



המועצה העליונה של הפיזיותרפיה בישראל
ועדת האתיקה של הפיזיותרפיסטים בישראל

גישה ישירה בפיזיותרפיה: היבטים אתיים-מקצועיים

נייר עמדה

פורסם לראשונה: מרץ 2019; עודכן: מאי 2022

רקע

מקצוע הפיזיותרפיה נמצא בתהליכי הרחבת האוטונומיה ומעבר הדרגתי למתן טיפול פיזיותרפיה כקו ראשון, בגישה ישירה. גישה ישירה מוגדרת באופן הבא: שירותי פיזיותרפיה הערכה תפקודית, אבחון וטיפול הניתנים לפונה ללא הפניית גורם רפואי. המונחים המקובלים באנגלית הם: Direct Access, Direct Approach, First Contact, Self-Referral.

מאז חקיקת חוק הסדרת העיסוק במקצועות הבריאות (התשס"ח, 2008), נאסף מידע מן העולם, נוסחו תכניות עבודה, התבסס ממשק להכשרה מקוונת למתן טיפול בגישה ישירה, ובחלק ממסגרות הטיפול בוצעו תהליכי הטמעה של הגישה. הנעת התהליך מלווה בחידוד והעמקה של ידע מקצועי, הטמעת שינויים ארגוניים, יחד עם מתן תשומת לב להיבטים אתיים ייחודיים.

הספרות מצביעה על כך שגישה ישירה לפיזיותרפיה יעילה – הן מבחינה קלינית והן מבחינה מערכתית ומביאה תועלת למטופלים ולמערכת הבריאות כולה (אנא ראו את רשימת המקורות). בחוזר מנהל הרפואה העוסק בגישה ישירה לפיזיותרפיה במכוני קופות החולים (חוזר מס' 27/2014), מודגש ש"גישה זו משפרת תוצאות טיפול, מאפשרת מתן טיפול זמין ויעיל, מפחיתה עומס ואף מצמצמת עלויות". לפיכך, המעבר לגישה ישירה בפיזיותרפיה הוא תהליך נכון ומתבקש המבשר על המשך ביסוסה והתפתחותה של הפרופסיה.

במקומות שונים בעולם ניתן לקבל טיפול פיזיותרפי בגישה ישירה מזה כמה עשורים. התהליך החל בארה"ב כבר בשנות ה-70 והמשיך באוסטרליה ובאירופה. הספרות המחקרית בנושא עוסקת במגוון היבטים: דרישות ידע (הכשרה מקצועית), יעילות קלינית, זמינות, חלוקת משאבים, ניהול סיכונים ותקשורת בין דיסציפלינות. מתוך הספרות עולה, שלגישה ישירה יתרונות רבים, ולצד, מתעוררות שאלות בנושאים אתיים-מקצועיים הדורשים המשגה, דיון ועקרונות מנחים להתנהלות אתית-מקצועית.

יש לציין, שגם הטיפול הפיזיותרפי בסקטור הפרטי מתבצע לרוב ללא הפניית רופא, ומבחינה זו העשייה המקצועית במכוני הפרטיים ובביקורי הבית הפרטיים היא עבודה בגישה ישירה. מתוך ראייה זו, נייר העמדה שלפניכם פונה גם לפיזיותרפיסטים עצמאיים.

*נייר העמדה כתוב בלשון זכר אך מתייחס לכל קוראיו וקוראותיו.

הצורך בנייר העמדה

המעבר לגישה ישירה מעורר שאלות ותהיות אתיות-מקצועיות ומעצים דילמות המוכרות לפיזיותרפיסטים. להלן כמה דוגמאות לסוגיות אלה:

- **ניהול רשומה רפואית:** כיצד נכון להתמודד עם בקשה של מטופל לדיווח שאיננו מדויק בתיק הרפואי (בעקבות תביעה אזרחית, בקשה לפיצויים, תביעה לביטוח לאומי, וכדומה)? בתייחס לשאלה זו, יש להדגיש שדיווח אמת ברשומה רפואית מתחייב על פי חוק. יחד עם זאת, יש מקרים בהם לבחירת המילים, להדגשה של מונחים מסוימים על-פני אחרים וכיוצא באלה, עשויה להיות השפעה על קורא-הרשומה ועל אופן הבנתו את מצבו של החולה המתואר. אילו כלים יש לפיזיותרפיסט כדי להתמודד עם בקשות מסוג זה?

- **טיפול ב"דגלים אדומים":** מה מצופה מפיזיותרפיסט שמוזהה דגל אדום? האם יש הבדל בהתמודדות עם ממצאי ראיון/בדיקה חריגים בין פיזיותרפיסט המטפל באדם שיש לו הפנייה רפואית ובין מי שמטפל בגישה ישירה? משאלות אלה נגזרות שאלות נוספות, למשל: האם צפוי הבדל בהיקף ההסבר לגבי הצורך בפנייה לאבחון רפואי? האם באחריותו של הפיזיותרפיסט המטפל בגישה הישירה לוודא שנוצר קשר בין המטופל לבין הגורם הרפואי הנדרש? האם באחריותו לעקוב אחר המשך הבריור הרפואי ותוצאותיו? במילים אחרות, האם ישנה ציפייה להיקף מעורבות ואחריות שונה בהשוואה בין טיפול שיש לו "כתובת" רפואית ידועה לעומת טיפול ללא רופא מפנה ברקע?

- **דיווח על "מידע חריג":** כיצד ראוי להתמודד עם מידע שיש בו סכנה למטופל עצמו או לסביבתו? למשל, מטופל המתאר צריכת סמים, אי היענות לבדיקות או לטיפול רפואי (נושאים שהם מחוץ לחובת הדיווח על פי חוק)? כיצד יש לנהוג במצבים בהם המטופל מבקש שלא לשתף גורם מקצועי נוסף?

- **ניהול הקשר עם סוכני ציוד רפואי:** באילו מצבים מתקיימים הסכמי התקשרות עם סוכנים של ציוד רפואי? אילו סוגיות אתיות-מקצועיות עלולות להתעורר בהסכמים הכוללים תמורה לפיזיותרפיסט מצד הסוכן?

- **כשירות רפואית לנהיגה:** לפי חוק, חובתו של הרופא המטפל להודיע למכון הרפואי לבטיחות בדרכים (המרב"ד) על מטופל נוהג, המאובחן עם מחלה או מצב בריאות שבנהיגתו עלול לסכן את עצמו ו/או זולתו (חוזר מנהל הכללי 35/09). למשל, יש להודיע למרב"ד במקרים של "הפרעות בשיווי משקל העלולות להשפיע על כושר נהיגה" (סעיף 4-יא), או "ליקויים אורטופדיים והפרעות מוטוריות המפריעות לתפעול תקין של כלי הרכב" (סעיף 4-יג), ועוד. נשאלת השאלה, מה היקף אחריותו של הפיזיותרפיסט במקרים אלה, כאשר אין רופא בתמונה?

מטרות נייר העמדה

- א. הצגת ערכי על-ביו-אתיים רלוונטיים והדגמת דילמות אתיות-מקצועיות אופייניות לטיפול בגישה ישירה - זיהוי הערכים המתנגשים.
- ב. מתן המלצות להתמודדות יעילה עם דילמות אלה, במטרה לכוון את אנשי המקצוע לסייע להצלחת תהליך הטמעת הגישה.

ערכי-על ועקרונות אתיים-מקצועיים אוניברסליים

בפרק זה מפורט שישה מתוך ערכי-העל האתיים היכולים לשמש כמצפן לתהליכי קבלת החלטות אתיות מקצועיות בעת אימוץ הגישה הישירה. נזכיר, שרשימת ערכים זו מופיעה בקוד האתי של הפיזיותרפיסטים (ינואר, 2018) שם תוכלו למצוא הסבר מפורט לגבי כל ערך. בדברים הבאים, העקרונות יוצגו בקצרה בהקשרם למתן טיפולי פיזיותרפיה בגישה ישירה:

- **כיבוד האוטונומיה (Respect for Autonomy):** בגישה ישירה יש ביטוי להעצמת האוטונומיה של המטופל, כשמתאפשרת לו הבחירה העצמאית לפנות לפיזיותרפיה ללא גורם מתווך/מפנה.
- **הטבה (Beneficence):** בהנגשת הטיפול הפיזיותרפי וקיצור תהליך ההגעה למטפל, יש ביטוי לחתירה להטבה. בנוסף, הפיזיותרפיסט פוגש את המטופל כ'קו ראשון' בטיפול, ויש בכך הרחבה של האחריות והמחויבות לעשיית הטוב למטופל בהסתכלות כוללת והוליסטית על מצבו.
- **אי-גרימת נזק (Non-maleficence):** בגישה ישירה, הימנעות מגרימת נזק מחייבת הרחבה והעמקה של ידע, לצד הכרה ברורה בגבולות מקצוע הפיזיותרפיה.
- **רעות (Collegiality):** בגישה ישירה, הפיזיותרפיסט אמנם מקבל את המטופל כ'קו ראשון', אך איננו 'קו יחיד'. במילים אחרות, ישנה ציפייה מקצועית לשיח-מפנה, להצגת מגוון אפשרויות הטיפול המומלצות, לשיתופי פעולה מקצועיים ולתקשורת רב-תחומית שבה המטופל במרכז והצוות הרב מקצועי פועל למענו.
- **אמירת אמת (Truth Telling):** בגישה ישירה הפיזיותרפיסט הוא המאבחן, המסביר, המציע והמטפל, ועל כן יש לו אחריות מיוחדת בניהול השיחה – בחירת המילים, האינטונציה, אופן "הגשת" האבחנה, האמצעים לטפל בה והפרוגנוזה התפקודית. נקודה זו מתחדדת כשמתבררים "דגלים אדומים" ועולה הצורך באמירת אמת ובהפניה להמשך בירור רפואי.
- **אמון ואמינות (Honesty and Reliability):** בגישה ישירה הפיזיותרפיסט עשוי להיות איש המקצוע היחיד המתעד את המצב הרפואי-תפקודי של המטופל, ומכאן עולה המחויבות האתית והחוקית להקפיד על דיווח מדויק, להימנע מכל הטיה והטעייה בתיאור מצבו של המטופל בתיק הרפואי, גם נוכח לחץ אפשרי מצד גורם שלישי (סוכני ציוד רפואי, עורכי דין וכדומה), ואף מצד המטופל עצמו או בני משפחתו.

המלצות מעשיות

ההמלצות המובאות בזה, נאספו מתוך הספרות (בעיקר מארה"ב וממערב אירופה), ומחוויותיהם של פיזיותרפיסטים בארץ העובדים בגישה ישירה. אנו צופים, שככל שהפעילות המקצועית בגישה הישירה תתבסס ותתרחב, כך תעמיק ההבנה לגבי לבטים אתיים-מקצועיים ייחודיים. ככלל, הוועדה ממליצה לכל הארגונים הפועלים להטמעת ה"גישה הישירה" להיות ערים לדילמות אתיות שעשויות להתעורר מדי יום, לשתף בידע המצטבר מתוך ניסיונם ולפתח כלים להתמודדות עם דילמות אתיות ייחודיות.

נזכיר, שכפי שגופי הבריאות הציבוריים נערכים לעבודה בגישה הישירה, כך גם העובדים בסקטור הפרטי נדרשים ליישום המלצות נייר העמדה מתוך הבנה שפיזיותרפיסט העובד באופן פרטי מחויב לאותן נורמות מקצועיות.

להלן ההמלצות:

- א. במתן טיפול פיזיותרפי בגישה ישירה, ייתכנו מצבים בהם הרשומה היחידה בנושא הטיפול מנוסחת על-ידי הפיזיותרפיסט. לפיכך, יש להקפיד ולוודא שהנוסח הנבחר משקף נאמנה את תפקודו של המטופל, בהתאם למפורט בחוזרי המנהל הכללי הבאים: 2/2020, 9/2019, 6/1996. מומלץ להגדיר קווים מנחים ולחדד את יכולות כתיבת הדיווח לגורמי-חוץ באשר למצבו של המטופל, תוך תשומת לב לעקרונות אתיים בסיסיים (יושר, יושרה אמון, אמינות ואמירת אמת). בעניין זה נכללים מכתבי הפנייה למקצועות הרפואה והבריאות, לספקי שירותים רפואיים (ציוד רפואי, אביזרי עזר, וכו'), לגורמים מבטחים (ביטוח לאומי, ביטוחים משלימים וכדו'), ועוד.
- ב. יש לפעול להרחבה ועדכון מתמיד של ידע קליני, בדגש על זיהוי מצבים הדורשים בירור רפואי ("דגלים אדומים"), במטרה לקבל החלטה מקצועית ולבחור את אופן הפעולה הנדרש: לטפל; לטפל ובמקביל להפנות לבירור רפואי; לא לטפל ולהפנות לבירור בקהילה; או, האם במקרה שלפניך נכון להמליץ לפנות לבירור מיידי (רפואה דחופה/מיון).
- ג. מומלץ לייצר ממשקי עבודה נגישים ודרכי תקשורת יעילות בין הפיזיותרפיסט לשאר הגורמים המטפלים הרלוונטיים, במטרה לייצר מעטפת נוחה לתקשורת רב-תחומית. למשל, באמצעות תיק רפואי שיאחד את כל הגורמים המטפלים ויאפשר לעקוב אחר הטיפולים הרפואיים הנוכחיים, לאתר וליצור קשר עם אנשי המקצוע המעורבים בטיפול, ועוד.
- ד. מומלץ להסדיר את הקשר העסקי בין פיזיותרפיסטים ובין ספקי ציוד: לצד היתרון בהיכרות ועבודה משותפת עם ספקי שירותים קבועים (שמירה על איכות הציוד, תיקון ציוד כשנדרש וכיוב'), עלולים להיווצר גם קשרים כלכליים שאינם ראויים.
- ה. בהכשרת הפיזיותרפיסטים לעבודה בגישה ישירה ובתהליכי ריענון הידע, יש לשלב עיסוק תיאורטי ופרקטי באתיקה, כולל היכרות עם ספרות רלוונטית, קריאת נייר עמדה זה, קיום דיונים פעילים לגבי דילמות אתיות ספציפיות, ושיתוף עמיתים בניסיון המצטבר ובתהליכי למידה אלה.

סיכום

המעבר לגישה ישירה מביא אתו הרחבה של תחומי האחריות ומידת המעורבות של פיזיותרפיסטים בתוך מערכות רב-תחומיות, יחד עם אתגרים אתיים-מקצועיים. ועדת האתיקה קוראת למנהלים ולפיזיותרפיסטים בסקטור הציבורי והפרטי להטמיע את ההמלצות המובאות בנייר עמדה זה, לקיים דיונים בשאלות אתיות ולשתף את הקהילה המקצועית בדילמות המתעוררות בפרקטיקה היומיומית.

מקורות

- פרג, א., יעקבסון, א., אפק, א. (2014). גישה ישירה בפיזיותרפיה, הרפואה, 173(7): 415-417.
- http://www.jipts.com/Uploads/dbsAttachedFiles/Phys16-3_Gisha-Yeshira.pdf
- פרג, א., בן-עמי, נ. (2021). גישה ישירה לפיזיותרפיה בתחום רפואת השלד-שריר - מודל שירות מועדף, כתב העת לפיזיותרפיה, 23(2): 13-18.
- <http://www.jipts.com/Uploads/dbsAttachedFiles/13-18.pdf>
- חוזר מנהל הרפואה מס' 27/2014, לקוח מתוך: https://www.health.gov.il/hozer/mr27_2014.pdf

- Budtz, C. R., Rønn-Smidt, H., Thomsen, J. N. L., Hansen, R. P., & Christiansen, D. H. (2021). Primary care physiotherapists ability to make correct management decisions—is there room for improvement? A mixed method study. *BMC family practice, 22*(1): 1-10.
- Bury, T. J., & Stokes, E. K. (2013). A global view of direct access and patient self-referral to physical therapy: implications for the profession. *Physical therapy, 93*(4): 449-459.
- Demont, A., Bourmaud, A., Kechichian, A., & Desmeules, F. (2021). The impact of direct access physiotherapy compared to primary care physician led usual care for patients with musculoskeletal disorders: a systematic review of the literature. *Disability and rehabilitation, 43*(12): 1637-1648.
- Doherty, R. F. (2020). *Ethical Dimensions in the Health Professions-E-Book*. Elsevier Health Sciences.
- Foster, N. E., Hartvigsen, J., & Croft, P. R. (2012). Taking responsibility for the early assessment and treatment of patients with musculoskeletal pain: a review and critical analysis. *Arthritis research & therapy, 14*(1): 205-214.
- Goodwin, R. W., & Hendrick, P. (2016). Physiotherapy as a first point of contact in general practice: A solution to a growing problem? *Primary Health Care Research and Development, 6*(1): 489-502
- Halfpap, J., Riebel, L., Tognoni, A., Collier, M., Sheu, R. G., & Rosenthal, M. D. (2022). Improving Access and decreasing healthcare utilization for patients with acute spine pain: Five-year results of a direct access clinic. *Military Medicine, 1-7*.
- Holdsworth, L. K., Webster, V. S., McFadyen, A. K., & Scottish Physiotherapy Self Referral Study Group. (2008). Physiotherapists' and general practitioners' views of self-referral and physiotherapy scope of practice: results from a national trial. *Physiotherapy, 94*(3): 236-243.
- Hon, S., Ritter, R., & Allen, D. D. (2021). Cost-effectiveness and outcomes of direct access to physical therapy for musculoskeletal disorders compared to physician-first access in the United States: systematic review and meta-analysis. *Physical Therapy, 101*(1): 1-11.
- Igwesi-Chidobe, C. N., Bishop, A., Humphreys, K., Hughes, E., Protheroe, J., Maddison, J., & Bartlam, B. (2021). Implementing patient direct access to musculoskeletal physiotherapy in primary care: views of patients, general practitioners, physiotherapists and clinical commissioners in England. *Physiotherapy, 111*: 31-39.
- Mitchell, J. M., & De Lissovoy, G. (1997). A comparison of resource use and cost in direct access versus physician referral episodes of physical therapy. *Physical therapy, 77*(1): 10-18.
- Moffatt, F., Goodwin, R., & Hendrick, P. (2018). Physiotherapy-as-first-point-of-contact-service for patients with musculoskeletal complaints: understanding the challenges of implementation. *Primary health care research & development, 19*(2): 121-130.
- Praestegaard, J., Gard, G., & Glasdam, S. (2013). Practicing physiotherapy in Danish private practice: an ethical perspective. *Medicine, Health Care and Philosophy, 16*(3): 555-564.