

# עבודתם של רופאים ראשוניים בתחום בריאות הנפש לאחר החלת הרפורמה בבריאות הנפש

יעל אשכנזי<sup>1</sup> רינה מעוז-ברויאר<sup>1</sup> יואב לף<sup>1</sup> חוה טבנקין<sup>2</sup>

<sup>1</sup> מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל  
<sup>1</sup> שירותי בריאות כללית



המחקר מומן בסיוע המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות בריאות

נובמבר 2017

ירושלים

חשוון תשע"ח

מכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל

ת"ד 3886

ירושלים 9103702

טלפון: 02-6557400

פקס: 02-5612391

כתובת האינטרנט: [www.brookdaleheb.jdc.org.il](http://www.brookdaleheb.jdc.org.il)

## תמצית המחקר

### רקע

ביולי 2015 נכנסה לתוקף הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש, שבמסגרתה הועברה האחריות לאספקת שירותי בריאות הנפש ממשד הבריאות לקופות החולים. במסגרת הרפורמה פיתחו הקופות או הרחיבו שירותים שנועדו לטפל באנשים עם בעיות בתחום בריאות הנפש.

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

אף שעל הרופא הראשוני מוטל תפקיד מרכזי בתחום זה, עד היום לא נעשתה בדיקה מעמיקה בישראל של היבטים שונים של רכיב זה בתפקיד הרופא ושל התמודדות הרופא בתחום זה.

### מטרת המחקר

מטרת המחקר הייתה לבחון ולתאר את עבודתם של רופאים ראשוניים בתחום בריאות הנפש, בעיקר בהיבטים אלו: כיצד הם תופסים את תפקידם ונוהגים בפועל בהקשר זה, מה טיב הממשק שלהם עם הגורמים המטפלים בבריאות הנפש, מהי השפעת הרפורמה על עבודתם זו, מה הם 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 החולים ו-5 ראיונות עם פסיכיאטרים. כל הראיונות בוצעו בין החודשים יוני 2016 למאי 2017.

### ממצאים

#### רופאי משפחה

**תפקיד הרופא:** כל המרואיינים ראו בתחום בריאות הנפש חלק בלתי נפרד מעבודתם. הם הבחינו בין מטופלים עם בעיות מתחום ה"פסיכיאטריה הרכה" (מצבים נפוצים בקהילה כגון חרדה ודיכאון) למטופלים שיש להם מחלות נפש קשות (כגון סכיזופרניה). אשר ל**פסיכיאטריה הרכה**, כולם העידו שהם

בעצמם נוטים לאבחן את המצבים ולטפל בהם; הם מתחילים בטיפול תרופתי, ולעיתים גם בשיחות טיפוליות, ורק אם לא חל שיפור, הם מפנים את המטופל לגורמים מקצועיים בתחום בריאות הנפש. בהקשר של האבחון, הרופאים צריכים להתמודד עם נטייה של מטופלים לסומטיזציה, כלומר הצגת תלונות בנושאים גופניים שהבסיס להן הוא נפשי. תפקיד הרופא במקרים כאלה הוא לברר אם בבסיס התלונה יש קושי נפשי ולסייע בחשיפתו. גורמים המסייעים לרופא בכך הם היכרות מתמשכת עם המטופל ולפעמים גם עם משפחתו והיעדר סטיגמה שעלולה לדבוק במטופל אצל פסיכיאטר אך אינה קיימת 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 תופסים את עצמם כאחראים 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, גם במה שאינו קשור ישירות למצבם הנפשי ולטיפול בו. מהראיונות עלה שחלק מהרופאים חווים קושי ולא נוח להם לשוחח עם חולים במחלות נפש קשות או 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 היעדר היכרות אישית עם פסיכיאטרים ופסיכולוגים ועל קושי בקיום קשר ודיאלוג עם המטפלים. היעדר הקשר בלט במיוחד לגבי הפסיכולוגים.
- זמינות תורים: הייתה שונות רבה בהערכת זמינות התורים לפסיכיאטרים – בין שבוע-שבועיים לחודשים. זמינות התורים לפסיכולוגים במסגרות שאינן בתשלום בקופות נמוכה, ורופאים מפנים למטפלים העצמאיים בקופות, אך חלקם דיברו על חוסר הנוחות שלהם להפנות לשירות שהקופה נותנת בתשלום.
- העברת מידע: הייתה שונות גדולה בהערכה אם מתקבל די מידע ממערכות הטיפול בבריאות הנפש.
  - קבלת מידע מהפסיכיאטרים: חלק מהרופאים תיארו שינוי לטובה מאז החלת הרפורמה; אחרים ציינו שהמידע העובר במערכת הממוחשבת הוא מידע חסר; וחלק אמרו שהם מקבלים מידע רק אם המטופל מגיע למרפאתם מצויד במכתב.
  - קבלת מידע על מטופלים שביקרו בחדרי מיון או אושפזו: לא תמיד יש העברת מידע סדירה.
  - קבלת מידע מהפסיכולוגים: אין העברת מידע סדירה.

**קשר עם עובדים סוציאליים:** רבים מהרופאים ציינו כי הם עומדים לעיתים בקשר עם עובדים סוציאליים (לאו דווקא קליניים) של הקופה שיושבים בתוך המרפאות הראשוניות. הם מתייעצים איתם ונעזרים בהם בטיפול, ומהראיונות עולה שביעות רצון גבוהה מהמודל הזה של גורם טיפולי זמין ומוכר שניתן להיעזר בו.

אפשרות להתייעץ עם פסיכיאטרים: לאחר הרפורמה הקימו הקופות מנגנוני ייעוץ מקצועי בנושא בריאות הנפש שנועדו לסייע לרופאים הראשוניים. מנגנונים אלו כוללים ייעוץ וירטואלי וטלפוני על ידי פסיכיאטרים שעומדים לרשות הרופאים. חלק מהמרוויינים ציינו ששיטה זו, שבה מתייעצים עם רופא לא מוכר, 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 לרעה; רופאים נוספים ציינו כי לא חוו כל שינוי משמעותי בעבודתם מאז החלה הרפורמה. נראה שמידת שביעות הרצון תלויה, בין השאר, בשינויים מקומיים בהיצע השירותים. השינויים העיקריים לטובה שצוינו היו פתיחת מרפאות חדשות, ושיפור בהעברת מידע ממערכת בריאות הנפש (אולם כאמור, היו שאמרו שלא חשו בשיפור). שינוי לרעה שצוין היה ביטול האפשרות לפנות לשירותים שהיו נגישים לאוכלוסייה בעבר, כמו תחנות בריאות הנפש של משרד הבריאות במקומות מסוימים.

מודלים לעבודה משותפת של רופאים ראשוניים ואנשי מקצוע מתחום בריאות הנפש: המשותף לכל המודלים שהוצעו היה שדובר בהם על יצירת קשר קרוב יותר ובלתי אמצעי בין הרופאים הראשוניים לאנשי מקצוע מתחום בריאות הנפש, כבסיס לקשר מתמשך: שילוב קבוע של אנשי המקצוע במרפאות הראשוניות, ביקורים תקופתיים של פסיכיאטרים במרפאות ראשוניות, סינוף כמה מרפאות למרפאת בריאות נפש.

## **רופאי ילדים**

תפקיד הרופא: כל רופאי הילדים דיברו על תפקידם בזיהוי ואבחון של בעיות. במקרים רבים הורים הם שמעלים את הבעיה בפני הרופא. לגבי טיפול, עולה שרופאי הילדים מטפלים בעיקר בבעיות התנהגותיות ואחרות שניתן להתמודד איתן בעיקר על ידי הדרכת הורים. במקרים מורכבים יותר הרופאים מפנים לאנשי מקצוע. הם אינם מתחילים טיפולים תרופתיים, והם מרגישים שאין להם ידע מספיק כדי לעשות זאת. חלקם הצרו על כך שבמקרים המורכבים עיקר תפקידם הוא חידוש מרשמים ומעקב.

קשר עם מערכת עוטפת: אף שהורים הם המטפלים העיקריים בילד, חיו מתנהלים גם במעגלים נוספים: משפחה מורחבת, מערכת החינוך, הקהילה ולפעמים עוד מערכות, למשל מערכת הרווחה. במערכות אלה גורמים שונים אמורים לתת מענה לצרכיו של הילד, וחשוב שיהיה קשר ותיאום איתם. מהראיונות עלה שאין כמעט קשר כזה.

קשר עם שירותי בריאות הנפש: הרופאים מפנים ילדים למגוון גורמים, ובהם פסיכיאטרים, פסיכולוגים, נירולוגים ומכונים להתפתחות הילד. בהקשר זה עלו בעיות במספר היבטים:

- טיב הקשר: מרבית המרוויינים אמרו שאין להם קשר ישיר עם הגורמים המטפלים, ואם יש קשר כזה, בדרך כלל הוא חד-כיווני (כלומר, הרופאים מתקשרים לגורם הטיפול ולא להפך). מצב זה נתפס כבעייתי ומקשה על הטיפול.

- זמינות תורים: ניתנו הערכות שונות, משבוע-שבועיים עד כמה חודשים. בנוסף עלתה בעיית נגישות באזורים שבהם אין בנמצא שירותים במרחק סביר.
  - העברת מידע: אי-בהירות בקרב הרופאים לגבי המידע שצריך לעבור אליהם ממטפלים בבריאות 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 משום שהם אינם מכירים את השירותים ובין משום שהם מעדיפים להתייעץ בנושאים רגישים אלו עם אנשים המוכרים להם אישית.
- השפעת הרפורמה: רוב רופאי הילדים אמרו שלא הרגישו שינוי משמעותי בעבודתם בעקבות הרפורמה. אלו שכן ציינו שינויים דיברו על: שינויים לטובה – פתיחת שירותים חדשים ויותר מעורבות של רופאי הילדים בטיפול; שינויים לרעה – תוספת ביורוקרטיה.

## מסקנות

מהראיונות עולה שרופאי המשפחה רואים בטיפול בבעיות בריאות הנפש שבתחום הפסיכיאטריה הרכה חלק אינטגרלי מעבודתם. לגבי מחלות פסיכיאטריות קשות, רופאי המשפחה אינם רואים את עצמם כמטפלים העיקריים, אך הם סבורים שיש להם תפקיד במערך הטיפול. רופאי הילדים רואים בזיהוי ואבחון של בעיות חלק מתפקידם, והם מתערבים ומטפלים במקרים שבהם ניתן לעזור על ידי הדרכת הורים. במקרים מורכבים יותר הם מפנים לאנשי מקצוע.

אחת ממטרות הרפורמה הייתה לשבור את המחיצה בין רפואת הגוף לרפואת הנפש. ברמה התפיסתית, הרבה רופאים רואים קשר בין השתיים ומאמינים שלרבות מהתלונות הגופניות יש בסיס נפשי ושחשוב להתייחס להיבטים הנפשיים בטיפול. אבל בהיבט המערכתי של מבנה השירותים, עדיין יש נתק גדול בין הרופאים הראשוניים לבין אנשי בריאות הנפש, והוא בא לידי ביטוי במיעוט העברת מידע ביניהם, במיעוט אפשרויות להתייעצות הדדית או בהיעדר היכרות עם אפשרויות אלו, בהיעדר היכרות הדדית בין אנשי המקצוע בשני התחומים, ובכלל – בשיתוף פעולה מועט בין התחומים. לא נראה שאנשי בריאות הנפש מנצלים לטובת הטיפול את ההיכרות בין הרופא הראשוני למטופל ואת הידע שלו על המטופל, סביבתו ומשפחתו; בדרך כלל, אנשי בריאות הנפש גם אינם נוטים לשתף את הרופאים הראשוניים בטיפול מעבר להעברת הוראות טכניות לגבי מתן תרופות. מצב זה גורם לתסכול אצל חלק מהרופאים הראשוניים. נראה שכדי להתגבר על הנתק יש צורך להגדיר את מודל השיתוף שמעוניינים בו ובמה השיתוף יכול לתרום לטיפול.

## המלצות

העברת המידע בין הרפואה הראשונית לבין מערכת בריאות הנפש איננה מסודרת, איננה אחידה ובמקרים מסוימים היא אף פוגעת ברצף הטיפול. בנוסף, לא תמיד הרופאים הראשוניים יודעים איזה מידע זמין להם. קופות החולים צריכות לטפל בנושא זה במקומות שבהם יש ליקויים.

בנוסף לערוצי ההתייעצות עם פסיכיאטרים שפיתחו הקופות, מומלץ לפתח גם ערוצים לא וירטואליים, שיתאימו לצורכי הרופאים וכן למצוא דרכים לחיזוק ההיכרות, הקשר והעבודה המשותפת של רופאים ראשוניים ואנשי מקצוע בבריאות הנפש.

הקו המשותף במודלים השונים שהרופאים הציעו כמודלים אידיאליים לעבודה הוא קשר ישיר וזמין עם אנשי בריאות נפש. מודל שפועל במרפאות רבות ורוב הרופאים מרוצים ממנו מאוד הוא זה של עובדת סוציאלית במרפאה שלהם או במרפאה קרובה. אף שהעובדת הסוציאלית איננה בהכרח אשת מקצוע בבריאות הנפש, יש לה נגיעה בתחום והיא יכולה לתרום רבות. מומלץ לשקול להרחיב את המודל הזה.

ההתמחות ברפואת ילדים איננה כוללת את נושא בריאות הנפש. מומלץ להוסיף להתמחות הכשרה בתחום זה.

בילדים יש חשיבות גדולה לקשר בין מערכות המקיפות את הילד. מהראיונות עלה שאין קשר כזה, ואם יש, לרוב הוא פרי יוזמה פרטית. חשוב שמשרדי החינוך, הרווחה, הבריאות וקופות החולים ימצאו דרך למסד ערוצי תקשורת בין כל הנוגעים בדבר.