

תגובות לסקירת ספרות בנושא בריאות הנפש והרפואה ראשונית

תגובתו של דוד חניניץ

פרופסור חבר
האוניברסיטה העברית



זוהי סקירה כתובה היטב של רצף האפשרויות לשילוב בין שירותי רפואה ראשונית ושירותי בריאות הנפש. הסקירה מעלה מחשבות אלו:

1. שילוב הוא דבר שיש לגביו תמימות דעים. כולנו תומכים בו. במשך עשרים ואחת שנים לפחות היה מקובל במערכת הבריאות בישראל שמכיוון שהבריאות הפיזית והנפשית קשורות זו לזו, ראוי שיהיו גם משולבות מבחינה ארגונית. ואולם, כפי שניתן לראות בברור בסקירה, קיים ריבוי מנגנונים שדרכם אפשר לחבר ולתאם בין שירותי בריאות הגוף לשירותי בריאות הנפש. השימוש במילה שילוב מקדים את המאוחר, משום שהוא גורם לנו לראות בדמיוננו מבנה ארגוני המחבר בין שני התחומים בצורה חלקה. ולא מדובר רק בסמנטיקה. לדוגמה, אם מדברים על חיבור או תיאום, הרי שלוקחים שתי תת-מערכות כפי שהן (כולל הליקויים שלהן) ומשתמשים במגוון הטכנולוגיות העומדות לרשותנו כדי לאפשר קשרים משופרים ביניהן. נראה כאילו השילוב מחליק את האתגרים הקיימים בכל אחת מתת-המערכות, אולי מתוך הנחה ותקווה שהשילוב ביניהן יתקן, "על הדרך", את הבעיות הקיימות. זוהי תקווה לגיטימית, אבל כאשר נכנסים לשילוב שאפתני מעין זה, עלינו לזכור את הבעיות שכבר קיימות בכל תת-מערכת.

2. מכאן עולה שיש להביא בחשבון כל הזמן את המידה שבה מערכת הטיפול הראשוני ומערכת בריאות הנפש מוכנות לעבוד זו עם זו. לדוגמה, בתחום בריאותי אחר, הטיפול בסרטן, מצאתי שרופאי הטיפול הראשוני נבדלים זה מזה ביכולתם לטפל בחולים אונקולוגיים, כאשר הרופאים המבוגרים יותר הרבה יותר מאופקים וזהירים. נראה כי המודלים של שילוב המוצגים בסקירה מניחים שקיים רצון טוב אצל כל המעורבים, ושהחסמים העומדים בפני הרופאים הראשוניים העוסקים בהערכה ומעקב בבריאות הנפש הם ברובם לוגיסטיים (מחסור בזמן ובכוח אדם). אולם עלינו לבחון לעומק את הגישה הקוגניטיבית של הרופאים הראשוניים מצד אחד, ושל מטפלי בריאות הנפש מן הצד האחר, כדי לראות עד כמה הם מוכנים לעבוד ביחד. אי אפשר להסתמך רק על הבניה ארגונית מחודשת, אם כי זו בוודאי תגרום ליצירת מודלים קוגניטיביים אצל נותני הטיפול. אך דבר זה דורש בחינה מתמדת של המצב.

3. נראה לי שלגישה של "מיקום משותף הפוך" עשוי להיות פוטנציאל גבוה למערכת הישראלית, במיוחד בהקשר לסוגיות של סודיות המידע. נראה שהרעיון של רופא ראשוני הממוקם במרכז רב-מקצועי לבריאות הנפש, שחלק

מאחריותו יהיה תיאום עם רופאים ראשוניים המתמקדים יותר בבריאות הגוף, הוא מועיל ויעיל כאחד.

4. בסקירה מוזכרים מטפלים נוספים, מלבד הרופאים הראשוניים, שמתפקדים כמנהלי טיפול. זוהי דוגמה נוספת למקום בו אנו נוטים מעט לרשלנות. בדומה לשילוב, הרעיון של מנהל טיפול חביב על כולם, אבל מי בדיוק אמור למלא את התפקיד וכיצד – אלה דברים שצריך להחליט עליהם במפורט.

5. בחירת המטפל היא סוגיה משמעותית במערכת הבריאות בישראל, בלי קשר לרכיב של התקשרויות סלקטיביות. אין התייחסות לשאלה מי בוחר את המטפל בבריאות הנפש, אבל ברור שהדבר משפיע על הקשר, התיאום והשילוב בין שירותי הבריאות ובריאות הנפש.

6. חלק גדול מן הדיווח על תוצאות של הסדרים מוסדיים שונים על פני הרצף מבוסס על ניסויים והדגמות. מניסיוני, הרבה מן הספרות שמקורה בארה"ב משקפת גישה חדשנית מאוד לגבי הספקת שירותי בריאות. יחד עם זאת אני מפקפק ביכולת להכליל את התוצאות האלה במונחים של הפעלה ותוצאים. ברור שכאשר מעבירים מידע כזה למערכת בישראל, יש להפנות שימת לב מיוחדת לרכיבים שיכולים להכשיל מודלים שהופעלו במסגרות ניסיוניות.

הדעות / גישות הנכתבות בתגובות הנ"ל מייצגות את דעותיו האישיות של הכותב ואינן בהכרח מייצגות את דעת הארגון אליו הכותב משתייך או דעותיו של ארגון מכון מאירס – ג'וינט – ברוקדייל.