

החוזקות והחולשות של שירותי הפיזיותרפיה בישראל מנקודת מבטם של המנהלים הארציים

תמר יעקב, המחלקה לפיזיותרפיה, אוניברסיטת אריאל בשומרון

תקציר

רקע: שירותי הפיזיותרפיה בישראל ניתנים על ידי כל קופות החולים, על פי החוק. המודעות לחוזקותיהם ולחולשותיהם של שירותי הפיזיותרפיה היא תנאי הכרחי לפיתוח תכניות לשיפורם וכן לקביעת סדרי עדיפויות עבור הארגונים שמספקים אותם.

מטרה: לתאר את החוזקות והחולשות של שירותי הפיזיותרפיה בישראל מנקודת מבטם של המנהלים הארציים של שירותי הפיזיותרפיה בקופות החולים.

שיטה: נערך מחקר איכותני, המבוסס על ראיונות עומק אישיים עם כל המנהלים הארציים של שירותי הפיזיותרפיה בישראל. ניתוח תוכן הראיונות נעשה על ידי ניתוח תמטי.

תוצאות: על פי ניתוח הראיונות הוגדרו נושאים בתחום הקליני ובתחום המינהלי, שצינו כחוזקות או כחולשות, או, לחילופין, צוינו כחוזקות על ידי חלק מהמנהלים וכחולשות על ידי אחרים. החוזקות העיקריות הן מקצועיות הפיזיותרפיסטים, איכות הטיפול ופריסת השירות ברחבי הארץ. החולשות העיקריות הן חוסר במשאבים ויישום לא מספק של גישת הטיפול האקטיבי. הנושאים העיקריים השנויים במחלוקת הם מידת ההתמקצעות בתחומים ייחודיים, זמינות הטיפול, הכשרת העובדים ותנאי העסקה.

דיון ומסקנות: ההבדלים בין המנהלים משקפים כנראה הבדלים בין קופות החולים באיכות השירות הפיזיותרפי הניתן לאוכלוסייה. הבדלים אלה יכולים להצביע על חוסר שוויון בשירות הניתן לאוכלוסייה אשר נוגד אתרוח החוק.

מילות מפתח: שירותי פיזיותרפיה, חוזקות, חולשות, שוויוניות

הקדמה

שירותי הפיזיותרפיה בישראל הם חלק מסל הבריאות והם מסופקים על ידי ארבע קופות החולים, בכל רחבי הארץ, על פי החוק.¹ חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994 (להלן: "החוק") הבטיח סל שירותי בריאות שוויוניים לכל תושבי

המדינה. החוק קבע כי "שירותי הבריאות יינתנו, לפי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח".

בדומה לארצות מערביות אחרות,^{2,3} הפיזיותרפיה בישראל עומדת בסטנדרטים אקדמיים ומקצועיים גבוהים, ואכן בשנים האחרונות המקצוע מתרחב ומתפתח באופן מרשים.⁴ מגמה זאת באה לידי ביטוי במישור המינהלי, האקדמי והקליני. במישור המינהלי, בשנת 2008 חוקק "חוק הסדרת מקצועות הבריאות"⁵ שקבע מי רשאי להיקרא פיזיותרפיסט, ובכך יצר האחדה של הקריטריונים הבסיסיים הנדרשים כדי לעבוד במקצוע. נוסף על כך, נקבע כי על כל בוגרי התואר הראשון בפיזיותרפיה לעבור מבחני רישוי מטעם משרד הבריאות כתנאי לקבלת רישיון עבודה ממשלתי. דרישה זו יצרה האחדה של דרישות אקדמיות לבוגרים שסיימו את הכשרתם במוסדות שונים ובארצות שונות. ההכשרה האקדמית של הפיזיותרפיסטים הורחבה גם לפיזיותרפיסטים מוסמכים עם פתיחת מסלולים לתואר שני ושלישי בפיזיותרפיה. כיום, ניתן להמשיך ללמוד לתואר שני בפיזיותרפיה בכל ארבע האוניברסיטאות בישראל שבהן מתקיימים לימודים לפיזיותרפיה, ובשלוש מהן גם לתואר שלישי. במישור הקליני, בדומה לנעשה במדינות אחרות,^{6,8} גם בישראל יש מגמה של הרחבת סמכויות של הפיזיותרפיסט. כך לדוגמה, לאחרונה אישר משרד הבריאות⁹ גישה ישירה לפיזיותרפיה עבור מטפלים העומדים בקריטריונים מקצועיים שנקבעו מראש, כפי שהומלץ בעבר.¹⁰ כמו כן, ניתן להצביע על כניסה לתחומים חדשים כמו קידום הבריאות, שיקום רצפת האגן, טיפול בבצקת למפטית וטיפול בליקויי יציבה. נוסף על כך, מקצת תקופות החולים הטמיעו שיטות הערכה ומדידה מתקדמות, ושכללו שיטות דיווח ומעקב אחר מטופלים,¹¹ כמומלץ.¹²

כאמור, התמורות שעובר מקצוע הפיזיותרפיה בעולם מתרחשות גם בישראל, ואולם במקצת תחומי השירות עדיין קיימים פערים בין דרישת החוק לשוויוניות, לנגישות ולמקצועיות גבוהה ובין הנעשה בשטח.^{13,14}

מערך שירותי הפיזיותרפיה הציבורית בישראל, במסגרות ובתחומים השונים, מנוהל על ידי פיזיותרפיסטים ארציים.⁴ מנהלי השירות הם המופקדים על יישום החוקים, על קידום

נעשה בארבעה שלבים. תחילה, לאחר תמלול הראיונות, עבר הטקסט עריכה לשונית כדי לצמצם חזרות מיותרות ולבטל תכנים לא רלוונטיים. בשלב הבא ניתחו החוקרת הראשית ועוזרת מחקר את תוכנו של הטקסט של כל ריאיון ומיינו אותו לפי נושאים.¹⁵ בסוף שלב זה נערכה התאמה בין הגרסאות וכן נאספו ציטוטים נבחרים מדברי המרואיינים. לבסוף, מוזגו התכנים לפי הנושאים תוך כדי הסרת שמות המרואיינים וקופות החולים.

תוצאות

מניתוח הראיונות הוגדרו נושאים בתחום הקליני ובתחום המינהלי בשלוש קבוצות עיקריות:

1. נושאים שנתפסו כחוזקות בלבד, 2. נושאים שנתפסו כחולשות בלבד ו-3. נושאים שנתפסו כחוזקות על ידי חלק מן המנהלים וכחולשות על ידי אחרים. במקצת המקרים היבטים מסוימים של נושא נתפסו כחוזקה והיבטים אחרים כחולשה על ידי אותו מנהל (תרשים 1).

בתחום הקליני הנושאים העיקריים שנתפסו כחוזקות, על ידי רוב המנהלים, היו הרמה המקצועית של הפיזיותרפיסטים וכפועל יוצא מכך - איכות הטיפול (טבלה 1). לדוגמה, לדברי אחד המנהלים: "הטיפול הניתן מהפיזיותרפיסטים הנו מקיף, ברמה מקצועית טובה ויש מספיק זמן לבצע את כל מה שנדרש". לדברי מנהל אחר: "תכנית הטיפולים אינה קבועה מראש ומסתיימת לאחר בדיקות המטופל והפעלת שיקול דעת מקצועי". באשר לנגישות השירות נאמר: "הפיזיותרפיה היא חלק מהרפואה הציבורית אשר נמצאת בפריסה רחבה ושוויונית באוכלוסייה", וכן, "משתדלים להגיע למקומות רחוקים ופחות נגישים לאוכלוסיות מיוחדות כמו חרדים, בדואים ועולים מאתיופיה". החולשה העיקרית של התחום הקליני היא גישה פרואקטיבית בלתי מספקת. בעניין זה נאמר בין היתר: "הגישה הפרואקטיבית בתפיסת הטיפול לא מיושמת מספיק טוב", וכן "צריך להעביר את האחריות על הטיפול למטופל עצמו" (טבלה 2).

בתחום המינהלי, יש הסכמה בקרב המנהלים שפריסת השירות בכל הארץ היא חוזקה ממשית של המקצוע למרות שיש הבדל בין פריסת השירות במרכז הארץ לפריסתו בפריפריה. רוב המנהלים ראו בחוסר משאבים, בהעסקת עובדים ממוקד-חוץ ובהיעדר סמכויות מספיקות בידי הפיזיותרפיסטים חולשות של המקצוע. לדוגמה, לדעת אחד

הפן הקליני של המקצוע ועל הטמעת מגמות חדשות. החוזקות והחולשות של שירותי הפיזיותרפיה, בעיני המנהלים הארציים, הן בעלות חשיבות רבה שכן המנהלים הם אלה שמשפיעים על קביעת סדרי העדיפויות לפיתוח תחומים ועל הקצאת המשאבים למימושם. לכן, הם גם הכתובת המתאימה לזיהוי החוזקות והחולשות של השירות ולזיהוי הפערים הקיימים בין הנעשה בשטח בפועל לבין צו החוק. מטרות העבודה הנוכחית היא למפות את החוזקות והחולשות של שירותי הפיזיותרפיה בישראל מזווית הראייה של מנהלי השירות, ולבחון את הזיקה בינם לבין הוראת החוק. מידע זה יוכל לשמש בסיס לשיפור השירות ולקביעת מדיניות קופות החולים בכל הקשור למערך השירות הפיזיותרפי שבאחריותם.

שיטה

נערך מחקר איכותני המבוסס על ראיונות עומק אישיים עם כל המנהלים הארציים של השירות הפיזיותרפי הציבורי בישראל. המחקר הנוכחי מהווה חלק ממחקר רחב יותר על הטמעת "חוק ביטוח בריאות ממלכתי" ו"חוק הסדרת מקצועות הבריאות" בשירותי הפיזיותרפיה בישראל.

במחקר השתתפו עשרה מנהלים, ובהם הפיזיותרפיסטית הראשית במשרד הבריאות, מנהלי השירות הפיזיותרפי בארבע קופות החולים הגדולות בארץ (בשנתיים האחרונות התחלפו כל המנהלים ולכן רואיינו המנהלים החדשים והמנהלים שפרשו לאחרונה) וכן יו"ר העמותה לקידום הפיזיותרפיה בישראל ויו"ר ארגון הפיזיותרפיה בישראל. לא נכללו מנהלי השירות הפיזיותרפי שמסופק במסגרות של משרדי הממשלה (רווחה וחינוך) אשר תוארו בהרחבה בעבודה קודמת.¹⁴ הראיונות נערכו בסוף שנת 2012 ובתחילת שנת 2013. הקשר הראשון עם המרואיינים נוצר באמצעות שיחת טלפון שכללה הסבר על מטרות המחקר והזמנה להתראיין. מנהלים שנוקדו לאישור להתראיין מטעם הארגון שבו הם עובדים התבקשו לחזור אל החוקרת לאחר קבלתו. כל המנהלים אישרו לבסוף את השתתפותם וחתמו על הסכמה מדעת. הראיונות בוצעו על ידי החוקרת הראשית ועוזר מחקר, הוקלטו ולאחר מכן תומללו. תמלילי הראיונות נשלחו אל המרואיינים לאישור לפני ניתוח הטקסט. עריכת המחקר אושרה על ידי ועדת האתיקה של אוניברסיטת אריאל שבשומרון.

הריאיון המלא כלל בין היתר שאלות פתוחות לגבי החוזקות והחולשות של שירותי הפיזיותרפיה בארץ. ניתוח הטקסט

להדרכות עוד לפני שדאג לביסוס כלכלי". אותו מנהל סבור גם ש"לפיזיותרפיסטים עקב היותם עובדים שכירים יש נטייה להתקבע לעבודה שבלונית ללא חדוות יצירה ורצון להתפתח". **תנאים פיזיים במכונים** - מנהל בקופה אחת ציין שיש אצלם "מכונים בעלי מיטות (משוכללות), אולם להעברת קבוצות ואולם מכשירים שמאפשרים להכניס תכנים נוספים", ואילו מנהל בקופה אחרת אמר ש"התנאים הפיזיים במכונים לא טובים (ממוקמים במרתפים)". **ניהול** - מנהל אחד ציין כי "המנהלים קשובים להתפתחויות בעולם בתחומים השונים ומיישמים חידושים. ישנה השתלבות עם תכניות לאומיות של משרד הבריאות". לעומת זאת, לדעת מנהל אחר: "מנהלי המכונים לוקים בעבודת הניהול, לאחר שלא קיבלו הכשרה מספקת בנושא". **מיצוב המקצוע כמקצוע בריאות** - מנהל אחד סבור ש"הפיזיותרפיה ממוצבת במקום טוב בקופה, ביחס לרופאים ושאר מקצועות הבריאות", ואילו מנהל אחר טען כי: "הגורמים המפנים מטופלים לפיזיותרפיה לא מספיק מכירים ומודעים ליכולות הפיזיותרפיסטים בטיפול במחלות כרוניות כמו סוכרת, יתר לחץ דם, השמנת-יתר וכו".

דיון

בעבודה הנוכחית הוצגו דעותיהם של כל המנהלים הארציים של שירותי הפיזיותרפיה, בארבע קופות החולים בישראל, באשר לחוזקות ולחולשות של השירות שהם מופקדים עליו. הנושאים המרכזיים שהועלו היו בתחום הקליני ובתחום המינהלי של השירות. תת-הנושאים העיקריים שהועלו בתחום הקליני היו מקצועיות הפיזיותרפיסטים ואיכות הטיפול, התמקצעות בתחומים ייחודיים, טיפול מונע וקידום בריאות וגישת הטיפול הפרואקטיבי. תת-הנושאים העיקריים שהועלו בתחום המינהלי היו נגישות השירות, זמינות הטיפול, הכשרת עובדים ופיתוח אישי, תנאי העסקה, תנאים פיזיים, מיצוב המקצוע בקרב רופאים, מעסיקים ומטופלים, חוסר במשאבים והעסקת עובדים ממיקור-חוץ.

מהבחינה הקלינית, רוב המנהלים תמימי דעים בנוגע לרמה המקצועית הגבוהה של הפיזיותרפיסטים ולאיכות הטיפול הטובה שהם מעניקים וסוברים כי היא דומה ברמתה לרמה הקיימת בארצות מערביות אחרות.²³ לדעתם, החולשה העיקרית היא היעדר יישום מספק של הגישה הפרואקטיבית בטיפול המקובלת כיום בתחומים רבים בפיזיותרפיה.^{16,17} הדבר בא לידי ביטוי בנקיטה מוגזמת של שיטות טיפול דינניות

המנהלים: "יש חוסר רציני של משאבים והבעיות הנגרמות עקב חוסר זה עלולות להחריף עקב הזדקנות האוכלוסייה". מנהל אחר אמר כי קיים חוסר עובדים ותקנים להדרכה בחלק מן המכונים". העסקת עובדים עצמאיים נתפסת כפתרון שלילית ברירה במקרים של מחסור בכוח אדם, ויש הסכמה שהפיקוח על הרמה המקצועית של עובדים אלה לוקה בחסר. סוגיית הסמכויות המוגבלות שבידי הפיזיותרפיסטים באה לידי ביטוי בעיקר בהיעדר הסמכות לתת מרשמים לתרופות משככות כאבים ולהפנות לבדיקות דימות וכן בהיעדר גישה ישירה לקבלת טיפול.

המנהלים חלוקים בדעתם בקשר לרוב הנושאים שהועלו, הן בתחום הקליני והן בתחום המינהלי, והם נתפסו כחוזקות על ידי חלק מהמנהלים וכחולשות על ידי אחרים, או שהיבטים מסוימים שלהם נתפסו כחוזקות ואחרים כחולשות אפילו על ידי אותו מנהל (טבלה 3). הנושאים העיקריים בתחום הקליני היו התמקצעות בתחומים ייחודיים וטיפול מונע וקידום בריאות, ובתחום המינהלי, זמינות הטיפול, הכשרת עובדים, תנאי העסקה, ניהול ותנאים פיזיים במכונים. להלן דוגמאות לדברים שאמרו מנהלים בנוגע לנושאים שונים.

התחום הקליני

התמקצעות בתחומים ייחודיים - "קיימת רמה מקצועית טובה בתחומי הטיפול הנורולוגי, הנשימתי, פגיעות ספורט ובריאות האישה, אולם יש חוסר בידע בתחומים אורתופדים שונים". **טיפול מונע וקידום בריאות** - לדעת מנהל אחד "קידום פעילות גופנית נמצא בשלב מתפתח ביחס לעולם". אותו מנהל סבור ש"הפיזיותרפיסטים לא מספיק מבינים את החשיבות של פיזיותרפיה מונעת בקרב האוכלוסייה הכללית, ללא המחלות הכרוניות".

התחום המינהלי

זמינות הטיפול - לדעת שלושה מנהלים "ישנם תורים ארוכים לקבלת טיפול פיזיותרפי", ולדעת מנהל אחד "יש זמינות טובה לשירות הפיזיותרפי". **הכשרת עובדים** - לדעת מנהל אחד: "הקופה מבינה את הצורך בהשתלמויות ודוחפת פיזיותרפיסטים לצאת אליהם" ולדעת אחר: "אין הכשרה המשכית מחייבת לפיזיותרפיסטים לאחר סיום התואר הראשון". **תנאי העסקה** - לדעת מנהל אחד: "היתרון של פיזיותרפיסט צעיר בקופה ביחס לשוק הפרטי, שיכול לצאת

ובהיעדר דגש מספיק להעברת האחריות על הטיפול למטופל עצמו.

מבחינה מינהלית, למרות ההבדלים בין המרכז לפריפריה פריסת השירות בכל חלקי הארץ, כנדרש על פי חוק,¹ נתפסת כחוזקה, ואילו היעדר תקציב הולם נתפס כאחת החולשות העיקריות של המקצוע. יש לציין שהבעיה התקציבית של שירותי הפיזיותרפיה נוגעת לכל קופות החולים בארץ כיום, והסוגיה נדונה על ידי פרופ' מרדכי רביד.¹⁸ הבעיה התקציבית באה לידי ביטוי בעיקר במחסור בכוח אדם, בפגיעה בזמינות הטיפול, בקושי לתת מענה לצרכים של מטופלים כרוניים ובקושי לפתח את המקצוע בתחום של קידום הבריאות. קיימת הסכמה בקרב המנהלים שהעסקת עובדים בשיטה של מיקור-חוץ היא בעלת חסרונות רבים ולכן כל הקופות נוטות לצמצם את מספר העובדים המועסקים בשיטה זו. הקופות הקטנות, שאינן מגיעות לפריסת שירותים רחבה דיה כשל הקופות הגדולות, נאלצות להעסיק יותר עובדים בשיטת מיקור-חוץ ולכן תופעה זו בולטת אצלם יותר מאשר בקופות הגדולות. נושא הסמכויות המקצועיות של הפיזיותרפיסטים, ובהם הצורך בהפניית רופא לקבלת הטיפול, צוין כאחת החולשות של המקצוע. יש לציין שלאחרונה, (כשנתיים אחרי ביצוע הראינות), פרסם משרד הבריאות חוזר ובו הוא נתן הרשאה לגישה ישירה לפיזיותרפיסטים שעומדים בקריטריונים מקצועיים שהוא קבע.⁹

קיימת שונות בקרב מנהלי השירות הפיזיותרפי לגבי הנושאים הנתפסים כחוזקות או כחולשות של המערכת: ההבדלים בתפיסות נובעים כנראה מהבדלים בשירותי פיזיותרפיה בין הקופות, ואולי גם מאישיותו של המנהל.

דוגמה להבדלים בין הקופות בתחום הקליני הן ההתמחויות בטיפול בבריאות האישה ובבצקת למפטית שצוינה כחוזקה על ידי מנהל בקופת חולים אחת, וכחולשה, בגלל מחסור חמור בכוח אדם, על ידי מנהל בקופת חולים אחרת. וכן, חלק מהמנהלים ציינו שתחום הטיפול המונע הוא ברמה מתקדמת ביחס לעולם, ברוח המסקנות של Dean et al.² ואילו אחרים הדגישו שהפיזיותרפיסטים אינם מבינים מספיק את חשיבות הנושא ואינם מיישמים אותו בקרב האוכלוסייה הזקוקה לו במיוחד (לדוגמה: ילדים ואוכלוסיות עם צרכים מיוחדים). הבדלים אלה עלולים להיות עדות לחוסר שוויוניות במתן שירותי פיזיותרפיה בין קופות החולים.

עיקר חילוקי הדעות בין המנהלים היו **בתחום המינהלי**.

לדוגמה, זמינות נמוכה של השירות בכל הארץ, ובעיקר בפריפריה ובקופות הגדולות, הוצגה כאחת החולשות הבולטות של השירות, והמנהלים ערים לכך שיש כאן פגיעה בהוראת החוק.¹ אולם מקרב מנהלי הקופות הקטנות היו שטענו שבמסגרת שעליה הם מופקדים לא קיימת בעיה. נושא נוסף הוא הכשרת העובדים. מקצתם רואים במערך ההכשרה שֶׁפָּנו חוזקה, ואחרים סבורים שאין הכשרה מספקת לעובדיהם, ובמיוחד לא בפריפריה. חוסר השוויון בדרישות ובתנאים להכשרת עובדים עלול להוביל לחוסר שוויון ברמה המקצועית של העובדים ובאיכות השירות שהם מעניקים. נוסף על כך, חלק מן המנהלים מרוצים ממסלול הפיתוח האישי של עובדים בעלי הכשרה ייחודית, וחלק סבורים שהתגמול במעמד ובכסף לעובדים בעלי תרומה מיוחדת לארגון אינו הולם. גם כאן, ניכר שמנהלי השירות בקופות הקטנות הם אלה שתופסים את מערך ההכשרה והתגמול של העובדים כחולשה. דעות המנהלים לגבי מסגרת ההעסקה של העובדים מגוונות. כולם מכירים בחסרונות של העסקת עובדים עצמאיים, אולם, מכיוון ששיטת העסקה זאת נפוצה יותר בקופות הקטנות ובעיקר בפריפריה, מנהלי השירות בקופות אלה ערים במיוחד לבעייתיות הטמונה בה. עם זאת, למרות ההבנה שהמערכת עשויה להפיק יתרונות מהעסקה של עובד שכיר מבחינת השכר והמחויבות הארגונית, הועלתה הדעה שדווקא לעובד זה נטייה לעבוד בצורה חד-גונית ללא חדוות יצירה ורצון להתפתח. דעה זו מובילה לצורך בקביעת סטנדרטים אחידים להכשרה על בסיסית של פיזיותרפיסטים כתנאי לחידוש רישיון עבודתם.

חוסר השוויון בין הקופות השונות בא לידי ביטוי גם בפערים בתשתיות. במקצת הקופות המכונים חדשים ומצוידים היטב ואילו באחרות המכונים נמצאים עדיין במרתפים של בניינים.

קיימות תפיסות שונות בקרב המנהלים גם באשר לרמת הניהול. קצתם משבחים את רמת התפקוד של המנהלים, ואחרים סבורים שהכשרתם של המנהלים אינה הולמת מספיק ושיש חוסר במנהלים ברמה מקצועית טובה. יש גם דעות שונות לגבי ניהול מערכות המידע ולגבי מידת הפריסה של מערך ההדרכה הקלינית. ביטוי נוסף להבדלים בין הקופות בשירות הפיזיותרפי נוגע למיצוב הפיזיותרפיה בקופה. יש הסבורים שהמקצוע ממוצב היטב, ויש הסבורים שהמודעות לשירותי הפיזיותרפיה נמוכה. הבדלים אלה יכולים לנבוע בין היתר מהתקשורת הלקויה שבין מנהלי

4. Israel: A profile of the profession. World confederation for Physical Therapy. 2011. Available from: <http://www.wcpt.org/node/24716/cds>.
5. Law Regulating the Practice of Healthcare Professions. Book of Laws 2172. Jerusalem: Knesset, 2008. (Hebrew).
6. Crane J, Delany C. Physiotherapists in emergency departments: responsibilities, accountability and education. *Physiotherapy*. 2013;99:95-100.
7. Stanhope J, Grimmer-Somers K, Milanese S, Kumar S, Morris J. Extended scope physiotherapy roles for orthopedic outpatients: an update systematic review of the literature. *J Multidiscip Healthc*. 2012;5:37-45.
8. Green A, Perry J, Harrison K. The influence of a postgraduate clinical master's qualification in manual therapy on the careers of physiotherapists in the United Kingdom. *Man Ther*. 2008;13(2):139-47.
9. Direct access to physiotherapy, מס מנהל הרפואה 27/2014 Ministry of Health. 2014.
10. Bury TJ, Stokes EK. A global view of direct access and patient self-referral to physical therapy: Implications for the profession. *PhysTher*. 2013; 93:449-59.
11. Deutscher D, Horn SD, Dickstein R, Hart DL, Smout RJ, Gutvirtz M, Ariel I 2009 Associations between treatment processes, patient characteristics, and outcomes in outpatient Physical Therapy practice. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 90: 1349-63.
12. Jette DU, Halbert J, Iverson C, Miceli E, Shah P. Use of standardized outcome measures in physical therapist practice: perceptions and applications. *PhysTher*. 2009;89(2):125-35.
13. Soskolne V, Manor O. Health inequalities in Israel: Explanatory factors of socio-economic inequalities in self-rated health and limiting longstanding illness. *Health & Place* 2010; 16:242-51.
14. Jacob T, Bruill M, Cahana C. Physiotherapy services for people with developmental disabilities from a legal perspective. *Int J Disabil Hum Dev*. 2014;13:121-140.
15. Braun V, Clark V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol* 2006;3:77-101.

השירות הפיזיותרפי להנהלה הרפואית של הקופה. קשר זה עלול להשליך גם על מיצוב המקצוע באותה קופה. נוסף על כך, ייתכן שההבדלים בין עדויות המנהלים משקפים הבדלים ברמת השירות הפיזיותרפי שמספקות קופות החולים וזאת, כאמור, בניגוד להוראת "חוק ביטוח בריאות ממלכתי" לספק שירותי בריאות שוויוניים לכל אזרחי המדינה.

מגבלות המחקר - המחקר מבוסס על ראיונות עם עשרה מנהלים בלבד. ייתכן שלמנהלים בדרגים הנמוכים יותר בהיררכיה יש זווית ראייה שונה מזאת של המנהלים הארציים. המנהלים לא התייחסו לתחום האקדמי של המקצוע, ככל הנראה מכיוון שתחום זה אינו נמצא בסמכותם. מקצוע הפיזיותרפיה מכיל תחומים נוספים שלא באו לידי ביטוי בעבודה הנוכחית מכיוון שהמרוויינים התבקשו להתמקד בחוזקות ובחולשות של המקצוע.

סיכום

ברוב הנושאים שהועלו היו הבדלים בין המנהלים לגבי החוזקות והחולשות הנתפסות של השירות הפיזיותרפי. יש להניח שההבדלים בין המנהלים משקפים הבדלים בשירות הפיזיותרפי בין הקופות. הבדלים אלה מבטאים בין היתר חוסר שוויון בתנאי ההעסקה של פיזיותרפיסטים, ברמת הכשרתם ובתנאים הפיזיים של השירות. חוסר השוויון מנוגד להוראת "חוק ביטוח בריאות ממלכתי" ועל כל אחת מקופות החולים מוטלת החובה לצמצם את הפער בין המצוי לרצוי מבחינת רמת ואיכות השירות הפיזיותרפי שהיא מספקת.

מקורות

1. National Health Insurance Law. Jerusalem: Knesset, 1994. (Hebrew).
2. Dean E, Al-Obaidi S, De Andrade AD, et al. The First Physical Therapy Summit on Global Health: implications and recommendations for the 21st century. *Physiother Theory Pract*. 2011;27(8):531-47.
3. Desmeules F, Roy JS, Macdermid JC, Champagne F, Hinse O, Woodhouse LJ. Advanced practice physiotherapy in patients with musculoskeletal disorders: a systematic review. *BMC Musculoskelet Disord*. 2012; 21;13(1):107.

16. Damiano DL. Activity, Activity, Activity: Rethinking our physical therapy approach to cerebral palsy. PhysTher. 2006; 86: 1534-40.
17. O'Riordan C, Clifford A, van de Ven P, Nelson J. Chronic neck pain and exercise interventions: frequency, intensity, time, and type principle. Arch Phys Med Rehabil. 2014;95:770-83.
18. Ravid M. 2011 (קופות החולים בדרך לקריסה (לתרגם) Available from: <http://www.calcalist.co.il/local/articles/1,7340,L-3618423,00.html>.

תרשים 1. חוזקות וחולשות לפי נושאים (מספר מנהלים שהתייחסו לקטגוריה)

נושאים שצוינו רק כחולשות	נושאים שצוינו גם כחוזקות וגם כחולשות (חוזקות/חולשות/סה"כ)	נושאים שצוינו רק כחוזקות
<p>התחום הקליני</p> <ul style="list-style-type: none"> • יישום לא מספק של גישת הטיפול האקטיבי (4) <p>התחום המינהלי</p> <ul style="list-style-type: none"> • חוסר במשאבים (6) • העסקת עובדים ממוקד - חוץ (4) • סמכויות לא מספקות (1) 	<p>התחום הקליני</p> <ul style="list-style-type: none"> • התמקצעות בתחומים ייחודיים (5/4/4) • טיפול מונע וקידום בריאות (3/2/3) <p>התחום המינהלי</p> <ul style="list-style-type: none"> • זמינות הטיפול (5/3/3) • הכשרת עובדים ופיתוח אישי (5/5/2) • תנאי העסקה (4/4/2) • ניהול (4/3/1) • תנאים פיזיים במכונים (3/2/2) • מיצוב המקצוע בקרב רופאים, מעסיקים ומטופלים (3/1/2) • הדרכה קלינית (1/1/1) • רישום ותייעוד (2/1/1) 	<p>התחום הקליני</p> <ul style="list-style-type: none"> • מקצועיות הפיזיותרפיסטים ואיכות הטיפול (5) <p>התחום המינהלי</p> <ul style="list-style-type: none"> • נגישות השירות (4) • אתיקה (1) • בקרת איכות (1)

טבלה 1. דוגמאות לדעות של מנהלים בנוגע לנושאים שנתפסו כחוזקות בלבד

עדות (קוד המנהל שחיווה דעה)	נושא (מספר המנהלים שהתייחסו לסעיף)
<ul style="list-style-type: none"> • הטיפול הניתן מהפיזיותרפיסטים הנו מקיף, ברמה מקצועית טובה ויש מספיק זמן לבצע את כל מה שנדרש. (2, 3, 8, 9) • תכנית הטיפולים אינה קבועה מראש ומסתיימת לאחר בדיקות המטופל והפעלת שיקול דעת מקצועי. (1, 2, 9) • המקצוע קשוב לקשיים העולים מהאוכלוסייה בסביבתו ומגלה רצון לפתור את הבעיות. (1) • הפיזיותרפיסטים מגלים תושייה בהתמודדות עם אתגרים. (1) • פתיחות למטופלים. (9) 	<p>התחום הקליני</p> <p>מקצועיות ואיכות הטיפול (5)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • קופה גדולה בעלת פריסה רחבה על פני הארץ. (6) • מבנה הקופה מאפשר רצף טיפולי החל מביה"ח עד לקהילה. (7) • אחוז גבוה ביחס לעולם של מקבלי טיפול פיזיותרפי. (7) • השירות נגיש למטופלים. (9) • הפיזיותרפיה היא חלק מהרפואה הציבורית אשר נמצאת בפריסה רחבה ושוויונית באוכלוסייה. (1) • משתדלים להגיע למקומות רחוקים ופחות נגישים ולאוכלוסיות מיוחדות כמו חרדים, בדואים ועולים מאתיופיה. (1) • נושא האתיקה התפתח בקרב המקצוע. (4) • המוסד בוחן את עצמו ע"י מדידת המטופלים. (8) • המערכת היא ביקורתית ושואפת להשתפר. (8) 	<p>התחום המינהלי</p> <p>נגישות השירות (4)</p> <p>אתיקה (1) בקרת איכות (1)</p>

טבלה 2. דוגמאות לדברים שאמרו מנהלים לגבי נושאים שנתפסו כחולשות בלבד

עדות (קוד המנהל שחיווה דעה)	נושא (מספר המנהלים שהתייחסו לסעיף)
<ul style="list-style-type: none"> • הגישה הפרואקטיבית בתפיסת הטיפול אינה מיושמת מספיק טוב. (1,5) • יותר מדי טיפול מנואלי ופחות מדי טיפול אקטיבי. (2) • צריך להעביר את האחריות על הטיפול למטופל עצמו. (7) 	<p>התחום הקליני</p> <p>יישום לא מספק של הגישה הפרו-אקטיבית (4)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • יש חוסר רציני במשאבים והבעיות הנגרמות עקב חוסר זה עלולות להחרף עקב הזדקנות האוכלוסייה. (1) • יש אווירה של לחץ לבצע יותר עבודה ללא תוספת משאבים או כוח אדם. (1) • השימוש ברפואה מקוונת לא מספיק רחב, דבר שיכול לשפר את השירות לאזורים מרחוקים ולחסוך בעלויות. (1) • חוסר בעובדים בחלק מן המכונים. (7, 6, 2) • חוסר בתקני הדרכה לפיזיותרפיסטים. (2) • אין מספיק תקנים לשכירים. (3) • בוצע קיצוץ גדול בתקציב וההתנהלות בעקבות הקיצוץ לא טובה. (3) • קושי בהתמודדות עם מסה ענקית של חולים כרוניים. (7) • ישנה בעיית משאבים בתחום הבריאות בקהילה שבאה לשפר פעילות גופנית וארגונומיה. (8) • בעיה רצינית במשאבים בתחום הנוירולוגיה. (9) • העסקת עצמאיים - עבודה עם מכונים עצמאיים ללא מנגנון פיקוח. (3) • הפיזיותרפיסטים לא מורשים להפנות להדמיות ולקבלת תרופות. (1) • אין "גישה ישירה". (1) 	<p>התחום המינהלי</p> <p>חוסר במשאבים (7)</p> <p>העסקת עובדים בשיטת מיקור-חוץ (3)</p> <p>סמכויות לא מספקות (1)</p>

טבלה 3. דוגמאות לדברי מנהלים לגבי נושאים שנתפסו גם כחזקות וגם כחולשות

עדות לחולשות (קוד מנהל שחיווה דעה)	עדות לחוזקות (קוד מנהל שחיווה דעה)	נושא (מספר מנהלים שהתייחסו לסעיף/חוזקות/חולשות/סה"כ)
<ul style="list-style-type: none"> • לא מספיק מקצועיים בתת-תחומים השונים. (4) • חוסר בידע בתחומים אורתופדים שונים. (4) • לא מספיק ספציפיים בתחומים השונים כמו כתף, ירך. (4) • גישת ה - Evidence - Based בטיפול אינה מודגשת. (5) • התחומים רצפת אגן, נשימתי ולימפה לא מספיק מפותחים. (8) • תחום התפתחות הילד לא מפותח. (9) 	<ul style="list-style-type: none"> • רמה מקצועית טובה בתחומים נירון, נשימתי, ספורט ובריאות האישה. (4) • מובילים בתחום השיקום בביה"ח ובקהילה. (7) • שירות מדוד, מקצועי ומבוסס ראיות. (7) • חלק גדול מהפיזיותרפיסטים עברו הכשרת מקנזי בדרגות שונות ועושים בה שימוש. (8) • התחום הווסטיבולרי נמצא בתהליך התפתחות רציני. (8) • פיזיותרפיסטים עברו הכשרה ויודעים לבנות תכנית אימון אישית לכל מטופל. (8) • תחום האורתופדיה. (9) • הפיזיותרפיסטים מקצועיים בנושא כף יד. (9) • תחום הלימפה מפותח. (9) 	התחום הקליני התמקצעות בתחומים ייחודיים (5/4/4) (שלושה מנהלים נמצאים בשתי הקטגוריות)
<ul style="list-style-type: none"> • הפיזיותרפיסטים לא מבינים מספיק את החשיבות של הפיזיותרפיה המונעת בקרב האוכלוסייה הכללית, ללא המחלות הכרוניות. (4) • הפיזיותרפיה המונעת לא מגיעה לכלל האוכלוסייה, לדוג' תלמידים בביה"ס. (4) • קידום בריאות ואורח חיים בריא לא מיושם מספיק. (7) • פיזיותרפיסטים לא מעורבים מספיק בפרויקטים לחולים כרוניים. (7) • אין מספיק דגש על הגיל הצעיר בקבוצות הטיפול השונות, לדוג' יציבה. (9) 	<ul style="list-style-type: none"> • קידום הפעילות הגופנית נמצא בשלב מתפתח ביחס לעולם. (4) • החינוך לפעילות גופנית הינו חלק מהסל. (4) • תוצאות מרשימות בקרב קבוצות מטופלים בשיטת פיזיותרפיה מונעת. (4) • קבוצות פעילות בתחום מניעה לאוכלוסייה בוגרת. (9) 	טיפול מונע וקידום בריאות (3/2/3) (שני מנהלים בשתי הקטגוריות)

		התחום המינהלי
<ul style="list-style-type: none"> • ישנם תורים ארוכים לקבלת טיפול פיזיותרפי. (1) • ישנם תורים ארוכים לקבלת טיפול. (6) • קושי להשיג תור בקצוות היום בוקר/ערב. (9) 	<ul style="list-style-type: none"> • זמינות טובה לשירות הפיזיותרפי. (3) • זמינות טובה לחולים כרוניים. (7) • תוך שבועיים חולה רואה רופא שמבצע סינון ראשוני וסיווג למטופלים ע"פ דחיפות הטיפול. (7) • אין המתנות ארוכות לתורים במהלך היום. (9) • השירות נגיש למטופלים. (9) 	<p>זמינות (5/3/3/) (מנהל אחד דיווח על שני תחומים)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • אין הכשרה המשכית מחייבת לפיזיותרפיסטים לאחר סיום התואר הראשון. (1) • מספיק העשרה לפיזיותרפיסטים. (3) • פיזיותרפיסטים לא יוצאים מספיק להכשרות. (6) • הקורסים יקרים. (6) • אין מספיק הכשרות. (7) • אין מספיק השתלמויות לפיזיותרפיסטים. (9) 	<ul style="list-style-type: none"> • מעקב הכשרות לעובדים. (6) • הקופה מבינה את הצורך בהשתלמויות ודוחפת פיזיותרפיסטים לצאת אליהם. (9) • פותחו קורסים פנימיים בקופה ששיפרו מקצועיות בפה ולסת ובטיפול וסטיבולרי. (9) 	<p>הכשרת עובדים (5/5/2) (שני מנהלים דווחו על שני תחומים)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • העובדים המצטיינים לא מספיק מוכרים בקרב שאר הפיזיותרפיסטים, ואינם מהווים מספיק מודל לחיקוי. (2) • אין בונוסים לפיזיותרפיסט שעבר הדרכה. (2) • אין מערכת שמתגמלת עובדים על איכות הטיפול/שירות שהם נותנים. (2) • המצטיינים לא מקבלים "פרס" מספיק נחשק. (2) 	<ul style="list-style-type: none"> • מתן דגש על פיתוח אישי לפיזיותרפיסטים. (2) • טבלת התפתחות למקצוע לכל פיזיותרפיסט. (2) • הכשרה המתאימה לכל שלב, בכדי להיות ספציפיים יותר בלימוד, ובמטרה לקדם את הפיזיותרפיסטים בין השלבים. (2) • הובלת תחומים מקצועיים בקופה ע"י פיזיותרפיסטים מהשטח ולא ע"י מנהלים. (2) 	<p>פיתוח אישי (1/1) אותו מנהל</p>

<ul style="list-style-type: none"> • לפיזיותרפיסטים עקב היותם עובדים שכירים יש נטייה להתקבע לעבודה שבלונית ללא חדוות יצירה ורצון להתפתח. (2) • גם קבלת קביעות בקופה פוגעת בצימאון ללמוד ולהתפתח. (2) • בהשוואה לשוק הפרטי, הפיזיותרפיסטים בקופה מבינים שיקבלו מטופלים גם אם לא יהיו הטובים ביותר. (2) • שכר נמוך. (6, 9) • עזיבה של פיזיותרפיסטים לקופות אחרות בגלל שכר. (9) • אין הסכמי שכר אלא חוזים אישיים מול עובדים. (9) 	<ul style="list-style-type: none"> • שכר מכובד ביחס למערכת הציבורית. (2) • היתרון של פיזיותרפיסט צעיר בקופה ביחס לשוק הפרטי, שיכול לצאת להדרכות עוד לפני שדאג לביסוס כלכלי. (2) • העסקת שכירים - הקופה נותנת מענה פנימי למטופלים ולא שולחת אותם לטיפולים חיצוניים. (9) 	<p>תנאי העסקה (4/4/2) (שני מנהלים דיווחו על שני נושאים)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • תנאים פיזיים במכונים לא טובים (מרתפים). (6,9) 	<ul style="list-style-type: none"> • המכשור במכונים מיועד לתרגול עצמי בהתאם לשיטת הטיפול הנוכחית. (6) • מכונים בעלי מיטות, אולם לקבוצות ואולם מכשירים שמאפשרים להכניס תכנים נוספים. (7) 	<p>תנאים פיזיים במכונים (3/2/2) מנהל אחד בשתי הקטגוריות</p>
<ul style="list-style-type: none"> • מנהלי מכונים לוקים בעבודת הניהול, לאחר שלא קיבלו הכשרה מספקת בנושא. (5) • אין קו ניהול אחיד בכלל הקופה. (5) • ישנו חוסר במנהלים בקרב הפיזיותרפיסטים. (2) • ניהול המכון תלוי במחוז ובמנהל הסניף בלבד. (5) • חלק מהמנהלים לא אסרטיביים אל מול העובדים. (6) 	<ul style="list-style-type: none"> • המנהלים מחויבים למקצוע ולמטופלים. (1) • המנהלים קשובים להתפתחויות בעולם בתחומים השונים ומיישמים חידושים. ישנה השתלבות עם תכניות לאומיות של משרד הבריאות. (1) 	<p>ניהול (4/3/1) (מנהלים שונים)</p>

<ul style="list-style-type: none"> • הגורמים המפנים מטופלים לפיזיותרפיה אינם מכירים ומודעים דיים ליכולות הפיזיותרפיסטים בטיפול במחלות כרוניות כמו סוכרת, יל"ד, אובסיטי וכו'. (8) 	<ul style="list-style-type: none"> • הפיזיותרפיה מוצבת במקום טוב בקופה, ביחס לרופאים ושאר מקצועות הבריאות. (2) • נמצאים בוועדות ומשפיעים ע"י אמירה מקצועית. (6) • לפיזיותרפיה יש הרבה כוח בקופה. (6) • הפיזיותרפיסטים הם אנשים דעתנים, מקצועיים, מגובשים ושואפים ללמוד. הם סקטור ברמה טובה. (6) • ישנו ביקוש גדול לפיזיותרפיה בקרב המטופלים. (6) 	<p>מיצוב המקצוע כמקצוע בריאות (3/1/2) (מנהלים שונים)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • חוסר בכוח אדם להדרכה קלינית. (6) 	<ul style="list-style-type: none"> • פריסה רחבה של ההדרכה הקלינית. (6) 	<p>הדרכה קלינית (1/1) אותו מנהל</p>
<ul style="list-style-type: none"> • לוקח הרבה זמן לרשום את המלל בצורה טובה בתחילת/סוף הטיפול. (3) • הפיזיותרפיסטים רושמים מלל קצר ולא איכותי מפאת חוסר זמן. (3) 	<ul style="list-style-type: none"> • מערכות מידע מפותחות. (7) • שימוש במדדי איכות לתהליכים ולתוצאות. (7) 	<p>תיעוד הטיפול (1/1) מנהלים שונים</p>

Strengths and weaknesses of physical therapy services in Israel - Perception of physical therapy national directors

Tamar Jacob

Dr. Tamar Jacob is a physical therapist, head of the masters' program at PT Department, Ariel University, Israel.
Email: tamar@ariel.ac.il

Abstract

Background:

Physical therapy (PT) services in Israel are provided by all HMOs, as required by law. Awareness of the services, strengths and weaknesses is a prerequisite condition for the development of improvement programs based on priorities set by the service providers.

Aim:

To describe the strengths and weaknesses of PT services in Israel, as perceived by PT national directors.

Method and population:

Data collected in a qualitative study using in-depth personal interviews conducted with all ten PT national directors in Israel were then subjected to thematic analysis.

Results:

The thematic analysis revealed clinical and administrative topics, recognized as sole strength, sole weaknesses or both (by different directors). The main strengths were the high level of professionalism, of treatment quality, and of the distribution of PT services throughout the country. The main weaknesses were lack of resources and insufficient implementation of the proactive treatment approach. The main controversial categories were expertise in unique areas, treatment availability, employee training, and employing conditions.

Conclusions:

There is a disagreement between directors from different organizations regarding the majority of the topics raised during the interviews. These disagreements probably reflect actual differences between PT services, provided by different HMO's. These differences express inequality in physical therapy services which is in contrast to the spirit of the law.

Key words:

Physical therapy services, strength, weakness, equality.

תגובות מנהלי השירות הארציים למאמר 'חוזקות וחולשות שירותי הפיזיותרפיה בישראל - זווית הראיה של המנהלים הארציים של שירותי הפיזיותרפיה' שנתיים לאחר הראיונות. (אוקטובר 2014)

- הכשרת יכולת הפיזיותרפיסטים לבנות תכניות אימון בתחום הפעילות הגופנית.
- פיתוח תחומי טיפול ייחודיים.
- השינוי המשמעותי שחל הוא בהיתכנות להרחבת האוטונומיה והסמכויות המקצועיות של הפיזיותרפיסטים לאור חוזר משרד הבריאות בנושא הגישה הישירה. אפשר לראות בזה חלון הזדמנויות משמעותי למקצוע. חלון זה פותח שדה נרחב של תחומי התפתחות כמו:
 - דרגות חדשות של הסמכה ופיתוח מקצועי
 - תחומי מומחיות
 - הרחבת סמכויות רפואיות
 - הכללת הפיזיותרפיסטים בין הגורמים המאשרים ביצוע פעולות רפואיות בעתיד
 - עולם חדש של שדה מחקרי- בחינת עלות התועלת של גישה ישירה אל מול הגישה המסורתית בתחומים שונים הפיזיותרפיה.
- במקביל, לאור עליה בביקוש לשירותי פיזיותרפיה אל מול המצוקה הכלכלית ההולכת וגדילה של קופות החולים, אתגר הזמינות של השרות בשנתיים האחרונות החרף.

תגובה ג'

- הריאיון איתי בוצע קרוב לכניסתי לתפקיד, כשאני עדיין לא מכירה את השרות בקופה לעומקו, מושפעת מהשוואה בשירותים מהקופה בה עבדתי בעבר לקופה אותה אני מנהלת. בשנתיים האחרונות חלו תמורות בתחום הניהולי והאירגוני בקופה שהביאו לשינויים גם בשירות הפיזיותרפי. שינויים בתחום המנהלי:
1. הקופה הצטרפה לארגון העובדים ובכך מנסה להתגבר על חוסר השוויון של תגמול העובדים.
 2. הקופה בונה מערך הדרכה ופיתוח למנהלים. התהליך החל בהכשרות ניהוליות למנהלים מחוזיים וימשיך למנהלי מכונים.
 3. הקופה בונה מערך הדרכה מסודר לעובדים כולל מסלולי פיתוח והערכה, במקביל לפיתוח מסלולי הכשרה ארציים.
 4. חלה עליה בכמות מכוני השרות הפנימיים מול צמצום העסקה של עובדים ממיקורחוץ.

תגובה א'

1. סמכויות הפיזיותרפיסט - כבר היום יש לפיזיותרפיסטים סמכויות רחבות בנושאים הקליניים כמו עצמאות בקביעת אבחנת מטפל, קביעת מטרות ותכנית טיפול (טכניקה טיפולית, תדירות וסיום הטיפול).
- לדעתי התרומה של הגישה הישירה תהיה מזערית בנושא הרחבת הסמכויות ומצד שני תהיה לה השפעה שלילית על הגדלת הביקוש של שירותי פיזיותרפיה בקהילה שלא לצורך עד כדי פגיעה בזמינות השרות. בנוסף גישה ישירה תפגע בניסיון לצמצם פערים מכיוון שהיא תיתן יתרון לאוכלוסיות החזקות שממליא נגישות לשירות מבחינת מרחק, ניידות ומידע.
2. איכות הטיפול - נעשה מאמץ גדול בפיתוח של מדדי איכות מתאימים שתכליתם שיפור איכות התהליך הקליני ותוצאות הטיפול, דבר המשנה את התייחסות הפיזיותרפיסטים לטיפול וגם את התייחסות של קובעי המדיניות. יש להשקיע בפיתוח נוסף של תהליכים לשיפור איכות הטיפול.
3. זמינות השרות - הביקוש לשירותי הפיזיותרפיה נמצא בתהליך גידול קבוע ונעשה מאמץ גדול למציאת פתרונות יעילים על מנת לשמר/לשפר זמינות טובה. זה אחד הנושאים היותר חשובים יחד עם האיכות על מנת לשמור על הרלבנטיות של השרות.

תגובה ב'

- המאמר סוקר בצורה מקיפה את היבטי השרות השונים בקופות החולים ואת מצבם כפי שנתפס בעיני מנהלי השרות. בשנתיים האחרונות השרות במכבי גדל והשתפר מבחינת פריסתו הגיאוגרפית ומבחינת תחומי טיפול שונים ותחומי טיפול ייחודיים במיוחד. מכונים חדשים וחדשים נבנו והושרשה בהם תפיסת הטיפול האקטיבית מחד והאפשרות לשיח אינטימי ומכובד בחדרים סגורים מאידך.
- הושקע רבות בתהליכי ההדרכה עם דגש על:
- השפעת הפיזיותרפיסט על היענות המטופל לטיפול על ידי שיפור מיומנויות תקשורת ושימוש בריאיון המוטיבציוני.
 - בניית מודל למידת עמיתים כפלטפורמה לשיפור תוצאות הטיפול והחשיבה הקלינית של הפיזיותרפיסטים.

5. נבנה מערך מחקר של הקופה וקיים מוביל לתחום המחקר בשירות.

שינויים בתחום הקליני:

1. לאחרונה הסתיים בהצלחה פיילוט של הטמעת מערכת מחשוב לניהול תיק רפואי של מבוטחי הקופה ובעקבותיו תהיה כניסה של כל מכוני הקופה לעידן חדש. התיק הממוחשב מביא לידי ביטוי את הגישה הפרואקטיבית ואף יחזק אותה.

2. בתחום הטיפול המונע, נעשות פעולות רבות, מיוזמות מקומיות ועד הכשרות ארציות.

3. יש מקום לשירות כולו להתאגד, לשווק ולקדם את מיקום המקצוע כמשמעותי בתחום המניעה ואת תפיסתו בקרב האוכלוסייה הכללית.