



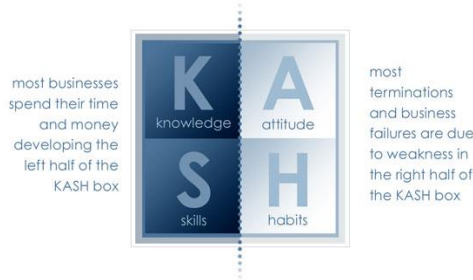
המדריך למשתלם בגלקסיה

תהליך הלמידה הנכון בדרך למיצוי והצלחה בתקופת ההשתלמויות

Motivation is what gets you started. Habit is what keeps you going. Jim Ryn

מדריך זה הוא מסמך **חינוכי**. המדריך מבוסס על מודל הצלחה¹ בתחום הניהול, ומצריך למידה עצמית בבית ובין המקרים. **מטרתו היא** בניית הרגלים אשר יאפשרו לכם להתמקד במה שחשוב במשמרות באט"ן – פיתוח גישה נכונה ויכולת קבלת החלטות כפרמדיקים לעתיד. כל שלב מבוסס על השלב שלפניו, ולכן נדרשת השקעה והכנה מקדימה **עוד לפני ההגעה למשמרת הראשונה**. המדריך נכתב כדי להביא אתכם מוכנים ככל האפשר **לכל שלב** בהשתלמויות. בכך הוא יאפשר לכם להפיק את המרב מהמשמרות, מהמקרים ומהחניכה האישית של הפרמדיק.

הסבר המודל:



Knowledge (ידע) – החומר התאורטי שמבוסס על מה שלמדתם עד עכשיו וממשיך להתרחב כל הזמן.



Skill (מיומנות) – יכולות טכניות, תקשורת בין אישית, קליניקה וכו'. מיומנויות אשר נרכשות ככל שהניסיון גדל וככל שמתרגלים יותר.

Habit (הרגל) – שימוש בידע ובמיומנויות והפיכתם לחלק מאיתנו, ובכך צמצום הצורך בחשיבה מורכבת. דורש עבודה **רפטיבית** בין המשמרות בבית ובין המקרים.

Attitude (גישה או "ניהול") – איך להשתמש בידע,

במיומנות ובהרגלים שרכשתם ולשלב אותם יחד בזמן אמת – זוהי מהות ההשתלמויות.

מדריך זה מתמקד בעיקר בשלב השלישי במודל, נותן דגש מיוחד על **בניית הרגלים נכונים**, שלב אחרי שלב. ומתוך כך רואה בלמידה העצמית בבית חלק בלתי נפרד מתהליך הלמידה, שחשיבותו שווה בערכה למשמרות עצמן.

*Excellence is an art won by training and **habituation**. We do not act rightly because we have virtue or excellence, but we rather have those because we have acted rightly. **We are what we repeatedly do.***

*Excellence, then, is not an act but a **habit**. Aristotle*

גילוי נאות: מדריך זה נכתב בצורה עצמאית, בלתי תלויה בשום גורם וולא תיאום עם בית הספר לפרמדיקים של מגן דוד אדום. בכל סתירה בין האמור פה ובין הוראות בית הספר לפרמדיקים ונהליו אלו האחרונים גוברים ובשל כך השימוש במדריך הוא על אחריותכם בלבד.

הקדמה ועקרונות מנחים

- תקופת ההשתלמויות וחלוקתה לשלבים הנ"ל (משמרות 1–20, 21–40 וכן הלאה) קיימת במתכונת זו משחר ההיסטוריה (לפחות מאז 2008). מן הראוי לחשוב מחדש על מתכונת חדשה ומוצלחת יותר – אך כל עוד זהו המצב הקיים, מדריך זה משתדל מאוד להתייחס לתהליך בהתאם (בכל זאת מספור המשמרות ירד).
- כפי שצוין בעמוד הקודם, **תהליך הלמידה העיקרי קורה בבית** ולא דווקא במשמרות. חשיפה מתמשכת וללא הפסקה אינה מאפשרת **עיכול ולמידה**, במיוחד במרחבים שבהם יש קריאות רבות בכל משמרת. כל מקרה, מושג רפואי או תרופה שתתקלו בהם במהלך המשמרת יירשמו מיד בפנקס כיס לצורך לימוד אינטנסיבי (ונכון) בבית. ראוי ביותר להקדיש **פעם בשבוע** לסיעור מוחין, ללימוד משותף, לבחינה עצמית ולהחלפת חוויות **בין המשתלמים**.
- **נטל הלימוד הוא על המשתלם עצמו** וללא קשר לאיכות החניכה מצד הצוות. באחריותכם ללמוד בכל רגע נתון על ידי שאלות, עיון בטפסים רפואיים והסתכלות על מטפלים מהצד. ומחובתכם לראות בתקופת ההשתלמויות **הזדמנות פז** מאתגרת ולפעמים אפילו מהנה (!) ולא מעמסה מלחיצה ומשתקת ([איך לומדים נכון?](#)).
- בעבודת הפרמדיק ישנם משתנים רבים וחוסר ודאות פוטנציאלי, ומאיך יש תבניות פשוטות שיוצרות יחד **מסגרת התנהלות אחידה וקבועה**. ככל שתיאחזו חזק יותר במסגרת הקבועה – תעלה יכולת ההתמודדות שלכם עם המשתנים למיניהם ועם חוסר הוודאות שבשטח. יש לציין כי עיקר הדגש הוא הפן הטיפולי והנעשה סביבו. היכולת להתמודד עם גורמים נוספים (כוחות חבירים, הודעה על פטירה, סביבה עוינת ועוד) תירכש לאחר ההסמכה (טיטור).
- בבואכם למטופל במצוקה, נשמו עמוק והשתמשו בהרגלים שרכשתם במהלך הדרך ללא חשש מכיוון ש:

1. לא אנחנו גרמנו לבעיית המטופל
2. יש לנו כלים לסייע
3. יש פרמדיק/ית והאחריות היא שלו/ה



שלב A (המלצה: לבצע טרם הגעתכם לשלב ההשתלמויות)

ידע מקדים מדרש: שליטה מושלמת ב**תרופות-מינונים-פרוטוקולים**. ([להגדיר מושלם?](#))

המטרות לשלב זה:

1. להכיר לעומק את הציוד באט"ן, את מיקומו ואיך לתפעל אותו – **להכיר הכול**
2. לפתח **מיומנויות והרגלים בפריסה ובביצוע** פרוצדורות (פשוטות או מורכבות)
3. לפתח **מיומנות והרגל בקריאת מוניטור ואק"ג**
4. לפתח מודעות ל**מושגים רפואיים**, ל**קיצורים**, למחלות ול**תרופות בית**
5. להיכנס למצב של **תהליך למידה**, לא לתת לשום מקרה או מידע לחמוק, לא לפחד לומר "לא יודעת/ת" – בלי תירוצים!
6. **הכנה ביתית לשלב הבא – אנמנזה**

הכנה לשלב הבא – אנמנזה - מטרת האנמנזה היא הגעה לאבחנה משוערת בעזרת תשאול ובדיקה פיזיקלית. עליכם להגיע למשמרת מספר 20 כשברשותכם סכמת שאלות **לכל תרחיש** רלוונטי (מומלץ להתחיל מ"כאבים בחזה" [\[נספח א\]](#), אנמנזה מובנית ואחידה ברמה בין לאומית) אשר תוביל אתכם, בשילוב קליניקה ובדיקות, לאבחנה מبدלת נכונה ([DDx](#)) בזמן הקצר ביותר ובניסוח הטוב ביותר. מומלץ להתייעץ עם הפרמדיק במשמרת.

הערת ביניים! לא לכולם יש סבלנות ללמד, זה לגיטימי ולגמרי בסדר, לא מקבלים תוספת שכר על חניכת משתלמים. זה פחות בסדר אם פרמדיק מפריע לתהליך הלמידה שלכם ולבניית ההרגלים שלכם. ההחלטה "להמשיך בדיקות באט"ן" במקרים "לא מעניינים", בעיקר במהלך השלבים הראשונים של ההשתלמויות, פוגעת ביכולת שלכם לתרגל אנמנזה ובדיקה פיזיקלית בצורה מסודרת, ובהמשך גם בתרגול שליטה בשלב המקרים הפשוטים. לכן חשוב ומומלץ לשוחח ולתאם ציפיות עם הפרמדיק עוד בתחילת המשמרת, ולבקש לתרגל אנמנזה ו/או ניהול מקרים פשוטים בכתובת (או בקופ"ח, או בבית האבות) גם במקרים "המיותרים" האלה. מצד שני, זכרו! האחריות באט"ן מונחת על כתפיו של הפרמדיק **בלבד**, הבנה זו חשובה מאוד כדי לאפשר לכם לתרגל ללא פחד.

שלב B

(המלצה: 10-15 משמרות, מרווח למידה ביתית גדול יותר בין המשמרות)

ידע מקדים נדרש: שליפה מהירה ([איך לומדים נכון?](#)) של אנמנזה ובדיקה פיזיקלית רלוונטיים לכל תרחיש.

במקרים פשוטים – פיתוח מיומנות התשאול והבדיקה הפיזיקלית. בנק השאלות כבר נמצא ברשותכם, בעזרת תרגול ומשוב חוזר יש לחדד את איכות התשאול (הוספה או החסרה, שינוי סדר השאלות או הניסוח, יחסי מטפל-מטופל) ואת הבדיקה הפיזיקלית (קליניקה, ABC, מדדים) לצד בניית הבנה מעמיקה של תהליך האבחנה המבדלת. חשוב **לתעד** כל תרחיש, לפתח **דין מלמד עם הפרמדיק ולחזור עליו בבית** – רק כך תוכלו להפוך את הידע והמיומנות **להרגל**. הקפידו כבר בשלב זה להתחיל את האנמנזה בסמוך למטופל, (לא לרכון מעליו, חבל על הגב שלכם) ועם תחילת הבדיקות **לסגת צעד או שניים אחורה**, ולהמשיך אנמנזה תוך שמירה על קשר עין עם המטופל. שימו לב שעליכם להתאים את עצמכם במקרים שבהם מקור המידע העיקרי אינו המטופל עצמו.

במקרים מורכבים – התמקדו במטופל, נסו להבחין בסימני המצוקה הפיזיקליים (הכרה, מספר נשימות, שרירי עזר, הזעה, חיוורון וכו') ושימו לב להתנהלות המקרה. דונו עם הפרמדיק במקרה כשמתאפשר, שאלו מה הפך בעיניו מקרה זה למורכב, מה היה אופן קבלת החלטות ועל פי איזה פרוטוקול, ובדקו אם זיהיתם נכון את המתרחש.

[בתכל"ס, במקרים רבים שבהם אפשר לטפל בגורמים הפיזיים, אזי סביר שנמצא את הבעיה בלקיחת המדדים ובקליניקה ולא באנמנזה. האנמנזה במקרים אלו תפקידה להבהיר לנו אם מדובר במקרה 'פנימי או כירורגי', לקבוע את אקוטיות המקרה, ולברר רקע רפואי לטובת התוויות נגד לטיפול התרופתי. בשאר המקרים אנו מבצעים אנמנזה למקרה שיש מידע חשוב במקום האירוע שאותו נצטרך להעביר לצוות המלר"ד – במגבלת חלון ההקשבה הצר שאנו זוכים לו בזמן ההעברה. מן הראוי היה לתת לשלב האנמנזה קצת פחות משמרות או לשלב עם נגיעות של "ניהול" כדי לא להתרגל להיות פסיביים. לכן לאחר משמרות ספורות שבהן תרגלתם יחסי מטפל-מטופל וביצוע אנמנזה מומלץ להתחיל לשלב ניהול בסיסי במקרים קלילים (התמקמות והנעת הצוות והציוד לצורך לקיחת מדדים) ובהתאם להתקדמות (וסיום) ההכנה הביתית לשלב הבא) לעבור לשלב הבא.]

"אין לי מקרים מעניינים" – מעולה! המשיכו לתרגל, תרגלו בבית, ובקשו מהפרמדיק לבחון אתכם על תרחישים שלא נתקלתם בהם עדיין. הפכו את מיומנות התשאול והבדיקה הפיזיקלית להרגל חזק, והתחילו את השלב הבא ביתרון.

"יש לי בעיית אסרטיביות" – אם ברור לכם שההססנות שלכם אינה נובעת מחוסר ידע, נסו תרגיל בפסיכו-דרמה: התחילו להיכנס למקומות באמירת "שלום" (והצגת עצמכם בפני מטופלים) בנימה הסמכותית ביותר שלכם ובחיוך. התחילו מהבית, המשיכו אל התחנה ומשם אל בתי המטופלים. התרגיל יעמיד אתכם במרכז הבמה, ויאלץ אתכם "לתפוס פיקוד".

המטרות לשלב זה:

1. פיתוח מיומנות התשאול והבדיקה הפיזיקלית
2. יחסי עבודה עם הצוות ויחסי מטפל-מטופל
3. פיתוח מודעות גבוהה לסביבת עבודה
4. פיתוח מיומנות בביצוע אבחנה מבדלת ([נספח ב](#))
5. יכולת תמצות טופס רפואי והעברה לצוות המיון ([נספח ג](#))
6. המשך עבודה על סעיפי השלב הקודם
7. הכנה ביתית לשלב הבא – גישה (ניהול)

רוטינה לבדיקת המטופל

מאת אדי איטלמן

אתם לא לבד

הכנה לשלב הבא – גישה (יש שיקראו לזה "ניהול") - הגישה מקורה בפעולות שהצוות צריך לעשות כדי להשיג תמונת מצב, ועל פיה להעניק את הטיפול המיטבי שהמטופל זקוק לו (טיפול תרופתי, TLC או פינוי מהיר לבי"ח וכו'). עליכם להגיע כשברשותכם סכמת חלוקת תפקידים ומשימות* בין אנשי הצוות לכל תרחיש רלוונטי, (מומלץ להתחיל במקרים פשוטים יחסית, כמו החייה, כאבים בחזה והיפוגליקמיה [נספח ד]) אשר תוביל אתכם לביצוע כל הפעולות הנדרשות במקצועיות, בזמן קצר ובניסוח הטוב ביותר. מומלץ להתייעץ עם הפרמדיק במשמרת. [על מה מבוסס תהליך קבלת החלטות?](#)

*חלוקת תפקידים ומשימות – זה נשמע קצת צבאי ונוקשה לטעמי, בסופו של דבר אתם מניעים צוות, חברים לעבודה. הוסיפו בסכמות שלכם לכל "תפקיד" או "משימה" את המילה "בבקשה" או "תודה". אמרנו הרגלים, לא?]



הערת ביניים זו: אם הגעתם עד לכאן, אתם כבר יודעים שלא לכולם יש סבלנות... השלב הבא מטרתו לבנות אצלכם גישה נכונה, מדויקת ומקצועית לניהול מקרים – מרכיב משמעותי במה שהופך אותנו למטפלים מקצועיים, הוא היכולת להפגין סבלנות ולגלות אמפתיה לכל מטופל ובכל מקרה, גם במקרים ה"מיותרים". כשאנחנו מפתחים **הרגל** לנהוג ברגישות **בכל מטופל** באשר הוא, אנחנו מגנים על **עצמנו** מפני הצורך להיקשר ברמה האישית כתנאי לגילוי אמפתיה, וכך מקטינים את האפקט הפוטנציאלי של מקרים קשים על מצבנו הנפשי. ותזכורת נוספת: האחריות באט"ן מונחת על כתפיו של הפרמדיק **בלבד**, הבנה זו חשובה מאוד כדי לאפשר לכם לתרגל **לא פחד**.

שלב C

ידע מקדים נדרש: שליפה מהירה של סדר פעולות מותאם לכל תרחיש.

במקרים פשוטים – פיתוח גישה (משמרות "ניהול"). בנק הפעולות כבר נמצא ברשותכם. בעזרת תרגול ומשוב חוזר יש לשפר את ההתנהלות ולהתאימה ל"מקרים" או ל"סצנות": אתם הבמאים, ותפקידכם הוא ליצור את הסצנה המושלמת. בהנחה שהשחקנים הראשיים (**אתם** וגם **המטופל**, לא לשכוח להסביר לו מה מתרחש) שיננו בעל פה את כל הדיאלוגים (**אנמנזה וחלוקת משימות**), כל מה שנשאר הוא לביים את הזירה. הבמאי מתמקם בנקודה שבה הוא רואה את כולם ויכול לפקח על כל מה שמתרחש וגם לשים לב לפרטים לוגיסטיים (**סביבת עבודה**), **למיקום** שחקני המשנה (**הצוות והמטופל**) ולתפאורה (**הציוד**), כדי שהכול ירוץ חלק.

[**חשוב לזכור**, אתם מתחילים במקרים פשוטים, מה שמאפשר לכם לבנות **הרגל נכון** בעזרת ביצוע **איטי ומדויק**: אנמנזה, בדיקה פיזיקלית (קליניקה), חלוקת משימות, לוגיסטיקה, יחסי מטפל-מטופל. פדיחות קטנות שלא יתקנו בשלב הזה, יהפכו לעצם בגרון בשלב הבא – במקרים מורכבים ודחופים. חשוב להדגיש: איטי ומדויק אין משמעו שתיקות ארוכות ומביכות או חזרה על אותן השאלות שוב ושוב. נתקעתם? קחו נשימה עמוקה, הכול בסדר, נסו לחזור לסדר השאלות בעזרת עוגנים מוכרים (לדוגמה: SAMPLE) ואם גם אז לא הצלחתם, פנו לפרמדיק בכנות וברוגע ובקשו את עזרתו.]

במקרים מורכבים – השתתפו בטיפול, השתדלו במקביל להתמקד במטופל ולהבחין בסימני המצוקה הפיזיקליים (הכרה, מספר נשימות, שרירי עזר, הזעה, חיוורון וכו') אשר יוצרים יחד תמונה קלינית, ושימו לב להתנהלות המקרה. דונו עם הפרמדיק במקרה כשמתאפשר, שאלו מה הפך בעיניו מקרה זה למורכב, מה היה אופן קבלת החלטות ועל פי איזה פרוטוקול, ובדקו אם זיהיתם נכון את המתרחש.

המטרות לשלב זה:

1. פיתוח גישה – שילוב הידע והמיומנויות שרכשתם עד כה לכדי מכלול מסודר
2. בניית בסיס לפיתוח יכולת [קבלת החלטות](#)
3. יכולת תמצות המקרה לכדי טופס רפואי והעברת המטופל לצוות המיון
4. המשך עבודה על סעיפי השלב הקודם
5. **הכנה לשלב הבא – שלב קבלת החלטות**

הכנה לשלב הבא – קבלת ההחלטות – נקודת השיא במסגרת ההכשרה הקיימת כיום (למעט הכשרת מורשי אט"ן). בשלב זה מצופה מכם לשלב את מכלול הכלים שרכשתם, ולתפקד כפרמדיקים בכל מקרה שהוא (למעט מקרים מסוימים – על פי שיקול דעתו של הפרמדיק במשמרת). ההכנה לשלב הבא היא ביצוע השלב הנוכחי במקצועיות, ובכלל זה הפקת לקחים והגעה לקצב תפקוד סביר, המאפשר התמודדות גם עם מקרים מורכבים. זה הזמן לחזק נקודות תורפה – ויש כאלו (**הצעה לבקרה עצמית**: מיד בסיום הטופס הרפואי, כתבו לעצמכם את השתלשלות המקרה כפי שהיה אמור להיות אם הייתם פועלים באופן מושלם).

Efficient management without effective leadership is, as one individual phrased it, "like straightening deck chairs on the Titanic" Stephen Covey

הערות ביניים III: כדי שפרמדיק יאפשר לכם להתחיל להוביל טיפול במקרים המורכבים יותר (או "הטיפולים"), הוא צריך לבטוח בכם. כדי לגרום לפרמדיק במשמרת לבטוח בכם, אתם צריכים להפגין מקצועיות וביטחון עצמי – תוצר של ידע, מיומנות, הרגלים וגישה נכונה (KASH). מדריך זה בא להנחות אתכם בדיוק אל הנקודה הזו. תוכלו להאשים בחוסר המוכנות שלכם הרבה גורמים חיצוניים, אך בשורה התחתונה אם עשיתם עבודה עצמית טובה – יום אחד תגיעו למקרה "מורכב" והפרמדיק שבכם פשוט יפרוץ החוצה, מכלול ההרגלים והמיומנויות שרכשתם יסגור מעגל, ואם הרגיל עוד לא פינה אותו כי אתם עסוקים בכאב מוסקולוסקלטלי בקומה שלישית בלי מעלית, אולי גם תצילו חיים:)

שלב C+

ברוכים הבאים לשלב האחרון בהכשרה הפורמלית. לא להתבלבל, תהליך הלמידה האמיתי מתחיל רק אחרי ההסמכה כשהאחריות נוחתת עליכם ללא "מבוגר אחראי", והוא אינו מסתיים אף פעם. אבל הודות לעבודה נכונה – ההרגלים החזקים שבניתם בתקופת ההשתלמויות יהיו עמוד שדרה יציב וחזק מול כל אתגר טיפולי.

ידע מקדים נדרש: שליטה מלאה בכל תרחיש פרוטוקולי, כמו במגה קודים. Sense of reason & sense of humor.

המעבר לשלב הזה תלוי: (1) ביכולת שלכם לזהות מקרים "מורכבים" (2) לפעול בצורה מקצועית ומסודרת (3) ובקצב המתאים לתרחיש ולדחיפותו.

בין **איסוף הנתונים** (אנמנזה, קליניקה ובדיקות) ובין **קבלת ההחלטות** קיים שלב קריטי שהוא **עיבוד הנתונים**. **מומלץ בחום לבצע את התהליך המחשבתי בקול רם**; שתפו את הפרמדיק, את מתנדב הנוער או אפילו את המטופל (גם אם הוא מחוסר הכרה) בתהליך החשיבה (אבל בלי לדבר "מעל" המטופל). כך תמנעו את השקט המביך הזה (חשבו על שקט באמצע שיזור ברדיו) שנראה כמו חוסר החלטיות (או תקלה בשיזור), ובגללו פרמדיק המשמרת לוקח לכם את המקרה (כל פעם!), וגם תפתחו ביטחון עצמי שיאפשר לכם לפתח יכולת ←

קבלת החלטות – עוד מיומנות שבנויה על הרגל, הרגל שמצריך התגברות על הפחד לטעות, ושכדאי לרכוש עוד בשלבים המוקדמים של ההשתלמויות. החלטה יכולה להיות העברת המטופל מהחדר לסלון ("להמשיך בדיקות בניידת" זה לרוב הרגל מגונה, אל תיפלו בפח הפוליטי הזה), לעשות BIG כשאין גישה ורידית, או להתחיל טיפול תרופתי. מהרגע שמושכות הניהול ניתנות לכם - השתדלו לבצע את תהליך החשיבה בקול רם, ולהכריז על ההחלטה המושכלת שלכם בביטחון וללא חשש. הפרמדיק במשמרת יעודד את ההחלטה הנכונה או יבקר את הטעות. **לטעות זו זכות! מטעויות לומדים.**

לשלב זה אתם רוצים להגיע לאחר שמיציתם את כל השלבים הקודמים, ואתם מצליחים תדיר להשתלט על מקרה פשוט במקצועיות ובאופן רציף. אם יש פער כלשהו או קושי בביצוע אחד המרכיבים שתורגלו בשלבים הקודמים – מומלץ מאוד לפתור את הבעיה לפני שמתחילים שלב זה.

כמו כן, אם אתם יודעים לזהות מקרים מורכבים, אתם יודעים גם לזהות מקרים פשוטים, ולהתאים את עצמכם ואת הקצב למקרה. אך בכל מקרה יש לקחת מדדים חיוניים בתוך 3-4 דקות מרגע ההגעה למטופל (כמובן שישנם מקרים חריגים על פי שיקול דעתו של פרמדיק המשמרת).

המדריך מסתיים כאן. הוא לא בא - והוא לא יכול - להחליף אף אחד מחלקי ההכשרה, אלא לקשר ביניהם, ולאפשר לכם להפיק מהם את המרב. חשוב לזכור: לא בכל מקרה נוכל להציל את המטופל, אך **מכל מקרה אפשר ללמוד ולהשתפר למקרים הבאים. למידה זה הרגל לחיים.** הצליחו!

הכותב: בן לביא, בוגר קפ"צ 14 והתואר ברפואת חירום (בן גוריון), פרמדיק במד"א רמת גן.
ייעוץ חיובי: שני לוי-יצחק, פסיכותרפיסטית, יועצת חיובית ונהגת אט"ן בהתנדבות.
עריכת לשון: רננה צין. נוקי לביא.



תודות (לפי א"ב): תודה מיוחדת - אדי איטלמן, אילונה ליפקין, טל רבין, יוסף בר מעוז וקרוליין ויינר.
 איל דרורי, אלון בר-פלד, אריה מירס, ג'וני חמאני, גיא ארזי, דנה זוהר, יונתן בניסטי, יוסי קיטר, מאיה שחף, שי אלגבסי
מקור להשראה וקריאה מומלצת: "אפקט הצ'קליסט" – מאת אטול גוואנדה

"ידע עצום עומד היום לרשותנו, ובכל זאת כישלונות וטעויות שאפשר היה למנוע חוזרים שוב ושוב ברפואה, כמו בתחומים אחרים. אנחנו מתמחים יותר, מתמקעים יותר, משתמשים בטכנולוגיות מתקדמות שמתפתחות בלי הרף - וממשיכים להיכשל. והסיבה לכך פשוטה: אדם אחד אינו מסוגל עוד להתמודד עם הכמות והמורכבות של הידע בימינו. אטול גוואנדה, המנתח והסופר האמריקאי, יוצא למסע בעקבות אמצעי עזר פשוט להפליא – הצ'קליסט – ומגלה להפתעתו שמה שטוב לתעופה ולהדסת בניין יכול לשמש גם ברפואה. דווקא משום שהמנתחים המומחים ואנשי המקצוע המיומנים ביותר חייבים להתמודד עם שפע עצום של נתונים ומידע, הם נוטים לפעמים לשכוח את הפרטים הבסיסיים ביותר ולעגל פינות. הצ'קליסט מזכיר להם את המטלות האלמנטריות ביותר ומאפשר להם להתפנות למה שחשוב באמת – להציל חיי אדם." (תקציר ביקורתי של הספר).

בנוסף, לפרמדיקים - בנושא חניכה במשמרות - **TEACHING ON SHIFTS** – והלואי שמישהו יתרגם את זה.

נספחים

נספח א – אנמנזה כאבים בחזה – כל שאלה ב-OPQRST מכוונת מטרה ברורה לצורך אבחנה מبدלת. את בנק השאלות צריך אולי בהתחלה לשנן היטב ולזכור כמו תוכים, אבל חובה לפתח הבנה ברורה לאן כל שאלה חותרת (לקריאה נוספת).

Pain (Chest)	Cardiac	Pleuritic	Traumatic
D <p>Description:</p> <ul style="list-style-type: none"> Can you describe the pain to me? (You need to determine it's nature.) Is it there all the time? Does it come and go? Have you ever had this pain before? What was it that time? 	<ul style="list-style-type: none"> Heavy Tight Squeezing Dull 	<ul style="list-style-type: none"> Sharp Catching Stabbing 	<ul style="list-style-type: none"> Sharp Catching Stabbing
O <p>Onset:</p> <ul style="list-style-type: none"> When did it start? What were you doing at the time? Did it come only suddenly or slowly? 	<ul style="list-style-type: none"> Gradual (Angina) Sudden (UA/Infarct) With Exercise (Angina) At Rest (UA/Infarct) 	<ul style="list-style-type: none"> Gradual (Infection) Sudden (Pneumothorax) 	<ul style="list-style-type: none"> Gradual (post trauma) Sudden (post trauma)
L <p>Location:</p> <ul style="list-style-type: none"> "Take one finger and point to the pain?" "Does it extend anywhere else?" If well localised palpate and visualise 	<ul style="list-style-type: none"> Poorly localised Chest to back to jaw Rarely changes with palpation 	<ul style="list-style-type: none"> Well localised Usually chest wall Usually changes with palpation / ventilation 	<ul style="list-style-type: none"> Well defined Usually chest wall Changes with palpation / ventilation
O <p>Other Signs and Symptoms:</p> <ul style="list-style-type: none"> "Do you feel nauseous?" (If yes) "Have you vomited?" "Do you feel SOB?" "Have you noticed palpitations?" "What came first, the discomfort or the (SOB)?" 	<ul style="list-style-type: none"> SOB % Diaphoresis % Palpitations % 	<ul style="list-style-type: none"> SOB (on exertion) Chest infection (prodromal) 	<ul style="list-style-type: none"> SOB (on exertion)
R <p>Relief:</p> <ul style="list-style-type: none"> "Have you taken anything for the discomfort?" (If yes) "Has it helped?" "Does it usually?" "Does taking a deep breath make the pain better, worse or no different?" "Does moving make the pain better, worse or no different?" 	<ul style="list-style-type: none"> Relieved with Nitrates (Angina) Unrelieved with Nitrates (UA/Infarct) Poor relief with NSAIDS Poor relief with position 	<ul style="list-style-type: none"> Unrelieved with Nitrates Mild relief with NSAIDS Some relief with position 	<ul style="list-style-type: none"> Unrelieved with Nitrates Mild relief with NSAIDS Some relief with position

נספח ב - אבחנה מبدלת – שילוב של מדדים, קליניקה ואנמנזה.

חלוקה פשוטה ליכולותנו באט"ן – עקרונות:

1. טיפול במצבי חירום עם גורמים הפיזיים.
2. הרדמה, הנשמה וטיפול המודינמי עם או בלי לדעת את הגורם (טיפול "סימפטומטי").
3. פינוי דחוף והעברת הודעה למיון – במצבי חירום שאינם ברי טיפול (גישה ורידית, מוניטור וחמצן).

גורמים הפיכים:

הכרה A	נשימה B	לב C	סדציה/אמלגטיקה
<u>היפוגליקמיה</u> גלוקוז	<u>אסטמה</u> וונטולין ארובנט, סולמדול, אדרנלין, מגנזיום	<u>החייאה/ברדיקרדיה</u> אדרנלין, אטרופין, דופמין, קיצוב	אטומידיט דורמיקום קטמין פנטניל
<u>מינון יתר אופיאטים</u> נרקן	<u>COPD</u> וונטולין, ארובנט, סולמדול	<u>A.FIB, SVT, A. FLUTTER, VT</u> אדנוזין, איקקור, אמיודורון	
<u>פירכוסים</u> דורמיקום	<u>גודש ריאתי</u> פוסיד, איזוקט, סיפאפ	<u>ACS</u> אספירין, איזוקט, הפרין	
<u>שבץ איסכמי</u> לבטלול	<u>אנפילקסיס (לרוב)</u> וונטולין, סולמדול, אדרנלין	<u>היפוגליקמיה</u> סליין/הרטמן/הקסקפרון	
<u>שבץ המורגי</u> אטומידיט, דורמיקום	<u>שאיפת עשן</u> הידרוקסיקובלמין, תיאוסולפט		
<u>(חום, חוסר איזון מטבולי)</u>	<u>(אספירציה, דלקת ריאות)</u>		

נספח ג – העברה למיון וכתובת אנמנזה בדו"ח הרפואי (מומלץ לקרוא חוזר "דיווח מידע ברשומה הרפואית").

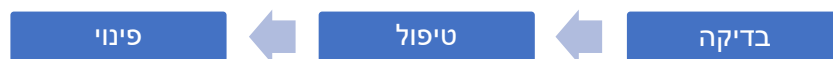
אנמנזה (מדדים מפורטים בטבלת המדידות):

בן 70, קרדיאלי, מהבית. לדבריו כאב לוחץ בחזה העירו משינה כ-10 דקות טרם הגעתנו, אינו משתנה במגע או בנשימה ולכן הזמין אותנו, נטל ע"פ הנחיית המוקד 300 מ"ג בלעיסה. בהגעה: בהכרה מלאה, ללא סימני מצוקה נשימתית, מזיע וחיוור, לדבריו כאוב כנ"ל. בבדיקה: עליות וצניחות ST עם דינמיקה ומדדים נוספים כמפורט, טופל כמפורט עם הטבה קלה בתחושתו ופונה לחדר הצינתורים לאחר התייעצות עם קרדיולוג היחידה.

העברה לאח/ות ממיון/נת (מקסימום 10 שניות): בן 82, מהבית, PAF ידוע, אך לא ברור מה גילו, הואט עם איקקור.

נספח ד – גישה כללית וחלוקת משימות בשלושה חלקים:

ראשית, וודאו כי סביבת העבודה מאורגנת במידת האפשר בצורה הנוחה ביותר עבורכם, מטופל ישוב על כסא או מיטת הטיפולים, המקום מואר היטב ומאוורר\ממוזג והציוד מרוכז במקום אחד ואינו מהווה מכשול.



מעקב מדדים המשך טיפול תרופתי דחיפות פינוי ודיווח למיון	גורמים הפיכים או טיפול סימפטומטי	פרמדיק: האזנה, בדיקה הכרה ואישונים, קליניקה, אנמנזה. צוות: גישה ורידית, ל"ד-קצב לב-א.ק.ג, בדיקת סוכר.
--------------------------------------------------------------	----------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

לעיתים נבצע כל חלק לחוד ולעיתים נטפל ונפנה במקביל.

דוגמה חלקית לסכימת חלוקת תפקידים ומשימות משולבת אנמנזה:

Z	Y	X
		שלום אדוני, מה שמך? אני X, מה שלומך?
Z חבר בבקשה מוניטור וכשתסיים תעשה אק"ג, תודה.	Y חבר בבקשה ל"ד וסטורציה, תודה	מתי התחיל הכאב? אז מה השתנה היום שקראת לנו? איפה כואב? כשאני לוחץ כואב יותר? ובנשימה עמוקה? הבנתי, ברשותך נעשה מספר בדיקות (צעד אחורה) <<<<
Z שאב בבקשה שטיפה, תודה.	Y עשה בבקשה ליין, תודה.	אדוני, תוכל בבקשה לתאר לי את הכאב? האם הוא דוקר, לוחץ או שורף? אוקי, סבלת מאירועי לב בעבר? כן? והכאב דומה לאירוע הקודם? לא? טוב מאוד. מאילו מחלות אדוני סובל? איזה תרופות? מסמך רפואי?

רוטינה לבדיקת מטופל בניידת הטיפול הנמרץ

מאת אדי איטלמן

הקדמה

מטרת הכתוב היא להציע גישה קבועה למטופל שתכלול את כל הבדיקות החיוניות. **בשמירתנו על רוטינה פעם אחר פעם נפתח הרגל**, ובעזרת הרגל חזק מספיק נוכל לבדוק כל מטופל, בכל שעה של היום ובכל מצב, ולא נפספס פרטים באנמנזה או בבדיקה הגופנית.

מסמך זה עלול להיראות לכם שבלוני מדי – הוא כתוב בצורה זו בכוונה. הוא מחלק את החולים לשתי אוכלוסיות גדולות – פצוע טראומה והחולה הפנימי – ונועד לתת מענה על המקרה הכללי. זוהי מעלתו הגדולה ביותר וגם מגבלתו הגדולה ביותר. הוא יאפשר מתן מענה לרוב המוחלט של המטופלים שלנו, מתוך הנחה שלמטופל יש דופק מרכזי. אחרת כלל הבדיקות הנ"ל אינן רלוונטיות בעליל ולמה אתם עדיין קוראים את זה? אין דופק אומרים לכם! תתחילו כבר עיסיים!

הבדיקות שלפניכם נכתבו על בסיס שנים רבות של ניסיון, במטרה לזקק את תורת הבדיקה הגופנית למספר הפעולות הבסיסי ביותר שנדרש לשם טיפול בכל חולה או פצוע. אין ספק כי ישנם חולים או פצועים אשר ירוויחו מביצוע בדיקות נוספות, אבל אם נרצה למנות את כל הבדיקות האפשריות, ניאלץ למעשה לכתוב מחדש את הספר על "בדיקה פיזיקלית", ולא זו המטרה. זכרו כי תמיד אפשר לבדוק עוד משהו, אבל אלו הפעולות הבסיסיות והחיוניות ביותר שאותן רצוי לבדוק בכל מטופל.

שימו לב

הרוטינות נכתבו בדפים נפרדים כדי שיהיה נוח יותר להדפיסן.

אל תיבהלו מכמות הסעיפים או מאורך המדריך. הבדיקה הפיזיקלית יכולה לארוך דקות ספורות ברגע שאתם יודעים אותה בעל פה. לאחר די זמן וניסיון תוכלו לערוך בדיקות טכניות (מוניטור, אק"ג) במקביל לבדיקה הפיזיקלית, ומשך ביצוען יתקצר.

ככל שתפנימו יותר את סדר הפעולות, תבצעו אותן באופן שוטף ובלי להיתקע באמצע, הדברים יעשו במהירות רבה יותר ובצורה מיטבית.

בהצלחה!

החולה הפנימי

בבדיקה הגופנית של החולה הפנימי נתאר מקרה כללי של בדיקה לפי כלל מערכות הגוף החיוניות.

1. מומלץ לשמור על סדר הפעולות המוצע כדי **לחזק את ההרגל**, אך מובן שאפשר לעשות אותן גם בסדר אחר.
2. בסדר הפעולות הוכנס משתנה יחיד – "הבדיקה הרלוונטית ביותר לתלונת המטופל", לדוגמה לערוך בדיקה של המערכת הרספירטורית בחולה המתלונן על קוצר נשימה, או של המערכת הקרדיוסקולרית בחולה המתלונן על כאב בחזה. כלומר, אי אפשר להתעלם מהבעיה שהחולה מציג, ואליה ראוי להתייחס בראשונה.
3. אם בעיית המטופל אינה מובנת, או לחילופין אינכם מצליחים להיזכר בבדיקה הרלוונטית ביותר למצבו של המטופל – זהו מצב תקין, אתם לומדים. היעזרו בפרמדיק שאיתכם או לחילופין פשוט "רוצו על הרוטינה".
4. בתחילת ההשתלמויות אתם יכולים אפילו להתעלם לחלוטין מסעיף זה (סעיף 3 בשתי הרוטינות), עד שתגיעו למצב שבו תוכלו לזהות את הבעיה הראשית של המטופל, לזכור את הבדיקה הרלוונטית, ולהגיב בהתאם. היופי ברוטינה הוא שאם תבצעו את כולה – בשלב כלשהו תבצעו גם את הבדיקה הרלוונטית. **הרוטינה מגנה על המטפל.**

הפצוע

הבדיקה הגופנית של פצוע הטראומה נועדה בראש ובראשונה לאתר את כל הפציעות שמהן הוא סובל, כדי שנוכל לתת מענה ראוי לכולן. בעזרת עריכת בדיקה גופנית **רוטינית** לא נפספס שום פציעה, ובכך שלא נפספס שום פציעה, לא נופתע בהגעתנו למיון משלולית דם שנוזלת ממקום שאותו כלל לא ראינו.

במהלך הבדיקה יש להפשיט את החולה לגמרי. איני מציין זאת בכל בדיקה ובדיקה, אבל זכרו כי הצעד הראשון בבדיקת איבר הוא לראות אותו. הפשיטו את המטופל לפי נוחיותכם (אם בפעם אחת ואם בכל פעם חלק אחר בהתאם לבדיקה), וזכרו גם לכסותו ולשמור על צניעותו.

בדיקת החולה הפנימי

1. הצגה עצמית והצגת הצוות. שאלת שם המטופל וביורר התלונה העיקרית: "גברתי, למה הזמנת אותנו עכשיו?"
2. **התרשמות מסימנים חיוניים:**
 - מצב הכרה - AVPU.
 - מצב נשימה - טאכיפניאה, דיספניאה, שימוש בשרירי עזר
 - מצב המודינמי - דפקים פריפריים בשתי הידיים
 - סימני מצוקה כלליים – חיוורון, הזעה
3. **הבדיקה הרלוונטית ביותר לתלונה העיקרית של המטופל**
4. **בדיקה נירולוגית:**
 - התמצאות בזמן, מקום וסיטואציה (איזה שנה עכשיו? איפה אתה? מי אני?)
 - בדיקת תגובת אישונים לאור
 - בדיקת כח גס בגפיים עליונות
 - במידה ומתגלה חסך נירולוגי כלשהו – בצעו בדיקת סוכר
5. **בדיקת מערכת הנשימה:**
 - מדידת מספר נשימות מדוייק
 - האזנה לריאות
 - מדידת סטורציה
6. **בדיקת המערכת הקרדיווסקולרית:**
 - מדידת ל"ד
 - חיבור מוניטור
 - ביצוע אק"ג
7. **בדיקת הבטן:**
 - מישוש עדין
 - גארד\ריבאונד

בדיקת הפצוע

1. הצגה עצמית והצגת הצוות. שאלת שם המטופל ובירור התלונה העיקרית: "אדוני. מה קרה?"

2. התרשמות מסימנים חיוניים:

- מצב הכרה - AVPU
- מצב נשימה - טאכיפניאה, דיספניאה, שימוש בשרירי עזר
- מצב המודינמי – חיפוש הדופק הנימוש הראשון לפי סדר סגירת המערכות (רדיאלי -> ברכיאלי -> פמורלי -> קרוטידי)
- סימני מצוקה כלליים – חיוורון, הזעה

3. הבדיקה הרלוונטית ביותר לתלונה העיקרית של המטופל

4. בדיקה ניירולוגית:

- התמצאות בזמן, מקום וסיטואציה (איזה שנה עכשיו? איפה אתה? מי אני?)
- חישוב מדד גלגו

5. בדיקת הראש:

- מעבר על כל מבנה הראש והפנים
- חיפוש דהפורמציות חבלות

6. בדיקת בית החזה:

- חיפוש פצעים באזור בית החזה השברים במבנה הגרמי
- התרשמות מהתפשטות בית החזה

7. בדיקת הבטן:

- מישוש עדין
- גארד ריבאונד

8. בדיקת האגן:

- חיפוש דימומים.

9. בדיקת הגפיים:

- מעבר שיטתי בסחיטה מהחיבור לגו ועד קצה הגפה

10. ביצוע הפיכה של הפצוע:

- בדיקת העורף
- בדיקת עבזים

11. השלמת הבדיקה הניירולוגית:

- בדיקת אישונים לאור
- בדיקת כח גס בארבע גפיים
- בדיקת תחושה בארבע גפיים.
- בדיקת סוכר

12. בדיקת מערכת הנשימה:

- מדידת מספר נשימות מדוייק
- האזנה לריאות
- מדידת סטורציה

13. בדיקת המערכת הקרדיווסקולרית:

- מדידת ל"ד
- חיבור מוניטור