

גישה ישירה לפיזיותרפיה בתחום רפואת השלד-שריר - מודל שירות מועדף

גב' אילה פרג PT, MPA¹, ד"ר נועה בן עמי BPT, PhD²

¹ כיהנה כפיזיותרפיסטית ראשית במשרד הבריאות בשנים 2004-2020
² מרצה בכירה במחלקה לפיזיותרפיה, אוניברסיטת אריאל

תקציר

בישראל, כמו בעולם המערבי כולו, מערכת הבריאות מתמודדת עם אתגרים מורכבים, ובכללם תמורות במאפייני האוכלוסייה, צריכה גוברת של שירותים ומשאבים אנושיים וכלכליים מוגבלים, אשר גברו ביתר שאת בתקופת מגפת הקורונה. כדי שהמערכת תמשיך לספק לציבור שירותי בריאות מיטביים וזמינים, קיים הצורך לנצל באופן מושכל את כלל המשאבים העומדים לרשותה. בשני העשורים האחרונים מדינות שונות בעולם קראו לשימוש נבון יותר בכל אנשי מקצועות הבריאות, לרבות פיזיותרפיה, על ידי הרחבת סמכויותיהם ותחומי פעילותיהם, כדי להגדיל את היצע המטפלים והשירותים במערכת. מאמר זה נועד להדגיש את הצורך בהרחבת הגישה הישירה לפיזיותרפיה בקהילה בישראל בתחום רפואת השלד-שריר, ומציג ממצאים מהספרות המדעית התומכת בגישה זו. לתפיסת כותבות המאמר, גישה ישירה לפיזיותרפיה וגם הרחבת סמכויות הפיזיותרפיסט, יטיבו עם המטופלים, ישפרו את מערך שירות הרפואה בקהילה, ויקדמו את מעמד מקצוע הפיזיותרפיה בישראל. מטרת המאמר לעורר שיח בקרב הפיזיותרפיסטים בישראל בנושאים אלו כדי לבחון באיזו מידה ובאיזו דרך ניתן לקדםם.

מילות מפתח: פיזיותרפיה, גישה ישירה, מעמד המקצוע, רפואה ראשונית, רפואת שלד-שריר

נחיצות מיטוב השירות ברפואת השלד-שריר

בישראל, כמו בעולם המערבי כולו, מערכת הבריאות מתמודדת עם אתגרים מורכבים, ובכללם תמורות במאפייני האוכלוסייה, צריכה גוברת של שירותים ומשאבים אנושיים וכלכליים מוגבלים, שהתעצמו בתקופת מגפת הקורונה. יצירת מערכת המסוגלת להעניק לציבור שירותי בריאות מיטביים ובני-קיימא מחייבת שימוש מושכל בכלל המשאבים העומדים לרשותה.

כאב ממקור שלד-שריר שכיח ביותר בגיל המבוגר. הוא פוגע באחד מכל שלושה מבוגרים בעולם, ונחשב לאחת מן הסיבות הנפוצות ביותר לפנייה למערכת הרפואית.¹ הצפי הוא כי עם הזדקנות האוכלוסייה והעלייה בתוחלת החיים, העומס על מערכת הבריאות מפגיעות במערכת השלד-שריר יעלה באופן משמעותי. בעבודה שפורסמה ב-2016 נבדקו הוצאות הבריאות של 155 מחלות לפי גיל, מין וסוג הטיפול. נמצא כי ההוצאות עקב כאבי גב תחתון וצוואר מדורגות במקום השלישי, וסך ההוצאות מבעיות שלד-שריר אחרות (כגון דלקת פרקים ניוונית) ממוקמות במקום ה-15.² יתרה מכך, ההוצאות כתוצאה מכאבי גב וצוואר עלו במהירות הגדולה ביותר מבין כלל ההוצאות למחלות שנבחנו. בהשוואה לכלל המחלות הלא מדבקות, כאב גב תחתון הוא הסיבה המובילה לשנות חיים עם מוגבלות (YLD- years lived with disability), לכאב ולאובדן תפקוד, אשר משפיעה על היכולת לנהל חיים פעילים, עצמאיים ופוריים.³ עוד התברר כי עצם הירידה ביכולת להיות פעיל משפיעה על הבריאות הכללית ומגבירה את הסיכון להחמרה של מחלות רקע כמו מחלות לב, ריאה וסוכרת. במילים אחרות, כאבים ממקור שלד-שריר, ובייחוד כאבי גב, גורמים, ישירות ובעקיפין, סבל רב ליחיד, עלויות כבדות למערכת הבריאות ולחברה ומאיימים על האפשרות להזדקנות בריאה.⁴⁻²

לאור מצב זה, הצטרפה ההסתדרות הרפואית בישראל (הר"י) למיזם "בוחרים בתבונה" - "Choosing Wisely". זהו מיזם רופאים עולמי למען בריאות המטופלים, שהחל בארצות הברית בשנת 2012 ואומץ במדינות רבות, כגון קנדה, אוסטרליה, ובריטניה¹⁴. מטרת היוזמה היא להפחית בדיקות וטיפולים שלא לצורך, אשר לעתים הם אף מזיקים לבריאות, ובכך לקדם את בריאות הציבור.

רפואת קו ראשון ופיזיותרפיה

במדינות שונות הוקמו בתחילת שנות ה-2000 ועדות ממלכתיות שנועדו לבחון פתרונות לאתגרי העתיד במערכות הבריאות. דוחות הסיכום של הוועדות האלה המליצו להרחיב את תפקידי מקצועות הבריאות בהתאם לידע ולמימונויות של כל מקצוע¹⁵⁻¹⁹. ההמלצה נועדה לשפר את השירות המקצועי לציבור, להבטיח מתן טיפול מקצועי, זמין ומותאם לקוח, על ידי ניצול מיטבי של כלל המשאבים האנושיים העומדים לרשות מערכת הבריאות. כפי שנאמר על ידי Saxon et al: "מקצועות הבריאות זוהו כבעלי מיומוניות מפתח קליניות, והם יכולים לגשר על הפער בין הדרישות הגוברות לשירות זמין ובין ההיצע המוגבל בשירותי מומחים. מקצועות הבריאות מתאימים לשמש כמטפלים ראשוניים במסע המטופל"²⁰.

משרד הבריאות בבריטניה הגדיר עשרה תפקידי מפתח שיש לשקול להעביר למקצועות הבריאות, ביניהם הפנייה לדימות, לבדיקות מעבדה וליועצים, וכן מתן מרשם לתרופות. המשרד ראה בשילוב פיזיותרפיסטים אסטרטגיה למתן שירותי בריאות מקצועיים ויעילים לציבור¹⁵. בהמשך למסמך זה, פורסמה עבודה מעמיקה ורחבת היקף שהוקדשה ליישום ההמלצות בנוגע למיצוי ופיתוח היכולות המקצועיות של מקצועות הבריאות, ובהם פיזיותרפיה¹⁶. בעבודה זו הודגש כי פיזיותרפיסטים הם בעלי המקצוע המתאימים ביותר לטיפול במטופל עם בעיות במערכת השלד-שריר ולהרחבת מרחב הפעילות של המקצוע (extended scope of practice). נוסף על כך, שיפור הזמינות של שירותי הפיזיותרפיה והגדלת מספר הפיזיותרפיסטים המיומנים ברפואה הראשונית הן חיוניות ויכולות להפחית באופן משמעותי את העומס מן הרופאים וממערכת הבריאות.²⁰⁻²²

באשר לנושא הרחבת תפקידים ו/או הפעולות, יש להבהיר כי מרחב הפעולה (scope of practice) מוגדר כמרחב או טווח

בשנים האחרונות מתקיים דיון נרחב בספרות המקצועית בתופעה המכונה "רפואה עודפת" - too much medicine. בתחום רפואת שלד-שריר, מדובר בשימוש שגרתי בבדיקות הדמיה, בביצוע ניתוחים לא הכרחיים, בשימוש-יתר באופיואידים ובהיעדר הדרכה וחינוך לניהול חיים עם מחלה כרונית.⁶⁵ השימוש השגרתי במרשם לאופיואידים לשיכון הכאב הוא גורם משמעותי לסכנת התמכרות ואף למוות משימוש-יתר. סכנה זאת הביאה את המרכז לבקרת מחלות האמריקאי (Center for Disease Control) ואת ארגון הרופאים האמריקאים (American College of Physicians) לקרוא לניהול כאב באמצעים שאינם תרופתיים.⁷ תוצאות שליליות עקב טיפול עודף קיבלו משנה תוקף במסמך שפרסם ארגון הבריאות העולמי (WHO) בשנת 2018 ובו קריאה לקבוע מדיניות ברורה להורדת הנטל הגלובלי - global burden of disease (GBD) מפגיעות במערכת השלד-שריר.⁸ בחודש יוני 2018 פרסם העיתון Lancet סדרת מאמרים בעניין האתגר העולמי הטמון בהתמודדות עם כאבי גב תחתון והשלכותיו.⁹⁻¹² צוין כי על אף קווים מנחים (guidelines) מקצועיים ברורים בנושא, קיימים פערים משמעותיים בינם ובין ההתנהלות (practice) הלכה למעשה. על כן, המחברים חוזרים ומדגישים את עיקרי ההנחיות: אין להשתמש באופן שגרתי בבדיקות מעבדה ובהדמיה אלא רק כאשר מבחינים ב-"דגלים אדומים", יש לנקוט גישה אקטיבית לטיפול, הכוללת הנחיה לניהול עצמי ולשמירה על חיים פעילים ככל הניתן, ויש להפסיק לאלתר את השימוש באמצעים מזיקים, כמו אופיואידים וגישות טיפוליות סבילות.

דוגמה לנעשה בישראל בנושא זה הוצגה בעבודתם של פיינסטון ושותפיו המתארים את מצב הרפואה האורתופדית בארץ.¹³ במאמר הזה מועלות סוגיות שונות בנוגע לתפקידו של האורתופד ברפואה הראשונית, והממצא הבולט בו הוא שקרוב ל-80% מן הבעיות במערכת השלד-שריר שמציגים המטופלים בקהילה דורשות טיפול שמרני, בעוד שעיקר מומחיותו של האורתופד היא בפתרונות פולשניים, לרבות ניתוחיים. לדברי המחברים, מצב זה מוביל לנקיטת פעולות שאינן בהכרח תורמות לקידום בריאותם של המטופלים, כמו שימוש בתרופות (לרבות אופיואידים), הפניה להדמיה ונקיטת פעולות פולשניות שלא לצורך. נוסף על כך, פנייה לאורתופד ברפואה הראשונית דוחה את תחילת הטיפול המומלץ כקו הראשון, קרי, טיפול הכולל תרגול, פעילות והדרכה לניהול עצמי.

הכאב ממקור השלד-שריר וירידה בשימוש ממושך בהם.²⁵

לאור זאת, על פי המלצות איגוד רופאי המשפחה בישראל, טיפולי פיזיותרפיה, לבעיות במערכת השלד-שריר מהווים קו טיפולי ראשוני.²⁶ יתרה מכך, מן הספרות המקצועית עולה כי בקהילה, גישה ישירה לפיזיותרפיה בתחום זה מביאה לשיפור בעלות-תועלת במערכת הבריאות ואף לחסכון במשאבים.²⁷⁻²⁹

גישה ישירה לפיזיותרפיה בישראל

בשנת 2014 פרסם מנהל הרפואה במשרד הבריאות את החוזר "גישה ישירה לפיזיותרפיה למטופלים במכונים בקהילה".³⁰ מטרת החוזר היו קביעת תנאי בסיס והדרישות ליישום גישה ישירה לשירותי הפיזיותרפיה במכונים בקהילה. החוזר קבע את אחריות המוסד במינוי פיזיותרפיסטים בגישה הישירה, את הדרישות המקצועיות מן הפיזיותרפיסט, את תהליך מתן השירות ואת אופן העברת המידע לרופא המטפל.

צה"ל, ככל הנראה, הוא הגוף הציבורי הראשון שקבע נוהל של גישה ישירה לפיזיותרפיה על בסיס חוזר משרד הבריאות משנת 2014. נכון להיום, חיילים בקבע וחיילים בסדיר המשרתים ביחידות שיש בהן מכוני פיזיותרפיה (כיום קיימות כ-70 יחידות כאלה) רשאים לפנות ישירות לטיפול פיזיותרפיה מבלי לקבל הפנייה מרופא. אף על פי שעדיין אין נתונים רשמיים לגבי אחוז הפונים לפיזיותרפיה באופן זה, ההתרשמות של מערך הפיזיותרפיה בצה"ל היא שהגישה הוטמעה היטב, וכ-90% מן החיילים הזכאים לגישה ישירה אכן עושים זאת. חיילים בסדיר שמגיעים למכון פיזיותרפיה מחוץ ליחידת האם עדיין נדרשים לקבל הפנייה מרופא צבאי. מכיוון שעדיין מקובל שהרופא הצבאי מפנה חיילים עם בעיות שלד-שריר לאורתופד, נערך בימים אילו ניסיון ראשוני שבוחן את האפשרות שמיון החיילים בשירות סדיר ייעשה על ידי פיזיותרפיסטים מנוסים במרפאת שריר-שלד ייחודית, במקום על ידי הרופא האורתופד. במיון זה יחליט הפיזיותרפיסט אם להפנות את החייל לפיזיותרפיה או לאורתופד.

בהמשך, בשנת 2015 הוחלט על יישום ראשוני מצומצם בגישה ישירה לשירותי פיזיותרפיה במכבי שירותי בריאות בכמה מכונים במחוז הצפון ובמחוז הדרום שנמשך שנתיים. הנהלת שירות הפיזיותרפיה במכבי נקטה משנה זהירות וטרם היישום הוכשר צוות נבחר בזיהוי "דגלים אדומים".

הפעולה, או המיומנויות והפעולות של מקצוע הבריאות.²³

במאמרם של Dower et al. מוסברת ההבחנה בין מרחב פעולה מקצועי (professional scope of practice) - הפעולות שבעל המקצוע מוכשר לבצען, ובין מרחב פעולה חוקי (legal scope of practice) - הפעולות שהחוק מתיר לבעל המקצוע לבצען.²³ בדיון מעמיק בנושא מיצוי ידע ומיומנויות מקצועיים ותרגומם ליכולת פעולה, ציינו המחברים כי מסיבות שונות, כמו שיקולים פוליטיים ואף חוקתיים, מרחב הפעולה המעשי של המקצוע לא בהכרח משקף נאמנה את המסוגלות המקצועית, וכי ייתכן פער בין הפעולות שבעל מקצוע הוכשר להן ובין ביצוען בפועל. היעדר ההלימה בין השניים עלול לפגוע ביעילות המערכת באספקת שירותי בריאות לציבור. על כן, למען שימוש מושכל בהון האנושי ויצירת מערכת בריאות יעילה יותר, קראו המחברים להורדת חסמים שאינם חיוניים. יש להדגיש כי מיצוי מרחב הפעולה של מקצוע מושתת על שני עקרונות: האחד, הפעילות הינה בתחום גוף הידע של המקצוע, והשני, צורך אמיתי להגברת השירות - עקב זמינות נמוכה, מחסור בכוח אדם רפואי ועומסים גדולים על משאבים קיימים. כלומר, בעת זיהוי צורך, אם נשכיל לצמצם את הפער בין הפעילות שפיזיותרפיסט הוכשר לבצעה ובין הפעילות שהוא מבצע בפועל, נוכל להרחיב את היצע המטפלים ולהסב תועלת למטופלים ולמערכת כולה.

מקצוע הפיזיותרפיה הוסדר בישראל בשנת 2008 (תשס"ח) בחוק הסדרת העיסוק במקצועות הבריאות, הקובע רף להשכלה והכשרה אקדמיים, תנאים להכרה וחובת פיקוח ובקרה של משרד הבריאות על בעלי התעודות.²⁴ החוק אינו מגדיר את מרחב הפעולה (scope of practice) של הפיזיותרפיסט.

טיפול בכאב ממקור שלד-שריר הוא בליבת העיסוק של הפיזיותרפיסט, אשר באופן שוטף עוסק באבחון, בהערכה ובטיפול בליקויים וכאבים במערכת התנועה, בשיקום וקידום תפקוד ובהנחיה לניהול עצמי למטופלים עם בעיות כרוניות. טיפול פיזיותרפיה במהותו הוא טיפול בלתי פולשני, נסמך-ראיות מן הספרות המדעית המקצועית ומאופיין בגישה אקטיבית התואמת את ההמלצות העדכניות לגבי הטיפול המיטבי בחולה עם ליקויים במערכת השלד-שריר.² במחקר שפורסם בשנת 2018 נמצא קשר בין טיפול פיזיותרפיה מוקדם ובין שימוש במנה מופחתת באופיואידים לכל אזורי

בקהילה. עם זאת, באופן חריג החוזר לא חייב יישום.³⁰ יתכן שזאת הסיבה לכך שבחלוף שבע שנים מפרסום החוזר לא כל קופות החולים מיישמות גישה ישירה לפיזיותרפיה למבוטחיה. בשעה זו חשוב לבחון מהם המחסומים האמיתיים להטמעה גורפת יותר של גישה ישירה לפיזיותרפיה.

במקומות שונים בעולם גישה ישירה לפיזיותרפיה משולבת גם בהרחבת פעולות וסמכויות, כגון אישור להפניה לרופא מומחה, הפנייה לדימות ואף אפשרות למרשם תרופות מרשימה מוגבלת.^{22,21} מידה מסוימת של הרחבת סמכויות מסוג זה כבר מיושמות במרפאת שלד-שריר בצה"ל ובמכבי שירותי בריאות. כמובן שצעדים אלה מחייבים הכשרה מתאימה. נוסף על כך, נראה כי יש מקום לחזק את המיומנויות בתחום הפסיכו-סוציאלי.³⁴

יודגש כי שינוי תפיסתי כמתואר כאן מחייב התייחסות מכוונת לחסמים שונים אשר יכולים לעכב את יישום המודל, ובהם התנגדויות מצד הפיזיותרפיסטים שיחששו מהכבדת העומס בעבודה ומהגדלת נטל האחריות, או מצד בעלי עניין בתחום הבריאות, כגון הרופאים והאחיות. כמו כן, יש לבחון חסמים בקרב כלל הציבור הנובעים מתפיסות תרבותיות, חברתיות והרגלי צריכה. יש לבנות אסטרטגיה שתכלול, בין השאר, הסברה כדי לעודד את הנהלת הקופות ליישם את המודל, גיוס שותפויות בין-מקצועיות, מסע פרסום מכוון בקרב הציבור הרחב והכשרה המשכית ייעודית לפיזיותרפיסטים. כמו כן, ליווי מחקרי לפעילות האמורה הוא חיוני להערכת עוצמת ההשפעה של יישום המודל על כל אחד ממרכיבי השירות - הזמינות, איכות הטיפול, תוצאות הטיפול, בטיחות וחיסכון בעלויות.

סיכום

המצוקות והאתגרים של מערכת הבריאות ידועים לכל פיזיותרפיסט העובד במגזר הציבורי. יתרה מזאת, הפיזיותרפיסטים שעוסקים בתחום השלד-שריר מכירים היטב את עולם התוכן - גוף הידע והמיומנויות המקצועיים, היתרונות והתרומות של המקצוע למטופלים, הספרות המדעית והקווים המנחים (guidelines) בתחום. נראה כי הראיות ליתרונות ולתועלות הטמונים במודל המציב שירותי פיזיותרפיה בגישה ישירה המלווה בהרחבת סמכויות הן מוצקות דיין. מקצוע

יישום זה לווה במדידה מדוקדקת של תוצאות, והמדדים התייחסו להיבטים שונים, לרבות היבטים טיפוליים, שירותיים, כלכליים ובטיחותיים. לאור הצלחתו ולאחר הכשרה של כ-600 פיזיותרפיסטים בזיהוי "דגלים אדומים", החליטה הנהלת מכבי בינואר 2018 לאמץ גישה ישירה לפיזיותרפיה בתחום השלד-שריר בכל שירותי מכבי. במהלך שנת 2019 נבנו לומדות להכשרת מטפלים לזיהוי "דגלים אדומים" בתחומי טיפול נוספים. בינואר 2021, לאחר ההכשרות, הורחבה הגישה הישירה גם בתחומי טיפול של רצפת האגן, סחרחורת, לימפאדמה, יציבה, גריאטריה ופעילות גופנית לטרם-סוכרתיים. חשוב לציין כי לאורך התקופה כולה נערכו פעולות הסברה מעמיקות לגיוס הנהלת הקופה ולהורדת חסמים בקרב הרופאים והמנהלים. נוסף על כך, הקופה ממשיכה ללוות את כל העשייה במדידה ובמחקר, ונראה כי לאחר פרסום הממצאים והמסקנות ניתן יהיה ללמוד רבות על היתרונות והתרומות של מודל זה למבוטחים ולקופה כאחד. כמו כן, ניתן יהיה ללמוד באיזו מידה הגישה הישירה הוטמעה בקרב הרופאים ובקרב המטופלים.

דיון

במאמר זה מובאות ראיות מבוססות-מחקר מן הספרות העולמית להכרח בשינוי ההתנהגות במערכת הבריאות בכל הנוגע לטיפול בליקויים, במוגבלויות ובכאב ממקור שלד-שריר. נחיצות השינוי נובעת מסיבות רפואיות, מסיבות בריאותיות ומסיבות כלכליות כאחד. מהותו - אימוץ ההנחיות הקליניות העדכניות, וביניהם: טיפול מכוון-מטופל, איתור "דגלים אדומים", הערכה פסיכו-סוציאלית, שימוש בהדמיה רק כאשר קיימים "דגלים אדומים", נקיטת גישה אקטיבית לטיפול, לרבות הדרכה ניהול חיים פעילים, שימוש במדדים להערכת התקדמות בטיפול ומעורבות גישות טיפוליות סבילות.³¹

המאמר שלפנינו מדגיש את התאמת מקצוע הפיזיותרפיה לשמש דרך מושכלת להרחבת היצע המטפלים והשירותים בתחום זה. נוסף על כך, המועצה העליונה לפיזיותרפיה בישראל חרטה על דגלה "לזהות ולהגדיר כיווני התפתחות עתידיים ולהתוות אסטרטגיה כדי לקדם את המקצוע ולחזק את מעמדו".^{33,32} פרסום החוזר של מנהל הרפואה במשרד הבריאות בשנת 2014 הכשיר את הקרקע ליישום המודל של פיזיותרפיה ברפואה הראשונית עבור מטופלים במכונים

12. Buchbinder R, et al., Viewpoint: Low back pain: a call for action, Lancet low back pain series working group, Lancet 2018. Jun 9;391(10137):2384-88.
13. Finestone AS, et al., The case for orthopedic medicine in Israel, Isr J Health Policy Res 2013. 2:42.
14. Born KB, Levinson W. Choosing Wisely campaigns globally: a shared approach to tackling the problem of overuse in healthcare. Journal of general and family medicine. 2019 Jan;20(1):9-12.
15. The chief health professions officer's ten key roles for allied health professionals; Department of health; Gateway reference 1769.
https://www.acprc.org.uk/Data/ResourceDownloads/10_key_roles.pdf
16. Allied health professionals into action: using allied health professionals to transform health, care and well-being 2016/17-2020/21; NHS Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century, the Institute of medicine, National academy press; 2001.
17. Changes in healthcare professions scope of practice: legislative considerations, May 2006; revised 10/09 NCSBN. https://www.ncsbn.org/ScopeofPractice_09.pdf
18. Australia's health workforce 2005, productivity commission research report, Dec 2005; Commonwealth of Australia. <https://www.pc.gov.au/inquiries/completed/health-workforce/report/healthworkforce.pdf>
19. Allied Health Professions into Action. Using Allied Health Professionals to transform health, care and wellbeing. 2016/17 - 2020/21. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/01/ahp-action-transform-hlth.pdf>
20. Saxon RL, et al., Extended roles for health professionals: an updated systematic review of the evidence, J Multidiscip Health 2014. 7:479-88.
21. Thompson J, Yoward S, Dawson P. The Role of Physiotherapy Extended Scope Practitioners in Musculoskeletal care with Focus on Decision Making and Clinical Outcomes: A Systematic Review of Quantitative and Qualitative Research. Musculoskeletal Care. 2017 Jun;15(2):91-103. doi: 10.1002/msc.1152.
22. Bastiaens, F., Barten, DJ. & Veenhof, C. Identifying goals, roles and tasks of extended scope physiotherapy in Dutch primary care- an exploratory, qualitative multi-step study. BMC Health Serv Res 21, 19 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05986-w>
23. Dower C, et al. It is time to restructure health professions scope of practice regulations to remove barriers to care. Health Aff 2013. 32(11): 1971-6.

הפיזיותרפיה שואף לייצב ולהעצים את מעמדו זה שנים רבות. יש הזדמנות להנהיג שינוי בשירותי הפיזיותרפיה בקהילה, באומץ וביצירתיות, וכך לשפר את השירות לציבור המטופלים ובה בעת, לקדם את מעמד המקצוע בישראל.

מקורות

1. Blyth FM, Briggs AM, Schneider CH, Hoy DG, March LM. The Global Burden of Musculoskeletal Pain-Where to From Here? Am J Public Health. 2019 Jan;109(1):35-40. doi: 10.2105/AJPH.2018.304747.
2. Dieleman JL, et al., US spending on personal health care and public health, 1996-2013. JAMA 2016. 316(24):2627-46.
3. Stornheim K, Zwart J-A, Musculoskeletal disorders and the global burden of disease study, Ann Rheum Dis 2014. 73(6):949-50.
4. Hoy DG, et al., Reflecting on the global burden of musculoskeletal conditions: lessons learnt from the Global Burden of Disease 2010 Study and the next steps forward, Ann Rheum Dis 2015. 74(1):4-7.
5. Maher CG, O'Keefe M, Buchbinder R, Harris IA. Musculoskeletal healthcare: Have we over-egged the pudding? Int J Rheum Dis. 2019 Nov;22(11):1957-1960. doi: 10.1111/1756-185X.13710. PMID: 31722450.
6. Lewis JS, Cook CE, Hoffmann TC, O'Sullivan P. The Elephant in the Room: Too Much Medicine in Musculoskeletal Practice. J Orthop Sports Phys Ther. 2020 Jan;50(1):1-4. doi: 10.2519/jospt.2020.0601. PMID: 31892292.
7. Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forcica MA. Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. Annals of internal medicine. 2017 Apr 4;166(7):514-30.
8. Briggs AM, Woolf AD, Dreinhöfer K, et al. Reducing the global burden of musculoskeletal conditions. Bull World Health Organ. 2018;96(5):366-368. doi:10.2471/BLT.17.204891.
9. Clark S, Horton R, Comment: Low back pain: a major global challenge, Lancet low back pain series working group, Lancet 2018. Jun 9;391(10137):2302.
10. Hartvigsen J, et al., What low back pain is and why we need to pay attention, Lancet low back pain series working group, Lancet 2018. Jun 9;391(10137):2356-67.
11. Foster NE, et al., Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges and promising directions, Lancet low back pain series working group, Lancet 2018. Jun 9;391(10137):2368-83.

Direct access to physical therapy in the community - preferred model of care

Ayala Parag, PT, MPA¹, Noa Ben Ami, BPT, Ph.D.²

¹ Former Chief Physical Therapist at the Israeli Ministry of Health (2004 and 2020)

² Lecturer at the Physical Therapy Department, Ariel University

Abstract

In Israel, as in many western countries, the health care system is facing many complex challenges, including demographic changes, increased demand for services, and limited human and economic resources, which were highlighted during the Covid-19 pandemic. To enable the system to continue to provide optimal and timely services to the public, it must optimize use of all resources. In the last two decades, several countries called for judicious use of all health care professions, as well as extending their scope of practice, in order to increase the number of service providers and expand the services available to the public. This article emphasizes the need to expand the use of physical therapists as first-contact practitioners in the field of musculoskeletal medicine in the community and presents supportive evidence from the scientific literature. In the authors' opinion, direct access to physical therapy, as well as an extended scope of practice of physical therapists, will benefit everyone - the patients, the community health care services, and the profession. The intention of the article is to stimulate discussion of these issues among physical therapists and leaders of the profession in Israel, and to examine to what extent they should be promoted and by which means.

Keywords: physical therapy, direct access, professional status, first contact practitioner, musculoskeletal medicine

24. חוק הסדרת העיסוק במקצועות הבריאות (2008). חוק העיסוק בהסדרת מקצועות הבריאות - התשס"ח - 2008, ס"ח 2172. אוחר מתוך:

https://www.health.gov.il/legislationlibrary/mikzoha_01.pdf

25. Sun Eric, et al. Association of early physical therapy with long-term opioid use among opioid-naive patients with musculoskeletal pain. *JAMA network open*, 2018, 1.8: e185909-e185909.

26. ההסתדרות הרפואית בישראל, איגוד רופאי המשפחה בישראל, חמישה דברים שרופאים ומטופלים צריכים לשאול.

<https://www.ima.org.il/userfiles/image/FamilyRecommChoosingWisely.pdf>

27. Demont A, Bourmaud A, Kechichian A, Desmeules F; The impact of direct access physiotherapy compared to primary care physician led usual care for patients with musculoskeletal disorders: a systematic review of the literature, *Disability and Rehabilitation*, Oct 2019. DOI : 10.1080/09638288.2019.1674388.

28. Patel N; Payers: Embrace the value of physical therapy to reduce costs, *Alliance for physical therapy quality & innovation*, Aug 2019.

<https://www.ajmc.com/view/payers-embrace-the-value-of-physical-therapy-to-reduce-costs>

29. Parag A, Afek A, Yaacobson A; Direct access in physiotherapy; *Harefuah*, July 2014. 153, 7:415-417.

30. משרד הבריאות (10 ביולי 2014) חוזר מינהל הרפואה, גישה ישירה לפיזיותרפיה, חוזר מס' 27/2014.

https://www.health.gov.il/hozer/mr27_2014.pdf

31. Lin I, Wiles L, Waller R, Goucke R, Nagree Y, Gibberd M, Straker L, Maher CG, O'Sullivan PPB. What does best practice care for musculoskeletal pain look like? Eleven consistent recommendations from high-quality clinical practice guidelines: systematic review. *Br J Sports Med*. 2020 Jan;54(2):79-86. doi: 10.1136/bjsports-2018-099878.

32. Parag A, Peleg S, Framework for specialization in physical therapy. *JIPTS*, 2021, 23.1: 4-18.

33. המועצה העליונה לפיזיותרפיה בישראל http://www.ipts.org.il/_Uploads/dbsAttachedFiles/bikur.pdf

34. Holopainen R, Simpson P, Piirainen A, Karppinen J, Schütze R, Smith A, O'Sullivan P, Kent P. Physiotherapists' perceptions of learning and implementing a biopsychosocial intervention to treat musculoskeletal pain conditions: a systematic review and metasynthesis of qualitative studies. *Pain*. 2020 Jun;161(6):1150-1168. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001809. PMID: 31977935.