

כדי ש"התרופה" לא תתפורר

מה גורם לנו לקום לעוד יום עבודה ארוך עם תור גדול של חולים? מה ישמור על חיוניותנו ועל אורך הרוח, הנדיבות והחמלה שבנו, יחד עם קבלת החלטות שיטתית בתוך שגרת עבודה קשה ושוחקת? ד"ר אלון מרגלית מציע כלים לאחזקה שוטפת של הרופא לניהול יום העבודה ולניהול מפגשים רפואיים



ד"ר אלון מרגלית

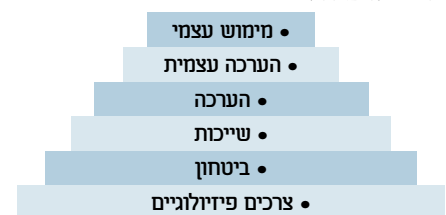


שנה לשנה נעשה יום העבודה פחות ופחות שגרתי. ממצב שבו עסקנו במחלות חריפות שרובן חולפות מעצמן אצל הצעירים, אנו עוברים בהדרגה למצב שבו יש יותר חולים, עם מחלות כרוניות ומחריפות וציבור מטופלים זקן יותר.

שירותי הבריאות, הרפואה וחברות התרופות והציוד הרפואי מקדמים נושאי שיווק בטלוויזיה ובשליטי חוצות וגורמים בכך למדיקליזציה של החיים המודרניים. כתוצאה מכך, ציפיית הפונים עולה ומאריך מצבת הרופאים הזמינים יורדת משנה לשנה. הרופא הישראלי של שנת 2012 מאותגר במספר גדול יותר של חולים ביום עבודה, עם מחלות קשות יותר לריפוי ועם טכנולוגיה משופרת הגוזלת ממנו קשב וריכוז המופנים למחשב. ללא ספק, אתגר רציני.

כיצד, אם כן, מתמודדים עם אתגר זה? מה גורם לנו לקום לעוד יום עבודה עם חשק ורצון ולהיזכר כל יום מחדש שבחרנו במקצוע שיש ביסודותיו מן השליחות ואהדת האדם ולא מפעל שבו החשיבות העיקרית היא "להעביי כרטיס" ולחכות ליום המשכורת? ואם כבר יצאנו לעבודת יומינו, מה ישמור על חיוניותנו ועל אורך הרוח, הנדיבות והחמלה שבנו, יחד עם דרך קבלת החלטות שיטתית, לאורך יום ארוך ותור משתרך של חולים?

אנו, הרופאים, מומחים בשילוב הגשמת המימוש העצמי שלנו עם הקרבת צרכינו הבסיסיים כבני אדם. נזכר לרגע בדבריו של Maslow (1950): "מימוש עצמי מתרחש לאחר שצרכים בסיסיים של תחושת ביטחון, שייכות, הערכה והערכה עצמית סופקו". כדי להמחיש זאת הוא בנה פירמידת צרכים לתפארת:



לא פעם נראה שרופאים מרגישים בשיא המימוש העצמי וההערכה העצמית ככל שהם מצליחים לפגוע ולהקריב את הצרכים הפיזיולוגיים שלהם. ברור שפירמידת הפוכה כזו יכולה להחזיק מעמד זמן מוגבל בטרם תתמוטט ותקרוס. לכן, עלינו להיות מודעים לצורך בסיסי עמוק אחר הקיים בנו, כפי שהגדירו יפה פר' ג' הרמן (1991) - The need to be needed (הצורך להיות נצרך) - עלינו לשלב אותו בטבלת הצרכים בצורה מושכלת; לא לפני הצרכים הפיזיולוגיים הנחוצים לנו כדי להמשיך ולהשתייך לקבוצה שזקוקה להיות "נצרכת".

אם כבר הבנו שהתרופה החשובה ביותר שיש לנו להציע היא את עצמנו, עשינו צעד גדול קדימה בתורתנו הבעיה. בשיטת "הכל כולל", תרופה זו

משמעה ברפואה: הידע והנסיון שצברנו, השיפוט וההבנה המקצועית שרכשנו (בעיקר משגיאותינו) וההבנה שבידינו נמצא המצרך שאותו מבקש הפונה - ההקלה על הסבל ועל הדאגה. הצעד הבא הוא התובנה הבסיסית ש"ל הבריאות" האנושי הזה שאנו מביאים למרפאה או למחלקה זקוק לאחזקה מתמדת, כי אחרת יתפורר, תחילה בכל הקשור לניהול יום העבודה ובהמשך, ניהול המפגשים הרפואיים במשך יום העבודה.

התפאורה - המקום שבו אנו פוגשים את המטופלים אמור להשרות עליהם ועלינו תחושה של ניערות. שילוב צבעים נכון, תמונות וחפצים נאים (באחת המרפאות שניהלתי היתה בחדרי ההמתנה גלריית תמונות מתחלפת של מטופלים המושכים במחול, מקום מאוורר, כיסא נוח לישיבה ממושכת, דלת שלא ניתן לפתוח מבחוץ ולהפריע באמצע בדיקה וכו'. בסך הכל, מקום מזמין ומאיר פנים, המשרד בריאות ונועם ולא מחלה וניוון. ככל שהמקום מחייך אלי, כך אני מחייך אל עצמי ואל מטופלי.

לוחות זמנים - אנו הרופאים עם "לחוצין", תמיד ממחרים להספיק - לחולה הבא, לחדר הניתוח, לביקור הבית, לביקור המחלקה ולארוחת הערב המתקררת. מאידך, בחרנו מקצוע שבו רמת הניעויות הפנימית היא קריטית לשיקול דעת, ליצירת הקשר עם המטופל ולרמת קשב גבוהה ואמפטיה לסבלו.

בגיליון הקודם הוצגו שיטות שונות שבהן עמיתנו יוצרים לעצמם "אוויר לנשימה" ו"אור לנשמה" בעיסוקיהם, הן בתחום המקצועי והן בתחום האישי. כשאני בוחר את יום העבודה לקראתו אני צועד, אני מחפש את דרגות החופש האישיות שלי בו: מתי אוכל לשתות קפה (שלא מול מטופלים) או לצאת להפסקה של מספר דקות? כיצד אכין עצמי לקראת המטופל הבא ואיך אמנע גלישה מוגזמת מעבר לשעות העבודה? מתי יהיה לי זמן להתייעץ עם עמית, עם האחיות, עם המזכירה, עם העו"ס? מתי ניתן יהיה לקיים מספר שיחות טלפוניות עם מטופלים, עם יועצים ומכונים? מתי ניתן להדריך את המתמחה ולחקור נושא רלבנטי בספרות המקצועית?

אכן שפע מציף של מטלות המקדים פעמים רבות תסכולים לרוב ושחיקה. כבר למדנו שגנישות ברפואה דומה לבור ללא תחתית. ככל שנקציב יותר זמן למטופלים, כך באופן פלא יגיעו יותר פונים. לכן, אם אני רוצה לשמור על איכות עבודתי כרופא ולשמש "תרופה" ראויה לאורך זמן, עלי להקפיד על לוחות זמנים ועל גבולות בתוך יום העבודה. דא עקה שזו רק חלקה הימני של המשוואה. חלקה השני היא היכולת האסטרטגית לשמור על גבולות אלה ("אני מבין שלא יכולת להגיע קודם, אך אני חייב כרגע לטפל בנושא אחר!", "ברור לי שכמנהל אתה צריך לקבל ממני את הדיווח המחלקתי ולכן זה הדבר הראשון שאעשה מחר בבוקר. כרגע עלי לצאת!").

ד"ר אודי הר-שמש מספר שלמד את עקרונות ה-80/20: ב-20 אחוז מהזמן מושגת 80 אחוז מהתוצאות; 20 אחוז מהמטופלים צורכים 80 אחוז מזמן וכן הלאה. לפיכך הוא ממליץ לחלק את יום העבודה ל-60 אחוז מתוכנו, 20 אחוז לא צפוי (ביזמת אחרים) ועוד 20 אחוז ספונטני (יום על ידי הרופא).

פלאי הטכנולוגיה - פעם היה פשוט יותר - נייד ועט ותיק עב כרס של המטופל. כיום יש טלפון שולחני וטלפון נייד (ולעתים גם שניים כאלה) ואיתוריות. לצלצול הטלפונים מתלוות כעת גם הסחות שמיעה אחרות כמו צליל התראה על מסרון (SMS) שנכנס או הודעת דואר אלקטרוני חדשה שהגיעה. כרטיס מבוטח שיש להעביר, מחשב עם רצונות ועיכובים משלו, הודעות קופצות הדורשות מנך התייחסות מיידית בלעדית לא תמשך ותוכנה רפואית הקובעת לך את דרך התשאול הרפואי ודרך קבלת ההחלטות במפגש הרפואי. איך ספק שעל קלות הגנישות למידע רב ותקשורת משובללת אנו משלמים במטבעות של קשב פנימי (גישתנו והעדיפותנו האישיות) וקשב חיצוני למטופל - לדבריו ולרמזים מילוליים ולא מילוליים המלווים את דיבורו. במשך הזמן לומדים להשתלט על "פלאי טכנולוגיה" אלה ולהכפיפם לצרכינו ולהעדיפותינו, אך האתגר שבכך אינו פשוט ולגמרי לא קל.

למדתי בדרך הקשה שכיבי הטלפונים ודחיית הרישום במחשב שלב מאוחר של המפגש (ולעתים אף לאחריו) מאפשרים לי את צלילות הדעת והאמפתיה הנחוצים למילוי תפקידי בדרך המספקת ביותר ולרוב גם באופן היעיל ביותר. הפסקות שבנית לי בקבלת החולים מאפשרות לי להתעדרך בהודעות טלפוניות ולהשיב עליהן (אם דחופות).

ישיבות צוות - תרבות ישיבות הצוות בבתי חולים היא די נפוצה. ברפואה הראשונית - פחות. אשרי המרפאה השומרת על נוהג ישיבת צוות פעם בשבוע ולא מוותרת עליה "בגלל לחץ הפונים". ישיבת הצוות מאפשרת הרחבת הידע, ליבון רב מקצועי של נושאים ובעיקר חלוקת נטל האחריות וההחלטות הרפואיות. כמו כן קיימת ונטילציה המאפשרת שיתוף ברגשות ובקונפליקטים. לא פחות חשובות הן "מיני ישיבות הצוות" - שני רופאים, רופא ואחות וכדומה, היושבים לשתות יחד מספר דקות במשך יום העבודה ולשוחח על נושאים מקצועיים ואחרים הדורשים להרפיית המתח, "להתנעה מחדש" לקראת קבלת החולים המתחדשת. באחת המרפאות שאותן ניהלתי נהגנו, אנשי הצוות, לצאת החוצה בימים יפים ולשוחח על נושאים מקצועיים תוך כדי הליכה בשביל הסמוך למרפאה. גם ללא ישיבת צוות ניתן לתזמן יציאה למספר דקות של הליכה מהירה כדי לשחרר את עודף האדרנלין ולנשום אוויר בריא.

בסיכומו של דבר, רגע לפני פתיחת שבע העבודה

או יום העבודה, תכנון מוקדם של דרגות החופש ורגעי ההרפיה הוא המאפשר לתרופה ששמה רופא לא להתפורר ולשמור על כרות תקפה לאורך זמן.

מה ניתן לעשות במהלך היום, בין מטופל למשנהו

ברגע שאני זוכר שתפקידי הוא למלא את ציפיית הפונה ולהיות "התרופה", אסור לי לשכוח את תופעות הלוואי של תרופה זו. כמו למשל, לקבל החלטות חשובות במקום החולה ובכך להפוך אותו ל"יותר חולה". כלומר, לכוה התלוי באחרים במקום שיאזור את הכוחות העומדים לרשותו, אלה שהטבע חנן אותו בהם ויחזק אותם עוד יותר בעזרתו. אני מאמין שתפקידו הראשון והחשוב ביותר של הרופא הוא העצמת המטופל. בראש ובראשונה, ללמד אותו לשמור על עצמו ולמנוע מחלות. בשלב השני, לדעת לטפל בעצמו בדרך הטובה והיעילה ביותר, כאשר כבר קיימת מחלה.

בחזתי במספר "מנטרות" שאותן אני משנן לעצמי לפני ובזמן הטיפול בחולים:

- כבודם של ספרי הרפואה במקומם מונח, אך את הספר ("הסיפור") האמיתי כותב כל מטופל וחשוב לקרוא בתשומת לב "ספר" זה ולהיות קשוב לדעתו של החולה ולנסיגותו, כי הרי הוא מומחה לעצמו ולצרכיו.
- "נסה להתאים עצמך לאופיו, לתכונותיו, לרקע האישי והתרבותי של המטופל ומשפחתו ובעיקר להתאים עצמך לציפיותיו ולאמונות הבריאות של המטופל" (על אמונות הבריאות כתב בהרחבה ארתור קליינמן, 1988).
- הכר מגבלותיך ואל תיקח סיכון על חשבון המטופל.
- שמור תמיד על הדרך הקצרה ביותר בין מצפונך לבין מעשיך.
- ציפיות ואכזבות נמצאות ביחס ישר. הקטן ציפיות והינעם מאכזבות כבדות ומתסכלים קשים.
- הקשב יותר והרצה פחות.
- לחיוך ולאמפתיה (קשב פעיל) אין תופעות לוואי.
- "טריקים" נוספים: לפני המפגש עם המטופל הראשון, רצוי לסיים נושאים בלתי סגורים על מנת שהמחשבה והרגש יהיו מרוכזים בפונה. נושאים כאלה מקורם בפאות המעבר משגרת היום האישי (היציאה מהבית, הפרידה מהמשפחה, בעיות ברכב, בנק וכדומה) אל יום העבודה ברפואה.

התאמה אישית של רופא למטופל

Balint (1964) טוען שהקדשת פרק זמן ארוך מהרגיל לאחד המטופלים היא מעשה שניתן לכנותו "חברת השקעות משותפת לפונה ולרופא". השקעה יתרה שכזו טומנת בחובה הזדמנות מיוחדת להידוק הקשר הטיפולי ועל כן יכולה, בסופו של דבר, לחסוך מפגשים רבים אחרים ולהניב רווחים של

הצלחה מיטבית בטיפול. מדובר ביחומה של הרופא המחליט בידעין להתרווח אחרונה בכסאו ולהשקיע זמן ותשומת לב מיוחדת באנמנזה הרפואית וגם מעבר אליה, להציף ולחקור את חייו ואמונותיו של המטופל. ברור בעליל שלא ניתן לעשות זאת עם כל מטופל והרופא מחליט בידעין מי הוא "המטופל התורן" המועמד להשקעת זמן זו. לעתים יש אפשרות להיעיף מבט על רשימת המטופלים היומית ולהחליט מתי ועם מי לבצע הרחבת מפגש שכזו.

ההכנה הטובה ביותר למפגש הרפואי יכולה להיעשות על ידי הצצה בתיקו של הפונה הצפוי להיכנס ובאמצעותה ניתן להיזכר בתוצאות הבדיקות, בשמות הפרטיים או בבעיה העיקרית העומדת על הפרק במקרה זה. לעתים ניתן גם להיזכר ברושם שנתר בנו מהמפגש האחרון עם מטופל זה ולהיות מודע לרגשות שפונה זה מעורר. הבעיה היא שבמערכות רבות הפעולה הראשונה במפגש היא "העברת הכרטיס" - פעולה שמפחיתה מהקשר האישי-אנושי ונתנת עדיפות לפעילות פקידותית סתמית. פעולה זו גוזלת את תשומת לב הרופא הנאלץ להתבונן במסך כדי לבדוק אם הפעולה הדיגיטלית בוצעה ולהגיב לחלונות קופצים למיניהם, במקום להתרכז בפונה. זו בעיה לא פשוטה מבחינה ארגונית ומבחינת הדימוי שצברו בקרב הפונים ("הוא הסתכל יותר במסך מאשר בי..."). כאשר מכירים את הפונה ומשפחתו זמן רב, ניתן להתחיל בשיחה מחזקת אמן ויוצרת קשר, עוד לפני העברת הכרטיס. במקרים אחרים נאלץ לקחת פסק זמן מתוכנן לאחר תום "העיסוק הדיגיטלי" ולהתחיל מחדש.

במסגרת המרפאה הרב תחומית (ביופסיכוסוציאליית) אנו מטפלים בחולים המורכבים והמסובכים ביותר בקופה, המופנים אלינו. מטופלים אלה, ש"הרשו עמוקות" בשדות הרפואה לטוב ולרע, באים עם נסיון רב במפגשים רפואיים. "המילייה" המיוחד מרפאה זו מאפשר לנו התנסויות חדשות רבות ומעניינות ביותר. למשל, אחד הנסיונות הקטנים שביצעתי היה להחליט מראש ולהתחיל מפגש במגע ובדיקה במקום ההתחלה באנמנזה המסורתית. בהמשך ללחיצת היד לשלום, הנחתי את ידי השנייה על פרק היד של המטופל/ת במנח של בדיקת דופק. תוך כדי פעולה זו שנמשכה דקות ספורות, התחלתי את המפגש. שמת לב שבהשוואה למפגשים אחרים שבוצעו באופן המסורתי, המטופלים ש"נגעתי בהם תחילה" הגיעו מהר יותר לדבר על נושאים רגשיים המטרידים אותם בנוסף לבעיות הרפואיות שאותן הציגו. התחלת שיחה על אודות נושאים רפואיים שמרה לרוב את המטופלים במצב רציונלי ומרוחק יותר והיה קושי רב יותר להגיע איתם לרובדים רגשיים רלבנטיים לבעייתם המורכבת. ממצאים אלה הביאו אותי למחשבה שאנו, הרופאים והמטופלים, "כלואים" לרוב בתסריטי ידוע מראש של התנהלות המפגש הרפואי, המונע או דוחה את היכולת

הרפויית הבסיסית הטבועה בכל אחד מאיתנו. בשעה שהסתיים המפגש, והמטופל יצא מהחדר, מוצא עצמו הרופא לא אחת מטרוד ועטוף עדיין ברושם שהותיר עליו מטופל זה או בסוגיית האבחנה והטיפול המועדפים. "ניקוי הראש" יכול להתבצע על ידי הרישום בתיק הרפואי לסיכום המפגש ולתכנון המעקב, התייעצות עם עמית וכדומה. ניתן גם להיעזר בפעולה משחררת, כמו התמתחות, התרוממות מן הכיסא והליכה קצרה, לגימות מים, הכנת קפה וכדומה. למעשה, כל דרך שבה נוכל "לאתחל" מחודש את המערכת שלנו. פעולות כאלו חשובות בעיקר כאשר הסתיימה פגישה שהותירה בנו רגשות חזקים, כמו מפגש עם חולה במחלה קשה או עם פונה זועם וממורמר. ניתן להקל על תחושת המועקה באמצעות "שיחת אודור" עם איש צוות. כל אלה עשויים לחסוך זמן וטעויות ומכשירים את השטח לפונה הבא.

בנוסף להתאמת הבסיסית והראשונית שמבצע הרופא בהתאם ל"מילייה" הרפואי שבו הוא פועל, כמו גם הכוונן היומיומי והכבדת המפגש עם המטופל הבא, הוא גם מתאים עצמו בכל רגע ורגע להתרחשויות במפגש הרפואי. בכך אתרכו בגליון הבא.

לסיכום, אחד המקורות לפיתוח יכולת קלינית וטיפולית משופרת ולצמיחה אישית ומקצועית הוא יכולתו של הרופא להתאים עצמו ל"מילייה" הכללית של רפואה-ראשונית, למאפיינים של אוכלוסיית מטופליו, עמיתיו ומעבידיו, לארגן את הפרקטיקה בצורה היעילה והנחה ביותר ולהכין עצמו היטב לקראת כל יום עבודה ולקראת כל מפגש ומפגש. על בסיס זה, יכולתו של הרופא להתאים עצמו באופן בלתי פוסק למצבי "כאן ועכשיו" שמציגים מטופליו, תוך מודעותו מתמדת למצבו האישי (גופני, רגשי ובין אישי), עשויות להפוך אותו ואת המפגש לתרופה יעילה למטופליו ולעצמו.

גם אתם, הקוראים, מוזמנים לכתוב מנסיונכם ומחוויותיכם הקשורות להתמודדות המאתגרת עם "ים החולים" - אילו שיטות פיתחתם להישרדות ולהנאה מהמקצוע שבחרתם. אני מבטיח להביא דברים בשם אומרם ולקיים במה אינטראקטיבית להתלבטויות ורעיונות לפתרונות מעל דפי עיתון זה.

הכתובת, להזכירכם: alon@talk2doc.net

ד"ר אלון מרגלית, MD PhD, מנהל המרפאה הרב תחומית הארצית, קופת חולים מאוחדת

.....(רשימה ביבליוגרפית).....
 Maslow A.H.: "Self-Actualizing People". Personality, Symposium 1, 11-34, 1950
 Herman J.: "The Common Denominator". Family Systems Medicine; 9: 275, 1991.
 Kleinman A.: "The Illness Narratives". Basic Books, inc. NY, 1988
 Balint M.: "The Doctor, his Patient and the Illness". International Universities Press, inc. Madison, 1964