

תגובות לסקירת ספרות בנושא בריאות הנפש והרפואה ראשונית

תגובתה של אילנית אופיר

יועצת לענייני בריאות הנפש



בהמשך לפנייתך, להלן תגובותיי בהתייחס למצב הנוכחי בישראל ולרעיונות שעולים מן הסקירות ועשויים להיות רלוונטיים לישראל בעתיד.

1. הממשק בין בריאות הנפש לרפואה הראשונית

ראשית אני מציעה לא להתייחס לרפואה הראשונית בישראל כמקשה אחת. רפואה ראשונית מורכבת מטיפול ראשוני בשתי אוכלוסיות בעלות מאפיינים שונים: **מבוגרים וילדים**. בנוסף, רפואה ראשונית למבוגרים ניתנת בקופות ע"י רופאים בעליי התמחויות שונות: רופאי משפחה, רופאים כלליים, ורופאים פנימיים. לכן ההתייחסות צריכה להיות בשתי רמות: הראשונה, השונות בין רופאים המטפלים באוכלוסיות מבוגרים וילדים. והשנייה, שונות בפרופסיות שמטפלות במבוגרים, מבחינת תהליכי ההכשרה, הניסיון, הביטחון המקצועי, הנכונות והפניות הרגשית לתחום ובתצורת התגמול.

רפואה ראשונית ילדים:

חשוב לציין כי הלימודים האקדמיים של רופאי ילדים אינם כוללים את תחום בריאות הנפש. אי לכך הם חסרים את הידע וההכשרה בנושא איתור מצוקות על רקע נפשי וטיפול בנושאי בריאות הנפש בקרב ילדים. זאת ועוד, גם בהמשך מהלך ההתמחות הם אינם לומדים ו/או נחשפים לתחום זה. לנקודה זאת משמעות מכרעת בתיאום ציפיות והתוויות הדרך להמשך שיתופי פעולה בין רופאי ילדים לבריאות הנפש ובניית מודלים לשילובם.

סקירת הספרות מתייחסת לבניית מודלים להתערבות תוך התייחסות לאיתור מצוקות וטיפול בהן. ידוע כי רבות מהתלונות הגופניות של ילדים נובעות ממצוקות נפשיות. אך כשרופא ילדים בודק ילד, הוא יפנה על פי רוב לטיפול בערוץ הפיזיולוגי ולא תמיד יידע לאתר קושי רגשי. אי לכך האתגר המשמעותי, הוא האיתור! בהעדר איתור מצוקות באוכלוסיית הילדים, בניית מודלים להתערבות בהמשך אינה מהווה בסיס רלבנטי לטיפול בבעיה נפשית או לציפייה מרופאים אלו להפנות לגורמי בריאות הנפש. לעומת זאת, נקודות החוזק בקרב אוכלוסיית רופאי הילדים הינה התפיסה המקצועית הכוללת לטיפול בילד. לכן היה והילד הופנה או פנה לגורמי בריאות הנפש, רופאי ילדים יהיו בקשר ויצרו שיתופי פעולה עם הגורמים המקצועיים הרלבנטיים בתחום בריאות הנפש. עובדה זו משמעותית ביכולת להעצים אותם לשותפים בטיפול בילדים ובהדרכת הורים.

רפואה ראשונית מבוגרים:

להתרשמותי, קיימת שונות גדולה בתפיסה הרפואית והמקצועית בין ההתמחויות השונות בתחום.

לדעתי רבים מרופאיי משפחה, להבדיל מרופאים כלליים ופנימיים, רואים עצמם כאחראים על ניהול הטיפול בחולה, הינם בעליי ראייה מערכתית וכוללנית גבוהה יותר מאשר בעליי ההתמחויות האחרים ברפואה ראשונית (רופאים כלליים ופנימיים). על בסיס הנחה זו קיימת ציפייה (מוצדקת) לראות בהם שותפים לבניית מודלים להתערבות בבריאות הנפש. יחד עם זאת, לעניות דעתי, קיימים אתגרים בהפיכתם לשותפים משמעותיים עם כניסת הרפורמה בשנים הקרובות ויש לפעול לבניית תשתית שתוביל לשילובם באופן משמעותי יותר בעתיד:

א. הכשרות/לימודים:

בהתייחס להשפעתם של הידע והניסיון אשר יבנו את הביטחון המקצועי של רופא משפחה להתערב בטיפול בתחום בריאות הנפש, יש לתחום הלימודים וההכשרה משקל כבד. לדעתי, הבניית הדרך צריכה להתחיל עוד בהכשרת הרופאים בבתי ספר לרפואה. לכן תמוהה בעיניי החלטת המל"ג בשנת 2012 להשמיט את לימודי תחום בריאות הנפש מלימודי החובה של רופאי המשפחה. לצערי, דווקא בשנים אלו, בהן תפיסת העולם של גוף ונפש תופסת תאוצה, ובהיכנס הרפורמה לקופות-אנו מוצאים עצמנו "מגדלים" דור רופאים שלא חלה עליו חובה ללמוד את התחום. לאחר החלטת המל"ג, ההכרות וההכשרה בתחום בריאות הנפש לרופאים ראשוניים ניתנת בצורות ובתוכניות שונות ועל פי מקום ההתמחות ולשיקול דעתו של רכז תכניות ההתמחות בכל קופה. לדוגמה, במכבי שרותי בריאות, (כשפעלתי כמנהלת התחום), כחלק מהבנה זו ועל בסיס תפיסת עולם מקצועית של טיפול גוף נפש, תחום לימודי בריאות הנפש הוכנס לתכנית הלימודים במסגרת 300 שעות שניתנו לבחירה (ולא כחובה), בתכנית התמחות א' והתמחות ב' של רופאיי משפחה. מציעה לבדוק מול הקופות האחרות איך הן מתמודדות עם הנושא.

ב. צורות תעסוקה/תגמול

סקירת הספרות התייחסה לנושא התגמול. אני מציעה להרחיב את הנושא גם לצורת העסקתם של רופאים אלו והשונות בין הקופות. קיים קשר בין בניית מודלים לשילוב רופאים ראשוניים והתאמתם לבין צורת העסקתם ותגמולם בקופות – לדוגמה, האם הם עצמאיים בחוזה התקשרות או שכירים. צורת ההעסקה משפיעה על השונות במחויבות. כך, עצמאיים מתקשרים בדרך כלל עם מספר קופות ומרגישים פחות מחויבים לקופה אחת. כמו כן יש שונות בפרק הזמן שהם שמוכנים להקדיש למטופל, ובנושא התגמול.

להתרשמותי, שכירים מרגישים מחויבות רבה יותר לגורם המקצועי המנחה בקופה ויישמו הנחיות בתחום, מנהלים את זמנם, פנויים להשתתף בהכשרות והתגמול אינו מהווה מכשול כיוון שהוא לפי שעת עבודה ולא מספר מטופלים. לכן אני מניחה כי ישתפו יותר פעולה עם מודלים להתערבות בבריאות הנפש.

לעומתם, רופאים עצמאיים עובדים, כאמור, עם מספר קופות, וקיימת שונות בצורת התגמול.

אני מניחה כי במצב אמת נטייתם תהיה לטפל במספר רב של חולים בפרק זמן נתון, וזאת על מנת להיות מתוגמלים יותר. חשש שעלה בשיחות עבר עימם היה, כי אם יפעלו כמצופה מהם וישאלו לשלומם של מטופלים יקבלו תשובה מקיפה ואינפורמטיבית מהמטופלים, שלעניות דעתם של הרופאים תגזול מזמנם, תצריך התערבות ארוכה (בפרק הזמן) וכן תוסיף התערבויות מול גורמים נוספים ותפגע בתגמול. בנוסף, זמן שיתופי פעולה, הפניה, שיחה עם הגורם המטפל, השתתפות בישיבות צוות וכדו' אינם מתוגמלים. כמו כן, יש לקחת בחשבון כי בחלק מהקופות רופאים נמדדים גם לפי מדד של מספר חולים שהתקבלו בשעה, ומה המשמעות הכלכלית והמקצועית לרופאים אלו על אי עמידה ביעד זה.

לא פעם עולה נושא תגמול רופאים ראשוניים בהתערבות בבריאות הנפש מול מקבלי ההחלטות, אך נושא זה לא עולה באמת לסדר היום הציבורי ואינו מקבל עדיפות. למרות הצגת מחקרים המצביעים על חיסכון רב לטווח הארוך בעלויות אם יופעלו מודלים שונים לטיפול בריאות הנפש ברפואה הראשונית, קיימת התנגדות לקבלת עמדה זו בקרב רופאים, מנהלי הקופות ובעלי עניין נוספים. ההתנגדות לתגמול דיפרנציאלי בהתערבויות בבריאות הנפש מסתמך בעיקר על שני טיעונים.

האחד - החשש מיצירת תקדים תגמול שונה בבריאות הנפש מול שאר ההתערבויות הרפואיות המורכבות, כגון איזון בטיפול במחלת הסוכרת וכדו'. הטענה היא כי אינם שונים במשך ובמורכבות ההתערבות.

הטיעון השני הינו חוסר הרצון והיכולת לראייה ארגונית לטווח הארוך למול מצב נוכחי של הישרדות כלכלית במצב כולל של ניהול בגירעון.

נקודה נוספת שעולה בגיוס והכוונת רופאים ראשוניים להשתלבות במודלים לטיפול בבריאות הנפש היא נושא תפיסתם את האחריות המקצועית בהתערבויות רפואיות.

לא פעם פגשתי רופאים שחוששים להתייחס גם לפן הנפשי בטיפול בחולה מחשש ל"פספוס" בעיה פיזיולוגית שתביא לתביעות רפואיות. לדעתי, הכשרות והעשרה בנושא ראיית האדם כמכלול והעשרה בהתערבויות מבוססות-ראיות לאספקטים רפואיים בטיפול גוף ונפש יגבירו את תחושת הביטחון בקרב רופאים. שכן ההבנה כי הפרעות נפשיות ומחלות פיזיות כרוניות הן תחלואות המופיעות לעיתים קרובות ביחד - תשמש את הרופא ביעילות בטיפול.

ג. סטיגמה בקרב רופאים

להתרשמותי, הסטיגמה דווקא בקרב אנשי מקצוע ובמיוחד בקרב רופאים ראשוניים היא מהגבוהות שהכרתי ובעיקר יושבת על חוסר ידע ובורות בתחום. אמירות כגון: "אם יהיו אנשים חולים נפשית בחדר ההמתנה, הדבר ימנע וירתיע אנשים אחרים לפנות לטיפול", "אנשים מטופלים בבריאות הנפש אלימים, ואני לא רוצה לטפל באוכלוסייה זו".

לא פעם קיימת התנגדות רבה ואף פנייה לארגון הרופאים לגיבוי, בבקשת רופאים ראשוניים למצב את הקליניקה הפיזית שלהם רחוק ממרפאות לטיפול בבריאות הנפש. תגובתי למצבים אלו, שגם אם יימנעו מתחום בריאות הנפש מטופלים אלה יגיעו אליהם בלאו הכי על רקע בעיות פיזיות אחרות - לא שינתה את עמדתם. אי לכך, אני מאמינה כי מודל משולב מלא יאתגר במיוחד. לעומת זאת הניסיון מלמד על הצלחה בשילובם בטיפול במרפאות ייעודיות למחלות כרוניות כגון סוכרת והפרעות אכילה.

בהתייחס לסקירת הספרות הדנה גם בנושא טיפול והתערבות בהתמכרויות, חשוב לציין כי בישראל המצב שונה. נושא ההתמכרויות אינו חלק מהאחריות של הקופות וממשיך להיות מטופל ע"י משרדי הבריאות והרווחה. כיוון שכך, בתחום זה ההנחיות הינן להפנות לגורמים מחוץ לקופה. במצב זה המשכיות או שילוב טיפול בין הרופא לגורם המטפל תהיה נמוכה אם בכלל.

למרות ההסתייגויות והאתגרים שהוזכרו לעיל, אני מאמינה עדיין כי קיימת חשיבות גדולה לשילוב רופאים ראשוניים כקו ראשון בטיפול בבריאות הנפש. מן הסטטיסטיקה עולה כי 80-90% מהביקורים הרפואיים בקופות הינם אצל רופאים ראשוניים. רוב האנשים המתמודדים עם קשיים רגשיים יבחרו להישאר מטופלים אצל הרופא הראשוני ויראו אותו ככתובת להתייעצות, הפנייה וטיפול. הזמינות והעדר הסטיגמה בפניה לרופא ראשוני תאפשר הנגשה מרבית לאותם אנשים שבמצבים אחרים לא יפנו לגורמי בריאות הנפש. אני מסכימה עם האמירה כי יש לשים לב לגורמים ארגוניים ומבניים המאפשרים לרופא הראשוני להישען על החוזקות של מקצועו, תוך שהם מתחשבים במסגרת הקלינית, באילוצי זמן הרופא, בכישוריו ובהכשרתו.

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