

מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל
MYERS-JDC-BROOKDALE
مایرس - جوینت - بروکدیل



מרכז סמוקלר לחקר מדיניות הבריאות

מעורבותם של רופאים ראשוניים בתחום בריאות הנפש לאחר החלת הרפורמה בבריאות הנפש

יעל אשכנזי ■ יואב לפי ■ רינה מעוז-ברויאר ■ חוה טבנקין

המחקר נערך בסיוע המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות

מעורבותם של רופאים ראשוניים בתחום בריאות הנפש לאחר החלת הרפורמה בבריאות הנפש

יעל אשכנזי יואב לפף רינה מעוז-ברויאר חוה טבנקין

המחקר נערך בסיוע המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות

נובמבר 2018

ירושלים

כסלו תשע"ט

עריכת לשון : רונית בן-נון
תרגום לאנגלית (תקציר ותמצית מנהלים) : אוולין איבל
עיצוב גרפי : ענת פרקו-טולדנו

מכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל
מרכז סמוקלר לחקר מדיניות הבריאות
ת"ד 3886
ירושלים 9103702

טלפון : 02-6557400
פקס : 02-5612391

כתובת האינטרנט : brookdale.jdc.org.il

עוד פרסומים של המכון בנושא

אלרועי, א; סמואל, ה; אלמקייס, ע. רוזן, ב. 2017. שירותי בריאות הנפש בישראל: צורך, דפוס שימוש וחסמים – סקר באוכלוסיית המבוגרים הכללית. דמ-749-17

סמואל, ה; ניראל נ. 2013. לקראת הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש: דפוס עבודה ומתן טיפול ועמדות כלפי הרפורמה בקרב פסיכולוגים, פסיכיאטרים ועובדים סוציאליים. דמ-639-13

סמואל, ה; רוזן, ב. 2013. כיצד נערכות קופות החולים להספקת שירותי בריאות הנפש? דמ-636-13

גרוס, ר. ברמלי-גרינברג, ש. רוזן, ב. ניראל, נ. וייצברג, ר. 2009. מצוקה נפשית ודפוס קבלת טיפול לפני העברת האחראיות לבריאות הנפש לקופות החולים: נקודת המבט של צרכני השירותים. דמ-538-09

את הפרסומים אפשר להוריד ללא תשלום מאתר המכון: brookdale.jdc.org.il

תקציר

רקע

ביולי 2015 נכנסה לתוקף הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש, במסגרתה עברה האחריות להספקת שירותי בריאות הנפש ממשדד הבריאות לקופות החולים. בכך הוכנסו שירותי בריאות הגוף ובריאות הנפש תחת גג אחד, ואוחדו שתי מערכות שירותים שפעלו עד לאותה עת בנפרד מבחינת מימון, מקום הספקת השירות והגורם המספק את השירות. במסגרת הרפורמה פיתחו הקופות שירותים חדשים או הרחיבו שירותים קיימים שנועדו לטפל בבעיות של בריאות הנפש.

רופאים ראשוניים הם לרוב אנשי המקצוע הראשוניים במערכת הבריאות הפוגשים את המטופלים, מזהים בעיות, מאבחנים אותן ומטפלים בהן או מפנים לקבלת טיפול אצל מומחה. דבר זה נכון גם בנוגע לבעיות מתחום בריאות הנפש. המפגש עם הרופא הראשוני הוא פעמים רבות ההזדמנות היחידה עבור חלק מהמטופלים שלהם מצוקות ובעיות נפשיות לאתר את הבעיה ולהתחיל בתהליך טיפול. כבר לפני הרפורמה היה לרופאים ראשוניים תפקיד חשוב באיתור ובטיפול בבעיות בתחום בריאות הנפש, אך לפני מחקר זה לא נעשתה בישראל בדיקה מעמיקה של ההיבטים השונים של רכיב זה בתפקידם ושל דרכי ההתמודדות שלהם בתחום זה.

מטרת המחקר

מטרת המחקר הייתה לבחון את מעורבותם של רופאים ראשוניים – רופאי משפחה ורופאי ילדים – בתחום בריאות הנפש ואת הממשק שלהם עם הגורמים המטפלים בבריאות הנפש.

שיטת המחקר

המחקר נערך בשיטה איכותנית באמצעות ראיונות עומק חצי מובנים. בלב המחקר עמדו ראיונות עם 27 רופאי משפחה ו-12 רופאי ילדים. נערכו גם 10 ראיונות מקדימים עם מנהלים מתחום בריאות הנפש ורפואת משפחה בקופות, ו-5 ראיונות עם פסיכיאטרים. כל הראיונות בוצעו בין החודשים יוני 2016 למאי 2017.

ממצאים

רופאי משפחה מעורבים במתן טיפול נפשי יותר מאשר רופאי ילדים. רופאי המשפחה מבחינים בין תפקידם במקרים של מטופלים עם בעיות מתחום הפסיכיאטריה ה"רכה" (בעיות שכחות כמו דיכאון וחרדה), בהם הם בעיקר מטפלים בעצמם, לבין תפקידם בטיפול בחולים עם מחלות נפש קשות שעיקר התחלואה הנפשית שלהם מטופלת אצל פסיכיאטרים. עלו קשיים שונים לגבי הקשר עם מערכת הטיפול בבריאות הנפש, כמו העברת מידע לא מספקת, תחושה של חוסר שיתוף בטיפול, ותחושה שאין עם מי להתייעץ, זאת למרות מנגנוני ייעוץ שהקימו הקופות. ניכר מהראיונות שהרופאים מעוניינים בקשר קרוב ובלתי אמצעי עם אנשי מקצוע מתחום בריאות הנפש לצורך התייעצות ותמיכה מקצועית.

רופאי הילדים נותנים מעט מאוד טיפול בתחום זה בעצמם. אינם מקבלים הכשרה בתחום בריאות הנפש ורובם אינם מרגישים בטוחים בעצמם בתחום זה. עם זאת, הם מתערבים ומטפלים באותן בעיות שבהן הם יכולים לעזור באמצעות הדרכת הורים. מהרציונות עולה שלרופאי הילדים לרוב אין קשר עם מערכות נוספות המעניקות מענים לילדים (כמו חינוך ורווחה).

מסקנות

אחת ממטרות הרפורמה הייתה לשבור את המחיצה בין רפואת הגוף לרפואת הנפש. ברמה התפיסתית, רופאים ראשוניים רואים קשר בין השתיים ומאמינים שלרבות מהתלונות הגופניות בסיס נפשי, ושיש להתייחס להיבטים הנפשיים בטיפול. אבל בהיבט המערכתי של מבנה השירותים, עדיין יש נתק גדול בין הרפואה הראשונית לאנשי מקצוע בבריאות נפש, שבא לידי ביטוי במיעוט העברת מידע, במיעוט (או בחוסר היכרות עם) אפשרויות להתייעצות הדדית, בחוסר היכרות הדדית, ובאופן כללי בשיתוף פעולה מוגבל בין התחומים.

על משרד הבריאות וקופות החולים לנקוט צעדים לשיפור הקשר והממשקים בין הרפואה הראשונית לשירותי בריאות הנפש. נוסף להתייחסות להיבטים הטכניים (למשל, איך להעביר מידע), ראוי להשקיע מחשבה בשאלות כמו מהם המודלים הרצויים לשיתוף פעולה ואיך כל תחום יכול לעזור למשנהו לטובת הטיפול.

תמצית מנהלים

רקע

ביולי 2015 נכנסה לתוקף הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש, ובמסגרתה עברה האחריות להספקת שירותי בריאות הנפש ממשרד הבריאות לקופות החולים. במסגרת הרפורמה פיתחו הקופות שירותים חדשים והרחיבו שירותים קיימים שנועדו לטפל בבעיות של בריאות הנפש.

רופאים ראשוניים הם לרוב אנשי המקצוע הראשוניים במערכת הבריאות הפוגשים את המטופלים, מזהים בעיות, מאבחנים אותן ומטפלים בהן או מפנים לקבלת טיפול אצל מומחה. דבר זה נכון הן לבעיות גופניות והן לבעיות מתחום בריאות הנפש. אנשים רבים החווים מצוקה או בעיות נפשיות אינם פונים לשירותי בריאות הנפש אבל מגיעים מסיבות שונות לרופא הראשוני, כך שהמפגש איתו הוא פעמים רבות ההזדמנות היחידה עבורם לאתר את הבעיה ולהתחיל בתהליך טיפול (Mansbach-Kleinfeld, Palti, Ifrah, Levinson, & Farbstein, 2011). כבר לפני הרפורמה היה לרופאים ראשוניים תפקיד חשוב באיתור ובטיפול בבעיות בתחום בריאות הנפש, אך לפני מחקר זה לא נעשתה בישראל בדיקה מעמיקה של מעורבות הרופא הראשוני בטיפול בבעיות נפשיות.

מטרת המחקר

מטרת המחקר הייתה לבחון את עבודתם של רופאים ראשוניים – רופאי משפחה ורופאי ילדים – בתחום בריאות הנפש, בעיקר בהיבטים האלה: כיצד הם תופסים את תפקידם ונוהגים בפועל בהקשר זה, מה טיב הממשק שלהם עם הגורמים המטפלים בבריאות הנפש, מהי השפעת הרפורמה על עבודה זו, מהם המודלים הקיימים והרצויים למתן טיפול נפשי ברפואה הראשונית, ובאילו קשיים הרופאים נתקלים.

שיטת המחקר

המחקר נערך בשיטה איכותנית באמצעות ראיונות עומק חצי מובנים. בלב המחקר עמדו ראיונות עם 27 רופאי משפחה ו-12 רופאי ילדים. נערכו גם 10 ראיונות מקדימים עם מנהלים מתחום בריאות הנפש ורפואת משפחה בקופות, ו-5 ראיונות עם פסיכיאטרים. כל הראיונות בוצעו בין החודשים יוני 2016 למאי 2017.

תמצאים

רופאי משפחה

- **תפקיד הרופא:** כל המרואיינים ראו בתחום בריאות הנפש חלק בלתי נפרד מעבודתם. הם הבחינו בין מטופלים עם בעיות מתחום הפסיכיאטריה ה"רכה" (מצבים נפוצים בקהילה כמו חרדה ודיכאון) למטופלים שיש להם מחלות נפש קשות (כמו סכיזופרניה). לגבי הפסיכיאטריה הרכה, כולם העידו שהם נוטים לאבחן ולטפל בעצמם; הם מתחילים בטיפול תרופתי, ולעיתים גם בשיחות טיפוליות, ורק אם לא חל שיפור, מפנים את המטופל לגורמים מקצועיים בתחום בריאות הנפש. בהקשר של האבחון,

הרופאים צריכים להתמודד עם נטייה של מטופלים לסומטיזציה, כלומר הצגת תלונות בנושאים גופניים כשהבסיס להן הוא נפשי. תפקיד הרופא במקרים כאלה הוא לברר האם בבסיס התלונה מצוי קושי נפשי ולסייע בחשיפתו. בין הגורמים המסייעים לו בכך הוזכרו היכרות מתמשכת עם המטופל, ולפעמים גם עם משפחתו, והעדר הסטיגמה בטיפול אצל רופא המשפחה.

במקרים של **מחלות נפש קשות**, כל הרופאים העידו שהם מעבירים את האחריות העיקרית לאבחון ולטיפול בהיבטים הנפשיים של חולים אלה לפסיכיאטרים. עם זאת, רובם הדגישו כי הם רואים עצמם אחראים למתן התרופות שהפסיכיאטר רשם ולמעקב השוטף: מעקב אחר נטילת התרופות, בדיקות שוטפות הנוגעות לתופעות לוואי אפשריות של התרופות, וכמובן גם מעקב אחר מצבם הגופני של החולים. מהראיונות עלה שחלק מהרופאים חווים קושי ומרגישים לא בנוח לשוחח עם חולים במחלות נפש קשות או אף לטפל בהם. חלק מהרופאים הביעו רתיעה מהקשר עם חולים אלה, בעיקר בשל קושי בתקשורת איתם.

■ **קשר עם שירותי בריאות הנפש:** הרופאים מפנים חלק מהמטופלים למטפלים שונים מתחום בריאות הנפש, בעיקר לפסיכיאטרים ולפסיכולוגים, במסגרות טיפול שונות:

○ טיב הקשר עם אנשי המקצוע: רופאים קבלו על העדר היכרות אישית עם פסיכיאטרים ופסיכולוגים ועל קושי בקיום קשר ודיאלוג עימם. העדר ההיכרות בלט במיוחד לגבי הפסיכולוגים.

○ זמינות תורים: נמצאה שונות רבה בהערכת זמינות התורים לפסיכיאטרים – בין שבוע-שבועיים לכמה חודשים. זמינות התורים לפסיכולוגים במסגרות שאינן בתשלום בקופות היא נמוכה, ורופאים מפנים לפסיכולוגים העצמאיים שעובדים בהסדר עם הקופות, אך חלקם דיברו על חוסר הנוחות שלהם להפנות לשירות שניתן בתשלום במסגרת הקופה.

○ העברת מידע: נמצאה שונות גדולה בהערכת טיב המידע המתקבל ממערכות הטיפול בבריאות הנפש. אשר לפסיכיאטרים, חלק מרופאי המשפחה תיארו שינוי לטובה בתחום זה מאז החלת הרפורמה, אחרים תיארו מידע לא מספק העובר בתיק הרפואי הממוחשב, וחלק אמרו שהם מקבלים מידע רק אם המטופל מגיע למרפאתם עם מכתב. נמצאה שונות גדולה בתיאור טיב המידע במכתבי הפסיכיאטרים; היו רופאים שצינו שהם מקבלים מידע לקוני מאוד, לעיתים רק התוויית תרופות ואבחנה, ולעיתים אף ללא ציון אבחנה, בעוד אחרים ציינו כי הם מקבלים מידע מפורט יותר. גם לגבי מטופלים שביקרו בחדרי מיון או אושפזו, עלה שלא תמיד יש העברת מידע סדירה. אין העברת מידע סדירה מפסיכולוגים.

■ **קשר עם עובדים סוציאליים:** רבים מהרופאים ציינו כי הם נמצאים לעיתים בקשר עם עובדים סוציאליים (לאו דווקא קליניים) של הקופה, היושבים בתוך המרפאות הראשוניות. הם מתייעצים עימם ונעזרים בהם בטיפול. מהראיונות עולה שביעות רצון גבוהה מהמודל הזה של גורם טיפולי זמין ומוכר שניתן להיעזר בו. עם זאת, מודל עבודה זה אינו זמין בכל המרפאות.

■ **אפשרות להתייעץ עם פסיכיאטרים:** לאחר החלת הרפורמה הקימו הקופות מנגנונים של ייעוץ מקצועי בנושא בריאות הנפש שנועדו לסייע לרופאים הראשוניים. מנגנונים אלו כוללים ייעוץ וירטואלי

וטלפוני שניתן לרופאים הראשוניים לגבי מטופלים, על ידי פסיכיאטרים שעומדים לרשותם. חלק מהמרואיינים ציינו ששיטה זו אינה מתאימה להם ואינה עונה על צורכיהם. חסרה להם ההיכרות האישית והם מרגישים מאוד לא בנוח עם הרעיון של התייעצות עם אדם לא מוכר.

- **השפעות הרפורמה:** מהראיונות עולה תמונה מורכבת ולא אחידה באשר להשפעות הרפורמה על עבודת רופאי המשפחה: חלק מהרופאים ציינו בעיקר שינויים לטובה, ואחרים ציינו שינויים לרעה. יש שציינו כי לא חוו כל שינוי משמעותי בעבודתם מאז החלה הרפורמה. נראה שהדבר תלוי, בין השאר, בשינויים מקומיים בהיצע השירותים. השינויים העיקריים לטובה שצוינו היו פתיחת מרפאות חדשות ושיפור הנגישות, ושיפור בהעברת מידע ממערכת בריאות הנפש. שינוי לרעה שצוין היה ביטול האפשרות לפנות לשירותים שהיו נגישים בעבר, כמו תחנות בריאות הנפש של משרד הבריאות במקומות מסוימים.
- **מודלים לעבודה משותפת בין הרפואה הראשונית ובין שירותי בריאות הנפש:** המשותף לכל המודלים שהוצעו היה שדובר בהם על יצירת קשר קרוב יותר ובלתי אמצעי עם אנשי מקצוע מתחום בריאות הנפש: שילוב קבוע של אנשי המקצוע במרפאות הראשוניות, ביקורים תקופתיים של פסיכיאטרים במרפאות ראשוניות וסינוף כמה מרפאות למרפאת בריאות הנפש כבסיס לקשר מתמשך.

רופאי ילדים

- **תפקיד הרופא:** כל רופאי הילדים דיברו על כך שיש להם תפקיד בזיהוי בעיות ובאבחון. במקרים רבים הורים הם אלו שמעלים את הבעיה בפני הרופא. בנוגע לטיפול, עולה שרופאי הילדים מטפלים בעיקר בבעיות התנהגותיות ואחרות שאיתן אפשר להתמודד בעיקר על ידי הדרכת הורים. במקרים מורכבים יותר הרופאים מפנים לאנשי מקצוע. הם אינם מתחילים טיפולים תרופתיים, מאחר שלא הוכשרו לכך והם מרגישים שאין להם את הידע הדרוש כדי לעשות זאת. חלקם הצרו על כך שבמקרים המורכבים תפקידם הוא בעיקר חידוש מרשמים, והם היו רוצים להיות מעורבים יותר.
- **קשר עם מערכת עוטפת:** למרות שההורים הם המטפלים העיקריים בילד, חייו מתנהלים גם במעגלים נוספים: משפחה מורחבת, מערכת החינוך, הקהילה ולפעמים מערכות נוספות כמו מערכת הרווחה. במערכות אלה גורמים שונים שאמורים לתת מענה לצרכיו של הילד וחשוב שלרופאי הילדים יהיה עימם קשר ותיאום. מהראיונות עלה שכמעט ואין קשר כזה.
- **קשר עם שירותי בריאות הנפש:** רופאי הילדים מפנים ילדים למגוון גורמים, ובהם פסיכיאטרים, פסיכולוגים, נויורולוגים, מכונים להתפתחות הילד. בהקשר זה עלו בעיות בכמה היבטים:
 - טיב הקשר: מרבית המרואיינים אמרו שאין להם קשר ישיר עם הגורמים המטפלים, ואם יש קשר כזה, הוא לרוב חד-כיווני (כלומר, רופאי הילדים מתקשרים לגורם הטיפול ולא להפך). מצב זה נתפס כבעייתי וכמקשה על הטיפול, והרופאים רוצים להיות מעודכנים בנוגע למטופליהם כדבר שבשגרה.
 - זמינות תורים: המרואיינים דיברו על נגישות וזמינות נמוכות לתורים לשירותי בריאות נפש, במיוחד באזורים שבהם אין בנמצא שירותים במרחק סביר. במקומות כאלה קשה לרופאים להציע מענה לצורכי מטופליהם.

○ העברת מידע: יש אי-בהירות בקרב הרופאים בנוגע לאיזה מידע בדיוק עובר אליהם ממטפלים בתחום בריאות הנפש. התחושה שלהם הייתה שרוב המידע במערכת הממוחשבת חסום בפניהם, וכאשר יש העברת מידע היא נעשית לרוב באמצעות ההורים.

- **אפשרות להתייעץ עם פסיכיאטרים:** רוב המרואיינים אינם משתמשים בשירותי הייעוץ שהקופות מעמידות לרשותם, בין בגלל שהם אינם מכירים את השירות ובין בגלל שהם מעדיפים להתייעץ בנושאים רגישים אלו עם אנשים המוכרים להם אישית.
- **השפעת הרפורמה:** רוב רופאי הילדים אמרו שלא חשו בשינוי משמעותי בעבודתם בעקבות הרפורמה.

מסקנות

מהראיונות עולה שיש הבדל בין המעורבות של רופאי משפחה והמעורבות של רופאי ילדים בבעיות מתחום בריאות הנפש. רופאי המשפחה רואים בטיפול בבעיות בריאות הנפש שבתחום הפסיכיאטריה הרכה חלק אינטגרלי מעבודתם. אשר למחלות פסיכיאטריות קשות, רופאי המשפחה אינם רואים את עצמם כמטפלים העיקריים, אך עדיין יש להם תפקיד במערך הטיפול, כולל זיהוי מוקדם ומעקב אחר טיפול תרופתי. רופאי הילדים לרוב אינם המאתרים הראשוניים של בעיות בתחום זה, אלא הם מתייחסים לבעיות שההורים מעלים. הם רואים בזיהוי ובאבחון בעיות חלק מתפקידם, אך לרוב אין הם מטפלים בכך ישירות בעצמם. הם כן מתערבים ומטפלים במקרים שבהם אפשר לעזור באמצעות הדרכת הורים. במקרים מורכבים יותר הם מפנים לאנשי מקצוע.

אחת ממטרות הרפורמה הייתה לשבור את המחיצה בין רפואת הגוף לרפואת הנפש. ברמה התפיסתית, רופאים ראשוניים רואים קשר בין השתיים ומאמינים שלרבות מהתלונות הגופניות בסיס נפשי, ושיש להתייחס להיבטים הנפשיים בטיפול. אבל בהיבט המערכתי של מבנה השירותים, עדיין יש נתק גדול בין הרפואה הראשונית לאנשי מקצוע בבריאות נפש, שבא לידי ביטוי במיעוט העברת מידע, במיעוט (או בחוסר היכרות עם) הזדמנויות להתייעצות הדדית, בחוסר היכרות הדדית, ובאופן כללי בשיתוף פעולה מועט בין התחומים. לא נראה שאנשי בריאות הנפש מנצלים לטובת הטיפול את ההיכרות של הרופא הראשוני את המטופל, ואת הידע שלו עליו, על סביבתו ועל משפחתו; הם גם לרוב אינם נוטים לשתף את הרופאים הראשוניים בטיפול מעבר להוראות טכניות בנוגע למתן תרופות, מצב שגורם לתסכול אצל חלק מהמרואיינים. ראוי להשקיע מחשבה בשאלות כמו מהם המודלים הרצויים לשיתוף פעולה וכיצד כל תחום יכול לעזור למשנהו לטובת הטיפול.

המלצות

- העברת מידע בין מערכת הרפואה הראשונית לבין מערכת בריאות הנפש איננה מסודרת, איננה אחידה ובמקרים מסוימים אף פוגעת ברצף הטיפול. נוסף לכך, לא תמיד הרופאים יודעים איזה מידע זמין להם. קופות החולים צריכות לטפל בנושא זה במקומות שבהם יש ליקויים.
- נוסף לערוצי ההתייעצות עם פסיכיאטרים שפיתחו הקופות, מומלץ לפתח גם ערוצים לא וירטואלים שיתאימו לצורכי הרופאים, ולמצוא דרכים לחיזוק ההיכרות, הקשר והעבודה המשותפת של הרופאים הראשוניים ואנשי מקצוע במערכת בריאות הנפש.

- ההתמחות ברפואת ילדים אינה כוללת את נושא בריאות הנפש. מומלץ להוסיף להתמחות הכשרה בתחום זה.
- אצל ילדים יש חשיבות גדולה לקשר בין המערכות השונות המקיפות את הילד. מהראיונות עלה שאין קשר כזה, ואם יש, הוא לרוב פרי יוזמה פרטית. חשוב שמשרדי החינוך, הרווחה, הבריאות וקופות החולים ימצאו דרך למסד ערוצי תקשורת בין כל הנוגעים בדבר.
- מהראיונות עולה שרופאים מעוניינים בקשר ישיר וזמין עם אנשי בריאות נפש. מודל שפועל ורוב הרופאים מרוצים מאוד ממנו הוא נוכחותה של עובדת סוציאלית במרפאה שלהם או במרפאה קרובה. זהו מודל שקיים במרפאות רבות, ולמרות שהעובדת הסוציאלית אינה בהכרח אשת מקצוע בבריאות הנפש, יש לה נגיעה בתחום והיא יכולה לתרום רבות. מומלץ לשקול להרחיב את המודל הזה.

דברי תודה

אנו מודים לאנשים הרבים שסייעו לנו בשלבים השונים של ביצוע המחקר ושל כתיבת דוח זה. ראשית ברצוננו להודות לכל המרואיינים שהקדישו מזמנם, השיבו לשאלותינו ושיתפו אותנו במחשבות, בהתנסויות ובתובנות שלהם בנושאים שבהם עוסק המחקר. בזכות שיתוף הפעולה שלהם היה ביכולתנו לבצע מחקר חשוב זה.

אנו מודים לחברי ועדת ההיגוי שסייעו בעיצוב המחקר ובהבנת הממצאים: פרופ' אליעזר קיטאי, פרופ' אמנון להד, ד"ר ארי לאודן, פרופ' בועז פורטר, פרופ' גבי שפיר, ד"ר גיל טלמור, ד"ר גלעד בודנהיימר, פרופ' חנן מוניץ, ד"ר יעל נרדי, ד"ר לילך אייל-ולדמן, גב' עידית סרגוסטי, ד"ר ערד קודש, ד"ר צופיה אילת צנעני.

תודה גם לכל האנשים בקופות החולים שסייעו לנו בפתירת דלתות ובהפניה למרואיינים.

אנו מודים לעמיתינו במכון ברוקדייל על תרומתם; לניצה וורמברנד על עזרה אדמיניסטרטיבית שניתנה ביעילות ובנועם ולד"ר ברוך רוזן על הערותיו המועילות לדוח. תודה גם לרונית בן-נון על עריכת הלשון של הדוח, לאוולין איבל על תרגום התקציר והתמצית לאנגלית ולענת פרקו-טולדנו על העיצוב וההבאה לדפוס.

תוכן עניינים

1	1. מבוא
6	2. מטרות
7	3. שיטות
9	4. ממצאים
9	4.1 רופאי משפחה
27	4.2 רופאי ילדים
40	5. דיון
42	6. המלצות
44	מקורות

1. מבוא

ביולי 2015 נכנסה לתוקף הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש. במסגרת הרפורמה הועברו השירותים בתחום זה במלואם מהתוספת השלישית לתוספת השנייה בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, והאחריות להספקת שירותי בריאות הנפש עברה ממשד הבריאות לקופות החולים. בכך הוכנסו שירותי בריאות הגוף ובריאות הנפש תחת גג אחד, ואוחדו שתי מערכות שירותים שפעלו עד לאותה עת בנפרד מבחינת מימון, מקום הספקת השירות והגורם המספק את השירות.

בעשורים האחרונים, הן בשל הציפייה המתמשכת לרפורמה וההתארגנות לקראתה, והן בהתאמה לשינויים בגישות טיפול בעולם, התרחב התפקיד שממלא הרופא הראשוני במתן טיפול בתחום בריאות הנפש, והוא מהווה בדרך כלל את הנדבך הראשון של מתן הטיפול בתחום זה. הרופא הראשוני הוא פעמים רבות הראשון לראות את המטופל ולזהות שיש בעיה, לאבחן אותה ולטפל בה או במידת הצורך להפנות את המטופל לקבלת טיפול אצל מומחה בתחום בריאות נפש.

לטיפול שנותן הרופא הראשוני ולממשק בינו ובין מערכת בריאות הנפש יכולה להיות השפעה ניכרת על איכות הטיפול הניתן לאנשים עם בעיות נפשיות. למרות זאת, עד היום לא נעשתה בישראל בדיקה מעמיקה של ההיבטים השונים של רכיב זה בתפקידו ושל דרכי ההתמודדות של הרופא בתחום זה. מחקר זה נועד לבדוק את תפקידו של הרופא הראשוני בתחום בריאות הנפש, על היבטיו השונים, ולבחון את הממשק שלו עם מערכת בריאות הנפש.

בריאות הנפש ברפואה הראשונית

הרופא הראשוני הוא איש המקצוע שאיתו נעשה המגע הראשון והתכוף ביותר של רוב המטופלים עם מערכת הבריאות. בסקר שערך מכון ברוקדייל בקרב האוכלוסייה הבוגרת בשנת 2016 נמצא כי כמעט 90% ביקרו בשנה האחרונה אצל רופא המשפחה (ברמלי-גרינברג, מדינה-הרטום ובלנסקי, 2017).

אנשים רבים החווים מצוקה או בעיות נפשיות אינם פונים לשירותי בריאות הנפש, אבל מגיעים מסיבות שונות לרופא הראשוני, כך שהמפגש איתו הוא לפעמים ההזדמנות היחידה לאתר את הבעיה ולהתחיל בתהליך טיפול (Mansbach-Kleinfeld et al, 2011). מטופלים רבים מעדיפים לפנות לרופא הראשוני שמוכר להם ושאינו יש להם מערכת יחסים ממושכת, ושהפנייה אליו אינה כרוכה בסטיגמה הכרוכה בפנייה לשירותי בריאות הנפש (Lester, Tritter & Sorohan, 2005). תופעה זו נכונה הן בקרב מבוגרים והן בקרב ילדים. סקר שנערך בשנת 2013 בישראל מצא כי מבין המטופלים הבוגרים שחשו מצוקה נפשית בשנה האחרונה ופנו לטיפול מקצועי, 37% נעזרו ברופא המשפחה ו-25% רואים בו את המטפל העיקרי בהקשר זה (אלרועי, רוזן, אלמקייס וסמואל, 2017). בקרב ילדים בני 6-18 שפנו לטיפול מקצועי עקב בעיות רגשיות או התנהגותיות, 33% פנו לרופא משפחה או לרופא ילדים (אלרועי, רוזן, אלמקייס וסמואל, טרם פורסם).

איתור וטיפול בבעיות נפשיות חשובים במיוחד לאור השיעורים הגבוהים של הפרעות רגש וחרדה בכלל האוכלוסייה. גרוס, ברמלי-גרינברג, רוזן, ניראל ווייצברג (2009) מצאו ש-25% מכלל האוכלוסייה

הבוגרת בישראל חוו מצוקה נפשית שהתקשו להתמודד איתה בשנה האחרונה. בסקר של משרד הבריאות שנערך בשנים 2003-2004, כ-10% מהאוכלוסייה הבוגרת דיווחו על הפרעת רגש או חרדה בשנה החולפת (Levinson, Zilber, Lerner, Grinshpoon & Levav, 2007). מאותו סקר עלה ש-9% מהאוכלוסייה פנו לשירות רפואי כלשהו עקב בעיות נפשיות: 49% מהם פנו לרפואה הראשונית והאחרים פנו לשירותי בריאות הנפש. אנשים מבוגרים יותר ובעלי מחלות כרוניות נטו יותר לפנות לרפואה הראשונית (Lerner & Levinson, 2012).

גם בקרב בני נוער יש שיעור לא מבוטל הזקוקים למענים בתחום זה. סקר נרחב שנערך בישראל בשנת 2009 מצא שכ-12% מבני הנוער סובלים מהפרעה נפשית כלשהי (Farbstein et al., 2010). בסקר אחר, 15% מההורים סברו שילדיהם סבלו בשנה האחרונה מבעיות רגשיות או התנהגותיות שפגעו בתפקודם בבית, בבית הספר או עם חברים (אלרועי ואח', טרם פורסם). בהשוואה בין-לאומית של מדד הדיווח על סימפטומים נפשיים (כעס, עצבנות או מצב רוח רע), התלמידים הישראלים מדורגים במקום גבוה יחסית, עם שיעור של כ-23% מהתלמידים המדווחים כי חוו סימפטומים נפשיים כמעט כל יום בחצי שנה האחרונה, ועוד כ-11% שאמרו שחשבו ברצינות להתאבד בשנה האחרונה (הראל-פיש ואחרים, 2014).

אצל ילדים, החשיבות של זיהוי הבעיה בשלב מוקדם ושל התערבות מוקדמת היא גדולה במיוחד, שכן טיפול הולם בבעיה יכול להיות קריטי להמשך התפתחות תקינה. אולם בפועל ילדים רבים אינם מקבלים טיפול הולם; כך, לפי Nelson textbook of pediatrics, 75%-80% מהילדים בארצות הברית עם הפרעה נפשית אינם מקבלים טיפול ראוי (Kliegman, Behrman, Jenson & Stanton, 2015).

בעיות נפשיות נוכחות באופן בולט בקרב מטופלי רפואה ראשונית גם מכיוון שהן קשורות לסומטיזציה יתר בשירותי בריאות (Tomenson et al., 2012; Frostholm et al., 2005; גרוס ואח', 2009), כך שאנשים הסובלים מהן מרבים לבקר אצל רופאים, גם אם חלקם עושים זאת לא במוצהר בגלל הבעיה הנפשית. שוורצמן ואחרים (Shvartzman et al., 2005) בדקו הימצאות דיכאון בקרב מבוגרים עד גיל 65 המבקרים במרפאות ראשוניות בישראל. כ-6% מהמבקרים זוהו כבעלי דיכאון מזיורי, 2% זוהו כבעלי דיכאון קל ו-14% זוהו כבעלי תסמיני דיכאון. הסובלים מדיכאון סבלו גם מתחלואה פיזית גבוהה יותר והם גם עשו שימוש רב יותר בשירותי בריאות.

העברת חלק גדול מהאחריות לטיפול במצבים השכיחים בקהילה כמו חרדה ודיכאון קל (מצבים המכונים גם "פסיכיאטריה רכה") לרפואה הראשונית, המתבצעת בעשורים האחרונים, עולה בקנה אחד עם מדיניות ארגון הבריאות העולמי הדוגלת בשילוב שירותי בריאות הנפש במערכת שירותי הרפואה הכלליים. התפקידים שמונה הארגון לרפואה הראשונית בהקשר זה כוללים זיהוי בעיות, טיפול בבעיות נפשיות נפוצות, טיפול בחולים פסיכיאטריים במצב יציב, הפניה כאשר יש צורך בכך, התייחסות לצורכי בריאות הנפש של אנשים עם בעיות בריאות פיזיות, וקידום בריאות נפשית. השירותים האלה צריכים להיות נדבך ראשון במערכת שכוללת גם שירותי מומחים בקהילה ושירותים בבתי חולים, כאשר יש קשר בין המטפלים ברמות השונות (WHO, 2008). גורם המסייע לרופאים ראשוניים לתת טיפול בעצמם למקרים

של "פסיכיאטריה רכה" הוא הכניסה לשוק והשימוש הגובר בתרופות לדיכאון ולחרדה שאפשר לתת במסגרות אלו ללא מעורבות של פסיכיאטר. מחקר שנעשה בארה"ב מצא שבשנת 2007 כמעט שלושה רבעים מהביקורים שבהם נרשמו נוגדי דיכאון היו ללא אבחנה פסיכיאטרית (Mojtabail & Olfson, 2011). עוד נמצא כי בין השנים 2007 ל-2010 חלה בארה"ב עלייה משמעותית בשיעור הביקורים אצל רופא ראשוני שבהם נרשמה תרופה פסיכיאטרית (Olfson, Kroenke, Wang, & Blanco, 2014).

למרות שעיקר עבודתו של הרופא הראשוני בהקשר של בריאות הנפש נוגע לטיפול בפסיכיאטריה הרכה ובמצבים השכיחים בקהילה, קבוצת חולים נוספת שיש צורך להתייחס אליה היא החולים במחלות נפש קשות (כמו סכיזופרניה). חולים אלו יכולים להיות מאושפזים לפרקים אבל רובם מטופלים רוב הזמן בקהילה, והטיפול בבעיות הנפש שלהם נעשה בעיקר בידי פסיכיאטרים. נוסף לבעיות הנפשיות, חולי נפש סובלים מתחלואה פיזית רבה יותר בהשוואה לכלל האוכלוסייה ומתמותה עודפת מאותה תחלואה (De Hert et al., 2011a; Lawrence, Hancock & Kisely, 2013). בספרות מוזכרים כמה גורמים המסבירים מצב זה, ביניהם אורח חיים לא בריא, שימוש בסמים, תופעות לוואי של תרופות וחוסר היענות לטיפול. עם זאת יש גם עדויות לכך שאוכלוסייה זו מקבלת טיפול טוב פחות, בין השאר בגלל הנתק בין שירותי בריאות הנפש והבריאות הפיזית, ובגלל סטיגמה בקרב הרופאים שגורמת להם לתת טיפול באיכות נמוכה יותר (De Hert et al., 2011b; Lawrence & Kisely, 2010). פסיכיאטרים לרוב אינם מטפלים בהיבטים הפיזיים של בריאות המטופלים שלהם, והציפייה של המערכת היא שהרופאים הראשוניים ידאגו להיבט זה של הטיפול, אבל בין הרופאים הראשוניים לא כולם רוצים לראות אותם בפרקטיקה שלהם ורבים אינם חשים בנוח לטפל בהם (De Hert et al., 2011b; Lawrence & Kisely, 2010; Lam, Lam, Lam & Ku, 2013). מוניץ (Munitz, 2007) מונה כמה יתרונות לקבלת טיפול בריאות נפש במסגרת רפואה ראשונית: הטיפול הוא סטיגמטי פחות, מוביל לרצף טיפול, לרופא הראשוני יש מערכת יחסים ארוכת טווח עם החולה ומשפחתו, הרופא נמצא בעמדה טובה יותר לתת טיפול הוליסטי ומטופלים נוטים לפנות אליו כשהם במצוקה. הוא מציין גם כמה חסרונות לקבלת טיפול בריאות נפש במסגרת רפואה ראשונית: לא בכל המצבים הפסיכיאטריים אפשר לטפל בקהילה, רופאים ראשוניים אינם רגילים לתת טיפול פסיכותרפי ולכן מסתמכים יותר מדי על טיפול תרופתי, יש שיעור גבוה של חוסר הצלחה בטיפול בחולים פסיכיאטריים, ולחלק מהמקרים האלה מטפל מומחה יכול לעזור.

מודלים לשילוב בין רפואה ראשונית ובין שירותי בריאות נפש

האופן שבו נבנה הקשר בין הרפואה הראשונית לשירותי בריאות הנפש ומנגנוני התמיכה בעבודתו של הרופא הראשוני בתחום זה יכולים להשפיע על אופן מתן השירותים ועל איכותם. באוור וגילבודי (Bower & Gilbody, 2005) מתארים ארבעה מודלים כלליים של קשר בין הרפואה הראשונית לשירותי בריאות הנפש, שנועדו לשפר את השירותים הניתנים בתחום זה. המודלים נמצאים על רצף שבצידו האחד מעורבות גדולה של הרופא הראשוני ובצידו האחר מעורבות גדולה של מומחה לבריאות הנפש: 1. הכשרת צוותי רפואה ראשונית כדי להוסיף להם ידע ומיומנויות הנדרשות לטיפול; 2. ליאזון, כלומר ייעוץ של אנשי מקצוע מתחום בריאות הנפש שנמצאים בקשר מתמשך עם רופאים ראשוניים כדי לתמוך בהם בטיפול בחולים

אינדיבידואלים; 3. טיפול משותף – כולל את שני האלמנטים שהוזכרו ומוסיף דרג ביניים בין הרופאים הראשוניים ובין אנשי בריאות הנפש שמתאם את הטיפול; 4. הפניה – האחריות לטיפול מועברת למומחה. המודלים השונים מציעים חלוקת עבודה שונה בין הרופא הראשוני למומחה מתחום בריאות הנפש. בחלקם לרופא הראשוני יש אחריות גדולה יותר על הטיפול במכלול הבעיות של המטופל, ובאחרים יש לו אחריות פחותה לנושא בריאות הנפש, ותפקידו מתמצה בעיקר באיתור נכון של הבעיות והפניה למומחה המתאים. חשוב לציין שמודלים שונים יכולים להתקיים זה לצד זה.

בישראל, בכמה מרפאות ראשוניות מתקיים מודל של ליאזון, וביטויו בכך שהרופאים הראשוניים נעזרים בייעוץ של פסיכיאטר שמגיע למרפאה ומייעץ להם, ובחלק מהמקרים גם נפגש עם המטופלים.

אצל ילדים הקשר בין השירותים חשוב במיוחד, שכן טיפול אופטימלי דורש מעורבות של כמה מערכות העוטפות את הילד, ובהן ההורים (Edbrooke-Childs et al., 2016; Haine-Schlagel & Walsh, 2015), של המסגרת הבית-ספרית, של טיפת חלב ולעיתים גם של הרווחה (Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health and Task Force on Mental Health, 2009). מחקר שנעשה בישראל טרום הרפורמה מצא שאחת הבעיות הגדולות בטיפול בילדים עם בעיות בתחום בריאות הנפש היה חוסר תיאום בין המסגרות השונות ובתוך המערכת עצמה (Stern & Porter, 2013).

עמדות ויכולות של רופאים ראשוניים

כדי לתת טיפול באיכות טובה חשוב מאוד שהרופא יהיה בעל ידע וכישורים מתאימים, וגם בעל עמדות חיוביות כלפי טיפול בחולים עם בעיות נפשיות. בישראל, מומחים ברפואת משפחה הוכשרו להתמודד עם הבעיות הנפשיות הנפוצות בקהילה (דיכאון וחרדה) במהלך ההתמחות. שיעור המומחים ברפואת המשפחה בין הרופאים משתנה מקופה לקופה, אבל גם חלק גדול מהרופאים האחרים שעובדים כרופאי משפחה נחשפו בשנים האחרונות לתכניות הכשרה שהפעילו הקופות כדי להכשיר אותם להתמודד עם מצבים אלו (סמואל ורוזן, 2013; Goldfracht, Liebermann & Gross, 2006).

למרות השכיחות הגבוהה של בעיות נפש קלות בקרב מבוגרים ברפואה הראשונית, מחקרים מראים שרופאים ראשוניים לא תמיד מרגישים בנוח ומספיק בטוחים בעצמם לטפל במצבים אלו, ורופאים שאינם מומחים ברפואת משפחה או שלא קיבלו הכשרה בתחום מרגישים בטוחים אף פחות (Richards, Ryan, McCabe, Groom & Hickie, 2004; Casini et al, 2013; Wong, Lee, Chan & Lee, 2006). גם נושא הזמן הנדרש לטיפול באנשים עם בעיות נפשיות עלה במחקרים כחסם למתן טיפול מיטבי (Wong et al., 2006).

המצב בקרב רופאי ילדים טוב פחות מאשר בקרב רופאי משפחה. מומחים לרפואת ילדים בישראל עברו את רוב אם לא את כל תהליך ההכשרה שלהם בבתי חולים, ולרוב לא קיבלו הכשרה בנושא הבעיות הנפשיות, ההתנהגותיות והרגשיות השכיחות בקרב ילדים המגיעים לטיפול בקהילה (Porter et al., 2011). כן גם במקומות אחרים בעולם (Lieberman & Hilliard, 2006). בסקר מקיף בקרב רופאי ילדים בארץ, כ-80% אמרו שיש לתת יותר דגש במהלך ההכשרה על בעיות בתחום בריאות הנפש (Oren et al., 2011).

מרבית הילדים ובני הנוער בישראל מטופלים אצל רופאי ילדים (van Esso et al., 2010), וחלק מהילדים מטופלים אצל רופאי משפחה. מחקר שנערך בישראל בשנת 2010 מצא הבדלים בתפיסת התפקיד בנושא זה בין רופאי ילדים לרופאי משפחה, כאשר יותר רופאי משפחה סברו שיש להם תפקיד בטיפול ובניהול הטיפול בבעיות רגשיות והתנהגותיות של הילד מאשר רופאי ילדים (לוינסון, גלסר, חורב, מוניץ וקפלן, 2014).

אורן ושותפיו הראו ממצאים דומים, ולפיהם כמחצית מרופאי הילדים מדווחים שהם מעדיפים להפנות מטופלים ולא לוקחים חלק פעיל בטיפול בבעיות בתחום בבריאות הנפש. נוסף לכך הם הראו, בניגוד לתפיסה המקובלת, שתפיסת אחריות על בעיות בבריאות הנפש לא נמצאה קשורה למומחיות או לוותק כרופא ילדים (Oren et al., 2011).

במחקר בקרב רופאי משפחה מצאו גולדפרכט, שליט, פלד ולוין (Goldfracht, Shalit, Peled & Levin, 2007) שרוב הרופאים הסכימו שבקרב מבוגרים, דיכאון וחרדה צריכים להיות מטופלים במסגרת הרפואה הראשונית, אבל בו-זמנית כמחציתם אמרו שהמקום המועדף לטיפול הוא מרפאות בריאות הנפש, פער שהחוקרים הניחו שמשקף אמביוולנטיות של הרופאים בנושא תפקידם בתחום זה. רוב הרופאים חשבו שיש להם מספיק ידע לאבחן מצבים כאלה ולטפל בהם. מעל שליש אמרו שאין להם ענין לטפל במצבים אלו בפרקטיקה שלהם, ומעל 40% מהרופאים אמרו שהם חווים קושי לטפל באנשים עם דיכאון או חרדה. הרופאים ציינו מגבלות זמן, מחסור בידע ומחסור בתמיכת מומחים כחסמים עיקריים לטיפול, ולצד זאת חוסר עניין לעסוק בנושא וקושי לדבר עם חולים על נושאים אלו. במחקר שנעשה על ידי לוינסון ואחרים (לוינסון ואח', 2014) בקרב רופאי ילדים ורופאי משפחה המטפלים בילדים, סברו רוב מוחלט של המשיבים שיש להם תפקיד בזיהוי בעיות רגשיות, נפשיות והתנהגותיות של ילדים; עם זאת כמעט מחצית דיווחו שכאשר הם חושבים שיש בעיה בתחום זה הם מתייחסים לנושא רק אם הם סבורים שיש לו קשר לבעיה גופנית כלשהי. רוב המשיבים סברו שהסיבות העיקריות לכך שרופאים נמנעים מלהתייחס לבעיות בתחום הרגשי, הנפשי וההתנהגותי הן עומס עבודה והעדר הכשרה מתאימה.

מחקרים שנעשו באוכלוסייה הכללית בנוגע להתנהגות הרופאים בתחום זה העלו שרופאים אינם מרבים לשוחח מיוזמתם עם מטופלים על מצוקות ובעיות נפשיות. בסקר שנעשה בשנת 2007 דיווחו רק 14% מהאוכלוסייה הבוגרת שרופא שוחח איתם בנושא בשנה החולפת, וברוב המקרים היה זה ביוזמת המטופל. רק 30% מאלו שחשו מצוקה נפשית דיווחו שהרופא שאל או דיבר איתם על כך (גרוס ואח', 2009). מחקרים של אלרועי ואחרים בחן ילדים שפנו לטיפול מקצועי עקב בעיות נפשיות (אלרועי ואח', טרם פורסם). במחקר נמצא כי רק 8% מן המשיבים אמרו שנושא המצוקה הנפשית עלה בביקור האחרון אצל רופא הילדים, ומתוכם רק בחמישית מהמקרים רופא הילדים היה זה שיזם את השיחה.

הרפורמה בבריאות הנפש והרפואה הראשונית

להעברת האחריות לקופות החולים היו כמה מטרות, ביניהן שיפור בריאותם ורווחתם של מטופלים עם בעיות נפשיות על ידי שיפור השילוב בין הטיפול בגוף לטיפול בנפש, יצירת רצף טיפולי ושיפור הנגישות והזמינות של השירותים. כפי שתואר לעיל, כבר לפני הרפורמה היה לרופא הראשוני מקום מרכזי במערך

השירותים. סמואל ורוזן (2013) מצאו שבמסגרת ההיערכות לרפורמה, בכל הקופות הייתה חשיבה והתייחסות לתפקידו של הרופא הראשוני בתחום זה, ואלה באו לידי ביטוי בהכשרת רופאים ובפיתוח מנגנוני תמיכה כמו מודלים שונים של התייעצות עם פסיכיאטרים.

בשנים שקדמו להחלת הרפורמה הציעו כל קופות החולים מענה ראשוני בתשלום מסובסד בתחום בריאות הנפש באמצעות מטפלים עצמאיים. לשירותי בריאות כללית היה כבר שנים רבות היצע שירותים רחב יותר שכלל גם מרפאות בריאות נפש רב-מקצועיות שבהן אפשר לקבל טיפול ללא תשלום, לרבות טיפול בחולים עם הפרעות נפש קשות. נוסף לכך, כל הקופות הציעו ייעוץ פסיכיאטרי, שנכלל בסל השירותים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי (סמואל ורוזן, 2013). בהקשר של ילדים חשוב לציין שיש מחסור גדול בפסיכיאטרים לילדים, שבגיניו הוגדר בשנת 2011 תחום הפסיכיאטריה של הילד כאחד המקצועות הרפואיים במצוקה שהמתמחים בו מקבלים מענק מיוחד (הסכם קיבוצי, 2011). המחסור בתחום בריאות הנפש במטפלים לילדים (פסיכיאטרים ופסיכולוגים) חמור במיוחד באזורי הפריפריה, בקרב האוכלוסייה הערבית ובקרב האוכלוסייה החרדית, והוא מקשה על מתן שירות זמין ונגיש כנדרש (Stern & Porter, 2013).

במסגרת הרפורמה התחייבו כל הקופות לפתוח מספר מסוים של מרפאות בריאות נפש רב-מקצועיות (סמואל ורוזן, 2013). נוסף למרפאות אלו, הקופות יכולות לקנות שירותים ממרפאות בבעלות ארגונים אחרים.

2. מטרות

מטרת המחקר הייתה לבחון את עבודתם של רופאים ראשוניים (רופאי משפחה וילדים) בתחום בריאות הנפש ואת השפעת הרפורמה על עבודה זו.

באופן מפורט יותר, המחקר נועד לבחון את השאלות האלה:

- א. כיצד תופסים רופאים ראשוניים את תפקידם בהקשר של טיפול באנשים עם בעיות נפשיות, וכיצד הם נוהגים בפועל בתחום זה
- ב. באיזו מידה רופאים ראשוניים חשים שהם מקבלים מהקופות תמיכה מקצועית המתאימה לצורכיהם
- ג. מה טיב הקשר והממשק של רופאים ראשוניים עם המערכות המטפלות בבריאות הנפש
- ד. אילו מודלים למתן טיפול נפשי ברפואה הראשונית קיימים בקופות
- ה. האם וכיצד שינתה הרפורמה את דרכי העבודה של רופאים ראשוניים בתחום זה
- ו. מהם המודלים לעבודה בתחום זה הרצויים בעיני הרופאים
- ז. באילו קשיים נתקלים הרופאים בתחום זה

3. שיטות

המחקר נערך בשיטה איכותנית שמטרתה לתאר ולהבין מציאות מורכבת ומשמעות של תופעות מנקודת המבט של אנשים שהתנסו בהן. גישה זו אינה חותרת להגיע להכללות סטטיסטיות או לבדוק שכיחות של תופעות באוכלוסייה אלא להציג מגוון התייחסויות, תפיסות ונקודות מבט ולאפשר להכיר את מאפייני התופעה הנחקרת.

אוכלוסיית המחקר והראיונות

בשלב הראשון כדי להבין את ההקשר שבו עובדים הרופאים הראשוניים נערכו ראיונות מקדימים עם עשרה אנשי מטה – מנהלי תחום בריאות הנפש והרפואה הראשונית בקופות. מטרת ראיונות אלו הייתה להבין את ציפיות המרואיינים מעבודתם של רופאים ראשוניים בתחום בריאות הנפש וללמוד על ארגון השירותים בקופות. נוסף לכך נערכו ראיונות עם חמישה פסיכיאטרים העובדים בקופות ושלהם קשרי עבודה עם רופאים ראשוניים. מטרת ראיונות אלו הייתה להבין איך הפסיכיאטרים רואים את הקשר עם רופאים ראשוניים, כיצד לדעתם הוא אמור להיות בנוי ואיך הוא מתנהל בפועל.

במוקד המחקר עמדו ראיונות עם רופאים ראשוניים – רופאי משפחה ורופאי ילדים מארבע קופות החולים. רואיינו 39 רופאים ראשוניים, מהם 27 רופאי משפחה ו-12 רופאי ילדים. המרואיינים נבחרו כך שיהוו קבוצה מגוונת מבחינת מאפיינים כמו אזור בארץ (פריפריה / מרכז), סביבת עבודה (עובדים לבד / עובדים במרפאה עם אנשי מקצוע נוספים), מוצא (יהודים / ערבים) ומגדר.

השתמשנו בכמה דרכים כדי לאתר מרואיינים פוטנציאלים. התחלנו עם המלצות שקיבלנו ממרואיינים בראיונות המקדימים. פנינו גם לבעלי תפקידים נוספים בקופות לבקש המלצות, ונוסף לכך ביקשנו המלצות גם מהמרואיינים עצמם. כמחצית מהרופאים שפנינו אליהם הסכימו להתראיין למחקר, חלק מהאחרים סירבו ועם חלק לא הצלחנו ליצור קשר, ולכן פנינו לאחרים במקומם.

כלי המחקר

כלי המחקר היו ראיונות עומק חצי מובנים שנערכו באמצעות פרוטוקולים שפותחו על ידי החוקרים, בהתבסס על סקירת הספרות ועל פי שאלות המחקר. פרוטוקולים מסוג זה תוחמים את הריאיון מבחינת נושאים אך מאפשרים גמישות ונותנים הזדמנות להעלות נושאים נוספים ולדון בהם במהלך השיחה. פותחו פרוטוקולים נפרדים לכל קבוצת מרואיינים.

הראיונות המקדימים שימשו להבנת הרקע וההקשר שבהם נערכת עבודת הרופאים הראשוניים. הראיונות עם רופאי המשפחה והילדים עסקו בין השאר בשאלות האלה:

- תפיסות לגבי תפקידם בנוגע לטיפול במבוגרים ובילדים עם בעיות נפשיות
- העבודה בפועל עם אנשים (מבוגרים וילדים) עם בעיות נפשיות ועם בני משפחותיהם
- החוויה של מתן טיפול לאנשים עם בעיות נפשיות

- השפעות הרפורמה על העבודה בתחום זה, וכיצד עבודתם כיום שונה מעבודתם לפני הרפורמה
 - התמיכה המקצועית שמקבל הרופא בקופה
 - הממשק עם מערכות וגורמים המטפלים בבריאות הנפש
 - מודלים קיימים ומודלים רצויים למתן טיפול נפשי ברפואה הראשונית
 - קשיים, בעיות וחששות
- הראיונות אפשרו גם העלאת סוגיות נוספות הנתפסות משמעותיות על ידי המרואיינים.

איסוף הנתונים

הנתונים נאספו בראיונות שבוצעו על ידי צוות המחקר. ראיונות מקדימים נערכו עם אנשי מטה בחודשים יוני-יולי 2016, ועם פסיכיאטרים – בחודשים מאי 2016 עד יוני 2017. הראיונות נערכו פנים אל פנים במקומות העבודה של המרואיינים והוקלטו במהלכם. לאחר מכן נערך תמלול מלא של הראיונות מהקלטה. רוב הראיונות ארכו כארבעים דקות.

ראיונות הליבה שעליהם התבסס המחקר נערכו בחודשים אוקטובר 2016 עד מאי 2017; כמעט כולם נערכו פנים אל פנים במרפאות הרופאים בשעות העבודה. שני ראיונות נערכו בבתי קפה, ושישה נערכו בטלפון. הראיונות הוקלטו ולאחר מכן נערך תמלול מלא של הראיונות מהקלטה. הראיונות נמשכו בין שלושת רבעי שעה לשעה וחצי.

ניתוח הנתונים

נערך ניתוח תוכן במטרה לאתר תמות מרכזיות. שיטת הניתוח של מידע איכותני מבוססת על מיון וקטגוריזציה, כדי לגלות דפוסים חוזרים, מגמות וקטגוריות מושגיות. הניתוח מתחיל בקריאה יסודית של החומר וחלוקה ראשונית לקטגוריות (שעשויות להשתנות בהמשך). במחקר זה חלק מהקטגוריות נקבעו מראש לפי הנושאים שבפרוטוקולים, וחלק נוספו מתוך קריאת חומר הראיונות. לצורך הניתוח נעזרנו בתוכנת Narralyzer לניתוח נתונים איכותניים (שקדי, 2011). התוכנה היא כלי עזר שאינו מחליף את שיקול הדעת של החוקרים בבניית הקטגוריות, אלא מקל על עבודת סיווג ומיון הנתונים.

קופות החולים שיתפו איתנו פעולה וסייעו לנו לאורך המחקר, אבל חלקן ביקשו מאיתנו לא לפרסם את הממצאים לפי קופה. לפיכך, הממצאים בדוח מופיעים באופן כולל ואינטגרטיבי.

ועדת היגוי ואישור ועדת אתיקה

למחקר הוקמה ועדת היגוי ובה היו חברים אנשי מקצוע מתחומי רפואת המשפחה, רפואת ילדים ובריאות הנפש. הוועדה נפגשה עם תחילת המחקר, וחבריה סייעו בגיבוש סופי של הפרוטוקולים לראיונות. הוועדה נפגשה שוב לקראת סיום המחקר, ובשלב זה סייעו חבריה בהבנת המשמעות וההשלכות של הממצאים. טרם היציאה לדרך קיבל המחקר את אישור ועדת האתיקה של מכון ברוקדייל.

מגבלות המחקר

למחקר שתי מגבלות עיקריות: אל חלק מהמרוואיינים הגענו בעקבות המלצות של מנהלים בקופות, ויכול להיות שהם הפנו אותנו לרופאים מודעים יותר, או מתעניינים יותר מאחרים בנושא בריאות הנפש, שאינם מייצגים את "הרופא הממוצע". גם ההסכמה להתראיין עשויה להיות שהיא קשורה לתחושה שהנושא חשוב ושיש מה לומר עליו. נוסף לכך, חלק גדול מהרופאים המועסקים בקופות כרופאי משפחה אינם מומחים ברפואת המשפחה, ורבים מהם אינם מומחים כלל (רופאים כלליים). מצב דברים זה איננו בא לידי ביטוי בקרב המרוואיינים במחקר, שברובם המכריע הם מומחים.

הראיונות נערכו כשנה עד שנה וחצי אחרי כניסת הרפורמה. יכול להיות שתהליכי עבודה חדשים שהנהיגו הקופות עדיין לא נכנסו לשגרה, והדברים ישתנו עם הזמן.

4. ממצאים

4.1 רופאי משפחה

המרוואיינים

במחקר רואיינו 27 רופאים מרחבי הארץ, מהם 20 מומחים ברפואת משפחה (לשניים מהם גם התמחות ברפואה פנימית), מתמחה אחד ברפואת משפחה, ארבעה מומחים ברפואה פנימית (ללא התמחות ברפואת משפחה) ושני רופאים כלליים. 13 מהמרוואיינים הם גברים ו-14 הן נשים. 12 עובדים בשירותי בריאות כללית, 8 עובדים במכבי שירותי בריאות, 4 עובדים בקופת חולים מאוחדת, ו-3 מרוואיינים עובדים בקופת חולים לאומית.¹ 23 מן המרוואיינים הם יהודים וארבעה ערבים.

הוותק של המרוואיינים במקצוע נע בין שנים אחדות ללמעלה משלושים שנה. כמחציתם שכירים, כמחציתם עצמאיים, ואחדים עובדים במעמד שכיר ובמעמד עצמאי במקביל. כשליש מהמרוואיינים הם בעלי תפקיד ניהולי או שימשו בעבר בתפקיד ניהולי במרפאה. אחדים מהמומחים ברפואת משפחה משמשים גם מדריכי סטודנטים ומתמחים במסגרת קופת החולים.

הכשרה בתחום בריאות הנפש

במסגרת ההתמחות

תקופת ההתמחות ברפואת משפחה כוללת פרק זמן של כמה חודשים במסגרת לבריאות הנפש², כמו גם סיכוי לחשיפה נוספת לתחום זה במסגרת הדרכה הניתנת על ידי רופאי משפחה ותיקים. רופאים אחדים

¹ רופאים עצמאיים אחדים ציינו שהם מעניקים שירות למטופלים משתי קופות חולים, והם סווגו כאן על פי הקופה שאליה משתייכים מרבית מטופליהם.

² בשנים האחרונות הסבב בפסיכיאטריה אינו רכיב חובה בהתמחות, אבל לדברי המרוואיינים, כל המתמחים מבצעים אותו.

ציינו כי האריכו מרצונם החופשי את תקופת ההכשרה בתחום הפסיכיאטרי במהלך ההתמחות, מעבר לפרק הזמן המתחייב מתוכנית ההתמחות הבסיסית. כל המומחים (והמתמחה) ברפואת משפחה תיארו הכשרה משמעותית בתחום זה במהלך ההתמחות.

לעומתם, המומחים ברפואה פנימית והרופאים הכלליים העידו שלא קיבלו כל הכשרה בתחום בריאות הנפש במסגרת ההתמחות, מלבד אחד מהם, שהחל התמחות בפסיכיאטריה אך עזב לאחר פחות משנה (אולם, לדבריו, גם חשיפה זו לנושא אינה רלוונטית לרפואה בקהילה, משום שבמסגרת תקופת ההתמחות הזו הוא עבד במחלקה סגורה בבית חולים פסיכיאטרי ולא נחשף למקרים מן הסוגים שאליהם הוא נחשף בעבודתו בקהילה).

שלא במסגרת ההתמחות

מרבית המרואיינים, מומחים ולא מומחים כאחד, לא עברו הכשרה מסודרת בתחום בריאות הנפש מחוץ למסגרת ההתמחות. חלקם תיארו הרצאות מזדמנות שבהן הם נחשפו למידע בתחום, אם במסגרת לימודי המשך של הקופה ואם במסגרת כנסים רפואיים שונים, אך באופן שאינו שיטתי או מעמיק. חלקם ציינו שבשנים האחרונות לא זכו להיות נוכחים באף הרצאה בתחום זה. אחדים תיארו מפגשים שהתקיימו במסגרת קופות החולים סביב תחילתה של הרפורמה בבריאות הנפש, ואולם הבהירו כי עיקר המידע שניתן במפגשים אלה נגע להיבטים ארגוניים של הקופה ולא בהרחבת הידע הקליני של הרופאים (מלבד אחת שציינה כי המפגש בו השתתפה כלל "הרצאות על דיכאון וחרדה, שלא חידשו הרבה").

כמה רופאים השתתפו בהכשרות מסודרות יותר: חלקם במסגרת הקופה, למשל בקורס מרוכז בן יומיים שכלל סימולציה של מחלות נפש ואבחון. שניים מהרופאים תיארו לימוד אינטנסיבי למדי, אך לא במסגרת פורמלית, בתחום בריאות הנפש – האחד במסגרת הנחיה של קבוצת פסיכולוגים שבמסגרתה מחליפים ידע, והאחר במסגרת קבוצות באלנט (קבוצות תמיכה של רופאים) שבהן הוא משתתף.

כמה רופאים, כולם מומחים ברפואת משפחה, העידו על עצמם כמי שמתעניינים במיוחד בתחום בריאות הנפש וסיפרו על הכשרה רלוונטית נוספת בהיקפים משמעותיים יותר שאותה עברו על דעת עצמם: שלושה מומחים ברפואת משפחה עברו קורס לטיפול קוגניטיבי התנהגותי (CBT). אחד הרופאים ציין כי עבר השתלמות בפסיכותרפיה שנמשכה שלוש שנים וכן קורס בפסיכודרמה במשך שנה, ורופאה אחת עברה קורס בטיפול משפחתי.

תפיסתם של המרואיינים את תחום בריאות הנפש ואת תפקיד הרופא

עד כמה נפוצות בעיות בתחום בריאות הנפש?

ביקשנו מהרופאים להעריך עד כמה נפוצות בעיות של בריאות הנפש בקרב מטופליהם. ההערכות מבטאות לא רק הבדלים אובייקטיביים אלא גם תפיסות שונות של מרואיינים באשר למה שנכלל בתחום זה. התפיסה המצמצמת הדגישה בעיקר בעיות שיש להן אבחנה ברורה, למשל: "נגיד, יש לי מטופלים עם מחלות פסיכיאטריות סביב 10% [מכלל המטופלים]... אולי 8% זה דיכאון וחרדה ו-2% זה סכיזופרניה".

מן העבר האחר נמצאו רופאים שהתייחסו לשאלה בצורה רחבה יותר ודיברו על רכיב נפשי שיש לו תפקיד משמעותי כמעט בכל תלונות המטופלים: "אני חושבת שבתוך כל סימפטום, בדרך כלל, יש משמעות רגשית... אז זה לא [בהכרח] מחלה, זה לא חולי, אבל זה נורא חלק מהטיפול." "בשבעים אחוז מהתלונות יש מרכיב שצריך להתייחס [אליו], שהוא קשור לבריאות הנפש".

הרופאים סבורים כי מידת החשיפה של בעיות נפשיות במרפאה, בעיקר כאלה שהן נסתרות יחסית, תלויה במידה רבה בגישה של הרופא לתחום זה, ברגישות שלו, במידת ההיכרות שלו עם מטופליו וכן בזמן ובתשומת הלב שהוא מקדיש לכך: "אני חושב שאני אולי רואה את הצד הרגשי של החולים יותר, כי א', אנחנו ביחד לא מעט שנים, 16 שנה; ב', אולי אני קצת יותר פתוח לחשיפה לצד הרגשי."

"...קודם כל, זה מאוד תלוי ברופא... זאת אומרת, אני חושבת שהמודעות שלי היא מאוד גבוהה לנושא הזה, ואני מאפשרת את זה... אנשים באמת באים עם המון תלונות סומטיות... שאחר כך, אם אתה קצת 'מקלף', אתה חושף את זה שבעצם התלונה היא סומטית אמיתית אבל היא 'יושבת' על איזה שהוא סטרס נפשי."

תפקיד רופא המשפחה בתחום בריאות הנפש

כל המרואיינים (מומחים ולא-מומחים כאחד) ראו בתחום בריאות הנפש חלק בלתי נפרד מעבודתם, תוך שהם מבחינים בין שתי קבוצות של בעיות ושל מטופלים: מטופלים עם בעיות מתחום הפסיכיאטריה ה"רכה", הכוללות בעיקר מצבי דיכאון, חרדה ודחק שונים, כמו גם מצוקות על רקע מצבי חיים מורכבים; ומטופלים עם מחלות נפש קשות, מהן הוזכרו בעיקר סכיזופרניה, מאניה דפרסיה ודיכאון מזוירי. הבחנה זו ביטאה את "קו פרשת המים" בין המקרים שבהם הרופאים נוטים לאבחן ולטפל בעצמם, לפחות כקו טיפול ראשוני (הפסיכיאטריה ה"רכה") ובין אלה שאותם הם נוטים להעביר לאחריותם של פסיכיאטרים ומטפלים מתחום בריאות הנפש, כאשר הם עצמם בעיקר נותנים מרשמים לתרופות לפי הוראות הפסיכיאטר המטפל ומנהלים מעקב אחר מצב המטופלים.

תפקיד הרופא בתחום הפסיכיאטריה ה"רכה"

עיקר עיסוקם של הרופאים הראשוניים בקהילה הוא בתחום הפסיכיאטריה ה"רכה". זאת, הן משום שבעיות אלו נפוצות בקהילה, ודאי יותר מאשר מחלות נפש קשות, והן משום שבתחום זה – כך חשים רבים מהם – יכולה להיות להם תרומה משמעותית.

אבחון

חלק ניכר מהקשיים בתחום הנפשי עולים לראשונה במפגש עם רופא המשפחה, והרופאים מייחסים חשיבות רבה לאבחון, ולו ראשוני, של קשיים אלה במפגש זה. עם זאת, תהליך האבחון במסגרת הרפואה הראשונית כרוך בשני אתגרים מרכזיים, ששבו ועלו במהלך הראיונות:

1. הצגת הקשיים הנפשיים: לעיתים קרובות מטופלים הסובלים מבעיות נפשיות או רגשיות אינם פונים לרופא עם תלונות הממוקדות בתחום הנפשי אלא עם תלונות על בעיות פיזיות. במקרים רבים המטופלים כלל אינם מודעים לכך שהמיחושים הגופניים שלהם מבטאים קשיים נפשיים או רגשיים.

תפקיד הרופא במקרים אלו הוא להתייחס לאפשרות שבבסיס התסמין הגופני עומדת בעיה נפשית ולברר נושא זה: "רוב המטופלים לא באים straightforward עם בעיה נפשית. הם באים עם בעיה סומטית... עם כאבים חוזרים, כאבים לא ספציפיים, עם עייפות. יש כל מיני תלונות... ואתה כרופא חייב להיות מודע, ואתה צריך לשאול. זה מאוד פשוט לשאול. אתה שואל "מה המצב? מה שלומך? איך אתה מרגיש? מה מצב הרוח שלך, מ-1 עד 10?"..."

לצד זאת, על הרופא לוודא שאין בעיה גופנית שדורשת התייחסות. שלילת בעיה גופנית יכולה גם לשמש פתח להתחלת תהליך טיפולי בבעיה הנפשית: "העבודה הראשונית היא מאוד קשה. אני אומר שזה כמו קרב. זה שדה מוקשים. אתה לא יודע מתי אתה יכול לדרוך על מוקש... אתה יכול לבדוק חולה עם קצת כאב בטן, ומחר תגלה גידול או משהו. זה לא קל. אין לך פה כלים כמו בבית חולים... אם אני רואה שהכול בסדר [מבחינה גופנית], אני אומר לו: שמע, אני בדקתי לך את זה; זה הכול בסדר. אני רוצה לשפר את איכות החיים שלך. אני רוצה שתיהנה מהחיים; אתה ככה לא נהנה, ויש לנו רופא יועץ..."

2. דילמות בנוגע להפניית מטופלים לבדיקות: מקרים של סומטיזציה מציבים אתגר בפני הרופא. במקרים רבים מטופלים דורשים בדיקות לבירור התסמינים הגופניים שלהם, ואילו הרופא חושב שאין בהן צורך. בדיקות כאלה לא בהכרח מרגיעות את המטופל, ועלולות לגרור בדיקות מיותרות נוספות. מנגד (כפי שעלה גם מהציטוט הקודם), הרופא עצמו מעדיף לפעמים לבצע את הבדיקה כדי להיות בטוח שהכול בסדר.

"יש לי המון [מקרים של] סומטיזציה... על בשרי למדתי שהדבר הכי נכון בסומטיזציה זה לא לשלוח לעוד בדיקה ועוד בדיקה. הדבר הראשון שאת חושבת: אהה, אני אשלח אותה לצילום חזה; אני יודעת שאין כלום, אבל אני אשלח אותה, אז היא תירגע. למדתי שזה בדיוק הפוך, ממש הפוך... ברגע שאת שולחת מישהו לבדיקה, והוא מספיק חרדתי, [הוא חושב:] 'אם היא שלחה אותי לבדיקה, אז משהו בטח לא בסדר'. ואז ה-X-RAY לא רואה כלום – אז בטח צריך לעשות C.T., והוא לא ראה כלום – אז צריך לעשות M.R.I.; וזה לא נגמר... לא שאני אמנע את זה לגמרי, אבל אני די משקפת את זה למטופלים: 'אני חושבת שיש כאן בעיה של חרדה'... לא תמיד זה עוזר לי. לפעמים המטופלת אומרת: 'כן, אבל אני עדיין רוצה [לקבל הפניה לבדיקה]. זה לא שאני לא אשלח. גם אני תמיד רוצה להיות בטוחה בעצמי...'".

עם זאת, הפניה לבדיקות, גם כאלו שלא נחוצות בעיני הרופא, יכולה לשמש כלי עזר לשכנוע המטופלים שמדובר בקושי נפשי: "... לפעמים אני, כדי לתת להם הרגשה יותר טובה, נגיד שולחת אותם לבדיקות דם, גם כדי לראות שאין סיבה אורגנית לתלונות שלהם, ואחר כך אנחנו מדברים על זה שבאמת לפעמים יש סיבות נוספות להרגיש לא כל כך טוב או עייף, וכו'..."

המרוויינים ציינו כמה יתרונות שיש לרופאי משפחה באיתור בעיות נפשיות: הקשר הטוב והמתמשך בין הרופא למטופל המסייע לפתיחות בנושאים אלה, העדר הסטיגמה בטיפול אצל רופא המשפחה, ומודעות רופא המשפחה לנושא בריאות הנפש והתכוונותו אליו:

"רופא משפחה, הוא גדל עם המשפחה; הוא מכיר את הסבא והסבתא והילד... יש לי משפחות של חמישה דורות שמטופלים אצלי."

"לדעתי, התפקיד הראשי, העיקרי והחשוב ביותר הוא להיות מודע לבעיות האלה, כדי לאתר אותן. אני לא מצפה מעצמי לדעת פסיכיאטריה כמו פסיכיאטר. אני גם לא דורש מעצמי לעשות את האבחנות המדויקות ממש; אבל אני כן מצפה לא לפספס שיש פה אלמנט פסיכיאטרי..."

"אם אתה נותן למטופלים שלך להבין שאתה פתוח לזה שיגידו לך דברים, אז אתה נחשף..."

"חלק מהבעיות הן פועל יוצא, לא רק של מה שקורה בתוך המוח, אלא מה שקורה בחיים... נכנס אלי מישוה שעכשיו מטפל בהורה מאוד חולה... הבן-אדם טרוד מאוד... צריך לראות את כל התמונה: מה קורה אצל האימא שלו, מה קורה אצל הילד שלו, מה קורה אצל הנכד שלו, שעכשיו מטופל בטיפול נמרץ... בתור רופאת משפחה, חלק אני יודעת, כי אני ראיתי את הבת אתמול, וחלק אני לא יודעת, ומספרים לי; כי אני אומרת להם 'תספרו לי גם את הדברים המשמחים וגם את הדברים האחרים'..."

"יש רתיעה – לחלק, לפחות, מהאוכלוסייה, ללכת לפסיכיאטר לקבל תרופות פסיכיאטריות: מה יגידו עלי? ... ולכן, כשיש רופא [משפחה] שמסוגל להתמודד עם בעיות פסיכולוגיות או פסיכיאטריות זה מאוד מקל על מטופלים."

טיפול

מי המטפל: כל רופאי המשפחה שרואיינו העידו על כך, שהם נוטים לאבחן ולטפל ברוב המקרים מתחום הפסיכיאטריה ה"רכה" בעצמם, ובוודאי כ"קו ראשון" של טיפול; כלומר – הם מתחילים בטיפול תרופתי, ולעתים גם בשיחות, בעצמם, ורק אם לא חל שיפור כעבור זמן מה הם מפנים את המטופל לגורמים מקצועיים בתחום בריאות הנפש: "בפסיכיאטריה הרכה, אני חושבת שאנחנו [רופאי המשפחה], בואי נגיד לא 100%, אבל 85%-90% מנהלים את כל התיקים; ... אז האבחון והטיפול, גם התרופות וגם המעקב, וגם שיחות קצת, במידת האפשר, זה לגמרי שלנו."

"אם אני, נגיד, מגיע למסקנה שהוא במצב דיכאוני, אני יכול להתחיל בטיפול ראשוני [תרופתי] למשך חודש-חודשיים. אם אין שיפור, אני מפנה אותו לפסיכיאטר... עד 10% בערך שלחתי ליעוץ נוסף."

גישות בנוגע לטיפול: למרות שברוב המקרים האבחון והתחלת הטיפול נשארים בידי רופאי המשפחה, ניכרים הבדלי גישה בין המרואיינים בנוגע לנטיית ליבם לעסוק בתחום בריאות הנפש או להימנע ממנו ככל האפשר. בין המרואיינים נמצאו רופאים אשר חשים עצמם "מחוברים" לנושא ונוטים לעסוק בו ככל יכולתם: "זה כמו סוכרת: יש רופאי משפחה ששולחים לאנדוקרינולוג על כל [מקרה של] סוכרת, ויש רופאי משפחה שמתחילים טיפול באינסולין ואין להם בעיה עם זה. זה נורא תלוי ברופא... כל אחד יעשה לפי היכולות שלו ולא לקחת סיכונים. אז אני מסוג הרופאים שמתחילים טיפול, ואם צריך – מתייעצים עם פסיכיאטר"

לעומתם, רופאים אחרים עוסקים בתחום בריאות הנפש בלית ברירה או נוטים להפנות את מטופליהם לפסיכיאטר ככל שרק אפשר: "אני רוצה כמה שפחות לטפל בבעיות נפשיות... אנחנו מטפלים בכל, אף-אוזן-גרון, בעיות גינקולוגיות, אורתופדיות, סוכרת, שיעול... אין לי זמן לטפל בבעיות נפשיות, אבל אני

מרחמת על האנשים, בגלל שאני מכירה אותם. הם מאמינים לי, [ולכן] אני כן רוצה לטפל... לחולים פשוטים, שמגיבים לתרופה הראשונה כשאני מעלה מינון – זה בסדר. ליתר אין לי זמן [ולכן ממחרת להפנות לפסיכיאטר].”

שיחות טיפוליות: רוב הרופאים דיברו רק על טיפול תרופתי, אבל היו כמה שסיפרו כי נוסף למתן תרופות, הם משתדלים לקיים עם מטופליהם הסובלים מקשיים נפשיים גם “שיחות”, כחלק בלתי נפרד מההתהליך הטיפולי ולא רק מהאבחון. לא מדובר בשיחות טיפוליות ממושכות, כדוגמת אלו הנערכות במסגרת טיפולים פסיכולוגיים, אלא בשיחות קצרות שנועדו בעיקר לתמיכה במטופלים.

”אני פוגש אנשים; לא עושה פסיכותרפיה, כי אני לא יודע ואין לי הכשרה בזה... [אבל בפגישות האלה] קורים דברים של ריפוי או של שיפור מצב באמצעות שיחות – מפגש עם אדם שהמקצוע שלו רופא. לעיתים המטופלים יוצאים נשכרים ממנו – לפעמים אחרי פגישה אחת; לפעמים אחרי עשרים פגישות.”

”אם זה לא נראה כמו מחלת נפש [קשה], אז אני מנסה לטפל בו במרפאה, גם בשיחות, והרבה מאוד מטופלים שלי חושבים שאני פסיכולוג מצוין.”

תפקיד בתחום מחלות נפש קשות ומצבים נפשיים מורכבים

בניגוד לפסיכיאטריה ה”רכה”, שרוב המרואיינים תופסים אותה כתחום שבו הם כרופאים ראשוניים נושאים באחריות העיקרית (ולא פעם הבלעדית) לטיפול, ההתייחסות לתפקידו של הרופא הראשוני במקרים של מטופלים עם מחלות נפש קשות או הנתונים במצבים קיצוניים, כגון כאלה שבהם יש חשש לאובדנות, שונה. כל הרופאים שרואיינו אמרו שהאחריות העיקרית לאבחון ולטיפול בהיבטים הנפשיים של חולים אלה נמצאת בידי הפסיכיאטרים. עם זאת, רובם הדגישו כי הם תופסים את עצמם כאחראים למתן התרופות שהפסיכיאטר רשם ולמעקב השוטף: מעקב אחר נטילת התרופות, בדיקות שוטפות הנוגעות לתופעות לוואי אפשריות של תרופות אלה, וכמובן גם למעקב אחר מצבם הגופני של החולים, גם במה שאינו קשור ישירות למצבם הנפשי ולהשפעת הטיפול בו. נוסף לכך, חלקם דיברו על תפקידם בעידוד המטופלים להמשיך במעקב אצל הפסיכיאטר.

”אני רק משתפת פעולה עם ההמלצות של הפסיכיאטר... אני רק בודקת שהוא [המטופל] רוכש תרופות כמו שהוא צריך ושהוא כן מבקר את המומחה בתחום... אני לא רוצה לקחת אחריות. חלק לוקחים תרופות שאין לי ניסיון איתן – כל השילובים האלה כבר מעבר ליכולת שלי...”

”אנחנו מאוד מעודדים אותם לחזור למעקב, כי הרבה פעמים הם מפסיקים מעקב פסיכיאטרי; ואז התפקיד שלי הוא יותר להיות בייביסיטר... [לראות] אם הם ‘הולכים לאיבוד’.”

בחלק מהראיונות עלה תפקיד נוסף של רופא המשפחה – שמירת הקשר עם משפחתו של החולה המתקשה לדאוג לעצמו, לשם יצירת מערך תמיכה משמעותי:

”[יש חשיבות רבה] גם לקשר עם המשפחה. יש לי מטופלים צעירים עם סכיזופרניה שהם גם משתמשים בסמים ובודדים וטיפה מוזנחים. אז אני צריכה להיות בקשר עם המשפחה. יש לי מטופל שאני כל הזמן בקשר עם אימא [שלו], וגם האימא באה אלי לספר מה קורה בבית...”

קושי בקשר עם חולים במחלות נפש קשות

מהראיונות עלה שחלק מהרופאים מרגישים לא בנוח לשוחח עם חולים במחלות נפש קשות, שהתקשורת איתם אינה קלה, וחווים קושי בטיפול בהם. אצל רופאים אלו ניתן להבחין ברתיעה מהקשר עם חולים אלו וברצון להיות כמה שפחות במגע איתם:

"יש לי מטופל שעבר התעללות ואנחנו כן מדברים על זה; ובדיכאון אחרי לידה, אני כן מדברת על זה... אבל עם חולים בסכיזופרניה, למשל, לא קל לי. יש לי מטופלת שמגיעה אלי לדבר. יש לה קצת פרנויות, היא חוזרת על עצמה כל פעם... יש לי בעיה עם זה; יש לי בעיה, כי אני טיפוס נורא פרקטי, ובעצם, חולה סכיזופרניה שבא לדבר, זה לא משהו פרקטי... קשה לי לשמוע מישהו שאומר דברים לא מדויקים... היא [המטופלת] התחילה להגיע אלי כל שבוע וצועקת את זה... ואני יוצאת עם כאב ראש מהפגישה... קשה לי להיות בתפקיד הפסיכיאטר או הפסיכולוג של חולה סכיזופרניה. אני לא מצליחה. [עם] דיכאון וחרדה, בוודאי שאני יכולה. עם זה אין לי בעיה..."

"לא נוח, בקיצור. ככה, שורה תחתונה – לא נוח... גם המטופל עצמו הוא לא... כלומר, אם תגיד לבן אדם 'אתה נמצא עכשיו במצב דיכאוני', יש לו את היכולת להפנים את זה, לקבל את זה, להבין את זה. אנשים עם סכיזופרניה ועם מאניה ועם כל מיני כאלה, הבעיה השיפוטית שלהם היא בדרך כלל מחסום... דבר שני, הכלים שיש לי לטפל בזה, הם פחות..."

הסבר אחר להסתייגות מהקשר עם מטופלים אלה שצוין על ידי אחדים מהרופאים, הוא לחץ הזמן שאיננו מאפשר התייחסות הולמת. אחד הרופאים תיאר זאת כך: "לא נוח [לדבר]. כשאתה עובד בלחץ, ונכנס מישהו עם מחלה פסיכיאטרית, אין לך זמן. אתה לא פסיכיאטר ולא יכול להתייחס במאה אחוז..."

קשר עם שירותי בריאות הנפש

העברת האחריות להספקת שירותי בריאות הנפש לקופות הייתה אמורה להביא להידוק הקשר בין שירותי הבריאות הפיזית לשירותי בריאות הנפש. רופאי משפחה מפנים מטופלים עם קשיים נפשיים לגורמי טיפול שונים מתחום בריאות הנפש, בקהילה ובמסגרות אשפוז. להלן נסקור את הקשר של רופאי המשפחה עם גורמי מקצוע שונים, ולאחר מכן נציג את האפשרויות שעומדות בפניהם להיוועץ באנשי המקצוע בתחום, גם כשהם לא בהכרח מפנים אליהם חולים.

פסיכיאטרים

כל רופאי המשפחה שרואיינו מפנים מטופלים לפסיכיאטרים – בוודאי במקרים של מחלות נפש קשות ושל מצבים מורכבים, ובמידה משתנה, כפי שתיארנו לעיל, במקרים של בעיות קלות יותר.

מסגרות עבודה של פסיכיאטרים: הפסיכיאטרים שעליהם מדובר עובדים במסגרות שונות – חלקם במרפאות שלהם (במסגרת הקופה) או בסניפים של הקופה, חלקם במרפאות בריאות נפש רב-מקצועיות של הקופה הכוללות אנשי מקצוע נוספים כמו פסיכולוגים, עובדים סוציאליים ועוד, וחלקם עובדים במסגרות שאינן של הקופה ושהקופה קונה מהם שירותים, כמו מרפאות בבתי חולים או מרפאות רב-מקצועיות שהיו שייכות בעבר למשרד הבריאות. המרואיינים תיארו שני מודלים נוספים של שירות:

פסיכיאטר שיושב במרפאה בקהילה ותפקידו כולל רק אבחון, מיון ראשוני, ובמקרה הצורך הפניה של המטופל לקבלת טיפול במסגרת אחרת; ו"ליאזון", – פסיכיאטר שמגיע ומקבל מטופלים במרפאה, יחד עם רופא המשפחה, ובכך מאפשר גם לרופא המשפחה ללמוד, תוך כדי הטיפול המשותף בחולים. במרפאה של הרופאה היחידה שסיפרה על מודל זה, הופסקה עבודת הליאזון עם תחילת הרפורמה בבריאות הנפש. אף אחד מהרופאים שרואיינו לא דיבר על מודל של ליאזון שמתקיים במרפאה שלו כיום, אבל מהראיונות המקדימים אנחנו יודעים שמודל זה קיים בחלק מהמרפאות, לפחות באחת הקופות.

טיב הקשר עם הפסיכיאטרים שאליהם מפנים: אחת הבעיות שמרואיינים העלו היא העדר קשר ישיר או היכרות אישית עם הפסיכיאטרים שאליהם הם מפנים את המטופלים. כתוצאה מכך, הם אינם יודעים למי הם מפנים ומתקשים ליצור דיאלוג עם הפסיכיאטרים המטופלים במטופליהם: "בכל ימיי לא התקשר אלי פסיכיאטר. יש לי מטופלת שהתחננה שאתקשר לפסיכיאטר שלה, [אמרה] שהוא מקבל טלפונים בבוקר, לפני העבודה, בין 06:00 ל-07:00... אני לא הצלחתי ליצור [אתו] קשר...". "אין לי כתובת טובה היום להפניה למערכת הפסיכיאטרית".

זמינות התורים: הייתה שונות רבה בתשובות הרופאים כשהם נשאלו על מידת הזמינות של תורים לבדיקה פסיכיאטרית. היו שתיארו זמינות טובה של תורים, עם אפשרות להתקבל בתוך ימים אחדים ולכל היותר בתוך שבוע-שבועיים (עם אפשרות לזרז תורים במקרים שנראים לרופא דחופים). במקרים אחרים תוארו מחסור חמור בפסיכיאטרים וזמני המתנה ארוכים הרבה יותר.

אופן קבלת המידע מהפסיכיאטר, אחרי שבדק את המטופל: מהראיונות עולה תמונה לא אחידה: חלק מהרופאים תיארו מצב שבו הם מקבלים מידע רק אם המטופל מגיע למרפאתם ומוסר להם מכתב מהפסיכיאטר. אחרים תיארו מצב שבו הם מקבלים מידע לקוני במערכת הממוחשבת, הכולל אבחנה ורשימת תרופות שרשם הפסיכיאטר אך לא מידע מפורט יותר. אחרים תיארו קבלת מידע מפורט יותר דרך המערכת הממוחשבת. נראה שהדבר משתנה מקופה לקופה ושהוא תלוי גם במסגרת ההעסקה של הפסיכיאטר – האם הוא עובד של הקופה, עצמאי או עובד במסגרת חיצונית (כגון תחנה לבריאות הנפש או מרפאת חוץ של בית חולים). חלק מהרופאים תיארו שינוי לטובה בתחום זה מאז תחילת הרפורמה, כאשר עכשיו הם מקבלים מידע שלא קיבלו בעבר: "שיפור ראשון – כן, ברוך השם: אפשר לראות את הביקורים שלהם [במחשב]. פעם זה היה מסווג ואי-אפשר היה גם לראות. אז אם המטופל לא היה חוזר עם הנייר [מהפסיכיאטר], אפילו לא הייתי יודעת שהוא היה [אצל]..."

לצד זאת, היו שצינו שגם היום אין הם מקבלים מידע ממוחשב מפסיכיאטרים שבדקו את מטופליהם: "אין כזה [דבר] העברת מידע, חוץ מהעברת מידע במכתבים...", והיו שדיברו על העברת מידע חלקית: "יש מגבלה בזה שהסיכומים הפסיכיאטריים חסומים מולנו. המון דברים בעצם לא ברורים בהם... מצד שני, אני מכבדת וברור מאיפה זה נובע, מאיפה נובעת המגבלה הזו... אם אני מבקשת, הם כן שולחים לי ביקור פתוח [מידע גלוי]... – אם הפצינט מסכים..."

טיב המידע שמתקבל מהפסיכיאטרים : גם בנושא זה נמצאה שונות רבה מאוד. היו רופאים שתיארו קבלת מידע מסודר ומפורט מהפסיכיאטרים, ברמה שמתאימה לרופא המשפחה. מנגד, היו שהתלוננו על קבלת מידע לקוני וחסר מאוד ועל חוסר שיתוף פעולה מצד הפסיכיאטרים, שמשאיר אותם בחשכה בנוגע למצבו של המטופל, הופך אותם לפקידים שצריכים למלא את הוראות הפסיכיאטר ולא משאיר מקום לתשומה מקצועית שלהם: "המערכת לא עובדת... הפסיכיאטרים לא משתפים אותנו, למרות שהם אומרים שהם מעריכים את העבודה שלנו ושהם חושבים שאנחנו עושים דברים מאוד חשובים. כשחולה מגיע למערכת הפסיכיאטרית, הוא עובר בעצם לצד השני של מסך הברזל, והם עושים כל מיני "הוקוס ופוקוס" ומחזירים אותו באיזה שלב עם שלוש שורות ש-נא להמשיך טיפול בתרופה איקס'... בדרך כלל, אפילו בלי אבחנה... ואז זה תלוי במצב הרוח שלי. לפעמים אני אומר [לחולה] 'תחזור בבקשה לפסיכיאטר ותגיד לו שאני רוצה מכתב'. קורים דברים כאלה. לפעמים אני אומר: 'אני אדבר עם הפסיכיאטר ואנסה להבין מה קורה'. התועלת בשיטה השנייה היא קטנה למדי... התקשורת מאוד לקויה. אין עם מי לדבר בצד השני."

"אם אני נורא מבקשת, אז הם כותבים בכמה מילים: 'אובחן ככה וככה', אבל זה בעיקר כי הם רוצים ממני איזו בדיקה; כאילו, אומרים לי 'תעשי גם בדיקת דם כזאת וכזאת'... אבל אין לי [מהם] מכתב מסודר, יפה, נוח... [יש מקרים בהם אפילו לא מציינים את האבחנה]. אני רוצה לכתוב בתיק אבחנה, ולא תמיד יודעת מה לכתוב בדיוק."

השונות חוצה את קופות החולים, ונראה כי במידה רבה היא תוצאה של הרגלי עבודה ואולי גם של תפיסות של פסיכיאטרים שונים בנוגע למה צריך להיות טיב הקשר עם הרופאים הראשוניים. שביעות הרצון של רופאי המשפחה בתחום זה תלויה גם במידה שבה הם מצפים לקבל מידע ובמידה שבה הם מצפים להיות שותפים בטיפול.

מרפאות רב-מקצועיות לבריאות הנפש

בעקבות הרפורמה הוקמו בכל הקופות מרפאות רב-מקצועיות לבריאות הנפש. נוסף לכך, במקרים מסוימים הקופות קונות שירותים ממרפאות כאלה שאינן בבעלותן. בראיונות עלו קשיים בקשר עם המרפאות משני הסוגים, בעיה של חוסר שיתוף רופא המשפחה בטיפול וכן חוסר היכרות עם השירותים הניתנים בהן: "אני אף פעם לא מצליחה לתפוס אותם בטלפון, ואין לי אפשרות לכתוב להם מייל..."; "להיות כנה איתך? אני לא יודעת בדיוק מה הם נותנים שם. זאת אומרת, אני מניחה שיש שם גם פסיכולוגים ועובדים סוציאליים. אני יודעת שיש שם כמה פסיכיאטרים."

חדרי מיון בבתי חולים ושחרור מאשפוז

הפניה לחדר מיון: מסגרת נוספת שאפשר להפנות אליה היא חדרי מיון בבתי חולים כלליים או בבתי חולים פסיכיאטריים. הפניה לחדרי מיון נעשית לרוב במקרי חירום – התקפים פסיכוטיים או מצבים מסכני חיים, כגון חשש לביצוע מעשה אובדני.

לצד מקרי חירום כאלה, תיארו כמה מהרופאים מצבים שבהם הם נוטים להפנות לחדר מיון גם חולים במצב חריף פחות, כתחליף לטיפול בקהילה כאשר זמינות התורים לפסיכיאטר בקהילה נמוכה, וכשהם לא מצליחים להקדים את התור למטופל שנראה להם כי לא יוכל להמתין זמן רב לבדיקה ולטיפול נפשי: "במקרים דחופים, אם אני לא יכול להרים טלפון למנהלת המרפאה או להגיד 'תעשי לי טובה', והיא אומרת 'אין לי, אין לי [תור קרוב]'... הקופה תצטרך לשלם לבית חולים על ביקור במיון..."

קבלת מידע על חולים ששחררו מאשפוז בבית חולים: מהראיונות עלה שיש עדיין בעיות בקבלת מידע מסודר על מטופלים מבתי החולים שבהם אושפזו לטיפול פסיכיאטרי. השונות כאן הייתה רבה, בדומה לשונות שתוארה בנוגע לקבלת מידע מפסיכיאטרים בקהילה. לצד רופאים שאמרו שהם מקבלים מכתבי שחרור און-ליין, היו שסיפרו שסיכום האשפוז מגיע לרופא רק באמצעות החולה או משפחתו: "אם החולה אחראי, או קרוב משפחה שלו אחראי, תוך 24 שעות הוא אצלי עם מכתב שחרור, ולמטה כתוב מה היה, מה ההמלצות, ואני מכניסה את זה למערכת [הממוחשבת] בצורה מאוד תמציתית"

לפעמים מכתב השחרור איננו כולל את כל הפרטים הנדרשים, והדבר גורר בעיות ביורוקרטיות שמפריעות להמשך הטיפול: "אנחנו מקבלים מכתב... דרך החולה או אמא שלו או האבא... לפעמים אני מקבלת [מבית החולים] רק מרשם. מה האבחנה? אין אבחנה. אין אישור [מקופת החולים להמשיך בטיפול התרופתי שנרשם בבית החולים], כי אין אבחנה. אני לא יכולה להכניס אבחנה על דעת עצמי, למרות שפחות או יותר, אני יודעת... וזו בעיה, כי אני מריצה את האנשים שוב לבתי החולים... אין לי שום אפשרות להסתכל [במחשב] על מה שקרה – האשפוזים הם לא במערכת [הממוחשבת של קופת החולים], ואנחנו צריכים לבקש אישורים [להמשך הטיפול התרופתי], ואנחנו לא מקבלים, ויש צרחות מפה עד להודעה חדשה...עד שאיננו אותו עם התרופה הזאת, ואתם לא רוצים לתת?"

בעיה נוספת שעלתה היא שמכתבי שחרור מגיעים באיחור, ובינתיים הרופא אינו יודע איך לנהוג במטופל: "בתי חולים פסיכיאטריים הרבה פעמים משחררים את המטופל עם איזו שהיא המלצה ראשונית, ומכתב השחרור יגיע אחרי [זמן מה]... אז אני מקבלת... נקרא לזה מרשם – לא מקבלת מה היה, [ב]מה הוא טופל. לעיתים כן, [אבל] אחרי כמה ימים... היה לי מקרה מצער שמישהי השתחררה מ[שם של בית חולים פסיכיאטרי], ומכתב הסיכום הגיע אחרי חודש וחצי. מה תעשה בינתיים [בכדי] שתבין מה היה, שתבין מה הדגלים האדומים שיגרמו לך לשלוח אותה חזרה?"

אחד המרואיינים דיבר על שיפור במצב יחסית למה שהיה לפני הרפורמה: "אני מקבל סיכום כללי שהוא טוב יותר מאשר היה לפני הרפורמה. אז [בעבר] קיבלתי דף ועליו רשימת תרופות, ולפעמים גם אבחנה. עכשיו מקבלים סיכום מחלה, גם אם לא מפורט..."

יש גם שונות בסוג המידע שבו מעוניינים הרופאים. לא כולם מעוניינים בפרטים: "לפעמים יש אפילו יותר מדי מידע... פחות מעניין אותי אם הוא עשה ריפוי בעיסוק או פסיכולוג... מעניין התכל'ס – מה הלאה עכשיו? מה אבחנתם אצלו, מה מומלץ לעשות, מה אתם צריכים ממני – מתן תרופות, בדיקות דם למעקב?"

פסיכולוגים ועובדים סוציאליים קליניים

בין אנשי המקצוע בתחום בריאות הנפש שאליהם רופאי משפחה מפנים את מטופליהם מצויים לא רק פסיכיאטרים, אלא גם אנשי מקצוע שאינם רופאים. הרופאים שרואיינו ציינו כי הם מפנים לעתים מטופלים גם לפסיכולוגים (וכן לעובדים סוציאליים קליניים, שהתמחו בפסיכותרפיה), כאשר הם סבורים שהמטופל זקוק לפסיכותרפיה או לשיטות טיפול פסיכולוגי אחרות, ולא דווקא לטיפול תרופתי או כאשר המטופל חושש מהסטיגמה הכרוכה בפנייה לפסיכיאטרים.

שירותי הפסיכותרפיה בקופות ניתנים בשתי מסגרות: מרפאות רב-מקצועיות, שבהן הטיפול ניתן בחינם, ומטפלים עצמאיים שיש להם הסכם עם קופת החולים והטיפול אצלם כרוך בתשלום.

המרואיינים העלו שלוש בעיות בהקשר זה. הבעיה הראשונה היא שאין להם קשר עם הפסיכולוגים, הם אינם מכירים אותם ולכן אינם יכולים להמליץ למטופלים שלהם למי לפנות:

"אנחנו לא מכירים אף אחד; אף אחד. אני לא יודעת מי הפסיכולוג שמטפל בבעיות ההתבגרות, מי מטפל בזוגיות. ה'קטע' של פסיכולוגיה סגור, סגור לחלוטין. נגיד, קודם [לפני הרפורמה] הייתי מתקשרת אולי [לתחנה] לבריאות הנפש; הייתי אומרת 'יש לי בקשה – תעזרו לבן אדם לפגוש פסיכולוג בהתאם [לצרכיו] – אולי לדובר רוסית, אולי בעיית זוגיות קשה' והיו עוזרים לי; כרגע אני לא יודעת. אני אומרת 'תפנו למרכזייה של [קופת החולים], תחפשו פסיכולוג לפי מקום מגורים...'"

בעיה נוספת נוגעת לכך שהשירות שניתן בחינם במרפאות הרב-מקצועיות הוא בזמינות נמוכה מאוד:

"... אם פסיכיאטר ממליץ על טיפול פסיכולוגי, והמטופל לא יכול לשלם, אז הוא מחכה. יש תחנת

בריאות הנפש, שזה בתוך הקופה, אז הם מקבלים אותו בחינם, אבל יש שם תור מאוד ארוך."

הבעיה השלישית נוגעת לכך שהטיפול על ידי מטפלים עצמאיים, שניתן באמצעות הקופה והוא זמין יותר מאשר המטפלים במרפאות בריאות הנפש, כרוך בתשלום. חלק מהרופאים מרגישים מאוד לא בנוח להפנות לטיפול בתשלום, מאחר שמדובר בתשלום לא זניח שיכול להצטבר לסכומים גדולים:

"... פסיכולוגים, ופה יש לנו בעיה, כי זה בכסף; כי זה עולה כסף. אמנם זה מסובסד על ידי הקופה,

אבל בכל זאת – יש אנשים שאין להם כסף לקנות את הכדור להורדת כולסטרול, שזה עולה 20 שקל,

ואז הם [גם] צריכים לשלם לפסיכולוג כל שבוע... 80, 60, 100 או 110 שקלים כל פעם. אז זה בעיה."

"בדרך כלל אנחנו לא רוצים להתעסק עם העניין הזה [של] להציע משהו בתשלום... ואנחנו [בכל זאת]

מציעים, בגלל שאני בטוחה שזה יביא תועלת לעתיד..."

אחד מרופאי המשפחה הדגיש במיוחד את חשיבות הפסיכותרפיה כסוג העזרה החיצונית המשמעותית ביותר שהוא נזקק לה עבור מטופליו, ולא כאל תוספת – לעתים שולית יחסית – לטיפול בידי רופאים: "אני

צריך בעיקר פסיכותרפיה למטופלים... פסיכותרפיה הכי חסרה לי. פרמקולוגיה אפשר תמיד למצוא..."

אותו רופא גם סיפר על הדרך שבה הוא מבסס קשר עם הפסיכולוגים, ועל המידע שהוא מעוניין לקבל מהם: "הרבה פעמים אני מציע למטופל – כשהפנייה אלי היא בעניין גופני, אבל [כזה] שקשור לנפש – לחבור

[לפסיכולוג ה]מטפל ולהיות אתו בקשר טלפוני, ולראות איך משתפים פעולה בטיפול... יש [מטופלים] כאלה שזה מאיים עליהם, שרוצים לשמור על מקום פרטי שלהם. יש כאלה שאומרים כן, אבל במעשים אומרים לא; ויש כאלה שמסכימים. [אשר לפסיכולוגים:] יש כאלה שמאוד שמחים; אומרים שזו הפעם הראשונה שפונים אליהם, [ש]זה נורא חשוב. יש כאלה שזה מאיים עליהם – רוצים לשמור על גבולות, לא מבינים את הרלוונטיות. בסוף זה צריך להיות לפי רצון המטופל... המידע הוא הרבה פעמים זוויות חדשות להסתכל על הבעיה של המטופל ועל דרכים להשיג את הפתרונות; לא מידע על המטופל עצמו, לא מידע מחדר הטיפולים, זה יכול להיות הפרה של אמון. התפקיד שלי לתרום להבנה של הקשר גוף-נפש אצל המטופל, ואיש בריאות הנפש יכול להציע את ההבנה שלו של מה שעובר על המטופל, ההתמודדות שלו, ומה הדרכים להביא אותו לבריאות יותר טובה."

עובדים סוציאליים במרפאות

רבים מהרופאים שרואיינו ציינו כי הם נמצאים לעתים בקשר עם עובדים סוציאליים (לאו דווקא קליניים) בנוגע למטופליהם. בשונה מפסיכולוגים ופסיכיאטרים, ששירותיהם ניתנים לרוב מחוץ למרפאות הראשוניות, בחלק מן המרפאות שבהן עובדים הרופאים יש גם עובדות סוציאליות של הקופה, גם אם לעיתים בהיקף נמוך מן הרצוי, של שעות אחדות בשבוע. במקרים אחרים, יש עובד סוציאלי במרפאה סמוכה ונגישה למדי. חלק מהרופאים תיארו מקרים שבהם הם נעזרים בעובדים סוציאליים אלה בטיפול במטופליהם ובייעוץ להם, בהפניה לשירותים שונים, בהתייעצות איתם כגורם זמין שיש עימו קשר סדיר, ולעיתים אף במתן טיפול פסיכותרפי של ממש (כשמדובר בעובדים סוציאליים של הקופה שיש להם גם הכשרה קלינית).

הקשר המתואר הוא קרוב ובלתי אמצעי: "אנחנו נותנים הפניה, והיא [העו"ס] יוצרת קשר עם אותו מטופל ומזמנת אותו לאינטייך. את [מידת] הדחיפות אני בדרך כלל כותבת. אם זה דחוף, תוך שבוע-שבועיים היא מקבלת... [שאלה: אילו סוגי בעיות את מפנה אליה?] בעיקר חרדות, דכאוונות, הפרעות הסתגלות, סביב משברים. לפעמים אנחנו שולחים גם בשביל הבירוקרטיה: אם זה למלא טופס בשביל לקבל עזרה בבית או [ל]ניצולת שואה... הרוב זה באמת טיפולים שהיא מטפלת. היא לא סתם שולחת ומתקשרת ונותנת להם מספרי טלפון, אלא מטפלת... עובדת סוציאלית היא [אפשרות] טיפולית טובה; היא חלופה יותר טובה, לדעתי, מפסיכולוג...". רופאה אחרת ציינה את חוסר הקשר עם גורמים מטפלים שונים, אך לאחר מכן דיברה בשבח הקשר עם העובדת הסוציאלית: "... עובדת סוציאלית שנמצאת אצלנו במרפאה – [איתה] זה קשר אחר לגמרי... אני מפנה אליה לטיפול, ודרך אגב, היא גם עושה פסיכותרפיה... אז נניח שאני מפנה אליה – אני יכולה אחרי שבועיים לשאול אותה: 'את כבר ראית את המטופל? מה היה?'. ואז היא תספר לי קצת מה היה... או מישהו שאני רוצה שהיא תראה מהר, אז אני הולכת ואומרת לה 'השארתי לך מכתב. תזמיני אותו כמה שיותר מהר, כי הוא ממש במצוקה קשה'. אז היא תעשה את זה... ההפרדה הזו [מהמטפלים האחרים בתחום בריאות הנפש] – אני מאוד לא אוהבת את זה."

ציטוטים אלה ממחישים את החשיבות הרבה שמייחסים המרואיינים להימצאות של גורם טיפולי בתחום בריאות הנפש במרפאה, להיותו זמין יחסית ולעובדה שהוא חלק מהצוות ושאינו יש לרופא הראשוני

קשר בלתי אמצעי. חלק מהרופאים ציינו כי חבל להם שתקן העובד הסוציאלי במרפאה מוגבל לשעות אחדות בשבוע והדגישו את חשיבותו. רופאים אחרים הצרו על כך שאין במרפאתם עובד סוציאלי או על כך שהעובדים הסוציאליים של קופת החולים באזור אינם זמינים דיים לטעמם. אחד הרופאים ציין גם את הקשר שהוא מקיים מעת לעת עם עובדים סוציאליים של המועצה המקומית ביישוב מגוריו, והוסיף כי הוא מפנה אליהם מטופלים שסובלים מקשיים נפשיים כדי שיקבלו סיוע הקשור בבעיות אישיות או משפחתיות שונות.

אפשרות להתייעץ עם גורמי מקצוע בתחום בריאות הנפש

עד כה עסקנו בעיקר בגורמים מקצועיים בתחום בריאות הנפש שאליהם מפנים רופאי המשפחה את מטופליהם. כפי שפורט בהקדמה, כל הקופות הקימו מנגנונים לייעוץ מקצועי בנושא בריאות הנפש שנועדו לסייע לרופאים הראשוניים.

אחד הרופאים דיבר בהתפעלות על הייעוץ הוירטואלי הקיים בקופה שלו: "הקופה מאפשרת לי להרים טלפון לפסיכיאטר. יש שיטה נהדרת של ייעוץ וירטואלי, שאפשר לשאול שאלה קונקרטיים, שלא קשורה להיכרות עם המטופל ולא צריך לראות את המטופל, ולקבל תשובה קונקרטית מפסיכיאטר תוך 24-48 שעות: מינון של תרופות, אינטראקציות, למה לשים לב, האם התפקיד שלי או מישהו אחר צריך לעזור לי. זה ייעוץ מאוד זמין... דרך המערכת הממוחשבת... זו שיטה מעולה, שאני לא מכיר מחוץ ל[קופה]."

עם זאת, מדבריהם של רבים מהמרוואיינים האחרים עולה ששיטה זו, שבה מתייעצים ייעוץ וירטואלי עם רופא לא מוכר, אינה מתאימה לכולם ואינה עונה על הצרכים של כולם. לרופאים אלה חסרה ההיכרות האישית עם הפסיכיאטר, והם מרגישים מאוד לא בנוח עם הרעיון של התייעצות עם אדם לא מוכר. בעיה נוספת היא שהתשובות בהתייעצות מסוג זה אינן מיידיות. חלק מן המרוואיינים פותרים את הבעיה באמצעות פנייה לרופא שהם מכירים, שעוזר להם כטובה אישית: "אין לי שום תמיכה פסיכיאטרית. שום דבר... יש לי גם כמה שמות של רופאים שעושים ייעוץ וירטואלי. אני לא מכירה אף אחד... אני לא יודעת מי הם, מה הם. על סמך מה הם ייתנו לי ייעוץ?... אז נגיד, גם כמה פעמים שאני פונה לכמה מומחים וירטואליים, הם נותנים לי תשובה תוך שבוע ימים. זה גם לא מתאים לי. אני צריכה תשובה בתוך יום-יומיים מקסימום, [זמן] שהחולה יכול לחכות. אז אני לא משתמשת בייעוץ וירטואלי."

"הרבה יותר נוח לי לעבוד עם אדם מוכר לי. כשיש פנים מאחורי השם, לי הרבה יותר נוח. אז באמת, הרבה שנים דאגתי שיהיו פנים מאחורי השם. מאז הרפורמה אין לי שמץ של מושג מי זה [הפסיכיאטר שמולו עובדים]... אני צריך מישהו שאני יכול להרים אליו טלפון, להגיד "יש לי בעיה דחופה [עם מטופל]. מה לעשות איתו?" או "איך לטפל?" או "האם אני צריך לאשפז או שאני יכול להמשיך לעשות את זה?". היום אין לי כזו כתובת, אז אני משתמש בקשרים ישנים שלי בשביל הייעוץ, אבל זו לא מערכת טובה."

ויש שפשוט אינם יודעים אם הקופה מעמידה לרשותם שירותי ייעוץ מסודרים בתחום בריאות הנפש.

השפעות הרפורמה בבריאות הנפש

מהראיונות עולה תמונה מורכבת ולא אחידה בנוגע להשפעת הרפורמה על עבודת רופאי המשפחה: חלקם ציינו בעיקר שינויים לטובה בעקבות הרפורמה, אחרים ציינו בעיקר שינויים לרעה, ויש שצינו כי לא חוו כל שינוי משמעותי מאז החלה הרפורמה. עולה הרושם שהדבר תלוי בין השאר בשינויים מקומיים בהיצע השירותים. היו רופאים שהצביעו על מגמות שיפור בתחום מסוים, ובה בעת על הרעה בתחומים אחרים. חלק מהשינויים הוזכרו לעיל בדברי הרופאים בהתייחס לנושאים אחרים בעבודתם, ועל כן נזכיר אותם רק בקצרה.

השפעה לטובה

- **פתיחת מרפאות חדשות לבריאות הנפש של קופות החולים**, אשר שיפרו את הנגישות לשירותים בתחום זה באותם שכונות/יישובים שבתחומם או בסמוך להם הן הוקמו. היו שצינו כי מתוכננת הקמה של מרפאה כזו גם באזורם והביעו תקווה כי הדבר יביא לשיפור הנגישות בעתיד.
- **פסיכיאטרים שתפקידם אבחון ומיון ראשוניים בלבד**: במקצת ממרפאות קופות החולים נוספו פסיכיאטרים שזה תפקידם, ונראה כי זמני ההמתנה לתורים אצלם קצרים יחסית. מצד אחד, הדבר צוין כשיפור בשירות, בשל הנגישות הרבה-יחסית לשירות ראשוני. מן הצד האחר, הדבר תואר גם כהרעה בשירות, כפי שיתואר להלן.
- **שיפור במידע המתקבל מגורמי בריאות הנפש**: היו רופאים שצינו כי מאז הרפורמה הם מקבלים מידע ממוחשב, שכמותו לא קיבלו בעבר, בנוגע לביקורים של מטופליהם אצל אנשי מקצוע בבריאות הנפש. עם זאת, גם רופאים שצינו שיפור בתחום זה תיארו אותו כחלקי ולא מספק, מה גם שהוא רלוונטי רק לשירותי בריאות הנפש הניתנים במערכות של קופת החולים עצמה, ולא באמצעות גורמים חיצוניים לה.

השפעה לרעה

- **פסיכיאטרים שתפקידם אבחון ומיון ראשוניים בלבד**: תוספת אפשרות זו צוינה על ידי מרואיינים אחדים כשינוי לטובה, אך בה בעת צוינה גם כשינוי לרעה, משום שהיא יוצרת סרבול נוסף, פיצול בשירותים ופגיעה ברצף הטיפולי בעבור מי שזקוקים לטיפול ולמעקב אצל פסיכיאטר, ולא לאינטייק והמלצה חד-פעמיים בלבד. זאת משום שבעקבות מיון ראשוני זה הם יופנו למעקב במערכת פסיכיאטרית אחרת.
- **שירותים שהיו נגישים בעבר ובוטלו**: רופאים הזכירו שירותים שהיו נגישים וטובים לפני הרפורמה. כך, לדוגמה, הוזכרו ביטול האפשרות להשתמש בשירותי התחנות לבריאות הנפש של משרד הבריאות באזורים מסוימים, ללא שניתנו תחליפים מספקים. דוגמה נוספת היא מרפאה שבה התקיים מודל עבודה של "ליאזון" ובוטל. חלק מהרופאים ציינו כי לא ברור להם אילו תחליפים ניתנים לשירותים שבוטלו, וכי בהעדר השירותים שהכירו בעבר, הם אינם יודעים לאן להפנות את מטופליהם.
- **תוספת בירוקרטיה**: תואר סרבול בירוקרטי שלא היה קיים בעבר ושמקשה על הרופאים ועל מטופליהם. דוגמה לכך היא הצורך להפנות לאינטייק אצל איש מקצוע מתחום בריאות הנפש (פסיכולוג או פסיכיאטר) כדי להגיע לטיפול, במקרים שבהם בעבר אפשר היה לפנות ישירות.

העדר השפעה

רבים מרופאי המשפחה העידו כי הרפורמה כמעט ולא השפיעה על עבודתם היום-יומית, גם אם הם ידעו למנות תחומי שיפור או הרעה מסוימים: "בעבודה שלי שום דבר לא השתנה. כלומר, אני יודע [שהרפורמה קיימת]. אנחנו שומעים על הרפורמה, ככה, בהרצאות..."

חסמים

רופאי המשפחה הזכירו שורה של חסמים אשר מקשים, לדעתם, על האפשרות לספק שירות טוב למטופליהם בתחום בריאות הנפש. חלקם מקשים על הרופאים עצמם לתת טיפול מיטבי, וחלקם מקשים על המטופלים. חלק מהחסמים הללו כבר הוזכרו בפרקים קודמים, והם יוזכרו להלן רק בקצרה.

- **נגישות וזמינות השירותים:** הוזכרו המרחק וקשיי התחבורה אל חלק מן השירותים המקצועיים בתחום בריאות הנפש. חלק מהרופאים סיפרו כי קשיים אלה אף גורמים לחלק מהמטופלים לוותר לחלוטין על הפנייה לשירותים אלה. כן צוינו זמני ההמתנה הארוכים לחלק מן השירותים, בחלק מן האזורים, כגורם שמעכב טיפול ומאריך את סבלם של חולים.
- **מחסור באפשרויות ייעוץ:** כאמור, רבים מרופאי המשפחה חשים שאין להם אפשרויות מספקות להתיעץ עם פסיכיאטרים ועם אנשי מקצוע אחרים מתחום בריאות הנפש.
- **בעיות בזרימת המידע על החולים:** טיב המידע המועבר מחלק מגורמי המקצוע בתחום בריאות הנפש, והאופן שבו הוא מועבר, מקשים על תקשורת יעילה בין מטפלים מתחום בריאות הנפש ולפעמים פוגעים ברצף הטיפול.
- **ידע, מיומנות וביטחון של רופאי משפחה בתחום בריאות הנפש:** חלק מהרופאים ציינו את מגבלות ההכשרה והידע שלהם בתחום בריאות הנפש כחסם שמקשה עליהם למלא טוב יותר את תפקידם בתחום, והביעו רצון במערכת השתלמויות מסודרת שתסייע בשיפור ידיעותיהם: "אני רוצה הרבה הרצאות והרבה פגישות; זה מה שאני רוצה... [כ]שאנחנו הולכים להרצאות ומכירים אנשים, רופאים, זה באמת נורא עוזר, ופה [בתחום בריאות הנפש] ריק, חלל ריק. כל ההרצאות שהיו זה לפני שנתיים-שלוש." עם זאת, לצד הרופאים שהדגישו את המחסור בהכשרה ו/או בהדרכה בתחום זה, היו שאמרו שתפקיד רופא המשפחה הוא רחב מאוד וכולל תחומים רבים, ואין בעיה בכך שהם אינם מומחים בכל נושא: "אני חושב שאני יודע מה המגבלות של הידע שלי. בסדר – לא יכול לטפל בזה, אז בשביל זה יש מומחה... זה לא מוריד מכבודי. זה לא מוריד מההערכה של מטופלים כשאני אומר 'אני לא יכול לטפל בזה' או 'אני לא יודע. בוא נתייעץ עם זה וזה'... בוודאי, יש לנו, לכולנו, קושי להתמודד עם חוסר הוודאות של המקצוע."
- **חלוקת אחריות לא ברורה:** כאמור רופאי משפחה מטפלים לפעמים באנשים שמטופלים גם אצל פסיכיאטרים. מהראיונות עולה שלא תמיד ברור היכן עובר הגבול בין האחריות של רופא המשפחה לזו של הפסיכיאטר. "לפעמים גם מאוד קשה להבין של מי האחריות: שלי, של הפסיכיאטר?... הרבה פעמים התחושה היא שזורקים אותם עליי". "חולה שהם מטפלים וגם אני מטפלת אז... לא כל כך ברור מי אחראי למה, ולפעמים זה כן נופל בין הכיסאות."

■ **חוסר התייחסות למעמסה הרגשית הכרוכה בעבודה בתחום זה:** הטיפול באנשים השרויים במצוקה נפשית כרוך גם במעמסה נפשית, שהמערכת איננה מתייחסת אליה ואיננה נותנת לה מענה. "קבעו שרפואת המשפחה תעסוק יותר בפסיכיאטריה קלה, אך האם נתנו מענה לצרכים של הרופאים, מענה ברמות שונות: הכשרה, ידע, מיומנות, גישה? האם מקבלים הדרכה מתמשכת?... והאם יש מישהו שבודק מה קורה לרופא עצמו? במקצועות בריאות הנפש, אינהרנטי למקצוע שהמטפלים יקבלו הדרכה... העבירו חלק מהתפקיד לרופא המשפחה, ולא העבירו את התפקיד הזה [הכשרה ותמיכה]".
רופאה אחרת תיארה:

"לא תמיד יש לי עם מי להתייעץ. אני הרבה לבד. יש פה דברים קשים... [הייתי רוצה] מישהו לחלוק איתו, כן, אנחנו מאוד לבד. בסדר, זה עבודה שלנו, אני מבינה את זה אבל לפעמים אתה נחשף פה למצוקות קשות, לדברים שבאמת אתה לא לגמרי תמיד יודע מה לעשות איתם, לא תמיד יש לי עם מי להתייעץ."

■ **מגבלות זמן:** רבים מרופאי המשפחה הזכירו מגבלת זמן כגורם שמקשה עליהם להתייחס לעומק לקשיים נפשיים ולפתח שיחה מעמיקה לצורך חשיפת רבדים נפשיים שבבסיסן של תלונות גופניות: "כשאתה עובד בלחץ ונכנס מישהו עם מחלה פסיכיאטרית, אין לך זמן [להקדיש לו]... הרפורמה החזירה את כל מחלות הנפש לרפואה הראשונית. נכון שיש קשר בין הגוף והנפש, אבל יש גבול; אתה לא יכול להתמודד עם בעיות נפש בקופה, כשיש לך כל שמונה או עשר דקות [מטופל] מוזמן. יש צורך בשיחה של חצי שעה ויותר..."

למרות זאת, רבים מהמרוואיינים גם תיארו דרכים שונות שהם פיתחו כדי להקדיש יותר זמן למטופליהם: המלצה של רופאים לחולה עם קושי נפשי לבקש מראש תור כפול; קביעת תור בסוף יום העבודה, כשאינן מטופל נוסף שמתעכב בחוץ; הזמנת המטופל מחוץ לשעת העבודה הרגילות או פשוט הקדשת הזמן הנדרש למטופל שמביע מצוקה נפשית, גם על חשבון המתנה ממושכת של מטופלים אחרים מחוץ לדלת.

חלק מהפתרונות שרופאים תיארו לבעיית המחסור בזמן הם יוזמה פרטית שלהם, ולרוב באים על חשבון זמנם הפרטי, ללא תגמול. כך במיוחד כשמדובר ברופאים עצמאיים המקבלים את שכרם מהקופה על בסיס מספר המטופלים שהם מקבלים.

■ **תפיסות מערכתיות:** אחד הרופאים הדגיש, כי על אף שהרפורמה חרתה על דגלה את ביטול ההפרדה בין טיפול בגוף לטיפול בנפש, התפיסות המושרשות במערכת הבריאות ובציבור הרחב לא השתנו במהותן: "צריך להגיד שבמערכת מתקיים ה'ספליט' בין גוף לנפש. זה קיים אצלנו הרופאים, קיים אצל המטופלים, קיים אצל המנהלים במערכת הבריאות, קיים גם אצל הפסיכיאטרים, שהם בעצמם לא תמיד יודעים לאחות את הפיצול הזה. אז הם יעסקו בנפש, ובסוכרת ובשאר הבעיות אנחנו נטפל. זה מודל שהוא מורכב בעיני. כמה שיותר מפצלים, כך יותר מורכב להגיע לרמת תפקוד יותר גבוהה או לאיכות חיים יותר גבוהה."

■ **סטיגמה:** חלק מהרופאים התייחסו לסטיגמה שעדיין כרוכה במחלות נפש. סטיגמה כזו קיימת בחברה בכלל, והיא מהווה לפעמים חסם אשר מונע מחולים לגשת לטיפול או מעכב את הגעתם לקבל עזרה מקצועית. היו שצינו כי גם בקהילה הרפואית עצמה יש עדיין נטייה לדעות קדומות באשר לאנשים עם בעיות נפשיות, דבר שעלול לפגוע בטיפול שהם עצמם מעניקים: "אני חושבת שעדיין, גם בקרב הרופאים, יש המון דעות קדומות. אנחנו מאוד שמרניים..."

■ **פערים תרבותיים ולשוניים:** אחדים מרופאי המשפחה העלו סוגיות תרבותיות נוספות הפוגעות לעתים ברצף הטיפולי בתחום בריאות הנפש, במיוחד בקבוצות אוכלוסייה מסוימות. כך, לדוגמה, הזכירה אחת הרופאות מצב שבו היא הפנתה לפסיכיאטר בחור חרדי צעיר עם בעיות תפקוד שונות: "הפסיכיאטר כתב 'אין מחלה. הוא בריא'. אני מתחילה לשאול אותו שאלות... 'איך ישנת? איך אכלת. מה עשית?...'; לכל שאלה – תשובה פתולוגית... ואז הבנתי שהבחור לא מדבר עברית כשפת אם. הפסיכיאטר גם לא מדבר עברית כשפת אם, וביניהם לא הייתה תקשורת. הוא [הבחור] מדבר יידיש כשפת אם, והוא [הפסיכיאטר] מדבר רוסית כשפת אם. הם לא הבינו אחד את השני, לא מבחינה תרבותית ולא מבחינת שפה..."

בהקשר של האוכלוסייה החרדית גם ההיבט המגדרי עלה כחסם אפשרי שיש לגלות אליו רגישות.

■ **עלות כספית:** חלק גדול מהטיפולים הפסיכותרפיים הניתנים בקופות החולים ניתנים בתשלום על ידי מטפלים עצמאיים. על אף שמדובר בתעריפים נמוכים מתעריפי השוק החופשי, לדברי כמה מרופאי המשפחה הדבר מהווה חסם משמעותי לצריכת שירותים אלה, בעיקר על ידי אוכלוסיות מעוטות יכולת, ובמיוחד בהתחשב בכך שרבים מהמטופלים זקוקים לטיפול לאורך תקופה ארוכה.

דגמים ייחודיים של עבודה במרפאות ומודלים אידאליים לעבודה עם מבוגרים בבריאות הנפש, לדעת הרופאים הראשוניים

במקצת הראיונות נחשפו מודלים של שיתוף פעולה בין רופאים ראשוניים למטפלים בתחום בריאות הנפש. נוסף לכך נשאלנו הרופאים האם לדעתם יש מודל אידאלי לעבודה משותפת של הרפואה הראשונית ומערכות בריאות הנפש.

מודלים קיימים של עבודה

א. **ליאזון:** פסיכיאטר שעובד במרפאה הראשונית ומקבל מטופלים, לפעמים יחד עם רופא המשפחה. דגם זה צוין ככזה שלא רק מאפשר טיפול נגיש ונוח לחולים הזקוקים לכך, אלא גם תקשורת ישירה בין הרופאים והזדמנות ללמידה. כמה רופאים שתיארו מודל זה ציינו כי הוא פעל בעבר באזורם, אך הופסק בידי קופת החולים.

ב. **מרפאת ייעוץ:** דגם ייחודי שהוזכר על ידי רופאה אחת. זו מרפאה שמיועדת לאנשים עם שילוב של בעיות פיזיות ונפשיות. המרפאה פועלת אחת לשבוע, ומטופלים מופנים אליה על ידי רופאי משפחה באזור. הצוות כולל רופאת משפחה ועובד סוציאלי שמבצעים יחד הערכה, תוכנית התערבות וטיפול משולב, ונעזרים בייעוץ של פסיכיאטר שמגיע אחת לכמה חודשים, לפי הצורך.

מודלים "אידאליים" שהציעו רופאי משפחה

א. **שילוב אנשי מקצוע מתחום בריאות הנפש במרפאות הראשוניות**, ולפחות במרפאות בינוניות וגדולות, למשל במודל הליאזון או פשוט באותה מרפאה, באופן שעשוי לסייע בנגישות, בהפחתת סטיגמה ובתקשורת ישירה בין מומחי בריאות הנפש והרופאים הראשוניים: "שלא יהיו מרפאות פסיכיאטריות, אלא שהפסיכיאטרים יישבו במרפאה ראשונית. זה יאפשר דו-שיח אינטנסיבי יותר, הפריה הדדית; נוכל ללמוד יותר. החולה לא יצטרך ללכת למרפאה פסיכיאטרית, משום שזו עדיין סטיגמה לא פשוטה... כיום יש כאלה שבגלל הסטיגמה לא פונים לבריאות הנפש, והטיפול של רופא המשפחה אינו מספיק. הם נשארים ללא טיפול הולם. נכון שטוב ממרפאת בריאות הנפש גם אם הפסיכיאטר יישב במרפאה [רב-מקצועית, אבל יש עדיפות לכך שישב במרפאה הראשונית, משום שמהות הפסיכיאטריה היא רפואה ראשונית ולא שניונית]..."

בהקשר זה הוזכר הצורך לא רק בפסיכיאטרים, אלא גם באנשי מקצוע אחרים:

"הפנטזיה? שתהיה לי עובדת סוציאלית בחדר ליד. היינו יכולות לעבוד יחד... כי אני חושבת שעם עובדת סוציאלית טובה, אני יכולה לפתור הרבה מאוד מהפסיכיאטריה במסגרת המרפאה, ולדעתי זה גם למטופלים יותר טוב. [במצב זה נוכל] לשבת יחד עם החולים. אני והעובדת הסוציאלית [של הקופה שנותנת שירות שוטף במרפאה אחרת בעיר] עושות את זה לפעמים, אבל שתינו כל כך עמוסות, שזה קורה לעיתים מאוד נדירות, רק במקרים קשים, סופר-מורכבים. נראה לי שזה שירות שצריך להיות יותר זמין."

"אידאלית, אם היה לי פסיכולוג רפואי בקהילה, במרפאה... זה סוג שירות שהייתי יכולה לתת לכל כך הרבה אנשים ולפתור המון בעיות... אני מדברת על פסיכולוגים רפואיים, לא קליניים... [שיסייעו ב] התמודדות עם מחלה קשה, התמודדות עם אובדן, אפילו מחלה כרונית..."

ב. **יצירת שיח ישיר ומפגשים בלתי-אמצעיים בין רופאי משפחה ופסיכיאטרים**. לדוגמה, הגעת פסיכיאטרים אחת לתקופה לישיבת צוות במרפאה הראשונית, כבסיס להיכרות ולשיפור התקשורת ההדדית: "[למשל] בסוכרת יש מומחים שבאים פעם בכמה חודשים... ויושבים איתנו בחדר על המקרים הקשים ומדברים או לבוא לישיבת צוות... [וכך גם] יש אפשרות להכיר מישהו, שאחר כך אפשר להרים טלפון ולהתייעץ [אתו]..."

ג. **סינוף** – יצירת קשר קבוע בין כמה מרפאות ראשוניות למרפאה מסוימת לבריאות הנפש, כבסיס לקשר מתמשך ולהיזון חוזר: "יש היום, לא במערכת הפסיכיאטרית, אלא במערכות אחרות, נושא של סינוף... אם הייתה אפשרות שמרפאה פסיכיאטרית אזורית תסנף אליה חמש-שש מרפאות ראשוניות, כולל רופאים עצמאים כמוני – שהתקשורת תלך רק דרך המערכת הזו, ושהמערכת הזו תהיה מערכת של משוב ושל היזון חוזר, הייתי יותר מרוצה. קח [לדוגמה] את [שם של תחנה לבריאות הנפש]. היא קיימת. המרחקים הם סבירים. [למה שלא] נעבוד מולם קבוע?... אני חושב שזה היה עושה הרבה טוב לשתי המערכות. זה היה מאפשר להקטין את מספר הפניות למערכת הפסיכיאטרית. זה היה מאפשר להוציא מאשפוז אנשים למערכת שתהיה הרבה יותר טובה..."

נוסף לכך, הועלו שלוש הצעות לשיפור הטיפול בחולים במחלות נפש קשות:

א. **פיתוח מנגנון של שמירה על קשר עם חולים במחלות נפש קשות, ולפחות מי שהשתחררו מאשפוז פסיכיאטרי**, כדי למנוע נשירה מטיפול, ולוודא שהם ממשיכים במעקב ונוטלים תרופות. הצעה זו עלתה בעקבות מקרים שבהם חולים ש"נשרו" ממעקב פסיכיאטרי יצאו מאיזון, ובמקרים מסוימים גם ביצעו מעשה אובדני או פגעו באחרים.

ב. **ביקורי בית של פסיכיאטר**. הוצע להוסיף אפשרות של ביקורי בית של פסיכיאטר אצל חולים במחלות נפש שאינם יוצאים מבתיהם ו/או אינם פוקדים את המרפאות. זאת כדי לוודא רצף טיפולי.

א. **מתן ליווי וסיוע לחולים במחלות נפש**, במיוחד לאנשים עם בעיות נפשיות הסובלים גם ממחלה גופנית משמעותית ושאינן בני משפחה שיכולים לסייע להם להגיע לטיפול ולסידורים חיוניים שונים. הצעה זו הועלתה בהשראת שירות לא רשמי מסוג זה שקיים בחלק מהקהילות החרדיות: "צריך להכניס מלווה שייקח אותם [לטיפולים וסידורים]... זה כולל סל שיקום, זה כולל את הנכות [סיוע בהתמודדות עם מערכות הביטוח הלאומי], את הדיור, תעסוקה... המלווה חייב להיות מישהו מאותה התרבות..."

4.2 רופאי ילדים

המרואינים

במחקר רואיינו 12 רופאי ילדים, מהם 10 מומחים ברפואת ילדים ו-2 רופאים כלליים. 4 מרואיינים הם גברים ו-8 נשים. הרופאים עובדים במרפאות הפזורות ברחבי הארץ, בישובים עירוניים וכפריים, 4 מהם בשירותי בריאות כללית, 2 במכבי, 4 במאוחדת ו-2 בלאומית. 9 רופאים הם יהודים ו-3 ערבים. הוותק במקצוע נע בין שנה וחצי ל-38 שנים; כשליש מהמרואינים הם בעלי תפקיד ניהולי כלשהו. הייתה חלוקה שווה בין שכירים, עצמאים וכאלה שעובדים גם כשכירים וגם כעצמאים.

כל הרופאים סיפרו שלא קיבלו הכשרה בתחום בריאות הנפש במהלך ההתמחות³. רופאה אחת הייתה מוסמכת לאבחון וטיפול בהפרעות קשב וריכוז. מלבדה, אף לא אחד מהרופאים עבר השתלמות מסודרת בתחום בתום ההתמחות, אם כי חלקם אמרו שהשתתפו בעבר בהשתלמויות מטעם הקופה, שכללו בין השאר גם הרצאות בתחום בריאות הנפש.

מה נכלל בתחום בריאות הנפש בילדים?

מאחר שתחום בריאות הנפש בילדים ייחודי ושונה מאשר בקרב מבוגרים, ביקשנו מהמרואינים להגדיר למה הם מתכוונים כשהם מדברים על בעיות בריאות נפש אצל ילדים. רובם מנו קשת רחבה של מצבים שיכולים להיכנס תחת הגדרה זו, הכוללת בין השאר: בעיות בוויסות חושי, הפרעות התנהגות, הפרעות אכילה, מצבי חיים כמו שינויים בתא המשפחתי, אובדן, אלימות במשפחה, טראומה ופוסט טראומה, בעיות חברתיות, בעיות הסתגלות ובעיות בבית הספר ועד בעיות פסיכיאטריות קשות כמו סכיזופרניה.

³ ההתמחות ברפואת ילדים נעשית ברוב המקרים רק בבתי החולים ולא בקהילה, ולמתמחים אין חשיפה לבעיות בבריאות הנפש של ילדים בקהילה. גם הילדים שפונים לבית החולים בשל בעיה בבריאות הנפש, מופנים לרוב לטיפול אצל מומחים במחלקות הרלוונטיות, ולא נשארים בטיפולם של רופאי הילדים.

אחד המרואיינים הגדיר זאת כ"ספקטרום מאוד רחב... בקצה אחד, זה יכול להיות מישהו עם נטייה אובדנית או בעיה פסיכיאטרית מזוירית, ובצד השני של הספקטרום, זה בעיות בתחום יותר של התנהגות, ברפואה אומרים "behavioral pediatrics", כאילו, זה לא ממש פסיכיאטרי. אותן בעיות שכלי ההתמודדות הם יותר מתחום בריאות הנפש, כמו שיחות, הסברים, לפעמים תרופות. זה כולל גם טיפול בהרטבה וטיפול בנטייה לעצירות, והפרעות אכילה ובעיות פסיכוסומטיות... יחסים בין ילדים, בעיות הסתגלות, כל הדברים האלה." חלק מן המרואיינים כללו בבעיות אלו גם הפרעות קשב וריכוז, הפרעות תקשורת ואוטיזם.

אשר לשכיחותן של בעיות נפשיות בקרב המטופלים, היו הערכות שונות, אבל רוב המרואיינים הבחינו בין בעיות פסיכיאטריות קשות, שהן נדירות, לבעיות קלות יותר שהן נפוצות: "השאלה היא מה השאלה – האבחנות הפסיכיאטריות ממש שילדים שמקבלים, לא יודעת, תרופות פסיכיאטריות ממש יש לי שניים או שלושה, משהו כזה. ילדים שנוקקו איפה שהוא להערכה של פסיכולוג, של פסיכיאטר, של איזה שהוא טיפול רגשי? חמישים אחוז מהמרפאה." נמצאה הסכמה רחבה בקרב המרואיינים בנוגע לכך שבעיות בתחום זה לרוב לא חולפות מעצמן, ושהתערבות בשלבים מוקדמים היא חשובה ביותר, גם אם לא דרוש טיפול אלא רק מעקב אחר הבעיה כדי לראות שהיא חולפת.

ידע וביטחון בנוגע לטיפול בבעיות בריאות נפש בקרב ילדים

מהראיונות עלה שרבים מהרופאים חשים שזהו תחום שבו חסרים להם ידע וכלים, ואצל חלקם קיים גם חשש מלטפל.

"אני מקווה שאני אוכל לתרום [למחקר] כי אני אומר לך שבאמת זה חור... היום אני מפחד להפעיל שיקול דעת בתחום הזה..."

"אני אישית מרגיש, אחד מהתחומים שאני הכי פחות מרגיש בהם ביטחון באופן אישי, אפילו אפשר להגיד בכלל לטפל, זה בנושא של פסיכיאטריה כשזה נוגע לילדים ונוער."

"אני חושבת שאין מספיק ידע לרופא ילדים בתחום של פסיכיאטרית ילדים."

"יש לי ידע מצומצם מאוד, באמת. אבל אני חושבת שלכל הרופאים, לכל הקולגות שלי ככה, זה לא רק מצב שלי, זה מצב ככה כללי."

מנגד היו כמה רופאים שרואים בבעיות רגשיות או נפשיות חלק בלתי נפרד מעולמו של המטופל ואינם חוששים מלעסוק בנושא:

"אני יכולה להוציא את המילה "מחלה" ולהתייחס ל"נפש"? כי אני מתייחסת לזה כנפש, ולא עושה את ההפרדה בין מחלה ובעיות נפשיות..."

"גוף ונפש, אי אפשר להפריד... גם בעיה אורגנית, לכל בעיה אורגנית יש איזה מרכיב נפשי. בוודאות."

תפקיד הרופא בטיפול בבעיות בריאות הנפש

המרואיינים מנו כמה תפקידים שלהם בטיפול בבעיות מתחום בריאות הנפש, החל מזיהוי הבעיה, דרך טיפול או הפניה לגורם הטיפול המתאים, ומעקב אחר מצבו של הילד.

זיהוי הבעיה: מהראיונות עולה שברוב המקרים ההורים הם אלה שמעלים את הקושי, מיוזמתם או בעקבות הפניה ממערכת החינוך, וכי רק לעיתים נדירות קורה שהרופאים מסבים את תשומת לב ההורים לבעיה שהם לא היו מודעים לקיומה קודם.

"הם בדרך כלל פותחים את זה... [שאלה: והאם היו מקרים שאת העלית את הבעיה?]. יש. קורים, כן, קורים. אבל זה נדיר. אם יש תלונות סומטיות שלא נראות לי מסתדרות עם איזושהי בעיה פיזיולוגית, אני מציינת את זה בפני ההורים ובפני הילד ושואלת את הילד אם יש איזושהם גורמים כאלה? לפעמים מודים בזה, אומרים שכן, שגם הם חשבו על זה ולפעמים לא, אבל הם לא פוסלים את הרעיון."
עם זאת, ישנם מקרים שבהם הרופאים הם אלו שמעלים בפני ההורים את הבעיה, במיוחד כאשר מדובר בבעיות קשות יותר, שהורים מעדיפים להתכחש להן:

"אם זה הפרעת תקשורת, אם זה הפרעת התנהגות, בוודאי אנחנו מעלים את זה, כן. כמו בכל דבר יכול להיות שיש הורים שלא ירצו לטפל אבל אתה כבר מעלה להם את זה למודעות אז הם יותר ישימו לב, הם יסתכלו, יכול להיות שפעם הבאה אימא תבוא ותגיד תשמעי יש משהו במה שאת אומרת, בואי נבדוק את זה."

למרות שההורים מתווכים לרוב את הקשר בין הילד לרופא, מרואיינים הדגישו את החשיבות לשמוע את הילד עצמו ולהבין את נקודת המבט שלו: "קודם כל אני שומעת, מקשיבה לבעיה. הרבה מאוד פעמים ההורים באים לבד כדי לספר ואני כן רוצה לראות את הילד ביחד, לראות את הדינמיקה שבין ההורים, לראות איך הוא רואה את הבעיה שהאמא מתארת אותה".

טיפול: השלב הראשון בהתייחסות לבעיה היא לשלול בסיס פיזי לתלונה ואז להחליט מי צריך לטפל ולעזור להורים, באמצעות הכוונה לגורם הטיפולי הנכון.

"[אני] בודקת את ההיבטים האורגניים, ברגע שאני מחליטה שהבעיה היא לא רק אורגנית אני רואה את מה שניתן לעשות, האם זה רק עזרה על ידי הדרכה של איך לקבל את הבעיה ומכאן לצמוח ביחד, או שאם צריך עזרה אז לפנות לגופים העוזרים, שזה טיפולים רגשיים או שזה טיפולים על ידי כל מה שמוצע על ידי הקופה"

"הרבה פעמים [ההורים] לא יודעים מה לעשות ולאן לגשת ולאן לפנות, הם לא תמיד גם יודעים לאן לשייך את זה, זאת אומרת אולי זה משהו נוירולוגי, אולי זה התפתחות הילד, אולי זה ההורים, הרבה פעמים מאוד אבודים ולא יודעים מה לעשות ואיך".

למרות שתגובת הרופאים לשאלה האם הם מטפלים בעצמם בבעיות בתחום זה הייתה במקרים רבים שלילית, בירור מעמיק יותר הראה שהם כן מטפלים בדברים מסוימים, באמצעות ייעוץ להורים והדרכה איך להתמודד עם בעיות מסוימות, כמו בעיות שינה, בעיות התנהגות קלות ועוד. הם רואים בהדרכת הורים חלק מעבודתם וכתפקיד חשוב של רופא הילדים: "בעיות פסיכיאטריות קשות זה מגיע לפסיכיאטריה. הבעיות ההתנהגותיות, אני מצפה שרופא ילדים יידע לטפל לבד... לא צריך כל דבר לרוץ לפסיכיאטריה." רופאה אחרת: "[שאלה: אילו טיפולים את יכולה לתת?] הטיפולים הנמצאים להורים. איך להתנהל.

למשל ילדים עם בעיות גמילה שמפתחים עצירות. זה גם נחשב מבחינתי בעיות רגשיות, אז גם איך לטפל בזה. חיזוקים, מדבקות וגם טכנית איך לפתור את הבעיות האלה".

פן חשוב נוסף בהקשר זה הוא הרגעת ההורים. ראשית בנוגע לטיפול בילד, אך גם בהמשך הדרך בעניין של פנייה לטיפול אצל פסיכיאטר או לפסיכולוג, בעיקר בהפגת חששות שמקורן בסטיגמות. רופא אחד תיאר איך במסגרת המרפאה הוא מתערב גם במקרה של אם שנמצאת בדיכאון אחרי לידה.

כאמור, במקרים קשים ומורכבים יותר, הרופאים מפנים לאנשי מקצוע מתחום בריאות הנפש, כאשר חלקם העידו על עצמם שהם ממהרים להפנות. בחלק מהמקרים מפנים מהר בגלל החשש מתוצאה אפשרית של טעות: "מבחינת מחלות, כמו דיכאון קליני, אם אני אחשוד בכזה דבר, אז אני גם אפנה לפסיכולוג או פסיכיאטר; כמו כן, הבעות אובדניות... זה אני ישר גם כן מפנה לפסיכיאטר, כי התמרון לטעות קלינית הוא לא גדול והתוצאות, אני מעדיפה להפנות יותר מידי ולא להפסיד את הילד שכן יקפוץ מהגג". במקרים אחרים מפנים מהר בגלל שהם אינם מרגישים בטוחים ביכולות שלהם: "בגלל שזה תחום שאני מרגיש בו באופן אישי שאני לא מספיק מיומן... כל בן אדם צריך לדעת את המגבלות שלו, אני מאוד קל על ההדק בלהפנות לתחום הזה... אם ילד בא אלי ואומר לי שיש לו, אם יש תחושה של חרדה או דיכאון אני לא משחק עם זה."

רופאי הילדים היו תמימי דעים בנוגע לכך שבדרך כלל הם לא יתחילו טיפול תרופתי מפני שאין להם מספיק ידע בתחום. לצד זאת, חלק מהם אמרו שבמקרה הצורך הם חשים שהם מסוגלים לשנות מינון של תרופה שנקבעה על ידי פסיכיאטר, ועושים זאת. היו רופאים שהצרו על כך שתפקידם מצטמצם להנפקת מרשמים: "בשלב מסוים תפקידו של רופא ילדים לצערי הוא בעיקר להוציא מרשמים ולראות שהילד במעקב מסודר ומקבל טיפול. פחות, נגיד, לשחק עם התרופות ודברים כאלה, כי אין לנו מספיק את הידע."

שלושה מקרי בוחן

כדי להבין טוב יותר את הגישות של הרופאים לטיפול בילדים במצבים שונים, הצגנו בפניהם שלושה מקרים ושאלנו אותם כיצד הם היו נוהגים במצבים אלה.

מקרה ראשון. תינוק בן שלושה חודשים שמתעורר הרבה בלילה.

כל הרופאים הסכימו כי ראשית הם היו בודקים שאין מדובר בבעיה גופנית, כמו קוליק או דלקת כלשהי, והיו לוקחים אנמנזה מלאה. לאחר ששללו בעיה אורגנית, כמעט כולם אמרו שהם בעצמם נוהגים להדריך את ההורים איך להרגיע את התינוק:

"קודם כל אני בודקת את הילד, אני לוקחת אנמנזה, למה הוא מתעורר? מה יש? אם יש משהו מצב חולי שגורם לו להתעורר בגלל: כואב לו, יש משהו, אני בודקת את הילד, אני מסתכלת על הגדילה שלו, אני מסתכלת על ההתפתחות שלו, איך התינוק נראה, איך ההתפתחות שלו. אם הכול בסדר, יכול להיות שיש הדרכה איך להרגיע את התינוק, איך להשכיב אותו, מתי להאכיל וזה יעבור, ואם יש מצב שמצריך טיפול, אני גם מטפלת".

רק רופא אחד אמר שהוא היה מיד מפנה את ההורים לייעוץ שינה.

מקרה שני. ילד בן חמש עם התפרצויות זעם תכופות בבית אך בלי בעיות בגן.

כאן הדעות היו חלוקות. רוב הרופאים אמרו שהיו עורכים בירור מקיף עם ההורים בכדי לאפיין את ההתפרצויות ולנסות להבין מה מביא להן, ואז מנסים לתת להורים כלים להתמודדות.

"אז קודם כל לדעת אם יש בעיות התפתחותיות נוספות ואם ההתקפי זעם הם מופיעים אך ורק כאשר הילד נמצא עם ההורה, או עם הורה ספציפי, אחד משני ההורים ושאינו מרגישה שהעניין של הגבולות הוא מאוד לא... מאוד פרוץ. אז אני מלמדת, מסבירה להורים איך צריך להתנהג כלפי ילד מהסוג הזה".

"אני אנסה שוב לנהל שיחה בנוכחות הילד, וגם אולי לפעמים בלעדיו, לגבי מה מתרחש בבית, אם יש מתחים מסוימים, אולי בדיוק נולד תינוק נוסף, אולי יש איזשהו Life event אחר, אולי ההורים מתכננים פרידה וגירושין, ולשאל את הילד למה הוא חושב, איך הוא מרגיש שזה קורה ולמה הוא עושה את זה, אני מנסה לתת להורים כלים ראשוניים לטפל בבעיה הזאת... כאילו לתת מקום לילד להביע דברים פחות מורכבים, זמן איכות עם הילד לבד, דברים כאלה שהם לא CBT, הם פשוט התייחסות למצוקה של הילד, ואם שום דבר מזה לא עוזר, אז אני כן מפנה לפסיכולוג ילדים".

לעומת זאת, היו רופאים שאמרו שהיו מעדיפים לערב גורמים מקצועיים כבר בשלבים הראשוניים, כאשר גם כאן הייתה שונות בנוגע לאיזה איש מקצוע מפנים – לפסיכולוג, לנוירולוג או למכון להתפתחות הילד. "אז ילד כזה מגיע לו יועץ נוירולוגי בכל זאת. אני לא מסתמך על הבדיקה שלי בלבד, אני מעדיף שנוירולוג גם יהיה בתמונה".

מקרה שלישי. ילד בן שלוש שהגננת מדווחת שאינו יוצר קשר עם הילדים או הצוות בגן.

במקרה הזה לכל הרופאים היה ברור שזו נורה אדומה המעוררת חשד לבעיית תקשורת המחייבת בירור של מומחה. כולם אמרו שהיו מפנים מקרה כזה למכון להתפתחות הילד לבדיקה מקיפה. חלקם אמרו שהיו מפנים מיידית, וחלקם היו מנסים קודם להתרשם בעצמם אם לא מדובר בגורם אחר לבעיה – נוירולוגי, משחקי דימיון או תחושת איום או לחץ סביבתי כלשהו שגורמים לילד להתנהג בצורה זו. שני רופאים התייחסו לגיל הילד, ואמרו שאם מדובר בבעיית תקשורת, סביר שהיו תופסים את זה בשלב מוקדם יותר ושהמצב כבר בטיפול.

"מטופל שלי, אני מתפללת שלא שמת לב רק בגיל שלוש שיש לו בעיות תקשורת... כי זה לא קל, לא תמיד באמת כשהילד בא רק עם דלקת אוזניים אז את יכולה להתייחס לכל הדברים. עקרונית אני משתדלת, גם לשאול על ההתפתחות אצל ילד שבא עם פריחה. אבל זה לא קל. אבל בוא נגיד בכל זאת שזה מטופל שלי ולא שמת לב שיש לו איזה ליקוי תקשורתי, אז אני מנסה לשמוע, אני מקבלת לרוב איזה שהוא מכתב, אני מחליטה אם מדובר בליקוי תקשורתי או בבעיית שמיעה או בדברים נוספים. בודקת את הילד, מחפשת איזו בעיה נוירולוגית נוספת, משהו נוסף ואם כל הבדיקה הגופנית תקינה אז אני מפנה למכון להתפתחות הילד".

"זה מקרה שהייתי מפנה אותם לאבחון בהתפתחות הילד בחשד לבעיה של ספקטרום אוטיסטי, וזה דבר שאני רוצה באמת אבחון מקצועי ולא על רגל אחת. את זה הם עושים בצורה באמת יסודית ואם הם רואים שבאמת הוא על הספקטרום אז כבר יפנו לגורמים הנכונים".

קשר עם מערכת עוטפת

למרות שההורים הם המטפלים העיקריים בילד, חייו של הילד מתנהלים גם במעגלים נוספים: משפחה מורחבת, מערכת החינוך, הקהילה ולפעמים מערכות נוספות כמו מערכת הרווחה. במערכות אלה, גורמים חינוכיים (גננות ומורים) וטיפוליים (פסיכולוגים חינוכיים, יועצות, עו"סים) אמורים לתת מענה לצורכי הילד, וחשוב שיהיה קשר ותיאום בינם לבין הגורמים הרפואיים כדי להבטיח טיפול מיטבי. לפיכך ניסינו לברר האם לרופאים יש קשר עם מערכות נוספות שעוטפות את הילדים שבטיפולם.

על חשיבות הקשר בהבנה נכונה של מצב הילד אפשר להתרשם מדבריה של רופאה שהתראיינה:

"אני משתדלת להיות בקשר עם מחנך או פסיכולוג בבית הספר. זה נורא חשוב מה הרושם שלהם, אם ילד אגרסיבי בבית והוא ילד הכי טוב שיש בכיתה... אז זה נותן לי המון מחשבה. אם הוא יודע להתאפק בכיתה וכזה מופרע בבית אז צריך לבדוק מה קורה בבית הזה, ולא להדביק אבחנות לילד".

עם זאת כמעט כל המרואיינים אמרו, ואף הצרו על כך, שאין להם כמעט קשר עם גורמים בבית הספר, בגנים או בשירותי הרווחה. רופאה אחת סיפרה שגם כשהיא מנסה ליצור קשר, אין מענה אמיתי בצד השני:

"אבל אין שום ערוץ ישיר, לדוגמה, הסיפור הזה של ילד, שמאיים בבית הספר לקפוץ מהגג, אין לי מישהו ספציפי... אולי יש [יועצת או פסיכולוגית] אבל אין שום ערוץ... כאילו אני אתקשר, ויגידו 'אני בעבודה עכשיו, לא יכול לדבר'... אני אף פעם לא קיבלתי פנייה מבית הספר בשביל דבר כזה".

רופאים שאמרו שהם היו בקשר עם גורמים במערכת החינוך, ציינו כי אין ערוץ ישיר מובנה וכי הקשר נבנה על ידם אישית, מתוך הכרה בחשיבות העניין, כשלרוב מדובר בקשר חד-כיווני שבו הרופא פונה למערכת החינוך, ולא להפך:

"תקשורת עם הגננות והמורים, אם בכלל קרה אי פעם, זה בגלל שאני התקשרתי אליהם, לא בגלל שהם התקשרו".

"אני בניתי [קשר עם מערכת החינוך]. כן. אני בניתי את זה, כמו שיש לי קשר עם הטיפות חלב כי עבדתי [שם], אז אני יכולה להרים אליהם טלפון ולהגיד להם: תקשיבו, האימא הזאת היא כרגע בהליך גירושים לא טוב, תשימו לב. זה אני יכולה לעשות... יש דברים שמבחינתי הם חלק בלתי נפרד מטיפול בילד... בין הגורמים המטפלים אני חושבת שזה נכון לדעת את הרקע, וטיפת חלב לא תוכל להבין שילד עושה איזה שהיא נסיגה התפתחותית אם הוא לא יודע את מה שקורה בתוך הבית באותו זמן".

אחד הרופאים דיבר על כך שהנתק בין המערכות הוא כללי, ולא רק בהקשר של בריאות הנפש: "מערכות הבריאות והחינוך בישראל הם קווים מקבילים לחלוטין, מאוד מאוד בעייתי, זה לא רק בתחום של הבעיות ההתנהגות והבעיות האלה, גם אם יש ילד עם בעיה גופנית טהורה שיכולה להשפיע על התפקוד שלו בבית ספר או להפך, אין תקשורת ישירה, זה תמיד דרך איזה, דרך ההורים, בצורה מאוד מאוד רופפת. המערכות האלה לא עובדות נכון בקשר שבניהן".

צוות המרפאה ועבודה משותפת

הרופאים שרואיינו עובדים במרפאות מסוגים שונים. יש ביניהם רופאים עצמאיים שעובדים לבד וללא צוות נוסף, ויש שעובדים במרפאות גדולות, רב-צוותיות ובהן בעלי מקצוע שונים, בין השאר פסיכיאטר ועובדת סוציאלית. מהראיונות עולה שעבודת הצוות במרפאה היא בעיקר מול האחות, המזכירה או רופא המשפחה.

"אנחנו כל אחד זאב בודד פה... לפעמים אני ורופא המשפחה נעזרים אחד בשני במקרים ספציפיים אבל זה מאוד מאוד מוגבל כי באמת, גם כן השעות, השעות שונות. יש תחושה טובה בין אנשי הצוות אבל אין לי הרבה שיתוף."

בנוגע לממשק עם אנשי הצוות המתמחים בטיפול בבריאות הנפש, רופאה אחת סיפרה שאין כלל עבודת צוות משותפת מול הפסיכיאטר במרפאה, כיוון שהוא לא פסיכיאטר ילדים ומסרב לחוות דעתו או ליעץ לה. "יש לנו פסיכיאטר אבל משום שהוא מתעסק אך ורק עם מבוגרים מעל גיל שמונה עשרה אז זה ממש לא קשור אלי. לפעמים אני מנסה להתייעץ איתו אבל הוא מתחמק ממני."

לעומת זאת, עבודת הצוות עם עובדים סוציאליים שבמרפאה תוארה כמוצלחת יותר. בכמה מקומות תוארו שיתופי פעולה מוצלחים עם עובדים סוציאליים המסייעים בין השאר בהפניות, במידע על זכויות ולפעמים גם בטיפול.

"יש משפחות שיש להם ילד עם מחלה, עם סרטן, והם צריכים גם תמיכה, כי העובדת הסוציאלית הספציפית שיש לנו, היא אישה מאוד מיוחדת, אז היא גם נותנת סוג של Counseling, מעבר למתן רשימה של זכויות, אבל גם מתן רשימה של זכויות, אני לא בקיאה בכל הבירוקרטיה של מה מגיע מביטוח לאומי ומבית החולים, מהקופה וכו'."

מנגד, היו גם כמה רופאים שהרגישו שהעבודה עם עובדים סוציאליים לא נותנת מענה מספק, מבחינת היקף השעות המצומצם או מבחינת סוג הסיוע שהם יכולים לתת.

"לעובדת סוציאלית שבמרפאה שלנו אני יכול להפנות, אבל, גם אם כן, היכולות שלה מאוד מוגבלות ואני לא בטוח שההורים כל כך רוצים גם דווקא את השירות הזה. זה גם לא נראה לי, זה לא עושה רושם של שירות קליני מספיק. יש לנו איזה חלקיות, זו העובדת הסוציאלית שעובדת גם במרפאה של מרפאות למבוגרים, וההיקף של ההתערבות שלה עם ילדים אצלנו הוא קטן, הוא קטן מדי, אנחנו כמעט לא יכולים להשתמש בזה."

קשר עם שירותי בריאות הנפש

לאילו שירותים מפנים?

שאלנו את הרופאים לאילו שירותים הם מפנים את מטופליהם. ברוב המקרים דובר על הפניה לפסיכולוג ילדים או לפסיכיאטר ילדים, אולם היו שאמרו שמעולם לא יצא להם להפנות לפסיכיאטר, ושתחת זאת הם מעדיפים להפנות לנוירולוג. כך לדוגמה בבעיות קשב וריכוז; אבחונים יכולים להיעשות אצל פסיכיאטר ילדים, נוירולוג ילדים או רופא ילדים שעבר הכשרה וקיבל הרשאה מיוחדת. רופאי הילדים צריכים לבחור לאן להפנות, והם עושים זאת משיקולים שונים, ובהם בקשה של ההורים, חשש מסטיגמה, מקרה מורכב עם הפרעות נוספות או קשיים נלווים וכדומה.

"הפרעות קשב וריכוז הרי זה תחום שגם נוירולוגים מתעסקים בו, גם פסיכיאטרים וגם רופאי ילדים שעברו הכשרה מיוחדת, כלומר, אז יש גם פסיכיאטרים שמטפלים בנושא של הפרעות קשב, אז אני מפנה גם, אם אני חושב שיש משהו מעבר להפרעת קשב... הנה לדוגמה הילד בא אלי עם חרדות וזה אז אני מעדיף שיראה אותו פסיכיאטר."

נוסף לכך, רבים אמרו שהם מפנים לא מעט מטופלים למכון להתפתחות הילד או לתחנות לבריאות הנפש, שם מרוכזים כמה שירותים במקום אחד ויש ייעוץ רב-תחומי.

חלק מהמרואיינים אמרו שהיו מעוניינים להפנות מטופלים למודל של מרפאה רב-תחומית אך אין מקום כזה בנמצא. מדובר ברופאים מקופות שונות ומאזורים שונים, שבחלק מהם יש אפשרויות כאלה אך נראה כי הרופאים אינם מודעים לכך. נראה שזו בעיה שמחריפה כשהמטופלים מתבגרים ומגיעים לגיל שבו כבר לא ניתן לשלוח אותם למכון להתפתחות הילד.

"הייתי רוצה שתהיה מערכת טיפולית כוללת, כמו מכון להתפתחות הילד, שכל המטפלים נמצאים ביחד ונותנים מענה ביחד בכל ההיבטים. כמו המכון להתפתחות הילד."

רבים מהרופאים מעדיפים להפנות ילדים, לפחות אלו במצבים קלים יותר, לטיפולים רגשיים כמו טיפול באומנות, הידרותרפיה, רכיבה טיפולית וכדומה, מאחר שהם חשים שההורים לא מרגישים מאוימים כשהם מופנים לטיפולים מסוג זה. זאת למרות שחלק מהרופאים מטילים ספק ביעילות הטיפולים האלה בהשוואה לטיפול אצל פסיכולוג או פסיכיאטר.

"זה דברים שבאמת יותר זורמים בקלות, גם כן יש פחות סטיגמה על זה. כל אחד הולך לטיפול רגשי. זה טיפול באומנות, זה טיפול במשחק, זה טיפול בדרמה, טיפול בחיות וכל מיני קשקושים נחמדים כאלה שההורים לא מרגישים מאוימים על ידי זה. זה יכול קצת לתת מפלט לילד שיש לו קשיים חברתיים ודברים כאלה. אבל זה אני לא רואה אותם בתור הפרעות פסיכיאטריות."

"תרפיות כן, בדיוק, אומנות וכאלה, שיש לנו [בעיר] כמה מטפלות, חלקן, קשה לי נורא להעריך את הדברים האלה כי זה לא משהו רפואי, כלומר, זה לא, את יודעת, זה לא, אין לי פה איזה כלים, כמו שנתתי אנטיביוטיקה והילד הבריא. אבל יש חלק שהאימהות חוזרות והן נורא מרוצות והן רואות איזה שהוא שינוי בהתנהגות, לפעמים בדברים קלים, אז אפשר אולי כן להציע את זה להורים."

למי מפנים?

מבין אלו שאמרו שהם מפנים לאנשי מקצוע אחרים, יש שאמרו שבהפניה לפסיכולוג או לפסיכיאטר הם יכולים ואף ממליצים על מטפל שהם מכירים מהיכרות אישית, מיחסי עבודה או מההתמחות. אולם אלו היו המיעוט. רוב הרופאים שרואיינו אמרו שהם אינם מכירים ולכן הם נותנים הפניה כללית והמטופל יכול לקבל רשימה של אנשי מקצוע מהקופה דרך המוקד או אתר האינטרנט של הקופה (חלק אמרו שהם בעצמם נותנים למטופל את הרשימה). בדומה לרופאי המשפחה, חלקם הצרו על כך שאין להם למי להפנות מתוך היכרות אישית שלהם:

"אין לי, אין לי שום פסיכולוג שאני עובד איתו, שהוא קשור אלינו או שהוא יועץ שלנו או שיש מרפאה שאני מפנה אליו. זה לא בתפריט".

"אין לי קשר עם פסיכולוגים. זה באמת. יש, אני יודעת שיש פסיכולוגים שעובדים עם הקופה, אבל באמת אין לי קשר איתם, ואני לא מכירה אף ילד שמטופל פסיכולוגית דרך הקופה."

מודעות לזכויות

כמו במקרה של מבוגרים, גם אצל ילדים יש שירותים הניתנים במסגרת הקופה ללא עלות, ויש במסגרת הקופה גם שירותי פסיכותרפיה אצל מטפלים עצמאיים, הכרוכים בתשלום. חלק מהרופאים אמרו שלעיתים הם מציעים פנייה למסלול העצמאי מאחר שהזמינות של המסלול החינמי נמוכה מאוד.

"יש גם מסלולים עצמאיים. במידה ואני חושבת שהטיפול הוא רק טיפול פסיכולוגי, אז יש במסלול העצמאי... זה לא רק למי שיש לו מושלם, גם מי שאין לו מושלם אפשר להציע להם."

לא כל הרופאים בקיאים לחלוטין בנושא זכויות המטופלים, ויש שאינם יודעים האם הם זכאים להחזרים עבור טיפולים מסוימים.

מרואיינת: [אני מפנה] לפסיכולוגים עצמאיים שעובדים בהסכם עם הקופה.

מרואיינת: זאת אומרת, הם כן צריכים לשלם על השירות הזה?

מרואיינת: אני לא יודעת.

בהקשר זה, אחד הרופאים אמר שלפעמים הוא נאלץ לתת מרשמים לתרופות שהן לא בסל. הדבר לא קורה לעיתים תכופות, אך מבחינתו זוהי פעולה שלא נוח לו איתה.

"הדבר היחידי שלא נוח לי איתו, נגיד, זה לפעמים צריכים לתת לילדים תרופות [פסיכיאטריות] שהן לא בסל... צריך לתת להם מרשם ידני, או מרשם, כאילו, לא בתוך, לא דרך המערכת... והורים צריכים לקנות את זה באופן פרטי."

מעבר מידע על החולים

הייתה אי-בהירות בקרב הרופאים בנוגע לאיזה מידע בדיוק עובר אליהם ממטפלים בבריאות הנפש המטפלים בילדים. הם חשו שרוב המידע במערכת הממוחשבת חסום בפניהם; כמעט כולם אמרו שהמידע מביקור אצל פסיכיאטר כלל אינו זמין (ביקור, תרופות ואבחנה), ואחדים אמרו שהם יכולים לראות את רישומי התרופות. דומה שלרוב, אם המידע מגיע אליהם, הוא מגיע באמצעות מכתבים ולא נמצא במערכת.

"בבריאות הנפש אין פידבק. לא רק זה, כשאני שולחת מישהו לפסיכיאטר ואני הרופאה האישית שלו, המידע חסום. אני לא יכולה לראות את זה... אז או שהבן אדם מנדב את האינפורמציה, או שהבן אדם מרשה לרופא שלו, לפסיכיאטר שלו, לדבר איתי. אבל אני לא יכולה לראות את הפרטים."

לדבריהם, ברוב המקרים המידע שהם מקבלים הוא רק המידע שמגיע אליהם דרך ההורים, בעל פה או באמצעות מכתבים מהפסיכיאטרים (או הפסיכולוגים). כמות וטיב המידע במכתבים האלו משתנים, אינם עקביים ותלויים בעיקר ברצון הטוב של הפסיכיאטר או הפסיכולוג. לעיתים מתקבלת רק בקשה למרשם ללא מידע מעבר לכך.

היו מרואיינים שאמרו שמידע מהמכון להתפתחות הילד פתוח בפניהם. לעומת זאת, נראה שמידע מביקור אצל מטפלים עצמאיים בתחום התפתחות הילד (טיפול באומנות וכד') אינו מגיע אליהם.

מרבית המרואיינים אמרו שלא קיים קשר ישיר עם הגורמים המטפלים (פסיכולוג, פסיכיאטר וכדומה) בנוגע למטופל; ואם יש קשר כזה אז הוא לרוב חד-כיווני (כלומר, הרופאים מתקשרים לגורם הטיפול ולא הפוך). מצב זה נתפס בעיניהם כבעייתי וכמקשה על הטיפול.

שירותי ייעוץ ותמיכה לרופא

שאלנו את הרופאים האם יש גורמים שהם יכולים לפנות אליהם כדי לקבל ייעוץ או תמיכה בנוגע לטיפול בבעיות בתחום בריאות הנפש. מתשובותיהם עולה כי רובם בנו לעצמם מאגר של כתובות ממפגשים אישיים, מהיסטוריה משותפת ואף מקשרי משפחה, והם אינם משתמשים בשירותיהם של יועצים שהקופות מעמידות לרשותם או שאינם מכירים שירותים כאלה.

"אני מרים טלפון לפסיכיאטרית שאני מכיר ומתייעץ איתה. היכרות אישית. אין לי איזה מענה רשמי שאני יכול עכשיו להתקשר ומישהו יעזור לי".

רופאה אחת אומנם אמרה שהיא מכירה את שירותי הייעוץ הווירטואלי של הקופה, נעזרת בהם ומרוצה, אך אחרים לא הכירו את אפשרויות הייעוץ מטעם הקופה. גם אלו שאמרו שהם מכירים שירותי ייעוץ של הקופה, העדיפו, מסיבות שונות כגון רגישות המידע, פקפוק ביעילות של ייעוץ כזה או העדפה אישית, להיעזר במקורות המתבססים על קשרים אישיים.

"[לגבי הרבה נושאים] אתה יכול לשלוח בייעוץ וירטואלי, בפסיכיאטריה של הילד אני לא יודעת אפילו אם זה קיים. אבל אני חושבת שזה גם בסדר אם זה לא היה קיים, כי יש דברים רגישים שאתה לא רוצה לכתוב בתיק, שאתה מעדיף להתייעץ טלפונית".

"אני אף פעם לא משתמשת בזה, כי זה נראה לי טפשי, כאילו, איך אפשר בכלל ואם במשבצות מסוימות, בכלל להיכנס למצב של ילד במצוקה... הייתי רוצה לדעת מי הבנאדם שאמור לתת ייעוץ, כן. מעבר לזה, בכל התחומים, כאילו יש תחומים שזה אולי טיפה יותר עוזר, אבל אני לרוב לא משתמשת בשירותים הווירטואליים האלה."

זמינות ונגישות השירותים

נמצאה שונות גדולה בהערכותיהם של הרופאים בנוגע לזמינות השירותים. יש שדיברו על משכי המתנה קצרים (כשבוע-שבועיים), אבל רבים דיברו על משכי המתנה לא סבירים בעיניהם, של כמה חודשים עד חצי שנה: "מאוד מסובך. אני לא יודע, זה תת שירות מחפיר. לא יכול להיות שילד, נגיד, אני אתן לך דוגמה, הייתה לי דוגמה לא מזמן, ילד שכמובן לא מצליחים להשתלט עליו, מפריע מאוד בכיתה, מערכת החינוך מבקשת ייעוץ, זה לא מקרה לשלוח אותו למיון כי זה לא מצב מסכן, ובאמצע הסמסטר הראשון, נקרא לזה, בתוכנית הלימודים בבית ספר, המורה צריכה לדעת שבעוד שלושה חודשים יראה אותו מישהו שיגיד לה, להם, מה לעשות איתו. מה היא תעשה איתו בינתיים? זה לא זמינות סבירה, ממש לא."

לדבריהם, פעמים רבות קורה שהם עצמם מתערבים לטובת המטופל, ורבים תיארו מאמצים לקידום מטופליהם בתור.

"והתקשרתי, דיברתי, קיבלו באותו יום. נסעה אימא מפה לשם, קיבלו באותו יום. תראי, אין דבר כזה, שאם רופא מדבר עם מישהו, ולא ההורה, אף פעם לא קיבלתי 'לא'."

רופא אחד אף אמר שהוא רואה זאת כחלק מתפקידו כרופא מקצועי, לעזור למטופלים בניווט בנבכי הבירוקרטיה: "אני כרופא ילדים אני גם רואה את זה כרופא מקצועי, אני חושב שבגלל שהדברים... אין מה לעשות, יש המון בירוקרטיה, לפעמים אין ברירה אלא לתווך את הבירוקרטיה. ואם אני רואה מישהו במצוקה אני לא אתן לו עכשיו לחכות ארבעה חודשים לתור כי זה התורים, אז אני מרים טלפון."

הייתה הסכמה רחבה בקרב כל הרופאים כי במקרים דחופים יש מענה מייד, והאופציה לשלוח למיון פסיכיאטרי תמיד פתוחה בפניהם.

בעיה נוספת שהרופאים העלו הייתה בעיה של נגישות גיאוגרפית. בחלק מאזורי המגורים אין שירותים מתאימים, ועל המטופלים לנסוע נסיעה ארוכה לקבלת הטיפול. כך למעשה השירותים אינם באמת זמינים להם. הבעיה עלתה הן בהקשר של טיפולים משלימים, כמו טיפול ברכיבה ושחייה טיפולית, והן בהקשר של פסיכיאטרים ופסיכולוגים.

השפעות הרפורמה על עבודתם של הרופאים

רוב הרופאים אומרים שלא הרגישו שחל שינוי מהותי בעבודתם היום-יומית בעקבות הרפורמה. בתשובה לשאלה בנושא, ציינו כמה מהם שינויים, אך כאלו שלדבריהם, לא בהכרח השפיעו על עבודתם.

שינויים לטובה

פתיחת שירותי ייעוץ: כאמור, רופא אחד ציין שנפתחו שירותי ייעוץ, אך הוסיף שבכל זאת הוא מעדיף להתיעץ עם גורמים שהוא מכיר מהיכרות אישית.

פתיחת שירותים חדשים: שלושה מרואיינים ציינו שנפתחו שירותים חדשים, אך הם לא חשים שהייתה לכך השפעה משמעותית על הזמינות.

מעורבות גדולה יותר בעקבות העברת השירותים לקופה: רופאה אחת מרגישה מעורבת יותר בעקבות העברת השירותים לאחריות הקופה: "אני מרגישה שקצת יותר אני נמצאת בעניינים אבל לא הרבה יותר... מהבחינה הזאת שכאשר זה היה תחת משרד הבריאות אז הייתי אומרת טוב, זה לתחנה לבריאות הנפש, תסתדרו. זה היה, עכשיו שזה בתוך הקופה אז אני יותר מעורבת ולפחות בהפניה."

שינויים לרעה

תוספת בירוקרטיה: רופאה אחת התלוננה על כך שתהליך ההפניה למרפאות בריאות נפש הפך מסורבל יותר: "אני הרבה שלחתי את הילדים ל[מרפאה מסוימת]. עכשיו זה קצת בעיה, את מבינה. זה בגלל שזה של משרד הבריאות אני צריכה עכשיו קודם כל לשלוח לפסיכולוג... ורק עם ההסכמה [של הפסיכולוג] או ההפניה שלו יכולים להגיע למקומות כאלה."

רופאה אחרת הביעה חשש מכך שכתוצאה מהעברת השירותים לאחריות הקופות יוצר עומס ולא ינתנו מענים מיידיים לצורכי הילדים.

ככלל, מדברי הרופאים עולה כי רובם לא חשו שלרפורמה הייתה השפעה משמעותית על העבודה שלהם בתחום זה. אחת המרואיינות מתארת: "זה לגמרי נגע בי מעט מאוד, בי זה נגע מאוד מעט... העומס הוא אותו עומס, האתגרים הם אותם אתגרים, קצת שינה את הגישה הבירוקרטית בעיקר."

חסמים למתן טיפול מיטבי

המרואיינים הזכירו כמה חסמים אשר מקשים, לדעתם, על האפשרות לספק שירות טוב למטופליהם. חלקם גורמים שמקשים על הרופאים עצמם לתת טיפול מיטבי, וחלקם גורמים שמקשים על המטופלים. חלק מהחסמים כבר הוזכרו בפרקים קודמים, והם יוזכרו להלן רק בקצרה.

קדימויות ברפואה הראשונית: בתחרות על תשומת ליבו וזמנו של הרופא, בעיות מתחום בריאות הנפש לא תמיד עומדות בראש סדר העדיפות, ואילו ציפים שונים עלולים לדחוק הצידה את הטיפול בהן. הטיפול בבעיות אלה מקבל עדיפות נמוכה לעומת טיפול בבעיות אקוטיות, שהרופא מעריך שדורשות טיפול דחוף יותר. אחד המרואיינים מתאר: "יש תמיד העדפה, ברפואה הראשונית, לטפל בבעיות אקוטיות גופניות. חום תמיד יקדם לבעיות הרטבה, והקאה תמיד תהיה יותר חשובה מאשר ילד שאני יודע, מתעורר הרבה

בלילה, תינוק שלא ישן טוב בלילה. תמיד הדברים האקוטיים יקדמו, ואז רופא שיכול לדחוף בכמה דקות איזושהי תובנה, עושה את זה, ואם לא אז הוא יצטרך להפנות או שהבעיה תישאר ללא פתרון."

מגבלת הזמן: רופאים רבים דיברו על בעיית הזמן המוגבל העומד לרשותם. רובם אמרו שהם מוצאים דרכים להתמודד עם מגבלה זו, כמו להזמין את המטופלים להגיע שוב במועד אחר או לפני שעות המרפאה, אך היו שאמרו שאם הם רואים שמדובר בבעיה שטיפול בה יגזול זמן רב, הם יפנו את הטיפול לגורם אחר. "הבעיות מתחום ההתנהגות, שהן הבעיות הלא קשות בתחום הפסיכיאטריה, אני אישית נותן ייעוץ כמה שאני יכול, כל עוד זה יכול להסתכם במפגש קצר יחסית... אם אני יכול לסכם אותה בין חמש לעשר דקות. אבל אם זה הופך להיות סיפור מורכב יותר, אז זה מסיבות של אילוצי זמן אני מעדיף להפנות."

פגיעה כלכלית: היבט נוסף של מגבלת הזמן, הוא ההשפעה על תגמול הרופא; הרופא מתוגמל לפי מספר הילדים שהוא מקבל ברבעון, ועל כן הקדשת זמן ארוך לילד אחד משמעותה פגיעה כלכלית ברופא. מסיבה זו חלק מהרופאים ייטו להפנות מטופלים מהר יותר. "הזמן, יש לו מרכיב שאי אפשר להתחמק מזה, גם כלכלי, כי אם אני מקבלת פר ילד פר רבעון ואני יושבת שעתיים, שלוש פעמים בחודש עם ילד אחד, אני מקבלת אותו דבר כמו שאם הייתי יושבת רושמת מרשם לאקמול תוך חמש עשרה שניות לילד אחד."

חוסר ידע: כמעט כל המרואיינים אמרו שהם מרגישים שחסר להם ידע וכי היו שמחים להעמיק את הידע בתחום זה בכדי שיוכלו להפנות פחות, ולתת טיפול טוב יותר למטופליהם. בין השאר אמרו שהיו שמחים ללמוד על כלים לטיפול, גם בהדרכת הורים וגם להעשיר ידע תרופתי, לדעת אילו שירותים קיימים שאליהם אפשר להפנות, להתעדכן בנהלים בירוקרטיים ובנוהלי הפניה ותיעוד, ועוד. "גם המערכת צריכה אולי, אם היא רוצה להכשיר, לנסות אולי להעביר את הרופאים הראשוניים יותר הכשרה וגם מאוד חשוב לי שיגידו לי בתור רופא ראשוני מה מותר לי ומה אסור לי לעשות. שיהיה לי מין פרוטוקולים כאלה כמו בתחומים אחרים."

זרימת המידע בין גורמי הטיפול בבריאות הנפש לרופאי הילדים: נושא זה כבר הוזכר כבעייתית; מרבית הרופאים הרגישו שלפעמים חסר להם ידע הכרחי על המטופלים שלהם, והדבר פוגם ביכולתם להעניק טיפול מיטבי.

בירוקרטיה: קושי נוסף שהרופאים הלינו עליו היה העומס הבירוקרטי שהם ומטופליהם נאלצים להתמודד איתו (למשל, קבלת התחייבויות ומילויי שאלונים ארוכים). בעיה זו קשה במיוחד למטופלים עם מגבלות שונות (פיזיות, בעיות תקשורת, שפה וכו') המקשות עליהם להתמודד עם המערכת הבירוקרטית, וכך הטיפול שלהם מתעכב. "התפתחות הילד הם מאוד מסודרים... אין לי תלונות, מבחינה מקצועית מצוין. [אבל] הבירוקרטיה להגיע אליהם היא פשוט בלתי נסבלת. זה בלתי נסבל. אנחנו כל רופאי הילדים התארגנו ושלחנו מכתבים וראש בקיר..."

"יש שאלון ולא תמיד יש משפחות שמתמודדים עם השאלונים האלה. כי בלי השאלונים האלה גם הם לא יתקבלו... הם צריכים עזרה של מישהו... [למלא את השאלון]: איפה, מה ההתנהגות, מה מדאיג, איך גדל, מתי הלך, מתי ככה, מתי הולך לישון וכל הדברים האלו. הם צריכים לקבל עזרה."

חשש מחשיפה: חשש זה קיים גם אצל מבוגרים עם בעיות נפשיות אבל הוא עלול להיות חריף במיוחד במקרה של ילדים, שכן ההורים חוששים מהשפעות החשיפה על עתיד ילדיהם. יש מקרים שבהם החשש גורם להימנעות מפנייה לטיפול: "בדרך כלל אבחנה ראשונה עושים ההורים. ומתאפקים, את יודעת, יש איזה פחד, ההורים בדרך כלל פוחדים שאם זה דברים שמוציאים מהבית, שרשומים בתיק רפואי, שזה יכול אחר כך להשפיע להמשך, לעתיד של ילדים. בגלל זה, מההתחלה הם מנסים בבית."

ויש מקרים שהחשש מונע פנייה לגורם שרופא הילדים מפנה אליו: "יש הרבה חשש מחשיפה, לא רוצים שהמזכירות במשרד שהם באים אליו כבר עשרים שנה ידעו שהילד מקבל טיפול כזה, נורא פוחדים מהצבא. החרדים נורא פוחדים מהשידוכים, הם נורא פוחדים מחשיפה. אז ברגע שצריכים לערב עוד גורם, אפילו דבר כזה שהוא כאילו טריוויאלי, כמו התחייבות, אז זה מקשה על ההיענות."

יש מקרים שבהם ההורים מבקשים, או הרופאים עצמם בוחרים, להשמיט פרטים מהתיק הרפואי מחשש לפגיעה בעתיד. רופאה אחת אמרה שהיא בוחרת שלא לקבל תמיכה משירותי ייעוץ אונליין בשל רגישות המידע ואופיו.

5. דיון

הראיונות מלמדים על כך שכל רופאי המשפחה רואים בטיפול בבעיות בריאות הנפש שבתחום הפסיכיאטריה הרכה חלק אינטגרלי מעבודתם. בבעיות אלו הם מקבלים לרוב אחריות על זיהוי, אבחון וטיפול, ובמיעוט מקרים מפנים לטיפול אצל אנשי מקצוע מתחום בריאות נפש. אשר למחלות פסיכיאטריות קשות, רופאי המשפחה אינם המטפלים העיקריים, אך עדיין יש להם תפקיד במערך הטיפול. מבחינת תפיסת התפקיד, נמצא שיש הלימה בין ציפיות המנהלים בקופות מרופאי המשפחה לבין התפיסות וההתנהגות בפועל (לפחות זו המוצהרת) של הרופאים.

עם זאת, ישנם רופאים שאינם חשים בנוח בעבודה עם מטופלים הסובלים מבעיות נפשיות, במיוחד עם מטופלים המתמודדים עם מחלות נפש קשות, שהתקשורת איתם קשה. זה נושא רגיש ויכול להיות שגם רופאים נוספים חשים כך. הדבר מעלה את החשש כי בחלק מהמקרים מטופלים אלו, שפעמים רבות סובלים גם מבעיות פיזיות שונות, אינם מקבלים טיפול מיטבי במכלול בעיות הבריאות שלהם. רופאים שאינם חשים בנוח עם מטופלים בעלי מאפיינים מסוימים עלולים לנסות לקצר את משך האינטראקציה איתם עד כמה שאפשר, דבר שיכולות להיות לו השלכות שליליות, במיוחד כאשר מדובר באוכלוסייה שסובלת מתחלואה גבוהה, שאיננה מיטיבה לבטא את עצמה ושהיא חשוב מאוד שהרופא יברר דברים מיוזמתו.

בקרב רופאי הילדים המצב הוא שונה. בתחום בעיות בריאות נפש בילדים כללו הרופאים "סל" רחב של בעיות נפשיות, רגשיות, התפתחותיות, שמטבע הדברים חלקן שונות מהבעיות שמבוגרים מתמודדים איתן. מצבים קשים המחייבים טיפול תרופתי הם נדירים בילדים, ובמצבים כאלה הרופאים נוהגים כמעט תמיד להפנות מיד לאנשי מקצוע, בניגוד לרופאי משפחה שבמקרים רבים מתחילים את הטיפול בעצמם. מהראיונות עולה שבמקרים רבים לא רופאי הילדים הם אלו שמזהים בעיה אצל הילד, אלא גורמים אחרים כמו גננות, מורות או ההורים עצמם.

לפחות שני מחקרים שנעשו בישראל בשנים האחרונות מצאו הבדלים בהתייחסות של רופאי משפחה ורופאי ילדים לבעיות בריאות נפש. במחקר שעסק בעמדות כלפי איתור וטיפול בדיכאון אחרי לידה, מצאו גלזר ושותפיה שלמרות שרופאים משני המקצועות ראו חשיבות באיתור, רק רופאי משפחה (אחוז נמוך מתוכם) אמרו שהיו מטפלים בבעיה בעצמם. נוסף לכך, שיעור גבוה בהרבה מרופאי המשפחה אמרו שהיו מוכנים להשתמש בשאלון סינון קצר כדי לזהות נשים שיש להן דיכאון אחרי לידה. יכול להיות שממצאים אלו מושפעים מכך שרופאי ילדים אינם רואים באם את המטופלת הראשית שלהם. במחקר של לוינסון ואחי (2014) נמצא כי יותר רופאי משפחה סברו שיש להם תפקיד בטיפול ובניהול הטיפול של בעיות רגשיות והתנהגותיות של הילד מאשר רופאי ילדים.

עם זאת, ולמרות שהתשובה הראשונית של רוב הרופאים הייתה שהם אינם מטפלים בבעיות נפשיות, רבים מהם כן מתערבים ומטפלים במקרים מסוימים, בעיקר באמצעות הדרכת ההורים איך לנהוג.

בעיה שעלתה בהקשר של ילדים היא הקשר המועט בין המערכת הרפואית לבין מערכות אחרות שמקיפות את הילד, כגון חינוך ורווחה. המשמעות עלולה להיות שאין הסתכלות כוללת והוליסטית על הילד, וכאשר מתעוררת בעיה האבחון והטיפול נעשים על ידי גורמים שונים ללא תיאום וללא תכנון משותף, דבר שיכול לפגוע באיכות המענים שהילד מקבל.

אחת ממטרות הרפורמה הייתה לשבור את המחיצה בין רפואת הגוף לרפואת הנפש, מתוך גישה שיש צורך לבחון ולטפל בבריאות בראייה הוליסטית יותר, ושבריאות הגוף והנפש אינן נפרדות זו מזו. ראינו שברמה התפיסתית, הרבה רופאים רואים קשר בין השניים ומאמינים שלרבות מהתלונות הגופניות בסיס נפשי, ושיש להתייחס להיבטים הנפשיים בטיפול. עם זאת, בהיבט המערכתי של מבנה השירותים, עדיין יש נתק משמעותי. ברמה הטכנית הוא בא לידי ביטוי במיעוט העברת מידע (בשני הכיוונים) בין הרופאים הראשוניים ואנשי מקצועות בריאות הנפש, במיעוט האפשרויות להתייעצות הדדית (אם בגלל שאינן קיימות ואם בגלל שהרופאים אינם מכירים אותן או אינם מרוצים מהן), בחוסר היכרות של הרופאים הראשוניים את אנשי המקצוע בבריאות הנפש העובדים בסביבתם, ובאופן כללי בשיתוף פעולה מועט בין התחומים. לא נראה שאנשי בריאות הנפש מנצלים לטובת הטיפול את ההיכרות (שהיא לעיתים עמוקה ורבת שנים) של הרופא הראשוני את המטופל, ואת הידע שלו עליו, על סביבתו ועל משפחתו; הם גם אינם נוטים לשתף את הרופאים הראשוניים בטיפול מעבר להוראות טכניות על מתן תרופות. חלק מהמרואיינים הביעו תסכול מכך שמרגע שהמטופל עובר לטיפול של גורמי בריאות הנפש, הם נותרים "מחוץ לתמונה". חלקם אף הביעו אי-נוחות מכך שהם נאלצים להפנות את המטופלים בעניינים רגישים אלו לאנשים שלא מוכרים להם, ושאינן להם מושג מה קורה איתם בטיפול.

במידה מסוימת אפשר שהמצב דומה למה שמתרחש גם בהפניה לרופאים יועצים אחרים; אבל תחום בריאות הנפש הוא שונה, ולבעיות בתחום זה השפעה על כל מערך תחומי החיים. בתחום זה ישנן גם (יותר מאשר בתחומים אחרים) סוגיות אתיות, למשל בנושא פרטיות, שלהן השפעה על הנכונות לשתף מידע, והן מחייבות זהירות והתייחסות מיוחדת.

נראה שיש צורך להגדיר מהו מודל השיתוף הרצוי שעשוי לצמצם את הנתק, ובמה השיתוף הזה יכול לתרום לטיפול. אחד הרופאים התייחס לכך ישירות, כשהסביר מה יכול לתרום הקשר: "התפקיד שלי לתרום להבנה של הקשר גוף-נפש אצל המטופל, ואיש בריאות הנפש יכול להציע את ההבנה שלו של מה שעובר על המטופל, ההתמודדות שלו, ומה הדרכים להביא אותו לבריאות יותר טובה." הנושא של בניית הקשר בין אנשי הרפואה הראשונית ואנשי בריאות הנפש, כיצד לרקום אותו, מה צריך להיות טיבו ואיך כל תחום יכול לעזור למשנהו לטובת הטיפול, עולה כנושא שראוי להשקיע בו עבודה נוספת, תוך בחינת היבטים נוספים להיבטים הטכניים שלו.

6. המלצות

- מהראיונות עלה שרבים מהרופאים אינם שבעי רצון מערוצי התקשורת להתייעצות עם פסיכיאטרים שהקופות הקימו במטרה לתמוך ולסייע לרופאים, וחלק מהאחרים כלל אינם מכירים את האפשרויות העומדות לרשותם. הראיונות מציפים את ההבנה ולפיה רובם היו מעדיפים להתייעץ עם אדם מוכר שיש להם איתו קשר מתמשך, ולא וירטואלי. מומלץ לקופות לשקול לפתח גם ערוצים כאלה, שיתאימו יותר לצורכיהם של הרופאים.
- חוסר ההיכרות והקשר עם אנשי המקצוע מתחום בריאות הנפש עלה כבעיה. מומלץ לקופות למצוא דרכים ומנגנונים לחיזוק ההיכרות, הקשר והעבודה המשותפת.
- העברת המידע בין הרפואה הראשונית לבין מערכת בריאות הנפש איננה מוסדרת, אינה אחידה ובמקרים מסוימים אף פוגעת ברצף הטיפול. נוסף לכך, לא תמיד הרופאים יודעים איזה מידע זמין להם. קופות החולים צריכות לטפל בנושא זה באותם מקומות שבהם יש ליקויים.
- הקו המשותף במודלים השונים שהרופאים הציעו כמודלים אידאליים לעבודה הוא קשר ישיר וזמין עם אנשי בריאות נפש. מודל שפועל ורוב הרופאים מאוד מרוצים ממנו הוא עובדים סוציאליים שנמצאים במרפאה שלהם או במרפאה קרובה. זהו מודל שקיים במרפאות רבות ולמרות שהעובדים הסוציאליים אינם בהכרח אנשי מקצוע בבריאות הנפש, יש להם נגיעה בתחום והם יכולים לתרום רבות. מומלץ לשקול להרחיב את המודל הזה.
- כמה הצעות עסקו בתמיכה בחולי נפש קשים, במיוחד בכאלה שאין להם תמיכה משפחתית מספקת; אם על ידי ליווי החולה כפי שקיים בחלק מהקהילות החרדיות, ביקורי בית של פסיכיאטרים, או פיתוח מנגנונים של שמירה על קשר כדי למנוע נשירה מטיפול. מומלץ לשקול פיתוח של מודלים אלו או אחרים כדי לסייע לאוכלוסייה זו שהיא פגיעה במיוחד.
- אצל ילדים יש חשיבות גדולה לקשר בין מערכות שונות המקיפות את הילד. מהראיונות עלה שאין קשר כזה, ואם יש, הוא לרוב פרי יוזמה פרטית. חשוב שמשרדי החינוך, הרווחה, הבריאות וקופות החולים ימצאו דרך למסד ערוצי תקשורת בין כל הנוגעים בדבר.

- ההתמחות ברפואת ילדים איננה כוללת את נושא בריאות הנפש. מומלץ להוסיף הכשרה בתחום זה להתמחות. חשוב גם שחלק מההתמחות יתבצע בקהילה, כדי להכיר את בעיות בריאות הנפש השכיחות שם, ולא בבתי החולים.
- מחקר זה הוא מחקר איכותני, ובמסגרתו הגענו למספר מצומצם של מרואיינים שאותם יכולנו לראיין לעומק. מומלץ להשתמש בממצאים כבסיס למחקר כמותני שיתבסס על סקר שבו נוכל לאמוד את שכיחות התופעות בקרב כלל אוכלוסיית הרופאים הראשוניים.

מקורות

- אלרועי, א. רוזן, ב. אלמקייס, ע. סמואל, ה. (2017). שירותי בריאות הנפש בישראל: צורך, דפוסי שימוש וחסמים – סקר באוכלוסיית המבוגרים הכללית. דמ-749-17. ירושלים: מכון מאירס-גיוינט-ברוקדייל.
- ברמלי-גרינברג, ש. מדינה-הרטום, ת. בלינסקי, א. (2017). תמצית ממצאי סקר מבוטחים 2016 - בחירה בשירותים במסגרת מערכת האשפוז הציבורית. ירושלים: מאירס-גיוינט מכון ברוקדייל (לא פורסם)
- גרוס, ר. ברמלי-גרינברג, ש. רוזן, ב. ניראל, נ. וייצברג, ר. (2009). מצוקה נפשית ודפוסי קבלת טיפול לפני העברת האחריות לבריאות הנפש לקופות החולים: נקודת המבט של צרכני השירותים. דמ-538-09 מאירס-גיוינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- הסכם קיבוצי שנחתם ביום 25 לאוגוסט 2011, בין ממשלת ישראל, שירותי בריאות כללית וההסתדרות המדיצינית הדסה לבין ההסתדרות הרפואית בישראל.
http://prdupl02.ynet.co.il/ForumFiles_2/29730183.pdf
- הראל-פיש, י. וולש, ס. שטיינמץ, נ. לובל, ש. רייז, י. טסלר, ר. וחביב, ג. (2014). נוער בישראל: בריאות, רווחה נפשית וחברתית ודפוסי התנהגויות סיכון בקרב בני נוער בישראל - ממצאי המחקר השביעי. דו"ח HBSC ישראל. תכנית המחקר הבינלאומי על רווחתם ובריאותם של בני נוער, בית הספר לחינוך, אוניברסיטת בר-אילן.
- לוינסון, ד. גלסר, ש. חורב, ז. מוניץ, ח. קפלן, ג. (2014). "האם זה מתפקידי"? התייחסות רופאים ראשוניים ל"תחלואה החדשה" בקרב מטופליהם הצעירים (לא פורסם)
- סמואל, ה. רוזן, ב. (2013). כיצד נערכות קופות החולים להספקת שירותי בריאות נפש? דמ-636-13. מאירס-גיוינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- שקדי, א. (2011). המשמעות מאחורי המילים: מתודולוגיות במחקר איכותני – הלכה למעשה. הוצאת רמות: אוניברסיטת תל-אביב.
- Bower, P., & Gilbody, S. (2005). Managing common mental health disorders in primary care: Conceptual models and evidence base. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 330(7495), 839-842. doi:10.1136/bmj.330.7495.839
- Casini, F., Sighinolfi, C., Tedesco, P., Bandieri, P. V., Bologna, M., Colombini, N., . . . Serio, A. (2013). Primary care physicians' perspective on the management of anxiety and depressive disorders: A cross-sectional survey in emilia romagna region. *BMC Family Practice*, 14(1), 1-9.

- Chew-Graham, C., Slade, M., Montana, C., Stewart, M., & Gask, L. (2007). A qualitative study of referral to community mental health teams in the UK: Exploring the rhetoric and the reality. *BMC Health Services Research*, 7(1), 1-9.
- Clarke, D. M., Piterman, L., Byrne, C. J., & Austin, D. W. (2008). Somatic symptoms, hypochondriasis and psychological distress: A study of somatisation in Australian general practice. *Medical Journal of Australia*, 189(10), 560-564.
- De Hert, M., Cohen, D., Bobes, J., CETKOVICH-BAKMAS, M., Leucht, S., Ndeti, D. M., . . . MÖLLER, H. (2011). Physical illness in patients with severe mental disorders. II. barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. *World Psychiatry*, 10(2), 138-151.
- De Hert, M., Correll, C. U., Bobes, J., CETKOVICH-BAKMAS, M., Cohen, D., Asai, I., . . . Ndeti, D. M. (2011). Physical illness in patients with severe mental disorders. I. prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry*, 10(1), 52-77.
- Edbrooke-Childs, J., Jacob, J., Argent, R., Patalay, P., Deighton, J., & Wolpert, M. (2016). The relationship between child-and parent-reported shared decision making and child-, parent-, and clinician-reported treatment outcome in routinely collected child mental health services data. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 21(2), 324-338.
- Farbstein, I., Mansbach-Kleinfeld, I., Levinson, D., Goodman, R., Levav, I., Vograft, I., . . . Apter, A. (2010). Prevalence and correlates of mental disorders in Israeli adolescents: Results from a national mental health survey. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(5), 630-639.
- Fink, P., Toft, T., Hansen, M. S., Ornbol, E., & Olesen, F. (2007). Symptoms and syndromes of bodily distress: An exploratory study of 978 internal medical, neurological, and primary care patients. *Psychosomatic Medicine*, 69(1), 30-39. doi:10.1097/PSY.0b013e31802e46eb
- Frostholm, L., Fink, P., Christensen, K. S., Toft, T., Oernboel, E., Olesen, F., & Weinman, J. (2005). The patients' illness perceptions and the use of primary health care. *Psychosomatic Medicine*, 67(6), 997-1005. doi:10.1097/01.psy.0000189164.85653.bc
- GIIMWIIITEE, O., & Edition, F. (2009). Policy Statement—The future of pediatrics: Mental health competencies for pediatric primary care. *Pediatrics*, 124(1), 410-421.
- Goldfracht, M., Liebermann, N., & Gross, R. (2006). Treating mental distress by primary care staff. *Health Policy Monitor*, Oct2006.

- Goldfracht, M., Shalit, C., Peled, O., & Levin, D. (2007). Attitudes of Israeli primary care physicians towards mental health care. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 44(3), 225-230.
- Haine-Schlagel, R., & Walsh, N. E. (2015). A review of parent participation engagement in child and family mental health treatment. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 18(2), 133-150.
- Kliegman, R. M., Behrman, R. E., Jenson, H. B., & Stanton, B. M. (2007). *Nelson textbook of pediatrics e-book* Elsevier Health Sciences.
- Lam, T. P., Lam, K. F., Lam, E. W. W., & Ku, Y. S. (2013). Attitudes of primary care physicians towards patients with mental illness in Hong Kong. *Asia-Pacific Psychiatry*, 5(1), E19-E28.
- Lawrence, D., Hancock, K. J., & Kisely, S. (2013). The gap in life expectancy from preventable physical illness in psychiatric patients in Western Australia: Retrospective analysis of population based registers. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 346, f2539. doi:10.1136/bmj.f2539
- Lawrence, D., & Kisely, S. (2010). Inequalities in healthcare provision for people with severe mental illness. *Journal of Psychopharmacology (Oxford, England)*, 24(4 Suppl), 61-68. doi:10.1177/1359786810382058; 10.1177/1359786810382058
- Lerner, Y., & Levinson, D. (2012). Who gets mental health treatment from the GP? results from the Israel national epidemiological mental health survey. *Family Practice*, 29(5), 561-566.
- Lester, H., Tritter, J. Q., & Sorohan, H. (2005). Patients' and health professionals' views on primary care for people with serious mental illness: Focus group study. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 330(7500), 1122. doi:10.1136/bmj.38440.418426.8F
- Levinson, D., Zilber, N., Lerner, Y., Grinshpoon, A., & Levav, I. (2007). Prevalence of mood and anxiety disorders in the community: Results from the Israel national health survey. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 44(2), 94-103.
- Lieberman, L., & Hilliard, R. I. (2006). How well do paediatric residency programmes prepare residents for clinical practice and their future careers? *Medical Education*, 40(6), 539-546.
- Mansbach-Kleinfeld, I., Palti, H., Ifrah, A., Levinson, D., & Farbstein, I. (2011). Missed chances: Primary care practitioners' opportunity to identify, treat and refer adolescents with mental disorders. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 48(3), 150-156.
- Mojtabai, R., & Olfson, M. (2011). Proportion of antidepressants prescribed without a psychiatric diagnosis is growing. *Health Affairs (Project Hope)*, 30(8), 1434-1442. doi:10.1377/hlthaff.2010.1024.

- Munitz, H. (2007). Commentary on: Attitudes of Israeli Primary Care Physicians Towards Mental Health Care. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences* 44(3), 229-230.
- Olfson, M., Kroenke, K., Wang, S., & Blanco, C. (2014). Trends in office-based mental health care provided by psychiatrists and primary care physicians. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 75(3), 247-253. <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.13m08834>
- Oren, K., Shoham-Vardi, I., Reichman, B., Horev, Z., Katz, M., & Porter, B. (2011). Management of problems related to the new morbidity by community-based paediatricians in Israel. *Child: Care, Health and Development*, 37(5), 703-710.
- Porter, B., & Urkin, J. (2011). Community pediatrics in Israel: Time for change? *The Israel Medical Association Journal: IMAJ*, 13(3), 133-136.
- Richards, J. C., Ryan, P., McCabe, M. P., Groom, G., & Hickie, I. B. (2004). Barriers to the effective management of depression in general practice. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(10), 795-803.
- Shvartzman, P., Weiner, Z., Vardy, D., Friger, M., Sherf, M., & Biderman, A. (2005). Health services utilization by depressive patients identified by the MINI questionnaire in a primary care setting. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 23(1), 18-25.
- Sterne, A., & Porter, B. (2013). *Overview of child and adolescent mental health services in Israel*. RR-644-13. Jerusalem: Myers-JDC-Brookdale Institute.
- Tomenson, B., McBeth, J., Chew-Graham, C. A., MacFarlane, G., Davies, I., Jackson, J., . . . Creed, F. H. (2012). Somatization and health anxiety as predictors of health care use. *Psychosomatic Medicine*, 74(6), 656-664. doi:10.1097/PSY.0b013e31825cb140.
- Van Esso, D., del Torso, S., Hadjipanayis, A., Biver, A., Jaeger-Roman, E., Wettergren, B., . . . European Academy of Paediatrics, (EAP. (2010). Paediatric primary care in Europe: Variation between countries. *Archives of Disease in Childhood*, 95(10), 791-795.
- Wong, S., Lee, K., Chan, K., & Lee, A. (2006). What are the barriers faced by general practitioners in treating depression and anxiety in Hong Kong? *International Journal of Clinical Practice*, 60(4), 437-441.
- World Health Organization, World Organization of National Colleges, Academies, & Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians. (2008). Integrating mental health into primary care: A global perspective World Health Organization.