

גישה ישירה בפיזיותרפיה

תקציר:

המטרות במאמרו הן לסקור את הספרות המקצועית והמדעית בנושא גישה ישירה לפיזיותרפיה, המכונה גם "הפניה עצמית", וללמוד מהנעשה במדינות שבהן קיימת גישה ישירה, כדי ליצור בסיס רעיוני-מדעי ליישום הגישה בישראל. אנו מביאים בסקירתנו מימצאי עבודות שנבדקה בהן השפעת הגישה הישירה על מערכת הבריאות מבחינת עלות-תועלת, מציגים את היתרונות והאתגרים, ופורסים בפני הקוראים את ראיית בעלי העניין העיקריים: הרופאים, הפיזיותרפיסטים והמטופלים.

אילה פרג
איל יעקבסון
ארנון אפק
משרד הבריאות

מילות מפתח:

גישה ישירה; הפניה עצמית; פיזיותרפיה; הפניית רופא; מערכת שלד-שריר
Direct access; Self-referral; Physiotherapy; Physician referral; Musculo-skeletal

KEY WORDS

הקדמה

תיקים של 560 חיילים בצבא האמריקאי, עם חבלות במערכת השלד-שריר, שהופנו לתהודה מגנטית (MRI) בפרק זמן מוגדר של 18 חודשים. החוקרים השוו את דייקנות האבחון הקליני מול האבחון ב-MRI של רופאים אורתופדים, רופאים מפנים אחרים ופיזיותרפיסטים, כאשר נמצא הבדל בעל משמעות סטטיסטית בין הפיזיותרפיסטים (דיוק של 74.5%) לרופאים המפנים הלא אורתופדים (דיוק של 35.4%). עם זאת, לא נמצא הבדל משמעותי בין הפיזיותרפיסטים לרופאים האורתופדים. בעבודה רטרוספקטיבית נוספת של Moore וחב' [5], בדקו החוקרים האם גישה ישירה לפיזיותרפיה חושפת את החיילים לסיכונים במהלך הטיפול. בעבודה נבדקו רשומות רפואיות של 95 פיזיותרפיסטים, בפרק זמן של 40 חודשים, ב-25 מתקנים שונים של הצבא האמריקאי. נבחן עומס עבודה כללי, דווח על מספר מטופלים חדשים שהתקבלו, פורטו אירועים חריגים ואף ציון אם היה שימוע משמעותי או תביעה משפטית נגד פיזיותרפיסט כלשהו בפרק זמן זה. מתוצאות העבודה עולה, כי מקרב 472,013 המטופלים, מתוכם 23% מטופלים חדשים, 45.1% (50,799) מהם הופנו ישירות לפיזיותרפיסט. בתיקים שנבדקו לא נמצאה עדות לאירועים חריגים כלשהם. היעדר אירועים חריגים כלל גם את המטופלים שהגיעו לפיזיותרפיסט בעקבות הפניית רופא. כמו כן, לא הוגשו כל קבלה או תביעה נגד הפיזיותרפיסטים בתקופה זאת. ניסיון לקדם יישום גישה ישירה, הביא את Boissonault וחב' [6] לבדוק תוצאות תוכנית חלוצ של גישה ישירה לשרותי פיזיותרפיה אמבולטוריים במרכז רפואי גדול במדינת ויסקונסין בארה"ב. תוכנית הפיילוט נמשכה שישה חודשים ולאחריה נבדקו בין היתר: ניצול האפשרות לגישה ישירה, מכשולים בהם נתקלו וקבלת החלטות טיפוליות על ידי הפיזיותרפיסט המטפל. מתוצאות העבודה עלה כי 81 מטופלים הגיעו בגישה ישירה, כאשר יישום אפשרות זו נעשה ב-33%–50% מהמקרים. בנוגע להחלטות המקצועיות, הרשומות הרפואיות נבדקו על ידי רופאים אורתופדים ממירפאת החוץ (מירפאת גב ומירפאת ספורט), תוך התייחסות למספר שאלות עיקריות, ביניהן: האם המטופל התאים לגישה ישירה? האם היו "דגלים אדומים" שלא קיבלו התייחסות הולמת? האם מספר הטיפולים מתאים לטיפול באותו חולה? אם הופיעו סימנים מדאיגים, האם הפיזיותרפיסט פעל כנדרש? הרופאים הבודקים הסכימו, כי ב-100% מהמטופלים ההחלטות הטיפוליות וכן ההחלטות בדבר הפניית מטופלים של הפיזיותרפיסטים שהשתתפו בעבודה, היו מתאימות.

Whitman וחב' [7] Childrens וחב' [8] בדקו באמצעות מבחן סטנדרטי את רמת הידע של סטודנטים לפיזיותרפיה ופיזיותרפיסטים מנוסים בניהול בעיות במערכת השלד-שריר. מהעבודה עולה, כי לפיזיותרפיסטים מנוסים רמה גבוהה יותר של ידע בניהול בעיות שלד-שריר מזו של סטודנטים לרפואה, סטאז'רים, מתמחים ומכל המומחים ברפואה, מלבד

הזכאות לשרותי פיזיותרפיה במדינת ישראל מוגדרת בחוק ביטוח בריאות ממלכתי (1994) במסגרת של השרותים. ברפואה הציבורית, הגישה לשרותי פיזיותרפיה היא בהפניית רופא בלבד, אך במגזר הפרטי, כל המעוניין בטיפול יכול להגיע ישירות לפיזיותרפיסט. במדינות מערביות רבות בעולם מתקיימת גישה ישירה לשרותי פיזיותרפיה, ביניהן קנדה, הולנד, אוסטרליה, כל מדינות בריטניה ורוב מדינות ארה"ב, כמו גם בצבא האמריקאי [1,2].

ארגון הפיזיותרפיה העולמי, WCPT, תומך ומעודד גישה ישירה, לאור יתרונותיה הכלכליים והטיפוליים, אשר עולים ממחקרים רבים שנערכו בנושא. בנייר עמדה, "מדיניות בנושא גישה ישירה והפנייה עצמית לפיזיותרפיה" [1,2] קבע ה-WCPT, כי לפיזיותרפיסט בוגר לימודי פיזיותרפיה ברוב המדינות החברות בארגון העולמי, בסיס הידע והמיומנויות המתאימות לקבל מטופלים בגישה ישירה.

בישראל, ועדה בינלאומית מטעם המל"ג שבחנה את רמת לימודי הפיזיותרפיה בישראל, מחזקת את עמדת ה-WCPT. בדו"ח המסכם [3] שהוגש בשנת 2007 קבעה הוועדה, כי "לימודי הפיזיותרפיה בישראל הם מקיפים, ברמה אקדמית גבוהה מאוד", וכי "בתוכניות לומדים אנשים המוכרים כבעלי יכולות גבוהות בכל המוסדות המקיימים תוכניות כאלו". חוק הסדרת העיסוק במקצועות הבריאות התשס"ח, 2008, מחייב השכלה והכשרה מוגדרות ומבחן ממשלתי על מנת לזכות בתעודת מקצוע ממשלתית. כמו כן, החוק מחייב פיקוח ובקרה של משרד הבריאות על בעלי התעודות. החוק אינו מחייב הפניית רופא, אלא זהו הסדר מינהלתי הנהוג בקופות החולים, המיועד בעיקר לצורכי "שומר שער" (Gatekeeper). במחקרים שנערכו בעשור האחרון מציינים את יתרונותיה של גישה ישירה לשרותי פיזיותרפיה, הן למערכת הבריאות והן למטופלים. יתרונות אלו כוללים: שיפור בתוצאי בריאות, שיפור בנגישות לשרות, יתרונות כלכליים וכן שימוש מושכל במשאבים וניצול מיטבי של מקצועות בריאות. יחד עם זאת, זוהו אתגרים וחסמים ליישום הגישה. במחקרים נבחנו בין היתר בטיחות הגישה הישירה, מיומנויות אבחון של פיזיותרפיסטים, תוצאות טיפול, היבטים כלכליים, מדדים (פרמטרים) שונים של הפנייה בשרות, ובנוסף, נסקרו דעות של רופאים – רופאי משפחה ואורתופדים, פיזיותרפיסטים ומטופלים.

ידע, כשירות ובטיחות

בעבודה רטרוספקטיבית של Moore וחב' [4] הושוותה דייקנות באבחון הקליני בין פיזיותרפיסטים לרופאים. העבודה נעשתה על ידי בדיקת

91% מהם הביעו תמיכה בגישה ישירה לטיפול הפיזיותרפיה בשל ההפחתה בעומס ובאורך התורים, וצמצום הפניות הנשנות של מטופלים עם בעיות אורתופדיות. יתר על כן, הרופאים והמטופלים שנשאלו הביעו שביעות רצון מגישה ישירה. כלל מימצאי הפיילוט נבחנו בעבודתם של Webster ו־ Holdsworth [11]. במאמר נוסף מסכמים Holdsworth וחב' [12] את התפיסה של הרופאים והפיזיותרפיסטים לגישה ישירה. על בסיס כלל מימצאי הפיילוט, הוחלט ליישם גישה ישירה לשירותי פיזיותרפיה בכל רחבי בריטניה.

בהולנד, שנה לאחר יישום גישה ישירה לפיזיותרפיה, בדקו Leemrijse וחב' [13] מהם מאפייני ציבור הנוקט בגישה ישירה לעומת הציבור המגיע לפיזיותרפיה בהפניית רופא. אוכלוסיית המטופלים כלה כאלה שזהו המפגש הראשון שלהם עם שירותי פיזיותרפיה, כמו גם מטופלים עם בעיה נשנית ומטופלים שהיו בעבר בטיפול פיזיותרפיה. בעבודה נמצא, כי 28% מהמטופלים הגיעו בגישה ישירה; מטופלים אלו היו בעלי השכלה גבוהה ועיקר הפניות היו לטיפול בכאבים בעמוד השדרה שנמשכו פחות משנה. מימצאים אלו מאמתים מימצאים שעלו בפיילוט הבריטי ופורסמו בעבודות המצוינות לעיל.

מתנגדים

בעבודה שפרסמו Pendergast וחב' [14] בשנת 2011, בחנו החוקרים את טענות המתנגדים לגישה ישירה. המתנגדים סבורים כי גישה ישירה תביא לתוספת בעלויות עקב פנייה מוגברת לשירותי פיזיותרפיה, תסכן

■ **המידע הקיים תומך בגישה ישירה לפיזיותרפיה הודות ליתרונותיה, הן למטופלים והן למערכת הבריאות כולה.**

■ **לא נמצא כל בסיס לחששות כי גישה ישירה מסכנת את בריאות ובטיחות המטופלים.**

■ **המימצאים מחזקים את תרומת הפיזיותרפיסט כמטפל ראשוני למטופלים עם בעיות במערכת השלד־שריר.**

את המטופלים עקב מיומנויות אבחון חסרות בקרב פיזיותרפיסטים, ולבסוף תוביל לתת אבחון של פתולוגיות מסכנות חיים כשאתות (Tumors), שברים ודלקות זיהומיות.

החוקרים השוו מאפיינים אישיים ורפואיים של מטופלים ומאפייני פנייה לשירותי פיזיותרפיה, בין מטופלים שהופנו לשירותי פיזיותרפיה על ידי רופא (N=45,210) לבין אלו שהגיעו בהפניה עצמית (N=17,497). הם בדקו רשומות רפואיות של מטופלים בגילים 18–64 שנים בין השנים 2003–2007, בשלוש נקודות זמן. נמצא כי הסידרה

הטיפולית של מטופלים שהגיעו בהפניה עצמית הייתה קצרה מזו של מטופלים שהגיעו בהפניית רופא, ועובדה זו הובילה לחיסכון כלכלי משמעותי. עוד נמצא כי הגיל הממוצע של המטופלים שהגיעו בהפניה עצמית היה צעיר יותר, כמו שנמצא אף בפיילוט הבריטי. לא נמצאו הבדלים משמעותיים באבחון בין המטופלים שהגיעו באופן ישיר לאלו שהגיעו עם הפניית רופא.

החוקרים ציינו, כי 90% מכלל המטופלים היו עם בעיות במערכת השלד־שריר וכי לא היו הבדלים משמעותיים בתמהיל המטופלים (Case mix) בין שתי הקבוצות. הם מסכמים כי תפקיד הרופא כ"שוער" מיותר, וכי אין בסיס לחששות לבטיחות המטופלים או לטעויות באבחון. המחברים חוזרים ומדגישים, כי לא נמצא ביסוס לטענה לכך שגישה ישירה תביא לניצול יתר של שירותי פיזיותרפיה או לתוספת בעלויות למערכת. הם מציינים כי נמצא דווקא שיעור פנייה נמוך יותר לשירות זה בקרב מטופלים שהגיעו בגישה ישירה, קרי, סדרת הטיפול הייתה קצרה יותר. מימצאים אלו מחזקים את כל העבודות שנעשו בנושאים של בטיחות הגישה הישירה, כמו מיומנויות וידע הפיזיותרפיסט, אשר נסקרו במאמרנו זה. בעבודתו של Shoemaker [16] נבחנו הסיבות להתנגדות לגישה ישירה במדינת מישגן, לעומת הצלחת אימוץ גישה ישירה ב־45

האורתופדים. החוקרים מציינים, כי בעבודות רבות הוכח שהפיזיותרפיסט יכול לתת טיפול בטוח בעל יעילות גבוהה.

הקביעה כי גישה ישירה לטיפול על ידי פיזיותרפיסט היא בטיחותית ואינה מסכנת את בריאות המטופל קיבלה חיזוק בעבודה רחבת היקף שהתבצעה על ידי משרד הבריאות בבריטניה [9], המסכמת שנה של ניסיונות פיילוט שנועדו לבחון את השפעות הגישה הישירה לשירותי פיזיותרפיה על מערכת הבריאות.

השפעות מערכתיות, כולל עלות־תועלת

משרד הבריאות הבריטי (NHS) נתן תמיכתו לגישה ישירה כבר בשנת 2005, ובשנת 2007 הוביל המשרד תוכנית בשם, "טיפול באיכות גבוהה לכל", כחלק ממימוש החזון של העצמת השירותים בקהילה. מרכיבי המפתח של התכנית כללו שירותים קליניים ממוקדים במטופל ושיפור נגישות לשירות, כמו גם יישום מרבי של יכולות כל מקצועות הבריאות, לרבות המקצועות הפרא־רפואיים והעצמת המטופל לטיפול וניהול עצמי לקידום בריאותו. בהקדמה לדיווח מצהירה חברת הכנסת וסגנית שר הבריאות, כי מקצועות הפרא־רפואיים הם "מטפלים ראשוניים אוטונומיים שיכולים להגיב במהירות בסביבה דינאמית משתנית ולקבל על עצמם תפקידים חדשים כדי לשפר את השירות למטופל".

בדו"ח הסופי [10] שמסכם בו ניסיון משישה אתרי פיילוט אשר הופעלה בהם גישה ישירה לפיזיותרפיה, עולים המימצאים הבאים: עלייה במעורבות המטופל בתהליך הטיפול, עלייה בהיענות לטיפול ושיפור בתוצאות הטיפול, לרבות חזרה מהירה יותר לעבודה, לעומת מטופלים שהופנו על ידי רופא. כמו כן, מבחינת זמינות הטיפול נמצאו קיצור משמעותי בזמן ההמתנה לטיפול ועלייה בזמינות שירותי הפיזיותרפיה, עלייה בשביעות רצון המטופלים, ירידה בשיעור אי הופעה לטיפול ועלייה ניכרת בשיעור המטופלים המסיימים את הסדרה הטיפולית באופן מסודר. לא נרשמה עלייה בביקוש לשירותי הפיזיותרפיה, למעט במקומות שבהם הייתה הפנייה מועטה לשירותים טרם הפיילוט.

מבחינת עלויות למערכת הבריאות, נמצא כי גישה ישירה לפיזיותרפיה של אנשים עם בעיות במערכת השלד־שריר חוסכת במשאבים במספר אופנים: גישה ישירה מפחיתה מהעומס על רופאי המשפחה, וכן במספר הפניות והפניות הנשנות לרופאים על רקע בעיות אורתופדיות. יתר על כן, היא מביאה להפחתה בהפניה לאמצעי דימות ובטיפול בתרופות נוגדות דלקת. במאמר שפורסם ב־BMJ, מודגשות חמש פעולות שניתן לצמצמן לפי קבוצת רופאים אמריקאיים, כאשר הראשונה ברשימה היא עצם ההפניה לדיווח בעקבות כאבי גב תחתון, אלא אם נמצאו "דגלים אדומים" [10].

תוצאות טיפול והשפעה על התנהגות מקדמת בריאות (Health outcomes)

בעבודות שנבחנו בהן השפעת הגישה הישירה על תוצאות הטיפול [15,9], מצאו החוקרים כי מטופלים שהגיעו בגישה ישירה קיבלו טיפול בזמן הקרוב יותר להופעת התסמינים. בשל כך, הושגו מטרות הטיפול במספר קטן יותר של טיפולים, המטופלים חזרו מהר יותר למעגל העבודה ולפעילות ונמנעה כרוניות. בנוסף, המטופלים נטו יותר לקבל אחריות על קידום בריאותם ולאמץ אסטרטגיות משלבות פעילות, כמו ביצוע תרגול עצמי ופעילות גופנית עצמאית.

עמדות של רופאים, פיזיותרפיסטים והציבור

בדו"ח שמסכם את תוצאות הפיילוט הלאומי בבריטניה מצוין, כי רופאי המשפחה שהשתתפו בפיילוט וענו על שאלון עמדות, הביעו תמיכה ביכולות הפיזיותרפיסטים לבצע טיפול בגישה ישירה, כאשר

לתת מענה לאוכלוסייה עם בעיות במערכת השלד־שריר. אימוץ הגישה יכול להקל על העומסים הכבדים על רופאי המשפחה ולאפשר ניצול טוב יותר של הידע, המיומנויות והזמן שלהם להתמקדות בחולים שמצבם מורכב וקשה. גישה ישירה מאפשרת שימוש מושכל בידע ומיומנויות של בעלי מקצועות בריאות נוספים, הפיזיותרפיסטים, לטובת ציבור המטופלים עם בעיות במערכת השלד־שריר, ולמתן שירותי בריאות זמינים ונגישים [16]. מכל האמור לעיל, גישה ישירה לפיזיותרפיה תוך היערכות מתאימה, היא דרך טובה להתייעלות המערכת ולשיפור שירותי הבריאות בקהילה.

מחברת מכותבת: אילה פרו

ביתן 67, תל השומר 52621

טלפון: 03-7652700

פקס: 03-7652745

דוא"ל: Ayala.parag@moh.health.gov.il

מדינות אחרות בארה"ב. בעבודה נבחנו כלל הנתונים, ביניהם, נירות עמדה של בעלי עניין, רופאים ופוליטיקאים, מסמכים ממשלתיים ותהליכי קבלת החלטות, ומחקרים שנעשו במדינות בעולם בהן קיימת גישה ישירה. נמצא כי עיקר ההתנגדות היא על רקע פוליטי ועל רקע של גילדה, וכי אין כל עדות לסיכון האוכלוסייה.

בסיכום המחקר נקבע, כי קיים בסיס איתן ליישום מדיניות של גישה ישירה לפיזיותרפיה למטופלים עם בעיות במערכת השלד־שריר.

לסיכום

המידע הקיים תומך בגישה ישירה לפיזיותרפיה הודות ליתרונותיה, למטופלים ולמערכת הבריאות כולה. לא נמצא כל בסיס לחששות כי גישה ישירה מסכנת את בריאות ובטיחות המטופלים, או שגישה כזו תביא לעלייה בדרישה לשירותי פיזיותרפיה. תוצאות העבודות מחזקות את תרומת הפיזיותרפיסט כמטפל ראשוני, בעל ידע מתאים

ביבליוגרפיה

1. Bury TJ & Stokes EK, A global view of direct access and patient self-referral to physical therapy: implications for the profession; Phys Ther Vol, 2013; 93:449-459.
2. Policy statement, Direct access & patient self-referral to physical therapy, World Confederation of Physical Therapy, June 2011.
3. General Report of the Committee for the Evaluation of Physical Therapy Studies: Physical Therapy Studies within the Israeli system of higher education; Dec 2007; Council for Higher Education.
4. Moore JH, Goss DL, Baxter RE & al, Clinical Diagnostic accuracy and MRI imaging referred by physical therapist, Orthopaedic surgeons, and nonorthopaedic providers. J Orthop Sports Phys Ther, 2005;35:67-71.
5. Moore JH, MacMillian DJ, Rosenthal M & al, Risk determination for patients with direct access to physiotherapy in military health care facilities, J Orthop Sports Phys Ther Vol, 2005;35:674-678.
6. Boissonnault WG, Badke MB & Powers JM, Pursuit and implementation of hospital-based outpatient direct access to physical therapy services: an administrative case report. Phys Ther Vol, 2010;90: 100-109.
7. Childs JD, Whitman JM, Sizer PS & al, A Description of physical therapists' knowledge in managing musculoskeletal conditions. BMC Musculoskelet Disord, 2005;17;6:32.
8. Freedman KB & Bernstein J, The adequacy of medical school education in musculoskeletal medicine. J Bone Joint Surgery Am, 1998: 80-A: 1421-27.
9. Report: Self-referral pilots to musculoskeletal physiotherapy & the implications for improving access to other AHP services, Department of Health United Kingdom, Oct 2008.
10. Roehr B, US doctors identify top five activities that can be reduced. BMJ 2011; 342:d3345.
11. Holdsworth LK & Webster VS, Direct access to physiotherapy in primary care: now? and into the future? Physiotherapy, 2004;90:64-72.
21. Holdsworth LK, Webster VS & McFadyen AK, Physical therapists' and general practitioners' views of self-referral and physiotherapy scope of practice: results from a national trial. Physiotherapy, 2008;94:236-243.
13. Leemrijse CJ, Swinkels IC & Veenhof C, Direct access to physical therapy in the Netherlands: results from the first year in community-based physical therapy. Phys Ther, 2008;88:936-46. Epub 2008 Jun 19.
14. Pendergast J, Kliethermes SA, Freburger JK & Duffy PA, A comparison of health care use for physician-referred and self-referred episodes of outpatient physical therapy. HSR: Health Services Review, 2012;47:633-654.
15. Chartered Society of Physiotherapy; Musculoskeletal physiotherapy: patient self-referral; Quality and productivity: proven case study. Aug 2012; <http://www.evidence.nhs.uk/qipp>
16. Shoemaker MJ, Direct consumer access to physical therapy in Michigan: challenges to policy adoption. Phys Ther Vol, 2012;92:236-250.