

עבודת גמר בנושא :

**איכות התקשורת בין ביה"ח "הדסה" לבין רופאי משפחה
סקר צרכים נתפסים ע"י רופאי משפחה
בעקבות אשפוזים במחלקה פנימית**

**Quality of Communication
Between "Hadassah" Hospital and Family Physicians.
Survey of Perceived Needs by Family Physicians
After Discharge from Internal Medicine**

עבודת הגמר של התלמידה מיכל פויכטונגר

כמילוי חלק מהדרישות לקבלת תואר דוקטור לרפואה
מטעם ביה"ס לרפואה של האוניברסיטה העברית והדסה, ירושלים.

בהדרכתם של :



פרופ' מאיר ברזיס
המחלקה : יו"ר הועדה לאיכות קלינית
בית החולים הדסה עין כרם
עיר : ירושלים

ד"ר אמנון להד
החוג לרפואת המשפחה
בית הספר לרפואה בהדסה עין כרם
עיר : ירושלים

תאריך : 30.12.2004

תודה רבה

לכל האנשים שעזרו במהלך הסקר - בביתו, באיסוף הנתונים ובכתיבת העבודה :

תודה מיוחדת למנחים פרופ' מאיר ברזיס וד"ר אמנון להד - על התמיכה, ההדרכה והסבלנות הרבה לאורך כל שלבי העבודה.

לרופאי המשפחה : ד"ר איוב אדית, ד"ר איזק תמר, ד"ר ברנדון סטיוארט, ד"ר היינמן אלכס, ד"ר כהן מרים, ד"ר פיזנטה מריאן, וד"ר צ'פובסקי ארקדי - שנעתרו להתראיין לצורך בניית הסקר

גב' טלי בדולח – סטטיסטיקאית מיעצת לעבודות גמר- על ההדרכה בבניית הסקר ועיבוד הנתונים

גב' יהודית ברוך – מזכירת הועדה לאיכות קלינית – על העזרה והיד החופשית במשרדה.

לגב' שושנה אליה ולשגית ממוקד קופ"ח "כללית" בהדסה - על העזרה הרבה באיתור שמות רופאי המשפחה בכל עת שהתבקש

ליחידת הרשומות הרפואיות בביה"ח "הדסה עין כרם"

ליחידת המחשוב בביה"ח "הדסה עין כרם"

לכל רופאי המשפחה שהשתתפו בסקר ונתנו מזמנם

תוכן עניינים

4	.....	מבוא
7	.....	שיטות
10	.....	תוצאות
33	.....	דיון
52	.....	סיכום
54	.....	סיכום באנגלית
57	.....	רשימת ספרות
		נספחים :
58	.....	נספח 1 – שאלון טלפוני לרופאי משפחה
61	.....	נספח 2 - דף הסבר מקדים לרופאי המשפחה
62	.....	נספח 3 – טבלאות חיתוך למבחני חי בריבוע

מבוא

התקשורת בין ביה"ח לרופאי המשפחה הנה משמעותית ביותר לטיפול נכון ויעיל במטופלים במהלך האשפוז בביה"ח ולאחריו. ליקוי בתקשורת הזו יכול להביא לתוצאות לא רצויות בטיפול בחולה. מערכת הרפואה הקהילתית שונה מהמערכת הרפואית של ביה"ח בכמה היבטים – משוני באפשרויות הטיפוליות והאמצעים האבחנתיים הזמינים לכל מערכת ועד לתפיסות שונות לגבי מהות החולי של המטופל והתפקיד של הרופא בטיפול בו. הבדלים אלו בין המערכות יכולים להביא לחוסר הבנה של הצדדים אחד את השני ומכך לתקשורת לקויה בין הרופא המטפל בביה"ח לרופא המטפל בקהילה.

מכתב השחרור הוא כיום אמצעי הקשר העיקרי, לפעמים היחיד, בין ביה"ח לרופאי הקהילה. מחקרים רבים שנעשו בקנדה ובאנגליה מצאו שלמרות חשיבותו של מכתב השחרור, במקומות רבים קיימים ליקויים משמעותיים באיכות מכתבי השחרור מבחינת תוכן, שלמות, קריאות ואופן הגעת המכתב ליעדו. במחקר שנעשה ע"י Walraven¹ ושותפו, נבדקו 106 מכתבי שחרור של חולים שהשתחררו מהמחלקות הפנימיות בבי"ח אקדמי בקנדה בהשוואה לתיקים הרפואיים שלהם. נמצא שממכתבים רבים הושמט מידע חיוני: אבחנה בשחרור, תרופות בשחרור, בדיקות מעבדה משמעותיות והדמיות שתועדו בתיקים הרפואיים ולא הוזכרו במכתבי השחרור. אחד המדדים ליעילותה של מערכת יצירת מכתבי השחרור היה אחוז המכתבים שהגיעו ליעדם. מתוך 94 מכתבים, שהפרטים של רופא המשפחה המתאים הופיעו בתיק הרפואי, 38 (40%) לא הגיעו אל רופא המשפחה. במחקר דומה שנעשה באוסטרליה ע"י Wilson² וחבריו נבדקו מכתבי שחרור ממחלקות שונות בבי"ח ציבורי ונמצא שהבעיה העיקרית היא קצר בהגעת המכתב. מתוך 569 תיקים רפואיים שנבדקו במחקר, ב 88 (15%) לא היה מכתב שחרור. מתוך 481 (84.5%) מהמכתבים שנמצאו זמינים למשלוח רק 436 (76.6%) נשלחו לרופאי המשפחה. במדגם נוסף התקשרו ל 20 הרופאים שהיה להם את המספר הגבוה ביותר של מכתבי שחרור זמינים למשלוח כדי לוודא האם קיבלו את מכתב השחרור ובאיזו צורה. מצאו שמתוך 99 מכתבי שחרור שנשלחו לאותם רופאים רק 35 (35.4%) הגיעו ליעדם. 26 הגיעו ע"י החולה, 5 בדואר ו 4 בדרך לא ידועה. ע"פ מדגם זה הסיקו שהמכתב היה מגיע לרופא המשפחה רק ב 27.1% מהמקרים שהשתתפו במדגם הכללי. כדי לבדוק את איכות מכתבי השחרור בדקו את 481 מכתבי השחרור שנמצאו זמינים למשלוח בהשוואה לתיקים הרפואיים. נמצא שב 36.4% מכתבים המידע אינו תואם למידע שבתיקים הרפואיים. אי התאמות אלו סווגו לארבע קבוצות: שגיאות בתרופות (17.5%) שכללו תרופות לא נכונות, השמטה של תרופות שהופיעו בתיק הרפואי והשמטה של מינון ותדירות מתן התרופה. שגיאות קליניות (17.3%) שכללו טעויות או השמטה של מידע לגבי אלרגיות, תוצאות מעבדה, טיפול, אבחנות, ניתוחים או פרוצדורות. שגיאות בנוגע למעקב (14.4%) שכללו השמטה או אי דיוק בהמלצות. שגיאות פקידותיות (2.5%) שכללו טעות ברישום המחלקה וטעויות בתאריך אשפוז או שחרור. ב 100 (21%) מהמכתבים לא הייתה שום התייחסות לנושא התרופות כך שאי אפשר לדעת האם היה איזשהו שינוי בטיפול התרופתי או איזושהי המלצה תרופתית. גם במחקר¹ נמצא שמתוך 101 תיקים רפואיים שהופיעו בהם המלצות לשחרור ב 11 (14.1%) מכתבי שחרור ההמלצות לא היו תואמות את מה שהופיע בתיק הרפואי וב 23 (22.8%) מכתבים ההמלצות כלל לא הופיעו.

באותו מחקר איכות מכתבי השחרור נבדקה גם על פי הערכתם של רופאי המשפחה. אותם 20 רופאים שהשתתפו במדגם המצומצם נדרשו לדרג את מידת השימושיות והקריאות של המכתב לפי סרגל הערכה. מתוך 35 מכתבים 9 דורגו ברמת שימושיות נמוכה ו 8 דורגו כקריאים באופן חלקי. מתוך 35 מכתבים רק 23 הגיעו לרופאים בזמן סביר כדי להעניק לחולה טיפול יעיל.

מחקרים נוספים ניסו לבדוק מהם הצרכים של רופאי המשפחה ממכתב השחרור וכיצד הם היו רוצים שמכתב שחרור יראה. Solomon³ וחבריו מצאו שרופאי משפחה ורופאי ביה"ח הסכימו שהסעיפים הבאים חשובים וחיוניים למכתב השחרור: תרופות בשחרור, תוצאות משמעותיות של בדיקות מעבדה, תכנית למעקב והמידע שניתן לחולה ולמשפחתו על אבחנתו. רופאי המשפחה ייחסו חשיבות גבוהה משל רופאי ביה"ח למידע לגבי הפרוגנוזה של החולה והמידע שהועבר לחולה לגבי הפרוגנוזה שלו. תשובות דומות ענו רופאי המשפחה במחקר אוסטרלי⁴ שעסק בנושא. בנוסף הם ראו לנכון להרחיב לגבי הסבר לשינוי בתרופה או בהתחלת תרופה חדשה. במחקר דומה אחר רופאי המשפחה ראו צורך בפירוט סיבות לשינוי בטיפול ותופעות לוואי שנצפו באשפוז בתגובה לטיפול⁵.

חלק מהמחקרים בנושא ניסו להתמודד עם בעיות אלו ע"י התערבות במערכת יצירת מכתבי השחרור. כתוצאה מכך עבר מכתב השחרור לגוללים רבים: ממכתב סיפורי הכתוב בכתב יד, לסיכום מודפס המנוסח באופן מובנה וקבוע. בסקר שבדק העדפה של רופאי משפחה לגבי נוסח של מכתבים מייעוצים מביה"ח (לא מכתבי שחרור לאחר אשפוז) מצא שרופאי המשפחה העדיפו את הנוסח המובנה שכלל רשימת בעיות ורשימת המלצות, על-פני הנוסח הסיפורי^{6,7}. ניסיון התערבות אחר היה של Paterson⁸ ושותפו, שחיברו טופס קצר באורך עמוד אחד בעל סעיפים מוגדרים למילוי בכתב יד ע"י רופאי ביה"ח, שנישלח לרופאי המשפחה בפקסימליה - ומצא ש 83% מהמכתבים הגיעו לרופאי המשפחה וגם הערכת הקריאות, שלימות ושביעות רצון כללית הייתה גבוהה. במחקר רנדומלי⁹, שהשווה בין מכתבים שנוצרו בדרך הקלאסית של הכתבה לבין מכתבים שנוצרו במערכת מאגר מידע, שאותה היו הרופאים צריכים למלא תוך כדי האשפוז וכשהחולה שוחרר המאגר יצר בעצמו מכתב שחרור מובנה - נמצא שמכתבים שנוצרו במאגר היו קצרים יותר, הושלמו מהר יותר וכללו יותר מידע. מערכת מאגר המידע הייתה מועדפת על הצוות הרפואי של ביה"ח כאמצעי ליצירת מכתב שחרור. במחקר אחר מצאו שהתערבות חינוכית קצרה שנעשתה למתמחים במחלקה פנימית בבי"ח אקדמי בקליפורניה, הביאה לשיפור בשלמות מכתבי השחרור¹⁰.

מחקר מעניין שנעשה באוסטרליה ע"י Balla⁴ ושותפו, התייחס לבעיית התקשורת בין ביה"ח לרופאי הקהילה, באופן יותר כוללני ועמוק. במחקר היה ניסיון לבחון את התפיסות של רופאי ביה"ח לגבי תפקידו של רופא הקהילה בתהליך השחרור של החולה וההפך. מצאו חוסר אמון של שני הצדדים ותקשורת לקויה בשל מספר סיבות מבניות ותפיסתיות:

רופאי ביה"ח כמעט התעלמו מתפקיד רופא המשפחה בתהליך השחרור. הם לא השתמשו בידע של רופא המשפחה לגבי החולה וניסיונו בטיפול בחולה במעגל המשפחתי והחברתי שלו. תפיסתם הייתה מבוססת על מערכת אמונות שכללה: ראייה של המחלה של המטופל כבעיה מבודדת, צורך להשלים את הטיפול בתוך ביה"ח אפילו אם לא מדובר בבעיה העיקרית שבגללה החולה מאושפז, אמונה שלמצבים מסוימים קיים פרוטוקול מוגדר לטיפול ולכן אין צורך

להתייעץ ברופא המשפחה, פחד מטעות שתקרה כתוצאה משחרור מוקדם לרופא משפחה שאינו מוכר להם.

רופאי הקהילה לא ראו עצמם חלק מהמערכת הרפואית בביה"ח מהסיבות הבאות: א. חוסר תקשורת ותחושה של זרות למערכת הרפואית בביה"ח. ב. חוסר זמן ואי תגמול כספי, שהקשו על יכולתם למעורבות באשפוז.

הבעיות המבניות שנמצאו כמקשות על התקשורת בין הצדדים היו: 1. לעיתים קרובות לא היו פרטים של רופא המשפחה בתיק הרפואי 2. קושי ליצור קשר טלפוני עם רופאי המשפחה.

מחקר אמריקאי של Blankenship¹¹ וחבריו, התייחס לבעיה המבנית ע"י ניסיון התערבות. נבדקה מידת האפשרות של תקשורת טלפונית עם רופא המשפחה לאחר פרוצדורה לבבית ונערך סקר שבדק את העדפתם של רופאי המשפחה בנושא. נעשתה שיחת טלפון בשעות העבודה של רופאי המשפחה של כל החולים (414) שעברו צינתור או פרוצדורה לבבית אחרת, תוך יממה מהפרוצדורה. רק ב 50% מהמקרים הצליחו להשיג את רופא המשפחה בשיחת טלפון אחת וב 32% מהמקרים לא הצליחו להשיג את רופא המשפחה, גם לאחר חמישה ניסיונות טלפוניים במשרדו, במרפאה או בבית החולים. כל הרופאים שהשתתפו במחקר נתבקשו למלא שאלון על העדפתם בנוגע לתקשורת טלפונית: 69% דרגו את התקשורת הטלפונית כ"מאד יעילה". הם העדיפו דווח בטלפון אישי או בפקס על פני הודעות טלפונית שהועברו ע"י צוות משרדי, דוחות שנשלחו בדואר אלקטרוני או בדואר רגיל.

יש מחקרים רבים שבדקו והראו שתקשורת רופא-חולה טובה, היא בעלת השפעה חיובית על תוצאות הטיפול בחולה, אך אין הרבה מחקרים שבדקו את ההשפעה של תקשורת בין רופאים על תוצאות הטיפול בחולה. במחקר נוסף שערך Walraven¹² וחבריו, נבדק האם הגעה של מכתב שחרור לרופא שמבצע את המעקב מורידה את הסיכון לאשפוז חוזר. המדד העיקרי היה הזמן שעבר עד אשפוז חוזר שאינו אלקטיבי תוך שלושה חודשים מהשחרור. מתוך 888 חולים שהשתתפו במחקר 240 (27%) אושפזו שנית. לאחר שיכלול גורמים נוספים המשפיעים על הצורך באשפוז נמצא שקיימת נטייה לסיכון נמוך יותר (relative risk 0.74, CI 95% 0.5-1.11) לאשפוז בחולים שעברו ביקור מעקב ע"י רופא שקיבל מכתב שחרור.

ממצאים אלו העלו את הצורך לבדוק את איכות התקשורת בין הרופאים בבתי החולים בארץ לרופאי המשפחה. ממה שבדקנו, לא ידוע לנו על מחקרים דומים שנעשו בארץ. לכן מצאנו לנכון לערוך ב"הדסה" – ביה"ח אקדמאי, ובקרוב רופאי המשפחה בירושלים וסביבתה, סקר שמטרתו לבדוק כיצד מעריכים רופאי המשפחה את מכתבי השחרור הנוצרים במחלקות אלו, באיזו מידה הם עונים על צורכיהם ומהם המקומות בהם ניתן לשפר את איכות הקשר ומכתבי השחרור.

כיוון שעדיין, מכתב השחרור הוא אמצעי התקשורת הכמעט בלעדי בין שתי המערכות, בחרנו בעבודה זו להתמקד בבדיקת איכות מכתבי השחרור. הסקר בדק את איכות מכתבי השחרור דרך הערכתם הסובייקטיבית של רופאי המשפחה, ולא באופן אובייקטיבי מתוך השוואה לתיקים הרפואיים. זאת, מתוך הנחה שמכתב השחרור מיועד בעיקרו לרופא המשפחה, שמכיר את החולה ומחלותיו ואחראי להמשך הטיפול בחולה - ולכן אנו מעוניינים בעמדותיו לגבי עד כמה המידע במכתב רלוונטי לחולה וישים בהמשך הטיפול.

שיטות

מערך המחקר

המחקר הינו מחקר תצפיתי-פרוספקטיבי. המחקר מבוסס על מידע שנאסף מתוך ראיונות שנערכו בעזרת שאלון שבנינו לצורך זה. המחקר נערך בשני שלבים:

בשלב ראשון קיימנו ראיונות עומק עם שבעה רופאי משפחה שונים על עמדותיהם בנושא. הרופאים שנבחרו היו בעלי מאפיינים מגוונים, וותיקים וצעירים, בעלי תפקיד מנהלתי, אקדמי או רופאי מרפאה בלבד, כך שיהיה ייצוג לכל הצרכים האפשריים בקהילה. השאלות היו פתוחות והראיונות הוקלטו. על סמך ראיונות אלו נבנה השאלון.

בשלב השני בוצעו ראיונות טלפוניים עם רופאי המשפחה שענו על השאלונים. השאלון חובר על סמך הספרות בנושא ועל סמך ראיונות העומק המקדימים. במהלך קיום הסקר שונה השאלון מספר פעמים. חלק מהשאלות הושמטו, מכיוון שרוב הרופאים התקשו לענות עליהן או שהתגלו כלא רלוונטיות ונוספו שאלות חדשות, שעלו מתוך הראיונות.

השאלון הסופי כלל 25 שאלות שהתחלקו לארבע פרקים (נספח 1):

1. **מאפיינים של אוכלוסיית המחקר** - סעיפים המתייחסים לרקע הדמוגרפי והמקצועי של רופאי המשפחה שהשתתפו בסקר כגון: שנות וותק, מקום לימודי רפואה.

2. **תקשורת ישירה** (טלפונית) **בין רופאי הקהילה לבית החולים** - סביב אשפוזים - באיזו מידה היא מתקיימת ובאילו אמצעים.

3. **שביעות רצון מהאשפוז עצמו** - סיבת האשפוז ובאיזו מידה ניתן לה מענה במהלך האשפוז.

4. **שביעות רצון מאיכות מכתב השחרור** - מבחינת התוכן: באיזו מידה פירוט מהלך האשפוז והבדיקות מספק ויעיל. מבחינת ההמלצות: באיזו מידה הן רלוונטיות לחולה ומעשיות לביצוע. מכיוון שמכתב השחרור הוא כיום אמצעי הקשר העיקרי בין בית החולים לקהילה, חלק ניכר מהשאלון התרכז בנושא זה.

לאחר ששמות הרופאים אותרו נשלח בפקסימיליה למרפאתם טופס מקדים ובו פירוט מטרות הסקר, פרטי החולה בו מדובר ושאלות מרכזיות מהשאלון (נספח 2). הטופס נשלח על מנת למנוע אי הבנות מצד רופאי משפחה שלא יודעים למי הם חושפים את פרטי החולה וכדי להכין את הרופא לראיון הטלפוני כך שהשיחה תהיה קצרה ויעילה.

אוכלוסיית המחקר

אוכלוסיית המחקר היא רופאי המשפחה של מטופלים שהשתחררו מאשפוז במחלקות הפנמיות בבית החולים "הדסה" עין כרם בשתי תקופות עיקריות: אפריל- יולי 2002 וינואר- פברואר 2003. רשימת החולים המשוחררים נאספה מתוך התיקים הרפואיים שהיו מונחים במחלקות לאחר שחרורם ולפני שהועברו למחלקת הרשומות הרפואיות. רשימת החולים שהשתתפו בסקר אינה רנדומלית אלא לפי הימים שהסוקרת התפנתה לאיסוף הרשימה.

הנתונים שנאספו מתוך התיקים היו: שם החולה, מספר תעודת הזהות וקופת החולים שלו. בחלק מהמקרים שם רופא השפחה היה בתיק - על גבי מכתב הפניה שנמצא בתיק, בקרדקס האחיות או במיעוט המקרים הופיע בטופס גיליון אשפוז. במקרים אלו ניתן היה לאתר את רופא

המשפחה בקלות, דבר שהיה נחוץ כשדובר בחולים שאינם שייכים לקופ"ח כללית או חולים מוסדיים שהופנו מבית אבות.

במקרים שבהם שם רופא המשפחה לא נמצא בתיק הרפואי, היה צריך לאתר את שמו דרך המערכת הממוחשבת של כל קופה באמצעות שם החולה ומספר תעודת הזהות שלו. לצורך כך ביקשתי את עזרתם של מתאמות הקופות השונות בביה"ח ואת אישור הרופא המחוזי בכל קופה. קופת החולים היחידה ששיתפה פעולה הייתה קופ"ח "כללית", שאליה משתייכים רב המאושפזים בביה"ח. שמות רופאי המשפחה והמרפאות אותרו במזכירות מוקד הקופה בהדסה. בקופ"ח "מאוחדת" נעשה מאמץ אמיתי לשיתוף פעולה מצד הרופא המחוזי, שראה חשיבות ואינטרס של הקופה בסקר הזה, אולם עקב קושי בירוקרטי התקשתי להגיע למידע. הרופאים המחוזיים של קופות החולים "מכבי" ו"לאומית" סרבו לשותף פעולה ולתת את שמות הרופאים בטענה שזה נוגד את חוק החיסיון של החולים.

כיוון שכך, באיסוף שמות החולים לרשימות הבאות, מראש לא הוכנסו לסקר חולים שאינם שייכים לקופ"ח "כללית", אלא אם כן שם רופא המשפחה נמצא בתיק, כמו שצוין קודם.

המשתנה שעל פיו חושב *גודל המדגם* היה אחוז המקרים שבהם נעשה ניסיון ליצור קשר עם רופא המשפחה מצד רופאי ביה"ח כפי שהתקבל מהמדגם שנערך ב- pretest. הנחנו שבגודל מדגם של 100 ראיונות יתקבל שב 12.5% מהמקרים נעשה ניסיון מצד הצוות הרפואי בביה"ח ליצור קשר עם רופא המשפחה (כפי שהתקבל ב pretest) ברווח סמך של 10% עם רמת בטחון של 95%.

משתנים

המשתנים העיקריים במחקר:

1. משתנה מסוג דיכוטומי (dichotomy scale) - הוא שיעור המקרים בהם נוצר קשר כלשהו בין שני הצדדים, אם ביוזמת צוות ביה"ח ואם ביוזמת רופא המשפחה. הוא חושב לפי מספר רופאי המשפחה שדווחו כי נעשה ניסיון מצד הצוות הרפואי בביה"ח ליצור אתם קשר כדי להתעדכן במידע לגבי החולה ו/או לעדכן לגבי תכנית בשחרור או שהם ניסו ליצור קשר עם רופא ביה"ח והצליחו לשוחח איתו- מתוך מספר כלל הרופאים שהתראיינו במדגם.

2. משתנה סרגלי (קטגוריאלי) - הוא מידת שביעות הרצון של רופאי משפחה מאיכות מכתבי השחרור. בכל קטגוריה מסרגל שביעות הרצון חושב מספר רופאי המשפחה שדווחו כי איכותו של מכתב השחרור שבו מדובר, משביעת רצון באותה מידה הנבדקת, מתוך כלל הרופאים שקבלו את מכתב השחרור.

משתנים נוספים:

- מידת הפתרון של הבעיה העיקרית אשר הביאה את המטופל לאשפוז - משתנה סרגלי.
- האם נעשה ניסיון ליצירת קשר בין הצדדים - משתנה דיכוטומי.
- אופן משלוח המכתב - משתנה נומינלי.
- האם המכתב מודפס - משתנה דיכוטומי.
- מידת פירוט תוכן המכתב (מבחינת מהלך האשפוז, הבדיקות והדיון) - משתנה סרגלי.
- המצאות פענוח בדיקות אבחנתיות והדמיות - משתנה דיכוטומי.
- המצאות המלצות שאינן מתאימות לביצוע - משתנה דיכוטומי.

- מידת פירוט השיקולים להמלצות הדורשות הסבר - משתנה סרגלי.
- מידת פעילות רופא השפחה על פי ההמלצות - משתנה סרגלי.
- מידת שביעות רצון של רופא המשפחה ממכתבי השחרור מהמחלקות הפנמיות ב"הדסה" באופן כללי - משתנה סרגלי.

בצד השאלות הסגורות, השתדלתי לרשום את הערות הרופאים, אם היו כאלו. את ההערות אציין בדיון בתוצאות, משום שלעיתים, ניתן ללמוד מהן יותר מהנתונים הסטטיסטיים.

שיטות סטטיסטיות

עיבוד הנתונים נעשה בתוכנת SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). נמצאו השיעורים של כל אחד מהמשתנים התלויים והם תוארו בטבלאות שכיחות (Frequencies). השפעת המשתנים הבלתי תלויים (נתוני הרקע של רופאי המשפחה) על המשתנים התלויים נבדקה ע"י מבחן חי בריבוע (Chi Square) כמו גם ההשפעה של חלק מהמשתנים התלויים על משתנה תלוי אחר.

תוצאות

מאפייני אוכלוסיית המחקר

משתי התקופות יחד נאספו שמות של 289 חולים לסקר. מתוכם, רק ב 116 (40.13%) מקרים מולא שאלון שהוכנס לסקר. בשאר המקרים (173) לא מולא שאלון מהסיבות הבאות:

1. ברב המקרים (106) שם רופא המשפחה ופרטיו אותרו, אך מספר ניסיונות ליצירת קשר טלפוני נכשלו. בדרך כלל המשכתי לטלפן לרופאים לתקופה של עד חודש לאחר השחרור. הסיבות לכישלון הניסיונות הטלפוניים היו: רופאים שלא הצלחתי כלל לדבר אתם ישירות אלא רק עם המשיבונים או המזכירות שלהם, רופאים שהיו בחופשה, רופאים שלא מצאו זמן או רופאים שלא רצו לענות לשאלון. בקבוצה זו נמצאים רופאי משפחה מכל קופות החולים. קשה לאפיין קבוצה זו כיוון שאין בידינו הנתונים לגביהם. יש לציין שבתוך קבוצה זו נמצאים רופאי משפחה שענו על השאלון במקרה של חולה אחר (ואפילו יותר מחולה אחד), אך לא הצליח להוצר קשר למלוי השאלון סביב חולה נוסף.

2. במעוט המקרים (19) יצרתי קשר טלפוני עם הרופא אך המקרה לא היה מתאים לסקר מסיבות שונות, כגון: רופא שלא זכר את האשפוז הנדון, רופא שהיה בחופשה בעת האשפוז ואינו מצוי בפרטי האשפוז, חולה שאינו מוכר לרופא או חולה שנמצא במעקב מרפאות הדסה (אשפוז יום, דיאליזה) והם הגורם המפנה, העוקב והמטפל בחולה.

3. ב 48 מקרים שמות רופאי המשפחה או פרטיהם לא אותרו. השאלון נערך בטלפון. בעשרה מקרים הרופאים העדיפו שלא לענות בטלפון אלא בכתב או בראיון ישיר (ביקור שלי במרפאתם).

כאמור בסקר 116 שאלונים על 116 חולים שונים. בתקופת הסקר הראשונה (אפריל- יולי 2002) מולאו שאלונים ל 47 חולים ובתקופה השנייה (ינואר- פברואר 2003) ל 69. ב 12 מהשאלונים, הרופאים השיבו רק על השאלות בשלושת החלקים הראשונים ועל עיקר השאלון, שנוגע לשביעות רצון ממכתב השחרור עצמו הם לא השיבו. החלטתי להכניס שאלונים אלו לסקר, מכיוון שיש בהם נתונים לגבי מידת התקשורת הישירה, שאלה מרכזית בסקר.

טבלה 2: התפלגות המאושפזים בפנימיות ב"הדסה עין כרם" בתקופת 8/2003-9/2004 לפי קופות חולים

קופת החולים	N	(%)
כללית	3813	(68.9)
מכבי	479	(8.6)
מאוחדת	750	(13.5)
לאומית	367	(6.6)
אחר*	129	(2.4)
סך הכל	5538	(100)

טבלה 1: התפלגות החולים בסקר לפי קופות חולים

קופת החולים	N	(%)
כללית	98	(84.5)
מכבי	5	(4.3)
לאומית	3	(2.6)
מאוחדת	2	(1.7)
מוסדי	8	(6.9)
סך הכל	116	(100)

* מאושפזים שאינם מבוטחים בקופת חולים: התחייבות עצמית, צה"ל, גורמים ממנים אחרים

התפלגות החולים המשתתפים בסקר, לפי קופות החולים מתוארת בטבלה 1. בטבלה 2 מתוארת התפלגות המאושפזים במחלקות הפנימיות בביה"ח "הדסה עין כרם" בשנה האחרונה (ספטמבר 2003-אוגוסט 2004), על פי נתוני המחלקה הסטטיסטית של ביה"ח הדסה. ניתן לראות שקיים פער בין התפלגות החולים בסקר, לעומת ההתפלגות במציאות. הסיבה לפער תוארה בפרק השיטות בסעיף שעוסק באוכלוסיית המחקר.

נתוני הרקע של הרופאים שהשתתפו בסקר

השתתפו בסקר 93 רופאים. ל 15 רופאים היה יותר מחולה אחד שהופיע בסקר, לחמישה מתוכם היו יותר משני שאלונים.

מטרת השאלות בחלק זה הייתה אפיון אוכלוסיית הרופאים שענו על השאלונים על מנת לבדוק - האם יש קשר בין מאפייני הרופא לדרישות והציפיות שלו מהמערכת הרפואית בתחום אותו אנו בודקים.

טבלה 3: התפלגות הרופאים לפי מקום למודי הרפואה

המדינה	N	(%)
ישראל	19	(20.4)
ברית המועצות	25	(26.9)
ארה"ב ואנגליה	8	(8.6)
אחר	21	(22.6)
לא ידוע *	20	(21.5)
סכום	93	(100)

התפלגות הרופאים לפי מקום רכישת השכלה רפואית, מובאת בטבלה 3.

* 20 רופאים לא ענו על שאלה זו כיוון שהיא לא הופיעה בשאלונים הראשונים. מתוך 93 הרופאים שהשתתפו בסקר 15 (16%) הם ממוצא ערבי.

טבלה 4: התפלגות הרופאים לפי התמחות

המומחיות	N	(%)
רופאי משפחה	45	(48.4)
מומחים אחרים*	15	(16.1)
רופאים כלליים	12	(12.9)
לא ידוע	21	(22.6)
סכום	93	(100)

התפלגות הרופאים לפי ההתמחות מובאת בטבלה 4.

* התפלגות הרופאים המומחים שלא ברפואת משפחה: 7 גריאטרים, 6 פנימאים, 1 רופאת ילדים, 1 פסיכיאטרית.

בדיקת תקשורת ישירה בין הצדדים

בחלק זה של השאלון בדקנו האם וכיצד נוצר קשר ישיר בין הרופאים בבי"ח לבין רופאי הקהילה. השאלה הראשונה בדקה האם החולה הופנה לבי"ח על ידי רופא המשפחה. ראינו שאלה זו כמשמעותית כיוון שלעובדה שהחולה הופנה על ידי רופא המשפחה יכולה להיות השפעה על

התקשורת עם בית החולים ועל מהלך האשפוז עצמו. הנחתי, שבמקרה שהחולה הופנה לביה"ח על ידי רופא המשפחה, קיים סיכוי גדול יותר שייווצר קשר בין שני הצדדים משני הכוונים: במקרה כזה רופא המשפחה יודע שיתכן שהחולה מאושפז ויכול לברר היכן החולה מאושפז ומי הרופא המטפל. מצד שני, ברב ההפניות נמצאים פרטי רופא המשפחה והטלפון שלו, כך שאפשר ליצור קשר עם רופא המשפחה במהירות.

טבלה 5: האם החולה הופנה למיון על ידי רופא המשפחה

הופנו ע"י רופא המשפחה ?	N	(%)
כן	45	(38.3)
לא	42	(36.2)
לא ידוע	29	(25.0)

השאלה שפתחה את ראיונות המקדימים הייתה: מהו אמצעי הקשר שלך, כרופא משפחה עם הרופא בביה"ח? רב הרופאים ציינו את הקשר הטלפוני כאחד מאמצעי הקשר העיקריים. לדבריהם, לשיחה טלפונית בין הרופאים יכולה להיות השפעה מכרעת על ההחלטות בתוך האשפוז וההמלצות בשחרור. מכל המתראיינים עלתה תמונה דומה לגבי קשר טלפוני, כולם ציינו שכזה מתרחש כמעט ורק ביוזמתם, וציינו את הקושי בהשגת הרופא בבי"ח. אצטט את דברי אחד המתראיינים: "כשאני נאלץ להתקשר בעצמי לבי"ח, הזמן הממוצע להשגת רופא הוא כעשרים דקות, וגם אז לא בכל המקרים זה מתאפשר. העניין מאד מסובך – יש להמתין לתשובת המרכזיה, לאחר מכן ממתנינים למנוי, המנוי לא זמין ועונה אחות במקום. מפנים אותי למזכירה, משם למחלקה, ואז לחדר הרופא ושם – הוא איננו". למרות זאת ציין אותו רופא שזה עדיין אמצעי מרכזי לקבלת אינפורמציה. לגבי המקרה ההפוך, טלפון מבי"ח שלא ביוזמתו ציין אותו רופא "אני מבקר במחלקה, משאיר טלפון בתיק, כותב ביקור רופא בתיק החולה, שם את מספר הטלפון שלי במסגרת בולטת לעין לעיתים אף מכניס אותו לקרדקס האחיות, אך נדירות ביותר שקיבלתי טלפון!". אם רופאי המשפחה מקבלים שיחת טלפון מבי"ח זה בדרך כלל כדי לברר דברים ספציפיים כגון תשובת בדיקה אמבולטורית או התחייבות, אך לא כדי לעדכן לגבי מצב החולה או להתייעץ. רופאה אחרת ציינה שנדיר שמתקשרים אליה ממחלקות ב"הדסה", לעומת זאת קורה שמתקשרים מבי"ח אחר שבו היא מוכרת למחלקה כיוון שעבדה שם. "אני מרגישה שכל הזמן זה ביוזמתי, אני צריכה ללחוץ, אני צריכה לרדוף, אני צריכה לחפש – זה צריך להיות גם האינטרס שלהם". דבר דומה ציין רופא אחר, שאמר שלצערו גם כשהוא מבקר את החולה בבי"ח, לא תמיד הרופא המטפל נאות לדבר איתו, ומי שנאות לדבר זה בד"כ על בסיס של קשר אישי.

כששאלת הקשר הטלפוני נשאלה בראיונות הטלפוניים היא גררה הרבה הערות שחזרו על אותן הערות שציינו הרופאים בראיון המקדים, גם כאן היו שציינו הבדלים בגישה לנושא בין ביה"ח "הדסה" לבתי חולים אחרים: אחת הרופאות שניסתה להשיג את הרופאים במחלקה ולא נענתה, מציינת הבדל בהקשר זה בין ביה"ח "הדסה" ל"שערי צדק". לדבריה קורה לא פעם שכאשר היא מתקשרת לרופאים ב"הדסה", כדי לתת מידע, היא מרגישה שנרתעים מכך ומקבלת מהם תחושה

שאינן לה מה לתרום להם. לעומת זאת ב"שערי צדק" הגישה אחרת לגמרי, מתייחסים לפניות שלה ומחזירים לה טלפון. היא מרגישה שיותר ברור להם שלרופא המשפחה יש מידע לתרום. היו שציינו שבדרך כלל לא מתקשרים אליהם מביה"ח, ואם מתקשרים זה רק כשיש שאלה ספציפית לגבי החולה, כלומר לצורך אינפורמציה ולא לצורך עדכון והתייעצות: רופאה שעובדת בבית אבות ענתה לי כך: "יש דבר כזה שרופאים מתקשרים מהדסה? מתקשרים רק כשיש שאלה לגבי טיפול או אנמנזה". רופא אחר אמר כמוהו והוסיף שגם הוא בדרך כלל לא מתקשר כיוון שהנגישות קשה, הוא מתקשר רק כשהוא הפנה את החולה בעצמו והוא מכיר את הרופא המטפל. לעומתם היה רופא שאמר שלא מצפה כלל שיתקשרו אליו בכל אשפוז. הערה חיובית אחת בנושא הייתה מרופאה שציינה, שלא ניסו ליצור איתה קשר כיוון שהחולה מוכר היטב למחלקה אך התייחסו אליה יפה כשבאה לביקור.

תוצאות המדגם מתאימות לרושם של הרופאים על פי הראיונות המקדימים. שתי השאלות הבאות עסקו בניסיון ליצירת קשר מצד רופאי ביה"ח. השאלה הראשונה הייתה: האם נעשה ניסיון מצד הרופאים במחלקה ליצור עמך קשר במהלך האשפוז לצורך השגת אינפורמציה על החולה? השאלה השנייה הייתה: האם נעשה ניסיון מצד הרופאים במחלקה ליצור עמך קשר במהלך האשפוז לצורך עדכון שלך לגבי הטיפול בחולה והתכנית לאחר השחרור? שיעורי הניסיונות הטלפוניים שנעשו מצד רופאי בית החולים מוצגים בטבלה 6.

טבלה 6: שיעורי הניסיונות ליצירת קשר טלפוני מצד רופאי בית החולים

ניסיון טלפוני		לצורך השגת אינפורמציה		לצורך עדכון בטיפול ותכנית	
		n = 106		n = 107	
		(%)	N	(%)	N
כן		(6.9)	8	(6.9)	8
לא *		(84.5)	98	(85.3)	99
לא רלוונטי **		(8.6)	10	(7.8)	9

* ב-9 מקרים מתוך 98 מקרים בהם לא נוצר קשר דווחו רופאי המשפחה שלא היה בכך צורך: 7 משום שהחולה מוכר למחלקה ו-2 משום שהחולה מוכר למרפאות "הדסה" (אשפוז יום והמטולוגית) ונמצא במעקב שלהן.
** המקרים הלא רלוונטיים: 6 רופאי קהילה שהם גם רופאים בהדסה ו-3 אשפוזים אלקטביים מתואמים מראש.

מתוך 8 המקרים שהתקשרו לצורך השגת אינפורמציה, בחמשה מקרים נוצר קשר גם סביב השחרור כך שבסך הכל ב-11 מקרים היה ניסיון ליצירת קשר ביוזמת רופאי ביה"ח. בשבעה מהם החולה הופנה ע"י רופא המשפחה.

השאלה הבאה עסקה בניסיון ליצירת קשר מצד רופאי המשפחה. השאלה הייתה: האם נעשה ניסיון מצדן ליצור קשר עם הרופאים במחלקה? התשובה לה הייתה במשתנה דיכוטומי והיא מובאת בטבלה 7.

טבלה 7: שיעור הנסיונות ליצירת קשר טלפוני מצד רופאי המשפחה

	<i>n= 116 (%)</i>	<i>N</i>	ניסיון טלפוני
* מתוך 79 המקרים בהם רופאי המשפחה לא ניסו ליצור קשר: 9- לא ידעו על האשפוז, 7- לא ראו בכך צורך כיוון שהחולה מוכר למחלקה או שהמקרה ברור, ב-4 מקרים מדובר בחולים שנמצאים בטיפול ובמעקב מרפאה אחרת או שאינם מוכרים לרופא המשפחה וב-3 האשפוז היה קצר מכדי להספיק להתקשר (בסה"כ 23).	(21.6)	25	כן
	(68.1)	79	לא *
	(10.3)	12	לא רלוונטי **

**המקרים שאינם רלוונטיים: 5 רופאי הדסה, 2 אשפוז אלקטיבי, 4 לא ענו על השאלה. 10 מהניסיונות ביוזמת רופא המשפחה היו במקרים שבהם החולה הופנה למיון ע"י רופא המשפחה. 6 מהניסיונות ביוזמת רופא המשפחה היו במקרים שבהם החולה לא הופנה למיון ע"י רופא המשפחה. בשאר המקרים שנעשה ניסיון טלפוני לא ידוע אם הייתה הפניה ע"י רופא המשפחה או לא.

השאלה הבאה הופנתה לרופאי המשפחה שניסו ליצור קשר עם הרופא המטפל בביה"ח: **במידה ונעשה ניסיון מצדך – האם נענית או חזרו אליך?**
מתוך 24 שהשיבו לשאלה 12 (50%) נענו ו 12 (50%) לא נענו (רופא אחד לא ענה לשאלה).

בסה"כ בכמה מקרים הצליח להיווצר קשר – ביוזמת אחד או שני הצדדים?
ב 26 מקרים מתוך 116 (22.4%)

כדי לבדוק את הקשר בין העובדה שהחולה הופנה על ידי רופא המשפחה למידת התקשורת בין הצדדים, השתמשנו במבחן חי בריבוע. ביצענו חיתוך בין שתי השאלות: 1-האם החולה הופנה על ידי רופא המשפחה? ו-2 האם נוצר קשר כלשהו בין הצדדים (מצד רופא המשפחה או מצד רופא ביה"ח)? לפי מבחן זה לא נמצא קשר בעל עוצמה בין שתי העובדות $P \text{ value} = 0.869$. (ראה טבלה 20 בנספח 3)

באותה שיטה בדקנו האם לעובדה שהחולה הופנה ע"י רופא המשפחה יש השפעה על הניסיון ליצירת קשר טלפוני, הפעם על כל אחד מהצדדים בנפרד. בחיתוך בין הפניה ליצירת קשר ביוזמת רופא המשפחה לא נמצא קשר בעל עוצמה, $P \text{ value} = 0.241$ (טבלה 21 בנספח 3). כך גם בחיתוך עם יצירת קשר ביוזמת רופא ביה"ח לצורך מתן אינפורמציה, $P \text{ value} = 0.545$ (טבלה 22 בנספח 3) או לצורך עידכון בתוכנית וטיפול בשחרור, $P \text{ value} = 0.094$ (טבלה 23 בנספח 3). לפי תוצאות המדגם, ההשערה כי העובדה שהפניית החולה לאשפוז ע"י רופא המשפחה מעודדת יצירת קשר בין הצדדים לא ניתנת להוכחה.

אביא כאן מספר מקרים שבהם לדעת רופא המשפחה היה נחוץ במיוחד קשר בין הרופאים, שלא התקיים:

○ מקרה של חולה תושב הצפון, שאושפז ב"הדסה" לצורך ביצוע צינתור. הרופא שמע מהמשפחה שלחולה הייתה תגובה אלרגית סביב הצינתור וניסה לדבר עם הרופא הבכיר שטיפל בחולה. הוא לא הצליח להשיג את הרופא הבכיר אלא רק רופא תורן שלא ידע להשיב על שאלותיו.

○ מקרה של חולה שבלחץ המשפחה הופנתה להדסה על ידי רופא המשפחה אך בניגוד לדעתו. הרופא חושב שבמקרה זה היה חשוב שייצרו איתו קשר, כיוון שהמחשבה בביה"ח לגבי החולה הייתה מוטעית ולדעתו הבעיה שלה הייתה נפשית-סוציאלית ולא ביו-רפואית.

לוחית 1: תאור מקרה של חסר בתקשורת בין רופא המשפחה לבין רופא בית החולים

מקרה של חולה עם מחלה מורכבת שאושפזה באופן אלקטיבי בתאום עם רופא בכיר לצורך בירור. החולה נשלחה עם כל המידע הרלוונטי: תוצאות בדיקות מעבדה שבוצעו בקהילה ומספרי טלפון ופלאפון של רופאת המשפחה. רופאי המחלקה לא יצרו איתה קשר למרות שניסתה ליצור איתם קשר ולמרות בקשתה המפורשת להתעדכן. במהלך האשפוז הייתה בקשר עם הרופא הבכיר שאיתו תאמה את האשפוז, דרך ביתו. הרופאה התבטאה כך: "כולם מתלוננים שאין קשר ואין עם מי לדבר ואני שלחתי חולה על מגש של כסף עם כל הפרטים האנמנסטיים הדרושים ומספרי הטלפון ובכל זאת לא התקשרו. מה יותר הגיוני מלהתקשר לרופא המשפחה לפני שמשחררים כזו חולה מורכבת?". לדעתה, דבר כזה לא היה קורה במחלקת ילדים כיוון ששם מכירים את הרופאים וכשמדובר בחולה מסובך רופא הבית מתקשר פעם ביום.

על פי רופאי המשפחה שהתראינו לראיונות המקדימים אמצעי קשר נוספים הנחשבים לאמצעי קשר עיקריים עבורם הם תכתובות הכוללות מכתב הפניה ומכתב שחרור. רופא שעובד במתכונת לא אופיינית, המשלבת רפואת משפחה בקיבוצים ומישרה בבי"ח, ציין שאמצעי הקשר העיקרי שלו הוא ביקורים אצל חולים מאושפזים בביה"ח. לשאר הרופאים שהתראינו, העובדים כרופאי משפחה במתכונת המקובלת, במרפאתם, הדבר פחות מתאפשר. אמצעי נוסף שרופאי המשפחה נעזרים בו הוא אינפורמציה מהמשפחה, אך צוין שעל פי רב זה בצורת תלונה, ואם הכל בסדר המשפחה לא פונה.

הערכת האשפוז עצמו

מטרת השאלות בחלק זה של השאלון הייתה לבדוק את מידת שביעות הרצון של רופאי המשפחה מהטיפול והגישה לחולה במהלך האשפוז עצמו.

השאלה הראשונה בחלק זה הייתה: לפי שיקולך, מה הייתה מטרת האשפוז של המטופל/ת? התפלגות החולים לפי מטרת האשפוז מפורטת בטבלה 8.

מטרות שאלה זו היו: א. לכוון אותי, כסוקרת, ואת רופא המשפחה כבר בפתיחת הראיון לגבי החולה והבעיה שלו. זאת כדי לדעת על אילו שאלות לשים דגש בהמשך השאלון (כגון פירוט בדיקות מעבדה והדמיות בחולה שאושפז לצורך בירור אנמיה) ואלו שאלות אינן רלוונטיות (כגון פירוט אק"ג בחולה צעיר עם מחלת כבד). ב. לבדוק האם קיים פער בין תפיסת רופא המשפחה את מטרת האשפוז לבין התפיסה של הרופאים בבי"ח את מטרת האשפוז, כפי שמתבצעת בפועל.

שאלה זו הופיעה בשאלון כשאלה פתוחה. לאחר שהשאלונים מולאו, בשלב עיבוד הנתונים, ניסיתי למיין את הבעיות השונות לשלוש קטגוריות:

1. אשפוז לצורך בירור
2. אשפוז לצורך טיפול והשגחה
3. אשפוז אלקטיבי

למעשה, לא כל תשובה שניתנה נכנסת באופן מוגדר לקטגוריה אחת. לכן החלוקה המשמעותית יותר היא החלוקה לאשפוזים אלקטיביים או לא אלקטיביים.

טבלה 8: מטרת האשפוז לדעת רופא המשפחה

מטרת האשפוז	N	n=116 (%)
טיפול והשגחה	65	(56.0)
בירור דחוף	41	(35.3)
אלקטיבי	8	(6.9)
לא ידוע	2	(1.7)

פירוט הבעיות שהוגדרו בכל קטגוריה:

בירור – בירור אנמיה, מחלת כבד, מסות גידוליות (לימפאדנופתיה, גוש בטני), חום מסיבה לא ברורה, ממצאים מעבדתיים חריגים, אי ספיקת כליות חריפה, בלבול, נפילות וגם כאבים בחזה וקוצר נשימה.

טיפול והשגחה – קוצר נשימה, כאבים בחזה, אי ספיקת לב, פרפור פרוזודורים, דלקת ריאות ומחלות זיהומיות, התלקחות מחלה כרונית (UC) והרעלות מתרופות.

אלקטיבי – ביופסית כבד ועור, אמבוליזציה כבדית ובירורים מתואמים.

השאלה הבאה הייתה: באיזו מידה חמורה המחלה שבגינה התאשפז החולה? והתשובה היא במשתנה סרגלי בעל שש קטגוריות: מחומרה במידה רבה מאד, עד 'כלל לא חמורה' או לא רלוונטי. התפלגות החולים לפי חומרת מחלה מתוארת בטבלה 9.

טבלה 9: מידת חומרת המחלה

מידת חומרת המחלה	N	n=83 (%)
רבה מאד	26	(31.3)
רבה	36	(43.4)
בינונית	21	(25.3)
מועטה	-	-
כלל לא	-	-
לא רלוונטי	1	
לא ענו	32	

שאלה זו הוכנסה לשאלון רק משאלון מספר 30 לכן רק 84 שאלונים ענו עליה. אף רופא לא ענה שהבעיה שבגללה התאשפז החולה שלו, חמורה במידה מועטה או כלל לא חמורה.

השאלה העיקרית בחלק זה הייתה: באיזו מידה ניתן מענה לבעיה זו במהלך האשפוז? התשובה הייתה לפי משתנה סרגלי בעל חמש קטגוריות: ממידת מענה 'רבה', עד 'כלל לא' ולא רלוונטי. הערכת הרופאים את מידת המענה שניתן לחולים באשפוז מתוארת בטבלה 10.

טבלה 10: מידת המענה שניתן באשפוז לבעיה של מטופל

<i>n=113 (%)</i>	<i>N</i>	מידת המענה
(66.4)	75	רבה
(22.1)	*25	בינונית *
(7.1)	*8	מועטה *
(4.4)	5	כלל לא
	1	לא רלוונטי
	2	לא ענו

* בשישה מקרים (מתוך 25) שענו שהמענה שניתן היה בינוני ובשני מקרים (מתוך 8) שענו שהמענה היה במידה מועטה – הרופאים הוסיפו שמדובר בחולה עם בעיה מורכבת שלא ניתן לשפר את המצב למרות שנעשה המאמץ הדרוש באשפוז.

יש מקרים בהם ציין רופא המשפחה שמכתב השחרור היה טוב מאד ומפורט אך הבעיה העיקרית של החולה הוחמצה, לדוגמא:

- מקרה של חולה שהופנתה לבירור אנמיה. הרופאה הגדירה אותה כחולה קשה שירדה במשקל והבירור באשפוז לא היה מספק, כיוון שלא נעשתה קולונוסקופיה.
- מקרה דומה, של קשיש עם בעיות רקע לבביות ופרפור פרוזודורים שהופנה לבירור קוצר נשימה. הוא שוחרר מהר עם אבחנה של דלקת ריאות וטיפול אנטיביוטי. רופא המשפחה חושב שההתייחסות לבעיה הריאתית הייתה שטחית ללא התייחסות לבעיות הרקע של החולה והיה צריך לשלול גורמים נוספים שאינם דלקת ריאות. בנוסף היה צריך לדעתו, לעשות לחולה קולונוסקופיה באשפוז, כיוון שמדובר בחולה קשיש שבקושי הולך ובאשפוז התגלתה לו אנמיה חמורה.

מקרים נוספים בהם הביעו הרופאים חוסר שביעות רצון מהאשפוז:

- חולה ששוחררה באופן פתאומי ביום שישי והייתה זקוקה לטיפול אנטיקואגולנטי (קלקסן). לא הושקעה מחשבה בכך שביום שישי היא אינה יכולה לקבל את הטיפול האנטיקואגולנטי בקהילה ולא ציידו אותה במחלקה בזריקות.
- חולה שחזר לאשפוז כיוון שבאשפוז הקודם שוחרר עם אנמיה שלא בוררה והחמירה. בנוסף הייתה לו בעיה עורית שלמרות שצוינה במכתב בבדיקה הפיסיקלית הרופאים לא התייחסו לכך באשפוז כבעיה ואף לא ידעו שהחולה מטופל בשל כך בפרדניזון.
- חולה שאושפזה בשל קוצר נשימה על רקע אספירציות. לפי הפרוטוקול הייתה אמורה לקבל טיפול דרך הווריד למשך עשרה ימים. למעשה טופלה רק שלשה ימים ולכן חזרה שוב לאשפוז. הרופא ציין שבבייח שערי צדק אותה חולה קיבלה טיפול יותר ממושך.
- חולה שהופנה לצורך בירור נפיחות ביטנית ועליה במשקל. בנוסף לכך רופא המשפחה ציין בהפניה שישי לשקול טיפול באריתרופואטין ולבצע הולטר באשפוז בשל בעיה נוספת של sick sinus syndrome. הרופא לא היה מרוצה מהטיפול בחולה מכמה סיבות: ראשית, החולה אושפז במשך ששה ימים ללא התייחסות לבעיה הלבבית ולבקשה לטיפול באריתרופואטין. שנית, למרות שרופא המשפחה סבר שיש לרדת במינון הפוסיד שהחולה מקבל ניתן לו פוסיד באשפוז ובשחרור הומלץ לו לעלות במינון. כשבוע לאחר השחרור החולה חזר אל הרופא במצב רע והרופא נאלץ להפנות אותו שוב למיון.

- חולה קשישה שהופנתה על ידי רופא המשפחה לביורר שתי בעיות: בעיה גסטרואנטרולוגית ובעיה אורטופדית. לפי מכתב השחרור אבחנו אצלה דלקת בדרכי השתן אך לדעת הרופא, הבעיה הגסטרואנטרולוגית לא בוררה כלל ובמכתב אין התייחסות לבעיה האורטופדית.
- חולה שלבעיה העיקרית שלו, שהיא COPD, ניתן מענה במידה רבה אך לא ניתן מענה לבעיות רקע חמורות אחרות.

מקרים שבהם רופאי המשפחה חשבו שלא ניתן כלל מענה לבעיה של החולה:

- חולה עם אי ספיקת לב ובעיה ריאתית קשה שאושפז בשל החמרה בתלונות איסכמיות. הוא הופנה על מנת לעבור צינתור אך כיוון שמדובר בחולה שנרתע מפרוצדורות ומסרב לשתף פעולה הוחלט לוותר על הצינתור.
- חולת עמילואידוזיס תושבת הצפון, שהועברה על ידי משפחה מבי"ח אחר לשם חוות דעת נוספת. לדעת הרופא האשפוז בהדסה לא חידש דבר והיה מיותר.
- חולה מסובכת בת 16.5 שאושפזה לצורך בירור אנמיה חמורה ושקיעה מוחשת. לדעת הרופאה היה אפשר לברר הכל באופן אמבולטורי אך היא רצתה לאשפוז את החולה כדי לזרז את האבחון. האשפוז היה אלקטיבי בתאום עם אחד הרופאים הבכירים בהדסה. האשפוז ארך שבוע ולדעת הרופאה לא התקדמו בכלום ולכן כל האשפוז היה לדעתה מיותר.
- חולה שאושפזה לשם בירור אנמיה. הרופאה טענה שלא מצאו דבר חדש באשפוז. (אך ממה שאני קראתי במכ"ש עצמו מצוין בפירוש שבקולונוסקופיה שנעשתה באשפוז נמצא גידול וממליצים המשך אבחון לקראת ניתוח).

קיימים גם מקרים הפוכים בהם רופא המשפחה היה מרוצה מאד מהטיפול באשפוז אך לא מרוצה ממכתב השחרור: רופאה שציינה שהיא והחולה היו מרוצות מאד מהאשפוז, שנערך בו בירור טוב ולדבריה היה "מעולה". אך המכתב הוגדר לדבריה כ"מזעזע", כיוון שבעצם לא נכתב לה מכתב ומה שכן קיבלה היה טיטא לא סופית שהופיעה ברשומות ונשלחה על ידי.

בעשרה מקרים רופאי המשפחה היו **מרוצים מאד מהטיפול באשפוז** וציינו זאת במיוחד כיחס טוב מאד ואף מעולה, חלק מהמקרים:

- רופאה שציינה שהחולה שלה, שהיא עולה חדשה ונמצאת רק חודש בארץ הייתה מרוצה מאד מהטיפול והיחס של הצוות הרפואי למרות שהיא דוברת ספרדית בלבד והתקשתה לתקשר.
- חולה מסובכת מאד עם מחלת לב איסכמית, פרפור פרוזדורים ואי ספיקת לב שאושפזה בשל החמרה בקוצר נשימה וקיבלה טיפול מצוין.

כדי לבדוק האם יש קשר בין הווצרות תקשורת בין הרופאים למידת שביעות הרצון מהאשפוז עצמו, השתמשתי במבחן חי בריבוע. בוצע חיתוך בין שתי השאלות: 1. האם נוצרה תקשורת כלשהי בין הצדדים? 2. באיזו מידה ניתן מענה לבעיה של החולה במהלך האשפוז?. לפי תוצאות המבחן המובאות בטבלה 24 בנספח 3, לא נמצא קשר בעל עוצמה בין שתי העובדות

.P value= 0.496

כדי לבדוק האם יש קשר בין מאפייני רופא המשפחה למידת שביעות הרצון מהאשפוז עצמו, השתמשתי במבחן חי בריבוע. המאפיין שנבחר היה סוג ההתמחות של הרופא, בוצע חיתוך בין שתי השאלות: 1. מה ההתמחות של הרופא? 2. באיזו מידה ניתן מענה לבעיה של החולה במהלך האשפוז?. לפי תוצאות המבחן המובאות בטבלה 25 בנספח 3, לא נמצא קשר בעל עוצמה בין שתי העובדות

.P value = 0.303

הערכת מכתב השחרור

כמו שציינתי קודם, לרב הרופאים שהתראיינו בראיונות המקדימים, לא מזדמן לבקר את המטופלים בבי"ח לעיתים קרובות, וגם קשר טלפוני אינו זמין, לכן הם רואים במכתב השחרור אמצעי קשר משמעותי, היכול להשפיע על הטיפול בחולה. היתה רופאה שציינה שגם כשהיא מצליחה ליצור קשר טלפוני עם רופא, לרב השיחה קצרה והיא מקבלת פרטים מועטים ביותר, לכן עדיין חשוב לה מכתב השחרור. הרופאים ציינו שניתן להפיק מידע רב ממכתב שחרור טוב.

אופן הגעת המכתב

בראיונות המקדימים טענו הרופאים שמכתב השחרור מגיע כמעט תמיד דרך החולה עצמו. לעיתים החולה מגיע עם מכתב זמני מקוצר עם הבטחה למכתב מפורט בהמשך, שמגיע בדואר ב 80% מהמקרים, ובשאר לא מגיע. היו שאמרו שאף פעם לא קיבלו את המכתב המעודכן. "ענתים את המכתב לחולה וסומכים עליו שהוא יעביר אותו לרופא המטפל. קרה לי לא פעם שחולה חזר לביתו ולא העביר את המכתב".

הדרכים שבהם הגיע מכתב השחרור לרופאי המשפחה מתוארות בטבלה 11. מתוך 116 מכתבים 94 (81%) הגיעו עם המטופל או משפחתו. ב 11 מקרים (9.5%) מכתב השחרור כלל לא הגיע ליעדו. במקרים שמכתב השחרור לא הגיע לרופא המשפחה הצעתי לרופא המשפחה למצוא את מכתב השחרור ברשומות של "הדסה" ולשלוח להם בפקסמליה וכך חלקם השיבו על המשך השאלון שנגע למכתב.

טבלה 11: אופן הגעת המכתב לרופא המשפחה

11 המקרים שבהם מכתב השחרור לא הגיע: ב-2 מקרים לא נכתב מכתב שחרור, ב-3 מקרים רופא המשפחה עדיין לא פגש את החולה ובשאר לא ידועה הסיבה. 3 שהגיעו בדואר: דואר פנימי של קופ"ח, רופא הדסה ורופאה באשקלון.

אופן הגעת המכתב	N	(%)
לא הגיע	11	(9.5)
ע"י החולה/משפחתו	99	(85.3)
דואר	3	(2.6)
לא ידוע	3	(2.6)
סכום	116	(100)

לוחית 2: תאור מקרה שבו לא היה מכתב שחרור

מדובר בחולה שאושפזה באופן אלקטיבי בתאום עם רופא בכיר מהדסה. החולה השתחררה ביום שישי ולכן לא קיבלה מכתב שחרור. למרות שהרופאה ביקשה במשך שבוע לקבל את המכתב בפקס, היא לא קיבלה אותו ולכן חזרה על כל הבדיקות שנעשו באשפוז באופן אמבולטורי. בחיפוש שערכתי ברשומות, לא נמצא מכתב שחרור לאשפוז בחולה זו (גם לא בכתב יד).

פירוט מכתב השחרור

השאלות הבאות בחלק זה עסקו במידת הפירוט של מכתב השחרור. כמו שצוין קודם, בחלק זה של השאלון המדגם מצומצם יותר מבחלקים הקודמים. בשנים עשר מקרים הרופאים לא השיבו כלל כיוון שלא קיבלו כלל את מכתב השחרור או לא זכרו אותו ורופא אחד סרב לענות ללא הסכמת החולה.

על פי הראיונות המקדימים המידע העיקרי שהרופאים שואבים ממכתבי השחרור הוא לגבי **מהלך האשפוז**: מה נעשה ומה לא נעשה באשפוז, בירור שהמטופל עבר באשפוז כולל בדיקות אבחנתיות וייעוצים, תוצאות הבדיקות, האם בוצע ניסיון טיפולי ומה היו תוצאותיו. *"יחשוב לי אילו בדיקות נעשו, זה חוסך לי טרחה לאחר מכן, כי אחר כך צריך להתקשר למכון הלב, לשאול איזה מבחן זה בדיוק היה... בעיקר כשמדובר בחולים קשישים. אני עובדת רחוק מירושלים, אם כבר נעשתה בדיקה אז כדאי שאדע מזה."*

נתונים אלו נבדקו במדגם בחלק שעסק במידת פירוט מכתב השחרור. הקריטריונים שנבדקו למידת פירוט המכתב נקבעו על פי תשובות הרופאים בראיון המקדים. שכיחויות המצאות והיעדרות המידע במכתבים מתוארות בטבלה 12. כפי שהזכרנו למעלה כדי לבדוק זאת לא השוונו את המכתבים למידע שכתוב בתיקים הרפואיים, אלא שאלנו את רופאי המשפחה האם המידע הרלוונטי לדעתם לאותו מקרה, נמצא במכתב או חסר. השאלות היו:

- האם יש במכתב פירוט לגבי: אבחנות / סיבוכים / ייעוצים / פרוצדורות ואינדיקציות / בדיקות מעבדה?
 - האם יש פענוח אק"ג או אק"ג מצורף?
 - האם ידוע לך על הדמיות שבוצעו אך לא אוזכרו במכתב?
- התשובה לשאלות אלו הייתה לפי משתנה דיכוטומי: כן / לא / לא רלוונטי.

טבלה 12: שיעורי המצאות מידע חיוני במכתב שחרור

הקריטריונים	N	כן (%)	לא (%)	לא ידוע	לא רלוונטי /
מודפס	92	87 (94.6)	5 * (5.4)	24 ¹	
אבחנות	80	77 (96.2)	3 (3.8)	36 ¹	
סיבוכים	56	49 (87.5)	7 (12.5)	60 ²	
ייעוצים	62	53 (85.5)	9 (14.5)	54 ²	
פרוצדורות ואינדיקציות	75	69 (92.0)	6 (8.0)	41 ²	
בדיקות מעבדה	80	67 (83.8)	13 (16.3)	36 ¹	
אק"ג	82	63 (76.8)	19 *** (23.2)	34	
הדמיות	93	87 (93.5)	6 ** (6.5)	23	

מלבד 12 השאלונים החסרים:

¹ ב 24 השאלונים הראשונים לא הופיעו השאלות לגבי: **הדפסה, אבחנות ובדיקות מעבדה.**

² לגבי **סיבוכים, ייעוצים ופרוצדורות** – כ 5 לא זוכרים והשאר אינם רלוונטיים (44).

הדמיות – 3 לא זוכרים 8 לא ענו

אק"ג מתוך 34 שלא ענו - 16 לא רלוונטיים: בירור מחלת כבד (9 מקרים), בירור חום בחולה לימפומה, בירור לימפאדנופתיה, בירור ווסקוליטיס, אנצפלופתיה כבדית, בירור הירסוטיזם, טיפול בספסיס.

* המקרים בהם מכתב השחרור לא היה **מודפס**: ב-2 היה מכתב זמני, וב-1 אשפוז אלקטיבי קצר לצורך ביופסיה.

** **הדמיות** שלא הוזכרו: צילומים אורטופדיים, C.T. שלא ברור אם נעשה

שלושה רופאים העירו שלדעתם היה צריך להינתן לחולה ייעוץ באשפוז, שלא ניתן.

*** **ב 9 מתוך 19 (23.2%) מקרים שהיה חסר פענוח אק"ג מזוהר בחולים קרדיאליים מובהקים (חולי אי ספיקת לב או כאבים בחזה).**

בראיונות המקדימים ציינו הרופאים שפחות ופחות קורה שמתקבל מכתב בכתב יד, אך כשיש מכתב בכתב יד הוא בדרך כלל לא קריא ונדיר שמקבלים בהמשך מכתב מודפס, כמובטח. על פי הסקר, אמנם רק ב 5 מקרים (5.4%) מכתב השחרור לא היה מודפס אך 14 מהרופאים ציינו, שלמרות שבמקרה זה המכתב מודפס אך הרבה פעמים יש מכתבים שאינם מודפסים ('הפעם מודפס'). הערות דומות התקבלו גם בנוגע לאבחנות. בראיונות המקדימים ציינו הרופאים שחשוב לדעת אבחנות חדשות למאושפז. למרות שמנתוני הסקר עולה שברב מכתבי השחרור (96%) מופיעות אבחנות, מספר רופאים ציינו, שבמכתב הנוכחי מופיעות אבחנות אך לא פעם קורה שהם מקבלים מכתב שחרור ללא אבחנות.

בראיונות המקדימים ציינו הרופאים את פירוט הבדיקות האבחנתיות כאחד הליקויים החוזרים על עצמם: בדיקות מעבדה מצוינות באופן מקרי, ללא תאריך או ללא התייחסות לשינוי תוך כדי אשפוז. לדוגמא חולה שנוזקק למנות דם ולא מצויין לגביו ערכי המוגלובין לפני ואחרי מתן מנת דם. עלתה הערה טכנית נוספת לגבי פורמט תוצאות בדיקות המעבדה של "הדסה" שאינו נוח לשימוש בקהילה. היחידות בהדסה הן ב millimol בעוד בקהילה עובדים ביחידות של % mg . בנוסף אין הדגשה של בדיקות החורגות מערכים מקובלים. לדוגמא חולה צהבת המיועד להשתלת כבד, כשהבילירובין הוא ביחידות של % mg אני יודע ש 60 % mg זה גבוה באופן קיצוני. ביחידות של הדסה, אני יודע שזה מחוץ לנורמה אבל לא יודע כמה. זה כמו לדבר עם אמריקאים ביחידות של ק"ג ומטר.

גם במהלך הראיונות הטלפוניים עלו בנושא זה הערות: בדיקות המעבדה מצורפות בדף נפרד, וזה גורם לשתי בעיות – ראשית, קורה לא פעם שהדף נשמט ואובד או פשוט לא מצורף. שנית, ההרגל הזה גורם לכך שכל בדיקות המעבדה מצורפות למכתב. יש רופאים שזה מפריע להם ולדעתם יש לציין את התוצאות החריגות ולהתייחס לכך בגוף המכתב.

עליי לציין כאן שני מקרים שהועלו בתגובה לשאלה לגבי פירוט סיבוכים

לוחית 3: תאור מקרים של כשל בהעברת מידע חשוב מהאשפוז למכתב השחרור

מדובר בחולה תושב צפון הארץ שהתאשפז בהדסה לצורך ניתוח מעקפים ובמהלך האשפוז הועבר למחלקה פנימית וממנה קיבל את מכתב השחרור. במהלך האשפוז עבר כנראה אנאפילקסיס בתגובה לחומר ניגוד בצינתור, אך סיבוך זה לא מוזכר במכתב השחרור כחלק ממהלך האשפוז. זה מוזכר רק בהמלצות בשורה אחת: "חומר ניגוד- אנאפילקסיס". הדבר נודע לרופא המשפחה ממשפחת החולה. האם יש צורך להדגיש את החשיבות שבפירוט סיבוך כזה במכתב השחרור וההשלכות שהיו יכולות להיות במקרה זה אם המידע הזה לא היה עובר לרופא ולמשפחה?.

מקרה נוסף הוא של חולה שביצע ביופסיה שהזדהמה והסתבכה ולא היה לכך ציון במכתב השחרור.

דיון

בראיונות המקדימים צוין שהדיון הוא אחד החלקים הלקויים במכתב. הרופאים ציינו שחשובה להם חוות הדעת של הרופא המטפל בביה"ח מעבר לנתונים האובייקטיביים, כיצד הוא רואה את סיבת האשפוז, מה הרושם שלו לגבי הבעיה העיקרית של החולה, כדי לדעת האם זה מתאים להתרשמות של רופא המשפחה ממצב החולה. קורה שחולה מופנה ע"י רופא המשפחה בתלונה מסוימת, אך הוא מאושפז מסיבה אחרת לגמרי, כגון, חולה שמופנה למיון בשל כאבים בחזה אך מאושפז בשל אנמיה שרופא המשפחה לא ידע עליה. דברים אלו מקומם בדיון.

אחד הרופאים העיר שלעיתים ברור שהמכתב נכתב ע"י אדם שלא ניהל את הטיפול בחולה ואינו יודע את ההגיון מאחורי ההחלטות לגבי החולה. לדוגמא חולה קשיש שעבר אוטם תחתון קטן והוא יציב, עבר צינטור באשפוז. לא ברור מהמכתב מה האינדיקציה לצינטור, האם בשל חזרה של כאבים לאחר אוטם לבבי? קורה גם שחולה מתאשפז בשל סיבה אחת אך בשחרור יש המלצה לטיפול תרופתי לבעיה אחרת לגמרי. כגון חולה שהתאשפז בשל דלקת ריאות, אך חוץ מטיפול אנטיביוטי הוחל באשפוז גם טיפול ליתר לחץ דם. ידוע שאין סיבה להתחיל טיפול ביתר לחץ דם באשפוז אלא אם מדובר ביתר לחץ דם אקססיבי, אך אין לכך כל ציון במכתב שחרור. לעומת זאת חלק מהרופאים סברו שהדיון בדרך כלל בסדר.

השאלה בנושא זה הייתה: באיזו מידה הדיון ברור וממוקד לבעיה העיקרית? התשובה הייתה לפי משתנה סרגלי בעל חמש קטגוריות: ברור במידה רבה, במידה בינונית, במידה מועטה, כלל לא ברור ולא רלוונטי. הערכת הרופאים את איכות הדיון מתוארת בטבלה 13.

טבלה 13 : באיזו מידה הדיון ברור וממוקד

<i>n=103 (%)</i>	<i>N</i>	באיזו מידה הדיון ברור ?
85.4	88	רבה
7.8	8	בינונית
2.9	3	מועטה
3.9	4	כלל לא
	13	לא ענו

13 שלא ענו : 5 לא זוכרים, 7 לא קבלו מכתב שחרור, 1 לא רלוונטי

המקרים שבהם דווח שהדיון היה כלל לא ברור וממוקד לבעיה העיקרית :

- חולה שהתאשפזה לצורך בירור לימפאדנופתיה ועברה ביופסיית כבד. תשובת הביופסיה, שהיא עיקר הבעיה, לא מופיעה במכתב.
- חולה שבמהלך האשפוז נעשו לו שינויים משמעותיים בטיפול והשיקולים לכך לא מופיעים במכתב.
- מקרה שדנתי בו בפרק שביעות רצון מהאשפוז, מדובר בחולה עם בעיה גסטרואנטרולוגית ואורטופדית שבמכתב הסתפקו באבחנה של דלקת בדרכי השתן ללא התייחסות לבעיות אלו.

פענוח ההדמיות

בהתייחסות לבעיית פירוט הבדיקות האבחנתיות שהועלתה בראיונות המקדימים העירו הרופאים שפענוח בדיקות ההדמיה לעיתים אינו מספק. לעיתים קרובות מצוין "CT מוח תקין" ולא מופיע פיענוח מלא של הבדיקה, או שלא מצויין האם ה CT נעשה עם או בלי חומר ניגוד.

בנושא זה נשאלו שתי שאלות. השאלה הראשונה היא : **באיזו מידה מופיע פענוח ההדמיות?** והתשובה הייתה לפי משתנה סרגלי בעל חמש קטגוריות – במידה רבה, בינונית, מועטה, כלל לא הופיע ולא רלוונטי. הערכת הרופאים את מידת פיענוח ההדמיות מופיעה בטבלה 14.

טבלה 14: מידת פענוח ההדמיות

<i>(%) n=76</i>	<i>N</i>	באיזו מידה מופיע פענוח ההדמיות ?
81.6	62	רבה
7.8	6	בינונית
5.3	4	מועטה
5.3	4	כלל לא
	18	לא רלוונטי
	22	לא ענו

לא ענו : 9 לא זוכרים, 7 לא קבלו מכתב שחרור.

היו רופאים שענו שפענוח ההדמיות היה במידה מועטה או בינונית כיוון שלדעתם לא נעשו הדמיות שהיו נחוצות, כגון אקו לב. המקרים שצינו שכלל לא הופיע פענוח הדמיות: חולה שעבר צנטור שאינו מפורט במכתב. צילום חזה שלא מפורט. חולה עם אי ספיקת לב, שבפירוט פענוח אקו לב שנעשה באשפוז כתוב 'תפקוד תקין'.

השאלה השניה בנושא הייתה: האם ידוע לך על הדמיות שבוצעו ולא הופיעו במכתב? מפורטת בטבלה 12.

תפקודי קרישה

הערה שחזרה על עצמה בראיונות המקדימים היתה שהרבה פעמים משחררים חולה עם טיפול בקומדין ולא מציינים את ה INR האחרון. יותר מכך, היתה הערה שיש לציין מספר תוצאות INR ואת המינונים של אנטיקואגולציה שהחולה קיבל באשפוז על מנת שרופא המשפחה יוכל להחליט על המשך טיפול אנטיקואגולנטי.

השאלה שנשאלה בנושא זה הייתה: אם היה טיפול באנטיקואגולציה, באיזו מידה פירוט תפקודי הקרישה היה מספק? והתשובה הייתה לפי משתנה קטגוריאל בעל חמש קטגוריות – מספק במידה רבה, במידה בינונית, במידה מועטה, כלל לא מספק ולא רלוונטי. למעשה התשובות התפלגו רק בין שתי קטגוריות – 'במידה רבה' או 'כלל לא', השאר היו מקרים לא רלוונטיים או שלא ענו מסיבה אחרת, כך ששאלה זו נראית כמשתנה דיכוטומי. מידת פירוט תפקודי הקרישה מתוארת בטבלה 15.

טבלה 15: מידת פירוט תפקודי הקרישה

מידת פירוט תפקודי הקרישה	N	% (n=24)
רבה	21	87.5
כלל לא	3	12.5
לא רלוונטי	77	
לא ענו	15	

17 שלא ענו: 4 לא זוכרים, 7 לא קבלו מכתב שחרור, 6 לא ענו.

המקרים שבהם פירוט תפקודי הקרישה היה כלל לא מספק: חולה עם פרפור פרוזדורים שהתאשפזה לצורך היפוך ואיזון אי ספיקת לב. חולה שמטופלת בקלקסן והייתה אמורה לעבור לטיפול בקומדין. היא שוחררה ביום שישי באופן חפוץ, בלי לקבל זריקת קלקסן ובלי תוצאות INR.

ההמלצות

רב הרופאים שהתראינו בראיונות המקדימים ציינו את נושא ההמלצות כנושא בעייתי במכתבי השחרור. הנקודות הבעייתיות שחזרו על עצמן:

- המלצות לתרופות שאינן קימות בסל הבריאות או שאינן בעדיפות ראשונה בקופה מבחינה כלכלית. זה יוצר עימות עם המטופל, כיוון שקשה לשכנע את המטופל שאין צורך בתרופה הספציפית וניתן להסתפק בטיפול אחר.

- המלצות לטיפול תרופתי מבלי לברר את ההתאמה לרקע של החולה, האם קיבל אותם בעבר והיתה לו בעיה בשל כך. לדוגמא: התחלת טיפול בקומדין, למרות שיש לכך אינדיקציות ברורות, יש להכיר את החולה ולדעת את יכולת ההיענות שלו, להכיר את סביבתו, במיוחד אם מדובר בחולה קשיש שיש לדעת האם יש אדם נוסף בבית שיכול לתת את הטיפול. לדעת הרופאה שציינה זאת, זה מקום להתייעץ עם רופא המשפחה לפני החלטה טיפולית.

- המלצות למעקב רופא מומחה, שרופא המשפחה יכול לבצע בעצמו. אצטט את אחת הרופאות: "הרבה פעמים ממליצים "מעקב קרדיולוג" " מעקב אנדוקרינולוג", אלו דברים שבהרבה מקרים אנו עושים לבד, בשבילי זה כיף לעשות את זה ובמידה ואני נזקקת אז אני מתייעצת עם מומחה או מפנה. זה מצחיק וקצת משפיל אותנו שממליצים כך".

- חוסר פירוט של השיקולים להמלצות טיפוליות או אבחנתיות במקרים הבאים:

- ❖ שינויים בטיפול התרופתי הקבוע, ללא הסבר. כגון חולה עם יתר לחץ דם שידוע שנים וטופל עד כה בנורמיטן ודיזותיאזיד ומשתחרר מבי"ח עם המלצה לנורווסק וטריטייס ללא הסבר נוסף.

- ❖ המלצות טיפוליות חדשות המצריכות אינדיקציה ברורה, שלא מופיעה. מכתב השחרור משמש גם לצרכים אדמניסטרטיביים כגון אישור טיפולים שאינם נמצאים בסל הבריאות של הקופה. לשם כך נחוץ שיופיע השיקול לטיפול המומלץ, במיוחד במקרים חריגים. כשרופא המשפחה רוצה להשיג את האישור לטיפול במקרה חריג, שלא צויינה לגביו האינדיקציה, הדבר גוזל זמן יקר בניסיון לאתר את הרופא המטפל בבי"ח ולברר את סיבת ההמלצה. דוגמא לשתי הבעיות הנ"ל: חולה קשיש עם אי ספיקת לב שהתאשפו בשל דלקת ריאות. הומלץ בשחרור טיפול באוקסר ופלוויקס, ללא כל הסבר נוסף. הוא לא עבר ארוע קרדיאלי באשפוז, ולא צונטר. ייתכן שהסיבה לבחירה בפלוויקס היא כדי לתת אנטיקואגולציה מבלי לפגוע בקיבה, אך אין לכך כל ציון במכתב שחרור. טיפול באוקסר הוא בסל הבריאות באינדיקציה של אי ספיקת לב לאחר כשלון טיפול ב מעכבי ACE. אך לרופא המשפחה לא ידוע שהמטופל קיבל זאת בעבר, ייתכן שנעשה נסיון טיפולי באשפוז והמטופל הגיב בשיעול, אך אין לכך כל התייחסות במכתב השחרור.

❖ המלצות לבדיקות ללא אינדיקציה ברורה. במיוחד כשמדובר בבדיקות יקרות כגון MRI. לדוגמא: חולה COPD ומחלת לב איסכמית, הופנה ע"י הרופאה המטפלת לאשפוז בשל קוצר נשימה. הוא אושפז במשך חמישה ימים וקיבל אנטיביוטיקה פרנטרלית, למרות צילום חזה תקין. במהלך האשפוז הופיעו כאבים בחזה והוא שוחרר עם המלצה לביצוע מפוי תליום. לדעת הרופאה המטפלת, ההמלצה למפוי לא היתה ברורה, לא הובן מהמכתב האם התרשמו שמדובר בכאב קרדיאלי או לא. ואם ההמלצה היתה רק ליתר בטחון, מדוע הומלץ דוקא מפוי. הרושם היה שזו בעצם המלצה "קוסמטית". לדעתה, במקרה זה היה דרוש לעדכן אותה לגבי הרושם ולדון איתה לגבי המשך בירור.

על סמך הערות אלו נבנו שאלות הסקר בחלק זה. במונח **המלצות** נכלל כל מה שנוגע לשנוי בתרופה, התחלת טיפול חדש או בדיקות אבחנתיות מומלצות. השאלות היו:

- האם חלק מההמלצות אינן מתאימות למטופל, מבחינת היענות לטיפול, ניסיון בעבר או מחלות רקע?
- האם חלק מההמלצות אינן קיימות בסל הבריאות?
- האם חלק מההמלצות אינן מתאימות ל *guidelines* המקובלים?
- האם קיימות הפניות למרפאות מומחים שאינן הכרחיות לדעתך?
- האם קיימות הפניות למכונים ספציפיים (שאינם שייכים לקופ"ח)?

והתשובה להן הייתה במשתנה דיכוטומי – כן / לא / לא רלוונטי. בעשרה מקרים דווחו רופאי המשפחה שלא היה שינוי בהמלצות. בחלקם לא הייתה המלצה תרופתית אך הייתה המלצה למעקב מרפאתי והם השיבו על כך בשאלות הבאות. שיעורי המצאות המלצות שנמצאו בעיתיות, מתוארות בטבלה 16.

טבלה 16: שיעור המצאות המלצות שאינן מתאימות ליישום

	סה"כ לא ענו	לא (%)	כן (%)	
	<i>n</i>			
המלצות שלא מתאימות למטופל	+ 29	84 (96.6)	3 (3.4)	
המלצות שלא נמצאות בסל הבריאות	+ 29	83 (95.5)	* 4 (4.6)	
המלצות שלא מתאימות ל <i>guidelines</i>	+ 32	79 (94.0)	5 (6.0)	
הפניות למרפאות מומחים שאינן הכרחיות	++ 21	89 (93.7)	6 (6.3)	
הפניות למכונים ספציפיים (שלא שייכים לקופ"ח)	++ 24	78 (84.0)	** 14 (15.0)	

+ 7 לא קיבלו מכתב שחרור, 15 לא רלוונטיים (אין שינוי בטיפול / אין המלצות), 3 לא זוכרים, השאר לא ענו
 ++ 7 לא קיבלו מכתב שחרור, 3 אין המלצות, 4 לא זוכרים, 4 אין שינוי בטיפול, השאר לא ענו

המקרים שבהם ההמלצה לא התאימה לחולה :

- המלצה לקולונוסקופיה אמבולטורית בחולה בן 92 עם Hb 9 שמתקשה ללכת.
- המלצה להעלות מינון פוסיד בחולה שבעבר מינון כזה הזיק לו.
- המלצה למעקב מיוגלובין בחולה מביה"ח "הרצוג" שהתאשפזה לצורך בירור CPK גבוה. הבדיקה אינה אפשרית בביה"ח הרצוג וכדי להחליט אם היא הכרחית הרופאה הזמינה יועץ פנימאי, שהמליץ לוותר על הבדיקה.
- המלצה לנורוסק במקום ווודיפ, שיצרה עימות עם המשפחה.

המקרים שבהם ההמלצות לא נמצאות בסל הבריאות :

- חולה שהומלץ לו נורוסק במקום ווודיפ שמקובלת בקופ"ח.
- חולה שאושפז בשל ספסיס וכנראה ושחרר עם המלצה לפלוויקס. האינדיקציה לכך לא ברורה מהמכתב ובקופ"ח הטיפול מאושר רק באינדיקציה של חודש לאחר אירוע של אוטם שריר הלב מסוג non Q או לחודש לאחר PTCA.
- * **מתוך ארבעת המקרים שדוחו כי הומלץ על טיפול שאינו בסל הבריאות, בשני מקרים מדובר בטיפול הכרחי לדעת רופאי המשפחה :**

- חולה עם Haptic Cell Carcinoma שמקבלת טיפול ציטוטוקסי ישר למוקדים.
- חולה עם אי ספיקת כליות חמורה שהומלץ לו טיפול באפרקס ואשפוז בית. זה טיפול שדורש אישור מיוחד בקופ"ח אך מוצדק במקרה זה.

המקרים שבהם ההמלצות לא מתאימות ל guidelines המקובלים :

- חולה שאושפז בשל כאבים בחזה. במכתב הומלץ לו פלוויקס ומעקב ספירות דם פעם בחודש. כביכול מהמכתב משתמע שהטיפול בפלוויקס הוא לארבע חודשים.
- המלצה לנורוסק במקום ווודיפ שמתאימה לסדר העדיפויות של קופ"ח.
- נורוסק במקום אוסמואדלאט.
- פלוויקס באינדיקציה לא ברורה.
- מעקב CPK.

המקרים שבהם היו הפניות לא הכרחיות למרפאות מומחים :

- חולת עמילואידוזיס תושבת צפון הארץ שהתאשפזה ב"הדסה" לצורך חוות דעת נוספת. בהמלצות היא הוזמנה לחזור לביקורת ומעקב במרפאה המטולוגית ב"הדסה". לדעת רופא המשפחה המלצה זו מיותרת והוא אינו רואה טעם לטלטל את החולה עד ירושלים כשקיימים מומחים המטולוגיים באזור. למרות זאת, הרופא אישר זאת למשפחה כיוון שהמקרה קשה רגשית והרופא עמד במצב לא נעים.
- חולה ווסקולטיס שאושפז לצורך ביופסיה והופנה לביקורת במרפאה ב"הדסה". לדעת הרופא זה מיותר ומספיק מעקב רופא מטפל.
- הפניות לאשפוז יום, מעקב קרדילוג ואנדוקרינולוג.

הפניות למכונים ספציפיים שאינם שייכים לקופ"ח :

- ** **מתוך 14 מקרים שבהם הייתה הפניה למכון שלא שייך לקופת החולים שבה מבוטח החולה, ב-7 מקרים ההמלצה הייתה נחוצה לדעת רופאי המשפחה וב-6 מקרים ההמלצה הייתה מיותרת לדעתם. במקרה אחד לא ברור. המקרים שההמלצה הייתה מיותרת :**
- המלצה לאשפוז יום פנימי, שדורש התחייבות, ללא הסבר הסיבה.
- המלצה למעקב מרפאה אנדוקרינולוגית ב"הדסה" – במקרה שהמעקב אפשרי על ידי רופאת המשפחה או אנדוקרינולוג של קופ"ח.
- חולה ווסקולטיס שהופנה לביקורת במרפאה בהדסה במקרה שהמעקב אפשרי על ידי רופא המשפחה.
- חולה שנמצאת בדרך כלל באשפוז יום פנימי בהדסה. לדעת רופאת המשפחה זה לא הכרחי, אך כיוון שלא הצליחו לייצב את החולה באשפוז בית וכיוון שהחולה קשורה מאד למרפאת אשפוז יום, היא ממשכה בטיפול זה.
- חולה שאושפזה לביורר הירסטיזם והומלץ לה המשך מעקב אנדוקריני בהדסה, שאפשרי בקופ"ח.

המקרים שהמלצה נחוצה:

- טיפול ציטוטוקסי לכבד בחולה עם Hepatic Cell Carcinoma.
 - חולה עם מחלת לב איסכמית ופרפור פרזודורים שהופנתה לאשפוז יום ואנדוסקופיה בהדסה.
 - חולת Ulcerative Colitis שמטופלת באופן קבוע במרפאה גסטרואנטרולוגית בהדסה.
 - חולה שאושפז לצורך בירור מחלת כבד והופנה למרפאה גסטרואנטרולוגית בהדסה, שהכרחית במקרה זה.
 - חולה מסובך עם אי ספיקת כבד שהופנה למעקב מרפאה גסטרואנטרולוגית בהדסה. לדעת רופא המשפחה זה הכרחי כיוון שלשירותי קופ"ח אין אפשרות לעזור לו והוא צריך אשפוז.
 - הפניה למרפאה פולמינולוגית בהדסה בחולה COPD.
 - שני מקרים נוספים של חולים שהומלץ טיפול במכון שאינו בקופ"ח אך הטיפול הכרחי לדעת רופא המשפחה ולכן רופאי המשפחה לא ענו במקרה זה:
 - חולה עם גידול ממאיר בכבד שמקבל טיפול הכרחי בהדסה – נורוודקס.
 - חולה שלא מתאימה לטיפול בקופ"ח והכרחי מעקב בב"ח.
- מקרה יוצא דופן של חולה עם פנקראטיטיס חוזר שמבוטח בקופ"ח 'מאוחדת'. הוא הופנה לאנדוסקופיה ומרפאה גסטרואנטרולוגית בהדסה, שהשירותים האלו ניתנים בהדסה על ידי רופאים מומחים של קופ"ח מאוחדת, כך השירות נשאר במסגרת אותה קופה וההפניה היתה מוצדקת. במדגם המלצה זו לא נחשבה כהמלצה למכון שלא שיד לקופ"ח, למרות שהרופא השיב באופן ראשוני שקימת הפניה למכון שאינו שיד לקופ"ח.

מקרים ללא המלצות:

- חולה שאושפז לצורך בירור לימפאדנופתיה. ההמלצות היו טיפול בצפזולין וסטרואידיים עם אינדיקציה ברורה אך למעשה לא הופיעו במכתב השחרור. הרופאה ידעה אותן ממכתב בכתב יד, שניתן קודם על ידי הרופא הבכיר שטיפל בחולה והיה בעצם כמו תיכתובת מרפאתית שנכתבו בו המלצות בלבד. את ההמלצות במכתב השחרור הגדירה כ'קטסטרופה', לא ברור המינון ומשך הטיפול.
- מקרה נוסף של חולה עם לימפאדנופתיה שלא מפורטות לגבי המלצות וכתוב רק 'טיפול שמרני תרופתי'.
- שני מקרים של חולים שהשתחררו מוקדם, שלא כמתוכנן.

כדי לבדוק האם המצאות המלצות שאינן בסל בריאות שכיחה יותר בקופ"ח מסוימת ובכך משפיעה על תוצאות המדגם, ביצעתי חיתוך ומבחן חי בריבוע בין שתי השאלות: 1. לאיזו קופ"ח שיד החולה (חלוקה לפי קופ"ח "כללית" או "לא כללית") 2. האם קימת המלצה שאינה נמצאת בסל בריאות. לפי תוצאות המבחן המובאות בטבלה 26 בנספח 3, לא נמצא קשר בעל עוצמה בין העובדות $P \text{ value} = 0.350$.

שיקולים

השאלה הייתה: באיזו מידה מפורטים השיקולים לשינויים בתרופה / התחלת טיפול חדש / בדיקה, שאינם תואמים את הנ"ל? כלומר המלצות שלא מתאימות למטופל, לא קיימות בסל בריאות, לא מתאימות ל guidelines המקובלים או הפניות למרפאות מומחים או מכונים שלא שייכים לקופ"ח. התשובה הייתה לפי משתנה קטגוריאל בעל חמש קטגוריות: השיקולים היו מפורטים במידה רבה, במידה בינונית, במידה מועטה, כלל לא הופיעו שיקולים ולא רלוונטי. פירוט מידת פירוט השיקולים מתוארת בטבלה 17.

טבלה 17: מידת פירוט השיקולים

מידת פירוט השיקולים	N	% (n=42)
רבה	26	61.9
בינונית	5	11.9
מועטה	2	4.8
כלל לא	9	21.4
לא רלוונטי	53	
לא ענו	21	

21 שלא ענו : 7 לא קבלו מכתב שחרור, 6 לא ענו, 3 לא זוכרים, 3 אין שינוי בטיפול, 2 אין המלצות

המקרים שבהם השיקולים להמלצות כלל לא הופיעו :

- חולת כבד שעד האשפוז המדובר הייתה שייכת למחקר סודי ב"הדסה". באשפוז לא נעשו שינויים מהותיים בטיפול אך הוחלט להוציא את החולה מהמחקר ואין לכך שום הסבר במכתב שחרור.
- חולה לב שהומלץ לו אשפוז יום פנימי. במקרה זה השיקולים היו נחוצים כדי להשיג התחייבות לטיפול.
- המלצה לפלוויקס ומעקב ספירות דם פעם בחודש. לא ברור מדוע דרושות כמה ספירות דם וגם לגבי משך הטיפול בפלוויקס הייתה אי בהירות.
- ההמלצות לטיפול סטרואידלי נכתבו במכתב נפרד אך ממכתב השחרור עצמו לא ניתן היה להבין דבר לגבי ההמלצות.
- חולה שבאשפוז הוחלט לשנות כמעט את כל הטיפול התרופתי של החולה ללא כל הסבר. הרופאה הייתה צריכה לנחש מדוע הופסקו התרופות שהיה רגיל לקבל ופנתה לקרדילוג היועץ בהדסה כדי לקבל הסבר.
- המלצה לתרופות שאינן תרופת הבחירה בקופ"ח, נורוסק-אוסמואדלאת.
- המלצה למרפאה המטולוגית בהדסה.

המקרים שבהם השיקולים היו מפורטים במידה מועטה :

- המלצה לקלונוסקופיה אמבולטורית, שלדעת רופא המשפחה הייתה צריכה להיעשות באשפוז כיוון שמדובר בחולה בן 92 שמתקשה ללכת.
- המלצה לאשפוז יום פנימי.

המקרים שבהם השיקולים היו מפורטים במידה בינונית :

- המלצה לנורוסק במקום וזודיפ.
- המלצה לאשפוז בית ואפרקס בחולה עם אי ספיקת כליות. ההמלצות נחוצות לדעת רופא המשפחה אך הטיפול אינו בסל הבריאות של קופ"ח ודורש אישור מיוחד ולכן נדרש פה פירוט השיקולים.
- חולה שהומלצה לו תרופה במינון לא מקובל, הרופא יצר קשר עם הרופאה המטפלת בביה"ח כדי להבין את ההמלצה.
- המלצה לפלוויקס באינדיקציה לא ברורה, לא ברור לרופא אם החולה עבר אוטם שריר הלב בביה"ח.
- המלצה לקורדיל לחולה שעברה אירוע איסכמי בבי"ח, לא מפורטים השיקולים אך ההמלצה ברורה לרופאה.
- המקרים שאינם רלוונטיים היו בדרך כלל המלצות ברורות ושגרתיות שלא דרשו כל הסבר.

פעילות לפי ההמלצות

השאלה הייתה: באיזו מידה אתה פועל לפי ההמלצות?

התשובה הייתה לפי משתנה קטגוריאלי בעל חמש קטגוריות – הרופא פועל לפי ההמלצות האלו במידה רבה, במידה בינונית, במידה מועטה, כלל לא פועל לפי ההמלצות ולא רלוונטי. פירוט המידה שבה פועלים הרופאים לפי ההמלצות מתוארת בטבלה 18.

טבלה 18: באיזו מידה הרופא פועל לפי ההמלצות

באיזו מידה הרופא פועל לפי ההמלצות	N	(n=93)%
כלל לא	2	2.2
מועטה	2	2.2
בינונית	12	12.9
רבה	77	82.7
לא רלוונטי	7	
לא ענו	16	

16 שלא ענו: 7 לא קבלו מכתב שחרור, 2 לא ענו, 3 לא זוכרים, 2 אין שינוי בטיפול, 2 אין המלצות

המקרים בהם רופאי המשפחה לא פועלים לפי ההמלצות:

- חולה שאושפז לביור חום מסיבה לא ברורה (FUO) ובאשפוז אובחן תירואידיטיס. החולה שוחרר עם המלצה לסטרואידים במינון גבוה מדי לדעת רופאת המשפחה. כיוון שכשהגיע אליה לאחר השחרור כבר היה עם מינון סטרואידים גבוה היא לא הייתה יכולה לפעול אחרת, אך לדבריה, אם היה מגיע מייד לאחר השחרור לא הייתה פועלת לפי ההמלצה.
- מקרה שהובא קודם של המלצה לקולונוסקופיה בחולה מבוגר המתקשה ללכת.

המקרים בהם רופאי המשפחה פועלים לפי ההמלצות במידה מועטה:

- המלצה למעקב מיוגלובין בחולה שמאושפזת בביה"ח 'הרצוג'. הבדיקה אינה אפשרית במוסד זה ובהתיעצות עם רופא פנימאי של המוסד הוחלט לוותר על הבדיקה.

המקרים בהם רופאי המשפחה פועלים לפי ההמלצות במידה בינונית:

- המלצה לאשפוז יום בחולה עם אי ספיקת לב. בהתחלה פעל לפי ההמלצה ושלח את החולה לאשפוז יום אך לאחר הביקור הראשון עבר למעקב וטיפול במרפאתו.
- המלצה למעקב אנדוקריני ב'הדסה', הרופאה מסתפקת במעקב של אנדוקרינולוג של קופ"ח ולא בהדסה.
- המלצה לנורוסק, שמאושרת בביה"ח 'הדסה' אך דורשת אשור מיוחד בקופ"ח לכן החליפה לתרופה אחרת מאותה משפחה.
- החלפה בין תרופה מאותה קבוצה לתרופת בחירה של הקופה.
- המלצה לביורור אמבולטורי (אקו לב, מיפוי תליום) בחולה מבוגר שכמעט ואינו נייד.
- המלצה לאקו לב אמבולטורי שלדעת הרופאה היה צריך לעשות באשפוז ושוקלת אם זה נחוץ לאחר השחרור.

שביעות רצון מהמכתב הספציפי

השאלה הייתה: באיזו מידה אתה שבע רצון מאיכות מכתב השחרור הנידון?

התשובה הייתה לפי משתנה קטגוריאלית בעל שש קטגוריות – הרופא שבע רצון מהמכתב במידה רבה מאד, במידה רבה, במידה בינונית, במידה מועטה, כלל לא שבע רצון ולא רלוונטי. מידת שביעות הרצון ממכתבי השחרור של המדגם מתוארת בטבלה 19.

טבלה 19: מידת שביעות רצון ממכתבי השחרור שבמדגם

מידת שביעות רצון ממכתב השחרור	N	% (n=83)
רבה מאד	24	28.9
רבה	44	53.0
בינונית	9	10.8
מועטה	2	2.4
כלל לא	4	4.8
לא ענו	33	

33 שלא ענו: 23 שאלונים ראשוניים שהשאלה לא הופיעה בהם, 7 לא קבלו מכתב שחרור, 3 לא זוכרים

המקרים בהם רופא המשפחה כלל לא היה מרוצה ממכתב השחרור:

- מכתב שחרור זמני שהיה בעצם טיוטא לא סופית וללא המלצות.
- מכתב שלמרות שמהלך האשפוז בו היה די מפורט, לדעת הרופאה היה חסר העיקר – דיון ושיקולים לשנוי בטיפול.
- בשני מקרים הרופאים ענו שאינם מרוצים כלל ממכתב השחרור, למרות שהמכתב היה סביר אלא שלא היו מרוצים מהאשפוז עצמו: אין התייחסות במכתב לבעיות העיקריות של החולה ומקרה שהאשפוז מיותר.

המקרים בהם הרופאים היו מרוצים מהמכתב במידה מועטה:

- לא התייחסו במכתב לבעיות העיקריות של החולה.
- חולת כבד שהייתה שייכת לקבוצת מחקר בנוגע לטיפול במחלתה. במכתב אין הסבר מדוע באשפוז הנוכחי הוחלט להוציא אותה מהמחקר.

המקרים בהם הרופאים היו מרוצים מהמכתב במידה בינונית:

- מכתב עם אנמנזה חלקית – לא צוין שם ביקור קצר שהחולה עשתה סמוך ולפני האשפוז הנוכחי ולא מצוין שהיא הופנתה על ידי הרופא המטפל שלה.
- חולה שעבר אנאפילקסיס במהלך האשפוז ואין לכך התייחסות מתאימה במכתב שחרור.
- טעויות בכתיבת התרופות.
- דיון לא ברור ובנוסף לא נעשתה באשפוז בדיקת תפקודי ריאות שלעת הרופאה נחוצה.
- לא נעשה ברור מספק באשפוז.
- דיון חסר.

כדי לבדוק את הקשר בין מידת שביעות הרצון ממכתב השחרור הספציפי לתקשורת בין הצדדים, השתמשנו במבחן חי בריבוע. ביצענו חיתוך בין שתי השאלות: 1- האם נוצר קשר כלשהו בין הצדדים? ו. 2- מה מידת שביעות רצון רופא המשפחה מהמכתב הנידון? הקשר בין שני המדדים מתואר בטבלה 27 בנספח 3. לפי מבחן זה לא נמצא קשר בעל עוצמה בין שתי העובדות,

P value = 0.330

כדי לבדוק האם יש קשר בין מאפייני רופא המשפחה למידת שביעות הרצון ממכתב השחרור, השתמשנו במבחן חי בריבוע. המאפיין שנבחר היה סוג ההתמחות של הרופא. בוצע חיתוך בין שתי השאלות: 1. מה ההתמחות של הרופא? 2. באיזו מידה הרופא שבע רצון מאיכות מכתב השחרור הנידון. לפי תוצאות המבחן המובאות בטבלה 28 בנספח 3, לא נמצא קשר בעל עוצמה בין שתי העובדות $P \text{ value} = 0.829$.

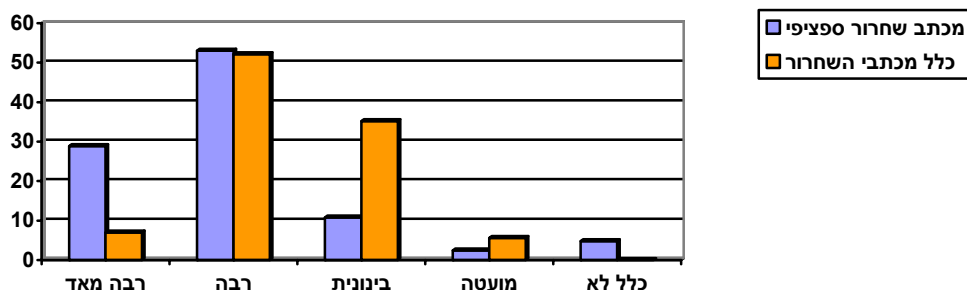
שביעות רצון מכלל מכתבי השחרור מהמחלקות הפנימיות ב"הדסה"

השאלה הייתה: באיזו מידה אתה שבע רצון, בדרך כלל, ממכתבי השחרור מהמחלקות הפנימיות בביה"ח "הדסה"? התשובה הייתה לפי משתנה קטגוריאל בעל שש קטגוריות – הרופא שבע רצון ממכתבי השחרור במידה רבה מאד, במידה רבה, במידה בינונית, במידה מועטה, כלל לא שבע רצון ולא רלוונטי. מידת שביעות הרצון הכללית ממכתבי השחרור מהמחלקות הפנימיות ב"הדסה" מתוארת בטבלה 20.

יש לציין שאת המדגם של שאלה זו צמצמתי לתשובה אחת לכל רופא שהשתתף במדגם. כלומר, במקרים של רופא שענה על יותר משאלון אחד התחשבתי בהערכה הגבוהה יותר שנתן. היו רופאים שהשאלה לא רלוונטית לגביהם כיוון שאינם מאזור ירושלים ולעיתים רחוקות חולים שלהם מתאשפזים בהדסה.

טבלה 20 : מידת שביעות רצון כללית ממכתבי השחרור

מידת שביעות רצון ממכתבי השחרור	N	(n=71)%
רבה מאד	5	7.0
רבה	37	52.1
בינונית	25	35.2
מועטה	4	5.6
כלל לא	-	-
לא ענו	24	



גרף 1: מידת שביעות הרצון ממכתבי השחרור מהמחלקות הפנימיות בביה"ח הדסה

דיון

מטרת הסקר היתה לבדוק את איכות התקשורת בין רופאים בבי"ח לרופאי משפחה, באמצעות הערכת איכות מכתבי השחרור וגורמים נוספים שהינם מרכיב בקשר בין שתי המערכות. בדיון התוצאות, אתיחס לתוצאות המדגם עצמו בשילוב ההערות שנאספו תוך כדי הראיונות הטלפוניים וההערות שעלו מתוך ראיונות העומק שקוימו כשלב ראשוני בסקר.

אוכלוסית המחקר

אוכלוסית המחקר לא נבחרה באופן רנדומלי. למרות זאת, אינני רואה בכך גורם היכול להוות הטיה כיוון שרשימות החולים נלקחו בימים שונים ותקופות שונות. הקפדתי לקחת רשימות חולים מכל אחת משלושת המחלקות הפנימיות בביה"ח הדסה. הגורם שכן יכול להוות הטיה הוא העובדה שרק חלק מצומצם של הרופאים מתוך הרשימה הראשונית, אותר ושיתף פעולה.

85% מהחולים שהשתתפו בסקר הם מבוטחים של קופ"ח כללית (טבלה 1). נתון זה גדול ב 15% מהנתון במציאות, כפי שמשקף מהתפלגות המאושפזים במחלקות הפנימיות ב"הדסה עין כרם" על פי נתוני המחלקה הסטטיסטית של ביה"ח "הדסה" (טבלה 2). גם התפלגות החולים לפי קופות החולים האחרות בסקר שונה מהמציאות, אך שוני זה אינו משמעותי כיוון שבמדגם קופות אלו מיוצגות ע"י חולים בודדים. הסיבה לפערים אלו היא הקושי שהיה באיתור שמות רופאי המשפחה של חולים שאינם מבוטחים בקופ"ח "כללית" כפי שהוסבר בשיטות המחקר. בנוסף, הנתונים לגבי התפלגות החולים ב"הדסה" נוגעים לשנה האחרונה בעוד שנתוני הסקר נאספו לפני כשנתיים. למרות זאת יש להניח שהתפלגות החולים בביה"ח הדסה לא השתנתה באופן משמעותי בשנה האחרונה.

ייתכן שיש בפער זה הטיה מסוג selection bias לגבי פרק ההמלצות, מכיוון שלכל קופה סל בריאות שונה. כדי לבדוק האם להשתיכות של החולה לקופת חולים מסוימת יש השפעה על מידת ההתאמה של ההמלצות, ביצענו מבחן חי בריבוע וחיתוך בין השתיכות לקופה לבין המצאות המלצות שאינן בסל הבריאות (טבלה 27 בנספח 3). לפי תוצאות המבחן אין קשר בעל מובהקות סטטיסטית בין המשתנים. אפשר לראות בתוצאות המבחן ומכך שרוב המתאשפזים במחלקות הפנימיות ב"הדסה" הם מבוטחים של קופ"ח כללית, עובדות שמפחיתות מהאפשרות שיש כאן הטיה. אך בשל מיעוט המשתתפים שאינם מקופ"ח "כללית" קשה להסיק מסקנות ממבחן זה וייתכן שאם המדגם היה רחב יותר וכולל מספר חולים משמעותי מקופות החולים האחרות, היה ניתן לראות שוני זה. בנוסף, קים שוני בין המבוטחים ואף בין הרופאים בקופות השונות, שיכול להוות הטיה.

נתוני הרקע של הרופאים

החלק הראשון של השאלון עסק במאפייני אוכלוסית המחקר. נאספו נתונים דמוגרפיים ומקצועיים של הרופאים שהתראינו בסקר. מטרת השאלות היתה לבדוק האם יש קשר בין מאפייני רופא המשפחה לדרישות והצפיות שלו מהמערכת הרפואית בתחום אותו בדקנו.

התפלגות הרופאים לפי מקום למודי רפואה מתוארת בטבלה 3. מקום רכישת ההשכלה הרפואית הוא מנבא טוב למספר מדדי איכות ברפואה בארץ. בכל זאת, בניתוח התוצאות מצאתי שאלה זו בעייתית, כיוון שמקום למודי הרפואה אינו בהכרח ארץ המוצא של הרופא. לדוגמה, הרופאים שמוצאם ערבי לא למדו בישראל ולפי שאלה זו לא ניתן לאפיין אותם כיוון שהם מתפלגים בין שתי קבוצות: חלקם למדו בבריה"מ וחלקם במדינות אירופה (אחר). קבוצת הרופאים ממוצא ערבי היא דוגמה לקבוצה שתוך כדי הסקר הבחנתי בכמה מאפיינים שחזרו אצלה: ברב הראיונות נתקלתי בקושי לתקשר בשל השפה וחלק מהראיונות אף התקיימו באנגלית. הרבה הדגישו את הצורך במכתב מודפס במיוחד על רקע קשיי השפה. שנית, חשתי במידה רבה יותר של השתדלות ואף התלהבות להיענות לסקר מצד רופאים ממוצא ערבי ביחס לשאר הרופאים.

דוגמה נוספת לבעייתיות השאלה: רופאים שלמדו בבריה"מ, חלקם עולים חדשים אך חלקם כבר וותיקים בישראל. לעומת זאת, ישנם רופאים שהם עולים חדשים ולא למדו בבריה"מ, כך שלא ניתן ללמוד משאלה זו האם הרופא הוא עולה חדש או לא. מכיוון ששאלה זו לא הוגדרה נכון מלכתחילה, לא נכון לשחזר בדיעבד מי היו עולים חדשים על סמך התרשמות אישית ממבטא וקשיי שפה. לעומת זאת את הרופאים הערביים ברשימה קל לאתר לפי שמם. מתוך 93 הרופאים שהשתתפו בסקר 15 (16%) הם ממוצא ערבי.

התפלגות הרופאים לפי התמחות מתוארת בטבלה 4. הייתי מצפה, שמומחים ברפואת משפחה יהיו בעלי אוריינטציה קהילתית יותר מאשר רופאים כלליים או מומחים אחרים, ולכן יהיו רגישים יותר לגבי התקשורת בין הדיסציפלינות ולגבי התאמת ההמלצות לצרכי החולה. וההיפך, מומחים שאינם רופאי משפחה, מכיוון שעיקר ההתמחות שלהם הייתה בביה"ח, יזדהו יותר עם המערכת הרפואית בביה"ח ולכן יהיו פחות ביקורתיים כלפיה. את הקשר בין ההתמחות של הרופא המטפל למידת הביקורתיות שלו בדקתי על ידי חיתוך בין סוג ההתמחות לשתי שאלות:

1. באיזו מידה ניתן באשפוז מענה לבעיה העיקרית של החולה (טבלה 26 בנספח 3)
2. מידת שביעות הרצון ממכתב השחרור הספציפי (טבלה 29 בנספח 3).

בשני המבחנים לא נמצא קשר בעל מובהקות סטטיסטית בין המשתנים, אך כמו שצינתי בדומה למבחני חי בריבוע הנוספים שבוצעו, גם פה המדגם קטן, וקשה להסיק ממנו מסקנות. בעייתיות נוספת במבחן הנידון, המקשה על הסקת מסקנה היא, שהתפלגות הרופאים לפי התמחות בטבלאות הנ"ל אינו תואם לנתונים בטבלה 4 (מספר רופאי המשפחה לפי טבלה 4 הוא 45 ולפי הטבלה הנוכחית הוא 56 וכן בשאר ההתמחויות). זאת כיוון שבהתפלגות הרופאים לפי התמחות התיחסנו למספר הרופאים שהשתתפו בסקר ואילו פה הטבלה מתיחסת להתמחות לפי מקרה ולא לפי רופא, וזה מעוות את התוצאות כיוון שלחלק מהרופאים היו מספר מקרים שהשתתפו בסקר.

תקשורת ישירה בין הצדדים

אחד החלקים המרכזיים של הסקר נוגע לשאלה האם נוצר קשר טלפוני כלשהו בין הרופאים בבי"ח לקהילה. רופאי המשפחה ציינו את שיחת הטלפון כאמצעי קשר מועדף שכמעט ואינו מתקיים. גם על פי הספרות עולה שרופאי המשפחה מעדיפים את שיחת הטלפון כאמצעי קשר. במחקר של Blankenship¹¹ וחבריו שבדקו את העדפתם של רופאים בנוגע לתקשורת טלפונית

נמצא שרב הרופאים שהשתתפו במחקר דרגו את התקשורת הטלפונית כ"מאד יעילה" והעדיפו דווח ע"י טלפון אישי או בפקס. 95% סברו ששיחה טלפונית בשעות העבודה היא "הפרעה מינימלית" או "כלל לא מפריעה".

התמונה המצטיירת מנתוני המדגם מתאימה לדווח של הרופאים שהתראיינו לראיון המקדים. מנתוני המדגם עולה שרק ב 22.4% מהמקרים (26 מתוך 116) נוצר קשר כלשהו בין הצדדים. ב 11 (9.5%) מקרים הנסיון היה מצד רופאי ביה"ח – נתון זה אף יותר קטן מאחוז ההנחה שעל-פיה נבנה גודל המדגם: שב 12.5% מהמקרים נוצר קשר טלפוני מצד רופאי ביה"ח. ב 12 מקרים הנסיון היה מצד רופא המשפחה. מתוך 24 (20.7%) נסיונות ליצירת קשר טלפוני מצד רופאי המשפחה, רק ב 12 מקרים הרופאים נענו. במקרים של חולים שהופנו על ידי רופא המשפחה לא היה סיכוי יותר גבוה שיווצר קשר בין הרופאים סביב האשפוז, לעומת חולים שהגיעו ללא הפניה, על פי מבחן חי בריבוע שמתואר בטבלאות 21-24 שבנספח 3. כשמסתכלים על טבלאות אלו, ניתן לראות שמתוך המקרים שבהם נוצר קשר ביוזמת אחד הצדדים, יותר מקרים היו במקרה שהיתה הפניה. ניתן לראות בעובדה זו נטיה לכך שכאשר קימת הפניה יש יותר סכוי שיווצר קשר טלפוני. אך כיוון שהמדגם קטן ובסך הכל מדובר במספר מקרים מצומצם שנוצר בהם קשר, לא ניתן להסיק מסקנה סטטיסטית מהנתונים.

אני רוצה להביא פה את אחת התגובות שהתקבלה מצד רופא שטען ש"יותר קל להשיג את רופא המשפחה מאשר ההיפך כיוון שבהפניה רשום הטלפון הישיר של רופא המשפחה במרפאה ואם רופא המשפחה עסוק אפשר לבקש שייצור קשר כשיתפנה. לעומת זאת, בניסיון ההפוך, לרופא המשפחה קשה לאתר את המחלקה שבה החולה מאושפז ואת הרופא המטפל, שלרב הוא בביקור." בנקודה זו חשוב לי להוסיף את נסיוני ביצירת קשר טלפוני עם רופאי המשפחה במהלך עבודת הסקר. ברוב המקרים שבהם יצרתי קשר עם רופא המשפחה זכיתי לשיתוף פעולה, אך יש לציין שזה לא היה קל. גם במקרים שחשתי מצד הרופאים התלהבות מהסקר ורצון להיענות, היה קשה ליצור קשר: רב הרופאים לא עונים לטלפונים בשעות קבלת חולים. חלקם מוכנים לענות לטלפון בין חולה לחולה אך זה דורש תזמון מדויק או המתנה ארוכה. למרות שהשתדלתי להתקשר לכל רופא סמוך לתחילת היום או לסוף היום שלו, הרבה פעמים השיחה הוחמצה משום שרגע אחד עוד היה אצלו חולה ורגע לאחר מכן הרופא כבר עזב את המרפאה. בחלק מהמקרים מזכירות המרפאה לא העבירו אותי אל הרופא ורק חלק מהרופאים החזירו תשובה להודעה שהשארתי. מיעוט של רופאים לא רצה לשתף פעולה מסיבות לחץ וקוצר זמן.

חשוב לי לפרט עובדות אלו משום שהן מלמדות על התנאים שבהם עובדים הרופאים משני הצדדים ומנסים לתקשר. מתוך העבודה "בשטח" יכולתי לחוות דווקא את הקושי של רופאי ביה"ח שמנסים ליצור קשר עם רופא קהילה. עובדות אלו מתישבות עם הערה נוספת שקיבלתי מאחד הרופאים שענה על השאלון הטלפוני שהעיר לי שניסוח השאלה אינו מדויק מכיוון שהשאלה שואלת האם נעשה ניסיון מצד הרופאים בביה"ח, אך למעשה רופאי המשפחה אינם יכולים לדעת על כל ניסיון כזה אלא רק אם בסופו של דבר הוא קיבל טלפון מרופא ביה"ח. ממהלך הסקר שלנו מתקבל הרושם שהמצב בירושלים זהה למצב המתואר באוסטרליה⁴ וכמו שמתואר במחקר של Blankenship¹¹ שבו נעשה ניסיון ליצור קשר טלפוני עם רופאי המשפחה של חולים לאחר פרוצדורה לבבית. רק במחצית מהמקרים הצליחו להשיג את רופא המשפחה

בשיחת טלפון אחת, בשליש מהמקרים לא השיגו את רופא המשפחה גם לאחר חמש נסיונות טלפוניים. המסקנה של אותו מחקר היתה ש"רוב רופאי המשפחה רואים בשיחה טלפונית אישית כאמצעי יעיל ומועדף, אך האפקטיביות של שיחת טלפון רוטינית מוגבלת בשל חוסר זמינות של רופא המשפחה במהלך שעות העבודה ובשל הזמן הנדרש לדווח טלפונית".

אני לא ספרתי את מספר הנסיונות הטלפוניים שבוצעו עד שהשגתי את רופא המשפחה, אך במיקרים ספורים זה היה לאחר שיחת טלפון אחת. ברוב המקרים נדרשו בין שלושה לחמישה נסיונות טלפוניים ובהרבה מקרים אף יותר מכך. בכל זאת עלי לסייג פה את הדברים, אני הצגתי את עצמי כסטודנטית שעורכת סקר מטעם "הדסה". יש להניח שכאשר רופא המשפחה יודע שהטלפון הוא מרופא ביה"ח בנוגע לחולה מאושפז, אז יש יותר נכונות להתפנות לכך. גם מניסיוני, כשהצגתי עצמי בכלליות "מהדסה", בלי לומר "סטודנטית" או "סקר", לרב זכיתי ליחס מידי.

גם אם נסתכל על הקושי של שני הצדדים ביצירת הקשר, הנתון שרק ב 22% מהמקרים נוצר קשר כלשהו בין הצדדים עדיין אינו מספק.

הערכת האשפוז עצמו

השאלה הראשונה בחלק זה נגעה **למטרת האשפוז**. כפי שצויין בתוצאות, שאלה זו הופיעה בשאלון כשאלה פתוחה, שבשלב עיבוד הנתונים הייתה בעייתית. הייתי מעוניינת לדעת דברים כגון: האם האשפוז הוא אלקטיבי – כיוון שאשפוז כזה הוא בדרך כלל מתואם מראש ויכולה להיות לכך השפעה על התקשורת עם הצוות הרפואי, או האם מדובר בבעיה מיוחדת שדורשת בירור או טיפול שאינם שגרתיים ודורשים הסבר מיוחד.

למעשה, לא כל תשובה שניתנה נכנסה באופן מוגדר לקטגוריה אחת מתוך הקטגוריות שהוגדרו בשלב עיבוד הנתונים. לדוגמא: חולים שאושפזו בשל כאבים בחזה – חלק מהרופאים הגדירו את מטרת האשפוז כ"בירור כאבים בחזה", חלקם כ"כאבים בחזה לטיפול והשגחה" וחלקם רק כ"כאבים בחזה". כמו כאבים בחזה כך גם קוצר נשימה או מחלת חום יכולים להיות גם לבירור וגם לטיפול והשגחה. לכן, קשה להתייחס לשאלה זו ולמעשה, החלוקה המשמעותית יותר היא החלוקה לאשפוזים אלקטיביים או לא אלקטיביים.

השאלה העיקרית בחלק זה של השאלון היתה האם ניתן **מענה לבעיה** שבגינה המטופל מאושפז. מחלק זה של השאלון היה ניתן ללמוד כיצד רואים רופאי המשפחה את הטיפול הכולל בחולה בביה"ח, ניהול המקרה וההתייחסות לבעיותיו. לעיתים היה קיים פער משמעותי בין התרשמותם ממכתב השחרור לעומת התרשמותם מהאשפוז עצמו. בראיונות המקדימים העירו הרופאים שקורה שיש התייחסות לבעיה העיקרית ולא לבעיות נוספות של החולה. הערות דומות בנושא זה התקבלו גם מהרופאים בשלב הראיונות הטלפוניים וניתן לראות זאת גם בסיפורי המקרים בנושא זה. היו רופאים שציינו שבדרך כלל בהדסה, מכתבי השחרור מפורטים וברורים אך הבעיה היא בהתייחסות לחולה או רופא המשפחה. היו מקרים הפוכים שרופא המשפחה היה מרוצה מאד מהטיפול אך לא ממכתב השחרור. יש לציין, שהיו מקרים שרופאי המשפחה ציינו במיוחד את היחס הטוב באשפוז.

מתוצאות המדגם המפורטות בטבלה 10 עולה ששביעות רצון הרופאים מהטיפול בבעיה העיקרית היא בסך הכל טובה. ברב המקרים 75 (66.4%) ענו הרופאים שהמענה שניתן היה במידה רבה. בחמישה מקרים (4.4%) כלל לא ניתן מענה. בשאר המקרים 33 (29.2%) ענו הרופאים שהמענה שניתן היה במידה בינונית או מועטה. מתוכם, בשמונה מקרים, הרופאים הסתייגו ואמרו שמדובר בחולה עם בעיה מורכבת שממילא לא ניתן לשפר את המצב למרות שהצוות הרפואי עשה את המאמץ הדרוש.

בהמשך לדיון בשביעות הרצון מהאשפוז עצמו, ניסיתי לבדוק האם לגורמים נוספים יש השפעה על הערכת האשפוז עצמו, כגון הקשר בין מאפייני הרופא למידת הערכת האשפוז עצמו שהובאה בדיון בנתוני הרקע של הרופאים. באותה צורה, הנחתי שבמידה והיתה תקשורת בין הצדדים סביב האשפוז, ניהול המקרה באשפוז יהיה מתואם עם רופא המשפחה ולכן הערכת האשפוז עצמו תהיה גבוהה יותר. הנחה זו נבדקה במבחן חי בריבוע ע"י חיתוך בין שביעות הרצון מהאשפוז והווצרות תקשורת כלשהי בין הצדדים המובאת בטבלה 25 בנספח 3. לפי תוצאות המבחן לא נמצא קשר בעל מובהקות סטטיסטית בין העובדות. קשה להסיק ממבחן זה מסקנות כי כאמור, מספר המקרים שבהם נוצרה תקשורת היה קטן (24). למרות זאת ניתן לראות שבכל חמשת המקרים שבהם סברו רופאי המשפחה שכלל לא ניתן מענה באשפוז, לא היתה כלל תקשורת בין הצדדים. גם ברב המקרים (87.5%) שהוערכו כמידת מענה מועטה, לא היתה כל תקשורת בין הצדדים.

הערכת מכתב השחרור

השאלה הראשונה בחלק שעסק בהערכת מכתב השחרור נגעה לאופן הגעת המכתב לרופא המשפחה. על פי הספרות עולה ששיעור מכתבי השחרור שאינם מגיעים ליעדם נע בין 35%-40% ואף יותר מכך. זאת על פי המחקר של Walraven¹ שבדק את יעילות המערכת הכותבת את מכתבי השחרור. במחקר זה לא מצוין כיצד המכתבים הגיעו ליעדם, אך יש להניח שהמכתבים שכן הגיעו ליעדם (49.1%) הגיעו בדואר, כיוון שבתאור שיטות המחקר מתואר שכאשר נוצר מכתב השחרור הרופא מבקש לשלוח העתק לרופא המשפחה ובמידה ויש לרשומות הרפואיות את פרטי הרופא ההעתק נשלח. במחקר האוסטרלי של S.Willson² העריכו שרק ב 27.1% מתוך 569 התיקים הרפואיים שהשתתפו במדגם נוצרו מכתבי שחרור שנשלחו והגיעו ליעדם. מתוך 15 בתי חולים שהשתתפו במחקר – עשרה דווחו שהם שולחים את המכתב רק ע"י החולה, בשאר בתי החולים שולחים את המכתב בפקס או בדואר בכל מקרה.

על פי נתוני המדגם המובאים בטבלה 11, נראה כי שיעור הגעת המכתבים ליעדם גבוה ממה שמופיע בספרות אך בשונה מבספרות, המכתבים אינם נשלחים בדואר או בפקס אלא ע"י החולה בלבד, חוץ מבמקרים יוצאי דופן. 99 (85.3%) ממכתבי השחרור שהשתתפו במדגם הגיעו לרופא המשפחה דרך החולה או משפחתו. ב 11 מקרים (8.5%) המכתב לא הגיע כלל לרופא המשפחה ורק שלשה מכתבים (2.6%) הגיעו בדואר.

בראיונות המקדימים הרופאים העירו על כך שרופא המשפחה לא מכותב באופן אישי במכתב השחרור. רופאי המשפחה חושבים שראוי היה שבמכתב יהיה מצוין שם רופא המשפחה שמטפל בחולה ופרטיו ושמות הרופאים האחרים שמטפלים בחולה במידה וישנם, כגון חולים שנמצאים במעקב אצל קרדיולוג קבוע בקהילה. הדבר מביא למודעות הצוות המטפל בבי"ח שיש רופאים נוספים שמעורבים בטיפול בחולה.

במסגרת חיפושים שערכתי בתיקים של משוחררים, בדקתי גיליונות אשפוז רבים. במקרים ספורים ראיתי את שם רופא המשפחה מצוין בגיליון אשפוז, גם כאשר קימת בתיק הפניה עם שם רופא המשפחה ופרטיו. גם בספרות קימת התייחסות לבעית הכיתוב האישי, באותו מחקר נידון² נבדקו 481 מכתבי שחרור ונמצא שרק ב 42% מהמכתבים נמצא שם רופא המשפחה אליו מיועד המכתב.

ניתן ללמוד מהעובדה- שלמרות שהמכתבים לא נשלחים באופן רשמי לרופא המשפחה ובכל זאת רובם מגיעים דרך החולה לרופא המשפחה- שקימת הבנה בקרב החולים לגבי חשיבות המשך המעקב אצל רופא המשפחה ורובם מבצעים זאת. השאלה היא אם לביה"ח יש תרומה לכך. החולה מוזמן לביקורת במרפאות הפנמיות בביה"ח כמספר שבועות לאחר השחרור, אך מלבד זאת, בביה"ח סומכים על כך שהחולה יגיע לרופא המטפל לכשישתחרר ובכך יהיה הגשר ביניהם. הבעיה מתעוררת כאשר מדובר בחולה שאינו נייד ולא יכול להגיע לרופא המשפחה בעצמו או כשמדובר בחולה שאינו מודע לחשיבות המשך הטיפול והמעקב או חולה חסר מוטיבציה. זהו אמנם פרט טכני, אך הוא גם מבטא את היחס של המערכת הרפואית בבי"ח למערכת הקהילתית שאחראית להמשך הטיפול והמעקב בחולה.

בראיונות המקדימים שאלתי את רופאי המשפחה, האם הם מתרשמים שלקראת השחרור החולה מקבל **הסבר** לגבי חשיבות הביקור אצל רופא המשפחה לאחר השחרור. הרופאים הסתייגו בתשובתם לשאלה זו, כיוון שממה שהחולים מספרים לאחר האשפוז, קשה להסיק לגבי מה באמת נאמר להם בביה"ח. במצב הלחץ שבו החולים נמצאים לא זוכרים הכל. הרושם הוא שהחולים מקבלים הסברים על הטיפול התרופתי, אך נראה שהמסר שהם מקבלים לגבי פניה לרופא המשפחה לאחר האשפוז הוא כדי להשיג התחייבות או מרשמים לטיפולים ולא מוסבר חשיבות המשך הטיפול והמעקב אצל רופא המשפחה. זה דבר שתלוי בקשר של החולה עם רופא המשפחה שלו.

עוד דבר שנראה שפחות זוכה להתייחסות בהסברים בשחרור הוא המלצות שאינן תרופתיות כגון מנוחה, תפקוד מיני ושקום לב לאחר ארוע לבבי. אך גם כאן יש להסתייג ולזכור שיייתכן שההסברים ניתנו אך החולים לא זוכרים זאת. היתה רופאה שמתרשמת שלא תמיד החולה מקבל הסבר לגבי מחלתו ולגבי הטיפול *‘הרבה פעמים חולה בא אלי עם כל מני שקיות של תרופות ושואל אותי מה הוא צריך לעשות, ומה בדיוק היה לו, היה לי התקף לבי’*

בארבעה השאלונים הראשונים הייתה התייחסות לנושא זה, הרופאים נשאלו באיזו מידה להערכתם החולה קיבל הסבר לקראת השחרור אודות חשיבות הביקור אצל רופא המשפחה והסבר לגבי המלצות התרופתיות ושאין תרופתיות. גם בראיונות הטלפוניים הרופאים הסתייגו מהשאלה כיוון שהתקשו לענות עליה ולהעריך או בעצם לנחש האם ומה הוסבר לחולה. לאור זאת הוחלט להשמיט שאלות אלו מהשאלונים הבאים. למרות ששאלת ההסבר אודות חשיבות הביקור

אצל רופא המשפחה לאחר השחרור נוגעת לתקשורת בין רופאי ביה"ח לרופאי המשפחה, או יותר נכון משקפת את התייחסותם של רופאי ביה"ח על נושא זה, היא נוגעת לתקשורת בין רופאי ביה"ח למטופלים. לכן גם מסיבה זו הוחלט לא להמשיך לשאול שאלה זו בהמשך.

קריטריון נוסף לאיכות מכתב השחרור היה האם המכתב **מודפס**. למרות שעל פי המדגם 94.6% מהמכתבים מודפסים, בחלק האחרון של השאלון שבו הרופאים נשאלים מה לדעתם יש לשפר, רבים אמרו שאחד הדברים שמפריעים להם ביותר הוא מכתבים שאינם מודפסים. ציינו זאת במיוחד רופאים ממוצא ערבי: כאשר המכתב הוא בכתב יד הוא כמעט לא שימושי מבחינתם, כיוון שקשה להבין מה שכתוב בו. זו נקודה שחובה להתייחס אליה ואפשר ליישם אותה בקלות, להקפיד שמכתבי השחרור יהיו מודפסים, בפרט מכתבי שחרור של חולים ממוצא ערבי.

הקריטריונים הבאים לאיכות מכתב השחרור היו שיעור המצאות או העדרות סעיפים הנחשבים חיוניים במכתב השחרור על פי הספרות ועל פי הראיונות המקדימים. ¹ Walraven ושותפו בדקו שעורי העדרות מידע חיוני שהופיע בתיק הרפואי והושמט ממכתב השחרור. הוא מצא שב 25.5% מתוך 106 מכתבי שחרור שנבדקו לא צוינה האבחנה בשחרור. 42.9% מהמידע לגבי תוצאות בדיקות מעבדה ובדיקות אבחנתיות שנמצא בתיקים הרפואיים הושמט ממכתבי השחרור. חלק מהמידע שהושמט: 49(62.8%) מתוך 78 תרשימי אק"ג, 40 (38.8%) מתוך 103 בדיקות הדמיה, והשמטת 21%-29% מתוצאות בדיקות המעבדה. במחקר האוסטרלי² שהוזכר קודם נבדקו 481 מכתבי שחרור בהשוואה לתיקים הרפואיים ונמצא שב 36.4% (175 מכתבים), המידע אינו תואם למידע בתיקים הרפואיים: 17.3% שגיאות קליניות שכללו מידע לגבי אבחנות, תוצאות מעבדה, טיפול, אלרגיות, ניתוחים או פרוצדורות. בנוסף היתה השמטה של מידע חיוני: ב 10.4% מהמכתבים לא הופיעה האבחנה העיקרית, ב 64.8% מהמכתבים לא הופיעו תוצאות בדיקות אבחנתיות, ב 59.1% מהמכתבים לא היתה התייחסות לסיבוכים.

תוצאות המדגם שלנו בנושא, המתוארות בטבלה 12, נראות יותר מעודדות מהנתונים בספרות עם זאת יש לציין, שהמדגם שלנו פחות מדויק כיוון שבדק את הערכת רופאי המשפחה את מכתבי השחרור ללא השוואה לתיק הרפואי ובשל בעיות נוספות שיפורטו בהמשך.

על פי המדגם עולה כי ב 3.8% מהמקרים (3 מכתבים) לא מופיעות **אבחנות**. זה נתון שיכול להחשב קטן, אך ביחס למידע כל כך בסיסי וחיוני זה בכל זאת אחוז משמעותי. בנוסף יש לציין שמספר רב של רופאים שענו על שאלה זו בראיונות הטלפוניים הוסיפו ואמרו שלא פעם קורה שהם מקבלים מכתב שחרור ללא אבחנות, כך שיתכן שבמציאות שיעור העדרות האבחנות גדול יותר. כיוון שב 25 השאלונים הראשונים השאלה הזו לא הופיעה קשה להסיק מהנתונים הקיימים עד כמה תופעה זו חוזרת על עצמה.

כיצד קורה שיוצא מביה"ח מכתב ללא אבחנות? על סעיף האבחנות במכתב חייב לחתום הרופא הבכיר במחלקה. אם הרופא הבכיר לא חתם בעצמו על האבחנות, הן לא יוכנסו למכתב השחרור של הרשומות הרפואיות. אם מכתב השחרור לא הודפס ע"י המתמחה עצמו במחלקה, אלא החולה מקבל מכתב שהוכתב במחלקת הרשומות ולא קיבל חתימת רופא בכיר, האבחנות יהיו חסרות. ברוב המקרים הרופא המתמחה במחלקה מדפיס בעצמו את מכתב השחרור והחולה יכול לקבל את מכתב השחרור לפני שעבר במחלקת הרשומות וכך, אם המתמחה ציין אבחנות הן לא יושמטו.

בשלת הסעיפים הנוגעים לסיבוכים, ייעוצים פרוצדורות ואינדיקציות, קימות מספר בעיות שיכולות להטות את תוצאות המדגם:

- המדגם בשאלות אלו קטן כיוון שמספר משמעותי של רופאים לא ענו לשאלות אלו (40-60). רופאים רבים התקשו לענות על שאלות אלו יותר מאשר על השאלות בנוגע לפירוט בדיקות מעבדה, אק"ג, הדמיות או אבחנות. הסיבות שיכולות להסביר זאת:

- ❖ הנתונים שנוגעים לבדיקות מעבדה, אק"ג, הדמיות ואבחנות מצוינים כל אחד מהם בנפרד תחת כותרת ומקום מוגדר משלו במכתב השחרור. לעומתם הסיבוכים והייעוצים בדרך כלל שזורים בתוך החלק הנראטיבי של מהלך האשפוז.

- ❖ לדעת האם היו סיבוכים או ייעוצים דורש מידת מעורבות ועדכון באשפוז.

- גם כאשר הרופאים ענו לשאלה זו, התשובות לא היו חד משמעיות:

- ❖ כמו שציינתי קודם, רופאים רבים ענו על השאלון מהזכרון ולא כשהגליון מולם, ויכולתי לחוש שחלקם ענו שלא מתוך מחשבה מספקת. השאלה שנגעה לסיבוכים הייתה בעיתית, כיוון שרופאים רבים לא זכרו או לא היו מספיק מעורים באשפוז כדי לדעת האם לחולה היו סיבוכים והאם הם הוזכרו במכתב או לא. מאותה סיבה גם השאלה בנוגע לייעוצים הייתה בעיתית, בנוסף, חלקם ענו מתוך היסח דעת ולא התייחסו לכך שייתכן וייעוץ לא היה כלל רלוונטי במקרה זה.

- ❖ השאלה בנוגע לפרוצדורות ואינדיקציות הייתה בעייתית כיוון שבשלב בניית השאלון לא הוגדרו לכך קריטריונים מדויקים. כיוון שכך, נוצר חוסר אחידות בתשובות שניתנו לשאלה זו. פרוצדורות חודרניות כגון צנטור וביופסיה נחשבו כפרוצדורות אך גם מבחן מאמץ או הדמיות כגון C.T. נחשבו כפרוצדורות ולעיתים אף פעולות מינמליסטיות כצילום חזה או לקיחת תרביות נחשבו כפרוצדורה. ב 75 מקרים (64.6%) הרופאים השיבו על שאלה זו ורק 41 (35.4%) טענו שהשאלה אינה רלוונטית למקרה, עובדה שנראית לא הגיונית. ההשפעה של חוסר אחידות זו אינה על ה- 8% שדווחו שלא היה פירוט לגבי הפרוצדורות, אלא בתוך אלו שדווחו שזה אינו רלוונטי לגביהם ייתכן שקיימים מקרים שזה כן נוגע אליהם וההיפך. אף רופא שדווח שלא היה פירוט לגבי פרוצדורות ואינדיקציות לא ציין איזו פרוצדורה לא מצוינת.

מנתוני המדגם עולה שבסך הכל ב 12.5% מהמקרים לא היה פירוט לגבי סיבוכים, ב 14.5% לא היה פירוט לגבי ייעוצים, וב 8% לא היה פירוט לגבי פרוצדורות ואינדיקציות. אך לאור ההערות שצויינו, יש להסתייג מתוצאות המדגם בנוגע לשלת סעיפים אלו, במיוחד בנוגע לפרוצדורות.

התוצאות המשמעותיות בחלק זה של המדגם נגעו להשמטה של תוצאות בדיקות מעבדה ואק"ג. ב 19 (23.2%) מקרים היה חסר פענוח אק"ג. מתוכם כ-9 הם מקרים של חולים קרדיאליים מובהקים (חולים עם כאבים בחזה או אי ספיקת לב). ב 13 (16.3%) מקרים לא הופיעו תוצאות בדיקות מעבדה.

בנושא **ההדמיות** נשאלו שתי שאלות: הראשונה היתה באיזו מידה מופיע פענוח ההדמיות? שהתשובה לה היתה לפי משתנה סרגלי והיא מפורטת בטבלה 14. שאלה זו היתה בעיתיות כי כמו בשאלה לגבי דווח על פרוצדורות גם פה הגדרת המושגים לא הייתה החלטית, לגבי מה נחשב לפענוח מפורט, לדוגמא: האם יש לפרט צילום חזה מעבר ל"תקין"?

המדגם בשאלה זו היה מצומצם וכלל 76 מקרים שבהם ענו לשאלה זו, מתוכם ב 14 מקרים (18.4%) היתה שביעות רצון בינונית עד כלל לא. ב 62 (81.6%) מקרים פענוח ההדמיות היה מספק במידה רבה. ב 40 מקרים לא השיבו על שאלה זו או שהשאלה היתה לא רלוונטית. לאור התפלגות זו ואופי השאלה נראה שהיה כדאי לבנות שאלה זו כמשתנה דיכוטומי.

השאלה הבאה בנושא היתה לגבי הדמיות שבוצעו באשפוז ולא הופיעו במכתב השחרור, שהתשובה לה הייתה במשתנה דיכוטומי, והיא מפורטת בטבלה 12. בשאלה זו המדגם היה גדול יותר, מתוך 96 מקרים שענו לשאלה זו, רק 6 ב 6 מקרים (6.5%) לא היה פענוח הדמיות. למרות ההסתיוגות מתוצאות המדגם בשאלה הראשונה בנושא, אם נסכם את שתי השאלות, נראה שבסך הכל לפי תוצאות המדגם רופאי המשפחה מרוצים מפירוט ההדמיות במכתב השחרור, בנוסף שאלה זו לא גררה תגובות נלוות.

בהקשר לפירוט בדיקות מעבדה אני רוצה להתייחס פה לפירוט **תפקודי הקרישה**. לפי תוצאות המדגם המתוארות בטבלה 15 ב 87.5% (21) מהמקרים ששאלה זו היתה רלוונטית לגביהם פירוט תפקודי הקרישה היה מספק במידה רבה. בשאר (3) המקרים ששאלה זו היתה רלוונטית לגביהם התשובה היתה שכלל לא הופיע פירוט תפקודי הקרישה, כך ששאלה זו שנבנתה כמשתנה סרגלי הפכה לשאלה עם משתנה דיכוטומי. כיוון שברב המקרים שאלה זו היתה לא רלוונטית, גודל המדגם היה מצומצם (24 מקרים) כך שעוצמת המדגם בשאלה זו בעיתית. בנוסף שאלה זו לא גררה תגובות בשלב הראיונות הטלפוניים.

לפי תוצאות המדגם (טבלה 13) רב רופאי המשפחה (85%) מרוצים מרמת ה**דיון** של מכתבי השחרור מהמחלקות הפנמיית בהדסה והרבה ציינו זאת כצד החזק של מכתבי השחרור מהדסה.

בסיכום לנושא מידת פירוט מכתב השחרור יש לציין שבראיונות המקדימים היו רופאים שצינו שבדרך כלל מכתבי השחרור מהפנימיית בהדסה מפורטים (לעיתים אף ארוכים ומפורטים מדי עם התייחסות לדברים לא רלוונטיים) והם מיקדו את הביקורת במכתב השחרור בעיקר לגבי ההמלצות. למרות שלא נשאלו על כך, ציינו כמעט כולם שמכתבי השחרור מהמיון הם הבעייתיים ביותר, כיוון שהם נכתבים בכתב יד ואינם קריאים.

נושא ה**המלצות** הוא, לדעתי, הפרק החשוב בסקר, כיוון שיש לו השלכות מעשיות על המשך הטיפול בחולה בקהילה. בנוסף, ההמלצות יכולות לבטא את הפער שקיים בין שתי הדיסציפלינות וניתן לבדוק האם הרופאים בביה"ח מבינים את הצרכים המיוחדים בקהילה ומקדישים לכך מחשבה.

בשלשה מחקרים שונים^{3,4,5} שבדקו מהם הנושאים החשובים לרופאי המשפחה שיופיעו במכתב השחרור עלה שיש צורך בפירוט מידע לגבי תרופות בשחרור כולל מינון, תדירות ומשך הטיפול, תכנית להמשך מעקב, שיקולים לשינויים בטיפול או התחלת טיפול חדש^{4,5}, תופעות לוואי שנצפו באשפוז בתגובה לטיפול⁵ והמידע שניתן לחולה ולמשפחתו על אבחנתו^{3,4}. גם הרופאים שהתראינו בראיונות המקדימים ציינו את נושא ההמלצות בנושא קריטי במכתב השחרור אך עם בעיות רבות. ההערות שעלו נגעו למידת ההתאמה של ההמלצות למטופל והאפשרות ליישם אותם בתנאים הקיימים בקהילה, כמו כן היתה דרישה לפירוט השיקולים להמלצות שאינן טריוויאליות.

ההתייחסות להמלצות המופיעה בספרות בדקה בעיקר שגיאות או השמטת מידע לגבי המלצות תרופתיות כגון הטיפול עצמו, מינון ומשך הטיפול כפי שמובא במבוא. לעומת הסקרים המובאים בספרות, הסקר הנוכחי בודק את ההמלצות מפן אחר. לא נבדקו שגיאות או העדרות המלצות, וגם לא היו הערות על כך. היה נסיון לבדוק את מידת ההתאמה של ההמלצות למטופל ולצרכים בקהילה בהתאם למה שהעירו הרופאים בראיונות המקדימים.

תוצאות המדגם לגבי ההמלצות מתוארות בטבלה 16. מתוצאות המדגם עולה ששיעור הופעת המלצות שאינן מתאימות ליישום מאחת הסיבות הנ"ל הוא קטן: ב 3 מקרים (3.4%) היו המלצות שאינן מתאימות למטופל. ב 4 מקרים (4.6%) היו המלצות שלא נמצאות בסל הבריאות, מתוכם בשני מקרים מדובר בטיפול הכרחי לדעת רופא המשפחה. ב 5 מקרים (6%) היו המלצות שלא מתאימות ל guidelines המקובלים. ב 6 מקרים (6.3%) היו הפניות למרפאות מומחים שאינן הכרחיות. רק בנוגע להפניות למכונים ספציפיים שלא שייכים לקופ"ח היה שיעור משמעותי של מקרים (14), אך במחצית המקרים מדובר בהמלצות שהן הכרחיות לדעת רופא המשפחה ורק ב 6 מקרים מדובר בהמלצות מיותרות.

למרות שניתנו מספר הגדרות שונות לחוסר התאמה של המלצות ליישום, מתשובות הרופאים ניתן לראות שהגבולות בין ההגדרות מטושטשים. חלק מההמלצות נכנסו כלא מתאימות בסעיפים שונים. לדוגמא: היה קשה להפריד בין המלצות שלא נמצאות בסל הבריאות להמלצות שלא מתאימות ל guidelines המקובלים. דוגמא לכך היא ההמלצה לטיפול תרופתי בנוורוסק, שחזרה על עצמה כבעייתית. למרות שייתכן שחוסמי סידן זו המלצה המתאימה ל guidelines במקרה המדובר, כיוון שהתרופה הספציפית אינה מומלצת לפי סל הבריאות בקופה, היו רופאי משפחה שראו בכך המלצה שלא מתאימה ל guidelines. היה רופא שהגדיר המלצה זו כלא מתאימה מבחינת סל הבריאות, מבחינת ה guidelines וגם מבחינת התאמה למטופל. דוגמא נוספת היא מקרה של חולה שמאושפזת באופן קבוע באחד המוסדות בירושלים. בשחרורה הומלץ מעקב מיוגלובין אמבולטורי, כיוון שהבדיקה אינה זמינה במוסד בו היא מתאשפזת המלצה זו הוגדרה על ידי הרופא כלא מתאימה לחולה וגם לא מתאימה ל guidelines המקובלים.

הערה יחידה בנושא שנוספה בשלב הראיונות הטלפוניים היתה מרופא שנשאל לגבי המלצות למכונים שאינם שייכים לקופ"ח והשיב שתמיד יש הפניות כאלו.

מידת פירוט השקולים בהמלצות שזה נדרש בהן מתוארת בטבלה 17. המדגם בשאלה זו היה מצומצם וכלל 42 מקרים, ב 53 מקרים (45.7% מכלל המדגם) הרופאים השיבו שפירוט השיקולים אינו רלוונטי. ברב המקרים שבהם נדרש פירוט השיקול להמלצה דווח שהיה כזה במידה רבה (ב 26 מקרים, 61.9%). ב 7 מקרים השיקולים היו מפורטים במידה בינונית עד מועטה. באחוז משמעותי של המקרים (21.4%) השיקולים לא היו מפורטים כלל.

מטרת השאלה המסכמת בחלק שעסק בהמלצות היתה לבדוק האם לחוסר ההתאמה של ההמלצות למטופל או למערכת ולחוסר פירוט השיקולים, יש השלכה לגבי יישום ההמלצות בפועל. הרופאים נשאלו האם הם פועלים לפי ההמלצות, התשובה לשאלה זו מתוארת בטבלה 18. לפי תוצאות המדגם ברב המקרים (82.7%, 77 מקרים) הרופאים פועלים לפי ההמלצות במידה רבה, ב 12 מקרים (12.9%) במידה בינונית וב 4 מקרים מועטה או שכלל לא פועלים לפי ההמלצות.

ממה שפרטו הרופאים לגבי המקרים עצמם, אפשר לחלק את ההמלצות שהרופאים לא פועלים על פיהן לשלוש בעיות שחזרו על עצמן:

- המלצות לתרופות שאינן תרופות הבחירה בקופת חולים וניתן להחליפן בתרופה אחרת מאותה משפחה.
- המלצות לביקור במרפאות מומחים ב'הדסה' כשאפשר להסתפק במעקב הרופא המטפל או במעקב המומחים של קופ"ח.
- המלצות לבדיקות אמבולטוריות בחולים מבוגרים שאינם ניידים.

כשמסכמים את נושא ההמלצות, הנתונים המספריים לגבי המצאות המלצות שאינן מתאימות ליישום הם קטנים. לעומת זאת, הנתונים המשמעותיים בנושא, מתקבלים בעיקר מתוך ההערות של רופאי המשפחה בראיונות המקדימים ומהתגובות שהתקבלו תוך כדי הראיונות הטלפוניים. רופא ביה"ח פוגש את החולה במפגש קצר, כשהחולה מבודד מסביבתו, ממשפחתו, כשהוא שוכב במחלקה כשכל הבדיקות והאפשרויות הטיפוליות זמינות וקלות לביצוע בתנאי המחלקה. אם רופאי ביה"ח יקראו את הסיפורים שהובאו כדוגמאות להמלצות שאינן מתאימות, הם יוכלו ללמוד על התנאים בהם מתפקד החולה והרופא מחוץ לביה"ח ולקבל נקודת הסתכלות שבדרך כלל לא מודעים אליה בתוך כותלי ביה"ח: שהמפגש עם החולה בבי"ח הוא חלק מרצף של מפגשים נוספים של החולה עם מטפלים נוספים ונסיונות טיפוליים קודמים שמשפיעים על מחלתו הנוכחית והמשך הטיפול. שהתנאים הפיסיים והחברתיים אליהם החולה חוזר הם משמעותיים להמשך הטיפול, כגון: יכולת הניידות של החולה, מידת ההענות שלו לטיפול, המצאות סביבה תומכת. וגם התנאים הכלכליים או האדמיניסטרטיביים הם בעלי משמעות, כגון: עלות הטיפול והאם באפשרותו של החולה לממן אותו, האם הטיפול נמצא בסל הבריאות של הקופה אליה משתיך החולה, האם המכון או הרופא אליו מופנה החולה נמצא בקופה אליה משתיך החולה. נתון משמעותי שדורש התייחסות הוא שיעור העדרות פירוט שיקולים להמלצות במקרי הצורך, במיוחד לאור ההערות החוזרות של רופאי המשפחה לגבי הצורך שלהם בחלק זה של המכתב.

שביעות רצון כללית וספציפית ממכתבי השחרור

השאלות המסכמות את השאלון עסקו בהערכה הכללית של רופאי המשפחה את מכתב השחרור. בחלק זה נשאלו שתי שאלות, הראשונה הייתה מהי מידת הערכתם של רופאי המשפחה את איכות מכתב השחרור הספציפי שבו עסק השאלון והשאלה הבאה בדקה את הערכתם את כלל מכתבי השחרור מהמחלקות הפנימיות בהדסה. הצורך לשאול את שתי השאלות ולא להסתפק בשאלה הראשונה, היה בשל ההערות הרבות שעלו בנושאים שונים, תוך כדי הראיונות הטלפוניים, שבהם הרופאים עשו הפרדה בין המכתב הנוכחי למה שהם מתרשמים מכלל המכתבים "במכתב הנוכחי הפירוט היה במידה ... אך בדרך כלל זה...". לפי תוצאות המדגם מעניין לראות שיש פער בין ההערכה של מכתב השחרור הספציפי להערכה של כלל מכתבי השחרור, כפי שניתן לראות בגרף 1. ההערכה של כלל מכתבי השחרור הייתה נמוכה יותר מאשר ההערכה של מכתבי השחרור שהשתתפו בסקר הנוכחי. זה היה בולט מאד במבחן העין ("eye test") כשהנתונים הוצגו בטבלת Excel.

במחקר האוסטרלי² שהוזכר קודם איכות מכתבי השחרור נבדקה גם על פי הערכתם של רופאי המשפחה. אותם 20 רופאים שהשתתפו במדגם המצומצם נדרשו לדרג את מידת השימושיות והקריאות של המכתב לפי סרגל הערכה בעל חמש קטגוריות. מתוך 35 מכתבים, 10 דורגו כמאד יעילים, 16 דורגו כיעילים במידה מסוימת, ו-9 דורגו ככמעט עד לא יעילים. בדיון המאמר כותבי מסתייגים מהיכולת להסיק מנתונים אלו בשל המדגם המצומצם שכולל רק 35 מכתבים.

גם בנושא זה נראה שהנתונים מהמדגם יותר מעודדים מבספרות. הערכתם המסכמת של רופאי המשפחה את איכות מכתבי השחרור שנידונו במדגם עצמו מתוארת בטבלה 19: רב המכתבים תוארו כמשביעים רצון במידה רבה עד רבה מאד: 24 מכתבים (28.9%) תוארו כמשביעים רצון במידה רבה מאד, 44 מכתבים (53%) תוארו כמשביעים רצון במידה רבה, שאר 15 המכתבים (18%) תוארו כמשביעים רצון במידה בינונית, מועטה וכלל לא משביעי רצון.

לעומת זאת, בהערכת כלל מכתבי השחרור מהפנימיות בהדסה, המובאת בטבלה 20, רב מכתבי השחרור הוערכו כמשביעים רצון במידה רבה עד בינונית. בשאלה זו גודל המדגם היה מספר רופאי המשפחה שהשתתפו בסקר. 37 רופאים (52.1%) העריכו את כלל מכתבי השחרור כמשביעים רצון במידה רבה, 25 רופאים (35.2%) העריכו את המכתבים כמשביעים רצון במידה בינונית. רק 5 רופאים (7%) העריכו את המכתבים כמשביעים רצון במידה רבה מאד ו-4 רופאים (5.6%) העריכו את המכתבים כמשביעים רצון במידה מועטה. אף רופא לא העריך את כלל מכתבי השחרור כלא משביעים רצון כלל.

כיצד ניתן להסביר את הפער בשתי השאלות:

- בהתפלגות של שביעות הרצון מהמכתבים הספציפיים גם הקטגוריות הקיצוניות בסרגל ההערכה כמו 'מרוצה במידה רבה מאד' ו'לא מרוצים כלל' קיבלו נתח מהסקר. לעומת זאת בשאלה של רושם כללי ההתפלגות הייתה סביב ההערכות האמצעיות 'מידה רבה' ו'מידה בינונית'. לא היה רופא שענה שהוא כלל לא מרוצה ממכתבי השחרור מהמחלקות הפנימיות בהדסה.

- ייתכן שהרופאים שהשתתפו ונעטרו להשתתף במחקר הם הרופאים הביקורתיים מבין כלל רופאי המשפחה באזור ירושלים, ולמרות שמכתב השחרור הנדון היה טוב לדעתם הרושם הכללי שלהם ממכתבי השחרור הוא נמוך יותר.
- ייתכן שאין כאן עובדות יבשות, הערכה אובייקטיבית, אלא הבעה של מירמור. ואז נשאלת השאלה איזו מבין השאלות היא האובייקטיבית?

ניתן לחלק את הסיבות שבגללן תארו הרופאים את מכתב השחרור כמשביע רצון במידה מועטה או כלל לא משביע רצון לשלוש קבוצות עיקריות :

- חוסר שביעות רצון מהאשפוז עצמו :
 - לא היתה התייחסות למה שניתפס על פי רופא המשפחה כבעיה העיקרית של החולה.
 - בירור לא מספק.
- דיון לקוי או אי בהירות בשיקולים לבחירת טיפול
- השמטת מידע חיוני : סיבוכים, תרופות מומלצות, אנמנזה.

בהמשך לדיון בסיבות לחוסר שביעות רצון ממכתבי השחרור, הנחתי שבמקרים שהיתה תקשורת כלשהי בין הצדדים יכולה להיות השפעה על מהלך האשפוז עצמו וכתוצאה מכך גם על שביעות הרצון ממכתב השחרור. כדי לבדוק זאת בוצע מבחן חי בריבוע וחיתוך בין השאלה שעסקה במידת שביעות הרצון מהמכתבים הספציפיים לשאלה האם הייתה תקשורת כלשהי בין הצדדים במהלך האשפוז. לפי תוצאות המבחן (טבלה 28 נספח 3), לא נמצא קשר בעל עוצמה בין שני המשתנים, אך כמו שצוין לגבי מבחני חי בריבוע נוספים, בשל מיעוט המקרים בהם נוצרה תיקשורת, קשה להסיק מסקנות מהמבחן.

הטיות והסתיגויות

לסקר הנדון יש מספר בעיות :

- איסוף הנתונים נעשה לפני שנה ושנתיים וייתכן שחלק מההערות המופיעות כאן אינן רלוונטיות כעת.
- המדגם אינו רנדומלי אך אני לא רואה בכך גורם שיוצר הטיה כיוון שהרשימות נאספו ממחלקות שונות ובימים שונים המפוזרים בתקופות שונות. הטיה מסוג selection bias תיתכן שקימת בשל הצטמצמות המדגם בהמשך לרופאים שאותרו ושיתפו פעולה, דבר שיכול לגרום לכך שהרופאים ששיתפו פעולה הם מהרופאים בעלי עמדה ביקורתית בנושא שהיה להם מניע לשיתוף פעולה בסקר זה. ייתכן גם ההיפך, שהביקורתיים הם אלו שלא ענו כי הם מיואשים מהמצב כך שאינם רואים טעם לשתף פעולה. ייתכן שמי שלא ענו הם רופאים שמתקשים לעבוד בתנאי לחץ ולכן לא התפנו לענות על השאלון והם גם רופאים שפחות מעורבים באשפוז של החולים או פחות מנסים ליצור קשר או אף לצפות לכך.

הטיה נוספת מסוג selection bias יכולה להיות בשל העובדה ששיעור החולים המבוטחים בקופ"ח כללית בסקר זה גדול משיעור זה במציאות. לפי מבחן חי בריבוע וחיתוך בין המצאות המלצות שאינן בסל הבריאות להשתיכות לקופ"ח המובאת בטבלה 26, נמצא שאין קשר בעל מובהקות סטטיסטית בין העובדות. אך כפי שצוין בדיון באוכלוסית המחקר, קשה להסיק ממבחן זה שאין בהשתיכות לקופ"ח גורם המהווה הטיה של תוצאות המדגם.

- גודל מדגם קטן בשאלות הנוגעות למידת פירוט המכתב (מודפס, סיבוכים, ייעוצים ופרוצדורות) ובטבלאות החיתוך של מבחני חי בריבוע.

- חלק מהשאלות נבנו לא נכון, כך שקשה להסיק מתוצאות המדגם בשאלות אלו. כפי שהוזכר בדיון בשאלות הנוגעות למקום למודי הרפואה, מטרת האשפוז, פרוצדורות, פענוח ההדמיות, המלצות שאינן מתאימות ליישום.

- רב הראיונות שהתקיימו, היו בתנאי לחץ. הרופא ביקש לקצר כמה שיותר, לא תמיד היה לו זמן להסתכל בתיק ולמצוא את מכתב השחרור ורובם ענו מהזיכרון. לעיתים ענו על השאלות בקיצור ובמהירות, ויכולתי לחוש שהרופא לא מקדיש מחשבה על השאלה אלא רוצה לסיים את השאלון כמה שיותר מהר. עובדה זו השפיעה על מהימנות תוצאות המדגם, כפי שהוזכר בדיון בשאלות הנוגעות למידת פירוט הייעוצים, סיבוכים, פרוצדורות ואינדיקציות, פענוח ההדמיות. דוגמא לפער שיכול להיות בין התרשמות הרופא מהמכתב למכתב עצמו הוא המקרה שהובא בחלק שעסק בשביעות רצון מהאשפוז עצמו. מקרה של חולה שאושפזה לשם בירור אנמיה, הרופאה דווחה שאינה מרוצה כלל מהאשפוז בטענה שלא מצאו דבר חדש באשפוז. ממה שאני קראתי במכתב השחרור עצמו מצוין בפירוט שבקולונוסקופיה שנעשתה באשפוז נמצא גידול וממליצים המשך אבחון לקראת ניתוח. למרות שלא באנו לבדוק את תשומת הלב של רופאי המשפחה לתוכן מכתב השחרור, יש במקרה זה ללמד על הכשל בהעברת האינפורמציה גם כשהיא כתובה במכתב וניתן ללמוד מכך על הצורך בקיום קשר טלפוני בין הצדדים במיוחד כאשר מדובר במידע חיוני להמשך הטיפול בחולה.

* * *

מתוצאות המדגם, עולה שקימות מספר בעיות בתקשורת בין רופאי המשפחה לרופאי ביה"ח. הבעיה הבולטת היא חוסר קיום קשר טלפוני או סוג אחר של תקשורת בין הצדדים סביב האשפוז. מטרת עריכת הסקר היתה ללמוד את המערכת, להסיק מסקנות ובמידת האפשר להציע הצעות לשיפור המצב. לצורך כך אנו צריכים לשאול את עצמנו מהם הגורמים לקצר בתקשורת ולאחר מכן להציע פתרונות.

גורם מערכתי :

מבנה מתן הטיפול הרפואי במדינה לא מעודד תקשורת בין הקהילה לביה"ח. בארה"ב, אם הרופא הפרטי שהפנה את החולה לאשפוז באותו ביי"ח לא יקבל טלפון מביה"ח, הוא לא יפנה חולים לאותו ביי"ח בהמשך. השיקול הכלכלי גורם לאינטרס של רופא ביה"ח להתיחס ברצינות לרופא המשפחה ולטפח את הקשר ביניהם. באנגליה המערכת אינה בנויה כך, ובכל זאת, רופא ביי"ח

אנגלי לא יעלה על דעתו שלא להרים טלפון לרופא המשפחה בבוקר. בארץ הדבר בעייתי, כיוון שמי שמפנה, זו הקופה ולא רופא המשפחה. לרופא המשפחה אין חלק בתחרות הכלכלית של ביה"ח על הפציינטים. למרות זאת, בירושלים, כיוון שיש מספר בתי חולים, קימת לרופאי המשפחה אפשרות להפנות את החולה לבי"ח מועדף. ניתן לראות זאת גם בדברי רופאי המשפחה שהתראינו ואמרו שהם זוכים ליחס יותר טוב בבי"ח "שערי צדק".

פתרון חלקי שהציע רופא משפחה, על מנת ליצור אינטרס לשיתוף פעולה בקרב רופאי ביה"ח הוא מכתב "פידבק". כאשר הוא פוגש ברופא שהעניק יחס טוב לחולה שלו או שהיה ביניהם שיתוף פעולה הוא שולח מכתב הערכה ותודה לרופא. הוא מצא שבדרך זו הוא השיג המשך שיתוף פעולה פורה עם אותם הרופאים.

גורמים מבניים:

כמו שצוין קודם, הרופאים בשתי המערכות מתפקדים בתנאי עבודה לחוצים המקשים על יצירת קשר. בשני הצדדים קימת בעיה של נגישות וזמינות.

אך נראה שהגורם העיקרי הוא הגורם האנושי – תפיסתי:

קשה להפריד בנקודה זו בין הגורמים התפיסתיים לחוסר תקשורת טלפונית ולליקויים במכתבי השחרור. שניהם 'סימפטומים' לבעיה התפיסתית שבה רופאי ביה"ח לא רואים ברופא המשפחה גורם משמעותי בטיפול בחולה. המחקר האוסטרלי⁴ שעסק בגורמים התפיסתיים לבעית התקשורת מצא חוסר אמון משני הצדדים. רופאי ביה"ח כמעט התעלמו מתפקיד רופא המשפחה בתהליך האשפוז והשחרור של החולה. נראה שהמצב בארץ אינו שונה כפי שמשקף מהמקרה שהוזכר למעלה: מקרה של חולת כבד השייכת למחקר שנערך ב"הדסה" ושפרטיו היו חסויים לרופא המשפחה, והוחלט להוציאה מהמחקר ללא כל הסבר במכתב השחרור. המקרה הובא כדוגמה לחוסר פירוט של שיקולים לשוני בטיפול. אך עצם העובדה, שלרופא המשפחה המטפל בחולה אין כל מידע לגבי מהות המחקר והאפשרויות או הסיכונים הטיפוליים הקיימים בו, היא כבר בעייתית. בעולם מקובל לבקש הסכמה מצד רופאי המשפחה להשתתפות המטופלים שלהם במחקרים, גם כאשר הגיוס הוא במסגרת בית החולים. דוגמה זו מלמדת כיצד רואה רופא ביה"ח המטפל בחולה, את תפקידו של רופא המשפחה בטיפול, או בעצם אינו רואה זאת.

זה דורש גם חינוך והכונה של מדיניות מצד הרופאים הבכירים במחלקה, להציב סדרי עדיפויות, שלמרות הלחץ, חלק מהעבודה הוא להרים טלפון לרופא המשפחה בבוקר למחרת האשפוז.

השינויים התפיסתיים הם משני הצדדים. על רופאי ביה"ח להבין את תפקידו של רופא המשפחה בטיפול התמידי בחולה, לפני ולאחר האשפוז, ולדעת כיצד להשתמש ברופא המשפחה בטיפול בחולה באשפוז. בנוסף רופאי ביה"ח צריכים להכיר את התנאים בסביבה אליה החולה משתחרר, גם רופאי המשפחה נדרשים לשנוי תפיסתי לגבי מידת היכולת שלהם להשפיע על מהלך האשפוז ועל הצורך במעורבות שלהם במהלך האשפוז. זה יכול להתבטא למשל בכך שרופא ביה"ח יוסיף הערה במכתבי השחרור של חלק מהחולים, שהוא מעוניין להתעדכן לגבי החולה וייתן את מספר הטלפון או הביפר שלו.

בהמשך לתגובות שהתקבלו בנושא הקצר בתקשורת הטלפונית בראיונות המקדימים, שאלתי חלק מהרופאים האם הם חשים שעומד מאחורי זה זלזול? היתה רופאה שהשיבה בחיוב "לצערי הרב כן, בעיקר עם ביה"ח הדסה. יכול להיות שפחות מכירים אותי בהדסה". נקודת ההיכרות האישית

היא נקודה מרכזית. רופאי משפחה ורופאים פנימאים מתמחים במסלולים שונים כך שלרב הם אינם מכירים בהמשך המסלול. כשיש היכרות אישית היא יוצרת מחויבות כלשהי ליצירת קשר, ובמקרה הטוב גם להערכה, שיכולה להגביר את המוטיבציה של הרופאים להעזר אחד בשני. כשאין היכרות אישית, קל יותר להתעלם מקיומו של הצד השני. רופא אחר לא חש כך "אני לא יודע אם זה זלזול... כל אחד עסוק בממלכה שלו, בטווח הראיה שלו. הקהילה זה דבר אחד וביה"ח זה דבר אחר, וחבל שכך... אם רופאי הקהילה היו שייכים גם לביה"ח ועושים רוטציות או הפוך הייתי רואה בזה שיפור הרפואה בישראל באופן משמעותי. למרות שאני לא בטוח שהייתי מוכן לעמוד בזה היום." יתכן שחובת ביצוע רוטציות בקהילה במסגרת התמחות בפנימית וילדים יכולה להוסיף דבר מה לרופאי בתי החולים, ליצור יותר קשרים אישיים, אך בעיקר ללמד על הצרכים של הרפואה מחוץ לביה"ח. רופא משפחה אחר סיפר על נסיונותיו ומחשבותיו בנושא: "... התחלתי לבקר את החולים שלי בבי"ח. בשנים הראשונות קיבלתי קבלת פנים מאד קרה. הבנתי שהם רואים בי מישהו שרוצה לשלוט בהם, שמוסיף מידע שמכביד על העבודה, שמבקר את עבודתם. לעומת זאת, הבחנתי שלרופאים צעירים ולרופאים בכירים שמקומם מובטח, יש רצון לשתף פעולה כשהם לא רואים בי אויב. אז התחלתי לבקר בבי"ח ולהכיר באופן אישי את הרופאים בבי"ח.

בסיכום כל הראיונות המקדימים והטלפוניים נשאלו הרופאים לגבי רעיונות לשיפור התקשורת בין הצדדים.

הועלו מספר אמצעים טכניים שהוזכרו גם בספרות, שניתן להשתמש בהם:

- "רשימת חולים מאושפזים" היא תוכנית שנמצאת בשימוש בקופ"ח "כללית" מספר שנים ונותנת מענה לבעיית דווח האשפוז במקרים של מטופלים שפנו למיון באופן עצמאי, ללא הפניה דרך רופא המשפחה והוא אינו יודע שהמטופל מאושפז. התוכנה נותנת בכל זמן נתון (on line), רשימה ממוחשבת מעודכנת של המטופלים של רופא המשפחה הנמצאים כעת באשפוז. תוכנית חדשה זו שיפרה את המצב, כך שרופאי המשפחה יכולים ליצור קשר ביוזמתם מבלי תלות בדווח מביה"ח ורבים מהרופאים שהתראינו טלפונית הזכירו זאת כגורם שעוזר מאד. מיולי 2002 החל שימוש בתוכנה יותר מורחבת "מטופלים כעת" שמאפשרת קבלת מידע גם על חולים ששוחררו מאישפוז עם נתונים על האשפוז הנוכחי, אשפוזים בשנה האחרונה ופרטי איתור.
- רשימת טלפונים ישירים ופקסים של הרופאים בקהילה ושל המחלקות בשני הצדדים. למרות שהיו פגישות ברמת מנהל ביה"ח מול הנהלות המחוז לא היתה התקדמות משמעותית בנושא.
- לשלוח את מכתב השחרור בפקס לרופא המטפל ברגע שהחולה משתחרר, כך שגם אם החולה לא יגיע למרפאה הרופא המטפל יהיה מעודכן.
- שבמהלך היממה הראשונה לשהותו של החולה במחלקה, מזכירת המחלקה תיצור קשר עם רופא המשפחה ותידע אותו על האשפוז ועל הרופא שאיתו כדאי ליצור קשר.

רעיונות עתידיים:

- רשת ממוחשבת, שרופא ביה"ח יוכל להכנס לתיק הרפואי שנמצא אצל רופא המשפחה ורופא המשפחה יוכל להכנס לתיק הרפואי של ביה"ח. תוכנת "אופק" שנמצאת בשימוש בבתי החולים

השייכים לקופ"ח "כללית" ובתי חולים נוספים, מאחדת את כל המידע הקיים לגבי חולים ששייכים לקופ"ח בקהילה ובביה"ח. רופא המשפחה יכול להכנס לתיק החולה ולראות אילו בדיקות והדמיות בוצעו באשפוז, את מכתב הקבלה ומכתב השחרור, תוך כדי האשפוז. גם רופאי ביה"ח יכולים לבדוק את הבדיקות האחרונות שבוצעו בקהילה, אבחנות שכיחות למטופל ותרופות קבועות. מערכת זו עדיין לא בשימוש בבי"ח "הדסה" אך היא מתוכננת להתחיל לפעול ב"הדסה" ב 4/2005.

הבעייתיות בפתרון זה היא בעית החיסיון ושמירה על הפרטיות, מידע רב על החולים נמצא בתוכנה וכל רופא שיש לו קוד המאפשר שימוש בתוכנה יכול לראות את המידע הזה.

• Email - בעייתיות בשל הנגישות: דואר אלקטרוני היה אמצעי מצויין עד לפני כ-4 שנים. כיום קשה להגיב לכמויות הענקיות של דואר אלקטרוני, שברובו הוא הודעות מיותרות ורק חלקו הוא מידע רלוונטי על חולים. יש ליצור דואר אלקטרוני סגור עם גישה לצוות הרפואי מצומצם. ובשל הקושי של חלק מהרופאים להשתמש בדואר אלקטרוני. חלק נרחב מרופאי המשפחה הוא בגילאי 40-60, ורובם אינם יודעים להשתמש ב Email. במחקר של Blankenship¹¹ שבוצע בקרב רופאים אמריקאים בשנת 96-97 נבדקו העדפות לפתרונות אפשריים לבעית התקשורת בין רופאי קהילה לביה"ח. האפשרות של תקשורת ב E mail היתה הכי פחות מועדפת, 42% מהרופאים סווגו זאת כאמצעי "רע" או "רע מאוד" לקבלת אינפורמציה. נראה שבארץ בשנות האלפיים המצב לא שונה בהרבה.

אני רוצה לציין פה נסיון מעניין של מומחה ברפואת משפחה (ד"ר צ'יפובסקי ארקדי) באחת מהמרפאות של קופ"ח "כללית" בירושלים, שיזם פתרון מעניין לבעיה זו.

"ערכת קשר" היא ערכה הכוללת טלפון נייד ולוחית הסבר שניתנת לחולה המתאשפז על מנת שתהיה אפשרות זמינה וקלה ליצירת קשר טלפוני בין החולה, משפחתו, רופא המשפחה ורופא ביה"ח. רעיון זה נולד מתוך ההבנה שחלק מרכזי מבעית התקשורת הוא מבני. על רופאי הבית מוטל עומס רב. כדי ליצור קשר עם רופא המשפחה, הרופא צריך להפסיק את הביקור, לצאת מהחדר, למצוא טלפון פנוי ולהמתין עד שהוא משיג את רופא המשפחה. כמו כן גם לרופאי המשפחה קשה להשיג את רופאי הבית בשעות עבודתם, שהן בדרך כלל גם השעות שבהן מתנהל הביקור ורופאי הבית אינם זמינים.

כל בוקר מקבל צוות המרפאה רשימת חולים מאושפזים. בני המשפחה של חולה שהתאשפז, מקבלים מהמרפאה או ממוקד הקופה בבי"ח את הערכה והסבר לגבי השימוש בה. הערכה עם הפלאפון תלויה על מיטת החולה. בלחיצה פשוטה על מקש יחיד ניתן להתקשר דרך הטלפון הנייד ישירות אל רופא המשפחה של החולה. דבר זה מאפשר זמינות בכל רגע נתון. רופא הבית שעורך ביקור יכול תוך כדי הביקור לשוחח עם רופא המשפחה ליד מיטת החולה, מבלי לצאת מהחדר כדי להשתמש בטלפון ומבלי לחייג דרך משרדי המרפאה אלא ישירות אל הטלפון או הטלפון הנייד של רופא המשפחה. בנוסף הערכה משמשת גם לתקשורת של רופא המשפחה עם החולה ועם משפחתו. נעשה שימוש בערכה גם במיון, כשחולה מופנה ע"י רופא המשפחה למיון הוא מקבל את הערכה. כניגש אליו הרופא בחדר המיון הוא מחייג לרופא המשפחה וכך מתאפשר דיון הדדי לגבי החולה וקבלת החלטה משותפת עם רופא המשפחה.

במהלך ששת החודשים הראשונים לשימוש בערכה (ספטמבר 2003 – פברואר 2004) בוצע כמעין control study לגבי יעילות השימוש ב"ערכת קשר". השתתפו במחקר שני רופאים. האחד שלח לכל המטופלים שאושפזו במחלקה פנימית ערכת קשר והשני לא השתמש בערכה, אלא התקשר למחלקה והשאיר את פרטיו ובקשה ליצור איתו קשר. הרופא שהשתמש בערכת הקשר זכה ל 43 שיחות טלפון שחזרו אליו דרך הערכה. לעומת זאת, הרופא שהשאיר את פרטיו לא קיבל אף שיחת טלפון. נסיון זה הוכיח את יעילות השימוש בערכה.

יש להוסיף, שבצד יעילות השימוש בערכה היא מחיבת זמינות של רופא המשפחה והשקעה ומסירות רבה לעניין. יש להניח שבשל כך, ובשל עלות השימוש בערכה, הערכה אינה בשימוש במרפאות נוספות.

אמנם הבאתי דוגמא זו כפתרון טכני לגורם המבני של בעית התקשורת, אך גם חלק מרכזי מהצלחת הפרויקט היה התמודדות עם הגורם האנושי בתקשורת. הרופא שזים את הפרויקט רואה בהיכרות האישית, גורם מכריע בתקשורת בין הרופאים בשתי המערכות. לפני השימוש במערכת החל הוא הגיע אל המחלקות, השתתף בישיבות צוות, הציג את עצמו והסביר לגבי השימוש בערכה והצורך בכך. מתוך ההיכרות האישית, נוצרה יותר מחויבות של רופאי ביה"ח להענות ולהשתמש במערכת.

הרופאים נשאלו גם לרעיונותיהם לשיפור איכות מכתב השחרור :

אחד הפתרונות שהוצע בספרות היה במחקר¹⁰ שבוצע במחלקה פנימית בבי"ח אקדמי בקליפורניה. מצאו שהתערבות חינוכית קצרה שנעשתה למתמחים, הביאה לשיפור בשלמות מכתבי השחרור. שישה חברי פקולטה פיתחו פורמט מתוקן של מכתב שחרור ו guidelines שמגדירים מטרות והוראות לכתיבה של מכתב שחרור. בוצעה פגישה של 30 דקות במהלכה קיבלו 11 ממתמחי המחלקה הדרכה לגבי הפורמט וההוראות לכתיבת מכתב שחרור. בהמשך נבדקו כל מכתבי השחרור שנכתבו ע"י אותם מתמחים בחודשיים שקדמו להדרכה ובחודשיים לאחר מכן. נמצא שההדרכה הביאה לשיפור באיכות מכתבי השחרור מבחינת שלמות, בהירות ותימצות. שיפור משמעותי היה בחלק שעוסק במצב החולה בשחרור ותוכניות בשחרור, נושא שנמצא חיוני אך לקוי בבדיקת מכתבי השחרור לפני עריכת המחקר.

הפתרונות שהציעו הרופאים בסקר הנוכחי :

אמצעים טכניים :

- שימוש בשדות אוטומטיים: לדוגמא, שההדמיות בבי"ח יהיו על שדות אוטומטיים וכשהמכתב נערך, יועתקו לתוכו ההדמיות עצמן והפענוח שלהן.
- כדי להתגבר על בעיית האורך אפשר לעצב פורמט שבו חלקים מסוימים, כגון הדיון וההמלצות, יהיו כתובים באות גדולה וחלקים מסוימים יהיו כתובים באות קטנה.

אמצעים התלויים בגורם אנושי :

- את מכתב השחרור צריך לכתוב רופא שמכיר את החולה. אם למחרת התורנות הוא לא נמצא, יש להשתדל לכתוב בתורנות את מכתבי השחרור לחולים שהוא מכיר ואמורים להשתחרר למחרת.

- כדאי שרופא בכיר יעבור על הדיון. דיון שאינו סביר ייצטרך להכתב מחדש. זו דרישה קשה מבחינת לוחות הזמנים של הרופאים הבכירים, אך היא יכולה להיות חלק מההוראה של המתמחים.
- שיחת טלפון עם רופא שמטפל בחולה, להתייעצות לפני השחרור, במיוחד כשמדובר במקרים בהם קיים שנוי מהותי באבחנה או בטיפול.
- צריכה להיות הפנמה בקרב רופאי ביה"ח, שמכתב השחרור מיועד לרופא המשפחה שלא נכח באשפוז ואינו מודע לפרטיו. מתוך כך כשיושבים לכתוב את המכתב מוודאים שהוא מפורט דיו, שהמלך האשפוז ברור גם למי שלא מעורב בו ושההמלצות אפשריות ומתאימות ליישום לחולה.

הסקר הנ"ל בנוי משני מרכיבים שונים, חלקו כמותי וחלק ניכר ממנו איכותני. בסיכום הדיון ניתן לומר שהרושם שמתקבל מנתוני הסקר ה"כמותיים" הוא שבסך הכל שביעות הרצון של רופאי המשפחה ממכתבי השחרור מהמחלקות הפנימיות ב"הדסה" היא בדרך כלל טובה. נמצאו מספר ליקויים במידת הפירוט של מכתבי השחרור ובנושא ההמלצות נמצאו שבמקרים מעטים קורה שההמלצות אינן מתאימות ליישום בקהילה. הנתונים המשמעותיים ביותר נוגעים לנושא התקשורת הישירה, לעובדה שרק בחמישית מהמקרים נוצר קשר טלפוני כלשהו בין הצדדים.

כסקר כמותי קימות בו מספר בעיות שמורידות את המובהקות הסטטיסטית של העובדות:

- בשאלות רבות גודל המדגם היה קטן
- במספר שאלות התברר בדיעבד שהניסוח לא היה ברור דיו
- במספר שאלות הגדרת המשתנים היתה לא מדויקת או שהרופאים התקשו לענות עליהם מעצם הנושא עצמו
- מבחני חי בריבוע, כולם ללא מובהקות סטטיסטית, כי בוצעו במדגמים קטנים

מעניינים בסקר זה הסיפורים שעלו תוך כדי הראיונות המקדימים וגם מהערות הביניים הרבות שהתקבלו תוך כדי הראיונות הטלפוניים. סיפורי המקרים יכולים ללמד כיצד הדברים נראים מהצד של רופא המשפחה, לא רק כיצד הוא רואה זאת, אלא איך המקרה עצמו תואם את המציאות שמחוץ לביה"ח ולפעמים אף בתוך ביה"ח. מעבר למקרים עומדים סיפורים, אמנם בודדים, אך כשקוראים אותם רואים שמדובר במטופלים, באנשים בהם לעיתים חוסר מידע יכול להיות קריטי (כמו במקרה של חולה שעבר אנאפילקסיס בתגובה לחומר ניגודי ולא היה לכך אזכור במכתב השחרור).

הסקר, כסקר איכותני, לימד אותי רבות והאיר את עיניי לצרכים שלא הייתי מודעת אליהם קודם. אני מאמינה שלמרות שבחלק מהנושאים שנידונו בסקר זה המצב השתנה במהלך השנתיים מאז הסקר נערך, יש עדיין בעיות ששורשן הוא תפיסתי מערכתי והן עדיין קימות. נראה לי שחשוב שרופאים בביה"ח יעיינו בחלק ממה שכתוב פה, (בעיקר ב"סיפורים") כדי לקבל נקודת ראייה נוספת ושונה לעבודה היומיומית הקשה, כדי שהמידע יזרום יותר בקלות בין מערכת האשפוז לרופא הקהילה וחזרה.

סיכום

התקשורת בין ביה"ח לרופאי המשפחה הינה משמעותית ביותר לטיפול נכון ויעיל במטופלים במהלך האשפוז ולאחריו. ליקויים בתקשורת זו יכולים להביא לתוצאות לא רצויות בטיפול בחולה. כיוון שמכתב השחרור הוא אמצעי הקשר העיקרי בין ביה"ח לרופאי המשפחה, הסקר התמקד באיכות מכתבי השחרור. ממה שידוע בספרות בנושא, במכתבי שחרור רבים נמצאו ליקויים שנוגעים להשמטת מידע חיוני וטעויות קליניות. מחקרים בנושא מצאו שרופאי המשפחה מעדיפים תקשורת טלפונית עם ביה"ח שלרוב אינה מתקימת. בוצעו מספר מחקרים שניסו לבדוק את הגורמים לבעיית התקשורת בין ביה"ח לרופאי הקהילה ומצאו מספר בעיות תפיסתיות ומבניות המשפיעות על המערכות. לא ידוע לנו על מחקרים דומים שנעשו בארץ.

מטרת הסקר הנ"ל היתה לבדוק את איכות התקשורת בין ביה"ח "הדסה" לרופאי המשפחה בירושלים תוך התמקדות בהערכתם של רופאי המשפחה את מכתבי השחרור מהמחלקות הפנימיות בביה"ח "הדסה", האם מתקימת תקשורת ישירה בין הצדדים ומהם המקומות בהם ניתן לשפר את איכות הקשר ומכתבי השחרור.

שיטות: הסקר הינו תצפיתי פרוספקטיבי המבוסס על מידע שנאסף מתוך ראיונות שנערכו בעזרת שאלון שנבנה לצורך המחקר. המחקר בוצע בשני שלבים: בשלב הראשון בוצעו ראיונות עומק עם מספר רופאי משפחה על עמדותיהם בנושא. על סמך ראיונות אלו ועל סמך הספרות בנושא נבנה שאלון שעסק בארבע נושאים עיקריים: מאפייני אוכלוסיית המחקר, התקיימות תקשורת ישירה (טלפונית) בין הצדדים, שביעות רצון מהאשפוז עצמו, שביעות רצון מאיכות מכתב השחרור. בשלב השני בוצעו ראיונות טלפוניים עם רופאי המשפחה של מטופלים שהשתחררו מאשפוז במחלקות הפנימיות בביה"ח "הדסה" עין כרם בשתי תקופות עיקריות אפריל – יולי 2002 וינואר – פברואר 2003. רשימת החולים אינה רנדומלית והיא נאספה מתוך התיקים הרפואיים של חולים שהשתחררו מאשפוז במחלקות הפנימיות ב"הדסה" בתקופות הנ"ל. רופאי המשפחה ענו על שאלונים שהמשתתפים העיקריים בהם היו: שיעור המקרים בהם נוצר קשר כלשהו בין הצדדים, מידת שביעות רצון רופאי המשפחה ממכתב השחרור, מידת פירוט תוכן המכתב (המצאות אבחנות, תוצאות בדיקות מעבדה, פענוח אק"ג והדמיות, פירוט סיבוכים, יעוצים ועוד), המצאות המלצות שאינן מתאימות לביצוע, ומשתתפים נוספים. עיבוד הנתונים בוצע בתוכנת SPSS, השעורים של כל אחד מהמשתתפים תוארו בטבלאות שכיחות. בצד השאלות הסגורות, נרשמו גם ההערות של הרופאים והן הובאו כחלק בילתי נפרד מהתוצאות, בכך הסקר הינו "כמותי" ו"איכותני".

תוצאות: בשלב הראיונות המקדימים הביעו רופאי המשפחה חוסר שביעות רצון מהתקשורת עם רופאי ביה"ח. עלה הצורך בהתקיימות תקשורת טלפונית סביב האשפוז שכמעט ואינה מתקימת. בנושא מכתב השחרור טענו רופאי המשפחה למספר ליקויים שחוזרים על עצמם: העדרות אבחנות, פירוט לקוי של הברור שהיה באשפוז כולל בדיקות מעבדה, פענוח הדמיות ופרוצדורות שנעשו באשפוז, דיון לקוי. אך ליקויים בנושא ההמלצות היתה התלונה העיקרית שחזרה על עצמה. רופאי המשפחה טענו שקורה שניתנות המלצות שאינן מתאימות לחולה, אינן נמצאות בסל הבריאות או הפניות למכונים או מומחים, שאינן נחוצות לדעתם. רופאי המשפחה הדגישו את הצורך בפירוט השיקולים להמלצות, דבר שלרוב אינו מתקיים.

בשלב השני בוצע המדגם: משתי התקופות נאספו שמות של 289 חולים לסקר, מתוכם רק ב 116 מקרים מולא שאלון שהוכנס לסקר. מתוצאות המדגם עולה כי רק ב 22% מהמקרים נוצר קשר ישיר כלשהו ביוזמת אחד משני הצדדים. ברב המקרים (66%) רופאי המשפחה היו שבעי רצון מהאשפוז עצמו במידה רבה. 82% מהמכתבים תוארו כמשביעים רצון במידה רבה עד רבה מאד. ב 8.5% מהמקרים לא הגיע כלל מכתב שחרור לרופא המשפחה. ב 4% מהמכתבים לא הופיעו אבחנות. ב 19 מכתבים (23%) היה חסר פענוח אק"ג מתוכם כתשעה מכתבים הם של חולים קרדיאליים מובהקים. ב 16% מהמכתבים לא הופיעו תוצאות בדיקות מעבדה. רב רופאי המשפחה (85%) היו מרוצים מרמת הדיון במידה רבה. מבחינת ההמלצות, בכל קריטריון להתאמה רק מספר מקרים נמצא לא תואם (3-6%). ברב המקרים (62%) שבהם נדרש פירוט השיקול להמלצה דווח שהיה כזה במידה רבה, אך ב 21% מהמקרים, השיקולים לא היו מפורטים כלל. חלק משמעותי מהנתונים בסקר הוא סיפורי מקרים המתארים את הבעיות בתקשורת לעיתים עד כדי מצב מסוכן. מהבולטים בהם: חולה שעבר אנאפילקסיס סביב צנתור ולא היה לכך איזכור במכתב השחרור. מקרה הפוך שבו חולה אושפז לצורך בירור אנמיה, במכתב שחרור מצוין שנמצא גידול בקולונוסקופיה עם המלצה לניתוח, אך רופאת המשפחה טענה שלא נמצא דבר חדש באשפוז.

מסקנות: מנתוני הסקר ה"כמותיים" עולה ששביעות הרצון של רופאי המשפחה ממכתבי השחרור מהמחלקות הפנימיות ב"הדסה" היא בדרך כלל טובה. נמצאו מספר ליקויים במידת הפירוט של המכתבים ומספר קטן של מקרים בהם ההמלצות בעיתיות. הנתונים המשמעותיים ביותר במדגם נוגעים לנושא התקשורת הישירה, לעובדה שרק בחמישית מהמקרים נוצר קשר טלפוני כלשהו בין הצדדים. כסקר כמותי קיימות בו מספר בעיות שמורידות את אמינותן של התוצאות: בשאלות רבות גודל המדגם היה קטן, מספר שאלות נבנו לא נכון, במספר שאלות הגדרת המשתנים היתה לא מדויקת או שהרופאים התקשו לענות עליהן מעצם הנושא עצמו, מדגם הרופאים היה לא מיצג.

אך מעבר לנתונים הכמותיים במדגם, נמצא בסקר מידע "איכותני" רב שהתקבל מההערות של הרופאים בשלב ראיונות הביניים ותוך כדי הראיונות הטלפוניים. מידע זה כולל סיפורי מקרים, שיכולים ללמד כיצד הדברים נראים מהצד של רופאי המשפחה ומהם הצרכים מחוץ לביה"ח. מלבד זאת כשקוראים אותם רואים שמדובר באנשים, בהם כל חוסר מידע יכול להיות קריטי. מסקנות המחקר הן שיש צורך לשפר את התקשורת בין רופאי ביה"ח לרופאי המשפחה. ניתן לבצע זאת ע"י מספר אמצעים טכניים כגון תוכנות מידע המשותפות לביה"ח והקהילה, הקפדה על קשר טלפוני בתחילת האשפוז ולקראת השחרור. אך עיקר הבעיה היא הגורם האנושי ולכן דרושים גם שינויים מבניים ותפיסתיים בשתי המערכות.

Summary

Communication between hospital and family physicians is very important for proper and efficient treatment of patients both during hospitalization and afterwards. Deficiencies in the communication may cause untoward results in the treatment of the patient. Because the discharge summary is the main method of communication between hospital and family physicians, our study focused on evaluation of quality of discharge summaries. According to the literature on this subject, that many discharge summaries contain deficiencies such as missing information or clinical errors. Studies have found that family physicians prefer telephone communication with hospital, which rarely happens. Studies that have looked into the causes for problems in the communication between hospital and family physicians found structural and perceptual problems in these disciplines. We do not know of any similar studies performed in Israel.

The aim of this survey was to appraise the quality of the communication between "Hadassah" hospital and family physicians in Jerusalem. The study focuses in particular on family physicians evaluations of the discharge summaries from the internal medicine wards of "Hadassah" hospital. It addresses the issues of whether direct communication existed between the hospital and the physician and what can be done to improve the quality of communication and discharge summaries.

Methodology

The study is a descriptive-prospective survey based on information collected from questionnaire-based interviews. The study was performed in two stages. In the first stage family physicians were interviewed in depth to determine their views on the subject. On the basis of these interviews and the literature a questionnaire was built dealing with four main subjects: characteristics of the surveyed population, direct communication (telephone) between the sides, satisfaction with the period of hospitalization, satisfaction with the quality of the discharge summary.

In the second stage we conducted telephone interviews with family physicians of patients that were discharged from hospitalization in the internal medical wards of the "Hadassah Ein-Kerem" hospital during two main periods: April - July 2002 and January - February 2003. The list of patients was not chosen randomly, but was collected from medical files of patients that were discharged from internal medical wards in "Hadassah" in those periods.

The family physicians answered the questionnaires that mainly measured: the amount of the cases in which there was direct communication between the hospital and the physician, satisfaction with the quality of the discharge summary, level of detail in the content of the summary (diagnoses, laboratory results, results of ECG and imaging, enumeration of complications, consultations, etc.), inappropriate recommendations, and other parameters. Statistical analysis was made using SPSS and the measurements was described in frequency tables. Alongside the questions requiring fixed answers, the physicians also gave comments that were included in the results, thus making the survey both "quantitative" and "qualitative".

Results

Already in the initial stage of the early interviews, the family physicians expressed dissatisfaction with their communication with hospital physicians. The need was expressed for direct communication throughout the hospitalization, which rarely happens. On the subject of discharge summaries, the family physicians pointed out a number of frequent deficiencies: missing information such as diagnosis, details of findings in the hospitalization including laboratory results, interpretations of imaging and other procedures that were done in the hospitalization and insufficient discussion. However the most frequent complaint was about deficient recommendations. The family physicians claimed that it frequently the recommendations are not suitable for the patient, not included in the health basket or referrals to specialists and clinics that are unnecessary in their opinion. The family physicians emphasized the need for information on the reasons for the recommendations, which rarely appears.

In the second stage, a list of 289 patients was collected from the two periods. Of these, only in 116 cases were questionnaires completed and included in the survey. From the survey results it may be seen that in only 22% of the cases was there direct communication from one of the sides around the hospitalization. In most of the cases (66%) the family physicians' satisfaction from the management of the hospitalization was "good". 82% of the discharge summaries were graded as satisfied as "good" or "very good". In 8.5% of the cases the family physician did not received the discharge summary. In 4% of the summaries there were missing diagnoses. In 19 (23%) summaries there was no ECG interpretation. Of these, 9 cases were of cardiac patients. In 16% of the summaries there were no laboratory results. Most of the family physicians (85%) rated their satisfaction from the summary discussion as "good". In the recommendations, only a small number of cases (6-3%) were found as inappropriate recommendation. In most of the cases (62%) where a reason for the recommendation was required, this was reported as present, although in 21% of the cases there was no reason stated for the recommendation at all. A large number of the responses to the survey describe problems of communication, sometimes leading to dangerous situations. A particularly case in point is a patient that had anaphylaxis in cardiac catheterization, and there was no mention of this in the discharge summary. An opposite case is that of a patient that was hospitalized for investigation of anemia. In the discharge summary it was written that a tumor was found in colonoscopy with a recommendation for surgery, although the family physician claimed that there were no new findings in the hospitalization.

Conclusions

From the "quantitative" data of the survey it appears that the satisfaction of the family physicians from the discharge summary from the internal medicine wards in "Hadassah" is usually good. A number of deficiencies were found in the completeness of the discharge summary and a small number of cases with problematic recommendations. The most important finding in the survey is about direct communication. Only in one fifth of the cases was there a telephone conversation between the physicians. As a quantitative survey there were some problems that impair the reliability of the results. In many questions the sample size is small and some questions were built incorrectly. In a number of questions the definition of the parameters was not exact or the physicians had difficulties in answering them because of problematic subjects. The sample of family physicians was not representative.

However, beyond the quantitative data in the sample, the survey contained "qualitative" information from the remarks of the family physicians in the early interviews and through the telephone interviews. This information contain the stories of the cases, that can show how things look from the side of the family physicians and what are the needs outside the hospital.

The conclusions of the study are that there is a need to improve the communication between the hospital and the family physicians. This may be done by technical methods such as shared access to computerized databases between the hospital and the community and emphasis on telephone communication at the time of admission and before discharge. The main problem however is the human factor and therefore structural and perceptual changes are also needed in both disciplines.

רשימת ספרות

1. Walraven, C.V., Weinberg, A.L. Quality assessment of a discharge summary system. *The Canadian Medical Association Journal* 1995:151:1437-1442
2. Wilson, S., Ruscoe, W., Chapman, M., Miller, R. General practitioner-hospital communications: A review of discharge summaries. *Journal of Quality in Clinical Practice* 2001:21:104-108
3. Solmon, J.K., Maxwell, R.B.H., Hopkins, A.P. Content of discharge summary from a medical ward: Views of general practitioners and hospital doctors. *Journal of The Royal College of Physicians of London* 1995:29:307-310
4. Balla, J., Jamieson, W.E. Improving the continuity of care between general practitioners and public hospitals. *The Medical Journal of Australia* 1994:161:656-659
5. Munday, A., Kelly, B., Forrester, J.W., Timoney, A., McGovern, E. Do general practitioners and community pharmacists want information on the reasons for drug therapy change implemented by secondary care? *The British Journal of General Practitioners* 1997:47:563-566
6. Lloyd B.W., Barnett P. Use of Problem lists in letters between hospital doctors and general practitioners. *The British Medical Journal* 1993:306:247
7. Rawal, J., Barnett, P., Lloyd, B.W. Use of structured letters to improve communication between hospital doctors and general practitioners. *The British Medical Journal* 1993:307:1044
8. Paterson, J.M., Allega, R.L. Improving communication between hospital and community physicians: Feasibility study of handwritten, faxed hospital discharge summary. *The Canadian Family Physician* 199:45:2893-2899
9. Walraven, C.V., Laupacis, A., Seth, R. Dictated versus database generated discharge summaries: A randomized clinical trial. *The Canadian Medical Association Journal* 1999:160:319-326
10. Flyer, B., Rubenstein, L.Z., Robbins, A.S., Wieland, G.D., Henry, D., Cugali, N. An intervention to improve the hospital discharge summary. *Journal of Medical Education* 1988:63:407-409
11. Blankenship, J.C., Menapace, F.J., Fox, L.S., Frey, C.M. Telephone reporting of the results of cardiac procedures: feasibility and primary care physician preferences. 1999:105(5):521-526
12. Walraven, C.V., Seth, R., Austin, P.C., Laupacis, A. Effect of discharge summary availability during post-discharge visits on hospital readmission. *Journal of General Internal Medicine* 2002:17:186-192

תאריך הראיון: _____

שאלון לרופאי המשפחה

שם הרופא: _____ שנות ותק: _____ קופ"ח _____
 מקום לימודי רפואה: _____ האם עבר השתלמות בחוג לרפואת משפחה: כן / לא
 החולה: _____ ת.ז.: _____

שביעות רצון מהתקשורת עם הצוות הרפואי בביה"ח

1. לפי שיקולך מה הייתה מטרת האשפוז של המטופל/ת מר/גב' ?

2. באיזו מידה חמורה המחלה שבגינה התאשפז ?

לא רלוונטי	כלל לא	במידה מועטה	במידה בינונית	במידה רבה	במידה רבה מאד
------------	--------	-------------	---------------	-----------	---------------

3. באיזו מידה, להערכתך, ניתן מענה לבעיה זו במהלך האשפוז ?

לא רלוונטי	כלל לא	במידה מועטה	במידה בינונית	במידה רבה
------------	--------	-------------	---------------	-----------

4. האם החולה הופנה על ידך למיון ? כן / לא

5. האם נעשה ניסיון מצד הרופאים/ות במחלקה ליצור עמך קשר במהלך האשפוז לצורך השגת אינפורמציה על החולה ? כן/לא

6. האם נעשה ניסיון מצד הרופאים/ות במחלקה ליצור עמך קשר במהלך האשפוז לצורך עדכון שלך לגבי הטיפול בחולה והתכנית לאחר השחרור ? כן/לא

7. האם נעשה ניסיון מצדך, ליצור קשר עם הרופאים/ות במחלקה ? כן / לא

8. במידה ונעשה ניסיון מצדך - האם נענית / חזרו אליך ? כן / לא

שביעות רצון ממכתבי השחרור

חלק א': אופן העברת המכתב

9. כיצד מגיע אליך מכתב השחרור ?
- (1) על ידי החולה
 - (2) בדואר
 - (3) לא הגיע
 - (4) אחר _____

10. האם המכתב מודפס ? כן / לא

24. באיזו מידה, אתה שבע רצון מאיכות מכתב השחרור הנידון ?

לא רלוונטי	כלל לא	במידה מועטה	במידה בינונית	במידה רבה	במידה רבה מאד
------------	--------	-------------	---------------	-----------	---------------

25. באיזו מידה אתה שבע רצון, בדרך כלל, ממכתבי השחרור מהמחלקות הפנימיות בביה"ח "הדסה" ?

לא רלוונטי	כלל לא	במידה מועטה	במידה בינונית	במידה רבה	במידה רבה מאד
------------	--------	-------------	---------------	-----------	---------------

26. האם יש לך הצעות / רעיונות לקידום התקשורת בין הצוות הרפואי בביה"ח לבין רופאי הקהילה ?

תודה רבה . עזרת לנו מאד .

שאלות למילוי על-ידי :

האם המכתב מכתב באופן אישי ? כן / לא
האם יש התייחסות לאק"ג קודם / שינויים בקבלה ובשחרור ? כן / לא

10.1.2003

לכבוד הרופא/ה המטפלת/ת ד"ר _____

שלום. שמי מיכל ואני סטודנטית לרפואה בשנה השישית ללימודי. במסגרת עבודת-גמר אני עורכת סקר שמטרתו לנסות ולהבין, האם ובאיזו מידה מרוצים רופאיות הקהילה מהתקשורת בין הצוות הרפואי במחלקות הפנימיות בביה"ח "הדסה" לבין רופאיות הקהילה, ומהם המקומות בהם ניתן לשפר את התקשורת.

לשם כך אצור עמך קשר טלפוני בימים הקרובים, כדי לענות על שאלון הנוגע לאשפוזו של המטופלת/ת שלך מר/גב' _____ ת.ז. _____ בביה"ח. חלק מרכזי בשאלון מוקדש לאיכות מכתב השחרור של המטופלת/ת, משום היותו מרכיב עיקרי בתקשורת בין ביה"ח לקהילה, בשלב זה.

ידוע לי כי בשעות פעילות המרפאה ישנו עומס. אשתדל ליצור עמך קשר בשעות סיום הפעילות או בשעה אחרת הנוחה לך. אודה לך מאד אם תואילי להקדיש כמה דקות מזמנך כדי לענות על השאלון.

המחקר נעשה באישורו ובעידודו של האגף הפנימי בביה"ח "הדסה".
 תוך לווי והדרכה של : פרופ' מאיר ברזיס -יו"ר הועדה לאיכות.
 ד"ר אמנון להד - החוג לרפואת המשפחה
 השאלון אנונימי. השימוש בנתונים הוא אך ורק לצורך שיפור הטיפול והשרות. המשוב שלך חשוב לנו מאד.

תודה רבה.

מיכל פויכטונגר

067-541409, -02 6414091

פרטים לגבי השאלון:

השאלון עוסק בשאלות כגון:

1. מה הייתה הבעיה העיקרית של המטופלת/ת והאם ניתן לה מענה במהלך האשפוז ?
2. האם נעשה ניסיון מצד רופאי המחלקה ליצור עמך קשר במהלך האשפוז ?
3. באיזו מידה את/ה שבעת רצון מפירוט סיבוכים/ייעוצים/פרוצדורות- במכתב השחרור ?
4. האם ההמלצות - מתאימות לחולה/קימות בסל הבריאות וכו'
5. האם מפורטים השיקולים לשינוי בטיפול וכו'
6. הצעות לקידום התקשורת עם הצוות הרפואי בביה"ח.

השאלון מורכב מכ - 30 שאלות והוא אורך כמספר דקות.
 לחלק מהשאלות התשובה היא לפי סרגל שביעות רצון :

במידה רבה מאד	במידה רבה	במידה בינונית	במידה מועטה	כלל לא	לא רלוונטי
---------------	-----------	---------------	-------------	--------	------------

שוב תודה

נספח 3 – טבלאות חיתוך למבחני חי בריבוע (Chi square)

טבלה 21: הקשר בין הפניה המטופל ע"י רופא המשפחה להוצרות קשר טלפוני בין הצדדים

סך הכל	האם נוצר קשר		הפניה
	לא	כן	
	n (%)	n (%)	
45 (100%)	36 (80%)	* 9 (20%)	לא
42 (100%)	33 (78.6%)	** 9 (21.4%)	כן
87 (100%)	69 (79.3%)	18 (20.7%)	סך הכל

P value = 0.869 > 0.05

* ב 9 המקרים בהם לא הייתה הפניה ובכל זאת נוצר קשר : 3 מקרים מצד רופא המשפחה, 3 מצד רופא ביה"ח.
 ** ב 9 המקרים בהם הייתה הפניה ונוצר קשר : 5 מקרים היו מצד רופא המשפחה, 2 מקרים מצד רופא ביה"ח 21 מקרים משני הצדדים.

טבלה 22: הקשר בין הפניה לטלפון ביוזמת רופא המשפחה

סך הכל	האם רופא המשפחה התקשר		הפניה
	לא	כן	
	n (%)	n (%)	
43 (100 %)	36 (83.7 %)	7 (16.3 %)	לא
37 (100 %)	27 (73 %)	10 (27 %)	כן
80 (100 %)	63 (78.8 %)	17 (21.2 %)	סך הכל

P value = 0.241 > 0.05

טבלה 23: הקשר בין הפניה לטלפון ביוזמת רופא ביה"ח לצורך השגת אינפורמציה

סך הכל	האם רופא ביה"ח התקשר לצורך מתן אינפורמציה		הפניה
	לא	כן	
	n (%)	n (%)	
43 (100 %)	40 (93 %)	3 (7 %)	לא
37 (100 %)	33 (89.2 %)	4 (10.8 %)	כן
80 (100 %)	73 (91.3 %)	7 (8.7 %)	סך הכל

P value = 0.545 > 0.05

טבלה 24: הקשר בין הפניה לטלפון ביוזמת רופא ב"ח לצורך עדכון בטיפול ותכנית בשחרור

<u>האם רופא ביה"ח התקשר לקראת שחרור</u>					
סך הכל	לא		כן		הפניה
	n	(%)	n	(%)	
43 (100 %)	41 (95.3 %)		2 (4.7 %)		לא
38 (100 %)	32 (84.2 %)		6 (15.8 %)		כן
81 (100 %)	73 (90.1 %)		8 (9.9 %)		סך הכל

P value = 0.094 > 0.05

טבלה 25: הקשר בין תקשורת למידת המענה שניתן באשפוז

סך הכל	<u>האם נוצר קשר</u>		מידת המענה שניתן באשפוז
	לא	כן	
	(%) n	(%) n	
(66.4%) 75	(65.5%) (76%) 57	(69.2%) (24%) 18	רבה
(22.1%) 25	(20.7%) (72%) 18	(26.9%) (28%) 7	בינונית
(7.1%) 8	(8%) (87.5%) 7	(3.8%) (12.5%) 1	מועטה
(4.4%) 5	(5.7%) (100%) 5	-	כלל לא
(100%) 113	(100%) (77%) 87	(100%) (23%) 26	סך הכל

P value = 0.496 > 0.05

טבלה 26: הקשר בין התמחות למידת שביעות רצון מהאשפוז

סך הכל	<u>ההתמחות</u>			מידת המענה שניתן באשפוז
	רופאים כלליים	מומחים שלא ברפואת משפחה	מומחים ברפואת משפחה	
(64%) 57	(62.5%) 10	(64.7%) 11	(64.3%) 36	רבה
(23.6%) 21	(31.3%) 5	(11.8%) 2	(25.0%) 14	בינונית
(6.7%) 6	(6.3%) 1	(5.9%) 1	(7.1%) 4	מועטה
(5.6%) 5	-	(17.6%) 3	(3.6%) 2	כלל לא
89	16	17	56	סך הכל

P value = 0.303 > 0.05

התפלגות הרופאים לפי התמחות בטבלה 25 אינו תואם לנתונים בטבלה 3 (מספר רופאי המשפחה לפי טבלה 3 הוא 45 ולפי הטבלה הנוכחית הוא 56). זאת כיוון שבהתפלגות הרופאים לפי התמחות התיחסנו למספר הרופאים שהשתתפו בסקר ואילו פה הטבלה מתייחסת להתמחות לפי מקרה ולא לפי רופא, וזה מעוות את התוצאות כיוון שלחלק מהרופאים היו מספר מקרים שהשתתפו בסקר.

טבלה 27: הקשר בין קופת החולים להמצאות ההמלצה בסל בריאות

קופת חולים	האם יש המלצה שאינה בסל בריאות		סך הכל
	כן	לא	
כללית	4 (5.6%) (100%)	68 (94.4%) (81.9%)	72 (82.8%)
אחר	-	15 (100%) (18.1%)	15 (17.2%)
סך הכל	4 (4.6%)	83 (95.4%)	87 (100%)

P value = 0.350 > 0.05

טבלה 28: הקשר בין מידת שביעות רצון ממכתב השחרור לתקשורת בין הצדדים

מידת שביעות רצון ממכתב השחרור	האם נוצר קשר		סך הכל
	כן	לא	
	n (%)	n (%)	
רבה מאד	8 (47.1%) (33.3%)	16 (24.2%) (66.7%)	24 (28.9%) (100%)
רבה	8 (47.1%) (18.2%)	36 (54.5%) (81.8%)	44 (53.0%) (100%)
בינונית	1 (5.9%) (11.1%)	8 (12.1%) (88.9%)	9 (10.8%) (100%)
מועטה	-	2 (3.0%) (100%)	2 (2.4%) (100%)
כלל לא	-	4 (6.1%) (100%)	4 (4.8%) (100%)
סך הכל	17 (100%) (20.5%)	66 (100%) (79.5%)	83 (100%)

.P value = 0.330 > 0.05

טבלה 29: הקשר בין התמחות למידת שביעות רצון ממכתב השחרור

מידת שביעות רצון ממכתב השחרור	ההתמחות			סך הכל
	מומחים ברפואת משפחה	מומחים שלא ברפואת משפחה	רופאים כלליים	
רבה מאד	15 (30.0%)	4 (28.6%)	3 (27.3%)	22 (29.3%)
רבה	25 (50.0%)	7 (50.0%)	7 (63.6%)	39 (52.0%)
בינונית	6 (12.0%)	2 (14.3%)	-	8 (10.7%)
מועטה	1 (2.0%)	1 (7.1%)	-	2 (2.7%)
כלל לא	3 (6.0%)	-	1 (9.1%)	4 (5.3%)
סך הכל	50	14	11	75

P value = 0.829 > 0.05