

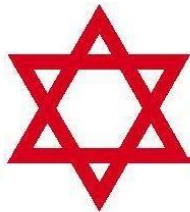
01/11/2020

חברים יקרים,

מקריאת התגובות הרבות והמעניינות לנוהל המוניתורים אבקש להתייחס לנושאים העיקריים:

תשובות לשאלות - קרא וחתום מוניתורים ברגילים:

1. **שאלה:** האם המוניתור יכול לשדר אק"ג דרך הטאבלט מלבן מקדים אל צוות הנט"ן?
תשובה: המוניתור משדר את האק"ג למוקד הרפואי. הוא נשמר במדאנט (כמו אק"ג של קורפולס שנשמר יחד עם הדו"ח הרפואי).
כרגע צוות הנט"ן לא יכול לצפות באק"ג שביצע הלבן. הכוונה בעתיד הינה לאפשר לנט"ן שבדרך לחבירה לצפות הן בנתוני המוניתור והן בתרשים האק"ג.
2. **שאלה:** האם עולים עם המוניתור לכל חולה/ פצוע או רק למקרים של מד"א בקהילה (מטופלי מכבי)?
תשובה: כן, המוניתור החדש לא הוכנס רק לשם טיפול באירועי קהילה. המוניתור הוא כלי חדש שהוכנס לכל רכבי ה-BLS ומהווה ציוד חובה. הוא מחליף את המדידה הידנית ומאפשר ניטור רציף של המטופל במהלך פינוי. יש להשתמש בו בכל אירוע לצורך לקיחת מדדים.
3. **שאלה:** האם יש סכמה על המכשיר כיצד לחבר את הלידים נכון?
תשובה: אין על המכשיר עצמו. עם זאת, בחומר המקצועי שהופץ עם תמונות כיצד לחבר את המוניתור ואת האק"ג, לנוחיותכם – מצרפת שוב איור אשר מפרט את מיקום המדבקות הרצוי:
4. **שאלה:** מדוע יש 5 לידים אם מחברים ארבעה? לשם מה נועד הליד החום?
תשובה: למוניתור 5 חוטים – אדום, צהוב, ירוק ושחור ועוד אחד חום עליו כתוב V. את הליד החום אין חובה לחבר לצורך ניטור פעילות הלב, הוא בעצם V1 המשמש אותנו בעת ביצוע האק"ג לכן לאק"ג 5 חוטים (במקום 6).
5. **שאלה:** האם ניתן לארגן הדרכה פרונטלית כדי ללמוד להשתמש במכשיר?
תשובה: בגלל הקורונה והנחיות התו הסגול מאד קשה לבצע הדרכה פרונטלית. אנו נערכים להדרכת זום. הודעה תצא בהקדם.
6. **שאלה:** האם מרחק פינוי נשקל בעת שימוש במכשיר?
תשובה: לא. אם המטופל זקוק לניטור, יש לנטר אותו כל זמן שהייה עמו. אם לא נדרש ניטור יש להשתמש בו לשם לקיחת מדדים עפ"י הנחיות אגף רפואה – לפחות 2 מדידות, אחת בכתובת והשנייה במהלך פינוי. כל 15 דקות.
7. **שאלה:** האם במוניתור הנ"ל ניתן לתת שוקים בצורה ידנית/אוטומטית?
תשובה: לא. המכשיר אינו דפיברילטור. לכן - **חובה** לרדת לכל אירוע עם הדפיברילטור כמו תמיד.
8. **שאלה:** האם נלמד הבנה בסיסית של אק"ג ומוניתור?
תשובה: כן, חובשים בכירים לומדים בקורס ובהמשך נעביר העשרות בנושא.
9. **טענה:** לדעתי זה שנאמר לא לבצע כלל בדיקות ידניות של מדדים מורידה מיכולת איש צוות את ההבנה של מה זה אומר שאין מדידה חשמלית. דבר נוסף המכשיר יהפוך את אנשי צוות רפואת החירום לרובוטים.
תגובה: אני לא מסכימה. בכל מוסד רפואי, מחדר המיון ועד למחלקות ט"י עושים שימוש במכשירים אלקטרוניים לניטור ל"ד, סטורציה, חום וכ"ד. הדיוק של המדידה הידנית דורש מיומנות ושקט. לא פשוט למדוד ל"ד ידני במהלך פינוי עם סירנה, לראיה - גם בנט"ן הפראמדיקים לוקחים מדדים עם הקורפולס. יחד עם זאת, אין ספק שישנם מצבים בהם המכשיר לא מדייק, למשל כשיש פרפור עליות מהיר, דופק מאד איטי, הסטורציה יתזיף' כשהיד קרה מאד או יש לק אטום על הציפורניים ועוד... מה שיעשה אותנו בעלי מקצוע טובים זה כשנלמד לשלב בין מצבו הקליני של המטופל לבין המדדים ואם אין התאמה בין השניים, נחשוב למה. הסוד הוא ללמוד לראות את המטופל כמכלול. לשים יד על רדיאלי, להתרשם מצבע עור, לחות עור, סביבתו ועוד.



זכרו, יש לנו את הזכות לראות את המטופל בזמן 0, במקום האירוע, לכן עלינו האחריות להרכיב את התמונה הקלינית המלאה והמקצועית ביותר שניתן.
כלים מתקדמים לא הופכים אותנו לרובוטים, הם מאפשרים לנו לאסוף מידע מדויק יותר כדי לטפל טוב יותר וכמובן מאפשרים מעקב וביקורת ברמה הארגונית, ניהול הבטחת איכות, ועוד.

10. שאלה: האם זה נותן עוד סמכויות לצוותי ה-BLS?
תשובה: לא. רק עוד כלים לקבל החלטות טובות יותר.

11. שאלה: האם צריך לבצע אק"ג כל פעם לפני שנותנים אספירין? צריך לזכור שלא כל האנשים יודעים לפענח אק"ג.

תשובה: לא. אספירין נותנים כשחושדים לאירוע לבבי על סמך תשאול נכון ושליטת התוויות נגד (מתי אסור לתת אספירין), גם אק"ג עושים כשחושדים לאירוע לבבי. שתי הפעולות הן חלק מהטיפול והאבחון. אם יש מטופל שנכון לתת לו אספירין, תן וגם חבר לו מוניטור, צור קשר עם המוקד הרפואי, דווח על האירוע ובהוראתם חבר אק"ג.

12. שאלה: רשום שברדיקציה זה מתחת ל 50 אבל על פי פרוטוקול bls ברדיקציה זה מתחת ל 60.

תשובה: זה נכון. ההגדרה המקובלת לברדיקציה היא דופק נמוך מ 60 אך ההנחיה לחיבור המוניטור היא במקרים בהן הדופק מתחת ל 50. ישנם מטופלים רבים (בעיקר ספורטאים, צעירים, וכו') שחיים מצוין עם דופק נמוך מ 60. הם אמנם עונים להגדרה היבשה של ברדיקציה – אך אינם נדרשים לניטור רציף.

13. שאלה: האם הנתונים מועברים ישר לסעיף המדידות של החולה?

תשובה: כן. יש לחצן חדש בדוח הרפואי "העבר נתוני מוניטור", לוחצים עליו והנתונים מוזנים לדוח. הפונקציה עדיין בשלבי אפיון אחרונים, אבל בתקופה הקרובה זה אמור לעלות לאוויר.

14. שאלה: מה עושים אם יש מספר מטופלים?

תשובה: מודדים לאחד ואז מודדים לשני ומזינים את הנתונים בדוח הרפואי באופן ידני.

15. שאלה: האם הנוער הוכשר להשתמש במוניטור?

תשובה: לנוער יש את אותו המידע שיש לנו. מהיכרותי את הנוער הם ידעו ויבצעו מהר וטוב יותר מכולנו.

16. שאלה: איפה מקבעים את המוניטור באמבולנסים ואיפה מטעינים?

תשובה: בימים אלו ממש, מתבצעות התקנות למתקני עגינה ומטענים נייחים בכל האמבולנסים. תהליך לא פשוט שלוקח זמן. בינתיים חשוב מאד לדאוג להטעין את המכשירים בסוף משמרת בתחנות, ולקבע את המוניטור באמצעות חגורה / רצועה כל העת.

17. שאלה: מה עושים אם יש תקלה במוניטור?

תשובה: מדווחים לפרמדיק אחראי/אחראי תחנה.

18. שאלה: יכול להיות שכל עניין המוניטור יגרום לבעיות עקב קושי טכנולוגי אצל הצוותים. קושי זה יוביל לטיפול

לא נכון/הזמנת אט"נים ללא סיבה, המתנה מיותרת לחבירה וכ"ד?

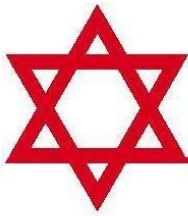
תשובה: בטווח הקצר אולי כן. שינוי גדול לוקח זמן אך כמו שלמדנו להשתמש בדו"ח ממוחשב, במוניטור מתקדם, במנשם, בגלוקומטר, בדפיברילטור ועוד, נלמד גם את זה ובמבט לאחור לא נבין איך חיינו בלי זה. חשוב לזכור המוניטור לא מחליף את השכל הישר ואת ההערכה הקלינית של המטופל. הוא פשוט עוד כלי עזר מתוחכם יותר !!

19. שאלה: איך מתקשרים עם המוקד?

תשובה: בטלפון. מוקד רפואי: 0523132345

20. שאלה: האם המכשיר רלוונטי בהחייאה?

תשובה: כפי שגרשם בחוזר אג"פ - אם הגענו להחייאה עם אמבולנס רגיל, נבצע עיסויים והנשמות, נחבר דפיברילטור ונזמין נט"ן. לא נבזבז זמן על חיבור מכשירים אחרים.

**21. שאלה: האם צריך להצטייד במדבקות מוניטור?**

תשובה: כן! חשוב לשים לב שבערכה יש מדבקות מוניטור. בהעדר יש לפנות לפרמדיק האחראי או לבקש מצוות נט"ן בתחנה לבבי"ח. (אין להוציא מדבקות מניידות מבצעיות בלי ליידע את הצוות, כדי שלא ייווצר מצב שנט"ן יוצא לאירוע ומגלה שאין לו מדבקות)

22. שאלה: האם יגיע לאופנועים?

תשובה: לא כרגע. לא שוללת בהמשך.

23. שאלה: האם במקרים המוגדרים במסמך שהופץ על המכשיר ניתן לחבר את המוניטור כדי לנטר את המצב הלבבי ללא אישור המוקד הרפואי?

תשובה: אין צורך באישור מוקד רפואי כדי לחבר את המוניטור. יש לחברו אוטומטית במצבים המוגדרים (סעיף 8) ולאחר מכן לפנות למוקד הרפואי לפענוח. חשוב לציין כי בכל מקרה בו יש חריגה במדדים, במוקד הרפואי נדלק מסך אדום והם מיד יראו שיש הפרעת קצב, ירידה בסטורציה, ל"ד מאוד גבוה וכו', לכן הם גם ידעו ליזום אלנו שיחה בעצמם.

24. שאלה: האם כל חיבור לאק"ג דורש אישור מהמוקד הרפואי?

תשובה: חיבור אק"ג יבוצע בתיאום עם המוקד הרפואי לאחר חיבור מוניטור עפ"י ההנחיות בסעיף 8 בנוהל.

25. שאלה: במידה נניח וכן 25, בריא, מזמין על כאבים בחזה. התחיל אחרי שינה עם מזגן מקפיא על 16 מעלות, משתנה במגע, נקודתי, לא לוחץ, לא חיוור מזיע וכו' ואין היסטוריה משפחתית. הוא לא רוצה פינוי, אבל בגלל שאין אק"ג זמין כן ייסע למיון. ניתן במקרה כזה לדבר עם הרפואי ולעשות לו אק"ג ועל סמך הפענוח של הפרמדיק ברפואי לעדכן בממצאים?

תשובה: בהחלט! מקרה זה ודומי יפתרו ברמת האמבולנס הרגיל ללא צורך בהזמנת נט"ן לסירוב פינוי כמו שהיה נהוג עד כה. זה גם המקום להזכיר את המודל הקהילתי (בשלב זה רק לחברי קופ"ח מכבי), זה בדיוק סוג המקרים בהם יש להפעילו.

26. שאלה: צריך לנתק את המוניטור לפני מתן שוק בהחייאת VF?

תשובה: לא. חשוב להיזהר על הכבלים ולא להדביק עליהן מדבקות דפיברילציה.

לסיכום:

כמו שכבר הבנתם, אני אישית מאמינה מאוד בפרויקט. בעיני זה לוקח אותנו לעתיד, משפר את השירות, מאפשר לקבל החלטות נכונות ולהפנות משאבים בצורה מקצועית וחכמה יותר. אין ספק שתהליך ההטמעה ייקח זמן ויתכנו שינויים והתאמות תוך כדי תנועה, אך בסוף השגת היעד תלוי בכל אחד מאתנו. האם אנחנו רוצים להיות מקצוענים? האם אנחנו רוצים להשפיע ולהציל או רק להסיע מטופלים מנקודה אחת לאחרת? המקצוע שלנו ייחודי, מעניין, אחראי ודורש מיומנות והבנה עמוקה. הצמיחה הרוחבית של כל אחד ואחד תלויה קודם כל בו. רוצים ללמוד? יאללה, בואו נלמד. רפואת החירום בישראל זה קודם כל אנחנו. אם נכבד את עצמנו וניקח את עצמנו ברצינות באמצעות למידה (הרבה עצמית) וחקירה, נגשים את היעד המשותף יחד.

בברכה,
ענת גלגל, רמ"ז

מ"מ מפקח רפואי מרחב ירקון