



תמצית

הספקת טיפול איכותי ומבוסס-ראיות בבריאות הנפש מהווה עדיין אתגר משמעותי הן בארה"ב והן במדינות רבות אחרות. ממצאים מתוך הסקר הארצי על תחלואות נלוות (Kessler, Ciu, Deler, & Walters, 2005) מעידים על כך שרק כארבעים אחוזים מהאנשים הבוגרים בארה"ב שיש להם הפרעה נפשית מקבלים טיפול. מכיוון שלמעלה מ-26.2% מכלל האוכלוסייה הבוגרת סובלים מבעיה נפשית או מבעיית התמכרות (Kessler et al., 2005), הרי שהאתגר של מתן שירות הוא משמעותי.

הגל האחרון של רפורמות בשירותי בריאות בארה"ב והרפורמה בשירותי בריאות הנפש בישראל מספקים הזדמנויות רבות לאמוד, להעריך וללמוד מרפורמות אלו. מאמר קצר זה נועד ליידיע את הקורא הישראלי לגבי הפעולות הננקטות בארה"ב – בעיקר בעשור האחרון – לפיתוח וליישום של רפורמות מערכתיות במסגרות טיפול ראשוני שמשפרות את השילוב בין הטיפול הראשוני לבין בריאות הנפש. המודלים של שילוב בין טיפול ראשוני ובריאות הנפש שנבחנו במאמר זה מתקיימים לאורך רצף של אפשרויות – החל במסגרות נפרדות, עבור דרך מיקום משותף וכלה בשילוב מלא. מן העדויות עולה שלשילוב בין הטיפול הראשוני לבריאות הנפש יש פוטנציאל לשפר את תוצאות הטיפול באמצעות זיהוי מוקדם יותר של תסמינים פסיכיאטריים ונגישות טובה יותר לשירותי בריאות הנפש מבוססי-ראיות (Collins, Hewson, Munger, & Wade, 2010).

מודלים של טיפול משותף או משולב קיבלו תשומת לב רבה מחוקרים ומקובעי מדיניות כאחד. אולם, נותרו שאלות חשובות לגבי הפעלה של מודלים מרובים, ואילו צורות של שילוב פועלות בצורה המוצלחת ביותר, בעיקר בהקשר של טיפול מבוקר. תפקידי הרופא הראשוני רבים ומגוונים. מודלים של שילוב צריכים לשים לב לגורמים ארגוניים ומבניים המאפשרים לרופא הראשוני להישען על החוזקות של מקצועו, תוך שהם מתחשבים גם במסגרת הקלינית, באילוצי זמן הרופא, בכישוריו ובהכשרתו.

הסקירה הנוכחית בוחנת את האתגרים של טיפול משולב בארה"ב. נדון בריבוי תפקידיו של הרופא הראשוני ובערכם של המודלים לטיפול משולב ונביא הסבר קצר לסוגי המודלים המשולבים השונים. יושם דגש על החוזקות והחולשות של כל מודל ועל האתגרים של הפעלה במסגרות של טיפול מבוקר. לאחר מכן נדון בקצרה ברלבנטיות של המודלים לשילוב לגבי הרפורמה בבריאות הנפש בישראל. הפעלת מודל משולב עשויה לסייע בישראל בשיפור הנגישות והאיכות של שירותי בריאות הנפש.



הספקת טיפול איכותי ומבוסס-ראיות בבריאות הנפש מהווה עדיין אתגר משמעותי הן בארה"ב והן במדינות רבות אחרות. ממצאים מתוך הסקר הארצי על תחלואות נלוות מהאנשים הבוגרים בארה"ב שיש להם הפרעה נפשית מקבלים טיפול. מכיוון שלמעלה מ-26.2% מכלל האוכלוסייה הבוגרת סובלים מבעיה נפשית או מבעיית התמכרות (Kessler et al., 2005), הרי שהאתגר של מתן שירות הוא משמעותי. אחוז ניכר מבעיות בריאות הנפש, כמו גם בעיות שימוש בסמים ואלכוהול, אינן מאותרות, או שאינן מאובחנות נכונה (Frank & Glied, 2006; Kessler et al., 2005). יש הרבה צרכים שאינם מקבלים מענה בתחום זה, בעיקר בקרב אוכלוסיות חלשות, כולל מיעוטים אתניים, קשישים, צעירים ובעלי הכנסה נמוכה (Unützer, Schoenbaum, Druss, & Katon, 2014; Wang et al., 2005).

שילוב טוב יותר בין הטיפול בבריאות הנפש לבין הטיפול הראשוני עשוי להיות אמצעי יעיל לאיתור הפרעות נפשיות ולהגברת הנגישות לטיפול הולם (Collins, Hewson, Munger, & Wade, 2010). מודלים של טיפול משותף או משולב קיבלו תשומת לב רבה מחוקרים וקובעי מדיניות, בעיקר מאז פרסום הדוח President's New Freedom Commission on Mental Health (2003). דוח זה שם דגש על "החלמה" של אנשים עם מחלות נפש באמצעות מתן שירותים קהילתיים הממוקדים בצרכן ושותפות פעילה בין הלקוח, נותני הטיפול והמשפחות. הדוח הכין את הקרקע לרפורמה רחבת-ההיקף בשירותי בריאות הנפש הציבוריים בארה"ב (Hogan, 2003; Hyde, 2014; Jacobson, 2004; Willging, Lamphere, & Rylko-Bauer, 2015).

למרות שקיימים חסמים משמעותיים לשילוב, יש כמה סיבות כבדות-משקל לכך שהוא צובר תאוצה בשנים האחרונות. ראשית, מן הראיות עולה כי המטופלים מעדיפים את הגישה הזו (Chen et al., 2006). כמעט רבע מן המטופלים בעלי הפרעה נפשית פונים בתחילה לרופא המשפחה (Collins et al., 2010; Fortney, 2014). חלה התקדמות מסוימת בשיפור הספקת הטיפול בבריאות הנפש במסגרת הטיפול הראשוני (Frank & Glied, 2006), אולם, לעתים קרובות מדי, בעיות בבריאות הנפש והתמכרויות מאובחנות בטעות כבעיות פיזיות במסגרות הטיפול הראשוני, בעיקר כאשר מדובר במטופלים זקנים (Karlin & Fuller, 2000). רבים מן הרופאים הראשוניים עובדים בתנאים של דרישות מרובות וזמן מוגבל. אילוצים אלה, ביחד עם הכשרה לא מספקת בבריאות הנפש ומספר מצומצם של מומחים שאליהם ניתן להפנות חולים, הופכים את הטיפול בצורכי בריאות הנפש לאתגר (Fortney, 2014).

שנית, הפרעות בבריאות הנפש ומחלות פיזיות כרוניות הן תחלואות המופיעות לעתים קרובות ביחד (Kessler et al., 2005). רוב הפונים לרופא המשפחה עם תחלואות פיזיות ונפשיות כאחד לא זוכים לקבל טיפול בתחלואה הנפשית. מן הראיות עולה שתחלואות נפשיות שאינן מקבלות טיפול מסבכות את התחלואות הפיזיות (Klein & Hostetter, 2014). לדוגמה, ידוע כי הטיפול הראשוני הוא חיוני לאנשים עם מחלות נפש קשות. מכיוון שאנשים אלה מקבלים לעתים קרובות טיפול של מומחים בבריאות הנפש, אך לא טיפול ראשוני, הטיפול הרפואי שלהם עלול להיות איכותי פחות, ולהביא לשיעורי תחלואה גבוהים יותר ולתוחלת חיים נמוכה יותר מאשר שאר האוכלוסייה (Fortney, 2014). סוגיות אלה, הקשורות בטיפול באנשים עם מחלות נפש קשות, הן חשובות ביותר, אך נמצאות מחוץ למסגרת הדיון של עבודה זו.

שלישית, השילוב בין בריאות הנפש לטיפול ראשוני יכול להגביר את הנכונות להגיע לטיפול ואת ההתמדה בטיפול. ספיר ושניידר מדווחים שלמעלה מ-75% מן החולים שהופנו לטיפול מומחה הנם "אבודים" למעקב, בעיקר לאור זמני ההמתנה לטיפול (Speer & Schneider, 2003). ואילו כאשר הטיפול ניתן במסגרת הטיפול הראשוני, 90% מהחולים מגיעים לטיפול (Speer & Schneider, 2003). בנוסף, ייתכן שהטיפול המשולב הוא פחות סטיגמטי לחולים, משום שמטופלי בריאות הנפש וצרכני סמים מקבלים טיפול במסגרת הרפואה הראשונית וניתן לראות בהם חלק נורמטיבי של טיפולי בריאות (Zeiss & Karlin 2008).

מסמך מדיניות שהתפרסם לאחרונה מטעם פורום קנדי (Kennedy Forum) תחת הכותרת "Fixing Mental Health Care in America, A National Call for Integrating and Coordinating Specialty Behavioral Health Care into the Medical System", מדגיש את החשיבות של חיזוק מערכת השירותים בבריאות הנפש במסגרת הטיפול הראשוני. המסמך טוען שמודל משולב לחלוטין יסייע לאיתור חלק גדול יותר מהאוכלוסייה הזקוקה לשירותי בריאות הנפש, יספק טיפול איכותי בתחלואות נפשיות ויתמוך ברופאי המשפחה, תוך צמצום עלויות במערכת הבריאות על ידי מתן טיפול מהיר ויעיל (Fortney, 2014).

ההבטחה של טיפול משולב, כפי שמתואר במסמך של פורום קנדי דומה ליעדים של הרפורמה בבריאות הנפש בישראל (נירל וסמואל, 2014). על פי נירל וסמואל, היעדים העיקריים של הרפורמה בישראל הם:

- ◆ שיפור האיכות באמצעות שילוב טוב יותר בין שירותי הבריאות הכלליים לשירותי בריאות הנפש
- ◆ הרחבת הזמינות והנגישות של השירותים (בעיקר בקרב אוכלוסיות עם צרכים לא מסופקים)
- ◆ הגברת היעילות, בין היתר באמצעות כלים של טיפול מבוקר (managed care). (נירל וסמואל, 2014, עמ' 2).

ישראל שואפת להשיג יעדים אלה באמצעות יישומם של יסודות טיפול מבוקר (managed care) בתחום בריאות הנפש, שילוב של הטיפול הנפשי והגופני והגדלת המימון לבריאות הנפש (נירל וסמואל 2014). לאור המאמצים המתמשכים לבצע רפורמה בשירותי בריאות הנפש בישראל, מאמר זה נועד ליידע את הקורא הישראלי לגבי הפעולות הננקטות בארה"ב – בעיקר בעשור האחרון – לפיתוח וליישום של רפורמות מערכתיות במסגרות טיפול ראשוני שמספרות את השילוב בין הטיפול הראשוני לבין בריאות הנפש. קיימות הזדמנויות רבות לאמוד, להעריך וללמוד מרפורמות אלו.

הסקירה הנוכחית בוחנת את תפקידו של הרופא הראשוני בבריאות הנפש. לאחר שבחנו מדוע הטיפול בבריאות הנפש הוא כה אינטגרלי לטיפול הראשוני, נבחן את האופי המשתנה של הטיפול הראשוני. נביא הבהרה של הטרמינולוגיה, ונציג דיון במודלים השונים של השילוב. לאחר מכן נדון במודלים, באתגרים של הטיפול המבוקר ובראיות לאפקטיביות שלהם. נסיים בתיאור קצר של המודלים הנמצאים בשימוש בישראל בהתבסס על המידע שהוצג בדוח של סמואל ורוזן (סמואל ורוזן 2012).

האופי המשתנה של הטיפול הראשוני ותפקידו של הרופא הראשוני

הן אופיו של הטיפול הראשוני והן תפקידו של הרופא הראשוני השתנו במידה רבה מאז שנות השישים (Abrams, Schor, & Schoenbaum, 2010). כיום, הרופאים הראשוניים מתבקשים לספק מגוון שירותים, הן למטרות מניעה והן לרווחת החולה. הטיפול באנשים עם מחלות כרוניות, כולל סוכרת והשמנת-יתר הוא שגרת, כמו גם ביקורים הקשורים במחלות נפש ו/או התמכרויות (Regier et al., 1993). על פי הערכות, כמעט מחצית מכל הטיפול בבעיות בריאות הנפש מתרחש במסגרות של טיפול ראשוני (Unützer et al., 2014). הניסיונות לתאם ו/או לשלב את הטיפול מבוססים, לפחות בחלקם, על ההכרה בכך שהדיסציפלינה של הטיפול הראשוני, כשלעצמה, אינה יכולה לספק את הטיפול המקיף ומבוסס-האוכלוסייה הנדרש (Abrams et al., 2010).

הטיפול המשולב ידרוש שינויים באופן שבו רופאי הטיפול הראשוני עובדים והבנה של תפקידיהם (Abrams et al., 2010). יש צורך בצוות פעילים ומשתפי פעולה הכולל מנהלי טיפול ותומכים נוספים בשירותים של בריאות הנפש (Unützer et al., 2014). ייתכן שהטיפול המשולב ידרוש שימוש בטלמדיסין, התייעצות עם מומחים, טכנולוגיות מידע בבריאות ושיטות החזר תשלומים המאפשרים שיתוף במידע על פני מסגרות שונות (Abrams et al., 2010).

המשימות העיקריות של בריאות הנפש בטיפול הראשוני

רוב הראיות התומכות בשיטות אפקטיביות לשילוב בין טיפול ראשוני לטיפול בבריאות הנפש מתייחסות לזיהוי ולטיפול בדיכאון – הפרעה נפשית שמרבה להתגלות במסגרות של טיפול ראשוני (Unützer et al., 2014). הרופאים הראשוניים עשויים לבצע מספר

רב של משימות על פני רצף הטיפול. הפעולות לטיפול אפקטיבי בבריאות הנפש במסגרת הטיפול הראשוני כוללות: סינון, הערכה ואבחון, הפניה או טיפול, ניטור ומעקב. להלן נתאר כל אחת מן הפעולות האלה.

סינון ואבחון

מגוון כלי סינון מתוקפים פותחו בעבור מחלות נפש נפוצות במסגרות הטיפול הראשוני. הסינון הוא הפעילות הנפוצה והננקטת ביותר על ידי הרופאים הראשוניים (Pignone et al., 2002). מן הראיות עולה כי הזיהוי משחק תפקיד חשוב בהעלאת שיעורי הגילוי של מחלות נפש, בעיקר דיכאון (Unützer et al., 2014). אולם, אפילו בשילוב עם משוב מן הספקים, עדיין לא הוכח שלסינון יש השפעה חיובית על תוצאות קליניות (W. Katon & Gonzales, 1994).

אתגרים נפוצים בביצוע סינונים בבריאות הנפש במסגרות טיפול ראשוני כוללים:

- ◆ ריבוי מטלות וזמני ביקור קצרים
- ◆ חוסר הכרה וידע של הרופא עם כלי הסינון
- ◆ אי-הפניה לטיפול ו/או מחסור במערכות כוללניות למעקב אחר מטופלים שזוהו בסינון
- ◆ מחסור בכיסוי ביטוחי עבור השירות.

הפניות

על פי רוב, הפניות הן צורה של "העבר אותו הלאה" אל מטפל בבריאות הנפש. ההיגיון אומר שהגדלת שיעורי ההפניה למומחים בבריאות הנפש אמורה לסייע לצורכי הטיפול של המטופלים, אך מחקרים מצביעים על כך שלפחות מחצית מכל החולים המקבלים הפניה למומחים בבריאות הנפש אינם ממשיכים בתהליך (AHRQ, 2008). יתרה מכך, הרופאים הראשוניים מדווחים לעתים קרובות על נגישות גרועה יותר למומחים בבריאות הנפש מאשר לרופאים אחרים (Unützer et al., 2014). אונוטטר ועמיתיו סבורים שלא סביר שההישענות על טיפול מומחים תספק תשובה לשיעור הגבוה של צרכים לא מסופקים שנצפה במסגרות הטיפול הראשוני. אפילו כאשר החולים פונים לטיפול המומחים, לא תמיד ישנה הקפדה על הקווים המנחים לטיפול.

האתגרים הכרוכים בהפניות לטיפול בבריאות הנפש על ידי הרופא הראשוני כוללים:

- ◆ חוסר נגישות לרופאים מתאימים בבריאות הנפש ו/או למשאבים מבוססי-ראיות בבריאות הנפש
- ◆ מחסור בקשרים בין הרופאים הראשוניים לרופאי בריאות הנפש .

טיפול

הריבוי של תרופות חדשות ואפקטיביות הביא לכך שרופאים ראשוניים לוקחים על עצמם חלק גדול והולך של הטיפול באנשים עם מחלות נפש או צרכני סמים/אלכוהול. קיימות הנחיות טיפול זמינות, אולם זמינותן לאו דווקא מסייעת לקבלת החלטות קלה יותר; מן העדויות עולה כי הרופאים הראשוניים נזקקים לעתים קרובות להנחיה נוספת. ייתכן כי

הנחיות טיפול, אפילו בצירוף תכניות הכשרה/חינוך, אינן מספיקות לשיפור הטיפול בבריאות הנפש במסגרות הטיפול הראשוני (Hodges, Inch, & Silver, 2001). יחד עם זאת, ארגוני הטיפול המבוקר מעודדים יותר ויותר את ספקי הטיפול הראשוני לרשום תרופות פסיכיאטריות. ייתכן שהסיבה לכך היא השימוש בתרופות יכול להוות תחליף לחלק מהשירותים הפסיכיאטריים, וגם משום שהדבר מאפשר לרופא הראשוני לעקוב אחר התרופות הפסיכיאטריות ביחד עם המעקב אחר התרופות שהחולה מקבל לטיפול במצבים כרוניים אחרים (Mauch, 2011).

האתגרים לרופאים הראשונים המטפלים במחלות נפש הנפוצות בטיפול הראשוני, כגון דיכאון וחרדה, כוללים:

- ◆ אי הכרה של הרופאים את התרופות הפסיכופרופיות, בעיקר כאשר הדיכאון אינו מגיב מיידית לתרופות המקובלות
- ◆ חוסר יכולת לשלב את הטיפול התרופתי עם הנחיות/טיפולים מבוססי-ראיות אחרים
- ◆ זמן מוגבל ו/או תדירות נמוכה של ביקורים של החולים שאינם מאפשרים מעקב מספיק אחר ההיענות לתרופות והשפעתן.

מעקב וניטור

מן הראיות לגבי מעקב וניטור של חולי דיכאון במסגרות לטיפול ראשוני עולה כי קיים פער משמעותי בין סינון שגרתי לבין מעקב שיטתי אחר החולים (Solberg, Trangle, & Wineman, 2005). באופן אידיאלי, ראוי לקיים מעקב אחרי כל ביקור אצל הרופא הראשוני, בהתאם לצרכים ולהעדפות של החולה. יש לבדוק את החולים באופן שגרתי כדי לזהות שינויים בחומרת התסמינים, ולבדוק את תכנית הטיפול וההפניות. אנו יודעים הרבה על שיטות מעקב וניטור של חולים עם דיכאון בטיפול ראשוני, אבל היישום שלהן התגלה כמאתגר יותר (FFMPLC & Kahn, 2004).

האתגרים לביצוע מעקב וניטור על ידי רופאי הטיפול הראשוני כוללים:

- ◆ הגישה ה"אפיזודית" המסורתית למתן טיפול ראשוני עלולה להוות מכשול לתכניות מעקב מובנות
- ◆ מחסור בגישה של עבודת צוות בהרבה מסגרות טיפול ראשוני מסורתיות ו/או קטנות
- ◆ מחסור במשאבים הדרושים למתן התמיכה הנדרשת.

השפעת הטיפול המבוקר על התפקידים שהרופאים הראשוניים לוקחים על עצמם

תפקיד הרופא הראשוני בבריאות הנפש הושפע רבות מגורמים חיצוניים שנכפו על ידי ארגוני טיפול מבוקר. ארגונים אלו יכולים לכפות הגבלות וסייגים לגבי אילו רכיבים של הטיפול הראשוני בבריאות נפש מותר לרופאים הראשוניים לבצע, אם בכלל (Woltmann et al., 2012). יש לציין שליקויים בביצוע טיפול משולב אינם נובעים ממחסור במחויבות המקצועית לטיפול מיטיב והולם (Frank, Huskamp & Pincus,)

2003) אלא מן האתגרים המשמעותיים הקיימים במבנה הארגוני של מערכת הבריאות והתמריצים הכספיים השליליים – בעיקר אלו הקשורים להחזרים – שאינם תורמים למודלים של טיפול משולב (Frank et al., 2003).

הפער בין תמריצים כספיים ומודלים של טיפול מיטבי הוא הסיבה העיקרית שבגללה מודלים של טיפול משולב לא אומצו בהרחבה (Frank et al., 2003). אילו שונו תמריצי ההחזרים כך שיתמכו במאמצים לשיפור האיכות ובמודלים לטיפול מיטבי, כולל תשלום בעבור סינון והערכת התנאים לבריאות הנפש, לתיאום טיפול ולשיתוף פעולה, אזי ניתן היה להפעיל את המודלים לטיפול מיטבי ביתר קלות (Frank et al., 2003). לדוגמה, ביום נתון, רופא ראשוני אינו יכול לבקש ו/או לקבל החזר ממדיקר או ממבטחים פרטיים בעבור סינון פיזי וסינון בבריאות נפש בגין אותו מטופל. אם אין לו אפשרות לקבל פיצוי עבור העבודה שביצע, הסבירות שהרופא יבצע סינון בבריאות הנפש נמוכה יותר (Collins et al., 2010).

מודלים אלטרנטיביים לשילוב בריאות הנפש בטיפול הראשוני

בהספקת טיפולי בריאות בארה"ב חלים שינויים ניכרים. לחוק מ-2010 Patient Protection and Affordable Care Act יש פוטנציאל לשנות מן היסוד את האופן שבו הטיפול הראשוני ניתן (Ader et al., 2015; Druss & Mauer, 2010). בסעיף הבא נתאר בקצרה שלושה סוגים של טיפול משולב.

תיאום, מיקום משותף ושילוב

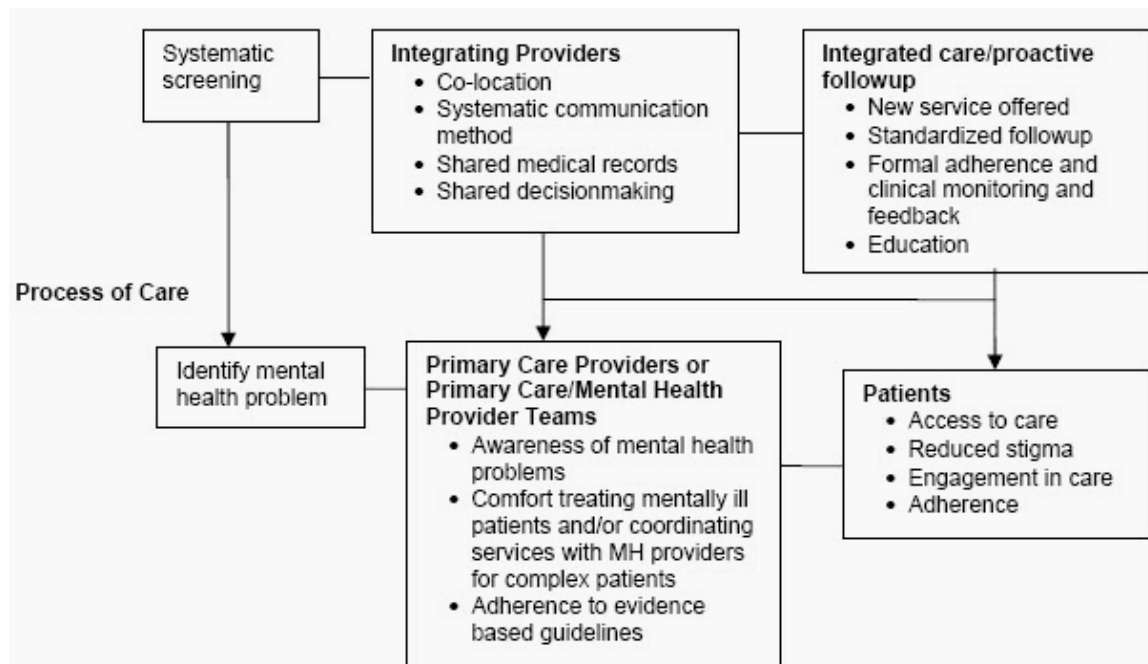
ניתן לסווג מודלים של טיפול משולב לפי מידת השילוב: מתואם; מתבצע במיקום משותף ומשולב במלואו. בטיפול המתואם, הרופאים הראשוניים ורופאי בריאות הנפש מטפלים במסגרות שונות. הקשר מתקיים בדרך כלל ממרחק, בטלפון או באופן מקוון בדואר אלקטרוני (Ader et al., 2015; Collins et al., 2010). הרופאים הראשוניים מבצעים סינון שגרתי לבעיות של בריאות הנפש ומספקים התערבות טיפולית קצרה כאשר היא מתבקשת. התקשורת והקשרים הטובים הקיימים בין המטפלים מאפשרים ביצוע הפניות מוצלחות במידת הצורך. גישת התיאום נפוצה מאוד בארה"ב. מדוח שהתפרסם באחרונה עולה שלמעלה מ-30 מדינות מפעילות תכניות של טיפול מתואם (Ader et al., 2015; Kuehn, 2011).

מיקום משותף של רפואת הנפש ורפואה ראשונית, כאשר שני צוותים עובדים באותה מסגרת, נתפסת בדרך כלל כמודל משולב יותר. ההפניות הן פנימיות, אם כי ניתן להשתמש גם במומחים חיצוניים. באופן תיאורטי, גישה זו אמורה להביא לטיפול ותוצאות טיפול טובים יותר. הרופאים הראשוניים מבצעים סינונים, לעתים מתייעצים, אבל לעתים קרובות יותר מפנים חולים לטיפול מומחה, מכיוון שהסיכוי שהטיפול יתבצע הוא גדול יותר במודלים של מיקום משותף. מחקרים מצביעים על תוצאות חיוביות של המיקום

המשותף – בעיקר בנוגע לצמצום הסטיגמה ולעידוד הפנייה לטיפול (Kolko et al., 2014; National Quality Forum, 2010; Patterson, Roth, Woods, Chow, & Gomes, 2004). יש עדיין מגבלות חשובות לגישה זו, שכן שתי מערכות הטיפול יכולות להמשיך ולהשתמש בתיקים רפואיים נפרדים, תהליכי החזר נפרדים ומדיניות קביעת תורים נפרדת. למרות זאת, יש חוקרים הטוענים שייטכן שהמיקום המשותף מהווה את הגישה הטובה ביותר מבחינת תוצאות המטופל ומבחינת ריסון עלויות בעבור רופאים שאינם מוכנים לבצע את המעבר לשילוב מלא (Collins et al., 2010).

בגישות של שילוב מלא (ר' תרשים 1, להלן), רופאי בריאות הנפש עובדים בתוך מערכת הטיפול הראשוני, תוך שיתוף פעולה פעיל עם הרופאים הראשוניים להם הם מספקים תמיכה, ייעוץ וחינוך. הם מתפקדים הן כספקי טיפול ישירים והן כיועצים לצוות הרופאים הראשוניים (Collins et al., 2010). באופן כללי, הגישות המשולבות מביאות יתרון למסגרת הטיפול על ידי הרחבת השירות הניתן וחיזוק היכולת של הרופאים לטפל במגוון רחב של צרכים גופניים ונפשיים בהיענות מהירה (Bartels et al., 2004; Unützer et al., 2002; Mitchell & Selmes, 2007; Cunningham, 2009). ריבוי ספקים פירושו ריבוי תפקידים. אולם, הצוות מחליט על דרך הפעולה הנכונה ותכנון הטיפול מבוסס על התייעצות בין חברי הצוות. תוצאות הטיפול של מודלים של שילוב מלא לא זכו לתשומת לב רבה, אך מן הראיות עולה שהמסגרות המשולבות, בדומה למסגרות המיקום המשותף, קשורות להגברת הנגישות לשירותי בריאות הנפש ולטיפול בה (Bartels et al., 2004; Hedrick et al., 2003), להגברת ההיענות לטיפול, לתוצאות תפקודיות טובות יותר ולעלות-תועלת (Liu et al., 2003).

תרשים 1



יש לציין שפעמים רבות משתמשים במונחים "טיפול משולב" ו"טיפול משותף" כחלופיים. אולם, יש ביניהם הבדלים בסיסיים (World, 2007; Blount et al., 2007; AHRQ, 2008; Health Organization, World Organization of National Colleges Academies, & Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, 2008). הטיפול המשולב מתאר מערכת שבה טיפול בריאות הנפש מסופקים **בתוך** מסגרת של טיפול ראשוני (Collins et al, 2010). טיפול משותף מאופיין במסגרות ובתפקידים נפרדים (Collins et al, 2010). הבדלים אלה יתבררו יותר לאחר בחינת המודלים השונים.

קולינס ועמיתיו (Collins et al, 2010) מתארים את ההבדל בין טיפול משולב לטיפול משותף בפרוטרוט. להלן נביא סיכום קצר של ההמשגה שלהם של שמונה מודלים הקיימים לאורך רצף הטיפול. תשומת לב מיוחד מופנית לתפקידיו של הרופא הראשוני. בנוסף, נבחן חסמים מבניים וכספיים המאפיינים את התמריצים והמגבלות של הטיפול המבוקר. נביא גם ראיות התומכות במודלים אלה וכן יישומים אפשריים לרפורמה המתבצעת בישראל.

מודלים של תיאום ושילוב

הדוח של קרן מילבנק "Evolving Models of Behavioral Health Integration in Primary Care" מתאר שמונה מודלים של טיפול על פני רצף השילוב. יש בהם סוגים שונים של מאפייני טיפול משולב וטיפול מתואם, כולל מגוון תפקידים ופעילויות של הרופא הראשוני ואנשי צוות אחרים. להלן תיאור קצר של כל מודל, ושל התפקידים שממלא הרופא הראשוני.

1. מודלים של שיתוף מינימלי מאופיינים בתקשורת מועטה, אם בכלל, בין הרופאים הראשוניים ומומחי בריאות הנפש (Collins et al, 2010). הם עובדים במסגרות נפרדות עם מערכות נפרדות ומבנה כספי שונה. הרופאים הראשוניים אינם מבצעים סינון לבריאות הנפש ו/או תהליך ההפניה לטיפול מומחים בבריאות הנפש הוא מוגבל (Collins et al, 2010). לעתים קרובות, הן לרופא הראשוני והן לרופא בריאות הנפש אין משאבים או יכולת לתאם טיפול (Collins et al, 2010).

2. טיפול בריאות הנפש המסופקים על ידי רופאים ראשוניים. במודל זה, הרופאים הראשוניים מספקים טיפול בתחלואות נפשיות, אם כי לעתים הם מתייעצים עם פסיכיאטר או פסיכולוג (Collins et al, 2010). מכיוון שהם מבצעים את כל הפעילויות של טיפולי בריאות הנפש, כולל סינון, הערכה, אבחון, טיפול ומעקב, הרופאים הראשוניים קיבלו הכשרה טובה בבריאות הנפש ומכירים היטב יחסית את השימוש בתרופות פסיכטרופיות (Hunter, Goodie, Oordt, & Dobmeyer, 2009).

3. טיפול במיקום משותף. מודל זה מבוסס על ההנחה שהסיכוי לשיתוף פעולה גדל עם הקרבה ונוחיות התקשורת (Collins et al., 2010). יחד עם זאת, במצב של מיקום משותף, הרופאים הראשוניים ורופאי בריאות הנפש שומרים על שתי מערכות הספקת טיפול נפרדות (Collins et al., 2010). הרופא הראשוני מבצע סינונים, אך את ההערכות והטיפולים הוא מפנה לרופא בריאות נפש (Collins et al., 2010).
4. מודל הטיפול הכרוני שואף לזיהוי מוקדם, נגישות לטיפול, שימוש בטיפול מבוסס-ראיות והיענות מוגברת לטיפול כמו גם ניהול טיפול עצמי (Collins et al., 2010). דמות מפתח במודל זה הוא מנהל הטיפול, שלא זו בלבד שתומך במטופל בכל הנוגע להיענות לטיפול, אלא גם מנהל את התקשורת ותיאום הטיפול (Collins et al., 2010). מודל זה פועל באמצעות מיקום משותף של שתי הדיסציפלינות אך מוסיף גם התערבויות שעוצבו במיוחד לשימוש במסגרות של טיפול ראשוני (Collins et al., 2010). כל ההיבטים של פרוטוקול הטיפול מבוצעים במסגרת הטיפול הראשוני. הרופא הראשוני מבצע את הסינון, האבחון והמלצת הטיפול, אבל חברים אחרים בצוות הטיפול הראשוני, כגון האחות (nurse practitioner) ומנהל הטיפול ו/או העו"ס יכולים להיות מעורבים גם הם (Collins et al., 2010). מעקב צמוד אחר החולים הכרוניים הוא רכיב מפתח במודל זה, כמו גם חינוך החולים ופיתוח כישורי ניהול עצמי (Collins et al., 2010). חברי צוות הטיפול הראשוני – ולא הרופא – אחראים לכל הפעילויות, ואילו הפסיכיאטרים והפסיכולוגים זמינים לייעוץ (Collins et al., 2010).
5. מיקום משותף הפוך דורש מרופאים ראשוניים לטפל בצורכי הבריאות הפיזיים של החולים במסגרת מערכות בריאות הנפש (Collins et al., 2010). במודל זה, הן הרופאים הראשוניים והן קלינאי בריאות הנפש מקבלים הכשרה בדיסציפלינה האחרת במטרה להיטיב לזהות תסמינים של מחלות נפשיות ו/או גופניות (Collins et al., 2010). הרופאים הראשוניים אינם מבצעים טיפולי בריאות הנפש, אלא שומרים על תפקידם כספקי בריאות הגוף.
6. טיפול ראשוני ונפשי מאוחד. מודל זה מקפל את הטיפול הפסיכיאטרי אל תוך הטיפול הראשוני. מדובר במרכזי טיפול המספקים שירות מלא ומופעלים במסגרות ייחודיות כגון במרכזי בריאות פדרליים או ב Veteran Health Association (Collins et al., 2010). אמנם הרופאים הראשוניים מבצעים סינונים, אך הם אינם נדרשים לספק שירותים אחרים של בריאות הנפש (Collins et al., 2010).
7. טיפול ראשוני נפשי הוא מסגרת טיפול משולבת במלואה שבה הטיפול הנפשי הוא חלק שגרתי מן הטיפול הרפואי הכללי (Collins et al., 2010). רופא בריאות הנפש הוא חבר בצוות הטיפול הראשוני. רופא הטיפול הראשוני הוא הרופא העיקרי, אך רופא בריאות הנפש יכול להשתתף בניהול הטיפול של חלק מהחולים (Collins et al., 2010). הרופא הראשוני מנהל את הסינון הראשוני ומפנה לפי הצורך. רופא בריאות הנפש בדרך כלל מבצע את כל שאר הפרוטוקול של טיפול בריאות הנפש. מודל זה מדגיש גישה מבוססת-אוכלוסייה במטרה לספק למטופלים עם תחלואות

נפשיות ולמטופלים בסיכון מוגבר חינוך, התערבויות קצרות וטכניקות של ניהול עצמי (Collins et al., 2010). גישה זו משרתת מספר רב של חולים ומצליחה להגיע לחולים שבתנאים אחרים לא היו מקבלים טיפול או מעקב והפניה (Collins et al., 2010).

8. מערכת טיפול משולבת. מודל זה עשוי להיות משולב באופן חלקי או מלא. הוא מתאים בעיקר לאוכלוסייה שצורכי בריאות הנפש שלה נוטים להיות קשים או ממושכים יותר (Collins et al., 2010). המודל משלב מערכות טיפול ראשוני ומומחיות ברפואת הנפש ובדרך כלל מיועד לאוכלוסיות בסיכון גבוה כגון חסרי בית או זקנים (Collins et al., 2010).

חסמים לשילוב: מבנה התשלומים

החסמים והאתגרים העומדים בפני הטיפול המשולב הם רבים. רוב החסמים קשורים למימון. יש אמנם עדויות לכך שהשילוב מביא פוטנציאלית לחיסכון בסך ההוצאות הרפואיות (AHRQ, 2008), אך בעיית המימון מחריפה בגלל המבנה של הטיפול הראשוני העכשווי, שבו למסגרת הטיפול יש חוזה עם חברות ביטוח שונות ויש הרבה שונות על פני גישות התשלום של תכניות הביטוח השונות. אכן, ה-Agency for Healthcare Research and Quality הכיר בכך שחסמים כספיים למודלים של טיפול משולב קיימים "בעיקר בגלל שפעילויות רבות הקשורות לטיפול משולב, כגון רבות מפעילויות הטיפול המבוקר, ההתייעצויות והתקשורת בין הספקים, והייעוץ הטלפוני לחולים אינם זוכים באופן מסורתי להחזרים במסגרת הרגילה של תשלום עבור שירות" (AHRQ, 2008).

בארה"ב, תכניות טיפול משולב וחברות ביטוח מנסות להתמודד עם רבים מן החסמים האלו. מאמצים אלה כוללים הנהגת החזרים בעבור סינון ואסטרטגיות למימון מנהלי טיפול (AHRQ, 2008). אחד הדברים העיקריים הוא שינוי המבנה של החוזרים לכיוון של תשלום עבור ביצוע או החלפת השיטה של תשלום לפי פעולות (fee for service) בחבילת תשלום (AHRQ, 2008). סוגיות ארגוניות ותשתיות מהוות גם הן חסמים להפעלת מודלים של טיפול משולב. רוב המודלים בנויים סביב אסטרטגיות לשינוי מבני ופרוצדורלי ורכישת ידע והכשרה חדשים בתחום בריאות הנפש (AHRQ, 2008). הנהגת מערכת אלקטרונית משותפת של תיקים רפואיים, תוך כיבוד חוקי הפרטיות היא חיונית (AHRQ, 2008). לבסוף, הארגון Agency for Healthcare Research and Quality מעלה חשש לגבי יכולת הקיימות של מודלים משולבים. על פי הדוח שלהם, "translating integrated programs into real-world clinical settings using models from trials with positive results is a challenge. Implementation has taken place at the cost of model fidelity since financial barriers impede program solvency" (AHRQ, 2008).

טיפול מבוקר (managed care)

טיפול מבוקר עשוי להיות מועיל מאוד בריסון עלויות בעבור חולי בריאות הנפש. עיקר ההצלחה של הטיפול המבוקר היא בעבודה באמצעות ניהול חולים בטיפול הראשוני (Blount et al., 2007; Chiles, Lambert, & Hatch, 1999; Fraser, 1996; Harvey et al., 1998; W. J. Katon, Roy-Byrne, Russo, & Cowley, 2002; Pincus, Pechura, Keyser, Bachman, & Houtsinger, 2006). "טיפול בריאות הנפש המסופקים על ידי רופאים ראשוניים", "טיפול במיקום משותף" ו"מיקום משותף הפוך" (מודלים 2, 3, 5) פועלים היטב במסגרת של מערכות עם טיפול מבוקר. במודלים אלו, אין צורך לבקש החזרים בעבור שיתופי פעולה ואישורים מוקדמים לתכניות טיפול ראשוניות אינן נתקלות בסירוב, מאחר שהטיפול במסגרות הטיפול הראשוני פחות יקר מטיפולי המומחים (Blount et al., 2007). למעשה, הטיפול המבוקר מעודד, לעתים קרובות, את השימוש במודלים שמשמרים חולים בטיפול הראשוני ולא במסגרות של מומחים, לדוגמה במודל של "טיפול בריאות הנפש המסופקים על ידי רופאים ראשוניים" (Blount et al., 2006; Pincus et al., 2007).

עם זאת, ניתן היה להשיג שילוב רב יותר אילו ארגוני הטיפול המבוקר היו מציעים החזרים בעבור הכשרות לרופאים ראשוניים ואנשי צוות אחרים בבריאות הנפש (Collins et al., 2010). כאמור, לרפואה ראשונית ולבריאות הנפש יש קודים נפרדים, שאינם מאפשרים לגבות עבור שני שירותים נפרדים, למשל ביקור בגין בעיה פיזית וסינון בבריאות הנפש, שהתרחשו באותו יום (AHRQ, 2008; Mauch, 2011). מבנה תשלומים זה אינו נותן תמריץ לספקי בריאות ראשוניים לבצע סינון תוך כדי הביקור (Blount et al., 2007).

המודלים של "טיפול ראשוני ונפשי מאוחד", "טיפול ראשוני נפשי" ו"מערכת טיפול משולבת" נמצאים בקצה היותר משולב של הרצף, כאשר יש ביניהם מידה שונה של שילוב ושיתוף פעולה. ברבים מן המודלים הללו רכיב התיאום תלוי בתפקיד של מנהל הטיפול או מתאם הטיפול; אולם לעתים קרובות לא ניתן לבצע החזר בעבור הפעילות של אדם זה (Collins et al., 2008). סוגיות נוספות עולות לגבי מודלים אלה כאשר עובדים באמצעות טיפול מבוקר. רובן קשורות לאי-החזרי תשלומים בגין רכיבים מרכזיים אחרים במודל. במיוחד, לא ניתן לגבות תשלום בעבור שיתופי פעולה, תקשורת ושיתוף במידע, זמן צוות, מעקב אחר הפניות וקבלת ייעוץ ממומחה בבריאות הנפש (AHRQ, 2008).

לבסוף, יש לציין שעיקוב במתן אישורים עלול להוות מחסום למתן טיפול (Blount et al., 2007). לדוגמה, אנשים עם מחלות נפש עשויים לגלות התנגדות לרכיבי טיפול מסוימים, וחשוב מאוד להתחיל את הטיפול כאשר המטופל מוכן לכך (Blount et al., 2007). אבל, אם המבטח מעכב את האישור מעבר למסגרת זמן זו, הדבר עלול לפגוע בתוצאות הטיפול (Blount et al., 2007). בנוסף, מתן האישורים לתכניות טיפול נמצא בידיהם של ארגונים רחוקים, ולא בידי הצוות במקום. לבסוף, חלק מן המבטחים דוחים את המלצות

הרופאים, ומעדיפים לנסות טיפולים זולים יותר קודם (Blount et al., 2007; Frank et al., 2003).

מודלים של תיאום ושילוב: ראיות

מחקרים רבים העריכו את התועלת של טיפול משולב או משותף. להלן יובא תיאור קצר של התועלות של השילוב במגוון סוגי מסגרות טיפול, תוך מתן שימת לב מיוחדת לראיות בתחום של רפואת הנפש המשולבת בטיפול הראשוני.

ככלל, התועלות לשירות ולחולה העולות מן השילוב הן רבות ומתועדות היטב וכוללות שיפור הנגישות והפנייה לטיפול (Watts, Shiner, Pomerantz, Stender, & Weeks, 2002; Unützer et al., 2007; Bartels et al., 2004; Hedrick et al., 2003), שיפור בתוצאות הקליניות, היענות לתרופות וריסון עלויות (W. 2002; Unützer et al., 2002; Rollman et al., 2005; Katon et al., 2002). מחקרים מבוקרים אקראיים הראו שהשימוש במנהלי טיפול מביא תועלת קלינית בצמצום אשפוזים (Blount et al., 2007; Collins et al., 2008). מטה-אנליזות גם הן הגיעו למסקנה שמודלים אלו הם חסכוניים, ומביאים לחסכון של למעלה מ-40% בעלויות הטיפול בגין חולים ראשוניים שקיבלו שירותי בריאות הנפש (Blount et al., 2007).

רבים מן הניסויים המוקדמים של דגמי השילוב השתמשו ב Wagner Chronic Care Model (CCM) כבסיס. ככלל, המחקרים שדיווחו על המודלים המשולבים לטיפולם כרוניים הראו תוצאות חיוביות בחומרת התסמינים, בהיענות לטיפול ובהפוגה במחלה (רמיסיה), כאשר משווים לטיפול הרגיל (AHRQ, 2008). אחד המחקרים שהתבסס על מודל הטיפול הכרוני היה: The Robert Wood Johnson Foundation Initiative - Depression in Primary Care: Linking Clinical and System Strategies (Collins et al., 2010). מחקר זה התייחס לחסמים הכספיים והמבניים, ולא רק לתוצאות הטיפול לחולים. מחקר נוסף הראוי לציון בנושא CCM הוא ניסוי אקראי מבוקר מטעם John A Hart Foundation Initiative, שכותרתו: Improving Mood: Promoting Access to Collaborative Treatment (IMPACT). תוצאותיו של מחקר קליני גדול זה מעודדות: המטופלים דיווחו על שיעורים נמוכים יותר של תסמינים דכאוניים בעת המעקב, בהשוואה לאוכלוסיית הבסיס; ועל שיעורים גבוהים יותר של היענות לטיפול מאשר קבוצת הביקורת (Unützer et al., 2002).

מטה אנליזה שפורסמה ב-2012 (Cochrane 2012) ובדקה תוצאות קליניות ועלות-תועלת ב-76 אתרים מצביעה על האפקטיביות של הטיפול המשולב (Archer et al., 2012; Fortney, 2014). היא מצאה שבתחלואות של בריאות הנפש כגון דיכאון וחרדה, המודל המשולב משפר את תפקוד החולים ואת התוצאות הקליניות בהצלחה רבה יותר מאשר הטיפול המסורתי (Archer et al., 2012; Fortney, 2014). אולם, שיפורים אלו לא היו כה משמעותיים בתחלואות נפשיות אחרות ובהתמכרויות (Archer et al.,

Fortney, 2014; IMPACT) על טיפול מתואם לתחלואות חופפות (2012; Fortney, 2014). גם במחקר IMPACT על טיפול מתואם לתחלואות חופפות (כולל דיכאון) בזקנים נצפתה עלות-תועלת משמעותית וכן שביעות רצון מוגברת של המטופלים (Unützer et al., 2002). הנתונים ממחקר זה מצביעים על כך שיש חיסכון ניכר בהוצאות לטווח הארוך בהיקף החזר השקעה של 6:1 לכל דולר הוצאה (Unützer et al., 2002).

למרות הראיות התומכות ב"מודל הטיפול הכרוני", יש צורך במשאבים ובשינויים במערכת התשלומים כדי להפעיל אותו בהצלחה. אף על פי כן, ה-CCM נמצא כיום בחזית הרפורמות במערכת הבריאות בארה"ב לחולים בעלי מחלות כרוניות (Collins et al., 2009; Rittenhouse & Shortell, 2010). כיום זהו המודל המועדף להפעלה בחקיקת רפורמות במערכת הבריאות. בשוק הביטוח הפרטי וב-Medicaid הוא מופעל כמודל של Patient-Centered Medical home models. דרוס ועמיתיו (Druss et al 2001) מצאו במחקר אקראי מבוקר מ-2001 (Collins et al., 2010; Druss, Rohrbaugh, 2001), תוצאות חיוביות במודלים "טיפול ראשוני ונפשי מאוחד" ו"טיפול בריאות הנפש המסופקים על ידי רופאים ראשוניים". אלה כללו צמצום במספר ביקורים לחדר מיון, שיפור במצב הבריאות והתמדה בטיפול (Collins et al., 2001; Druss et al., 2010). עד היום, מודל "הטיפול הראשוני הנפשי" לא זכה להערכה מדוקדקת (Collins et al., 2010). יש לציין שבדרך כלל מודלים אלו מופעלים בהתנדבות, או במסגרת תכניות הדגמה של מרכזי מדיקייד ומדיקר, ולא בקנה מידה ארצי.

השלכות לגבי הרפורמה בישראל

על פי המחקר של סמואל ורוזן (2012), מטופלים הזקוקים לשירותי בריאות הנפש בישראל פונים על פי רוב לטיפול הראשוני. לאור מציאות זו, ולאור הרפורמות הצפויות בבריאות הנפש, קופות החולים בישראל פיתחו דרכים לתמיכה ברופאים הראשוניים המטפלים בחולי נפש (סמואל ורוזן 2012). להלן נסקור בקצרה את הפעולות של כל קופה כמתואר בדוח זה ונקביל אותן למודלים שהוצגו לעיל.

לאור המבנה של ייעוץ פסיכיאטרי פורמלי והפניה לטיפול פסיכיאטרי הנהוגים בשירותי בריאות כללית, המודל של קופ"ח כללית דומה למודל "טיפול בריאות הנפש המסופקים על ידי רופאים ראשוניים" וכן טיפוס כלשהו של מודל הטיפול המשותף. גם בקופ"ח לאומית יש ייעוץ פסיכיאטרי פורמלי והפניה לטיפול פסיכיאטרי (סמואל ורוזן 2012). נראה שהם מעוניינים בעיצוב רכיב של טיפול מבוקר/טיפול מתואם עם צוות סיעודי שיתמוך בהיענות החולים. על כן, לאומית מיישמת היבטים הן של "טיפול בריאות הנפש המסופקים על ידי רופאים ראשוניים" והן סוג של "טיפול משותף", וכן רכיבים עיקריים (ניהול טיפול) של "מודל הטיפול הכרוני" ומודלים משולבים אחרים.

במכבי יש תמיכה פורמלית לרופאים הראשוניים המתבטאת בשירותי ייעוץ מפסיכיאטרים ופסיכולוגים במרפאה, בדומה למודלים של טיפול משותף. מן הדוח עולה שמכבי מתכוונת לפתח מודלים של "טיפול כרוני" (CCM) כחלק ממערכת בריאות הנפש. הקמה של מרפאות רב-מקצועיות מניחה קיום של צוות רב-מקצועי, שעשוי לכלול רופאים ראשוניים, בדומה למודל "מיקום משותף הפוך". מאוחדת כאמור, מפתחת את הסוג המשולב ביותר של טיפול (סמואל ורוזן 2012). המבנה שלהם משקף את המודלים "טיפול ראשוני ונפשי מאוחד" ו"טיפול ראשוני נפשי", שבהם הטיפול הנפשי מסופק במסגרות של טיפולים ראשוניים, והמרפאות מוצגות כ"מרכזים לשירותים פסיכולוגיים-רפואיים" (סמואל ורוזן 2012). בנוסף, צוותי בריאות הנפש משולבים בצוות הבריאות הראשוני ונתפסים כשותפים, מחנכים ויועצים.

נראה שכל ארבע קופות החולים מתקדמות לעבר מודל של "טיפול בריאות הנפש המסופקים על ידי רופאים ראשוניים", שלפיו הרופא הראשוני יהיה גם ספק שירותי בריאות הנפש הראשוני, עם סיוע משירותי ייעוץ פסיכיאטריים (סמואל ורוזן 2012). דוח Milbank Fund מציין את המשאבים הדרושים לפיתוח כל מודל וכן את שיקול הדעת הנדרש לכל אחד מהם.

סיכום

מן הראיות עולה בבירור שהשילוב בין הטיפול הראשוני לבריאות הנפש הוא חיוני לרווחת החולים, לשיפור התוצאות הקליניות ולריסון עלויות. יחד עם זאת, יש עדיין שאלות חשובות לגבי ההפעלה של המודלים השונים, כגון אילו מודלים פועלים טוב יותר באיזו סביבה ואילו יכולים לפעול בהצלחה בסביבה של טיפול מבוקר. כפי שצוין, תפקידיו של רופא המשפחה הם מרובים ושונים, ויש להפנות שימת לב לגורמים הארגוניים והמבניים שמאפשרים לרופאים הראשוניים להישען על החוזקות של מקצועם, ויחד עם זאת להביא בחשבון את המסגרת הקלינית, את אילוצי הזמן, את כישוריהם ואת הכשרתם.

על המחברות

בת רוזנשיין נמצאת בשנתה השלישית ללימודי דוקטורט בהתמקדות על בריאות הנפש ב-Heller School for Social Policy and Management. היא בעלת תואר בוגר בפסיכולוגיה ומנהל עסקים מאוניברסיטת וושינגטון, תואר מוסמך בעבודה סוציאלית קלינית מבוסטון קולג' ותואר מוסמך במדיניות רווחה מביה"ס הלר באוניברסיטת ברנדייס. לפני שהגיע להלר, בת עבדה במשך תשע שנים כצוות בכיר במרכז לשיפור בריאות הקהילה שבבית החולים מסצ'וסטס. עבודתה כללה פיתוח שותפויות בין בית החולים, הקהילה ומנהיגים פוליטיים לשם עיצוב והפעלה של אסטרטגיות ותכניות סביבתיות ומערכתיות שנועדו להתמודד עם סוגיות של התמכרויות על פני הרצף, בתקופת מגפת האופיאטים במסצ'וסטס.

אן ולנטיין היא בעלת למעלה מעשר שנות ניסון במחקר בתחום בריאות הציבור. נושאי העניין שלה כוללים: שירותי בריאות הנפש ושירותים למען מתמכרים; פערים במתן בשירותי בריאות; מקבעים חברתיים והתנהגותיים של מצב הבריאות; כלכלה התנהגותית והשמנה. לאחרונה שימשה כמנהלת פרויקט ב- NIMH Center for Advanced Mental Health Disparities שבמרכז הרב-תרבותי למחקר בבריאות הנפש. היא בעלת תואר מוסמך בבריאות הציבור מאוניברסיטת צפון קרוליינה, צ'אפל היל.

דברי תודה

מאמר זה נתמך על ידי תרומה מפילנתרופיות אנדריאה וצ'רלס ברונפמן. המחברות מודות לד"ר ברוך רוזן ממכון ברוקדייל ולד"ר דומיניק הודג'קין מביה"ס הלר למדיניות חברתית בעבור ההדרכה והעזרה בהפקת מאמר זה.

Bibliography

- Abrams, M., Schor, E. L., & Schoenbaum, S. (2010). How physician practices could share personnel and resources to support medical homes. *Health Affairs*, 29(6), 1194-1199.
- Ader, J., Stille, C. J., Keller, D., Miller, B. F., Barr, M. S., & Perrin, J. M. (2015). The medical home and integrated behavioral health: advancing the policy agenda. *Pediatrics*, 135(5), 909-917.
- AHRQ, Butler, Mary, Kane, Robert, McAlpine, Donna, Kathol, Robert, Fu, Steven, Hagedorn, Hildi, Wilt, Timothy. (2008). Intergration of Mental Health/Substance Abuse and Primary Care *Evidence Reports AHRQ* (Vol. Evidence Reports/Technology Assessments, No 173).
- Archer, J., Bower, P., Gilbody, S., Lovell, K., Richards, D., Gask, L., . . . Coventry, P. (2012). Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database Syst Rev*, 10(10).
- Bartels, S. J., Coakley, E. H., Zubritsky, C., Ware, J. H., Miles, K. M., Areán, P. A., . . . Costantino, G. (2004). Improving access to geriatric mental health services: a randomized trial comparing treatment engagement with integrated versus enhanced referral care for depression, anxiety, and at-risk alcohol use. *American Journal of Psychiatry*.
- Blount, A., Schoenbaum, M., Kathol, R., Rollman, B. L., Thomas, M., O'Donohue, W., & Peek, C. (2007). The economics of behavioral health services in medical settings: A summary of the evidence. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(3), 290.
- Chen, H., Coakley, E. H., Cheal, K., Maxwell, J., Costantino, G., Krahn, D. D., . . . Zaman, S. (2006). Satisfaction with mental health services in older primary care patients. *The American journal of geriatric psychiatry*, 14(4), 371-379.
- Chiles, J. A., Lambert, M. J., & Hatch, A. L. (1999). The Impact of Psychological Interventions on Medical Cost Offset: A Meta-analytic Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(2), 204-220.
- Collins, Hewson, D., Munger, R., & Wade, T. (2010). *Evolving Models of Behavioral Health Integration in Primary Care* (New York: Milbank Memorial Fund, 2010). New York, NY: Milbank Memorial Fund.

- Cunningham, P. J. (2009). Beyond parity: primary care physicians' perspectives on access to mental health care. *Health Affairs*, 28(3), w490-w501.
- Druss, B. G., & Mauer, B. J. (2010). Health care reform and care at the behavioral health—primary care interface. *Psychiatric Services*, 61(11), 1087-1092.
- Druss, B. G., Rohrbaugh, R. M., Levinson, C. M., & Rosenheck, R. A. (2001). Integrated medical care for patients with serious psychiatric illness: a randomized trial. *Archives of General Psychiatry*, 58(9), 861-868.
- FFMPLC, F. o. F. M. P. L. C., & Kahn, N. B. K., Jr, MD. (2004). The future of family medicine: a collaborative project of the family medicine community. *The Annals of Family Medicine*, 2(suppl 1), S3-S32.
- Fortney, J., Sladek, R, Unutzer, J. . (2014). Fixing Mental Health Care in America: A National Call for Integertaing and Coordinating Specialty Behavioral Health Care into the Medical System. In T. K. Forum (Ed.), *An Issue Brief Released by the Kennedy Forum: The Kennedy Forum and Advancing Integrated Mental Health Solutions Center*.
- Frank, R. G., & Glied, S. A. (2006). *Better but not well: Mental health policy in the United States since 1950*: JHU Press.
- Frank, R. G., Huskamp, H. A., & Pincus, H. A. (2003). Aligning incentives in the treatment of depression in primary care with evidence-based practice. *Psychiatric Services*, 54(5), 682-687.
- Fraser, J. S. (1996). All that glitters is not always gold: Medical offset effects and managed behavioral health care. *Professional Psychology: Research and Practice*, 27(4), 335.
- Harvey, I., Nelson, S. J., Lyons, R. A., Unwin, C., Monaghan, S., & Peters, T. J. (1998). A randomized controlled trial and economic evaluation of counselling in primary care. *British Journal of General Practice*, 48(428), 1043-1048.
- Hedrick, S. C., Chaney, E. F., Felker, B., Liu, C. F., Hasenberg, N., Heagerty, P., . . . Paden, G. (2003). Effectiveness of collaborative care depression treatment in Veterans' Affairs primary care. *Journal of general internal medicine*, 18(1), 9-16.
- Hodges, B., Inch, C., & Silver, I. (2001). Improving the psychiatric knowledge, skills, and attitudes of primary care physicians, 1950-2000: a review. *American Journal of Psychiatry*, 158(10), 1579-1586.

- Hogan, M. F. (2003). New Freedom Commission report: the President's New Freedom Commission: recommendations to transform mental health care in America. *Psychiatric Services*, 54(11), 1467-1474.
- Hunter, C. L., Goodie, J. L., Oordt, M. S., & Dobmeyer, A. C. (2009). *Integrated behavioral health in primary care: Step-by-step guidance for assessment and intervention*: American Psychological Association.
- Hyde, P. S. (2014). State mental health policy: A unique approach to designing a comprehensive behavioral health system in New Mexico. *Psychiatric Services*.
- Jacobson, N. (2004). *In recovery: The making of mental health policy*: VU University Press.
- Karlin, B., & Fuller, J. (2007). Geriatric mental health service use and treatment outcomes: Implications for primary care practice. *Geriatrics*, 62, 26-35.
- Katon, W., & Gonzales, J. (1994). A review of randomized trials of psychiatric consultation-liaison studies in primary care. *Psychosomatics*, 35(3), 268-278.
- Katon, W., Russo, J., Von Korff, M., Lin, E., Simon, G., Bush, T., . . . Walker, E. (2002). Long-term Effects of a Collaborative Care Intervention in Persistently Depressed Primary Care Patients. *Journal of general internal medicine*, 17(10), 741-748.
- Katon, W. J., Roy-Byrne, P., Russo, J., & Cowley, D. (2002). Cost-effectiveness and cost offset of a collaborative care intervention for primary care patients with panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 59(12), 1098-1104.
- Kessler, R., Ciu, W., Deler, O., & Walters, E. (2005). Prevalence, Severity, and Comorbidity of Twelve-month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617-627.
- Klein, S., & Hostetter, M. (2014). In Focus: Integrating Behavioral Health and Primary Care [Press release]. Retrieved from <http://www.commonwealthfund.org/publications/newsletters/quality-matters/2014/august-september/in-focus>
- Kolko, D. J., Campo, J., Kilbourne, A. M., Hart, J., Sakolsky, D., & Wisniewski, S. (2014). Collaborative care outcomes for pediatric behavioral health problems: a cluster randomized trial. *Pediatrics*, peds. 2013-2516.

- Kuehn, B. M. (2011). Pediatrician-psychiatrist partnerships expand access to mental health care. *Jama*, 306(14), 1531-1533.
- Liu, C.-F., Hedrick, S. C., Chaney, E. F., Heagerty, P., Felker, B., Hasenberg, N., . . . Katon, W. (2003). Cost-effectiveness of collaborative care for depression in a primary care veteran population. *Psychiatric Services*.
- Mauch, D. (2011). *Reimbursement of mental health services in primary care settings*: DIANE Publishing.
- Mitchell, A. J., & Selmes, T. (2007). Why don't patients attend their appointments? Maintaining engagement with psychiatric services. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13(6), 423-434.
- National Quality Forum, N. (2010). Preferred practices and performance measures for measuring and reporting care coordination: a consensus report. *Preferred practices and performance measures for measuring and reporting care coordination: a consensus report*. National Quality Forum, NQF.
- Nirel, N., & Samuel, H. (2014). Work practices and the provision of mental-health care on the verge of reform: a national survey of Israeli psychiatrists and psychologists. *Isr J Health Policy Res*, 3(1), 25.
- Odom, C. H., & Milbank, S. L. (2010). Evolving Models of Behavioral Health Integration in Primary Care By Chris Collins, Denise Levis Hewson, Richard Munger, and Torlen Wade May 2010.
- Patterson, E. S., Roth, E. M., Woods, D. D., Chow, R., & Gomes, J. O. (2004). Handoff strategies in settings with high consequences for failure: lessons for health care operations. *International Journal for Quality in Health Care*, 16(2), 125-132.
- Pignone, M. P., Gaynes, B. N., Rushton, J. L., Burchell, C. M., Orleans, C. T., Mulrow, C. D., & Lohr, K. N. (2002). Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Annals of internal medicine*, 136(10), 765-776.
- Pincus, H. A., Pechura, C., Keyser, D., Bachman, J., & Houtsinger, J. K. (2006). Depression in primary care: learning lessons in a national quality improvement program. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 33(1), 2-15.
- Regier, D. A., Narrow, W. E., Rae, D. S., Manderscheid, R. W., Locke, B. Z., & Goodwin, F. K. (1993). The de facto US mental and addictive disorders service system: Epidemiologic Catchment Area prospective 1-year

- prevalence rates of disorders and services. *Archives of General Psychiatry*, 50(2), 85-94.
- Rittenhouse, D. R., & Shortell, S. M. (2009). The patient-centered medical home: will it stand the test of health reform? *Jama*, 301(19), 2038-2040.
- Rollman, B. L., Belnap, B. H., Mazumdar, S., Houck, P. R., Zhu, F., Gardner, W., . . . Shear, M. K. (2005). A randomized trial to improve the quality of treatment for panic and generalized anxiety disorders in primary care. *Archives of General Psychiatry*, 62(12), 1332-1341.
- Samuel, H., & Rosen, B. (2012). How are the Health Plans Mobilizing to Provide Mental-Health Services? Jerusalem Israel: Myers-JDC-Brookdale Institute.
- Solberg, L. I., Trangle, M. A., & Wineman, A. P. (2005). Follow-up and follow-through of depressed patients in primary care: the critical missing components of quality care. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 18(6), 520-527.
- Speer, D. C., & Schneider, M. G. (2003). Mental health needs of older adults and primary care: Opportunity for interdisciplinary geriatric team practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(1), 85-101.
- Unützer, J., Katon, W., Callahan, C. M., Williams Jr, J. W., Hunkeler, E., Harpole, L., . . . Lin, E. H. (2002). Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *Jama*, 288(22), 2836-2845.
- Unützer, J., Schoenbaum, M., Druss, B. G., & Katon, W. J. (2014). Transforming mental health care at the interface with general medicine: report for the presidents commission. *Psychiatric Services*.
- Wang, P. S., Lane, M., Olfson, M., Pincus, H. A., Wells, K. B., & Kessler, R. C. (2005). Twelve-month use of mental health services in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 629-640.
- Watts, B. V., Shiner, B., Pomerantz, A., Stender, P., & Weeks, W. B. (2007). Outcomes of a quality improvement project integrating mental health into primary care. *Quality and Safety in Health Care*, 16(5), 378-381.
- Willging, C. E., Lamphere, L., & Rylko-Bauer, B. (2015). The Transformation of Behavioral Healthcare in New Mexico. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 42(3), 343-355.
- Woltmann, E., Grogan-Kaylor, A., Perron, B., Georges, H., Kilbourne, A. M., & Bauer, M. S. (2012). Comparative effectiveness of collaborative chronic

care models for mental health conditions across primary, specialty, and behavioral health care settings: systematic review and meta-analysis. *Perspectives*, 169(8).

World Health Organization, W., World Organization of National Colleges Academies, & Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, A. F. (2008). *Integrating mental health into primary care: a global perspective* (G. a. I. Funk, M Ed.): World Health Organization.

Zeiss, A. M., & Karlin, B. E. (2008). Integrating mental health and primary care services in the Department of Veterans Affairs health care system. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 15(1), 73-78.