



מאיירס - ג'זינט - מכון ברזקדייל
MYERS - JDC - BROOKDALE INSTITUTE
مايرس - جوينت - معهد بروكديل

מרכז סמוקלר לחקר מדיניות הבריאות

**תפיסות רופאים, חולים וקובעי מדיניות
לגבי טיפול משולב ברפואה משלימה
וברפואה קונבנציונלית**

רויטל גרוס ♦ יעל אשכנזי ♦ אירית אלרועי
ליאורה שכטר ♦ יהודית ט' שובל

המחקר מומן בידי המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות

דוח מחקר



דמ-571-11

תפיסות רופאים, חולים וקובעי מדיניות לגבי טיפול משולב ברפואה משלימה וברפואה קונבנציונלית

רויטל גרוס¹ יעל אשכנזי¹ אירית אלרועי¹
ליאורה שכטר² יהודית ט' שובל³

המחקר מומן בידי המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות

¹ מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל
² מכבי שירותי בריאות;
³ האוניברסיטה העברית בירושלים

עריכה לשונית: מטי מויאל
תרגום לאנגלית (תמצית מחקר): אוולין איבל
הפקה והבאה לדפוס: לסלי קליינמן

מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל
מרכז סמוקלר לחקר מדיניות הבריאות
ת"ד 3886
ירושלים 91037

טלפון : 02-6557400
פקס : 02-5612391

כתובת האינטרנט : www.jdc.org.il/brookdale



פרסומים נוספים של מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל בנושא זה

ברמלי-גרינברג, ש'; גרוס, ר'; מצליח, ר'. 2007. **תכניות הביטוח המשלים שמציעות קופות החולים - ניתוח והשוואה בין סלי השירות לשנת 2006**. דמ-495-07.

גרוס, ר'; ברמלי-גרינברג, ש'; וייצברג, ר'. 2009. **דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות ב-2007 והשוואה לשנים קודמות**. דמ-541-09.

להזמנת פרסומים ניתן לפנות למאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, ת"ד 3886, ירושלים 91037,
טל': 02-6557400, פקס: 02-5612391, דואר אלקטרוני: brook@jdc.org.il
ניתן לעיין בפרסומים אלה גם באתר המכון: www.jdc.org.il/brookdale

תמצית המחקר

1. מבוא

בשנים האחרונות מתפתח, בישראל ובמדינות אחרות, דפוס חדש של טיפול משולב שבו רופאים קונבנציונליים לומדים שיטות של רפואה משלימה (להלן ר"מ) ומשתמשים בהן בעת מתן טיפול רפואי קונבנציונלי. מגמה זו נובעת מהעלייה בביקוש לטיפולים אלה בקרב החולים, למאמצי שיווק שעושים יצרני תרופות טבעיות ותוספי מזון, לגידול בהיקף המחקרים על טיפולי ר"מ והצטברות עדויות לאפקטיביות של חלק מהטיפולים וללגיטימציה הגוברת שמקבלת הר"מ בקרב הממסד הרפואי. עם זאת, מסקירת הספרות עולה כי טיפול משולב מעלה סוגיות בתחומים הרפואי, החוקי, האתי והכלכלי, ביניהן: בטיחות ואפקטיביות הטיפול, הכשרה, רישוי ופיקוח על מטפלים ועל אופן המימון. מחקר מועט נערך לגבי האופן שבו רופאים משלבים טיפול קונבנציונאלי ואלטרנטיבי, לגבי השפעת הטיפול המשולב על תהליך מתן הטיפול הקונבנציונאלי ולגבי האופן שבו רופאים, חולים וקובעי מדיניות מתמודדים עם הסוגיות שמעלה הרפואה המשלימה.

2. מטרת המחקר

המחקר נועד לתאר ולהבין את תופעת הטיפול המשולב ברפואה הראשונית בישראל, מנקודת המבט של הרופאים המשלבים, של המטופלים שלהם ושל קובעי מדיניות. ביתר פירוט, המחקר נועד לבחון מספר היבטים בנושא:

1. אופן היישום של הטיפול המשולב, יתרונותיו, הקשיים שהוא גורם והתמודדות הרופא עמם;
2. ההשפעה של שיטות הטיפול המשלימות על החלטות רפואיות, על דפוסי הטיפול הקונבנציונלי הניתן לחולים ועל איכות הטיפול, לפי תפיסת הרופאים;
3. תפיסות המטופלים לגבי תהליך הטיפול ואיכותו ומניעיהם בבחירת הרופא;
4. הטיפול המשולב, יתרונותיו, הקשיים הכרוכים בו והסדרת הנושא, לפי תפיסותיהם של קובעי המדיניות.

3. שיטות המחקר

המחקר נערך בשיטה איכותנית. במהלך המחקר ראינו מדגם מכוון שכלל 15 רופאים משלבים, 14 מטופלים שלהם ו-16 קובעי מדיניות רפואית בכירים בקופות החולים, במשרד הבריאות ובהסתדרות הרפואית, שהם בעלי השפעה על הסדרת הנושא. נערכו ראיונות עומק חצי-מובנים באמצעות "מדריך ראיון" עם שאלות מתאימות לכל קבוצה, והם נמשכו כשעה עד שתיים. נערך רישום ידני של הנאמר במהלך הראיונות ושכתוב מלא עם סיומם. ניתוח המידע התבסס על מיון וקטגוריזציה, כדרך לאיתור דפוסים חוזרים, לגילוי מגמות ולזיהוי קטגוריות מושגיות.

4. ממצאים

4.1 יישום הטיפול המשולב

מן הראיונות עם המטופלים עולים שלושה דגמים של טיפול:

1. מטופלים מקבלים טיפול משולב מרופא המשפחה שלהם במרפאת קופת חולים, ללא תשלום.
2. מטופלים מקבלים טיפול משולב באופן פרטי (בתשלום) מרופא המשפחה שלהם, במרפאה פרטית.
3. מטופלים מקבלים טיפול משולב באופן פרטי מרופא שאינו רופא המשפחה שלהם.

לדברי המטופלים, נעשה שימוש הן ברפואה קונבנציונאלית והן ברפואה משלימה בכל שלבי האבחון והטיפול.

גם מן הראיונות עם הרופאים עולים מספר דפוסים של מתן טיפול משולב. ברמה הארגונית, יש רמות שונות של הפרדה בין המטופלים הפרטיים למטופלים הציבוריים; מהפרדה מלאה בזמן ובמקום (מרפאות נפרדות), דרך הפרדה חלקית וכלה באי-הפרדה (רופאים פרטיים וציבוריים באותה מרפאה ובאותן שעות).

לגבי סוג הטיפול הניתן, טיפול משולב מוצע לעתים לציבור הרחב כמו גם למטופלים פרטיים, בתשלום או ללא תשלום. סוג הטיפול נקבע לפי הבעיה כפי שהוצגה ולפי רצון המטופל לקבל את הטיפול.

4.2 נקודת המבט של הרופאים המשלבים

לתפיסת הרופאים שרואיינו, גישת הטיפול המשולב נותנת מענה לבעיות שיוצרת הרפואה הקונבנציונלית (להלן ר"ק), הן מבחינת דרך הטיפול והן מבחינת המסגרת הארגונית שבה היא ניתנת. שילוב של גישות ר"מ בטיפול בחולים מקנה הזדמנות לגלות יוזמה, מעודד מחשבה עצמאית, מחזק את החיבור לחולים ומאפשר להקדיש להם יותר זמן. יתרה מזאת, הטיפול המשולב מאפשר רפואה יותר הומאנית ובגישה הוליסטית הרואה את האדם, ולא רק את המחלה, כפי שהם מאמינים שרפואה צריכה להיות. לכן, לתפיסתם, הטיפול המשולב אינו מהווה תחליף לטיפול הקונבנציונאלי, אלא מרחיב את מגוון חלופות הטיפול ומסייע בהתמודדות עם קשיים כגון שחיקת הרופאים העובדים במסגרות המקובלות.

המרואיינים העלו את הסוגיה האתית שבגביית תשלום על טיפולי ר"מ (שאינם נכללים בסל הבריאות) שנותנים רופאים משלבים העובדים במערכת הציבורית. דפוסי הטיפול שאימצו הרופאים מתווים בפניהם את הדרך להתמודד עם הסוגיה, בין מדובר באלטרואיזם (ויתור על תשלום לחולים בקופת החולים) ובין אם מדובר בקביעת גבולות של זמן ומקום, כדי להפריד בין הטיפול הפרטי לטיפול הציבורי. אולם, הגבולות עצמם יוצרים קושי מסוג אחר, שהרי כך אין הרופאים יכולים לתת טיפול משולב לכל המטופלים שלהם, אף שהם מאמינים בתועלת שבו.

לגבי הסדרת הנושא, חלק מהרופאים שרואיינו ראו צורך בקביעת סטנדרטים של הכשרה בר"מ לרופאים, לשם הבטחת איכות הטיפול. אחרים טענו שאין בכך צורך, מתוך אמון ברופאים, ומחשש לפגיעה באוטונומיה שלהם. יתרה מזאת, נטען כי במערכת הבריאות חסר ידע כיצד לנהל את תהליך ההסדרה, וכן, חסרה יכולת לאכוף את הסטנדרטים.

4.3 נקודת מבט של המטופלים

לדעת המטופלים, הטיפול המשולב עדיף הן על-פני ר"ק והן על-פני ר"מ. יתרון הטיפול המשולב על-פני טיפול בר"מ הוא בידע הרפואי ושימוש שעושים הרופאים גם בשיטות אבחון וטיפול של ר"ק בעת

הצורך. לעומת ר"ק, יתרונות הטיפול המשולב כוללים את גישת הרופא (הוליסטי, יחס אישי, כבוד, הקשבה) ואת השימוש בטיפולי ר"מ שנותנים לתפיסתם מענה, לא רק לסימפטום, אלא גם לסיבת הבעיה, ומסייעים בצמצום הסיכון להישנות הבעיה בעתיד.

הקשיים שמדווחים המטופלים קשורים בעיקר לנגישות הטיפול: משך המתנה לתור, מרחק מהמרפאה, עלות טיפול פרטי, וכן, מגבלות על הרופא המונעות ממנו להציע טיפול משולב במקרה שהמטופל מגיע דרך הקופה. בצד האמון ברופא המטפל ושביעות הרצון הגבוהה ממנו, העלו חלקם את הצורך בהסמכת המטפלים בר"מ (כולל רופאים), כדי למנוע שרלטנות. לעומתם, סברו אחרים שאין בכך צורך.

4.4 נקודת המבט של קובעי המדיניות

קובעי המדיניות הביעו אמון רב במקצועיות וביושר של הרופאים, ועל כן, רווחת התפיסה שאין להגביל רופאים וניתן לסמוך על שיקול דעתם, גם בעת בחירת סוג הטיפול ובכלל זה טיפול משולב. לפי "פקודת הרופאים", הם רשאים להציע כל סוג טיפול, אך הם אחראיים לתוצאותיו. אחריותם לפי החוק ומבחינת הביטוח המקצועי שלהם נועדה להבטיח שיפעילו שיקול דעת מקצועי, נכון וזהיר. עם זאת, היו שהביעו חשש מפני ניצול כלכלי ואף שרלטנות של רופאים שיציעו טיפולים שאינם מועילים או טיפולים בעלי השפעה שולית או לא ברורה, בעבור בצע כסף.

ההתייחסות לטיפול המשולב עצמו לא הייתה אחידה ונבעה בעיקר מהתפיסות השונות לגבי אפקטיביות הר"מ. וכך, חלקם הדגישו את היתרונות של הטיפול המשולב: מגוון כלים, גישה הוליסטית, עזרה לחולים ומענה לצורכיהם. אחרים הדגישו שאין הוכחות לאפקטיביות של טיפולי ר"מ, ולכן, לא נכון להציע אותם. אחרים עדיין הביעו חשש שהסטת הטיפול לכיוון ר"מ תפגע במיומנות הרופאים ברפואה הקונבנציונאלית. כמו כן, נטען לחוסר יעילות שרופא שהכשרתו יקרה יעסוק בר"מ; פירוש הדבר שגם אם ר"מ הוא דפוס טיפול שימוש, אנשי מקצוע אחרים יכולים לתת טיפול יעיל יותר באמצעותה. הגישה ההוליסטית (ביו-פסיכו-סוציאלית) של רופאים משלבים נתפסה כיתרון, אך יוחסה בעיקר להקדשת זמן ארוך לביקור, ולא כמאפיין מיוחד של הטיפול המשולב. מרואיינים רבים ציינו כי ניתן היה לטפל בגישה זו גם בר"ק, אילו היה להם זמן, ואחדים אף טענו כי רבים מטפלים באופן כזה גם כיום.

עירוב בין רפואה פרטית לציבורית נתפס כסכנה העיקרית שבטיפול המשולב, ורוב המרואיינים תמכו בדפוסי שילוב בעלי גבולות ברורים (הפרדה בזמן ומקום בין רפואה פרטית לרפואה ציבורית). העמדות שהובעו כלפי הסדרת הטיפול המשולב לא היו אחידות. התומכים ברישוי, בהסדרת ההכשרה ובפיקוח על הטיפול טענו כי הדבר הכרחי לטובת המטופלים: מניעת הטעיה (גם אם בתום לב) ומניעת שרלטנות הנובעת מתאוות בצע של רופאים. המתנגדים טענו כי ניתן לסמוך על הרופאים, וכן, שמאחר שאין מספיק ידע על ר"מ כדי לקבוע סטנדרטים, לא ניתן לפקח על טיפול משולב הכולל מתן רפואה משלימה.

הגישה כלפי ההסדרה מצביעה על האמון הרב במקצועיות וביושר של הרופאים, השורר בכל שלוש קבוצות המרואיינים. אף על פי כן, היו מטופלים וקובעי מדיניות שחשו בקיומה של סכנה לשרלטנות

ובצורך להגן על המטופלים. אולם, הן רופאים והן קובעי מדיניות ראו בחוסר הידע על אופן קביעת הסטנדרטים לרפואה משלימה כמכשול להסדרה.

5. השלכות למדיניות והמלצות למקבלי ההחלטות

המחקר האיר את המורכבות של הטיפול המשולב על יתרונותיו ועל הקשיים שבו לתפיסת המרואיינים. מהמחקר עלו דפוסים שונים של מתן טיפול משולב, השונים זה מזה באופן קביעת גבולות בין טיפול קונבנציונלי ציבורי לבין טיפול משלים הניתן באופן פרטי בידי אותו רופא. המורכבות עלתה גם בהתייחסות של רופאים, של מטופלים ושל קובעי מדיניות להסדרת התחום. הועלו טיעונים נגד הצורך בהסדרה (אמון ביושר ובמקצועיות של הרופאים) ולגבי חוסר היכולת להסדיר את התחום (העדר כלים לקביעת סטנדרטים לגבי ר"מ). הטיעונים בעד ההסדרה התייחסו להכשרה בתחומי ר"מ, וכן, לקביעת גבולות ברורים רפואה משלימה פרטית (בתשלום) לבין רפואה קונבנציונאלית במימון ציבורי שקופות החולים מספקות לחבריהן.

בהתבסס על התובנות שעלו מהמחקר מוצע לשקול מספר כיוונים :

1. **הסדרת ההכשרה** ברפואה משלימה הנדרשת מרופאים הנותנים טיפול משולב לחברי קופות החולים בתהליך משותף של קובעי המדיניות ושל הרופאים המשלבים, שבו יקבעו דרישות סף שהרופאים יקבלו על עצמם.

2. **הסדרת "כללי המשחק"** של מתן טיפול משולב במסגרת קופות החולים, בהתייחסות נפרדת לשתי סוגיות: במי מותר לרופא לטפל ואופן התשלום לרופא על הטיפול.

3. **יישום מאפייני הטיפול המשולב במסגרות הרפואיות הממוסדות** להעלאת שביעות רצון הרופאים והחולים: הארכת משך הביקור, יישום רחב יותר של גישה הוליסטית ופיתוח תחומי מומחיות נוספים שיסופקו במסגרת פרטית.

4. **עידוד מחקרים** שיתרמו לקביעת מדיניות בסוגיות שזוהו במחקר הנוכחי, למשל, אופן ההסדרה של הכשרת הרופאים הנותנים טיפול משולב במדינות אחרות.

המחקר מומן בידי המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות.

דברי תודה

ברצוננו להודות לכל המרואיינים שהקדישו מזמנם ושיתפו אותנו בידע ובתובנות שלהם לגבי הנושא.

תודה לברוך רוזן, מנהל מרכז סמוקלר לחקר מדיניות הבריאות במאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, על הערותיו לדוח.

תודה לדורית גנות-לוינגר על העזרה האדמיניסטרטיבית. תודה למטי מויאל על עריכת הדוח, לאוולין איבל על תרגום החלק באנגלית ועריכתו ולסלי קליינמן על ההפקה וההבאה לדפוס.

אנחנו מודים למכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות שמימן את המחקר.

תוכן עניינים

| | | |
|----|---|-----|
| 1 | מבוא | 1 |
| 1 | רקע מדעי | 2 |
| 2 | 2.1 הרפואה האלטרנטיבית והממסד הרפואי | 2.1 |
| 3 | 2.2 רופאים קונבנציונליים המטפלים גם בשיטות רפואה משלימה | 2.2 |
| 4 | 2.3 סוגיות מדיניות הנוגעות למתן CAM בידי רופאים קונבנציונליים | 2.3 |
| 5 | 2.4 סיכום הרקע המדעי | 2.4 |
| 5 | 3. מטרת המחקר ושאלות המחקר | 3 |
| 6 | 4. שיטת המחקר | 4 |
| 7 | 5. ממצאים | 5 |
| 7 | 5.1 דגמים ליישום בפועל של טיפול משולב | 5.1 |
| 9 | 5.2 נקודת המבט של הרופאים הראשוניים הנותנים "טיפול משולב" | 5.2 |
| 15 | 5.3 נקודת המבט של המטופלים | 5.3 |
| 20 | 5.4 נקודת המבט של קובעי המדיניות | 5.4 |
| 26 | 6. המלצות לגיבוש מדיניות למקבלי החלטות | 6 |
| 26 | 6.1 הסדרת ההכשרה למתן טיפול משולב בידי רופאים | 6.1 |
| 27 | 6.2 טיפול משולב במסגרת הרפואה הציבורית | 6.2 |
| 28 | 6.3 יישום מאפיינים של הטיפול המשולב ברפואה הקונבנציונלית | 6.3 |
| 30 | 6.4 עידוד מחקרים שיתרמו לקביעת מדיניות בתחום | 6.4 |
| 31 | רשימת מקורות | 31 |
| 35 | נספח: מאפייני המרואיינים | 35 |

1. מבוא

המחקר הנוכחי בחן תופעה חדשה במערכת הבריאות, והיא העיסוק המשולב של רופאים ראשוניים בעלי תואר ברפואה מערבית קונבנציונלית גם בתחומים של רפואה משלימה ואלטרנטיבית (להלן ר"מ). רופאים אלה מציעים לחולים הפונים אליהם הן טיפול קונבנציונלי והן טיפול אלטרנטיבי, לפי שיקול דעתם. דפוס טיפול זה ייקרא להלן "טיפול משולב".

מגמה של שילוב גובר של ר"מ במסד הרפואי קיימת גם בישראל¹ (Shuval & Mizrachi, 2004; Mizrachi, & Shuval, 2005; ברמלי-גרינברג, גרוס ומצלח, 2007; גרשון, 2005; ברק ומימון, 2005; רוזנטל, מירלמן, 2005; סינגר, 2005; סמואלס, 2002; צור ואחרים, 2002). בכלל זה, ניתן לציין את התופעה של אנשי מקצועות הבריאות שלמדו שיטות ר"מ ונותנים טיפולים מסוג זה בעצמם לחולים (Shuval, 2006; Shuval, 2007; סמטניקוב, 2009). מסקירת הספרות בנושא עולה כי הטיפול המשולב מעלה סוגיות בתחום הרפואי, החוקי, האתי והכלכלי, ביניהן: בטיחות ואפקטיביות הטיפול, הכשרה, רישוי ופיקוח על מטפלים ואופן המימון. במספר מדינות, וביניהן ארצות הברית, קנדה ואוסטרליה, אף החלו לנקוט צעדים להסדרת הנושא (Goldner, 2004; Caulfield & Feasby, 2001; O'Brien, 2004; Winnick, 2005; Mills, 2001; Horrigan & Block, 2002; Sturm & Unutzer, 2001; Caulfield & Feasby, 2001; O'Brien). חרף ההיקפים הגדלים של מתן טיפול משולב במדינות שונות (Pirotta et al., 2000; 2004) סקירת הספרות מצביעה על מחקר מועט לגבי רופאים הנותנים טיפול משולב הן בעולם והן בישראל. בפרט, חסר מידע על אופן השילוב בין הטיפול הקונבנציונלי לטיפול האלטרנטיבי הניתן בידי רופא, על ההשפעות שיש לכך על תהליך הטיפול הקונבנציונלי, וכן, על אופן ההתמודדות של הרופאים, של המטופלים ושל קובעי המדיניות עם הסוגיות שדפוס טיפול זה מעורר.

לאור זאת, עלה הצורך במחקר שיתרום להבנה רבה יותר של תופעת הטיפול המשולב בישראל. תובנות המחקר יוכלו לסייע לקובעי מדיניות ברמה הלאומית ובארגוני הבריאות בהחלטות שונות, כגון עידוד או הגבלת העיסוק של רופאים בכך, וכן, אופן הפיקוח וההסדרה הנדרשים.

2. רקע מדעי

רפואה משלימה ואלטרנטיבית (להלן Complementary & Alternative Medicine - CAM) הוגדרה על-ידי ה-National Center for Complementary and Alternative Medicine² בארצות הברית כ"קבוצה של

¹ ביטויים לכך כוללים: הפעלת מרפאות בבתי החולים ובקופות החולים והפניה אליהן בידי רופאים קונבנציונליים; כיסוי לטיפולים אלטרנטיביים בביטוחים המשלמים של כל קופות החולים; ניסויים קליניים מבוקרים בבתי החולים; פרסום מחקרים על טיפולים אלה בכתבי עת רפואיים; והכשרת מטפלים ברפואה משלימה ואלטרנטיבית במסגרות לימודי המשך של קופות החולים.

² המרכז הוקם ב-1991 כחלק מה-National Institutes of Health בעקבות שימוע בקונגרס שקבע את הצורך לבחון את בטיחותה ויעילותה של הרפואה האלטרנטיבית, והוא מממן מחקרים מבוקרים בנושא בהיקף כספי ניכר וגדל עם השנים. כיום, התקציב השנתי של המרכז מגיע למאה מיליוני דולרים (Oberbaum et al., 2005).

גישות, פרקטיקות ומוצרים רפואיים שאינם נחשבים כיום כחלק מהרפואה הקונבנציונלית... ואינם משולבים בתוך המודל הדומיננטי של אספקת שירותי הבריאות במדינה" (Shuval & Mizrachi, 2004; Caulfield & Feasby, 2001). טיפולי CAM סווגו על-ידי המרכז לחמישה תחומי עיסוק מובחנים³ (O'Brien, 2004). עדויות ממחקרים שנערכו במהלך שנות התשעים בארצות מערביות מלמדים על שיעורי שימוש גבוהים ב-CAM. בארצות הברית, השתמשו 42% ב-CAM לפחות פעם אחת בשנה האחרונה, בקנדה - 42%, באוסטרליה - 48% ובצרפת - 49% (Caulfield & Feasby, 2001). נתוני ארגון הבריאות העולמי מלמדים כי שיעור המשתמשים ב-CAM לפחות פעם אחת בחיים מגיע ל-75% בצרפת ול-70% בקנדה (Zhang, 2002). סקר מעקב שנערך בארצות הברית מלמד על גידול של כ-47% בשיעורי השימוש בין השנים 1991-1997 (Eisenberg et al., 1998). גם באוסטרליה חל גידול ניכר בהיקף ההוצאות על CAM בין השנים 1993-2000 (O'Brien, 2004).

סקרים שנערכו בישראל מלמדים גם הם על גידול בשיעורי השימוש, אולם היקפי השימוש המדווחים נמוכים הרבה יותר. בסקר שנערך בשנת 1993 בקרב בני 45-75 נמצא כי 6.1% פנו למטפל אלטרנטיבי בשנה האחרונה. בסקר דומה שנערך ב-2000 דיווחו כך 9.8% מהמשיבים (Shuval & Mizrachi, 2004; Shmueli & Shuval, 2004), וב-2007 הגיע שיעורם ל-12.2%.⁴ בסקר מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל שנערך בשנת 2007, דיווחו 14% על הוצאה כספית על טיפול אלטרנטיבי בשלושת החודשים שקדמו לריאיון (גרוס, ברמלי-גרינברג ווייצברג, 2009).⁵

2.1 הרפואה האלטרנטיבית והממסד הרפואי

בעשורים האחרונים ניכרת מגמה של מעבר מדחייה מוחלטת של CAM בידי הממסד הרפואי לשילובה במסגרות הממוסדות כחלופה טיפולית, לצד החלופות הקונבנציונליות. הביטויים לשילוב זה כוללים: מימון מחקרים על אפקטיביות ה-CAM, פרסום מאמרים על שיטות אלה בכתבי-עת רפואיים מובילים, פתיחת מרפאות CAM בבתי חולים ובמוסדות רפואיים אחרים, כיסוי לטיפולים אלה בביטוח הרפואי, הפניית מטופלים ל-CAM בידי רופאים קונבנציונליים, ומתן טיפולי CAM בידי רופאים קונבנציונליים שעברו הכשרה בשיטות אלה (O'Brien, 2004; Goldner, 2004; Winnick, 2005; Ruggie, 2005). קורסים על שיטות CAM ניתנים בבתי ספר לרפואה ובהשתלמויות רופאים: 88% מבתי הספר לרפואה בארצות הברית ו-40% באנגליה הציעו קורסים ב-CAM ב-1998. מחקרים על עמדות רופאים לגבי CAM מצביעים על מגמה חיובית לאורך השנים בעמדות הרופאים וברצונם ללמוד

³ התחומים הם: תורות מסורתיות שהתפתחו לפני הופעתה של הרפואה המערבית או במקביל לה (כגון רפואה סינית, טיבטית, אבוריגינית, הומיאופתיה); גישות של גוף-נפש (כגון מדיטציה, תפילה); שימוש בחומרים טבעיים (דיאטות, צמחי מרפא, תוספי מזון); מגע בגוף (כירופרקטיקה, עיסויים) וטיפולים אנרגטיים (כגון רייקי, קריסטלים, טיפול מגנטי) (O'Brien, 2004).

⁴ מידע מתוך מחקרם של שמואלי ושובל שנערך ב-2007, טרם פורסם.

⁵ יש להניח כי אלו אָמדני-חסר, שכן התבססו רק על האוכלוסייה המבוגרת בעוד שיעורי השימוש גבוהים במיוחד בקרב צעירים. נתוני "מכבי טבעי" מלמדים כי 65% מהפונים הם בגיל צעיר מ-45. חשוב לזכור כי נתוני השימוש אינם כוללים טיפולים אלטרנטיביים שנעשו ללא התייעצות עם מטפל, כגון שימוש בתוספי מזון, ויטמינים ותרופות טבעיות ועל-טבעיות, וכן, שיתכן תת-דיווח מסיבות של רצייה חברתית.

ולחכיר שיטות CAM (Ruggie, 2005; Milden & Stokols, 2004; Hirschhorn & Bourgeault, 2005; Oberbaum et al., 2005).

מגמה של שילוב גובר של CAM בממסד הרפואי נצפתה גם בישראל. בין הביטויים לכך ניתן למנות את הפעלתן של מרפאות לרפואה משלימה בבתי החולים ובקופות החולים, את הפנייתם של מטופלים למרפאות אלה בידי רופאים קונבנציונליים (Mizrachi & Shuval, 2005; Shuval & Mizrachi, 2004) ואת הכיסוי לטיפולים אלטרנטיביים בביטוחים המשלימים של כל קופות החולים (ברמלי-גריןברג, גרוס ומצליח, 2007). ביטויים למגמה זו נראו גם במישור המחקרי: נערכו ניסויים קליניים מבוקרים במסגרת בתי החולים (גרשון, 2005; ברק ומימון, 2005; רוזנטל ומירלמן, 2005; סינגר, 2005), ופורסמו מחקרים על טיפולים אלה בכתבי עת רפואיים (סמואלס, 2002; צור ואחרים, 2002). היבט אחר המבטא מגמה זו הוא בדמות הכשרת מטפלים ב-CAM (כולל רופאים) במסגרות לימודי המשך של קופות חולים (למשל, ההשתלמויות שניתנות ב"מכבי טבעי"), וכן, בהמלצה של דיקני בתי ספר לרפואה לכלול קורסים בנושא CAM בבתי הספר לרפואה (Oberbaum et al., 2005).

בסקר שנערך בקרב רופאי משפחה בישראל ב-1993 הביעו כמחצית הרופאים עמדות חיוביות ורצון לדעת יותר על CAM (Schachter, Weingarten & Kahan, 1993). במסגרת ההסתדרות הרפואית לישראל (הר"י) הוקמה ב-2005 "חברה לרפואה משלימה" שבה חברים כיום כ-70 רופאים. הר"י אף פרסמה נייר עמדה, לפיו, טיפולי ה-CAM משלימים את הרפואה הקונבנציונלית וכי אין למנוע מהציבור לפנות למטפלים אלטרנטיביים. אולם, הם נקטו בעמדה שיש לדרוש כי החולה ייפנה קודם לרופא לאבחון. על-פי עמדת הר"י, יש להגדיל את היקף המחקר על יעילות הטיפולים, להקפיד על רישוי המטפלים ומוסדות הלימוד ולהוביל לחקיקה שתאפשר אכיפתם של כל אלה (www.ima.org.il). בשנת 2005 הקים משרד הבריאות את "הוועדה לקידום דרכי ההכרה והרגולציה של הרפואה המשלימה".

2.2 רופאים קונבנציונליים המטפלים גם בשיטות רפואה משלימה

בשנים האחרונות מתפתח בעולם כיוון חדש של שילוב המתבטא בכך שרופאים קונבנציונליים לומדים שיטות CAM ומשתמשים בהן בטיפול בחולים, לצד הטיפול הקונבנציונלי. סקרים שנערכו במדינות שונות מלמדים על היקף התופעה. בגרמניה, לדוגמה, 85% מהרופאים הכלליים דיווחו כי הם מטפלים גם בשיטות CAM, וכך גם כמחצית הרופאים הכלליים בהולנד וכשליש מהרופאים הכלליים בצרפת ובניו-זילנד (O'Brien, 2004; Pirotta et al, 2000). התחזית היא כי מגמה זו תתחזק בעתיד עם הפתיחות הגדלה של ארגוני רופאים לגישות אלה; הביקוש של חולים לטיפולים אלה; מאמצי שיווק של תכשירים מצד יצרני תרופות טבעיות ותוספי מזון; גידול בהיקף המחקרים על טיפולי רפואה משלימה ואלטרנטיבית והצטברות עדויות לאפקטיביות של חלק מהטיפולים; ולגיטימציה גוברת של טיפולים אלה בקרב הממסד הרפואי (Caulfield & Feasby, 2001; Ruggie, 2005). חרף ההיקפים הנרחבים של התופעה, קיימים רק מעט פרסומים מדעיים על קבוצה זו של רופאים, בעיקר ריאיון עם רופא בודד המספר על עמדתו והתנסותו בתחום (Frank, 2002a; Millar, 2004; Rau, 2002; Frank, 2002b; Diehl et al., 1997). יצוין כי בישראל אין כמעט מידע מחקרי על רופאים קונבנציונליים הנותנים גם טיפולי CAM, ובפרט, על רופאים ראשוניים.

2.3 סוגיות מדיניות הנוגעות למתן CAM בידי רופאים קונבנציונליים

לאור התרחבות התופעה של רופאים המטפלים גם ב-CAM לצד הטיפול הקונבנציונלי, עולות לדיון ציבורי סוגיות בריאותיות, חוקיות, אתיות ופרופסיונליות הקשורות בכך. במספר מדינות, כגון ארצות הברית, קנדה ואוסטרליה, אף החלה הסדרה של הנושא, למשל רישוי מטפלים, אישור תרופות טבעיות ואיסוף מידע על תופעות לוואי שליליות (Caulfield & Feasby, 2001; O'Brien, 2004; Goldner, 2004;) (Winnick, 2005; Mills, 2001; Horrigan & Block, 2002; Sturm & Unutzer, 2001). להלן תובא סקירה קצרה של הסוגיות העיקריות המוזכרות בספרות.

א. בטיחות השימוש ב-CAM

לחלק מטיפולי ה-CAM (למשל צמחי מרפא) יכולות להיות תופעות לוואי שליליות או אינטראקציה עם תרופות מרשם, ולפיכך, עלול להיגרם נזק למשתמש. למרות זאת, אין פיקוח על הייצור, על ריכוז החומרים הפעילים, על הבטיחות והפרסום לגבי צמחי מרפא ועל תוספי מזון (O'Brien, 2004). סוגיית הבטיחות חמורה במיוחד מאחר ששיעורים גבוהים של חולים אינם מגלים לרופא על השימוש בצמחי מרפא ובטיפולי CAM אחרים, והרופא אינו שואל על כך (Woolf, 2003). רופאים רבים אף אינם מודעים לסכנות שבשימוש בצמחי מרפא ובתוספי מזון (Silverstein & Spiegel, 2001). מחקרים מתעדים תופעות לוואי שליליות וסיכונים גם משורה ארוכה של טיפולי CAM אחרים בקרב מבוגרים וילדים (Cohen & Kemper, 2005; Caulfield & Feasby, 2001).

ב. ידיעות הרופאים לגבי האפקטיביות של טיפולי ה-CAM

חלק ניכר מהרופאים אינם מכירים ממצאי מחקרים על אפקטיביות הטיפולים, ועקב כך נותנים גם טיפולים שהאפקטיביות שלהם לא הוכחה או שיש בהם סיכון (Woolf, 2003; Silverstein & Spiegel, 2001; Cohen & Kemper, 2005; Ruggie, 2005; Winnick, 2005). טיפול קונבנציונלי ולהחמיר את מצבם הבריאותי, וכן, יש לו נזק כלכלי לפרט המשלם ולקופה הציבורית. מתן טיפול ללא מידע מספק על האפקטיביות שלו מעלה גם שאלות אתיות לגבי שיקול הדעת המקצועי (Adams, 2002).

ג. הכשרה, רישוי ופיקוח

ברוב המדינות אין פיקוח על המוסדות המלמדים רפואה משלימה ואלטרנטיבית ואין סטנדרטים מחייבים להכשרת המטפלים, כולל רופאים. רופאים ומטפלים אחרים ללא הכשרה הולמת עלולים לתת טיפול באיכות נמוכה או אף טיפול מזיק (O'Brien, 2004; Mills, 2001).

ד. השפעת CAM על דפוסי הטיפול הקונבנציונלי

התומכים בטיפול משולב מדגישים כי הדבר יכול לתרום לבריאות הציבור עקב הדגש הניתן למניעה, לשמירה על הבריאות ולאורח חיים בריא. יש לכך גם יתרון כלכלי כי הגישה המשולבת מתבססת פחות על טיפול פולשני, אבחון וטיפול תרופתי יקר (O'Brien, 2004; Ruggie, 2005). בנוסף, טיפולי CAM

הניתנים לבקשת החולה עונים על הצרכים, ההעדפות והערכים שלו (Adams, 2002), וכן, עצם הדיון בחלופות טיפוליות מקדם את איכות התקשורת שבין הרופא לחולה (Flannery, 2006).

ה. חובות הרופא על-פי חוק במתן טיפולי CAM

מבחינה חוקית ואתית, רופאים המטפלים בשיטות CAM חייבים לקבל לכך הסכמה מדעת של החולה, לאחר שקיבל מידע מלא על הסיכונים ועל אפקטיביות הטיפול (גולן ואחרים, 2006). רופאים עלולים להימנע מכך כי אפקטיביות הטיפולים לא הוכחה (Diehl et al., 1997). רופא העוסק או מייעץ לגבי רפואה משלימה ואלטרנטיבית עלול להיתבע על רשלנות רפואית, אם נתן טיפול שאינו עומד בסטנדרט הטיפולי המקובל וגרם נזק לחולה. רופא עלול אף להיות מואשם בעברות משמעת על התנהלות לא מקצועית, אם נתן טיפול החורג מהסטנדרטים המקובלים (Caulfield & Cohen & Kemper, 2005; Feasby, 2001).

ו. אופן המימון של טיפולי CAM הניתנים בידי רופאים בישראל

בישראל, טיפולי CAM אינם כלולים בסל השירותים הבסיסי. הביטוח המשלים משתתף בכיסוי העלויות, כאשר הטיפול ניתן במסגרת מרפאות הרפואה המשלימה או בידי מטפלים עצמאיים בעלי חוזה עם הקופה. הסדרים אלה מעלים שאלה אתית לגבי מימון טיפולי CAM הניתנים בידי רופא קונבנציונלי המועסק בקופות החולים. אם הרופא מציע טיפולי CAM בתשלום, הרי שמדובר במתן טיפול פרטי במסגרת ציבורית, ועל כך יש אישור מפורש. אם הטיפול ניתן ללא תשלום נוסף, הרי שהעלות מועמסת בעקיפין על הסל הציבורי, מבלי שהוחלט על כך במפורש.

2.4 סיכום הרקע המדעי

שיעור ניכר של רופאים ראשוניים במדינות המערב נותנים גם טיפולי CAM, ובשנים האחרונות נרשמת מגמת גידול במספרם. מגמה זו קשורה לגידול בביקוש של חולים לטיפולים אלה, למאמצי שיווק של תכשירים מצד יצרני תרופות טבעיות ותוספי מזון, לגידול בהיקף המחקרים על טיפולי CAM והצטברות עדויות לאפקטיביות של חלק מהטיפולים, וכן, ללגיטימציה הגוברת של טיפולי CAM בקרב הממסד הרפואי. מאחר שגורמים אלה מתקיימים גם בישראל, יש לצפות לגידול במספר הרופאים המטפלים בשיטות CAM, לצד הטיפול הקונבנציונלי (דפוס של "טיפול משולב").

3. מטרת המחקר ושאלות המחקר

מטרת המחקר הייתה לתאר ולהבין את תופעת הטיפול המשולב ברפואה הראשונית בישראל מנקודת המבט של הרופאים המשלבים, של המטופלים שלהם ושל קובעי מדיניות. שאלות המחקר המפורטות היו:

1. לבחון מנקודת מבט הרופאים הראשוניים והמטופלים את אופן היישום בפועל של "טיפול משולב", את יתרונותיו, את הקשיים שהוא יוצר ואת אופן ההתמודדות איתם.

2. לבחון את ההשפעה של שיטות הטיפול המשלימות על החלטות רפואיות, על דפוסי הטיפול הקונבנציונלי הניתן לחולים ועל איכות הטיפול לתפיסתם של הרופאים הראשוניים.
3. לבחון את תפיסות המטופלים המקבלים מהרופא שלהם טיפול משולב לגבי תהליך הטיפול ואיכותו, ולהבין את מניעיהם לבחור ברופא המטפל בדרך זו.
4. לבחון את תפיסות קובעי המדיניות לגבי הטיפול המשולב, לגבי יתרונותיו ולגבי הקשיים שהוא גורם ואת ההסדרה הנדרשת לתפיסתם.

4. שיטת המחקר

המחקר נערך בגישה איכותנית שמטרתה לתאר ולהבין מציאות מורכבת ולעמוד על משמעותן של תופעות מנקודת המבט של האנשים שהתנסו בהן. המחקר האיכותני מתאים במיוחד למצב שבו רוצים להבין תופעה חדשה ולא מוכרת, שלא קיים לגביה מידע קודם או תאוריות מנחות. המחקר האיכותני נעשה בגישה אינדוקטיבית, והמערכת המושגית לתיאור התופעה (המושגים ודפוסי הקשר ביניהם) היא תוצר של המחקר האמפירי האקספלורטיבי (שקדי, 2003; צבר-בן יהושע, 1999; Bogdan & Biklen, 1998). שיטה זו מתאימה במיוחד לבחינת שאלות המחקר הנוכחי העוסקות בהבנת תהליכי קבלת החלטות ובהבנת שיקולים ותפיסות של רופאים, של מטופלים ושל קובעי מדיניות, שכן, דרושה העמקה בריאיון איתם מעבר לדיווח שניתן להגיע אליו בשאלון סקר.

המחקר קיבל אישור של ועדת האתיקה באוניברסיטת בר אילן, וכן, הרופאים והמטופלים שרואיינו חתמו על טופס הסכמה מדעת. בשלב ראשון של המחקר (במהלך 2008) רואיינו 15 רופאים ראשוניים המועסקים בקופות החולים ונותנים טיפול משולב. במהלך המחקר התברר כי ישנם דפוסים שונים של טיפול משולב. חלק מהרופאים נותנים את הטיפול המשולב במסגרת עבודתם בקופת החולים וחלקם - במסגרת פרטית (ראו פירוט בסעיף 5.1). הרופאים נבחרו בשיטת המדגם המכוון (purposeful sample) (שקדי, 2003; צבר-בן יהושע, 1999)⁶. בהיעדר מידע מקדים על גישות הרופאים לנושא המחקר, נעשה ניסיון להשיג גיוון מבחינת תכונות הרקע (ראו נספח). קיבלנו מהרופאים שמות של מטופלים שלהם המקבלים טיפול משולב ואשר הביעו הסכמתם להשתתף במחקר. מבין המטופלים רואיינו 14 מטופלים בעלי תכונות רקע מגוונות ככל שניתן (ראו נספח). בשלב שני (ראשית 2009), שלחנו תקציר ממצאים מראיונות הרופאים והמטופלים לקובעי המדיניות הרפואית בכירים בקופות החולים, במשרד הבריאות ובהסתדרות הרפואית הממלאים תפקידים בעלי השפעה על הסדרת הנושא. ראינו 16 קובעי מדיניות בכירים האחראיים למימון ולפיתוח שירותים, כמו גם לרישוי, לפיקוח ולהסדרה ברמה הלאומית ובקופות החולים.

כלי המחקר העיקרי היה ראיונות עומק חצי-מובנים באמצעות "מדריך ריאיון" שפיתחנו בהתבסס על סקירת הספרות. פותחו מדריכים נפרדים לריאיון רופאים, מטופלים וקובעי מדיניות. השאלות במדריך היו פתוחות ויועדו להעמקת ההבנה של התופעה הנחקרת דרך הבאת נקודת מבטם ופרשנותם של המרואיינים המכירים אותה מזוויות שונות (שקדי, 2003). הראיונות נמשכו כשעה עד שעתיים.

⁶ מספר המרואיינים נקבע לפי עיקרון הרווייה התאורטית (Lincoln & Guba, 1985).

בכל ריאיון נערך רישום ידני בעת ביצועו ושכתוב מלא סמוך לסיומו. הראיונות עם הרופאים והמטופלים גם הוקלטו.

ניתוח הנתונים נעשה בגישה המעגלית: הניתוח נערך במקביל לביצוע ראיונות וממצאי הניתוח תרמו לבחירת מרואיינים נוספים ולעדכון הנושאים לריאיון. שיטת הניתוח של המידע התבססה על מיון וקטגוריזציה, כדרך לגלות דפוסים חוזרים, מגמות וקטגוריות מושגיות (Bogdan & Biklen, 1998; Miles & Huberman, 1994).

במחקר איכותני קיימת מגבלה הנובעת מהמספר המועט של נחקרים שאינם מהווים מדגם מייצג, ולפיכך, לא ניתן להכליל את ממצאי המחקר על כלל הרופאים העוסקים בטיפול משולב או על כלל החולים המטופלים בשיטה זו. יצוין כי המחקר האיכותני שואף ל"הכללה אנליטית" לגבי דפוסים תאורטיים של קשרים בין משתנים, בשונה מהמחקר הכמותי המאפשר "הכללה סטטיסטית" לגבי שכיחות של משתנים באוכלוסייה (Yin, 1984). המחקר האיכותני הוא מחקר אקספלורטיבי המספק מידע ראשוני ומאפשר הכרת מאפיינים ודפוסים מרכזיים של התופעה הנחקרת.

5. ממצאים

5.1 דגמים ליישום בפועל של טיפול משולב

מהראיונות עם המטופלים עלו שלושה דפוסים של קבלת טיפול משלים:

1. **קבלת טיפול משלים מרופא המשפחה במסגרת הטיפול במרפאת הקופה:** המטופלים בדפוס זה בחרו ברופא שידעו שהוא משלב טיפול משלים בפרקטיקה במסגרת הביקור אצלו כרופא משפחה של הקופה:

"בחרתי בה כי היא מציעה תרופות שהן טבעיות."

"מה שקנה אותי זה שרופא קופת חולים מקדיש מהידע והזמן במסגרת שירות בקופה, ובשוק הפרטי הטיפולים מאוד יקרים."

הם סיפרו כי הטיפול המשלים ניתן תוך התייעצות בין הרופא למטופל מה נכון לתת ומתי. הביקור אצל הרופא אינו כרוך בתשלום, אולם ישנם מקרים שבהם הם מגיעים לרופא באופן פרטי, בעיקר כאשר הם זקוקים לטיפול דחוף, ואין אפשרות לקבל תור מידי בקופת החולים. אז הרופא יקבל אותם במרפאה הפרטית שלו בשעות קבלה אחרות ובתשלום.

2. **קבלת טיפול משלים מרופא המשפחה במסגרת פרטית:** במקרים אלה כשהמטופלים בחרו ברופא המשפחה, לא ידעו שהוא מטפל גם בר"מ. לאחר תקופה, כאשר עלה הצורך (לעתים בידי המטופל ולעתים בהמלצת הרופא) לקבל טיפול משלים, נדונה האפשרות לקבל את הטיפול המשלים מאותו רופא במסגרת פרטית. לרוב, היוזמה הייתה של המטופל, והטיפול המשלים ניתן במרפאה פרטית נפרדת או בשעות קבלה נפרדות. מטופלים בדגם זה ציינו שהרופאים חשו אי-נוחות בהיותם גם רופאי המשפחה, עקב חשש של "ניגוד אינטרסים".

3. **קבלת טיפול משלים מרופא משלב שאינו רופא המשפחה במסגרת פרטית:** בדפוס זה המטופלים הגיעו לרופא שאינו רופא המשפחה שלהם, ולא הכירו אותו קודם, מתוך מטרה לקבל ממנו טיפול אלטרנטיבי מסוים. הם שמעו על הרופא הספציפי ופנו אליו באופן פרטי או במסגרת הרפואה המשלימה בקופה. הטיפול ניתן במרפאה הפרטית של הרופא, בתשלום.

בכל שלושת הדפוסים תיארו המטופלים טיפול ששילב בין ר"ק לר"מ, הן בשלב האבחון של המצב הבריאותי, הן בהפניה לבדיקות מעבדה ולבדיקות אחרות והן בטיפול שניתן למצב הבריאותי. בשעת הצורך המליץ הרופא לצרוך תרופות קונבנציונליות עם הטיפול המשלים או להפסיקן בהדרגה, לפי המצב.

גם מהראיונות עם הרופאים הסתמנו מגוון של דגמים למתן טיפול משולב המתמודדים עם קשיים שהוזכרו לעיל ביישום טיפול משולב במסגרת רפואה ראשונית בקופות החולים. הדגמים נבדלים זה מזה בפרמטרים הקשורים להיבט הארגוני ולהיבט הטיפולי.

בהיבט הארגוני, יש רצף שתחילתו דגם של הפרדה מוחלטת בזמן ובמקום (מרפאות נפרדות שבכל אחת מהן מקבלים סוג אחר של מטופלים), דרך הפרדה בזמן, אך לא במקום (מקבלים את החולים באותה מרפאה, אבל לא באותן שעות), וסופו - אי-הפרדה (מטופלים בר"מ מתקבלים בין המטופלים של הקופה או במקביל אליהם). ישנם רופאים המארגנים את משך הזמן לביקור כך שיוכלו לתת יותר זמן לחולים כדי לאפשר תשאול ושיחה. אחרים מעצבים את חדר הטיפולים בקופה כך שישדר נכונות לשמוע ולדבר, אווירה הכרחית לטיפול של ר"מ.

בהיבט הטיפולי, ר"מ אינה ניתנת רק למטופלים הפרטיים. יש רופאים שסיפרו שהם מאמינים באפקטיביות של שיטות ר"מ, ולכן, מציעים טיפולים אלה לחולים במסגרת הציבורית (לעתים בתשלום ולעתים ללא תשלום), למשל דיקור, דמיון מודרך, היפנוזה או צמחי מרפא. זאת, אף על פי שמדיניות הקופה עמומה בהיבטים רבים בנושא זה. אחרים הדגישו שהר"מ אינה טכניקה, אלא גישה לטיפול, להתייחסות למטופל, לתקשורת איתו, וככזו היא משפיעה על כל האינטראקציה בין הרופא למטופל. על כן, הם למעשה מפיקים את יתרונות הר"מ גם כשהם מטפלים ב"חולים הציבוריים". שכן, הגישה של הר"מ משפיעה על הגישה הטיפולית שלהם והפכה לחלק בלתי-נפרד מההתייחסות לחולה:

"אני אינטגרטיבי בתפיסה, ולא משנה מי יושב מולי... אני מתייחס לגוף ולנפש, מתייחס לחלק הרוחני".

אחרים סיפרו שהם משלבים כלים מר"מ גם בשלב אבחון החולים, לדוגמה, תשאול על תחומים רחבים יותר (כגון העדפות מזון, שינה, חוס/קור), וכן, בבדיקות פיזיות של ר"מ (למשל סוגי דופק ברפואה סינית, סימנים בלשון).

באשר לבחירת סוג הטיפול שיינתן לחולה, הרופאים הדגישו כי השיקול אינו סטטוס החולה (פרטי או דרך קופת החולים), אלא בעיקר סוג הבעיה שבה צריך לטפל ואופי החולה. ר"ק תינתן ללא ספק במצבים אקוטיים שלהם צריך למצוא פתרון מדי ור"מ נתפסת כמתאימה לטיפול בבעיות כרוניות, שאין להן מענה טוב בר"ק, וגם בבעיות שאין להן אבחנה בר"ק. שיקול נוסף הוא אופי החולה ונכונותו

לקבל טיפול כזה או אחר, שכן, יש חולים הפתוחים יותר לנסות ר"מ ויש המתנגדים לכך, ויש חולים המתנגדים לר"ק דווקא. יש חולים שיכולים ומוכנים לדבוק בהוראות הר"מ ולחכות את הזמן הנדרש לה כדי לפעול, ויש כאלה שרוצים טיפול בעל פעולה מיידית שאינו מחייב אותם למאמץ מיוחד.

כדי להתמודד עם האיסור לטפל בחולי הקופה באופן פרטי, לעתים הרופאים נמנעים מלתת את הטיפול המשלים בעצמם ומפנים את החולים למטפלים אחרים, אם כי במצבים מסוימים יש הבוחרים בכל זאת לתת את הטיפול בעצמם (באחד הדגמים שתואר לעיל).

5.2 נקודת המבט של הרופאים הראשוניים הנותנים "טיפול משולב"

א. מניעי הרופאים

מהראיונות הסתמן כי מניעי הרופאים לשלב טיפולי רפואה משלימה (ר"מ) בטיפול הקונבנציונלי קשורים למשיכה לתחום הנובעת לדבריהם מסקרנות, מאופן מחשבה אחר, ממשיכה לפילוסופיות כמו אנתרופוסופיה או פילוסופיות מזרחיות, וכן, מתחושה שלרפואה קונבנציונלית (להלן ר"ק) אין מענה לכל הבעיות. יחד עם זאת, במשך שנות העבודה בר"ק בתוך המסגרות הממוסדות, התפתחה אצל רובם גם ביקורת על הר"ק, המחזקת את המחויבות והקשר שלהם לשיטות הר"מ שבהן הם עוסקים. הביקורת שלהם כיום מופנית הן כלפי הר"ק כאסכולה והן כלפי המערכת שבה מתקיימת הפרקטיקה הקונבנציונלית, אף שלא תמיד ניתן להפריד ביניהן. לתפיסתם, הר"מ נותנת מענה לבעיות שיוצרת הר"ק הן למטפל והן למטופל. חרף הביקורת על הר"ק, הזהות המקצועית הראשונה והמרכזית שלהם היא רופאים בעלי ידע מערבי קונבנציונלי:

"אני קודם כל רופא באבחנה, באתיקה, במחויבות הבסיסית למדע."

"אני לא יודעת מה הייתי עושה בלי הידע שיש לי כרופאה קונבנציונלית... לא הייתי

מרגישה אותו ביטחון בלגשת לחולה, אם לא היה לי הידע."

הביקורת על הר"ק מתמקדת בשלושה מבין מאפייניה:

1. הסתמכות מוגזמת ושימוש מוגזם בטכנולוגיה, בעיקר בתרופות, חלקן בעלות השפעה לא ברורה וחלקן מסיבות נזק של ממש;
2. חוסר היכולת שלה לתת מענה במקרים של בעיות כרוניות;
3. תהליך הטיפול שבו אין מספיק הקשבה, אין ראייה הוליסטית ואין ידע להכיל את השונות בין אנשים.

הביקורת על מערכת הבריאות הציבורית מתמקדת במאפיינים:

1. עומס שאינו מאפשר לתת טיפול טוב;
2. התמקדות בהיבטים מדידים של המחלה במקום בצרכים של המטופל;
3. המערכת הביורוקרטית שבה הם עובדים (הכוללת נהלים, פיקוח ועוד) שוחקת את הרופא ופוגעת באוטונומיה המקצועית.

חשוב להדגיש שהפנייה לתחום הר"מ משקפת אכזבה מהפרקטיקה של רפואת המשפחה המודרנית, כפי שהיא מתנהלת בתוך מערכת הבריאות הממוסדת, ולא מעקרונות הגישה. הבסיס התאורטי של רפואת המשפחה (הגישה הביו-פסיכו-סוציאלית) קרובה לתפיסתם לגישה ההוליסטית של הר"מ. מרואיינים רבים דיברו בכאב על הרחקתם מהבסיס הזה בשל דרישות המערכת הציבורית. את הקושי לעבוד בתוך מערכת כזו ביטא אחד הרופאים בחריפות:

"אני עבדתי כרופא קונבנציונלי שלוש שנים... אני חושב שאם הייתי ממשיך לעבוד שם, היו מוצאים אותי תלוי מאחורי המרפאה.... תראי, הרופאים שאני הכי מעריך אותם, זה הרופאים שהכרתי אז ברפואת המשפחה, הרופאים הכי טובים שיש, והם עובדים במערכת הכי בלתי-אפשרית בעולם. אני אישית לא הייתי מחזיק שם מעמד."

ב. יתרונות הטיפול המשולב

יתרונות הטיפול המשולב כרוכים במאפייני הר"מ אשר, לתפיסת הרופאים, נותנת מענה לנקודות התורפה של הר"ק שתוארו לעיל. היתרונות העיקריים קשורים באיכות הטיפול בחולה ונובעים מהתמקדות הר"מ בצורכי המטופל ובראייתו כישות שלמה, כאדם, ולא רק כחולה. לדבריהם, נקודת המבט ההוליסטית "יותר הומניסטית" כלפי החולה, אך גם מאפשרת "להבין מעבר לסימפטום... למשל בעיות נפשיות". עוד נאמר כי ההכשרה לר"מ "העניקה ממד נוסף, רוחני, לעשייה הרפואית שלי".

יתרון נוסף קשור להימנעות ממתן טיפולי ר"ק שנתפסים כמזיקים בחלקם:

"הרפואה המערבית לקחה טכניקות טיפול שמזיקות... היא מאוד מסוכנת לאנשים מסוימים... אחד התפקידים של זה - לדאוג לצמצם למינימום קטע שמזיק."

יתרון אחר שעלה הוא היכולת לתת מענה טוב יותר לבעיות כרוניות שאין להן פתרון בר"ק:

"אסתמה, דלקות חוזרות בשתן... האמא סיפרה שזה עובד, הלכתי לראות מה עושה הרפלקסולוגיה, וראיתי שזה עובד."

הר"מ נותנת כלים לטיפול ולתקשורת עם המטופלים:

"ההיפנוזה לימדה אותי לפתוח מחדש את האנטנות. קודם כל אני מקשיב."

ר"מ מציעה לחולה אפשרויות טיפוליות רבות יותר וגם מעצימה אותו ומאפשרת להשתמש בכוחות הריפוי שלו:

"רוב הרפואה שלנו... היא עבודה עם הכוח המרפא של המטופל ושל המטפל."

תפיסות אלה של הרופאים כלפי החולה כאדם, היחסים הבין-אישיים ותפקיד הרופא בתהליך הריפוי מנחות את הרופא גם בטיפול בחולים שאינם מטופלים בשיטות משלימות. וכך, הכשרתם בר"מ משפרת את החלטות הרפואיות, את דפוסי הטיפול ואת איכות הטיפול באופן רחב יותר כשהם מטפלים בחולים במרפאות הקופה.

מעבר ליתרונות הקשורים לגישה הטיפולית של הר"מ, צוינו גם יתרונות לחולה בכך שרופאים עם ידע בר"ק נותנים טיפול משלים (לעומת מטפלים שאינם רופאים), שכן הם יכולים להעריך את הר"מ בביקורתיות, וכך, להימנע מהסבת נזק לחולה. מספר רופאים התייחסו לנושא:

"לרופא עם חשיבה מדעית, יש רגישות לדעת איזה דברים לא עוברים ביקורת..."

"זה שאני רופאה, ויש לי ידע רחב יותר על גוף האדם ותהליכים... נותן לי כלים יותר טובים לעזור לאנשים... היכולת לדעת מתי שיטה עוזרת ומתי מזיקה."

הידע בר"ק מאפשר להם להתאים את הטיפול למצב החולה: *"בן אדם יכול לנוע ברצף הזה שבין רפואה אלטרנטיבית לרפואה קונבנציונלית"*, וכך, המטופל יכול *"ליהנות מהטוב של שני העולמות"*.

חלק מהרופאים התייחסו ליתרונות של "הטיפול המשולב" לעומת הדגם הממוסד בקופות - המרפאות לרפואה משלימה⁷. מהראיונות עלתה ביקורת כלפי הדגם הממוסד בכמה מישורים: שיקול הדעת של הרופא הממייין המפנה לטיפול אינו מיטבי, משום שאינו מכיר את החולה ומשום שאינו מומחה בר"מ; משך ביקור קצר בדרך כלל; הרמה המקצועית הירודה של חלק מהמטפלים המועסקים במרפאות; היעדר רצף טיפול והמשכיות בין הטיפול המשלים לטיפול השוטף בחולה. כמו כן, הועלו בעיות הנובעות מכך שהמרפאות הן מקור הכנסה לקופות החולים:

"בקופות נכנסו לזה רק בגלל כסף, לא בגלל שמאמינים בזה. יש הרבה תקנונים שהמטרה שלהם היא רווחיות, מגבילים מספר הטיפולים, לא רלוונטי לטיפול..."

עלתה אף טענה שמאחורי ההחלטות להחדיר את הרפואה המשלימה למרפאות ייעודיות עמדו כוונות רווח, והדבר גרם *"למסחור הרפואה המשלימה ופגע באיכות הטיפול"*.

עם זאת, יש לציין כי חלק מהמראיינים לא פסלו דגם זה, ואף ראו יתרון במתן ר"מ בידי מטפלים שהתמחו בכך, ולכן, הם מיומנים יותר. אחרים ציינו כי הסדר זה פותר בעיות אתיות של שילוב טיפול פרטי וציבורי:

"כיום יותר נוח לי... אני ממליצה להתייעץ במרפאות של רפואה משלימה בקופה... אין ניגוד אינטרסים, אין הרגשה לא נעימה."

מהראיונות עלה עוד שהטיפול המשולב טומן בחובו יתרונות לרופא: למצות את יכולתו המקצועית, לגלות יוזמה, מחשבה עצמאית, להתחבר לחולים, אלטרנטיבה לסרט הנע של הר"ק.

"יש מרחב הרבה יותר גדול שלוקח אותי כסובייקט בחשבון, שמתבונן, שמבין, שיש לו אינטואיציה".

⁷ בדגם זה, השילוב מתבטא בתפקידו של "הרופא הממייין" שהוא ר"ק (לעתים עם ידע בר"מ) המכוון את החולה למטפל האלטרנטיבי המתאים. השילוב מאופיין בדיפרנציאציה בין האבחון וההפניה הנעשים באמצעות ר"ק לבין הטיפול המשלים הניתן בידי מטפלים שאינם רופאים.

מנקודת מבטם, הר"מ עוזרת להם להתמודד עם השחיקה הכרוכה בעבודה במסגרת הלוחצת של הרפואה הממוסדת. היא הזדמנות להעניק טיפול רפואי כמו שהרופאים מאמינים שהוא צריך להיות, וכמו שתמיד רצו לתת.

ג. קשיים בטיפול משולב ואופן ההתמודדות עמם

לצד היתרונות הנתפסים של הטיפול המשולב עלו גם קשיים הקשורים ליישום טיפול משולב בידי רופאים המועסקים בקופות חולים. רוב הרופאים שראינו עובדים בשתי מסגרות: במסגרת הקופה ובמסגרת פרטית או במרפאה משלימה של קופת החולים או בית חולים. יש לציין כי טיפולי ר"מ אינם נכללים בסל הבריאות, ולכן, רופאים המשלבים טיפולים אלה עם ר"ק נותנים למעשה טיפול שאינו בסל ושאותו הם מציעים באופן פרטי ויכולים לקבל עליו תשלום. הרופאים המשלבים מאמינים כאמור ביתרונות של הטיפול המשולב לחולים, ועם זאת, מודעים לכך שנוהלי הקופות אוסרים מתן טיפול פרטי בתשלום מסגרת הציבורית ואוסרים על הרופא להפנות חולה שהגיע דרך הקופה למרפאתו הפרטית. נהלים אלה, לצד האמונה של הרופאים ביתרונות הטיפול המשולב, יוצרים קושי בסיסי במתן טיפול משולב - היכן? מתי? למי? (ראו בהמשך תיאור הדגמים של טיפול משולב).

המגבלות על מתן טיפול משולב במערכת הציבורית יוצרות קושי אצל הרופאים המאמינים ביתרונותיו. נוצר מצב שבמשך חלק גדול משעות העבודה הם אינם יכולים לתת טיפול משולב כרצונם ובאופן אידאלי, בשל חובתם להימנע מלהציע ר"מ לחולים המטופלים אצלם דרך הקופה. חלקם מצליחים לשלב רכיבים בודדים של ר"מ בטיפול שהם נותנים לחולים בקופת החולים. אולם, כמאמינים בטיפול משולב, הם חשים קושי בכך שאינם יכולים להציע לכל חולה את הטיפול ההולם ביותר לתפיסתם (כלומר ליישם את גישת הטיפול המשולב לכולם).

בראיונות עלה גם הקושי של הרופאים המשלבים להתעדכן ולשלוט בכמה מערכות ידע שונות:

"צריך לדעת פי שניים מרופא רגיל".

ביטוי נוסף לכך היא התחושה שקיימת אצל חלק מהם שלמטפלים שאינם רופאים יש מיומנויות טובות יותר בתחום המשלים:

"הם בדרך כלל יותר טובים. מי שמכניס מחט כל יום כל שבוע כל השנה, איך אוכל להגיע לרמה טכנית שלו?"

"יש מקומות ש[המטפל] יותר טוב ממני כי זה הדבר היחיד שהוא עושה, ולכן הוא מתמקצע יותר ממני."

יש רופאים שאף הפסיקו את העיסוק האישי בר"מ עקב קושי זה.

לבסוף, תוארו תגובות אמביוולנטיות של הסביבה המקצועית אל העיסוק שלהם בר"מ:

"יש כאלה שמכבדים, יש כאלה שמפחדים, יש כאלה שסולדים מזה."

אחרים הדגישו שינויים בהתייחסות:

"אפשר לפרק לשתי תקופות: תקופת החשדנות וההשמצה - 'מה, הוא השתגע'... 1991 והלאה - התחיל לפרוץ, היחס השתנה לחלוטין. מקבלים אותי היטב ונעזרים בי המון בעצמם."

"יש כאלו שיסתכלו בחיך, אבל ברגע ששואלים ושומעים מה עושים עם זה ולמה זה טוב, הם הופכים להיות תומכים ומעודדים."

בדקנו האם קיים קושי מבחינת הרופאים בכך שבר"ק מתרחבת ההכרה בחשיבות הבחירה בשיטות ובטכנולוגיות נסמכות הוכחות (Evidence Based Medicine - EBM), ואילו בר"מ אין דרישה כזו שכן הבסיס המדעי שלה שונה. ביררנו כיצד הם מתמודדים עם הסתירה הפרדיגמטית בין שתי הגישות למתן טיפול. הרופאים שרואיינו אינם רואים בכך קושי והם נתנו לכך מספר הסברים (שלעתים מתקיימים במקביל). מספר רופאים אמרו שאף-על-פי שהר"ק מתיימרת להיות מבוססת מדעית, היא איננה כזאת מסיבות שונות. למשל, המחקרים שעליהם מתבססת הר"ק הם מגמתיים:

"אני יודעת שיש הרבה מחקרים שמממנות חברות תרופות.... סלקציה איזה תוצאות לפרסם... נותן אמת מעוותת."

רופא אחר סבור:

"העדויות משתנות ולא עקביות... באיזשהו שלב יוצא איזה מחקר שמראה שהידע הקונבנציונלי מוטעה... [למשל, HRT (טיפול הורמונלי חליפי). פעם כולן [צריכות לקבל] ואחר כך - אף אחת."

טענה נוספת היא שהשיטות המקובלות של מחקרים רנדומליים מבוקרים (RCT – Randomized Controlled Trials) אמנם אינן מתאימות לבדוק אפקטיביות של ר"מ, אולם, אין לראות בהן את הדרך היחידה לבדיקת האפקטיביות של טיפול. לדברי הרופאים,

"[אין להן] מונופול על האמת."

"מודדים [טיפולים] אלטרנטיביים בכלים מדעיים, קרים וסטטיליים, וזה לא עובד. צריך כלים אחרים למדידה, מדובר באמנות."

תפיסה נוספת שעלתה בראיונות היא שאין חשיבות לאופן הפעולה של הר"מ, שכן האפקטיביות של הטיפול קשורה במידה רבה בכוחות הריפוי של החולה, כוחות הטבועים בו וצריך לעזור להם לבוא לידי ביטוי. לכן, אין חשיבות האם טיפול מצליח בגלל אמונה של החולה (אפקט פלצבו) או בגלל מאפייני הטיפול שקיבל (אותו מנסים לבדוד ב-RCT):

"הר"ק מזלזלת בפלצבו. הפלצבו זה מהות החיים! אני רופא של פלצבו."

אחרים מסבירים שאין סתירה בין הפרדיגמות של ר"ק ור"מ, מאחר שלשיטות משלימות רבות יש בסיס מדעי, במובן המקובל בר"ק (RCT):

"מחקרים קליניים אקראיים ומבוקרים הצביעו על יעילות חלק מהטיפולים ברפואת צמחים, רפואה סינית והודית מסורתית, הומאופתיה, רפואת גוף נפש, מגע ותנועה, תזונה ועוד".

"לא משנה אם ברפואה הקונבנציונלית או המשלימה, תמיד אחפש Evidence Based) EBM (Medicine".

עלתה גם דעה שניתן לבדוק ר"מ במחקרים מבוקרים, אך זה לא נעשה מספיק :
"אין מספיק מחקרים קליניים רנדומליים. יש המון דיווחי מקרים (case report). זה לא מספיק.... זה חסר לי."

ד. הסדרת הטיפול המשולב

בתשובה לשאלה שהצגנו לגבי הסדרת הטיפול המשולב, הובעו מגוון עמדות. לצד תמיכה בהסדרה, הובעו גם חששות וחשדנות כלפיה.⁸ אחד הטיעונים העיקריים בתמיכה בהסדרה היה "צריך לשמור על המטופלים מפני השרלטנים ברפואה המשלימה".
"הבעיה שאדם שהולך לקבל טיפול לא יודע להבדיל".

יצוין כי החשש שהובע משרלטנות נגע בעיקר למטפלים שאינם רופאים וכי הייתה נטייה להביע אמון ברופאים :

"רופאים בכל זאת עברו איזשהו מסלול של... לימוד, הכשרה, ואני חושב גם שרוב הרופאים לא ירשו לעצמם לעשות איזו אחיזת עיניים..."

טיעון נוסף של מתנגדים להסדרה היה החשש מהתערבות, הגבלת אוטונומיה :
"לא רוצה שיסדרו לי, ולא רוצה שיגעו לי".

עוד הובעה חשדנות לגבי המניעים של מהלך ההסדרה :
"אני לא בטוחה בקשר להסדרות למיניהן, מה מניע את זה והאם זה טוב."

טיעונים נוספים נגד ההסדרה הועלו בראיונות :

- ◆ אין צורך בהסדרה היות שקיימת הסדרה ברמה הבין-לאומית, כדוגמת ההסדרה לרפואה אנתרופוסופית ;
- ◆ קושי פרקטי וחוסר ידע - "המשרד והמל"ג רחוקים מהיום שיהיו להם כלים כדי לנהל את זה";
- ◆ חוסר יכולת אכיפה, כדוגמת אכיפת הנוהל הקיים לגבי דיקור - "לפי חוק, רק רופא יכול להכניס מחטים, אבל זה לא מיושם".

⁸ במחקרים רבים הרופאים התייחסו, לא רק להסדרת השילוב, אלא לר"מ בכלל.

בין התשובות לשאלה לגבי תהליך ההסדרה בלטה העמדה שהוא צריך להתנהל תוך שותפות ודיאלוג בין כל הגורמים:

"...ייערך מתוך דיאלוג בין רופאים, מטפלים ברפואה משלימה, אנשי אקדמיה ומחקר ואנשי ציבור. אני חושש מהסדרה בכפייה."

ה. סיכום

לתפיסת הרופאים הנותנים טיפול משולב, גישה זו נותנת מענה לבעיות שיוצרת הר"ק, הן מבחינת דרך הטיפול והן מבחינת המסגרת הארגונית שבה היא ניתנת. שילוב של גישות ר"מ בטיפול בחולים נותן הזדמנות לגלות יוזמה, מחשבה עצמאית, להתחבר לחולים, להקדיש להם זמן כאלטרנטיבה ל"סרט הנע" של הר"ק, ובמיוחד בתחום רפואת המשפחה. יתירה מזאת, מהראיונות עולה שהטיפול המשולב מאפשר להם לתת רפואה יותר הומנית, בגישה הוליסטית הרואה את האדם ולא רק את המחלה, כפי שהם מאמינים שרפואה צריכה להיות. מאחר שהזהות המקצועית הראשונה והמרכזית שלהם היא היותם רופאים קונבנציונאליים, הם מאמינים בערך של כלי האבחון והטיפול של ר"ק, ולכן גישת הטיפול המשולב מאפשרת להם ליהנות ממגוון רחב יותר של חלופות טיפוליות מבחינה רפואית, ולהתמודד עם השחיקה הכרוכה בעבודה במסגרת הרפואה הממוסדת בקופות החולים.

קושי עיקרי שעולה מהראיונות עם הרופאים הוא קושי אתי של מתן טיפול בתשלום בידי רופאים שעובדים רק/גם במערכת הציבורית. דפוסי הטיפול שהם אימצו מהווים מענה לקושי – אם על-ידי "אלטרואיזם" ומתן טיפול ללא תשלום ואם על-ידי קביעת גבולות של זמן ומקום כדי להפריד בין הטיפול הפרטי לציבורי. אולם, הגבולות יוצרים קושי מסוג אחר, שכן אינם יכולים לתת טיפול משולב לכל המטופלים שלהם, על אף שהם מאמינים בתועלת שבו.

לגבי הסדרה, חלקם חשבו כי יש צורך להסדיר את הכשרת הרופאים, כדי להבטיח את איכות הטיפול. אחרים טענו שאין בכך צורך מתוך אמון ברופאים, חשש לפגיעה באוטונומיה, העדר ידע לנהל את התהליך והעדר יכולת אכיפה.

5.3 נקודת המבט של המטופלים

א. שיקולים בבחירת רופא משפחה

כדי להבין את המניעים של המטופלים לקבל טיפול מרופא משלב, ניסינו לעמוד באופן כללי על השיקולים שלהם בעת בחירת רופא משפחה. מהראיונות עם המטופלים הסתמנו שני סוגי שיקולים חשובים בבחירת רופא משפחה:

1. **השיקול המקצועי:** דגש על הידע והיכולת המקצועית של הרופא. בהקשר זה התייחסו המטופלים ליכולת האבחון שלו, וכן, לאמינות, למומחיות, לניסיון וותק במקצוע ולפתיחות של הרופא.
2. **השיקול האנושי/הבין-אישי:** דגש על האופן שבו הרופא מתייחס למטופליו ואיכות תקשורת עמם: יחס אישי, כבוד, הקשבה, פנייות (תשומת לב והזמן שהוא מקדיש). המרואיינים ציינו כמה חשוב שיהיה אנושי, סימפטי, ש"יהיה בן אדם" ובעל גישה חיובית. בהקשר זה עלה גם נושא השיתוף - רצונם להיות שותפים להחלטות הרפואיות.

ב. השיקולים לפנייה לטיפול משולב

השיקולים לפנייה לר"מ קשורים במה שאנשים מחפשים ברופא ובמה שהם מחפשים ברפואה האלטרנטיבית והתייחסותם לגישה זו. בהקשר זה, הזכירו המטופלים שיקולים ספציפיים שהניעו אותם לבחור ברופא משפחה הנותן טיפול משולב:

1. **רפואה הוליסטית:** המרואיינים מייחסים חשיבות לראייה הרחבה וההוליסטית של הרופא הקשורה לעיסוק בר"מ, דהיינו, רופא שלא רק מתעניין במחלה, אלא גם במטופל.

"חשוב אבחון טוב וכוללני שלא מסתכל רק על הסימפטום, אלא רואה תמונה כוללת ויכול לתת פתרון מתאים, לא רק לסימפטום, אלא פונה לריפוי של הגוף."

"אדם זה הגוף והנפש, ולא רק החלק הפיזיולוגי... ההתייחסות ההוליסטית היא חלק מתהליך הריפוי."

2. **רפואה אישית:** חשוב למטופלים שהרופא יכיר אותם, שייתן יחס אישי ויתאים את הטיפול אליהם:

"רופא שמכיר את המטופל ויודע מה מתאים לו - לא כמו תרופה - אותה תרופה לכולם, לא מדויק."

3. **השימוש בכלי אבחון קונבנציונליים:** כל המטופלים ציינו את היכולת להפנות לבדיקות מעבדה והדמיה כשיקול חשוב וכערך מוסף משמעותי לבחירת רופא כנותן טיפול של ר"מ. הם ייחסו חשיבות לשימוש באמצעים אלו, אם לשם אבחון ואם לשם מעקב אחר יעילות הטיפול, ואמרו שאינם מוכנים לוותר על כך, גם בפנייתם לר"מ.

הפנייה לקבלת טיפול משולב הושפעה גם מגישות אישיות כלפי הרפואה המשלימה. בתחום זה הסתמנו שלוש קבוצות של מטופלים:

1. **ר"מ תואמת את תפיסת העולם ודרך החיים שלהם** (חינוך אנתרופוסופי, תזונה אורגנית, הימנעות מתרופות, אמונה בקשר בין גוף לנפש ותפיסת החולי כביטוי לכך). מטופלים אלה חיפשו רופא משפחה שעוסק גם בר"מ כדי שיהיה פתוח לקבל את אורח חייהם, את גישתם לחיים בכלל ולריפוי בפרט.

"זו הגישה שלי ותפיסת העולם שלי. אני רוצה שהגוף שלי ירפא את עצמו, לא רוצה רק לטפל בסימפטום."

2. **הרופא המשלב יכול להציע מגוון טכניקות טיפול:** מטופלים אלו פונים לרופא המטפל בר"מ היות שלדעתם הוא מציע רפרטואר רחב יותר של אפשרויות טיפול, יותר מאלו שמציעה ר"מ. לא מדובר בגישה לחיים או בתפיסת עולם, אלא בניסיון לקבל מענה רחב יותר בתחום הבריאות או הרפואה. *"[את] נהנית משני העולמות. זה רופא שאת סומכת עליו שהוא יבחר לך את הדרך הכי טובה."*

3. **ר"מ מציעה סיוע נקודתי למצב בריאות שהר"מ לא מצליחה לתת מענה:** הם פונים לטיפול השוטף והשגרתי לרופא המשפחה שמטפל בר"מ. הפנייה לרופא המשלב נעשתה בניסיון נואש למצוא מענה לבעיה קשה, ואמונה בו באופן אישי כבעל ידע לסייע בכך (יותר מאשר בחירה בטיפול משלים ספציפי).

ג. יתרונות קבלת טיפול משולב

כל המטופלים ראו יתרון בקבלת טיפול משלים ממטפל שהוא רופא. מהראיונות עלו בעיקר נימוקים אלו:

1. מאחר שהטיפול ניתן בידי רופא, הייתה אפשרות לאבחון ולמעקב הכוללים גם בדיקות רפואיות קונבנציונליות.

2. הרופא מכיר טוב את גוף האדם ויש לו ידע רפואי והכשרה מדעית לצד הידע ברפואה משלימה, ולכן ניתן לסמוך עליו יותר:

"השילוב שלה הוא הרבה יותר אחראי ומוסמך, כי יש לה את שניהם - קונבנציונלי וידע ברפואה משלימה."

"היתרון שהוא גם רופא כללי וגם הומיאופת; ואני מרגישה בטוחה שכל מה שהוא עושה הוא מדויק. אם הוא היה רק הומיאופת, יכול לפספס."

3. לרופא יש מגוון כלים לטיפול משני התחומים:

"ממש עוזר לי שהכול באותה חבילה. שאם לא מצליחה לפתור את הבעיה בצורה לא-קונבנציונלית, אז יש את הקונבנציונלית."

ד. איכות הטיפול

באשר לאיכות הטיפול, כל המטופלים ציינו כי היו מאוד מרוצים מהטיפול שקיבלו⁹, ומנו לבקשתנו את הקריטריונים שלהם להצלחה של הטיפול. אלו כללו קריטריונים סובייקטיביים (כגון שיפור בהרגשה, הקלה בכאבים, ירידה בתכיפות הסימפטומים, היעלמות הסימפטומים, הפחתה בתרופות), וגם קריטריונים אובייקטיביים (כגון בדיקות דם ובדיקות הדמיה שהעידו על שיפור במצב, ואף החלמה מלאה כדוגמת היעלמות הגידול במקרה אחד). לדבריהם,

"המדדים להצלחה: היה לי כאב בטן, שכבתי במיטה, היה לי חום, ולא יכולתי לזוז. בעקבות הטיפול, החום ירד, בגרון כבר לא כואב לי, ואני מרגישה טוב יותר, המדדים הם גם בתחושה וגם רפואיים."

"כן, הטיפול הצליח, גם בתחושה וגם בבדיקות מעבדה."

חלק מהמטופלים הדגישו את ההצלחה בכך שהושג שיפור ללא תופעות לוואי של טיפול קונבנציונלי. למשל:

"מדדי הצלחה: הפחתה בתרופות שאני לוקחת, אין התפרצויות חוזרות של המחלה, תחושה כללית טובה יותר. הטיפול הקונבנציונלי גם הצליח, אבל, כל הזמן לקחתי תרופות, והתרופות, יש להן תופעות לוואי של כאבי שרירים מאוד קשים."

⁹ חשוב לזכור שקיבלנו את שמות החולים לריאיון מהרופאים עצמם, ולכן, ניתן היה לצפות לשביעות רצון גבוהה מהרופא.

היו שהסבירו את הצלחת הטיפול המשלים, לעומת הקונבנציונלי, כנובעת מהגישה הטיפולית ההוליסטית:

"מִרְפָּאָה אֶת הָאִישׁ כּוֹלוֹ, וְלֹא רַק חֶלְקוֹ."

"לדעתי, בגלל שלרפואה האנתרופוסופית יש תמונת אדם שלמה יותר. רואים לא רק את הסימפטומים הגופניים, אלא מה הביא למחלה וגם מה קורה בזמן המחלה שגורם לסימפטומים."

ה. קשיים בקבלת הטיפול המשולב

במהלך הראיונות עלו סוגיות הקשורות לטיפול המשולב ומציגות היבטים בעייתיים של דפוס זה, על-אף שהמרואיינים לא תייגו אותם כ"קושי":

1. **המתנה לקבלת תור ומשך המתנה לכניסה לרופא:** מרואיינים המקבלים את הטיפול המשלים מרופא המשפחה בקופת החולים סיפרו כי הם ממתנינים הרבה זמן לתור. לדעתם, הדבר קשור לכך שהרופא מאוד מבוקש. תוארו גם זמני המתנה ארוכים כדי להיכנס אליו הקשורים לסוג הטיפול וליחס שהוא נותן. וכך, משך הביקור מתארך בהתאם לצורך, ללא אפשרות לצפות זאת מראש. המטופלים מתייחסים להמתנה בסלחנות והבנה כיוון שגם הם בתורם מקבלים את הזמן ותשומת הלב שהם זקוקים לה.

"הוא מקשיב לך, נורא משכה מרגוע. הוא גם מסביר, הוא לא ממהר, תמיד יש אצלו איחורים והמתנה, אבל יודעים שזה חשוב, כי גם כשאני בפנים, והוא נותן לי את תשומת הלב, מישהו בחוץ מחכה."

המרואיינים דיווחו כי הם מתמודדים עם אורך התור על-ידי קביעת תור מראש, שכן, הביקור נתפס בדרך כלל לצורכי מניעה, ולא לבעיה דחופה. במקרה של צורך דחוף, יתקשרו בטלפון או ייפנו באופן פרטי.

2. **מגבלות בטיפול עקב הגבלות על הרופא:** כאמור, מדברי המטופלים עלה כי לרוב הרופא המשלב לא יציע שירות משלים למטופלים שמגיעים דרך הקופה משיקול של "ניגוד אינטרסים". מבחינת המטופלים, יש כאן זהירות-יתר המונעת מהם את היתרון של קבלת טיפול משולב מידי רופא המשפחה המכיר אותם היטב. יש מטופלים שסיפרו כי רצו לקבל מהרופא טיפול משלים, ואף עזבו אותו כרופא משפחה לשם כך:

"אמר לי שהוא עושה דיקור, אבל לא יכול לקבל אותי כי אני במכבי, וזה ניגוד אינטרסים. אז אמרתי לו שאני עוזבת אותו כרופא משפחה."

3. **עלות הטיפולים במסגרת פרטית:** על אף שהטיפולים המשלימים ניתנים בדרך כלל באופן פרטי בתשלום, המרואיינים כמעט שלא העלו את הקושי הכספי, בפרט אלו שהגיעו לקבלת סיוע נקודתי לאחר שנאשו מהר"ק. ייתכן שמאחר שחיפשו כל כך הרבה זמן מזור לסבלם וסבלו תקופה ארוכה ללא פתרון, נושא העלות הכספית פחות העסיק אותם.

4. **נגישות מקום קבלת הטיפול:** מטופלים ציינו כי בדרך כלל המרפאה של הרופא המשלב אינה באזור מגוריהם, ולכן, אינו נגיש כפי שהיו רוצים. מרחק הנסיעה מהווה בעיה, במיוחד כאשר מדובר במטופל מבוגר או באדם חולה הסובל מכאבים.

"המרחק ממנו, מאוד קשה לי להגיע אליו... הסיבה שלא הלכתי אליו יותר פעמים זה בגלל מרחק."

"הייתי שמחה להגיד לו עכשיו שאני בהיריון ולקבל ייעוץ, אבל המרחק הוא בעייתי."

1. הסדרה

מן הראיונות עלה צורך בהסדרה של הסמכת המטפלים: פיקוח על מוסדות הכשרה, מתן תעודות ובחינות הסמכה כדי למנוע שרלטנות. הסדרה נתפסה כהכרחית במיוחד לגבי מטפלים שאינם רופאים, אך לא רק לגביהם.

"צריך להסדיר מי מוסמך... אני חושב שנכנסים לזה הרבה שרלטנים... אנשים חולים הם מאוד פגיעים ורגישים, והם מוכנים לאמץ הרבה דברים. צריך שזה יהיה רופא, עם רקע. כך אתה פחות חשוף לסכנות."

היבט נוסף שהוזכר היה הכללת הטיפול בסל, לאור העלות הגבוהה המגבילה את הנגישות:
"הלוואי שיכול היה להיות בסל. היום זה באמת טיפול למי שיכול להרשות לעצמו. בטוחה שבבאר שבע ובדרום אין הצלחה כמו ברעננה. קשור למודעות וגם ליכולת כלכלית."

לצד טיעונים אלו עלו גם שיקולים נגד הסדרה:

1. כאשר המדינה מתערבת, היא פוגעת במחויבות של האדם להיות אחראי, לקחת האחריות על עצמו, על הבריאות שלו ועל מי שהוא הולך אליו לקבל טיפול.
2. האיכות נבנית לאורך שנים. יש לסמוך על המלצות, ולא על תעודות.
3. לגבי רופאים, יש הסוברים כי ניתן לסמוך עליו שרכש הכשרה מתאימה בתחום כי הוא רופא.
4. יש חשש שפיקוח-יתר יפגע באיכויות של הטיפול המשלים:
"הרבה פעמים, כשנכנס הפיקוח, הצד האנושי נעלם... מצד שני, אם אין פיקוח, זה גם בעייתי כי גם פה נכנס האלמנט הכלכלי המסחרי."
5. באשר למקום ההכשרה, הועלה חשש שחיוב תעודות ייצור ביקוש מוגבר ללימודים שיגרום להורדת הרמה של מוסדות ההכשרה:
"גם כל ההכשרות היום - יש הרגשה שהפכו לבתי חרושת ליצור מטפלים."
חשש נוסף היה שיחמירו יותר מדי, ולא יתנו תעודה למטפלים שלמדו בחו"ל או יסגרו בתי ספר על-אף שהם טובים.

ז. סיכום

מנקודת מבט המטופלים, דפוס הטיפול המשולב מועדף הן על-פני ר"ק והן על-פני ר"מ. היתרון של הטיפול המשולב על-פני טיפול בר"מ הוא הידע הרפואי והשימוש של הרופאים גם בשיטות אבחון וטיפול של ר"ק בעת הצורך. יתרונותיו על-פני ר"ק כוללים את הגישה של הרופא (הוליסטי, יחס אישי, כבוד, הקשבה), והמגוון הרחב של חלופות טיפוליות הכוללות גם טיפולי ר"מ שנותנים לתפיסתם מענה, לא רק לסימפטום, אלא לסיבת הבעיה, וכן, מסייעים למניעת בעיות בעתיד. מהראיונות עולה כי לגרסת המטופלים, הקשיים קשורים בעיקר לנגישות הטיפול – אורך תור, מרחק מהרופא, עלות טיפול פרטי, וכן, למגבלות המוטלות על הרופא המונעות ממנו להציע טיפול משולב במקרה שהמטופל מגיע דרך הקופה. הם מעוניינים בטיפול כזה והיו רוצים שיהיה נגיש יותר בעבורם.

יחד עם האמון ושביעות הרצון הגבוהה מהרופא המטפל בהם, חלקם העלו את הצורך בהסדרה של הסמכת המטפלים בר"מ (כולל רופאים) כדי למנוע שרלטנות, ואילו אחרים סברו שאין צורך בהסדרה כזו כאשר המטפל הוא רופא בהכשרתו.

5.4 נקודת המבט של קובעי המדיניות

א. עמדות כלליות כלפי ר"מ

על-מנת להבין את יחסם של קובעי המדיניות ל"טיפול משולב", שאלנו אותם תחילה לגבי הכרתם את התחום ולגבי עמדות כלליות כלפי הר"מ. מהראיונות התברר שכמעט כל קובעי המדיניות שרואיינו הכירו רופאים הנותנים טיפול משולב, ולמרביתם אף הייתה התנסות אישית עם ר"מ. חלקם למדו או טיפלו בשיטות משלימות בעצמם, וחלקם סיפרו כי הם או בני משפחה טופלו בר"מ, וכן, שחולים שלהם קיבלו טיפולי ר"מ. לא כל ההתנסויות היו חיוביות - חלקם העריכו שהטיפול עזר במידה זו או אחרת וחלקם ענו שהטיפול לא עזר בכלל¹⁰. חלק מהמראיינים פסלו את גישת הר"מ באופן גורף, חלקם פסלו תחומים אחדים והאמינו באפקטיביות של תחומים אחרים, וחלקם תמכו בר"מ כשיטה שהחולים יכולים להפיק ממנה תועלת רפואית ו/או שהיא עונה על צורכיהם.

באופן כללי, קובעי המדיניות הביעו עמדה אמביוולנטית לגישה של "טיפול משולב", ורובם הצביעו הן על יתרונות והן על חסרונות. טיעון מרכזי שהעלו בעד טיפול משולב היה העזרה לחולה: "כל מה שמרפא – כשיר... פלצבו זה ריפוי טוב כמו דבר אחר... העיקר לעזור לחולה."

עם זאת, גם בין התומכים הובעה הסתייגות מחלק מהתחומים של ר"מ: "זה לא גוש הומוגני..."

טיעונים נוספים בעד טיפול משולב כללו:

1. גישה הוליסטית המעודדת התיחסות לגוף נפש: "אין מחלות, יש בני אדם חולים."
2. כלים נוספים לטיפול: "כל נדבך מוסיף כוח."
3. אפקטיביות של חלק מהשיטות המשלימות אם במדדים מדעיים ואובייקטיביים ואם בממד סובייקטיבי: "המבחן האמיתי - אם אנשים מרגישים שעוזר."

¹⁰ נציין כי לא ראינו קשר בין ההתנסות האישית לבין העמדות שהובעו בריאיון.

4. מענה על צורך של הציבור: "אנשים מוצאים בזה עזרה."

5. מענה על צורך של רופאים: "מתכון טוב נגד שחיקה... נותן סיפוק מהקשר רופא/חולה..."

מרואיינים רבים (תומכים וגם מתנגדים לר"מ) ראו יתרון בכך שרופא הוא שנותן טיפול משלים, מאחר שיש לו ידע רפואי, ולכן לא יזיק לחולה: "לפחות יכול לזהות קווים אדומים". עם זאת, אחדים גרסו שעדיף שהטיפולים יינתנו בידי מטפלים שהתמקצעו יותר בתחום ושיש להם יותר זמן להקדיש לחולה.

לצד יתרונות של טיפול משולב, המרואיינים הצביעו גם על חסרונותיו. החיסרון העיקרי שהודגש היה העדר ראיות ליעילות רפואית של ר"מ:

"רפואה אלטרנטיבית זו רפואה שאף פעם לא הוכחה יעילותה."

"חשש מהטעיה ושרלטנות, גם אם רפואה אלטרנטיבית ניתנת בידי רופאים, כי הכסף מסנוור את עינו של אדם. זה כסף זמין וקל."

חסרונות נוספים בטיפול משולב כללו:

1. פגיעה במיומנות בר"מ כי "היכולת להקיף את הידע הוא לא אינסופי".

2. הסטת הפעילות של הרופא לכיוון ר"מ והזנחת הר"מ: "יכול להיות שהזמן מוקדש לדבר הלא-נכון".

3. חוסר יעילות כי ההכשרה של רופא יקרה: "רופא הוא דבר יקר מציאות... לא כדאי לרפואה הציבורית".

4. אי-שוויון - הטיפול המשולב יקר, ולכן אינו נגיש לכלל הציבור.

ב. תפיסת מתן הטיפול המשולב בידי רופא

ביקשנו לבחון את תפיסות קובעי המדיניות בהיבטים הקשורים לכך שהטיפול המשולב ניתן בידי רופאים העובדים במערכת הציבורית: המצב החוקי, אחריות וביטוח. מרואיינים רבים הדגישו שלפי פקודת הרופאים, מותר לרופא לתת כל טיפול, ושבמקרה של נזק, האחריות היא של הרופא, כבכל החלטה מקצועית בטיפול. במקרים שבהם הרפואה המשולבת ניתנת במתקנים של קופת החולים, מבחינה משפטית יש גם לקופה אחריות, אף אם לא ידעה על כך, שכן באחריותה לדעת מה מתרחש במתקניה. לדברי יועץ משפטי שראינו,

"הקופה צריכה לדעת מי נותן טיפול אלטרנטיבי... לא מחתה - סימן ששלחה."

באשר לביטוח, הרופא מכוסה במסגרת ביטוח האחריות המקצועית, אם יוכיח שנתן טיפול סביר: "יש כיסוי, אם ייראה שנהג באופן סביר..."

ג. דפוסי שילוב

המרואיינים התבקשו להתייחס לארבעה דפוסי השילוב שעלו מהראיונות עם הרופאים המשלבים.

1. **טיפול משלים כחלק מהביקור הרגיל (ללא תשלום)**: מרואיינים רבים תמכו בדפוס זה משני נימוקים עיקריים. האחד, ר"מ היא כלי נוסף בטיפול - "נפלא, אלטרואיזם רפואי על חשבון

זמנם"; והאחר, אין מניעה מבחינת נוהלי הקופה, אין בכך משום עבודה פרטית. בו בזמן, גם התומכים הסתייגו מהאפשרות הטכנית ליישם זאת משיקול של משך הזמן שניתן להקדיש לחולה במהלך ביקור שגרתי. יועץ משפטי של אחת הקופות הסתייג מדפוס זה בטענה ש"חוק ביטוח בריאות ממלכתי קובע בסעיף 20 שהתגמולים ממקורות המימון ישמשו אך ורק למתן שירותים הכלולים בסל". לפיכך, אסור לרופא בקופה לתת טיפולי ר"מ במסגרת שעות העבודה הרגילות.

2. **מתן מרשם לתרופות משלימות במסגרת ביקור רגיל:** חלק מהמרואיינים ראו זאת בחיוב, אם יש בנמצא הוכחות לאפקטיביות התכשיר האלטרנטיבי. אחרים התנגדו בשל חשש לנזק לחולה, מפני תביעה משפטית על טיפול לא הולם, מניגוד אינטרסים מסחרי, לפיתוי לגביית כסף בעבור המרשם ו"הנחת הוצאה לפתחו של פציינט ללא קשר ליכולותיו".

3. **זימון מטופלים של הקופה לטיפול משלים במרפאה הפרטית של הרופא:** כמעט כל המרואיינים הביעו התנגדות חד-משמעית לדפוס טיפול כזה. שני נימוקים מרכזיים ניתנו לכך: האחד, שהדבר נוגד את נוהלי הקופה, והאחר, שהדבר נוגד את כללי האתיקה והמוסר.

"הפניה עצמית אסורה אתית וגם אסורה במרבית הקופות."

"אסור להפוך את החולה לקרדום לחפור בו."

מרואיינים ציינו שבעיה דומה קיימת גם לגבי הפניית מטופלים ציבוריים לקבלת טיפול קונבנציונלי במרפאה פרטית, והם רואים זאת באותה מידת חומרה.

4. **טיפול משלים במרפאה פרטית רק למטופלים שהרופא לא מקבל בקופת החולים:** כמעט כל המרואיינים ראו דפוס זה כלגיטימי. הטיעונים העיקרים להצדקתו היו חופש העיסוק, והיותו תקין מבחינה אתית וחוקית - "אם מקפיד להפריד, זה מה שהחוק דורש".

ד. טיפול כוללני/הוליסטי במערכת הציבורית

הן הרופאים והן קובעי המדיניות עמדו על היתרון של טיפול משולב שבהתייחסות ההוליסטית לחולה המדגישה שילוב בין גוף לנפש. ביקשנו לבחון את עמדתם של קובעי המדיניות לטענה של רופאים משלבים כי במסגרות של רפואה ראשונית בקופות החולים לא ניתן בפועל ליישם את הגישה ההוליסטית במודל הביו-פסיכו-סוציאלי שעומד ביסוד הגישה של רפואת משפחה.

מהראיונות התברר כי חלקם חושבים שגם במסגרת הביקור הרגיל אצל רופא משפחה אפשר לתת טיפול הוליסטי במידת הצורך, ורופאים רבים אף עושים זאת:

"למה זה בלתי אפשרי? תעשה עם החולה מה שצריך."

"יכול להפנות להרבה רופאים שככה הם מטפלים בלי הילה של משהו אלטרנטיבי."

אחרים ענו שאכן בר"ק אין אפשרות להתייחסות הוליסטית בביקור שגרתי, אלא במקרים יוצאי דופן. בראיונות חזר ועלה נושא משך המפגש כסיבה העיקרית המונעת התייחסות הוליסטית. בראיונות הודגשו שני גורמים לכך שמשך הביקור קצר: אילוצים ארגוניים (מחסור בתקנים וכוח אדם) ורצון של הרופאים לראות חולים רבים כדי להגדיל את הכנסתם.

נוסף על משך הביקור, הוזכרו עוד גורמים לאי-התייחסות הוליסטית למטופל בר"ק: שחיקה של הרופאים, אישיות וחינוך הרופא, לחץ חברתי של עמיתים לנהוג כמו כולם, והכלים הטיפוליים שאינם מחייבים גישה הוליסטית כתנאי להצלחה, כפי שקיים בר"מ.

ה. מקומו של הטיפול המשולב במערכת הציבורית

לאור יתרונות של הטיפול המשולב שהוזכרו, חלק מהמרואיינים סברו שרצוי לבסס יותר את מעמדו במערכת הציבורית. הועלו כמה דרכים לעשות זאת. אחת מהן הייתה להרחיב את הידע של כלל הרופאים על הר"מ:

"חד-משמעי, שיידעו על זה כמו שרוצה שמתמחה ידע מה זה ביטוח לאומי ומה יש בביטוח לאומי, כי חלק גדול מהאוכלוסייה יגיעו לביטוח לאומי, רפואה אלטרנטיבית דומה."

דרך נוספת שהועלתה הייתה להכשיר רופאים בהיבטים הבין-אישיים המאפיינים את הר"מ במסגרת הלימודים בבתי ספר לרפואה:

"למשל אמפתיה, רפואה הוליסטית, מגע, תשומת לב חום, אהבה."

כמו כן, הוצע מיסוד ארגוני:

"רופא יכול להתמקצע בטיפולים אלטרנטיביים ולתת את השירות לכל המרפאה."

אחרים סברו שלא רצוי לבסס את מעמדו של תחום הר"מ במערכת הציבורית. הנימוקים העיקריים שהועלו היו: העדר הוכחה ליעילות השיטות האלטרנטיביות או חלקן, וכן, העדפה שטיפולים אלטרנטיביים יינתנו בידי מטפלים ללא הכשרה רפואית פורמלית, וכך, משאבי הרופא יופנו לר"ק, שבה יש לו יתרון.

בהקשר זה, שאלנו גם על פרסום העיסוק של הרופא בר"מ. מרואיינים אחדים הסתייגו מכך שקופת חולים תפרסם את ההכשרה של הרופא בתחום זה, גם אם תמכו בגישה של טיפול משולב. חלק מהנימוקים נגעו למישור הפורמלי:

- ◆ הקופה אינה נוהגת לפרסם מומחיות גם בתחומים אחרים (אלא רק התמחות קלינית).
- ◆ החולה עשוי לצפות לקבל טיפול אלטרנטיבי מהרופא במרפאת הקופה.
- ◆ העדר בסיס לפרסום זה, מאחר שאין רישוי של התחום.
- ◆ התנגדות וחוסר אמון בשיטות אלה:

"אם הקופה תפרסם קמעות וברכות, שתפרסם גם את זה."

"הפרסום מצדיק משהו שאינו מבוסס מדעית."

מרואיינים אחרים סברו שחשוב לפרסם על הדלת או בספר השירות של הקופה את העיסוק המשלים כשירות לחולים - "יש חולים שרוצים את זה ושיידעו למי לפנות", וכן, כשירות לרופא הרוצה לשווק את עצמו "במסגרת כללי הר"י המקובלים..."

המרואיינים נשאלו על האפשרות להכליל טיפולי ר"מ בסל הבריאות. חלקם סברו כי רצוי לשקול הכללת טיפולים שלגביהם יש עדות על אפקטיביות:

"אולי משהו שהוכח מבחינת EBM שבאמת משפר, מרפא, למשל, "טיפול היפנוזה בהתוויה של כאבי פנטום, אקופונקטורה להקאות בטיפולים כימותרפיים."

אחרים התנגדו להכללת טיפולים משלימים בסל מהטעמים האלה:

1. אין מספיק ידע על היעילות, קהל היעד לכל טיפול ומקובלות הטכנולוגיה.
2. גם אם יש עדויות לאפקטיביות, טיפולי ר"מ אינם עונים על בעיות רפואיות חמורות, ולכן, בתהליך התעדוף אין סיכוי שיכנסו לסל.
3. חשוב שהחולה ישלם עבור ר"מ כי זה "גורם לו להיות קנן יותר טוב יותר, בדרך ובוחן מה ולמה" וגם התשלום עושה אפקט".

1. הסדרה

כל קובעי המדיניות שרואיינו נמצאים בתפקידים בעלי השפעה על הסדרת התחום, אם ברמה לאומית ואם ברמה של קופת חולים. לפיכך, נושא מרכזי בריאיון היה תפיסתם לגבי צורך ודרכים להסדיר היבטים שונים של הטיפול המשולב הניתן בידי רופאים¹¹. לא הייתה אחידות דעים בנושא זה.

◆ **רישוי:** הנימוק העיקרי של המתנגדים לרישוי מיוחד לרופאים לעסוק בר"מ היה חוקי. לדבריהם, אין בכך צורך כי "פקודת הרופאים מאפשרת לכל רופא לעסוק בכל תחום שהוא". נימוק נוסף נגע לעיקרון "חופש העיסוק", וכן, לכך ש"סומכים על האתיקה המקצועית של רופאים" המבטיחה טיפול ראוי. היבט אחר שהועלה נגע למישור המעשי: העדר קריטריונים לרישוי וחוסר יכולת לבדוק את רמת הכשרה. הנימוק העיקרי שהועלה בעד רישוי רופאים לעסוק בתחום ר"מ היה הבטחת רמת ההכשרה שלהם, שכן, תחום זה לא נלמד במסגרת לימודי הרפואה. כל התומכים ברישוי ראו את משרד הבריאות כגורם האחראי לכך כבמקצועות רפואיים אחרים.

◆ **הכשרה:** כמעט כל המרואיינים הדגישו את החשיבות של הבטחת רמת הכשרה מתאימה, הן למטפלים אלטרנטיביים והן לרופאים העוסקים בר"מ. רובם סברו שרכישת ההכשרה היא אחריות הרופא כבכל תחום ידע רפואי אחר. הצורך בהסדרה של ההכשרה נומק משיקולים של טובת המטופל (מניעת שרלטנות) ומשיקולים של הגנת הרופא במקרה של תביעת רשלנות. יחד עם זאת, מרואיינים ציינו את הקושי בהסדרת ההכשרה, מאחר שאין כיום די ידע לקביעת קריטריונים להכשרה הולמת, ולכן, גם לא ניתן לקבוע באילו מוסדות ניתן לרכשה. חלק מהמרואיינים תמכו בהעברת האחריות להכשרה בר"מ למסגרת אקדמית, כפי שנהוג במספר מדינות בעולם. אולם, הם הדגישו כי לא ניתן ליישם זאת באופן מעשי בטווח קרוב בשל התנגדות של המל"ג להוראת ר"מ באקדמיה ובשל התנגדויות מצד איגודי מטפלים אלטרנטיביים.

¹¹ מרואיינים רבים התייחסו לצורך להסדיר את כל התחום של הרפואה המשלימה, הסדרה שנתפסה כהכרחית אף יותר מאשר הסדרת העיסוק של רופאים בר"מ (כלומר של טיפול המשולב).

◆ **הגבלת תחומי הטיפול האלטרנטיבי:** חרף ההסתייגויות שהעלו המרואיינים לגבי תחומים אחדים של הר"מ (כגון הומאופתיה), תמכו מעטים בהגבלת הרופאים לגבי תחומי הטיפול המשלים. התומכים בהגבלה סברו שרצוי להרשות טיפול רק בשיטות שיש לגביהן הוכחות לאפקטיביות. המתנגדים להגבלת התחומים העלו נימוקים שונים: אמון בשקול הדעת של הרופא, ב"מודעות האתית" שלו ובאחריותו לתוצאות. נימוק נוסף היה שגם בר"ק, לא כל הטיפולים הם מבוססי ראיות, כך שאין מקום להחמרה יתרה בתחום האלטרנטיבי.

◆ **פיקוח על איכות טיפול:** חלק מהמרואיינים טענו כי אי-אפשר לפקח על איכות הטיפול המשלים, מאחר שאין מדדים להצלחה. מרואיינים אחרים טענו כי הכרחי לפקח על איכות הטיפול ומנו ממדים של הטיפול שניתן לפקח עליהם: הכשרת הרופא ועמידה בסטנדרטים של רישוי (אם המקצוע יוסדר); היבטים של תהליך הטיפול: רשומה והסכמה מדעת, עבודה בצוות, סבירות הטיפול; ושביעות רצון המטופל כמדד תוצאה.

באשר לגורם המפקח, סברו חלק מהמרואיינים שמשרד הבריאות אינו יכול לפקח מאחר שהנושא אינו מוסדר בחוק, ולכן, אין לו סמכות לבדוק עמידה בדרישות. אחרים סברו כי על משרד הבריאות לפקח על איכות טיפולי ר"מ "באותה מידה שעושה על טיפולים קונבנציונליים", ואילו אחרים סברו שהמשרד צריך להתערב רק אם מתקבלת תלונה. חלק מהמרואיינים סברו שקופות החולים, כמעסיקות של הרופאים המשלבים, צריכות לפקח על עבודתם גם בטיפולי ר"מ. אחרים סברו שאין לקופות מעמד לפקח, מאחר שהר"מ אינה חלק מסל השירותים ומאחר שלא נקבעו סטנדרטים. מבחינה מעשית, מרואיינים הזכירו מגבלות ביכולת לפקח: אין ידע ואין משאבי כוח אדם לכך.

ז. סיכום

באשר לקובעי המדיניות, ניכר שקיים אמון רב במקצועיות וביושר של רופאים, ולכן, רווחה התפיסה שאין להגביל רופאים ושניתן לסמוך על שיקול הדעת שלהם, גם כאשר הם בוחרים בדפוס הטיפול המשולב. האמון נסמך גם על המעמד החוקי של הרופאים שלפי "פקודת הרופאים" רשאים לתת כל טיפול. נאמר גם שמאחר שהרופא אחראי מבחינת החוק והביטוח לתוצאות הטיפול, הדבר מבטיח שיפעיל שיקול דעת מקצועי, נבון וזהיר, כאשר הוא נותן טיפולי ר"מ לחולים. עם זאת, היו שהביעו חשש שהרופאים יתנו טיפולים לא מועילים או מזיקים בתום לב (מחוסר ידע מספיק) או בגלל הרווח הכספי שניתן להפיק מכך.

ההתייחסות לטיפול המשולב עצמו לא הייתה אחידה ונבעה בעיקר מהתפיסות השונות לגבי אפקטיביות הר"מ. וכך, חלקם הדגישו את יתרונות טיפול משולב: מגוון כלים, גישה הוליסטית, עוזר לחולים, עונה על צורכי חולים. אחרים הדגישו שאין הוכחות לאפקטיביות של טיפולי ר"מ, ולכן לא נכון להציע אותם. הם הביעו חשש שהשילוב יפגע במימונויות הר"ק של הרופא ויסיט את הטיפול לכיוון ר"מ, וכן חשש לחוסר יעילות שרופא שהכשרתו יקרה יעסוק בכך. הגישה ההוליסטית (ביו-פסיכו-סוציאלית) של רופאים משלבים נתפסה כיתרון אך יוחסה בעיקר להקדשת זמן ארוך לביקור, ולא כמאפיין מיוחד של טיפול משולב. מרואיינים רבים ציינו כי ניתן לטפל בגישה זו גם בר"ק, אם היה זמן ואחדים אף טענו כי רופאים קונבנציונליים רבים מטפלים בגישה זו גם כיום.

ערוב בין רפואה פרטית לציבורית נתפס כסכנה עיקרית של טיפול משולב, ואכן, רוב המרואיינים תמכו בדפוסי שילוב שבהם הגבולות ברורים (הפרדה בזמן ובמקום).

העמדות שהובעו כלפי הסדרת הטיפול המשולב לא היו אחידות. התומכים ברישוי, הסדרת ההכשרה ופיקוח על הטיפול טענו כי הדבר הכרחי לטובת המטופלים ולמניעת שרלטנות הנובעת מתאוות בצע של רופאים. המתנגדים טענו כי ניתן לסמוך על הרופאים, וכן, שאין מספיק ידע על ר"מ כדי לקבוע סטנדרטים, ולכן, לא ניתן לפקח על טיפול משולב הכולל תחומי רפואה משלימה.

6. המלצות לגיבוש מדיניות למקבלי ההחלטות

מחקר איכותני, במהותו, אינו מאפשר הסקת מסקנות שניתן להכלילן. אולם, מהמחקר עלו תובנות לגבי תופעת "הטיפול המשולב" ויישומה במערכת הרפואה הראשונית בקופות החולים, ויש להן תרומה מדעית להבנת התופעה. ממצאי המחקר יוכלו להוות בסיס למחקרים איכותניים נוספים, כמו גם לבניית השערות שייבחנו במחקר כמותי בעתיד.

בהתבסס על התובנות שעלו ממחקר זה, נציג להלן מספר כיוונים ליישום מדיניות בתחומים הנוגעים למתן טיפול משולב בידי רופאים ראשוניים. יודגש כי ההמלצות אינן נוגעות לשאלה הרחבה של הסדרת העיסוק בר"מ במערכת הבריאות.

6.1 הסדרת ההכשרה למתן טיפול משולב בידי רופאים

ממצאי המחקר עולים מגוון דעות ונימוקים בעד ונגד הצורך בהסדרת טיפול משולב הניתן בידי רופאים. בנוסף, עלו ספקות לגבי האפשרות להסדיר טיפול משולב ללא הסדרת תחום הר"מ כמכלול (רישוי, הכשרה נדרשת, מוסדות לימוד מורשים ועוד). מהראיונות עם קובעי המדיניות עלה שמבחינה חוקית, לפי פקודת הרופאים, הרישיון שניתן לרופא מתיר לו לעסוק בכל תחום רפואי ולהשתמש בכל אמצעי שיכול לסייע למטופל. מהראיונות עלה עוד כי ביטוח האחריות המקצועית מכסה גם עיסוק ברפואה משלימה, אם הרופא יראה שהפעיל שיקול דעת סביר. לפיכך, אין בסיס חוקי לדרוש מרופא רישוי לעסוק בר"מ דווקא, ואין בכך צורך מבחינת החוק והביטוח. עם זאת, מהראיונות עלו חששות מפני הטעיה (גם אם בתום לב מצד הרופא), מפני ידע לקוי בתחום ר"מ ואף מפני שרלטנות במתן טיפולי ר"מ, גם אם הם ניתנים בידי רופאים. לדוגמה, מתן טיפול ר"מ שאין כל ראיות לאפקטיביות שלו; הכשרה בלתי-מספקת בתחום הר"מ שבו הרופא עוסק; מתן טיפול מיותר או לא אפקטיבי בעבור בצע כסף. יחד עם זאת, הן רופאים והן קובעי מדיניות הביעו אמון רב ביושר וביושרה של הרופאים כקבוצה, בידע הרחב שלהם ובאינטרס שלהם להקפיד על טיפול הולם (למקרה של תביעה משפטית).

לפיכך, דווקא משום האמון שהציבור רוחש לרופא ודווקא משום שהוא מועסק במקביל כרופא קונבנציונלי במסגרת ציבורית, אנו סבורים שיש מקום לשקול הסדרה של ההכשרה כדי להגן על ציבור המטופלים. זאת, ביחוד אם מגמת הטיפול המשולב תתרחב (כבמדינות אחרות), ולתחום זה ייכנסו רופאים רבים, חלקם למטרת עשיית רווח.

גישה זו נתמכת בדברי מטופלים שרואיינו אשר הביעו עניין באישור כלשהו לגבי רמת ההכשרה של המטפל בר"מ, גם אם הוא רופא קונבנציונלי בהכשרתו. נוסף על כך, חלק מקובעי המדיניות סברו שרצוי להסדיר את ההיבט של הכשרת הרופא הקונבנציונלי בתחום ר"מ, לאור השונות הרבה ברמת הלימודים של מוסדות הלימוד של ר"מ והעדר כל פיקוח עליהם. אחד המחסומים העיקריים שהוזכר לגבי הסדרת תחום ההכשרה היה חוסר ידע לגבי קריטריונים להכרה במוסדות הכשרה בתחום הר"מ.

לאור המורכבות הרבה של הנושא, מומלץ לשקול הסדרה ראשונית של ההכשרה בר"מ לגבי הרופאים הראשוניים הנותנים טיפול משולב כדי להגן על המבוטחים בקופות החולים מפני רופאים משלבים שלא קיבלו הכשרה מספקת בתחום המשלים. כיוון אפשרי לכך הוא שקופות חולים יקבעו "רף מינימום" של הכשרה בתחומי ר"מ לרופא הנותן טיפול משולב. בשלב ראשון יהיה צורך לפנות לרופאים ולברר מי מהם נותן טיפול משולב ואיזו הכשרה רכשו כדי לטפל בתחומי ר"מ השונים. מבחינה חוקית, מאחר שהקופות מעסיקות את הרופאים, יש להן "אחריות שילוחית" במקרה של תביעה, ונראה כי יש להן מעמד לבקש מידע זה מהרופאים. מומלץ שתהליך איסוף המידע יהיה שיתופי וולונטרי (על-מנת שלא לפגוע באוטונומיה של הרופא ובמעמד החוקי שניתן לו לעסוק בכל תחום לפי פקודת הרופאים). ניתן לשקול תמריץ לרופאים להשתתף בתהליך זה, כדוגמת ציון הכשרה של הרופא בר"מ ב"ספר השירות" של הקופה או בפרסום אחר לציבור, כגון רשימת המטפלים במרפאות הרפואה המשלימה בקופה. באשר לקריטריונים להכשרה, מומלץ ליישם אותן דרישות מינימום הקיימות כיום בקופות החולים לגבי מטפלים בר"מ במרפאות של הקופות (כגון "מכבי טבעי")¹². ייתכן שעם הסדרת תחום הר"מ באופן כללי במדינה, ניתן יהיה ליישם את הקריטריונים שייקבעו גם לגבי רופאים משלבים, בהתאמות הנדרשות.

6.2 טיפול משולב במסגרת הרפואה הציבורית

מהראיונות הסתמנו מספר דפוסים למתן "הטיפול המשולב". דפוסים אלה נבדלים זה מזה בהגדרת המטופלים, הזמן ומקום הטיפול, וכן בהיבט התשלום. ככל שהגבולות פחות ברורים, כך דפוס הטיפול מעורר בעיות אתיות, ואף עומד בסתירה לנוהלי הקופה. עם זאת, ככל שהפרדה רבה יותר, כך המטופל נהנה פחות מהיתרונות של טיפול משולב והטיפול פחות נגיש בעבורו (מבחינת תשלום ומרחק). מהראיונות עם קובעי המדיניות עלתה התנגדות לדפוס טיפול שבו אין הפרדה: טיפול משולב הניתן בתשלום למבוטחי קופת החולים או למטופלים פרטיים באותו מקום וזמן שבו ניתן הטיפול הציבורי. לעומת זאת, מהראיונות עם הרופאים והמטופלים עלה כי דפוס טיפול משולב שבו הרופא עושה שימוש בשיטות של ר"מ גם בטיפול במבוטחי הקופה נתפס כרצוי וכמבטא גישה הוליסטית וממצה יתרונות השילוב.

לאור מורכבות ההתייחסות לסוגיה זו, מומלץ לשקול הסדרת "כללי המשחק" של מתן טיפול משולב במסגרת הרפואה הציבורית, בהתייחסות נפרדת לשתי הסוגיות: במי מותר לרופא לטפל ואופן

¹² דוגמאות לסטנדרטים של "מכבי טבעי": אקופונקטורה - רופאים או מטפלים בוגרי מסלול מלא התואם את דרישות האיגוד, בעלי חמש שנות ניסיון קליני מוכח לפחות; הומאופתיה - רופאים או רוקחים בלבד עם ניסיון קודם (לא הוגדר משך הניסיון); רפלקסולוגיה ושיאצו - העדפה למטפלים שסיימו שלוש שנות לימוד במקצוע, העדפה לבוגרי מספר תחומי לימוד; עיסוי וטווינה - העדפה לבוגרי שתי שנות לימוד וניסיון קליני מוכח.

התשלום לרופא בעבור הטיפול. מוצע לדון עם הרופאים בסוגיית ההסדרה ולבחון חלופות שונות במטרה להשיג הסדר מוסכם.

על-פי ממצאי המחקר, להלן מוצעים מספר כיוונים לפעולה:

♦ התשלום - נראה כי שוררת הסכמה לגבי החשיבות שבהבהרה ובאכיפת האיסור לקבל תשלום, כאשר הטיפול ניתן במסגרת העבודה הציבורית, כפי שקיים לגבי תשלומים פרטיים גם בתחומים אחרים.

♦ הטיפול בחולים בקופת החולים - נראה כי יש מקום לשקול הגמשת הכללים, כך שיאפשרו לרופא לתת טיפולי ר"מ גם לחולים שהוא רואה במסגרת עבודתו בקופה, שכן זה עיקרו של טיפול המשולב.

כדי להימנע מגביית תשלום ממבוטחי הקופה, ניתן לשקול מיסוד של הסדרים ארגוניים חלופיים. ניתן למשל להקצות זמן ארוך יותר לביקור אצל הרופא המשלב ותגמול על כך דרך הקופה, ללא תשלום ישיר מהמטופל. עוד ניתן למשל לבחון אפשרות לגביית תשלום מהחולה דרך מרפאות הרפואה המשלימה, והן יעבירו תגמול בתעריף מוסכם לרופא הנותן טיפול משולב לחולים הרשומים אצלו כמבוטחי הקופה.

6.3 יישום מאפיינים של הטיפול המשולב ברפואה הקונבנציונלית

ממצאי המחקר העלו תובנות לגבי היתרונות הנתפסים של מאפייני הטיפול המשולב, לעומת הטיפול בר"ק, מבחינת רווחת הרופאים ושביעות רצון החולים. רופאים, מטופלים וקובעי מדיניות כאחד ציינו מספר יתרונות בולטים:

1. מתן טיפול הוליסטי המתייחס למטופל כישות שלמה (גישה ביו-פסיכו-סוציאלית) ואשר מתבסס על תקשורת בין-אישית באיכות גבוהה (הקשבה, יחס אישי, מענה לצורכי המטופל);

2. משך זמן ארוך לביקור הנתפס כתנאי הכרחי למתן טיפול הוליסטי כזה.

יתרון נוסף שהדגישו הרופאים המשלבים וקובעי המדיניות התייחס להשפעה על הרופא - טיפול משולב נותן לרופא סיפוק מקצועי, ולכן, מונע שחיקה. היבט זה נקשר לכלי הטיפול של ר"מ הדורשים מהרופא למלא תפקיד שונה בתהליך הריפוי: בנוסף לאינטראקציה הבין-אישית השונה עם החולה, נדרש הרופא גם למחשבה עצמאית ויצירתיות וליוזמה.

לאור זאת, מומלץ לבחון דרכים ליישם מאפיינים אלה גם ברפואה הקונבנציונלית כדי לשפר את איכות הטיפול. מאפיין עיקרי שהודגש בראיונות הוא הארכת משך הביקור אצל רופא המשפחה. זמן ארוך יותר לביקור בר"ק (העומד כיום על כעשר דקות) עשוי לכשעצמו להוביל לשינוי מאפייני האינטראקציה עם המטופל מבחינת איכות התקשורת. תקשורת טובה יותר תתרום גם לשיפור הטיפול המקצועי, כגון: התייחסות הוליסטית יותר, התאמת הטיפול לצורכי החולה ושיתופו בהחלטות. שינוי זה צפוי לשפר בתורו את היענות החולה להמלצות הרופא ואת מצב הבריאות. ביקור ארוך ותקשורת איכותית צפויים לתרום גם לשיפור איכות חיי העבודה ולתחושת סיפוק מקצועי בקרב הרופאים עצמם.

בהתבסס על תובנות אלו, מוצע לשקול דרכים להארכת משך הביקור אצל רופא המשפחה, אף שהדבר עלול להיות כרוך בתוספת עלות. לדוגמה, ניתן לאכוף שימוש של רופאים במנגנונים קיימים המעודדים ביקורים ארוכים במידת הצורך (כגון: "מיעוד" המתגמל רופאים על מפגשים ארוכים בסוף יום העבודה¹³). ניתן גם לעודד רופאים להקצות זמן ל-2-3 ביקורים לחולה הזקוק לכך (שיטה שבה נוקטים לעתים רופאים משלבים המעוניינים לתת טיפול משולב לחולה בקופה). אפשרות אחרת היא לבחון מחדש את נוהלי הקופה לגבי משך הביקור, כדי לשקול כדאיות להאריך את משך הביקור באופן גורף. לשינוי זה יש כמובן השלכות תקציביות משמעותיות (תוספת תקנים, הרחבת משרות, או חלוקה שונה של משימות בין רופאים לבין אחיות וחברי צוות אחרים), ולכן, מומלץ לבחון אותו בתכנית הדגמה.

ניתן לשקול דרכים נוספות ליישם יתרונות שיש לטיפול המשולב בר"ק, לדוגמה:

- ◆ עידוד של ר"ק למתן טיפול כוללני (הוליסטי, ביו-פסיכו-סוציאלי) באמצעות מערך ההשתלמויות הקיימות בקופות;
- ◆ שילוב של הרופאים המשלבים בקורסים בתקשורת בין-אישית שהקופות מקיימות כדי ללמוד מניסיונם כיצד ניתן לשפר באופן אפקטיבי את איכות התקשורת עם חולים;
- ◆ עידוד רופאים להשתתף בהשתלמויות על ר"מ המתקיימות במסגרת לימודי המשך של הקופות, כמו גם במסגרות של המרפאות המשלימות של הקופות, ובדרך זו יפנימו גישות כוללניות ואיכות תקשורת בין-אישית (ולא לימוד של טכניקות ספציפיות השנויות במחלוקת).

לבסוף, לא ניתן להתעלם מכך שההתמחות בר"מ מהווה גם מקור להכנסה נוספת לרופאים המשלבים, אף על פי שהיבט זה לא הודגש כיתרון בראיונות עמם. בניגוד לרופאים בתחומי מומחיות אחרים, אין ביקוש לרפואה פרטית מרופאי משפחה. אולם, ההתמחות בר"מ נותנת להם ייחוד (לעומת רופאי משפחה אחרים ולעומת מטפלים אלטרנטיביים שאינם רופאים), ואכן, קיים ביקוש לשירותיהם במסגרות של רפואה פרטית. הביקוש קשור ככל הנראה לביקוש הגובר של חולים לטיפולי ר"מ בכלל, אך גם ליתרון הנתפס (כפי שעלה מהראיונות) שיש לקבלת טיפול זה מרופא עם הכשרה בר"ק. המחקר מראה שמהיבט של רווחת הרופאים, הרופאים המשלבים נהנים מכך שיש להם תחום עיסוק/מומחיות נוסף המהווה מקור לעניין וסיפוק מקצועי וגם מאפשר להם לעבוד במסגרת חוץ-ציבורית (עם כל המשתמע מכך, הן מבחינת פרנסה והן מבחינת עצמאות).

בהתבסס על תובנה זו, השלכה אפשרית של המחקר על קובעי מדיניות באיגודים מקצועיים של רופאים יכולה להיות בחינת דרכים לסייע לרופאים המעוניינים בכך לפתח תחומי עיסוק דומים, העונים על צרכים של חולים, אך אינם כלולים בסל השירותים ואינם מקבלים מענה ברפואה הציבורית.

¹³ מהראיונות עם קובעי המדיניות עלה כי, שלא כמו בכוונה המקורית, כיום ה"מיעוד" הפך ל"סעיף שכר"; כלומר, רופא מתוגמל, גם אם לא קבע בפועל מפגשים ארוכים עם מטופלים. מכאן שלמעשה, אין לרופאים תמריץ לקבוע מפגשים ארוכים עם חולים הזקוקים לכך.

6.4 עידוד מחקרים שיתרמו לקביעת מדיניות בתחום

ממצאי המחקר הראו שחסר כיום ידע כיצד להסדיר את ההכשרה בר"מ, בכלל, ואת הכשרת הרופאים הנותנים טיפול משולב, בפרט. נראה כי בתחום זה ניתן ללמוד מהנעשה במדינות אחרות שבהן הטיפול המשולב נפוץ יותר. לפיכך, מומלץ לעודד ביצוע מחקר שיבחן את דרכי ההסדרה של הכשרת מטפלים בר"מ, ובכלל זה, רופאים הנותנים טיפול משולב. תחום נוסף שבו ניתן ללמוד ממדינות אחרות הוא אופן הסדרת "כללי המשחק" של מתן טיפול משולב במסגרת הרפואה הציבורית, בהתייחס לשת י סוגיות נפרדות: המטופל והתשלום בעבור הטיפול.

באשר להמלצה להארכת משך הביקור אצל הרופא הראשוני, מומלץ לבצע הערכה של תכנית הדגמה שבה יבחן יחס עלות/תועלת של ההארכה במערך מחקר מבוקר המשווה בין מרפאות ניסוי למרפאות ביקורת לאורך זמן. במסגרת המחקר ניתן לבחון את ההשפעה של משך זמן לביקור על תהליך הטיפול (טיפול כוללני, איכות התקשורת הבין-אישית, שינוי בחלוקת עבודה בין-מקצועית); על החולים (שביעות רצון ומצב רפואי); על הרופאים (ספוק בעבודה, מניעת שחיקה); ועל העלות לקופת החולים.

לבסוף, בהתבסס על תובנות מחקר זה, מומלץ לערוך מחקר כמותי בקרב מדגם מייצג של רופאים ומטופלים, על-מנת לבחון את עמדות הרופאים והציבור לטיפול המשולב והסוגיות שהוא מעלה. אמדני המחקר יהיו ניתנים להכללה ועשויים לסייע בידי קובעי המדיניות בהסדרת התחום באופן שיהיה מקובל על נותני השירות והלקוחות.

רשימת מקורות

- ברמלי-גרינברג, ש'; גרוס, ר'; מצליח ר'. (2007). **תכניות הביטוח המשלים שמציעות קופות החולים: ניתוח והשוואה בין סלי השירות לשנת 2006**. דמ-495-07. מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- ברק, נ'; מימון, י'. 2005. "טיפול אינטגרטיבי בחולות סרטן השד". הרצאה במושב לרפואה משולבת, **הכינוס החמישי לרפואה בקהילה**, 7 בספטמבר 2005, תל-אביב.
- גולן, ע'. 2006. **הסכמה מדעת לטיפולים ברפואה משלימה**. נייר עמדה לכנס רפואה משלימה, אתיקה ומשפט. שפיים 23-25 במארס, 2006.
- גרשון, א'. 2005. "רפואה משלימה בחולים אונקולוגים במסגרת רפואה ראשונית, תמונת מצב ואפשרויות טיפול". הרצאה במושב לרפואה משולבת, **הכינוס החמישי לרפואה בקהילה**, 7 בספטמבר 2005, תל-אביב.
- גרוס, ר'; ברמלי-גרינברג, ש'; וייצברג, ר'. 2009. **דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות ב-2007 והשוואה לשנים קודמות**. דמ-541-09. מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- סינגר, ר'. 2005. "השפעת תכשיר הומאופתי על דימום במהלך הלידה". הרצאה במושב לרפואה משולבת, **הכינוס החמישי לרפואה בקהילה**, 7 בספטמבר 2005, תל-אביב.
- סמואלס, נ'. 2002. "דיקור סיני (אקופונקטורה) בחולי סרטן: למה לא?" **הרפואה** 141 : 608-610.
- סמטניקוב א'. 2009. "לקראת הלא ידוע: המעבר של רופאים לרפואה אלטרנטיבית ומאפייני העיסוק". הרצאה, **הכנס הישראלי הראשון לחקר רוחניות עכשווית**, 23 במארס 2009, אוניברסיטת חיפה.
- צבר-בן יהושע, נ'. 1999. **המחקר האיכותני בהוראה ובלמידה**. מודן הוצאה לאור.
- צור, כ'; גינזבורג, ק'; יגיל, י'; צ'פמן, י'; דרורי, מ'; קורצ'ין, ע'. 2002. "פנייתם של חולי טרשת נפוצה לרפואה חלופית". **הרפואה** 141 : 611-616.
- רוזנטל, ת'; מירלמן, ד. 2005. "נפלאות השום". הרצאה במושב לרפואה משולבת, **הכינוס החמישי לרפואה בקהילה**, 7 בספטמבר 2005, תל-אביב.
- שקדי, א'. 2003. **מלים המנסות לגעת: מחקר איכותני תיאורי ויישום**. הוצאת רמות, אוניברסיטת תל-אביב.
- Adams, K.E.; Cohen, M.H.; Eisenberg, D.; Jonsen, A.R. 2002. "Ethical Considerations of Complementary and Alternative Medical Therapies in Conventional Medical Settings". **Annals of Internal Medicine** 137:660-664.

Astin, J.A.; Marie, A.; Pelletier, K.R.; Hansen, E.; Haskell, W.L. 1998. "A Review of the Incorporation of Complementary and Alternative Medicine by Mainstream Physicians". **Archives of Internal Medicine** 158:2303-2310.

Bogdan, R.C.; Biklen, S.K. 1998. **Qualitative Research for Education**. Allyn & Bacon, Boston.

Caulfield, T.; Feasby, C. 2001. "Potions, Promises and Paradoxes: Complementary Medicine and Alternative Medicine and Malpractice Law in Canada". **Health Law Journal** 9:183-203.

Cohen, M.H.; Kemper, K.J. 2005. "Complementary Therapies in Pediatrics: A Legal Perspective". **Pediatrics** 115:774-780.

Diehl, D.L.; Kaplan, G.; Coulter, I.; Glik, D.; Hurwitz, E.L. 1997. "Use of Acupuncture by American Physicians". **The Journal of Alternative and Complementary Medicine** 3:103-104.

Eisenberg, D.M.; Davis, R.B.; Ettner, S.L.; Appel, S.; Wilkey, S.; Van Rmpay, M. et al. 1998. "Trends in Alternative Medicine Use in the United States, 1990-1997". **JAMA** 280:1569-1575.

Flannery, M.A.; Love, M.M.; Pearce, K.A.; Luan, J.; Elder, W.G. 2006. "Communication about Complementary and Alternative Medicine: Perspectives of Primary Care Clinicians". **Alternative Therapies** 12:56-63.

Frank, R. 2002a. "Homeopath & Patient - A Dyad of Harmony? Patterns of Communication, Sources of Conflict and Expectations in Homeopathic Physician-Patient-Relationship". **Social Science & Medicine** 55S:1285-1296.

Frank, R. 2002b. "Integrating Homeopathy and Biomedicine. Medical Practice and Knowledge Production among German Homeopathic Physicians". **Sociology of Health & Illness** 24S:796-819.

Goldner, M. 2004. "The Dynamic Interplay between Western Medicine and the Complementary and Alternative Medicine Movement: How Activists Perceive a Range of Responses from Physicians and Hospitals". **Sociology of Health & Illness** 26:710-736.

Hirschhorn, K.A.; Bourgeault, I.L. 2005. "Conceptualizing Mainstream Health Care Providers' Behaviors in Relation to Complementary and Alternative Medicine". **Social Science and Medicine** 61:157-170.

Horrigan, B.; Block, B. 2002. "Model Guidelines for CAM Approved by Federation of State Medical Boards". **Alternative Therapies in Health and Medicine** 8:31.

Lincoln Y.S.; Guba, E.G. 1985. **Naturalistic Inquiry**. Sage Publications, London.

Milden, S.P.; Stokols, D. 2004. "Physicians' Attitudes and Practices Regarding Complementary and Alternative Medicine". **Behavioral Medicine** 30:73-83.

Miles, M.B.; Huberman, A.M. 1994. **Qualitative Data Analysis**. Sage publications, London

Millar, J. 2004. "World Bank Physician Practices Alternative Medicine with International Flavor". **Physician Executive** 30:24-27.

Mills, S.Y. 2001. "Regulation in Complementary and Alternative Medicine". **BMJ** 322:158-160.

Mizrachi, N.; Shuval, J.T. 2005. "Between Formal and Enacted Policy: Changing the Contours of Boundaries". **Social Science and Medicine** 60:1649-1660.

Oberbaum, M.; Shuval, J.T.; Haramati, A.; Singer, S.R.; Halevi, J.; Lumpkin, M.D.; Carmi R. 2005. "CAM in Medical Education: Has the Time Come?" **IMAJ** 7:607-610

O'Brien, K. 2004. Complementary and Alternative Medicine: The Move into Mainstream Health Care". **Clinical and Experimental Optometry** 87:110-120.

Pirotta, M.V.; Cohen, M.M.; Kotsirilos, V.; Farish, S.J. 2000. "Complementary Therapies: Have They Become Accepted in General Practice?" **MJA** 172:105-109.

Rau, T. 2002. "Biological Medicine and the Dynamics of Regulation". **Alternative Therapies** 8:83-89.

Ruggie, M. 2005. "Mainstreaming Complementary Therapies: New Directions in Health Care". **Health Affairs** 24:980-990.

Schachter, L.; Weingarten, M.A.; Kahan, E.E. 1993. "Attitudes of Family Physicians to Nonconventional Therapies. A Challenge to Science as the Basis of Therapeutics". **Archives of Family Medicine** 2(12):1268-1270.

Shmueli, A.; Shuval, J. 2004. "Consultations with Non-Conventional Medicine Providers: 2000 vs. 1993". **Journal of the Israeli Medical Association** 6:3-8.

Shuval T.J. 2007. "Nurses and Midwives in Alternative Health Care: Comparative Processes of Boundary Re-Configuration in Israel". In: Adams J.; Tovey P. (eds.) **Complementary and Alternative Medicine in Nursing and Midwifery**, pp. 113-134. Routledge, London and New York.

Shuval T.J. 2006. "Nurses in Alternative Health Care: Integrating Medical Paradigms". **SS&M** 63:1784-1795.

Shuval, J.T.; Mizrachi, N. 2004. "Changing Boundaries: Modes of Coexistence of Alternative and Biomedicine". **Qualitative Health Research** 14:675-690.

Silverstein, D.D.; Spiegel, A.D. 2001. "Are Physicians Aware of the Risks of Alternative Medicine?" **Journal of Community Health** 26:159-174.

Sturm, R.; Unutzer, J. 2001. "State Legislation and the Use of Complementary and Alternative Medicine". **Blue Cross and Blue Shield Association** 37:423-429.

Winnick, T.A. 2005. "From Quackery to 'Complementary' Medicine: the American Medical Profession Confronts Alternative Therapies". **Social Problems** 52:38-61.

Woolf, A.D. 2003. "Herbal Remedies and Children: Do They Work? Are They Harmful?" **Pediatrics** 112:240-246.

Yin, R.K. 1984. **Case Study Research Design and Methods**. Sage Publications, London.

Zhang, X. 2002. **WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005**. WHO.

נספח: מאפייני המרואיינים

רופאים משלבים

- ◆ הראיונות נערכו בחודשים דצמבר 2007 עד אוקטובר 2008.
- ◆ רואיינו 15 רופאים מהם תשעה גברים ושש נשים.
- ◆ גיל הרופאים נע בין 40-60.
- ◆ ראינו רופאים משלבים המועסקים בשירותי בריאות כללית, במכבי שירותי בריאות ובקופת חולים מאוחדת.
- ◆ מבין הרופאים, לשבעה יש מרפאה במרכז הארץ, לשניים - בירושלים, לשלושה - בצפון ולשלושה - בדרום.
- ◆ השיטות המשלימות שהמרואיינים עוסקים או עסקו בהן כוללות: הומאופתיה, רפואה סינית, רפואה אנתרופוסופית, היפנוזה, צמחי מרפא, רפואה הודית, רפלקסולוגיה, שיטת גרינברג, שיאצו, רייקי, סוגיוק, טרייגר, טארוט, פרחי באך וביו רזוננס. חלקם מטפלים ביותר משיטה משלימה אחת.
- ◆ שניים מהרופאים הפסיקו בשלב כלשהו את הטיפול בשיטות משלימות וחזרו לטפל ברפואה קונבנציונלית בלבד.
- ◆ שניים מהרופאים מעורבים בתפקידי ניהול ברפואה המשלימה בקופה. שניים אחרים פעילים בארגונים הקשורים לרפואה משלימה.

מטופלים

- ◆ הראיונות נערכו בחודשים ינואר 2008 עד אוקטובר 2008.
- ◆ רואינו 14 מטופלים, 12 נשים ושני גברים.
- ◆ גיל המרואיינים נע בין 22-79.
- ◆ מבחינת מצב משפחתי, 12 מרואיינים היו נשואים, אחת רווקה ואחת גרושה.
- ◆ תשעה מטופלים הם בעלי השכלה אקדמית והאחרים - השכלה תיכונית או מקצועית.
- ◆ סוגי הבעיות שמהן הם סובלים כללו: בעיות תמורות וכרוניות (סרטן, מחלה אוטואימונית, פיברומיאלגיה, אסטמה, הרפס), וכן, בעיות שגרתיות (כאבי גב, דלקת גרון, לחץ וחרדה, דלקות בדרכי השתן, בעיות בפרקים).
- ◆ סוגי הטיפולים שקיבלו מהרופאים כללו: דיקור, הומאופתיה אנתרופוסופית, הומאופתיה קלאסית, הומאוטוקסולוגיה, היפנוזה, סוגיוק (דיקור קוריאני), דמיון מודרך.
- ◆ חלק מהמטופלים (שמונה) השתייכו לרופא במסגרת קופת החולים, והאחרים - קיבלו טיפול מהרופא המשלב באופן פרטי.
- ◆ מבחינת מקום מגורים, רואיינו מטופלים מרחבי הארץ: שישה באזור המרכז, שניים - בדרום וחמישה - באזור ירושלים.
- ◆ שניים מהמרואיינים בירושלים קיבלו את הטיפול מרופא בצפון אליו נסעו במיוחד לשם כך.

קובעי מדיניות

- ◆ הראיונות נערכו בחודשים מארס 2009 עד יוני 2009.
- ◆ רואיינו 16 קובעי מדיניות בכירים במשרד הבריאות, בקופות החולים ובהסתדרות הרפואית.
- ◆ לחלקם (שלושה) היו תפקידים בוועדות שעסקו ברפואה משלימה.
- ◆ מבין המרואיינים, 13 היו גברים ושלוש נשים.
- ◆ כמעט כל המרואיינים (14) הכירו רופאים הנותנים רפואה משולבת (רופאי משפחה או רופאים מומחים).
- ◆ ארבעה מהם למדו או טיפלו בשיטות משלימות, ורובם (12) ענו כי הם או בני משפחתם קיבלו טיפול משלים.