



**דו"ח בקרה מיום 14.08.2024**

**במוסד: "בית חולים סיעודי הגליל"**

**בישוב: נצרת**

**הדו"ח נכתב ע"י  
צוות מטה-האגף גריאטריה**

לכבוד  
ד"ר ויסאם גבן  
מנהל/ת רפואי/ית  
בית חולים סיעודי הגליל (קוד מוסד 237K9)  
39 5050  
נצרת

ד"ר גבן נכבד/ה,

**הנדון: סיכום הבקרה בבית החולים "בית חולים סיעודי הגליל"**

מצורף דוח הבקרה מיום 14.08.2024.

תוך חודש ימים מעת קבלת דוח זה יש להעביר משוב הכולל התייחסות מפורטת לממצאי הבקרה על פי סדר התחומים המופיע בדוח כולל צפי ואופן ביצוע ותיקון התחומים הטעונים שיפור.

את המשוב יש להעביר לגריאטר המחוז בלשכת הבריאות המחוזית, בצירוף העתק לרופא/ת המחוז/נפה ולאגף הגריאטריה [pniot.geriatria@moh.gov.il](mailto:pniot.geriatria@moh.gov.il).

אם נמצאו חוסרי כח-אדם, הנכם נדרשים להשלימם, לא יאוחר מ-30 יום מקבלת דו"ח זה. יש להודיע על השלמת החוסרים לאגף הגריאטריה במייל המופיע מעלה.

בברכה,  
ד"ר ענבר צוקר  
רופאה נפתית, נפת פתח תקוה

## העתקים:

מר משה בר סימן טוב, מנכ"ל משרד הבריאות, ירושלים  
ד"ר אפרת גיל, ראש האגף לגריאטריה, משרד הבריאות  
האגף לרישוי מוסדות, משרד הבריאות, ירושלים  
ד"ר נועה די-קסטרו, רופאה מחוזית, מחוז צפון  
ד"ר יבגניה פנטופל, גריאטרית מחוזית, מחוז צפון  
ד"ר מאיה בוטארה, מ"מ רופאת המחוז, נוף הגליל, מחוז צפון  
הנהלת אגף הגריאטריה  
גב' שרית חייט, מרכזת בכירה, נתוני איכות ובקרה בגריאטריה, משרד הבריאות  
צוות הבקרה  
זהר השאם, רוקחות, מחוז צפון, נוף גליל  
ד"ר שגית ארבל אלון, רופאה ראשית, מנהלת מערך שירותי בריאות, משרד הרווחה

## סיכום הבקרה בבית החולים "בית חולים סיעודי הגליל"

בתאריך 14.08.2024 נערכה בקרה מתוכננת. בקרת רישוי, על ידי צוות מטה-האגף גריאטריה. מטרת הבקרה הייתה לבחון את הטיפול הרב תחומי הניתן למטופלים המאושפזים בבית החולים. להלן הרכב צוות הבקרה ותחומי בקרתו:

- |                  |                                                           |
|------------------|-----------------------------------------------------------|
| • רפואה          | - ד"ר אופליה טירר, רופאה, צוות בקרות, מחוז תל אביב        |
| • סיעוד          | - גב' נטלי מרשליק, אחות מפקחת מחוזית בגריאטריה, מחוז צפון |
| • תזונה          | - גב' דינה ירושלמי, מרכזת תחום בקרה ארצי, אגף לגריאטריה   |
| • פיזיותרפיה     | - גב' חנה קפקא, מרכזת תחום בקרה ארצי, אגף לגריאטריה       |
| • ריפוי בעיסוק   | - גב' עביר שואח, מרכזת תחום בקרה ארצי, אגף לגריאטריה      |
| • קלינאות תקשורת | - גב' רוני כידור, מרכזת תחום בקרה ארצי, אגף לגריאטריה     |
| • עבודה סוציאלית | - גב' ננסי קרפ עפארי, מרכזת תחום בקרה, אגף לגריאטריה      |
| • רוקחות         | - מר אמיר זהר, מרכז תחום בקרה ארצי, אגף הגריאטריה         |
| • בריאות הסביבה  | - גב' אורנה מניס, מרכזת תחום בקרה, מחוז צפון              |
| • מינהל ותחזוקה  | - גב' סיגל קורדובה, ראש צוות בקרה, אגף לגריאטריה          |

הבקרה נערכה בהשתתפות הנציגים הבאים:

- גברת אינג' ראג'דה חורי, מפקחת

### מכרז הקודים:

המוסד הצטרף ל"מכרז הקודים".

### פרוגרמה:

על פי הצהרת המוסד המוסד בנוי על פי הפרוגרמה החדשה. נושא זה לא נבדק בבקרה.

### אישור כיבוי אש:

אישור כיבוי אש בתוקף.

### רישיון IV:

לבית החולים אין הרשאה למתן טיפול למחלות חריפות בעיקר זיהומיות (טיפול תוך ורידי) במחלקות הכרוניות, למטופלים השוהים בו באופן קבוע.

### כללי:

בית חולים סיעודי הגליל ממוקם בנצרת בכניסה הצפונית של העיר ומשקיף אל הרי הגליל. מבנה בית החולים בן 4 קומות ובימים אלה בתהליך בניית 3 מחלקות נוספות. לבית החולים אישור כיבוי אש בתוקף מתאריך 17.5.2023

תמהיל מאושפדים:

| שם מחלקה           | מס' מיון | מס' מאושפדים בפועל | מס' סיעודיים | מס' סיעודי מורכב | מס' תשושי נפש | מס' תשושים | מונשמים | תת אקוטי | שיקומיים | בב"ח כלי |
|--------------------|----------|--------------------|--------------|------------------|---------------|------------|---------|----------|----------|----------|
| גריאטריה סיעודית ב | 18       | 17                 | 16           | -                | -             | -          | -       | -        | -        | 1        |
| גריאטריה סיעודית א | 18       | 18                 | 18           | -                | -             | -          | -       | -        | -        | -        |
| גריאטריה סיעודית ג | 18       | 17                 | 17           | -                | -             | -          | -       | -        | -        | -        |
| סה"כ               | 54       | 52                 | 51           | -                | -             | -          | -       | -        | -        | 1        |

- בסה"כ שהו במחלקות 52 מאושפדים

נספח א' - הערכת הבקרה לפי תחומים

| סיעודיים ותשושי נפש |   |   |   |   |   | סוגי מחלקות    |
|---------------------|---|---|---|---|---|----------------|
| 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | מקצועות        |
|                     |   |   |   |   | X | רפואה          |
|                     |   |   |   | X |   | סיעוד          |
|                     |   |   |   | X |   | תזונה          |
|                     |   |   |   | X |   | פיזיותרפיה     |
|                     |   |   |   | X |   | ריפוי בעיסוק   |
|                     |   |   |   | X |   | קלינאות תקשורת |
|                     |   |   |   | X |   | עבודה סוציאלית |
|                     |   |   |   | X |   | רוקחות         |
|                     |   |   |   | X |   | בריאות הסביבה  |

- הציון בקלינאות תקשורת אינו נכלל בסה"כ סכום ציוני הבקרה בנספח ד

| הציון | טווח הציון | הערכה מילולית |
|-------|------------|---------------|
| 1     | 1-65       | נכשל          |
| 2     | 66-72      | טעון שיפור רב |
| 3     | 73-79      | טעון שיפור    |
| 4     | 80-86      | טוב           |
| 5     | 87-93      | כמעט טוב מאוד |
| 6     | 94-100     | טוב מאוד      |

נח מוזס 15, תל אביב - יפו  
טל': 03-6061733 פקס: 03-6061740  
דוא"ל: [YAFIT.ASOR@MOH.HEALTH.GOV.IL](mailto:YAFIT.ASOR@MOH.HEALTH.GOV.IL)

**נספח ב' - ממצאי הבקרה והנחיות לתיקון**  
**הערה כללית: בכל מקום שבו מפורט תיאור תפקיד בלשון זכר הכוונה גם ללשון נקבה ולהיפך**

**רפואה**

**טבלת ציונים**

| סוג שאלון                       | ציון |
|---------------------------------|------|
| ציון משוקלל עבור מחלקות כרוניות | 94%  |

**בקרה במחלקה/מחלקות לגריאטריה כרונית**

**חוזקים**

**עבודת המנהל הרפואי**

- קיום והפעלת תוכנית הדרכה מוסדית בתחומי הגריאטריה וגרונטולוגיה. השתתפות בהדרכה מחוץ למוסד ובתוכו: קיימת ומופעלת באופן מלא.
- יישום התחומים לשיפור מהבקרה הקודמת: מלא.
- תעוד הייעוצים בתחום גריאטריה: מלא.
- היערכות מוסדית להתמודדות עם זיהומים: קיום נוהל פנימי.
- קבלת מטופלים בהתאמה לסיווג מחלקות סעודיות/לתשושי נפש: מלא, הרופא משתתף.
- הכשרת מנהל רפואי: מומחה בגריאטריה.
- היערכות המוסד וקיום נוהל פנימי לשמירה על סביבה בטיחותית ומניעת נפילות ותאונות וישומו: מלאה.
- הסדר ייעוץ רפואי (לא גריאטרי): קבוע.

- הכרת החוזרים והנהלים של משרד הבריאות ושל אגף לגריאטריה: טובה וכוללת הכנת נהלים פנימיים.
- אמצעים לעדכון ידע בתחום הפנימית והגריאטריה: ספרות עדכנית, אינטרנט.
- תכנון ויישום "הבטחת השגחה רפואית בכל היממה" (זמינות ותיעוד; כוננות/תורנות): יישום תקין.

#### קשר עם משפחות

- זמינות הרופא למשפחות תכנון ותיעוד השיחות בקבלה, אחת לתקופה ובמצבי משבר: מלא.
- דיון בקבלה/תקופתי, על מצבי סוף החיים, קיום הנחיות מקדימות: מתקיימים.

#### רופא בית

- הכשרת רופא בית: מומחה/מתמחה בגריאטריה.
- הכרה ויישום נהלי רפואה ונהלי רוחב של האגף לגריאטריה: מלא.
- הכרת המטופלים ובעיותיהם הרפואיות: טובה.

#### איכות הרשומה בקבלה הרפואית של המטופל

- הערכה קוגניטיבית: מלאה (בכלי מתוקף).
- הערכה תפקודית: מלאה (בכלי מתוקף).

• בדיקה גופנית: טובה ומלאה.

• סיכום ותכנית טיפול: אבחנות, תרופות, תזונה ופרארפואי: מלא תוך התייחסות לאבחנות.

• התייחסות ספציפית לתסמונות גריאטריות: מלאה.

• תרופות בקבלתו, תיאור תרשים EKG: רישום מלא.

• אנמנזה: טובה.

#### מעקב רפואי שוטף

• יישום מעקב אחר בעיות כרוניות, לרבות מניעה וטיפול של פצעי לחץ: יישום מלא.

• רישום אבחנות, כולל תסמונות גריאטריות ועדכון מעת לעת: תקין.

• הכללת המידע הנחוץ בעת הפנייה למוסד רפואי אחר: מלאה.

• אבחון וטיפול בבעיות משקל והזנה (כולל הזנה אנטרלית): מלא ותקין.

#### הוראות רפואיות והוראות למתן תרופות

• בדיקה תקופתית של רישום תרופות לטיפול הניתן בפועל והתייחסות ל"ריבוי תרופות": תקינה.

• הוראה רשומה כראוי וחתומה ע"י הרופא: באופן מלא.

#### בדיקות מעבדה

• עיתוי ותדירות ביצוע בדיקות (שגרה, לפי בעיות כרוניות, חדשות): תקין.

• רישום, נימוק ומעקב רפואי של תוצאות בדיקות לא תקינות: מלא.

### בדיקה תקופתית אחת ל - 3 חודשים

• התייחסות לשינוי במצב תפקודי וקוגניטיבי: מלאה.

• תכנית טיפול, כולל התייחסות רב מקצועית: מלאה.

• התייחסות לבעיות חדשות וממצאים חדשים רלבנטיים: מלאה.

### פעילות צוות רב מקצועי במחלקה

• תדירות ישיבות הצוות לגבי כל חולה: טובה.

• נימוק ודיון בצוות רב מקצועי על שימוש באמצעים מגבילים או אמצעים לייצוב ותמיכת המטופל כשגרת טיפול: מעקב רפואי ודיון בישיבת צוות.

• מנגנוני תקשורת בין אנשי הצוות: מלא.

### דו"ח אירוע חריג

• רישום בדו"ח אירוע חריג ע"י רופא והמעקב אחר תוצאותיו: תקין.

### תיקי מטופלים שעזבו את המחלקה (כולל פטירות)

• סיכום רפואי של האשפוז לרבות מכתב שחרור/הפניה: מלא.

### רפואה מונעת ורפואה פליאטיבית

- מוודא מתן חיסונים קבועים ותקופתיים לצוות המטפל (חדש וותיק) ונותן לצוות הסברים: מלא.
- פעילות על פי הנחיות לטיפול בנשאי חיידקים עמידים ובמניעת זיהומים: קיימת.
- קיום תכניות מיוחדות במוסד ומעורבות הרופא: הערכות למתן טיפול פליאטיבי, התייחסות רופא למדד כאב והטיפול בעקבותיו: קיימות עם מעורבות.
- ביצוע מדיניות לחיסוני שפעת ופנוימוקוק למטופלים: מלא.

## תחומים הטעונים תיקון ושיפור עבודת המנהל הרפואי

- הסדר יועץ גריאטרי: אין יועץ.

## מעקב רפואי שוטף

- אבחון וטיפול בעיות דחופות. יישום ותעוד בהתאם להרשאת מתן טיפול חריף (IV): חלקי.

## הוראות רפואיות והוראות למתן תרופות

- הוראות מתן תרופות אנטי פסיכוטיות - רישום, דיון ונימוק: חלקי.

## פעילות צוות רב מקצועי במחלקה

- סיכום ישיבת הצוות ותכניות טיפול רב מקצועית, התייחסות לישיבה קודמת: חלקי.

## סיכום כללי

- במוסד מנהל רפואי מומחה בגריאטריה, המתפקד גם כרופא בית בשלושת המחלקות. מתוקף תפקידו מתייחס לבעיות ספציפיות במטופליו. עבודת הצוות הרב מקצועי טובה, רצוי סיכום אינטגרטיבי ומעמיק יותר של אנשי הצוות בישיבות צוות רב מקצועיות. ממליצים העמקת הדיונים לגבי הטיפול האנטיפסיכוטי, רצוי בשיתוף הרוקחת, ניכרת עבודה מקצועית עם דגש גריאטרי בהשתתפות

רופא מומחה בגריאטריה וצוות עם אוריינטציה פליאטיבית.

## סיעוד

### טבלת ציונים

| סוג שאלון                       | ציון |
|---------------------------------|------|
| ציון משוקלל עבור מחלקות כרוניות | 92%  |

## נתוני בקרה כלליים

### תיאור כללי:

- בבקרה מתוכננת שנערכה בשעות הבוקר, רוב המטופלים נמצאו מחוץ למיטותיהם, לבושים בבגדים נקיים ובהתאם לעונה. במחלקות סיעודיות מאושפזת מטופלת אחת עם פצעי לחץ דרגה 1-2, 4 מטופלים מקבלים הזנה באמצעות פיום קיבה.

## נח-אדם - בכל המחלקות

- תקינת אחיות ומטפלים בהתאם לנהלים. במוסד מועסקות אחיות מוסמכות. כל האחיות אקדמאיות. מנהל האחיות עם הכשרה על בסיסית בגריאטריה. במהלך השנה נקלטו 5 אחיות חדשות ו-3 מטפלים. הצוות יציב ותחלופת הצוות נמוכה יחסית. בבדיקת סידורי עבודה ללא חוסרי כוח אדם. משמרת ערב של מטפלים מסתיימת בשעה 22:00 ומשמרת לילה מתחילה בשעה 23:00. לפי סידורי עבודה בין שעה 22:00 לבין שעה 23:00 עובדת אחות אחת בכל מחלקה, במחלקות ב' וג' מטופלת אחת משותפת לשתי המחלקות במשמרת לילה.

## חוזקים - בכל המחלקות:

- נאמני נושא: מונו 4 אחיות נאמנות נושא בתחומים של מניעת זיהומים, מניעת פצעי לחץ, מניעת כאב ומניעת עצירות. על פי הרישומים במהלך שנת 2023 צוות העובדים השתתפו ב-4 הדרכות בנושאי מניעת זיהומים, מניעת פצעי לחץ, מניעת עצירות ומניעת כאב. נעשה עיבוד נתונים ותכניות עבודה בתחום פצעי לחץ. ועדות מוסדיות: בשיתוף עם צוות רב מקצועי ומנהל רפואי, פועלות ועדות שונות בתחום ניהול סיכונים, התעמרות והגבלות פיזיות. חיסוני עובדים: קיים תיעוד מסודר של חיסוני הצוות. לפי דיווח, 100% מהאחיות חוסנו כנדרש. במוסד 24 מטפלים 5 מטפלים (21%) חוסנו מטפל אחד (4%) חוסן חלקית 18 מטפלים (75%) סרבו להתחסן סירוב המטפלים מתועד בחתימת העובד כנדרש בנוהל.

תוכנית חת"ש: קיימת תכנית חת"ש מקיפה. צוות האחיות והמטפלים מודרך בהכשרות פנים מוסדיות בנושאים שונים בתחום הטיפול באדם הקשיש. צוות מקצועות הבריאות שותף לתוכניות ההדרכה ומדריך את הצוות בנושאים שונים. תכנית מניעת עצירות: הוצגה תכנית מניעת עצירות בהשתתפות רופא, אח נאמן נושא מניעת עצירות, דיאטנית ופיזיותרפיסט. התכנית כוללת הקפדה על מתן שתיה, פעילות גופנית והולכות יזומות בהתאם ליכולת המטופל, הגשת ירקות בכל הארוחות. טיפול פליאטיבי: במוסד קיימת וועדה פליאטיבית, אך עדיין ללא הכשרה בתחום. בצוות הועדה משתתפים רופא, מנהל הסיעוד ועובדת סוציאלית. מצלמות- במוסד התקנו מצלמות במרחבים ציבוריים.

## תחומים הטעונים תיקון ושיפור - בכל המחלקות:

- אירועים חריגים: יש להתייחס לאירועים חריגים מהיבט ניהול סיכונים ולשפר את תהליך הסקת מסקנות לאירועים והטמעתן בשטח. מומלץ לקיים דיון בנושא בוועדת ניהול סיכונים לאחר הדיון בישיבות הצוות הרב המקצועי. מומלץ לערוך ניתוח רוחבי של אירועים חריגים / נפילות, להפיק לקחים ברמה המוסדית ולוודא יישום החלטות בפועל.

## **בקרה במחלקה/מחלקות לגריאטריה כרונית**

### **חוזקים**

#### **אומדן סיעודי ורישום אנמנזה**

- קבלת מטופלים חדשים ומטופלים שחוזרים מאשפוז בבית חולים, נעשית בצורה מקצועית עם שימוש באומדנים רלוונטיים לקבלת אנמנזה סיעודית.

#### **תכנית טיפול בקבלה לאשפוז**

- בתוכנית טיפול קיימת התייחסות לאבחנות ייחודיות של המטופל.

### **תרופות**

- תוקנו הליקויים מהבקרה הקודמת בנושא תרופות בנות סיכון, קיימת הקפדה על עבודה עפ"י חוזר מינהל רפואה 41/2013"מתן תרופות בנות סיכון"

### **זכויות החולה**

- קיים דגש על הנגשה תרבותית. בבית הסיעודי מאושפז שיעור גבוה של מטופלים דוברי שפה רוסית. למחלקה סיעודית א' התקבלה עובדת תעסוקה דוברת שפה רוסית שיכולה לתת מענה למטופלים הללו.

### **תחומים הטעונים תיקון ושיפור**

#### **היגיינה אישית ולבוש**

- למטופלים מסוגלים להתהלך, יש להקפיד על שימוש בנעליים בטיחותיות. במחלקה סיעודית א' נצפו מטופלים שנמצאים בתכנית הולכה עם נעלי קרוקס לא בטיחותיות.

#### **תנועתיות ותנוחה**

- במחלקה סיעודית ב, מטופלת ששכבה במיטה היה רשום שינוי תנוחה בטופס שלא תאם לשינוי תנוחה בפועל. המטופלת נמצאה שוכבת על הגב עם תמיכת כריות מ-2 צדדים ורגליים מעל כרית לרגליים, אך בטופס הייתה מסומנת תנוחה על צד ימין. במחלקה סיעודית ג' נצפתה העברת מטופל בכיסא גלגלים ללא רגליות בצורה לא בטיחותית. יש להקפיד להתאים גובה השולחנות לכיסאות הגלגלים על מנת לשפר ולשמר את היכולות התפקודיות של המטופלים בזמן תעסוקה ואכילה, יש להדריך את הצוות ולהגביר את המודעות לנושא ההושבה נכונה של המטופלים. בתצפית על ארוחת צהריים במחלקה סיעודית ג' נמצאו מטופלים שישבו ליד שולחנות שלא התאימו בגובה של כיסאות גלגלים.

### **עדכון מקצועי**

- בבדיקה אקראית על השתתפות של אנשי הצוות בתוכנית החת"ש, נמצאו חתימות של כל אנשי הצוות של המוסד בכל ההרצאות. יש לאפשר לאנשי הצוות שלא השתתפו בהדרכות במסגרת תכנית החת"ש, להכיר את החומר שהועבר בהדרכה ולחתום בטופס המתאים. נושא ההדרכות שנאמני נושא מדריכים את הצוות לא השתנו מאז הדרכות בשנה 2023. חשוב לבנות תכנית שנתית עדכנית בנושאים רלוונטיים למוסד. במוסד קיימת ועדה פלאטיבית, אך אין אנשי הצוות בוגרי הכשרה בנושא.

**סיכום כללי - תחום סיעוד**

- תחום הסיעוד מתנהל ברמה טובה ומקצועית.

## תזונה

### טבלת ציונים

| סוג שאלון                       | ציון |
|---------------------------------|------|
| ציון משוקלל עבור מחלקות כרוניות | 91%  |

## נתוני בקרה כלליים

### תיאור כללי:

- בקרה מתוכננת לאחר בקרה קודמת שהתקיימה ב- 8.3.23

## בקרה במחלקה/מחלקות לגריאטריה כרונית

### ניהול כח-אדם

- דיאטנית מנוסה עובדת במוסד כ- 10 שנים 12 ש"ש פעמיים בשבוע בימי רביעי אחרי צהריים ובימי שבת.  
היא בוגרת קורס ייעודי לתזונה בגריאטריה ועברה השתלמות הערכה פיזיקאלית ראש-צוואר ממוקדת תזונה.

### חוזקים

- הדיאטנית מקיימת תהליכי הבטחת איכות ותיקון ליקויים באופן שיטתי בתחום התזונה.  
יש חת"שים, פרויקטים והדרכות לעובדים באופן שוטף.

### גודלי מנה/גיוון

- בתצפית ארוחת צהריים ולפי בקורות פנים של הדיאטנית נמצא שגודלי מנות תקינים.

### הגשת ארוחות צהריים - תצפית / אבטחת איכות כלל הארוחות

- האוירה בחדרי האוכל נעימה והמזון מזמין וצבעוני.  
נצפה מתן סיוע למי שצריך והאכלה סבלנית ומכבדת.

### מטופל חדש - תיעוד ברשומה התזונתית

- יש קבלות תזונתיות מקיפות כולל תיעוד שיחה עם משפחה לתאום ציפיות.

### מטופל במצב תזונתי לא תקין - תיעוד ומעקב

- קיימת התייחסות במועד של חריגי משקל ובעיות תזונתיות ותוכניות להתערבות תזונתית.

### יישום והלימה

- יש מעקב תזונתי בתדירות הנדרשת.

## תחומים הטעונים תיקון ושיפור

### איכות ובטיחות המזון

- פריסת זמני ארוחות: ארוחת בוקר מתחילה ב- 08:00, ארוחת ביניים ב- 10:00 וארוחת צהריים מתחילה ב- 12:00. הארוחות קרובים מידי ( 2 ארוחות עיקריות וארוחת ביניים ב- 4 שעות! ). מומלץ להרוויח את הארוחות על מנת לאפשר צריכה מיטיבית של המזון.

נצפה כי חלק מהמטופלים אוכלים מעט מידי בצהריים ויתכן שהם לא מספיק רעבים.

בארוחת ערב אמורים להיות 2 מוצרי חלב ובפועל קיים רק אחד (מעדן/יוגורט/גבינה). ראו בנספח 8-500 של נוהל תזונה 5.0.3 - ארוחת ערב מוצר חלב א' ומוצר חלב ב' (הערה חוזרת).

#### בדיקת התפריט השבועי - רישום מול יישום

- לא הייתה הלימה בין התפריט למזון המוגש בפועל בנוגע למרקם. יש להגיש מרק שונה כל יום בתפריט השבועי ולהתאים תרבותית את המרק לאוכלוסיה (נספח-8-500 לנוהל תזונה)

#### רשומות מחלקתיות

- חשוב להסדיר נושא מרקמי המזון והשתיה. נצפה חוסר הלימה בין המרקם שנקבע והמוגש בפועל.

#### הגשת ארוחות צהריים - תצפית / אבטחת איכות כלל הארוחות

- מומלץ להציע לכל המטופלים אופציה של שתיית מיץ/מים. לעתים מיץ משפר כמות השתייה של מטופלים סיעודיים שבסיכון להתייבשות.
- מקבלי שתייה עם מסמך: לא מומלץ להכין שתייה עם מסמך בקנקן שעומד בחוץ במשך היום. מסמך בתוך מים בטמפרטורת החדר אינו טעים ועלול לאבד תכונת ההסמכה שלו בשל עמידה לאורך היום.

- היבטים בחלוקת/הגשת מזון (מתן בחירה, התחשבות ברצון המטופל, צבעים, כלים, עריכת שולחן/משך הארוחה/אווירה): חשוב לקרב את המטופלים לשולחן להשגת אכילה נוחה. נצפו מטופלים ישובים במרחק מהשולחן שהפריע לאכילה עצמאית. יש להתאים סכ"ם בהתאם ליכולות של המטופלים. כגון מתן סכין למטופל שמסוגל לחתוך את המזון בעצמו.

#### יישום והלימה

- חשוב לקבוע אבחנות תזונתיות תוך דיון וחיפוש האתילוגיה (סיבה) לבעיה התזונתית. תהליך זה (NCP) מדייק את הטיפול התזונתי למטופל סיעודי.

#### סיכום כללי

- תחום התזונה בשיפור מתמיד ויש התייחסות לליקויים מהבקורות הקודמות לרווחת המטופלים.
- חשוב להסדיר נושא קביעת מרקמי מזון ולחדד עבודה משותפת במקצועות הרלוונטיים (תזונה, קלינאות תקשורת, סיעוד ורפואה) עבור מטופלים עם בעיות בליעה.

## פיזיותרפיה

### טבלת ציונים

| סוג שאלון                       | ציון |
|---------------------------------|------|
| ציון משוקלל עבור מחלקות כרוניות | 93%  |

## בקרה במחלקה/מחלקות לגריאטריה כרונית

### ניהול כח-אדם

- בבית החולים עובד פיזיותרפיסט יחיד, בימים ב'-ו', בשעות הבוקר. בימי ג' גם בשעות אחר הצהריים.

### חוזקים

#### פרופיל המטופלים במוסד

- מרבית המטופלים מקבלים טיפול פרטני ו/או טיפול בקבוצה על פי תכנית הטיפול.

#### ארגון השרות

- מנהל השרות ותיק ובעל הכשרה על בסיסית בגריאטריה.
- העבודה מתנהלת על פי תכנית שבועית.

#### הדרכה, השתלמות ותקשורת בין צוותית

- הדרכה של מטפלים חדשים בפיזיותרפיה מתבצעת באופן סדיר.
- הפיזיותרפיסט מעביר הדרכה לכלל הצוות במסגרת תכנית החת"ש.
- ניתנו הדרכות ייעודיות בנושא ישיבה בארוחות.
- הפיזיותרפיסט משתתף בישיבות הצוות הרב מקצועי בכל המחלקות.
- הנחיות לצוות מונגשות באמצעות לוחות ליד מיטות המטופלים.
- הפיזיותרפיסט יצא ליום עיון בנושא ישיבה במהלך השנה האחרונה.

#### תנאים פיזיים

- חדר הפיזיותרפיה עומד בדרישות הפרוגרמה.

#### ציוד טיפולי

- הציוד הטיפולי הנדרש קיים. בשנה האחרונה נרכש עמידון.

#### ציוד ואביזרי עזר לניידות

- נעשה שימוש במנוף להעברת מטופלים וניתנה הדרכה בנושא.
- מרבית המיטות חשמליות ונעשה שימוש נרחב במזרני אוויר דינמיים.

### תחומים הטעונים תיקון ושיפור

#### ארגון השרות

- לבנות את תכנית העבודה השבועית כך שהטיפול שמתקבל יתפרסו על פני השבוע. כיום מטופלים ממחלקה סיעודית ג'

מקבלים את הטיפולים בשני ימים עוקבים בשבוע.

#### טיפול פרטני

- להתאים את תדירות הטיפול לצרכים היחודיים של כל מטופל.

#### טיפול בקבוצה

- לאפשר טיפול בקבוצה ליותר מטופלים (הערה חוזרת).

#### מעקב פיזיקאלי ותיעוד הערכה תקופתית

- לעשות שימוש בכלי הערכה ומדידה לקביעת מטרות ותכנית הטיפול ולמעקב אחר מצבו התפקודי של המטופל ובחינת יעילות הטיפול.

#### טכנולוגיה לישיבה וניידות

- להתאים נעליים בטיחותיות למטופלים מתהלכים (תפקודית וטיפולית).  
להקפיד על שימוש בטיחותי באמצעים להגבלה פיזית.  
לאפשר למטופלים המסוגלים לכך לשבת בכסאות ישיבה רגילים.  
לצייד את המחלקות בכסאות ישיבה מרופדים ובעלי ידיות, כנדרש בחוברת ההצטיידות.  
להתאים את גובה שולחנות האוכל לצרכי המטופלים על מנת לאפשר תפקוד ליד שולחן.  
לרכוש כסאות גלגלים עם מנגנון TIS.

#### סיכום כללי - תחום פיזיותרפיה

- שירות הפיזיותרפיה בבית החולים יציב, ניכרת הכרות טובה של המטופלים. הפיזיותרפיסט מעורב גם בעשייה הרחבתית בבית.

## ריפוי בעיסוק

### טבלת ציונים

| סוג שאלון                       | ציון |
|---------------------------------|------|
| ציון משוקלל עבור מחלקות כרוניות | 88%  |

## בקרה במחלקה/מחלקות לגריאטריה כרונית

### ניהול כח-אדם

- במוסד מרפאה בעיסוק אחת שהיא מנהלת השירות. השירות ניתן יומיים בשבוע בשעות הבוקר והצהריים, סה"כ 12 ש"ש.
- במחלקות 4 מדריכות תעסוקה, אחת מהן החלה את עבודתה במוסד שבועיים וחצי טרם הבקרה. התעסוקה מתקיימת 5 ימים בשבוע בשעות הבוקר, סה"כ 50 ש"ש.

### חוזקים

#### קבלת מטופל חדש ע"י מרפא/ה בעיסוק

- מתקיימות הערכות תפקודיות לכלל המטופלים במחלקות.

#### הערכת מעקב

- מתקיימות הערכות מעקב לכלל המטופלים בתדירות הנדרשת, בנוסף מתקיימים מעקבים יזומים לדוגמא- לאחר חזרת מטופלים מאשפוז ולאחר אירועים חריגים.

#### ישום תכנית הטיפול

- ההתערבות הטיפולית הישירה כוללת טיפולים פרטניים וקבוצה טיפולית "קוגניטיון" שהחלה ביוני האחרון בתדירות שבועית, בה משתתפים 4 מטופלים. קיים תיעוד ועדכון בתכנית ההתערבות על כך כנדרש. מותאמים סדים ואביזרי עזר, קיים מעקב ותיעוד כנדרש.

#### הכרת מטופל חדש ע"י מדריכת תעסוקה

- מתקיים כנדרש.

#### פעילות בתעסוקה

- פעילות התעסוקה מתקיימת בשעות הבוקר וכוללת הפעלה פרטנית וקבוצתית. תכנית הפעילות הקבוצתית מגוונת ומותאמת להעדפות ולתרבות המטופלים בכל מחלקה.

#### תנאים פיזיים וסביבה

- קיים מכון לריפוי בעיסוק המשמש כמשרד למנהלת השירות ומאפשר ביצוע הערכות וטיפולים פרטניים. קיים חדר למדריכות התעסוקה סמוך למכון הריפוי בעיסוק. הפעילות מתקיימת בחדרי האוכל שהינם מוארים ומותאמים לפעילות, בהם מוצגים לוחות התמצאות ולוחות תכנית פעילות שבועית. חדרי המטופלים מקושטים, לרוב נצפתה בהם התייחסות לצביון האישי.

#### ציוד ואביזרים

- הציווד הטיפולי כולל סדים, אביזרי עזר, אמצעים לתרגול מוטורי וקוגניטיבי, טאבלטים, מערכת קוגנישן ו Obie. קיים ציוד בסיסי להפעלה במחלקות.

### הדרכה ותקשורת

- בשירות מתקיימות ישיבות צוות וישיבות הדרכה פרטניות למדריכות התעסוקה בתדירות הנדרשת, קיים תיעוד כנדרש. מנהלת השירות משתתפת בישיבות הצוות הרב מקצועיות באופן קבוע. השירות מעורב בתוכנית החת"ש המוסדית, הועברה הדרכה בנושא "ריפוי בעיסוק", בנוסף הועברו הדרכות מחלקתיות בנושאים: "אוטונומיה" ו "האכלה". מנהלת השירות שותפה בוועדות מוסדיות (פליאטיבית והגבלות).

### העשרה ונהלים

- מנהלת השירות משתתפת בהשתלמויות מקצועיות. קיימים נהלים פנימיים מותאמים לצרכי השירות. מתקיימים פרויקטים בשירות ("גינון", "סבתא מבשלת") ופרויקט "נימוסי שולחן" בשיתוף עם שירות הפיזיותרפיה.

### תחומים הטעונים תיקון ושיפור

#### קבלת מטופל חדש ע"י מרפא/ה בעיסוק

- יש להשתמש במגוון כלי אבחון והערכה המותאמים לרמות תפקוד שונות, כגון אבחון החת"ם. יש להקפיד על קביעת תכנית התערבות ייחודית עבור כל מטופל בהתאם לממצאי ההערכה והעדפותיו, כולל התייחסות לאבחנות ולמגבלות השונות כגון לקות ראייה/ שמיעה ועוד.

#### הערכת מעקב

- יש להקפיד על עדכון תכנית ההתערבות כולל התייחסות להדרכת אנשי הצוות במחלקות.

#### ישום תכנית הטיפול

- יש להרחיב את תחומי ההדרכות הניתנות לצוותים במחלקות בנוגע לטיפול במטופל, לנושאים מקצועיים שונים כגון: התאמת סדים ואביזרי עזר, IADL, BADL, התייחסות למטופלים עם מגבלות שונות, נגישות והתאמת סביבה, טיפול פליאטיבי ועוד. כמו כן, יש לתעד את ההדרכות הניתנות בנוגע לטיפול ייחודי במטופל בתיקי המטופלים.

#### פעילות בתעסוקה

- יש לספק מגוון פעילויות פרטניות למטופלים, המותאמת למצב התפקודי, לרקע התרבותי והעיסוקי ולהעדפותיו של כל מטופל. יש לעדכן בהתאם לצורך את תכנית ההפעלה שתהיה מותאמת וייחודית לכל מטופל. על התכנית השבועית המוצגת במחלקה לשקף את הפעילות המתקיימת בפועל במחלקה. יש להעשיר את זמן הפנאי בשעות אחה"צ ובסופי שבוע ע"י הפעלת שיקול דעת מקצועי ומציאת דרכים אפשריים להפעלה (כגון: ערכות אישיות והדרכת הצוות במחלקה, העשרת ציוד ואמצעי הפעלה במחלקות, חוגים ועוד).

#### תנאים פיזיים וסביבה

- במכון הריפוי בעיסוק יש לדאוג למרחב טיפולי הולם, המאפשר ביצוע התערבות בתחומי תפקוד שונים (לדוגמא ע"י עיצוב החדר מחדש והוספת ריהוט מותאם, מתקנים ואמצעים המאפשרים התערבות טיפולית). כמו כן, יש לעצב את חדר מדריכות התעסוקה בצורה המאפשרת מרחב עבודה ומשטח לרישום של המדריכות.

#### ציוד ואביזרים

- יש להעשיר את אמצעי ההפעלה הפרטנית והקבוצתית בתעסוקה. יש להמשיך בהבניית והעשרת ערכות הנושא. מומלץ להצטייד בציוד טכנולוגי מותאם לאוכלוסייה.

## העשרה ונהלים

- יש להמשיך בעידוד כל הצוות בשירות להשתתף בהשתלמויות וימי עיון רלוונטיים.
- יש להמשיך בפיתוח פרוייקטים רב מקצועיים ופרויקטים בשירות, יחד עם כך, קיים צורך בהעברת המסקנות העולות מכל פרויקט, קביעת תכנית עבודה להמשך ויישומה במחלקות.

## קלינאות תקשורת

### טבלת ציונים

| סוג שאלון                       | ציון |
|---------------------------------|------|
| ציון משוקלל עבור מחלקות כרוניות | 88%  |

## נתוני בקרה כלליים

### תיאור כללי:

- ארגון ופריסת השרות:  
שרות קלינאות התקשורת במוסד הינו שרות מקצועי ויציב.  
השרות פועל בשיתוף פעולה עם צוות מקצועות הבריאות במוסד.  
נבנו תהליכי עבודה פנימיים ורוחביים בין צוותיים שהוטמעו ומיושמים באופן חלקי במחלקות.  
מתקיימות הדרכות לצוותים הסיעודיים בכל מחלקה ובמסגרת תוכנית החת"ש פעמיים בשנה לכל צוות המוסד, בנושאים של הפרעות אכילה ובליעה, מרקמי מזון, הפרעות שמיעה ותקשורת.  
מתקיימת מעורבות של קלינאי התקשורת במטופלים עם הזנה אנטרלית.  
תנאים פיזיים וציוד:  
קלינאי התקשורת חולק חלל טיפולי עם שרות הריפוי בעיסוק שמתאים לעריכת טיפולים.  
קיימים כלי הערכה בסיסיים וציוד טיפולי כגון מגבר שמיעה וטאבלט.  
תקשורת בין צוותית:  
התקשורת בין קלינאי התקשורת לצוות הרב מקצועי מתקיימת באמצעות ווטסאפ והתמסורת הרפואית הממוחשבת.

### כח-אדם - בכל המחלקות

- השרות ניתן בהיקף כולל של 6 שעות בחודש, פעמיים בחודש ל-3 שעות כל פעם, בימים ג' או ד' בשעות הבוקר או אחה"צ.  
קלינאי התקשורת בעל ותק מוסדי של 7 שנים, ותק מקצועי של 12 שנים, ידע וניסיון בתחום הבליעה, הגריאטריה והטיפול הפליאטיבי.  
הוא חזר לעבוד בתקינה הנדרשת לאחר תקופה בה עבד בהיקף נמוך מהנדרש.

### חוזקים - בכל המחלקות:

- השרות ניתן באופן סדיר ועקבי בכל המחלקות.  
התקיימו הערכות לכל המטופלים במחלקות ומתקיימים מעקבים שוטפים כנדרש.  
ההערכות והמעקבים כוללים את כל תחומי המקצוע ומתועדים באופן שוטף ברשומה הרפואית.  
ניכרים תהליכי עבודה פנימיים ורוחביים בין צוותיים בין קלינאי התקשורת לצוות מקצועות הבריאות, כגון התערבות במטופלים בעלי לקות שמיעה.  
קיימת התאמה מלאה בין המלצות קלינאי התקשורת למרקמי מזון והנחיות להאכלה טיפולית לבין הרישום ברשומה הרפואית של הסיעוד, דבר שהינו משמעותי לרצף הטיפול במטופל.

## תחומים הטעונים תיקון ושיפור - בכל המחלקות:

### • תיעוד ודיווח:

רמת התיעוד ברשומה הרפואית מפורטת, אך לעיתים חסרה התייחסות לתפקוד השמיעתי של המטופל ומידע תזונתי אודותיו כגון: ירידה במשקל, מתן העשרה תזונתית וכד'. יש לשפר את התיעוד ברשומה הרפואית כך שיקלו את הנושאים הנ"ל. חסר דיווח של קלינאי התקשורת לישיבות הצוות הרב מקצועי. חשוב להקפיד על דיווח שוטף ועקבי לישיבות הצוות המחלקתיות.

### הערכה וביצוע תכנית ההתערבות:

בחלק מתיקי המטופלים נראתה אי התאמה בין רישום ההמלצות של הקלינאי למרקמי מזון לרישום בדיווח השוטף אצל בעלי המקצועות הרלבנטיים. בלוח המרקמים המחלקתי חסר ציון דרגת ההסמכה אצל מטופלים עם המלצה להסמכת נוזלים. נראתה אי התאמה בין המלצות קלינאי התקשורת למרקמי מזון והסמכת נוזלים לבין מה שהמטופלים קיבלו בפועל, דבר שעלול לפגוע בבטיחות המטופל ובריאותו. לדוגמה: מטופלת שזקוקה למרקם רך וקיבלה מרקם רגיל ומטופלת שקיבלה הסמכה דלילה מזו שהומלצה לה. בנוסף, למטופלים הזקוקים להסמכת נזל הוכנו מראש קנקנים עם שתייה מוסמכת שעמדו זמן רב על השולחן, והשתייה בהם עלולה לשנות את רמת ההסמכה שלה. יש להקפיד על התאמה בין מרקמי המזון המומלצים למטופל לבין מה שמקבל בפועל, על מנת לשמור על בריאותו ובטיחותו. חשוב לציין רמת הסמכה לכל מטופל בלוח מרקמי המזון המחלקתי. חשוב להדריך את הצוותים הסיעודיים במחלקות ולרענן הנחיות לגבי מרקמי המזון וכיצד ליישמן.

מתקיימת מעורבות של קלינאי התקשורת בהחלטות הצוות הרב מקצועי בתחום ההזנה האנטרלית והגמילה ממנה, אך תהליכי העבודה הבין צוותיים אינם מבוססים דים וחסר תיעוד של דיון רב מקצועי בנושא. יש צורך להמשיך ולהטמיע מדיניות מוסדית לגבי מטופלים עם הזנה אנטרלית, לעורר דיון רב מקצועי בנושא ולהקפיד על תיעוד תהליכי העבודה הבין צוותיים במטופלים הללו, וכל זאת על פי נוהל רוחב "הזנה אנטרלית חודרנית" (0.5.9).

מתקיימים איתור והתערבות במטופלים הסובלים מלקות שמיעה כגון התאמה של מגבר שמיעה למטופל, אך תהליך ההתערבות הרב מקצועי אינו מבוסס דיו. יש צורך לבסס ולהטמיע תהליכי איתור וטיפול רב מקצועי במטופלים הסובלים מלקות שמיעה. חשוב לבסס תהליכי עבודה מובנים עם השרות לעבודה סוציאלית להבטחת מיצוי זכויות המטופל בתחום השמיעה.

### הדרכה ופיתוח מקצועי:

חשוב לאפשר לקלינאי התקשורת להשתתף בקורסים והכשרות מקצועיות המתאימים לצרכי אוכלוסיית המטופלים.

## סיכום כללי - תחום קלינאות תקשורת

• שרות קלינאות התקשורת במוסד הינו שרות מקצועי הפועל בשיתוף פעולה עם הצוות הרב מקצועי, בהתאם לתקינה הנדרשת. יש צורך להמשיך להבנות ולהטמיע נהלי עבודה פנימיים ורוחביים בין צוותים במוסד, בטיפול רב מקצועי במטופלים עם הפרעות אכילה ובליעה, שמיעה ותקשורת, ולבסס את תהליכי העבודה הללו עם כל מקצועות הבריאות.

## עבודה סוציאלית

### טבלת ציונים

| סוג שאלון                       | ציון |
|---------------------------------|------|
| ציון משוקלל עבור מחלקות כרוניות | 91%  |

## נתוני בקרה כלליים

### תיאור כללי:

- המטופלים המאושפדים בבית החולים בעלי רקע דמוגרפי הטרוגני, רב תרבותי ורב שפתי, בשל כך ההתייחסות לרמה הפרטנית והרוחבית מאתגרת.

### נח-אדם - בכל המחלקות

- מאז הבקרה האחרונה הייתה תחלופה בצוות השירות הסוציאלי. העו"ס הנוכחית התחילה את תפקידה בתאריך 17.10.23. לא התקיימה חפיפה. העו"ס בוגרת תואר ראשון ושני בעבודה סוציאלית ועברה הכשרה בעבודה קבוצתית. ללא הכשרה בגריאטריה אך נרשמה לקורס פליאטיבי בבית חולים רמב"ם. לעו"ס ניסיון בטיפול בנערים והדרכת הורים בשירותים החברתיים (רווחה). מועסקת 4 ימים בשבוע, 22 ש"ש.

## בקרה במחלקה/מחלקות לגריאטריה כרונית

### חוזקים

#### קבלת מטופל והסתגלות

- העו"ס מבצעת את תהליך קבלת המטופל סמוך לקליטתו. ההערכה הפסיכוסוציאלית כוללת מידע מקיף, התייחסות לאירועים מיוחדים, מערכות תמיכה, הערכת צרכים ראשוניים ותוכנית טיפול מותאמת. מתקיימת שיחה לתיאום ציפיות וליווי בתהליך ההסתגלות. העו"ס משתתפת בוועדת קבלה ומעורבת בהתאמת המטופל למחלקה, חדר ומיקום ישיבה.

#### פעילות כללית של העובד הסוציאלי

- העו"ס פועלת לאיתור רצונות וצרכים של המטופלים, ניכרת מעורבות בחיי המטופלים, קיים קשר עם המשפחות. מתקיים מעקב אחר ביקורי המשפחות והוא מתועל לרווחת המטופל.

הדרכה לעובד חדש מתבצעת באופן קבוצתי או פרטני בנושאים כגון מניעת התעמרות, חוק זכויות החולה, שמירה על כבודו של המטופל ותקשורת מכבדת. קיים טופס מובנה וכל עובד חותם.

#### שביעות רצון המטופל

- מטופלים ומשפחות עימם שוחחנו הביעו שביעות רצון גבוהה מיחס הצוות ואיכות הטיפול.

#### תצפית חדרים ושטחים ציבוריים

- ביום הבקרה נצפתה אווירה נעימה ומשפחתית במחלקות. הלובי בכניסה והמרחבים הציבוריים מרוהטים לנוחות האורחים ומאפשרים ביקורי משפחות איכותיים. חדרי המטופלים נמצאו נקיים כולל אמצעים לשמירה על הפרטיות. המטופלים לבושים בביגוד אישי, נקי, מסודר ומותאם לעונה. המידע בלוחות המודעות לרווחת המטופלים והמשפחות נגיש ומותאם שפתית לאוכלוסייה.

#### פעילות העו"ס בתחום הקבוצתי והקהילתי

• העו"ס מקיים פעילות קבוצתית עם מטופלים: מתקיימת פעילות קבוצתית למטופלים בנושא פתגמים ומנהגים בערבית.

• העו"ס מקיים פעילות קבוצתית עם משפחות: החל מיוני 2024 מתקיימת עבודה קבוצתית למטפל העיקרי פעם בחודש.

• מתקיימת תכנית לפיתוח הקשרים עם הקהילה (כגון: פעילות מתנדבים, שיתוף הקהילה בחיי המוסד): העו"ס פועלת בשיתוף לפיתוח הקשרים עם הקהילה ולגיוס מתנדבים. ההתנדבות מתבצעת באופן פרטני וקבוצתי בדגש על שיוך תרבותי של המטופלים: קשר עם בית ספר, מחויבות אישית, יום המעשים הטובים והוועדה לענייני שלום נצרת.

• העו"ס שותף לפעילות החברתית-תרבותית: העו"ס שותפה ומעורבת בפעילות סביב אירועי חגים, טקסים וימי הולדת.

#### פעילות העו"ס בנושא חוק זכויות החולה

- השירות פועל למימוש זכויות המטופלים כגון: קבלת "קוד" של משרד הבריאות, טיפול שיניים, בדיקת ראייה, התאמת משקפיים ושימוש דמי כיס.
- נערך מיפוי והערכת צרכים בנושא המעמד המשפטי של המטופלים.
- התקיים מפגש בנושא זכויות ומניעת התעמרות למטופלים שמורים קוגניטיבית, כ 10 מטופלים השתתפו.

#### פעילות העו"ס בתחום זקנים נפגעי התעמרות

- הוועדה מתכנסת בהתאם לנוהל כאשר יש אירוע עם חשד להתעמרות.
- קיימת תוכנית שנתית הכוללת מעקב על ביצוע הדרכות לצוות.
- העו"ס השתתפה בסדנה בנושא במניעת התעמרות של משרד הבריאות.
- הודעה על קיום הוועדה למניעת התעמרות מונגשת בכל המחלקות.

#### טיפול בניצולי שואה

- קיים קלסר ייעודי הכולל את רשימת ניצולי השואה. העו"ס פנתה לתוכנית משאלת לב של עזר מציון ומשרד הבריאות. מבצעת מיצו זכויות למטופלים ניצולי שואה. התקיימה הדרכת הכנה לצוות לפני יום השואה.

#### טיפול תומך במטופל ובמשפחה

- העו"ס חברה בוועדה ומשתתפת בפגישות תיאום צפיות עם המשפחות.

#### עבודת הצוות הרב מקצועי

- העו"ס משתתפת בשיבות צוות בנושאים: הגבלות פיזיות וניהול סיכונים.
- העו"ס יוזם/שותף בפיתוח הצוות הרב מקצועי: העו"ס משולבת בחת"ש ותורמת מהידע שלה.

- מתקיימות ישיבות צוות רב מקצועי בהתאם לנוהל (תדירות, מעקב, נוכחות צוות): העו"ס אחראית על ארגון ישיבות צוות רב מקצועי. נצפו ישיבות בנושא שינוי במצב המטופל כמו חזרה מאשפוז.

#### הבטחת תנאים לעבודת העובד/ת הסוציאלית

- סביבת העבודה של העו"ס מותאמת לביצוע עבודתה.
- העו"ס מקבלת הדרכה מעו"ס חיצונית, וותיקה ומנוסה.

#### רשומת מטופל

- בתצפית מדגמית נמצא כי רשומת המטופל משקפת את המעורבות המקצועית.

#### תיק אפוטרופוסות

- קיים קלסר ייעודי הכולל רשימת מטופלים ועותק של כתב המינוי.
- קיים מעקב על תפקוד האפוטרופוס.

#### תיק ריכוז מתנדבים

- פרויקטים מיוחדים - ביצוע ותייעוד: העו"ס שותפה לפרויקט "סבתא מבשלת" יחד עם המר"ע והדיאטנית.

#### תחומים הטעונים תיקון ושיפור

##### תצפית חדרים ושטחים ציבוריים

- יש להמשיך ליזום פעילויות להגברת הצביון האישי בחדרי המטופלים, בכל המחלקות, ולעודד בני משפחה להביא חפצים אישיים על מנת לתת הרגשה ביתית במקום.

##### פעילות העו"ס בנושא חוק זכויות החולה

- יש להמשיך לפעול להעלאת המודעות לחתימה על יפוי כוח מתמשך והנחיות מקדימות.

##### פעילות העו"ס בתחום זקנים נפגעי התעמרות

- יש לשפר את כתיבת הפרוטוקול ולדייק את המסקנות וההחלטות. יש לעקוב אחר ביצוע ההחלטות.
- יש לאפשר לעו"ס הכשרה במניעת התעמרות.

#### טיפול תומך במטופל ובמשפחה

- להקפיד בישיבת הצוות על בניית תכנית טיפול בראייה של הגישה הפליאטיבית בהתאם להחלטה הוועדה.
- יש להמשיך להטמיע את הנושא בקרב הצוות.

#### הבטחת תנאים לעבודת העובד/ת הסוציאלית

- יש לאפשר לעו"ס הכשרה מקצועית בתחומים רלוונטי לגריאטריה. להמשיך להשתתף בימי עיון להרחבת הידע.
- חשוב להמשיך ולהטמיע את נהלי משרד הבריאות.

### סיכום כללי - תחום עבודה סוציאלית

- העו"ס מסורה ואכפתית, מכירה את המטופלים ומשפחותיהם ופועלת למיצוי זכויות. בזמן קצר העו"ס הצליחה לבנות תהליכי עבודה עם הצוות לטובת רווחת המטופלים. ניכרת השקעה של הנהלת המוסד בהדרכת העו"ס, חשוב לשמר את התפתחות והתייצבות השירות.  
יש להתייחס להערות הבקרה ולשפרם.

## רוקחות

### טבלת ציונים

| סוג שאלון                       | ציון |
|---------------------------------|------|
| ציון משוקלל עבור מחלקות כרוניות | 93%  |

## בקרה במחלקה/מחלקות לגריאטריה כרונית

### חוזקים

#### פעילות הרוקח/ת במוסד

- השתתפות בהשתלמויות מקצועיות בתחום הפרמקותרפיה (ובגריאטריה בפרט) במהלך החמש שנים האחרונות: בשנתיים אחרונות.
- עמידה בהיקף המשרה ובשעות העבודה המהווים בסיס לאישור: כן.

#### רכש אספקה וביעור תרופות

- רכש מספקים מורשים בלבד: כן.

### בקרה רוקחית

- לקיחת פרופיל תרופתי של מאושפז חדש: כן.

#### ספרות מקצועית ומסמכים ישימים

- ספרות מקצועית עדכנית: כן.

#### אחסון התרופות במחלקה ( מחלקות אשפוז )

- ארון בר-נעילה הנגיש לצוות המקצועי בלבד: כן.

### תחומים הטעונים תיקון ושיפור

#### חדר שירותי רוקחות

• החדר ייעודי ומיקומו הולם: אין הפרדה מלאה בין חלל החדר לחדרי התרופות המחלקתיים.

• החדר מצויד במתקני עזר לרוקח (מחשב, כספת, טלפון): יש להצטייד בכספות לסמים מסוכנים במחלקות במקרה ויתקבל מטופל עם טיפול תרופתי הדורש נעילת כספת.

#### אחסון וסידור תרופות ותוקפן

• טמפ' בטווח הנדרש ומבוצע מעקב יומי: יש לתעד כל אירוע חריג ולעדכן את הרוקחת בכל אירוע על מנת לתעד את המתרחש כמקובל בנהלים, יש לתעד לפי נוהל 126 של אגף רוקחות.  
יש לעבור על הטמפרטורה באופן יומי ולוודא שאין חריגות, ב-24 שעות שחלפו, כנדרש בנהלים.  
יש לעבור על כל סוגית הטמפרטורה ותיעודה ולטיבה ולעבוד לפי הנהלים.

#### מתן תרופות ( במחלקות אשפוז )

• הרוקח איתר אינטראקציות משמעותיות ודיווח לרופא: יש לחזק את שיתוף הפעולה הבין מקצועי לטיוב ושיפור היעוץ הרוקחי הקליני.

#### סיכום כללי - תחום רוקחות

• בית החולים עבר תקופה מאתגרת במקצוע הרוקחות, הרוקחת שגויסה לבית החולים החלה לבנות את מערך שירותי הרוקחות בבית החולים מן הייסוד, מכתיבת נהליים פנימיים ועד הדרכת הצוותים ובניית רשימות תרופתיות נדרשות.  
שירות הרוקחות נבנה מחדש, יש להמשיך ולתת לרוקחת את הכלים להמשיך ולהרים את השירות לטובת המטופלים במיוחד בהיבט הקליני של המקצוע.

## בריאות הסביבה

### טבלת ציונים

| סוג שאלון                       | ציון |
|---------------------------------|------|
| ציון משוקלל עבור מחלקות כרוניות | 91%  |

### סיכום כללי - תחום בריאות הסביבה

- הבקרה מטעם האגף לגריאטריה התקיימה בתאריך 14.8.2024, תחום בריאות הסביבה הושלם בתאריך 11.9.2024. הבקרה נערכה מול סגן המנהל. בבקרה זו חלק מהסעיפים בטופס הבקרה לא נבדקו. סעיפים שלא נבדקו קבלו ציון מקסימלי. לציון כי חלק מהמסמכים חסרו בעת הבקרה. חלקם הושלמו לאחר בקרה. אציין כי המסמכים צריכים להיות מוצגים בעת הבקרה. זו הערה חוזרת גם מדוח קודם. הדבר חשוב כדי לייצר שקיפות וכדי לייעל את הבקרה. מערכות אספקת מים: מערכות המים החמים: קיימת מערכת חימום מים מסוחררת הכוללת נפח אגירה, המושתתת על חימום בגז. במערכת קיים ניטור טמפרטורה רציף וחיבור למערכת התרעה לטלפון של סגן מנהל. תוכנית מים של המוסד ותוכנית הדיגום אושרו על ידי לשכת בריאות נפתית. בעת הבקרה המוסד לא נדרש להציג פרשה טכנית של מערכת המים החמים (הסבר מילולי). אדגיש את הצורך בהצגה ובזמינות תוכנית המים ופרשה טכנית בכותלי המוסד, לרשות המפקחים בכל עת, כולל בקורות פתע. בבקרה קודמת, דווח על התקנת ברזי דיגום.

#### בדיקות בקטריאליות:

תוצאות הבדיקות הוצגו. הרוב תקין. בתעודת בדיקה מספר 24773574, מחודש יוני 24, נרשם כי טמפ' מים קרים 43 מעלות ממקלחת סיעודית. ממים אלו נדגמו קוליפורמים ופסאודומונס. לא תקין. נדגיש כי גם מתעודת בדיקה מחודש מאי 24, גם צוין כי טמפ' הדיגום ממים קרים 43 מעלות.

ע"פ מייל מהדוגם לאחר הבקרה, בניסיון להסביר את הממצא, טען שחלה טעות בדגום והופקו לקחים. יחד עם זאת, בתוצאות בדיקות לא צוין מצב ברזים (עם או בלי הגבלת טמפרטורת מים חמים). נמדדו טמפרטורות בחדרי מטופלים של 44-45 מעלות. בשיחה עם הדוגם, לאחר הבקרה, נמסר כי אינו מנטרל את המערבלים. לפיכך, יש לציין זאת בדווח. כמו כן, סוכם איתו כי על מנת לקבל אינדיקציה לטמפ' של מים במערכת המסוחררת יש לנטר את הטמפ' בחדר אחד לפחות, שאין בו מערבול כמו כן סוכם כי יציין בתוצאות ניטור טמפ' בחדרים, כי לא ביטל מנגנון ערבול. זה חשוב לניתוח התוצאות.

ניטור טמפרטורות קו אספקה וקו חוזר בשתי דרכים:

- באמצעות ניטור ידני.
- באמצעות ניטור רציף ממוחשב המקושר לטלפון נייד של סגן מנהל. המערכת כוללת התרעה. (ע"פ נציג המוסד).

להלן ממצאים מניטור ידני שביצע סגן מנהל המוסד בנוכחותנו: קו יוצא- 70 מעלות. קו חוזר: 55

מהנתונים הנ"ל עולה כי:

קיים פער בין טמפרטורת קו יוצא וקו חוזר. הדבר יכול להעיד על יעילות סחרור מים נמוכה/ בידוד לא תקין של צנרת/ כניסת מים

קרים (למערכת). יש לבדוק את מקור הממצאים ולתקן. בעת הבקרה לא עלה בידו של נציג המוסד להפיק דוח ממוחשב בזמן אמת של ניטור הטמפ' של קו יוצא וחוזר. לפיכך לא ניתן היה להשוות בין תוצאות ניטור ידני לניטור ממוחשב. מאחר ובבקרה קודמת היה פער בין ניטור רציף ממוחשב לניטור ידני, יש לשים לב שהתופעה לא ממשיכה וכי קיימת התאמה בתוצאות בין שני סוגי הניטור. יש להציג טבלה מרכזת חריגות תוצאות דיגום מים.

בדיקת ליגיונלה שנתית: תקינה. נלקחה ממים חמים וקרים כנדרש. (מנקודות קו יוצא, חוזר, מקלחת).

מידת כלור מתבצעת בנקודה לפני כניסה למוסד, ומנקודה אחרי כניסה, כנדרש. תוצאות תקינות.

הגנת רשת מי שתייה מזרימה חוזרת: הוצגו תעודות בדיקה עדכניות. יש להציג רשימה מרוכזת של כל אמצעים למניעת זרימה חוזרת של מוסדכם, עם תאריכי בדיקה, לצורך מעקב.

מאגר מי שתייה:  
הוצג אישור על חיטוי מאגר מי שתייה. 22.7.24- אישור אינו חתום ע"י הספק.

## 2. מערך כביסה:

נציג המוסד מסר כי הכביסה מתבצעת במכבסה חיצונית, בעלת רישיון עסק.

במוסד אין פיר לאיסוף כביסה מלוכלכת. הכביסה מועברת דרך מעלית.

לא נראה מקום לאיסוף כביסה מלוכלכת במחלקה בקומת כניסה. במחלקות אחרות קיים חדר לכביסה מלוכלכת אך אינו מאויש. סוכם עם הנפה כי במחלקות בהם יש חדר איסוף כביסה מלוכלכת, יש להשתמש בהם. (שתי הקומות התחתונות). במחלקה, בקומת כניסה היכן שאין חדר יעודי בנוי, הכביסה תועבר ישירות ללא שהייה מייד בסיום הטיפול, לקומת קרקע (קומת עמודים), לחדר יעודי לאיסוף כביסה מלוכלכת.

המצב הקיים היום, בו נראו בקומת קרקע כלובים של כביסה מלוכלכת בחדר מדרגות אינו מקובל ויש להפסיקו. לקראת סיום כתיבת הדוח, הוצע על ידי המוסד פתרון למקום איסוף כביסה מלוכלכת. פתרון זה ייבחן על ידי לשכת הבריאות המשווייכת. בנתיים יש לפעול על פי נוהל כביסה במוסדות רפואה (הוראות לפני ואיסוף כביסה).

בכל מקרה, האישור שניתן מותנה בכך שהכביסה המלוכלכת לא תשהה במסדרונות או בחדרי מטופלים בתוך האוגרים אלא תועבר מייד, דרך מעלית יעודית, לכלוב האגירה היעודי בחדר יעודי בקומת קרקע. תדירות פנוי למכבסה יתבצע לפי נוהל כביסה למוסדות רפואה. מומלץ לכתוב נוהל פנימי בנושא כביסה במוסד ברוח נהלי משרדנו, ולדאוג להפנמתם על ידי צוות המוסד.

אוגרי כביסה מלוכלכת נראו מסומנים כנדרש, תקינים (בלתי עבירים לנוזלים).

מחסנים: לא נבדקו בבקרה זו.  
תחזוקת מבנה: תקינה

## 6. טיפול לא רפואי בגוף האדם: לא נבדק בבקרה

## 7. מערך הזנה - קבלה, טיפול והגשת מזון: יש שיפור ותיקון ליקויים.

במוסד קיים מטבח קצה שמקבל מזון מחברת הסעדה בעלת רישיון עסק ויצרן. בקומה הראשונה מטבח הקצה משמש לחלוקת מזון למחלקה בה נמצא ולשאר המחלקות. המוסד מתקין ארוחת בוקר בלבד. ארוחת ערב (מנות מורכבות) מתקבלת מחברת ההסעדה. בקרה פנימית על קבלת מזון: מדידת טמפרטורת המזון בעת קבלתו: בעת הבקרה נבדקו רישומי הטמפרטורה בקבלה מקיטרינג, כפי שנרשמו על ידי עובדת המוסד. הטמפרטורות נמצאו תקינות. חל שימוש בעגלות חימום מחוממות מראש לקליטת מנות חמות לארוחת צהריים. יחד עם זאת נראו גסטרונומים מוערמים אחד על השני על עגלת חימום מחוסר מקום. יש להפסיק נוהג זה מיידית ולדאוג לחימום כל הגסטרונומים כנדרש בעגלת חימום, לחימום אחיד.

לא נבדקו בבקרה זו תעודות משלוח של ספק קייטרינג. בתעודות המשלוח מבקרה קודמת לא נרשמים טמפרטורות המזון היוצא מהחברה, שעת הכנה, מספר רכב הובלה. בבקרה הקודמת, עובדת מטבח ונציגי המוסד בבקרה, קבלו הסבר ותדרוך לגבי הפרמטרים לבדיקה שאמורים להיות על תעודת משלוח. יש לוודא קיומם של דרישות אלה. במוסד משתמשים בביצים טריות וירקות גולמיים. דווח מבקרה קודמת כי הירקות המגיעים מספק הקייטרינג יגיעו שטופים ומחוטאים ויעברו שטיפה שניה במטבח המחלקתי. רישיונות לספקי מזון: הוצג רישיון הובלה. הוצגה חשבונית קנייה מתנובה. אותו ספק של מוצרי חלב. בעת הבקרה הוצגו תעודות משלוח של ספק קייטרינג. מקרר יעודי למזון מצונן: ברישומי טמפ' מינימום מקסימום, נרשם: מינוס 5.9 מעלות לא מובן. יש לנטר טמפ' אותנטי. על הטמפ' להיות 2 מעלות במקרר למזון מצונן כפי שהוסבר בבקרה (מבוצע אך לא מתועד). להזכיר כי חימזור מזון ייעשה לחימום של 80 מעלות במרכז המזון (מדידה על ידי דוקרן- אין תיעוד). יש לקחת דגימת מזון. יש לתעד את טמפ' בחימזור.

הוצגו מדידות טמפרטורות ידניות ביחידות הקירור. בבקרה זו לא נבדק אם העברת מוצרי חלב ומזון קר למחלקות המוסד (בשעות בוקר וערב), הינה בקירור. יש לוודא העברת בקירור לשמירת רצף טמפרטורה. נראה מקורגל ומכונת קפה במטבחון מחלקתי. נציין כי מכשירים לשימוש אנשי צוות או מטופלים המביאים מזון פרטי, לא יוכנסו למטבחון מחלקתי מחשש לזיהום צולב. יש להקצות מקום יעודי. מאותה סיבה, יש לוודא כי עובדי המוסד לא יכנסו למטבחון, למעט עובדי המטבח. כל שינוי בתשתית ובמערך מזון, צריך להיות מאושר ע"י לשכות הבריאות המחוזית והנפתית. הדברה: יש אישור הדברה ואישור מדביר. יש לרכז כל אישורי ההדברה בתיק יעודי, לצורך מעקב.

13. איסוף ופינוי פסולת רפואית: בכל מחלקה מיכל לאיסוף פסולת מסוכנת ומיכל נפרד לאיסוף פסולת זיהומית כנדרש. מכלי פסולת רפואית מועברים לאחזקה בחדר תרופות נעול, עד למסירתם לפנוי מהמוסד.
14. איסוף פסולת רגילה: חל שיפור. מכלי אשפה נמצאו סגורים, אין לכלוך בקרבת הפחים. כמות הפחים גדלה וכעת תופסת יותר מקום באזור חניית כלי הרכב. יחד עם זאת הודגש הצורך בחדר אשפה ייעודי, מקורה, עם רצפה מנוקזת, עם צינור שטיפה ואקדח קצה ומכלי איסוף תקינים.
- אוגר פסולת ואוגר כביסה מלוכלכת נמצאו בנישה במסדרון. בקומה תחתית במחלקה ב' אוגר עם פסולת נמצא במחסן חומרים וכלים. לציין כי למוסד אין חצר להוצאת המטופלים/גינה או מרפסת. ע"פ דווח, לפעמים מוציאים מטופלים למדרכה, אל מול מגרש החנייה. אזור אסוף הפסולת, נמצא בקרבת ואל מול אותה מדרכה. הוצאת מטופלים מחוץ למבנה חשובה מאין כמוה, יחד עם זאת יש להקפיד על תנאים הולמים.

## מינהל ותחזוקה

### נתוני בקרה כלליים

#### תיאור כללי:

- בית החולים משתרע על בניין בן 4 קומות. בימים אלה בית החולים בשלבי בנייה להוספת 3 מחלקות. המבנה החיצוני ומעטפת הבניין חודשו באמצעות אריחים מרשימים. בכניסה לבית החולים מגרש חנייה אך אין חצר קדמית המאפשרת למטופלים לצאת לאוויר הפתוח. לדברי הנהלת בית החולים נמסר כי בתום סיום שיפוץ המחלקות תיבנה גינה בכניסה לבית החולים עם אפשרות יציאה מהמחלקה בקומת הקרקע. הכניסה לבית החולים נעימה ומטופחת ומרוהטת, מותקנות מכונות שתייה וחטיפים לרווחת המטופלים והמבקרים. בכל מחלקה מוקצת פינת משפחות נעימה ומטופחת. ראוי לציין לחיוב את חידוש הריהוט באזורים אלו המאפשרים ביקורים באווירה נעימה. תאורה הוחלפה והוגברה בשטחים הציבוריים. בקומה 3 מוקצת מרפסת קטנה והמרפסת הגדולה בבית החולים לא בשימוש בימים אלה מפאת שיפוץ והרחבת המחלקות, כך שלמטופלים אין אפשרויות רבות לצאת לאוויר הפתוח. לדברי הנהלת בית החולים נמסר כי פעם בשבוע החנייה מפונת לטובת הוצאת המטופלים. ביום הבקרה המחלקות נמצאו מסודרות, נקיות ומאוררות. חדרי המטופלים והמרחבים הציבוריים מרווחים, נקיים, נעימים ובעלי צביון אישי. הורגשה אווירה נינוחה במחלקות. מטבחונים ומחסנים נמצאו נקיים ומסודרים. הוקצה מחסן למזון לשעת חירום ונמצא מלאי מזון כנדרש ע"פ הנוהל. יש לשבח את הנהלת בית החולים כי לוקחת לתשומת ליבה הערות מבקרות קודמות וכן ניכרת השקעתה על העשייה המרובה, יישר כח!

#### תחומים הטעונים תיקון ושיפור - בכל המחלקות:

- במרפסת במחלקה בקומה 3 - יש לקבע את הדשא לריצפה כדי לאפשר למטופלים לצאת בביטחה למרפסת. מומלץ להמשיך ולהחליף ריהוט ישן: מיטות, ארונות, ארונות. מומלץ להחליף כלי אוכל מוסדיים לכלים אסתטיים.

## נספח ג'

סיכום תקן מול מצבה - כח-אדם מקצועי רפואה, סיעוד ומקצועות הבריאות -

### במחלקות כרוניות

ל-54 מיטות ברישוי ו-52 מיטות בפועל

| מקצוע                         | תקן כח-אדם נדרש מינימאלי ברוטו | כח-אדם בפועל ברוטו | פער    | פער באחוזים |
|-------------------------------|--------------------------------|--------------------|--------|-------------|
| Doctor                        | 0.750                          | 0.867              | 0.117  | 15.6%       |
| אחיות <sup>2</sup>            | 17.290                         | 17.079             | -0.211 | -1.2%       |
| מוסמכות                       | 17.290                         | 17.079             | -0.211 | -1.2%       |
| כוח עזר                       | 18.450                         | 19.814             | 1.364  | 7.4%        |
| Nutritionist                  | 0.270                          | 0.300              | 0.030  | 11.1%       |
| Physiotherapist               | 0.750                          | 0.750              | 0.000  | 0%          |
| Occupational Therapy          | 0.270                          | 0.300              | 0.030  | 11.1%       |
| Employment Instructor         | 1.140                          | 1.250              | 0.110  | 9.6%        |
| Speech therapist <sup>1</sup> | 1.440                          | 1.500              | 0.060  | 8.3%        |
| Social Worker                 | 0.540                          | 0.563              | 0.023  | 4.3%        |
| Pharmacist <sup>1</sup>       | 4.536                          | 5.000              | 0.464  | 10.2%       |

<sup>1</sup> חישוב התקן הוא בשעות שבועיות ולא באחוזי משרה

<sup>2</sup> אחיות = סה"כ אחיות במוסד (מוסמכות + מעשיות + תפקידי ניהול)

**נספח ג'**  
**תקן מול מצבה - כח-אדם מנהלתי ומשקי**  
**ל-54 מיטות ברישוי ו-52 מיטות בפועל**

| מקצוע                 | תקן כח-אדם נדרש מינימאלי ברוטו | כח-אדם בפועל ברוטו | פער    | פער באחוזים |
|-----------------------|--------------------------------|--------------------|--------|-------------|
| Administrator Manager | 0.495                          | 0.500              | 0.005  | 1%          |
| House keeper          | 0.495                          | 0.500              | 0.005  | 1%          |
| Maintenance worker    | 0.375                          | 0.400              | 0.025  | 6.7%        |
| Storekeeper           | 0.375                          | 0.370              | -0.005 | -1.3%       |
| Chief cook            | 0.495                          | 0.000              | -0.495 | -100%       |
| kitchen worker        | 1.500                          | 1.500              | 0.000  | 0%          |
| Cleaner               | 2.400                          | 2.900              | 0.500  | 20.8%       |
| Kashrut supervisor    | 0.255                          | 0.000              | -0.255 | -100%       |
| Gardener              | 0.135                          | 0.130              | -0.005 | -3.7%       |
| Secretary             | 0.495                          | 0.750              | 0.255  | 51.5%       |

1 ספק מזון חיצוני, מלא.

נספח ד'

רמת איכות הטיפול

ניקוד אחרון לפי בקרה אחרונה: 59.80 מתאריך: 08.03.2023  
ניקוד מותאם אחרון לפי בקרה אחרונה: 59.80  
שיוך לפרוגרמה חדשה לפי הצהרת המוסד: Yes  
זמן הרישוי טרם הבקרה הנוכחית: 12 חודשים. תאריך סיום הרישיון: 01.09.24  
התאמת המחלקה לתשושי נפש לתנאי המכרז: לא

תאריך הבקרה: 14.08.2024  
התאמת המחלקה לתשושי נפש לתנאי המכרז לפי הבקרה הנוכחית: לא רלוונטי

| ניקוד | אמות מידה לרמת איכות הטיפול                                 |
|-------|-------------------------------------------------------------|
| 26.00 | סכום ציוני הבקרה                                            |
| 4.00  | בריאות הסביבה                                               |
| 4.00  | מומחיות מנהל רפואי                                          |
| 15.00 | מומחיות רופא הבית                                           |
| 0.00  | יועץ מומחה בגריאטריה                                        |
| 4.00  | יועץ שאינו מומחה בגריאטריה                                  |
| 0.00  | אישור IV + רישום על פי הנוהל                                |
| 3.00  | קיומם של נאמני נושא 3 מתוך 4 התחומים                        |
| 3.00  | קיומן של 2 הדרכות מרוכזות לפחות בשני נושאים במהלך 6 חודשים  |
| 2.00  | תוכנית עבודה מובנית ועיבוד נתונים באחד מהתחומים             |
| 0.00  | שיעור אחיות עם קורס על בסיסי                                |
| 2.00  | שיעור אחיות עם תואר אקדמאי                                  |
| 4.00  | קורסים ועדכון ידע לצוות                                     |
| 2.00  | חת"ש צוות                                                   |
| 0.00  | אישור למתן IV                                               |
| 0.00  | אישור IV + רישום על פי הנוהל + נוכחות אחות מוסמכת בכל משמרת |
| 2.00  | רשומה רפואית ממוחשבת                                        |
| 2.00  | תקשורת רפואית ממוחשבת                                       |
| 73.00 | סה"כ (ללא משך רישוי)                                        |