

	נהלי בטיחות המטופל/ יחידת ECT		משרד הבריאות המרכז לבריאות הנפש בבאר שבע
	1		מהדורה
מס' נוהל: 01.01.04	עד תאריך: 1.04.2028	תקף מתאריך: 1.04.2025	תאריך הפצה: 1.04.2022
עמוד 1 מתוך 8	שם הנוהל: פסק זמן		

ניהול שינויים

תאריך	כותב הנוהל	תפקיד	מהדורה	מהות השינוי
01.04.2022			1.0	מסמך ראשוני
1.4.2025			1.0	הארכת תוקף נוהל

חתימות:

מאשרי הנוהל: חברי ועדת נהלים

תאריך:

שם ותפקיד: ד"ר מילי בר שקד סגנית מנהל בית החולים
שם ותפקיד: רותי לוי סגנית מנהל הסיעוד
שם ותפקיד: רחל אמשיקשוילי ממונה על האקרדיטציה

אישור סופי:

שם המאשר	תפקיד	תאריך	חתימה
תודר דורון	מנהל בית החולים	1.4.2022	
יוסף כמאל	אח ראשי	1.4.2022	

תוכן

1.	כללי	2.....
2.	מטרה	2.....
3.	חלות	2.....
4.	אחריות וסמכות:	2.....
5.	אזכורים/סימוכין	3.....
6.	הגדרות	3.....
7.	השיטה	4.....
8.	נספחים	5.....

	נהלי בטיחות המטופל/ יחידת ECT		משרד הבריאות המרכז לבריאות הנפש בבאר שבע
	1		מהדורה
מס' נוהל: 01.01.04	עד תאריך: 1.04.2028	תקף מתאריך: 1.04.2025	תאריך הפצה: 1.04.2022
עמוד 2 מתוך 8	שם הנוהל: פסק זמן		

1. כללי

- 1.1. המרכז לבריאות הנפש ב"ש מחויב לבנות מערכת ניטור ובקרה שתקטין את מרחב הטעות לפני פעולה פולשנית טיפול בנזע חשמלי (טיפול בטנ"ח), תוך וידוא כי ההליך הטיפולי מתאים (תהליך אימות נתונים ע"י הצוות המטפל) למטופל הנכון בסימון האיבר/אונה הנכון ובצד הנכון ושכל המסמכים הדרושים נמצאים בהישג הינם מתאימים ותקינים.
- 1.2. סביבת העבודה ביחידת טיפול בנזעי חשמל מורכבת ועתירת טכנולוגיה. תהליך עבודה שיטתי ומסודר מבטיח טיפול בטוח למטופל העובר את הפעולה.
- 1.3. שמירה על בטיחות המטופל לפני ביצוע טיפול בנזעי חשמל (בטנ"ח) - ECT (Electro Convulsive Therapy) מהווה היבט מרכזי בעשייה הקלינית ביחידת ה-ECT. ביצוע תהליך אימות נתונים ע"י הצוות המטפל לפני תחילת הפעולה מונע טעויות, מקטין סיבוכים ומאפשר טיפול בטוח למטופל.
- 1.4. לציין כי הנוהל הנ"ל מתכוון לאימות נתונים ביחידה עצמה ולא לאימות נתונים שמבוצע במחלקה טרם שליחתו ליחידת ה-ECT.

2. מטרה

- 2.1. **להבטיח טיפול בטוח ויעיל ב ECT על ידי הגדרת תהליך אימות נתונים הכולל את ארבעת השלבים לשמירת בטיחות המטופל המועמד לפעולה פולשנית:**
 - 2.1.1. אימות נתונים בהגעת המטופל ליחידה (SIGN IN).
 - 2.1.2. סימון אונה בה מבוצע הטיפול על ידי הרופא המבצע.
 - 2.1.3. אימות נתונים רגע לפני ביצוע הטיפול (TIME OUT).
 - 2.1.4. אימות נתונים לפני עזיבת המטופל את חדר הטיפול (SIGN OUT).

3. חלות

- 3.1. הנוהל חל על כל המשתתפים בהליך הטיפולי:
 - 3.1.1. רופא אחראי על שירות טנ"ח או מי מטעמו.
 - 3.1.2. רופא מרדים מומחה להרדמה.
 - 3.1.3. אח/ות אחראי/ת שירות הטנ"ח או מי מטעמו/ה.
 - 3.1.4. צוות היחידה לטנ"ח.

4. אחריות וסמכות:

- 4.1. האחריות לעדכון הנוהל היא של ועדת נהלים.
- 4.2. האחריות לביצוע Pre-procedure verification process היא של אחראית המחלקה השולחת את המטופל או מי מטעמה.
- 4.3. האחריות לביצוע תדריך טרום הרדמה SIGN IN ביחידה למתן נזעי חשמל חלה על הרופא מבצע הפעולה בהשתתפות הרופא המרדים ואח/ות היחידה, בשיתוף המטופל במידת האפשר.

	נהלי בטיחות המטופל/ יחידת ECT		משרד הבריאות המרכז לבריאות הנפש בבאר שבע
	1		מהדורה
מס' נהל: 01.01.04	עד תאריך: 1.04.2028	תקף מתאריך: 1.04.2025	תאריך הפצה: 1.04.2022
עמוד 3 מתוך 8	שם הנוהל: פסק זמן		

4.4 האחריות לביצוע תדריך טרום ההליך **TIME OUT** חלה על הרופא מבצע הפעולה בנוכחות כל הצוות המשתתף בביצוע הפעולה.

4.5 האחריות לביצוע סימון האזור/אונה חלה על מבצע הטיפול בשיתוף המטופל ככל האפשר.

4.6 האחריות לביצוע תדריך סיום ההליך **SIGN OUT** ביחידה לטיפול בנזעי חשמל חלה על האחות.

5. אזכורים/סימוכין

5.1 חוק זכויות החולה תשנ"ו, 1996.

5.2 אגף לבריאות הנפש "יחידות המספקות טיפולים מיוחדים (טיפול בנזעי חשמל – ECT)", נוהל מספר 01.005, מתאריך 1.6.2016. (מהדורה 4).

5.3 חוזר מנהל רפואה "וידוא מוכנות המטופל וחדר ניתוח לניתוח/פעולה פולשנית", מס' 11/2016, מתאריך 16.05.2016.

5.4 נוהל מוסדי - "זיהוי מטופל".

5.5 נוהל מוסדי "נוהל הרדמה וטיפול בנזעי חשמל".

6. הגדרות

6.1 **טיפול בנזעי חשמל (טנ"ח)** - הוא טיפול רפואי בפסיכיאטריה, הכולל השרייה של פרכוס מוכלל (generalized seizure) באמצעות גירוי חשמלי המועבר דרך הקרקפת, במצב של הרדמה כללית והרפיית שרירים. סדרת טיפול טיפוסית כוללת כ – 12 טיפולים בממוצע הניתנים בתדירות של פעמיים עד שלוש פעמים בשבוע. במקרים מסוימים ניתן הטיפול בהתוויה אחזקתית לתקופה ממושכת יותר או באופן קבוע.

6.2 **רופא אחראי על שירות טנ"ח** – פסיכיאטר מומחה בעל ידע עדכני וניסיון בביצוע טנ"ח.

6.3 **רופא מרדים** – מומחה להרדמה שהינו חבר בצוות היחידה לטנ"ח.

6.4 **אח/ות אחראי/ת על שירות הטנ"ח** – אח מוסמך בוגר הכשרה על – בסיסית בבריאות הנפש, אשר עבר הכשרה מוכרת בנושא טנ"ח (הכוללת בין היתר טיפול במטופל לאחר הרדמה) ומונה על ידי מנהלת הסיעוד לתפקיד.

6.5 **סימון אונה** - זיהוי וסימון מיקום הנחת האלקטרודות.

6.6 **יחידת ECT** - יחידת טיפול בנזעי חשמל - חדר ייעודי לביצוע טיפול בנזעי חשמל והתאוששות לאחר הפרוצדורה.

6.7 **חדר טיפול ECT/טנ"ח** – החדר בו מבוצע הטיפול עצמו.

6.8 **אח/ות יחידה** – אחות מוסמכת שעברה הכשרה בחדר התאוששות.

6.9 **תהליך אימות נתונים (Pre-procedure verification process)**: תהליך לאימות הנתונים אודות המטופל והפעולה, מבוצע במחלקה טרם יציאת המטופל לטיפול.

6.10 **תדריך טרום הרדמה SIGN IN** - תדריך טרום פעולה מבוצע בקבלת המטופל ליחידה המספקת טיפול בנזעי חשמל בסמיכות מידית לכניסה ליחידת טיפול בנזעי חשמל, בנוכחות הרופא מבצע הפעולה, רופא מרדים ואח/ות, תוך שיתוף המטופל במידת האפשר.

6.11 **תדריך טרום הליך TIME OUT** - פסק זמן לאימות נתונים, יערך מיד לפני תחילת ההליך, לפני השריית ההרדמה, מבוצע ביחידת טיפול בנזעי חשמל בהשתתפות פעילה של חברי הצוות

	נהלי בטיחות המטופל/ יחידת ECT		משרד הבריאות המרכז לבריאות הנפש בבאר שבע
	1		מהדורה
מס' נוהל: 01.01.04	עד תאריך: 1.04.2028	תקף מתאריך: 1.04.2025	תאריך הפצה: 1.04.2022
עמוד 4 מתוך 8	שם הנוהל: פסק זמן		

השותפים לטיפול. התהליך כולל: אימות הזהות הנכונה של המטופל, ההליך הנכון שיש לבצע, האתר הנכון לביצוע.

6.12 **תדריך סיום פעולה SIGN OUT** מבוצע בסיום הפעולה בטיפול בנזעי חשמל, כולל שם תיעוד ההליך שבוצע וכל בעיות בצידוד שבהן יש לטפל..

7. השיטה

7.1 תהליך אימות נתונים בטרם יציאת המטופל מהמחלקה Pre-procedure verification process -

אימות הנתונים יתבצע במחלקה על פי נוהל טיפול בנזעי חשמל ויכלול זיהוי המטופל (ידון), ההליך הנכון (הפניה/הוראה לטיפול בנזעי חשמל), הימצאות טפסים בדיקות מעבדה עדכניות, מחלות זיהומיות במידה ויש, ציון רגישות, טופס הסכמה, סוג השינוע, מדידת סימנים חיוניים, רמת סוכר לחולי סכרת, בדיקת סטורציה למטופלים עם בעיות נשימתיות, הסרת שיניים תותבות, ציון התרופות שמקבל וצום 6 שעות לפני הטיפול. העברת המטופל על פי מודל המ.ר.א.ה. מהמחלקה ליחידת ECT.

7.2 הליך וידוא מוכנות המטופל ויחידת טיפול בנזעי חשמל-טרם הרדמה SIGN IN

7.2.1 קבלת המטופל וזיהויו עם הגעתו ליחידה ע"י אח/ות יחידה, הזיהוי יכלול פרטי המטופל בהתאם לנוהל מוסדי "זיהוי מטופל".

7.2.2 ווידוי ביצוע כל פעולות ההכנה לקראת טיפול - אימות נתונים SIGN IN (נספח מס'1).

7.2.3 **סימון האזור:**

7.2.3.1 סימון אזור יתבצע ע"י רופא האחראי או המבצע העיקרי, בשיתוף המטופל לאימות מיקום הטיפול.

7.2.3.2 צורת הסימון תהיה אחידה ותכלול סימון האונה/ות שמיועדות לעבור את ההליך על גבי הטופס ייעודי. הסימון יהיה על בסיס המלצת הרופא המטפל (נספח מס' 2).

7.3 אימות נתונים- תחילת פעולה (פסק זמן TIME OUT)

7.3.1 הפסק זמן יבוצע בחדר הטיפולים של יחידת הטני"ח, רגע לפני ביצוע ההליך, ע"י הרופא האחראי, הרופא המרדים, האח/ות האחראי/ות וכל איש צוות רלוונטי נוסף ושיתוף המטופל ככל שאפשר.

7.3.2 בזמן הביצוע של פסק זמן יש לחדול מכל פעולה אחרת ולאמת את הנתונים ע"י כל אחד מחברי הצוות בקול רם בהתאם לרשימת התיוג (נספח מס'2).

7.3.3 במידה והמטופל אינו מסוגל לשתף פעולה, השוואת הנתונים תעשה במידת האפשר עם קרוב משפחה מדרגה ראשונה או אפוטרופוס.

7.3.4 אימות הנתונים יסתיים רק לאחר שהתקבלה הסכמה של כל אנשי הצוות המשתתפים בהליך באשר לנתונים שהוצגו.

7.3.5 במקרה בו תתגלה אי הסכמה/אי התאמה במהלך ביצוע פסק הזמן הדבר ייחשב כאירוע "כמעט טעות" ויש לדווח ליחידה לניהול סיכונים. אין להמשיך בהליך עד להסכמת כל המשתתפים ואימות כל הנתונים.

7.3.6 לאחר השלמת פסק הזמן חל איסור יציאת חברי הצוות מהחדר.

7.3.7 בסיום אימות הנתונים יכתבו שמות חברי הצוות שהשתתפו בהליך בחתימת הרופא האחראי.

7.3.8 ביצוע התדריך יתועד ברשומת המטופל הממוחשבת כולל תאריך ושעה.

	נהלי בטיחות המטופל/ יחידת ECT		משרד הבריאות המרכז לבריאות הנפש בבאר שבע
	1		מהדורה
מס' נוהל: 01.01.04	עד תאריך: 1.04.2028	תקף מתאריך: 1.04.2025	תאריך הפצה: 1.04.2022
עמוד 5 מתוך 8	שם הנוהל: פסק זמן		

7.4 תדריך סיום ההליך/פעולה (SIGN OUT)

- 7.4.1 חתימת יציאה (sign out) נספח מס' 3
- 7.4.2 אימות נתונים: זיהוי המטופל.
- 7.4.3 אימות ביצוע ההליך הטיפולי.
- 7.4.4 בדיקת ציוד, השלמת חסרים ורישום של בעיות בציוד שיש לטפל.
- 7.4.5 קבלת אישור מהרופא המרדים להוצאת המטופל מחדר הטיפול והעברתו לחדר התאוששות.

נספחים 8.

- 8.1 נספח 1 - אימות נתונים – SIGN IN לפני ביצוע ECT
- 8.2 נספח 2 - TIME OUT
- 8.3 נספח 3 - SIGN OUT

	נהלי בטיחות המטופל/ יחידת ECT		משרד הבריאות המרכז לבריאות הנפש בבאר שבע
	1		מהדורה
מס' נוהל: 01.01.04	עד תאריך: 1.04.2028	תקף מתאריך: 1.04.2025	תאריך הפצה: 1.04.2022
עמוד 6 מתוך 8	שם הנוהל: פסק זמן		

נספח מס' 1 - אימות נתונים – SIGN IN – לפני ביצוע ECT

SIGN IN לפני ביצוע ECT

שם המטופל

תאריך: _____ שעה: _____ מספר טיפול: _____

זיהוי המטופל:	☐ תשאול המטופל	☐ תמונה	☐ תעודת זהות
טפסי הסכמה:	☐ לטיפול ECT	☐ להרדמה	
רגישות לתרופות:	☐ כן / לא	☐ תשאול המטופל	☐ גיליון המטופל
מחלות זיהומיות:	☐ כן / לא	פרט:	
קוצב לב:	☐ כן / לא	☐ תשאול המטופל	☐ גיליון המטופל
הערות מטיפול קודם:			
אירועים גופניים משבוע שעבר:			
זמינות ותקינות הציוד:	☐ חמצן	☐ מכשיר ECT	☐ עגלת החייאה ☐ סקשן
בדיקות נדרשות לפי נוהל:	☐ אישור לטיפול	☐ בדיקת פנימאי	☐ בדיקות דם ☐ א.ק.ג.
	☐ רופא שיניים	☐ דימות	
סימון אזור האונה:			
☐ BL	☐ RUL		
☐ BRIFE 0.5 ☐ BRIFE 1	☐ ULTRA-BRIFE 0.3		

חתימה וחותמת רופא: _____

	נהלי בטיחות המטופל/ יחידת ECT		משרד הבריאות המרכז לבריאות הנפש בבאר שבע
	1		מהדורה
מס' נוהל: 01.01.04	עד תאריך: 1.04.2028	תקף מתאריך: 1.04.2025	תאריך הפצה: 1.04.2022
עמוד 7 מתוך 8	שם הנוהל: פסק זמן		

נספח מס' 2 – פסק זמן TIME OUT

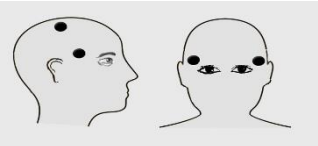


טופס TIME OUT.pdf

פסק זמן (TIME OUT) לפני ביצוע ECT

שם המטופל

תאריך: _____ שעה: _____

☐ כל הנוכחים הזדהו בשמם ובתפקידם	
☐ זיהוי המטופל -	☐ תשאול המטופל ☐ תעודת זהות ☐ תמונה
☐ נתוני הגירוי החשמלי –	
☐ טפסי הסכמה -	☐ לטיפול ECT ☐ להרדמה
הצד בו מתבצעת הפעולה:	
☐ RUL	☐ BL
ULTRA-BRIFE 0.3	 ☐ BRIFE 0.5 ☐ BRIFE 1

מבצע תהליך TIME OUT שם מלא וחותמת: _____

	נהלי בטיחות המטופל/ יחידת ECT		משרד הבריאות המרכז לבריאות הנפש בבאר שבע
	1		מהדורה
מס' נוהל: 01.01.04	עד תאריך: 1.04.2028	תקף מתאריך: 1.04.2025	תאריך הפצה: 1.04.2022
עמוד 8 מתוך 8	שם הנוהל: פסק זמן		

נספח מס' 3 – אחרי ביצוע טיפול ECT – SIGN OUT

שם המטופל

סיום הפעולה כולל את תהליך יציאתו של מטופל מחדר טיפולים לחדר התאוששות.
טרם עזיבתו יבדקו הפעולות הבאות בקול רם ע"י אחות.

שם ההליך שבוצע: ☐ טיפול ECT חד אונטי ☐ טיפול ECT דו אונטי

עוצמה: _____

ס בוצע רישום וחתימת רופא בגיליון המטופל

תקינות הציוד: ☐ הציוד תקין

הציוד אינו תקין, פרט: _____

תאריך: _____ שעה: _____

שם וחתימת אח/ות המבצע/ת: _____