



שיבא - מרכז רפואי אקדמי מצטיין



אוניברסיטת תל אביב
TEL AVIV UNIVERSITY

פיתוח מדדים לבניית מודל אחד למידת איכות השירות של מרכזים רפואיים ובתי חולים

**מוגש למכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות
ומדיניות הבריאות, במסגרת גרנט 256/17**

חוקר ראשי: ד"ר איל צימליכמן

חוקרי משנה: פרופ' עודד מימון, גב' מיכל מנשה

מנהל המחקר: דוקטורנט רפאל הוד

שותפים למחקר: ד"ר גיורא קפלן, דוקטורנט ירון קונלי

יוני 2020

הבעת תודה

צוות המחקר מבקש להודות לכל האנשים שתמכו ותרמו להתממשות המחקר. ראשית, לאנשי המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות שתמכו ומימנו את הפרוייקט, במסגרת גרנט 256/17. תודה רבה לפרופ' אליק אבירם, לשעבר מנהלו המדעי של המכון באותה עת, לפרופ' חיים ביטרמן המנהל המדעי הנוכחי, ולצוות המכון – המנהלת האדמיניסטרטיבית גב' זיוה ליטבק, גב' ביאנקה דקל, גב' סיגל שפר-בנטון וגב' ליאור מרוז, שכל אחת מהן סייעה בתחומה היא לאורך כל הדרך.

תודה מיוחדת לגב' עינת לרנר - המנחה המקצועית של קבוצות המיקוד, לגב' אפרת-שירה מרינגר – מנהלת לשכת סגן מנהל המרכז הרפואי שיבא לרפואה וחדשנות, לגב' דניאלה דליות ולגב' שיר ברוך על כל התמיכה האדמיניסטרטיבית והלוגיסטית.

יותר מכל, שלמי תודה לכל המרואיינים – הן המטופלים שהסכימו להשתתף והן אנשי הצוות הרפואי, הסיעודי והמינהלי של המרכז הרפואי שיבא שהתנדבו לסייע ולתרום מניסיונם, בלעדיהם מחקר זה לא היה יוצא לאור.

תקציר

מבוא

גישת "המטופל במרכז" הפכה בשנים האחרונות לנושא שנמצא בליבת העשייה, המחקר והבחינה, למידת השירות הדרוש במתן טיפול הולם לצרכני מערכות וארגוני הבריאות למיניהם. מתוך עיון בפרסומים המגוונים בנושא, טרם נמצא כלי מהימן שיעזור למדוד את מידת היותו של המטופל באמת במרכז ושיוכל לעזור למקבלי ההחלטות בעיצוב מדיניות מתאימה ובקרה על תוצאות יישומה בפועל.

מטרה

פיתוח מדדים מתאימים עבור מודל אחוד למדידת וקביעת הערך של גישת "המטופל במרכז".

שיטה

מחקר אמפירי/איכותני על סמך מידע שנאסף במרכז הרפואי ע"ש שיבא, בשנים 2018-2019. המחקר כלל: איתור מדדי שרות נוספים למדדי הסקרים המתקיימים כיום; בחירת מדדים כמותיים כבסיס למודל האחד; אישוש המדדים המתאימים בעזרת קבוצות דיון עם מטופלים ומטפלים. קריטריון ההכללה היה "מטופלים מעל גיל 20 בטווח של 30-90 יום ממועד השחרור מביה"ח". עיבוד המידע שהתקבל נעשה על בסיס תמלול ושיקלוט הדיונים בעזרת "ניתוח רשת תמטית" (Thematic network analysis).

תוצאות

במחקר השתתפו 20 איש: 6 מטופלים, 13 מטפלים וחבר הנהלת המרכז הרפואי. התמות העיקריות סווגו ל- 5 קטגוריות: זמני המתנה, חוסר זמינות, אוריינטציה, בטיחות ונוחות. המדדים שנמצאו ע"י המטופלים מתאימים למודל, לפי סדר חשיבותם מהגבוה לנמוך, הם: (1) "זמן המתנה לבדיקת רופא במיון"; (2) "שיעור האשפוזים במסדרון"; (3) "שיעור ביטולי ניתוחים מתוכננים"; (4) "זמן המתנה לעלייה למחלקה"; (5) "זמן המתנה לבדיקת רופא במרפאות חוץ"; (6) "שיעור קבלת תרופות ל-24 שעות לאחר השחרור"; (7) "זמן ההמתנה לקבלת מענה לפניה לבית החולים"; (8) "זמן עד לקבלת מכתב השחרור"; (9) "שיעור קבלת שיחה מהמחלקה תוך 3 ימים מהשחרור"; ו-(10) "היחס בין מספר מכתבי התלונה למספר מכתבי התודה שבית חולים קיבל". בהשוואה לקבוצת הדיון שנערכה עם המטפלים, נמצאה אחידות דעות לגבי חשיבות המדדים שמיקומם היה ראשון, שביעי, תשיעי ועשירי (1,7,9,10). לעומת זאת, הפער הגדול ביותר בתפיסת המטפלים את החשיבות הנתפסת ע"י המטופלים היתה לגבי המדד "שיעור האשפוזים במסדרון"; בעוד שלדעת המטופלים מדד שכזה צריך להיות השני בחשיבות, המטפלים סברו אחרת ודרגו אותו רק כחמישי בחשיבותו.

מסקנות

למודל האחד נבחרו חמשת המדדים הראשונים בחשיבותם לפי דרוג המטופלים, וכן המדד השמיני: "זמן עד לקבלת מכתב שחרור". שילובו של מדד זה נבע מהחשיבות שמייחסת הנהלת שיבא לזמינות מיטות האשפוז במחלקות. היתרון במדדים אלו שהם מצויים באופן שוטף בבסיס הנתונים של ביה"ח, באופן שהמימוש שלהם יכול להיות מיידי. כמו-כן, מידת ההטיה הצפויה הינה נמוכה ביותר.

תוכן עניינים

תקציר

1	1. רקע מדעי
1	1.1 חווית המטופל
2	1.2 איכות טיפול כוללנית
2	1.3 הגדרת תפיסת המטופל במרכז
4	1.4 מדדי איכות
4	1.5 מדידת איכות הטיפול הממוקד במטופל
6	2. שאלות, מטרות ותרומת המחקר
6	2.1 שאלות המחקר
6	2.2 מטרות המחקר
6	2.3 תרומת המחקר
8	3. שיטות העבודה
8	3.1 תכנון המחקר
8	3.2 ביצוע המחקר
9	3.3 ניתוח התוצאות
11	4. ממצאים
11	4.1 מדדים פוטנציאליים
12	4.2 ריכוז תמות עיקריות
13	4.3 תיאור המדדים
19	4.4 ריכוז תמות עיקריות שעלו מצד המטופלים
20	4.5 הבדלי התפיסה בין מטפלים למטופלים
21	5. דיון ומסקנות
24	6. המלצות לגיבוש מדיניות ולמקבלי ההחלטות
25	7. מקורות
28	נספח -

1. רקע המדעי

גישת "המטופל במרכז" הפכה בשנים האחרונות לנושא שנמצא בליבת העשייה, המחקר והבחינה למידת השירותיות הדרושה במתן טיפול הולם לצרכני מערכות וארגוני הבריאות למיניהם. [1] די אם נציין את מדיניות משרד הבריאות הישראלי, כפי שמתבטאת בחוזר מנכ"ל מס' 06/13 [2], בסקרים שהחלו להיערך בשנים האחרונות [3] ודיוני כנס ים-המלח ה-17 שנערך על ידי המכון הישראלי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, במרץ 2017, במיוחד בנושא זה. [4]

עם זאת, ומתוך עיון בפרסומים הרבים והמגוונים בנושא, טרם מצאנו עד כה כלי מגובש ואובייקטיבי שייקשר את נקודות המבט השונות בהתייחס לרעיון "המטופל במרכז", כזה שיוכל לעזור למקבלי ההחלטות, הן במשרד הבריאות והן בארגוני הבריאות הקשורים אליו, בעיצוב מדיניות מתאימה ובקרה על תוצאות יישומה בפועל.

לפיכך מסמך זה מציע לפתח מודל כוללני אחוד למדידת וקביעת הערך של גישת "המטופל במרכז", ובהיותו מודל ראשוני (חלוץ) אנו מציעים לעשות זאת בהתייחס למרכז הרפואי הגדול והמוביל במדינה-המרכז הרפואי ע"ש חיים שיבא בתל השומר.

בספרות המחקרית בתחומי הבריאות, ניתן כאמור לזהות זוויות ראייה והגדרות רבות בהתייחס לרעיון המטופל במרכז, תחילה נציג את העיקריות שבהן:

1.1 חווית המטופל

חווית המטופל [5] משקפת את האופן בו המטופל תופס את מכלול ההתנסויות שלו עם מערכת הבריאות לאורך הרצף הטיפולי. חוויה זו מושפעת מהמפגשים בין המטופל למטפליו, מציפיות המטופל ממערכת הבריאות ומהתרבות הארגונית בכל אחת מהמסגרות איתן בא המטופל במגע. בשנים האחרונות הפכה חווית המטופל למרכיב מרכזי בשיח של מערכות הבריאות בארץ ובעולם, בד בבד עם התחוללותם של שינויים חברתיים רבים, כמו:

- ערנות ציבורית הולכת גוברת לזכויות החולה.
- דרישה ציבורית להתנהל בשקיפות ולנצל הזדמנויות לשיפור.
- פעילות של ארגוני בטיחות המטופלים.
- שינויים בתרבות השירות והצרכנות.
- דרישה לשוויוניות ולנגישות לכל אדם.
- שימוש גובר בכלי תקשורת אלקטרוניים ובמדיה החברתית לצורך חיפוש מידע רפואי, שיתוף ידע בין מטופלים, המלצות מומחים, טיפולים ומתקנים רפואיים חלופיים ועוד.

ההתייחסות לחווית המטופל אומרת ערנות לזכויות המטופל ונחשבת למדד לטפול איכותי הכולל כבוד למטופל, חמלה, וערנות לצרכיו. ולראיה, בשנים האחרונות החל משרד הבריאות בביצוע סקר לאומי לגבי חווית המטופל בבתי החולים הכלליים, סקר שכלל שביעות רצון כללית, יחס אחיות, יחס רופאים סביבה ותנאים פיזיים, מתן מידע והסברים, רצף טיפול ותהליך השיחורור. [6]

1.2 איכות טיפול כוללנית

במהלך השנים פותחה גישה לפיה איכות ברפואה נתפסת כשילוב של ששת הגורמים הבאים [7] (איור מס' 1):

1. בטוח (Safety)
2. טיפול יעיל (אפקטיבי)
3. ממוקד במטופל
4. נגיש
5. חסכוני במשאבים
6. שיווינוי.



איור מס' 1 – ששת גורמי איכות הטיפול

1.3 הגדרת תפיסת "המטופל במרכז"

כבר ב-2001 הגדיר ה-Institute of Medicine [7] טיפול מממוקד מטופל Patient Centered Care) כאחד מששת המשתנים המרכיבים טיפול איכותי, וטבע את הגדרתו למהות טיפול שכזה: לספק טיפול שמכבד ומגיב להעדפותיו האישיות, צרכיו וערכיו של המטופל, ומוודא שערכיו של החולה ינחו את כל ההחלטות הקליניות בגינו. בספרות המקצועית מתוארת גישה "המטופל במרכז" כבעלת המאפיינים המרכזיים הבאים:

(1) גישה הוליסטית של טיפול, הלוקחת בחשבון את מכלול צרכיו של המטופל, ואינה מתמקדת בתגובה מקומית המוגבלת לבעיה רפואית ממוקדת. גישה הרואה במטופל אינדיבידואל ייחודי ומורכב, ולא רק מושא של סימפטומים, שמצבו הנוכחי מושפע מגורמים ביולוגיים, פסיכולוגיים וסוציולוגיים גם יחד.

(2) גישה המתייחסת למידע, לחוויות, לתחושות הסובייקטיביות ולהעדפות המטופל כרכיבים הכרחיים בתהליך הטיפול, שחייבים להילקח בחשבון בעת בניית תכנית ההתערבות. הגישה מייחסת ערך קליני (ולא רק ערכי) לשיתוף המטופל בתהליך הטיפול, להעצמתו ולסיפוק כלים לניהול אורח חיים בריא ועצמאי ככל הניתן.

(3) גישה המבטיחה יעילות ובטיחות באמצעות אינטגרציה בין בעלי מומחיות ונותני שירותים שונים, הבטחת רצף טיפולי, אחריותיות, מעקב ושיתוף מיטבי של אינפורמציה רלוונטית למניעת טעויות, תקלות וסבל בר מניעה.

1.3.1 הגדרת טיפול ממוקד מטופל (Patient centeredness care):

הניסיון להגדיר במשפטים בודדים תפיסה רחבה שכזו הוא משימה מורכבת המושפעת הן מהמרכיבים שבחרים להכליל בתוך גבולות ההגדרה והן ממשקלם היחסי. עם זאת ניתן בהחלט להגדירו כ"טיפול המכבד את המטופל ומגיב להעדפות, לצרכים ולערכים של המטופל, ומבטיח שהם אלו שינחו את תהליך קבלת ההחלטות הקליניות:

1.3.2 תהליכים המרכזיים:

התהליכים המרכזיים בדרך לטיפול ממוקד מטופל (PCC) [8] הם:

- הכוונת הטיפול לפי העדפות המטופל
 - Patient preferences
 - Shared decision making
- הערכת ושיפור חוויית המטופל
 - Patient reported experiences (PREMs)
- בחינת מידת הצלחת הטיפול לפי הערך למטופל
 - Patient reported outcomes (PROMs)

1.3.3 Patient reported experiences

חוויית המטופל משקפת את האופן בו הוא תופס את מכלול ההתנסויות שלו עם מערכת הבריאות לאורך הרצף הטיפולי. חוויה זו מושפעת ממכלול המפגשים בין המטופל למטפליו, מציפיות המטופל ממערכת הבריאות ומהתרבות הארגונית בכל אחת מהמסגרות אתן הוא בא במגע. [9]

1.3.4 PROMS - מדידת תפיסת מטופל את תוצאי הטיפול בו מבחינה רפואית, תפקודית וכללית

PROMs הינו איסוף נתוני תפיסת מטופל את מצבו הרפואי ומצב בריאותו הכללי במצבים רפואיים שונים, שמתמקד בעיקר בשלושת המישורים באים: Function, Wellbeing ו-Suffering. השימוש במדדי PROMs מאפשר לקובעי מדיניות לעבור מחלוקת משאבים מבוססת נפח (Volume Based) לחלוקת משאבים מבוססת ערך (Value Based).

מחקרים שונים שנעשו מראים ששימוש שיטתי במידע המתקבל מ-PROMs מוביל לתקשורת טובה יותר בין רופאים ומטופלים, משפר את תהליך קבלת ההחלטות ומגדיל את שביעות הרצון של המטופל

מהטיפול, בעוד עבודות אחרות מדגימות אף שיפור בתוצאים קליניים. מחקרים אחרים מראים שקיימים חסמים טכניים, חברתיים, תרבותיים, חוקיים ולוגיסטיים לשימוש שיטתי ב-PROMs שמונעים הטמעה מוצלחת. לא מעט רופאים נרתעים לעיתים מהשיטה ומניחים שהם כבר מבינים את הבעיות של המטופל ולא זקוקים למידע נוסף מהמטופלים. לעומת זאת, מטופלים בדרך כלל מברכים מערכות שמשתמשות באופן קבוע ב-PROMs, אך מציינים שמערכות הדיווח צריכות להיות יעילות ולא להפריע למפגש הרפואי, לא להוות עומס על המטופלים ולהתרכז רק בקריטריונים שחשובים לרופאים. [10]

1.3.5 שיפור התקשורת מטפל-מטופל: תיאום ציפיות:

גורם זה הינו חשוב לא פחות במעלתו במכלול ההסתכלות על המטופל במרכז, מאחר והמעגל הראשון הנמצא בקרבתו של המטופל זה צוות המטפלים בו, ומדידת היבטי התקשורת ואיכות השירות הניתן למטופל הינם מרכיבים חיוניים בחוליות המרכיבות את גישת "המטופל במרכז". [11]

1.4 מדידת איכות הטיפול הממוקד במטופל (Patient centeredness measures)

אבני הדרך במדידה נכונה/אפקטיבית של איכות הטיפול הכוללנית, [12] תוך כדי אימוץ גישת "המטופל במרכז" הן:

(1) התחשבות בערכי והעדפות המטופל

(2) תאום

(3) היענות לטיפול

(4) תקשורת בין-אישית

(5) מניעת סבל/כאב

בניית מודל מדידה מבוסס לוח תוצאות מאוזן המרחיב את הגורמים הנ"ל יהווה תרומה משמעותית לקידום גישה זו ולקידום מדיניות הבריאות בישראל התומכת משמעותית בגישת "המטופל במרכז".

1.5 מדדי איכות

מדדי איכות הינם כלים המאפשרים להעריך את תהליכי ותוצרי בריאות, תפיסות מטופלים ומאפייני מערכות בריאות, ועד כמה הם מאפשרים הענקת שירותי בריאות באיכות גבוהה ועפ"י מטרות האיכות ברפואה, [13] כמתואר להלן:

(1) מדדי תהליך (Process)

(2) מדדי תוצאה (Outcome)

(3) Explicit - השוואת התהליך שנעשה לחולה עם קריטריונים ברורים המבוססים על ספרות עדכנית

(4) Implicit - הערכה איכותית סובייקטיבית ללא הגדרת סטנדרטים ברורים.

רק מדידת מספר מדדים ושילוב התוצאות תיתן הערכה מדויקת ואמינה של איכות, בדומה ללוח תוצאות מאוזן (Balanced Scoreboard).

עם התפתחות הנושא, אנו מיוודעים כיום למאות ואפילו לאלפי מדדי איכות, כמתואר במטה אנליזה של Simou et al., למשל. [14] בין קבוצות המדדים ניתן למצוא מדדי איכות (Quality) - המתייחסים (Effectiveness) ובטיחות (Safety), מדדי תגובתיות (Responsiveness) - המתייחסים ל"מטופל במרכז" (Patient centeredness) ו"גישת המטפלים" (Staff orientation), "יעילות" (Efficiency), "נצילות" (Utilization), "זמינות" (Timeliness), "משאבים" (Resources) ו"קיבולת" (Capacity) - המתייחסים ל"משאבי אנוש" (Human resources), "מערכות מידע" (Information technology), "תשתיות וציוד" (Infrastructure and facilities).

עם זאת היכולות של מנהלי בתי חולים ליישם, לתפעל ולהפיק מסקנות קוהרנטיות מכמות כה רבה של מדדים הינה נמוכה. גם במרכז הרפואי ע"ש שיבא בו אוספים ומודדים, באמצעות מערכת BI מקומית (CHESS), רק כ-150 מדדים יכולת הסקת מסקנות באופן מממוקד ומיידי הינה מוגבלת. ולראיה גם בדו"ח ועדת גרמן (2014), [15] שעסקה בשיפור מערכת הבריאות בישראל וכללה בין היתר המלצות להשתמש במדדים לשם כך, כמות המדדים המוצעת היתה נמוכה יותר, בין היתר משיקולי אפקטיביות ויכולת היישום.

לפיכך, כאשר הגענו לשלב בחירת המדדים הפוטנציאליים לבחינה, התמקדנו במדדים כמותיים (ולא איכותניים) הניתנים ליישם, אינם מועדים להטייה ומתאימים לצורך אליו הם מיועדים (איכות שירות כוללת), כפי הציעו Chassin et al. [16]. לדוגמא – מחקרים רבים, כמו-גם דו"ח ועדת גרמן הצביעו על חוסר שקיפות ומידע זמין בנוגע לכמות ביטולי הניתוחים המתוכננים והמליץ על מדידתם. בפועל. אך כאשר צוות המחקר ניסה לאתר מקורות למידע כזה בקרב מערכת הבריאות הישראלית, לא נמצא כל מידע רשמי זמין. מה שכן מצאנו היו דווקא מחקרים המתארים את התופעה בחו"ל, עם דגש על מדינות העולם השלישי. [17] באותם מקרים מסתבר שיש שונות גבוהה בין הסיבות השונות לביטול ובין בתי החולים השונים, כך שמדידת שיעור התופעה של "ביטול ניתוח מתוכנן" נראתה מטרה הולמת עבור המחקר הנ"ל.

דוגמא נוספת למדד שנמצא הכרחי לבדיקת חשיבותו בקרב המטופלים והמודל היא "שיעור אספקת תרופות בשחרור מאשפוז" (ראה נספח), וזאת לאור העובדה שההמלצה לחייב את בתי החולים לספק אותן (מעבר למתן המרשם) במסגרת עדכון התקנות לביטוח בריאות ממלכתי (שמירת רצף הטיפול במעבר בין בית חולים וקהילה) התשע"ה-2015 – (פרק ה' סעיף 15) לא התקבלה בסופו של דבר.

2. שאלות, מטרות ותרומת המחקר

2.1 שאלות המחקר

בשנים האחרונות שמים ארגוני בריאות יותר ויותר דגש על תפיסת המטופל במרכז. עד-כה מרבית המדדים הבוחנים זאת הינם מהתחום הקליני, אך בהסתמך על מחקרים עדכניים עולה כי גם לרמת השירות מההיבטים התפעוליים, למשל, ישנה תרומה והשפעה לא מבוטלת על שביעות רצון המטופלים.^[18] מאחר ותפיסת "המטופל במרכז" אינה כה פשוטה ומחייבת הערכה של מדדים מרובים בו זמנית, הרי שיש צורך וחשיבות בפיתוח מדד אחד המבטא את כלל הרכיבים הנדרשים למדידת חווית המטופל.

מאחר ומרבית המחקרים העוסקים ב"מטופל במרכז" אינם עוסקים במדידה כוללת של כל מרכיבי התופעה, אלא מסתפקים בנתח חלקי, כמו: רצף טיפול, שביעות רצון, זמני המתנה וכד', אנו רואים צורך מהותי במודל שכזה.^[19]

המחקר שבוצע הינו הראשון בישראל שבוחן את הדרך לייצר מודל מדידה מתוקף, המסתכל על כל התהליך באופן הוליסטי ולוקח בחשבון גורמים קליניים, תפעוליים, התנהגותיים, כלכליים, איכות השירות וחווית המטופל. כל זאת, מתוך רצון לשפר את יישומו, הלכה למעשה, של חוק בריאות ממלכתי (1994) וחוק זכויות החולה (1996), שחרטו על דגלם את זכאותו של כל מבוטח בישראל להנגשת וקבלת כל השירותים הכלולים בסל בהתאם לצרכיו, ובאופן שוויוני.^[20,21]

2.2 מטרות המחקר

מטרות המחקר הוגדרו כדלקמן:

- א. פיתוח מודל אחד לקביעת מדד שירות כוללני לבתי חולים, המתייחס ל"מטופל במרכז", הן מבחינת חווית המטופל והן מבחינת מדדי שירות תפעוליים.
- ב. יצירת בסיס לכלי עזר למקבלי החלטות על הקצאת משאבים בין הממדים השונים המשפיעים על רמת השירות הכוללת של בית החולים, במטרה להגביר את שביעות רצון הנתפסת של המטופלים, מצד אחד, ואת יעילות הקצאת המשאבים לשם כך, מצד שני באופן שתתמוך במדיניות "המטופל במרכז".

2.3 תרומת המחקר

חוק ביטוח בריאות ממלכתי^[20] קבע מטרה להגדיל את ההטבה לחולה ממערכת הבריאות למקסימום, במסגרת התקציב וסל השירותים, אך בפועל היכולת להעריך את הערך המוסף לחולה מהליך טיפולי הינה מוגבלת ביותר. מכאן שחשיבות המחקר ופוטנציאל תרומתו הצפויה הינם גבוהים ביותר, כמפורט להלן:

2.3.1 חשיבות המחקר (ייחודיות):

פיתוח כלי כזה יאפשר למנהלי ארגונים רפואיים להעריך טוב יותר את מידת השירות הניתן ביחידות הארגון ובכך לפעול ולשפר באופן ממוקד. המודל יוכל לשמש את מנהלי בתי החולים לבחור באופן

ממוקד ומדעי בין עשרות הגורמים הקיימים כיום, ובכך לשפר את יכולתם של מקבלי ההחלטות לתעדף באופן מיטבי בין מכלול הגורמים המשפיעים על רמת השירות של בית החולים. כמו כן, המודל שיפותח יוכל לשמש בסיס לכלי השוואה בין יחידות רפואיות שונות.

2.3.2 המלצות אפשריות לקובעי מדיניות:

תוצאות המחקר יאפשרו לקובעי המדיניות במשהב"ר ולמנהלים בבתי חולים השונים להתמקד בתהליכי השירות שמשפרים איכות, ולייעל בהתאם את הפניית המשאבים אליהם. בנוסף, ניתן יהיה לייצר בסיס להשוואה בין בתי חולים/מחלקות אשפוז ומכונים במטרה לעודד תחרותיות, להגביר את שביעות רצון המטופל ממערכת הבריאות הציבורית ולממש הלכה למעשה את מדיניות ה"מטופל במרכז".

3. שיטות העבודה

3.1 תכנון המחקר

ביצוע מחקר אמפירי איכותני, על סמך מתודולוגיה מסודרת ומקובלת למחקרים בתחום שכללה:

- סקר ספרות לאיתור מונחים ומדדים שיכולים להיות חלק מהמתודולוגיה המוצעת.
 - גיבוש המדדים האפקטיביים עבור שיבא בעזרת מומחה מהנהלת המרכז.
 - ביצוע קבוצת מיקוד עם מטופלים, להיכרות עם התפיסה שלהם בכלל ואת התייחסותם לסט המדדים המוצעים, בפרט.
 - פנל דלפי מקוצר, בפורמט קבוצת מיקוד, עם קבוצת מטופלים ממגוון מקצועות הרפואה, בו עברו המטופלים סדנה דומה כמו המטופלים.
 - ביצוע ניתוח איכותני (רשתות תמטיות) על תמלול קבוצות המיקוד.
 - ניתוח כמותי א-פרמטרי לתוצאות, במטרה לזהות את השונות בין קבוצת המטופלים לקבוצת המטופלים.
 - גיבוש המדדים החשובים יותר
 - סיכום ויצירת המתודולוגיה המוצעת.
- המחקר תוכנן ל-20 משתתפים, ובהתאם לכך ניתן האישור של ועדת הסינקי (מס' 4061).

3.2 ביצוע המחקר

בסיס הנתונים העיקרי של המחקר נבנה על סמך מידע שנאסף מהמרכז הרפואי ע"ש שיבא בשנים 2018-2019, כאשר המחקר כלל שלושה שלבים עיקריים: (1) איתור מדדים רלוונטיים בעזרת סקר ספרות וראיונות עם בעלי תפקיד בכירים. (2) בחינת התאמת המדדים המוצעים למודל העדכני באמצעות קבוצות מיקוד (3) בחירת המדדים הרלוונטיים בעקבות ניתוח תוצאות קבוצות המיקוד.

3.2.1 קבוצות המיקוד

לב המחקר כלל שתי קבוצות מיקוד, שתפקידן היה לסייע לנו להבין את עמדות המטופלים והצוות לגבי היבטים שונים באיכות השירותים הניתנים בבית החולים. המטרה העיקרית הייתה להעריך מדדים / אינדקסים פוטנציאליים לאיכות השירות ולהעלות מדדים אפשריים נוספים. קבוצה מיקוד אחת כללה 6 מטופלים, שהשתחררו מאשפוז בביה"ח הכללי של המרכז הרפואי שיב"א לפחות 90 יום קודם למפגש. הקבוצה השנייה כללה 13 מאנשי הצוות במרכז הרפואי שענו לקול קורא בנדון שפורסם בקרב אנשי ביה"ח.

תהליך איתור המועמדים למחקר:

מטופלים:

- אותרו כ- 18 אלף מאושפדים פוטנציאליים)

- מתוכם כ-800 התאימו לקריטריונים שהוגדרו (4.5%)
 - מתוכם הוגרלו 80 להתקשרות ראשונית (10%, בהתאם) וכ-15 מהם הסכימו להשתתף (20%, בהתאם).
 - על מנת להגדיל את הכמות הפוטנציאלית נעשתה פניה טלפונית לעוד כ-50 מאושפזים (6%, בהתאמה) ומתוכם עוד כ-10 הסכימו להשתתף (20%), סה"כ כ-25.
 - בימים שלפני מועד קבוצות מיקוד מטופלים נערך סקר טלפוני בקרב הקבוצה שהביעה עניין להשתתף (25). מחציתם אישרו השתתפות, 10% אמרו שקרוב לוודאי והיתרה (40%) אמרו שלא בטוח שהם יגיעו.
 - נקבע כי שהמספר המינימלי לקיום קבוצה הוא 6 מטופלים, ואז ניתן לבצע את קבוצת המיקוד.
 - הבחירה במספר 6 נעשתה עפ"י קריטריונים מקובלים של רוויה מחקרית (Saturation) במחקרים מסוג זה. לפי תיאוריית Grounded Theory אם הרוויה מתחילה באזור 6-8 משתתפים זה כבר מספק מבחינה מחקרית/סטטיסטית. [22]
- מטפלים:

- פרסום קול קורא בקרב אנשי הצוות הרפואי, באמצעות רשימות תפוצה והדוא"ל של שיבא
- ריכוז הפניות ואישור המשתתפים
- וידוא הגעתם של לפחות 10 משתתפים, מתחומים שונים (רופאים, אחיות, כח-עזר סיעודי ומנהלי)
- משלוח תזכורת למשתתפים.

3.2.2 בחירת המדדים

כל מפגש בקבוצת מיקוד נוהל על ידי מנחה מקצועי עצמאי ונמשך כשעתיים וחצי. החלק הראשון של כל דיון הוקדש לבחינת ההיבטים החשובים של השירות שבית החולים, שלתפיסתם של המשתתפים צריך להעריך ולמדוד באופן כללי על מנת לשפר את איכות השירות הניתן. בחלק השני של הדיון הוצגה בפני המשתתפים רשימה של עשרה מדדים מסויימים, והם התבקשו לדרג את כל הפריטים לפי סדר החשיבות הנכון בעיניהם. החלק השלישי והאחרון של המפגש התמקד בוידוא הבנת העמדות של המשתתפים, לגבי חשיבותם של כל אחד מהמדדים שהוצגו ברשימה. כל הדיונים הוקלטו, בהסכמתם של המשתתפים, על גבי קבצי שמע והועברו לתמלול מקצועי והפקה של פרוטוקולים לכל שלבי הדיון. בשלב הבא נערך ניתוח "Analysis network Thematic" עבור תמלולי הדיונים כמפורט בפרק 4.

3.3 ניתוח התוצאות

תמלילי שתי הקבוצות נותחו בנפרד באופן שיטתי לצורך הפקת הממצאים כחלק מתפיסה של מחקר איכותני. הידע שנבע מתוך השיח שנוצר במהלך המפגשים, עובד בשיטת ניתוח רשתות תמות ("Thematic network analysis") - ניתוח טרמינולוגי שיטתי הממפה את היררכיית השיח בכך

שמציב את צירי השיח המרכזיים והבוערים (כתמות גלובליות) ופורט אותם לתת-תמות מארגנות ותמות בסיסיות. [23] בנוסף לתהליך המוזכר, נערך גם ניתוח איכותני אינטגרטיבי בגישה פרשנית המבוססת על התרשמותם של כל צוות המחקר מכלל השיח שנוצר בשתי הקבוצות ונקודות ההשוואה ביניהם. כל חבר צוות שימש כמקודד לתמות ולמסקנות כאשר המטרה הייתה להגיע לרמת מהימנות 'בין-מעריכים' גבוהה. מבחן המהימנות שנבחר להערכת ההסכמה על התמות והמסקנות שהופקו מהניתוח הינו Krippendorff alpha, [24] והושגה בסופו של דבר $\alpha=1$.

4. ממצאים

4.1 מדדים פוטנציאליים

סקר הספרות העלה כ-30 משתנים/מדדים פוטנציאליים, מתוכם נבחרו עשרת המדדים המשמעותיים ביותר לבחינה באמצעות קבוצות המיקוד. טבלה מס' 1 מציגה את רשימת המדדים והערכת צוות המחקר את חשיבותם/תרומתם היחסית:

מס'	המדד המוצע	צורך	יישומיות	החלטה
1.	זמן המתנה לרופא במיון	גבוה	גבוהה	למחקר
2.	שיעור ביטול/דחיית ניתוח ברגע האחרון	גבוה	גבוהה	למחקר
3.	זמן המתנה מההחלטה במיון על אשפוז ועד הגעה למחלקה	גבוה	גבוהה	למחקר
4.	זמן המתנה לבדיקת רופא במרפאות חוץ	גבוה	גבוהה	למחקר
5.	שיעור האשפוז במסדרון	גבוה	גבוהה	למחקר
6.	זמן המתנה מההחלטה על שחרור ועד לקבלת המכתב	גבוה	גבוהה	למחקר
7.	משך זמן לקבלת מענה על פניה או תלונה לבית החולים	גבוה	גבוהה	למחקר
8.	שיעור מקבלי תרופות ל-24 השעות הראשונות לאחר השחרור	גבוה	גבוהה	למחקר
9.	שיעור מקבלי שיחה מהמחלקה תוך 3 ימים ממועד השחרור	גבוה	גבוהה	למחקר
10.	יחס בין מכתבי תלונה למכתבי תודה שבית חולים מקבל	גבוה	גבוהה	למחקר
11.	אחוז אשפוז (מעל לתקן)	גבוה	בינונית	לא למחקר
12.	Readmission rates	גבוה	בינונית	לא למחקר
13.	Turnaround time בדיקות דם	גבוה	נמוכה	לא למחקר
14.	שיעור דיווחי FAERS (Adverse Event Reporting System)	גבוה	נמוכה	לא למחקר
15.	בקרת ניקיון/זיהומים וכד' (X דגימות לרבעון)	גבוה	נמוכה	לא למחקר
16.	שיעור תחקירים לאחר ארוע Sentinel	גבוה	נמוכה	לא למחקר
17.	יחס אנשי צוות רפואי למאושפזים (בחצות?)	בינוני	בינונית	לא למחקר
18.	שביעות רצון מודרכים	בינוני	בינונית	לא למחקר
19.	הדרכות לאנשי הצוות	בינוני	בינונית	לא למחקר
20.	מס' שיחות רופא/משפחה	בינוני	נמוכה	לא למחקר
21.	"מדד" איכות העברת משמרות	בינוני	נמוכה	לא למחקר
22.	קליטה מ- /העברה אל- מחלקה/בי"ח אחר	בינוני	נמוכה	לא למחקר
23.	שיעור אירועי הבטיחות: נפגע /כמעט נפגע	בינוני	נמוכה	לא למחקר
24.	שיעור הטמעת תוכנית לניהול סיכונים	בינוני	נמוכה	לא למחקר
25.	שיעור הכרות עם נהלים (הזמן שלוקח עד ש-80% מעודכנים)	בינוני	נמוכה	לא למחקר
26.	"נצילות" תקנים	בינוני	נמוכה	לא למחקר
27.	שביעות רצון המטפלים	בינוני	נמוכה	לא למחקר
28.	קידום פרויקטי שיפור (לדוגמא- מכתבי שחרור)	בינוני	נמוכה	לא למחקר
29.	אתר אינטרנט פעיל/עדכני (זמינות האתר)	נמוך	נמוכה	לא למחקר

טבלה מס' 1 – רשימת מדדים פוטנציאליים

קריטריון ההחלטה אילו מדדים ישמשו בדיונים עם קבוצות המיקוד היה: "מדדים שיש בהם גם צורך גבוה, וגם אפשרות גבוהה ליישום, באופן יחסי לשאר המדדים.

4.2 ריכוז תמות עיקריות

שני הדיונים הציפו והדגישו זוויות התייחסות שונות למדדים זהים, גם במקרים בהם פערי הדירוג המשוקלל בין שתי הקבוצות היה קטן יחסית. טבלה מס' 2 מציגה את הבדלי הדירוג בין שתי הקבוצות לכל מדד וכמו כן, את התמות המרכזיות שיוחסו בכל אחד מהדיונים לכל מדד. בהמשך הפרק מוצגים ציטוטים מייצגים לכל אחת מהתמות בהקשר לכל מדד.

מדד	דירוגי המטופלים	דירוגי המטפלים	תמות מרכזיות שנקשרו למדד (קבוצת המטופלים)	תמות מרכזיות שנקשרו למדד (קבוצת המטפלים)
משך הזמן בו המטופל ממתין לבדיקת רופא במיון	1	1	* מצוקה רגשית * מענה שירותי * בטיחות הטיפול	* תחושת אי-וודאות
הסבירות שיאמרו לך שהניתוח המתוכנן שנקבע לך לבצע נדחה ליום אחר	3	2	* מענה שירותי * בטיחות הטיפול	* תחושת אי-וודאות
כמה זמן נאלצת להמתין מהרגע שנאמר לך על הכוונה לאשפזך ועד לעלייתך למחלקה	4	3	* תחושת אי-וודאות * צורך באמפטיה ויחס אישי	* צורך באמפטיה ויחס אישי
כמה זמן אתה ממתין לבדיקת רופא במרפאות חוץ	5	4	* המטופל יכול לספוג זאת (כי ההמתנה נסבלת)	* צורך באמפטיה ויחס אישי
הסבירות שבליט-ברירה תאושפז במסדרון במהלך שהותך במחלקה	2	5	* מצוקה רגשית	* המטופל יכול לספוג זאת (הדרכה נכונה תנטרל את המצוקה הרגשית) * צורך בליווי והדרכה
זמן המתנה מהרגע שנאמר לך על שחרור מהמחלקה ועד לקבלת מכתב השחרור	8	6	* תחושת אי-וודאות * מדד ליעילות בית החולים	* צורך באמפטיה ויחס אישי * "המטופל יכול לספוג זאת כי ההמתנה נסבלת"
הסבירות לקבל מענה בזמן סביר לפניה או תלונה המיועדת לבית החולים	7	7	(לא התקיים דיון במדד)	* מענה שירותי
הסבירות שבשחרורך מאשפוז תקבל תרופות ל-24 השעות הראשונות	6	8	* צורך בליווי והדרכה	* בטיחות הטיפול
הסבירות שלאחר שחרורך תקבל טלפון מהמחלקה תוך 3 ימים ממועד השחרור	9	9	* בטיחות הטיפול * מענה שירותי	* מענה שירותי
כמות מכתבי התלונה וכמות מכתבי התודה שבית חולים מקבל	10	10	(לא התקיים דיון במדד)	(לא התקיים דיון במדד)

טבלה מס' 2 - הבדלי הדירוגים והתמות לכל מדד בהשוואה בין קבוצות המטופלים והמטפלים

4.3 תיאור המדדים

4.3.1 מדד 1: משך הזמן בו המטופל ממתין לבדיקת רופא במיון:

שתי הקבוצות דירגו מדד זה בראש סדר החשיבות, אולם בעוד קבוצת המטופלים העניקו התייחסות משמעותית למדד, קבוצת הרופאים התייחסו לו באופן מועט.

4.3.1.1 קבוצת המטופלים:

משך הזמן בו המטופל ממתין הוזכר בהקשר לשיקולים רפואיים-מקצועיים:

" אבל אם בן אדם עושה אירוע מוחי ומגיע למיון והוא עוד בסדר, הגיע מהר, אם לא עושים לו

מהר C.T, שואלים – מה שלומך? הוא אומר – בסדר. אז האחות מחכה וכל רגע הוא קריטי"

"אני חושבת שזה פיקוח נפש, כי אתה יכול לפעמים למות עד שאתה רואה רופא..."

בנוסף, זמני ההמתנה משפיעים מאוד על שביעות הרצון של המטופלים והם מתקשרים למספר חוויות במסע הטיפולי

א. "לחוסר אונים".

"ואני הרגשתי שאני יושבת שם והחיים אוזלים ממני, ממש ככה הרגשתי."

"זמן ההמתנה המשוער הוא 3 שעות, אבל אחרי שלוש ורבע שעות כבר אין לך ממילא כוח

להתחיל לצעוק"

ב. להתנהלות לוקה מצד הצוות שבגינה מטופלים לא מקבלים את השירות הראוי

" עליתי על זה שהמזכירות מזמנות את האנשים באותה שעה ובגלל זה, זה המקור של ה-3

שעות, כי הם מזמנים באותה שעה. עד שהרופא יורד מהמחלקה"

" צריך לחכות לבדיקה? הרבה פעמים אתה יום שלם מחכה עד שיבואו לקרוא לך, לפעמים זה

ביום למחרת אפילו"

4.3.1.2 קבוצת המטופלים:

למרות שהמדד דורג במקום הראשון הוא הוזכר במעט אמירות כנקשר לאי הוודאות

א. שגורמים ללחץ ולחרדה מהמצב הרפואי:

"אני רוצה רק לדבר מבחינת המטופל – מי שמגיע למיון, לא משנה חדר הלם או לא, הוא מגיע

עם חרדה ודאגה והוא רוצה כמה שיותר מהר לקבל איזו שהיא הבנה"

ב. שגורמים לכעס על אי היכולת להתנהל ולתמצא בסיטואציה:

"אני יכולה לתת לך דוגמא של אנשים מהמקום שלי – הם רוצים לדעת את מקומם בתור. זה

אחד הדברים הבוערים. תגידו לי איפה אני בתור. אני צריך לחכות עוד שעתיים? אני הבא

בתור? אני יכול ללכת לשתות קפה? לא להיות בערפל הזה ולא להיות במקום שאתה בעצם

בעמימות כזאת שמשאירה אותך כועס, מתעצבן."

4.3.2 מדד 2: הסבירות שיאמרו לך שהניתוח המתוכנן שנקבע לך לבצע נדחה ליום אחר:

4.3.2.1 קבוצת המטופלים:

דחיית הניתוח נדודנה בקרב המטופלים מצד אחד בהקשר לציפיות שירות בהקשר לפגיעה בשגרת החיים ומצד שני בהקשר של בטיחות הטיפול והסכנות הכרוכות בדחייה

ציפיות שירות:

"3 פעמים זה נדחה, כל פעם היה איזה סיפור אחר ולא כעסתי בכלל, אבל אתה מתכנן, יש לך משפחה, יש לך התחייבויות, יש לך לימודים... אני אומרת שכשאתה מכונן את עצמך לניתוח אלקטיבי, אתה מסדר את כל החיים שלך ושל הסביבה שלך.."

בטיחות:

"אני חושבת שבגלל שזה לפעמים סיכון חיים. כלומר, משיקולים שיש לחץ יותר מדי על בית החולים, לא תמיד השיקול הרפואי עומד ראשון במעלה. מה זה סיכון חיים? אולי אתה לא תמות, אבל תחיה פחות טוב. איכות החיים שלך תהיה פחות טובה"

4.3.2.2 קבוצת המטופלים:

בדומה לזמן ההמתנה למיון, גם מדד זה אוזכרה בהקשר לאי הוודאות ותחושות הלחץ הנלוות "לקחו לו בדיקות דם, מקסימום הוא צם יום אחד, מחר יהיה בסדר. כי אנחנו מסתכלים על זה מבחינה רפואית, לא יקרה כלום. אבל המטופל עצמו הוא בצום, במתח עצום. אנשים שעושים ניתוח מה זה קשקוש, הם בלחץ כאילו הולכים למות מחר. הם בלחץ מטורף. פתאום עוד יום דוחים את זה. איך אני אעמוד בלחץ הזה?"

"בן אדם בא, הגיע, הוא בצום, הוא במתח לפני הניתוח. גם לא תמיד אתה יודע למתי. גם אי הוודאות שזה יהיה מחר."

4.3.3 מדד 3: כמה זמן נאלצת להמתין מהרגע שנאמר לך על הכוונה לאשפזך ועד לעלייתך

למחלקה:

4.3.3.1 קבוצת המטופלים:

מדד זה הוזכר בהקשר לצרכים הרגשיים שצפים במהלך השהייה בחדר המיון, כאשר השעות מצטברות והמטופל שרוי בחולשה. החוט המקשר של הצרכים העמוקים בקרב המטופלים הוא 'הידיעה/תקווה שיהיה להם מקום'

צורך באמפטיה:

"שיתחילו לטפל בך... זה חוזר הכול לפחד מהמסדרונות האלה... אני דווקא חושבת שהמתנה במיון דוחה את התחלת הטיפול. כי במיון לא מטפלים בך. אתה מחכה, אומרים לך כל הזמן – תחכה, תעלה במחלקה"

צורך בוודאות:

"מניסיון, לא רק שלי, של הסביבה שלי, שבאמת, את כל כך הרבה זמן במיון, שאתה כבר רוצה להיות בטוח שהעלו אותך למחלקה. כי מה שקורה, שכל הזמן בעצם, למה אתה ממתין? כי כל

הזמן יש דו שיח בין המיון והמחלקה ואומרים – אין לי מקום, אין לי מקום – ואז יש סיכוי שיכניסו מישהו אחר ואני אשאר ב-א' מקום ויכניסו אותי למחלקה אחרת" ... השיקול הוא א' הביטחון שלא יהיה מקום, שישאירו אותי בחדר ביניים."

4.3.3.2 קבוצת המטופלים:

בדומה לקבוצת המטופלים, גם בקבוצה זו מדד זה מוזכר בהקשר לצורך ביחס אישי ולהתשה הרגשית הכרוכה בהמתנה לקבלו

"הוא 8 שעות שוכב על מיטה במיון, זאת אלונקה נוראית, לשכב עם אורות הפלורסנט, הוא כבר מת להגיע למחלקה שיטפלו בו ויראו אותו.... מבחינת הרגשה, לא טיפולית, עוד פעם, מבחינת הרגשה אתה מותש, גם המשפחה מותשת, ואתה כבר רוצה לראות את עצמך במחלקה."

4.3.4 מדד 4: כמה זמן אתה ממתין לבדיקת רופא במרפאות חוץ:

4.3.4.1 קבוצת המטופלים:

בקרב המטופלים מדד זה לא זכה לתשומת לב מיוחדת ולהצדקות לשימוש בו כסמן לאיכות הטיפול "אני אומרת שאתה מראש לוקח את זה שאתה מפסיד את היום, אז אתה כאילו כבר מוותר מראש, שזה מה יש ואין מה לעשות" "הייתי פה ב- 4 פעמים שונות וזה ככה... זה לא עניין של חיים ומוות או השפלה. ישבתי, בזבזתי יום, אבל לא הושפתי ובטח לא מתתי בדרך"

4.3.4.2 קבוצת המטופלים:

סוגיית ההמתנה למרפאת חוץ נדונה בצורה משמעותית יותר בקרב המטופלים והתקשרה לצורך ביחס ובטיפול האינדיבידואלי

"כן, כי במיון הוא, עוד פעם, תחת טיפול. כאן הבן אדם בא מהבית ורוצה לחזור הביתה, ורוצה לקבל את הטיפול וההתייחסות ה-מאד ממוקדת למצב שלו. אני פשוט רואה את הכעסים ואת התסכול מצד המטופלים." "המטופל ממתין 3 שעות לתור שלו ונכנס לפחות מ-10 דקות, רבע שעה. אבל אני אומרת, בעניין החוויה, שזה משהו של הסבר פנים. באמת, זה חולה סך הכול בריא. למה את רוצה לחזור? להוציא את הילדים מהגן, לעבודה שלך. את מתוסכלת."

4.3.5 מדד 5: הסבירות שבלי-ברירה תאושפז במסדרון במהלך שהותך במחלקה:

סוגיה זו התאפיינה בפערי דירוג ניכרים בין המטופלים למטופלים

4.3.5.1 קבוצת המטופלים:

כלל המשתתפים בקבוצת המטופלים דירגו מדד זה כשני בחשיבותו והציפו שיקולים רגשיים רבים הנוגעים ל"מטופל כאדם" המתארים את הסיכון להתאשפז במסדרון כמשהו 'שמבטל את הכבוד', לא כל שכן את תנאי השירות המינימליים שמצפים מהם:

"אם היו אומרים לי שמעלים אותי עכשיו למסדרון בשביל לחכות לניתוח שעה, אני הייתי הולכת הביתה. גם ככה זה מצב לא נעים. אני לא יודעת איך להסביר את זה, זה הכי נורא, זה פשוט משפיל. גם ככה אתה מרגיש אפס ואז עוד שמים אותך שם במסדרון – עוד יותר אפס"

"אני חושבת שממילא, כשאתה בבית חולים ואתה מחכה לניתוח או משהו כזה, אתה גם ככה פחות בן אדם ממה שאתה בדרך כלל, עוד שישימו אותך במסדרון אתה מאבד את הכבוד שלך כבן אדם. אין לך שום פרטיות. כלום"

"היה לי סיפור שאחרי הניתוח לא היה להם מקום במחלקה ואז הורידו אותי לאורטופדיה, ובאורטופדיה לא היה אף אחד שיבין בכלל מה קורה פה. אפילו לא ירד הרופא מכירורגית לראות מה קורה"

4.3.5.2 קבוצת המטופלים:

בתוך הקבוצה ניכר חוסר הסכמה בין המשתתפים לגבי חשיבות המדד ובשיקול הדירוגים מדד זה דורג רק במקום החמישי:

רופאים שהעניקו דירוג גבוה למדד, התייחסו לאי הוודאות של המטופלים לגבי מצבם

"המטופל לא מבין מה קורה איתו. הוא רואה את עצמו במסדרון. כמו שאני לא הבנתי שעדיף שהוא יהיה במסדרון ויקבל טיפול, זה לא בראש שלי, אני לא אחות. והמטופלים הם לא אחים ואחיות. הם לא מבינים למה הם במסדרון. הם מוצאים את עצמם 3-4 בשורות, אני רואה בפנימית אי אפשר לזוז מרוב שיש מטופלים."

רופאים שדירגו את המדד נמוך דיברו על הצורך בהדרכה ובהפגת אי הוודאות, ככלים שכאשר מיישמים אותם, אז "זה לא נורא" שמטופל יאושפז במסדרון:

"אבל אתה מקבל את אותו טיפול והתייחסות ואל תראה את עצמך כאיזה אחד כמו איזה ג'וק על הקיר. אתה במסדרון, אבל אתה מקבל יחס או טיפול."

"אם אתה מסביר לו יפה, שמתי לב כשאתה מסביר לחולה, גם להמתנה, אתה אומר לו – תקשיב, הרופא כרגע עסוק, זה ייקח שניים אבל הוא יטפל בך – אתה יודע מה, הוא משנה את כל היחס. רק לדבר."

4.3.6 מדד 6: זמן המתנה מהרגע שנאמר לך על שחרור מהמחלקה ועד לקבלת מכתב השחרור:

שתי הקבוצות העלו התייחסויות מגוונות למדד זה אשר ששיקפו גם את חשיבותו אך גם את אי-חשיבותו היחסית

4.3.6.1 קבוצת המטופלים:

נושא השחרור פחות עוסק ב'זמן המבוצב' – אינדיקציה לאיכות שירות:

"החווייה שלי לא היתה כל כך טראומתית בגלל שלא סילקו אותי מהמיטה... בוא נגיד, מ-10, אתה מצפה שב-12:30-13:00 אתה תהיה משוחרר"

אלא בנושאי השחרור הנכון מבית החולים, שעלולות להיות לו גם השלכות של בטיחות הטיפול:

"אני בכלל, איך שמשחררים זאת הבעיה, שלא נותנים לך הנחיות ולא נותנים לך אופק ולא מסבירים לך. אבל זה בכלל לא מופיע פה."

אך גם בהקשר להתייעלות מזווית ראייתו של צוות בית החולים:

"אני הייתי מעלה השערה אחרת שאולי כן שווה לבדוק אותה, זה למה זה קורה במערכת. כי את העלית נקודה חשובה, שלפעמים אחד לא משתחרר, כלומר, הוא מחכה למכתב השחרור וסתם פרוצדוראלית לא מטפלים בזה, ואז המיטה שלו עדיין תפוסה, ואז לא מעלים מישהו אחר.."

4.3.6.2 קבוצת המטפלים:

מצד אחד, הרופאים הביעו הזהות עם תחושותיהם של המטופלים, כאשר המכתב מתעכב "אם אנחנו מדברים על שביעות רצון של השירות, מה הכי מעצבן? אני מחכה לבדיקת רופא, אני יודע, אני צריך לחכות, אין ברירה. אומרים לך – אתה משתחרר, אתה משוחרר, חכה למכתב. אין יותר מרתיח – למה לעזאזל אני לא כבר בבית? זה הדבר הכי גרוע שיכול להיות" מצד שני, ישנם מבחינתם דברים יותר חשובים

"היא בדרגה נמוכה לטפל כי אני לא חושב שהיא משפיעה באופן, אין ספק שהיא משפיעה על שביעות הרצון... כל מה שאני אומר, שאנחנו ההשפעה על שביעות הרצון כרגע היא גבוהה, אבל היא לא במקום הכי גבוה כי היא לא באמת דבר מהותי."

4.3.7 מדד 7: הסבירות שבשחרורך מאשפוז תקבל תרופות ל-24 השעות הראשונות:

4.3.7.1 קבוצת המטופלים:

הנושא שעלה לקראת סוף הדיון ולו עובד מספיק. נראה שהיחס לתרופות מתקשר לצורך בליווי של המטופל לקראת סוף המסע הטיפולי ומתקשר גם לאוריינטציה.

"ברור שכן. מה תעשה, הרגע השתחררת, תלך לחפש תרופות?"
"ברוך השם הגענו הביתה בשעה 8 בערב, עם מכונית פרטית. אם אני נמצאת בלי תרופות אני עם לשון בחוץ."
"אני חושבת שאי אפשר לשחרר מישהו שהיה מאושפז בלי לתת לו את הדרך."

4.3.7.2 קבוצת המטפלים:

קבוצת המטפלים קישרה את המדד לסוגיית בטיחות - אשר חשיבותו טמונה לא בזווית השירותית אלא הקלינית.

"באוכלוסיית מטופלים שאנחנו מטפלים, בדרך כלל אין זמינות של התרופות האלה בבית המרקחת, אז החולה לא יקבל את הטיפול?.. זה לא אקמול או אופטלגין או קרטיה או לוסק. וגם, הסיכון שאדם לא ייקח כי לא היה לו, הוא יכול להיות פטאלי. הוא יכול לאבד את השתל שלו, למות."

4.3.8 מדד 8: הסבירות שלאחר שחרור תקבל טלפון מהמחלקה תוך 3 ימים ממועד השחרור:

4.3.8.1 קבוצת המטופלים:

דווקא המטופלים עסקו במדד זב מהזווית הרפואית:

הדיון סבב סביב הנושא הרפואי-בטיחותי ופחות בסוגיה שירותית המבטאת אמפטיה.

"כי אני חושבת שזה, עוד פעם, שיקול רפואי.... שיתקשרו כשאתה כבר לא בלחץ או מרגיש כבר יותר טוב, אתה כבר בבית, שיתנו לך הסברים מדויקים מה צריך לעשות, ישמעו מה שלומך, ישמעו מה קורה איתך. אני חושבת, עוד פעם, שיש לזה חשיבות בפני עצמה"

"הרבה אנשים עם חוסר אחריות, כתוב לך בטופס כמו שאמרת – לך לרופא תוך 24 שעות – הרבה אנשים לפי דעתי לא קוראים אפילו, לא קוראים את ההמלצות. זה שעוד 3 ימים יתקשרו ויגידו – היית כבר אצל הרופא? בדקת את זה? עשית את זה? אני חושבת שבסוף אנחנו כולנו פה אנשים עם רמת משכל יחסית גבוהה, לא כולם כאלה"

דיון זה הניב גם את החלופות לשיחה לאחר 3 ימים שיוכלו לספק מענה שירותי:

"במקום זאת... אני הייתי רוצה שיאפשרו לי, אם משהו לא בסדר, שיהיה לי איזה טלפון, אגב, זאת בעיה, הייתי נורא רוצה שתהיה לי כתובת, שיהיה לי למי לפנות אחרי יומיים שלושה"

"אני בעד לפתח את הנושא של טל-רפואה. היום אפשר לעשות רפואה מרחוק, אפשר לקבל אינפורמציה, אפשר לשאול מה שלום החולה, ואולי בית החולים יכול לפתח פה איזה שהוא תהליך שזה לטובת בית החולים, גם מבחינת השיווק שלו, שהחולים יהיו מרוצים, שירגישו קשר, שחולה יכול לדבר, זה העתיד"

4.3.8.2 קבוצת המטפלים:

להבדיל מהמטופלים, המטפלים לא קישרו את המדד לצורך בטיחותי אלא רק לצורך בסגירת מעגל כמענה שירותי – מדד זה נדון בקבוצה זו באופן מועט

"המטופלת חוזרת הביתה, היא נתקלת במשפחה שלה, בילדים, זה איזה שהם ימים מאד מאד קשים. מה שלומך? את בסדר? אני יכולה לקחת את זה גם לצד האונקולוגי. כשאני הייתי בהמטו-אונקולוגיה היינו מתקשרים במהלך השבועה למטופלים. מטופל מאושפז אצלי שנה וחצי, on and off, יש לי כבר קשר, אני מכירה גם את הנינים והנכדים שלו, יושבים עליו שבעה. אני מתקשרת הביתה לשיחה של פחות מחצי דקה. מה שזה עושה למשפחה, מה שזה עושה גם לי. אני לא הייתי ברגע של הפטירה. ה"קלז'ר" הזה, שנה וחצי את מטפלת במישהו, אני חושבת שזה מאד משמעותי."

4.3.9 מדד 9: הסבירות לקבל מענה בזמן סביר לפניה או תלונה המיועדת לבית החולים:

מדד זה לא נידון כלל בקרב קבוצת המטופלים, אך קבוצת המטפלים הציפו את חוויותיהם האישיות וקישרו מדד זה לצורך במענה שירותי

4.3.9.1 קבוצת המטפלים:

"יש אנשים שהשתחררו ואין להם למי לפנות, ואני עוזרת להם בכל מיני מחלקות, אם זה בפתולוגיה ובכל מיני מקומות, בטעות הגיעו אלי ואני עוזרת, כמה אנשים מוקירי תודה ברמה יותר ממישהו שהציל להם את החיים. בן אדם שהשתחרר הוא כלום, הוא כאילו אוויר."

"אני מקבלת את כל מכתבי התלונה של יולדות. זה חלק מהתפקיד שלי. אני עובדת חצי וחצי. ואני חייבת להגיד שיש לי ניסיון כבר של 5-6 שנים בתפקיד הזה. ברגע שאני עונה מהר ואני

מדברת, אני עוד לא נותנת פיתרונות, אני גם לא נותנת את הפיתרונות, אני אחר כך מעבירה את זה לאנשים אחרים, אבל עצם זה "שאני עונה מהר ומדברת ואני אומרת – אני אדאג שאתה תקבל טיפול, זה יכול לקחת חצי שנה כי הפרופסור הזה כרגע בהונולולו, וכשהוא יחזור אני מבטיחה שהוא יטפל – אבל אני מגיבה."

4.3.10 מדד 10: כמות מכתבי התלונה וכמות מכתבי התודה שבית חולים מקבל:

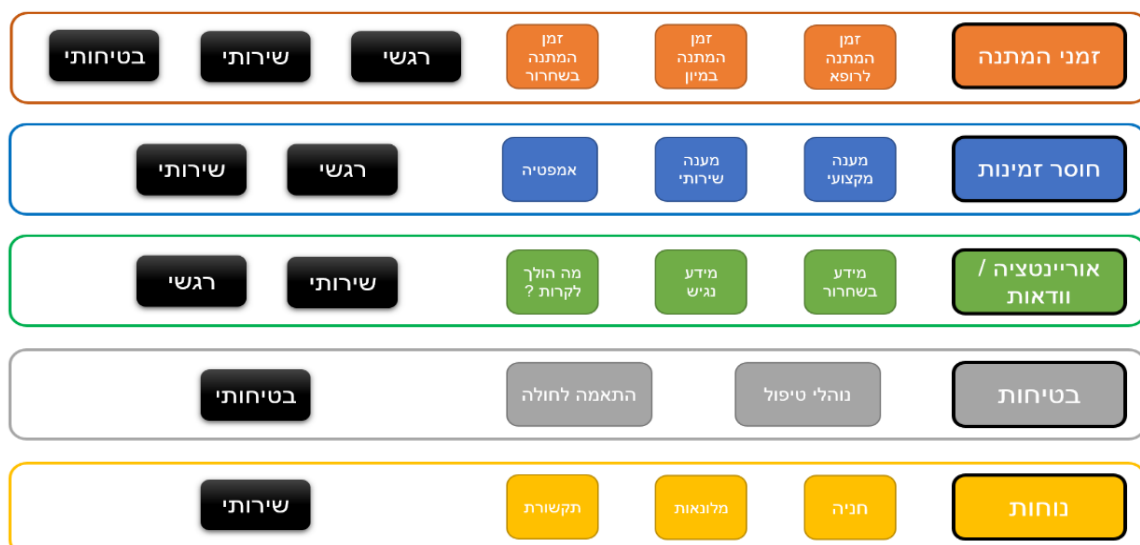
מדד זה דורג במקום האחרון הן בקרב קבוצת המטופלים והן בקרב קבוצת המטפלים ובהתאם, זהו המדד היחיד שלא נדון כלל באף אחת מהקבוצות.

4.4 ריכוז התמות (Themes) העיקריות שעלו מצד המטופלים

בעקבות תהליך ניתוח התמות אפשר להציג בצורה ויזואלית הן את חלוקת התמות העיקריות, כפי שעלו מצד המטופלים, (איור מס' 2) והן את חלוקתן בהתאם לממדים אותם הם מכילים (איור מס' 3).



איור מס' 2 – חלוקת לתמות עיקריות (צד המטופל)



איור מס' 3 – חלוקת התמות בהתאם לממדים אותם הם מכילים (צד המטופל)

4.5 הבדלי התפישה בין מטפלים למטופלים

בהשוואה בין קבוצות המטופלים, המטפלים ומבצעי המחקר מצביעות תוצאות המחקר על קיומם של הבדלים (מינוריים) בדירוגים שניתנו ע"י כל קבוצה לכל מדד, כמתואר בטבלה מס' 3.

מדד	דירוגי המטופלים	דירוגי המטפלים	הבדל * בחשיבות	השערת החוקרים
משך הזמן בו המטופל ממתין לבדיקת רופא במיון	1	1	אין	3
הסבירות שיאמרו לך שהניתוח המתוכנן שנקבע לך לבצע נדחה ליום אחר	3	2	-1	1
כמה זמן נאלצת להמתין מהרגע שנאמר לך על הכוונה לאשפזך ועד לעלייתך למחלקה	4	3	-1	5
כמה זמן אתה ממתין לבדיקת רופא במרפאות חוץ	5	4	-1	4
הסבירות שבליט-ברירה תאושפז במסדרון במהלך שהותך במחלקה	2	5	+3	2
זמן המתנה מהרגע שנאמר לך על שחרור מהמחלקה ועד לקבלת מכתב השחרור	8	6	-2	6
הסבירות לקבל מענה בזמן סביר לפנייה או תלונה המיועדת לבית החולים	7	7	אין	10
הסבירות שבשחרורך מאשפוז תקבל תרופות ל-24 השעות הראשונות	6	8	+2	8
הסבירות שלאחר שחרורך תקבל טלפון מהמחלקה תוך 3 ימים ממועד השחרור	9	9	אין	7
כמות מכתבי התלונה וכמות מכתבי התודה שבית חולים מקבל	10	10	אין	9

* (דירוגי המטפלים) פחות (דירוגי מטופלים)

טבלה מס' 3 - הבדלי הדירוגים לכל מדד בהשוואה בין קבוצות המטופלים, המטפלים ומבצעי המחקר

מהטבלה עולה שלכאורה אין הבדלים גדולים בתפיסת המטופלים למול תפיסת המטפלים ולמול השערות החוקרים, טרם תחילת שלב קבוצות המיקוד. ביצוע מבחנים סטטיסטים א-פרמטריים על הדירוגים לעיל הצביעו על כך ששלושת קבוצות הדירוגים אכן נמצאים בהלימה מובהקת, שפירושה שתפיסת המטופלים עולה בקנה אחד עם תפיסת מבצעי המחקר ועם תפיסת נציגי המטפלים של המרכז הרפואי שיבא שהשתתפו במחקר.

5. דיון ומסקנות

הרעיון העיקרי מאחורי המחקר היה לרכז את הכמות הגדולה של מדדים הקיימים בספרות המחקרית לצורך בחינת שביעות הרצון של המטופלים ולנסות לגבש אותם לכדי מודל אובייקטיבי אחד, רב-פרמטרי. לפיכך, המחקר בחן באילו מדדים הספרות מציעה להשתמש על מנת לבחון זאת מי מהם מתאים למרכז הרפואי שיבא, המוגדר כאחד מעשרת המרכזים האיכותיים בעולם, [25] והאם יש הבדל בין תפיסת המטופלים לתפיסת המטפלים לגבי סדר החשיבות של המדדים המוצעים. על בסיס תוצאות המחקר ניתן לייצר סט של 5-8 מדדי איכות השירות המבוססים על נתונים כמותיים, שיהוו השלמה למדדים האיכותניים שעוסקים בשביעות רצון, הנהוגים עד כה. כתוצאה מכך נבחרו לבסוף 6 מדדים שאנו מציעים ליישם אותם במסגרת מודל אחד (מורחב) למדידת איכות השירות הניתן למטופלי בתי החולים. טבלה מס' 4 מציגה את המדדים המוצעים ומרכיביהם, לפי סדר החשיבות למטופלים.

דרוג	תיאור מדד	מונה	מכנה
1	משך הזמן בו המטופל ממתין לבדיקת רופא במיון	משך זמן מרגע רישומך במחשב הקבלה במיון עד תחילת הפגישה (עדכון במחשב הרופא)	1
2	הסבירות שבלי-ברירה תאושפז במסדרון במהלך שהותך במחלקה	סה"כ ימי אשפוז במסדרון (לתקופה)	סה"כ ימי אשפוז (לאותה תקופה)
3	הסבירות שיאמרו לך שהניתוח המתוכנן שנקבע לך לבצע נדחה ליום אחר	סה"כ הניתוחים שנדחו (לתקופה)	סה"כ ניתוחים מתוכננים (לאותה תקופה)
4	זמן המתנה מהרגע שנאמר לך על שחרור מהמחלקה ועד לקבלת מכתב השחרור	משך זמן מרגע האישור במחשב המחלקה עד לקבלת המכתב	1
5	כמה זמן אתה ממתין לבדיקת רופא במרפאות חוץ	משך זמן מרגע רישומך במחשב הקבלה עד תחילת הפגישה (עדכון במחשב הרופא)	1
6 (8)	כמה זמן נאלצת להמתין מהרגע שנאמר לך על הכוונה לאשפוז ועד לעלייתך למחלקה	משך זמן מרגע חתימת רופא על אשפוז עד גמר קבלת החולה במחלקה המיועדת	1

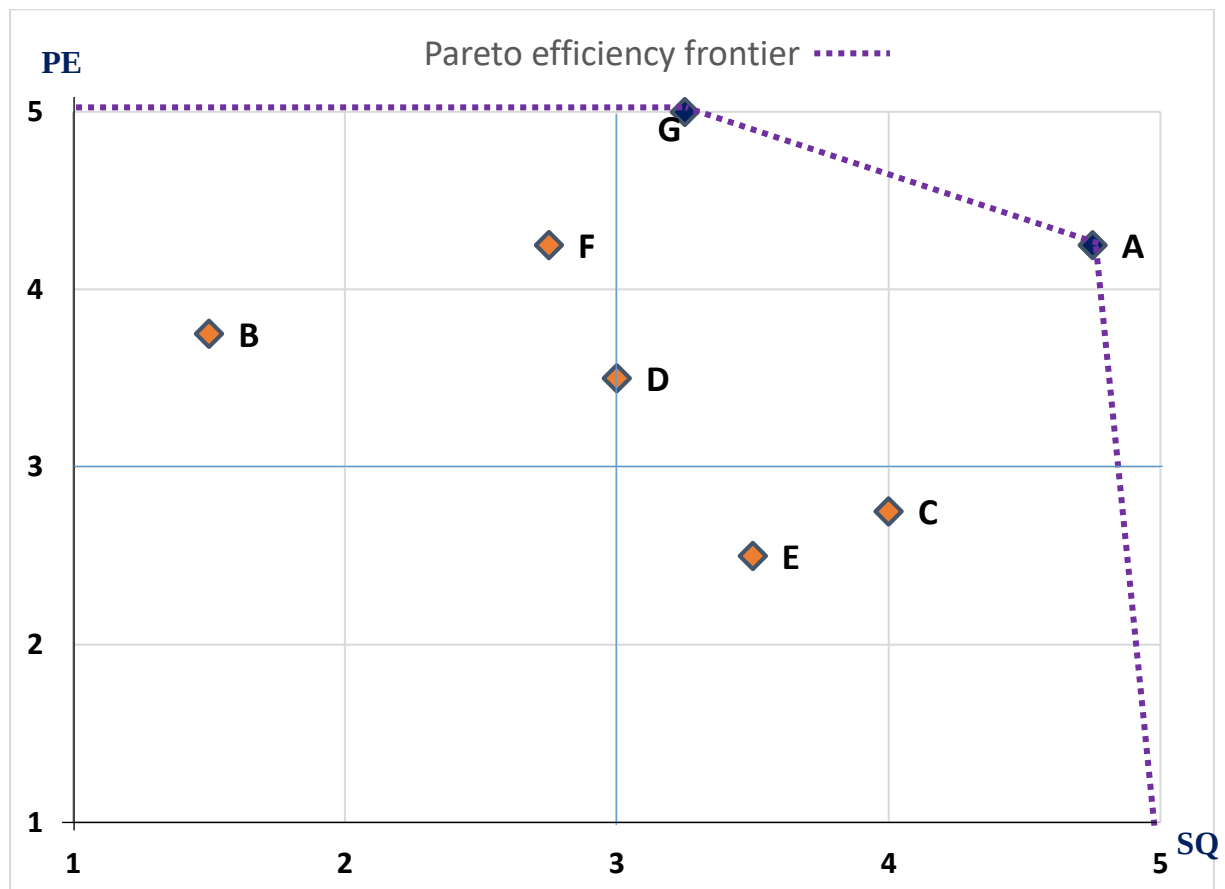
טבלה מס' 4 – רשימת המדדים המוצעים לשילוב במודל אחד למדידת איכות השירות למטופלים

שימוש במדדים אלו יביא לידי ביטוי את אותם פרמטרים עיקריים שחשובים למטופלים, ובו בעת נמצאו חשובים כמעט באותו סדר גם בעיני נציגי הצוות הרפואי של בית החולים שיבא שהשתתפו במחקר, כמו גם השערות המחקר הראשונות. היתרון של השימוש במדדים אלו בכך שהם נאספים באופן שוטף בבסיס הנתונים של בתי חולים, כך שהמימוש של המודל יכול להיות בטווח הקצר. בנוסף, עצם היותם נתונים מבוקרים/מפוקחים מיחשובית, הסבירות לטעויות הינה נמוכה באופן יחסי. הצפוי הינו נמוך.

מודל אחוד שכזה יאפשר יצירת בסיס לכלי עזר למקבלי החלטות על הקצאת משאבים בין הממדים השונים המשפיעים על רמת השירות הכוללת של בית החולים, וזאת במטרה להגביר את שביעות רצון הנתפסת של המטופלים, מצד אחד, ואת יעילות הקצאת המשאבים לשם כך, מצד שני, באופן שיתמוך במדיניות "המטופל במרכז".

מעבר לכוחו של מודל ממדים אחוד לסייע בקבלת החלטות בנוגע להקצאת משאבים, ניתן יהיה ליצור גם בסיס השוואתי בין בתי חולים ואיתור נקודות החוזק והתורפה שבהם, ביחס לבתי חולים האחרים.

השימוש במודל האחוד ככלי להשוואה (Benchmark) בין בתי-חולים יכול להעשות על בסיס "חזית היעילות של פארטו", למשל. [26] איור מס' 4 מתאר באופן סכמתי שימוש שכזה, כאשר מערכת הצירים כוללת בציר X את שיקלול מדדי איכות השירות (SQ) המוצעים לעיל, ובציר Y את שיקלול מדדי חווית המטופל (PE), המבוצעת תדיר בסקרים של משרד הבריאות ובתי החולים עצמם, והנקודות A, B, C והלאה מתייחסות לשמות של בתי-חולים שונים. מהתרשים עולה כי בתי-חולים A ו-G הינם "היעילים ביותר" לעומת שאר בתי החולים, ולשניהם רמת גבוהה של SQ ושל PE. לעומתם בתי-חולים D, B ו-F הינם בעלי מאפייני SQ נמוך, ולעומתם בתי-חולים C ו-E הינם בעלי מאפייני PE נמוך. בדרך זו ניתן יהיה למקד את בתי החולים בתחום הספציפי בו נדרש השיפור: SQ, PE או שניהם כאחד.



איור מס' 4 – תוצאות Benchmark איכות השירות הכוללת בין בתי חולים

מטבע הדברים גם למחקר שכזה ישנם כמה מגבלות ואילוצים. ראשית, היו אילוצי תקציב ומסגרת הזמן שעמדה לרשות החוקרים. שנית, גודל קבוצת המטופלים היה ברף הנמוך של כמות המשתתפים בקבוצת מיקוד בנושאים מסוג אלו, אם כי עצם ההגעה לסטורצייה (רוויה מחקרית) בקבוצה זו, מאפשרת לנו להניח כי במקרה זה לא בטוח שקבוצה בעלת 8-10 משתתפים (גודל שכיח למאפייני מחקרים מסוג זה) היתה משנה באופן מהותי ומובהק את התוצאות. לפיכך, אנו מציעים לקיים מחקר המשך בו יבחנו התוצאות במסגרת סקר/שאלון בקרב קבוצה גדולה יותר של מטופלים (64, למשל), מבוסס מודל Power של כהן, [27] בו מוצע שישתתפו גם מטופלים מ-2-3 מרכזים רפואיים נוספים.

6. המלצות לגיבוש מדיניות ולמקבלי ההחלטות

עם סיכום המחקר מציע צוות המחקר את רשימת ההמלצות להלן, לביצוע באופן הדרגתי.

- חלוקת המדדים המוצעים ליישום והטמעה ל- 2 קבוצות: (1) אשפוז (מדדים: 1,2,4,6) ו- (2) מרפאות חוץ (מדדים: 3,5).
- הטמעת קבוצות המדדים (מונה/מכנה) במערכות המחשוב ואיסוף הנתונים של בתי החולים.
- בחינה דו-שלבית של מידת היישומיות של המדדים באמצעות שני Pilots. לפיילוט הראשון יבחרו שני מדדים מהקבוצה הראשונה (אשפוז) ומדד אחד מהקבוצה השנייה (מרפאות חוץ), ושאר המדדים ישמשו לפיילוט השני.
- משך הזמן המומלץ לכל פיילוט הוא 6-8 חודשים, במהלכם יעשו מאמצי דוברות והסברה, בקרב המאושפזים והצוות הרפואי והמינהלי של בית החולים, לשימוש/יישום במדדים המוצעים.
- הפיילוט הראשון יכלול 4 שלבים: (1) הגדרה סופית של המדד ומקורות הנתונים (חודש), (2) ביצוע שינויים בתוכנות בתי החולים (חודש), (3) הרצת הנתונים (3 חודשים-רבעון), ו- (4) סיכום וקבלת החלטות לקראת הפיילוט השני (חודש).
- הפיילוט השני יכלול 5 שלבים: (1) הגדרה סופית של המדד ומקורות הנתונים (חודש), (2) ביצוע שינויים בתוכנות בתי החולים (חודש), (3) הרצת הנתונים (3 חודשים-רבעון), (4) סיכום הפיילוט השני (חודש) ו- (5) סיכום שני הפיילוטים וקבלת החלטות לקראת יישום בשטח (חודשיים).
- לאחר קבלת כלל ממצאי הפיילוט מומלץ להתחיל בפעילות הסברתית גם בקרב הציבור הרחב (מעבר למאושפזים).
- כשלב אחרון, ובמידה והפיילוט הצליח, מוצע לשלב את המדדים שימצאו מתאימים במערכות המדידה ובסקרים הלאומיים של משרד הבריאות שנערכים בקרב בתי החולים.

בברכה,

צוות החוקרים

מקורות

1. עקה-זוהר, ע., גרינבאום-אריזון, א. (2016) תורת השירות וחווית המטופל במערכת הבריאות בישראל, משרד הבריאות.
2. חוזר מנכ"ל משרד הבריאות מס' 06/13 (2013).
Retrieved from https://www.health.gov.il/hozer/mk06_2013.pdf
3. עקה-זוהר, ע., גרינבאום-אריזון, א., בינדר-בכרך, א. (2015) סקר חווית המטופל במחלקות האשפוז בבתי חולים כללים, משרד הבריאות.
4. המטופל במרכז: אתגר בעידן החדש. (2017). טיוטה לדין בכנס ים המלח - המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות: <http://www.israelhpr.org.il/1057>
5. Wolf, C., Jason, A. (2014). Defining patient experience. *Patient experience journal*, 1(1), 7-19.
6. סקר חווית המטופל במחלקות האשפוז בבתי חולים כלליים לשנת 2018, משרד הבריאות.
https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/patientExperience_12022019.pdf.
7. Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, DC: National Academy Press, 2001.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222274/pdf/Bookshelf_NBK222274.pdf
8. WHO; World Bank Group; OECD. (2018). *Delivering Quality Health Services: A Global Imperative for Universal Health Coverage*. Geneva: World Health Organization. © World Health Organization, OECD, and the World Bank.
<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/29970>
9. Bjertnaes, OA., Sjetne, IS., Iversen, HH. (2012). Overall patient satisfaction with hospitals: effects of patient-reported experiences and fulfilment of expectations. *BMJ Qual Saf*, 21(1), 39-46.
10. Dawson, J., Doll, H., Fitzpatrick, R., Jenkinson, C., Carr, AJ. (2010). The routine use of patient reported outcome measures in healthcare settings. *Bmj*, 340.
11. Ahmed, F., Burt, J., Roland, M. (2014). Measuring patient experience: concepts and methods. *The Patient-Patient-Centered Outcomes Research*, 7(3), 235-241.

12. Donabedian, A. (1988). The quality of care: how can it be assessed? *JAMA*; 260(12): 1743-1748.
13. Mazurenko, O., Collum, T., Ferdinand, A. et al. (2017) Predictors of hospital patient satisfaction as measured by HCAHPS: a systematic review. *Journal of Healthcare Management*. 62(4):272-83. doi:10.1097/JHM-D-15-00050.
14. Simou, E., Pliatsika, P., Koutsogeorgou, E., Roumeliotou, A. (2014). Developing a national framework of quality indicators for public hospitals. *The International journal of health planning and management*. 29(3), e187-206.
15. דו"ח הועדה המייעצת לחיזוק מצב הבריאות בישראל. (2014). משרד הבריאות.
Retrieved from: <https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/publichealth2014.pdf>
16. Chassin, MR., Loeb, JM., Schmaltz, SP., Wachter RM. (2010). Accountability measures—using measurement to promote quality improvement. *N Engl J Med*. 363(7):683-8.
17. Cho, HS., Lee, YS., Lee, SG., Kim, JM., Kim, TH. (2019). Reasons for surgery cancellation in a general Hospital: a 10-year study. *International journal of environmental research and public health*. 16(1), 7.
18. Isaac, T.' Zaslavsky, AM., Cleary, PD., Landon, BE. (2010). The relationship between patients' perception of care and measures of hospital quality and safety. *Health Services Research*. 45(4):1024-40.
19. Zimlichman, E., Rozenblum, R., Millenson, ML. (2013). The road to patient experience of care measurement: lessons from the United States. *Isr. J Health Policy Res*: 35. Retrieved from: <http://www.ijhpr.org/content/2/1/35>
20. מדינת ישראל. חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד (1994)
Retrieved from: http://www.health.gov.il/LegislationLibrary/Bituah_01.pdf
21. מדינת ישראל. משרד הבריאות. חוק זכויות החולה התשנ"ו (1996).
Retrieved from: http://www.health.gov.il/LegislationLibrary/Zchuyot_01.pdf
22. Mason M. (2010). Sample size and saturation in PhD studies using qualitative interviews. In Forum: *Qualitative Social Research*. 24:1-19.

23. Attride-Stirling, J. (2001). Thematic network: an analytic tool for qualitative research. *Qualitative research*. 1(3):385-405.
24. Krippendorff, k. (2011). Computing Krippendorff 's Alpha-Reliability.
http://repository.upenn.edu/asc_papers/43.
25. Newsweek. 2019. World's-best-hospitals-2019.
<https://www.newsweek.com/best-hospitals-2019>
26. Tripp, TM., Sondak, H. (1992). An evaluation of dependent variables in experimental negotiation studies: Impasse rates and Pareto efficiency. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 51(2), 273-295.
27. Cohen, J. (2013). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Academic press. Hillsdale, NJ.

נספח – הצעה לעדכון תקנות ביטוח בריאות ממלכתי (2015)

מקור: הרצאה של פרופ' רן בליצר בקורס - ניהול איכות בשירותי הבריאות (תוכנית ענבר)

תקנות רצף הטיפול - מתוך הטיוטה

תקנות ביטוח בריאות ממלכתי (שמירת רצף הטיפול במעבר בין

בית חולים וקהילה), התשע"ה - 2015

בתוקף סמכותי לפי סעיפים 34 ו-60(א) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 וסעיף 33 בפקודת בריאות העם, 1940², אני מתקין תקנות אלה:

פרק ה': טיפול תרופתי בעת אשפוז ובעת שחרור מאשפוז

13. החלפת תכשיר בתכשיר שהוא חלופה טיפולית

במהלך אשפוז אין להחליף תכשיר שבו טופל המאושפז טרם אשפוזו בתכשיר שהוא חלופה טיפולית, אלא אם קיים צורך רפואי לכך שינומק ברשומה הרפואית ומסמך סיכום האשפוז.

14. מרשם בשחרור

המלצה לתכשיר הניתנת למאושפז בעת שחרורו מבית החולים תצוין תחת שם החומר הפעיל ולא תחת השם המסחרי בלבד וזאת מבלי לגרוע משיקול הדעת של הרופא לציין תכשיר בשמו המסחרי אם הוא המענה המתאים ביותר בנסיבות העניין לצורכי המטופל. הרופא יתעד את ההסבר לכך במסמך סיכום האשפוז.

15. אספקת תכשיר או ציוד רפואי מתכלה

(א) בית חולים יספק למטופל המשתחרר מאשפוז תכשיר או ציוד רפואי מתכלה הנדרש לצורך המשך טיפול שהחל בו בעת אשפוזו או שנקבע שעליו להתחיל טיפול בו לאחר שחרורו וזאת באופן שיספיק לו עבור 72 שעות מתום אשפוזו.