי גולמיים ומוצרים אחרים יש להחליף מדפי אחסון לא תיקנים שלא ניתנים לניקוי יש להקפיד על הפשרה והקפאה מחדש של מוצרים	יבוצע	✓				
5.4. יש לתקן את המקפיא שנמצא במצב פיזי לקוי עם גומיות 'קרועות וחלודה עם הצטברות קרח יש להקפיד על תהליך FIFO והשמדת פגי תוקף. המפקחים השמדו ארגז בשר כתף פג תוקף	בוצע	✓				
5.5. במחסן החיצוני יש להתקין רשת לדלת כניסה יש להתקין מדפים בגובה מתאים ולהחליף מדפים מעץ	יבוצע	✓				

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
5.6. במדור סלטים יש להעביר את הציוד ניקוי הולם . נמצא מערבל טחינה מכוסה בעובש באזור הכפתור ונצפתה חלודה.	בוצע	✓				
5.7. יש לוודא טיפול מושלם בכלי האוכל במדור לשטיפת כלים כולל מדי ח כלים תקין עם מדי לחץ וטמפ' תקניים טמפ' לחיטוי בשטיפה אחרונה 82 מעלות אחסון וייבוש במקום נקי ונפרד	יבוצע				✓	
5.8. יש להקפיד על נהלי עבודה ושמירה על טמפרטורה בתהליך הכנת המזון. יש להקפיד על עבודה על פי מדורים יש להוסיף נפחי קירור של מוצרים גולמיים ובתהליך יש להקפיד על הפרדת בין גלם לתהליך בתהליך ההכנה יש להקפיד על תהליך חיטוי ירקות תקין עם יחס חומר חיטוי תקין ולמנוע זיהום צולב בביקורת הושמדו סלטים מוכנים ארוזים ללא קירור שתאריכם פג תוקף של 4 ימים לפני שינוע	בוצע	✓				
5.9. יש לוודא הפרדה מושלמת במדורי העבודה לפי סוגי מזון ותזרים ששומר על שרשרת טמפ' המזון	יבוצע				✓	

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
5.11. יש לתקן את אמצעי הקירור חימום של פסי הגשה שאינם עומדים בדרישות התקנות יש להקפיד על מדידת טמפרטורה של המזון יש להקפיד על רשום תאריכי יצור יש להקפיד על שמירת דגימות מזון בכמות הנדרשת יש להקפיד על כיסוי האשפה	יבוצע	✓				
5.12. יש לנקות את פינת השתייה של העובדים המוזנחת ומלוכלכת	בוצע	✓				
5.14. יש לוודא שתחזוקת המטבח תכלול רצפה שלמה ונקיה וקירות חלקים רשתות מיגון לחלונות, חיבור נקזים מערכות לסילוק שפכים וצנרת, מערכות אוורור ותאורה בהתאם לתקנות	יבוצע				✓	
5.15. במרכז חלוקה יש להקפיד על שמירת טמפרטורה של המזון הרגיש	יבוצע	✓				
5.16. יש להוסיף מקרר ייעודי לירקות גולמיים יש להקפיד על ניקיון בעבודה יש להקפיד על מניעת כניסת בעלי כנף בחדר שטיפת תרמופורטים ועגלות . יש להקפיד לא לעשן במבואה להוצאת מזון למחלקות .	יבוצע			✓		
פרק 6 - מניעת זיהומים ושמירה על היגיינה כללית בבית החולים						
6.4. יש להקצות חדר נקיון אחד לכל מחלקה	שינוי תשתיות משמעותי שלא ניתן לביצוע בלוחות הזמנים המתוארים			✓		
פרק 7 - כללי						
7.1. יש להוסיף משרה של מפקח בריאות סביבה בבית החולים	יבוצע				✓	

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
7.2. יש לנסח וליישם נהלי עבודה פנימיים בתחום בריאות הסביבה	יבוצע				✓	
7.4. יש להעלות את המודעות להעברת דיווח על אירועים חריגים הקשורים לבריאות הסביבה	יבוצע				✓	
12.גריאטריה						
פרק 1 - כוח אדם						
1.1. מומלץ לבנות יחידה ליעוץ גריאטרי ולהוסיף גריאטר קבוע במלר"ד	תבחן התכנות לבניית יחידה. ניסיונות לגיוס גריאטר למיון לא צלחו עד כה					✓
פרק 2 - הגריאטריה ברמת כלל בי"ח						
2.3. יש לנסח וליישם תהליכים מובנים לאיתור דליריום.	יבוצע				✓	
2.7. יש לבנות תוכנית העשרת הידע של הרופאים בתחום הגריאטריה	יבוצע				✓	
פרק 3 - מחלקה לרפואה דחופה						
3.1. יש לבנות שירות יעוץ גריאטרי במלר"ד	יבוצע				✓	
3.2. יש לבנות מערך לאתר קשישים בני 75+ במיון	יבוצע				✓	
3.3. יש לבנות מערכת לאיתור בני 75+ השוהים מעל 8 שעות	יבוצע				✓	
3.4. יש לבנות תהליך מובנה לבני 75+ השוהים במלרד יותר מ8 שעות	יבוצע				✓	
3.5. יש לבנות מערכת לאתר בני 75+ במיון בכל זמן נתון ובמיוחד מי ששוה מעל 8 שעות ומי שבסיכון לאשפוז חוזר	יבוצע					✓
3.7. יש להוסיף רישום בקבלה על המצב הקוגניטיבי הקודם לאשפוז	יבוצע				✓	

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
3.9. יש להוסיף המלצה להערכה גריאטרית במכתב שחרור מהמיון למטופלים מעל גיל 75 בסיכון לאשפוזים חוזרים	יבוצע				✓	
פרק 4 - יחידות יעוץ (גריאטרי ופליאטיבי)						
4.1. יש לקבוע קריטריונים ברורים להפניה ליעוץ גריאטרי מעבר לקביעת סטטוס	יבוצע				✓	
4.2. מומלץ להקים יחידה ליעוץ גריאטרי הכולל גריאטר, אחות ועובדת סוציאלית	תבחן התכנות					✓
4.4. יש להפיץ קריטריונים לצוותים המטפלים הנחיות להפניה ליעוץ גריאטרי מעבר לקביעת סטטוס	יבוצע				✓	
4.5. יש לצרף למכתבי השחרור את המלצות היועץ הגריאטרי כולל התייחסות לגורמי סיכון שהיוו את הסיבה לאשפוז , אבחנו, מצב תפקודי וקוגניטיבי, פצעי לחץ, סוג הזנה.	יבוצע					✓
4.6. יש להוסיף עו"ס ופסיכולוג לצוות היעוץ הפליאטיבי , (חוזר המנהל הכללי 30/09)	יבוצע					✓
4.7. יש להרחיב קריטריונים להפנייה לטיפול פליאטיבי ולכלול מטופלים מעבר לאונקולוגים	מבוצע גם כעת במידת הצורך ובהתאם לזמינות הצוות הפליאטיבי					✓
פרק 5 -חולים גריאטרים במחלקה פנימית						
5.3. יש להתייחס לDECONDITIONING במשך האשפוז	יבוצע				✓	

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
5.4. יש להשלים את הצוות הרב מקצועין ולכלול בו עו"ס, דיאטנית, מרפאה בעיסוק, ופיזיותרפיסט.	תבחן אפשרות בהתאם לתיעדופי תקינה				✓	
5.6. יש לתעד את המצב הקוגניטיבי במיוחד לפני האשפוז	יבוצע			✓		
5.7. יש לבצע הערכה תפקודית וקוגניטיבית עדכנית לקראת השחרור	יבוצע				✓	
5.9. יש לתעד ולהתייחס למניעת DECONDITIONING והצאה מהמטה	יבוצע				✓	
5.10. יש לתעד ולהתערב למניעת דלריום	יבוצע				✓	
5.13. יש להתייחס לאוסטיופורוס במכתב שחרור אחרי אשפוז לשבר	יבוצע			✓		
5.14. יש להרחיב את מעגל המטופלים שמקיימים איתם שיחות על העדפות בסוף החיים	יבוצע				✓	
פרק 6 - חולים גריאטרים במחלקה אורטופדית /כירורגית						
6.4. יש לתעד הערכה תפקודית וקוגניטיבית מעודכנת לקראת השחרור.	יבוצע באשפוזים בינונים וממושכים				✓	
6.5. יש להוסיף מרפאה בעיסוק לצוות	תבחן אפשרות בהתאם לתיעדופי תקינה				✓	
6.7. יש לציין המלצות היעוץ הגריאטרי במכתב השחרור	יבוצע				✓	
6.9. יש להרחיבת את תהליכי מניעת DECONDITTIONING	יבוצע					✓
6.10. יש להרחיב תהליכים למניעת דלריום	יבוצע				✓	
6.13. יש לספק הערכה ספציפית לטיפול תרופתי בקשישים	יבוצע					✓

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
6.14. יש להתייחס לאוסטיופורוסיס בכל מכתב שחרור של קשיש שאושפז עם שבר צואר הירך	יבוצע				✓	
13.רוקחות						
פרק 1 – ניהול בית המרקחת						
1.1. הנהלים הפנימיים אינם מקיפים את כל הפעילויות הנדרשות כך לדוג' אין נוהל הדרכות, אין נוהל הדברה ועוד. בנוסף, נהלים קיימים חסרים נדבכים חשובים כגון נוהל ריקול אינו מגדיר תהליך למניעת כניסה מחדש של תכשיר שבגינו ישנה הודעת ריקול. יש למפות את הנהלים הנדרשים ולהשלים את הנהלים החסרים.	נהלי בית המרקחת בתהליך שכתוב - פרק הזמן שהוגדר לא מספיק			✓		
1.2. הנהלים שהוצגו לביקורת לא עברו תהליך עידכון עיתי. יש להקפיד על עדכון נהלים תקופתי	יבוצע					✓
1.3. יש להשלים את חוזרי משרד הבריאות הרלוונטים לפעילות בית חולים. כך לדוג' נוהל עגלת החייאה לא היה בנמצא.	יבוצע		✓			
1.4. יש להקפיד על הדרכות ותיעוד הדרכות בגין נהלים	יבוצע	✓				
1.8. יש להשלים את עדכון פקודת הרוקחים	יבוצע	✓				
1.9. נדרש לנהל פנקס עובדים כמוגדר בהוראות החוק	יבוצע	✓				
1.11. אין דיווחים למשרד הבריאות בגין היעלמות / שבר סם (מוגדר בהוראות החוק). יש להקפיד על דיווחים כנדרש	יבוצע	✓				

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
1.14. יש לנהל תיעוד מלא של ההדרכות הניתנות ע"י בית המרקחת	יבוצע	✓				
1.15. יש להגדיר פרופיל השתלמויות מסודר לכל תפקיד מוגדר, זאת על מנת לשמור על רמת ידע עדכנית נדרשת	יוגדר כחלק מתוכניות עבודה 2018 - נדרש זמן ארוך יותר לביצוע	✓				
1.17. נדרש להקפיד על ביצוע בקרה עצמית דו שנתית (self audit)	כחלק משכתוב נהלי העבודה והתאמתם לקריטריוני משרד הבריאות - פרק הזמן שהוגדר לא מספיק	✓				
1.20. יש להקפיד על תיעוד מלא של ההדרכות הניתנות על ידי בית המרקחת	ראה התייחסות למעלה	✓				
1.24. מומלץ לקבל חוות דעת ממנהל תחנה מייד עם סיום ההדרכה בתחנה ולא בתום תקופת ההתמחות	יבוצע	✓				
1.26. חסר התיעוד של הטיפול במחלקות. נדרש לרכז את התיעוד של כל הטיפול הכולל והמידע הרלוונטי בצמוד להודעת הריקול	כחלק משכתוב נהלי העבודה והתאמתם לקריטריוני משרד הבריאות - פרק הזמן שהוגדר לא מספיק	✓				
1.27. יש להגדיר תהליך לטיפול בתלונות ולהטמיעו בנוהל מסודר	כחלק משכתוב נהלי העבודה והתאמתם לקריטריוני משרד הבריאות - פרק הזמן שהוגדר לא מספיק			✓		
1.28. נדרש לנהל ספר תלונות	כחלק משכתוב נהלי העבודה והתאמתם לקריטריוני משרד הבריאות - פרק הזמן שהוגדר לא מספיק		✓			
1.29. יש לדאוג לתת מענה הולם לתלונות	הנוהל יעודכן במהלך עדכון נהלי העבודה של בית המרקחת	✓				
1.30. יש לבצע הערכה בכתב של מידת מסוכנות תהליכים ולבצע הערכה מחודשת כל שנה	כחלק משכתוב נהלי העבודה והתאמתם לקריטריוני משרד הבריאות - פרק הזמן שהוגדר לא מספיק			✓		

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
1.31. מבצעים תחקירי ארועים חריגים, אך נדרש להקפיד על מציאת סיבות השורש לארוע ולהטמיע את הפעולות המונעות בנהלי עבודה	יבוצע		✓			
1.32. אין תהליך מובנה מקומי ורציףלניהול סיכונים אלא מתקיימות פגישות לפי הצורך. אין תיעוד לפגישות אלו. נדרש להגדיר תהליך מובנה לקיום פגישות מסודרות ומוגדרות כולל תיעוד של סיכומי הפגישות.	יבוצע		✓			
1.37. אין רשימה מסודרת הזמינה לצוות הטיפולי אלא חסימה של רישום תכשירים מסויימים בקמליון. יש להגדיר רשימה מסודרת ולהנגישה לצוות הרפואי.	יבוצע			✓		
1.38. יש לבצע תיקון ליקויים עפ"י דו"ח הליקויים מבקרה קודמת	יבוצע				✓	
1.39. נדרש לשפר את אחסון התכשירים במרכז הרפואי בהתאם להוראות החוק ונהלי משרד הבריאות	יבוצע שיפוץ משמעותי בבית המרקחת, ויבחנו פתרונות אחסון במרכז הלוגיסטי - פרק הזמן שהוגדר לא מספיק			✓		

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
1.41. תכשירים רגילים - יש להגדיר בקרה ותהליך מסודר אשר יגביל משך שהיית תכשירים שלא בתנאים נאותים. תכשירי קירור - העברת התכשירים מבוצעת בצידניות עם קרחומי קרח אשר לא עברו תהליך ולידציה - בנוסף, אין תהליך מוגדר למשך שהיית התכשירים שלא בתנאים נאותים ומספר עצירות בעת ההובלה. יש להגדיר תהליך מסודר לאחר בחינת מארזים וואלידים להעברת תכשירי קירור בתנאים נאותים	בוחנים כעת חלופות של צידניות ולידיות - תהליך צפוי להמשך מס חודשים			✓		
פרק 2 – תשתיות						
2.2. יש להוסיף מקררים לאחסון תכשירי קירור עקב עומסים ואחסון העלול לפגוע בניהול סיכונים	הוגדרה תוכנית תלת שנתית להחלפת כל המקררים בקמפוס למקררי תרופות- סיום הפרוייקט דורש זמן ארוך יותר ממה שניתן				✓	
2.4. מקררי התרופות גדולים ובכל אחד ממוקם רק רגש אחד. לא ברור על סמך מה מוקמו הרגשים במקררים ובנוסף לא ניתן לראות את כל הרגשים. יש למקם את הרגשים במקררים בנקודות הקיצון על סמך בדיקת מיפוי ופיזור טמפרטורה. צוות בית המרקחת צריך לדעת היכן ממוקמים הרגשים.	המקררים עברו ולידציה, לא עלה צורך ברגשים נוספים			✓		
2.5. פיזור רגשי הטמפרטורה בבית המרקחת אינו מספק ואינו מכסה את כל השטחים בהם מאוחסנים תכשירים. יש להוסיף רגשים לניטור טמפרטורה ולאפשר כיסוי מלא.	יבוצע			✓		

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
2.11. אין הקפדה על אחסון נפרד של קטגוריות, כך לדוג' טוקסיקה אינה מופרדת ומסומנת, תכשירים ציטוטוקסיים מאוחסנים בנפרד אך ישירות על מדפים בתפזורת. יש לסדר את כל בית המרקחת ולהקפיד על הפרדת קטגוריות ועל אחסון נאות בכלי אחסון ולא ישירות על המידוף	לא ברורה המשמעות של הפרדת טוקסיקה במחסן בית המרקחת שאינו נגיש לחולים- דורש בינוי של חדר נעול מבוקר טמפ.			✓		
2.11. יש להגדיר איזור ייעודי לתכשירים בהסגר	יבוצע		✓			
2.11. במחסן התרופות מאוחסנים מזון תינוקות ומזון רפואי למרות שנפחים אלו מצמצמים באופן משמעותי את יכולת אחסון התרופות במחסן. יש להקצות מחסן נפרד בתנאי אחסון נאותים מחוץ לבית המרקחת לאחסון המזון ולפנות שטח אחסון לתרופות במחסן בית המרקחת.	נבחנות חלופות אחסון הכוללות שיפוץ במחסן הלוגיסטי- פרק הזמן שהוגדר לטיפול אינו מספיק			✓		
2.14. נדרש להקפיד על אחסון נאות בכלי אחסון כולל הפרדה בין מינונים	יבוצע			✓		
2.15. יש לאחסן תכשירי טוקסיקה בנפרד בארון / מגירה נעולים	יבוצע		✓			
2.16. יש להקפיד על אחסון תכשירי ציטוטוקסיקה בכלי אחסון ולא ישירות על המידוף	יבוצע	✓				
2.19. יש להקפיד על ניטור טמפ' כמוגדר בנוהל 126.	סוכם על מהלך הדרגתי של חיבור כלל מקררי התרופות בקמפוס לניטור, והחלפת המקררים למקררים תקיניים.	✓				
2.19. יש להוסיף רגשים לניטור טמפ' לכיסוי מלא של מחסן התרופות	יבוצע			✓		

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
2.20. יש לשלט באופן מסודר את האיזור הייעודי להחזרות	יבוצע		✓			
2.21. יש להגדיר תהליך מסודר לשמירה על ניקיון צינורות הספרינקלרים הגלויים.	יבוצע		✓			
2.22. תמיסות החיטוי מאוחסנות במחסן לוגיסטי אשר אינו מותאם לאחסון תכשירים רפואיים. יש לאחסן את תמיסות החיטוי במחסן המותאם לאחסון תכשירים רפואיים	מתוכנן שיפוץ משמעותי בבית המרקחת, ויבחנו פתרונות אחסון במרכז הלוגיסטי - פרק הזמן שהוגדר לטיפול אינו מספיק			✓		
2.23. תמיסות החיטוי מאוחסנות במחסן הלוגיסטי אשר אין בו איזורים מוגדרים לאחסון תכשירים רפואיים. יש לאחסן את תמיסות החיטוי בתנאים נאותים כמוגדר בהוראות החוק				✓		
2.25. יש להקפיד על אחסון חומרי חיטוי בתנאי אחסון הולמים ונאותים				✓		
2.26. תמיסות החיטוי מאוחסנות במחסן הלוגיסטי אשר הותקן בו מזגן אך זה אינו מספיק בגודלו לשמירה על תנאים נאותים. בנוסף, אין הקפדה על אחסון תכשירים רפואיים במעבר בו מותקן המזגן. יש להקפיד על אחסון תכשירים רפואיים בתנאים נאותים				✓		
2.27. נדרש לצבוע את הקירות והתקרה במחסן חומרי החיטוי (מחסן לוגיסטי)	יבוצע			✓		

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
2.28. תמיסות העירוי מאוחסנות המחסן הלוגיסטי ללא סדר ובקרה על אחסון בתנאים נאותים. יש להקפיד על אחסון תמיסות עירוי בתנאים נאותים כמוגדר בהוראות החוק	יבוצע			✓		
2.29. אין סדר במחסן הלוגיסטי המגדיר איזור מסודר לאחסון תמיסות העירוי והקפדה על אחסון בהתאם להוראות החוק. יש להגדיר איזור מסודר לאחסון תמיסות עירוי ולהקפיד על אחסון בתנאים נאותים	יבוצע			✓		
2.30. יש להקפיד על אחסון תמיסות עירוי בתנאי אחסון הולמים ונאותים	יבוצע			✓		
2.31. המזגן שהותקן במחסן הלוגיסטי אינו מספק בגודלו ותמיסות העירוי אינן נשמרות בתנאים הנאותים כמוגדר בהוראות החוק. יש להקפיד על מיזוג אויר הולם ושמירה של תנאי האחסון עפ"י הוראות היצרן כמוגדר בהוראות החוק	יבוצע			✓		
2.33. נדרש לצבוע את הקירות והתקרה של מחסן תמיסות העירוי (המחסן הלוגיסטי)	יבוצע			✓		
פרק 3 – סמים מסוכנים						

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
3.2. הסמים המיועדים להשמדה נגרעים מן המלאי טרם העברתם למשרד הבריאות וקבלת האישור ממשרד הבריאות, כך שבפועל, המלאי אינו תואם את הרשום בפנקס הסמים המסוכנים. יש להקפיד על הורדת המלאי מהרשום בפנקס רק לאחר הפקדת הסמים בלשכת הבריאות וקבלת האישור הנדרש	יבוצע	✓				
3.5. הסמים המסוכנים מובלים למחלקות ע"י רכב הניתן לנעילה. כאשר הנהג מספק את התכשירים למחלקות ברכב עלולים להישאר סמים ללא השגחה. יש לקבוע אופן התנהלות לנושא הפצת סמים מסוכנים למחלקות.	יבוצע			✓		
3.7. על מנת שתהיה התאמה בין מלאי הסמים בפועל לבין הרישום בפנקס הסמים המסוכנים, אין להוריד מהמלאי סמים מסוכנים, המיועדים להשמדה, בטרם הופקדו בלישכת הבריאות.	יבוצע	✓				
3.8. תיקונים בפנקס הסמים המסוכנים לא תמיד נעשו כמוגדר בתקנות. תיקון בפנקס הסמים המסוכנים צריך להיעשות לפי הוראות סעיף 16 בתקנות הסמים המסוכנים (בתי חולים).	הנחיות העבודה עודכנו, הנהלים בתהליך עדכון	✓				

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
3.9. אין חתימה של האחות המקבלת ואין רישום של הכמות שסופקה על גבי טפסי ההזמנות. יש להקפיד על התנהלות תקינה עם טפסי הזמנות למחלקות		✓				
3.13. על פי הוראת סעיף 2(ה) בתקנות הסמים (בתי חולים), בבית המרקחת צריכה להימצא דוגמת חתימתו וחותמתו של כל רופא הרשאי להזמין סמים בבית החולים. יש להשלים את דוגמאות החתימות החסרות.	בתהליך עדכון- פרק הזמן שהוגדר לא מספק			✓		
3.14. יש להקפיד על הגדרת תקן מחלקתי וניפוק סמים בהתאם לתקן	יבוצע			✓		
3.15. יש להקפיד על ניהול טפסי הזמנות עפ"י המוגדר בתקנות	יבוצע		✓			
3.16. פנקסי הביקורת אינם מנוהלים כנדרש. אין ציון של תאריך החזרת הטופס ובשדה של "חתימת מקבל הטופס" חתומה האחות מקבלת הסמים. יש לנהל את פנקסי הביקורת כמוגדר בתקנות	יבוצע		✓			
3.19. האישור על קבלת הסם צריך להופיע על גבי טופס ההזמנה ולא בפנקס המעקב על טופסי הרישום. יש להקפיד על תיעוד כנדרש בתקנות.	יבוצע		✓			
פרק 4 – רקיחה						
4.1.2. יש לבצע בקרת מזיקים אחת לתקופה ולא רק לפי צורך . יש לשמור התיעוד בבית המרקחת.	יבוצע		✓			

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
4.1.3. יש לתעד את ההסמכה שעבר עובד הניקיון .	יבוצע	✓				
4.1.4. יש לתעד את הדרכתם של עובדי הניקיון והתחזוקה. יש לדאוג לפיקוח של הרוקח על עובדי הניקיון .במצב הנוכחי הניקיון נעשה מוקדם בבוקר טרם הגעת הרוקח. יש לתעד את הניקיון שבוצע גם ברמה היומית ולא רק השבועית כפי שמבוצע היום	יבוצע	✓				
4.3.1. יש לשמור את בקבוקי הפלסטיק 50מ"ל ובקבוקי זכוכית 30 מ"ל סגורים באריזה ולא בתפזורת פתוחה כך שלא יצברו אבק.	יבוצע	✓				
4.5.1. מאסטר פורמולה קיים במחשב בקבצי WORD הניתנים לשינוי בכל עת ללא ציון מהות השינוי, מבצע השינוי ותאריך השינוי. יש לתעד באופן שיאפשר מעקב אחר השינויים.	יבוצע		✓			
4.5.6. יש לציין במסטר פורמולה את הציוד הנדרש להכנה.	יבוצע		✓			
4.5.7. יש לציין באופן עקבי את שם היצרן , שם הספק והשם הפרמקופיאלי במאסטר פורמולה.	יבוצע		✓			
4.5.8. יש לציין בכל מסמך אב הפניה לספרות התומכת בקביעת היציבות. בעיה זו קיימת גם באופן ספציפי במספר משחות.	יבוצע		✓			
4.5.9. יש לציין בהוראות השקילה באיזה סוג משקל להשתמש.	יבוצע		✓			
4.6.1. לכל הכנה יש לתת מספר הוראת הכנה	יבוצע		✓			

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
4.6.6. בהוראות ההכנה יש לתעד את רשימת הציוד הנדרש להכנה.	יבוצע		✓			
4.6.7. יש להגדיר לכל תכשיר ניצולת תאורטית של חומרי ביניים ותכשיר מוגמר	יבוצע			✓		
4.6.8. יש לפרט בהוראות ההכנה הוראות מפורטות של שלבי הייצור	יבוצע			✓		
4.6.9. יש להגדיר תהליכי בקרת איכות וגבולות בקרה לכל תכשיר	יבוצע			✓		
4.7.3. יש להוסיף בפרטי התווית טלפון בית המרקחת	יבוצע		✓			
4.7.4. יש להוסיף בפרטי התווית הכיתוב "הכנה רוקחית"	יבוצע			✓		
4.8.2. יש לבצע בדיקות איכות לכל אצווה שאינה לניפוק מיידי. כיום, מתבצעת בדיקה כמותית בלבד .	יבוצע			✓		
4.8.3. לא מצוין איזה בדיקות איכות בוצעו להכנה.	יבוצע			✓		
4.9.3. יש לכתוב נוהל פנימי המבטיח איכות ובטיחות בהעדר רוקח משחרר	יבוצע			✓		
4.11.1. הצורך לדיווח לאגף הרוקחות אינו מוגדר בנוהל הפנימי אם לתלונה יש השלכה על בריאות המטופל. יש להגדיר בנוהל הפנימי של בית החולים דיווח למשרד הבריאות	יבוצע			✓		
4.11.2. יש לדווח למשרד הבריאות על החזרות של הכנות ממטופל בעקבות בעיית איכות	יבוצע	✓				
4.11.3. יש לכתוב נוהל פנימי להחזרת תכשירים פגומים ממטופל. במעמד הביקורת נמסר כי נוהל כזה כבר בתהליך כתיבה	יבוצע			✓		

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
4.11.5. חומרים בהסגר מאוחסנים בחדר השטיפה הפתוח לכל אנשי הצוות. יש להגדיר איזור בהסגר נעול לצורך אחסון תכשירים שאינם ראויים.	יבוצע			✓		
4.12.1. יש להגדיר תהליך מוסדר להובלת חומרים בצורה אשר תמנע פגיעה באיכותם וזיהום צולב וכן תשמור על בטיחות העובדים	יבוצע			✓		
4.12.2. יש לדאוג לניקיון מידי של הציוד לאחר השימוש.	יבוצע	✓				
4.13.1. נמצאו מאסטר פורמולות שלגביהן לא נמצא סימוכין לקביעת תאריכי תפוגה להכנות. יש לסקור את כל המסטר פורמולות ולעדכן בהתאם כך שלתאריכי התפוגה המוגדרים יהיו סימוכין תקפים העונים לדרישות נוהל אגף הרוקחות	יבוצע כחלק מעדכון נהלי העבודה בהתאם לנוהל 132/135			✓		
4.13.3. נמצאו הכנות אשר לא ידוע סימוכין לקביעת תוקף ההכנה. יש להקפיד על קביעת תאריכי תפוגה בהתאם לנוהלי אגף הרוקחות.				✓		
4.15.1. יש להקפיד כי על גבי דף החלוקה יופיעו שם וחתימת המכין וכן שם וחתימת הבודק	יבוצע	✓				
4.16.1. נמצא כי רק הזמנות שמיות עוברות בדיקה נוספת ולא הזמנות למחלקות. יש להקפיד על בקרה נוספת כנדרש בנהלי אגף הרוקחות	נשלחה שאלה לרוקחת מחוזית לצורך הבהרה- טרם קיבלנו תשובה		✓			
4.17.1. יש להקפיד על תיווי מלא כנדרש עפ"י נהלי אגף הרוקחות	קיים גם כיום		✓			

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
4.18.1. יש להתאים את הנהלים לנהלים העדכניים של אגף הרוקחות	הנהלים בתהליך של עדכון והתאמה לדרישות משרד הבריאות			✓		
4.5.10. יש לציין משך זמן הערבוב הנדרש בכל מסמך אב	יבוצע כחלק מעדכון נהלי העבודה בהתאם לנוהל 132/135		✓			
4.5.12. יש להוסיף תיאור ההכנה הסופית בכל מסמך אב			✓			
4.5.13. יש להגדיר תהליכי בקרת איכות וגבולות בקרה לכל תכשיר				✓		
4.5.14. יש להקפיד לתעד את הוראות הניפוק	קיים גם כיום	✓				
4.5.16. יש לתעד בספר ההכנות את כל המרכיבים ופרטיהם בכל הכנה ופרטי הרוקח המכין והרוקח המשחרר	כלל ההכנות מתועדות במחשב, כולל חתימה של רוקח מכין ורוקח בודק	✓				
4.5.17. יש לחתום בזמן אמת על ביצוע החישובים ולא בדיעבד	יבוצע כחלק מעדכון נהלי העבודה בהתאם לנוהל 132/135	✓				
4.5.19. יש לדאוג לכך ששינויים יהיו חתומים ומתוארכים ובאופן שאינם דורסים את המידע המקורי.	יבוצע כחלק מעדכון נהלי העבודה בהתאם לנוהל 132/135		✓			
4.5.21. יש להקפיד לתעד ולתחקר טעויות שהתרחשו בעת הכנה של הכנות רוקחיות	קיים תעוד ותחקור, הוצג גם בעת הביקורת. נשלחה שאלה לרוקחת מחוזית לצורך הבהרה- טרם קיבלנו תשובה	✓				
4.6.10. יש לפרט בהוראות ההכנה את תנאי האחסון הנדרשים	יבוצע כחלק מעדכון נהלי העבודה בהתאם לנוהל 132/135			✓		
4.6.11. יש לפרט בהוראות ההכנה אמצעי זהירות נדרשים	קיים			✓		
4.6.12. יש לפרט בהוראות ההכנה את תאריך התפוגה	קיים			✓		
4.6.13. יש לתעד את פרטי החולה בספר ההכנות כאשר מדובר בהכנות פרטניות .	קיים	✓				

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
4.6.18. יש להגדיר הוראות מפורטות לבדיקות לתהליך האריזה כולל גבולות קבלה	נשלחה שאלה לרוקחת מחוזית לצורך הבהרה- טרם קיבלנו תשובה			✓		
4.6.20. ברשומת ההכנה יש ציון של אצווה אחת להכנה. ללא ציון פרטי האצווה והתוקף של כל מרכיב. יש לציין את פרטי כל המרכיבים ברשומות ההכנה.	כל המידע כולל עץ מוצר עם פרטי אצווה ותוקף קיים במחשב.	✓				
4.6.21. יש לציין ברשומות ההכנה מספר הוראת עבודה ומספר מרשם כאשר קיים.	קיים	✓				
4.6.22. יש להקפיד על תיעוד מלא של שם בית המרקחת המכין	קיים	✓				
4.6.23. יש לציין ברשומות ההכנה פרטי מבצע ופרטי בודק שני	קיים	✓				
4.6.25. יש לתעד ניצולת של ההכנה המוגמרת	יבוצע כחלק מעדכון נהלי העבודה בהתאם לנוהל 132/135 וכתיבת המסטר פורמולה מחדש	✓				
4.6.27. יש להקפיד על תיעוד מלא של שם המטופל ות.ז. ברשומת ההכנה והאריזה	קיים			✓		
4.6.28. יש להקפיד יעל תיעוד מלא של הכמות להכנה והכמות הסופית	יבוצע כחלק מעדכון נהלי העבודה בהתאם לנוהל 132/135 וכתיבת המסטר פורמולה מחדש			✓		
4.6.29. יש להקפיד על תיעוד מלא של ההכנה וארועים חריגים בעת ההכנה	קיים	✓				
4.6.32. נמצאו מכלי פלסטיק ובקבוקי זכוכית פתוחים חשופים לאבק באזור האחסון. יש להקפיד על אחסון מכלים באופן סגור למניעת חשיפה לאבק	יבוצע	✓				

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
4.6.36. יש להגדיר נוהל מסודר להשמדת חומרי מוצא ולעבוד לפיו כולל תיעוד מלא	יבוצע כחלק מעדכון נהלי העבודה בהתאם לנוהל 132/135 וכתיבת המסטר פורמולה מחדש			✓		
4.6.40. יש לבצע בדיקה שניה של החישובים והתווית ולחתום טרם תחילת ההכנה .	יבוצע	✓				
4.6.42. יש להקפיד על בודק שני כמוגדר בנוהלי אגף הרוקחות	קיים		✓			
4.6.43. יש לכתוב נוהל פנימי המבטיח חלופה נוספת בהעדר בודק שני.	יבוצע כחלק מעדכון נהלי העבודה בהתאם לנוהל 132/135			✓		
4.6.45. נצפה כי במהלך הכנה עודפי שקילה הוחזרו לקופסת המוצא. יש לדאוג לכך שחומרי מוצא שנשקלו והוצאו ממיכל האחסון המקורי שלא נעשה בהם שימוש לא יוחזרו למלאי	יבוצע	✓				
4.7.12. יש לציין בפרטי התווית את תאריך ההכנה	קיים			✓		
4.7.13. יש לציין בפרטי התווית הוראות שימוש	קיים			✓		
4.7.14. יש לציין את פרטי הרופא רושם ההכנה ע"ג התווית	יבוצע			✓		
פרק 5 – הכנות בסיכון גבוה						
5.2.1. לדברי הרוקח כל העובדים עברו הסמכה אולם לא הוצג תיעוד לכך. יש להקפיד על תיעוד מלא של ההדרכות וההסמכות של העובדים	יבוצע		✓			
5.3.2. יש להקפיד על תיעוד והערכה של חריגות בעת ההכנות הרוקחיות	יבוצע כחלק מעדכון נהלי העבודה בהתאם לנוהל 132/135	✓				

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
5.3.4. יש לבצע תחקיר ארועים חריגים כולל איתור סיבות השורש והגדרת פעולות מונעות למניעת הישנות התקלות	קיים, הוצג בעת הביקורת.			✓		
5.4.4. יש לתת לכל עובד תיאור תפקיד כתוב וברור	יבוצע		✓			
5.4.6. יש לתעד את הדרכות העובדים ולשמרן .	בתהליך - פרק הזמן שהוגדר לא מספק	✓				
5.6.5. בחדר ההכנה קיים רגש טמפ' אולם אין מד טמפ' כך שלא ידוע מהי הטמפ' בחדר . אין תיעוד לניטור סביבתי מיקרוביאלי. יש להקפיד על תיעוד התנאים הסביבתיים כנדרש עפ"י נוהל 135	יבוצע		✓			
5.7.1. הוראות ההכנה הקיימים הינן אלה המופיעות במאסטר פורמולה ההוראות חסרות ניצולת מצופה והפנייה לספרות. יש להקפיד על רישום הוראות הכנה מלאות כמוגדר בנוהל 135	יבוצע כחלק מעדכון נהלי העבודה בהתאם לנוהל 132/135 וכתיבת המסטר פורמולה מחדש			✓		
5.7.3. יש להוסיף ברשומות ההכנה את שמות המכין והבודק , ניצולת ושם מטופל במידה וישים.		✓				
5.7.4. יש להוסיף לרשומות בקרת האיכות שם מכין, שם בודק, תאריך בדיקה וציון החלטה של שחרור או דחייה		✓				

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
5.10.3. בתשתית ה AIR LOCK הקיימת אין מניעה לפתיחה של הדלתות הפנימיות והחיצוניות יחד (פתיחה ידנית) כך שאין שמירה על מפל לחצים כנדרש. יש לדאוג ל AIR LOCK אשר ישמור על מפל לחצים בכל רגע נתון	הוקצו משאבים לשיפוץ תשתית החדרים הנקיים, נבחנוים כעת פתרונות שונים - פרק הזמן שהוגדר לא מספק				✓	
5.10.4. יש צורך במתקן לרחיצת ידיים בכניסה לחדר ההכנה					✓	
5.10.5. נמצא כי באחד מחדרי ההכנות התאורה אינה שקועה . יש לדאוג לתאורה שקועה בכל חדרי ההכנות					✓	
5.10.8. יש לבדוק את הטכניקה האספטית של העובדים באמצעות MEDIA FILL בהתאם לנדרש בנוהל 135	יבוצע כחלק מעדכון נהלי העבודה בהתאם לנוהל 132/135 והדרכות העובדים בהתאם			✓		
5.11.4. יש להתקין מתקן לרחיצת ידיים בכניסה לחדר	יבוצע				✓	
5.11.5. נמצא כי באחד מחדרי ההכנה התאורה אינה שקועה. יש להשקיעה בתקרה למניעת הצטברות אבק ולכלוך	נדרש זמן ארוך יותר לביצוע				✓	
5.13.3. ההעברה נעשית ע"י עגלה ייעודית פתוחה ולא במיכלים. יש להקפיד על העברת תכשירים באופן שיבטיח איכות התכשירים ושמירה על בטיחות העובדים	יבוצע כחלק מעדכון נהלי העבודה בהתאם לנוהל 132/135 והדרכות העובדים בהתאם		✓			
5.14.1. הרוקח אחראי רק על הצד המקצועי ולא על נושא ההדרכות. יש להרחיב את אחריותו של הרוקח לכלל תחומי הכנות ציטוטוקסיקה			✓			

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
5.14.2. יש להקפיד על ביצוע הדרכה לעובדים חדשים בתחום הציטוטוקסיקה ותיעוד ההדרכה בתיק העובד	תוכנית הדרכה בתהליך בניה והטמעה	✓				
5.14.3. חובה לבצע הדרכה שנתית לעובדים בתחום הציטוטקסיקה ולתעד את ההדרכה בתיק הדרכות ותיקים האישיים של העובדים		✓				
5.14.4. יש להכין תוכניות הדרכה כתובות לתחום הציטוטוקסיקה				✓		
5.14.5. יש להקפיד על בדיקה ומעקב של אחראי ציטוטוקסיקה כי כל העובדים בתחום מוכשרים ומודרכים לעבודה זו			✓			
5.14.6. חובה לבצע הדרכות לעובדים לפחות אחת לשנה ולהקפיד על תיעוד הולם				✓		
5.15.1. נמצא כי אין רשימת עובדים אשר מורשים לעבודה בציטוטוקסיקה. יש להגדיר רשימה מסודרת של עובדים המוסמכים ומודרכים לעבודה בתחום הציטוטקסיקה	אחרי סיום תהליך ההדרכה		✓			
5.15.2. בוצעו בדיקות רפואיות פעם אחת בלבד. יש להקפיד על בדיקות רפואיות לפחות פעם בשנה	יבוצע					✓
5.15.3. יש להקפיד על תיעוד מלא של הבדיקות הרפואיות המבוצעות לעובדים בתחום הציטוטוקסיקה				✓		
5.17.1. יש להקפיד על ניקוי החדר עפ"י המוגדר בנוהל 135	יבוצע כחלק מעדכון נהלי העבודה בהתאם לנוהל 132/135 והדרכות העובדים בהתאם		✓			

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
5.17.2. הניקוי היומי אינו מתועד. יש להקפיד על תיעוד מלא של הניקיון כולל הניקיון היומי			✓			
5.18.1. בעת העברת הוראות הכנה ע"י מערכת CATO, אין תמיד חתימת וחותמת הרופא. יש להקפיד על רקיחה רק בהתאם למרשמי רופא כמוגדר בהוראות החוק	צוות מיחשוב מחפש פתרון ולידי לחתימה אלקטרונית,שיספק את הרגולטור.			✓		
5.18.4. במידה ומשתמשים בממס אין תיעוד פרטי הממס	יבוצע כחלק מעדכון נהלי העבודה בהתאם לנוהל 132/135 והדרכות העובדים בהתאם	✓				
5.18.7. יש להקפיד על החלפת ביגוד חוץ טרם לבישת הביגוד הייעודי			✓			
5.16.13. מכל הציוד הנדרש, בחדר מראה בלבד. יש להתאים את התשתית למוגדר בנוהל 135	כחלק מהשיפוץ המתוכנן			✓		
פרק 6 – ניסויים קליניים						
6.3. אין רשומה המסווגת בין "ניסוי רפואי מיוחד " לניסוי רפואי שאינו מיוחד" כך שבמהלך הביקורת לא ניתן היה למצוא דוגמא לניסוי שהוגדר "כאינו מיוחד" . יש לשפר את אופן התיעוד כך שניתן יהיה להפיק דוחות הנותנים מידע על כלל הניסויים הקליניים ,בחתכי רוחב שונים.	נשלחה שאלה לרוקחת מחוזית לצורך הבהרה- טרם קיבלנו תשובה - סוג המחקר "מיוחד" או לא רלבנטי לועדת הלסינקי, אך לא לניפוק התכשיר בבית המרקחת והכנת התכשיר. המידע קיים בוועדת הלסינקי			✓		
6.5. אין ניהול מסודר של תוקף הניסויים, כך שמסתמכים על כך שהרופאים יפסיקו להזמין את התכשירים. יש לנהל את הניסויים הקליניים כולל תאריכי סיום ניסויים.	יבוצע		✓			

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
6.6. תוית הזהירות "לשימוש קליני בלבד" נמצאת לעיתים בתוך העלון המוצמד לאריזה ולא חיצוני באופן בולט כמוגדר בנוהל משרד הבריאות. יש לפנות לספקים בדרישה לשיפור התיווי ולהקפיד על תיווי כמוגדר בנוהל משרד הבריאות	תיווי התכשירים אינו באחריות בית המרקחת, נשלחו בעבר מיילים לספקים			✓		
פרק 7 – ניפוק תרופות לקהל בדלפק						
7.2. יש להתקין שילוט בהתאם לדרישות נוהל 131	יבוצע		✓			
7.3. יש להתקין דלפק בהתאם לדרישות נוהל 131 לרבות המידות ודלפק נגיש	כחלק משיפוץ בית המרקחת, נבחנות אפשרויות שונות להגדלת איזור הניפוק.					✓
7.6. לא נצפה		✓				
7.8. בניפוק יותר מאריזה אחת של אותו תכשיר לא ניתן לסרוק כל אריזה בנפרד. דבר הפוגע בבקרה לאיתור טעויות בניפוק. יש לפתור את הבעיה המחשובית ולאפשר סריקה של כל אריזה	תעשה הערכת התכנות מול מערכות המחשוב				✓	
7.9. ניפוקים לרשות הפלסטינאית אינם מתועדים בפנקס המרשמים הממוחשב יש להקפיד על תיעוד מלא כמוגדר בהוראות החוק	יבוצע		✓			
7.13. לא מבוצע תיעוד של טעויות ניפוק ותחקור הטעויות. יש להקפיד על תיעוד טעויות וביצוע תחקרי ארוע חריג על מנת למנוע הישנות טעויות	קיים והוצג בעת הביקורת		✓			
פרק 8 – בקרת ניהול התרופות במחלקת אשפוז						

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
8.2. תרופות מאוחסנות בתאים פתוחים. דלת הכניסה ניתנת לנעילה. הדלת נמצאה פתוחה עם תחילת הביקורת. יש להקפיד על אחסון נעול באופן אשר ימנע גישה של אנשים שאינם מורשים	בחלק מהמחלקות לא ניתן ליצר פתרון של חדר נעול או גישה מוגבלת בשל מבנה המחלקה. נבחן כעת פתרון דוגמת ארונות ממוחשבים שיכולים לתת מענה					✓
8.3. נמצא כי אין הקפדה על נעילת חדרי התרופות כך שקיימת גישה לארונות התרופות לגורמים שאינם מורשים. יש להקפיד על אחסון תרופות באמצעים נעולים בלבד ללא גישה לגורמים שאינם מורשים	יבוצע					✓
8.4. באורטופדית ב' נמצא מגש עם תכשירי אינהלציה וטיפות לשימוש פנימי יחדיו ללא הפרדה וללא שילוט מתאים. יש להקפיד על אחסון נאות תוך הפרדה של קטגוריות שונות ושילוט מתאים	יבוצע		✓			
8.5. בפנימית ד' בארון ה"מחסן" תרופות רבות מאוחסנות יחדיו זו על גבי זו ללא הפרדה. יש להקפיד על אחסון נאות תוך הפרדה של התכשירים השונים ומינונים שונים למניעת טעויות	יבוצע	✓				
8.5. באורטופדית ב' יש לאחסן אצטון המוגדר כרעל בארון נפרד מסומן בהתאם	יבוצע	✓				
8.9. יש לאחסן תמיסת אשלגן כלוריד בנפרד מתמיסות אלקטרוליטים אחרות	התכשיר מסומן כתרופה בת סיכון , על פי הנחיות הjci, האלקטורליטים מופרדים בארון נעול		✓			

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
8.14. באורטופדית ב' מקרר בייתי. יש להצטייד בכל המחלקות במקרר פרמצבטי.	תוקצב, הוחל בתוכנית תלת שנתית להחלפת כלל המקררים בקמפוס למקררים תקיניים וחיבורם לניטור מרכזי			✓		
8.15. בזמן הביקורת באורטופדית ב' הטמפ' במקרר עמדה על 10.9 מעלות. התבקשתם לא להשתמש בתרופות עד לבדיקת תקינותן מול היצרן. יש להקפיד על ניטור טמפ' כמוגדר בנוהל 126	יבוצע	✓				
8.16. בפנימית ד' אין אוגר טמפ' במקרר. מתעדים טמפ' נוכחית בלבד. יש להצטייד באוגר ולתעד בנוסף טמפ' מינ'/מקס' כמוגדר בנוהל 126	ראה 8.14		✓			
8.16. באורטופדית ב' אין הקפדה על תיעוד טמפ' על בסיס יומיומי. יש להטמיע את נוהל 126	יבוצע	✓				
8.21. בפנימית ד' נמצא עט אינסולין פתוח מעל חודש. התבקשתם להשמידו יש להקפיד על תיעוד מועד פתיחה ושימוש עפ"י קיצור חיי המדף	יבוצע	✓				
פרק 9 – בקרת ניהול התרופות הנרקוטיות בחדר ניתוח						

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
9.8. קיימות אי התאמות בין המתועד בארון הסמים הממוחשב לבין הרישום ברשומה הרפואית וזאת כיוון שאין הקפדה על תיעוד השמדה של חלקי אמפולות והחזרות של עודפים על שם המטופל. יש להקפיד על תיעוד מלא לשם התאמה מלאה של המתועד בארון הסמים לרשומות הרפואיות.	חדר ניתוח הוחרג על ידי הנהלת המרכז הרפואי לעניין השמדת חלקי אמפולות.		✓			
9.14. נדרש כי מנהל מחלקה יבצע בקרה על תיעוד הסמים המסוכנים והתאמה לרשומות הרפואיות. הבקרה נעשית על ידי אחיות. יש להקפיד כי הבקרה תעשה ע"י מנהל המחלקה או מי מטעמו.	יבוצע	✓				
9.16. נבדק מטופל אקראי. בגיליון הרפואי נרשם כי ניתן לו 4 מ"ג מורפין ואילו בדף רישום נרשם כי ניתן 3 מ"ג מורפין. יש להקפיד על רישום תקין ולבצע בקרות ע"י מנהל המחלקה	יבוצע	✓				
9.17. 1.טופס הביניים לא הוצמד לטופס הרישום. 2.ע"ג טופס הביניים נרשם מס' טופס הרישום שהוחזר לבי"מ ולא מספר טופס הרישום החדש שהתקבל. יש להקפיד על התנהלות תקינה עם טפסי הרישום	רוענו הנהלים לגבי שימוש בטפסים המתאימים, הנוהל כולו נמצא בתהליך עדכון	✓				
14.ביטחון						
פרק 6 - אמצעים טכנולוגיים						
6.1. נדרשת הוספת מצלמות לכיסוי מלא של ההיקף	יבוצע					✓

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
6.2. נדרשת הוספת מערכות צפייה במקומות עם חיכוך קהל	יבוצע					✓
6.4. נדרש תגבור והצבת מצלמות על אתרים רגישים	יבוצע					✓
6.9. נדרש תיכנון חסימות במערכת הכבישים למניעת כניסה של רכב מתפרץ	הומלץ לא לבצע משיקולי הגנה על הציבור					✓
15.רשומות ומידע רפואי						
פרק 1 - מצבת כוח אדם לניהול מחלקה לרישום ומידע רפואי						
1.3. יש לוודא שכל המזכירות רפואיות הכפופות למנהלת מחלקת הרשומות הרפואיות כולל הוותיקות, בעלות תעודת מזכירה רפואית.	יידרש זמן ארוך יותר לביצוע					✓
פרק 4 - ניהול הרשומה הרפואית ; תכולה, תוכן, מסמכים נבחרים						
4.17. יש להשלים שעת מילוי טופס ההסכמה.	יבוצע				✓	
4.17. יש לוודא ציון שעת מילוי טופס ההסכמה לניתוח	יבוצע		✓			
4.25. יש לוודא חתימת רופא בכיר על גבי כל סיכום אשפוז/מחלה.	קיימת חתימת רופא על כל מכתב כי קיים תיק ממוחשב				✓	
16.תזונה ומזון - דיאטה						
פרק 1 - סל מזון						
1.2. באחריות הנהלת בית החולים להטמיע את חוזר מינהל רפואה מס' 5/2013 כך שדיאטן מפקח תזונה ומזון יוביל תכנון והרכבה של תפריטים לסוגיהם, ויאשר את ביצועו	מבוצע גם כיום	✓				

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
1.3. באחריות הנהלת מערך מזון לבצע טחינת בלנדר בהתאם להנחיות של חוזר מינהל רפואה מס' 5/2013 ובהתאם להנחיות דיאטן מפקח תזונה ומזון	יבוצע		✓			
1.4. יש לטחון ולהגיש כל רכיב מזון בנפרד במנה טחונה (בלנדר), בהתאם לחוזר מינהל רפואה מס' 5/2013	יבוצע. נדרש זמן ארוך יותר לביצוע		✓			
1.8. יש להקפיד על הגשת בשר קנוי ומוכן לאכילה לא יותר מפעם בחודש	יבוצע. נדרש זמן ארוך יותר לביצוע	✓				
1.13. יש להקפיד על המצאות הרכב וניתוח תזונתי של כל המנות ממיקור חוץ , כנדרש בהתאם לחוזר מינהל רפואה מס' 5/2013	יבוצע	✓				
1.14. יש לוודא רמת נתרן תקינה בתפריט בהתאם להנחיות בחוזר מינהל רפואה מס' 5/2013	יבוצע			✓		
1.15. יש לוודא שרמת נהתרן בתפריט דל מלח , לא תחרוג מ 2000 מ"ג נתרן ביום	יבוצע			✓		
פרק 3 – שירותי תזונה ייעודיים – עבודת המחלקה לתזונה ודיאטה						
3.2. יש להטמיע את חוזר מינהל רפואה מס' 41/2014 ולוודא שהדיאטניות מבצעות הערכה,טיפול ומעקב תזונתי לכל המאושפזים המקבלים הזנה אנטראלית חודרנית (זונדה) או מזון ייעודי.			✓			

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
3.13. יש ליישם את הנחיות הנוהל הדורש תצפיות על ארוחות כולל ארוחת הערב בתדירות הנדרשת , כולל תיעוד הממצאים .	בוצע			✓		
פרק 4 – תיעוד ברשומה הרפואית	יבוצע. נדרש זמן ארוך יותר לביצוע					
4.7. בחלק מהמחלקות קיים ממשק ממוחשב ובחלק לא. יש להשלים את תהליך המחשוב בכל המחלקות.	רבוצע			✓		
17.תזונה ומזון - הנהלה	יבוצע. נדרש זמן ארוך יותר לביצוע					
פרק 1 - תקינה						
1.1. יש לאייש תקנים של דיאטניות על פי 1 תקן ל- 50 מיטות.	יבוצעו שיפורי תקינה					✓
1.4. יש להקצות שעות ניהול לרכזי נושא	תבחן אפשרות להוספת שעות			✓		
פרק 2 – מיחשוב						
2.1. החלה הקמת ממשק בין המחלקות למערך מזון, יש להשלים התהליך עבור כל בית החולים כולל חבור לתוכנת צמרת.	יבוצע, אך נדרש זמן ארוך יותר			✓		
2.2. יש לעבוד על פי עקומות גדילה של ה- WHO בהתאם להנחיה בחוזר ראש שירותי בריאות הציבור, נובמבר 2010	דורש פיתוח מחשוב שידרוש זמן רב יותר				✓	
פרק 3 – סל מזון						
3.2. על הנהלת בית החולים והנהלת מערך מזון להכין עצי מוצר ומתכונים סטנדרטיים ולעבוד על פיהם, בהתאם להנחיות של דיאטן מפקח תזונה ומזון והנהלת המחלקה לתזונה, יש להתחיל לעבוד בצורה זאת.	יבוצע				✓	

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
3.3. יש להגיש ארוחות למאושפזים בכלי הגשה אסטטיים רב שימושיים בכל המחלקות	מבוצע גם כיום			✓		
3.4. יש להגיש פירות לכל המאושפזים בהתאם לחוזר מינהל רפואה מס' 5/2013.	מוגשים פירות גם כיום.	✓				
פרק 6 – ממכר מזון בריא						
6.1. יש להתאים את הרכב המזון והשתייה במכונות לממכר מזון בכל המרכז הרפואי בהתאם להנחיות חוזר מינהל רפואה 8/2014	יבוצע				✓	
6.2. יש להתאים את הרכב המזון והשתייה באתרים לממכר מזון בכל שטח המוסד הרפואיבהתאם להנחיות חוזר מינהל רפואה 8/2014	יבוצע				✓	
18.עבודה סוציאלית	יבוצע. נדרש זמן ארוך יותר לביצוע					
פרק 1 - תשתיות ארגוניות - מבנה, כפיפות ופיתוח מקצועי						
1.4. על פי הנחיות איגוד העו"סים נדרש 1 תקן מדריך על כל 6 משרות עו"ס מלאות. הערה על כך נמצאה גם בבקרה הקודמת.	נעשה מאמץ להגדיל כמות המדריכים			✓		
פרק 2 - תשתיות ארגוניות - פריסה וזמינות השירות						
2.1. יש לבחון את האפשרות לאייש עו"ס קבוע במחלקת הירון בסיכון ובמערך הקרדיולוגי.	יבוצע כתלות בתיעדופי תקינה	✓				
פרק 8 - סטנדרטים בניהול המחלקה - הבטחת איכות ופעילויות לשיפור השירות המקצועי						

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
8.2. מכיוון שאין הפרדת נתונים ברשומות של מקצועות הבריאות, לא ניתן לעשות פילוח של נתוני הפעילות ברמת העובד .	תבוצע הפרדת רשומה. נמצא בשלבי ביתוע מתקדמים			✓		
8.3. מכיוון שאין הפרדת נתונים ברשומות של מקצועות הבריאות, לא ניתן לעשות פילוח של נתוני הפעילות ברמת המחלקה לעבודה סוציאלית.	תבוצע הפרדת רשומה. נמצא בשלבי ביתוע מתקדמים			✓		
פרק 9 - סטנדרטים בניהול המחלקה - יוזמות ופרויקטים ייחודיים						
9.2. בפנימית ד' נמסר על ידי אחות אחראית כי לא הייתה הכשרה על אלימות במשפחה. יש לרענן את התחום ולהיערך בהתאם.	בוצע			✓		
פרק 10 - סטנדרטים הממוקדים בחולה ובמשפחתו - רצף טיפול						
10.6. למרות העומס, מומלץ להצטרף מדי פעם לישיבות הצוות לצורך איתור יזום של מטופלים והטמעת ההתבוננות על הצרכים הפסיכו-סוציאליים של המטופלים.	יבוצע			✓		
10.7. למרות העומס, מומלץ להצטרף מדי פעם לביקור רופאים לצורך איתור יזום של מטופלים והטמעת ההתבוננות על הצרכים הפסיכו-סוציאליים של המטופלים.	מבוצע גם כיום			✓		
10.8. יש להקפיד שהמלצות העו"ס הרלוונטיות להמשך הטיפול בקהילה יופיעו במכתב השחרור הרפואי.	יבוצע. נדרש זמן ארוך יותר לביצוע				✓	
פרק 12 - סטנדרטים הממוקדים בחולה ובמשפחתו - רשומה ותיעוד						

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
12.3. יש להקפיד ולכתוב כל התערבות עם החולה ומשפחתו. יש לרענן את ההנחיה בקרב צוות המחלקה.	יבוצע רענון	✓				
19.קלינאות תקשורת	יבוצע. נדרש זמן ארוך יותר לביצוע					
פרק 1 - המשאב האנושי/פריסת השירות						
1.4. יש צורך להקצות כוח אדם למתן שירות יעוץ של קלינאי תקשורת במחלקות הילדים	יבוצע כתלות בתיעדופי תקינה			✓		
פרק 2 - זמינות ונגישות השירות						
2.1. יש צורך לשפר את זמינות בדיקות השמיעה לילדים	נעשה מאמץ להגדיל זמינות כל העת				✓	
2.2. יש צורך לשפר את זמינות הבדיקות של ABR עם סדציה	יבוצע				✓	
2.3. אמנם ישנו תהליך מובנה של הקדמת תור לבדיקת ABR במקרה שמחייב ובהתאם לשיקול דעת מקצועי, אך בנוסף יש מקום לפעול לשיפור הזמינות.	נעשה מאמץ להגדיל זמינות כל העת				✓	
2.5. אמנם ישנו תהליך מובנה של הקדמת תור לאבחון בדיבור/שפה לילד במקרה שמחייב ובהתאם לשיקול דעת מקצועי, אך בנוסף יש מקום לפעול לשיפור הזמינות.	נעשה מאמץ להגדיל זמינות כל העת				✓	
2.6. אמנם ישנו תהליך מובנה של הקדמת תור לאבחון בדיבור במבוגר במקרה שמחייב ובהתאם לשיקול דעת מקצועי, אך בנוסף יש מקום לפעול לשיפור הזמינות	נעשה מאמץ להגדיל זמינות כל העת				✓	
2.7. יש לפעול לקיצור תורים לטיפול בדיבור בילדים	נעשה מאמץ להגדיל זמינות כל העת				✓	

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
2.8. יש לפעול לקיצור תורים לטיפול בדיבור במבוגרים	נעשה מאמץ להגדיל זמינות כל העת				✓	
2.10. נדרשת הקצאת כוח אדם נוסף במחלקת שיקום ילדים כל שיתאפשר מתן טיפול של קלינאי תקשורת בהתאם לצרכים השיקומיים.	הקצאת כח אדם תבוצע בהתאם לתיעדופי תקינה				✓	
20.ריפוי בעיסוק	יבוצע. נדרש זמן ארוך יותר לביצוע					
פרק 1 – המשאב האנושי/פריסת השירות						
1.4. יש לפעול למען הסדר קבוע בכל מחלקות האשפוז	ישנו הסדר בשגרה למחלקו ייעודיות וליאזון לשאר המחלקות					✓
פרק 3 – תשתיות רב"ע בבית החולים						
3.4. יש לשקול שימוש בטכנולוגיה או בתורגמנים מקצועיים במקום או בנוסף לאנשי צוות מזדמנים או בני משפחה.	ישנו שרות תרגום בבית החולים כתלות בבקשה מצוות מטפל					✓
3.9. יש לדאוג לסביבות עבודה נאותות ולעדכן את שטחי העבודה המוקצים לפי עומס המטופלים הנוכחי כדי להימנע מצפיפות ומחוסר פרטיות.	יבוצע					✓
פרק 4 – סביבה טיפולית (ציוד, ארגון, תחזוקה)						
4.10. יש לדאוג לסביבה טיפולית יותר מזמינה ופחות עמוסה וצפופה	יבוצע. נדרש זמן ארוך יותר לביצוע					✓
פרק 5 – רשומה רפואית, רישום תיעוד ודיווח						

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
5.2. יש להקפיד על הלימה בין ההערכה, לתכנית הטיפול, ולמטרות במיוחד במחלקות בהן מודדים התקדמות בנושאים התנהגותיים ותפקודיים.	מבוצע גם כיום. יחודדו נהלים			✓		
5.4. יש להקפיד על מעקב אחר התקדמות סימון המטרות שהושגו מול אלו שעדיין לא הושגו. לא מספיק לכתוב מה נעשה בפגישה אלא איך זה רלוונטי למטרות ומה לומדים מהפגישה לגבי מטרה ספציפית או ההשלכות לגבי התכנית.	מבוצע גם כיום. יחודדו נהלים			✓		
פרק 7 – פיתוח מקצועי						
7.1. יש לוודא שהמרפאה בעיסוק תיטול חלק בכל ישיבות הצוות וביקורי הרופאים במחלקות האשפוז	מבוצע גם כיום				✓	
21.פסיכולוגיה	יבוצע. נדרש זמן ארוך יותר לביצוע					
פרק 1 - היקפי השירות						
1.1. יש לפעול להרחבת השירותים של הפסיכולוגיה הרפואית במחלקות שבהם הוא חסר. במיוחד בכירורגית, פנימית, מיון .	נשעה ניסיון מתמיד להרחבת שרתים כתלות בתיעדוף תקינה				✓	
1.2. יש לפעול למען קליטה של מתמחים בפסיכולוגיה קלינית במרפאות	ישנה גם כיום קליטה לש מתמחים רבים בפסיכולוגיה				✓	
1.3. יש לאפשר זמינות של שירות פסיכולוגי אם לא קבוע , לפחות כייעוץ בעת הצורך בכל מחלקות האשפוז.	ישנה זמינות של טיפול דחוף בכל המחלקות			✓		
1.4. יש להשלים מערך של שירות ליאזון ע"פ צורך כשלב ביניים לשירות פסיכולוגי מלא במחלקות	יבוצע			✓		

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
פרק 2 - תשתיות						
2.7. לשמירה על בטחון המטפלים יש להשלים לחצני מצוקה ב חדרי השיחות במקומות החסרים.	תעשה הערכת צרכים				✓	
22.ניקוי וחיטוי מכשירים אנדוסקופים	יבוצע. נדרש זמן ארוך יותר לביצוע					
פרק 2 - שלב ב', הניקוי הידני						
2.2. יש להתקין מערכת מיזוג אוויר המאפשרת 10 החלפות אוויר בשעה באתר הניקוי והחיטוי של הסקופים במרפאה האורולוגית. במרפאת אא"ג ומכון הגסטרו לילדים.	נדרש זמן ארך יותר לביצוע			✓		
2.4. יש להבטיח תנועה חד כוונית ממלוכלך לנקי בחדר נקוי הסקופים במכון גסטרו ילידים.	יבוצע			✓		
2.5. יש לוודא שביצוע רחצת ידיים של הצוות תבוצע בכיור יעודי, לא באותו הכיור שבו מנקים את הסקופ.	יחודדו נהלים	✓				
פרק 3 - חיטוי ברמה גבוהה במכונה ואחסון						
3.15. במכון הלב, בייבוש הסקופ אחרי פעולת החיטוי, יש להשתמש בפד גזה סטירילי. כעת משתמשים בחבילה של 10 פדים סטריליים ואחרי פתיחת החבילה ושימוש הפד הראשון, 9 הפדים הנשארים אינם סטריליים.	יוחהפ גזה סטופ	✓				
3.16. במכון הלב ובמרפאה אורולוגית, יש למקם את ארון אחסון הסקופים מחוץ לחדר הניקווי והחיטוי.	יבוצע. נדרש זמן ארוך יותר לביצוע				✓	

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
3.22. במרפאת אורולוגית, יש לבצע בהתחלת כל משמרת חיטוי של האוריתרוסקופים המנוקים והמחוטאים, מהאוחסנים בארון "אקטיבי" שמממוקם בחדר הניקוי. במכון הלב, יש לבצע חיטוי לפני כל משמרת, דבר שמחויב כי ארון האחסון נמצא בחדר הניקוי.	האבחלת בצע המנוקים והמחוטאים, מהאוחסנים בארון "אקטיבי" שמממוקם בחדר הניקוי. במכפאבצע	✓				
23.דיאליזה מבוגרים	יבוצע. נדרש זמן ארוך יותר לביצוע					
פרק 6 – חיסונים						
6.1. יש לנסות ולהרחיב את היקף המטופלים המחוסנים לשפעת עונתית	נעשה ניסיון מתמיד לעלות שיעור מחוסנים					✓
6.2. יש לערוך מעקב מתועד אחרי חיסוני המטופלים לדלקת ריאות ולשאוף לכיסוי חיסוני מלא	יבוצע				✓	
6.3. יש לתעד סרוב של מטופלים לחיסון	יבוצע					✓
פרק 7 – ניהול הטיפול התרופתי						
7.1. יש לדאוג לחדר תרופות תקני	יבוצע. נדרש זמן ארוך יותר לביצוע					✓
7.5. יש לדאוג לאספקה מרוכזת מקופות החולים לתרופות הניתנות בדיאליזה	ובוצע			✓		
פרק 8 – החייאה						
8.6. יש לדאוג שעל עגלת ההחייאה יוצב מגש תרופות סגור מבית המרקחת , כנדרש בחוזר מינהל הרפאוה מס' 21.2006	מבוצע גם היום. יחודדו נהלים			✓		
פרק 10– תשתיות אולמות דיאליזה						
10.2. יש לדאוג לברז הנפתח ללא מגע יד , אלקטרוני/ מרפק	יבוצע		✓			
10.22. יש לדאוג למד טמפ' במחסן וטמפ' עד 25 מעלות	יבוצע			✓		

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
פרק 11 – אישורים						
11.4. יש להציג אישור כיבוי אש	יבוצע		✓			
11.6. יש להתאים את מערכת המיזוג ל נוהל AC-01 הדרישה היא למזוג עם 10 החלפות אווית מתוכן 2 של אוויר צח.	בוצע					✓
פרק 12 – חדר המים						
12.15. יש לקיים למעקב אחרי חיסוני המטופלים לדלקת ריאות ולשאוף לכיסוי חיסוני מלא	יבוצע					✓
פרק 13 – מדדי איכות						
13.2. יש לשאוף להעלות את K/TV לרמות הנדרשות במדד	יבוצע			✓		
13.3. יש לשאוף לביצוע דופלקס בדחיפות הנדרשת	יבוצע			✓		
13.4. יש לשאוף לביצוע אנגיוגרפיה בדחיפות הנדרשת	יבוצע			✓		
13.5. יש לקצר את זמן ההמתנה לפיסטולה	יבוצע				✓	
13.6. יש לשאוף ששיעור מהטופלים עם התקן צנתר מרכזי חיצוני לא יעלה על על 20% .	יבוצע				✓	
24.דיאליזה אלקטיביים	יבוצע. נדרש זמן ארוך יותר לביצוע					
פרק 5– רשומות						
5.2. הממשק הממוחשב בין תיק החולה מכונת הדיאליזה כולל שם המטופל ותעודת זהות, לא כולל תכנית טיפול יש להכניס תכנית טיפול לכרטיס החכם, במכונות הרכישה הבאות	ייכנס לתוכנית העבודה					✓

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
5.27. ישנו עומס על העובדת הסוציאלית. אינה מספיקה, למצות את הטיפול בצורה מיטבית נמצאת ב0.75 תקן, ממליצה להוסיף לתקן מלא	יבוצע כתלות בתיעדופי תקינה				✓	
פרק 6 – חיסונים						
6.1. יש לשאוף ולפעול למען 90% כיסוי חיסוני לשפעת עונתית למטופלים הדיאליזה .	נעשה מאמץ גם כיום. תלוי ברצון החולים				✓	
6.2. יש לשאוף ולפעול למען 90% כיסוי חיסוני לדלקת ריאות למטופלי הדיאלזה	נעשה מאמץ גם כיום. תלוי ברצון החולים				✓	
6.3. יש לוודא המצאות תעוד סרוב של חולים לקבל חיסון	יבוצע			✓		
פרק 7 – ניהול הטיפול התרופתי						
7.5. יש לדאוג לקבלת תרופות הניתנות במהלך הדיאליזה,באופן מרוכז מקופות החולים	יבוצע			✓		
פרק 8 – החייאה						
8.6. יש לוודא המצאות מגש תרופות להחייאה סגור וחתום על ידי הרוקח, לאחר פתיחתו על המגש להיות מועבר להחלפה למגש סגור אחר בבית המרקחת ראה סעיף 6.2.1. בנוהל החייאה	מבוצע גם היום. יחודדו נהלים	✓				
פרק 11 – אישורים						
11.4. יש להעביר לגב' ורדה טוחנר במנהל הרפואה, רח ירמיוה 39 בירושלים אישור כיבוי אש.	נדרש זמן ארך יותר לביצוע			✓		

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
11.7. יש לבנות מקום ממוגן לדיאליזה כנדרש בתקנות המיגון מ-2011, יש להגיש תכניות לאישור לועדת פרויקטים של משרד הבריאות	תוגש תוכנית					✓
פרק 12 – חדר המים						
12.14. יש לדאוג למד טמפרטורה וטמפרטורה של עד 25 מעלות בחדר המים	יבוצע			✓		
פרק 13 – מדדי איכות						
13.2. רמת הK/TV בין 80-85% ממוצעת, אין טיפולים של HDF במכון הדיאליזה, יתכן והתוצאות בגלל הרכב המטופלים, יש לשאוף לשיפור התוצאות	יבוצע				✓	
13.3. יש לקצר זמן המתנה לדופלקס שלא יחרוג מ- 48 שעות	יבוצע			✓		
13.4. יש לקצר זמן המתנה לאנגיו במקרה של חסימת שנט, שלא יחרוג מ-48 שעות.	יבוצע			✓		
13.5. יש לקצר זמן המתנה להתקנת פיסטולה שלא יחרוג מ- 48 שעות	יבוצע			✓		
13.6. יש לפעול להעלאת אחוז המטופלים עם צנתר מרכזי חיצוני , שלא יפחת מ- 20%	יבוצע			✓		
25.בריאות השן - מרפאות חוץ פה ולסתות	יבוצע. נדרש זמן ארוך יותר לביצוע					
פרק 4 –זמינות שירותים						
4.1. יש להגדיל אה זמינות שירותי המרפאה לרפואת הפה	נעשה מאמץ מתמיד לעלות זמינות שרותים. נמצא בהלימה לתקינת משרד הבריאות					✓
4.2. יש להגדיל זמינות לתורים לילדים	נעשה מאמץ מתמיד לעלות זמינות שרותים. נמצא בהלימה לתקינת משרד הבריאות					✓

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
4.3. יש להגדיל זמינות לכירורגית הפה	נעשה מאמץ מתמיד לעלות זמינות שרותים. נמצא בהלימה לתקינת משרד הבריאות					√
4.4. יש להגדיל זמינות לסדציה והרדמה כללית	יבוצע					√
26.בריאות השן - מרפאת שיניים	יבוצע. נדרש זמן ארוך יותר לביצוע					
פרק 4 –זמינות שירותים						
4.1. להגדיל זמינות השירותים	נעשה מאמץ מתמיד לעלות זמינות שרותים. נמצא בהלימה לתקינת משרד הבריאות					√
4.1. יש להגדיל זמינות לרפואת הפה	נעשה מאמץ מתמיד לעלות זמינות שרותים. נמצא בהלימה לתקינת משרד הבריאות					√
4.2. להגדיל זמינות לשירותים	נעשה מאמץ מתמיד לעלות זמינות שרותים. נמצא בהלימה לתקינת משרד הבריאות					√
4.2. יש להגדיל זמינות תורים לטיפול לילדים	נעשה מאמץ מתמיד לעלות זמינות שרותים. נמצא בהלימה לתקינת משרד הבריאות					√
4.3. להגדיל זמינות לשירותים	נעשה מאמץ מתמיד לעלות זמינות שרותים. נמצא בהלימה לתקינת משרד הבריאות					√
4.3. יש להגדיל זמינות לתורים כירורגיה פה ולסת	נעשה מאמץ מתמיד לעלות זמינות שרותים. נמצא בהלימה לתקינת משרד הבריאות					√
4.4. להגדיל זמינות לשירותים	נעשה מאמץ מתמיד לעלות זמינות שרותים. נמצא בהלימה לתקינת משרד הבריאות					√
4.4. יש להגדיל זמינות לתורים טיפולים בהרדמה כללית/סדציה	נעשה מאמץ מתמיד לעלות זמינות שרותים. נמצא בהלימה לתקינת משרד הבריאות					√
27.בריאות הנפש - מחלקה	יבוצע. נדרש זמן ארוך יותר לביצוע					
פרק 1 - זכויות החולה						
1.5. חסרה תיבת תלונות ופניות בחלק הסגור של המחלקה	יבוצע		√			
פרק 2 - תנאים פיזיים						
2.9. נדרשת התקנת לחצני מצוקה בחדרי המטפלים	נדרש זמן ארוך יותר לביצוע		√			
פרק 5 - בטיחות וביטחון						
5.7. נדרשת התקנת לחצני מצוקה במחלקה במקומות נגישים לצוות	נדרש זמן ארוך יותר לביצוע			√		

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
5.9. יש לוודא המצאות אזהרה בכניסה לתיק המטופל , במטופל שמסכן את הצוות או את עצמו	יבוצע			✓		
28.ריפוי בעיסוק במחלקה פסיכיאטרית	יבוצע. נדרש זמן ארוך יותר לביצוע					
פרק 1 - שירות ריפוי בעיסוק במחלקות ברה"ן						
1.4. יש לפעול להצטיידות בריהוט ייעודי	נודה לפירוט					✓
1.7. להקפיד להפנות לריפוי בעיסוק אם שאלה/בקשה ברורה. האם לאבחון, להערכה, לבירור יכולות, לניהול מקרה...	מבוצע גם כיום. יחודדו נהלים				✓	
1.7. יש להסדיר הפניות מובנות ספציפיות לשירות הריפוי בעיסוק על פי התוויות שיסופקו על י די המרפאים בעיסוק. כיום ההפניות לצוות המרפאום בעיסוק נעשות בעל-פה בישיבות צוות ומתוך התרשמות.	יבוצע				✓	
1.8. יש להגדיר בהפניה את סוג הטיפול הנדרש כאשר הוא פרטני	יבוצע			✓		
1.9. יש להגדיר בהפנייה את סוג הטיפול הנדרש, כאשר הוא קבוציתי	יבוצע			✓		
1.10. יש להגדיר בהפניה את סוג הטיפול הנדרש	יבוצע			✓		
1.11. יש להגדיר בהפניה אם נדרשת מעורבות במסגרות המשך	יבוצע			✓		

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
1.13. יש לוודא שהתיעוד השוטף בתיק לא יכלול תרשומת אישית, ייכתב בגוף שלישי, ויהיה קשור לתכנית הטיפול ומטרותיה מעבר להתרשמות ותיעוד סטטוס.	יבוצע			✓		
1.15. יש להקפיד לכתוב תכנית טיפול המורכבת ממטרות תפקוד ומטרות השתתפות ולעקוב אחר ההתקדמות באמצעותן	יבוצע			✓		
1.16. יש להקפיד שתהיה הלימה בין התכנית לבין התיעוד השוטף. שהתיעוד השוטף יכיל התייחסות לתכנית ולמטרות שהיא מכילה.	יבוצע			✓		
29.הוועדה להפסקת הריון	יבוצע. נדרש זמן ארוך יותר לביצוע					
פרק 1 - נתונים כלליים						
יש להוציא את כל הנהלים בנושא של הפסקת הריון מאתר משרד הבריאות, לסדר בתיק נפרד ולוודא כי חברי הוועדה מכירים נהלים אלה.	יבוצע			✓		
30.רישום סרטן	יבוצע. נדרש זמן ארוך יותר לביצוע					
פרק 2 - חובת דיווח						
2.2. יש לוודא התאמה מלאה מעל 90% בין מחלות ממאירות המחייבות דיווח הרשומות בבית החולים, לבין מאגר רישום הסרטן של משרד הבריאות	מערכת מחשב ייעודית נמאית בשלבי פיתוח				✓	
31.רישוי	יבוצע. נדרש זמן ארוך יותר לביצוע					
סיכום הבקרה						
יש לדאוג לדווח על תפוסת המיטות במחלקות בצורה נכונה.	בוצע			✓		