



# ג'וינט-מכון ברוקדייל

## סקר מבקרים במחלקות לרפואה דחופה (חדרי מיון) - 1999

איילת ברג-ורמן ♦ דן יובל ♦ רחל גולדווג

המחקר מומן בחלקו על-ידי משרד הבריאות  
ועל-ידי שירותי בריאות כללית.

דוח מחקר

0037827 001 001  
BR-RR-369-01 C-1



## 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



# סקר מבקרים במחלקות לרפואה דחופה (חדרי מיון) - 1999

איילת ברג-ורמן      דן יובל      רחל גולדווג

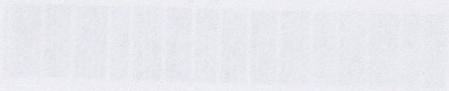


המחקר מומן בחלקו על-ידי משרד הבריאות ועל-ידי שירותי בריאות כללית.

מארס 2001

ירושלים

אדר תשס"א



# מכון ברוקדייל לחקר חינוך ומחנכים

1997 - (נוני ירח) -

מכון ברוקדייל לחקר חינוך ומחנכים, תל אביב-יפו, תשנ"ז - 1997



אנחנו מאמינים כי כל ילד יכול ללמוד ולצמוח. אנחנו מאמינים כי כל מורה יכול ללמד ולעצור. אנחנו מאמינים כי כל חברה יכולה להשתפר.

מכון ברוקדייל לחקר חינוך ומחנכים  
תל אביב-יפו, תשנ"ז - 1997



המכון מחנך ומעביר את ידעו ומאמרו למען חינוך טוב יותר. המכון מחנך ומעביר את ידעו ומאמרו למען חינוך טוב יותר.

גוינט-מכון ברוקדייל  
ת"ד 13087  
ירושלים 91130

טלפון : 02-6557400  
פקס : 02-5612391

כתובת באינטרנט : [www.jdc.org.il/brookdale](http://www.jdc.org.il/brookdale)



## פרסומים נוספים של מכון ברוקדייל העוסקים בנושאים קשורים

גרינשטיין, מ.; טרגין, מ. 2001. שירותי לילה: שירות חדש של קופות החולים לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי. בדפוס. דמ-01-368.

זלצברג, ס.; ברג, א.; יובל, ד.; איבנקובסקי, מ. 1999. ללדת בישראל: ממצאים מסקר יולדות 1995 והשוואה בינם לבין ממצאי 1993. דמ-99-318.

טרגין, מ.; גרינשטיין, מ.; מילמן, ע.; רוזן, ב. 2000. תפקידם של המרכזים הקהילתיים לרפואה דחופה כחלופה לחדרי מיון בבתי חולים. דמ-00-335.

יובל, ד.; ברג, א. 1997. השהות בבית החולים מנקודת ראותו של המאושפז: ממצאים ראשוניים מסקר מאושפזים 1995 והשוואה ל-1993. דמ-97-278.

יובל, ד.; רוזן, ב.; חניניץ, ד.; קוגלמס, א. 1995. השהות בבית החולים מנקודת ראותו של המאושפז: ממצאים ראשוניים מסקר מאושפזים. דמ-95-234.

להזמנת פרסומים ניתן לפנות לג'וינט-מכון ברוקדייל, גבעת הג'וינט, ת"ד 13087, ירושלים 91130; טל' 02-6557400, פקס: 02-5612391, דואר אלקטרוני: [brook@jdc.org.il](mailto:brook@jdc.org.il).

במרבית המדינות בעולם, המחלקות לרפואה דחופה (תדרי מיון או מלר"דים) מאופיינים בהיקפי פעילות גדולים, בצוות שחלקו מתחלף מדי כמה חודשים, במיגוון הגדול של הבעיות הרפואיות המטופלות במקום ובתחלופת מבקרים גבוהה. נסיבות אלה מקשות על תפקוד המלר"דים. ואכן, מחקרים רבים בעולם מצביעים על בעיות באספקת השירותים, בעיקר בהמתנה לקבלת טיפול, להתייעצות, לבדיקות ולקבלת תוצאותיהן, וכן בעיות במתן הסברים למטופלים לגבי הבעיה הרפואית והטיפול בה ולגבי תוצאות הבדיקות, ובעיות במתן הנחיות לבית לאחר השחרור.

בישראל נמצאו אמנם בעיות דומות במחקרים מקומיים שונים שבוצעו בעשור הקודם, אך בשנים האחרונות לא בוצעו בארץ סקרים בחדרי מיון, והנושאים הללו לא נבדקו אף פעם במחקרים רב-מוסדיים. המחקר הנוכחי, שנערך בנובמבר 1999 בקרב כ-2,500 מרואיינים מ-17 בתי חולים, מהווה ניסיון ראשון ברמה הלאומית ללמוד על התנסות הצרכן במלר"דים בישראל.

נקודת המבט של צרכני שירותי הבריאות חשובה לנותני השירותים ולקובעי המדיניות, כתשומה לשיפור השירותים. סקר מבקרים במלר"דים הוא המשך של סדרת סקרי צרכנים במערכת האשפוז, שעורך גיוינט-מכון ברוקדייל. מחקרים אלה נערכים בשיתוף משרד הבריאות, שירותי בריאות כללית וכל בתי החולים המעורבים בפרויקט\*.

### מטרות המחקר

- ♦ לספק להנהלות בתי החולים מידע השוואתי על התנסויות המבקרים במלר"ד ולסייע להנהלות לשפר את השירות;
- ♦ לספק לקובעי המדיניות מידע על התנסויות המבקרים במלר"ד בארץ ולסייע להם באיתור סוגיות הדורשות התייחסות ברמה הלאומית;
- ♦ לפתח כלי מחקר ובקרה לשימושה של מערכת בתי החולים לצרכים עתידיים.

### נושאי המחקר

1. אופי הבעיה הרפואית שבגללה פנה החולה למלר"ד
2. אופן ההגעה לבית חולים (ברכב או ברגל)
3. תהליך ההגעה למלר"ד (היוועצות עם רופא, ביקור במר"ם וכדומה)
4. הערכה כוללת של המלר"ד: שביעות רצון כללית, המלצות, תועלת רפואית

---

\* במחקר השתתפו בתי החולים האלה: המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי – בית חולים איכילוב, מרכז רפואי אסף הרופא, מרכז רפואי רבין – קמפוס בילינסון, מרכז רפואי רבין – קמפוס גולדה, מרכז רפואי בני-ציון, המרכז הרפואי ע"ש ברזילי, בית החולים העמק, המרכז הרפואי וולפסון, מרכז רפואי כרמל, מרכז רפואי מאיר, בית החולים לגליל המערבי נהריה, מרכז רפואי סורוקה, בית החולים פוריה, בית החולים קפלן, בית החולים ע"ש רבקה זיו, מרכז רפואי רמב"ם ומרכז רפואי שערי צדק.

5. מידת הכאבים וההתייחסות אליהם מצד הצוות
6. המתנה לקבלת שירותים
7. הוצאות על אגרת ביקור במלר"ד וכיסוי על-ידי קופת חולים
8. המשכיות הטיפול: הסברים, הנחיות לבית, רצף עם הקהילה, ביקורים חוזרים
9. הערכת המטופלים: תהליך הקבלה, רופאים, אחיות, בדיקות, תנאי שהייה, תהליך השחרור וזמני המתנה

## אוכלוסיית המחקר

אוכלוסיית המחקר מנתה 65,966 אנשים שביקרו במלר"ד ב-17 בתי חולים כלליים, ששוחררו בנובמבר 1999 לבתיהם (לא אושפזו), שהם תושבי ישראל, בני 18+ (יולדות לא נכללות במחקר). מכלל המשוחררים נדגמו באופן אקראי 3,152 משוחררים מרשומות המבקרים במלר"ד בחודש נובמבר 1999. שיעור ההיענות הגיע ל-81% ובסך הכול רואיינו 2,543 משוחררים.

## ממצאים עיקריים

### שהייה והמתנה

על-פי דיווח המבקרים, משך השהייה הממוצע שלהם במלר"ד היה כשלוש שעות והחציון היה כשעתיים ומחצה. כרבע מהנחקרים שהו יותר מארבע שעות במלר"ד וכרבע שהו פחות משעה וחצי. הטווח בין בתי החולים בממוצע זמן השהייה נע בין 2.3 שעות לבין 5.5 שעות. טווחים גדולים בין בתי חולים בנושא זה ובנושאים נוספים שיוצגו להלן מרמזים על הזדמנויות לשיפורים משמעותיים בחלק מבתי החולים.

רוב הפונים לחדרי מיון (66%) מקבלים את אורך השהייה שלהם במלר"ד בהבנה ומגדירים אותו כסביר. אך 28% מהמרואיינים הגדירו את משך השהייה כארוך מדי ועוד 4% - כקצר מדי. מבקרים שהגדירו את בעייתם הרפואית כחמורה או חמורה מאוד שהו כשעה יותר בממוצע מאלו שהגדירו את בעייתם כקלה או קלה מאוד. קשישים שוהים בממוצע כשעה יותר מאשר הצעירים, אך שיעור גבוה יותר מהקשישים סבורים שהזמן ששהו היה סביר.

למרות שזמן השהייה במלר"ד הוא ארוך בדרך כלל, לעתים קרובות המגע הראשון עם גורם מטפל נעשה מהר למדי. על-פי דיווחי המטופלים, ארכה ההמתנה לאחות 13 דקות בממוצע. הטווח בין בתי החולים של ממוצע זמן ההמתנה לאחות נע בין 8-24 דקות. לגבי הערכת משך ההמתנה, 73% העריכו אותה כקצרה, 15% - כבינונית ו-12% - כארוכה. בממוצע חלפו 46 דקות מבדיקת האחות ועד לבדיקת הרופא, והטווח בין בתי החולים של ממוצע זמן ההמתנה לרופא נע בין 24 דקות לבין 106 דקות. חמישים ושלושה אחוזים מהמשיבים סברו שזמן ההמתנה לרופא היה קצר, 20% - בינוני ו-27% - ארוך.

עשרים ושמונה אחוזים מכלל המשיבים ציינו שקיבלו הסבר כאשר נדרשו להמתין במלר"ד, היתר לא קיבלו הסברים לגבי ההמתנה. מבין המבקרים שקיבלו הסבר על משך זמן ההמתנה, 75% היו שבעי רצון במידה רבה או רבה מאוד מהטיפול במלר"ד, לעומת 63% מבין אלה שלא קיבלו הסבר, אשר הביעו

שביעות רצון. ממצא זה מרמז על כך שמתן הסברים עשוי להיות צורך אפקטיבי להעלאת שביעות הרצון של המטופלים.

### **הסברים על הבעיה הרפואית**

על-פי חוק זכויות החולה, הוא זכאי לקבל הסברים מהצוות המטפל בו. בנוסף, מחקרים מצביעים על התרומה שיש לשיתוף החולה ולמתן הסברים להצלחת הטיפול הרפואי. שבעים וארבעה אחוזים מהמרואיינים דיווחו שקיבלו מהצוות הרפואי הסברים על בעייתם הרפואית ועל הטיפול בה, והטווח בין בתי החולים נע בין 61% לבין 85%. בקרב הקשישים, 64% דיווחו שקיבלו הסברים, לעומת 75% מהצעירים. מבין כלל המרואיינים, 62% ציינו שההסברים היו מספקים, וכך גם כמעט כל המרואיינים הקשישים שדיווחו על קבלת הסברים.

### **השחרור והנחיות לבית**

רופאים ראשוניים בארץ מרבים להתלונן על חוסר תקשורת עמם מצד המלר"ד. עם זאת, 97% מהמשתחררים מהמלר"ד דיווחו שקיבלו מכתב שחרור מהרופא בבית החולים, מרביתם (60%) מסרו אותו לרופא המשפחה שלהם, 9% - לרופא מקצועי של הקופה המבטחת, 11% - לרופא אחר ו-20% לא מסרו את המכתב עד למועד הריאיון. מנתונים אלה ניתן להסיק כי הבעיה שמכתבי השחרור אינם מגיעים לרופא הראשוני נובעת בעיקר מכך שהמטופלים אינם מוסרים אותם ולא משום שהרופאים בבית החולים לא כתבו אותם.

באשר למתן הנחיות בעת השחרור על הטיפול הרצוי בבית (מנוחה, תרופות ודיאטה), 68% דיווחו שקיבלו הנחיות; והטווח בין בתי החולים נע בין 55%-79%. מחצית הקשישים ענו שקיבלו הנחיות, לעומת 73% מהצעירים. מלבד זאת, 50% קיבלו הנחיות בעת השחרור כיצד לפעול אם המצב יחמיר, והטווח בין בתי החולים נע בין 38%-61%. מבין הקשישים, רק 31% דיווחו כך, לעומת 57% מהצעירים. יצוין גם שהן לגבי ההנחיות על הטיפול הרצוי בבית והן לגבי ההנחיות לפעולה במקרה של החמרת המצב, יותר מ-80% מהמרואיינים שדיווחו שקיבלו הנחיות ציינו שההנחיות היו מספקות.

למרות שהמרואיינים לא התאשפזו, 16% חשבו שהיו צריכים להתאשפז, ועוד 3% לא היו בטוחים בכך. שיעור גבוה (35%) בקרב דוברי ערבית סברו שהיו צריכים להתאשפז לעומת כ-14% מיתר האוכלוסייה.

שלושים ושישה אחוזים ענו שלאחר השחרור התעוררה אצלם בעיה רפואית הקשורה לביקור במלר"ד. מבין כלל המבקרים במלר"ד, 11% חזרו למלר"ד לצורך קבלת טיפול; שיעורם גבוה יותר בקרב הקשישים (15%) בהשוואה ליתר קבוצות הגיל (10%-11%).

ממצאי המחקר הנוכחי לא ניתן להבין באיזו מידה הבעיות המתעוררות לאחר השחרור ושיעורי החוזרים לחדר המיון מעידים על חסרונותיו של הטיפול הניתן במלר"דים, או שאלו תוצאות של גורמים אחרים.

## שביעות הרצון

המרואיינים נתבקשו לדרג את שביעות רצונם מהשירות במלר"ד. באופן כללי, 36% היו מרוצים במידה רבה מאוד, 33% - במידה רבה, 21% - במידה בינונית, 5% - במידה מועטה ו-6% לא היו מרוצים כלל מהטיפול שקיבלו במלר"ד. טווח השיעורים של האנשים שהביעו שביעות רצון רבה מאוד בין בתי החולים נע בין 25% לבין 47%. מבין הקשישים, שיעור שבעי הרצון במידה רבה מאוד היה גבוה מהשיעור בקרב הצעירים (41% ו-35%, בהתאמה).

בתחומים ספציפיים, התקבלה שביעות רצון גבוהה יחסית מיחס הרנטגנאים ומיחס הרופאים המקצועיים: 59% ו-58%, בהתאמה דירגו אותם כטובים מאוד. שביעות הרצון הנמוכה ביותר התקבלה לגבי רמת הניקיון (42% דירגו אותה כטובה מאוד).

## הנושאים העיקריים הדורשים התייחסות

במחקר זהו שני נושאים הדורשים התייחסות מערכתית:

1. זמני השהייה הארוכים במלר"דים
2. התקשורת עם המטופלים (יחס ומתן הסברים), במיוחד עם הקשישים מביניהם.

בנוסף, נמצאה שונות גדולה בין בתי החולים בנושאים הללו, בשביעות הרצון מהיבטים שונים של השירות, ובנושאים נוספים שנבדקו במחקר. ייתכן שחלק מהשונות מוסברת על-ידי הבדלים בהרכב המקרים, אך ייתכן גם שיש הבדלים בין בתי החולים בהתארגנות וביעילות, וכי יש הזדמנות ממשית לשיפור משמעותי בחלק מבתי החולים.

## הפצת הממצאים

הממצאים הוצגו בפני ועדת היגוי, המורכבת מאנשי משרד הבריאות, משרד האוצר, קופות החולים ומנהלי בתי החולים, וכן בפני ועדה מייעצת של אנשי מקצוע המעורבים במלר"דים, שליוו סקר זה. בנוסף, כל בית חולים שהשתתף בסקר קיבל דוח המפרט את הממצאים המתייחסים למלר"ד שלו בהשוואה למוצעים של בתי חולים אחרים. מידע זה יכול לסייע לכל בית חולים לאתר בעיות ייחודיות לו ולשפר את השירות, וצוות המחקר נפגש עם נציגים מחלק מבתי החולים במטרה לדון בסוגיות המרכזיות שעלו מהממצאים הנוגעים להם. בנוסף, כלי המחקר ישמשו בחלק מבתי החולים לצורכי בקרה ומעקב פנימיים.

## דברי תודה

במהלך המחקר ובהכנת דוח זה הסתייענו באנשים רבים ותודתינו נתונה להם. בראש ובראשונה, ברצוננו להודות לכל האנשים שניאותו להתראיין במסגרת מחקר זה. תודה גם לחברי ועדת ההיגוי המלווה את המחקר מראשיתו: גבי בן-נון, ציונה חקלאי, מיה מוהליבר, נימה עמית ושמעון גליק ממשרד הבריאות; נאוה ילון, מוטי ליפשיץ ודני בן אורי משירותי בריאות כללית; משה רווח, יונתן הלוי, יעקב זילברג, פנחס הלפרן וקובי אסף מבתי החולים; וג'ק חביב, ג'ני ברודסקי, יוחנן בן בסט וברוך רוזן מגיוינט-מכון ברוקדייל.

את הסקר הנוכחי ליוותה גם ועדה מייעצת של אנשים מבתי החולים: נעמי אדליס, ז'ק אשורב, נתן גוטרר, קרלוס גרוזמן, דוד דוידזון, גילה דור, יעל דינאי, עבד-אל-עזיז דראושה, יעקב הארט, נפתלי הדס, יונה וייס-לויך, אמיל חי, נתן כהן, מריאן מוסקוביץ, יעל מורשטיין, הלנה מלכה-זאבי, אורי סנדובסקי, נלי פרידליך, צבי רוטנברג, מריו שטרן, יורם שניר, קליין שפירא ועופר תמיר. תודה לכל אחד מהם.

ברצוננו להודות לאנשי הקשר ולצוותים במלר"דים שתרמו רבות לביצועו של הסקר, וכן להנהלות בתי החולים שהשתתפו במחקר על האמצעים שהעמידו לרשותנו ועל ההערות המועילות שהעלו במפגשים.

אנו מבקשים להודות ליחידות המחשב במשרד הבריאות ובשירותי בריאות כללית וליחידות המחשב ומשרדי הקבלה בכל בתי החולים.

תודה לצוות המחקר שעמל רבות בארגון המחקר וביצועו, בניתוח הממצאים ובכתיבת הדוח. תודות לאביגיל דובני שריכזה את עבודת השדה וסייעה רבות בהכנת כלי המחקר. תודה לאילנה קורצווייל שבנתה את תוכנת המחשב שסייעה לנו במעקב אחר התקדמות עבודת השדה. תודה מיוחדת לג'ק חביב, לברוך רוזן ולרויטל גרוס על הערותיהם לדוח זה. תודה למטי מויאל שערכה את הדוח, ללסלי קליינמן שהפיקה והביאה אותו לדפוס ולענבל יוניוב שסייעה בהדפסתו. תודה גם לכל חברי צוות גיוינט-מכון ברוקדייל, אשר סייעו במהלך העבודה בעצות ובהערות.

## תוכן העניינים

1	1. מבוא
2	1.1 חשיבות המחקר ומטרותיו
2	1.2 נושאי המחקר
3	2. נושאי המחקר
3	2.1 אוכלוסיית המחקר
3	2.2 המדגם
3	2.3 איסוף הנתונים
3	2.4 השאלון
4	2.5 הצגת הממצאים
4	3. ממצאים עיקריים
4	3.1 מאפייני אוכלוסיית המחקר
5	3.2 הגעה למלר"ד
6	3.3 בחירת בית חולים
7	3.4 הטיפול הרפואי והתייחסות הצוות הרפואי למטופל
7	3.5 שהייה והמתנה
9	3.6 מלווה
10	3.7 הסברים על הבעיה הרפואית
10	3.8 הוצאות
11	3.9 תהליך השחרור והנחיות לבית
12	3.10 תוצאות הטיפול
13	3.11 שביעות רצון
17	4. הבדלים לפי מאפיינים נוספים
18	5. דיון
19	6. מסקנות
21	ביבליוגרפיה
23	נספח א : נתונים נבחרים, אחוזים וטווחים בין בתי החולים
25	נספח ב : מאפייני האוכלוסייה

## רשימת לוחות

- 6 לוח 1 : סיבת הגעה למלר"ד, לפי גיל
- 6 לוח 2 : אופן ההגעה למלר"ד, לפי גיל
- 7 לוח 3 : הגורם העיקרי בבחירת בית החולים, לפי גיל
- 8 לוח 4 : הערכת משך שהייה, לפי גיל
- 9 לוח 5 : משך המתנה לקבלת שירותים והערכתו, לפי גיל
- 10 לוח 6 : קבלת הסברים על הבעיה הרפואית ועל הטיפול בה, לפי גיל
- 11 לוח 7 : קבלת הנחיות, לפי גיל
- 12 לוח 8 : תוצאות הטיפול, לפי גיל
- 14 לוח 9 : שביעות רצון באופן כללי ונכונות להמליץ על המלר"ד, לפי גיל
- 16 לוח 10 : תוצאות רגרסיה לוגיסטית להסבר שביעות רצון במידה רבה מאוד ורבה
- 17 לוח 11 : תוצאות רגרסיה לוגיסטית להסבר שביעות רצון במידה רבה ובמידה רבה מאוד

## רשימת תרשימים

- 5 תרשימים 1 : אחוז ביקורים לפי משמרת
- 13 תרשימים 2 : שביעות רצון כללית
- 14 תרשימים 3 : פריטי שביעות רצון

נקודת המבט של צרכני שירותי הבריאות חשובה לנותני השירותים ולקובעי המדיניות, כתשומה לשיפור השירותים. סקר המבקרים במחלקות לרפואה דחופה (חדרי מיון או מלר"דים) נערך בנובמבר 1999, בהמשך לסדרת סקרי צרכנים במערכת האשפוז, שעורך ג'וינט-מכון ברוקדייל. מחקרים אלה נערכים בשיתוף משרד הבריאות, קופת חולים כללית וכל בתי החולים המעורבים בפרויקט.<sup>1</sup>

את סדרת המחקרים מלווה משנת 1992 ועדת היגוי, בהשתתפות נציגים של השותפים השונים. ההחלטה ב-1999 להתמקד במלר"ד נבעה בעיקר מתוך התחושה של חברי ועדת ההיגוי ושל מנהלי בתי החולים שהשתתפו בסקר ב-1995, שיש בעיות שונות בתחום הרפואה הדחופה, הדורשות בדיקה מעמיקה מנקודת מבטו של הצרכן. את סקר המבקרים במלר"ד מלווה גם ועדה מייעצת, המורכבת מאנשי מקצוע בתחום הרפואה הדחופה בבתי החולים, שתפקידה לייצג לצוות המחקר בנושאי המחקר ובשאלות מתודולוגיות שונות.

המלר"דים מאופיינים בהיקפי פעילות גדולים, בצוות לא קבוע שבחלקו מתחלף מדי כמה חודשים, במיגוון גדול של בעיות רפואיות המטופלות במקום ובתחלופת מבקרים גבוהה. מחקרים מצביעים על בעיות באספקת השירותים, בעיקר במשכי המתנה לקבלת טיפול, להתייעצות, לבדיקות ולקבלת תוצאותיהן, וכן במתן הסברים למטופלים לגבי הבעיה הרפואית והטיפול בה ותוצאות הבדיקות ומתן הנחיות לבית כיצד להתנהג לאחר השחרור (Quintana et al., 1999; Hall & Press, 1996; Thompson et al., 1996; Bikland, 1994).

מחקר זה מצטרף למספר מחקרים שנערכו בארץ עד ראשית שנות התשעים, אשר בדקו את הפעילות במלר"ד ואת הקשר עם שירותי הבריאות הקהילתיים. מחקרים אלה התמקדו בשאלות הרלוונטיות למלר"ד במערך שירותי הבריאות, כגון: תפקידו של המלר"ד, כיצד משתמשים בשירותיו, הקשר עם הקהילה לפני ההגעה ולאחר השחרור מהמלר"ד, וכן מאפייני האוכלוסייה הצורכת שירותי רפואה דחופה (Levental, 1981; הירשברג ובנטוביץ, 1981; אפשטיין ואחרים, 1979; פלפל ובר-נון, 1980; אלחיאני וזמורה, 1991; לבנת, 2000). אולם מאמצע שנות התשעים לא נערכו מחקרים בנושא זה, ומכאן חשיבותו של המחקר הנוכחי. מלבד זאת, מחקר זה מאפשר להשוות בין מלר"דים רבים, דבר שלא נעשה עד כה במחקרים בארץ.

<sup>1</sup> במחקר השתתפו בתי החולים האלה: המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי – בית חולים איכילוב, מרכז רפואי אסף הרופא, מרכז רפואי רבין – קמפוס בילינסון, מרכז רפואי רבין – קמפוס גולדה, מרכז רפואי בני-ציון, המרכז הרפואי ע"ש ברזילי, בית החולים העמק, המרכז הרפואי וולפסון, מרכז רפואי כרמל, מרכז רפואי מאיר, בית החולים לגליל המערבי נהריה, מרכז רפואי סורוקה, בית החולים פוריה, בית החולים קפלן, בית החולים ע"ש רבקה זיו, מרכז רפואי רמב"ם ומרכז רפואי שערי צדק.

## 1.1 חשיבות המחקר ומטרותיו

בשנים האחרונות התחוללו שינויים רבים במערכת הבריאות בישראל ובארצות אחרות, ובאופן ספציפי - במערכת האשפוז ובתחום הרפואה הדחופה. בין השינויים האלה ניתן לכלול את עליית שיעור המתאשפזים מבין הפונים למלר"ד, את הדגש הרב יותר לרכיב הכלכלי ואת השינויים במערך שירותי הרפואה הדחופה בקהילה. לאור זאת, עלה הצורך במידע עדכני ומקיף על המלר"דים.

חשיבות המחקר הנוכחי היא בזיהוי בעיות בשירותי המלר"דים, ומתוך כך, גם בתרומתו לשיפור איכות הטיפול. הנהלות בתי החולים רואות במחקר חשיבות מיוחדת, מאחר שהמלר"דים מהווים חלון ראוה לבתי החולים ומקור הכנסה חשוב.

למחקר הוגדרו מספר מטרות:

- ◆ לספק להנהלות בתי החולים מידע השוואתי על התנסויות המבקרים במלר"ד, ולסייע להן לשפר את השירות;
- ◆ לספק לקובעי המדיניות מידע על התנסויות המבקרים במלר"ד בארץ, ולסייע להם באיתור סוגיות הדורשות התייחסות ברמה הלאומית;
- ◆ לפתח כלי מחקר ובקרה לשימושה של מערכת בתי החולים לצרכים עתידיים.

ייחודו של הסקר הוא בכך שהוא נערך בעת ובעונה אחת במספר גדול של בתי חולים, דבר המאפשר השוואה בין מוסדות שונים. הסקר נותן תמונה מקיפה על המלר"דים בכך שהוא כולל אוכלוסיות שלא תמיד נכללות בסקרים בתחום הבריאות בישראל, במיוחד דוברי ערבית ודוברי רוסית, ובכך שהוא בוחן נושאים רבים.

## 1.2 נושאי המחקר

1. אופי הבעיה הרפואית שבגללה פנה החולה למלר"ד
2. אופן ההגעה לבית חולים (ברכב או ברגל)
3. תהליך ההגעה למלר"ד (כגון היוועצות עם רופא וביקור במר"ם)
4. מידת הכאבים והתייחסות אליהם מצד הצוות
5. המתנה לקבלת שירותים
6. הוצאות על אגרת ביקור במלר"ד וכיסוי על-ידי קופת חולים
7. המשכיות הטיפול: הסברים, הנחיות לבית, רצף עם הקהילה, ביקורים חוזרים
8. הערכות המטופלים: תהליך הקבלה, רופאים, אחיות, בדיקות, תנאי שהייה, תהליך השחרור וזמני המתנה
9. הערכה כוללת של המלר"ד: שביעות רצון, המלצות, תועלת רפואית

## 2. שיטה

### 2.1 אוכלוסיית המחקר

אוכלוסיית המחקר מנתה 65,966 אנשים שביקרו במלר"ד ב-17 בתי חולים כלליים, ששוחררו לבתייהם בנובמבר 1999 (לא אושפזו) ושהם תושבי ישראל בני 18+ (יולדות לא נכללו במחקר).

### 2.2 המדגם

כל מבקר במלר"ד קיבל מפקיד הקבלה בעת השחרור מכתב ממנהל בית החולים המסביר את מטרות המחקר ופונה אליו להשתתף בו. במידה שהחולה לא היה מעוניין להשתתף במחקר, הוא חתם על טופס סירוב והחזירו למשרד הקבלה.

מכלל רשומות המשוחררים ממלר"דים בחודש נובמבר 1999, נדגמו באופן אקראי 3,300 איש, שהם 194 אנשים בממוצע למלר"ד<sup>2</sup> (מתוכם: 25 נפטרו ועוד 123 לא נמצא בסופו של דבר כי היו שייכים לאוכלוסייה, כך שהמדגם נטו כלל 3,152 משוחררים). המדגם נלקח משבעה ימים שונים של השבוע בתקופה של שלושה שבועות. שיעור ההיענות הגיע ל-81%, שיעור הסירובים עמד על 4%, עוד 5% לא אותרו ועם 10% מהנדגמים היו קשיים בתקשורת או שהם לא רואיינו מסיבות אחרות. בסך הכול רואיינו 2,543 אנשים.

### 2.3 איסוף הנתונים

הנתונים נאספו באמצעות שאלון מובנה בריאיון טלפוני. כאשר מסיבות פיזיות או אחרות, לא יכול היה המרואיין להשיב, רואיין מיופה כוחו (5% מהראיונות<sup>3</sup>). הראיונות התבצעו בחודשים נובמבר 1999 עד פברואר 2000, ומרביתם נערכו כשבוע עד חודש לאחר הביקור במלר"ד.

### 2.4 השאלון

נושאי החקירה נקבעו בהתייעצות עם הוועדה המייעצת על-סמך היכרות הצרכים בשטח, על-סמך מחקרים שנערכו בארץ ומחוצה לה ובהתבסס על סקירת ספרות בנושא. השאלות בשאלון מתבססות על שאלונים שפותחו על-ידי צוות המחקר בסקרי המאושפזים הקודמים (יובל וברג, 1997), ושהותאמו למציאות במלר"דים. בנוסף, נלקחו שאלות משאלונים ששימשו סקרים במלר"דים בארץ ובחו"ל. השאלון נוסה ותוקף במבחן מוקדם בסוף 1998 ובתחילת 1999 עם כ-70 מבקרים בבתי החולים שערי צדק, בילינסון ומאיר. באותם בתי חולים נוסה גם תהליך חלוקת הטפסים לכ-1,500 משוחררים

<sup>2</sup> משיקולי יעילות נלקחו מחדרי המיון מדגמים שונים בגודלם. בתי החולים חולקו לשלוש קבוצות גודל. מאחר שלא ניתן היה לחזות מראש את גודל האוכלוסייה בכל בית חולים, התבססנו על נתוני מספר הפניות למיון ב-1996, כפי שפורסמו על-ידי משרד הבריאות.

קבוצה 1: איכילוב, אסף הרופא, בילינסון, העמק, מאיר, סורוקה וקפלן - נדגמו 224 משוחררים. קבוצה 2: בני ציון, ברזילי, וולפסון, כרמל, נהריה ורמב"ם - נדגמו 189 משוחררים.  
קבוצה 3: השרון, פורייה, צפת ושערי צדק - נדגמו 147 משוחררים.

<sup>3</sup> מבין מיופי הכוח, 57% היו ילדי החולים, 23% - בני זוג, 10% - קרובים אחרים, 7% - ידידים או שכנים ו-3% הורים.

מהמלר"דים, במשך כחודש. השאלון תורגם לערבית ולרוסית, במטרה לכלול את קבוצות האוכלוסייה העיקריות שאינן דוברות עברית.

## 2.5 הצגת הממצאים

כל מרואיין קיבל מקדם ניפוח, על-פי מספר האנשים באוכלוסייה המיוצגים על-ידו. מקדמי הניפוח נועדו לצמצם הטיות שמקורן בשיעורי היענות לא אחידים בקבוצות אוכלוסייה שונות ובאפשרות שאלה שלא השיבו שונים בתכונותיהם ובהתנהגותם מהמשיבים. מקדמי הניפוח חושבו על-פי מספר המשוחררים מהמלר"ד, גיל, מין ויישוב מגורים.<sup>4</sup>

בהשוואות בין קבוצות האוכלוסייה מצוינים בדוח הבדלים שרמת מובהקותם קטנה מ-5% במבחן  $\chi^2$ . מרבית הלוחות בדוח מתמקדים בהבדלים לפי מאפייני המבקרים: גיל (קשישים לעומת צעירים יותר) וחומרת הבעיה (אלה שהגדירו את הבעיה שלהם כחמורה מאוד [קריטית] לעומת היתר). מלבד זאת, ערכנו השוואות לפי סוג בית החולים: בין בתי חולים-על (בתי חולים שיש בהם מחלקת טראומה) לבין בתי חולים אחרים. פירוט מאפייני האוכלוסייה לפי טווחים (שונות בין בתי חולים) מובא בנספח א'. בחלק מהנושאים הטווחים יכולים לרמוז על הטעון שיפור. במטרה ללמוד על השפעתן הסגולית של התכונות השונות של המבקרים ועל השפעתם של תהליכי הטיפול הרפואי על שביעות הרצון הכללית, השתמשנו במודל רב-משטני (רגרסיה לוגיסטית) המנטרל את השפעות הגומלין בין התכונות השונות. כדי לבחון את תרומתו של כל רכיב בהסבר שביעות הרצון הכללית הורף המודל בשני שלבים. השלב הראשון בודק את השפעת התכונות הדמוגרפיות (גיל, מין, מצב בריאות ושפה) על שביעות הרצון הכללית מהמלר"ד. השלב השני בודק את השפעת מאפייני התהליך (שהייה, המתנה, הסברים, הנחיות, יחס) והמידה שבה פתר הטיפול את הבעיה הרפואית, על שביעות הרצון, לאחר נטרול התכונות הדמוגרפיות.

## 3. ממצאים עיקריים

### 3.1 מאפייני אוכלוסיית המחקר

שבעה עשר אחוזים מאוכלוסיית המחקר הם קשישים, 51% נשים, 13% דוברי ערבית, 8% דוברי רוסית ו-64% מבוטחי שירותי בריאות כללית (מאפיינים אלה דומים למאפייני האוכלוסייה הכללית מעל גיל 22). אחד עשר אחוזים מהנחקרים הגדירו את הבעיה הרפואית שלהם כחמורה מאוד או כקריטית, 31% - כחמורה ו-37% - כבינונית. לעומתם, 18% הגדירו את הבעיה הרפואית שלהם כקלה ועוד 4% - כקלה מאוד. מבין הקשישים, 57% הגדירו את בעייתם כחמורה או חמורה מאוד ומבין הצעירים - 39%. שמונים ושלושה אחוזים מהמרואינים דיווחו שסבלו מכאבים ו-81% סבלו מתופעות אחרות (התופעות השכיחות הן סחרחורת וחולשה). לפירוט מאפייני האוכלוסייה, ראו נספח ב'.

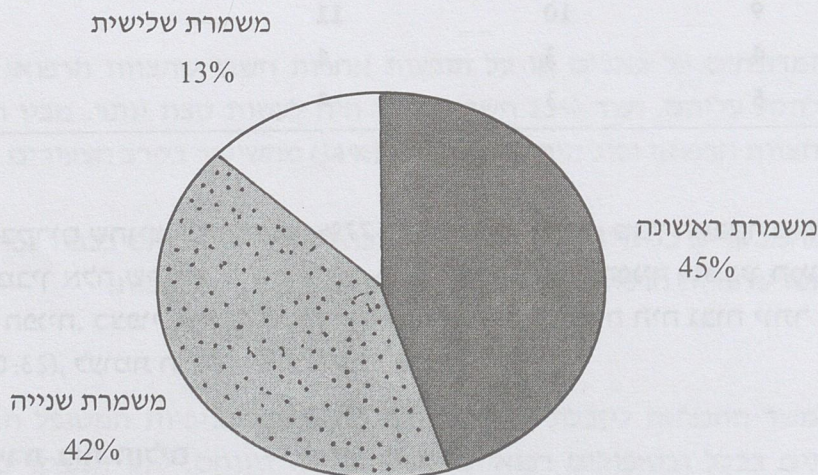
<sup>4</sup> מקדמי הניפוח חושבו על-ידי שתי מטריצות שכללו את הממדים האלה: 17 בתי חולים, שלוש קבוצות גיל (18-34; 35-64; +65), שתי קבוצות מין, שתי קבוצות יישוב (יישוב ערבי או לא-ערבי). מטריצה אחת חושבה בהתאם לנתוני המסגרת שהתקבלו מבתי החולים והשנייה לפי נתוני המשיבים לסקר. בכל תא במטריצת הסקר חושב המשקל, כך שחלקו היחסי מסך המדגם יהיה כמו במטריצה המבוססת על נתוני המסגרת של כלל האוכלוסייה, כפי שהתקבלה מהמערכות הממוחשבות של בתי החולים שהשתתפו בסקר.

### 3.2 הגעה למלר"ד

אחת הסוגיות המורכבות שעומדות על הפרק היא מידת ההצדקה הרפואית של הפנייה למלר"ד. אחד המדדים לכך בספרות היא קיומה של הפניה מרופא. ייתכנו, כמובן, מקרים שבהם אין הפניה אך הפנייה "מוצדקת", ולהפך, ישנה הפניה, אך הפנייה "אינה מוצדקת" מבחינה רפואית. למרות שנושא זה מסובך, החלטנו להתמקד בו בשל חשיבותו. כמחצית המבקרים (53%) הביאו עמם הפניה מרופא. הטווח בין בתי החולים של מבקרים המביאים הפניה נע בין 42% לבין 71%. בטרם ההגעה למלר"ד, 58% נבדקו אצל רופא, מהם 51% פנו לרופא משפחה של קופת החולים, 11% - לרופאים מקצועיים של הקופה, 8% - ראו רופא במוקד חירום, 6% - רופא מחברת שירותי לילה, והיתר (24%) דיווחו שפנו לרופא צבאי, לאחות, לחובש או לרופא אחר (ידיד וכדומה).

מידע על שעות ההגעה ועל אופי הבעיה הרפואית יכול לסייע בתכנון כוח האדם במשמרות השונות (תרשים 1). ארבעים וחמישה אחוזים מכלל המרואיינים דיווחו שהגיעו במשמרת הראשונה (07:00-15:00), 42% - במשמרת השנייה (15:00-23:00) ו-13% - במשמרת השלישית (07:00-15:00). שעות ההגעה העמוסות ביותר היו: 10:00-13:00 בבוקר (22%) ו-18:00-21:00 בערב (20%). יש לציין כי מן המערכות הממוחשבות של בתי החולים התקבל מידע דומה לדיווחי המרואיינים.

#### תרשים 1: ביקורים במלר"ד, לפי משמרת (באחוזים)



כמחצית המרואיינים הגיעו למלר"ד עקב מחלה זיהומית או מחלה אחרת (66% מהקשישים ו-45% מהצעירים יותר), 40% - בגלל תאונה או פציעה (25% מהקשישים ו-43% מהצעירים יותר), 10% - לצורך בדיקות וסיבוכי היריון והיתר בגלל בעיה אחרת (לוח 1).

לוח 1: סיבת הגעה למלר"ד, לפי גיל (באחוזים)\*

הסיבה	סה"כ	גיל		
		64-35	34-18	+65
סה"כ	100	100	100	100
מחלה	49	52	40	66
תאונה	40	40	45	25
בדיקות או סיבוכי הריון	10	7	14	8
אחר	1	1	1	1

\* p<0.05

מרבית המבקרים במלר"ד הגיעו ברכבם הפרטי (67%), 14% הגיעו באמבולנס, 11% במונית, 4% - באוטובוס ו-4% ברגל (לוח 2).

לוח 2: אופן ההגעה למלר"ד, לפי גיל (באחוזים)\*

אופן ההגעה	סה"כ	גיל		
		64-35	34-18	+65
סה"כ	100	100	100	100
רכב פרטי	67	70	73	47
אמבולנס	14	12	11	23
מונית	11	9	10	21
אוטובוס	4	4	3	5
ברגל	4	5	3	4

\* p<0.05

מבין המבקרים שהגיעו באוטובוס, 77% הביאו עמם הפניה; מבין המבקרים שהגיעו במונית, 59% הביאו הפניה; מבין אלה שהגיעו ברכב פרטי, 54% הביאו עימם הפניה; ומבין המגיעים ברגל, רק 35% ציינו שהביאו הפניה. כצפוי, שיעור המבקרים שהביאו עמם הפניה היה גבוה יותר (59%) בשעות היום והערב (00:00-23:00), לעומת הלילה (30%) וסופי שבוע (43%).

### 3.3 בחירת בית חולים

התחרות בין בתי החולים על משיכת הצרכנים החריפה בשנים האחרונות, על רקע התכניות לתאגד את בתי החולים ולהדגיש יותר את האיזון התקציבי שלהם. עקב כך, חשוב להבין את הגורמים העיקריים המעורבים בתהליך בחירת בית החולים. הנתונים מראים ש-45% מהמבקרים במלר"ד ציינו שהיו מעורבים בהחלטה לפנות למלר"ד, 28% ציינו שהרופא היפנה אותם, 13% פנו לבית החולים כי הוא היחיד באזור, 3% פנו לצורך מעקב והיתר הגיעו בנסיבות אחרות, כמו פינוי באמבולנס (לוח 3). צעירים מעורבים יותר בבחירת בית החולים (47%), בהשוואה לקשישים (36%). הטווח בין בתי החולים של אנשים שהיו מעורבים בבחירת בית החולים נע בין 41%-72%.

**לוח 3: הגורם העיקרי בבחירת בית החולים, לפי גיל (באחוזים)\***

הגורם הבוחר	גיל			סה"כ
	+65	64-35	34-18	
סה"כ	100	100	100	100
החולה או החולה והרופא	36	48	46	45
הרופא	34	23	32	28
בית חולים אזורי	10	14	12	13
נמצא במעקב	7	4	2	3
אחר	13	11	8	11

\* p<0.05

מבין המדווחים שהם אלה שהחליטו להגיע לבית החולים, 63% לא פנו לרופא לפני ההגעה למלר"ד ו-69% דיווחו שהגיעו ללא הפניה או התחייבות.

**3.4 הטיפול הרפואי והתייחסות הצוות הרפואי למטופל**

שלושים ואחד אחוזים נבדקו רק על-ידי רופא/מתמחה אחד, ואילו 69% דיווחו שרופא נוסף בדק אותם, לרוב מומחים באורתופדיה, בכירורגיה ובגינקולוגיה. כשלושה רבעים מהבדיקות אצל הרופאים הנוספים נערכו במלר"ד וביתר - המטופל נשלח להיבדק במחלקה המתמחה בבעיה הרפואית שלו, דבר שעלול לגרום אי-נוחות למטופל.

ארבעה עשר אחוזים מהמדווחים על כאבים או על תופעות אחרות חשבו שהצוות הרפואי יכול היה לעשות הרבה יותר כדי להקל עליהם, ועוד 13% חשבו שניתן היה לעשות קצת יותר. מבין הקשישים, סברו שיעור נמוך יותר שהצוות הרפואי יכול היה לעשות יותר (14%) מהשיעור בקרב הצעירים (28%).

שמונים ושישה אחוזים מהמבקרים במלר"ד ציינו שהצוות הרפואי התייחס אליהם בכבוד ובהתחשבות, 9% - באופן חלקי ו-5% חשו שהצוות הרפואי לא התייחס אליהם בכבוד ובהתחשבות.

**3.5 שהייה והמתנה**

משך השהייה במלר"ד, משך המתנה לקבלת טיפול ומידת התאמתם לציפיות המטופל הם רכיבים חשובים באספקת שירותים בכלל ובטיפולים רפואיים בפרט. על-פי דיווחם, שהו המבקרים במלר"ד כשלוש שעות בממוצע, והחציון היה שעתיים וחצי (הנתונים שהתקבלו מהרשומות הממוחשבות היו דומים). הטווח בין בתי החולים של ממוצע זמן השהייה נע בין שעתיים ורבע לבין חמש שעות ו-32 דקות. כרבע מהנחקרים שהו יותר מארבע שעות במלר"ד, וכרבע שהו פחות משעה וחצי. שישים ושמונה אחוזים העריכו את משך השהייה כסביר, 28% - כארוך מדי ועוד 4% - כקצר מדי (לוח 4). הטווח בין בתי החולים של המעריכים את השהייה כארוך מדי נע בין 17%-38%.

לוח 4: הערכת משך שהייה, לפי גיל (באחוזים)\*

הערכת משך שהייה	סה"כ	גיל		
		+65	64-35	34-18
סה"כ	100	100	100	100
סביר	68	69	64	78
ארוך מדי	28	26	33	21
קצר מדי	4	5	3	1
משך שהייה בממוצע (שעות)	3:06	3:00	2:56	3:49

\* p<0.05

מכלל המשיבים, 28% ציינו שקיבלו הסבר על משך ההמתנה במלר"ד, היתר לא קיבלו כל הסברים. הטווח בין בתי החולים של מבקרים שדיווחו על קבלת הסברים לגבי ההמתנה נע בין 21% לבין 35%. מבקרים שהגדירו את בעייתם הרפואית כחמורה או חמורה מאוד שהו כשעה יותר מהמגדירים את בעייתם כקלה או קלה מאוד. קשישים שהו בממוצע כשעה יותר מאשר הצעירים, אך שיעור גבוה יותר מהקשישים סבורים שזמן שהייה היה סביר. דוברי ערבית שוהים כחצי שעה יותר מדוברי עברית ומדוברי רוסית, ושיעור גבוה יותר מהם (40%) מציינים שמשך שהייה היה ארוך מדי בהשוואה לדוברי עברית ורוסית (27%).

המבקרים במלר"ד הכללי דיווחו על שהייה הארוכה ביותר, כארבע שעות. במלר"ד נשים ובמלר"ד כירורגי משך שהייה ארך מעט יותר משלוש שעות, במלר"ד האורתופדי - שעתיים וחצי, ואילו במלר"ד האחר (עיניים, אף אוזן גרון (אאג) וכדומה) דווחה שהייה הקצרה ביותר (כשעתיים). במשמרת שנייה (00:15-23:00) ממתניים בכ-20 דקות פחות מאשר ביתר המשמרות. לא נמצאו הבדלים מובהקים במשך שהייה בין בתי חולים-על ובתי חולים אחרים.

הנחקרים נשאלו גם לגבי משך ההמתנה לשירותים מסוימים, וכיצד הם תופסים אותו (לוח 5). לדעת 85% מהמבקרים היה תהליך ההרשמה קצר, 10% - בינוני ועוד 5% - ארוך. ההמתנה לאחות ארכה 13 דקות בממוצע; 73% העריכו אותה כקצרה, 15% - כבינונית ו-12% - כארוכה. הטווח בין בתי החולים של ממוצע זמן ההמתנה לאחות נע בין שמונה דקות לבין 24 דקות, ושל אנשים שהעריכו את משך ההמתנה כארוך בין 6%-20%.

הזמן שחלף מבדיקת האחות ועד לבדיקת הרופא היה 46 דקות בממוצע. כמחצית המשיבים (53%) סברו שזמן ההמתנה לרופא היה קצר, 20% - בינוני ו-27% - ארוך. בבתי חולים-על ההמתנה לרופא הייתה ארוכה יותר בכ-12 דקות בממוצע בהשוואה לבתי חולים אחרים וההמתנה לאחות הייתה ארוכה יותר בכחמש דקות. הטווח בין בתי החולים של ממוצע זמן ההמתנה לרופא נע בין 24 דקות לבין 106 דקות, ושל אנשים שהעריכו את משך ההמתנה כארוך נע בין 18%-39%.

בקרב המגיעות למלר"ד נשים (גינקולוגי), חשבו שיעורים נמוכים יותר שמשך ההמתנה לאחות (67%) ולרופא (46%) היו סבירים, בהשוואה ליתר המבקרים (73%-80% לגבי המתנה לאחות; ו-52%-57% לגבי המתנה לרופא). במקביל לדיווח על סבירות ההמתנה, מתברר שהיקף הדיווח על מתן הסברים לגבי המתנה היה גבוה יותר אצל המבקרות במלר"ד נשים (38%, לעומת 26%-29% בקרב יתר המבקרים).

לוח 5: משך המתנה לקבלת שירותים והערכתו, לפי גיל (באחוזים)

	גיל			סה"כ	
	+65	64-35	34-18		
<b>הערכת המתנה להרשמה*</b>					
בינוני	8	8	13	10	
ארוך	4	4	5	5	
קצר	88	88	82	85	
<b>משך המתנה לבדיקת אחות (דקות)</b>					
בינוני	13	12	15	13	
ארוך	14	13	17	15	
קצר	79	76	68	73	
<b>משך המתנה לבדיקת רופא (דקות)</b>					
בינוני	39	47	48	46	
ארוך	22	18	21	20	
קצר	60	58	47	53	

\* p<0.05

### 3.6 מלווה

מלווה יכול לקשר בין המטופל לצוות הרפואי, לתמוך בחולה ולהקל על הצוות המטפל. למידע בנושא זה יכולה להיות השפעה על הערכת הצוות. מרבית המבקרים הגיעו עם מלווה (70%), ומרבית המלווים שהו על-יד החולה כל הזמן (73%) או רוב הזמן (19%). רק 8% מהמלווים שהיו חלק קטן מהזמן עם החולה. קשישים מגיעים בלוויית מלווה בשיעורים גבוהים יותר מהצעירים.

מדד חשוב בקשר למלווה הוא התייחסות הצוות הרפואי כלפיו. תשעים אחוזים מהמבקרים סברו שהמלווה קיבל מהצוות המטפל יחס טוב, 5% - באופן חלקי ו-5% מהמשיבים סברו שהמלווה לא זכה ליחס טוב מהצוות. הטווח בין בתי החולים של הסוברים שהמלווה קיבל יחס טוב נע בין 85%-97%.

### 3.7 הסברים על הבעיה הרפואית

על-פי חוק זכויות החולה, זכאי החולה לקבל הסברים מהצוות המטפל בו. בנוסף, מחקרים מראים ששיתוף החולה ומתן הסברים תורם להצלחת הטיפול הרפואי. בשל חשיבות הנושא בדקנו אותו על היבטיו השונים. שבעים וארבעה אחוזים מהמרואינים דיווחו שקיבלו מהצוות הרפואי הסברים על בעייתם הרפואית ועל הטיפול בה: 62% סברו שההסבר היה ברור ומספק, 8% ענו שההסבר לא כל כך סיפק אותם ו-4% ענו שההסבר בכלל לא סיפק. הטווח בין בתי החולים של המדווחים שקיבלו הסברים נע בין 61%-85%. בקרב הקשישים, 64% קיבלו הסברים לעומת 75% מהצעירים (לוח 6). דוברי רוסית דיווחו בשיעור גבוה יותר על קבלת הסברים (88%), בהשוואה לדוברי עברית (74%) ולדוברי ערבית (68%). היקף מתן ההסברים היה נמוך יותר בבתי חולים-על, לעומת היתר, וכן במלר"דים הכלליים, הכירורגיים והאורתופדיים, לעומת המלר"דים הגינקולוגיים והאחרים.

לוח 6: קבלת הסברים על הבעיה הרפואית ועל הטיפול בה, לפי גיל (באחוזים)\*

סה"כ	גיל		
	+65	64-35	34-18
סה"כ	100	100	100
קיבל הסבר מספק	60	63	61
קיבל הסבר לא כל כך מספק	2	8	11
קיבל הסבר בכלל לא מספק	2	4	4
לא קיבל הסבר	36	25	24

\* p<0.05

כרבע מהמבקרים ציינו שהעברית אינה שגורה בפייהם, ומהם 64% קיבלו הסברים והנחיות בעברית, 9% בערבית, 13% ברוסית והיתר בכמה שפות במעורב. הטווח בין בתי החולים של אנשים שקיבלו הסברים בעברית נע בין 42%-90%. שבעים וחמישה אחוזים מהם חשו שהשימוש בשפת ההסברים וההנחיות היה נוח מאוד, 16% - לא כל כך נוח ו-9% - ציינו ששפת ההסברים וההנחיות הייתה מאוד לא נוחה להם.

### 3.8 הוצאות

נושא התשלומים במלר"דים הוא בעייתי והידע הציבורי בנושא לוקה בחסר. הנוהל הוא שמבקר שאינו מביא התחייבות משלם אגרה, אלא אם הוא סובל מאחת מ-11 אבחנות המכוסות על-ידי קופת החולים המבטחת, כקבוע בחוק. במקרים האחרים גובה ההשתתפות העצמית נתון למשא ומתן בין המבוטח לקופת החולים. חשוב לציין שאם המבקר אושפז בבית החולים, אין הוא חייב בתשלום האגרה.

תלונות רבות הוגשו לנציב הקבילות במשרד הבריאות בנושא הסדרי תשלום וגובה התשלומים, בעיקר לגבי אוכלוסיות חלשות (משרד הבריאות, 2000). דוח נציב הקבילות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי הוא מקור המידע היחיד שפורסם עד כה בעניין זה. מידע על הוצאות המבקרים במלר"ד חשוב לקובעי המדיניות במשרד הבריאות ובקופות החולים, ויכול לסייע בתכנון הנטל של כלל התשלומים הנגבים מהמשתמשים בשירותי הבריאות (רופא מומחה, תרופות וכדומה), תוך התייחסות לאוכלוסיות מסוימות.

מהסקר שלנו מתברר ש-9% מהנחקרים דיווחו שהייתה להם הוצאה רפואית בעת ביקורם במלר"ד (בעיקר על תשלום האגרה), והטווח בין בתי החולים נע בין 3%-13%. מבין המבקרים שהביאו הפניה (כמחצית המבקרים), לאחוז אחד היו הוצאות, ומבין אלה שלא הביאו הפניה, 18% דיווחו על הוצאה. מבין המדווחים על תשלום לבית החולים, 13% פנו לקופת החולים לקבל החזר ו-5% מתכוונים לפנות. המשלמים במלר"ד נשאלו לגבי ההוגנות של גובה האגרה, וכ-70% השיבו שהסכום הוגן במידה מועטה, 18% - במידה בינונית ו-12% - במידה רבה.

### 3.9 תהליך השחרור והנחיות לבית

תהליך השחרור הנו חוליה חשובה בכל מהלך הטיפול בבית החולים. מחקרים מראים שיש לו השפעה חשובה על שביעות הרצון הכללית והוא מהווה גם רכיב חשוב בהצלחת ההחלמה. תהליך השחרור שנבדק בסקר התייחס למכתב השחרור (באיזו מידה רופא המשפחה מיודע על המשך הטיפול), להנחיות, בעיות רפואיות הקשורות לביקור במלר"ד שהתעוררו לאחר השחרור וחזרה לבית החולים בעקבותיהן, תחושת החולה לגבי אפקטיביות הטיפול ותחושתו לגבי ההצדקה לשחרורו מהמלר"ד.

תשעים ושבעה אחוזים מהמשתחררים מהמלר"ד דיווחו שקיבלו מכתב שחרור מהרופא בבית החולים, מרביתם (60%) מסרו אותו לרופא המשפחה שלהם, 9% - לרופא מקצועי של הקופה המבטחת, 11% - לרופא אחר ו-20% - לא מסרו את המכתב עד למועד הריאיון. כלומר, הבעיה שמכתב השחרור אינו מגיע לרופא הראשוני נובעת בעיקר, כנראה, מכך שהמטופל אינו מוסר אותו ולא מכך שהרופא בבית החולים לא כתב אותו.

שישים ושמונה אחוזים קיבלו הנחיות בזמן השחרור על הטיפול הרצוי בבית (מנוחה, תרופות ודיאטה), והטווח נע בין 55%-79%. מלוח 7 עולה כי ל-61% היו ההנחיות מספקות, ל-5% ההנחיות לא כל כך הספיקו ו-2% חשו שההנחיות בכלל לא סיפקו. מחצית הקשישים ענו שקיבלו הנחיות, לעומת 73% מהצעירים.

לוח 7: קבלת הנחיות, לפי גיל (באחוזים)

	גיל			סה"כ
	+65	64-35	34-18	
<b>הנחיות כיצד להתנהג בבית*</b>				
סה"כ	100	100	100	100
קיבל הנחיות מספקות	46	61	64	61
קיבל הנחיות לא כל כך מספקות	4	5	6	5
קיבל הנחיות כלל לא מספקות	--	2	3	2
לא קיבל הנחיות	50	32	27	32
<b>הנחיות מה לעשות אם המצב יחמיר*</b>				
סה"כ	100	100	100	100
קיבל הנחיות מספקות	30	47	53	47
קיבל הנחיות לא כל כך מספקות	1	2	3	2
קיבל הנחיות כלל לא מספקות	--	1	1	1
לא קיבל הנחיות	69	50	43	50

\* p<0.05

מחצית המבקרים קיבלו הנחיות בעת השחרור לגבי העשייה במקרה שהמצב יחמיר, והטווח בין בתי החולים נע בין 38%-61%. ל-47% ההנחיות היו מספקות, ל-2% ההנחיות לא היו כל כך מספקות ולאחוז אחד ההנחיות לא היו מספקות כלל. מבין הקשישים, רק 31% קיבלו הנחיות, לעומת 57% מהצעירים (לוח 7). היקף מתן ההנחיות היה נמוך יחסית במלר"דים כללי, כירורגי ואורתופדי, וגבוה יחסית במלר"דים נשים ואחר.

### 3.10 תוצאות הטיפול

אחד המדדים המקובלים לאיכות הטיפול הוא תחושת המטופל לגבי האפקטיביות של הטיפול הרפואי בבית החולים, אף כי זהו מדד סובייקטיבי ואינו חוות דעת רפואית מקצועית. מבין המבקרים במלר"ד, סברו 52% שהטיפול פתר את בעייתם הרפואית, 18% - באופן חלקי, ואילו 30% ענו שהטיפול לא עזר להם או שלא חל שינוי במצבם בעקבות הטיפול הרפואי (לוח 8). הטווח בין בתי החולים של הסוברים שהטיפול פתר את בעייתם נע בין 45% לבין 65%. מבין המגדירים את בעייתם הרפואית כחמורה או חמורה מאוד, העריכו שיעור נמוך יותר שהביקור במלר"ד פתר את בעייתם (44%), לעומת היתר (58%). ממצאים אלה יכולים לרמז על צורך ביותר הסברים למטופלים לגבי מהות הבעיה הרפואית ולגבי ההישגים הרצויים מהטיפול.

כאמור, כל המרואיינים שוחררו לבתיהם לאחר הביקור במלר"ד ולא אושפזו. הם נשאלו האם חשבו שהיו צריכים להתאשפז: 16% השיבו בחיוב, ועוד 3% לא היו בטוחים (לוח 8). שיעור גבוה (35%) בקרב דוברי ערבית סברו שהיו צריכים להתאשפז, לעומת היתר (16%). הטווח בין בתי החולים של אנשים שחשבו שהיו צריכים להתאשפז נע בין 10%-29%.

לוח 8: תוצאות הטיפול, לפי גיל (באחוזים)

	גיל			סה"כ
	+65	64-35	34-18	
<b>הטיפול פתר את הבעיה הרפואית*</b>				
כן	54	49	54	52
באופן חלקי	19	20	15	18
לא פתר	27	31	31	30
<b>חשבו שהיו צריכים להתאשפז</b>				
כן	17	17	13	16
לא	15	11	10	11

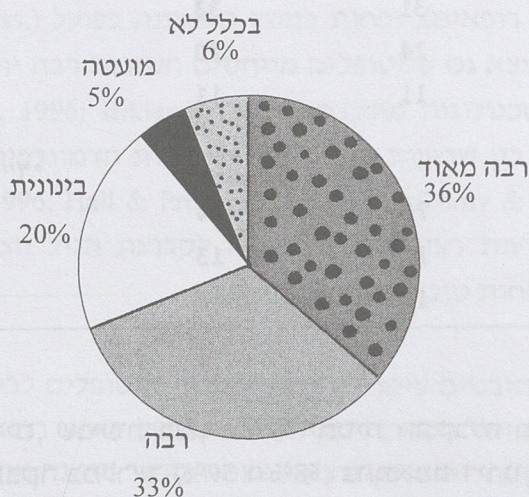
\*p<0.05

שלושים ושישה אחוזים ענו שלאחר השחרור התעוררה אצלם בעיה רפואית הקשורה לביקור במלר"ד. מהם 33% (שהם 11% מכלל המבקרים במלר"ד) חזרו למלר"ד לצורך קבלת טיפול. הטווח בין בתי החולים של אנשים שאצלם התעוררה בעיה נע בין 24%-47%.

### 3.11 שביעות רצון

המרואיינים נתבקשו לדרג את שביעות רצונם מהשירות במלר"ד באופן כללי: 36% היו מרוצים במידה רבה מאוד, 33% - במידה רבה, 20% - במידה בינונית, 5% - במידה מועטה ו-6% כלל לא היו מרוצים מהטיפול שקיבלו במלר"ד (תרשים 2). הטווח בין בתי החולים של שבעי רצון במידה רבה מאוד נע בין 25% לבין 47%. קשישים מרוצים יותר בהשוואה לצעירים (41% שבעי רצון במידה רבה מאוד, לעומת 35% (לוח 9).

#### תרשים 2: שביעות רצון כללית



המרואיינים נשאלו גם על שביעות רצונם מתחומים ספציפיים יותר. שביעות רצון נמוכה התקבלה בקרב המבקרים במלר"דים האורתופדי והכירורגי (31% ו-33%, בהתאמה, היו מרוצים במידה רבה מאוד), ושביעות הרצון הגבוהה ביותר הייתה במלר"ד נשים (48%). לא נמצאו הבדלים מובהקים בין בתי חולים-על לבין היתר.

נבדקו גם קשרים דו-משתניים בין שביעות הרצון הכללית למאפיינים תהליכיים של הטיפול. בקרב שבעי הרצון במידה רבה או רבה מאוד נמצא שמשך ההמתנה היה קצר בחצי שעה מזה של מבקרים שהביעו שביעות רצון נמוכה או שכלל לא היו מרוצים. נמצא קשר גם להערכת סבירות משך ההמתנה: ככל שההמתנה נתפסה כארוכה מדי או כקצרה מדי, שביעות הרצון הכללית הייתה נמוכה. מתן הסברים לחולה מתואם אף הוא עם שביעות רצון גבוהה יותר. לדוגמה, מבין המקבלים הסבר על בעייתם הרפואית והטיפול בה, 76% היו מרוצים במידה רבה או רבה מאוד, לעומת 46% מבין המדווחים שלא קיבלו הסבר. כך, נמצא קשר לבחירת בית החולים: 42% מהמעורבים בבחירה היו מרוצים במידה רבה מאוד, לעומת 35% מהמדווחים שהייתה זו החלטת הרופא ו-28% מבין המדווחים שביקרו בבית החולים היחיד באזור. הנתון האחרון יכול לרמז על שירות פחות טוב בבתי חולים בעלי מונופול אזורי. ואכן, נמצא בפריפריה אחוז נמוך יחסית של שבעי רצון באופן כללי במידה רבה או רבה מאוד (65%), לעומת השיעורים שנמצאו בערים או קרוב לערים (71%).

מדד נוסף לשביעות רצון הוא הנכונות להמליץ על בית החולים. שבעים וארבעה אחוזים ענו שהיו ממליצים על בית החולים למכריהם, 13% לא בטוחים שהיו ממליצים ו-13% לא היו ממליצים (לוח 9). הטווח בין בתי החולים של הממליצים נע בין 59% לבין 84%.

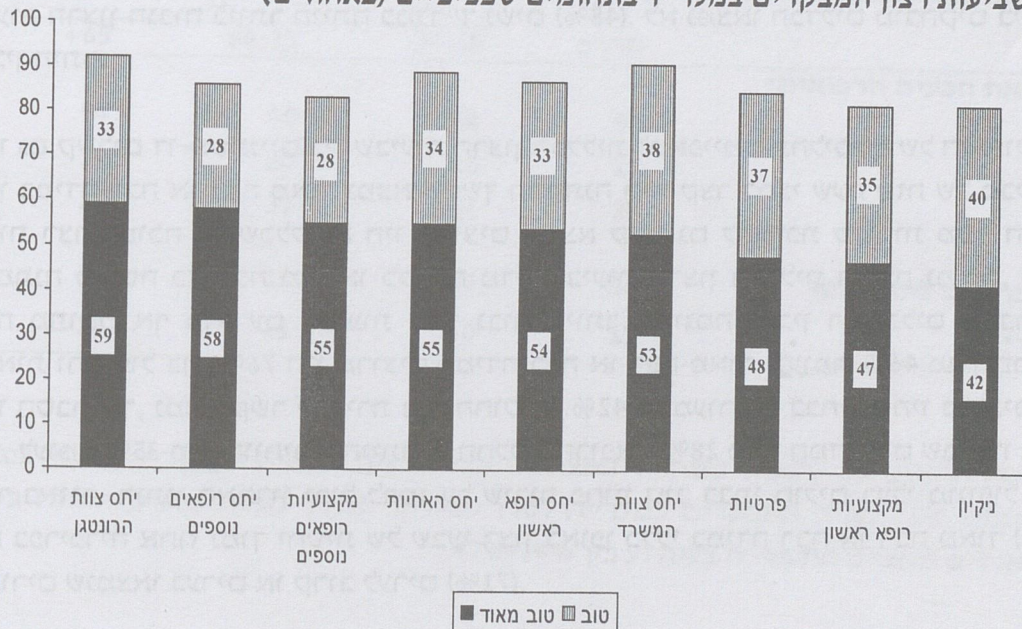
לוח 9: שביעות רצון באופן כללי ונכונות להמליץ על המלר"ד, לפי גיל (באחוזים)

	גיל			סה"כ
	+65	64-35	34-18	
<b>מידת שביעות הרצון*</b>				
רבה מאוד	42	36	34	36
רבה	39	33	31	33
בינונית	11	19	24	20
לא כל כך/מועטה	8	12	11	11
<b>נכונות להמליץ על המלר"ד*</b>				
כן	84	75	70	74
לא בטוח	9	13	14	13
לא	7	12	16	13

\* p<0.05

בקשר לתחומים ספציפיים, שביעות רצון גבוהה יחסית התקבלה מיחס הרנטגנאים ומיחס הרופאים הנוספים שבדקו את המבקר במלר"ד (59%-ו-58%, בהתאמה דירגו אותו כטוב מאוד). שביעות הרצון הנמוכה ביותר התקבלה מרמת הניקיון (42% דירגו אותה כטובה מאוד) (תרשים 3).

תרשים 3: שביעות רצון המבקרים במלר"ד בתחומים ספציפיים (באחוזים)



מחקרים רבים נערכו במלר"דים ברחבי העולם ובארץ, במטרה להבין מה משפיע על שביעות רצונו של המטופל ומהן נקודות התורפה בשירותים הקיימים, ולפעול לשיפור השירותים הללו. מלבד זאת, הוכח ששביעות רצון תורמת לשיפור תוצאות הטיפול הרפואי, להעלאת שיתוף הפעולה מצד המטופל, להגברת נכונותו לחזור למלר"ד, להפחתת השימוש בשירותי בריאות, וכן להורדת מספר התביעות על רשלנות רפואית (Sun et al., 2000).

בדרך כלל, ממצאי מחקרים בנושא מצביעים על קשר בין שביעות הרצון הכללית מהשהות במלר"ד לבין מידת קבלת הסברים והנחיות (על הבעיה הרפואית, על מועד השיבה לפעילות רגילה, לגבי תוצאות הבדיקות ולגבי מועד הביקורת), ובין משך ההמתנה לפי ציפיות המאושפז (בין אם לקבלת תוצאות של בדיקות ובין אם להתייעצות עם רופאים), ופחות למשך ההמתנה בפועל (Raper, 1996; Hall & Press, 1996; Thompson et al., 1996). נמצא גם שמטופלים מייחסים חשיבות רבה יותר ליחס טוב מהמטפלים ולעזרה המוגשת מהם, על-פני טכנולוגיה מתקדמת (Thompson et al., 1996; Bikland, 1994). בחלק מהמחקרים לא נמצא קשר חזק בין שביעות הרצון לבין התכונות הדמוגרפיות של המטופלים (Raper, 1996; Thompson et al., 1996; Hall & Press, 1996; Carl, Pokorny & Brown, 1996; Carey & Seibert, 1993), ובחלק אחר נמצא ששביעות רצון נמוכה קשורה לקבוצת הגיל הצעירה, לבני מיעוטים וכן לאנשים שמצבם הבריאותי הוא פחות טוב (Sun et al., 2000).

ניתוח גורמים הצביע על שלושה היבטים עיקריים בהתייחסות המטופלים לביקורם במלר"ד: הרופאים (יחסם ומקצועיותם של הרופאים ושל המתמחים), הצוות המטפל שאינו רופאים (אחיות, טכנאי רנטגן וכדומה) והמלונאות (פרטיות וניקיון). שביעות הרצון הגבוהה ביותר הייתה מהצוות שאינו רופאים (88% היו שבעי רצון במידה רבה או רבה מאוד), שביעות הרצון מהרופאים (80%) ומהמלונאות (78%) הייתה נמוכה יותר.

מאחר שישנם קשרי גומלין בין המשתנים הדמוגרפיים, בוצע ניתוח רב-משתני מסוג גרסיה לוגיסטית, כדי לזהות מהם המשתנים הדמוגרפיים (שפה, השכלה, גיל, מצב בריאות וחומרת הבעיה) המשפיעים באופן עצמאי על המשתנה "שביעות רצון במידה רבה או רבה מאוד" (לוח 10). ממצאי הרגרסיה מראים שדוברי ערבית ורוסית, אלה שמצבם הבריאותי באופן כללי פחות טוב, אלה שהגדיר את בעייתם הרפואית כחמורה או חמורה מאוד, וכן צעירים בני 18-34 נטו יותר לדווח על שביעות רצון נמוכה (מודל 1). כדאי להבהיר שכל המשתנים שיצאו מובהקים בניתוח הדו-משתני נמצאו מובהקים גם בניתוח הרב-משתני.

לאחר מכן, הרצנו מודל שני כדי לבדוק את ההשפעה הסגולית של מאפיינים תהליכיים ותוצאתיים שונים על שביעות הרצון, לאחר נטרול התכונות הדמוגרפיות. לשם כך, הוספנו את המשתנים האלה: שהייה<sup>5</sup>, המתנה, הסברים, הנחיות, שביעות רצון מהרופאים, מהצוות שאינו רופאים ומהמלונאות,

<sup>5</sup> לסבירותו שהייה היה מתאם גבוה יותר עם שביעות הרצון הכללית מאשר למשך שהייה הכולל, ולכן הוא לא נכלל במודל.

מיקום בית החולים והאם הוא בית חולים-על, והתחושה באיזו מידה פתר הטיפול את הבעיה הרפואית. נמצא שלתפיסת השהייה וההמתנה כסבירות ולמתן הסברים והנחיות יש קשר חזק עם שביעות רצון גבוהה. מהמודל ניתן לראות שלתפיסת השהייה כולה במלר"ד ולתפיסת ההמתנה לרופאים כסבירה יש חשיבות רבה יותר מתפיסת ההמתנה לאחות. מסקנה נוספת העולה מהמודל היא שהמטופלים מייחסים חשיבות רבה יותר בשביעות הרצון הכללית להסבר על הבעיה הרפואית והטיפול בה, מאשר להנחיות הניתנות בזמן השחרור. מלבד זאת, למיקום בית החולים בפריפריה או בעיר גדולה (לעומת קרבה לעיר גדולה), יש קשר עם שביעות רצון פחות טובה. המקדמים של חומרת הבעיה ומצב הבריאות אינם מובהקים במודל זה, למרות שבמודל הראשון הם היו מובהקים.

**לוח 10: תוצאות רגרסיה לוגיסטית להסבר שביעות רצון במידה רבה מאוד ובמידה רבה**

משתנה	מודל 1 OR	מודל 2 OR	בסיס
חומרת הבעיה (חמורה/קריטית)	*0.77	0.94	פחות מחמורה
שפה:			
ערבית	*0.52	*0.55	עברית
רוסית	*0.57	*0.32	עברית
מצב בריאות (רע/גרוע)	0.35	0.70	בינוני עד טוב מאוד
השכלה:			
תיכונית	1.05	1.23	יסודית
על-תיכונית	1.05	1.17	יסודית
גיל:			
64-35	*1.31	1.18	34-18
+65	*3.21	*2.83	34-18
סבירות משך שהייה (סביר)		*2.47	ארוך/קצר מדי
סבירות המתנה לאחות (ארוך)		*0.64	קצר/בינוני
סבירות המתנה לרופא (ארוך)		*0.53	קצר/בינוני
לא הוסברה הבעיה הרפואית והטיפול בה		*0.42	קיבל הסבר
לא קיבל הנחיות איך להתנהג בבית		*0.72	קיבל הנחיות
לא קיבל הנחיות מה לעשות אם המצב יחמיר		*0.60	קיבל הנחיות
בית חולים בפריפריה		*0.70	בית חולים על-יד עיר גדולה
בית חולים בעיר גדולה*		*0.71	בית חולים על-יד עיר גדולה
בית חולים-על		0.98	בית חולים אחר
הטיפול לא פתר את הבעיה		*0.20	פתר/באופן חלקי

\* p<0.05

כדי לבדוק אילו פריטים של שביעות הרצון משפיעים באופן עצמאי על שביעות הרצון הכללית ערכנו ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית (לוח 11). הממצאים מראים, שלשביעות הרצון מהרופאים יש השפעה גדולה יותר על שביעות הרצון הכללית לעומת שביעות הרצון מהצוות הרפואי (לא כולל רופאים) ומהמלונאות.

**לוח 11: תוצאות רגרסיה לוגיסטית להסבר שביעות רצון במידה רבה ובמידה רבה מאוד\***

משתנה	OR	בסיס
שביעות רצון טוב מאוד מהרופאים	12.84	שביעות רצון פחות מטוב מאוד
שביעות רצון טוב מאוד מהצוות הרפואי (לא כולל רופאים)	4.07	שביעות רצון פחות מטוב מאוד
שביעות רצון טוב מאוד מהמלונאות	2.79	שביעות רצון פחות מטוב מאוד

\*  $p < 0.05$

#### 4. הבדלים לפי מאפיינים נוספים

מאחר שהיערכות הצוות במחלקות לרפואה דחופה היא שונה בשעות היום והלילה, נבדקה ההשערה שבשעות היום, פרמטרים, כמו המתנה, היקף ההסברים וההנחיות ושביעות הרצון הם שונים בלילה. השערה זו הופרכה, שכן במרבית הנושאים שנבדקו בסקר לא נמצאו הבדלים בין שעות היום (8:00-16:00) לבין שעות הערב והלילה וסופי שבוע (8:00-16:00 ושישי ושבתי). מצאנו הבדלים לפי משמרת בהבאת הפניה (61% הביאו הפנייה בשעות היום, לעומת 48% בלילה ובסופי שבוע), בבחירת בית החולים (39% היו מעורבים לעומת 49%), בהגעה עם מלווה (58% היו עם מלווה בהשוואה ל-78%), ובהוצאות (5% דיווחו על הוצאות בשעות היום, לעומת 12% בלילה). מלבד זאת, מבקרים בשעות הלילה ובסופי השבוע דיווחו על המתנה ארוכה יותר לרופא ב-10 דקות (48 דקות לעומת 38 דקות ביום).

השערה נוספת שנבדקה והופרכה היא שאנשים המגיעים עקב תאונה מדווחים על קבלת שירות שונה מאשר המגיעים עקב מחלה, שכן אופי הבעיה הרפואית שונה, ודחיפות הטיפול ומאפייניו אמורים להיות שונים. במרבית הנושאים שנבדקו לא נמצאו הבדלים גדולים לפי סיבת ההגעה למלר"ד. מרואיינים שהגיעו עקב מחלה שהו כשעה יותר בממוצע מאלה שהגיעו בשל תאונה. אחוז גבוה יותר של מבקרים שבאו בגלל תאונה חשו שהטיפול במיון פתר להם את הבעיה (56%, לעומת 47% מהמבקרים עקב מחלה).

ציפינו שבמלר"דים הגדולים (על-פי מספר הפונים), הלחץ המוטל על הצוות הרפואי ואופי העבודה יביאו לתפיסת שירות שונה מזו הקיימת במחלקות הקטנות. ציפינו גם שיהיו הבדלים בין בתי חולים שבערים הגדולות בהשוואה לפריפריה, בין יתר הסיבות בגלל תדמית של בית החולים, והדעה הרווחת שהפריפריה "מקופחות". בדיקת ההבדלים העלתה כי מעורבות קטנה יותר של החולה במלר"דים הגדולים (41%, לעומת 50% במלר"דים הקטנים). מעורבות החולה בבחירת בית החולים גבוהה יותר, כצפוי, בבתי חולים הנמצאים בערים הגדולות (50%), בהשוואה לבתי חולים הממוקמים מעל 25 ק"מ משלוש הערים הגדולות (פריפריה) (37%).

משך השהייה ארוך יותר בממוצע בכשעה הן בבתי חולים קטנים והן בערים הגדולות. שיעור המדווחים שקיבלו הסברים לגבי עיכובים והמתנה לקבלת שירות היה גבוה יותר במחלקות הקטנות (33%, לעומת 27% במחלקות הגדולות). בפריפריה היה שיעור המדווחים על הוצאות בעת ביקורם במלר"ד נמוך (7%) מהשיעור בערים הגדולות (11%). לא נמצאו הבדלים מובהקים לפי גודל.

לגבי היקף קבלת הסברים והנחיות, לגבי תהליך השחרור, לגבי תוצאות הטיפול ולגבי שביעות הרצון לא נמצאו הבדלים גדולים לפי גודל מחלקה ולפי מיקום. בערים הגדולות נתגלתה נכונות רבה יותר להמליץ על המלר"ד (77%), בהשוואה לפריפריה (70%).

השוואה בין בתי חולים ממשלתיים לבין בתי חולים של שירותי בריאות כללית העלתה הבדלים מובהקים במספר נושאים: שיעור המביאים הפניה גבוה יותר בבתי החולים של שירותי בריאות כללית (58%) מאשר השיעור בבתי החולים הממשלתיים (50%), ושיעור נמוך יותר של אנשים הגיעו עקב תאונה בבתי החולים של שירותי בריאות כללית (35%), לעומת 43% בבתי החולים הממשלתיים).

## 5. דיון

אחד הנושאים המרכזיים שנבדקו במחקרנו הוא ההמתנה לקבלת שירות והשהות במלר"ד. במחקרם של Hall and Press (1996), שנערך בבתי חולים ברחבי ארצות הברית, עמד משך השהייה במלר"ד על 2.9 שעות בממוצע, ובמחקר שהתמקד בשיקגו - 2.8 שעות (Thompson et al., 1996). במחקרנו נמצא משך שהייה דומה - שלוש שעות בממוצע. משך ההמתנה לרופא שנמצא במחקרנו (42 דקות) דומה לזה שנמצא במחקר בשיקגו (38 דקות).

במחקרנו, קרוב ל-30% מהמבקרים העריכו את משך הזמן ששהו במלר"ד כארוך מדי, והטווח בין בתי החולים הוא גדול. בעיית ההמתנה מתמקדת בהמתנה לרופא, שנתפסה כארוכה הרבה יותר מתהליך הקבלה ומההמתנה לאחות. בספרות מוזכר לא אחת שהסברים לגבי משך ההמתנה תורמים להרגשת המטופל ומעלים את שביעות רצונו מהטיפול (Raper, 1996; Hall & Press, 1996; Thompson et al., 1996). חשוב להתייחס לכך לנוכח הממצא בסקר זה, המלמד כי על-פי דיווח המבקרים כ-70% מהם לא קיבלו הסברים לגבי עיכובים בקבלת שירות כלשהו. במחקרנו נמצא גם קשר בין שביעות הרצון לזמן השהייה האקטואלי במלר"ד ולהערכתו על-ידי החולה (סביר, קצר מדי או ארוך מדי), אך ההערכה הסובייקטיבית מנבאת טוב יותר את שביעות הרצון, כאמור.

בסקר שנערך בסקוטלנד (Cohen, Forbes & Garraway, 1996) נמצאה שביעות רצון נמוכה יותר במלר"דים מאשר ביתר המחלקות בבתי החולים, ואילו בארץ מצאנו בקרב המבקרים במלר"ד שביעות רצון דומה לזו שנמצאה בשני גלי סקר בקרב מאושפזים (יובל וברג, 1997): 71% מדוברי עברית היו מרוצים במידה רבה או רבה מאוד. שיעורי שביעות רצון דומים התקבלו גם בסקר שנערך במחקר בצפון מזרח ארצות הברית במלר"דים בחמישה בתי חולים אוניברסיטאיים (Carrasquillo et al., 1999), אך גבוה משביעות רצונם של מבקרים בתשעה מלר"דים בספרד (Quintana et al., 1999): רק 58% הביעו שביעות רצון.

בספרות מוזכרות לא מעט עבודות שנערכו במטרה לבדוק את הקשר בין שביעות הרצון משירותי הרפואה הדחופה לבין המתנה לקבלת השירות. בדומה לממצאי המחקר הנוכחי, נמצא במספר מחקרים (Thompson et al., 1996; Hall & Press, 1996; Birkland, 1994) קשר חיובי בין שביעות רצון למתן הסברים וקשר שלילי למשך ההמתנה ולהערכתו על-ידי המטופל. עוד מוזכר בספרות, בדומה למחקרנו, שתפיסת המטופל לגבי משך ההמתנה מנבאת טוב יותר את שביעות הרצון מאשר זמן ההמתנה האקטואלי (Thompson et al., 1996).

להסברים וההנחיות למטופל יש חשיבות רבה בתהליך הטיפול הרפואי, להיענות המטופל להוראות ולהמשכיות הטיפול, ובכך להצלחתו. נושא זה מוצא תימוכין בחוק זכויות החולה בחובת מתן הסבר לחולה. למרות זאת, יותר מרבע מהמטופלים דיווחו שלא קיבלו הסברים על בעייתם הרפואית ועל המשך הטיפול בבית לאחר השחרור. גם בסקרים הקודמים שערכנו בקרב מאושפזים נראתה בעייתיות בנושא זה (יובל וברג, 1997).

בדומה למחקרים שנערכו בארץ ובעולם (Leventhal, 1981; Halfon et al., 1996; חקלאי ויעקובי, 1993), ממצאי המחקר הנוכחי מראים שהעומס במלר"דים מתרכז בשעות הפתיחה של המרפאות הקהילתיות, וכן שאחוז גבוה של מבקרים פונים למלר"דים ללא פנייה מקדימה לרופא (42%) וללא הפניה (53%) (אפשטיין ואחרים, 1979; חקלאי ויעקובי, 1993; טרגין ואחרים, 2000). שני המדדים הללו יכולים לספק מידע חלקי על הצדקת הפניות. מחקרים הראו שהדבר יכול להיות תלוי בצרכן: חוסר מודעות לחלופות בקהילה, קרבה לבית החולים, אמון גדול יותר בצוות בית החולים מאשר ברופאי הקהילה או תפיסת הבעיה הרפואית כקשה מדי לטיפול במרפאה קהילתית (Afilalo et al., 1995; Roberts & Mays, 1998; NZHTA, 1998). מצד הרופאים בקהילה, יכולה מידת הנטייה שלהם להפנות חולים למלר"ד לתרום אף היא לתופעה הזו (הירשברג ובנטוביץ, 1981; אלחיאני וזמורה, 1991; Afilalo et al., 1995; Halfon et al., 1996; טרגין ואחרים, 2000). מסקנותיו של מחקר שנערך באנגליה ובווילס (Dolan, 1996) מציעות פתרון לבעיית העומס במלר"ד, באמצעות הרחבת תפקידיהן ומיומנותיהן של האחיות, במקום לגייס רופאים נוספים.

## 6. מסקנות

ממצאי המחקר משקפים את המצב במלר"דים, כפי שהוא נתפס על-ידי המבקרים בהם שלא אושפזו בסופו של דבר, בפתחה של שנת אלפיים. שביעות הרצון של המטופלים במלר"ד דומה לזו שדווחה בעבר במחלקות אחרות בבתי החולים (יובל וברג, 1997) ולנתונים ממדינות אחרות (Carrasquillo et al., 1999). אולם, הממצאים מראים כי יש מקום לשיפור השירות בתחומים שונים, בעיקר בנושא קיצור משכי ההמתנה ובנושא התקשורת בין הצוות הרפואי לחולה, המתבטאת בעיקר במתן הסברים לחולה ובהתחשבות וכבוד.

בנושא ההמתנה לשירות, ייתכן שבנוסף למתן הסברים על סיבות ההמתנה חשוב לפעול גם לקיצור תורים בדרכים שונות, כגון: תכנון טוב יותר של אספקת השירותים, שינויים בהרכב כוח האדם ושיפור



- אלחיאני, א.; זמורה, ע. 1991. "דפוסי שימוש בחדרי מיון, של ארבעה סוגי מרפאות ראשוניות". **הרפואה** 120(חוברת חדר מיון): 443-440.
- אפשטיין, ל"מ; פייגנבאום, י.; תמיר, ע.; פרץ, י.; פרסון, מ.; קלאוס, מ. 1979. "חדר מיון בבית חולים כללי: חוליה במערכת שירותי הבריאות". **הרפואה צ"ו(ד)**: 251-248.
- הירשברג, א.; בנטוביץ, צ. 1981. "הערכת מכתבי הפניה למר"ד - מכשיר להערכת המידע והשיקולים בהפניית חולים לחדר מיון". **הרפואה ק"א(י)**: 276-273.
- חקלאי, צ.; יעקובי, מ. 1993. **הפעילות בחדר המיון בבתי החולים הממשלתיים, 1992**. פרסום סטטיסטי מס' 1993/3. משרד הבריאות, שירותי מידע ומחשוב.
- טרגין, מ.; גרינשטיין, מ.; מילמן, ע.; רוזן, ב. 2000. **תפקידם של המרכזים הקהילתיים לרפואה דחופה כחלופה לחדרי מיון בבתי חולים**. דמ-335-00, גוינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- יובל, ד.; ברג, א. 1997. **השהות בבית החולים מנקודת ראותו של המאושפז ממצאים ראשוניים מסקר מאושפזים 1995 והשוואה ל-1997**. דמ-278-97, גוינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- לבנת, ש.; אלמוג, א.; רבינוביץ, ג.; שניר, י. 2000. "הבדלים בדפוסי הפניה למחלקה לרפואה דחופה בקרב אוכלוסיות שונות בנגב". **הרפואה** 138: 634-631.
- משרד הבריאות, נציב קבילות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. 2000. **דוח מס' 2 לשנים 1998-1999**. משרד הבריאות.
- פלפל, ד.; בר-נון, ש. 1980. "מאפייני השירות בחדר מיון הכללי בביה"ח ע"ש סורוקה, באר-שבע". **הרפואה** 98(11-12): 522-519.
- Afilalo, M.; Guttman, A.; Colacone, A.; Dankoff, J.; Tselios, C.; Beaudet, M.; Lloyd, J. 1995. "Emergency Department Use and Misuse". **Journal of Emergency Medicine** 13(2): 259-264.
- Birkland, P. 1994 "Canadian Update: Causes of and Remedies for Customer Dissatisfaction in Canadian Emergency Departments". **Journal of Emergency Nursing** 20(4): 23a-24a.
- Bruce T.A.; Bowman, J.M.; Brown, S.T. 1998. "Factors that Influence Patient Satisfaction in the Emergency Department". **Journal of Nursing Care Quality** 13(2):31-37.
- Carey, R.G.; Seibert, J.H. 1993. "A Patient Survey System to Measure Quality Improvement: Questionnaire Reliability and Validity". **Medical Care** 31(9):834-845.
- Carrasquillo, O.; Orav, E.J.; Brennan, T.A.; Burstin, H.R. 1999. "Impact of Language Barriers on Patient Satisfaction in an Emergency Department". **Journal of General Internal Medicine** 14(2):82-87.

- Clark, C.A.; Pokorny, M.E.; Brown, S.T. 1996. "Consumer Satisfaction with Nursing Care in a Rural Community Hospital Emergency Department". **Journal of Nursing Care Quality** 10(24):49-57.
- Cohen, G.; Forbes, J.; Garraway, M. 1996. "Can Different Patient Satisfaction Survey Methods Yield Consistent Results? Comparison of Three Surveys". **British Medical Journal** 313:841-844.
- Dolan, B. 1996. "Quality of Care in A & E is the Issue - Not Speed". **Nursing Times** 92(11): 29-30.
- Halfon, N.; Newacheck, P.W.; Wood, D.I.; Peter, R.F. 1996. "Routine Emergency Department Use for Sick Care by Children in the US". **Pediatrics** 98:28-34.
- Hall, M.F.; Press, I. 1996. "Keys to Patient Satisfaction in the Emergency Department: Results of a Multiple Facility Study". **Hospital & Health Services Administration** 41(4):515-532.
- Leventhal, A. 1981. **Emergency Health Services in the Jerusalem Institute for Israel Studies**. Hebrew University - Hadassah Medical Center, Jerusalem.
- McMillan, J.R.; Younger, M.S.; DeWine, L.C. 1986. "Satisfaction with Hospital Emergency Department as a Function of Patient Triage". **Health Care Management Review** 11(3):21-27.
- NZHTA, New Zealand Health Technology Assessment Clearing House, 1998. "Emergency department attendance, a critical appraisal of the literature". NZHTA report 8, November 1998, <http://nzhta.chmeds.ac.nz/>.
- Quintana, J.M.; Arostegui, I.; Arcelay, A.; Garcia, M.; Ortega, M.; Candelas, S. 1999. "Patient Satisfaction Survey in Emergency Department in Acute Care Hospitals". **Gac-Sanit** 13(1):38-45.
- Raper, J.L. 1996. "A Cognitive Approach to Patient Satisfaction with Emergency Department Nursing Care". **Journal of Nursing Care Quality** 10(4):48-58.
- Roberts, E.; Mays, N. 1998. "Can Primary Care and Community-based Models of Emergency Care Substitute for the Hospital Accident and Emergency (A & E) Departments?" **Health policy** 44: 191-214.
- Special Report. 1999. "Examine your emergency department, stat! ED is key to hospital reputation". **Healthcare Benchmarks** 6(2):13-15.
- Sun, B.C.; Adams, J.; Orav, E.J.; Rucker, D.W.; Brennan T.A.; Burstin, H.R. 2000. "Determinants of Patient Satisfaction and Willingness to Return With Emergency Care". **Annals of Emergency Medicine** 35(5):426-434.
- Thompson, D.A.; Yarnold, P.R.; Williams, D.R.; Adams, S.L. 1996. "Effects of Actual Waiting Time, Perceived Waiting Time, Information Delivery, and Expressive Quality on Patient Satisfaction in the Emergency Department". **Annals of Emergency Medicine** 28(6):657-665.

## נספח א: נתונים נבחרים, אחוזים וטווחים בין בתי החולים

טווח		סה"כ	
מקסימום	מינימום		
28	6	17	מעל גיל 65
62	41	51	נשים
42	1	13	דוברי ערבית
22	1	8	דוברי רוסית
27	9	19	בעלי השכלה יסודית
25	12	18	בעלי הכנסה פחות מ-2400 ₪
91	39	64	חברי קופת חולים כללית
16	3	10	מצב בריאות כללי נתפס רע או רע מאוד
56	29	42	הגדירו את הבעיה כחמורה או כחמורה מאוד
71	48	59	הגדירו את הכאבים כחזקים או כחזקים מאוד
91	74	81	סבלו מתופעות אחרות
<b>הגעה למיון</b>			
58	29	47	לא הביאו התחייבות או הפניה למיון
76	47	58	פנו לרופא לפני ההגעה
22	5	14	באמבולנס
55	21	40	עקב תאונה
<b>בחירת בית החולים</b>			
59	28	45	היו מעורבים בבחירת בית החולים
<b>הטיפול הרפואי</b>			
76	52	66	ראו רופא מקצועי
20	7	14	חשבו שהצוות הרפואי יכול היה לעשות הרבה יותר
93	81	86	הצוות הרפואי התייחס בכבוד ובהתחשבות
<b>שהייה והמתנה</b>			
5:32	2:15	3:06	זמן ששהו במיון (שעות)
38	17	28	העריכו את משך השהייה כארוך מדי
35	21	28	קיבלו הסברים לגבי המתנה
10	0	5	העריכו את משך ההרשמה כארוך
24	8	13	משך המתנה לאחות (דקות)
20	6	12	העריכו את משך המתנה לאחות כארוך
106	24	46	משך המתנה לרופא (דקות)
39	18	27	העריכו את משך המתנה לרופא כארוך
<b>מלווה</b>			
81	60	70	הגיעו עם מלווה
97	85	90	הצוות הרפואי התייחס בכבוד ובהתחשבות למלווה
<b>הסברים</b>			
85	61	74	קיבלו הסבר על הבעיה הרפואית והטיפול בה
91	77	84	מהם: ההסבר סיפק (היה ברור)
90	42	64	קיבלו הסברים בעברית (למי שאינו מדבר עברית שוטפת)
56	14	25	מהם: השפה שבה קיבלו הסברים לא כל כך נוחה או מאוד לא נוחה

**נספח א: נתונים נבחרים, אחוזים וטווחים בין בתי חולים (המשך)**

טווח		סה"כ	
מקסימום	מינימום		
13	3	9	<b>הוצאות</b>
33	0	13	דיווחו על הוצאות רפואיות בעת הביקור במיון
20	0	5	מהם: פנו לקופת חולים לקבל החזר
100	48	70	מתכוונים לפנות לקופת חולים לקבל החזר ההשתתפות עצמית במיון הוגנת במידה מועטה
100	93	97	<b>שחרור</b>
28	13	20	קיבלו מכתב שחרור
79	55	68	לא מסרו מכתב שחרור
92	84	89	קיבלו הסבר על הטיפול הרצוי בבית לאחר השחרור
61	38	50	מהם: ההסבר סיפק (היה ברור)
99	91	95	קיבלו הסבר לגבי מה לעשות אם המצב יחמיר מהם: ההסבר סיפק (היה ברור)
65	45	52	<b>תוצאות הטיפול</b>
29	10	16	הטיפול במיון פתר את הבעיה הרפואית
47	24	36	חשבו שהיו צריכים להתאשפז
51	17	33	התעוררה בעיה רפואית הקשורה לביקור במיון מהם: הגיעו שוב לטיפול במיון
60	43	53	<b>הערכות (טוב מאוד)</b>
66	40	55	יחס של צוות המשרד
67	40	59	יחס של צוות האחיות
65	42	54	יחס של הצוות שביצע צילום
73	47	58	יחס של הרופא הראשון שבדק במיון
59	37	47	יחס של הרופאים הנוספים
71	34	55	יכולת מקצועית של הרופא הראשון שבדק במיון
61	29	48	יכולת מקצועית של הרופאים הנוספים
58	23	42	פרטיות ניקיון
47	25	36	<b>הערכה כללית</b>
84	59	74	מרוצים במידה רבה מאוד באופן כללי ימליצו על חדר המיון

## נספח ב: מאפייני האוכלוסייה

אחוזים	סה"כ אוכלוסייה (במספרים) מדגם (במספרים)
66,000	גיל
2,545	44-18
	64-45
	+65
62	נשים
21	השכלה
17	יסודית
	תיכונית
51	על-תיכונית
	שפה
19	עברית
50	ערבית
31	רוסית
	חומרת הבעיה
79	קלה מאוד
13	קלה
8	בינונית
	חמורה
	חמורה מאוד (קריטית)
4	מצב בריאות
18	טוב מאוד
36	טוב
31	בינוני
11	רע
	רע מאוד
38	נפת מגורים
30	צפון
22	דרום
7	מרכז
3	גודל יישוב
	מעל 200,000 תושבים
36	199,999-100,000 תושבים
16	99,999-50,000 תושבים
48	49,999-20,000 תושבים
	9,999-2,000 תושבים
18	יישובים כפריים יהודיים
23	יישובים לא-יהודיים
13	
17	
9	
9	
11	



## Emergency Departments in Israel, 1999: The Visitor's Perspective

Ayelet Berg-Warman ♦ Dan Yuval ♦ Rachel Goldwag

This research project was funded in part by the  
Ministry of Health and the Clalit Health Services.

**RESEARCH REPORT**



## 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

Related JDC-Brookdale Institute Publications

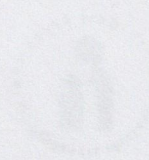
## Emergency Departments in Israel, 1999: The Visitor's Perspective

Ayelet Berg-Warman      Dan Yuval      Rachel Goldwag

This research project was funded in part by the Ministry of Health and the Clalit Health Services.

March 2001

Jerusalem



Emergency Departments in Israel, 1999:  
The Visitor's Perspective

Ayellet Berg-Warman, Dan Yuval, Rachel Goldwag

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](http://www.jdc.org.il/brookdale)



## Related JDC-Brookdale Institute Publications

Greenstein, M. and Taragin, M. 2001. *Night Services: A New Service of Israel's Health Plans under the National Health Insurance Law*. RR-368-01 (Hebrew)

Taragin, M.; Greenstein, M.; Milman, U. and Rosen, B. 2000. *The Role of Urgent Care Centers as an Alternative to Hospital Emergency Rooms*. RR-335-00 (Hebrew)

Zalberg, S.; Berg, A.; Yuval, D. and Ivancovsky, M. 1999. *Giving Birth in Israel: Findings from a 1995 Maternity Patient Survey with Comparisons to 1993*. RR-318-99 (Hebrew)

Yuval, D. and Berg, A. 1997. *Hospitalization from the Patient's Perspective: Initial Findings from a 1995 Patient Study*. RR-278-97 (Hebrew)

Yuval, D.; Rosen, B.; Chinitz, D and Kugelmass, O. 1995. *The Patient's Perspective on Hospitalization: Preliminary Findings from a Multi-Hospital Consumer Survey*. RR-234-95 (Hebrew)

To order, contact the JDC-Brookdale Institute, P.O. Box 13087, Jerusalem 91130 Israel;  
Tel: (02)655-7400; Fax: (02)561-2391; E-mail: brook@jdc.org.il

## Abstract

In most countries, hospital emergency departments (EDs; also called emergency rooms) are characterized by a large number of patient contacts, high rate of staff turnover, and broad variety of medical problems. These circumstances pose difficulties for ED functioning; indeed, many studies conducted around the world indicate the existence of problems in the provision of services, primarily in patient waiting times for treatment, consultations, and lab tests and test results, and in the provision of explanations to patients regarding their medical problem, treatment, lab test results and instructions for the post-release period at home.

In Israel, similar problems were found through studies conducted locally during the past decade, though in recent years, few studies were conducted of Israeli EDs, and the areas examined in the current study were never examined in Israel in multi-institutional studies. The current study, conducted in November, 1999, among some 2,500 respondents at 17 hospitals, represents the first attempt to examine the experiences of consumers at EDs in Israel at the national level.

The perspective of health consumers is important to service providers and policymakers as input for improving services. The survey of visitors to EDs was one of a series of consumer surveys conducted in the hospital system by the JDC-Brookdale Institute in cooperation with the Ministry of Health, Clalit Health Services, and all hospitals involved in the project\*.

### Study Goals

1. To provide hospital managements with comparative data on the experiences of ED visitors, and to assist the managements in improving their services;
2. To provide policymakers with information on the experiences of ED visitors in Israel, and to assist them in identifying issues that must be addressed at the national level;
3. To develop study and monitoring instruments for future use by the hospital system.

### Study Areas

1. Characteristics of the medical problems for which the patient sought care.
2. Means of conveyance to the hospital (by vehicle or on foot).
3. Process of referral to the ED (e.g., by physician, urgent care center, etc.).
4. Extent of pain and extent to which it is addressed by the staff.
5. Waiting time for services.
6. ED fees and coverage by health plans.

---

\* The following hospitals participated in the study: Tel Aviv-Sourasky Medical Center; Assaf Harofeh Medical Center; Rabin Medical Center, Beilinson Campus; Rabin Medical Center, Golda-Hasharon Campus; Bnai Zion Medical Center; Barzilai Medical Center; Haemek Hospital; Wolfson Medical Center; Carmel Medical Center; Meir Hospital; Western Galilee Hospital, Nahariya; Soroka Medical Center; Poriya Hospital; Kaplan Hospital; Rebecca Sieff Government Hospital; Rambam Medical Center; and Sha'are Zedek Medical Center.

7. Continuing care: explanations, instructions for the home, post-release continuum of care, additional visits to the ED.
8. Patient evaluation: admissions process, physicians, nurses, examinations, hospital conditions, discharge process and waiting times.
9. General evaluation of the ED: general satisfaction, recommendations, medical benefit.

### **Study Population**

The study population consisted of 65,966 residents of Israel aged 18+ who had visited an ED at one of 17 general hospitals and were released in November, 1999, without being hospitalized. (Maternity patients were not included in the study.) Of these, 3,152 persons were randomly sampled from ED records. The response rate was 81%, a total of 2,543 individuals being interviewed.

### **Primary Findings**

#### **Time Spent at the ED**

According to the respondents, the average time spent at the ED was three hours; the median was two and a half hours. About one-quarter of the respondents spent more than four hours at the ED, and a similar proportion were there for less than an hour and a half. Among hospitals, the average time ranged from 2.3 hours to 5.5 hours; this, and other areas for which the range among hospitals was wide, suggest that there may be room for substantial improvement at some of the hospitals.

Most of the respondents (68%) expressed understanding for the time spent at the ED and said it was reasonable. However, 28% said it was too long, and 4% said it was too short. Those describing their medical problem as "serious" or "very serious" were at the ED for an hour longer than those describing their problem as "slight" or "very slight." On average, the elderly were at the ED for an hour longer than the non-elderly, though a higher proportion of the elderly felt the time spent at the ED was reasonable.

Although the time spent at an ED is generally long, initial contact with a care-providing agent often comes quickly. According to the respondents, the average time spent waiting to be received by a nurse was 13 minutes. The average time ranged among hospitals from eight to 24 minutes. Seventy-three percent of the respondents described the time it took to see a nurse as short; 15% described it as moderate, and 12% described it as long. The average time between seeing the nurse and seeing a physician was 46 minutes; among hospitals, it ranged from 24 to 106 minutes. Fifty-three percent of the respondents felt the time spent waiting to see a physician was short; 20% felt it was moderate, and 27% felt it was long.

Twenty-eight percent of the respondents said they received an explanation as to why they had to wait for treatment; the rest said they were told nothing. Among those who received an explanation, 75% were highly or very highly satisfied with the care they received at the ED, while 63% of those who said they were told nothing were highly or very highly satisfied. This suggests that providing explanations for long waiting times may be a good way to increase patient satisfaction.

### **Explanations Concerning the Medical Problem**

According to the Patients' Rights Law, a hospital patient must be given explanations by the staff that provides his care. In addition, studies indicate that the provision of explanations contributes to the success of the patient's care. Seventy-four percent of the respondents said they received explanations from the medical staff regarding their problem and its care. Among hospitals, the percentage of patients saying they received explanations ranged from 61% to 85%. Sixty-four percent of the elderly said they received explanations, compared to 75% of the non-elderly patients. Sixty-two percent of the respondents who received explanations described them as satisfactory, as did almost all of the elderly respondents who received explanations.

### **Release and Instructions for Home**

Primary care physicians in Israel often complain that EDs fail to communicate with them concerning emergency care provided to their patients. However, 97% of the respondents said they received a letter of release from the hospital physician; most (60%) said they gave it to their family physician, 9% said they gave it to a specialist from their health plan, 11% said they gave it to another physician, and 20% said that at the time of the interview, they had not given it to anyone. It can be concluded from these data that letters of release fail to reach primary care physicians mainly because patients do not forward them, and not because hospital physicians do not write them.

Sixty-eight percent of the respondents said that at the time of release, they received instructions on home care (concerning rest, medication and diet); among hospitals, the rate ranged from 55% to 79%. Half of the elderly patients said they received instructions, compared to 73% among the non-elderly patients. Fifty percent of the respondents received instructions regarding what to do if their condition worsened; among hospitals, the rate ranged from 38% to 61%. Among the elderly the rate was only 31%, compared to 57% among the non-elderly patients. It should be noted that among those who said they received instructions on home care and those who said they received instructions on what to do if their condition worsened, more than 80% described the instructions as satisfactory.

Although the respondents were not hospitalized, 16% believed they should have been, and 3% were not sure. A high proportion (35%) among the Arabic speakers felt they should have been hospitalized, compared to 14% among the rest of the respondents.

Thirty-six percent of the respondents said that after being released, they suffered from a medical problem associated with their visit to the ED; 11.2% returned to the ED - 14.5% among the elderly and 10.6% among the non-elderly. The findings do not indicate the extent to which these problems and the rate of return visits to the ED reflect the inadequacy of ED care, or whether they are due to other reasons.

## **Satisfaction**

The respondents were asked to note their level of satisfaction with the service at the ED. In general, 36% were very highly satisfied, 33% were highly satisfied, 21% were satisfied, 5% were not very satisfied, and 6% were not satisfied at all. Among hospitals, the rate of respondents who said they were very highly satisfied ranged from 25% to 47%. The proportion of elderly who said they were very highly satisfied was higher than the proportion among the non-elderly, 41% and 35%, respectively.

There was a relatively high level of respondent satisfaction with X-ray technician and physician attitudes toward patients, with 59% and 58%, respectively, grading their performance as “very good.” The respondents were least satisfied with the level of cleanliness (42% graded this area as “very good”).

## **Principal Areas that Should be Addressed**

Two areas that should be systematically addressed were identified in the study:

1. The lengthy periods of time spent at EDs;
2. Communication with patients (attitudes and explanations), especially with elderly patients.

A high level of variance between the hospitals that participated in the study was found for these areas, for patient satisfaction with various aspects of service, and for other areas examined during the study. Some of the variance may be explained by differences in case mix, though there may also have been differences in hospital organization and efficiency, so that there may be room for substantial improvement at some of the hospitals.

## **Dissemination of the Findings**

The findings of the study have been presented to the project steering committee and the committee of ED professionals that accompanied the survey. The project steering committee consisted of officials from the Ministry of Health, Ministry of Finance and health funds, as well as hospital directors. In addition, each hospital that took part in the survey has been provided with an in-depth report of the findings regarding its ED, with comparisons to the average findings regarding the other EDs, which can assist hospitals in identifying special problems and improving service. The study team has met with representatives of a number of the hospitals in order to discuss the central issues that arose from the findings regarding their EDs. In addition, the study instruments can be utilized by some of the hospitals for the purpose of internal monitoring.

## Acknowledgments

We wish to thank the many individuals who assisted us during the course of the study and preparation of this report.

First and foremost, our sincerest thanks to everyone who agreed to be interviewed in the framework of the study.

Our thanks also go to the members of the steering committee, which accompanied the study from its inception: Gabi Bin-Nun, Ziona Haklai, Mia Mohilever, Nima Amit and Shimon Glick, of the Ministry of Health; Nava Jelin, Moti Lifshitz and Danny Ben Uri, of Clalit Health Services; Moshe Revach of Rambam Medical Center, Jonathan Halevy of Sha'are Zedek Medical Center, Yaacov Zilberg of Carmel Medical Center, Pinchas Halpren of Tel Aviv-Sourasky Medical Center, and Jacob Assaf of Hadassah University Medical Center, Ein Kerem; and Jack Habib, Jenny Brodsky, Johanan Benbassat and Bruce Rosen, of the JDC-Brookdale Institute.

We also wish to thank the members of the study's consultation committee: Neomi Edlis, Jack Asherov, Nathan Gutterer, Carlos Gruzman, David Davidson, Gila Dor, Yael Dinai, Abd-el-Aziz Daroushe, Ya'acov Hart, Naftali Hadas, Yona Levin, Emile Hay, Natan Cohen, Maryann Moscovitch, Yael Morstein, Helena Malka-Zeevi, Uri Sandovsky, Nelly Friedlin, Zvi Rotenberg, Mario Stzern, Yoram Snir, Calin Shapira and Ofer Tamir.

We are grateful to the ED liaison personnel and staff members whose efforts contributed to the survey's success, and to the managements of the hospitals that took part in the study for the means they placed at our disposal and their insightful comments.

We also wish to thank the computer units at the Ministry of Health and Clalit Health Services, as well as the computer and admissions departments of the participating hospitals.

Finally, we wish to thank the members of the study team, who labored so diligently to organize and conduct the study, analyze the data and write the report; Avigail Dubani, who coordinated the fieldwork and assisted us with the study instruments; Ilana Kurzweil, who constructed the computer program that assisted us in monitoring the field work; Jack Habib, Bruce Rosen and Revital Gross for their helpful comments; Mati Moyal, who edited the report; Leslie Klineman, who was responsible for production; Inbal Yonayov, who typed the report; and the rest of the staff at the JDC-Brookdale Institute who assisted us during the course of our work.

# Table of Contents

1. Introduction	1
1.1 The Importance of the Study and its Goals	2
1.2 Areas of Study	2
2. Methodology	3
2.1 Study Population	3
2.2 Sample	3
2.3 Data Gathering	3
2.4 Questionnaire	3
2.5 Presentation of the Findings	4
3. Primary Findings	4
3.1 Characteristics of the Study Population	4
3.2 Mode of Transportation to the ED	5
3.3 Choice of Hospital	6
3.4 Medical Care and Medical Staff Attitudes toward the Patient	7
3.5 Time Spent at ED	7
3.6 Person Accompanying Patient to ED	9
3.7 Explanations Regarding the Medical Problem	10
3.8 Expenditures	10
3.9 Release and Instructions for Home	11
3.10 Care Outcomes	12
3.11 Satisfaction	13
4. Differences According to Additional Characteristics	17
5. Discussion	18
6. Conclusions	19
Bibliography	21
Appendix A: Selected Data, Percentages, and Variances among Hospitals	23
Appendix B: Characteristics of the Population	25

## List of Tables and Figures

Table 1: Reason for Visiting ED, by Age (in %)	6
Table 2: Mode of Transportation to ED (in %)	6
Table 3: Primary Factor in Hospital Choice, by Age (in %)	7
Table 4: Estimated Time Spent at ED, by Age (in %)	8
Table 5: Estimated Waiting Time at ED and its Reasonability, by Age (in %)	9
Table 6: Medical Problem and Care Explained, by Age (in %)	10
Table 7: Instruction Provided, by Age (in %)	11
Table 8: Care Outcomes, by Age (in %)	12
Table 9: General Satisfaction and Willingness to Recommend ED to Others, by Age (in %)	14
Table 10: Logistic Regression Analysis Explaining High and Very High Satisfaction Levels	16
Table 11: Logistic Regression Analysis Explaining Effect of Care Outcomes on High and Very High Satisfaction Levels	17
Figure 1: Percentage of Visits, by Shift	5
Figure 2: General Satisfaction	13
Figure 3: Items of Satisfaction	14