



BR-RR-357
C.3

ג'וינט-מכון ברוקדייל

"רפואה שלמה" - תוכנית התערבות למען יוצאי אתיופיה במרפאות ראשוניות: תוצאות מחקר הערכה

נורית ניראל ♦ ברוך רוזן ♦ שורוק איסמעיל

המחקר בוצע ביוזמת ג'וינט ישראל וקרן אנגלברג ובמימון

דוח מחקר

דמ-00-357

BR-RR-357-00

: "רפואה שלמה"

נירל, נורית



0027207001002

ג'וינט-מכון ברוקדייל מהו?

מרכז ארצי למחקר בתחומי הזיקנה, התפתחות האדם ורווחה חברתית בישראל, שהוקם ב-1974.

ארגון עצמאי ללא כוונת רווח, הפועל בשיתוף עם הג'וינט העולמי (AJJDC) וממשלת ישראל.

צוות של אנשי מקצוע המקדישים עצמם למחקר יישומי בסוגיות חברתיות בעלות קדימות עליונה בסדר היום הלאומי.

קבוצת חשיבה שנטלה על עצמה מחויבות לסייע לקובעי המדיניות ולספקי השירותים בתכנון וביישום תכניות רווחה.

המחקר במכון מתבסס על גישה בין-תחומית. במכון חמש יחידות עיקריות:

- ♦ זיקנה
- ♦ מדיניות בריאות
- ♦ קליטת עלייה
- ♦ מוגבלות
- ♦ המרכז לילדים ולנוער



**"רפואה שלמה" -
תוכנית התערבות למען יוצאי אתיופיה
במרפאות ראשוניות: תוצאות מחקר הערכה**

נורית ניראל ברוך רוזן שורוק איסמעיל

המחקר בוצע ביוזמת ג'וינט ישראל וקרן אנגלברג ובמימון

ג'וינט-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה
והתפתחות אדם וחברה
ת"ד 13087
ירושלים 91130

טלפון : 02-6557400
פקס : 02-5612391

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



פרסומים נוספים של מכון ברוקדייל בנושא זה

ליפשיץ, ח'; נועם, ג'; חביב, ג' (בסיועם של וולפסון, מ' וקונסטנטינוב ר'). 1998. קליטתם של בני נוער יוצאי אתיופיה: מבט רב ממדי - ראיית בני הנוער, האמהות ואנשי מערכת החינוך - דוח מסכם. דמ-98-332.

ליפשיץ, ח'; נועם, ג'; סגל, ע'. 1997. קליטתם של בני נוער יוצאי אתיופיה: מבט רב ממדי. דוח 1: קווי מדיניות, שירותים ותפיסת הבעיות בעיני אנשי מקצוע וקובעי מדיניות. דמ-97-313.

ליפשיץ, ח'. 1997. מעקב אחר עולי אתיופיה בוגרי "פרויקט הצעירים": מחזוריים "טרום שלמה" ו"שלמה". דמ-97-293.

להזמנת פרסומים אלה ניתן לפנות לגיוינט-מכון ברוקדייל, ת.ד. 13087, ירושלים 91130,
טל': 02-6557400, פקס: 02-5612391; אתר אינטרנט: www.jdc.org.il/brookdale

חברי ועדת ההיגוי למחקר:

אלן גולדברג, ראש אגף תכנון והערכה, גיוינט-ישראל
יחיאל ערן, ראש תחום שילוב יהודי אתיופיה, גיוינט-ישראל
ניבי דיין, מנהלת תוכניות בריאות ליוצאי אתיופיה
דיאן לוין, מנהלת המחלקה לחינוך ולקידום בריאות, שירותי בריאות-כללית (בעבר קופת חולים כללית)

יועץ למחקר: ממויה זרה

רכז עבודת שדה: יצחק זילברמן

תקציר

גיוינט-מכון ברוקדייל התבקש לבצע הערכה לתוכנית ההתערבות שיזמו גיוינט-ישראל ושירותי בריאות-כללית (בעבר, קופת חולים כללית), שבה מבוטחים למעלה מ-90% מיוצאי אתיופיה בישראל. ההערכה נועדה לשם שיפור המפגש בין יוצאי אתיופיה ונותני השירות הרפואי ולשם קידום הבריאות בקרבם. תוכנית ההתערבות כוללת שלושה מרכיבים: 1. העסקת יוצאי אתיופיה שהוכשרו לעבודה כמקדמי בריאות (מגשרים) לצורך גישור בין-תרבותי בין החולה לרופא; 2. הדרכה לחברי הצוות במרפאה במטרה לשנות עמדות, לגשר על פערים בין תרבותיים ולהוסיף ידע על תפיסת בריאות בקרב מבוטחים יוצאי אתיופיה; 3. פעולות של חינוך לבריאות בקרב קבוצות מטופלים יוצאי אתיופיה על ידי המגשרים שהוכשרו לשם כך.

מטרות מחקר ההערכה היו לבחון את השפעת התוכנית על יוצאי אתיופיה במרפאה בנוגע להתמצאות בקבלת השירותים בקופה, לזמינותם ולנגישותם ולקשר בין הרופא לחולה; ללמוד על התוכנית והשפעתה מנקודת המבט של הצוות במרפאה; לנתח את השפעת תוכנית ההתערבות על רמת ההוצאה למטופל יוצא אתיופיה.

שיטת המחקר הייתה חקר אירוע בשלושה דגמים של מרפאות ניסוי ובמרפאת ביקורת. דגמי המרפאות היו: 1. יש מגשר והצוות עבר השתלמות; 2. יש מגשר והצוות לא עבר השתלמות; 3. אין מגשר והצוות עבר השתלמות. במחקר נעשה שימוש בכמה כלי מחקר: סקר מבקרים יוצאי אתיופיה במרפאות, כשנה לאחר תחילת התוכנית; ראיונות עומק עם חברי צוות במרפאה, כשנה לאחר הפעלת התוכנית; ניתוח נתונים על הוצאות למבוטח מתוך קובצי נתונים מנהליים, "לפני" ו"אחרי" הפעלת התוכנית.

יישום התוכנית

בחינת יישום התוכנית במרפאות העלתה כי המגשרים משולבים בעבודת צוות המרפאה. הצוות נעזר בהם בעת הפגישה עם החולה, לצורך תרגום, הסבר והבנה לעומק של בעיותיו, למעקב אחר נטילת תרופות, לקשר עם משפחות החולים ולביקורי בית. לדברי הצוות הרפואי, הדבר תורם לתחושת הביטחון שלו באפקטיביות הטיפול. לעומת זאת, במרפאת הניסוי ללא מגשר ובמרפאת הביקורת הצוות הרפואי חש קושי בתקשורת עם המטופלים יוצאי אתיופיה. קושי המביא לשימוש במתרגמים מזדמנים, שתועלתם אינה תמיד רבה ולביצוע מספר בדיקות רב. חברי הצוות הרפואי בשלוש מרפאות הניסוי ציינו שהטיפול ביוצאי אתיופיה אפקטיבי והם היו שבעי רצון מאיכות הטיפול שהם יכולים לתת למטופלים יוצאי אתיופיה. לעומת זאת, במרפאת הביקורת, חש הצוות הרפואי קושי ותסכול על כך שהטיפול הניתן אינו אופטימלי והוא הביע אי שביעות רצון מחוסר יכולתו להעניק טיפול יעיל לבני העדה.

פעילות המגשרים העיקרית באה לידי ביטוי בגישור בין-תרבותי בעת המפגש בין הרופא לחולה וכן בסיוע אישי למבקרים יוצאי אתיופיה במרפאה. מסקר המבקרים עלה כי כשליש מיוצאי אתיופיה נעזרים בהם בקביעות. הפעילות לחינוך לבריאות בקרב קבוצות מיוצאי אתיופיה פחות בולטת בעבודתם של המגשרים,

שכיחותה שונה בין מרפאות הניסוי והיא תלויה במידה שהצוות הסיעודי במרפאה נוטל יוזמה לכך ונעזר במגשר להפעלתה.

לדברי המגשרים, בתחילת עבודתם הם עסקו בעיקר בהסבר בנוגע לנהלים והתמצאות בקבלת השירות והיום הם עוסקים בעיקר בהסבר על שימוש נכון בתרופות, במעקב אחר חולים כרוניים ואף בעזרה במצבי לחץ וחרדה. אכן, הצוות במרפאות הניסוי עם מגשר דיווח כי המעקב אחר נטילת תרופות וביצוע טיפולים, בעיקר בקרב המבוגרים והחולים הכרוניים, נעשה תוך היעזרות רבה במגשר. לעומת זאת, במרפאת הביקורת דווח על קושי בקיום מעקב כזה, בעיקר בשל קשיי תקשורת.

התמצאות בקבלת השירותים

מסקר המבקרים במרפאות עולה כי שיעור מי שהתמצאו בקבלת שירותי רופא מקצועי וידעו לאן לפנות, לצורך ביצוע בדיקות מחוץ למרפאה, היה גבוה בשלוש מרפאות הניסוי יותר מאשר במרפאת הביקורת (42% בממוצע לעומת כ-30% במרפאת הביקורת). במרפאת הביקורת ואף במרפאת הניסוי השלישית, ללא מגשר, היו גם יותר שאמרו שאינם יודעים ואיש לא מסביר להם כיצד לקבל את השירות. המרואיינים נשאלו גם אם קיבלו עזרה מצוות המרפאה או מגורם אחר בנוגע לקבלת השירותים. נמצא כי יותר מרואיינים במרפאות הניסוי דיווחו שהעזרה שקיבלו הקלה עליהם מאוד בביצוע בדיקות (43%-50%) לעומת מרואיינים במרפאת הביקורת (29%). כמו כן, יותר מרואיינים במרפאות שבהן פעל מגשר (42% בממוצע), ואף במרפאת הניסוי ללא מגשר (33%) אמרו שהעזרה שקיבלו הקלה עליהם מאוד לקבוע תור לרופא מקצועי, לעומת מרפאת הביקורת (25%); בנוסף לכך, במרפאות שבהן פעלו מגשרים אחוז המרואיינים שדיווחו שהעזרה שקיבלו הקלה עליהם מאוד בהתמצאות בקבלת השירותים היה גבוה הרבה יותר בקרב אלו שנעזרו במגשר (70%-76%) לעומת אלו שנעזרו באחרים (25%-40%).

בנוגע להתמצאות בקבלת שירותי רפואה דחופה, עלה מן המחקר כי בכל המרפאות המרואיינים מבחינים בין מצב שבו הם מרגישים "חולים מאוד" ויקראו לאמבולנס ויפנו לבית חולים, לבין מצב שבו הם חשים "קצת חולים", ובו יטפלו בעצמם ויחכו לבוקר. אולם, כאשר מרגישים "חולים מאוד", 91% במרפאת הביקורת יזמינו אמבולנס לבית החולים לעומת 64%-81% במרפאות הניסוי. נראה כי עם קליטתם בארץ למדו יוצאי אתיופיה בכל המרפאות להתמודד עם מצבי מחלה שונים בחומרתם, כאשר המרפאה סגורה. אולם במרפאות הניסוי, יכולת התמודדותם של "חולים מאוד" עם מצבם, ללא פנייה מידית לחדר מיון, גבוהה יותר.

אחוז גבוה ממבצעי בדיקות בכל המרפאות אמרו שקיבלו עזרה והסבר כיצד להתכונן לקראתן, בעיקר מן הרופא המטפל. לא מצאנו הבדל בין מרפאות הניסוי למרפאת הביקורת בשיעור המדווחים שההסבר שקיבלו הקל עליהם מאוד. עם זאת, במרפאות שבהן הועסקו מגשרים אחוז המדווחים שהעזרה שקיבלו הקלה עליהם מאוד להתכונן לבדיקה היה גבוה יותר בקרב מי שנעזרו במגשר (77%) לעומת מי שנעזרו ברופא (58%), בבן משפחה או בבן העדה (44%) או באחות (31%).

זמינות השירותים

יוזמי התוכנית ציפו שעבודת המגשר והכשרת הצוות יסייעו להתאים את עבודת המרפאה לצורכי יוצאי אתיופיה ואת התנהגות יוצאי אתיופיה לנהלים המקובלים במרפאה, וכי בכך תשופר איכות השירות הרפואי הניתן להם, מבחינת נגישות וזמינות. נמצא כי 88% מיוצאי אתיופיה בכל המרפאות מגיעים לרופא לאחר שהזמינו תור, בין באותו יום או במועד מוקדם יותר, אף כי כ-20% מהם אומרים שנוהל הזמנת התור מסובך עבורם. במרפאות שבהן עובדים מגשרים כ-20% נעזרים בהם בהזמנת התור לרופא. במרפאות אלה גבוה יותר שיעור המדווחים שאינם מתקשים בביצוע נוהל זה, אם יש מי שעוזר להם (30% בממוצע), בהשוואה למי שאומרים כך במרפאת הביקורת (21%) ובמרפאת הניסוי ללא מגשר (12%). במרפאות שבהן פועלים מגשרים מעטים מדווחים כי אינם יודעים כיצד להזמין תור וכי אין מי שמסביר להם זאת (5%-8%), בהשוואה למרפאות בלי מגשרים (17%-19%).

יצוין כי על אף שמרבית המרואיינים באים למרפאה לפי תור שהוזמן מראש, 70% מן המרואיינים בכל המרפאות, ללא הבדל ביניהן, ציינו שהם צריכים להמתין הרבה זמן (חצי שעה עד שעה) או הרבה מאוד זמן (למעלה משעה) לרופא המשפחה, ו-64% חושבים שמשך זמן זה אינו סביר.

הקשר בין הרופא לחולה

כשליש מיוצאי אתיופיה במרפאות שבהן פועל מגשר נעזרים בו בעת ביקורם אצל הרופא, בין אם תמיד ובין אם לעתים מזומנות. מדובר בעיקר בבני 50-60; בסובלים מבעיה רפואית הכרוכה בטיפול ממושך או ממחלה כרונית, במי שאינם עובדים; בנשים; ובוותיקים פחות בישראל (עולי 1991 ואילך).

מן הממצאים בולט מאוד כי לעומת מרפאת הביקורת, בשלוש מרפאות הניסוי אחוז גבוה יותר מיוצאי אתיופיה חשים לעתים קרובות שהם יכולים לספר לרופא על כל פרטי הבעיה שלהם; שהרופא מקשיב להם עד הסוף; שהוא באמת מבין את הבעיה שלהם; שהם מבינים את הרופא ושלרופא יש סבלנות אליהם; כמו כן שהתרופות עוזרות; שהטיפול שהרופא נותן עוזר להרגיש טוב; ושהם מרוצים מן הרופא. ממצאים אלה נכונים גם כשמנטרלים בניתוח רב משתני את השפעתם של משתנים סוציו-דמוגרפיים. גם אז, בהיבטים שונים של הקשר עם הרופא, יש סיכוי רב יותר שיוצא אתיופיה ממרפאות הניסוי ירגיש לעתים קרובות קשר חיובי עם הרופא לעומת עמיתו ממרפאת הביקורת. הסיכוי לכך אף גבוה עוד יותר בקרב בני 50-60; קבוצה ששיעור ניכר מחבריה (72%) נעזרים במגשר בעת ביקורם אצל הרופא. בדומה, אם גם במידה פחותה, נכון הדבר גם כאשר בוחנים את הקשר עם הרופא רק בקרב מי שיש להם בעיה רפואית קשה או מחלה כרונית, קבוצה נוספת ששיעור ניכר מחבריה (44%) נעזר במגשר. בקרב החולים הכרוניים גם נמצאה עדיפות מה למרפאות עם מגשרים בכל הנוגע לקשר עם הרופא הראשוני. אולם, באופן כללי, הממצאים אינם מעידים על עדיפות לדגם מסוים של מרפאת ניסוי בכל הנוגע לקשר שבין מטופל יוצא אתיופיה לרופא הראשוני.

מרפאות הניסוי נבדלות ממרפאת הביקורת גם בכך שאחוז גבוה יותר אמרו שבמרפאה משתדלים לעזור לבני העדה (80%) לעומת מרפאת הביקורת (59%). עוד עולה מן הממצאים כי מרבית המרואיינים (74%) ראו צורך שיהיו במרפאות מגשרים או מתרגמים מן העדה. בנוסף, עלה הרצון שבצוות הרגיל של המרפאה יעבוד איש מקצוע מן העדה (רופא, אחות או פקיד).

ההוצאות למטופל "לפני" ו"אחרי" הפעלת התוכנית

מניתוח הנתונים על ההוצאות עלה כי כבר לפני הפעלת תוכנית ההתערבות ההוצאות למטופלים יוצאי אתיופיה בכל המרפאות הנבדקות, היו נמוכות מן ההוצאות למטופלים אחרים במרפאה. ממצא זה עולה בקנה אחד עם דיווחיהם של הרופאים במרפאות, כי בניגוד לדעה המקובלת, הם אינם שולחים מטופלים יוצאי אתיופיה ליותר בדיקות, הם אינם מפנים אותם בתדירות רבה יותר לרופאים מומחים ואף אינם רושמים להם יותר תרופות מאשר למטופלים אחרים במרפאה. גם ב-1998, אחרי הפעלת התוכנית, ההוצאה לנפש ליוצאי אתיופיה הייתה נמוכה מן ההוצאה לאחרים במרפאה. מהמחקר עולה כי הפעלת התכנית במתכונתה המלאה לא הביאה לעלייה משמעותית בהוצאות לנפש לבריאות. עוד עולה מהמחקר, שבאופן כללי, עלות הטיפול ביוצאי אתיופיה נמוכה בהרבה מעלות הטיפול הרפואי בחולים אחרים באותם גילים.

לסיכום, ממצאי המחקר מראים כי תוכנית ההתערבות הועילה, בעיקר בכל הנוגע לשיפור הקשר הבין - אישי בין הרופא לחולה ולתפיסת תוצאות הטיפול בו, במיוחד בקרב מבוגרים בני 50-60 ובקרב חולים כרוניים, שהם גם קבוצות מטופלים שנעזרות יותר בשירותיו של המגשר. גם בנושאים האחרים שנבדקו, זמינות ונגישות השירותים וההתמצאות בקבלתם, יש למרפאות הניסוי יתרון על פני מרפאת הביקורת. כל זאת, כנראה, מבלי שהתוכנית הביאה לעלייה בהוצאה על מטופלים יוצאי אתיופיה. מן המחקר עולה אם כן כי כאשר ניתנת עזרה למרפאה, הן באמצעות העסקת המגשרים והן על ידי הדרכה מתאימה לצוות הרפואי, חולים יוצאי אתיופיה והצוות המטפל בהם חשים טוב יותר בנוגע לקבלת השירות הרפואי ולמתן השירות.

ממצאי המחקר הוצגו בפני יוזמי הפרויקט ובפני הנהלת שירותי בריאות כללית. בשנה הקרובה תיושם התוכנית בשמונה מרפאות נוספות, חלקן בקופה זו וחלקן בקופות חולים אחרות. גם המשך ביצוע התוכנית ילווה במחקר הערכה של ג'וינט-מכון ברוקדייל.

תודות

בהכנת המחקר במהלכו ובהכנת דוח זה הסתייענו באנשים רבים ותודתנו נתונה להם. אנו מודים לחברי ועדת ההיגוי שליוו את מחקר ההערכה, עזרו בהוצאתו לפועל ונתנו את הערותיהם לשאלון ולטיוטות שונות של דוח המחקר. כמו כן, אנו מודים למגשרים: נחום מטיקו, קסאיה טבגיה, נאווה שמעון, בליינש אייך, מאיה אדמאסו, סיגל הוביי ואסתר דסטה, שבהם נעזרנו מאוד הן בהכנת השאלון לסקר המבקרים במרפאות והן בביצוע הסקר. בנוסף, תודה למנהלי המרפאות ולאנשי הצוות במרפאות על עזרתם בביצוע הסקר ועל נכונותם להתראיין. עוד אנו מבקשים להודות לגלילית לני, רכזת התוכנית "רפואה שלמה" ולנטאלי חזן מי שריכזה את התוכנית בעבר, ולעירית לבנה, בעבר עובדת המחלקה לחינוך לבריאות במחוז המרכז של שירותי בריאות-כללית, על עזרתן בביצוע המחקר.

אנו מודים גם לחן ליפשיץ מגוינט-מכון ברוקדייל, לד"ר נורית גוטמן מאוניברסיטת תל-אביב, לד"ר מיכאל רוזנבלוט משירותי בריאות-כללית, ולד"ר רפי יונגמן מגוינט-מכון פאלק על הערותיהם לשאלון המחקר, תודות לאל אנגלברג על תמיכתו במחקר ועל הערותיו המועילות.

תודה מיוחדת לדורית קרש ולנאווה ילין מן המחלקה למידע וסטטיסטיקה בשירותי בריאות-כללית על העבודה הרבה שהשקיעו בהכנת קובצי הנתונים על ההוצאות למרפאה ועל העזרה שהושיטו לנו בעת הצורך בניית קובצי הנתונים.

ולבסוף נתונה תודתנו לגיק חביב ולכל שאר חברי המכון שקראו את העבודה והעירו הערות מועילות. תודה לענת ברבריאן שערכה את דוח המחקר ולענבל יוניוב שסייעה בהדפסה.

תוכן העניינים

1	1. מבוא ורקע כללי
3	2. מטרות המחקר
3	3. שיטת המחקר
8	4. יישום מרכיבי התוכנית
9	5. השפעת התוכנית על יוצאי אתיופיה במרפאות
22	6. המפגש עם יוצאי אתיופיה ותוכנית ההתערבות מנקודת המבט של הצוות במרפאה
25	7. השוואת ההוצאות לטיפול רפואי במרפאות הניסוי ובמרפאת הביקורת "לפני" ו"אחרי" הפעלת תוכנית ההתערבות
30	8. סיכום
35	ביבליוגרפיה

רשימת נספחים

38	נספח א: ניתוח מאפייני מקרי הנפל והשוואה בינם לבין המרואיינים
41	נספח ב: לוחות צולבים לפי משתני רקע סוציו-דמוגרפיים בנושאים: התמצאות בקבלת השירותים, נוכחות המגשר בפגישה עם הרופא והיבטים בקשר עם הרופא
45	נספח ג: רגרסיות לוגיסטיות בנוגע להיבטים בקשר עם הרופא הכוללות את כל אחת ממרפאות הניסוי, בנפרד, כמשתנה בלתי תלוי ברגרסיה
50	נספח ד: שיעור השינויים בהוצאה לנפש בין 1997 ל-1998 בקרב מטופלים יוצאי אתיופיה ומטופלים אחרים

רשימת לוחות

7	לוח 1: מאפייני רקע של המרואיינים
10	לוח 2: התמצאות בקבלת שירותים בקופה
11	לוח 3: קבלת עזרה בהתמצאות בקבלת שירותים בקופה
12	לוח 4: תחושה לגבי מידת העזרה
13	לוח 5: התמצאות בקבלת שירותי רפואה דחופה
14	לוח 6: קבלת הסברה/דרכה בביצוע הטיפול הרפואי
15	לוח 7: תפיסת זמינות ונגישות השירות במרפאה
18	לוח 8: הרגשת יוצאי אתיופיה לגבי הקשר עם הרופא
19	לוח 9: יחסים צולבים של ההרגשה כלפי היבטים בקשר עם הרופא הראשוני, מתוך רגרסיות לוגיסטיות
20	לוח 10: יחסים צולבים של ההרגשה כלפי היבטים בקשר עם הרופא הראשוני בקרב גילאי 50 – 60 ובקרב חולים כרוניים ממרפאות הניסוי לעומת מרפאת הביקורת, מתוך רגרסיות לוגיסטיות
21	לוח 11: תפיסת היחס לבני העדה ומידת העזרה להם בקבלת הטיפול במרפאה
22	לוח 12: התפלגות התשובות בנוגע לדברים שרוצים שייעשו במרפאה לשם לעזור ליוצאי אתיופיה בקבלת הטיפול הרפואי
28	לוח 13: ההוצאה הממוצעת לחודש, לנפש מתוקננת, לפי מרפאה, קבוצת אוכלוסייה וסוג הוצאה, 1997 (ש"ח)

רשימת תרשימים

26	תרשים 1: הרכב גילי של המבוטחים במרפאות הניסוי והביקורת, 1997
27	תרשים 2: הוצאה מתוקננת לגיל לפי סעיפי הוצאה במרפאת הניסוי המלא, 1997
29	תרשים 3: סך הכול הוצאה מתוקננת לגיל: היחס בין יוצאי אתיופיה לאחרים בשנים 1997 ו-1998

רשימת לוחות בנספחים

38	לוח א1: משתני רקע בקרב המרואיינים והנפל
39	לוח א2: הסיבה לסירוב להתראיין לפי משתני רקע
41	לוח ב1: יודע לאן לפנות כשצריך לעשות בדיקות רפואיות
41	לוח ב2: יודע לאן לפנות כשצריך ללכת לרופא מקצועי
42	לוח ב3: נוכחות המגשר בפגישה עם הרופא
42	לוח ב4: יכול לספר לרופא על כל הפרטים ועל הסיבה לבעיה שבגללה בא
43	לוח ב5: הרופא מקשיב עד הסוף
43	לוח ב6: כשהרופא מסביר מרגיש שמבין אותו
44	לוח ב7: הטיפול שהרופא נותן עוזר להרגיש טוב
44	לוח ב8: מרוצה מהיחס של הרופא
45	לוח ג1: המשתנים המנבאים את ההרגשה שיכול לספר לרופא לעתים קרובות על כל הפרטים ועל הסיבה לבעיה שבגללה בא לרופא
45	לוח ג2: המשתנים המנבאים את ההרגשה שלעתים קרובות הרופא מקשיב עד הסוף
46	לוח ג3: המשתנים המנבאים את ההרגשה שלעתים קרובות הרופא באמת מבין את הבעיה
46	לוח ג4: המשתנים המנבאים את ההרגשה שלעתים קרובות לרופא יש סבלנות
47	לוח ג5: המשתנים המנבאים את ההרגשה שלעתים קרובות התרופות שהרופא נותן עוזרות לבעיה שלו
47	לוח ג6: המשתנים המנבאים את ההרגשה שלעתים קרובות מרוצים מן היחס של הרופא
48	לוח ג7: המשתנים המנבאים את ההרגשה שלעתים קרובות הטיפול שהרופא נותן עוזר להרגיש טוב
48	לוח ג8: יחסים צולבים של ההרגשה של יוצאי אתיופיה, גילאי 50 – 60 כלפי היבטים בקשר עם הרופא הראשוני
49	לוח ג9: יחסים צולבים של ההרגשה של יוצאי אתיופיה שהם חולים כרוניים כלפי היבטים בקשר עם הרופא הראשוני
50	לוח ד1: שינויים בהוצאות בין 1997 ל-1998

1. מבוא ורקע כללי

בישראל חיים היום כ-70,000 יוצאי אתיופיה. מרביתם עלו לארץ במהלך שני העשורים שחלפו, חלקם בגל העלייה האחרון במסגרת מבצע שלמה. רובם חיו באתיופיה במסגרת חברה כפרית ומסורתית, הגיעו לישראל כפליטים, ובדרכם ארצה סבלו מרעב וממחלות, איבדו בני משפחה ושהו במחנות מעבר בתנאים קשים (Nahmias et al., 1993). בארץ עליהם להסתגל למערכות חברתיות חדשות ושונות - במעבר מחיים במסגרות כפריות לחיים מודרניים בקהילה - כשהם עומסים על כתפיהם גם את משא קשייהם בדרכם ארצה (אריאלי ואייציק, 1991).

התמודדות זו אינה קלה. ההגירה מטבעה היא תהליך שינוי, שבו המהגר עובר מסביבה מוכרת לסביבה חדשה, ועליו להתמודד עמה ולהשתנות בעצמו במשך הזמן (לרר, 1993). מדובר במאורע דוחק (stressor) ובמצב דחק (Berry and Kim, 1987). הבדלים נורמטיביים בין המהגרים לערכי החברה הקולטת, חוסר כוח חברתי, שינוי המערך המשפחתי, עמדות חברתיות שליליות כלפי המהגרים ותחושת חוסר שיפור במצב (Shuval, 1979) מגבירים אף הם את המצוקה. ההתמודדות עם תהליך ההגירה עשויה להשפיע על בריאותו ועל מצבו הנפשי של המהגר. במחקרים בספרות המקצועית מסתמנים שיעורי אשפוז גבוהים יותר בקרב קבוצות מהגרים (Creed, 1987) ושיעורים גבוהים יותר של סימפטומים פסיכולוגיים המעידים על מצב נפשי גרוע (Yamamoto et al., 1994), על דיכאון (Tran, 1993; Franks & Faux, 1990) ועל תחלואה נפשית (Gupta, 1993).

הקשר בין הגירה למצב בריאות יוצר הזדקקות רבה למערכת הבריאות בארץ הקולטת וקשר אינטנסיבי בין המהגרים הבאים מתרבות אחת לבין נותני השירותים הרפואיים השייכים לתרבות החברה הקולטת. קשר זה אינו פשוט, גם לגבי קבוצות עולים אחרות (נירל ואחרים, 1998), אולם, הוא מסובך במיוחד, כאשר מדובר במגע בין עולים מחברות מסורתיות, שבהן מצב הבריאות והחולי נתפס כנובע ממקורות חיצוניים - טבעיים (אקלים, אוכל, מים), חברתיים (אנשים אחרים בעלי כוונות רעות) או גורמים על-טבעיים (רוחות וחוסר מזל), לבין נותני שירותים במערכת הבריאות בישראל. זאת מערכת רפואה מערבית, ביו-מדיקלית ביסודה, המתמקדת בריפוי מחלות הנגרמות בשל גורמים אנטומיים ופיזיולוגיים בגופו של האדם (Nudelman, 1995; Hodes, 1997; נודלמן, 1995; מינוחין-איציקסון ואח', 1997).

מחקרים שבדקו את הקשר שבין נותני השירות הרפואי לבין מהגרים מחברות מסורתיות עמדו על כך שבנוסף לקושי בתקשורת בשל אי ידיעת השפה קיימים קשיים רבים בשל מחסומים בין-תרבותיים בין נותן השירות למטופל (ראה סקירת ספרות רחבה אצל Reiff, 1997). קשיים המתבטאים, בין השאר, בהתנהגות חולי שאינה מובנת לרופאים; בחוסר יכולתם של המטפלים לזהות מצוקות נפשיות של המטופלים, בשל ביטוי פיזי לבעיות רגשיות (סומטיזציה); בתלונות רבות ולא ממוקדות של המטופלים, המקשות לאבחן את הבעיה הרפואית; בתחושות קיפוח, אפליה וחוסר שביעות רצון בקרב המטופלים, בחשדנות המטופלים כלפי הטיפול, בחוסר היענות לטיפול (תרופות או בדיקות) ובחוסר ידע בשימוש בשירותי בריאות מערביים (Reiff, 1997; יונגמן ואח', 1995; נודלמן, 1995).

קשיים אלה מעלים את הצורך בשימוש במנגנוני תיווך ועזרה בין נותני השירות למטופלים הבאים מקרב קבוצות מהגרים, בעיקר במסגרת הרפואה הראשונית שאתה באים במגע מרבית המהגרים. מן הניסיון בעולם ובישראל עולה כי לרוב מדובר בהעסקת מתורגמנים המתווכים בין הרופא למהגר ובתוכניות התערבות, הממוקדות בבעיות שאותן בקרב קבוצות מהגרים. תוכניות אלו מנסות לגשר בין התרבות המערבית שבה נקלטו המהגרים לבין התרבות שהביאו עמם (Riddick, 1999; Shepherd, 1999; Nuttal et al., 1997; Moreno et al., 1997; Knishkowsky 1996; Chigier & Nudelman, 1994; Baker et al., 1996). הצורך בתוכנית התערבות מסוג זה עלה גם בנוגע ליוצאי אתיופיה בישראל, לנוכח החסמים בתקשורת בין מטופלים יוצאי אתיופיה לבין הצוותים הרפואיים במרפאות ראשוניות, שהקשו על אבחון נכון. לשם טיפול בבעיה זו, יזמו ג'וינט ישראל ושירותי בריאות כללית, שבה מבוטחים למעלה מ-90% מיוצאי אתיופיה בישראל, תוכנית התערבות למען יוצאי אתיופיה במרפאות ראשוניות.

התוכנית כוללת שלושה מרכיבים: 1. העסקת יוצאי אתיופיה שהוכשרו לעבודה כמקדמי בריאות (מגשרים) לעבודה פרטנית של גישור בין-תרבותי בין חולה לרופא; 2. הדרכה (סדנאות) לחברי הצוות במרפאת קופת חולים לשם שינוי עמדות וגישור על פערים בין-תרבותיים ולהוסיף ידע על תפיסת בריאות בקרב מבוטחים יוצאי אתיופיה; 3. חינוך לבריאות בקרב קבוצות מטופלים יוצאי אתיופיה על ידי המגשרים שהוכשרו לשם כך.

לתוכנית ההתערבות היו שתי מטרות: האחת, לשפר את המפגש בין נותני השירות הרפואי-סיעודי לבין מבוטחים יוצאי אתיופיה והתאמת השירות לצורכיהם; והשנייה - להגביר את היענותם של יוצאי אתיופיה להמלצות לטיפול ולקדם את התנהגותם בנושאי בריאות נבחרים.

תוכנית ההתערבות מבוססת על ההנחה שהכשרת מגשרים והדרכה מתאימה לצוות הרפואי תשפר את הקשר בין נותני השירות הרפואי-סיעודי לבין יוצאי אתיופיה, ובכך למטופלים יהיה קל יותר לקבל שירותים ולהבין את הליכי הטיפול הדרושים מצד אחד, ולצוות הרפואי יהיה קל יותר לתת טיפול רפואי הולם, מצד אחר. כמו כן יוזמי התוכנית סברו שהיא יכולה להשפיע על רמת ההוצאות על מתן השירות הרפואי ליוצאי אתיופיה. בשירותי בריאות-כללית שררה התחושה כי עקב קשיי התקשורת בין הצוות הרפואי לבין חולים יוצאי אתיופיה ועקב קשיי האבחון והטיפול הנובעים מכך, תדירות ביקוריהם במרפאות והתדירות שבה הם נשלחים לבדיקות רבות יותר מאלו של חולים אחרים במרפאה. כמו כן, הם מקבלים כמות גדולה יותר של תרופות, מבקרים יותר במרפאות החוץ וייתכן שאף רמת האשפוזים שלהם גבוהה יותר מאשר בקרב חולים אחרים. לאור האמור לעיל, נטען כי ההוצאה למבוטח יוצא אתיופיה גבוהה יותר מזו של מבוטח אחר, ויכול להיות כי שיפור המפגש בין נותני השירות הרפואי למקבלי יוצאי אתיופיה יפחית את ההוצאה למבוטח יוצא אתיופיה. עם זאת ניתן היה גם לשער שההוצאה למטופל יוצא אתיופיה עשויה לעלות עם הפעלת התוכנית. זאת מאחר ששיפור התקשורת בין הרופא לחולה יוצא אתיופיה עשוי להוביל לאבחון טוב יותר של בעיות ולמתן טיפול הולם.

2. מטרת המחקר

- ♦ לבחון את השפעת תוכנית ההתערבות על יוצאי אתיופיה במרפאה בכל הנוגע להתמצאות בקבלת השירותים בקופה, לזמינות השירותים ונגישותם ולקשר בין הרופא לחולה.
- ♦ ללמוד על תוכנית ההתערבות ועל המידה שבה הושגו מטרותיה מנקודת המבט של הצוות הרפואי במרפאה.
- ♦ לנתח את השפעת התוכנית על רמת ההוצאה למבוטח יוצא אתיופיה במרפאה.

3. שיטת המחקר ומערכת המחקר

שיטת המחקר שנבחרה לשם הערכת השפעת תוכנית ההתערבות היא חקר אירוע (case study). במספר מרפאות המשתתפות בתוכנית ובמרפאות ביקורת, תוך שימוש בכמה כלי מחקר. שיטה זו נמצאה מתאימה לבחינה מעמיקה של תוכנית מוגבלת בהיקפה, במספר מצומצם של מקומות (Yin, 1984).

3.1 מערך המחקר

מערכת המחקר כללה ארבעה דגמי מרפאות: 1. מרפאת ניסוי שבה פועל מגשר יוצא אתיופיה וצוות המרפאה השתתף בתוכנית הדרכה; 2. מרפאת ניסוי שבה פועל מגשר יוצא אתיופיה אך צוות המרפאה לא השתתף בתוכנית הדרכה; 3. מרפאת ניסוי ללא מגשר, אך הצוות השתתף בתוכנית הדרכה; 4. מרפאת ביקורת.¹ בבחירת דגמי הניסוי השונים במרפאות הובאו בחשבון גם שיקולים הקשורים ליישום מרכיבי תוכנית ההתערבות במרפאות: כך, למשל, כללנו במחקר מרפאת ניסוי שבה פועל מגשר, אך הצוות לא קיבל הדרכה, היות שמסיבות שונות חברי הצוות במרפאה זו לא הגיעו להשתלמות שתוכננה עבורם במסגרת תוכנית ההתערבות (ראה פירוט בפרק על יישום מרכיבי התוכנית). יצוין כי מערך המחקר הכולל מרפאת ביקורת מעניק יכולת השוואה בין מרפאות הניסוי שבהן מבוצעת תוכנית ההתערבות למרפאת הביקורת. מערך כזה חשוב גם לשם נטרול אפקט הלמידה (בקרב נותני השירות) מעצם המגע עם מטופלים יוצאי אתיופיה במשך תקופת המחקר. כמו כן, מערך מחקר זה מאפשר בקרה על שינויים חיצוניים שחלו בתקופת המחקר במתן השירותים לכלל המטופלים.

מערכת המחקר לבחינת נתוני ההוצאות במרפאות הניסוי ובמרפאת הביקורת התבססה על מעקב ומדידה בשתי נקודות זמן, "לפני" הפעלת תוכנית ההתערבות ו"אחרי" הפעלתה. בחינת השפעת התוכנית על המבוטחים יוצאי אתיופיה במרפאות הניסוי לעומת מרפאת הביקורת, כמו גם בדיקת נקודת המבט של הצוות הרפואי, נערכה רק במועד "אחרי". זאת משום שאחד ממרכיבי התוכנית - הכנסת המגשרים

¹ לשם נוחיות בחרנו להשתמש במונח מרפאת ביקורת. למעשה, מאחר שזהו מערך מחקר ניסויי למחצה נכון יותר להתייחס אליה כאל מרפאת השוואה (comparison). שכן, המידה שבה מרפאה זו מתאימה בכל מאפייניה למרפאות הניסוי מוגבלת.

למרפאות, הופעל כבר בינואר 1998, כשנה לפני שהחל מחקר ההערכה לתוכנית. לכן, אי אפשר היה להפעיל מערך מחקר הבוחן גם את המועד "לפני".

3.2 מאפייני רקע של המרפאות במחקר

המרפאות שנבחרו להשתתף בתוכנית ההתערבות "רפואה שלמה" לא נבחרו באקראי. נבחרו רק מרפאות ששיעור יוצאי אתיופיה בהן גבוה, משני מחוזות בשירותי בריאות-כללית, מחוז המרכז ומחוז הצפון, ואשר מנהליהן היו מעוניינים שהמרפאות שבניהולם ישתתפו בתוכנית ההתערבות.

ארבע המרפאות שהשתתפו במחקר ההערכה היו כולן ממחוז המרכז של הקופה. הבחירה במחוז המרכז הייתה קשורה לקצב ביצוע התוכנית: במחוז הצפון התעכב ביצוע אחד ממרכיבי התוכנית - סדרת ההשתלמויות לצוותים במרפאות - ובמחוז המרכז התקדמה התוכנית בקצב מהיר יותר.

גודל רשימת המבוטחים במרפאות נע בין 4,200 ל-10,200 מטופלים במרפאה. המרפאות דומות מבחינת גודל הצוות הרפואי/סיעודי במרפאה (4-5 רופאי משפחה ורופאי ילדים למרפאה ובין 3 ל-4 אחיות), סוג המבנה (מרפאות בינוניות בגודלן הפיזי, במבנים ישנים יחסית) והשכונה שבה הם שוכנות (שכונות שבהן יש אוכלוסייה חלשה יחסית). אשר לשיעור יוצאי אתיופיה במרפאה, ב-3 מתוך 4 המרפאות שיעור יוצאי אתיופיה הוא בין 10% ל-14%. באחת ממרפאות הניסוי שיעור יוצאי אתיופיה מגיע לכ-30%. מספר המבוטחים יוצאי אתיופיה במרפאה נע בין כ-600 לכ-1,500 איש.

3.3 כלי המחקר

ממצאי המחקר מתבססים על נתונים שנאספו בעזרת כלי המחקר האלה: סקר מבקרים במרפאות בקרב מבוטחים יוצאי אתיופיה, ראיונות עומק עם הצוות במרפאה וניתוח קבצים ממוחשבים של נתונים מנהליים.

3.3.1 סקר מבקרים במרפאות

אוכלוסיית המחקר בסקר המבקרים במרפאות כללה את יוצאי אתיופיה בני 15 ומעלה, הרשומים במרפאות הניסוי ובמרפאת הביקורת. במדגם נכללו מי שביקרו במרפאות אלו במהלך שלושה שבועות, מסוף דצמבר 1998 ועד מחצית ינואר 1999, לצורך פגישה אצל הרופא הראשוני המטפל בהם או רופא הילדים המטפל בילדם, לפחות 160 מראיינים למרפאה. זהו סקר חתך (Intercept Survey). בשיטה זו מראיינים את המבקרים במקום בתקופת זמן נתונה. יתרונותיה הם עלות ריאיון נמוכה, שיעורי היענות גבוהים וריאיון בזמן אמת (הביקור במרפאה). חסרונותיה הם מתן משקל-יתר למבוטחים שמרבים לבקר במרפאה וכן העדר יכולת לאמוד את ערכי המשתנים באוכלוסיית המחקר כולה, מאחר שהדגימה נעשית לפי אתר ואין מידע על יחס הדגימה באתרים השונים. לכן אי אפשר לשקלל את העונים במרפאות ולאמוד את אוכלוסיית המחקר כולה. כמו כן, לא ניתן להחיל את התשובות על כלל אוכלוסיית יוצאי אתיופיה המבוטחת בקופה אלא על אוכלוסיית המבקרים במרפאה בלבד. המגבלה האחרונה אינה מפריעה במחקר שלנו, שבו אנו עוסקים בהערכת תוכנית התערבות שהיא מיוחדת למרפאות שבה נערכה.

שיעור ההיענות לסקר היה גבוה. בסך הכול פנו המראיינים ל-750 איש שהגיעו למרפאה (לביקור אצל רופא משפחה או רופא ילדים של בנס'בתם)², ונערכו 667 (89%) ראיונות. אחד עשר אחוזים מן הפניות היו מקרי נפל, בשל סירוב להתראיין. ההבדל העיקרי בין המראיינים לנפל היה בגיל: בקרב המראיינים היו יותר "צעירים" ויחסית גם יותר "זקנים" לעומת הנפל. עיקר הסירובים היו בקרב מי שהוגדרו מבוגרים (בני 30 עד 60 לערך). בקרב ה"נפל" נמצא הבדל בסיבות לסירוב להתראיין לפי המין. גברים נטו לומר שאינם רוצים להתראיין בשל חוסר עניין, נשים נטו לתרץ זאת במגבלות אחרות (רפואיות, ילדים בבית וכיו"ב). במקביל, יותר אימהות שבאו עם ילדיהן לרופא הילדים תלו את סירובן ב"הפרעה אחרת", קרי, מגבלה רפואית של הילד, ילדים קטנים בבית, מגבלה נפשית או סיבה אחרת (פירוט על ההבדלים בין הנפל למראיינים ראה בנספח 1).

בדקנו גם עד כמה המדגם (סקר המבקרים) מייצג את אוכלוסיית יוצאי אתיופיה במרפאות שבמחקר. לשם כך השווינו נתונים על גיל ועל שנת עלייה בקרב המראיינים לנתוני גיל ועלייה של יוצאי אתיופיה הרשומים במרפאות הכלולות במחקר מתוך קובצי הנתונים של שירותי בריאות-כללית. מצאנו כי התפלגות הגילים במדגם ובאוכלוסייה דומה מאוד בקבוצות הגיל 15-65. אולם, שיעור הקשישים בני 65-74 והילדים גילאי 5-14 נמוך במדגם לעומת שיעורם בקרב יוצאי אתיופיה הרשומים במרפאות. אשר לשנת עלייה, התפלגות הנתונים לגבי שנת עלייה דומה מאוד במדגם ובאוכלוסייה בשלוש מרפאות ושונה במקצת במרפאה הרביעית.

לאיסוף הנתונים הוכשרו במיוחד מראיינים יוצאי אתיופיה, דוברי אמהרית. הראיון היה ראיון אישי שנערך בחדר מיוחד שהוקצה לכך במרפאה, בשאלון סגור (ברובו) בשפה האמהרית. לקראת ביצוע עבודת השדה נתלו במרפאה מודעות בנוגע לסקר בשפה העברית ובשפה האמהרית. עותקים מהן הועמדו לרשות יוצאי אתיופיה שהגיעו למרפאה בשבוע שלפני תחילת הראיונות. בנוסף, שודרה בתוכנית הרדיו באמהרית הודעה המפרטת את מטרת הסקר ואת העובדה שהוא עתיד להתבצע במרפאות.

3.3.2 השאלון

שאלון המחקר נבנה תוך כדי התייעצות עם יוזמי התוכנית ועם קבוצת המגשרים. הוא בדק שורת נושאים שחשבונו שיחול בהם שינוי עקב הפעלת התוכנית. בהתאם לכך נסמך השאלון גם על תיעוד עבודת המגשרים בנוגע לנושאים שבהם הם עוסקים בעבודתם במרפאה. את תפיסת איכות הטיפול הראשוני בדקנו לפי ממדים שהציעו דונבדיאן וגרוס ואח' (Donabedian, 1980 ; Gross et al., 1992). בשאלון בחנו את תפיסת איכות הטיפול רק בממדים שבהם שיערנו שלעבודת המגשרים ולהדרכת הצוות תהיה השפעה: ממדים של תהליך הטיפול - זמינות ונגישות שירותי הרפואה והיחסים הבין-אישיים בין הרופא למטופל, וממד תוצאות הטיפול - איך הנחקרים תופסים את תוצאות הטיפול. בבניית השאלון נעזרנו בשאלות הנוגעות לתפיסת איכות הטיפול שנעשה בהן שימוש במחקרים שבדקו את איכות הטיפול ברפואה ראשונית בישראל (גרוס ואח', 1996 ; ניראל ואח', 1998). לצורך התאמת נוסח השאלות לאוכלוסיית המחקר נעזרנו הן ביועץ יוצא אתיופיה והן במגשרים כקבוצת מיקוד. לשם כך ערכנו מספר מפגשים עם המגשרים, ובהם הוצגו ונידונו נושאי השאלון ונוסח השאלות בו. השאלון תורגם לאמהרית ונבדק בפרה-טסט שבו רואיינו

² 20 שאלונים נוספים נפסלו בשל ראיון ילדים מתחת לגיל 15 שלא היו שייכים לאוכלוסיית המחקר.

למעלה מעשרים יוצאי אתיופיה שביקרו במרפאת קופת חולים כללית באזור המרכז. מרפאה זו נכללה בתוכנית ההתערבות אולם לא השתתפה במחקר ההערכה לתוכנית.

המשתתפים שנבדקו בשאלון הם: **א. זמינות ונגישות השירותים:** התמצאות בקבלת השירותים בקופה - התמצאות בביצוע בדיקות מחוץ למרפאה, בקביעת התור לרופא מקצועי מחוץ למרפאה ובקבלת שירותי רפואה דחופה; קבלת עזרה בנוגע לשירותים בקופה - בנוגע לביצוע הבדיקות ובנוגע לקביעת התור לרופא המקצועי; המידה שהעזרה שקיבלו בהשגת השירותים אכן עזרה; קבלת עזרה/הדרכה בנוגע לביצוע בדיקות ושימוש בתרופות; תפיסת זמינות ונגישות השירות הרפואי - קביעת תור לרופא משפחה, משך זמן ההמתנה לרופא ותפיסת זמן ההמתנה כסביר; **ב. היחסים הבין-אישיים עם הרופא הראשוני/אחות ותפיסת תוצאות הטיפול:** הרגשת המטופלים לגבי מתן השירות ואיכות הטיפול בהם - תקשורת (יכולת לספר את כל הפרטים לרופא, הרופא מקשיב עד הסוף), תחושה שהרופא מבין אותם, הרגשה שהם מבינים את הרופא, סבלנות (של הרופא), תחושת ביטחון ברופא ובטיפול המומלץ על ידו (התרופות/עוזרות, הטיפול עוזר להרגיש טוב), ושביעות רצון מהטיפול ומהרופא; היבטים בקשר עם האחות - סבלנות, הסבר, שביעות רצון מיחס האחות; **ג. היעזרות במגשרים:** היעזרות במגשר בקשר עם הרופא; המידה שבה המגשר עזר בעת הפגישה עם הרופא; הנושאים בהם המגשר עוזר; **ד. תחושת שוויון והרגשה של עזרה ליוצאי אתיופיה בקבלת הטיפול; ה. משתני רקע אישיים.**

3.3.3 נתוני רקע על הנחקרים

כאמור, רואיינו בסקר 667 מטופלים. מתוכם 75% באו לרופא המשפחה שלהם ו-25% הגיעו עם ילדם לרופא ילדים. שישים ושלושה אחוזים מהמראיינים הם נשים ו-76% מהמראיינים אינם עובדים. נתונים אלו דומים בכל המרפאות. עוד נמצא כי אחוז גבוה מהמראיינים (63%) עלו לישראל ב-1991 בשנה שבה היה "מבצע שלמה". מלוח 1 המציג נתונים אלו בולטת העובדה כי במרפאת הניסוי החלקי/מגשר יש אחוז גבוה יחסית של יוצאי אתיופיה שהגיעו לישראל לאחר שנת 1992 (41%), ובמרפאת הביקורת יש אחוז גבוה (78%) שעלו ב-1991 בשנה שבה היה "מבצע שלמה". בין המרפאות יש גם הבדל מובהק בהתפלגות לפי גיל. שיעור הצעירים (עד גיל 30) נמוך יחסית במרפאת הביקורת ובמרפאת הניסוי המלא לעומת האחרות (28%-32% לעומת 48%-40% בשתי האחרות) ושיעור המבוגרים מעל גיל 60 גבוה יחסית לעומת האחרות (כ-16% לעומת 6%-9%).

3.3.4 ראיונות עומק

ראיונות העומק אפשרו להבין טוב יותר את השלכותיה של תוכנית ההתערבות על יוצאי אתיופיה במרפאות ועל עבודת צוות המרפאה. בכל מרפאה נערכו ראיונות עם הרופא מנהל המרפאה, עם האחות הראשית ועם המגשר (בשתי המרפאות שבהן פועל מגשר). הראיונות נערכו במהלך חודש פברואר 1999, כשנה לאחר כניסת המגשרים לתפקידם במרפאות וכחצי שנה מאז שנערכה סדרת השתלמויות מיוחדות לחברי הצוותים במרפאות במסגרת תוכנית ההתערבות.

לוח 1: מאפייני רקע של המרואיינים (באחוזים)

מקורות מיקור	מקורות ניסוי				סה"כ 667 = n	
	מקורות מיקור 161 = n	מקורות מיקור 184 = n	מקורות מיקור 161 = n	מקורות מיקור 160 = n		
גיל*	100	100	100	100	100	
עד 30	28	40	48	32	37	
31 – 40	21	21	22	24	22	
41 – 50	20	16	13	16	16	
51 – 60	15	14	11	13	13	
61+	16	9	6	15	12	
שנת עלייה*	100	100	100	100	100	
1984	7	15	4	15	10	
1991	78	57	55	63	63	
1992 ואילך	15	28	41	22	27	
מין	100	100	100	100	100	
גברים	39	34	34	41	37	
נשים	40	66	66	59	63	
תעסוקה	100	100	100	100	100	
עובדים	22	30	19	22	24	
לא עובדים	78	70	81	78	76	

* $p < .05$ לפי מבחן chi בריבוע

הריאיון עם הרופאים והאחיות בוצע בשאלון מובנה למחצה. הוא עסק בנושאים הבאים: בעיות בטיפול ביוצאי אתיופיה, קשר עם המגשרים, דפוסי טיפול בחולים יוצאי אתיופיה בהשוואה לאחרים, שביעות רצון מהשירות ומן העבודה עם יוצאי אתיופיה, הצעות לשיפור השירות הרפואי/סיעודי ליוצאי אתיופיה במרפאה. גם הריאיון עם המגשרים היה מובנה למחצה וכלל שאלות הנוגעות לעבודתם כמגשרים במרפאה, לקשר שלהם עם חולים יוצאי אתיופיה ולקשר עם הצוות הרפואי והסיעודי.

3.3.5 ניתוח נתונים מתוך קבצי נתונים מנהליים של הקופה

לצורך בחינת ההוצאות למטופל השתמשנו בקובצי נתונים בשירותי בריאות-כללית בתחומים הבאים: אשפוזים, ביקורים במרפאות חוץ, תרופות ורופאים מקצועיים בקהילה. בתחומים המפורטים לעיל יש בידי הקופה נתונים ממוחשבים על הוצאות, וניתן לזהות את הקשר בין המטופל (לפי תעודת הזהות שלו) למרפאה שבה הוא מקבל טיפול. ניתוח הוצאותיה של המרפאה אינו כולל את ההוצאות על איידס ושהבת, מאחר שאלו הן הוצאות הריגות הממוסמנות ברובן מתקציב משרד הבריאות, ולעומת המגשרים לא הייתה צריכה להיות השפעה מיוחדת עליהן.

ההוצאות על שירותים הושוו בשתי נקודות זמן: מחצית השנה השנייה (חודשים יולי - דצמבר) של 1997 כמועד "לפני", והמחצית השנייה של שנת 1998 (חודשים יולי-דצמבר) כמועד "אחרי", קרי, התקופה שלאחר הפעלת תוכנית ההתערבות.

4. יישום מרכיבי התוכנית

תוכנית ההתערבות "רפואה שלמה" כללה, כאמור, שלושה מרכיבים: העסקת מגשרים במרפאות, הדרכה מיוחדת לצוותי המרפאות ופעולות חינוך לבריאות בקרב יוצאי אתיופיה במרפאה. התוכנית יושמה באופן שונה בכל אחת ממרפאות הניסוי שבמחקר.

4.1 העסקת מגשרים

במחקר נכללו שתי מרפאות ניסוי שבהן הועסקו מגשרים. באחת מהן החל המגשר³ את עבודתו בחודש אוגוסט 1997, בחצי משרה (משרתו חולקה בין שתי מרפאות באותו יישוב). במרפאת הניסוי השנייה החלה עבודת המגשר בינואר 1998 (כבכל שאר המרפאות בתוכנית), והוא עובד במרפאה בהיקף משרה מלא.

מראיונות העומק עם צוותי המרפאות ועם המגשרים עלה כי המגשרים הפכו לחלק בלתי נפרד מן הצוות הרפואי במרפאה. הרופאים (בעיקר) והאחיות נעזרים בהם בעת הפגישה עם החולה, לצורך תרגום, הסבר בעיותיו של החולה, מעקב אחר נטילת התרופות וטיפול במשפחות וביקורי בית.

לפי דיווח המגשרים בשתי המרפאות, ביום, הם עוזרים לכ-20 עד 35 חולים יוצאי אתיופיה, שפונים אליהם. מסקר המבקרים במרפאות עולה, כי שליש מיוצאי אתיופיה במרפאות נעזרים במגשר בנושא אחד לפחות. יצוין כי בשיחה עם קבוצת המגשרים עלה כי הם חשים שהם עוזרים ליותר יוצאי אתיופיה שנוזקים לשירותי המרפאה. הן מן הראיונות והן מתיעוד עבודת המגשרים (שנעשה על ידי מנהלי התוכנית) עלה כי הנושאים שבהם המגשר מטפל מגוונים וכוללים בירור מצב רפואי, עזרה בהסבר בטיפול הרפואי, שימוש נכון בתרופות ומעקב אחר נטילתן, עזרה אדמיניסטרטיבית בזימון תורים הן במרפאה והן מחוצה לה (לרופאים מקצועיים או למרפאות חוץ) ובהתמצאות בנהלי הקופה. המגשרים אף עוזרים בנושאים שאינם שייכים ישירות לתחום הבריאות, כגון: פניית חולים לשירותי הרווחה או למוסד לביטוח לאומי במקרה הצורך. לדברי המגשרים, רוב הנעזרים בהם הם מבוגרים ועולים ותיקים פחות בישראל.

בתקופת עבודתם של המגשרים במרפאה חל שינוי-מה בסוג הפניות לעזרה. אנשים שבעבר נעזרו במגשר בכל עניין מסוגלים עכשיו, לדברי המגשרים, להפנות את שאלותיהם לרופא או לאחות ולהסתדר בכוחות עצמם. גם מוקד פעילותם של המגשרים בעבודתם עם יוצאי אתיופיה במרפאה (מעבר לעבודתם הישירה עם הרופאים בסיוע לתקשורת עם החולים) השתנה, לפי הצרכים בכל מרפאה. למשל: אם בתחילה התמקדו בצד המנהלי של הרגלת החולים לנהלי המרפאה, בעיקר בנושא הזמנת תורים ועזרה ב"התמצאות" בבירוקרטיה של הקופה, מתמקדים היום במתן הסבר על שימוש נכון בתרופות, במעקב אחר חולים כרוניים או במתן סיוע במצבי לחץ וחרדה. עם זאת, הנהלים במערכת הבריאות בכלל ובשירותי בריאות-כללית בפרט משתנים מדי זמן. משיחה עם מנהלי התוכנית עלה כי כמה חודשים לאחר סיום הסקר חלו שינויים בנהלי קבלת השירותים, המגשרים הודרכו בנוגע לנהלים החדשים ועזרו בכך למטופלים במרפאות.

³ לשם נוחיות בחרנו להשתמש בשם התואר "מגשר", במונח נכללות גם "מגשרות".

4.2 הדרכה מיוחדת במסגרת התוכנית

בחודשים אפריל-מאי 1998 נערכה תוכנית השתלמות מקיפה לחברי צוותים במרפאות במחוז המרכז. בין נושאי ההשתלמות היו: היבטים תרבותיים בטיפול ביוצאי אתיופיה, בריאות כללית ובריאות נפשית ומתן כלים לקידום התקשורת במפגש הרפואי בין הרופא/אחות לבין המטופל יוצא אתיופיה. בפעולת הדרכה זו השתתפו חלק מחברי הצוות באחת מן המרפאות שבהן מועסק מגשר. בנוסף להם השתתפו בהשתלמות חברי צוותים ממרפאות במחוז המרכז, שאין בהן מגשר, בהם גם מרבית חברי הצוות במרפאת הניסוי השלישית (דגם המרפאה שבו אין מגשר, אך הצוות השתתף בתוכנית הדרכה מיוחדת במסגרת תוכנית ההתערבות). בין המרצים בתוכנית היו גם המגשרים עצמם.

מסיבות שונות, חברי הצוות במרפאת הניסוי השנייה שבה מועסק מגשר לא הגיעו להשתלמות שתוכננה עבורם במסגרת תוכנית ההתערבות. לכן, במרפאת ניסוי זו לא נכלל מרכיב זה של התוכנית.

4.3 פעולות חינוך לבריאות בקרב מטופלים יוצאי אתיופיה

מראיונות העומק עם המגשרים והאחיות במרפאות עלה שבשלוש מרפאות הניסוי נערכו פעולות קבוצתיות לחינוך לבריאות. שכיחותן של פעולות אלה הייתה שונה בין המרפאות. בשתי המרפאות שבהן פועלים מגשרים דווח על מספר פגישות שבהן הדריכו המגשרים והאחיות בנושאים כמו מדידת חום וטיפול באסתמה, במרפאת הניסוי השלישית, ללא מגשר, דווח על פעילות שוטפת במשך שלוש שנים, פעילות שבוצעה עוד לפני יישום תוכנית ההתערבות, במסגרת תוכנית ההתערבות אחרת ("טנא") ונפסקה, לדברי הצוות, לאחר שמיצתה את עצמה. בשנים אלה התקיימו הדרכות קבוצתיות פעם בשבועיים בנושאים של מעקב אחר סוכרת ולחץ דם, שימוש באנטיביוטיקה, הצטננות ושפעת, מניעת תאונות בבית ועוד. לפעילויות הדרכה אלו נעזרו מארגניה גם במקדמת בריאות יוצאת אתיופיה שהועסקה מאוחר יותר כמגשרת במרפאה אחרת באותו יישוב. פעולות ההדרכה הקבוצתיות במסגרת תוכנית ההתערבות אחרת במשך תקופה ארוכה חיזקו מאוד מרכיב זה של "רפואה שלמה" במרפאת הניסוי השלישית. בנוסף לכך, ההיעזרות במקדמת בריאות יוצאת אתיופיה לביצוע התוכנית מטשטשת, במידה מסוימת, את ההבדל בין מרפאה זו למרפאות הניסוי שבהן פועלים מגשרים.

מן הראיונות עם המגשרים ועם חברי הצוות במרפאות עולה כי במרפאות שבהן פועלים המגשרים הדגישו מאוד פעילות הסברה והדרכה אישית בהתאם לבעיות שבהן נתקל המגשר בעבודתו בקרב יוצאי אתיופיה במרפאה. הפעילות הקבוצתית לקידום בריאות בולטת פחות בעבודתם של המגשרים. מראיונות העומק עם המגשרים עלה כי הפעילות הקבוצתית לקידום הבריאות תלויה ביוזמתו של הצוות הסיעודי במרפאה ובמידת הסתייעותו במגשר לצורך הפעלתה.

5. השפעת התוכנית על יוצאי אתיופיה במרפאות

מטרתה העיקרית של תוכנית ההתערבות הייתה לשפר את המפגש בין נותני השירות הרפואי לבין יוצאי אתיופיה ולהקל על יוצאי אתיופיה לקבלו. לבחינת המידה שבה הושגו מטרות אלה ערכנו את סקר המבקרים במרפאות. בפרק זה נבחן את השפעת תוכנית ההתערבות על מידת ההתמצאות בקבלת

השירותים בקופה, על תפיסת זמינות השירותים ונגישותם ועל ההרגשה לגבי היבטים שונים בקשר עם הרופא הראשוני במרפאה.

5.1 התמצאות בקבלת השירותים בקופה

השאלות על התמצאות בקבלת השירותים בקופה בחנו את המצבים שבהם, לפי תיעוד עבודת המגשרים, הם מושיטים עזרה ויש סיכוי רב שרוב יוצאי אתיופיה במרפאה נתקלו בהם. שאלנו את המרואיינים האם הם יודעים לאן ללכת ולמי לפנות לצורך ביצוע בדיקות מחוץ למרפאה ולצורך קביעת תור לרופא מקצועי מחוץ למרפאה הראשונית. מן הנתונים עלה כי אחוז המתמצאים בקבלת שירותים אלה גבוה בקרב ותיקים בארץ, בקרב מי שעובדים, בקרב צעירים ובקרב גברים: שיעור גבוה יותר בקרב עולי 1984 יודעים תמיד מה לעשות בנוגע קשר לבדיקות ולקביעת תור לרופא מקצועי (72%-ו-58% בהתאמה), לעומת עולי 1991 (37%-ו-31% בהתאמה) ועולים שעלו מ-1992 ואילך (33%-ו-34% בהתאמה); 62% ממי שעובדים יודעים תמיד לאן לפנות לביצוע בדיקות ולקביעת תור לרופא מקצועי, לעומת כ-30% בקרב מי שאינם עובדים; אחוז גבוה בקרב הצעירים (עד גיל 30) יודעים לאן לפנות לביצוע בדיקות (56%) או לקביעת תור לרופא מקצועי (61%), לעומת שיעור נמוך בקרב מבוגרים בני 61 ויותר (11%-ו-8% בהתאמה); שיעור גבוה יותר של גברים יודעים תמיד מה לעשות בנוגע לבדיקות ולקביעת תור לרופא מקצועי (46%-ו-45% בהתאמה) לעומת שיעור הנשים שמדווחות כך (34%-ו-37% בהתאמה); (ראה לוחות ב1 ו-ב2 בנספח ב').

לוח 2: התמצאות בקבלת שירותים בקופה (אחוזים)

השאלות	סה"כ n=667	מלא n=160	חלקי/מגשר n=161	חלקי/הדרכה n=184	מרפאת ביקורת n=161
"האם יודע לאן לפנות לצורך ביצוע בדיקות מחוץ למרפאה" *					
כן	100	100	100	100	100
לפעמים כן ולפעמים לא	38	42	38	40	32
לא	34	32	33	35	38
לא	28	26	29	25	30
"האם יודע לאן לפנות כשצריך רופא מקצועי" *					
כן	100	100	100	100	100
לפעמים כן ולפעמים לא	39	43	42	41	29
לא	32	33	31	33	30
לא	29	24	27	26	41

* $p < .05$ לפי מבחן chi ברבוע

שאלה נוספת הייתה: האם יש הבדל בין המרפאות בהתמצאות בקבלת השירותים בקופה? מלוח 2 עולה כי במרפאות הניסוי יש שיעור גבוה יותר של מי שמתמצאים בקבלת השירותים. הדבר בולט בנוגע לקביעת התור לרופא מקצועי. שיעור האומרים שהם יודעים לאן לפנות בעניין זה במרפאות הניסוי (41%-43%) גבוה בהשוואה לשיעורם במרפאת הביקורת (29%).

עוד בחנו אם עוזרים להם בקבלת השירותים, ועד כמה הם אכן קיבלו עזרה בהפניה או במידע על השירות. מלוח 3 עולה כי כשליש מכלל המרואיינים הסתדרו בכוחות עצמם בנוגע לפנייה לבדיקות מחוץ למרפאה: במרפאות שבהן מועסקים מגשרים האחוז גבוה יותר (41%-ו-43%), במרפאת הניסוי ללא מגשר הוא קטן יותר (30%), והוא הנמוך ביותר במרפאת הביקורת (25%). גם בנוגע לפנייה לרופא מקצועי אחוז

המתמצאים בכוחות עצמם גבוה יותר במרפאות שפועל בהן מגשר (39%) לעומת מרפאת הניסוי החלקי (הדרכה בלבד) (28%) ולעומת מרפאת הביקורת (25%). עוד עולה מלוח 3 כי במרפאת הביקורת ואף במרפאת הניסוי החלקי/הדרכה אמרו יותר שאינם יודעים וכי איש לא מסביר להם כיצד לקבל את השירות לעומת אחוז המדווחים כך במרפאות הניסוי.

לוח 3: קבלת עזרה בהתמצאות בקבלת שירותים בקופה

השאלות	סה"כ 667=n	מרפאת ניסוי			מרפאת ביקורת 161=n
		מלא 160=n	חלקי/מגשר 161=n	חלקי/הדרכה 184=n	
"מי בעיקר עוזר לך לדעת לאן לפנות כדי לעשות בדיקות מחוץ למרפאה?"	100	100	100	100	100
אני יודע לבד	35	41	43	30	25
איני יודע, אף אחד לא מסביר לי	17	9	14	21	24
המגשר	5	10	10	-	-
הרופא	21	19	17	24	23
הפקיד/מישהו אחר במרפאה	6	6	4	6	11
בן משפחה או אחר מן העדה	16	15	12	19	17
"מי בעיקר עוזר לך לדעת לאן לפנות כדי לקבוע תור לרופא מקצועי?"	100	100	100	100	100
אני יודע לבד	33	39	39	28	25
איני יודע, אף אחד לא מסביר לי	11	10	4	13	17
המגשר	6	11	12	-	-
הרופא	19	18	14	24	21
הפקיד/מישהו אחר במרפאה	16	6	20	19	16
בן משפחה או אחר מן העדה	16	16	11	14	21

עם זאת, כאשר בדקנו, באמצעות רגרסיות לוגיסטיות, עד כמה קיים הבדל בהתמצאות בקבלת שירותי רופא מקצועי או בביצוע בדיקות מחוץ למרפאה בין מרפאות הניסוי למרפאת הביקורת, גם כאשר מנטרלים את השפעתם של המשתנים הסוציו-דמוגרפיים (גיל, מין, שנת עלייה ותעסוקה), לא מצאנו השפעה עצמאית של מרפאות הניסוי לעומת מרפאת הביקורת על התמצאות יוצאי אתיופיה בקבלת שירותים אלה. ייתכן שממצא זה קשור לכך שאחוז הנעזרים במגשר בנושאים אלה במרפאות הניסוי שבהן יש מגשר הוא בין 10% ל-12% (ראה לוח 3). מלוח 3 עולה כי בכל המרפאות נעזרים ברופא או באנשי צוות אחרים, וכמו כן לצורך התמצאות בקבלת השירותים נעזרים גם בבני משפחה ובבני העדה.⁴

עם זאת, מלוח 4 להלן עולה בבירור כי אחוז החשים שהעזרה שקיבלו הועילה להם מאוד בהתמצאות בבדיקות גבוה יותר בשלוש מרפאות הניסוי (43%-50%), לעומת העונים כך במרפאת הביקורת (29%). בדומה, שיעור הסבורים שהעזרה שקיבלו הועילה להם מאוד לגבי קביעת תור לרופא מקצועי גבוה יותר במרפאות הניסוי שבהן עובד מגשר (40%-43%), ואף, אם גם במידה פחותה, במרפאת הניסוי השלישית

⁴ יצוין כי בשיחה עם קבוצת המגשרים הם הביעו דעתם כי שיעור הנעזרים בהם לצורך התמצאות בקבלת השירותים בקופה גבוה הרבה יותר.

ללא מגשר (33%), לעומת מרפאת הביקורת (25%). בנוסף, במרפאות שבהן יש מגשרים, אחוז מי שצינו שנסתייעו מאוד בעזרה שקיבלו, לצורך התמצאות בנוגע לביצוע הבדיקות, גבוה באופן מובהק בקרב מי שנעזרו במגשרים (70%) בהשוואה למי שאמרו כך ונעזרו ברופא (47%), בפקיד או מישהו אחר במרפאה (41%); בבן משפחה או אחר מהעדה (33%)⁵. כמו כן, שיעור המדווחים שהעזרה שקיבלו הקלה עליהם מאוד לקבוע תור לרופא מקצועי גבוה באופן מובהק בקרב מי שנעזרו במגשרים (76%) לעומת מי שאמרו כך ונעזרו ברופא (40%); בפקיד או בעובד אחר במרפאה (25%), או בבן משפחה או אחר מן העדה (40%).

שאלנו גם על התמצאות בקבלת שירותי רפואה דחופה. בקרב נותני השירות שררה תחושה שרבים מיוצאי אתיופיה ממהרים לפנות לבית החולים ולהיעזר לשם כך בשירותי אמבולנס, כשהם נתקלים בבעיה רפואית כאשר המרפאה סגורה. כדי להפחית פניות מיותרות לחדרי המיון, הכרוכות גם בהוצאה כספית, אם הפנייה אינה מוכרת כדחופה על ידי הקופה, המגשרים מדריכים אותם כיצד לטפל בחום גבוה או בהרגשה רעה כאשר המרפאה סגורה. הבחנו בין שני מצבים: מצב שבו מרגישים באופן פתאומי חולים מאוד (חולה קשה) בלילה, בשעות שהמרפאה סגורה, לעומת מצב שבו מרגישים "קצת חולים" באותה עת. שאלנו את המרואיינים מה יעשו בכל אחד מן המקרים.

לוח 4: תחושה לגבי מידת העזרה (אחוזים)

מרפאת ביקורת	מרפאת ניסוי			סה"כ	
	חלק/הדרכה	חלק/מגשר	חלקי		
100	100	100	100	100	"עד כמה עזר לך לדעת לאן לפנות לצורך ביצוע בדיקות מחוץ למרפאה?" * (310=n)
29	43	50	43	41	עזר לי מאוד
51	44	46	45	46	עזר לי קצת
20	13	13	12	13	לא כל כך עזר לי
100	100	100	100	100	"עד כמה עזר לך לדעת לאן לפנות לקביעת תור לרופא מקצועי?" * (362=n)
25	33	40	43	35	עזר לי מאוד
46	54	52	40	48	עזר לי קצת
29	13	8	17	17	לא כל כך עזר לי

* $p < .05$ לפי מבחן chi ברבוע

מלוח 5 עולה כי המרואיינים בכל המרפאות הבחנו בין שני המצבים. שיעור גבוה מהם ציינו כי כאשר הם מרגישים חולים מאוד, הם יקראו לאמבולנס ויפנו לבית חולים, וכאשר הם מרגישים "קצת חולים", הם יטפלו בעצמם ויחכו לבוקר. עם זאת, שיעור המדווחים שכאשר הם מרגישים חולים מאוד, הם יזמינו אמבולנס וילכו לבית החולים גבוה באופן מובהק במרפאת הביקורת (91%), לעומת 64%-81% שאמרו שינהגו כך במרפאות הניסוי. התמונה ברורה פחות, כאשר המרואיינים מרגישים "קצת חולים" בלילה. בשתיים מתוך מרפאות הניסוי אמרו 80% מהמרואיינים שיטפלו בעצמם או שיחכו לבוקר במקרה כזה.

⁵ לצורך ניתוח הנתונים בדוח נבחנו לעתים מאפייני תת קבוצות בקרב יוצאי אתיופיה במרפאה, כגון החלוקה לפי מי שנעזרו במגשרים. מקצת מקבוצות אלה הן קטנות, ההתייחסות למסקנות העולות מן הממצאים על קבוצות קטנות צריכה להיות זהירה. אם יש בהן עניין מיוחד יש לחזור ולחקור אותן לעומק. הערה זו נכונה לגבי כל מקום בדוח, שבו מוצגים נתונים על אפיוני תת-קבוצות קטנות מתוך אוכלוסיית המחקר.

שיעור הסבורים כך במרפאת הביקורת ובמרפאת ניסוי אחת נמוך יותר (76%-ו-65% בהתאמה). במרפאות אלה היו גם לא מעטים (15%-ו-18% בהתאמה) שאמרו שיפנו לתחנת מגן דוד אדום.

5.2 קבלת עזרה-הדרכה בטיפול

עוד שאלנו על קבלת עזרה והדרכה הנוגעות לעצם הטיפול הרפואי: האם מישהו במרפאה מסביר ומדריך כיצד להתכונן לקראת בדיקות, כגון בדיקת דם או בדיקת שתן, וכן מי במרפאה מסביר כיצד להשתמש בתרופות (כמה כדורים לבלוע, מתי וכו'). שיערנו שבמרפאות הניסוי, אשר בחלקן יש מגשר ובחלקן עבר הצוות השתלמויות בנוגע לטיפול הרפואי ביוצאי אתיופיה, יותר מרואיינים ידווחו על עזרה והדרכה לצורך ביצוע הטיפול.

לוח 5: התמצאות בקבלת שירותי רפואה דחופה (באחוזים)

מרפאת	מרפאת ניסוי			סה"כ 667=n	
ביקורת 161=n	חלק/הדרכה 184=n	חלק/מגשר 161=n	מלא 160=n		
100	100	100	100	100	"מה תעשה אם תרגיש חולה קשה (מאוד)
91	71	81	64	76	באופן פתאומי באמצע הלילה?"*
2	3	7	6	5	"אזמין אמבולנס/אלך לבית חולים"
2	14	3	25	11	"אזמין רופא לילה"
5	12	9	5	8	"אפנה למגן דוד אדום"
					"אטפל בעצמי, אחכה לבוקר" ¹
100	100	100	100	100	"מה תעשה אם תרגיש קצת חולה באמצע
4	5	9	10	7	הלילה?"*
5	7	4	7	6	"אזמין אמבולנס/אלך לבית חולים"
15	7	6	18	11	"אזמין רופא לילה"
76	80	81	65	76	"אפנה למגן דוד אדום"
					"אטפל בעצמי, אחכה לבוקר" ¹

1 כולל פנייה לשכנים או בני משפחה להיוועצות-עזרה
* $p < .05$ לפי מבחן chi ריבוע

אחוז גבוה ממבצעי הבדיקות קיבלו הסבר על הבדיקה, בעיקר מפי הרופא המטפל. שיעור המדווחים שנעזרו במגשר בעניין זה הוא 9% במרפאת הניסוי המלא 1 ו-18% במרפאת ניסוי חלקי/מגשר (ראה לוח 6). בקרב מקבלי ההסבר לא נמצא הבדל מובהק בין שלוש מרפאות הניסוי למרפאת הביקורת בשיעור המדווחים ש"נעזרו מאוד". אולם, במרפאות הניסוי, שיש בהן מגשר, 77% בקרב מי שנעזרו על ידי המגשר, ציינו כי הוא עזר להם מאוד להתכונן לבדיקה, לעומת 58% שאמרו כך בקרב מי שדיווחו שנעזרו על ידי הרופא; 44% בקרב מי שנעזרו על ידי בן משפחה או אחר מן העדה ו-31% שדיווחו שנעזרו על ידי האחות.

מלוח 6 עולה בבירור כי במרפאת ניסוי חלקי/הדרכה ובמרפאת הביקורת כ-25% נעזרים בבן משפחה או בבן העדה בלקיחת התרופה שהרופא רשם. זאת לעומת 7%-12% שנעזרים בבן משפחה או באחר מן העדה במרפאות הניסוי שיש בהן מגשר. הדרכה בידי בן משפחה או אחר מן העדה בלקיחת התרופות מועילה

פחות מעזרתו של חבר הצוות הרפואי או המגשר. במרפאות שבהן פועל מגשר דיווחו 8%-11% מן המרואיינים שהם נעזרים בו בנושא זה.

לוח 6: קבלת הסבר/הדרכה בביצוע הטיפול הרפואי (אחוזים)

מרפאת ביקורת	מרפאת ניסוי				סה"כ
	חלק/הדרכה	חלק/מגשר	מלא		
100	100	100	100	100	"מי במרפאה מסביר לך מה צריך לעשות לקראת בדיקה?" (n=563)
13	10	11	17	12	"אני יודע לבד"
10	10	5	5	7	"איני יודע, אף אחד לא מסביר לי"
-	-	18	9	6	"המגשר"
40	55	53	25	50	"הרופא"
27	19	12	13	18	"אחות/אחר במרפאה"
10	7	2	5	6	"בן משפחה או אחר מן העדה"
100	100	100	100	100	"מי במרפאה מסביר/מדריך איך לקחת תרופות?" (n=677)
14	8	21	14	14	"אני יודע לבד"
4	3	3	1	3	"איני יודע, אף אחד לא מסביר לי"
-	-	11	8	5	"המגשר"
34	38	35	8	39	"הרופא"
1	-	9	11	5	"האחות"
32	26	14	7	18	"הרוקח"
25	24	7	12	16	"בן משפחה או אחר מן העדה"

5.3 זמינות ונגישות השירות

זמינות השירות במרפאה ונגישותו נבחנו במספר שאלות, למשל, קביעת תור לרופא המשפחה, מידת הסיבוך שבנוהל זה, עזרה בקביעת התור, זמן ההמתנה לרופא המשפחה, סבירות משך ההמתנה. בכל אלה היה סביר להניח שעבודת המגשר והכשרת הצוות מסייעות להתאים את עבודת המרפאה לצורכי יוצאי אתיופיה מצד אחד, ואת התנהגות יוצאי אתיופיה לנהלים המקובלים במרפאה, מצד אחר.

מלוח 7 להלן עולה כי בסך הכול אחוז גבוה מבין יוצאי אתיופיה במרפאות דיווחו שהם מגיעים לרופא אחרי שהזמינו תור אליו, בין אם באותו יום או במועד מוקדם יותר (88%), וכי כמעט אין הבדל בין המרפאות באחוז המזמינים תור לרופא המשפחה. עם זאת כ-20% ממי שדיווחו שהם נוהגים להזמין תור לרופא אמרו שנוהל זה קשה (מסובך להם). אחוז המדווחים שהדבר "לא קשה אם יש מי שעוזר לי" בכך גבוה באופן מובהק במרפאות שבהן הועסקו המגשרים (30%-32%) לעומת 12% שאמרו כך במרפאות הניסוי החלקי ללא מגשר, ול-21% שאמרו כך במרפאת הביקורת.

מצאנו כי במרפאות שבהן מועסקים המגשרים נעזרו בהם כ-20% לקביעת התור, ומעטים בלבד השיבו שאינם יודעים כיצד להזמין תור וכי אין מי שיסביר להם (5%-8% לעומת מי שענו כך במרפאות שבהן אין מגשרים (17%-19%). במרפאות ללא מגשרים, כצפוי, הפקידים במשרד עוזרים לקבוע את התור. במרפאת הביקורת, יותר מאשר במרפאות הניסוי, נעזרו בבן משפחה או בבני העדה לצורך קביעת התור לרופא. עוד

יצוין כי נמצא כי בכל המרפאות כ-35% מהמרוויינים ענו כי הם מסתדרים בכוחות עצמם בקביעת התור. כאמור, בחנו גם את משך ההמתנה לרופא. מלוח 7 להלן עולה כי כ-70% מכלל המרוויינים במרפאות אומרים שהם מחכים הרבה זמן (בין חצי שעה לשעה) או הרבה מאוד זמן (שעה ומעלה) לרופא המשפחה. זאת על אף שרבים מהם אומרים שהם קובעים מראש תור לרופא (גם אם באותו היום). בנוסף, כ-64% מהמרוויינים חושבים שמשך ההמתנה שלהם אינו סביר. שיעור גבוה יותר של עולי 1984, הוותיקים בארץ, מדווחים שהם מחכים מעט זמן לרופא, בין 5 עד 15 דקות (27%) לעומת 9% מקרב עולי 1991 ו-8% מקרב עולי 1992 ואילך. בנוסף, מחצית מבני 41-50 אומרים שהם מחכים למעלה משעה לעומת שיעורים נמוכים יותר (בין 30% ל-43%) בקבוצות גיל אחרות. מלבד זאת לא נמצאו הבדלים מובהקים לפי משתני רקע כמו מין גיל או תעסוקה בנוגע להזמנת תור, משך הזמן שמחכים לרופא וסבירותו. דומה שבעוד שמרבית יוצאי אתיופיה במרפאה נוהגים לפי הנוהל המקובל במרפאה ומזמינים תור לרופא המשפחה, יש עדיין בעיה בנוגע למשך הזמן הארוך, יחסית, שהם מדווחים שהם מחכים לרופא ובתפיסת משך זמן זה כבלתי סביר.

לוח 7: תפיסת נגישות וזמינות השירות במרפאה (באחוזים)

מרפאת ביקורת 161=n	מרפאת ניסוי			סה"כ 667=n	
	חלק/הדרכה 184=n	חלק/מגשר 161=n	מלא 160=n		
100	100	100	100	100	"האם מזמין תור לרופא המשפחה?" *
6	11	15	17	12	"בדרך כלל בא בלי תור"
38	25	31	41	34	"מזמין תור באותו היום בו בא"
43	41	29	27	35	"מזמין תור יום קודם"
13	23	25	15	19	"מזמין תור מספר ימים קודם"
					"האם מרגיש שזה קשה, מסובך, לקבוע תור לרופא משפחה?" *
100	100	100	100	100	"מאוד קשה"
24	20	19	16	20	"לא כל כך קשה"
29	33	30	28	30	"לא קשה, אני מסתדר לבד"
26	35	19	26	27	"לא קשה אם יש מי שעוזר לי"
21	12	32	30	23	"כמה זמן מחכה בתור לרופא המשפחה?" *
100	100	100	100	100	"15-5 דקות (מעט זמן)"
11	15	9	8	11	"רבע שעה עד חצי שעה (די הרבה זמן)"
23	12	24	11	17	"חצי שעה עד שעה (הרבה זמן)"
29	34	28	25	29	"למעלה משעה (הרבה מאוד זמן)"
33	36	31	50	38	"לא זוכר, לא שמתי לב"
4	3	8	6	5	"האם חושב שהזמן שהוא מחכה הוא בסדר?"
100	100	100	100	100	"זה הזמן שחושב שבסדר לחכות"
32	43	37	30	36	"חושב שמחכה יותר מדי זמן"
68	57	63	69	64	

* 0.05 p לפי מבחן chi בריבוע

5.4 היעזרות במגשר בקשר עם הרופא

מהגדרת תפקיד המגשרים ומדיווחי המגשרים והצוות הרפואי עולה כי העזרה בגישור בין-תרבותי בעת קבלת הטיפול אצל הרופא היא חלק נכבד מעבודתם. מן הממצאים עלה כי שיעור המדווחים שהמגשר היה עמם בכל הפגישות אצל הרופא הוא 11%, עוד כ-17% דיווחו שהמגשר נכח בפגישה לעתים, ועוד -2% אמרו שהמגשר לא היה עמם אצל הרופא, אך הם נעזרו בו בפעם אחרת. עולה מכך שהמגשר עוזר בפגישה עם הרופא לכ-30% מיוצאי אתיופיה במרפאה, בין אם בקביעות, בכל פגישה עם הרופא, ובין אם רק בחלק מן הפגישות עמו.

הנעזרים הם בעיקר: בני 50-60, מי שסובלים מבעיה רפואית הדורשת טיפול ממושך או ממחלה כרונית; מי שאינם מועסקים; נשים, ועולי 1991 ואילך: בקרב מבוגרים בני 50-61 נעזרו במגשר 72% ובקרב בני 61+ - 55% לעומת 31%-40% בגילי הביניים ו-8% בקרב צעירים עד גיל 30; 44% מהסובלים מבעיה רפואית קשה או ממחלה כרונית נעזרו במגשר, לעומת 23% בקרב האחרים; בקרב מי שאינם עובדים נעזרו 36% במגשר, לעומת 13% מבין מי שעובדים; בקרב נשים יש יותר שנעזרו במגשר בפגישה עם הרופא (35%) לעומת שיעורם בקרב גברים (23%); בקרב עולי 1991 ו-1992 ואילך השיעור שנעזרו במגשר בפגישה עם הרופא הוא כ-33% לעומת 14% בקרב עולי 1984 (ראה לוח ב3). בחנו עד כמה עזר המגשר בפגישה עם הרופא. מבין המדווחים שהמגשר נכח בפגישתם עם הרופא (בין אם תמיד ובין אם לעתים) אמרו 74% שהוא עזר להם מאוד, 21% אמרו שהוא עזר במידת מה ו-5% אמרו שכלל לא עזר להם.

שאלנו את המרואיינים במה בעיקר המגשר עזר. בתשובות לשאלה פתוחה זו עלו הנושאים הבאים:

- בתרגום דבריו של המטופל לרופא: "המגשרת מתרגמת את דבריי, היא הפה שלי, מה שלא הבנתי מסבירה לי"; "המגשר מתרגם לו (לרופא) את הדברים שאני אומר לו (לרופא) ומסביר לי גם כמו שצריך"; "אני, קשה לי להסביר את הבעיה שלי לרופא, אם אני מוצא את המגשר הוא עוזר לי".
- בקביעת תור והפניות מחוץ למרפאה: "...לאן ללכת ולמי לפנות כדי לקבוע תור לרופא מקצועי"; "במיוחד כשהייתי בהיריון הוא (המגשר) היה מזמין לי תור, היה שואל את הבעיה שלי ומסביר לרופא כמו שצריך, אפילו היה מזמין לי תור מחוץ למרפאה, למשל בבית החולים".
- שימוש בתרופות: "...מסביר לי על התרופות, איך להשתמש, אחרי שהרופא קבע"; "עוזר לי בתרגום לכל תהליך הבדיקה ואם לקחת כדורים".
- גם בבעיות שאינן קשורות למרפאה: "אם יש בעיות משפחתיות אז המגשר עוזר לי, הוא מפנה אותי לגבי מקומות שאני לא מכירה".

5.5 בחינת ההרגשה כלפי הטיפול הרפואי במרפאה

התפיסה העומדת בבסיס הפעלת תוכנית ההתערבות הייתה ששיפור המפגש בין נותני השירות הרפואי לבין יוצאי אתיופיה באמצעות העסקת מגשרים שהוכשרו לכך ומתן הדרכה מתאימה לצוות המרפאה ישפרו את הקשר שבין הרופא למקבל הטיפול יוצא אתיופיה. המרואיינים נשאלו על הקשר הבין-אישי עם הרופא; על התקשורת בינם לבין הרופא; על האמון שלהם ברופא (הרופא מבין אותם והם מבינים את הרופא) ועל תפיסת תוצאות הטיפול - ביטחון בטיפול ואמון בתרופות ובתוצאות הטיפול הניתן להם במרפאה ושביעות רצון מן הרופא (ראה פירוט השאלות בלוח 8).

המרואיינים נשאלו האם בדרך כלל "הם נכנסים לרופא לבדם או שנעזרים באחר בעת הפגישה עם הרופא". אם נענינו ש"לעתים נעזרים באחר ולעתים לא", המרואיין התבקש להתייחס בתשובותיו לפעמים שבהן נעזר באחר (המגשר במרפאות הניסוי ובן משפחה או מישו מהעדה, במקום שאין בו מגשר). נמצאו הבדלים בהרגשה לגבי קבלת הטיפול הרפואי לפי משתני הרקע של המרואיינים. בקרב ותיקים יותר בארץ, בקרב צעירים (עד 30), ובקרב מי שעובדים, יותר מרואיינים חשו שהם יכולים לספר לרופא את כל הפרטים ואת הסיבה לבעיה שבגללה באו אליו: 73% מבין מי שעלו בשנת 1984 אמרו שלעתים קרובות הם יכולים לספר לרופא; זאת לעומת כ-50% מבין עולי 1991 ומי שעלו משנת 1992 ואילך; 67% מן הצעירים אמרו כך, לעומת שיעורים נמוכים יותר בקבוצות הגיל הגבוהות יותר (51% מבין בני 31-40, 33% בקרב בני 41-50, וכ-42% בקרב בני 51 ומעלה); ו-67% אמרו כך מבין מי שעובדים לעומת 48% מבין הלא מועסקים. עוד נמצא, כי יותר מעולי 1984 אמרו שלעתים קרובות הרופא מקשיב להם עד הסוף (71%) לעומת 52% מבין עולי 1991 ו-57% מבין מי שעלו מ-1992 ואילך.

תמונה דומה הצטיירה לגבי השאלה "האם מרגישים שמבינים את הרופא כשהוא מסביר להם?". גם כאן הצעירים עד גיל 30, לעומת קבוצות הגיל המבוגרות; עולי 1984, לעומת עולי 1991; ועולי 1992 ואילך ומי שעובדים, לעומת מי שאינם עובדים - אומרים שהם מבינים את כל הסברי הרופא או את רובם.

יצוין כי שיעור גבוה מבני 51 ומעלה (52%) מבינים את הרופא אם "מישהו נכנס לפגישה... ועוזר להם". ובדומה לכך 30% ממי שעלו משנת 1992 ואילך. חמישים ותשעה אחוזים מהמרואיינים שעובדים ציינו, כי לעתים קרובות "הטיפול שהרופא נותן עוזר להרגיש טוב", לעומת זאת בקרב מי שאינם עובדים אחוז הסבורים כך הוא 49%, ויחס דומה מסתמן גם בקרב צעירים לעומת המבוגרים. שישים וארבעה אחוזים ממי שעובדים אף מרוצים לעתים קרובות מיחסו של הרופא, לעומת חמישים ואחד אחוזים מקרב מי שאינם עובדים. שבעים ושניים אחוזים מעולי אתיופיה הוותיקים (שעלו בשנת 1984) מרוצים מיחס הרופא לעתים קרובות, לעומת עולי 1991 (50%) ועולי 1992 ואילך (58%) (ראה לוחות ב-4 וב-8 בנספח ב).

בלוח 8 מושוות תשובות המרואיינים במרפאות הניסוי לתשובות המרואיינים במרפאת הביקורת על שאלות בנושא הרגשת יוצאי אתיופיה במרפאה לגבי היבטים בקשר עם הרופא שלהם.

מן הלוח עולה כי באופן מובהק שיעור גבוה יותר של יוצאי אתיופיה במרפאות הניסוי חשים כי הם יכולים לספר לרופא לעתים קרובות את הסיבה לביקורם ואת הפרטים הכרוכים בכך, ולעתים קרובות הרופא מקשיב להם עד הסוף; במרפאות הניסוי רבים יותר חשים שלעתים קרובות הם מבינים את הסבריו של הרופא; רבים יותר ציינו שלעתים קרובות הטיפול "שהרופא נותן עוזר להרגיש טוב"; ושיעור גבוה יותר במרפאות הניסוי מרגישים שלעתים קרובות לרופא יש סבלנות אליהם והם מרוצים מן היחס של הרופא, לעומת שיעור המשיבים כך בכל השאלות הללו בקרב המרואיינים במרפאת הביקורת.

לשם בחינת ההבדל בין מרואיינים במרפאת הביקורת לעומת מרואיינים במרפאות הניסוי, גם כאשר מנטרלים את השפעתם של משתנים סוציו-דמוגרפיים, בהרגשה כלפי הרופא הראשוני נערכו גרסיות לוגיסטיות להסבר ההיבטים השונים של הקשר עם הרופא. המשתנה התלוי שנבדק בכל גרסיה היה משתנה-דמה, שהראה האם הנחקר ענה כי לעתים קרובות הרגשתו כלפי היבטים בקשר עם הרופא היא

חיובית (לעומת מי שלא ענה כך). כמשתנים בלתי תלויים הוכנסו לכל רגרסיה, בנוסף למשתנה מרפאה (מרפאות הניסוי כולן יחד למול מרפאת הביקורת), גם 2 קבוצות גיל (צעירים עד 30 לעומת בני 31-60, ו"זקנים" בגיל +61 לעומת בני 31-60), מין (גברים לעומת נשים), שנת עלייה (עולי 1991 לעומת עולי 1984, ועולי 1992 ואילך לעומת עולי 1984), מחלה קשה/כרונית (לעומת מי שאינם חולים), ותעסוקה (מי שאינם עובדים לעומת מי שעובדים).

לוח 8 : הרגשת יוצאי אתיופיה לגבי הקשר עם הרופא (אחוזים)

מרפאת ביקורת 161=n	מרפאת ניסוי			סה"כ 667=n	
	חלקי/הדרכה 184=n	חלקי/מגשר 161=n	מלא 160=n		
100	100	100	100	100	"יכול לספר לרופא את כל הפרטים ועל הסיבה בגללה הגיע אליו" *
34	59	58	57	53	לעתים קרובות
34	22	29	29	28	לפעמים כן ולפעמים לא
32	19	13	14	19	לעתים רחוקות
100	100	100	100	100	"הרופא מקשיב עד הסוף" *
41	59	65	53	54	לעתים קרובות
32	29	24	33	30	לפעמים כן ולפעמים לא
27	12	11	14	16	לעתים רחוקות
100	100	100	100	100	"מרגיש שהרופא באמת מבין את הבעיה שלך"
31	40	40	43	39	לעתים קרובות
42	39	41	35	39	לפעמים כן ולפעמים לא
27	21	19	22	22	לעתים רחוקות
100	100	100	100	100	"כשהרופא מסביר, מרגיש שמבין אותך"
21	37	40	31	33	מבין כלורוב מה שהוא מסביר
41	30	32	33	34	מבין חלק ממה שהוא מסביר
16	7	6	14	10	כמעט בכלל לא מבין
22	26	22	22	23	"מבין אם מישחו נכנס אתי לרופא ועוזר לי"
100	100	100	100	100	"מרגיש שלרופא יש סבלנות" *
41	58	58	51	53	לעתים קרובות
35	26	26	37	30	לפעמים כן ולפעמים לא
24	16	16	12	17	לעתים רחוקות
100	100	100	100	100	"התרופות שהרופא נותן עוזרות"
32	37	43	35	37	לעתים קרובות
42	46	45	47	45	לפעמים כן ולפעמים לא
26	17	12	18	18	לעתים רחוקות
100	100	100	100	100	"הטיפול שהרופא נותן עוזר להרגיש טוב"
35	58	60	52	51	עוזר
53	32	32	38	39	לא כל כך עוזר
12	10	8	10	10	כלל לא עוזר
100	100	100	100	100	"מרוצה מהיחס של הרופא"
39	62	57	55	54	לעתים קרובות
35	23	31	31	30	לפעמים כן ולפעמים לא
26	15	12	14	16	לעתים רחוקות

* $p > .05$ לפי מבחן chi בריבוע

לוח 9 מסכם את הממצאים מניתוחי הרגרסיות הלוגיסטיות לגבי ההבדל בהרגשה כלפי הקשר עם הרופא בהיבטים שנבדקו בקרב יוצאי אתיופיה במרפאות הניסוי לבין יוצאי אתיופיה במרפאות הביקורת. הלוח מציג את היחס הצולב (odds-ratio) של כל ניתוח רגרסיה.⁶ מן הלוח עולה שלאחר שברגרסיה הוחזקו קבוע המשתנים הסוציו דמוגרפיים שפורטו לעיל, הסיכוי שיוצא אתיופיה ממרפאות הניסוי ירגיש לעתים קרובות שהוא יכול לספר לרופא את כל הפרטים ועל הסיבה שבגללה הגיע אליו גדול פי 2.5 יותר מתחושתו של יוצא אתיופיה ממרפאות הביקורת.

במקביל, הסיכוי שיוצא אתיופיה ממרפאות הניסוי ירגיש לעתים קרובות שהרופא מקשיב לו עד הסוף גבוה פי 1.88 יותר מאשר אצל עמיתו ממרפאות הביקורת; הסיכוי שלעתים קרובות הוא ירגיש שהרופא באמת מבין את בעייתו גבוה פי 1.55 לעומת עמיתו ממרפאות הביקורת; הסיכוי שיוצא אתיופיה ממרפאות הניסוי ירגיש לעתים קרובות שלרופא יש סבלנות אליו הוא פי 1.89 יותר לעומת עמיתו ממרפאות הביקורת; הסיכוי שהוא ירגיש לעתים קרובות שהטיפול של הרופא עוזר להרגיש טוב הוא פי 2.27 יותר לעומת יוצא אתיופיה במרפאות הביקורת, והסיכוי שלעתים קרובות הוא מרוצה מהרופא שלו הוא פי 2.02 יותר משל יוצא אתיופיה ממרפאות הביקורת.

לוח 9 : יחסים צולבים של ההרגשה של יוצאי אתיופיה כלפי היבטים בקשר עם הרופא הראשוני מתוך רגרסיות לוגיסטיות

odds ratio של יוצאי אתיופיה ממרפאות הניסוי לעומת יוצאי אתיופיה ממרפאות הביקורת (n=667)	היבטים של הקשר עם הרופא
* 2.55	"יכול לספר לרופא את כל הפרטים ועל הסיבה לבואו"
* 1.88	"הרופא מקשיב עד הסוף"
* 1.55	"מרגיש שהרופא באמת מבין את הבעיה שלו"
* 1.89	"מרגיש שלרופא יש סבלנות אליו"
1.30	"התרופות שהרופא נותן עוזרות לו"
* 2.27	"בסך הכול הטיפול עוזר להרגיש טוב"
* 2.02	"מרוצה מהיחס של הרופא"

* p < .05

בני 50-60 ומי שיש להם בעיה רפואית קשה או מחלה כרונית הן שתי קבוצות של יוצאי אתיופיה שיש בהן שיעור גבוה במיוחד של נעזרים במגשר בעת הביקור אצל הרופא. בחנו באמצעות רגרסיות לוגיסטיות את ההבדל בין יוצאי אתיופיה במרפאות הניסוי לבין יוצאי אתיופיה ממרפאות הביקורת בנוגע להרגשה כלפי הקשר עם הרופא רק בקרב המשתתפים לשתי קבוצות אלה. המשתנה התלוי שנבדק בכל רגרסיה היה, כמקודם, משתנה-דמה, שהראה האם הנחקר ענה כי לעתים קרובות (לעומת מי שלא ענה כך) הרגשתו כלפי היבטים בקשר עם הרופא היא חיובית. מהשוואה בין לוח 9 ללוח 10 עולה כי לעומת עמיתיהם במרפאות

⁶ היחס הצולב משקף את היחס שבין ההסתברות לתשובה "לעתים קרובות" לעומת "לפעמים/לעתים רחוקות" במרפאות הניסוי, חלקי ההסתברות לתשובה "לעתים קרובות" לעומת "לפעמים/לעתים רחוקות" במרפאות הביקורת. ניתן לראותו כקירוב של ההסתברות שיוצאי אתיופיה במרפאות הניסוי ירגישו לעתים קרובות קשר חיובי עם הרופא ביחס להסתברות להרגשה כזו בקרב יוצאי אתיופיה במרפאות הביקורת.

הביקורת, הסיכוי שיוצאי אתיופיה במרפאות הניסוי ירגישו לעתים קרובות הרגשה חיובית כלפי הקשר עם הרופא, עולה מאוד ברוב ההיבטים של הקשר כאשר בוחנים זאת רק בקרב בני 50-60.

הדבר נכון, במידה פחותה אמנם, גם כאשר בוחנים זאת רק בקרב מי שיש להם בעיה רפואית קשה או מחלה כרונית.

לוח 10: יחסים צולבים של ההרגשה כלפי היבטים בקשר עם הרופא הראשוני בקרב גילאי 50-60 ובקרב חולים כרוניים ממרפאות הניסוי לעומת מרפאת הביקורת, מתוך רגרסיות לוגיסטיות.

odds ratio של חולים כרוניים ממרפאות הניסוי לעומת חולים כרוניים ממרפאת הביקורת (n=242)	odds ratio של בני 50-60 ממרפאות הניסוי לעומת גילאים אלה ממרפאת הביקורת (n=82)	היבטים של הקשר עם הרופא
*2.66	*6.18	"יכול לספר לרופא את כל הפרטים ועל הסיבה לבואו"
*2.15	1.78	"הרופא מקשיב עד הסוף"
**1.88	**4.88	"מרגיש שהרופא באמת מבין את הבעיה שלו"
*2.48	**2.79	"מרגיש שלרופא יש סבלנות אליו"
1.01	*4.16	"התרופות שהרופא נותן עוזרות לבעיה שלו"
1.46	2.09	"בסך הכול הטיפול שהרופא נותן עוזר להרגיש טוב"
1.50	*3.91	"מרוצה מהיחס של הרופא"

*p<0.05

האם מהממצאים על הקשר עם הרופא הראשוני מסתמן דגם "מוביל" מבין שלושת דגמי מרפאות הניסוי? לקבלת תשובה לשאלה זו, בחנו ניתוחי רגרסיה לוגיסטית של ההבדל בין יוצאי אתיופיה בכל אחת ממרפאות הניסוי, לבין יוצאי אתיופיה במרפאת הביקורת בנוגע להרגשה כלפי היבטים שונים של הקשר עם הרופא. המשתנה התלוי שנבדק בכל רגרסיה היה, כמקודם, משתנה-דמה שהראה האם הנחקר ענה כי לעתים קרובות הרגשתו כלפי היבטים בקשר עם הרופא חיובית (לעומת מי שלא ענה כך). כמשתנים בלתי תלויים הוכנסו לכל רגרסיה מרפאות הניסוי (כל אחת בנפרד לעומת מרפאת הביקורת), והמשתנים הסוציו-דמוגרפיים שהוזכרו לעיל. מן הממצאים עולה כי כמעט בכל היבטי הקשר עם הרופא הסיכוי שיוצאי אתיופיה בכל אחת ממרפאות הניסוי ירגישו לעתים קרובות תחושה חיובית בנוגע לקשר עם הרופא גבוה יותר משל יוצאי אתיופיה ממרפאת הביקורת. אולם, אין אנו יכולים ללמוד מן הממצאים שיש עדיפות לדגם מסוים של מרפאת ניסוי לגבי הסיכוי לכך (ראה את תוצאות רגרסיות אלה בלוחות ג1-ג7 בנספח ג'). ממצא דומה הסתמן כאשר בחנו שאלה זו רק בקרב בני 50. אולם בבדיקת היבטים בקשר עם הרופא רק בקרב חולים כרוניים הסתמן יתרון למרפאות הניסוי עם מגשרים בהשוואה למרפאת הניסוי ללא מגשר (ראה לוחות ג8-ג9 בנספח ג').

בחנו גם היבטים שונים של הקשר עם האחות בקרב מי שהיא טיפלה בהם, לאחרונה בעת ביקורם במרפאה (41% מהמראיינים). מן התשובות עלה כי כ-60% ממי שטופלו בידי האחות ענו ש"יש לה סבלנות אליהם", שהיא "מסבירה להם על הטיפול" וש"הם מרוצים מיחסה כלפיהם". לא נמצאו הבדלים מובהקים בין המרפאות בתשובות לשאלות אלה, וכן לא נמצאו הבדלים מובהקים לפי משתני הרקע של הנחקרים.

5.6 שוויון והרגשה של עזרה ליוצאי אתיופיה בקבלת הטיפול

המרואיינים נשאלו שתי שאלות על היחס שמקבלים יוצאי אתיופיה במרפאה ועל מידת העזרה שמשתדלים לתת לבני העדה בקבלת הטיפול (ראה את השאלות בלוח 11). ארבעים אחוזים מן המרואיינים ציינו שהיחס כלפי בני העדה האתיופית דומה ליחס כלפי מטופלים אחרים במרפאה, כ-58% אמרו שהיחס כלפי בני העדה פחות טוב מהיחס כלפי אחרים, ורק כ-2% אמרו שהיחס טוב יותר. שיעור גבוה יותר של מרואיינים במרפאת הביקורת, לעומת מרפאות הניסוי, אמרו שהיחס כלפי בני העדה פחות טוב מהיחס כלפי אחרים, אולם ההבדל אינו מובהק (לוח 11). גם במרפאות הניסוי ציינו רבים מיוצאי אתיופיה שהיחס לבני העדה (לאו דווקא אליהם אישית) פחות טוב. עם זאת, מלוח 11 מסתמן בבירור כי שיעור הסבורים שבמרפאה משתדלים לעזור לבני העדה גבוה במרפאות הניסוי לעומת מרפאות הביקורת, ולהפך, שיעור מי שאמרו שכלל לא משתדלים נמוך במרפאות הניסוי לעומת מרפאת הביקורת.

לוח 11: תפיסת היחס לבני העדה ומידת העזרה להם בקבלת הטיפול במרפאה (אחוזים)

מרפאת ביקורת	מרפאת ניסוי			סה"כ	
	חלק/הדרכה	חלק/מגשר	מלא		
100	100	100	100	100	"היחס שבני העדה מקבלים במרפאה לעומת חולים אחרים הוא":
2	1	3	2	2	יותר טוב
35	40	43	43	40	אותו היחס
63	59	53	56	58	פחות טוב
100	100	100	100	100	"עד כמה משתדלים במרפאה לעזור לבני העדה בקבלת הטיפול":
4	17	9	10	10	משתדלים מאוד
55	66	71	66	64	משתדלים קצת
41	17	20	24	26	בכלל לא משתדלים

* $p < .05$ לפי מבחן chi בריבוע

5.7 מה המרואיינים רוצים ש"יעשה במרפאה כדי לעזור ליוצאי אתיופיה בקבלת הטיפול הרפואי?"

משבעים וארבעה אחוזים של התשובות לשאלה פתוחה זו הסתמן רצון במגשרים או במתרגמים בני העדה. מ-10% מהתשובות הסתמן הרצון באיש מקצוע בן העדה בצוות המרפאה - אחות, רופא, או עובד בצוות המשרד (ראה לוח 12). לדברי אחד מן המרואיינים: "את אדמת ארצו בשור ארצו", כלומר, "כדי שאנשי העדה שלנו יקבלו טיפול כמו כל אחד אחר, חייב שיהיה מישהו, אפילו כמה אנשים מקצועיים, שמבינים לא רק את השפה אלא גם את העבודה. רק אז התמונה תשתנה ואנו נקבל טיפול הרבה יותר טוב, כמו האחרים במרפאה". נושאים אלה הועלו בעיקר על ידי בני 31-50. ארבעים ואחד אחוזים מהם מעוניינים במגשרים-מתרגמים במרפאה (לעומת 34% מן הצעירים עד גיל 30 ו-25% מבני 51+), ו-48% ביקשו שיהיו במרפאה חברי צוות מן העדה (לעומת 36% מקרב הצעירים יותר ו-16% מבני 51+). כמו כן אחוז גבוה יותר מבין עולי 1991 (67%) ביקשו שיהיו במרפאות מגשרים/מתרגמים (לעומת 10% מעולי 1984 ו-23% מעולי 92 ואילך) ו-58% מהם רצו שיהיה איש צוות מן העדה (לעומת 8% מעולי 84 ו-34% מעולי 92 ואילך). עוד

יצוין שמאפיין את מי שהעלו נושאים אלו שהם היו חולים "רגילים" ולא מי שאמרו שיש להם בעיה רפואית קשה או מחלה כרונית. מבין המטופלים הרגילים 61% ביקשו מגשרים או מתרגמים (לעומת 39% מן החולים הכרוניים) ו-56% אמרו שרצוי שיהיה איש צוות מן העדה במרפאה (לעומת 44% מן החולים הכרוניים). נושאים נוספים שעלו מתשובות המרואיינים היו שינוי לטובה של יחס הצוות ליוצאי אתיופיה והדרכה בנושאי בריאות לבני העדה.

לוח 12: התפלגות התשובות בנוגע ל"דברים שרוצים שייעשו במרפאה כדי לעזור ליוצאי אתיופיה בקבלת הטיפול הרפואי" (אחוזים)

תשובות ¹	אחוזים
"שיהיו מתרגמים/מגשרים"	74
"שיהיה צוות רפואי מן העדה"	10
"שישתנה היחס של הצוות, שיהיה יחס יותר טוב"	8
"שתהיה הדרכה ליוצאי אתיופיה"	5
"שהרופאים יקדישו יותר זמן ליוצאי אתיופיה ויתנו תרופות מתאימות"	3

n=584

1 המרואיינים יכלו לענות יותר מתשובה אחת, לכן האחוזים מסתכמים ליותר מ-100%.

6. המפגש עם יוצאי אתיופיה ותוכנית ההתערבות מנקודת המבט של הצוות במרפאה

בחנו את המפגש עם יוצאי אתיופיה ואת השפעות התוכנית מנקודת מבטם של אנשי הצוות במרפאה. לשם כך ריאיינו בכל אחת מן המרפאות שנכללו במחקר את הרופא מנהל המרפאה, את האחות הראשית ואת המגשר. בפרק זה נעסוק במה שעלה מהראיונות בנוגע לקשיים בטיפול ביוצאי אתיופיה ובדרכי ההתמודדות עמם, לדפוסי העבודה עם חולים יוצאי אתיופיה בהשוואה לחולים אחרים, ולשביעות הרצון ממתן הטיפול ליוצאי אתיופיה במרפאה.

6.1 קשיים בטיפול ביוצאי אתיופיה ודרכי ההתמודדות עמם

כצפוי, הבעיה העיקרית שעלתה בנושא זה הייתה תקשורת - הן קשיי שפה והן הבדלים בין-תרבותיים בין המטפל למטופל. צוינו ריבוי-תלונות ותלונות על מכלול נקודות, המקשות לאבחן את הבעיה הרפואית. בנוסף לכך צוינו גם קשיים בהתמצאות בסדרי העבודה במרפאה ובקבלת שירותים מחוץ למרפאה.

במרפאות שבהן פעלו המגשרים ציינו הרופאים והאחיות, כי כדי להתמודד בקשיים אלו הם נעזרים במגשרים. לעתים זוהי עזרה עקיפה, תוצאה מצטברת של עבודת המגשר עם חברי הצוות בעבר. כפי שציין זאת אחד הרופאים "אחרי שנה שהמגשר עובד אתי, אני כבר מכיר את החולים ואת תיקיהם הרפואיים". המגשר עוזר גם להבחין בין בעיות אורגניות לבין בעיות נפשיות או בין בעיות שאינן בריאותיות.

במרפאת הניסוי ללא מגשר ובמרפאת הביקורת הובעה תחושה של קשיים בתקשורת. הפתרון הוא שימוש במתרגמים מזדמנים מבני העדה או מבני המשפחה. במרפאות ללא מגשר ציין הצוות גם קושי רב באבחון בעיות נפשיות לעומת בעיות פיזיות ותחושת תסכול בשל חוסר היכולת להסביר ולהבין את החולה ולפיכך גם לטפל בו. חברי הצוות במרפאות אלה ציינו שאחת הדרכים לפתור קושי זה היא באמצעות בדיקות רבות יותר, לשם שלילת האפשרות שמדובר בבעיה אורגנית.

6.2 דפוסי טיפול: השוואה בין העבודה עם חולים יוצאי אתיופיה לחולים אחרים

מהראיונות עם הרופאים והאחיות בכל המרפאות, הן מרפאות הניסוי והן מרפאת הביקורת, עלה כי בדרך כלל חולים יוצאי אתיופיה אינם מבקרים במרפאה יותר מחולים אחרים. בחלק מן המרפאות ציינו שבעבר אכן אפיינה תופעה זו את יוצאי אתיופיה, אולם כיום תדירות הביקורים פחתה. יש שאמרו כי רמת הביקורים אף ירדה מתחת לרמה הכללית במרפאה. עם זאת, נאמר לנו כי יש בקרב יוצאי אתיופיה קבוצות שמאופיינות במספר ביקורים רב. מדובר בעיקר במבוגרים, בחולי אסתמה או בחולים כרוניים ובצעירים בגיל העבודה שמבקשים אישורים ללשכת התעסוקה. לדברי אחד המגשרים, כמה חולים כרוניים באים למרפאה, לאו דווקא לרופא, אלא "ליתר ביטחון".

אשר למשך הזמן שהרופאים מקדישים למטופלים, במרפאות שפועלים בהן מגשרים נאמר לנו, הן על ידי הרופאים והאחיות והן על ידי המגשרים, שבעיקרון הרופא אינו מקדיש ליוצא אתיופיה זמן רב יותר מכפי שהוא מקדיש לחולה אחר; כל מקרה לגופו. במרפאות שבהן אין מגשר, משך הזמן המוקדש ליוצא אתיופיה ממושך יותר, בשל קשיי תקשורת.

הרופאים נשאלו אם הם מפנים חולים יוצאי אתיופיה למספר בדיקות רב יותר, בהשוואה לחולים אחרים. לדבריהם, באופן כללי, במהלך הטיפול הרגיל, אין הבדל בין יוצאי אתיופיה לאחרים במספר הבדיקות. הרופאים הדגישו בפנינו כי מטופלים יוצאי אתיופיה מופנים יותר לבדיקות, בעיקר בשלב ההיכרות (עם פתיחת תיק חדש). זאת, בשל תופעת ריבוי-תלונות, המחייבת, לעתים, הפניה לבדיקות רבות יותר בקרב יוצאי אתיופיה לעומת האחרים.

עוד עלה מהשיחה עם הרופאים כי הם אינם רושמים יותר תרופות ליוצאי אתיופיה בהשוואה לחולים האחרים שבטיפולם. להפך, הם שוקלים גם את השיקול הכספי של הלקוח, ביודעם שליוצאי אתיופיה יש מגבלות כלכליות ושגם אם יירשמו להם תרופות רבות את חלקן לא יקנו. במרפאת הביקורת אף נאמר לנו שהם נוטים לרשום פחות תרופות מלאחרים כי במקרה של בעיות אבחון, בשל קשיי התקשורת עם החולה, עדיף לא לתת תרופה מלתת תרופות מיותרות. גם בנוגע לשיעור ההפניות לרופאים מומחים דיווחו לנו הרופאים כי הם אינם מפנים מטופלים יוצאי אתיופיה לרופאים מומחים יותר ממספר ההפניות למומחים בקרב חולים אחרים המטופלים על ידם.

שאלנו אם יש הבדל בין יוצאי אתיופיה לאחרים במרפאה בנוגע להיענות לביצוע הוראות טיפוליות. לא הייתה אחידות בתשובות הצוות במרפאות הניסוי. באחת ממרפאות הניסוי השיבו שאין בעיה בנוגע לכך, ובשתי מרפאות ניסוי נוספות נענינו ששיתוף הפעולה בעניין זה נופל מהמקובל בקרב כלל המטופלים

במרפאה. יכול להיות שמשום שיוצאי אתיופיה אינם לוקחים את התרופות מבית המרקחת או שהם מפסיקים את הטיפול כאשר הרגשתם משתפרת. הבעיה קיימת בעיקר בקרב מבוגרים חולים כרוניים. הפתרון שנקטו בשלוש מרפאות הניסוי הוא הסבר ומעקב אחר החולים בקבלת התרופות או הטיפול שהם צריכים לקבל תוך היעזרות רבה במגשרים. המגשרים, כאמור, מקפידים בנושא זה.

במרפאת הביקורת נאמר לנו שקשה לדעת אם מקור אי ההיענות לטיפול הוא בעיות בתקשורת, וכי לעתים אי ההיענות נובעת מהתנגדות תרבותית לטיפול. עם זאת אין במרפאה זו מעקב מיוחד אחרי יוצאי אתיופיה בנוגע להיענות לטיפול, כשם שאין מעקב שיטתי אחר כלל המטופלים במרפאה.

6.3 שביעות רצון מן היכולת להעניק טיפול אפקטיבי ליוצאי אתיופיה

שאלנו את הרופאים והאחיות על תחושתם לגבי מידת התועלת שבטיפול ביוצאי אתיופיה ועל שביעות רצונם מאיכות הטיפול שהם נותנים להם. מדברי חברי הצוות בשלוש מרפאות הניסוי עלתה התחושה שהעבודה עם המגשרים מעלה את תחושת הביטחון באיכות הטיפול הרפואי, הן של החולים והן של הצוות הרפואי. מדברי הצוות בשלוש מרפאות הניסוי עלה עוד כי בדרך כלל הם מצליחים לאבחן נכון והם מרגישים שאין להם קושי לתת טיפול נכון ומועיל, "גם אם לפעמים זה דורש יותר מאמץ". עם זאת צוין שיש בין יוצאי אתיופיה מי שממשיכים לבוא שוב ושוב למרפאה, ועל אף הבדיקות ועזרת המגשר לא מצליחים לאבחן את בעייתם הרפואית. רוב המרואיינים במרפאות הניסוי אמרו שהם שבעי רצון מאיכות הטיפול שהם נותנים לחולים יוצאי אתיופיה וכי אינם חשים בחוסר נוחות להגיש טיפול. לדברי הצוות לתחושת הנוחות הזו תרמה רבות העובדה שיש מגשרים (במרפאות הניסוי עם מגשרים).

כתרומתם העיקרית ציינו המגשרים את השיפור ביחס הצוות הרפואי כלפי מטופלים יוצאי אתיופיה. לדעתם, יכולתם למסור לרופא מידע חיוני על החולה, שאלמלא כן לא היה מגיע לידי הרופא, העלתה את חשיבותם בעיני הרופאים והקלה מאוד על יוצאי אתיופיה במגעם עם הרופא.

במרפאת הביקורת נשמע הצוות מסווג, מהתשובות עלתה תחושה של קושי ותסכול (הרגשה שלא תמיד "מגיעים" אליהם) והרגשה שלעתים הטיפול אינו אופטימלי בשל קשיי התקשורת. מסיבה זו גם הובעה אי שביעות רצון מהיכולת לתת טיפול יעיל לחולים אלה.

6.4 האם יכול להיות מצב שבו כבר אין צורך במגשר במרפאה?

המרואיינים נחלקו ביניהם בעניין זה. היו שאמרו (בעיקר הרופאים) כי אמנם סיטואציה זו תהיה פחות טובה, אולם כיום, לאחר תקופת די ממושכת של עבודת המגשר במרפאה, יוצאי אתיופיה רוחשים יותר אמון כלפי הרופא. החולים שהם מכירים יוכלו להסתדר גם ללא עזרתו הישירה של המגשר. אחרים, בעיקר האחיות והמגשרים, אמרו שחלק מיוצאי אתיופיה במרפאה, בעיקר המבוגרים, שאינם יודעים עברית ולא קלטו ואף לא יקלטו את התרבות המערבית, יזדקקו לשירותי המגשר עוד זמן רב. בשיחה עם מנהלי התוכנית עלה כי הדבר שונה ממרפאה למרפאה ותלוי בגורמים שונים, למשל, מידת התחלופה של מטופלים יוצאי אתיופיה, התחלופה של הצוות במרפאה, שיעור הזקנים והחולים ושיעור החדשים בישראל.

7. השוואת ההוצאות לטיפול רפואי במרפאות הניסוי ובמרפאת הביקורת "לפני" ו"אחרי" הפעלת תוכנית ההתערבות

להערכת התוכנית מן ההיבט של הוצאות הטיפול היו שתי מטרות: 1. לבחון את ההבדלים בהוצאות על שירותי בריאות בין יוצאי אתיופיה לאוכלוסייה הכללית במרפאות קופת חולים כללית, טרם הפעלת התוכנית; 2. לבחון את השפעת התוכנית על ההוצאות לשירותי הבריאות בקרב יוצאי אתיופיה במרפאות.

תוכנית ההתערבות הייתה יכולה להשפיע על רמת ההוצאות בשני אופנים: מצד אחד יכולנו לשער שתהיה ירידה בהוצאות לשירותי בריאות בקרב יוצאי אתיופיה, וזאת משום שמתן אבחנות טובות יותר וטיפול הולם יותר ברמת הרפואה הראשונית, עקב הפעלת התוכנית, יכולים לחסוך בדיקות וטיפולים יקרים למטופלים אלה. מצד אחר, יכולנו לשער שההוצאות לשירותי בריאות ליוצאי אתיופיה במרפאות דווקא יעלו, משום שעם הפעלת תוכנית ההתערבות יאובחנו ויטופלו בעיות, שקודם לכן, לפני הפעלתה, לא אובחנו בשל קשיים בתקשורת בין הרופאים למטופלים.

בניתוח ההוצאות כללנו את ארבע המרפאות שבמחקר, שלוש מרפאות הניסוי ומרפאת הביקורת. בנוסף לכך, לשם בדיקת ההוצאות שקיבלנו לגבי מרפאת הביקורת, ניתחנו גם את הוצאותיהן של 10 מרפאות ביקורת נוספות (מרפאות שאינן כלולות בתוכנית ושיש בהן שיעור גבוה של יוצאי אתיופיה, חלקן ממחוז המרכז וחלקן ממחוזות אחרים). סוגי ההוצאות שנכללו בניתוח היו ההוצאות על תרופות, מרפאות חוץ של בתי-חולים, רופאים מקצועיים בקהילה ואשפוזים. בסוף הפרק יש גם התייחסות ראשונית לעלות הפעלת המגשרים במרפאות הניסוי והשלכותיה על התוספת לעלות ההוצאה למטופל יוצא אתיופיה.

השווינו בין ההוצאות למטופל במחצית השנייה של שנת 1997 (המועד ש"לפני" הפעלת התוכנית) להוצאות למטופל במחצית השנייה של שנת 1998 ("אחרי" הפעלת התוכנית).

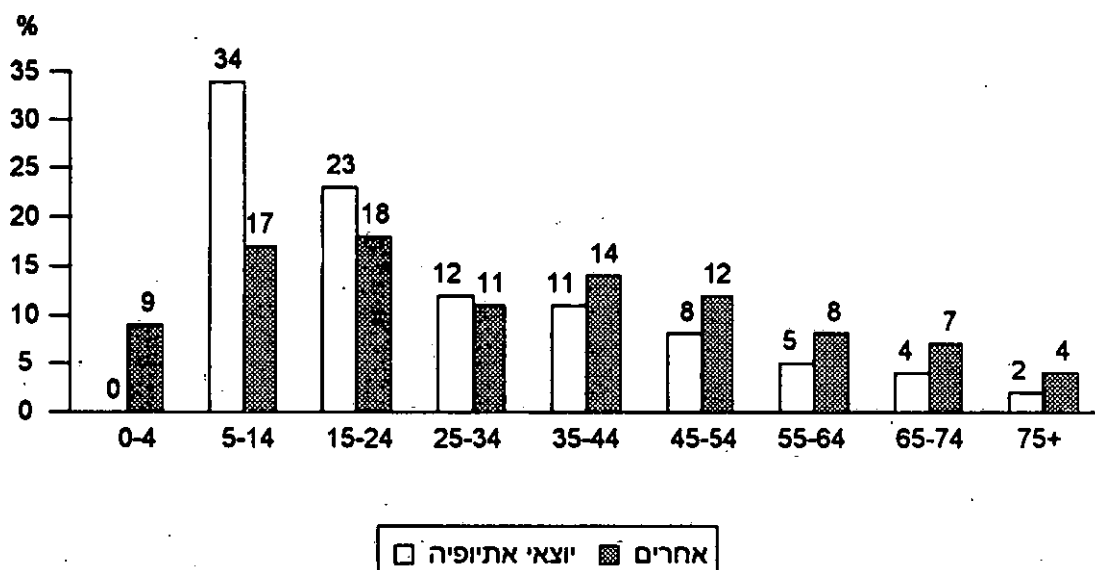
7.1 מגבלות ניתוח נתוני ההוצאות

מערכת המידע של קופת חולים כללית מתרחבת ומשתפרת בהתמדה (לדוגמה, כיום הדיווח של צילומי רנטגן מדויק הרבה יותר מבעבר). לכן הנתונים לגבי 1998 מלאים יותר לעומת נתוני 1997. מכאן ייתכן שאי אפשר לייחס את כל ההבדלים בין התקופות לתוכנית ההתערבות. עם זאת, אין לנו יסוד להניח שעובדה זו תשפיע באופן שונה על מרפאת הביקורת לעומת מרפאות הניסוי.

מגבלה נוספת של ניתוח ההוצאות היא שאין בידינו מידע על כל סעיפי ההוצאה. הדבר נוגע בעיקר להוצאות על הביקורים אצל רופאים ראשוניים. בקרב נותני השירות קיימת תחושה שכמות הביקורים בקרב יוצאי אתיופיה גבוהה משל המטופלים האחרים במרפאה. אולם, מערכת המידע של הקופה אינה כוללת עדיין נתונים אלה ועל כן לא היה אפשר לכלול אותם בחישוב ההוצאה למבוטח.

בנוסף, הנתונים על המבוטחים הם לפי ארץ לידה ולא לפי מוצא. מכאן שילדים יוצאי אתיופיה שנולדו בישראל מסווגים כישראלים. כך, על אף שידוע שאוכלוסיית יוצאי אתיופיה היא אוכלוסייה צעירה, הרי בבסיס הנתונים שקיבלנו מ"שירותי בריאות כללית" בקבוצת בני 0-4 אין כמעט "יוצאי אתיופיה" (ראה תרשים 1).

תרשים 1: הרכב גילי של המבוטחים במרפאות הניסוי והביקורת, 1997

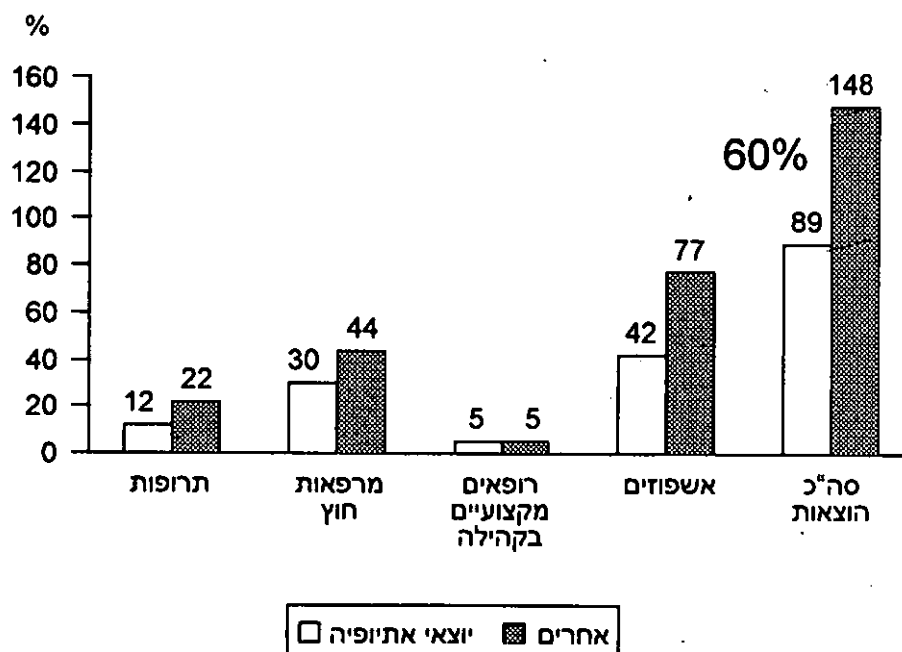


7.2 ממצאים

ההבדלים המשמעותיים בהתפלגות הגילים בין יוצאי אתיופיה לאחרים (מעבר לבעיה ברישום) מדגישים את חשיבות התקנון לגיל בהצגת הממצאים. הממצאים על הוצאות מוצגים בעבודה זו במונחי הוצאה חודשית לנפש מתוקנת.⁷ כבסיס לתקנון לגיל לקחנו את ההרכב הגילי של כלל המטופלים במרפאת הביקורת.

⁷ חישוב הוצאה לנפש מתוקנת: 1. חישבנו לכל קבוצת גיל את ההוצאה הממוצעת לנפש של מטופלים באותה קבוצה. 2. הכפלנו במקדם שהוא חלקה של קבוצת הגיל הזו בכלל המטופלים במרפאת הביקורת. 3. סיכמנו את תוצאות המכפלות על פני קבוצות הגיל השונות.

תרשים 2: הוצאה מתוקננת לגיל, לפי סעיפי הוצאה במרפאת הניסוי המלא, 1997



תרשים 2 מציג את ההוצאה הממוצעת לנפש לחודש במרפאת הניסוי המלא בשנת 1997. עולה ממנו כי בסך הכול, ההוצאה הממוצעת לחודש בשנה זו על מטופלים יוצאי אתיופיה הייתה 60% מן ההוצאה על מטופלים אחרים שאינם יוצאי אתיופיה. מובן, שללא תקנון לגיל, ההוצאות על יוצאי אתיופיה ביחס לאחרים נמוכות עוד יותר. ממצא זה של הוצאות נמוכות יחסית בקרב יוצאי אתיופיה ביחס לאחרים נכון גם כשבוחנים זאת לפי סעיפי הוצאה ספציפיים. גם במרפאות האחרות במחקר מצאנו שההוצאות על יוצאי אתיופיה ב-1997 היו נמוכות יחסית לאחרים במרפאות (ראה לוח 13). היחס נע מ-37% במרפאת הניסוי החלקי (מגשר בלבד) ל-74% במרפאות הביקורת הנוספות.

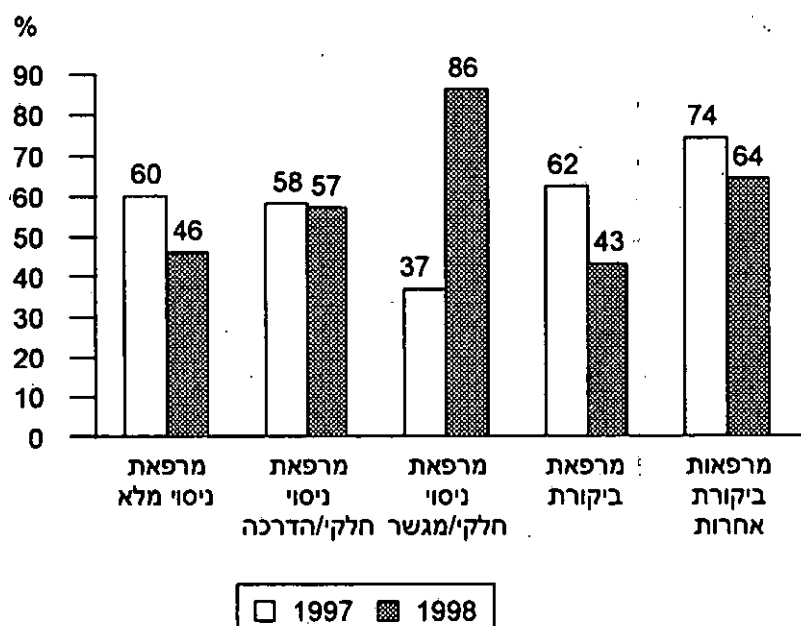
לוח 13: ההוצאה הממוצעת לחודש, לנפש מתוקנת, לפי מרפאה, קבוצת אוכלוסייה וסוג הוצאה, 1997 (ש"ח)

מרפאת:	סה"כ הוצאה	תרופות	מרפאות חוץ	רופאים מקצועיים בקהילה	אשפוזים
ניסוי מלא					
יוצאי אתיופיה	89	12	30	5	42
אחרים	148	22	44	5	77
יחס	60%	54%	68%	100%	54%
ניסוי חלקי (הדרכה)					
יוצאי אתיופיה	114	9	20	5	79
אחרים	198	21	53	6	117
יחס	57%	43%	38%	83%	67%
ניסוי חלקי (מגשר)					
יוצאי אתיופיה	66	20	17	3	26
אחרים	179	22	54	4	99
יחס	37%	91%	31%	75%	26%
ביקורת					
יוצאי אתיופיה	84	11	17	3	54
אחרים	185	18	39	5	74
יחס	45%	61%	44%	60%	73%
ביקורת נוספות					
יוצאי אתיופיה	80	7	5	8	59
אחרים	108	13	13	10	71
יחס	74%	54%	38%	44%	83%

האם חל שינוי ביחס שבין ההוצאה ליוצאי אתיופיה לבין ההוצאה לאחרים בשנת 1998? מטרשים 3 עולה כי גם לאחר הפעלת התוכנית ההוצאה הממוצעת לחודש על מטופלים יוצאי אתיופיה נמוכה ביחס לאחרים.⁸ יתר על כן, היחס בין סך ההוצאה לשירותי בריאות ליוצאי אתיופיה לבין ההוצאה לאחרים ירד מכ-60% ל-43% עד 46% במרפאת הניסוי המלא ובמרפאת הביקורת. כפי שמפורט בלוח 11 בנספח ד', ההוצאה לנפש בשתי המרפאות הללו ירדה הן בקרב יוצאי אתיופיה והן בקרב האחרים, כאשר הירידה הייתה חדה יותר בקרב יוצאי אתיופיה.

⁸ עולה השאלה האם השינויים בהוצאות נובעים משינויים בהרכב המטופלים האתיופים (ובמיוחד במצב הבריאות) בין שתי השנים. נמצא, כי בשנת 1997 שיעור המטופלים יוצאי אתיופיה, המזוהים כחולים כרוניים (מקבלים תרופות במנה חודשית) בכל אחת מן המרפאות, היה נמוך משיעורם בקרב המטופלים האחרים שאינם יוצאי אתיופיה. לדוגמה, במרפאת הניסוי המלא שיעור החולים הכרוניים היה 15% בקרב יוצאי אתיופיה ו-18% בקרב המטופלים האחרים במרפאה. ניתן היה לשער כי בעקבות תוכנית ההתערבות שיעור החולים הכרוניים בקרב יוצאי אתיופיה עלה במרפאות הניסוי בשל זיהוי רב יותר של חולים כאלה (בעקבות תקשורת יותר טובה בין הרופא לחולה). אולם לא כך נמצא, ובשנת 1998 שיעור החולים הכרוניים בכל אחת מן המרפאות נשאר כמעט בעינו.

תרשים 3: סך הוצאה מתוקנת לגיל: היחס בין יוצאי אתיופיה לאחרים בשנים 1997 ו-1998



מה עולה מנתוני המחקר לגבי השפעת התוכנית על ההוצאה לנפש ליוצאי אתיופיה? בעובדה שהיחס בין ההוצאה לנפש ליוצאי אתיופיה לבין ההוצאה לאחרים ירד באופן דומה במרפאת הניסוי המלא ובמרפאת הביקורת יש אינדיקציה לכך שההתערבות, במתכונתה המלאה, לא השפיעה באופן ניכר על ההוצאה לנפש בקופה בסעיפי ההוצאה שנבדקו.

במרפאות הביקורת הנוספות חלה גם כן ירידה ביחס בין סך ההוצאה לשירותי בריאות על יוצאי אתיופיה לבין ההוצאה לאחרים, אך כאן הירידה הייתה קטנה יותר, מ-74% ל-64%. העובדה שהירידה הייתה חדה יותר במרפאת הניסוי המלא מחזקת את המסקנה שהתוכנית במתכונתה המלאה לא העלתה את ההוצאות ומעלה את האפשרות שהיא אף הורידה הוצאות.

התמונה לגבי מרפאות הניסוי החלקי מסובכת יותר. במרפאה שבה ניתנה הדרכה אך לא פעלו מגשרים, כמעט שלא חל שינוי ביחס בין ההוצאה על מטופלים יוצאי אתיופיה לעומת האחרים. ממצא זה מנוגד למגמה שעלתה לגבי מרפאת הביקורת, שבה חלה ירידה משמעותית ביחס זה.

במרפאת הניסוי החלקי, שבה יש מגשר והצוות לא עבר הדרכה, היה ממצא חריג. שם, היחס בין סך ההוצאה לשירותי בריאות ליוצאי אתיופיה לאחרים עלה בצורה דרמטית, מ-37%, הנמוך ביותר בכל המרפאות ב-1997, לפני הפעלת התוכנית, ל-86% ב-1998. אין בידינו הסבר מלא לממצא זה. אנו חושבים שהממצאים על ההוצאות על יוצאי אתיופיה במרפאה זו אינם קשורים לתוכנית ההתערבות אלא למאפיינים מיוחדים של המטופלים יוצאי אתיופיה במרפאה הזו, בעיקר השיעור הגבוה במיוחד של חולים

באיידס בהשוואה למרפאות האחרות במחקר. הסברים אפשריים נוספים לממצא חריג זה נידונים בנספח ד'.

עד כמה ההוצאות הישירות על העסקת המגשרים והדרכתם מייקרות את ההוצאה למטופל יוצא אתיופיה? מנתונים שהועברו לידינו על ידי מנהלי תוכנית ההתערבות עולה כי העלויות הישירות (שכר ותנאים נלווים) והעקיפות (עלות ההדרכה ועלות ימי ההדרכה) של העסקת מגשר במרפאה הוסיפו עוד כ-7 ש"ח לחודש המהווים 5%-8% תוספת לעלות הכוללת למטופל יוצא אתיופיה.⁹ כזכור, נמצא כי ההוצאה הממוצעת ליוצא אתיופיה נמוכה מזו של מטופל אחר בכל המרפאות (היחס נע בין 43% ל-86%). מכאן, שהעסקת המגשרים מעלה במעט את ההוצאה הממוצעת למטופל יוצא אתיופיה, אולם גם לאחר תוספת זו ההוצאה החודשית על מטופל יוצא אתיופיה עדיין נמוכה מן ההוצאה החודשית על מטופל אחר.

לסיכום, נמצא כי בשנת 1997, לפני הפעלת התוכנית, ההוצאה לנפש ליוצאי אתיופיה הייתה נמוכה לעומת ההוצאה לנפש על אחרים בכל אחת מן המרפאות שנבדקו. גם ב-1998, אחרי הפעלת התוכנית, ההוצאה לנפש ליוצאי אתיופיה הייתה נמוכה מן ההוצאה לאחרים במרפאה. מהמחקר עולה גם כי הפעלת התוכנית במתכונתה המלאה לא הביאה לעלייה משמעותית בהוצאות לנפש.

8. סיכום

מחקר זה הוא מחקר הערכה לתוכנית התערבות, פרי יוזמתם של גיוינט-ישראל וקופת חולים הכללית במרפאות ראשוניות של הקופה, לשם שיפור המפגש בין יוצאי אתיופיה לבין נותני השירות הרפואי ולשם קידום בריאותם. בתוכנית מועסקים מגשרים יוצאי אתיופיה שהוכשרו לעבודה כמקדמי בריאות, הדרכה לחברי הצוות במרפאות ופעולות של חינוך לבריאות בקרב קבוצות מיוצאי אתיופיה על ידי המגשרים.

מטרות מחקר ההערכה היו לבחון את השפעת התוכנית על יוצאי אתיופיה בנוגע להתמצאות בקבלת שירותי הקופה, לזמינות ונגישות השירותים ולקשר בין החולה לרופא; ללמוד על התוכנית מנקודת המבט של הצוות הרפואי במרפאה; ולבחון איך השפיעה התוכנית על רמת ההוצאות הכרוכות בטיפול ביוצאי אתיופיה. מערך המחקר כלל השוואה בין שלושה דגמים של מרפאות ניסוי ומרפאת ביקורת אחת תוך שימוש במספר כלי מחקר המאפשרים בניית תמונה כוללת על תוכנית ההתערבות ותיקוף הממצאים המתקבלים מכלי המחקר השונים.

⁹ עלויות אלה הן בסך כולל של 25,000 דולר בשנה. מכאן שעלות המגשר מגיעה לכ-2,000 דולר לחודש, שהיו בשנת 1998 כ-7,600 ש"ח. בשירותי בריאות כללית יש כ-30 מרפאות בהן יש שיעור גבוה של יוצאי אתיופיה הרשומים במרפאה. המספר הממוצע של יוצאי אתיופיה למרפאה במרפאות אלה הוא כ-1,200 נפש. אם נחלק את עלות המגשר לחודש למספר הממוצע של יוצאי אתיופיה במרפאה, הרי בשנת 1997 עבודתו של המגשר הוסיפה עוד כ-6 שקלים לחודש להוצאה הממוצעת על מטופל יוצא אתיופיה במרפאה, ובשנת 1998 עוד כ-7 ש"ח לחודש. עוד יצוין כי ההוצאות הממוצעות לחודש למטופל אשר מוצגות בלוח 13 ובתרשים 3 הם כ-80% מההוצאה החודשית למטופל. הוספנו להוצאות אלה 25% בגין הוצאות אחרות (כגון על ביקורים אחרים) ומצאנו שגם לאחר תוספת, העלות המשוערת בגין הוצאות אחרות, היא בין 5% ל-8% למטופל.

בחינת יישום התוכנית במרפאות העלתה כי המגשרים משולבים בעבודת צוות המרפאה. הצוות נעזר בהם בעת הפגישה עם החולה לצורך תרגום, הסבר והבנה לעומק של בעיותיו, למעקב אחר נטילת תרופות, לקשר עם משפחות החולים ולביקורי בית. לפי הצוות הרפואי הדבר תורם לתחושת הביטחון שלו ביעילות הטיפול. לעומת זאת, במרפאת הניסוי ללא מגשר ובמרפאת הביקורת הצוות הרפואי חש קושי בתקשורת; קושי המביא לביצוע מספר רב יותר של בדיקות (כדי לשלול בעיות אורגניות) ולשימוש במתרגמים מזדמנים שיעילותם אינה תמיד רבה.

נמצא כי עיקר פעילות המגשרים מתבטאת בעזרה בעת המפגש בין הרופא לחולה וכן בעזרה למבקרים במרפאה. מסקר המבקרים עלה כי כשליש מיוצאי אתיופיה נעזרים בהם בקביעות. לדברי המגשרים, במשך הזמן הם עברו מעזרה בנוגע לנהלים והתמצאות בקבלת השירות לעבודה על שימוש נכון בתרופות, למעקב אחר חולים כרוניים ואף לעזרה במצבי לחץ וחרדה. אכן, הצוות במרפאות הניסוי עם מגשר דיווח כי המעקב אחר נטילת תרופות וביצוע טיפולים, בעיקר בקרב המבוגרים והחולים הכרוניים, נעשה תוך היעזרות רבה במגשר. גם במרפאת הניסוי החלקי, שבה הצוות הודרך, אך אין בה מגשר, דיווח הצוות הרפואי שהוא מבצע מעקב אחר היענות לטיפול. לעומת זאת, במרפאת הביקורת דווח על קושי בקיום מעקב כזה, בעיקר בשל קשיי תקשורת.

יצוין כי הפעילות לחינוך לבריאות בקרב קבוצות מיוצאי אתיופיה בולטת פחות בעבודתם של המגשרים, שכיחותה שונה בין מרפאות הניסוי והיא תלויה ביוזמת הצוות הסיעודי במרפאה ובמידת הסתייעותו במגשר. חברי הצוות הרפואי בשלוש מרפאות הניסוי חשים שהטיפול ביוצאי אתיופיה טוב ויעיל והם מביעים את שביעות רצונם. לעומת זאת, במרפאת הביקורת, שבה אין מגשר והצוות אף לא הוכשר כלל לטפל ביוצאי אתיופיה, חשים קושי ותסכול מחוסר היכולת להעניק טיפול יעיל לבני העדה ומכך שהטיפול הניתן אינו אופטימלי.

ממצאי ההערכה מעידים כי תוכנית ההתערבות תרמה לשיפור השירות הרפואי, כמעט בכל אחד מן התחומים שבחנו. מסקר המבקרים במרפאות עולה כי בהשוואה למרפאת הביקורת, בשלוש מרפאות הניסוי יש שיעור גבוה יותר של מי שהתמצאו בקבלת שירותי רופא מקצועי וידעו לאן לפנות לצורך ביצוע בדיקות מחוץ למרפאה (42% בממוצע לעומת כ-30% במרפאת הביקורת). במרפאת הביקורת ואף במרפאת הניסוי השלישית, ללא מגשר, יותר מרואיינים אמרו שאינם יודעים כיצד לקבל שירות ואיש לא מסביר להם זאת.

אולם, בניתוח רב-משתני לא נמצאה השפעה עצמאית מובהקת של מרפאת הניסוי על ההתמצאות בקבלת השירות, אולי משום ששיעור הנעזרים במגשר בנושא זה הוא רק 10%-12%. בנוסף, המרואיינים נשאלו גם אם קיבלו עזרה מצוות המרפאה או מגורים אחר בנוגע לקבלת השירותים. נמצא כי יותר מרואיינים במרפאות הניסוי דיווחו שהעזרה שקיבלו הקלה עליהם מאוד לבצע בדיקות (43%-50%), לעומת מרואיינים במרפאת הביקורת (29%). בדומה לכך, השיעור שאמרו שהעזרה שקיבלו הקלה עליהם מאוד בקביעת התור לרופא מקצועי היה גבוה יותר במרפאות שבהן מועסק מגשר (42% בממוצע) ואף במרפאת הניסוי ללא מגשר (33%) לעומת מרפאת הביקורת (25%). לא רק זאת, אלא שבמרפאות המגשרים אחוז

המרואיינים שדיווחו שהעזרה שקיבלו הקלה עליהם מאוד בהתמצאות בקבלת השירותים היה גבוה הרבה יותר בקרב אלו שנעזרו במגשר (70%-76%) לעומת אלו שנעזרו באחרים (25%-40%).

אשר להתמצאות בקבלת שירותי רפואה דחופה, להערכת נותני השירות, רבים מיוצאי אתיופיה נעזרים בשירותי אמבולנס בפנייה לבית חולים כאשר הם נתקלים בבעיה רפואית בשעות הלילה. המגשרים, לפי דיווחיהם, הקדישו בעבודתם זמן להסבר המצבים שבהם נתקלים בחוסר גבוה או בהרגשה רעה וכיצד לטפל בהם כאשר המרפאה סגורה. זאת, במטרה לעזור בהתמודדות עם מצבים כאלה ולמנוע פניות מרובות לחדרי המיון או לשימוש באמבולנס (בדרך לבית החולים), הכרוכות גם ב"הוצאה מן הכיס", במקרה שעל פי קביעת קופת החולים, הפנייה לחדר מיון לא הייתה מוצדקת. נמצא כי בכל המרפאות המרואיינים מבחינים בין מצב שבו הם מרגישים "חולים מאוד", ושב שיעור גבוה יקראו לאמבולנס ויפנו לבית חולים, לבין מצב שבו מרגישים "קצת חולים" ואשר בו שיעור גבוה יטפלו בעצמם ויחכו לבוקר. אולם, כאשר מרגישים "מאוד חולים" אחוז גבוה יותר ייקחו אמבולנס לבית החולים. במרפאת הביקורת (91%) לעומת מרפאות הניסוי (64%-81%). נראה כי עם הקליטה בארץ למדו יוצאי אתיופיה בכל המרפאות להתמודד עם מצבי מחלה שונים בחומרתם כאשר המרפאה סגורה. אולם מהמחקר עולה, כי יכולת התמודדות של חולים במרפאות הניסוי במצב שבו הם חשים חולים מאוד ללא פנייה מידית לחדר מיון גבוהה יותר. עם זאת, ממחקר זה אין בידינו מידע אם הם נוטים להשתמש בשירותי אמבולנס יותר מישראלים ותיקים.

בכל המרפאות שיעור גבוה ממי שביצעו בדיקות אמרו שקיבלו עזרה והסבר בנוגע למה שצריך לעשות לקראתן, בעיקר מן הרופא המטפל. לא מצאנו הבדל בין מרפאות הניסוי למרפאת הביקורת בשיעור המדווחים שההסבר שקיבלו עזר להם מאוד. עם זאת, במרפאות עם מגשרים שיעור מי שאמרו שהעזרה שקיבלו הקלה עליהם מאוד להתכונן לבדיקה היה גבוה יותר בקרב מי שנעזרו במגשר (77%) לעומת מי שנעזרו ברופא (58%), בבן משפחה, או במישהו אחר מן העדה (44%) או באחות (31%).

יוזמי התוכנית צפו שעבודת המגשר והכשרת הצוות יסייעו להתאים את עבודת המרפאה לצורכי יוצאי אתיופיה ואת התנהגות יוצאי אתיופיה לנהלים המקובלים במרפאה. נמצא כי 88% מיוצאי אתיופיה בכל המרפאות מגיעים לרופא לאחר שהזמינו תור, בין באותו יום או במועד מוקדם יותר, אף כי כ-20% מהם אמרו שנוהל הזמנת התור מסובך עבורם. במרפאות שבהן עובדים מגשרים נעזרו בהם כ-20% מהמרואיינים, בהזמנת התור לרופא. אחוז המדווחים שאינם מתקשים להזמין תור לרופא, אם מישאו עוזר להם (30% בממוצע), במרפאות אלה גבוה יותר מאחוז המדווחים כך במרפאת הביקורת (21%) ובמרפאת הניסוי ללא מגשר (12%). במרפאות שפועלים בהן מגשרים, מרואיינים מעטים ציינו שאין מי שיסביר להם וכי אינם יודעים כיצד להזמין תור (5%-8%) בהשוואה למרפאות בלי מגשרים (17%-19%).

על אף שמרבית המרואיינים באים למרפאה לפי תור שנקבע מראש, 70% מן המרואיינים, בכל המרפאות, ללא הבדל ביניהן, ציינו שהם צריכים לתכות הרבה זמן (חצי שעה עד שעה) או הרבה מאוד זמן (למעלה משעה) לרופא המשפחה, ו-64% ציינו שמשך זמן זה אינו סביר. נראה שאף שמרבית יוצאי אתיופיה במרפאה נוהגים לפי הנוהל המקובל במרפאה ומזמינים תור לרופא המשפחה גם בעזרת המגשר, זמן ההמתנה לרופא, על פי דיווחיהם, ארוך מדי ובלתי סביר. איננו יודעים את הסיבה לכך. ייתכן שמשך זמן ההמתנה לרופא משקף עומס בקבלת הקהל במרפאה, וייתכן גם שהמרואיינים הזמינו תור לרופא והעדיפו

להמתין במרפאה עד למועד קבלתם, גם אם מדובר בהמתנה ממושכת. הפער בין הדיווח העצמי על התנהגות בהתאם לנוהלי קביעת התור המקובלים במרפאה, לבין התחושה שמשך זמן ההמתנה אינו סביר מזמין טיפול ממוקד בבעיה זו.

מהגדרת תפקיד המגשר בתוכנית ההתערבות, מדיווחי המגשרים על תפקידם, ומדיווחי הצוות הרפואי עלה כי חלק נכבד מעבודת המגשרים מיוחד לעזרה בגישור בין-תרבותי בעת קבלת הטיפול מהרופא הראשוני. נמצא כי כשליש מיוצאי אתיופיה במרפאות שפועל בהן מגשר נעזרים בו בעת הביקור אצל הרופא, בין אם תמיד ובין אם לעתים מזומנות. הנעזרים הם בעיקר בני 50-60; מי שסובלים מבעיה רפואית הדורשת טיפול ממושך או ממחלה כרונית; מי שאינם עובדים; נשים; ומי שפחות ותיקים בישראל (עולי 1991 ואילך).

מן הממצאים בולטת מאוד העובדה כי שיעור גבוה יותר של יוצאי אתיופיה בשלוש מרפאות הניסוי, לעומת מרפאות הביקורת, מרגישים לעתים קרובות שהם יכולים לספר לרופא על כל פרטי הבעיה שלהם, שהרופא מקשיב להם עד הסוף, שהוא באמת מבין את הבעיה שלהם, שהם מבינים את הרופא ושלרופא יש סבלנות אליהם, כמו כן, שהתרופות עוזרות, שהטיפול שהרופא נותן עוזר להרגיש טוב, ושהם מרוצים מן הרופא. ממצאים אלה נכונים גם כשמנטרלים בניתוח רב-משתני את השפעתם של משתנים סוציו-דמוגרפיים. גם אז, בהיבטים שונים של הקשר עם הרופא יש סיכוי רב יותר שיוצא אתיופיה ממרפאות הניסוי ירגיש לעתים קרובות קשר חיובי עם הרופא לעומת עמיתו ממרפאת הביקורת. הסיכוי לכך אף גבוה עוד יותר בקרב גילאי 50-60, קבוצה ששיעור ניכר מחבריה (72%) נעזר במגשר בעת הביקור אצל הרופא. בדומה, אם גם במידה פחותה, נכון הדבר גם כאשר בוחנים את הקשר עם הרופא רק בקרב מי שיש להם בעיה רפואית קשה או מחלה כרונית, קבוצה נוספת ששיעור ניכר מחבריה (44%) נעזר במגשר. בקרב החולים הכרוניים גם נמצאה עדיפות מה למרפאות עם מגשרים בכל הנוגע לקשר עם הרופא הראשוני. אולם, באופן כללי, הממצאים אינם מעידים על עדיפות לדגם מסוים של מרפאת ניסוי בכל הנוגע לקשר שבין מטופל יוצא אתיופיה לרופא הראשוני.

בחינת הממצאים בנוגע לקשר עם הרופא הראשוני, לפי הממדים של דונבדיאן; גרוס ואח' (Donabedian, 1980; Gross et al., 1992) לבדיקת איכות הטיפול הראשוני, מעלה כי מבחינת היחסים הבין-אישיים בין הרופא למטופל (תקשורת כבוד וסבלנות); מבחינת תפיסת תוצאותיו (תחושה של פתרון בעיות, הרגשה שהטיפול עוזר ושביעות רצון מהרופא); ואף מבחינת זמינות השירות ונגישותו, איכות הטיפול הראשוני טובה יותר במרפאות הניסוי, לעומת מרפאת הביקורת.

מרפאות הניסוי נבדלות ממרפאת הביקורת גם בכך שאחוז גבוה יותר אמרו שבמרפאה משתדלים לעזור לבני העדה (80%) לעומת מרפאת הביקורת (59%). עוד עולה מן הממצאים כי מרבית המרואיינים (74%), בכל המרפאות ראו צורך שיהיו במרפאות מגשרים או מתרגמים מן העדה. בנוסף, עלה הרצון שבצוות הרגיל של המרפאה יעבוד איש מקצוע מן העדה (רופא, אחות או פקיד).

מניתוח הנתונים על ההוצאות עולה כי באופן כללי, עלות הטיפול ביוצאי אתיופיה נמוכה בהרבה מעלות הטיפול הרפואי בחולים אחרים באותם גילים. תמונה זו עלתה כבר מניתוח הנתונים לפני הפעלת תוכנית ההתערבות. ממצא זה עולה בקנה אחד עם דיווחיהם של הרופאים במרפאות, כי בניגוד לדעה המקובלת,

הם אינם שולחים מטופלים יוצאי אתיופיה ליותר בדיקות, הם אינם מפנים אותם בתדירות רבה יותר לרופאים מומחים ואף אינם רושמים להם יותר תרופות מאשר למטופלים אחרים במרפאה. גם ב-1998, אחרי הפעלת התוכנית, ההוצאה לנפש ליוצאי אתיופיה הייתה נמוכה מן ההוצאה לאחרים במרפאה. מהמחקר עולה כי הפעלת התוכנית במתכונתה המלאה כמעט לא העלתה את ההוצאות לנפש לבריאות של יוצאי אתיופיה ואולי אף הורידה אותן.

לסיכום, ממצאי המחקר מראים כי תוכנית ההתערבות הועילה, בעיקר בכל הנוגע לשיפור הקשר הבין - אישי בין הרופא לחולה ולתפיסת תוצאות הטיפול ובמיוחד, בקרב מבוגרים בני 50-60 ובקרב חולים כרוניים, שהם גם קבוצות מטופלים שנעזרות יותר בשירותיו של המגשר. גם בנושאים האחרים שנבדקו, זמינות ונגישות השירותים וההתמצאות בקבלתם, יש למרפאות הניסוי יתרון על פני מרפאת הביקורת. כל זאת מבלי שהתוכנית הביאה לעלייה בהוצאה על מטופלים יוצאי אתיופיה.

מן המחקר עולה, אם כן, כי כאשר ניתנת עזרה למרפאה, באמצעות העסקת המגשרים או על ידי הדרכה מתאימה לצוות הרפואי, חולים יוצאי אתיופיה והצוות המטפל בהם חשים טוב יותר בנוגע לקבלת השירות הרפואי ולמתן השירות.

ביבליוגרפיה

- אריאלי, א'; איציק, צ'. 1991. "פסיכופתולוגיה בקרב עולים מאתיופיה, מחקר שדה" הרפואה, 121: 417 - 421.
- גרוס, ר'; ניראל, נ'; בוסידן, ש'. 1996. **ביזור מרפאות במחוז הנגב של קופת חולים הכללית 1991 - 1993: ההשפעה על רמת ההוצאה, על צוות העובדים ועל השירות למבוטחים ושביעות רצונם**. מכון ברוקדייל, ירושלים.
- יונגמן, ר'; מינוחין-איציקסון, ש'; ברש, מ'. 1995. "ביטויים של מצוקה נפשית בקרב עולי אתיופיה ומשמעותם מנקודת המבט של המטופל והמטפל" בתוך **סוגיות בין-תרבותיות בבריאות הנפש: אוכלוסיות אתיופיות: סימפוזיון בינלאומי ברש, מ. וליפסקי, ד' (עורכים) גוינט-ישראל מכון פאלק בשיתוף עם האוניברסיטה העברית, גוינט-ישראל ומשרד הבריאות**.
- לרר, ז'. 1993. **פסיכולוגיה של הגירה: סקירת ספרות, מחלקת מדעי ההתנהגות, ענף מחקרי כוח אדם, צה"ל וגוינט-מכון ברוקדייל, ירושלים**.
- מינוחין-איציקסון, ש'; יונגמן, ר'; זרה, מ'. 1997. **מפגשים עם מרפאים מסורתיים מקרב קהילת עולי אתיופיה. גוינט-ישראל והמשרד לקליטת עלייה, ירושלים**.
- נודלמן, א'. 1995. **טנא יסטלין: דפוסי התנהגות בריאותית בקרב עולי אתיופיה- המלצות לעובדים במערכת הבריאות ובהקלה, גוינט-ישראל, משרד הבריאות והמשרד לקליטת עלייה, ירושלים**.
- ניראל, נ'; רוזן, ב'; גרוס, ר'; ברג, א'; יובל, ד'; איבנקובסקי, מ. 1998. "עולים מברית המועצות לשעבר במערכת הבריאות: ממצאים נבחרים מתוך סקרים ארציים", **ביטחון סוציאלי** 51: 96-115.
- Baker, D.W.; Parker, R.M.; Williams, M.V.; Coates, W.C.; Pitkin, K. 1996. "Use and Effectiveness of Interpreters in an Emergency Department". **JAMA** 275(10) 783-8.
- Berry, J.W. and Kim, U. 1987. "Comparative Studies of Acculturative Stress". **International Migration Review** 21:491-511.
- Creed, F. 1987. "Immigrant Stress". **Stress Medicine** 3:185-192.
- Chigier, E.; Nudelman, A. 1994. "A Cross-cultural Approach to Health for Immigrants and Refugees". **Collegium- Antropologicum** 18 (2) 195-198.

Franks, F. and Faux, S.A. 1990. "Depression, Stress, Mastery, and Social Resources in Four Ethnocultural Women's Groups". **Research in Nursing and Health** 13(5):283-292.

Donabedian, A. 1980. **The Definition of Quality and Approaches to its Assessment**. Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan.

Gross, R.; Benbassat, J.; Nirel, N.; Cohen M. 1992. "Quality of Care in Decentralized Primary Care Clinics: A Conceptual Framework". **International Journal of Health Planning and Management** 7:271-286.

Gupta, S. 1993. "Can Environmental Factors Explain the Epidemiology of Schizophrenia in Immigrant Groups?" **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology** 28(6):263-266.

Hodes, R.M. 1997. "Cross-Cultural Medicine and Diverse Health Beliefs - Ethiopians Abroad". **Western Journal of Medicine** 166(1):29-36.

Knishkowsky, B.; Edman, R.; Maayan, S.; Rosenwein, H.; Naveh, P. 1996. "HIV Care for Ethiopian Immigrants in an Israeli Family Practice". **Families Systems and Health** 14(1) 73-81.

Moreno, C.; Alvarado, M.; Balcazar, H.; Lane, C.; Newman, E.; Oritz, G.; Forres, M. 1997. "Heart Disease Education and Prevention Program Targeting Immigrant Latinos: Using Focus Group Responses to Develop Effective Interventions". **Journal of Community Health** 22(6):435-50.

Nahmias, J. ; Greenberg, Z.; Berger, S.A.; ; Horestein, L. ; Bilgury, B. ; Abel, B. 1993. "Health Profile of Ethiopian Immigrants in Israel: An Overview". **Israel Journal of Medical Sciences** 27(5):338-343.

Nudelman, A. 1988. "Cultural Influences on Health Behavior of Ethiopian Immigrants in Israel". presented at the 12th International Congress on Anthropological and Ethnological Sciences, Zagreb, Yugoslavia.

Nuttal, P.; Flores, F.C. 1997. "Hmong Healing Practices Used for Common Childhood Illnesses". **Pediatric Nursing** 23(3):247-51.

Riddick, S. 1999. "Applications of Linguistic Strategies in Health Care Settings". In: Kramer, E.; Ivey, S.L.; Ying Y. (eds.) **Immigrant Women's Health: Problems and Solutions**, Jossey-Bass Publishers, San Francisco.

Reiff, M.F. 1997. **Immigration and Medicine: Stress, Culture and Power in Encounters between Ethiopian Immigrants and their Doctors in Israel**. Submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy in the Graduate School of Arts and Science, Columbia University.

Shepherd, J. 1999. "A Model Post-traumatic Stress Disorder Support Group for Cambodian Women". In: Kramer, E.; Ivey, S.L.; Ying Y. (eds.) **Immigrant Women's Health: Problems and Solutions**, Jossey-Bass Publishers, San Francisco.

Shuval, J.T. 1979. "Migration and Stress." In: Goldberger, L. and Berznitz, S. (eds), **Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects**, Free Press, London.

Tran, T.V. 1993. "Psychological Traumas and Depressions in a Sample of Vietnamese People in the United States". **Health and Social Work** 18(3): 184-194.

Yamamoto, J.; Rhee, S.; and Chang, D.S. 1994. "Psychiatric Disorders Among Elderly Koreans in the United States". **Community Mental Health Journal** 30(1): 17-27.

Yin, R.D. 1984. **Case Study Research Design and Methods**. Sage Publications, Beverly Hills, CA, London and New Delhi.

נספח א: ניתוח מאפייני מקרי הנפל והשוואה בינם לבין המרואיינים

שיעור ההיענות של יוצאי אתיופיה במרפאות היה גבוה. בסך הכול פנינו ל-750 איש שהגיעו לביקור אצל רופא המשפחה שלהם או אצל רופא הילדים של ילדם בתוך תקופה של שלושה שבועות. מתוכם, בוצעו 667 (89%) ראיונות מלאים. אחד עשר אחוזים מן הפניות היו מקרי נפל בשל סירוב להתראיין. בנוסף, נפסלו 20 שאלונים בשל ראיון ילדים מתחת לגיל 15 (גיל המינימום שנקבע למרואיינים), שלא היו שייכים לאוכלוסיית המחקר.

כדי לעמוד על כיוונים אפשריים של הטיה בשל הנפל (סירוב להתראיין) השווינו בין מי שרואיינו לבין מי שלא רואיינו בנוגע לפרטים הבאים: גיל¹⁰, מין, מרפאה, הרופא אליו באו לביקור, ומרפאה. בלוח 1 מסוכמים ממצאי ההשוואה בין המרואיינים לנפל.

לוח 1א: משתני רקע בקרב המרואיינים והנפל (באחוזים)

סה"כ	מרואיינים (N=667)	נפל (N=83)
	100	100
גיל*		
צעיר	37	27
מבוגר	52	70
זקן	11	3
מין		
גבר	37	42
אישה	63	58
הרופא אליו בא לביקור		
רופא משפחה	75	76
רופא ילדים	25	24
מרפאה*		
ניסוי 1	24	28
ניסוי 2	24	23
ניסוי 3	28	41
ביקורת	24	8

* $p < 0.05$ לפי מבחן chi ברבוע

נמצא הבדל מובהק לפי הגיל. אחוז המבוגרים (70%) בקרב מי שסירבו להתראיין (הנפל) גבוה באופן מובהק מהאחוז בקרב המרואיינים (52%), ואחוז ה"צעירים" ו"הזקנים" הנפל נמוך יחסית לשיעורם בקרב המרואיינים. בנוסף, נמצאו הבדלים מובהקים בין המרפאות בשיעור הסירובים המדווחים. אחוז הסירובים הגבוה ביותר היה במרפאת ניסוי 3. לא נמצא הבדל מובהק בין המרואיינים לבין מי שסירבו

¹⁰ המרואיינים נתבקשו לסווג את ה"סרבנים" לשלוש קבוצות גיל כלליות: "צעירים", "מבוגרים" ו"זקנים". לצורך ההשוואה חולקו המרואיינים ל-3 קבוצות מקבילות: "צעירים"-גילאי 15 - 30, "מבוגרים" - גילאי 31 - 60, "זקנים"- גילאי 61+.

להתראיין בנוגע לרופא אליו באו לביקור. בקרב המרואיינים היו קצת יותר נשים לעומת מקרי הנפל אולם הממצא אינו מובהק.

בחנו מהן הסיבות לסירוב בקרב מי שסירבו להתראיין (הנפל). הסיבה העיקרית לסירוב להתראיין הייתה חוסר עניין (44%); אחריה, חוסר זמן (31%), והפרעה אחרת (25%) - קטגוריה שכללה מגבלה רפואית, מגבלה נפשית, ילדים קטנים בבית, או הפרעה כלשהי אחרת. לוח 2 מסכם את התפלגות הסיבות לסירוב להתראיין לפי משתני הרקע של המרואיינים.

לוח 2א: הסיבה לסירוב להתראיין לפי משתני רקע (באחוזים)

משתנה	סה"כ	חוסר עניין	חוסר זמן	הפרעה אחרת
מרפאה				
ניסוי 1	100	52	26	22
ניסוי 2	100	21	32	47
ניסוי 3	100	49	35	16
ביקורת	100	57	29	14
הרופא אליו בא לביקור*				
רופא משפחה	100	52	32	16
רופא ילדים	100	20	30	50
גיל				
צעיר	100	40	30	30
מבוגר	100	50	29	21
זקן	100	0	100	0
מין*				
גבר	100	63	33	4
אישה	100	35	26	39

* $p < 0.05$ לפי מבחן chi בריבוע

מלוח 2א עולה כי יש הבדל מובהק בסיבות לסירוב להתראיין, לפי הרופא שאליו באו המרואיינים לביקור. בקרב ה"נפל" שהגיעו לרופא הילדים של בנסובתם יש שיעור גבוה יותר שסירבו להתראיין בשל הפרעה אחרת, קרי, מגבלה רפואית, ילדים קטנים בבית, מגבלה נפשית או אחר (50%). זאת לעומת 17% שסירבו להתראיין מסיבה זו בקרב מי שבאו לרופא המשפחה וסירבו להתראיין. עוד עולה מלוח 2א שיש הבדל מובהק בסיבות לסירוב להתראיין לפי המין. שיעור גבוה יותר של נשים שסירבו להתראיין עשו זאת בשל הפרעה אחרת, קרי, ילדים קטנים בבית, מגבלות רפואיות, מגבלות נפשיות או אחר (39%) לעומת הגברים שהעלו סיבה זו כסירוב להתראיין (4%).

לסיכום: ההבדל העיקרי בין המרואיינים לנפל היה בגיל, בין המרואיינים היו יותר "צעירים" ויחסית יותר "זקנים" לעומת הנפל. עיקר הסירובים להתראיין היו בקרב מי שהוגדרו מבוגרים (גילאי 30 עד 60 לערך). בקרב ה"נפל" נמצא הבדל בסיבות לסירוב להתראיין לפי המין, גברים נטו לומר שאינם רוצים להתראיין בשל חוסר עניין. נשים נטו לתרץ זאת במגבלות אחרות (רפואיות, ילדים בבית וכיו"ב). במקביל, יותר

אימהות שבאו עם ילדיהן לרופא הילדים תלו את הסיבה לסירוב ב"הפרעה אחרת", קרי, מגבלה רפואית של הילד, ילדים קטנים בבית, מגבלה נפשית או סיבה אחרת.

נספח ב: התמצאות בקבלת השירותים, נוכחות המגשר בפגישה עם הרופא, והיבטים בקשר עם הרופא: לוחות צולבים לפי משתני רקע סוציו-דמוגרפיים

לוח ב1: "יודע לאן לפנות כשצריך לעשות בדיקות רפואיות" (אחוזים)

משתני רקע	סה"כ	כן, תמיד	לפעמים כן ולפעמים לא	לא, אף פעם
גיל*				
עד 30	100	56	33	11
40-31	100	41	38	21
50-41	100	28	45	27
60-51	100	20	28	52
61+	100	11	20	69
מין*				
גבר	100	46	30	24
אישה	100	34	36	30
שנת עלייה*				
84'	100	73	18	9
91'	100	35	35	30
92'+	100	34	39	27
עבודה*				
עובד	100	62	26	12
לא עובד	100	29	38	33

N=667

P<0.05*

לוח ב2: "יודע לאן לפנות כשצריך ללכת לרופא מקצועי" (אחוזים)

משתני רקע	סה"כ	כן, תמיד	לפעמים כן ולפעמים לא	לא, אף פעם
גיל*				
עד 30	100	61	26	13
40-31	100	41	36	23
50-41	100	26	34	40
60-51	100	17	36	47
61+	100	8	23	69
מין*				
גבר	100	45	32	23
אישה	100	37	30	33
שנת עלייה*				
84'	100	72	22	6
91'	100	37	30	33
92'+	100	33	39	28
עבודה*				
עובד	100	62	24	14
לא עובד	100	30	35	35

N=667

P<0.05*

לוח ב3: "נוכחות המגשר בפגישה עם הרופא" (אחוזים)

משתני רקע	סה"כ	כן היה	לא היה
גיל*			
עד 30	100	8	92
40-31	100	31	69
50-41	100	40	60
60-51	100	72	28
61+	100	55	45
מין*			
גבר	100	23	77
אישה	100	35	65
שנת עלייה*			
'84	100	14	86
'91	100	32	68
'92+	100	33	67
מחלה כרונית*			
כן	100	44	56
לא	100	23	77
עבודה*			
עובד	100	13	87
לא עובד	100	36	64
N=667			
P<0.05*			

לוח ב4: "יכול לספר לרופא על כל הפרטים ועל הסיבה לבעיה שבגללה בא" (אחוזים)

משתני רקע	סה"כ	כן, תמיד	לפעמים כן ולפעמים לא	לא, אף פעם
גיל*				
עד 30	100	67	24	9
40-31	100	51	31	18
50-41	100	33	29	38
60-51	100	41	32	27
61+	100	44	26	30
מין*				
גבר	100	56	27	17
אישה	100	51	29	20
שנת עלייה*				
'84	100	73	23	4
'91	100	51	28	21
'92+	100	50	30	20
עבודה*				
עובד	100	67	23	10
לא עובד	100	48	29	23
N=667				
P<0.05*				

לוח 55: "הרופא מקשיב עד הסוף" (אחוזים)

משתני רקע	סה"כ	כן, תמיד	לפעמים כן ולפעמים לא	לא, אף פעם
גיל				
עד 30	100	59	28	13
40-31	100	60	29	11
50-41	100	47	33	20
60-51	100	43	33	24
61+	100	54	24	22
מין				
גבר	100	58	27	15
אישה	100	54	31	15
שנת עלייה*				
'84	100	71	21	7
'91	100	52	30	18
'92+	100	57	31	12
עבודה				
עובד	100	60	29	11
לא עובד	100	53	30	17

N=667

P<0.05*

לוח 62: "כשהרופא מסביר מרגיש שמבין אותו" (אחוזים)

משתני רקע	סה"כ	מבין את הכול	מבין חלק (מעט)	כמעט לא מבין	מבין אם מישוהו נכנס עמו לרופא
גיל*					
עד 30	100	61	35	1	3
40-31	100	27	40	11	22
50-41	100	18	37	12	33
60-51	100	9	18	21	52
61+	100	1	19	28	52
מין					
גבר	100	35	34	9	22
אישה	100	32	33	11	24
שנת עלייה*					
'84	100	61	28	5	6
'91	100	31	33	12	24
'92+	100	26	37	9	28
עבודה*					
עובד	100	52	36	4	8
לא עובד	100	26	33	13	28

N=667

P<0.05*

לוח ב7: "הטיפול שהרופא נותן עוזר להרגיש טוב" (אחוזים)

משתני רקע	סה"כ	הטיפול עוזר	הטיפול לא כל כך עוזר	הטיפול בכלל לא עוזר
גיל				
עד 30	100	58	34	8
40-31	100	57	33	10
50-41	100	39	53	8
60-51	100	40	45	15
61+	100	47	41	13
מין*				
גבר	100	52	41	7
אישה	100	52	37	11
שנת עלייה				
'84	100	64	31	5
'91	100	51	38	11
'92+	100	49	41	10
עבודה*				
עובד	100	59	36	5
לא עובד	100	49	40	11

N=667

P<0.05*

לוח ב8: "מרוצה מהיחס של הרופא" (אחוזים)

משתני רקע	סה"כ	כן, תמיד	לפעמים כן ולפעמים לא	לא, אף פעם
גיל				
עד 30	100	51	32	17
40-31	100	60	23	17
50-41	100	50	35	15
60-51	100	57	30	13
61+	100	55	30	15
מין				
גבר	100	55	28	17
אישה	100	52	32	16
שנת עלייה*				
'84	100	72	22	6
'91	100	50	34	16
'92+	100	58	24	16
עבודה*				
עובד	100	64	25	11
לא עובד	100	50	31	19

N=667

P<0.05*

נספח ג: רגרסיות לוגיסטיות בנוגע להיבטים בקשר עם הרופא הכוללות, את כל אחת ממרפאות הניסוי, בנפרד, כמשתנה בלתי תלוי ברגרסיה

לוח ג1: המשתנים המנבאים את ההרגשה ש"יכול לספר לרופא לעתים קרובות על כל הפרטים" ו"על
הסיבה לבעיה שבגללה בא לרופא" (רגרסיה לוגיסטית).

odds ratio	B	בסיס למשתנה דמה
2.95	1.08	מרפאת ניסוי 1*
2.33	.84	מרפאת ניסוי 2*
2.39	.87	מרפאת ניסוי 3*
2.65	.97	צעירים*
.92	-.08	זקנים
.51	-.65	שנת עלייה: 91*
.40	-.91	שנת עלייה: 92*
1.41	.34	גבר
.52	-.65	לא עובד*
1.06	.06	מחלה כרונית
P<.05*		

לוח ג2: המשתנים המנבאים את ההרגשה ש"לעתים קרובות הרופא מקשיב עד הסוף" (רגרסיה
לוגיסטית)

odds ratio	B	בסיס למשתנה דמי
1.5	.39	מרפאת ניסוי 1
2.8	1.02	מרפאת ניסוי 2*
1.73	.55	מרפאת ניסוי 3*
1.2	.18	צעירים
.76	-.27	זקנים
.51	-.67	שנת עלייה: 91*
.46	-.77	שנת עלייה: 92*
1.3	.26	גבר
.98	-.01	לא עובד
1.18	.17	מחלה כרונית
P<.05*		

לוח ג3: המשתנים המנבאים את ההרגשה ש"לעתים קרובות הרופא באמת מבין את הבעיה" (רגרסיה לוגיסטית)

בסיס למשתנה דמי	odds ratio	B	
מרפאת ניסוי 1*	1.84	.61	מרפאת ביקורת
מרפאת ניסוי 2	1.6	.46	מרפאת ביקורת
מרפאת ניסוי 3	1.3	.26	מרפאת ביקורת
צעירים	1.46	.38	גיל ביניים (60-31)
זקנים	1.07	.07	גיל ביניים (60-31)
שנת עלייה: '91*	.47	-.73	שנת עלייה '84
שנת עלייה: '92*	.44	-.8	שנת עלייה '84
גבר	.92	-.07	אישה
לא עובד*	.65	-.42	עובד
מחלה כרונית	.70	-.35	אין מחלה כרונית

P<.05*

לוח ג4: המשתנים המנבאים את ההרגשה ש"לעתים קרובות לרופא יש סבלנות" (רגרסיה לוגיסטית)

בסיס למשתנה דמי	odds ratio	B	
מרפאת ניסוי 1*	1.71	.53	מרפאת ביקורת
מרפאת ניסוי 2*	2.18	.77	מרפאת ביקורת
מרפאת ניסוי 3*	1.87	.62	מרפאת ביקורת
צעירים	1.15	.14	גיל ביניים (60-31)
זקנים	1.48	.40	גיל ביניים (60-31)
שנת עלייה: '91*	.96	-.03	שנת עלייה '84
שנת עלייה: '92*	1.1	.09	שנת עלייה '84
גבר	1.19	.17	אישה
לא עובד	.71	-.34	עובד
מחלה כרונית	.88	-.11	אין מחלה כרונית

P<.05*

לוח 5: המשתנים המנבאים את ההרגשה שלעתים קרובות "התרופות שהרופא נותן עוזרות לבעיה שלו" (רגרסיה לוגיסטית)

בסיס למשתנה דמי	odds ratio	B	
מרפאת ניסוי 1	1.05	.05	
מרפאת ניסוי 2*	1.67	.51	
מרפאת ניסוי 3	1.18	.16	
צעירים	1.07	.07	
זקנים	1.26	.23	
שנת עלייה: '91	1.17	.16	
שנת עלייה: '92	.84	-.16	
גבר	.88	-.11	
לא עובד	.71	-.33	
מחלה כרונית*	.56	-.56	
P<.05*			

לוח 6: המשתנים המנבאים את ההרגשה ש"לעתים קרובות מרוצים מן היחס של הרופא" (רגרסיה לוגיסטית)

בסיס למשתנה דמי	odds ratio	B	
מרפאת ניסוי 1*	1.70	.53	
מרפאת ניסוי 2*	2.16	.77	
מרפאת ניסוי 3*	2.22	.80	
צעירים	.72	-.32	
זקנים	1.13	.12	
שנת עלייה: '91*	.46	-.76	
שנת עלייה: '92	.56	-.57	
גבר	1.02	.02	
לא עובד*	.62	-.47	
מחלה כרונית	.99	-.00	
P<.05			

לוח 7: המשתנים המנבאים את ההרגשה ש"לעתים קרובות הטיפול שהרופא נותן עוזר להרגיש טוב" (רגרסיה לוגיסטית)

odds ratio	B	בסיס למשתנה דמי
2.09	.74	מרפאת ניסוי 1*
2.50	.91	מרפאת ניסוי 2*
2.19	.78	מרפאת ניסוי 3*
1.17	.16	צעירים
.85	-.15	זקנים
.73	-.30	שנת עלייה: '91
.59	-.52	שנת עלייה: '92
1.08	.07	גבר
.79	-.23	לא עובד
.65	-.43	מחלה כרונית*

P<.05*

לוח 8: יחסים צולבים של ההרגשה של יוצאי אתיופיה גילאי 50-60 כלפי היבטים בקשר עם הרופא הראשוני מתוך רגרסיות לוגיסטיות

odds ratio של יוצאי אתיופיה ממרפאת ניסוי 3 לעומת מרפאת הביקורת	odds ratio של יוצאי אתיופיה ממרפאת ניסוי 2 לעומת מרפאת הביקורת	odds ratio של יוצאי אתיופיה ממרפאת ניסוי 1 לעומת מרפאת הביקורת	היבטים של הקשר עם הרופא
**3.97	*10.59	*7.83	"יכול לספר לרופא את כל הפרטים ועל הסיבה בגללה בא"
2.79	1.45	1.27	"הרופא מקשיב עד הסוף"
2.67	**5.37	*8.00	"מרגיש שהרופא באמת מבין את הבעיה שלו"
2.82	*5.91	1.66	"מרגיש שלרופא יש סבלנות אליו"
**3.98	*6.20	3.50	"התרופות שהרופא נותן עוזרות לבעיה שלו"
1.72	2.00	2.64	"בסך הכול הטיפול שהרופא נותן עוזר להרגיש טוב"
*8.91	1.73	**3.56	"מרוצה מהיחס של הרופא"

p<.05*

p<.1**

לוח ג': יחסים צולבים של ההרגשה של יוצאי אתיופיה שהם חולים כרוניים כלפי היבטים בקשר עם הרופא הראשוני מתוך רגרסיות לוגיסטיות

odds ratio של יוצאי אתיופיה ממרפאת ניסוי 3 לעומת מרפאת הביקורת	odds ratio של יוצאי אתיופיה ממרפאת ניסוי 2 לעומת מרפאת הביקורת	odds ratio של יוצאי אתיופיה ממרפאת ניסוי 1 לעומת מרפאת הביקורת	היבטים של הקשר עם הרופא
1.61	*3.4	*3.68	"יכול לספר לרופא את כל הפרטים ועל הסיבה בגללה בא"
1.50	*4.88	1.85	"הרופא מקשיב עד הסוף"
1.25	1.94	*2.63	"מרגיש שהרופא באמת מבין את הבעיה שלו"
*2.17	*3.17	*2.43	"מרגיש שלרופא יש סבלנות אליו"
0.74	1.33	1.11	"תרופות שהרופא נותן עוזרות לבעיה שלו"
1.15	*2.74	1.16	"בסך הכול הטיפול שהרופא נותן עוזר להרגיש טוב"
1.85	**2.04	1.01	"מרוצה מהיחס של הרופא"

p<.05*

p<.1**

נספח ד: שיעור השינויים בהוצאה לנפש בין 1997 ל-1998 בקרב מטופלים יוצאי אתיופיה ומטופלים אחרים

לוח 1: שינויים בהוצאות בין 1997 ל-1998 (באחוזים)

מחוזות אחרים	מטופלים יוצאי אתיופיה	מטופלים אחרים
ניסוי מלא	-34%	-15%
ניסוי חלקי (הדרכה בלבד)	-10%	-9%
ניסוי חלקי (מגשר בלבד)	+80%	-22%
מרפאת הביקורת במחוז	-35%	-8%
10 מרפאות ביקורת במחוזות אחרים	-6%	+8%

מלוח 1 עולה כי בעקבות הפעלת תוכנית ההתערבות, דפוס השינוי בהוצאות לנפש היה דומה במרפאת הניסוי המלא ובמרפאת הביקורת. בשתיהן פחתו ההוצאות לנפש, הן של מטופלים יוצאי אתיופיה (34% במרפאת הניסוי המלא ו-35% במרפאת הביקורת), שלגביהם הירידה בהוצאות לנפש הייתה גדולה יותר, והן של אחרים (15% ו-8%, בהתאמה). כתוצאה מכך, בשנת 1998, בשתי מרפאות אלה ההוצאה לנפש עבור מטופלים יוצאי אתיופיה הייתה קטנה מההוצאה לנפש עבור האחרים, והפערים היו גבוהים מכפי שהיו בשנת 1997.

עם זאת, התמונה העולה מממצאי מרפאות הניסוי החלקי מסובכת יותר. במרפאה שבה ניתנה הדרכה אך לא פעלו מגשרים, ההוצאות לנפש, למטופלים יוצאי אתיופיה ולמטופלים אחרים פחתו כמעט באותה מידה (10% ו-9%, בהתאמה), וכתוצאה מכך, לא גדל הפער בהוצאות לנפש על מטופלים יוצאי אתיופיה לעומת האחרים. ממצא זה מנוגד למגמה שעלתה לגבי מרפאת הביקורת, שבה ההוצאות עבור מטופלים יוצאי פחתו יותר מאשר ההוצאות עבור המטופלים האחרים.

יתרה מכך, במרפאת הניסוי החלקי - עם מגשר אך ללא הדרכה - עלו ההוצאות על מטופלים יוצאי אתיופיה עלייה משמעותית (כ-80%), אך ההוצאות על המטופלים האחרים ירדו ב-22%.

בדקנו האם ההוצאה לנפש על אשפוז לכלל המבוטחים במרפאת הניסוי החלקי (מגשר בלבד) חריגה. מצאנו שסך ההוצאות לאשפוז בה דומות לסך הכול במרפאות האחרות הן בשנת 1997 והן בשנת 1998. בדקנו גם באיזו מידה עלייה חדה זו מושפעת ממספר קטן של מאושפזים חריגים. כשהוצאנו את כל האשפוזים שעלותם הייתה מעל 10,000 ש"ח (5 מקרים ב-1998 ו-4 מקרים ב-1997) ירדו ההוצאות לנפש לאשפוז ב-33% ב-1998 וב-23% ב-1997, ובכך קטנה העלייה בהוצאות על אשפוז בין שתי התקופות רק ב-10%. כלומר, הייתה למקרים החריגים השפעה, אולם השפעה זו מסבירה רק חלק קטן מן העלייה בהוצאות בסעיף זה ובסך כל ההוצאות לנפש בקרב יוצאי אתיופיה במרפאה. עובדה זו אינה מספקת בינתיים הסבר מלא לשוני בממצאים במרפאה זו.

ידוע לנו כי במרפאת הניסוי החלקי הזו יש אחוז גבוה יחסית של עולים "חדשים" יוצאי אתיופיה שהגיעו לישראל אחרי שנת 1995, אולם הם היו רשומים במרפאה גם בשנת 1997, ואין בידינו נתונים על מספר העולים החדשים מאתיופיה שנקלטו במרפאה לאחר שנה זו. כך שגם עובדה זו אינה מספקת בינתיים הסבר מלא לשוני בממצאים במרפאה זו.

עוד ידוע לנו, כי במרפאה זו יש שיעור גבוה במיוחד של מטופלים יוצאי אתיופיה שחולים באיידס בהשוואה למרפאות האחרות שבמחקר. העובדה שחולים אלה וההוצאות על הטיפול בהם נכללו בחישוב ההוצאה לנפש לבריאות העלתה מאוד את ההוצאה לנפש במרפאה זו. לא רק זאת אלא שלחולים באיידס יש גם הוצאות אחרות על בריאות, אולי אף גבוהות יותר משל חולים אחרים, ואף הן משתקפות בנתונים. בהחלט ייתכן כי התפתחות המחלה לאורך זמן היא שגרמה לעלייה בהוצאות על חולים אלה ב-1998 לעומת ההוצאות עליהם בשנת 1997.

List of Tables

Table 1: Background Characteristics of Respondents	7
Table 2: Knowledge about Receiving Sick Fund Services	10
Table 3: Assistance with Receiving Sick Fund Services	11
Table 4: Feelings about Extent of Assistance	12
Table 5: Knowledge about Receiving Emergency Services	13
Table 6: Receipt of Explanation/Guidance in Carrying Out Prescribed Treatment	14
Table 7: Perception of Availability and Accessibility of Clinic Services	15
Table 8: Feelings of Ethiopian Immigrants about their Relationship with the Physician	18
Table 9: Odds-Ratio of Feelings about Aspects of Relationship with Primary Care Physician, Logistic Regression	19
Table 10: Odds-Ratio of Feelings about Aspects of Relationship with Primary Care Physician among Those Aged 50-60 and among the Chronically Ill in the Experimental Clinics compared to the Control Clinic, Logistic Regression	20
Table 11: Immigrants' Perception of Attitude towards Ethiopian Immigrants and Degree of Assistance They Receive with Clinic Services	21
Table 12: Distribution of Answers Regarding What Should be Done in the Clinics to Help Ethiopian Immigrants Receive Medical Care	22
Table 13: Per Capita Average Monthly Expenditure, Adjusted for Age, by Clinic, Population Group and Type of Expenditure (NIS, 1977)	28

List of Figures

Figure 1: Age Composition of Patients in the Experimental and Control Clinics	26
Figure 2: Expenditure Adjusted for Age by Expenditure Item in Experimental Clinics	27
Figure 3: Total Expenditure Adjusted for Age: Ratio of Ethiopian Immigrants to Others, 1997-1998	29

Table of Contents

1. Introduction and Background	1
2. Study Goals	3
3. Methodology	3
4. Program Implementation	8
5. Program's Effect on Ethiopian Immigrants Visiting the Clinic	9
6. Clinic Staff's Viewpoint of the Intervention Program and the Interaction with Ethiopian Immigrants	22
7. Comparison of the Expenditures of the Experimental Clinics and of the Control Clinic, "Before" and "After" the Intervention Program's Implementation	25
8. Summary	30
Bibliography	35

List of Appendices

Appendix A: Analysis of Characteristics of Non-Respondents and Comparison with Respondents	38
Appendix B: Cross-Tabulated Tables by Socio-Demographic Background Variables: Familiarity with Services, Presence of a Facilitator during Appointments with the Physician, and Aspects of Physician-Patient Relationship	41
Appendix C: Logistic Regressions Related to Aspects of Physician-Patient Relationship which includes all of the Experimental Clinics Separately, as an Independent Variable in the Regression	45
Appendix D: Rate of Change in Per Capita Expenditures 1997-1998, among Ethiopian and non-Ethiopian Clinic Visitors	50

Acknowledgments

We would like to thank the many people who provided assistance during the preparation and course of the study and the writing of this report. Our thanks to the members of the steering committee who followed the evaluation study from its inception and provided helpful comments on the questionnaire and the various drafts of the final report. We are grateful to the facilitators: Nachum Matiko, Casaiya Tabaje, Navah Shimon, Belaiensh Aiyech, Maya Admaso, Sigal Hobbey, and Esther Dasta for providing invaluable assistance during the preparation of the questionnaire for the clinic patients and the conducting of the survey. In addition, we would like to thank the clinics' directors and staff members for their assistance in conducting the survey and for their willingness to be interviewed. Our thanks to Glilit Lenny, current coordinator, and Natali Hazan, former coordinator, of the Refuah Shlemah program, and Irit Livneh, who worked in the Department of Health Education in the central district of Clalit Health Services, for their assistance.

We are also grateful to Chen Lifshitz of the JDC-Brookdale Institute, Nurit Gutman of Tel Aviv University, Michael Rosenblut of Clalit Health Services, and Rafael Youngmann of the JDC-Falk Institute for their helpful comments on the study questionnaire. Our thanks to Al Engelberg for his support of the study and for his useful comments.

A special thanks to Dorit Karsh and Navah Yellin of the Department of Information and Statistics in the Clalit Health Services for their unsparing efforts in preparing the data files on the clinic expenditures and for their assistance in analyzing the data.

Finally, we would like to thank Jack Habib and our colleagues at the JDC-Brookdale Institute who read the report and made useful comments. Our gratitude to Anat Berberian for editing this report and Inbal Yonayov for typesetting.

In summary, the findings of the study show that the intervention program was effective, particularly in improving interpersonal relations between the physician and the patient, and in improving the perceived outcome of care, especially among adults aged 50-60 and the chronically ill, two groups in which a high percentage are helped by a facilitator. The findings also suggest that the experimental clinics have an advantage over the control clinic in the other areas examined - the availability and accessibility of services and familiarity with receiving them - apparently without increasing expenditures for Ethiopian patients. Thus the study's findings show that when assistance is provided through a facilitator or appropriate training of the medical staff, both Ethiopian patients and the staff treating them, feel better about receiving and providing medical services.

The study's findings were presented to the program's initiators and the management of Clalit's Health Services. During the coming year, the program will be implemented in an additional eight clinics (in the Clalit Health Service and in other sick funds). The JDC-Brookdale Institute will continue to conduct an evaluation study of the program's implementation.

to be persons aged 50-60; those suffering from a medical problem requiring long-term treatment or from a chronic illness; those who were unemployed; women; and those who had lived in Israel for a relatively short period of time (i.e. who arrived after 1991).

Among the findings, it was particularly striking that a higher percentage of immigrants visiting the three experimental clinics, compared to the control clinic, frequently felt that they could tell their physician all the details of their problem; that the physician listened patiently and really understood their problem; that they understood the physician; that the prescribed medications and treatments helped; and that they were satisfied with the physician. These findings hold true even when controlling for socio-demographic variables in a multivariate analysis. Immigrants visiting the experimental clinics were more likely than immigrants visiting the control clinic to feel positive about various aspects of the patient-physician relationship. This possibility was even greater among those aged 50-60, a group in which a high percentage (72%) used a facilitator during visits to the doctor.

This was also true, although to a lesser extent, of patients with a serious medical problem or chronic illness, another group in which a high percentage (44%) were assisted by a facilitator. The chronically ill showed somewhat of a preference for clinics with facilitators with respect to their relationship with the primary care physician. However, in general, the findings do not indicate a preference for a certain model of experimental clinic with regard to the relationship with the primary care physician.

The experimental clinics also differed from the control clinic in the percentage of respondents who said that the staff in the clinic make an effort to help Ethiopians: 80% versus 59%, respectively. A majority of the respondents (74%) said that there should be facilitators or translators in the clinics. In addition, they expressed the desire that one of the staff professionals (doctor, nurse or clerk) be Ethiopian.

Patient Expenditures “Before” and “After” the Program’s Implementation

The findings of the data analysis on expenditures show that even before the implementation of the intervention program, the expenditures for Ethiopian immigrants in all the clinics examined were lower than the expenditures for the other clinic patients. This finding confirms the reports of clinic doctors that, in contrast to prevailing opinion, Ethiopian immigrants were not sent for more tests, were not referred more frequently to specialists, and did not have more medication prescribed for them than other clinic patients. Also in 1998, after the program’s implementation, the per capita expenditure for Ethiopian immigrants was lower than the per capita expenditure for other clinic visitors. The study findings show that the full intervention did not cause per capita health expenditures to increase significantly.

With regard to knowing how to obtain emergency medical services, the study findings show that in all the clinics, those interviewed distinguished between feeling “extremely ill”, in which case they would call an ambulance and go to the hospital, and feeling “somewhat sick”, in which case they would stay at home until the morning. However, when feeling “extremely ill”, 91% in the control clinic would order an ambulance compared to 64-81% in the experimental clinics. It appears that since coming to Israel, Ethiopian immigrants in all the clinics have learned how to cope when someone is sick and the clinic is closed. However, in the experimental clinics those feeling “extremely sick” were better able to cope with the situation, and not immediately go to the emergency room.

A high percentage of those having a medical test in all the clinics reported that they received assistance and an explanation of how to prepare for the test, primarily from the doctor treating them. No difference was found between the experimental clinics and the control clinic in the percentage of those reporting that the explanation they received was a great help. Still, in those clinics with a facilitator, those reporting that the assistance they received helped them significantly to prepare for the test was higher among those assisted by a facilitator (77%), compared to those assisted by a doctor (58%), a family member or other Ethiopian (44%), or a nurse (31%).

Availability of Services

The program’s initiators expected that the presence of a facilitator and the training of the clinic staff would help adapt the clinic’s practice procedures to the immigrants’ needs, on the one hand, and the immigrants’ behavior to the standard practices in the clinic, on the other, thereby improving the quality of medical services given to the immigrants, from the standpoint of accessibility and availability. Indeed, it was found that 88% of Ethiopian immigrants showed up for their pre-scheduled appointment, although 20% said that the procedure of scheduling an appointment was complicated for them. In clinics with facilitators, some 20% were helped by the facilitators to make an appointment. In these clinics, 30% reported that the process was not difficult if someone helped them, compared to 21% in the control clinic and 12% in the experimental clinic without a facilitator. In clinics with only a few facilitators, 8% and 15%, respectively, reported that they did not know how to make an appointment and that there was no one to explain things to them, compared to 17% and 19% in clinics without facilitators.

It should be noted that even though most of the respondents came to the clinic for a scheduled visit, 70% in all of the clinics, with no variation among them, reported waiting for a long time (one half to one hour) or for a very long time (more than an hour) to see their family physician, and 64% believed that this length of time was unreasonable.

Patient-Physician Relationship

About one-third of the Ethiopian immigrants who visited the clinics that employed a facilitator, used the facilitator’s services during their visit to the physician, either always or often. These tended

Medical staff in the three experimental clinics noted that the treatment of Ethiopian immigrants was effective and expressed satisfaction with the quality of care provided. By way of contrast, in the control clinic, the staff expressed feelings of frustration and concern that the treatment was not optimal and dissatisfaction at not being able to provide effective treatment to these patients.

The facilitators' primary activities were facilitating the intercultural communication between the doctors and the patients and providing personal assistance to Ethiopian patients while at the clinic. Findings from a survey of Ethiopian immigrants at the clinics indicate that about one-third were assisted regularly by the facilitators. The facilitators' activities related to health education among groups of Ethiopian immigrants is less striking. The frequency varies among the experimental clinics and is related to the extent to which the nursing staff initiated an activity and asked the facilitator to help run it.

According to the facilitators, when they first began, most of their time was spent explaining administrative procedures and how to receive services. Subsequently, their primary activities became explaining the proper use of medication and monitoring chronically ill patients and even assisting in cases of emotional distress. The staff in the experimental clinics with a facilitator reported that the follow-up of compliance with treatment and medication, primarily among adults and the chronically ill, was largely carried out with the help of the facilitators. By way of contrast, the staff in the control clinic reported difficulties in conducting such a follow-up, primarily because of communication problems.

Knowing How to Obtain Services

From the survey of Ethiopian immigrants who visited a clinic we see that, compared to the control clinic, the experimental clinics had a higher percentage of clients who knew how to obtain the services of a specialist and how to arrange for tests outside of the clinic (about 42% on average compared to 30%.) In the control clinic and in the third experimental clinic (without a facilitator), there were more respondents who said that they did not know and that no one had given them an explanation. Those interviewed were also asked if they had received assistance from the clinic's staff or from some other person about how to obtain services.

It was found that more patients in the experimental clinics reported that the assistance they received was very helpful in doing the tests (43-50%), compared to those in the control clinic (29%). Moreover, in those clinics which had a facilitator and in the experimental clinic without a facilitator, a higher percentage (42% on average and 33%, respectively), said that the assistance they received was a great help in making an appointment for a specialist, compared to 25% in the control clinic. Finally, in the two clinics where a facilitator was present, a much higher percentage of those who were assisted by the facilitator reported that the assistance they received was very helpful in obtaining services (70% and 76%), compared to those who were assisted by someone else (25% and 40%).

Abstract

The JDC-Brookdale Institute was asked to evaluate an intervention program designed to improve the interaction between Ethiopian immigrants and providers of medical services and to promote the health of the immigrants. The program was initiated by JDC-Israel and the Clalit Health Services (formerly the Clalit Sick Fund), which provides basic health coverage for more than 90% of Ethiopian immigrants in Israel.

The intervention program has three components: 1) employment of Ethiopian immigrant facilitators trained to work as health promoters in order to improve inter-cultural patient-physician communication; 2) training for clinic staff designed to change attitudes, facilitate inter-cultural understanding, and increase knowledge about health beliefs among Ethiopian patients; and 3) health education activities among groups of Ethiopian immigrants by the facilitators.

The goals of the evaluation study were to examine the impact of the program on Ethiopian immigrants' knowledge about receiving clinic services, the availability and accessibility of the services and their relationship with the physician; to learn about the program's impact from the viewpoint of the clinic staff; and to analyze the intervention program's effect on the level of expenditures for Ethiopian patients.

The case study method was used in three experimental clinic models and in one control clinic. The three experimental models were: 1) a clinic in which a facilitator was present and the staff received training; 2) a clinic in which a facilitator was present but the staff did not receive training; 3) a clinic in which there was no facilitator but the staff received training. Several study tools were used: a survey of Ethiopian visitors to the clinic one year after the program's implementation; in-depth interviews with members of the clinic staff one year after the program's implementation; and analysis of data on per capita expenditures for clinic visitors, "before" and "after" the program's implementation.

Implementation of the Program

The findings show that the facilitators were integrated into the team work of the clinic's staff. During clinic visits, they assisted the clinic staff by translating and explaining in-depth the patient's problems; they also monitored the taking of medication, had contact with the patient's family and performed home visits. According to the medical staff, this contributed to the patient's confidence in the efficacy of the treatment. By way of contrast, in the experimental clinic that did not have a facilitator and in the control clinic, the medical staff experienced difficulty communicating with the Ethiopian patients. They had to rely on available translators who were not always helpful and to perform a large number of medical tests.

Members of the Steering Committee

Ellen Goldberg, Director of Planning and Evaluation, JDC-Israel

Yechiel Eran, Area Head, Integration of Ethiopian Immigrants, JDC-Israel

Nivi Dayan, Head of Health Program for Ethiopian Immigrants, JDC-Israel

Diane Levin, Director of the Department for Education and Health Promotion, Clalit Health Services (formerly Clalit Sick Fund)

Advisor: Mamuye Zere

Coordinator of Field Work: Yitzchak Silberman



Related JDC-Brookdale Publications

Lifshitz, C.; Noam, G.; and Habib, J. (with the assistance of Wolson, M. and Konstantinov, V.). 1998. *The Absorption of Ethiopian Immigrant Youth: A Multi-Dimensional Perspective - Summary Report: The Perspectives of the Youth, their Mothers and School Staffs.* RR-332-98.

Lifshitz, C.; Noam, G.; and Segal, E. 1997. *The Absorption of Ethiopian Immigrant Youth - A Multi-Dimensional Perspective.* RR-313-97.

Lifshitz, C. 1997. *Vocational Training for Ethiopian Immigrants: A Special Program for Young Adults.* RR-293-97.

To order these publications, please contact the JDC-Brookdale Institute, P.O.B. 13087, Jerusalem 91130, Tel: (02) 655-7400, Fax: (02) 561-2391, Web site: www.jdc.org.il/brookdale.

JDC-Brookdale Institute of Gerontology
and Human Development

P.O.B. 13087

Jerusalem 91130 Israel

Tel: (02) 655-7400

Fax: (02) 561-2391

Web site: www.jdc.org.il/brookdale

ISSN 0334-9012

**“Refuah Shlemah”
An Intervention Program for Ethiopian Immigrants
in Primary Care Clinics:
Results of an Evaluation Study**

Nurit Nirel

Bruce Rosen

Shuruk Ismail

The study was initiated and funded by JDC-Israel and the Engelberg Foundation.



WHAT IS THE JDC-BROOKDALE INSTITUTE?

A national center for research on aging, human development, and social welfare in Israel, established in 1974.

An independent not-for-profit organization, operating in partnership with the American Jewish Joint Distribution Committee (AJJDC) and the Government of Israel.

A team of professionals dedicated to applied research on high-priority social issues relevant to the national agenda.

A knowledge resource committed to assisting policymakers and service providers in the planning and implementation of effective social services.

A center for professional exchanges, collaborative research and special forums in the international arena.

The Institute's research involves an interdisciplinary approach. The Institute has five major divisions:

- ♦ **Aging**
- ♦ **Health Policy**
- ♦ **Immigrant Absorption**
- ♦ **Disability**
- ♦ **Center for Children and Youth**

JDC-BROOKDALE INSTITUTE



“Refuah Shlemah” - An Intervention Program for Ethiopian Immigrants in Primary Care Clinics: Results of an Evaluation Study

Nurit Nirel ♦ Bruce Rosen ♦ Shuruk Ismail

The study was initiated and funded by JDC-Israel
and the Engelberg Foundation.

RESEARCH REPORT