



המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות (ע"ר)

כותרת מלאה של המחקר (עברית):

מה מונע מאנשים שזקוקים לאבחון נירופסיכולוגי לקבל אותו דרך חוק הבריאות הממלכתי?

כותרת מלאה של המחקר (אנגלית):

What prevents people who need neuropsychological evaluation from receiving it through the national health law?

חלק ה': Executive Summary- English

(1) Scientific background: Neuropsychological assessment (NPA) is a valuable tool that provides unique information about diagnosis and prognosis of individuals with various disorders, such as traumatic brain injury, degenerative disease, stroke, or post-traumatic stress disorder. The Israeli National Health Insurance Law covers NPA, yet individuals rarely receive such services through the Israeli healthcare system. We examined barriers to public funding of NPA in Israel.

For medical doctors to refer patients to NPA, they should acknowledge the need to measure neuropsychological difficulties as well as the need to go beyond cognitive screening. Consider for example the case of brief cognitive screening. Although brief screening tools are very common in the evaluation of dementia, many general practitioners lack training and confidence in dementia diagnosis, and have little time for using such tools during their consultations. An examination of medical records in general practice found documentation of formal cognitive screening in less than one percent of the files of patients 75 years old or older [1]. In addition, in 22% of memory clinic patients, clinicians changed their initial diagnosis following NPA [2], suggesting that screening cannot replace further NPA. These findings demonstrate the usefulness of NPA. It is also possible that physicians refer few patients to NPA, since they are dissatisfied with such services, yet dissatisfaction with NPA applies to logistical issues, such as time turnaround and length of reports rather than to NPA conclusions. We thus assume that under-referral does not reflect physicians' resentment but their lack of familiarity with NPA.

Another possible barrier to NPA referral can relate to the practice of neuropsychology within the Israeli healthcare system. In many countries, neuropsychologists focus primarily on the administration of NPA, while Israeli practitioners are more involved in case management, vocational counseling, and rehabilitation psychotherapy. This focus is rooted in the development of the profession in Israel as well as in its current practice. Moreover, in other countries, the most frequently endorsed NPA referral question is the determination of diagnosis, while this is not necessarily the case in Israel. A recent analysis of the practice of neuropsychology in the US found that 63% of practitioners worked within an integrated team that included physicians, nurses, or other professionals [3]. These teams worked in tandem to diagnose physical and psychological health problems, to plan and provide treatment, and to evaluate whether treatment is effective. Such teams are hard to find in Israel.

(2) Objectives: The overarching aim of the current project was to identify barriers to NPA referral within the Israeli healthcare system and to offer means to overcome these barriers. We set out to investigate physicians' and neuropsychologists' knowledge and views of NPA referral; to describe true referral rates; and to explore policies concerning NPA referral by interviewing decision makers.

(3) Methodology: We used (1) a survey of 274 neurologists, psychiatrists, geriatricians, and family physicians concerning familiarity with NPA [4]; (2) a survey of 279 neuropsychologists; (3) data from Kupot Holim and The National Institute for the Rehabilitation of the Brain Injured regarding true referral numbers; (4) interviews with decision makers.

(4) Findings: Approximately 80% of participating Israeli physicians reported that they had heard of NPA before, but only 25% knew how to refer patients to NPA. Familiarity was greater among neurologists than among family doctors [4]. Overall, 68% of practicing neuropsychologists reported that they conducted NPA, with a smaller proportion of experts (56%) doing so than interns (88%). However, 70% of practitioners performed no more than 10 NPAs per year, compared to more than 10 NPAs a month in other countries. The most common purpose of NPA was to provide treatment recommendations rather than to establish a diagnosis, and respondents listed indications for NPA that matched indications for neuropsychological rehabilitation. Two thirds of practicing neuropsychologists

reported that none of the NPAs that they performed received HP funding, and most practitioners were unfamiliar with referral procedures. Data from Maccabi and Clalit showed that in 2018, only 412 NPAs received funding across disease types. In one of these services, only 31 individuals with a diagnosis of dementia received NPA over a 10-year period, and similar low numbers characterized other diagnoses as well. Data from The National Institute for the Rehabilitation of the Brain Injured showed that only two NPAs received healthcare funding over a period of 10 years. Interviews with decision makers demonstrated that referral eligibility and procedures were open to interpretation, and they depended too heavily on the personal characteristics of the individual in charge of approving NPA rather than on patient needs.

(5) Conclusions: Physicians have little practical understanding of how to refer patients to NPA; Neuropsychologists conduct too few NPAs that are funded by the healthcare system and are also unfamiliar with referral procedures. To make sure physicians and neuropsychologists offer effective neuropsychological services that will receive funding as the law intended, they should work together in integrated care teams within the public healthcare system. Such teams will also shorten the evaluation process and the ensuing reports [3], thus leading to lower costs and making it feasible for practitioners to conduct NPA under funding restrictions. In order for the healthcare system to provide good neuropsychological services, the added value of NPA in the diagnosis and treatment process must be acknowledged.

(6) Policy Implications and Recommendation: We recommend the Ministry of Health and the Kupot Holim clarify their referral procedures and distribute them to all relevant physicians and psychologists. In addition, the public health care system should offer internship programs in rehabilitation psychology. Neuropsychologists should work more closely with physicians within the public healthcare system, and the training of physicians in relevant fields should introduce them to neuropsychology in general and to NPA in particular.

(7) References:

1. Millard FB, Kennedy RL, Baune BT. Dementia: opportunities for risk reduction and early detection in general practice. Aust J Prim Health. 2011;17(1):89-94.

2. Jansen WJ, Handels RL, Visser PJ, Aalten P, Bouwman F, Claassen J, Van Domburg P, Hoff E, Hoogmoed J, Leentjens AF, Rikkert MO. The diagnostic and prognostic value of neuropsychological assessment in memory clinic patients. *J Alzheimers Dis.* 2017;55(2):679-689.
3. Kubu CS, Ready RE, Festa JR, Roper BL, Pliskin NH. The times they are a changin': neuropsychology and integrated care teams. *Clin Neuropsychol.* 2016;30(1):51-65.
4. Kavé G, Bloch A, Maril S, Shabi A. Familiarity with neuropsychological assessment among Israeli physicians. *Arch Clin Neuropsychol.* 2020.

חלק ה': דוח מדעי מפורט - עברית

הנחיות:

הדוח המדעי המלא ייכתב **בעברית** בצורה המקובלת של מאמר בעיתון מקצועי ולפי הסעיפים הבאים ככותרות משנה:

1. **רקע מדעי** – מה שכבר ידוע
2. **שאלות המחקר** – מה בא המחקר לפתור, לחדש או להוסיף
3. **שיטות העבודה**
4. **הממצאים**
5. **דיון ומסקנות**
6. **המלצות** לגיבוש מדיניות ולמקבלי ההחלטות
7. **רשימת מקורות**

לתשומת לב

- ♦ הפירוט בסעיפים 1 – 6: לא יעלה על **עשרים** עמודים (כולל תרשימים)
- ♦ פונט: Arial מספר 12
- ♦ מרווח בין שורות – 1.5

הדוח המדעי המלא ישמר בארכיון המכון ויימסר לצד ג' רק לאחר קבלת הסכמה מפורשת של החוקר האחראי.

חלק ה': דוח מדעי מפורט - עברית

1. רקע מדעי

פגיעה מוחית התפתחותית או נרכשת, כתוצאה מחבלה או ממגוון מחלות נירולוגיות ופסיכיאטריות, עלולה להשפיע על החשיבה, על המצב הרגשי ועל ההתנהגות. אבחון נירופסיכולוגי במהלך הטיפול והשיקום במצבים רפואיים אלה יכול לסייע במתן אבחנה מבדלת ובהתוויה של תכנית הטיפול, כמו גם בקבלת החלטות בנוגע לנהיגה ולכשירות משפטית (Michels, Tiu, & Graver, 2010). אבחון כזה יכול להפחית שימוש בתרופות (Littlefield, Stokes, Bardenhagen, & Collins, 2012), ובכך להביא לחיסכון כספי ניכר. כמו כן, אבחון נירופסיכולוגי מאפשר למטופלים להבין טוב יותר את מצבם ולתכנן את צעדיהם בהתאם. אנשים שיודעים ממה הם סובלים עוברים פחות בדיקות מיותרות ומקבלים טיפול טוב יותר. בישראל יש כיום כ-400 פסיכולוגים שיקומיים מומחים שחלקם נירופסיכולוגים (אין התמחות נפרדת בנירופסיכולוגיה), לצד כ-300 מתמחים. מרביתם עובדים במשרות חלקיות במוסדות ציבוריים, כגון בתי חולים או ארגונים ללא כוונות רווח, ומשלבים אבחון וטיפול (Vakil & Hoofien, 2016). המחקר הנוכחי נועד לבחון אילו חסמים מונעים מאנשים שזקוקים לאבחון נירופסיכולוגי לקבל אבחון כזה במימון קופות החולים.

מטרת האבחון הנירופסיכולוגי היא לענות על מגוון שאלות אבחוניות וטיפוליות, תוך התייחסות הן לבסיס הנירולוגי והן לתשתית הפסיכולוגית של ההתנהגות, ובהתחשב ביכולות שאפיינו את המאובחנים לפני שהתרחש הנזק המוחי (Lezak, 2004). האבחון יכול להצביע על פרופיל קוגניטיבי שמתאים לנזק המוחי ואינו מתאים לתפקוד תקין או על פרופיל שמתאים לנזק מסוג מסוים, אך אינו מתאים לחבלה או למחלה אחרת. לדוגמה, אבחון נירופסיכולוגי מסייע לאתר ירידה קוגניטיבית כתוצאה מדמנציה (Salmon & Bondi, 2009), והוא יכול להצביע על תפקוד שמתאים לדמנציה של מחלת אלצהיימר אך אינו מתאים לדמנציה של מחלת פרקינסון. יתרה מכך, האבחון הנירופסיכולוגי מתייחס ליכולות התעסוקתיות של המאובחנים ולכן הוא משמש לא רק את אנשי הרפואה אלא גם את גורמי השיקום, כגון נירופסיכולוגים, רופאים שיקומיים ותעסוקתיים או עובדים סוציאליים. גופים רשמיים בישראל, כגון המוסד לביטוח לאומי ואגף השיקום במשרד הביטחון, נעזרים באבחונים נירופסיכולוגיים בקביעת אחוזי נכות בעקבות מחלות או חבלות מוחיות, למשל בעקבות תאונות דרכים או אירועים אחרים שמערבים חבלה. ההחלטה בנוגע לאבדן כושר העבודה או בנוגע לחזרה למסגרת תעסוקתית וכן התוויית תכנית השיקום מבוססות לעיתים קרובות על מסקנות האבחון הנירופסיכולוגי. במדינות רבות האבחון הנירופסיכולוגי נערך כחלק מהטיפול הרפואי הסטנדרטי ומשמש בעיקר לצורך אבחנה מבדלת (Rabin, Paolillo, & Barr, 2016), ואילו בישראל השימוש שנעשה באבחון במערכת הבריאות מוגבל למדי.

אחת האפשרויות היא שהגופים שאחראים על ההפניה לאבחון נירופסיכולוגי סבורים שאין מדובר במרכיב חשוב בטיפול הרפואי. ואולם, האבחון הנירופסיכולוגי מסתמך על מידע רפואי, כגון

נתונים מהדמיה מוחית או בדיקות עזר אחרות, ומסייע באבחנה באמצעות הצלבת מידע ממקורות שונים, כגון מידע על השכלה ועל התנהגות (Vakil, 2012). הדמיה מוחית מספקת תמונה טובה של מבנים ותהליכים מוחיים ומאפשרת לזהות חלק ניכר מהפגיעות המוחיות, אך היא אינה מתעדת שינויים קוגניטיביים או שינויים בתפקוד. במקרים רבים שבהם ידוע שהייתה פגיעה מוחית, ההדמיה אינה רגישה דיה ואינה מזהה אותה כלל, אף שיש לה השלכות על התפקוד. אבחון נוירופסיכולוגי שמשלב הערכה של המצב הרגשי של האדם מועיל לניבוי ההשלכות התפקודיות של חבלות מוחיות (Echemendia et al., 2013) ומשפר את רגישות האבחון מעבר להדמיה המוחית ומעבר להתרשמות הקלינית (Geroldi et al., 2008). לפיכך, טיפול באדם שמוחו נפגע צריך לכלול אבחון נוירופסיכולוגי חלקי או מלא שיצביע על יכולותיו התפקודיות (Braun et al., 2011). אבחון טיפוס יכלול ראיון מקיף עם המטופל ובני משפחתו, שאלונים שיבדקו היבטים תפקודיים, רגשיים והתנהגותיים, ותצפית מדוקדקת בהתנהגות. ליבת האבחון תהיה מבחנים קוגניטיביים שיתייחסו לתחומים שונים כגון שפה, זיכרון, או תפיסה חזותית, השוואת הציונים של המאובחן/ת לנורמה המקובלת באוכלוסייה, ובחינה של הפרופיל שהתקבל ביחס למחלות רלוונטיות (Vakil, 2012). תוצאות האבחון מסוכמות בדוח שמשמש לא רק את הגורם שהפנה את המטופלים לאבחון אלא גם את המאובחנים ומשפחותיהם.

ייתכן שהאבחון הנוירופסיכולוגי אינו שכיח דיו בישראל משום שמשרד הבריאות בתפקידו כרגולטור ו/או הגופים המפנים (כלומר, קופות החולים) לא ניסחו מעולם הנחיות ברורות בנוגע להפניה לאבחון ולא הגדירו את המצבים הרפואיים שמהווים התוויה להפניה לאבחון. ואכן, הוועדה המקצועית לפסיכולוגיה שיקומית זיהתה את החסם הזה והגישה למשרד הבריאות נייר עמדה בנוגע לאבחון הנוירופסיכולוגי בישראל במטרה לתקן את המצב (בלוך ורן, 2016). במסמך זה המחברות מונות מצבים רפואיים ספציפיים שמחייבים הפניה לאבחון נוירופסיכולוגי, בכפוף כמובן לחומרת התלונות. המצבים הרפואיים שבגינם יש להפנות מטופלים לאבחון כוללים חבלת ראש טראומטית, שבץ מוחי, דלקות וזיהומים מוחיים, דמנציה (בעיקר בשלבים ראשוניים), גידולים או אפילפסיה. המחברות הצביעו על מצבים נוספים, כגון טרשת נפוצה או דיכאון, שבהם יש לשקול הפניה לאבחון נוירופסיכולוגי. במצבים אלו ההתוויה להפניה תתבסס על התרשמות של הגורמים המטפלים שקיימים קשיים קוגניטיביים או על דיווח של המטופלים או של בני המשפחה בנוגע לקשיים כאלה. נייר העמדה לא אומץ על ידי משרד הבריאות כהנחיות שמחייבות את קופות החולים, ואף שהוא זמין ברשת, סביר להניח שרוב הרופאים אינם מכירים אותו. אפשרות נוספת לכך שאבחון נוירופסיכולוגי איננו חלק מהטיפול הרפואי השגרתי היא שהרופאים עצמם עורכים אבחון קוגניטיבי קצר במרפאתם ולכן הם סבורים כי אין צורך באבחון מעמיק יותר. ואולם, הספרות בנוגע לדמנציה, מחלה שהאבחון שלה מושתת במידה רבה על תיעוד של הידרדרות קוגניטיבית, מראה שזהו אינו המצב. לפי אחד המחקרים שנערך בארצות הברית, גם אם רופאי משפחה עורכים מבחנים קוגניטיביים, תיעוד של מבחני סינון לדמנציה נמצא רק באחוז

אחד מהרשומות הרפואיות במרפאות של רופאי משפחה שעבדו עם מטופלים בני 75 ומעלה (Millard, Kennedy, & Baune, 2011). עוד נמצא שרופאי משפחה אינם מזהים ירידה קוגניטיבית במטופלים רבים (Chodosh et al., 2004), בעיקר בשלבים הראשונים של דמנציה. במרפאה עמוסה של רופאי משפחה, האבחון הקוגניטיבי אינו זוכה לעדיפות גבוהה והרופאים אינם ששים לדון בירידה קוגניטיבית עם מטופליהם (Mitchell, Meader, & Pentzek, 2011). כתוצאה מכך, מטופלים עם ירידה קוגניטיבית אינם מקבלים מענה לבעיותיהם בתחום זה (van den Dungen et al., 2012). חשוב לציין כי זיהוי של ליקויים קוגניטיביים יאפשר למטופלים לקבל טיפול טוב יותר בשלב מוקדם יותר. בנוסף, הזיהוי של ירידה קוגניטיבית על ידי הרופאים ישפר גם את התקשורת עם מטופלים אלה, כיוון שהרופאים יבינו שהם אינם מסוגלים למסור מידע מלא על מחלתם או שאינם מסוגלים לשתף פעולה עם הטיפול.

סיבה אפשרית נוספת לשיעור ההפניה הנמוך לאבחון נירופסיכולוגי יכולה להיות חוסר אמון של הרופאים בממצאים שמדווחים באבחון מסוג זה. אפשרות זו אינה מקבלת תמיכה מהנעשה בעולם. בסקר מקיף שנערך בקרב נירופסיכולוגים בארצות הברית נמצא שרופאים נירולוגים היו הגורם העיקרי שהפנה מטופלים לאבחון נירופסיכולוגי ואחריהם רופאי משפחה ומומחים בפסיכיאטריה (Sweet, Benson, Nelson, & Moberg, 2015). ברוב המקרים האבחון התבצע במטרה לענות על שאלה ספציפית שנוסחה על ידי הגורם המפנה. זאת ועוד, רופאים ממקצועות שונים דיווחו על רמה גבוהה של שביעות רצון מהמידע שעלה באבחון ועל הסכמה עם הממצאים וההמלצות, ללא קשר למומחיות של הרופאים המפנים או לאבחנה שקיבלו המטופלים (Tremont, Westervelt, Javorsky, Podolanczuk, & Stern, 2002). בנוסף, 78% ממכתבי השחרור של מטופלים שעברו אבחון נירופסיכולוגי במהלך אשפוז בבית חולים כללו מידע על האבחון (Bishop, Temple, Tremont, Westervelt, & Stern, 2003). נראה, אם כן, שרופאים שמפנים מטופלים לאבחון נירופסיכולוגי מרוצים מהמידע שהם מקבלים, נוטים להסכים עם ההתרשמות של הנירופסיכולוגים, ומתייחסים באמון להמלצות שנגזרו מהאבחון בבואם להחליט על הטיפול המתאים ביותר למטופלים שנשלחו לאבחון.

במחקר רחב היקף שנערך בארצות הברית נשאלו כ-500 רופאים על תדירות ההפניה לאבחון נירופסיכולוגי ועל שביעות רצונם מהאבחון. נמצא שרופאים בתחומים הרלוונטיים דיווחו שהפנו בממוצע כ-8% מהמטופלים לאבחון נירופסיכולוגי (Temple, Carvalho, & Tremont, 2006). אחוזי ההפניה היו קשורים בקשר ישיר למומחיות של הרופאים ולסוג המטופלים שקיבלו במרפאתם. כמעט כל הנירולוגים דיווחו שהפנו מטופלים לאבחון נירופסיכולוגי בעבר. שיעור הרופאים מהתמחויות אחרות שהפנו אנשים לאבחון היה נמוך יותר, ואחוז רופאי המשפחה שהפנו אנשים לאבחון היה הנמוך ביותר. רוב הרופאים דיווחו שמטרת האבחון הייתה לסייע בשאלות אבחנתיות, ונירו-כירורגים דיווחו שהמטרה העיקרית שלהם בהפניה לאבחון הייתה קשורה לניסוח המלצות שיקומיות. אף ששיעור ההפניות לאבחון נירופסיכולוגי שעליו דיווחו הרופאים

מההתמחויות השונות היה שונה, לא נמצא הבדל בין רופאים מהתמחויות שונות בשביעות הרצון מהאבחון, מתוצאותיו או מיעילותו. במחקר אחר מאנגליה, שבו נבדקו לא רק רופאים אלא גם פסיכולוגים מתחומים אחרים וגם עובדים סוציאליים, תועדו ממצאים דומים בנוגע לשביעות הרצון מהאבחון הנירופסיכולוגי (Hilsabeck, Hietpas, & McCoy, 2014).

כפי שעולה מסקירת הספרות, רופאים בעולם אינם נוהגים לערוך אבחון קוגניטיבי באופן שגרתי, אך כאשר הם מפנים מטופלים לאבחון ניורופסיכולוגי, הם מעריכים מאוד את הממצאים וההמלצות שעולים מהאבחון, ואף נעזרים בהם במתן אבחנה וטיפול. סיבה נוספת שעלולה למנוע מאנשים שזקוקים לאבחון ניורופסיכולוגי לקבל אותו במימון ציבורי עשויה להיות קשורה בחוק או במדיניות שנהוגה במדינה או בגופים המממנים. בשנת 2012 פרסם ארגון הנירופסיכולוגים באוסטרליה נייר עמדה שבו צוין שמערכת הבריאות הציבורית באוסטרליה איננה מממנת אבחון ניורופסיכולוגי (Littlefield et al., 2012). לפי נייר עמדה זה, האבחון הניורופסיכולוגי באוסטרליה ממומן על ידי המשרד לחיילים משוחררים ועל ידי חברות ביטוח, אך אינו חלק מהמערכת הרפואית הציבורית. הנירופסיכולוגים פנו לממשלה בדרישה לשנות את המצב. בנייר עמדה דומה שנכתב בקנדה, צוין שהאבחון והטיפול הניורופסיכולוגי, כמו שאר הטיפול הפסיכולוגי, ניתן במסגרת חוק הבריאות הממלכתי רק לאנשים שמאושפזים בבתי חולים, לתלמידים בבתי ספר או לאסירים. אף שבקנדה יש מערכת בריאות ציבורית אוניברסלית, ביטוחים משלימים הם שמממנים את האבחון הניורופסיכולוגי, אך הם אינם זמינים לכולם ולא תמיד חברת הביטוח נענית לבקשה לממן את האבחון (Neuropsychological services in Canada, 2015).

לעומת אוסטרליה וקנדה, המצב בישראל טוב בהרבה. לפי חוק בריאות ממלכתי, תשנ"ד-1994, סעיף 22ד, אזרחי ישראל זכאים למימון שירותי אבחון והערכה פסיכולוגיים ולטיפול פסיכולוגי שיקומי וניורופסיכולוגי במימון ציבורי, מבלי שאלו יהיו מוגבלים לבתי חולים, לבתי ספר או לבתי כלא. ואכן, משרד הבריאות הגדיר קוד שירות לאבחון ניורופסיכולוגי מלא (L9616) וקוד שירות לאבחון ניורופסיכולוגי ממוקד (L9617). הקוד מתאר את השירות בצורה מפורטת, קובע לו תעריף, ומציין אלו תחומים ייבדקו באבחון ומי רשאי לערוך אותו. העובדה שהאבחון מופיע בחוק מעידה על כך שמנסחי החוק סברו שיש מקרים שבהם יש להפנות אדם לאבחון ניורופסיכולוגי במימון ציבורי במערכת הבריאות. כלומר, שיעור ההפניה לאבחון ניורופסיכולוגי בישראל אינו משקף את המצב החוקי או את הכוונות של מנסחי חוק הבריאות. על מנת לקבוע מדיניות בתחום ההפניה לאבחון ניורופסיכולוגי בישראל ולעצב התוויות קליניות ופרוצדורליות להפניה לאבחון במערכת הבריאות הציבורית, יש להבין טוב יותר את המצב הנוכחי.

2. שאלות המחקר

המטרה המרכזית של המחקר הייתה לבחון אלו חסמים מונעים מאנשים שזקוקים לאבחון ניורופסיכולוגי לקבל אותו במימון של קופות החולים. ראשית, ביקשנו לבדוק עמדות של רופאים

מהתמחויות שונות בנוגע לחשיבות האבחון ולנהלי ההפניה לאבחון. מטרת הסקר הייתה להבין עד כמה הרופאים מכירים את האבחון הנירופסיכולוגי והאם הם סבורים שהוא יכול להועיל להם בתהליך האבחון ובטיפול שהם מציעים למטופלים שלהם. בנוסף, ביקשנו למפות את סוגי המימון לאבחונים ניורופסיכולוגים שנעשים בישראל בעזרת פנייה ישירה לנירופסיכולוגים שעורכים אבחונים אלה, על מנת להבין את היקף האבחונים שנערכים במימון ציבורי. כמו כן, ביקשנו לבדוק האם ניורופסיכולוגים מכירים את נהלי ההפניה לאבחון בקופות החולים. שנית, ביקשנו לאסוף נתוני אמת בנוגע להיקף ההפניות לאבחונים ניורופסיכולוגים בישראל. לצורך כך, פנינו לקופת חולים מכבי ולשירותי בריאות כללית וביקשנו מהם דיווח על מספר האבחונים הניורופסיכולוגים שמומנו על ידם. במקביל, בדקנו כמה אבחונים נערכו במסגרת המכון הלאומי לשיקום נפגעי ראש (ע"ר) וכמה מתוכם מומנו על ידי קופות החולים. לבסוף, ערכנו ראיונות חצי-מובנים עם מקבלי החלטות במשרד הבריאות ובקופות החולים על מנת להבין את מדיניות ההפניה לאבחון ניורופסיכולוגי ואת החסמים שמונעים הפניה לאבחון. בנוסף, שאלנו את קובעי המדיניות כיצד לדעתם אפשר לשנות את המצב ולהרחיב את השירות שניתן למטופלים בישראל.

שאלון לרופאים (לממצאים המלאים ר' Kavé, Bloch, Maril, & Shabi, 2020)

3.1 שיטות העבודה

אוכלוסיית המחקר: על מנת לגייס רופאים למחקר, פנינו לאיגודים המקצועיים של הרופאים בנירולוגיה, נירו-כירורגיה, פסיכיאטריה, גריאטריה ורפואת משפחה וביקשנו שישלחו לחבריהם קישור להשתתפות בשאלון מקוון. בנוסף, שלחנו קישור לשאלון לרופאים בתחומים הרלוונטיים שהמיילים שלהם היו זמינים לציבור ברשת, ופנינו לכל מנהלי המחלקות הנירולוגיות בבתי החולים בארץ. הפנייה כללה גם בקשה להעביר את הקישור לשאלון לקולגות נוספים. אוכלוסיית המשיבים על השאלון כללה 274 רופאים, כמפורט בטבלה 1.

טבלה 1. רופאים שהשתתפו בסקר, לפי תחום התמחות

סו"כ	אחר	משפחה	גריאטריה	פסיכיאטריה	נירולוגיה ונירוכירורגיה	
מספר (%)	34 (12%)	68 (25%)	23 (8%)	109 (40%)	40 (15%)	274
מוצע גיל	43.73 (11.86)	45.95 (12.06)	50.09 (7.97)	53.79 (13.35)	44.46 (10.71)	48.85 (12.75)
נשים	74%	69%	65%	53%	38%	58%
ניסיון מקצועי	11.42 (10.35)	14.50 (12.61)	14.61 (9.44)	23.33 (11.08)	13.75 (11.15)	17.56 (13.16)
בי"ח	79%	13%	87%	53%	98%	55%
קופ"ח	38%	93%	39%	28%	15%	44%

הערה: שתי השורות התחתונות מציגות את שיעור המשיבים שעובדים בבתי חולים או בקופות חולים. המספרים אינם מסתכמים ל 100% משום שחלק מהמשיבים דיווחו שהם עובדים גם בבתי חולים וגם בקופות החולים.

כלי המחקר: השאלון כלל 40 שאלות, מתוכן 11 שאלות על מאפיינים דמוגרפיים, 12 שאלות על סוג המטופלים והאבחונים שמאפיינים את העבודה הקלינית של המשיבים, 10 שאלות על היכרות עם האבחון הנירופסיכולוגי, ושבע שאלות על עמדות כלפי האבחון הנירופסיכולוגי.

4.1 ממצאים

אוכלוסיית המחקר כללה רופאים שעבדו עם כל קופות החולים, ורופאים שעבדו בבתי חולים בכל רחבי הארץ. מעל 95% מהמשיבים דיווחו שיש להם מטופלים עם קשיים נירופסיכולוגיים (ירידה קוגניטיבית או שינויים בהתנהגות או באישיות בעקבות מחלה או חבלה מוחית), ונמצא הבדל מובהק בין שיעור המשיבים שהעידו שיש להם מטופלים עם קשיים כאלה לבין שיעור המשיבים שהעידו שהם מעריכים בעצמם את הקשיים במרפאה שלהם. בנוסף, 79% מהרופאים דיווחו ששמעו על אבחון נירופסיכולוגי בעבר, 59% קראו אבחון כזה, 43% דיווחו שהם מכירים נירופסיכולוג/ית ספציפית, ו-25% דיווחו שהם יודעים כיצד להפנות מטופלים לאבחון. המשיבים דיווחו שהם אינם מכירים את נהלי האבחון (ממוצע 1.92 בסולם של 1-5 שבו 1 סימן 'בכלל לא'). אף שכמעט לכל המשיבים היו מטופלים עם קשיים נירופסיכולוגיים, מחציתם לא הפנו יותר מחמישה מטופלים לאבחון נירופסיכולוגי בשנה הקודמת.

5.1 דיון ומסקנות

יש חסמים שונים שעלולים למנוע מרופאים להפנות מטופלים לאבחון נירופסיכולוגי, החל מסיבות תקציביות וכלה בדעה שהאבחון אינו יעיל. המחקר הנוכחי הראה שלרופאים בישראל יש מטופלים רבים שזקוקים לאבחון נירופסיכולוגי, אך ההיכרות של הרופאים עם נהלי ההפניה לאבחון מוגבלת ביותר. רוב הרופאים מפנים מטופלים בודדים לאבחון נירופסיכולוגי במימון קופות החולים. חשוב לציין שהרופאים דיווחו שהם מבצעים הערכה של המצב הקוגניטיבי במרפאה שלהם. לצערנו, לא בדקנו איזו הערכה נעשית במרפאה, ולכן אין באפשרותנו לומר האם מי שמעביר מבחני סינון במרפאה נוטה להפנות יותר מטופלים לאבחון נירופסיכולוגי לאחר שלא התקבלה תשובה ברורה לגבי המצב הקוגניטיבי של המטופל, או שמי שמעביר מבחני סינון מסתפק בכך ונוטה להפנות פחות מטופלים לאבחון מקיף יותר. המסקנה הכללית שעולה מהסקר היא שההיכרות של רופאים עם האבחון הנירופסיכולוגי היא תיאורטית בעיקרה ולא פרקטית.

שאלון לנירופסיכולוגים (לממצאים ר' (Kavé, Bloch, Shabi, & Maril, submitted)

3.2 שיטות העבודה

אוכלוסיית המחקר: ביוני 2018 פנינו למשרד הבריאות וקיבלנו מידע לגבי מספר המומחים והמתמחים בפסיכולוגיה שיקומית. הבירור העלה שבאותו מועד היו 368 מומחים בפסיכולוגיה שיקומית בפנקס הפסיכולוגים ו-293 מתמחים. בשל שיקולי פרטיות, משרד הבריאות לא מסר לנו

את השמות של הפסיכולוגים הללו או את פרטי ההתקשרות עמם. חיפוש בפנקס הפסיכולוגים וברשימות תפוצה של כנסים רלוונטיים ופנייה למוסדות שבהם מתקיימת התמחות בפסיכולוגיה שיקומית הובילו לאיתור של 318 כתובות מייל של מומחים בפסיכולוגיה שיקומית (86% מהרשומים בפנקס), 54 מומחים בתחומים אחרים שמגדירים את עצמם כנירופסיכולוגים ו-194 מתמחים (66% מהרשומים בפנקס). בעקבות חיפוש זה, שלחנו קישור לשאלון מקוון ל-566 משיבים פוטנציאליים, וקיבלנו תשובות מ-279 (שיעור היענות של 49%), מתוכם 157 פסיכולוגים שיקומיים מומחים (41% מהרשומים בפנקס), 19 מומחים בתחומים אחרים בפסיכולוגיה, ו-103 מתמחים. מרבית המשיבים היו נשים (75%) והניסיון המקצועי שלהם עמד על 1-46 שנים. טבלה 2 מציגה פרטים דמוגרפיים מלאים על מדגם המשיבים.

טבלה 2. ניירופסיכולוגים שהשתתפו בסקר, לפי שלב מקצועי

מספר כולל	מתמחים	מומחים	
מספר (%)	176 (63%)	103 (37%)	279
נשים	131 (74%)	79 (77%)	210 (75%)
ממוצע גיל	49.05 (10.93)	33.28 (3.45)	42.96 (11.70)
טווח גיל	33-80	25-49	25-80
שנות ניסיון מקצועי	19.01 (10.58)	4.17 (2.51)	13.52 (11.14)
בעלי תואר דוקטור (%)	57 (32%)	7 (7%)	64 (23%)

הערה: המספרים בשורה העליונה משקפים את שיעור המשיבים ביחס למספר הכולל של המשתתפים. שאר המספרים מוצגים באחוזים ביחס למספר המומחים (עמודה שנייה), למספר המתמחים (עמודה שלישית), או למספר הכולל של המשיבים (עמודה רביעית).

כלי המחקר: השאלון כלל 50 שאלות שהתייחסו למאפיינים דמוגרפיים, מאפיינים של העבודה הקלינית, עמדות כלפי אבחון ניירופסיכולוגי, והיכרות עם נהלי ההפניה לאבחון הניירופסיכולוגי.

4.2 ממצאים

נמצא ש-72% מהמשיבים עבדו בשירות הציבורי, 82% מהמומחים דיווחו שהם עובדים גם באופן פרטי ו-68% דיווחו שהם עורכים אבחונים ניירופסיכולוגים. טבלה 3 מציגה נתונים מלאים על השירות הניירופסיכולוגי שמוצע בישראל, לפי הדיווח של המשתתפים בסקר.

טבלה 3: נתוני רקע על אבחון נירופסיכולוגי בישראל, לפי שלב מקצועי

שאלה	מומחים	מתמחים	סה"כ
האם את/ה עובד/ת בבי"ח? (%) (כן)	64 (36%)	57 (55%)	121 (43%)
האם את/ה עובד/ת במוסד ציבורי שאינו בי"ח? (%) (כן)	66 (38%)	41 (40%)	107 (38%)
האם את/ה מבצע/ת אבחונים נירופסיכולוגיים? (%) (כן)	98 (56%)	91 (88%)	189 (68%)
האם את/ה מבצע/ת אבחונים לבית משפט? (%) (כן)	44 (25%)	19 (18%)	61 (22%)
כמה אנשים הגיעו אליך לאבחון בשנה האחרונה?	N = 91	N = 75	N = 166
1-2	17 (19%)	21 (28%)	38 (23%)
3-5	19 (21%)	27 (36%)	46 (28%)
6-10	18 (20%)	15 (20%)	33 (20%)
11-19	16 (17%)	6 (8%)	22 (13%)
20+	21 (23%)	6 (8%)	27 (16%)
מה הייתה מטרת האבחון האחרון שביצעת?	N = 93	N = 85	N = 178
הנחיות לטיפול	30 (32%)	38 (45%)	68 (38%)
מימוש זכויות ותביעה משפטית	34 (37%)	27 (32%)	61 (34%)
אבחנה מבדלת	22 (24%)	13 (15%)	35 (20%)
הכנה לניתוח	1 (1%)	4 (5%)	5 (3%)
אחר	6 (6%)	3 (3%)	9 (5%)
מי מפנה אליך אנשים לאבחון? אפשר לסמן יותר מתשובה אחת.	N = 95	N = 80	N = 175
רופאים	69 (73%)	56 (70%)	125 (71%)
פסיכולוגים	62 (65%)	47 (59%)	109 (62%)
המוסד לביטוח לאומי	19 (20%)	30 (38%)	49 (28%)
אגף השיקום במשרד הביטחון	17 (18%)	23 (29%)	40 (23%)
מערכת החינוך	21 (22%)	3 (4%)	24 (14%)
עורכי דין ובתי משפט	19 (20%)	5 (6%)	24 (14%)
הפניה עצמית	20 (21%)	9 (11%)	29 (17%)
אחר	18 (19%)	8 (10%)	26 (15%)
איזה אחוז מהאבחונים שאת/ה מבצע/ת ממומן על ידי קופ"ח?	N = 100	N = 90	N = 190
0%	74 (74%)	50 (56%)	124 (65%)
20%	8 (8%)	4 (4%)	12 (6%)
50%	8 (8%)	5 (6%)	13 (7%)
75%	7 (7%)	9 (10%)	16 (9%)
100%	3 (3%)	22 (24%)	25 (13%)

הערה: המספרים בארבע השורות העליונות משקפים את שיעור המשיבים ביחס למספר הכולל של המשיבים. המספרים בארבע השורות התחתונות משקפים את שיעור המשיבים ביחס למספר המשיבים שענו על השאלה הרלוונטית.

כפי שאפשר לראות בטבלה 3, 70% מהמשיבים שביצעו אבחונים דיווחו שהם ביצעו עד 10 אבחונים בשנה, והמטרה השכיחה ביותר לאבחון הייתה הנחיות לטיפול (38%). מרבית המשיבים (65%) דיווחו שאף אחד מהאבחונים שהם ערכו לא מומן על ידי קופות החולים. טבלה 4 מציגה את הממצאים בנוגע להיכרות של הנירופסיכולוגים עם נהלי ההפניה לאבחון.

טבלה 4: היכרות עם נהלי הפניה בקרב נירופסיכולוגים בישראל

שאלה	מס' משיבים	שכיחות התשובה
האם לדעתך קופות החולים צריכות לממן אבחון נירופסיכולוגי?	194	192 (99%)
האם לדעתך מספיק אנשים מופנים לאבחון נירופסיכולוגי במימון ציבורי?	192	2 (1%)
האם ברור לך כיצד מפנים מטופלים לאבחון נירופסיכולוגי דרך קופת החולים?	193	46 (24%)
האם שמעת פעם על קוד L9616 או L9617?	189	62 (33%)
האם את/ה יודעת/ת מה ההבדל בין הקודים האלה?	188	31 (16%)
האם נתקלת/ת במקרים שבהם אנשים שילמו מכיסם על אבחון שהומלץ על ידי רופאים שעובדים בשירות הציבורי?	185	121 (65%)
האם המטופלים שלך מתקשים לקבל טופס 17 לאבחון נירופסיכולוגי?	143	120 (84%)

הערה: המספרים בכל השאלות, פרט לאחרונה, משקפים את אחוז המשיבים שענו כן מתוך כל המשיבים שענו על השאלה הרלוונטית. בשאלה האחרונה המשיבים דירגו את תשובתם על סולם שבין 1 (בכלל לא) ל-5 (במידה רבה). המספר בטבלה מתייחס למספר המשיבים שענו 3, 4, 5 ביחס לכלל המשיבים על השאלה.

כפי שאפשר לראות בטבלה 4, הרוב המוחלט של הנירופסיכולוגים (99%) חשבו שאבחון נירופסיכולוגי צריך להיות ממומן על ידי קופות החולים, ואולם רק 24% מהמשיבים ענו שהם יודעים כיצד להפנות מטופלים לאבחון דרך קופות החולים. רק כשליש מהמשיבים שמעו על הקודים שבאמצעותם קופות החולים מממנות את האבחון הנירופסיכולוגי, ורק 16% דיווחו שהם מודעים להבדל בין שני הקודים הרלוונטיים. בנוסף, מרבית המשתתפים (65%) דיווחו שיש להם מטופלים ששילמו באופן פרטי על אבחון נירופסיכולוגי שהומלץ על ידי הרופאים המטפלים.

5.2 דיון ומסקנות

הממצאים שעלו מהשאלון שמילאו הנירופסיכולוגים מראים שרובם (72%) עובדים בשירות הציבורי, ולפחות 43% עובדים בבתי חולים שמקבלים טפסי 17 מקופות החולים. רוב האבחונים הנירופסיכולוגים בשירות הציבורי נעשים על ידי מתמחים ורוב מי שעורך אבחון נירופסיכולוגי עורך פחות מעשרה אבחונים בשנה, בהתאם לדרישות המינימליות להתמחות (12 אבחונים בארבע שנים). כתוצאה מכך, הנירופסיכולוגים בישראל עורכים הרבה פחות אבחונים ממה שמקובל לערוך במדינות אחרות, כגון ארצות הברית (3 בשבוע, Rabin et al., 2016) או ארגנטינה (15 בחודש) (Fernandez et al., 2016). ייתכן שממצא זה משקף שיקולים של עלות, כך שהעובדה שקופות החולים אינן מממנות אבחונים אינה מאפשרת למוסדות להציע לנירופסיכולוגים תקנים מתאימים שיאפשרו התמקדות באבחון. ייתכן גם שהממצא משקף העדפות של הנירופסיכולוגים עצמם, משום שבישראל ההכשרה שלהם עוסקת ברובה בטיפול וייתכן שהם מעוניינים לעסוק בטיפול יותר מאשר באבחון. ואכן, המשיבים במחקר הנוכחי דיווחו שהנחיות לטיפול היו הסיבה העיקרית לעריכת אבחון נירופסיכולוגי, ושפסיכולוגים ועובדי שיקום (במוסד לביטוח לאומי ובמשרד הביטחון) הם הגורם העיקרי שמפנה אנשים לאבחונים שהם עורכים. יתרה מכך, כאשר משתתפי המחקר נשאלו את מי יש להפנות לאבחון נירופסיכולוגי, הם דיווחו על מאפיינים שחשובים לטיפול יותר מאשר לאבחון, כגון פוטנציאל שיקומי, גיל צעיר, סיכוי לחזור לעבודה, ומוטיבציה. ממצאים אלה אינם מאפיינים את האבחון במדינות אחרות שבהן האבחון נועד לסייע במתן אבחנה מבדלת (Rabin et al., 2016).

ככלל, הנירופסיכולוגים סברו שקופות החולים צריכות לממן אבחון נירופסיכולוגי ושהמימון הנוכחי אינו מספק. רובם השיבו שהמטופלים שלהם משלמים על אבחון באופן פרטי. בנוסף, הנירופסיכולוגים לא הכירו את נהלי ההפניה לאבחון הנירופסיכולוגי באמצעות קופות החולים. קשה להפריד בין סיבה לתוצאה בנוגע לממצא זה. ייתכן שהנירופסיכולוגים אינם מכירים את הנהלים משום שהם אינם עורכים אבחונים במימון קופת חולים, וייתכן שהעובדה שהם אינם מכירים

את הנהלים מובילה לכך שהם אינם עורכים אבחונים במימון קופת חולים. נראה שחוסר ההתאמה בין צרכי הרופאים לבין העבודה של הנירופסיכולוגים תורמת גם היא לכך שהמימון הציבורי של האבחון הנירופסיכולוגי בישראל מוגבל למדי. אחד הפתרונות לכך הוא שנירופסיכולוגים יעבדו במסגרת צוותים רב-מקצועיים בקופות החולים ובבתי החולים, כפי שנעשה כיום במרפאות רבות בארצות הברית (Kubu et al., 2016). שיתוף פעולה כזה יכול להוביל לשיפור השירות שניתן לפונים הן על ידי חידוד מטרת ההפניה וקשר ישיר בין הגורם המפנה לבין מי שעורך את האבחון, והן על ידי קיצור משך האבחון וצמצום הדוח הסופי. עבודה כזו יכולה להוביל גם לירידה בעלות האבחון בשירות הציבורי, כך שתהיה התאמה טובה יותר בין התעריף שקבע משרד הבריאות לבין עלות העבודה בפועל.

נתונים מקופות חולים ומהמכון הלאומי לשיקום נפגעי ראש

3.3 שיטות העבודה

קופת חולים מכבי:

פנינו למכון המחקר של קופת חולים מכבי וביקשנו לקבל נתונים על מספר ההפניות לאבחון ניורופסיכולוגי שהתקבלו ואושרו בשנים 2008-2018 בשני קודים עיקריים: אבחון ניורופסיכולוגי מלא (L9616) ואבחון ניורופסיכולוגי ממוקד (L9617). ביקשנו לקבל גם מידע דמוגרפי על המבוטחים הללו (גיל, מין, מחוז) וגם מידע על המוסד שבו התקיימו האבחונים. כמו כן, ביקשנו לקבל מידע על המחלה העיקרית של האנשים שהופנו לאבחון ועל מספר המבוטחים שקיבלו אחת מהאבחנות הרלוונטית באותן שנים, ללא קשר לאבחון הניורופסיכולוגי.

שירותי בריאות כללית:

פנינו לפסיכולוגית הראשית בשירותי בריאות כללית וביקשנו לקבל ממנה מידע בנוגע למספר ההפניות לאבחון ניורופסיכולוגי בשני קודים: אבחון ניורופסיכולוגי מלא (L9616) ואבחון ניורופסיכולוגי ממוקד (L9617). ביקשנו לקבל גם את הנהלים הפנימיים להפניה לאבחון בשירותי בריאות כללית. הנתונים נמסרו לנו עבור השנים 2014-2019, ללא פירוט של האבחנות של המבוטחים שהופנו לאבחון, או של המוסדות שבהם נערכו האבחונים.

המכון הלאומי לשיקום נפגעי ראש:

פנינו למכון הלאומי לשיקום נפגעי ראש וביקשנו לקבל נתונים על האבחונים הניורופסיכולוגים שנערכו בסניף תל אביב של המכון בשנים 2007-2017. עוזרי מחקר מהמכון הלאומי ריכזו עבורנו את הנתונים בנוגע למאפיינים הדמוגרפיים של המאובחנים ולגורמים שהפנו את המטופלים לאבחון ניורופסיכולוגי במכון.

4.3 ממצאים**קופת חולים מכבי:**

בשנים 2008-2018 הופנו לאבחון נירופסיכולוגי 418 מבטחים (ר' טבלה 5), מחציתם גברים (51.6%). מתוך ההפניות הללו, קופת חולים מכבי אישרה 312 אבחונים (74.6%). הגיל הממוצע של המבטחים שהופנו לאבחון היה 39.75 שנים (טווח 7-83, סטיית תקן 20.8). נמצא הבדל מובהק בגיל בין המבטחים שקיבלו אישור לאבחון (גיל ממוצע 38.1) לבין המבטחים שלא קיבלו אישור לאבחון (44.6), כך שמבטחים שקיבלו אישור היו צעירים יותר ממבטחים שלא קיבלו אישור. עם זאת, לא נמצא הבדל בין שיעור האישורים שקיבלו ילדים עד גיל 18 (74.3%) לבין שיעור האבחונים שקיבלו מבוגרים מעל גיל 18 (74.5%). התפלגות ההפניות לפי מחוזות הייתה: מחוז מרכז 28.2%, מחוז השרון 21.5%, מחוז השפלה וירושלים 25.5%, מחוז הדרום 14.3%, ומחוז הצפון 10.5%. טבלה 5 מציגה את מספר ההפניות לפי שנים.

טבלה 5: אבחונים נירופסיכולוגיים שמומנו על ידי קופת חולים מכבי בשנים 2008-2018

שנה	מספר הבקשות	מספר הבקשות שאושרו
2008	4	3 (75.00%)
2009	16	14 (87.5%)
2010	15	14 (93.3%)
2011	14	13 (92.9%)
2012	12	12 (100.0%)
2013	13	9 (69.2%)
2014	16	14 (87.5%)
2015	16	14 (87.5%)
2016	65	43 (66.2%)
2017	109	78 (71.6%)
2018	138	97 (70.3%)
סה"כ	418	312 (74.6%)

הערה: המספרים מתייחסים לכל הקודים שקיימים בקופת חולים מכבי לאבחון נירופסיכולוגי.

כפי שאפשר לראות בטבלה 5, מספר ההפניות גדל לאורך השנים, אך נותר מצומצם ביותר. כמו כן, אחוז ההפניות הכולל שאושרו על ידי הקופה עמד על כ-75%. טבלה 6 מציגה את מספר המבטחים שבתיקם הופיעה אבחנה רלוונטית ואת מספר המבטחים עם כל אחת מהאבחנות הללו שקיבלו אישור לאבחון נירופסיכולוגי בקופת חולים מכבי.

טבלה 6: מבטחים בקופת חולים מכבי, לפי מחלות ולפי הפניות שאושרו לאבחון נירופסיכולוגי בשנים 2008-2018

מחלה	דמנציה	אפילפסיה	חבלת ראש	אירוע מוחי	טרשת נפוצה	גידול מוחי	שילוב אבחנות
מס' מאובחנים	5877	5943	2288	12861	2104	1293	1718
הפניות שאושרו	40	125	27	12	12	7	89
	0.7%	2.1%	0.1%	0.01%	0.6%	0.5%	5%

הערה: האבחנה מתייחסת לאבחנה הראשונה שהופיעה בתיק הרפואי של המבטחים בין השנים 2008-2018. העמודות מימין מתייחסות למבטחים שבתיקם הרפואי הופיעה רק אבחנה אחת מתוך האבחנות שבטבלה. העמודה השמאלית ביותר מתייחסת למטופלים שבתיקם הופיעה יותר מאבחנה אחת מאלה שמופיעות בטבלה.

כפי שאפשר לראות בטבלה 6, ביחס למספר המבוטחים בקופת חולים מכבי שהיו חולים במחלות שבהן יש לשקול אבחון נירופסיכולוגי (32,084 אנשים מעבר לסוג מחלה), שיעור המבוטחים שקיבלו הפניה לאבחון נירופסיכולוגי היה נמוך מאוד. בכל המחלות הרלוונטיות פרט לאפילפסיה פחות מאחוז מהחולים הופנו לאבחון נירופסיכולוגי וקיבלו אישור לבצע אותו. השיעור היה מעט יותר גבוה בקרב חולי אפילפסיה והוא עמד על 2%. כמו כן, בחינה של שיעור המבוטחים שקיבלו הפניה לאבחון ובקשתם למימון האבחון אושרה הראתה שהשיעור הגבוה ביותר היה בקרב חולי אפילפסיה (85.6%). ייתכן שממצא זה משקף את העובדה שחולי אפילפסיה עברו אבחון נירופסיכולוגי כהכנה לניתוח והקופה ראתה טעם באבחונים אלו יותר מאשר באבחונים אחרים. בטבלה 7 מוצגים נתונים לגבי המוסדות שבהם נערכו האבחונים.

טבלה 7: אחוז מבוטחי מכבי שהופנו לאבחון נירופסיכולוגי, לפי המוסד שאליו הופנו

שם המוסד	אחוז המבוטחים שהופנו למוסד
1 בית החולים איכילוב	36.5%
2 המרכז הרפואי שיבא	18.6%
3 בית החולים הדסה	9.6%
4 המרכז לרפואת ילדים שניידר	4.6%
5 בית החולים רמב"ם	3.2%
6 בית החולים לוינשטיין	1.0%
7 המרכז הרפואי שערי צדק	0.6%
8 המרכז הרפואי אברבנאל	0.6%
9 המכון הלאומי לנפגעי ראש	0.6%
10 בית החולים אסף הרופא	0.3%
11 המרכז הרפואי רבין	0.3%
12 המרכז הרפואי קפלן	0.3%
ללא פירוט מוסד	23.7%

כפי שאפשר לראות בטבלה 7, מרבית האבחונים שנערכו במימון קופת חולים מכבי בוצעו בבתי החולים איכילוב, תל השומר והדסה (64.7% מכלל האבחונים נערכו בשלושת המוסדות הללו), ורק אבחונים בודדים נערכו במוסדות אחרים.

שירותי בריאות כללית

בשירותי בריאות כללית יש נוהל מסודר שמאפשר לקבוע זכאות לאבחון. כיוון שמשרד הבריאות לא קבע תעריף לאבחון נירופסיכולוגי מלא, שירותי בריאות כללית אינם מנפיקים טופס 17 לאבחון מלא ומאשרים לבצע אותו רק בבתי חולים של הקופה (למשל בבית חולים לוינשטיין). לפי המידע שהועבר לנו, האבחון הממוקד מאושר בשלושה מקרים: (1) לצורך סקירה ראשונית לאחר בדיקת נירולוג או נירוכירורג, כדי לבדוק אם יש פגיעה נירופסיכולוגית; (2) כדי להעריך את ההשלכות של בעיה אורגנית (בעיה פסיכולוגית שנובעת מפגיעה פיזית) על המערכת הקוגניטיבית; (3) כדי לעקוב אחר שינויים במצבים נירולוגיים כתוצאה מטיפול. על מנת לקבל את השירות יש לקבל הפניה מפסיכולוגים שיקומיים, נירולוגים, נירוכירורגים או פסיכיאטרים. ההפניה צריכה לקבל אישור

מהפסיכולוגית הראשית/ת במחוז. טבלה 8 מציגה את האבחונים הנורופסיכולוגיים שקיבלו מימון משירותי בריאות כללית בשנים 2014-2019.

טבלה 8: אבחונים נורופסיכולוגיים שמומנו על ידי שירותי בריאות כללית בשנים 2014-2019

שנה	קוד L9616 (מלא)	קוד L9617 (ממוקד)	הפניות שאושרו	מספר הפניות
2014	0	20	16	20
2015	12	32	21	32
2016	25	237	192	237
2017	24	328	266	328
2018	81	321	268	321
2019	109	473	422	473
סה"כ	251	1411	1185 (84%)	1411

כפי שאפשר לראות בטבלה 8, מספר ההפניות גדל לאורך השנים, אך נותר מצומצם למדי. אף שלא היו בידינו נתונים על מספר המבוטחים שאובחנו במחלות נורולוגיות רלוונטיות, אפשר להניח ששיעור המבוטחים שחלו במחלות אלה היה דומה לזה שנמצא בקופת חולים מכבי, ולכן שיעור המבוטחים שקיבלו אבחון מתוך כלל המבוטחים שהיו זקוקים לו היה נמוך מאוד (לפי חישוב גס שהתייחס למספר המבוטחים בשירותי בריאות כללית בשנים הרלוונטיות, השיעור עמד על פחות מאחוז, כפי שנמצא בקופת חולים מכבי).

המכון הלאומי לשיקום נפגעי ראש (ע"ר)

במכון הלאומי לשיקום נפגעי ראש (ע"ר) בתל אביב נערכו 476 אבחונים בשנים 2017-2007. הגיל הממוצע של המאובחנים עמד על 36.37 (סטיית תקן 12.09), ו-67% מהם היו גברים. מרבית המאובחנים (82%) עברו סריקת CT מוח ו-37% עברו MRI מוח. הזמן הממוצע בין המחלה או הפגיעה הראשונית לבין האבחון במכון הלאומי עמד על 7.04 שנים (סטיית תקן 7.15), אם כי כ-20% מהמאובחנים עברו אבחון קודם במוסד אחר 3.12 שנים בממוצע לאחר הפגיעה. טבלה 9 מציגה את הסיבות הרפואיות לאבחון הנורופסיכולוגי שנערך במכון הלאומי לשיקום נפגעי ראש (ע"ר) ואת הגורמים שהפנו את האנשים לאבחון ומימנו אותו.

טבלה 9: סיבות רפואיות להפניה לאבחון נורופסיכולוגי וגורמים שהפנו מאובחנים למכון הלאומי לנפגעי ראש

סוג הפגיעה	מספר מקרים	אחוזים מסה"כ	גורם מממן	מספר מקרים	אחוזים מסה"כ
תאונת דרכים	180	37.8%	ביטוח לאומי	383	80.4%
חבלת ראש ללא ת.ד.	50	10.5%	משרד הביטחון	49	10.2%
מחלה	73	15.4%	פרטי	24	5.0%
גידול	64	13.4%	חברות ביטוח	9	2.0%
אירוע מוחי	61	12.8%	קופות חולים	2	0.4%
מחלה או סיבה אחרת	48	10.1%	אחר	9	2.0%
סה"כ	476		סה"כ	476	

כפי שאפשר לראות בטבלה 9, הסיבה העיקרית לאבחון במכון הלאומי לשיקום נפגעי ראש (ע"ר) הייתה חבלת ראש בתאונת דרכים או בנסיבות אחרות, ובנוסף לכך גם אנשים שסבלו ממחלות

מוחיות (כגון דלקת, טרשת), גידולים ואירועים מוחיים עברו אבחון נירופסיכולוגי במכון הלאומי לנפגעי ראש. הגורם המפנה המרכזי היה המוסד לביטוח לאומי, שמימן מעל 80% מהאבחונים. הממצאים מצביעים על כך שמרבית האבחונים שנערכו במכון הלאומי לנפגעי ראש נערכו במימון ציבורי דרך המוסד לביטוח לאומי, אגף השיקום במשרד הביטחון וקופות החולים, אך החלק היחסי של קופות החולים היה זעום. כלומר, אף שהמאובחנים סבלו מפגיעה מוחית והסיבה לכך הייתה ללא ספק רפואית, ואף שהאבחון נועד להעריך את ההשלכות של הפגיעה המוחית על התפקוד, כמפורט בהתוויה של שירותי בריאות כללית, האבחונים שנערכו במכון הלאומי לשיקום נפגעי ראש לא נעשו במימון חוק הבריאות הממלכתי.

5.3 דיון ומסקנות

בתוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי מופיעים כל שירותי הרפואה והבריאות שבאחריות קופות החולים ונאמר בו במפורש (סעיף 22 ד') ששירותי פסיכולוגי תומך רפואה, כזה שמוצע על ידי פסיכולוגים רפואיים ושיקומיים, נכלל בחוק. השירות אמור לכלול הן טיפול פסיכולוגי שיקומי ונירופסיכולוגי והן שירותי אבחון והערכה פסיכולוגיים, ובתוכם אבחון נירופסיכולוגי. ההגדרה של האבחון הנירופסיכולוגי הכולל (L9616) והממוקד (L9617) מפורטת ביותר והיא מצביעה על ההבנה שאבחון זה יכול לסייע בטיפול הרפואי שמוצע לאנשים שזקוקים לו. אף על פי כן, מספר האבחונים הנירופסיכולוגיים שממומנים על ידי קופות החולים נמוך מאוד. הממצאים שהתקבלו מקופת חולים מכבי הצביעו על כך שפחות מאחוז מהאנשים שעשויים להיות זקוקים לאבחון נירופסיכולוגי אכן מקבלים אותו בפועל וממצאים דומים עלו גם מהנתונים שהתקבלו משירותי בריאות כללית. הממצאים המשלימים שהתקבלו מהמכון הלאומי לשיקום נפגעי ראש הראו שעיקר האבחונים הנירופסיכולוגיים שנערכים בישראל במימון ציבורי אינם נערכים במסגרת חוק הבריאות הממלכתי, אלא במסגרת שירותי השיקום שמציעים המוסד לביטוח לאומי ואגף השיקום במשרד הביטחון. חשוב לציין שאנשים רבים שזקוקים לאבחון נירופסיכולוגי אינם יכולים לקבל אותו דרך מוסדות אלה, משום שלא הפסיקו לעבוד בעקבות הפגיעה או משום שפוטנציאל השיקום התעסוקתי שלהם אינו גבוה. אף שהאבחון הנירופסיכולוגי קשור בקשר ישיר לשיקום, אחת המטרות החשובות ביותר של האבחון הנירופסיכולוגי היא לוודא אם האדם סובל מקושי נירופסיכולוגי כתוצאה מפגיעה או ממחלה מוחית על מנת להציע לו טיפול רפואי.

ראיונות עם קובעי מדיניות

3.4 שיטות העבודה

על מנת להבין מדוע מספר ההפניות לאבחון נירופסיכולוגי דרך קופות החולים נמוך וכיצד קופות החולים מחליטות למי לאשר אבחון נירופסיכולוגי, נערכו תשעה ראיונות במשרד הבריאות ובקופות החולים. הראיונות התבססו על שאלות שנקבעו מראש בנוגע לעמדות כלפי אבחון נירופסיכולוגי,

הגורמים שמספקים אבחון נוירופסיכולוגי, השיקולים שצריכים להיכלל בהחלטה על ההפניה לאבחון והדרך שבה אפשר להוביל שינוי במספר ההפניות לאבחון נוירופסיכולוגי במימון ציבורי.

4.4 ממצאים

מהתשובות של כל המרואיינים עלה שהערך המוסף של האבחון הנוירופסיכולוגי אינו ברור דיו לגורמים הרלוונטיים. לדוגמה, חלק מהמרואיינים ציינו שבתחום הגריאטריה המטופלים נעזרים במבחני סינון קוגניטיביים ואין צורך לערוך אבחון נוירופסיכולוגי. מרואיין אחר ציין שאין צורך באבחון נוירופסיכולוגי בגריאטריה משום שאין דרך לטפל באנשים עם דמנציה. מרואיין אחר הדגיש שהטיפול הקוגניטיבי נעשה על ידי מרפאות בעיסוק, והן אלה שצריכות לאבחן את המטופלים. ניכר שמשרד הבריאות, קופות החולים והרופאים בשטח אינם מודעים ליתרונות של האבחון הנוירופסיכולוגי. זאת ועוד, הראיונות הצביעו על כך שגם רופאים שמכירים את האבחון הנוירופסיכולוגי אינם יודעים לאן או כיצד להפנות את המטופלים שלהם. חלק מהמרואיינים סברו שמי שצריך לקבוע את הקריטריונים להפניה לאבחון הוא משרד הבריאות, ובאופן ספציפי הפסיכולוג הראשי של משרד הבריאות. הם טענו שעל מנת להוביל למודעות גדולה יותר לצורך באבחון נוירופסיכולוגי, הנוירופסיכולוגים עצמם צריכים לעשות עבודת הסברה והמטופלים שלא קיבלו אישור מהקופה צריכים להתלונן על כך בפני נציב הקבילות של כל קופה. הצורך באבחון חייב לעלות מהשטח. עם זאת, המרואיינים הדגישו שתת-התקצוב של האבחון הנוירופסיכולוגי אינו חריג לעומת תחומים אחרים, שגם בהם יש תת-תקצוב.

חלק מהמרואיינים ציינו שהאבחון הנוירופסיכולוגי ארוך מדי, לא תמיד ברור שהמטופלים יכולים לעמוד בו, תשובותיו מעוכבות זמן רב, ורוב המטופלים שנמצאים בשיקום זקוקים לטיפול ולא לאבחון. לדבריהם, מטרת האבחון צריכה להיות יותר ברורה ורלוונטית לצרכים הרפואיים המידיים. בנוסף, כיוון שהתקנים לנוירופסיכולוגים בשירות הציבורי מצומצמים והאבחון חשוב פחות מהטיפול, אין פלא שיש מעט אבחונים במימון ציבורי. רובם סברו שההפניות לאבחון נוירופסיכולוגי מאושרות על ידי הקופות, ותת-התקצוב קשור בכך שהרופאים כלל אינם מפנים מטופלים לאבחון מלכתחילה ולא בשיקולים כלכליים של קופות החולים.

הראיונות עם הפסיכולוגים והרופאים בקופות החולים שאמורים לאשר את ההפניות העלו חוסר בולט בנהלים ברורים להפניה. בקופת חולים מאוחדת, שבה עובד נוירופסיכולוג, כל מי שהופנה לאבחון כיוון שהיה זקוק לו, קיבל אישור למימון. בניגוד לכך, בקופת חולים מכבי, בשירותי בריאות כללית ובקופת חולים לאומית מי שמאשר את ההפניות איננו נוירופסיכולוג. בקופת חולים מאוחדת אנשי המקצוע האחרים שנתקלים בקשיים נוירופסיכולוגים יכולים להתייעץ עם הנוירופסיכולוג שעובד בקופה. בקופת חולים לאומית ההפניות מאושרות בקלות יחסית, אך ייתכן שמצב זה נובע ממיעוט ההפניות. בקופת חולים מכבי האישור למימון האבחון ניתן בקלות רבה יותר לאנשים שעומדים בפני פרוצדורה ניתוחית מאשר לאנשים שנמצאים בשיקום. בשירותי בריאות

כללית האישור להפניה לאבחון נירופסיכולוגי מתקבל כאשר יש צורך בפרוצדורה ניתוחית וכאשר יש מחלה גופנית שנדרש עבורה אבחון בנוגע להמשך טיפול. באופן כללי, המרואיינים לא הבחינו בין מקרים שבהם התוצאה של מבחני סינון קוגניטיבי מעידה על קושי בולט ולכן אין צורך להמשיך בבירור, לבין מקרים שבהם התוצאה מעידה על קשיים קלים ולכן יש צורך להמשיך בבירור. חלק מהמרואיינים הציעו שקופת החולים עצמה תציע אבחונים נירופסיכולוגים ולא תסתפק בהפניה של מטופלים למסודות חיצוניים. הם סברו שכך המודעות לאבחון תעלה בקרב רופאי הקופה, הרופאים יידעו למי להפנות את המטופלים הרלוונטיים, והאבחונים יהיו ממוקדים ומועילים יותר. עם זאת, בקופת חולים מאוחדת ובקופת חולים מכבי יש מכוני שיקום שיכולים להציע אבחונים כאלה, אך הם אינם עושים זאת. מהראינות עלה שבמכון שיקום הדגש איננו על אבחנה מبدלת אלא על שיקום, ולעיתים קרובות האבחון במכונים הללו נעשה על ידי מרפאה בעיסוק. בנוסף, המרואיינים ציינו שנירופסיכולוגים שעובדים במכון שיקום מטעם הקופה עסוקים בעיקר בטיפול רגשי ואין להם פנאי לאבחונים, שנמצאים בעדיפות נמוכה יותר. כלומר, הקמה של מרכזי שיקום ללא תקינה ספציפית לאבחון לא תקדם את האבחון הנירופסיכולוגי דרך קופות החולים. עם זאת, סביר להניח שאילו מכוני השיקום של קופות החולים היו מקומות מוכרים להתמחות שיקומית, היו נערכים בהם אבחונים נירופסיכולוגים, וחשוב לקדם את האפשרות להתמחות במכונים אלה. דרך נוספת להעלות את המודעות של קופות החולים לצורך באבחון נירופסיכולוגי היא באמצעות הבקורות שמשדד הבריאות עושה על השירותים הפסיכולוגיים באופן כללי. בעשור האחרון משדד הבריאות מיסד את הבקרה על קופות החולים. אחת לשנתיים מגיע צוות ממשדד הבריאות ועורך בקרה על היבטים רפואיים ומנהליים באחד מן המחוזות של קופת חולים. בשנים הראשונות, פסיכולוגים לא היו חלק מהבקרה אבל כיום הם מצטרפים לבקורות הללו ומדגישים את החובה לתת שירות פסיכולוגי שאינו מיועד רק למטופלים בבריאות הנפש. דוחות הבקרה הללו מתפרסמים באתר של משדד הבריאות והם מראים שיש חוסר גדול בשירות של פסיכולוגים שיקומיים שממומן על ידי קופות החולים, ולא רק באבחון נירופסיכולוגי. לפי המרואיינים, דוחות הבקרה מצביעים על כך שברוב קופות החולים אין נהלים מסודרים להפניה לפסיכולוג שיקומי או לאבחון נירופסיכולוגי וגם לא תמיד יש פסיכולוג/ית ראשית שיכולה להוציא נהלים כאלה. החל מ-2020 הבקרים דורשים מהמחוז לדווח על מספר האבחונים הנירופסיכולוגיים שנערכו בו. סוגיה מבנית נוספת שעלולה להציב חסם בפני האבחון הנירופסיכולוגי קשורה לשיוך הארגוני של הפסיכולוגיה בכלל ושל הפסיכולוגיה השיקומית בפרט בתוך הקופה, ולמי שממונה על אישור האבחונים הנירופסיכולוגים. בקופת חולים מאוחדת האישור של האבחון הנירופסיכולוגי נעשה על ידי פסיכולוגים ששייכים למערך בריאות הנפש; בקופת חולים מכבי האישור ניתן על ידי רופא שיקומי; בשירותי בריאות כללית האישור ניתן על ידי הפסיכולוגים המחוזיים (פסיכולוגים קליניים); בקופת חולים לאומית האישור ניתן על ידי הפסיכולוגית הראשית ששייכת למערך בריאות הנפש. באף קופה אין שירות נפרד של פסיכולוגיה שיקומית, ואין פסיכולוג שיקומי ראשי שמרכז את

העבודה המקצועית בתחום, הן מבחינה מקצועית והן מבחינה אדמיניסטרטיבית. חלק מהמרוויגים ציינו שעל מנת לשנות את המבנה הארגוני הזה יש צורך בהוראה מפורשת ממשרד הבריאות. אחרים ציינו שנוירופסיכולוגים צריכים להציג ניתוח כלכלי של היעילות של עבודתם ורק הוא יוביל לשינוי במבנה הארגוני של הקופות או במספר ההפניות לאבחון.

5.4 דיון ומסקנות

הראיונות עם קובעי המדיניות הצביעו על מספר חסמים מבניים להפניה ולאישור של אבחון נוירופסיכולוגי במסגרת קופות החולים. במרבית הקופות החסם העיקרי הוא שהרופאים אינם מכירים את האבחון ואינם מפנים אליו מטופלים שזקוקים לו. גם הגורמים שמאשרים את המימון לאבחון אינם מכירים מספיק את התרומה של האבחון הנוירופסיכולוגי לאבחנה ולטיפול הרפואי, וחלקם סבורים שברוב המקרים אין בו צורך. בקופות החולים לא מועסקים מספיק פסיכולוגים שיקומיים שיכולים לערוך את האבחונים הנוירופסיכולוגים בעצמם, וכמעט כל שירותי האבחון נעשים במיקור חוץ. אחת הדרכים לשנות את המצב היא על ידי הקמת מערכת של התמחות שיקומית בקופות החולים. דרך נוספת להעלות את המודעות לחשיבות האבחון ולאחריות של קופות החולים לספק את שירותי אבחון היא באמצעות הבקרה של משרד הבריאות. משרד הבריאות יכול גם לדרוש מקופת החולים שפסיכולוגים הם שידונו בהפניות לאבחון שמגיעות לפתחן.

5. דיון ומסקנות כלליות

חוק הבריאות הממלכתי בישראל מכיר בחשיבות של האבחון הנוירופסיכולוגי ומאפשר לקיים אותו במימון ציבורי. אבחון נוירופסיכולוגי יכול לסייע בהתוויה של תכנית הטיפול, ולהביא לחיסכון כספי ניכר הן של המטופל שזקוק לעזרה והן של קופות החולים. מרבית הנוירופסיכולוגים בישראל עובדים בשירות הציבורי ויכולים להציע שירותי אבחון במימון ציבורי, ואולם רוב האבחונים שנערכים בישראל ממומנים באופן פרטי. למצב זה יש סיבות שונות, החל מחוסר מודעות בקרב הרופאים שאינם מכירים את האבחון הנוירופסיכולוגי די הצורך, דרך ההעדפות המקצועיות של הנוירופסיכולוגים עצמם שרואים את עצמם בראש ובראשונה כמטפלים ולא כמאבחנים, וכלה בשיקולים מבניים שנוגעים לגורמים שמאשרים את ההפניות לאבחונים בקופות החולים ולהיעדר הנחיות קליניות מחייבות של משרד הבריאות בנושא.

הממצאים של שני סקרים שנערכו בקרב רופאים בתחומים רלוונטיים ונוירופסיכולוגים הראו כי הם מטפלים באנשים רבים שעשויים להזדקק לאבחון נוירופסיכולוגי, אך הם אינם יודעים כיצד להפנות אנשים לאבחון, ולכן בפועל הם כמעט לא מפנים אנשים לאבחון במימון קופת החולים. כמו כן, הממצאים הראו שהנוירופסיכולוגים בישראל עורכים פחות אבחונים ממה שמקובל במדינות אחרות (Fernandez et al., 2016; Olabarrieta-Landa et al., 2016; Rabin et al., 2016), ושרוב האבחונים נעשים לצורך טיפול ולא על מנת לתת אבחנה. הבדיקה של מספר האבחונים

שמתקיימים בפועל במימון ציבורי הראתה שקופות החולים מממנות מספר זעום של אבחונים ועיקר האבחונים הנירופסיכולוגיים שנערכים בישראל במימון ציבורי אינם נערכים במסגרת חוק הבריאות הממלכתי, אלא במסגרת המוסד לביטוח לאומי ואגף השיקום במשרד הביטחון. אף שמחסור בהפניות לשירות כלשהו עשוי לשקף שיקולים כלכליים ורצון לחסוך בעלויות, המחקר הנוכחי זיהה גם חסמים רבים שאינם קשורים בשיקולים אלה. הפער בין מספר ההפניות שהתקבלו לבין מספר ההפניות שאושרו לא היה גדול, וייתכן מאוד שהוא שיקף את התפיסה הרפואית של המאשרים ולא את הרצון שלהם לחסוך כסף. החסמים שמונעים ממטופלים שזקוקים לאבחון לקבל אותו קשורים בראש ובראשונה למודעות של הרופאים בתחומים הרלוונטיים לחשיבות האבחון ולתועלת שיכולה לצמוח להם ולמטופליהם מן השימוש בשירות זה. סביר להניח שהעובדה שהנירופסיכולוגים עורכים את מרבית האבחונים מחוץ למערכת הבריאות, ושהם רואים את מטרות האבחון כחלק מהטיפול הפסיכולוגי ולא כחלק מהטיפול הרפואי אינה מסייעת להעלאת המודעות לצורך באבחון זה בתוך מערכת הבריאות.

המסקנות העיקריות שעולות מהמחקר הן שהנירופסיכולוגים צריכים לשפר את ההסברה לרופאים בכל הנוגע לאבחון הנירופסיכולוגי וזאת על מנת שהרופאים יפנו יותר מטופלים לאבחון דרך קופות החולים. ייתכן שהדרך הטובה ביותר להעלות את המודעות של הרופאים לחשיבות האבחון היא באמצעות עבודה של צוותים רב-מקצועיים במסגרת קופות החולים או במרפאות בבתי החולים שאלהן קופות החולים מפנות את המטופלים. כמו כן, יש להוסיף תקנים לנירופסיכולוגים בדרגים שונים בקופות החולים, לוודא שהבקרה של משרד הבריאות מתייחסת לאבחון ניורופסיכולוגי, ולפעול לפרסום הנחיות של חטיבת הרפואה והפסיכולוג הראשי במשרד הבריאות בתחום זה. מכלול הצעדים הללו יובילו את הפסיכולוגים הראשיים בקופות לשפר את השירותים שניתנים למטופלים עם חבלות מוחיות ומחלות ניורולוגיות שזקוקים לאבחון ניורופסיכולוגי.

6. המלצות לגיבוש מדיניות ולמקבלי ההחלטות

- א. יש לנסח הנחיות ברורות להפניה לאבחון באמצעות קופות חולים. ההנחיות צריכות לכלול גם את המצבים הרפואיים שבהן יש צורך באבחון וגם את המקרים שבהם הטיפול הרפואי ישתפר כתוצאה מהאבחון.
- ב. יש להביא את ההנחיות להפניה לאבחון לידיעת כלל הגורמים המטפלים הרלוונטיים, כך שגם הרופאים, גם הפסיכולוגים בכלל וגם הנירופסיכולוגים יכירו את ההנחיות.
- ג. יש להתייחס לאבחונים הנירופסיכולוגיים בבקרה של משרד הבריאות.
- ד. יש להקים מערכת של התמחות שיקומית בקופות החולים שתאפשר לפסיכולוגים שיקומיים רבים יותר לבצע אבחונים במסגרת קופות החולים.
- ה. יש להקים צוותים רב-מקצועיים בקופות החולים ובבתי החולים שיעודדו תקשורת ישירה יותר בין הגורמים המפנים לבין הנירופסיכולוגים שעורכים את האבחון.
- ו. יש לכלול התייחסות לאבחון ניורופסיכולוגי בהכשרה של הרופאים בתחומים הרלוונטיים.

7. רשימת מקורות

- בלוך, א. ורן, מ. (2016). אבחון נירופסיכולוגי בישראל – נייר עמדה של הוועדה המקצועית לפסיכולוגיה שיקומית.
- Bishop, C. L., Temple, R. O., Tremont, G., Westervelt, H. J., & Stern, R. A. (2003). Utility of the neuropsychological evaluation in an acute medical hospital. *The Clinical Neuropsychologist*, 17(4), 468-473.
- Braun, M., Tupper, D., Kaufmann, P., McCrea, M., Postal, K., Westerveld, M., ... & Deer, T. (2011). Neuropsychological assessment: A valuable tool in the diagnosis and management of neurological, neurodevelopmental, medical, and psychiatric disorders. *Cognitive and Behavioral Neurology*, 24(3), 107-114.
- Chodosh, J., Petitti, D. B., Elliott, M., Hays, R. D., Crooks, V. C., Reuben, D. B., ... & Wenger, N. (2004). Physician recognition of cognitive impairment: Evaluating the need for improvement. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(7), 1051-1059.
- Echemendia, R. J., Iverson, G. L., McCrea, M., Macciocchi, S. N., Gioia, G. A., Putukian, M., & Comper, P. (2013). Advances in neuropsychological assessment of sport-related concussion. *British Journal of Sports Medicine*, 47(5), 294-298.
- Fernandez, A. L., Ferreres, A., Morlett-Paredes, A., Rivera, D., & Arango-Lasprilla, J. C. (2016). Past, present, and future of neuropsychology in Argentina. *The Clinical Neuropsychologist*, 30(8), 1154-1178.
- Geroldi, C., Canu, E., Bruni, A. C., Dal Forno, G., Ferri, R., Gabelli, C., ... & Zanetti, O. (2008). The added value of neuropsychologic tests and structural imaging for the etiologic diagnosis of dementia in Italian expert centers. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 22(4), 309-320.
- Hilsabeck, R. C., Hietpas, T. L., & McCoy, K. J. (2014). Satisfaction of referring providers with neuropsychological services within a Veterans Administration Medical Center. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 29(2), 131-140.
- Kavé, G., Bloch, A., Shabi, A., & Maril (submitted). Neuropsychological assessment in the Israeli healthcare system: A practitioners' survey.
- Kavé, G., Bloch, A., Maril, S., & Shabi, A. (2020). Familiarity with neuropsychological assessment among Israeli physicians. *Archives of Clinical Neuropsychology*.
- Kubu, C. S., Ready, R. E., Festa, J. R., Roper, B. L., & Pliskin, N. H. (2016). The times they are a changin': Neuropsychology and integrated care teams. *The Clinical Neuropsychologist*, 30(1), 51-65.
- Lezak, M. D. (2004). *Neuropsychological assessment*. Oxford: Oxford university press.
- Littlefield, L., Stokes, D., Bardenhagen, F., & Collins, L. (2012). *Government funded clinical neuropsychological services*. Melbourne: The Australian Psychological Society.
- Neuropsychological Services in Canada (2015). *A position statement of the Canadian Psychological Association (CPA) and the Association Québécoise des Neuropsychologues (AQNP)*.
<http://www.cpa.ca/aboutcpa/policystatements/#NeuropsychologicalServices>
- Michels, T. C., Tiu, A. Y., & Graver, C. J. (2010). Neuropsychological evaluation in primary care. *American Family Physician*, 82(5), 495-502.

- Millard, F. B., Kennedy, R. L., & Baune, B. T. (2011). Dementia: Opportunities for risk reduction and early detection in general practice. *Australian Journal of Primary Health*, 17(1), 89-94.
- Mitchell, A. J., Meader, N., & Pentzek, M. (2011). Clinical recognition of dementia and cognitive impairment in primary care: A meta-analysis of physician accuracy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(3), 165-183.
- Olabarrieta-Landa, L., Caracuel, A., Pérez-García, M., Panyavin, I., Morlett-Paredes, A., & Arango-Lasprilla, J. C. (2016). The profession of neuropsychology in Spain: Results of a national survey. *The Clinical Neuropsychologist*, 30(8), 1335-1355.
- Rabin, L. A., Paolillo, E., & Barr, W. B. (2016). Stability in test-usage practices of clinical neuropsychologists in the United States and Canada over a 10-year period: A follow-up survey of INS and NAN members. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 31(3), 206-230.
- Salmon, D. P., & Bondi, M. W. (2009). Neuropsychological assessment of dementia. *Annual Review of Psychology*, 60, 257-282.
- Sweet, J. J., Benson, L. M., Nelson, N. W., & Moberg, P. J. (2015). The American Academy of Clinical Neuropsychology, National Academy of Neuropsychology, and Society for Clinical Neuropsychology (APA Division 40) 2015 TCN professional practice and 'salary survey': Professional practices, beliefs, and incomes of US neuropsychologists. *The Clinical Neuropsychologist*, 29(8), 1069-1162.
- Temple, R. O., Carvalho, J., & Tremont, G. (2006). A national survey of physicians' use of and satisfaction with neuropsychological services. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 21(5), 371-382.
- Tremont, G., Westervelt, H. J., Javorsky, D. J., Podolanczuk, A., & Stern, R. A. (2002). Referring physicians' perceptions of the neuropsychological evaluation: How are we doing?. *The Clinical Neuropsychologist*, 16(4), 551-554.
- Vakil, E. (2012). Neuropsychological assessment: Principles, rationale, and challenges. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 34(2), 135-150.
- Vakil, E., & Hoofien, D. (2016). Clinical neuropsychology in Israel: History, training, practice and future challenges. *The Clinical Neuropsychologist*, 30(8), 1267-1277.
- Van den Dungen, P., Marwijk, H. W., Horst, H. E., Moll van Charante, E. P., MacNeil Vroomen, J., Ven, P. M., & Hout, H. P. (2012). The accuracy of family physicians' dementia diagnoses at different stages of dementia: A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(4), 342-354.