

הקדמה

תמורות רבות התרחשו בעשור האחרון בקרב מטפלים בארה"ב. מטפלים רבים סבורים שמערכת הבריאות, במקום להיות גורם מקל, הפכה לנטל בכל הקשור למתן טיפול איכותי. למרות שמצוקת מטפלים וחלק מהגורמים התורמים לה ידועים ומוכרים, חלק גדול מהמצוקה שחווים מטפלים קשורה לבעיות מצטברות המשפיעות על התרבות המקצועית, ארגוני הבריאות, והדרך בה שירותי הבריאות ניתנים. תרבות מתייחסת לאמונות הבסיסיות אותן חולקת הקבוצה, אשר מקובלות באופן כה נרחב עד שהן משתמעות מעצם המקצוע ואינן מזוהות יותר. כאשר מתעוררים אתגרים הקשורים לתרבות, הם כמעט תמיד קשורים לבעיות באחד ממרכיבי התרבות, גם אם החלק הארי של התרבות מאפשר עשיית דברים בצורה טובה. במאמר דעה זה אנו לוקחים בחשבון את תפקיד התרבות בבעיות רבות עימן מתמודדת מערכת הבריאות ושתורמות להיארעות הרחבה של שחיקה בקרב מטפלים. נלקחה בחשבון מסגרת עבודה שמקורה בתחום מדעי הארגון ושנועדה לאפשר התמודדות עם בעיות אלו ולרפא את התרבות המקצועית

תמורות רבות התרחשו בעשור האחרון בקרב מטפלים בארה"ב. הדרישה לטיפול רפואי ומורכבות הטיפול הניתן עלו בהתמדה. כמו כן, הציפיות לעליה בפרודוקטיביות מטפלים הובילה לביקורים קצרים יותר בקליניקה ולהפחתת הזמן עם מטופלים. דרישות רגולטוריות חדשות (שימוש בעל משמעות, מרשמים אלקטרוניים, ובחינה מחדשת של טיפול תרופתי) והטמעה נרחבת של פרמטרים שונים בגיליונות מטופלים (EHR) הובילו לעלייה בעומס העבודה המשרדית. בו זמנית, מערך שלם של מדדים (קרי, שביעות רצון מטופלים, באיזו מהירות מטפלים נותנים מענה להודעות בתיבת הדואר וסוגרים גיליונות פרטי מטופלים, איכות המדידות, ואיכות הטיפול) הובא לכדי יישום בכדי להעריך את ביצועי המטפלים. מדידות אלו אינן שלמות, ולרוב הן נכשלות בלתפוס את טבע העבודה של המטפל, כך שהן משאירות מטפלים רבים עם תחושה שכל צעד שלהם מנוהל בקפידה וכן עם ירידה במורל. מחקרי זמן ותנועה, כמו גם אנליזות שעשו שימוש בחותמת הזמן של גיליון המטופל (EHR) מראים כי 50% מהעבודה היומית של מטפלים מבוצעת על עבודה משרדית ו"רפואת שולחן" (Desktop medicine). הרבה מעבודה משרדית זו מבוצעת על חשבון זמן אישי, ומחקרים מציעים שהמטפל הממוצע מבזבז 28 שעות על תיעוד קליני בלילות ובסופי שבוע בכל חודש.

על אף שלכל אחד משינויים אלו היתה סיבה רציונליות, ובמקרים רבים, השינוי הוחל במטרה לשפר את הטיפול ולצמצם הוצאות, רבים משינויים אלו מציבים מחסומים חדשים עבור מטפלים. כתוצאה מכך, מטפלים רבים חשים שהדרך בה שירותים ניתנים הפכה למחסום בפני האפשרות לספק טיפול באיכות גבוהה במקום שתהווה תשתית תומכת ומקלה. מחקרים ארציים מצביעים על כך שהיארעות השחיקה בקרב מטפלים גבוהה באופן דרמטי בהשוואה לרמת השחיקה בקרב אוכלוסיית העובדים הכללית בארה"ב. גוף ראיות רחב מצביע על כל שלשחיקה מקצועית, וכן לשחיקת המשמעות מהמקצוע יש משמעות הן על החיים האישיים והן על החיים המקצועיים. הודות לזיהוי חשיבות בעיה זו, מספר ארגונים חלוצים וקהילות מקצועיות תיעדפו התמודדות עם הבעיה. נכון להיום, מאמצים אלו בדרך כלל התמקדו במגוון גישות אופרטיביות לשיפור היעילות, סידור מחדש של תהליכי העבודה, והגברת עבודת הצוות כמו גם את המאמצים האישיים לעזור למטפלים לחזור את החוסן הנפשי שלהם. למרות שמאמצים אלו מהווים חלק מהפיתרון, הם לא פותרים הרבה מהבעיות היסודיות של התרבות המקצועית המצויות בבסיס בעיה זו.

הבנת התרבות

למרות שמצוקת מטפלים וחלק מהגורמים התורמים לה ידועים ומוכרים, אנו מאמינים שרבות מבעיות אלו מהוות סימפטומים של בעיות מצטברות המשפיעות על התרבות המקצועית כמו גם על התרבות של ארגוני בריאות והדרך בה שירותי בריאות ניתנים. תרבות מתייחסת לאמונות הבסיסיות, לערכים ולפרקטיקות החברתיות אותן חולקת הקבוצה ושמקובלות באופן כה נרחב עד שהן מובנות מאליהן ולא נבדקות בקרב חברי הקבוצה. בחיי הפרט, הארגון והחברה, תרבות היא מושג מתפשט, חזק ולרוב לא מזוהה ככוח משפיע. למרות שביטויים ממשיים של התרבות, כמו נהלים במקום העבודה, מדיניות, יתרונות, סובלנות לטיפול לקוי או להטרדה, התנהגות מקצועית וכן תמריצים, נתפסים בטעות כתרבות, מאפיינים אלו הם יותר בגדר אקלים ארגוני ויכולים להשתנות בעזרת פעולות והשפעה של מנהיגים יחידים או קבוצה.

תרבות היא יקרה יותר, רבת פנים, ונטועה עמוק בהיסטוריה המקצועית או הארגונית. התרבות מספקת זהות, סדר, משמעות ויציבות. תרבות נשמרת לאורך זמן (מועברת מחברי קבוצה מבוגרים יותר לצעירים) בגלל שהיא ממלאת תכלית הקשורה באדפטציה שאיפשרה לקבוצה לשאת אתגרים היסטוריים. קיימות לפחות שלוש רמות של תרבות. ארטיפקטים (או סמלים) הם הביטוי הפיזי של תרבות - הפעולות, ההתנהגויות, מי שנחשבים לגיבורים והטקסים שלנו. ערכים שאומצו על ידי הקבוצה הם מה שאנו טובעים כערכים והעדפות שאמורים להתקיים, כפי שבא לידי ביטוי בהצהרת המשימות שלנו, התקשורת התוך ארגונית או התקשורת בקרב אנשי המקצוע, ערכים מוצהרים פומביים, ואפילו שיווק ומסרים פרסומיים. הנחות מובנות מאליהן הם הדברים המצויים מתחת לפני השטח בהן אנו מאמינים ואותם אנו מעריכים, אלו הם החוקים הבלתי כתובים המניעים את ההתנהגות היום יומית שלנו. בהקשר זה, יש להדגיש כי המונח ארטיפקטים מתייחס למאפיינים מוחשיים של התרבות או של הארגון ולא "משהו ששייך לתקופה ישנה יותר" או "אפקט מיוחד".

בתרבות הרפואית הרחבה, הדרך בה אנו מעצבים קליניקות כמו גם הדרך בה אנו מתייחסים למטופלים ולקולגות הן דוגמאות לארטיפקטים; שבועת היפוקרטס והאמנה המקצועית הן דוגמאות לערכים שאומצו על ידנו. האמונה שעל מטפלים להיות מונעים תמיד על ידי האינטרס הטוב ביותר עבור המטופל היא דוגמא להנחות מובנות מאליהן.

בנוסף, לתרבות המקיפה של המקצוע, מטפלים עובדים בתוך ארגונים להם תרבות משלהם. לכל ארגון בריאות יש את הארטיפקטים הייחודיים לו (למשל, מדיניות פנימית הקשורה לגישה למידע ומי זכאי לה או מערכת הפשרות הייחודית לארגון), ערכים שאומצו על ידי הארגון (הצהרת המשימות של הארגון), וכן הנחות מובנות מאליהן (אנו קיימים בכדי לספק שירות רפואי לכל תושבי הקהילה שלנו ללא קשר ליכולת לשלם [או לא]). סקירת הצהרת המשימות של קרוב לכל ארגוני הבריאות בארה"ב מצביעה על כך שהם טוענים למחויבתם לספק את השירות האיכותי ביותר למטופלים הזקוקים לו. בד בבד הם מאמצים דרגות שונות של דגש כל חמלה, למיד, גילוי, ריפוי הומני, וחיזוק קהילות, אשר כולן משימות נאצלות. הם נבדלים ברמת ההנחות המובנות מאליהן, בדרגה בה הם מדגישים ערכים נוספים כמו איכות, קהילה או בריאות העובדים, או שיקולים כלכלים כמניעים עמוקים של עבודתם.

אבחון בעיות בתרבות הרפואית ותרבות שירותי הבריאות כאשר עולים אתגרים הקשורים בתרבות, הם כמעט תמיד קשורים לאחד המרכיבים בתרבות, גם כאשר החלק הארי של התרבות מותאם בצורה טובה לפעולה במציאות הקיימת. דרך פשוטה לאבחון בעיות הקשורות במימד מסויים של התרבות היא להתבונן בחוסר התאמה בין ארטיפקטים שונים לבין ערכים שאומצו על ידי הקבוצה. התבוננות זו מושגת בצורה הטובה ביותר, בדרך כלל, באמצעות ריאיונות קבוצתיים ודיונים בקרב חברים לארגון או לתפקיד מסויים מול מומחים חיצוניים (לרוב יועצים) שאינם

חלק מהתרבות. שימוש במומחים חיצוניים הוא בעל חשיבות היות ואנשים מתוך התרבות נוטים להיות עיוורים לחוסר עקביות העולה לעיתים ועלולים לבחור בגישה המפרה חלק מההנחות הבסיסיות של משימתם מבלי שיבינו זאת.

טבלה 1: אי התאמה בין ארטיפקטים לבין ערכים שאומצו על ידי הקבוצה ברפואה

| תחום | ערכים שאומצו (מה אנחנו אומרים) | ארטיפקט (ההתנהגות שלנו) | מה זה חושף? |
|------------------------------------|---|---|---|
| התרבות בארגון שלנו ובמערכת הבריאות | רופאים הם אנשי מקצוע (אנחנו סומכים עליהם) | אישור מוקדם ותיעוד עודף הנדרשים לשם צידוק עלות הטיפול ומניעת תביעות של רשלנות רפואית | אנחנו לא סומכים עליך |
| | לרופאים שלנו ההכשרה הגבוהה ביותר והם העובדים היקרים ביותר שלנו (עלינו למקסם את התפוקה שלהם) | עומס משרדי עודף ושימוש לא יעיל של זמן | הזמן שלך אינו מוערך |
| | טיפול איכותי מצוי בראש סדר העדיפויות שלנו | מערכת טיפולית המובילה לעייות ולשחיקה מה שגורם לשחיקה של איכות הטיפול | שיקולים כלכליים חשובים יותר מאיכות הטיפול |
| | אנו מעריכים את אוטונומית המטופל, קבלת החלטות משותפת, ומציאת טיפול המותאם אישית לצורכי האדם | התמקדות במדידת מדדים הקשורים לשירות הניתן על ידי הרופא ושרלוונטים להכנסות הארגון | הפיכת המטפלים והמטופלים לסחורה |
| | אנחנו מאמינים בצדק חברתי ובחלוקת משאבים שווה עבור המטופלים ועבור הקהילה שלנו | אורך המפגש הטיפולי והתמיכה המוגבלת שהצוות מסוגל לספק מונעים קבלת החלטות משותפת כמו גם טיפול מותאם אישית | שיקולים כלכליים חשובים יותר מנציגות המטופל |
| | אנחנו לא ממלאים את הצרכים הבריאותיים של עצמנו | הגישה הארגונית להתאמת גישה אופטימלית לטיפול פרטי וציבורי בה הדגש הוא על מצבים רפואיים בהם ההחזר גבוה ולא בהכרח על צרכי המטופל | שיקולים כלכליים חשובים יותר מצדק חברתי |
| תרבות מקצועית | דאגה עצמית היא חשובה | שעות עבודה רבות, עבודה לפני הכל, ולרוב אנו לא דואגים לעצמנו (תזונה, פעילות גופנית, שינה, וטיפול מונע) | דאגה עצמית איננה חשובה; פרודוקטיביות קצרת טווח חשובה יותר מיציבות לאורך זמן |
| | מניעה טובה יותר מטיפול | אנו לא ממלאים את הצרכים הבריאותיים של עצמנו | בריאות המטפלים איננה חשובה |
| | לטעות זה אנושי | תרבות מקצועית של פרפקציוניזם, חוסר יכולת להביע פגיעות וחמלה עצמית נמוכה | מצופה ממטפלים להיות ישויות עלאיות (superhuman) |

| תחום | ערכים שאומצו (מה אנחנו אומרים) | ארטיפקט (ההתנהגות שלנו) | מה זה חושף? |
|------|--------------------------------|---|---|
| | | האמונה שטעויות הן אשמת הפרט ואינן מקובלות בשום פנים ואופן | טרם הצלחנו להפנים הרבה מהשיעורים של תנועת האיכות: טעויות הן בלתי נמנעות במערכת מורכבת |
| | עייפות פוגעת בביצועים | שעות עבודה רבות; הגעה לעבודה גם בזמן מחלה | איננו מאמינים שפתגם זה תקף למטפלים או שאנו יהירים מכדי להודות שהוא אכן כזה |

כאשר אנו רואים התנהגות שאיננה משקפת ערכים שאומצו על ידי הקבוצה, היא מזמינה התבוננות מעמיקה לזיהוי ההנחה המובנת מאליה שככל הנראה מניעה את ההתנהגות. במסגרת עבודה זו, אנו מציעים שאתגרים עם גיליון המטופל (EHR), עודף עבודה משרדית, הדגשת יתר של פרודוקטיביות (יצירת מדדים הקשורים לשירות הניתן), אובדן גמישות או אוטונומיה, זמן מועט מדי עם מטופלים מייצגים ארטיפקטים שאינם תואמים את הערכים שאומצו על ידי הקבוצה (טבלה 1). אי התאמה זו חושפת את ההנחות המובנות מאליהן העמוקות והבסיסיות יותר של הארגון, הדרך בה שירותי הבריאות ניתנים, והמקצוע שלנו הדורש התבוננות מעמיקה.

עלינו להכיר בכך שברמה המקצועית יש לנו מספר כתמים עיוורים (blind spots) ונורמות בלתי בריאות בעלות פוטנציאל להתנהגות הרסנית. כמטפלים, אנו נוטים לעבוד יותר מדי, לרמוז לכך שמגבלותיהם של אנשים נורמלים לא חלות עלינו, ולרוב להימצא בתפקיד הגיבור. אנו מטפחים את דור העתיד של מטפלים עם הלך המחשבה של פרפקציוניזם, חוסר יכולת להפגין פגיעות, וחמלה עצמית נמוכה. אנו מלמדים אותם שעליהם לדחות תמיד דאגה עצמית ומערכות יחסים אישיות ככל הנדרש בכדי לעמוד בדרישות המקצועיות. טעויות הן אשמת הפרט והן אינן מקובלות. לטעות זה אנושי, אבל אנחנו ישויות עילאיות. אנו מאמצים את חשיבות המניעה, הדאגה העצמית וההתנהגות האישית בכדי לקדם בריאות עבור המטופלים שלנו, אבל לרוב לא מתרגלים התהגויות אלו בעצמו. אנו מתעדפים חיים מקצועיים מעל הכל, אפילו אם זה אומר שאנחנו עובדים בדרך שאיננה ישימה לאורך זמן או שהופכת את ההחלטות הרפואיות שלנו ללא אופטימליות.

השקפה אחת אומרת שגישות אלו שירתו תכלית בסביבה ההיסטורית בה היו מעט מטפלים - עולם בו כלל המטפלים היו דרושים לטיפול בכמה שיותר מטופלים, מצב בו מטפל מותש היה עדיף על אי קבלת טיפול. באופן דומה, לפני 50 שנה, פרפרציוניזם של מטפל מוסמך היה הגישה המקצועית המקובלת להשגת טיפול איכותי. ברוב המקרים כיום, הנחות אלו כבר לא משרתות את אינטרס המטופל, המטפל או מערכת הבריאות.

בתרבות של ארגוני בריאות ובמערכת הבריאות כיום, קיים חוסר התאמה בין התנהגויות ובין ערכים שאומצו על ידי הקבוצה. אנו נוטים להאמין שמטפלים הם בעלי מסוגלות עצמית כמו גם בעלי מקצוע שניתן לסמוך עליהם, וכן אנשים המציבים, משמרים ואוכפים סטנדרטים מקצועיים אלא שבעלי המניות וכן רגולטורים יצרו תהליכים מסורבלים של אישור מוקדם ודרישות לתיעוד מכביד מאוד אשר יקרים מאוד עבור המערכת, בלתי יעילים ומראים חוסר אמון. אנו טוענים שהמטפלים הם המשאב בעל הערך הגבוה ביותר אך מדכאים אותם עם עבודה משרדית עודפת וחסרת ערך. אנו חשים זלזול כלפי קיום בו זמני של קונפליקטים מבוססי אינטרסים מנוגדים עם תעשיית התרופות, בו בזמן שמקודמות מערכות תמלוגים בארגוני הבריאות הבנויות כך שהפרודוקטיביות תבוא לפני האיכות, תגמול למי שמשתמש במשאבים באופן עודף, והתייחסות למטפלים כיחידת ייצור במקום כאנשי מקצוע. לדעתנו יש ערך רב בקבלת החלטות משותפת כמו גם בטיפול מקצועי מותאם אישית למטופל, לשם כך דרושים ביקורים של

20 דקות בקליניקות שעדין לא מאפשרות זמן מספיק בכדי לעמוד במטרות אלו. אף על פי שהצהרת הכוונות שאימצנו היא צדק חברתי וחלוקה הוגנת של משאבים עבור המטופלים והקהילה, עדין אנו משתמשים בדרכי הפעולה של ארגונים המגבילים את הגישה על בסיס היכולת לשלם.

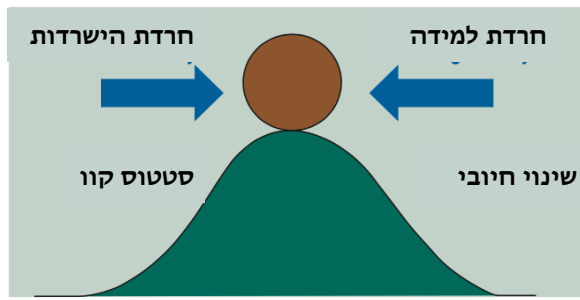
חוסר ההתאמה בין הערכים המוצהרים ובין ההתנהגות הארגונית ברורים לרופאים ויוצרים

דיסוננס קוגניטיבי המוליד ציניות ותחושת אי התאמה שורשית בין מטרות הארגון לבין הכוונה האלטרואיסטית של המקצוע. מה ביכולתנו לעשות בכדי לשנות חלק מההנחות המובנות מאליהן המניעות מערכת זו או להפוך את האפקט השלילי שלהן לחיובי יותר?

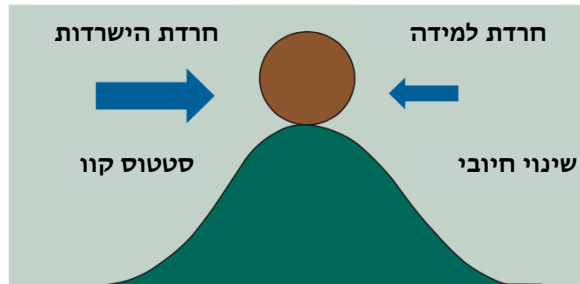
ההכרח בשינוי תרבותי

תרבות משתנה כאשר שיווי המשקל מופרע על ידי גירוי כלשהו. על המנהיגים והחברים בתרבות להאמין שמהו רע יקרה אם הם לא ישתנו. כך מואצת "חרדת ההישרדות" (survival anxiety). כמות מכריעה של ראיות מצביעה על כך שכיום זהו המצב בו מצויים המקצוע שלנו, הארגונים שלנו, וכן מערכת מתן שירותי הבריאות בארה"ב. סימפטומים של שחיקה ומצוקה מקצועית נפוצים בצורה דרמטית כיום בהשוואה לפעם בקרב מטפלים בהשוואה לשדות אחרים. נמצא קשר בין שחיקה לבין בעיות חברתיות הנעות בין מערכות יחסים פגומות לבין נטישה של המקצוע. מטרידים באותה מידה הם הקשרים בין שחיקה לבין הפרעות נפשיות, כולל שימוש בחומרים מסוכנים, חרדה, דיכאון ואובדנות. ברמה המקצועית, היעדר דאגה עצמית, פרפקציוניזם המוביל לאי תפקוד, שעות עבודה עודפות, עייפות ותשישות, חוסר יכולת להפגין פגיעות ומנטליות "הרופא כגיבור" לא משרתים אותנו נכונה. חרדת הישרדות אמורה להיות גבוהה עבור כל בעלי המניות בארגוני הבריאות ובמערכת הבריאות בכלל. שחיקת מטפלים קשורה לירידה באיכות הטיפול, עליה בטעויות רפואיות, וירידה בשביעות רצון המטופלים. מגוון מחקרים מדווחים כי שחיקה קשורה לירידה בפרודוקטיביות, תחלופת מטפלים ועזיבה של המקצוע. כל אלו מאיימים על גישה נוחה לטיפול בדיוק בתקופה בה אנו כבר מתמודדים עם מחסור ניכר ברופאים. האיום וההכרח בשינוי אינם היפותטיים. השפעות שליליות כבר קיימות ונוגעות לטיפול במטופל, למקצוע, ולמערכת בה שני אלו מצויים באינטראקציה. מרגע שמתקיימת חרדת הישרדות, כוח נגדי - "חרדת למידה" - נוצר גם הוא ובא לידי ביטוי כהתנגדות לשינוי. תמצית חרדת הלמידה היא ההכרה בכך שאולי לא נהיה מסוגלים לשנות את הדרוש למען פיתרון של הבעיה. השינויים יהיו קשים מדי, יקרים מדי או משבשים מדי. תוצאת ההתנגדות לשינוי לרוב באה לידי ביטוי בהקטנת הבעיה, התעלמות מראיות או הכחשה מלאה. היא יכולה לקבל ביטוי גם כהגנה על מסורות קיימות ("כך תמיד עשינו זאת."), שימוש באנקדוטות ("זה עבד בשבילי."), האשמה של האחר ("אתה בחרת במקצוע הזה."), ההנחה ששינוי יהיה יקר מדי ("אין לנו המשאבים המתאימים."), ניסיון להצדיק התעלמות מבעיה אחת באמצעות התמקדות בבעיה אחרת גדולה יותר שאיננה קשורה לבעיה הנוכחית או שמשיקה לה ("יש ילדים רעבים באפריקה" או "הרבה מהמטופלים שלנו לא יכולים להרשות לעצמם לקנות אוכל בכלל."), או האמונה שמעלות וטעויות לא קיימים בנפרד (כלומר, "אם אנו מכירים במגבלות האנושיות, אנו לא יכולים להציב סטנדרטים גבוהים").

- גורמים המניעים חרדת הישרדות
- אובדנות בקרב מטפלים
- ירידה באיכות \ טעויות רפואיות עקב מצוקה
- תחלופת מטפלים
- בעיות בפרודוקטיביות
- ירידה בשביעות רצון המטופלים
- חשש שמא לא נשיג את מטרות הארגון



- נושאים מדאיגים התורמים לחרדת למידה
- האם אנו מסוגלים להשתנות?
- אני לא יודעת/מה לעשות
- על מה אאלץ לוותר \ מה אאבד ?
- זה יהיה קשה מדי (האם זה יצליח?)
- פחד מאובדן כוח או יוקרה
- פחד מחוסר יכולת זמני



- צעדים ליצירת ביטחון פסיכולוגי והפחתה של חרדת למידה
- מעורבות בהוצאה לפועל של השינוי
- חינוך והכשרה פורמלית
- מודלים חיוביים לחיקוי
- יועצים ומאמנים
- הזדמנויות לתרגול
- תקשורת דו כיוונית בין מנהיגים לבין אלו שמושפעים ממנהיגותם

B

תמונה. איזון בין כוחות. A חרדת הישרדות מניעה שינויים ברפואה ולמולה עומדת חרדת הלמידה ומאזנת אותה. B הפחתת חרדת למידה מערערת את האיזון לטובת שינוי

הנעת שינוי תרבותי

חרדת הישרדות וחרדת למידה הם כוחות המצויים בתחרות מתמדת. המפתח להנעת שינוי הוא ערעור האיזון בין שני כוחות אלו (תמונה). על אף הפיתוי לעשות זאת באמצעות הגברת חרדת הישרדות, גישה כזו בדרך כלל מעלה את ההתנגדות לשינוי וכן את המתח במערכת. מרגע שמזוהה הצורך בשינוי, זירוז נכון שלו יעשה באמצעות הפחתת חרדת הלמידה. בכדי לעשות זאת עלינו לזהות תחומים ספציפיים בהם הן השינוי בר ביצוע, והן האנשים מחוייבים לשינוי ומקבלים תמיכה מתאימה ולא אנשים המאולצים לעבור שינוי שלא בחרו בו.

אנו מתחילים באמירה משכנעת של החזון החיובי ובו המצב העתידי האידיאלי. הספר "פרשת רווחת המטפל" (Charter on Physician Well-being) שפורסם לאחרונה מהווה מסגרת עבודה ממנה ניתן להתחיל לבנות. תרבויות בוגרות, כמו התרבות הרפואית והתרבו של רוב ארגוני הבריאות, לרוב צריכות לבטל את הלמידה של חלק מההרגלים הישנים וכן דרכי החשיבה הישנות לפני שיוכלו לשלב רעיונות חדשים בשורתיהן. מרגע שהגדרנו את המצב העתידי האידיאלי, אנו יכולים להעריך במה הוא נבדל מהמצב הנוכחי וכן לזהות פערים ומחסומים עימם עלינו להתמודד בכדי לאפשר התקדמות (טבלה 2). השוואה זו עוזרת לנו לזהות אמונות והרגלים ישנים שאת הלמידה שלהם אנו מעוניינים לבטל כמו גם הדברים החדשים אותם עלינו ללמוד, ובכך לאפשר לעצמנו לתכנן ולנהל את השינוי.

טבלה 2. המצב הנוכחי והמצב העתידי האידיאלי

| המצב הנוכחי | הצב העתידי האידיאלי |
|-------------------------------|--|
| הזנחה והקרבה עצמית בגין האשמה | דאגה עצמית (מנוחה ובריאות נפשית) - נתפסת כהכרחיים לשמירה על יעילות המטפלים |
| בידוד | הפעלת רשת תמיכה (אישית ובין עמיתים) |
| עייפות | הרגלים בריאים של מנוחה ושינה |

| המצב הנוכחי | הצב העתידי האידאלי |
|---|---|
| הערכה עצמית לעיתים נדירות | הערכה עצמית באופן קבוע |
| מגוון מחסומים (כולל שאלות הנוגעות להוצאת רישיון עבודה) וסטיגמה הקשורה בחיפוש עזרה | היעדר סטיגמה בשל חיפוש עזרה הנוגעת לבעיות נפשיות |
| חיפוש עזרה הוא סימן לחולשה | קבלת הפגיעות הקיימת בכל אדם (זה בסדר לבקש עזרה) |
| מדל שיבוץ המטפלים חסר עתודות או גמישות שתאפשר יציאה למחלה של רופאים. העסקת צוות עד לרמת התפוסה הממוצעת; בזמני עומס הדרישה עולה אך העבודה מבוצעת על ידי הצוות הקיים שנוטל עומס עד להגעה לתשישות ושיטות עבודה לא בטוחות | מערכות המכירות במגבלות האנושיות ומספקות צוות לטיפול אופטימלי בזמני עומס, ולא בזמני עבודה בהן התפוסה ממוצעת |
| היעדר גבולות הקשורות לעבודה או עומס בעבודה. היעדר תשומת לב לעייפות או ירידה בשינה אחרי השלמת ההכשרה. כישלון בזיהוי ההשפעה של אירועים טראומטיים, מוות של מטופלים וכן תוצאים בלתי רצויים של מטופלים על המטפל עצמו | מערכות המכירות באנושיות ובגבולותיה |
| פרפקציוניזם | חמלה עצמית |
| עומס עודף ובעל ערך נמול שך עבודה משרדית ובירוקרטית שאיננה משפרת את איכות הטיפול | הגבלת עבודה משרדית בעלת ערך נמוך |
| תרבות הפחדה | תרבות של ביטחון |
| העבודה קודמת לכל; אין הגבלה על חדירת העבודה לחיים הפרטיים | אינטגרציה בין העבודה לחיים הפרטיים; נורמות קבוצתיות המתעדפות בריאות אישית וקשרים בין אישיים בריאים |
| שחיקה נפוצה | שחיקה נדירה |
| סביבה מקצועית שלרוב מובילה לשחיקת המשמעות, התכלית וכן האלטרואיזם | סביבה המטפחת ומחזקת משמעות, תכלית וכן אלטרואיזם |
| נהלים ודרישות רגולטוריים חדשים מיושמים מבלי שנלקחו בחשבון הזמן או העומס הקוגניטיבי הקשורים אליהם וכן מבלי שנלקחו בחשבון דעותיהם של המטפלים | זמן ועומס קוגניטיבי הקשורים לנהלים ודרישות רגולטוריים ומושפעים מהם, וכן דעותיהם של מטפלים ילקחו בחשבון בשלב התכנון לפני יישום הנהלים החדשים |

כאשר מתכננים שינוי בתרבות, הכרחי לזהות שהרבה מהאלמנטים המרכיבים את התרבות

המקצועית שלנו מהווים מקורות כוח. אספקטים חיובים אלו בתרבות שלנו יעזרו לנו לשנות את המימדים הזקוקים לשינוי. התרבות החיובית של הרפואה כוללת מגוון אלמנטים ראויים כמו אלטרואיזם, שירות, מסירות, חמלה, וכן מחוייבות למצויינות ולכשירות מקצועית. אנו מונעים על ידי צרכי המטופלים ומה הכי נכון עבורם. אנו מחוייבים עמוקות לתמיכה בעמיתים שלנו. אנו מאמינים בבסיס המידע הביורפואי של מחלות, כולל הפרעות נפשיות, ומתנגדים נחרצות לסטיגמות הנוגעות למצבים בריאותיים. על אף שאנו מאמינים בלהיות מרפאים הרואים (heroic healers), יש לנו גם אמונה בסיסית בצניעות. אנו מודעים לעובדה שכרגע חלק מהגישות הטיפוליות שלנו מוטעות ואנו מחוייבים לבחון התערבויות טיפוליות באופן אובייקטיבי ולהשתמש בידע מבוסס ראיות בכדי לשפר אותן. המצוקה והשחיקה שנוצרו על ידי נורמות מקצועיות מסוימות וכן על ידי חלק מהאספקטים הקשורים לסביבת העבודה מנגודים לערכים בסיסיים אלו. עזרה בשינוי של אספקטים אלו, הן בתרבות המקצועית והן בתרבות הארגונית, טמונה בשימוש בערכים אלו.

מרגע שזיהינו והגדרנו את המצב העתידי אליו אנו שואפים במונחים התנהגותיים ספציפיים, עלינו להקטין את חרדת הלמידה באמצעות יצירת ביטחון פסיכולוגי עבור האנשים והארגון שיצטרכו ללמוד דברים חדשים. יהיה עלינו לזהות אסטרטגיות ומהלכים חדשים מבוססי שיתופי פעולה עבור מטפלים ומנהיגים בכדי שיצברו ניסיון במצבי עבודה חדשים, דינמיקות קבוציות, ונורמות ארגוניות שונות. מוטלת עלינו החובה לספק הזדמנויות להכשרה פורמלית, כמו גם את הזמן והמשאבים שיאפשרו השתתפות של מנהיגים קבוצות וצוותים. אנו זקוקים לדמויות חיוביות לחיקוי (פרטים, מנהיגים וארגונים) שיעזרו להדגים כיצד נראית הדרך החדשה. נזדקק גם לשדות מתאימים שיאפשרו למחלקות להתנסות בגישות עבודה חדשות, תוך שיקבלו תמיכה מיועצים ומדריכים שיעזרו להם להצליח. אנו זקוקים למערכות חדשות, למבנים חדשים, בקרה חדשה, תגמולים חדשים וכן תהליכים חדשים התואמים את השינויים הרצויים. על אף שהלומדים לא תמיד זוכים לבחוק את היעד הסופי, חייבת להיות להם שליטה מסויימת על תהליך הלמידה והדרך בה הם ישיגו את היעד הסופי. תקשורת דו כיוונית בין מנהיגים לבין לומדים, באמצעות תהליך זה, מהותית להבטחת שמירת החזון העתידי הרצוי ברור לכולם, וכן כדי שהחששות וההסתייגויות של הלומדים יהיו מובנות ומוערכות. למרות שגישה מערבת זו היא איטית יותר, אנו רואים במעורבות גורם מהותי ליישום והפנמה של הערכים והנורמות החדשים כמו גם לשילובם בתרבות הקיימת. בכל הנוגע לשיפור רווחת הפרט של המטפלים, כל הצעדים הללו כבר החלו (טבלה 3).

יש לתת את הדעת לכך שמרגע שתרבות הופכת בוגרת, היא יכולה לעבור שינוי רק בתנאי שהוא מכוון ורק דרך "התפתחות אבולוציונית מבוקרת" (managed evolution). המשמעות היא שיש להשליך חלק מהאמונות ומהערכים הקיימים, לאמץ חדשים וכן לשנות אחרים באופן מכוון. החלק הקשה ביותר בתהליך זה הוא להשלים עם התרבות הקיימת, הנלקחת כמובנת מאליה. לכן, כאשר בוחנים את התרבות הקיימת ומזהים את החלקים בה להם פוטנציאל השינוי, חשוב ליצור תשתית למידה זמנית מקבילה הן לארגון מחדש של העתיד והן להערכת ההווה. תשתית למידה מקבילה כוללת קבוצה, מתוך התרבות, המפתחת ובוחרת גישה חדשה. יש להפריד חלק מהחברים (פרטים, יחידות עבודה, מחלקות או ארגונים) ולחשוף אותם לדרכי חשיבה חדשות, כך שמתאפשרת הערכה אובייקטיבית של נקודות החוזק והחולשן של הגישה הנוכחית, כמו גם למידה של דרכי התנהגות וחשיבה חדשות. הדבר יכול לכלול בתוכו סריקה של הסביבה לטובת מציאת פתרונות שניתן לאמץ או לטובת "למידה מסוג ניסוי וטעייה. " אחרי כן, פתרונות חדשים במערכת המקבילה יכולים להוות דוגמה עבור שאר הארגון (או עבור ארגונים אחרים) כיצד הדרך החדשה עשויה לעבוד ולעזור להגדיר כיצד היא אמורה להיראות. הדבר מפחית את חרדת הלמידה עבור יתר הקבוצה וכן מעודד את אלו שממשיכים להתנגד לשינוי לאמץ אותו או לעזוב. במחקרי פיילוט נעשתה בדיקה מדורגת של התוכנית, כלומר העצמת מחלקה אחת או קבוצה מסויימת לפתח ולבחון שיטה אלטרנטיבית לפני שמיישמים אותה בצורה רחבה יותר כדרך פעולה שימושית המאפשרת למידה של גישות חדשות.

ניהול השינוי

בכדי שמימדים שונים של התרבות ישתנו, הכרחי גם שמנהיגים בארגון יהיו משוכנעים בכל השינוי הוא הכרחי. בכדי לנהל את המעבר, צוות הכולל סמנכ"לים ונציגים של היחידות הגדולות ביותר בארגון כמו גם נציגים של בעלי המניות מחוץ לארגון צריכים להיות חלק מ"צוות עבודה המוביל את השינוי". על צוות זה לזהות את הבעיה ולהניע את עיצוב, תכנון והשמת הצעדים הבאים. על הקבוצה להיות חלק מהמבנה "המקביל" הבסיסי ולהמשיך להתקיים לכל אורך תוכנית השינוי וכן להיות אחראית על ההתערבויות המתקיימות. על המנהיגים הבכירים (ראש הארגון, מנכ"ל וסמנכ"ל רפואה) להיות בחד החנית

טבלה 3 - צעדים שיאפשרו שינוי תרבותי הקשור ברווחת הפרט של מטפלים

| דוגמאות קיימות | צעדי מפתח |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - מסמך מחייב הנוגע לרווחת הפרט של מטפלים - מסמך מחייב הנוגע למקצועיות בארגוני בריאות - שיתופי פעולה של האקדמיה הלאומית לרפואה בנוגע לרווחת הפרט ולחוסן הנפשי של מטפלים | הגדרת מצב עתידי אידאלי |
| <ul style="list-style-type: none"> - קורס הכשרת סמנכ"ל רווחת הפרט (CWO) של אוניברסיטת סטנפורד - מודל הצעדים (STEPS) של ארגון הרפואה האמריקאי - פרסומים המתווים מפת דרך להתקדמות הארגון | הכשרה פורמלית לחברי הארגון |
| <p>הכרה בצורך למגוון אפשרויות בחירה - לא קיים פיתרון יחיד (כלומר, תיעוד אינו מהווה הגישה היחידה לשיפור יעילות הטיפול ומיינדפולנס אינו מהווה הגישה היחידה לחוסן נפשי של האדם)</p> | מעורבות של אלו שיושפעו מהשינוי - הגדרת המטרה אבל לא התהליך; לא כולם (ארגון או יחיד) יגיעו למטרה באותה דרך |
| פגישות עמיתים לקידום ושימור שביעות הרצון (קבוצות COMPASS), סבבי מרכז שוורץ (Schwartz center rounds), וכן קבוצות בלינט (Balint groups) | הדרכת קבוצות וצוותים |
| זמן, משאבים, תמיכה בלמידת הדרך החדשה | שדות תרגול, מאמנים ומשוב |
| <p>ארגונים חלוצים שמינו סמנכ"ל רווחת פרט (CWO) וביססו תוכנית לרווחת הפרט של מטפלים מאמצים של קהילות מקצועיות מובילות: ארגון הרפואה האמריקאי, ארגון עמיתי הרפואה האמריקאי, מועצת ההסמכה לבוגרי השכלה רפואית (ACGME), המכללה האמריקאית לרופאים, האקדמיה האמריקאית לרופאי משפחה ואחרים</p> | מודלים חיוביים לחיקוי |
| <p>ועידה אמריקאית \ בינלאומית בנוגע לבריאות מטפלים קורס הכשרת סמנכ"ל רווחת הפרט (CWO) של סטנפורד</p> <p>התאגיד האקדמי לבריאות המטפל שיתופי פעולה לריפוי וחידוש ברפואה</p> | קבוצות תמיכה לארגונים בשלב הלמידה |
| <p>הכשרה ואימון של מנהיגים להתנהגויות חדשות המטפחות מעורבות; הערכה ותגמול להתנהגויות חדשות הרצויות בקרב מנהיגים</p> <p>תגמול להתנהגויות והישגים של צוות, לא של יחידים</p> | מערכות, תגמולים, שליטה, ומבנים התואמים את השינויים הרצויים |

ולהישאר מעורבים בעבודה זו בכדי שיוכלו לתת חסות, לתמוך או לספק כיסוי למגוון היוזמות שיוולדו בחלקים השונים וברמות השונות של הארגון.

צוות העבודה המוביל את השינוי חייב להבין את דינמיקת תהליך השינוי ולזהות כי כל צורות ההערכה של התרבות הנוכחית כמו גם ההצעות לשינוי מהוות התערבויות ולהן השלכות צפויות ובלתי צפויות. אם נצפו שינויים התנהגותיים גדולים או שינויים באמונות ובערכים, הכרחי עבור צוות העבודה לערב את היחידים שיהוו מטרות לשינוי זה, היות והדרך הטובה ביותר להתגבר על חרדת למידה ולגרום ללומדים לחוש בביטחון פסיכולוגי היא לערב אותם בתהליך השינוי. בדרך כלל, הצעד הראשון יהיה "לשתף בבעיה" באמצעות איסוף מנהיגים מהקבוצות הרלוונטיות שיושפעו מהשינויים, וקיום דיאלוג סביב תפיסת הבעיה שלהם ויצירה משותפת של צעדים הכרחיים להסתגלות, כיצד התרבות יכולה לקדם או לעכב את השינוי, אילו חלקים בתרבות חייבים להתפתח, ובמיוחד אילו השפעות מערכתיות יהיו

לשינויים שהוצעו. בניית מערכות יחסים בשלב מוקדם זה היא השקעה הכרחית להשמה מוצלחת בשלבים מאוחרים יותר של ההתערבות.

מסקנה

אם אנחנו עומדים להתקדם משמעותת בהרבה מהבעיות הניצבות בפני מערכת הבריאות וכן בהיארעות הגבוהה של שחיקה מקצועית המטרידה את המטפלים בארה"ב, עלינו לזהות את המימדים התרבותיים של אתגרים אלו. מהלך כזה יצריך מאיתנו הערכה כנה ודיאלוג חדש ברמת אנשי המקצוע שלנו, ארגוני הבריאות שלנו, ומערכת הבריאות כולה. יש שיטענו כי מאמצים כאלו מחלישים את מקצוע הרפואה. הטענה השגויה אותה יציגו היא שאנחנו מגזימים בהיקף הבעיה בתרבות ויתמקדו רק בארטיפקטים במקום בבעיות היסודיות הקשורות לחוסר אמון במטפלים ובטענה הכלכלית הרואה במטפלים יחידות יצור. הם יטענו כי דאגה עצמית, הכרה במגבלות האנושיות, וטיפול חמלה עצמית משמעותן הורדה של הסטנדרטים, מחוייבות נמוכה יותר, ופינוק של מטפלים ומטפלים בהכשרה. חרדת למידה צפויה זו והדרך להתמודד עימה בכדי להגיע להתקדמות משמעותית מתוארת בגישה הסיסטמטית המתוארת לעיל. הגיע הזמן למבט כנה במראה והתחלת העבודה החשובה לריפוי התרבות הרפואית למען המטופלים שלנו, הקולגות שלנו והמקצוע שלנו.

