

תגובות לסקירת ספרות בנושא בריאות הנפש והרפואה ראשונית

תגובתה של חוה טבנקין



פרופ' (אמריטה), אוניברסיטת בן גוריון בנגב
סגנית יו"ר המועצה המדעית - ההסתדרות הרפואית בישראל

תמיד טיפלו רופאי משפחה בחולי נפש. עם זאת אינני סבורה כי תפקיד הרופא הראשוני/רופא המשפחה הוא להיות המטפל העיקרי או מנהל הטיפול של חולי נפש כרוניים קשים, בהם צריך לטפל צוות בריאות הנפש או להחליף את הפסיכיאטרים.

במאמר מתוארים מודלים שונים רובם מודלים שנוסו במחקרים אך ברגע שצריך היה להשתמש בהם ביום יום לא היו מספיק משאבים. לדעתי כל מודל המעמיד את חולה בריאות הנפש במרכז הוא מודל טוב שיגרום לטיפול טוב יותר, היענות טובה יותר לטיפול וימנע אשפוזים. בתגובתי אתייחס ל-3 המודלים העיקריים המתוארים במאמר: מתואם, משותף ומשולב – כל אחד מהם הוא טוב ויש מקום להשתמש בכל המודלים בהתאם לאפשרויות ולמיקום ובתנאי שיהיה שיתוף פעולה בין צוות בריאות הנפש וצוות המרפאה הראשונית.

באשר למצב בישראל ולרפורמה והקשר למודלים אלה: ברצוני להדגיש כי הרפורמה בישראל היא בבריאות הנפש ולא ברפואת המשפחה ומטרתה העיקרית להעביר את הטיפול בחולי הנפש שהיה באחריות משרד הבריאות לאחריות הקופות. לשם כך על הקופות להכין תשתית של מרפאות לבריאות הנפש עם צוותים של פסיכיאטרים/פסיכולוגים/עובדים סוציאליים ולשבץ צוותים אלה או במרפאות הראשוניות ליד רופאי המשפחה או במרפאות המקצועיות של הקופות. לדעתי פסיכיאטריה צריכה להיות עוד ייעוץ מקצועי לרופא המשפחה כמו הקרדיולוגיה והנוירולוגיה למשל ובכך תוסר הסטיגמה. רופאי משפחה טיפלו תמיד בחולי הנפש בין אם אבחון וטיפול בפסיכיאטריה הרכה ובעיקר חולי דיכאון/חרדה/פניקה ובין אם מעקב יחד עם הפסיכיאטרים בחולי הסיכזופרניה והמחלה הביפולרית וחולי האובססיה הקשים שהיו בעיקר בטיפול הפסיכיאטרים, תוך עזרה במעקב ע"י רופאי משפחה (כולל לצורך מעקב בדיקות דם בשל התרופות הפסיכיאטריות השונות). השוני כיום הוא שהעבודה צריכה להיות מול צוות פסיכיאטרי בקופה ולא במשרד הבריאות אך רופאי המשפחה אינם צריכים בשום אופן להחליף את הפסיכיאטרים. יש אזורים בישראל כמו מחוז הצפון של שירותי בריאות כללית בו הקופה מפעילה מזה שנים את השירותים הפסיכיאטרים וניתן למצוא את כל המודלים.

1. מודל התיאום בו חולי בריאות הנפש מופנים למרפאת חוץ גדולה במסגרת מרכז רפואי העמק או מרפאות בריאות הנפש המפוזרות ברחבי המחוז. לחלק מרופאי המשפחה היה קשר עם הפסיכיאטרים, לעיתים ביוזמת רופאי המשפחה ובמקרים מסויימים גם ביוזמת הפסיכיאטרים שהקפידו על מכתבי סיכום ברורים ומפורטים.

2. מודל השילוב בו שובצו פסיכיאטרים במרפאות הראשוניות
 3. מודל השיתוף התקיים בעיקר במרפאות הוראה עוד בשנות ה-80 בו הוצגו חולים על ידי רופאי המשפחה לפסיכיאטר בכיר שנתן לרופאי המשפחה ייעוץ כיצד לטפל באותם חולים ואת מי להפנות ישירות לבריאות הנפש.
כאמור, לדעתי יש מקום לכל המודלים כאשר צריך לשמור על תנאים בסיסיים אלה:
 1. זמינות ונגישות לייעוץ פסיכיאטרי וזמן המתנה סביר. אין לקבל מצב בו אין מספיק פסיכיאטרים, וזמן ההמתנה ממושך משום שאז העניים יופנו לרופאי המשפחה שבישראל הנגישות והזמינות שלהם היא בלתי מוגבלת והעשירים יפנו לייעוץ פסיכיאטרי פרטי או דרך הביטוח המושלם.
 2. בישראל פועל חוק ביטוח בריאות ממלכתי ואסור לדעתי בשום אופן להגביל את מספר הפניות לשנה לפסיכיאטרים כפי שהוצע באחד מהתיקונים לחוק.
 3. צריכה להיות נגישות וזמינות לטיפולים של פסיכולוגים או של עובדים סוציאליים. ניתן להגביל מספר טיפולים לשנה כמו שקיים בפיזיותרפיה.
 4. שיתוף פעולה דו צדדי בין הפסיכיאטרים לרופאי המשפחה בכל מודל והעברת מידע חיוני לגבי הטיפול למעט מקרים בהם החולה מסרב.
 5. לפני הרפורמה יכלו מטופלים לפנות ישירות לייעוץ פסיכיאטרי שלא דרך רופא המשפחה - צריך להשאיר אפשרות זו.
 6. לאפשר בחירה מסויימת בין מחלקות אשפוז ובתי חולים פסיכיאטרים.
 7. אינני סבורה שרופאי המשפחה צריכים לטפל בחולי הנפש במקום הפסיכיאטרים כמו שאיננו קרדיולוגים אך אין ספק שחלק מהמעקב יעשה על ידי רופאי המשפחה בעיקר בחולים המאוזנים ו"הקלים" יותר.
- בהתייחס לקשר בין מחלות הגוף והנפש של חולי הנפש - אינני מקבלת את הטענה שהטיפול במחלות הגופניות של חולי הנפש (סיכון קרדיווסקולרי גבוה בקרב סכיזופרנים, דיכאון לאחר אוטם וכד) הוא על חשבון הטיפול במחלת הנפש. לדעתי הן רופאי המשפחה והן הפסיכיאטרים צריכים לטפל בחולה בכללותו כל אחד מזווית אחרת ושיתוף פעולה הדוק ביניהם יגרום לטיפול יעיל ואופטימלי.

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 מאיר - ג'וינט - ברוקדייל.