

# ג'וינט-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה



## איכות הטיפול השיקומי במסגרות אשפוז גריאטריות

נטע בנטור • ראובן אלדר • מיכאל דייוויס

ד ו " ח מ ח ק ר



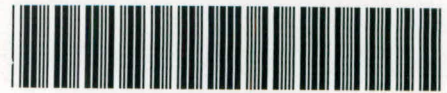
המחקר מומן בחלקו על-ידי  
מענק מארגון הבריאות העולמי -  
האזור האירופי

דמ-230-95

BR-RR-230-95

איכות הטיפול השיקומי במסגרות אשפ

בנטור, נטע



002874364592

### ג'וינט - מכון ברוקדייל מהו?

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

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

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

קבוצת חשיבה המחויבת לפרסום ממצאיה כדי לסייע לקובעי מדיניות ולספקי שירותים לתכני וליישם תכניות רווחה.

המחקר מתבסס על גישה בין-תחומית ומתמקד בחמישה נושאים עיקריים:

- ♦ גרונטולוגיה
- ♦ מדיניות בריאות
- ♦ קליטת עלייה
- ♦ ילדינו ונוער עם צרכים מיוחדים
- ♦ מוגבלות



BR-RR-250-95  
c3

6028743 64592

# איכות הטיפול השיקומי במסגרות אשפוז גריאטריות

נטע בנטור<sup>1</sup> ראובן אלדר<sup>2</sup> מיכאל דיוויס<sup>3</sup>



המחקר מומן בחלקו על-ידי מענק מארגון הבריאות העולמי, האזור האירופי

1 חוקרת, ג'וינט-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה  
2 מנהל היחידה ע"ש פליישמן לחקר הנכות, בית חולים לוינסטיין - המרכז לשיקום  
3 פרופסור בדימוס, ביה"ס לבריאות הציבור, האוניברסיטה העברית הדסה

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

טלפון: 02-6557400  
פקס: 02-612391

עם העלייה בתוחלת החיים, חל גידול מתמיד במספר הקשישים החשופים לאירועים אקוטיים ולמצבים כרוניים, והזקוקים כתוצאה מכך לשיקום. טיפול שיקומי לקשישים ניתן בעיקר במחלקות גריאטריות בבתי חולים כלליים ובבתי חולים גריאטריים. שני סוגי אשפוז אלה נבדלים זה מזה במרכיבים רבים.

המחקר המוצג בזאת נועד לבחון את איכות הטיפול השיקומי במערכת האשפוז הגריאטרית, לנתחה באופן מקיף ולהשוות בין מסגרות אשפוז שונות. אוכלוסיית המחקר כללה 410 חולים שלקו בשבץ מוחי או בשבר צוואר הירך - חציים התקבלו לאשפוז בארבע מחלקות גריאטריות בבתי חולים כלליים וחציים בארבעה בתי חולים גריאטריים. שליש מהאנשים היו גברים, והגיל הממוצע היה 76 שנים.

תוצאות המחקר נבחנו על פי מודל שכלל ארבעה מרכיבים: מבנה מסגרות האשפוז, תהליכי הטיפול הנהוגים בהן, הרכב אוכלוסיית החולים ותוצאות השיקום. נבחנו הקשרים שבין מרכיבי המודל תוך השוואה בין שני סוגי המסגרות לאשפוז גריאטרי.

מן המחקר עולה, כי קיימים הבדלים בין שני סוגי מסגרות האשפוז במבנה המערכת ובתהליכי הטיפול הנהוגים בה, כולל: המבנה הארגוני של מסגרות האשפוז, כמות כוח האדם והרכבו, דפוסי הקבלה לאשפוז והקריטריונים לקבלה, משך הזמן מהאירוע ועד הקבלה לאשפוז וכמות הטיפול השיקומי. ברוב המקרים היה למחלקות הגריאטריות שבבתי החולים הכלליים יתרון במשתנים שמייצגים את תהליכי הטיפול על פני בתי החולים הגריאטריים. משך האשפוז במחלקות הגריאטריות בבתי החולים הכלליים עמד על שישה שבועות בממוצע ובבתי החולים הגריאטריים הגיע לעשרה שבועות בממוצע.

כן נמצאו הבדלים בין שני סוגי מסגרות האשפוז מבחינת הרכב האוכלוסייה שמתקבלת לאשפוז. שיעור החולים שהיו במצב תפקודי נמוך, שסבלו מליקויים בהתמצאות, מאי שליטה על סוגר השתן ומהפרעות בתחושה שטחית, היה גבוה יותר בקרב אלו שהתקבלו לבתי החולים הגריאטריים בהשוואה למחלקות הגריאטריות שבבתי החולים הכלליים.

מהשוואה זו עולה ששני סוגי מסגרות האשפוז ייצגו שני מודלים חליפיים לשיקום קשישים. המחלקות הגריאטריות בבתי החולים הכלליים התמקדו בחולים קלים יותר וטיפלו בהם בצורה אינטנסיבית יותר למשך זמן קצר יותר, ובתי החולים הגריאטריים קלטו חולים במצב קשה יותר וטיפלו בהם למשך זמן ממושך יותר.

תוצאות השיקום נבחנו באמצעות שלושה מדדים: מצב תפקודי בעת השחרור מאשפוז, יעד שחרור ושבעות רצון מהטיפול. נמצא, כי המצב התפקודי של אוכלוסיית המחקר היה טוב יותר בעת

השחרור מהאשפוז מאשר בעת הקבלה; 80% מהם חזרו למקום מגוריהם הקודם ושביעות הרצון היתה גבוהה.

למרות שמצבם התפקודי של החולים שהתקבלו לבתי החולים הגריאטריים היה פחות טוב משל אלה שהתקבלו למחלקות הגריאטריות שבבתי החולים הכלליים, לא נמצאו הבדלים בין שני סוגי מסגרות האשפוז בעת השחרור. שיעור החולים שחזרו למקום מגוריהם הקודם היה אף הוא דומה בשני סוגי מסגרות האשפוז. שביעות הרצון היתה גבוהה יותר בבתי החולים הכלליים מאשר בבתי החולים הגריאטריים.

בניתוח רב משתני נמצא שהמשתנים שהיתה להם השפעה מובהקת על מצב תפקודי טוב יותר בשחרור היו: מצב תפקודי טוב יותר בקבלה, חולים לאחר שבר בצוואר הירך בהשוואה לחולים לאחר שבץ מוחי, גיל נמוך יותר, ומצב תפקודי תקין ב-IADL לפני האירוע. מבחינת מאפייני מערכת האשפוז, אשפוז בבית חולים גריאטרי היה קשור באופן מובהק עם מצב תפקודי טוב יותר בשחרור בהשוואה לאשפוז במחלקות הגריאטריות שבבתי חולים כלליים. השפעת משתנים אחרים הקשורים למערכת האשפוז (כמות טיפול בריפוי בעיסוק ובפיזיותרפיה, משך זמן המתנה ומשך אשפוז) לא היתה מובהקת. כן נמצא ששביעות הרצון היתה קשורה באופן מובהק עם אשפוז במחלקה גריאטרית בבית חולים כללי, עם מספר רב יותר של טיפולים בריפוי בעיסוק ובפיזיותרפיה, עם מצב תפקודי טוב יותר בשחרור ועם תחושה שטחית תקינה.

במחקר זה נעשה לראשונה בארץ ניתוח מקיף של איכות הטיפול השיקומי במסגרות שונות לאשפוז גריאטרי. מאז שנאספו הנתונים למחקר, חלו במערכת הבריאות בארץ שינויים ורפורמות רבים, באשפוז ובקהילה כאחד. בעקבות זאת, ולאור ממצאי המחקר, קיים צורך לבחון מחדש את ארגון מערכת השיקום לקשישים, ואת המודלים החליפיים הקיימים בה. כמו-כן יש צורך להרחיב בניתוחי עלות תועלת במטרה להביא לניצול היתרונות הגלומים בכל אחד מהמודלים, לעמוד על חסרונותיהם ולהביא לשיפור היעילות בהם. ממצאי המחקר מהווים בסיס לבחינה כוללת של מדיניות האשפוז השיקומי ולגיבוש מדיניות שיקום מקיפה ויעילה, אשר תענה על צורכי הקשישים ותשתלב ברצף הכולל של השירותים הגריאטריים שבין אשפוז לקהילה.

## דברי תודה

במהלך המחקר והכנת הדו"ח הסתייענו באנשים רבים ותודתנו נתונה להם. ראשית, אנו מבקשים להודות למנהלי בתי החולים שאפשרו לנו את ביצוע המחקר, פתחו בפנינו את דלתות מחלקותיהם והקדישו לנו מזמנם ומידיעותיהם. אנו מודים במיוחד לד"ר בני חבוט, שהיה מנהל האגף למחלות ממושכות וזיקנה בעת ביצוע המחקר, על כך שתמך במחקר וסייע בביצועו. כן אנו מודים לקשישים שהסכימו להיענות לפנייתנו ולהשתתף במחקר.

אנו מכירים תודה לפרופ' ג'ק חביב, שאיפשר לנו לערוך את המחקר, תמך בו מתחילתו והעניק מידיעותיו ומניסיונו המחקרי העשיר.

אנו מודים לכל מי שסייעו לנו בשלבי המחקר השונים בעיצוב המסגרת המושגית למחקר, בעצות מתודולוגיות, בהערות ובהארות. במיוחד אנו מודים לפרופ' אריק פרץ ולד"ר אורי ינאי מהאוניברסיטה העברית.

תודה לכל חברינו במכון ברוקדייל אשר סייעו במהלך העבודה בעצות ובהערות ובמיוחד לתמרה ברנע, לרויטל גרוס, לזן יובל ולברוך רוזן. לבסוף, אנו מבקשים להודות לג'ני רוזנפלד, שערכה את הדו"ח במיומנות ובכישרון ולאילנה שיזגל שסייעה בהדפסתו.

## תוכן העניינים

1		א. מבוא
2		ב. הרקע למחקר: מסגרות אשפוז גריאטריות בארץ ובעולם
2	1.	סקירה כללית של מודלים של שירותי אשפוז גריאטריים
4	2.	מערכת האשפוז הגריאטרית בישראל
5	3.	סיכום
6		ג. הערכת מסגרות לאשפוז גריאטרי - המודל למחקר
6	1.	הרקע לבניית המודל
8	2.	המודל למחקר
8		ד. מטרת המחקר
9		ה. מערך המחקר
9	1.	המסגרת המושגית
9	2.	אוכלוסיית המחקר
12	3.	הכלים ושיטות המחקר
15		ו. מבנה מערכת האשפוז הגריאטרית
15	1.	הגדרה ומבנה ארגוני של מסגרת האשפוז
16	2.	מבנה פיזי
16	3.	ציוד
17	4.	הרכב כוח אדם
18	5.	מבנה המערכת: סיכום ודיון
19		ז. תהליכי העבודה והטיפול במערכת האשפוז הגריאטרית
19	1.	תהליך הקבלה לאשפוז
20	2.	הליכי קבלה לאשפוז
22	3.	משך הזמן מהאירוע ועד הקבלה לאשפוז גריאטרי
23	4.	תהליכי עבודה שוטפת
24	5.	משך אשפוז
24	6.	תהליכי שחרור
25	7.	כמות הטיפול השיקומי
27	8.	תהליכי עבודה וטיפול: סיכום ודיון
28		ח. מאפיינים סוציודמוגרפיים, בריאותיים ותפקודיים של אוכלוסיית המחקר
28	1.	מאפיינים סוציודמוגרפיים
30	2.	מצב רפואי וחומרת המחלה בעת הקבלה לאשפוז
31	3.	מצב בריאות ומצב תפקוד לפני האירוע
32	4.	תנאי דיור ומגורים
33		ט. תוצאות השיקום
33	1.	מצב תפקודי
40	2.	יעד שחרור
43	3.	שביעות רצון מהטיפול



45	דיון ומסקנות	י.
46	תרומת המסגרת המושגית והמודל	.1
47	מסקנות	.2
51	ביבליוגרפיה	
56	נספח א': נוהלי הריאיון עם חולים ועם אנשי צוות ונוהלי איסוף נתונים מגליונות רפואיים	
58	נספח ב': המשתנים במחקר	
62	נספח ג': תיאור המדגם ושיעור הכיסוי	

## רשימת לוחות

- 11 לוח 1: אוכלוסיית המחקר, לפי בתי חולים, תקופת איסוף נתונים וקבלות
- 11 לוח 2: התפלגות אוכלוסיית המחקר לפי סוג מסגרת האשפוז ולפי אבחנה
- 13 לוח 3: רשימת המשתנים במחקר
- 17 לוח 4: תקן כוח אדם ל-100 מיטות - לפי שמונה מסגרות האשפוז שנכללו במחקר
- 23 לוח 5: התפלגות משך הזמן (בימים) מהאירוע ועד הקבלה לאשפוז גריאטרי, לפי סוג מסגרת האשפוז
- 24 לוח 6: התפלגות משך האשפוז של אוכלוסיית המחקר לפי סוג מסגרת האשפוז
- 26 לוח 7: התפלגות מספר טיפולים בפיזיותרפיה בשבוע לפי סוג מסגרת האשפוז
- 26 לוח 8: התפלגות משך טיפול בפיזיותרפיה לפי סוג מסגרת האשפוז
- 26 לוח 9: התפלגות מספר טיפולים בריפוי בעיסוק בשבוע לפי סוג מסגרת האשפוז
- 27 לוח 10: התפלגות משך טיפול בריפוי בעיסוק לפי סוג מסגרת האשפוז
- 27 לוח 11: התפלגות מספר פגישות עם עובדת סוציאלית לפי סוג מסגרת אשפוז
- 29 לוח 12: התפלגות מאפיינים דמוגרפיים של אוכלוסיית המחקר לפי סוג מסגרת האשפוז
- 30 לוח 13: התפלגות מאפייני המצב הרפואי ומחלות נלוות של אוכלוסיית המחקר לפי סוג מסגרת האשפוז
- 32 לוח 14: התפלגות מאפייני מצב רפואי ותפקודי של אוכלוסיית המחקר לפני האירוע לפי סוג מסגרת האשפוז
- 33 לוח 15: התפלגות מצב תפקודי לפי מדד ברטל בעת הקבלה לאשפוז, לפי סוג מסגרת אשפוז
- 34 לוח 16: התפלגות מצב תפקודי לפי מדד ברטל בעת השחרור מאשפוז לפי סוג מסגרת האשפוז
- 35 לוח 17: ציון ממוצע של מצב תפקודי בעת השחרור (לפי מדד ברטל) לפי משתנים נבחרים
- 37 לוח 18: ניתוח רגרסיה מרובה של מצב תפקודי בשחרור של כלל אוכלוסיית המחקר
- 38 לוח 19: התפלגות מצב תפקודי (לפי מדד ברטל) בעת השחרור מאשפוז של חולים שהתקבלו לאשפוז במצב תפקודי נמוך (ציון ברטל  $\leq 40$ ) לפי סוג מסגרת האשפוז
- 39 לוח 20: ניתוח רגרסיה מרובה - מצב תפקודי בעת השחרור של חולים שהתקבלו במצב תפקודי נמוך (ציון ברטל  $\leq 40$ )

- 40 לוח 21: ניתוח רגרסיה מרובה של מצב תפקודי בשחרור לפי סוג מסגרת אשפוז
- 42 לוח 22: התפלגות משך האשפוז של אוכלוסיית המחקר לפי יעד שחרור
- 43 לוח 23: רגרסיה לוגיסטית של גורמים המשפיעים על חזרה למקום המגורים שלפני האירוע
- 43 לוח 24: התפלגות שביעות רצון החולים מהרמה המקצועית בתחומי הטיפול השונים
- 44 לוח 25: התפלגות שביעות רצון החולים מהיחס לחולה בתחומי הטיפול השונים
- 44 לוח 26: התפלגות המדד המסכם של שביעות רצון לפי סוג מסגרת האשפוז
- 45 לוח 27: ניתוח שונות: מדד מסכם של שביעות רצון החולים מהטיפול

עם העלייה בתוחלת החיים, חל גידול במספר הקשישים החשופים לאירועים אקוטיים ולמצבים כרוניים. בעקבות אירוע אקוטי, מופרת בבת אחת יכולת תפקודו של הפרט, עצמאותו נפגעת, והוא יוצא באופן פתאומי ממעגל החיים בבית ובקהילה. גם לאחר שהמצב האקוטי מתייצב, קורה לעיתים קרובות שהחולה, ובעיקר החולה הקשיש, נותר חלש ומוגבל ואינו מצליח לחזור לתפקוד עצמאי. קשישים אלה זקוקים לתהליך שיקום ממוקד וממושך, לעיתים קרובות במסגרת אשפוז.

תופעה זו גורמת לעומס גדול על שירותי הבריאות הקהילתיים ועל מערכת האשפוז. במיוחד מוטל העול על בתי החולים הכלליים, ובראש ובראשונה על המחלקות לרפואה פנימית. לפי מחקרים שונים בארץ ובעולם כ-40%-60% מהמיטות במחלקות פנימיות תפוסות על ידי אנשים בני 65 או יותר. (Fox 1980; Katz 1983; חבוט 1983; רפאל 1989). כן נמצא ש-7% מכלל ימי האשפוז במחלקות פנימיות הינם בגין חולים שהמתינו לאשפוז במוסדות לטיפול ממושך (Bendel 1985), וכי 12% מהנפקדים במיפקד יום בבתי חולים כלליים בירושלים ובתל אביב, המתינו בבית החולים לסידור מוסדי (קמינר ושמש 1985; Ellencweig et al. 1987).

לעיתים קרובות לוקים הקשישים הללו בשילוב של מחלות חריפות ומחלות כרוניות, מגבלות תפקודיות, הפרעות נפשיות או שכליות ובעיות סוציאליות והם זקוקים לשירותים רבים שמחלקה לטיפול אקוטי בבית חולים כללי חסרה אותם. המענה לצרכיו המורכבים והמגוונים של קשיש חולה עשוי להימצא במסגרת אשפוז ייעודית לקשישים - מסגרת אשפוז גריאטרית.

בישראל, מערכת האשפוז הגריאטרית, שמיועדת לספק טיפול אקוטי, שיקומי וסיעודי, כוללת בעיקר מחלקות גריאטריות בבתי חולים כלליים, בתי חולים גריאטריים בעלי מבנה והרכב מחלקתי מגוון ומוסדות סיעודיים. טיפול שיקומי לקשישים ניתן בעיקר במחלקות הגריאטריות בבתי חולים כלליים ובמחלקות לשיקום בבתי חולים גריאטריים. שני סוגי אשפוז אלה נבדלים זה מזה במרכיבים רבים, כגון: מדיניות האשפוז, ארגון המערכת, שיטות התגמול, גורמי ההפניה והרכב אוכלוסיית החולים, דפוסי העבודה והטיפול ועוד.

לאור הגידול במספרם של הקשישים באוכלוסייה ולאור ההטרוגניות הרבה של מסגרות האשפוז והלחץ הגובר עליהן, יש חשיבות רבה לבחון ולהעריך לעומק את מערכת האשפוז הגריאטרית בארץ.

עד היום טרם נערך בישראל מחקר שבחן והעריך את מערכת האשפוז הגריאטרית. נערך מיפוי של מסגרות האשפוז (כורזים ומרגולץ 1986) וכן נעשו מספר עבודות שתיארו מערך מקומי של שירות גריאטרי (למשל גלינסקי 1984; אלקלעי ואחרים 1984). כמו כן פליישמן ואחרים (1986, 1988) ביצעו מחקר להערכת איכות הטיפול בתחום האשפוז המוסדי.

עבודה זו תבחן באופן מקיף את מערכת האשפוז הגריאטרית לטיפול בחולים קשישים במצבים אקוטיים הזקוקים לטיפול קצר מועד ולשיקום. במסגרת העבודה תיערך השוואה בין מחלקות גריאטריות בבתי חולים כלליים לבין בתי חולים גריאטריים ותיבדק איכות הטיפול השיקומי בשני סוגי מסגרות אשפוז אלה. העבודה מתייחסת לשאלות כגון האם קיימת שונות בין דפוסי האשפוז השונים, באלו תחומים, והאם קיימים יתרונות לדפוסים מסוימים. במידה שמתגלה שונות בתוצאות השיקום, ייבחנו הגורמים שעשויים להסביר אותה מבחינת מערכת האשפוז ותהליכי הטיפול ומבחינת הרכב אוכלוסיית החולים.

## **ב. הרקע למחקר: מסגרות אשפוז גריאטריות בארץ ובעולם**

### **1. סקירה כללית של מודלים של שיחותי אשפוז גריאטריים**

קיימים מודלים שונים של מסגרות לאשפוז גריאטרי, החל מיחידה לאבחון והערכה ולאשפוז קצר וכלה במסגרות לשיקום ולאשפוז לטווח ארוך. למרות שמודלים אלה שונים זה מזה במבנם הארגוני, במטרות הטיפול שלהם ובתפקידים שהם ממלאים בתוך בית החולים ומחוצה לו, רובם נועדו למלא מספר תפקידים בסיסיים, כשהעיקריים שביניהם הינם לספק לחולים קשישים טיפול ייחודי במסגרת אחת ולהקל על מתן טיפול ייעודי ואינטגרטיבי באמצעות מחלקה אחת בעלת צוות רב מקצועי. סידור זה נועד גם להקל את הלחץ שיוצרים החולים הקשישים על מחלקות אחרות וליצור סביבה טיפולית נאותה לחולים אלה.

ניתן לחלק את המודלים השונים באופן כללי לשלושה סוגים עיקריים:

#### **1.1 יחידות ומחלקות גריאטריות בבתי חולים כלליים**

יחידות ומחלקות גריאטריות ממוקמות במסגרות אשפוז שונות בעיקר בבתי חולים כלליים והן עשויות להיות מסוגים שונים:

■ **מחלקה גריאטרית אקוטית בבית חולים כללי** - בה מאושפזים קשישים עם מחלות אקוטיות בשילוב עם סימני תלות גריאטריים. הקריטריון העיקרי לקבלה הוא מצבם הרפואי והתפקודי של החולים ולא רק סוג המחלה או הגיל, אם כי רובם המכריע של החולים הם בני 65 או יותר. החולים מתקבלים מהקהילה או ממחלקות אחרות בבית חולים כללי, ובאשפוז מושם דגש על אבחון, טיפול מיידני, שיקום ומציאת פתרונות להפרעות תפקודיות. רוב החולים משתחררים לביתם לאחר אשפוז של שבועות ספורים. חלק מהמחלקות מקיימות קשר עם השירותים להמשך שיקום וטיפול בקהילה (רפאל 1989; Barker 1990).

דגם נוסף של מחלקה גריאטרית בבית חולים כללי הינו מחלקה המקבלת את כל או את רוב החולים מגיל 75+ המתקבלים לבית החולים, בלא קשר למצבם התפקודי או אבחנתם, ומיעוט

חולים בני 65, שנראה שיוכלו להפיק תועלת מהאשפוז במחלקה זו (The Lancet 1988; Bagnell et al. 1977)

■ **מחלקה משותפת לרפואה פנימית ולגריאטריה** - דפוס זה פותח ב-Newcastle ואומץ במקומות נוספים באנגליה (Evans 1983). מתקבלים למחלקה חולים מכל הגילים ורופאים פנימאים וגריאטריים מטפלים בהם במקביל. צורת אשפוז זו מקלה על קבלת קשישים לאשפוז פנימי מצד אחד, ומסייעת למחלקה ולרופאים הפנימאים להתמודד ביעילות ובמהירות עם הטיפול בקשישים מצד שני. תומכי הגישה טוענים, כי היא מפחיתה את בידוד הרופאים הגריאטריים, ומבטיחה את המשך מעורבותם ברפואה הפנימית. זה גם תורם לשיפור מיומנות הטיפול בקשישים בקרב הצוות הפנימאי והסיעודי (Coni 1985; Evans 1983). המתנגדים טוענים, שהשיטה פוגעת בתהליך קידום הגריאטריה ובהפיכתה להתמחות נפרדת וייחודית, מעמד שאליו היא שואפת ונאבקת (Silver 1978; Coni 1985).

■ **יחידה לאבחון גריאטרי** - כוללת על פי רוב צוות גריאטרי רב מקצועי ומיועדת לערוך אבחון והערכה מקיפים של המצב הרפואי, התפקודי, הפסיכולוגי והסוציאלי של הקשיש (Rubenstein, Abrass and Kane 1981; Applegate and Miller 1983). רוב היחידות עורכות אבחון והערכה מקיפים וכן טיפול בבעיות אקוטיות, חלקן מספקות גם שיקום לטווח קצר, ומיעוטן גם המשך טיפול ומעקב. יחידות רבות שמות דגש על התאמת יעד השחרור למצבו הכולל של החולה.

■ **מחלקות המאחדות התמחות גריאטרית עם התמחות נוספת** - מחלקות אלו נועדו להקל על הקשר בין מומחים במקצועות שונים ולהתמקד בקטגוריות ספציפיות. בספרות מוכרים שלושה סוגים של שיתופי פעולה עיקריים: יחידות לאורתופדיה ולגריאטריה (Desai 1985; Kennie et al. 1988; Silver 1978; Burley 1984), יחידות פסיכוגריאטריות (Poliquin and Straber 1977) ויחידות לחולי שבץ מוחי אשר אינן מתמקדות אך ורק בגילים המבוגרים, אך אחוז גדול מהחולים בהן הינם קשישים (Isaacs 1979; Granger and Davis 1979; Granger 1984; Granger 1977).

## 1.2 שיחתי ייעוץ גריאטרי

כדי לענות על צורכיהם המיוחדים של הקשישים במחלקות הפנימיות, האורתופדיות ובמחלקות אחרות בבתי החולים הכלליים, הנהיגו בבתי חולים שירות ייעוץ גריאטרי אשר נועד להשתמש בידע ובגישה הגריאטרית כדי לסייע באבחון, בקביעת תכנית טיפול, בשיקום ובהתאמת השחרור של החולה הזקן. בחלק מבתי החולים זהו שירות חלופי למחלקה גריאטרית ובחלקם זהו שירות נוסף (פרידמן ואחרים 1993; Lichtenstein 1986; Allen et al. 1986; Kennie et al. 1986; Duncan and Smith 1990; Winograd 1985; Barber et al. 1985; Campion and Jette 1983).

## 1.3 בתי חולים או מרכזים גריאטריים

בתי חולים ומרכזים גריאטריים מאחדים מספר יחידות ומחלקות גריאטריות מסוגים שונים בבית חולים ייעודי בעל מסגרת ארגונית משותפת אחת, ובדרך כלל תחת קורת גג אחת. בחלק

מהמרכזים הגריאטריים יש מחלקות מסוגים שונים: לטיפול אקוטי, לשיקום קצר ולשיקום ארוך טווח ולהמשך טיפול ומעקב. במקומות אלה יש לעתים קרובות מודל מתקדם של שירות גריאטרי, בו מועבר החולה ממחלקה אחת לשנייה בהתאם לשינויים ולהתקדמות במצבו. סידור זה מאפשר לבית החולים להשתמש במשאביו בצורה יעילה (חבוט 1994; Horrocks 1982). במקומות אחרים מיועד האגף הגריאטרי כולו לסוג אחד של שירות גריאטרי, כגון שיקום גריאטרי או אשפוז לטווח ארוך.

## 2. מערכת האשפוז הגריאטרי בישראל

### 2.1 רקע כללי

המבנה הארגוני של מערכת האשפוז הגריאטרי בישראל מגוון ביותר וכולל דפוסי אשפוז שונים (מרגולץ 1985). במיפקד יום במוסדות אשפוז גריאטריים בישראל ערכו מרגולץ וכורזים (1986) סקירה מקיפה של מחלקות גריאטריות בבתי חולים כלליים, בבתי חולים גריאטריים לשיקום, במרכזים גריאטריים ובבתי חולים אחרים עם שירותים גריאטריים. סקירתם העלתה, כי ישנם הבדלים גדולים במבנה הארגוני ובדרכי ההפעלה של מסגרות האשפוז השונות ובפונקציות הטיפוליות העיקריות שהן ממלאות. המיפקד הראה, כי גם מחלקות גריאטריות, שלכאורה דומות בשמן ובציפיות הכלליות מהן, ממלאות לעיתים תפקידים שונים.

גם בדו"ח ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל (1990) מצוין כי "קיימות הגדרות וסיווג לא אחידים של המיטות הגריאטריות, בבתי חולים שבבעלויות שונות ואף באלה שבאותה בעלות".

מספר המיטות הגריאטריות בארץ נמצא במגמת עלייה בשנים האחרונות, ועיקר הגידול הוא במיטות למחלות ממושכות בעקבות פתיחתם של מוסדות חדשים לקשישים. בשנת 1992 עמד סך המיטות במערכת האשפוז בישראל על 30,695 מיטות, כאשר 34% מתוכן היו מיטות לאשפוז גריאטרי על כל סוגיו (משרד הבריאות, 1993).

משרד הבריאות הגדיר שלושה סוגים של מיטות לאשפוז גריאטרי (משרד הבריאות, 1981):

- (א) גריאטריה חריפה - מיטות המיועדות בדרך כלל לקשישים שנמצאים במצב אקוטי וזקוקים לאבחון ולטיפול אינטנסיבי לטווח קצר.
- (ב) גריאטריה שיקומית - מיטות בהן מאושפזים חולים הזקוקים לטיפול לשם שיפור מצבם התפקודי.
- (ג) גריאטריה סיעודית - מיטות בהן מאושפזים קשישים בדרגות מוגבלות שונות. מדובר בקשישים תשושים, הזקוקים לעזרה חלקית בפעולות יום יומיות וקשישים סיעודיים המרותקים למיטה וזקוקים לעזרה ברוב או בכל הפעילויות היום-יומיות. כן מאושפזים בהן קשישים תשושי נפש הזקוקים להשגחה ולעזרה בפעילות יום יומית כתוצאה מירידה בתפקוד המוחי.

## 2.2 סוגי מחלקות לאשפוז גריאטרי

המחלקות הגריאטריות בארץ מסווגות על ידי משרד הבריאות, בהתאם לשלושת סוגי מיטות האשפוז שהוגדרו: מחלקות לגריאטריה אקוטית, שיקומית וסיעודית.

■ **מחלקות לגריאטריה אקוטית:** מיטות לגריאטריה אקוטית נמצאות בבתי חולים כלליים, בבתי חולים גריאטריים ובמרכזים גריאטריים שבעלות ממשלתית, ציבורית או של קופת החולים הכללית. ברוב המקרים נמצאו המיטות הגריאטריות האקוטיות במסגרת מחלקה לגריאטריה אקוטית. בשנת 1992 היו בארץ 18 מחלקות לגריאטריה אקוטית ובהן 459 מיטות. קיימת שונות רבה בין המחלקות לגריאטריה אקוטית, הבאה לידי ביטוי בתחומים הבאים:

(א) מיקום המחלקות: 13 מחלקות נמצאות בבתי חולים כלליים ובהן 63% מכלל המיטות האקוטיות (291 מיטות) והשאר (168 מיטות) בבתי חולים גריאטריים ובמרכזים גריאטריים, והן משרתות בדרך כלל את החולים המאושפזים במרכזים הגריאטריים.

(ב) אזור גאוגרפי: חלק הארי מהמיטות מרוכזות במרכז הארץ ורק מיעוטן נמצאות בדרום הארץ.

(ג) משך אשפוז ממוצע: משך האשפוז נע בין 4 ימים ללמעלה מחודשיים.

■ **מחלקות לגריאטריה שיקומית:** מיטות לאשפוז גריאטרי שיקומי נמצאות בבתי חולים גריאטריים ובמרכזים גריאטריים בבעלות ממשלתית, ציבורית או של קופת החולים הכללית. בשנת 1992 היו בארץ 12 מסגרות אשפוז לגריאטריה שיקומית ובהן 1,194 מיטות. במסגרות אשפוז אלה קיימת הטרוגניות רבה במשך האשפוז הממוצע, שנע בין 23 יום לבין למעלה משנה. הבדלים אלה עשויים לרמז על ייעוד ותפקוד שונה של מסגרות האשפוז לשיקום גריאטרי, למרות שהן בעלות הגדרה זהה לפי משרד הבריאות. באשר לפיזור גאוגרפי, רוב המיטות מרוכזות במרכז הארץ ומיעוטן בצפון. דרומית לירושלים אין כלל מיטות לשיקום גריאטרי.

■ **מחלקות לגריאטריה סיעודית:** אשפוז סיעודי ממושך אינו נמנה עם השירותים הרפואיים הנכללים בביטוח הבריאות של קופת החולים בארץ. קשיש הזקוק לאשפוז סיעודי מתבקש להשתתף בהוצאות האשפוז, אך במקרים רבים משרד הבריאות מממן את חלק הארי מן ההוצאות. רוב האשפוז הסיעודי הממושך בארץ נמצא במסגרות פרטיות או ציבוריות. בשנת 1992 היו בארץ 7,591 מיטות לגריאטריה סיעודית, ארבע חמישיות מהן במוסדות פרטיים וציבוריים ורק חמישית בבעלות ממשלתית. משך השהייה הממוצעת בהן היה למעלה ממאתיים יום. חלק גדול מהמיטות מרוכזות במרכז הארץ ורק מיעוטן בצפון ודרום. חלק גדול מהמיטות הגריאטריות הסיעודיות שבעלות ממשלתית מרוכז בשלושה מרכזים גריאטריים בנתניה, פרדס-חנה וראשון-לציון, שמשמשים לטיפול ממושך ושמשרתים חולים קשים שזקוקים לטיפול סיעודי מלא ולטיפול בתשושי נפש.

## 3. סיכום

קיימים חוסר בהירות ואי הסכמה לגבי תפקידיהן ויעדי הטיפול של המחלקות לגריאטריה אקוטית בבתי החולים הכלליים. חלק מהמחלקות הגריאטריות מציגות את יעדיהן העיקריים כהערכה



ואבחון מקיף וטיפול לטווח קצר, בדרך כלל בבעיות רפואיות חריפות, וחלקן מדגישות את הטיפול השיקומי לטווח קצר. לעיתים קיים קושי להבדיל בין מטרות של טיפול ואבחון לבין שיקום לטווח קצר מאחר שגם שיפור מצב רפואי אקוטי והפניית חולה לתנאי מגורים מתאימים נחשבים לשיקום. עם זאת, מדדים סובייקטיביים - כמו עדות המנהלים לגבי ייעוד המחלקות שבניהולם, ומדדים אובייקטיביים - כמו משך אשפוז, מצביעים על הבדלים בולטים בין המחלקות.

אי בהירות נוספת במערכת האשפוז הגריאטרית בארץ קשורה להבדל שבין שיקום קצר (או שיקום מהיר), לבין שיקום ממושך (או שיקום איטי), ולהבדל שבין האחרון לבין טיפול רפואי סיעודי מורכב. טיפול ממושך ניתן בארץ בבתי חולים גריאטריים לשיקום ובמרכזים גריאטריים אך במיפקד יום נמצא, שביום המיפקד רק 30% מכלל המאושפזים שנפקדו היו בתהליך טיפול שיקומי. מרביתם היו זקוקים לטיפול סיעודי מורכב ו-15% היו מיועדים להישאר בבית החולים לכל ימי חייהם כחולים סיעודיים (כורזים ומרגולץ 1986).

בנוסף, מערכת האשפוז הגריאטרית בארץ מתוגמלת בתעריפים נפרדים בעבור יום אשפוז בהתאם להגדרת המיטה, גם אם בפועל השימוש במיטה אינו לפי ההגדרה. כך, בעוד שבמערכת האשפוז הגריאטרית לטיפול ממושך יש מערכת תעריפים מדורגת, הרי שמערכת האשפוז הגריאטרית האקוטית הכללית מתוגמלת ברובה בתעריף אחיד ליום אשפוז למרות שיש בה הבדלים טיפוליים בולטים וניתן להגדיר בה סוגים שונים של טיפול ופרוצדורות.

## ג. הערכת מסגרות לאשפוז גריאטרי - המודל למחקר

### 1. הרקע לבניית המודל

במהלך שני העשורים האחרונים נערכו בעולם מספר מחקרים להערכת תיפקודן ויעילותן של מסגרות שונות לאשפוז גריאטרי. למרות שקיימים קווים משותפים בין מחקרי ההערכה, קיים קושי להשוות ביניהם בשל ההבדלים במבנה מסגרות האשפוז, בתהליכי הטיפול ובהרכב אוכלוסיית החולים שלהם וכן בגלל שונות בשיטות ההערכה והבדיקה שבהן נעשה שימוש: חלק מהדיווחים עד כה הם מחקרים תיאוריים (Liem, Chernoff and Carter 1986; Applegate et al. 1983; Rubenstein, Abrass and Kane 1981; Checkryn and Roos 1979), חלק מהמחקרים השתמשו בקבוצת ביקורת לא מקרית (Rubenstein 1984; Collard, Bachman and Frengley 1983; Teasdale, Schumman and Snow 1983), ורק מחקרים בודדים נערכו עם קבוצות ביקורת מקריות ומבוקרות (למשל Rubenstein 1984; Collard, Bachman and Frengley 1983; Teasdale, Schumman and Snow 1983; Rubenstein 1984; and Beatrice 1985; Kennie 1989; Applegate and Miller, Grashall et al. 1990).

מכשול נוסף של מחקרי ההערכה טמון בכך שגם כאשר ממצאי המחקר מעידים על תוצאות משופרות במסגרת אשפוז מסוימת, וגם כאשר נעשה שימוש בשיטות מחקר מבוקרות, קיים קושי לבודד את המרכיבים האחראיים לתוצאות. לעתים יש ערך רב ביותר לאבחון החולה, לעתים זוהי

תרומת הצוות הרב מקצועי, או כמות הטיפול, לעתים מאפייני האוכלוסייה אחראיים לשיפור בתוצאות. ברוב המחקרים לא נעשה ניתוח רב משתני, שעשוי להצביע על תרומתו הייחודית של גורם מסוים לתוצאות האשפוז.

במטרה לפתח מסגרת מושגית למחקר ההערכה, נעשה שימוש במסגרת התייחסות תפיסתית ומושגית שהוצעה לראשונה על ידי Donabedian (1966, 1980) וזכתה להכרה ולשימוש נרחב. גישה זו מבחינה בין שלושה מרכיבים בטיפול הרפואי: מרכיבי המבנה, מרכיבי התהליך ותוצאות הטיפול.

**מרכיבי המבנה** מתייחסים לאספקטים ארגוניים ולמסגרת הפיזית שבה ניתן הטיפול, למשאבים החומריים, כוח האדם והכשרתו, הציוד, האספקה וכד'.

**מרכיבי התהליך** מתייחסים לשאלה מה נעשה עם החולה ועבורו במהלך הטיפול במערכת הרפואית. זה עשוי להתבטא בביצוע בדיקות, ביצוע הערכה, בניית תכנית טיפול, הפעלת תכנית טיפול, רישום, מעקב, דיווח וכד'.

**מרכיבי התוצאות** מבטאים את ההישגים שהושגו במהלך הטיפול הרפואי מבחינת החלמה, ריפוי, שיפור בכושר התפקוד, חזרה לעבודה, חזרה הביתה, שביעות רצון מהטיפול וכד'. התוצאות עשויות להתבטא בשני סוגים של משתנים: מצב בריאות ושימוש בשירותי בריאות.

מאז פרסם Donabedian את המערכת המושגית שלו, ניטש ויכוח בדבר חשיבותם היחסית של כל אחד ממרכיבי ההערכה (McAuliffe 1978, 1979; Brook and Appel 1978; Brook and Davies-Avery 1976; Brook and Lohr 1979; Donabedian 1980; Lohr and Brook 1984). מחקרים שניסו לבדוק את הקשר שבין מדדי התהליך לבין תוצאות הטיפול מצאו מיתאם נמוך בין ממצאי הערכת איכות הטיפול שנמדדו באמצעות כל אחד מהמרכיבים בנפרד (Brook 1973). למרות הקשיים הכרוכים בהערכת תוצאות הטיפול, נראה שעיקר המאמצים להערכת איכות השירות הרפואי מתמקדים כיום בפיתוח מדדי תוצאות אשר ייצגו את השירות בצורה נכונה (Lohr 1988; Donabedian 1982).

עם זאת, קיימת כיום הסכמה כוללת בדבר חשיבותן של כל אחת ואחת מהמרכיבים בהערכת הטיפול הרפואי ובדבר הצורך להתאימו למטרות הערכה ספציפיות (Donabedian, 1980, 1982). כן גוברת ההבנה ששלושת המרכיבים קשורים אחד בשני ועשויה להיות להם משמעות רק בהקשר הדדי (Wyszewianski 1988).

מרכיב נוסף שיש להתייחס אליו בעת הערכת השירות הרפואי ואיכות הטיפול הינו הרכב אוכלוסיית החולים (Case-mix) במסגרת הטיפול הנחקרת ומאפייניה. ההרכב מתבטא במאפיינים דמוגרפיים וסוציו-כלכליים, במצב רפואי וחומרת המחלה, במצב תפיסתי וקוגניטיבי וכן במערכת המשפחתית ורשתות התמיכה של החולה. מספר חוקרים מגדירים את מכלול התכונות והמאפיינים כפוטנציאל הטיפול או השיקומי של החולה. מחקרים רבים העידו על קשר בין מאפייניה ותכונותיה של האוכלוסייה הנחקרת לבין תוצאות הטיפול (ראה למשל Becker and Kaufman 1986; Becker 1988).

## 2. המודל למחקר

בבסיס המחקר מונחת אם כן ההנחה שמערכת השירות הרפואי, ובכלל זה גם מערכת האשפוז, בנויה מארבעה מרכיבים עיקריים, המקיימים ביניהם קשרי גומלין שונים. המרכיבים הם: (א) מבנה המערכת וארגונה; (ב) תהליכי הטיפול הנהוגים בה; (ג) תוצאות הטיפול; ו-(ד) הרכב אוכלוסיית החולים (Case-mix).

לכל אחד ממרכיבי המודל ניתן להגדיר מדדים שמייצגים אותו ושבאמצעותם ניתן לבחון את הקשרים שביניהם.

הקשרים בין המרכיבים עשויים להיות ממספר דגמים, וביניהם:

- (א) קשר בין המבנה והתהליכים לבין התוצאות
- (ב) קשר בין הרכב אוכלוסיית החולים לבין התוצאות
- (ג) קשר בין המבנה, התהליכים והרכב אוכלוסיית החולים לבין התוצאות.

## ד. מטרת המחקר

יעדיו של מחקר זה הינם לבחון את איכות הטיפול השיקומי במערכת האשפוז הגריאטרית, לבדוק את הקשרים שבין הגורמים המרכיבים את המערכת ולהשוות בין שני סוגים של מסגרות לאשפוז גריאטרי: מחלקות גריאטריות בבתי חולים כלליים ובתי חולים גריאטריים.

מטרות המחקר הספציפיות הן:

1. לתאר ולנתח את מבנה מערכת האשפוז הגריאטרית שעוסקת בשיקום ואת תהליכי עבודתה.
2. לתאר את הרכב אוכלוסיית החולים המאושפזים בה.
3. למדוד את תוצאות השיקום.
4. לבדוק את הקשרים בין המבנה, התהליכים, והרכב אוכלוסיית החולים לבין תוצאות השיקום ולנסות להסביר את התוצאות באמצעותם.
5. להשוות בין שני סוגים של מסגרות לאשפוז גריאטרי שעוסקות בשיקום מבחינת המבנה, התהליכים, הרכב אוכלוסיית החולים ותוצאות השיקום.
6. להסביר את תוצאות השיקום בשני הסוגים באמצעות תהליכי העבודה שלהם והרכב האוכלוסייה המאושפזת בהם.

## ה. מערך המחקר

### 1. המסגרת המושגית

כאמור, בארץ קיימים הבדלים רבים בין המסגרות השונות לאשפוז גריאטרי, גם כאשר הן כלולות באותה הגדרה של משרד הבריאות, ומיועדות לשמש לאותן המטרות הטיפוליות. כדי לבסס את המחקר על מערכת מושגית אחידה, בהירה, מובנת וחד-משמעית, נגדיר להלן מספר מונחים. הגדרות ומונחים אלה שונים במעט מהמקובלים בפרסומי משרד הבריאות, מאחר שאנו מתייחסים **למסגרת הארגונית** שבה מצויות מיטות האשפוז בעוד המשרד מתייחס **לסוג המיטות** בתוך מסגרת האשפוז. המונחים שיוגדרו להלן ישמשו לצורך עבודה זו בלבד ונועדו אך ורק לפשט את הדיון.

המונחים שבשימוש בעבודה:

**מסגרת אשפוז גריאטרי** (Geriatric Setting) - ריכוז של מיטות אשפוז שהוגדרו על ידי משרד הבריאות כמיטות גריאטריות אקוטיות, שיקומיות וסיעודיות תחת קורת גג אחת, ואשר משתייכות לארגון אחד בעל שם משותף. מסגרת אשפוז עשויה להיות מחלקה בבית חולים כללי או בית חולים שלם.

**מחלקה גריאטרית** (Geriatric Ward) - מסגרת אשפוז שכוללת אך ורק מיטות שהוגדרו על ידי משרד הבריאות כמיטות גריאטריות אקוטיות ונמצאות בתוך בית חולים כללי.

**בית חולים גריאטרי** (Geriatric Hospital) - מסגרת אשפוז שכוללת תחת קורת גג אחת מיטות שהוגדרו על ידי משרד הבריאות כמיטות גריאטריות אקוטיות, שיקומיות או סיעודיות, ואינה כוללת מיטות מסוגים אחרים.

**מוסד גריאטרי או מוסד סיעודי** - מסגרת אשפוז שמורכבת רק ממיטות שהוגדרו על ידי משרד הבריאות כמיטות גריאטריות סיעודיות.

### 2. אוכלוסיית המחקר

#### 2.1 בחירת מסגרת האשפוז למחקר

בשל ההבדלים הרבים שבין המסגרות לאשפוז גריאטרי בארץ, ערכנו מיון של מסגרות האשפוז. ראשית, מנינו את כל מסגרות האשפוז שיכולות להיכלל במחקר לפי ההגדרות והנתונים של משרד הבריאות. שנית, בדקנו את התאמתן למחקר באמצעות ביקורים, קבלת חוות דעת של אנשי מקצוע ובדיקת מדדי אשפוז כמו משך אשפוז ושיעור תמותה.

בסיכומו של תהליך זה נכללו במחקר שמונה מסגרות אשפוז: ארבע מחלקות גריאטריות בבתי חולים כלליים וארבעה בתי חולים גריאטריים. שלושה מביניהם בבעלות משרד הבריאות, שלושה בבעלות קופת חולים הכללית, ושניים בבעלות ציבורית. מסגרות האשפוז נמצאות בין חיפה בצפון לרחובות בדרום. בשל מגבלות תקציביות לא יכולנו לכלול במחקר מסגרות אשפוז בצפון הארץ ובדרומה. (מפת הפיזור הגאוגרפי של כלל בתי החולים בארץ שונה אך במעט ממפת הפיזור של מסגרות האשפוז שנכללו במחקר).

## 2.2 המדגם והדגימה

אוכלוסיית היעד למחקר הם כל החולים שהתקבלו לאשפוז במסגרות האשפוז שנכללו במחקר, ואשר עונים על שני קריטריונים: (א) בני 65 או יותר; (ב) עם אבחנה ראשית (סיבת אשפוז) של שבץ מוחי (stroke - cerebrovascular accident) או שבר בצוואר הירך (hip fracture). נכללו במחקר אך ורק חולים עם אירוע "טרי" של שבץ מוחי, ולא נכללו חולים לאחר אירוע בגזע המוח ובגרעינים בזליים. באשר לשבר צוואר הירך, נכללו אך ורק חולים שעברו טיפול ניתוחי בפרק הירך (open reduction) (בכל מקרה, מעט מאוד חולים לא מנותחים מגיעים לשיקום).<sup>1</sup>

נעשתה דגימת זמן, לפיה נכללו במחקר כל החולים מגיל 65 ומעלה, שסיבת הקבלה שלהם לאשפוז היתה אחת משתי האבחנות האלה ואשר התקבלו למסגרת האשפוז ברציפות, בזה אחר זה, מיום תחילת איסוף הנתונים ועד להשלמת מכסה של כ-55 חולים. בשיטה זו נדגם למעשה הזמן, דהיינו תקופת אשפוז, וכל החולים שהתקבלו לאשפוז בתקופת זמן זו נכללו במחקר. בדגימה זו אנו מניחים שלא קיימים במהלך השנה שינויים בשיעור האירועים של שתי האבחנות, בחומרת האירועים בתקופות שנה שונות ובשיעור הקבלות לאשפוז בשתי האבחנות. מסגרת אוכלוסיית המחקר המתוכננת כללה 400 חולים - כ-200 חולים מכל אחד משני סוגי מסגרות האשפוז, כחמישים חולים מכל מסגרות האשפוז.

איסוף הנתונים בשמונה מסגרות האשפוז שבמחקר התקיים בין נובמבר 1988 למרץ 1990. בתקופה זו התקבלו למסגרות האשפוז שנכללו במחקר 895 חולים. לוח 1 מציג את תהליך איסוף הנתונים. אחוז החולים המתאימים להיכלל במחקר מקרב כלל הקבלות לאשפוז מצביע על כך שכמחציתם סבלו מאחת משתי האבחנות והיו בני 65 או יותר. שתי אבחנות אלו היוו שלושה רבעים מכלל החולים שהתקבלו לשיקום בשני בתי חולים גריאטריים וכמחצית מהאשפוזים בשאר בתי החולים והמחלקות הגריאטריות. שיעור הכיסוי של אוכלוסיית המחקר מקרב כלל המתאימים להיכלל בו היה 86% והוא נע בין 100% לבין 78% בבתי החולים השונים. הסיבות לנפל היו בעיקר אי זיהוי החולים המתאימים על ידי המראיינים. לא היו מקרים של סירובים. לפירוט נוסף ראה נספח ג'.

## 2.3 תיאור האוכלוסייה

אוכלוסיית המחקר מנתה, בסופו של דבר, 410 אנשים שהתקבלו לשיקום בשמונה בתי חולים: 224 חולים בארבעה בתי חולים גריאטריים, ו-186 בארבע מחלקות גריאטריות בבתי חולים כלליים. סיבת האשפוז של 193 מהם היתה שבץ מוחי (stroke) ושל 217 מהם שבר בצוואר הירך (hip fracture). לוח 2 מציג את התפלגות אוכלוסיית המחקר לפי סוג מסגרת האשפוז ולפי אבחנה.

1 נכללו כל סוגי השברים בפרק הירך והפרוצדורות הניתוחיות השכיחות בהם, כמו pertrochanteric fracture או intetrochanteric fracture המטופלים בדרך כלל בניתוחי מסמור מסוגים שונים (Richard's Nailing), Jewett, Salame's, Ken, Anderson וכד') וכן subcapital fractures המלווים בדרך כלל בניתוחי Hemiarthroplasty עם פרוטזות שונות, כמו Austin Moore, Thompson Prothesis וכד'. חולים עם החלפה שלמה של פרק הירך (total hip replacement) נכללו רק אם ההחלפה היתה כתוצאה מאירוע אקוטי. לא נכללו חולים שעברו החלפה שלמה של הפרק באופן אלקטיבי, עקב שחיקה הדרגתית של הפרק.

לוח 1: אוכלוסיית המחקר, לפי בתי חולים, תקופת איסוף נתונים, וקבלות

סה"כ נכללו במחקר		קבלות מתאימים <sup>2</sup>		סה"כ קבלות בתקופת המחקר	תקופת איסוף הנתונים <sup>1</sup>	בית חולים
4%	N	3%	N			
<b>(86%)</b>	<b>410</b>	<b>(53%)</b>	<b>476</b>	<b>895</b>		<b>סה"כ</b>
(78%)	47	(44%)	60	137	13 חודש <sup>5</sup>	מס' 1
(89%)	50	(55%)	56	102	6 חודשים	מס' 2
(83%)	39	(32%)	47	147	6 חודשים	מס' 3
(83%)	64	(59%)	77	131	10 חודשים <sup>6</sup>	מס' 4
(82%)	42	(64%)	51	80	6 חודשים	מס' 5
(85%)	55	(47%)	65	139	6 חודשים	מס' 6
(100%)	57	(75%)	57	76	3 חודשים	מס' 7
(89%)	56	(76%)	63	83	4 חודשים	מס' 8

- 1 תקופת איסוף נתונים: משך הזמן מתחילת איסוף הנתונים לסיומו. במשך זמן זה עשויות להיות סטיות של כשבועיים לשני הכיוונים.
- 2 מתאימים: חולים שעונים על שני הקריטריונים: גיל מעל 65 שנים וסיבת אשפוזם הראשית (האבחנה) היתה שבץ מוחי או שבר בצוואר הירך.
- 3 אחוז המתאימים להיכלל במחקר מקרב כלל הקבלות לאשפוז בתקופה זו.
- 4 אחוז החולים שנכללו במחקר מקרב כלל המתאימים.
- 5 כחודשיים וחצי בכל אחת מחמש מחלקות.
- 6 חודשיים וחצי בכל אחת מארבע מחלקות

לוח 2: התפלגות אוכלוסיית המחקר במסגרות האשפוז לפי אבחנה

מסגרת אשפוז	שבץ מוחי	שבר הירך	סה"כ	%
<b>סה"כ</b>	<b>193</b>	<b>217</b>	<b>410</b>	<b>100</b>
בתי"ח גריאטריים	98	126	224	55
מח' גריאטריות בבתי"ח כלליים	95	91	186	45
	47	53	100	%

### 3. הכלים והשיטות במחקר

#### 3.1 כלי המחקר

- הכלים לאיסוף הנתונים על החולים ועל מסגרות האשפוז:
- (א) שאלון לריאיון אישי של החולה בקבלה (כולל הדגמות)
  - (ב) שאלון לריאיון אישי של החולה בשחרור (כולל הדגמות)
  - (ג) טופס לאיסוף נתונים מגליונות רפואיים בקבלה
  - (ד) טופס לאיסוף נתונים מגליונות רפואיים בשחרור
  - (ה) שאלון לריאיון אישי של מנהל המחלקה ושל האחיות הראשית
  - (ו) שאלון לריאיון על ידי מילוי עצמי לפיזיותרפיסטית ולמרפאה בעיסוק

השאלונים והטפסים לאיסוף הנתונים על החולים היו מובנים עם שאלות סגורות. לגבי ארבעה תפקודים נערכה גם הדגמה/תצפית לאחר שחולה ראיין על תפקודו בתחומים אלו וההתרשמות מההדגמה נרשמה על סקלה קבועה וסגורה.

#### 3.2 שיטות המחקר

מראיין קבוע בדיק מדי יום או יומיים האם התקבלו לאשפוז חולים חדשים שאובחנו לפי אחת משתי האבחנות שבמחקר וראיין אותם באמצעות שאלון הקבלה. כאשר נקבע להם מועד שחרור הוא ראיין אותם שנית באמצעות שאלון שחרור. במקביל לראיונות בקבלה ובשחרור, מולא גם טופס לאיסוף נתונים מהגליון הרפואי. בקשה ואישור לויתור על סודיות נערכו בהתאם למקובל. (לפירוט נוסף על נוהלי הריאיון האישי עם החולה בקבלה ובשחרור, נוהלי איסוף נתונים מגליונות רפואיים ונוהלי ריאיון אנשי הצוות - ראה נספח א').

#### 3.3 הבטחת מהימנות כלי המחקר והשיטות

במטרה להבטיח את מהימנות כלי המחקר ושיטות איסוף הנתונים ולמנוע ככל האפשר הטיות שעשויות לפגוע במהימנות הנתונים, ננקטו מספר צעדים בעת תכנון כלי המחקר והשיטות. אלה כללו:

- (1) הגדרת המשתנים - לכל המשתנים ניתנה הגדרה תפעולית ברורה.
- (2) בניית כלי המדידה - נבנו שאלונים וטפסים אחידים, בעלי צורה ותוכן קבועים וכל השאלות בהם היו סגורות.
- (3) מתן הדרכה למראיינים ופיקוח עליהם - המראיינים קיבלו הדרכה אישית והנחיות מפורטות, מדויקות ואחידות לגבי מועד איסוף הנתונים, תנאי הריאיון, התאמת הסביבה ופרטים רלוונטיים אחרים. כן נערך מעקב ופיקוח צמוד אחר עבודתם.

לאחר גמר איסוף הנתונים מהגליונות הרפואיים, נבדקה מהימנותם באמצעות בדיקת מהימנות בין שני בודקים - Inter-Observer Reliability. ממצאי הבדיקות העידו שהאמצעים שנקטו הניבו מהימנות גבוהה בין בודקים באשר לנתונים שנאספו מהגליונות הרפואיים (לפירוט בדיקות המהימנות והתוקף ראה בנטור, 1994).

### 3.4 מחקר מקדים

מטרת המחקר המקדים היתה לבדוק את כלי המחקר ואת השיטות לאיסוף הנתונים. מבחינת כלי המחקר, נבדקה בהירות השאלות, היכולת להבין אותן והיכולת להשיב עליהן באופן ענייני, נכונות החולים לשיתוף פעולה, משך זמן הריאיון והרצף שבין השאלות ובין חלקי השאלון. מבחינת שיטות המחקר, נבדקו דרכים לאיתור החולים המתאימים להיכלל במחקר ולמעקב אחר תנועת החולים, השיטות למילוי טפסים מגליונות רפואיים והשיטות לשיתוף פעולה פורה עם צוות המחלקות.

המחקר המקדים נערך בשתי מסגרות אשפוז: מחלקה גריאטרית בבית חולים כללי ובבית חולים גריאטרי. נכללו בו בדיקה וריאיון של כ-20 חולים בסך הכל. לאור ניתוח ממצאי המחקר המקדים, הוכנסו בכלי המחקר השינויים והתיקונים הנחוצים.

### 3.5 המשתנים במחקר

המשתנים במחקר היו משני סוגים: משתנים תיאוריים ברמת מסגרת האשפוז ומשתנים כמותיים ברמת הפרט. המשתנים התיאוריים נועדו להבנת מדיניות מערכת האשפוז הגריאטרית באופן כללי והם התייחסו לדפוסי הפעולה וההתנהגות של מסגרת האשפוז. משתנים אלה כללו את מבנה מערכת האשפוז ומספר משתנים על התהליכים. המשתנים הכמותיים כללו חלק ממשתני התהליכים, מאפייני אוכלוסיית המחקר ומשתני תוצאות הטיפול השיקומי.

לוח 3: רשימת המשתנים במחקר

המשתנה	מקור הנתונים	הזמן	רמת התיאור
<b>משתנים בלתי תלויים</b>			
<b>משתני מבנה</b>			
הגדרה רשמית	ראיונות צוות/רשומות		מסגרת אשפוז
המבנה הארגוני	ראיונות צוות/הסתכלות		
המבנה הפיזי	ראיונות צוות/הסתכלות		
הרכב כוח אדם	ראיונות צוות/רשומות		
ציוד	ראיונות צוות		
מימון	ראיונות צוות		
<b>משתני תהליך</b>			
מקורות הפניה	ריאיון צוות		מסגרת אשפוז
סיבות קבלה	ריאיון צוות		
הליכי קבלה	ריאיון צוות		
ביקור רופאים	ריאיון צוות		
ישיבות צוות	ריאיון צוות		
רישום, דיווח ומעקב	ריאיון צוות/גליון רפואי		



רמת התיאור	הזמן	מקור הנתונים	המשתנה	
<b>משתנים בלתי תלויים</b>				
<b>משתני מבנה</b>				
		ריאיון צוות/הסתכלות	קשר בלתי פורמלי	
		ריאיון צוות	הליכי שחרור	
החולה	בקבלה	גליון רפואי	משך זמן מהאירוע לאשפוז	
	בשחרור	גליון רפואי	משך אשפוז	
	שחרור	ריאיון/גליון רפואי	הפניה להמשך טיפול	
	שחרור	ריאיון/גליון רפואי	ביצוע ביקור בית	
	שחרור	ריאיון חולה	כמות טיפול אישי בכל מקצוע	
<b>משתני חולה</b>				
החולה	קבלה	גליון רפואי	מין, גיל, מצב משפחתי	
		ריאיון אישי	ארץ לידה, השכלה, מספר ילדים, מקצוע, תעסוקה, מקורות הכנסה וביטוח רפואי	
	קבלה	גליון רפואי	תאריך אירוע, תאריך קבלה מקום אירוע	
	קבלה	גליון רפואי	אבחנה ראשית	
	קבלה	גליון רפואי	אבחנות נוספות	
	קבלה ושחרור	ריאיון אישי	מצב התמצאות	
	קבלה	גליון רפואי	אירועים דומים בעבר	
	קבלה ושחרור	ריאיון אישי (הדגמה)	טווח תנועה	
	קבלה ושחרור	ריאיון אישי (הדגמה)	תחושה שטחית	
	קבלה	ריאיון אישי	שמיעה וראייה	
	קבלה	ריאיון אישי	מצב לפני האירוע: ADL, ניידות, IADL, שליטה על הסוגרים עבודה ופעילות פנאי מוטיבציה ותפיסת מצב בריאות באופן כללי, עם מי גר, קומה	
	<b>משתנים תלויים</b>			
	החולה	קבלה ושחרור	ריאיון אישי/הדגמות	מצב תפקודי
		שחרור	ריאיון/תיק רפואי	יעד שחרור
שחרור		ריאיון אישי	שביעות רצון מהטיפול	

על פי המודל למחקר, המשתנים של מבנה המערכת, של תהליכי העבודה ושל מאפייני האוכלוסייה הם המשתנים הבלתי תלויים במחקר ואילו המשתנים התלויים הינם משתני התוצאות. לוח 3 מציג את רשימת המשתנים שנכללו במחקר לפי מקור קבלת הנתונים ומועד האיסוף (בקבלה או בשחרור מאשפוז או בשניהם). (פירוט נוסף לגבי המשתנים במחקר ראה בנספח ב').

## 1. מבנה מערכת האשפוז הגריאטרית

בפרק זה ייערך ניתוח השוואתי של המבנה של שני סוגי מסגרות האשפוז: בתי חולים גריאטריים ומחלקות גריאטריות בבתי חולים כלליים. המידע בפרק מבוסס על ראיונות אישיים עם מנהלי בתי החולים הגריאטריים והמחלקות ועם האחיות הראשיות, האחראים על פיזיותרפיה ועל ריפוי בעיסוק וחלק מהאחראים על השירות הסוציאלי.

### 1. הגדרה ומבנה ארגוני של מסגרות האשפוז

ארבעת בתי החולים הגריאטריים שנכללו במחקר מוגדרים על ידי משרד הבריאות כמוסדות שיקום למחלות ממושכות. בשלושה מהם יש מיטות גריאטריות משלושה סוגים: אקוטיות, שיקומיות וסיעודיות ואילו ברביעי יש רק מיטות שמוגדרות על ידי משרד הבריאות כמיטות גריאטריות שיקומיות.

בבתי החולים האלה היו בין 200 ל-300 מיטות, המחולקות למחלקות גריאטריות מסוגים שונים. בשני בתי חולים החלוקה היא ייעודית - לטיפול בחולים במצב אקוטי, שיקומי או סיעודי: יש מחלקה אקוטית (שנקראת בשמות שונים, כמו פנימית, חריפה, תת-אקוטית), מחלקה או מספר מחלקות לשיקום וכן מחלקות לסיעוד רפואי מורכב ולשיקום איטי. במחלקות לשיקום מאושפזים בכפיפה אחת חולים לאחר מחלות אורתופדיות, נירולוגיות וחולים לאחר ניתוחים מסובכים ומחלות הדורשות טיפול שיקומי. רק באחד מבתי החולים, נעשה ניסיון לתת-התמחות של שיקום לפי אבחנות. בבית החולים הגריאטרי הרביעי לא נערך מיון של החולים לפי מצבם הרפואי, התפקודי או סיבת האשפוז.

ארבע המחלקות הגריאטריות שבבתי החולים הכלליים הן מחלקות לגריאטריה אקוטית, וכוללות 15-30 מיטות שכולן מוגדרות על ידי משרד הבריאות כמיטות לגריאטריה אקוטית. אולם, כאשר נשאלו מנהלי המחלקות הגריאטריות בבתי חולים אלה כיצד הם מגדירים את מסגרת האשפוז שבניהולם, הגדירו שלושה את המחלקה שבניהולם כגריאטריה שיקומית. לטענתם, המחלקה עוסקת יותר בשיקום ופחות בטיפול אקוטי ואבחוני. רק מנהל אחד הדגיש את הטיפול הגריאטרי האבחוני והאקוטי. בנוסף לכך, כולם הדגישו את חשיבות הרצף הטיפולי שבין מצב אקוטי, סב-אקוטי ושיקומי.

המחלקות שייכות באופן רשמי ותפקודי לבית החולים הכללי, אך רק אחת מהן ממוקמת בתוך בית החולים. השאר ממוקמות בבניינים נפרדים, לעתים מרוחקים, מבית החולים הכללי. הריחוק הפיזי ביחד עם האופי המיוחד של הטיפול הגריאטרי והשיקומי מדגישים את נבדלותן של מחלקות אלו, עד כדי כך שהן דומות יותר לבית חולים גריאטרי קטן שיש לו מערכת ארגונית אוטונומית, גם אם מבחינה מינהלית וכלכלית הוא קשור לבית החולים הכללי.

## 2. מבנה פיזי

בכל מסגרות האשפוז הגריאטריות שנכללו במחקר יש חדרי אשפוז עם שירותים ומקלחות צמודים, אולם מרכזי שמשמש כחדר אוכל וחדר לפעילות יום, תחנת אחות וחדרי טיפול, משרדי רופאים, משרד קבלה וכן שטח נפרד המוקצה לטיפול שיקומי וכולל אולמות טיפול וחדרים לטיפול פרטני לכל אחד מהמקצועות השיקומיים.

ארבע המחלקות הגריאטריות שבבתי החולים הכלליים וכן מחלקה אחת לשיקום גריאטרי שבבית חולים גריאטרי נמצאים במבנה כוללני, שבו חדרי האשפוז, המשרדים ואולמות הטיפול נמצאים באותו מבנה. הטיפול הרב מקצועי ניתן במסגרת פיזית אחת וכל אנשי הצוות מטפלים בחולה באותו מרחב פיזי. למבנה כזה יתרון מבחינת תיאום והמשכיות תהליך השיקום, מגע ישיר ותקשורת בלתי פורמלית בין אנשי הצוות והשתתפות פעילה של כל אנשי הצוות בתהליך הטיפול.

שלושה בתי חולים גריאטריים אחרים ממוקמים במבנה רב קומתי או בביתנים, ולכן האולמות וחדרי הטיפול השיקומי נמצאים בקומה נפרדת או בבניין נפרד ממחלקות האשפוז. כתוצאה מכך המגע הישיר והתקשורת הבלתי פורמלית בין אנשי הצוות קלושים יותר, אנשי הצוות השיקומי אינם רואים את החולים בעת ביצוע הפעילויות במחלקה (בעת האוכל למשל), ואנשי הצוות הסיעודי אינם עוקבים אחר הטיפול השיקומי שניתן בפיזיותרפיה ובריפוי בעיסוק. כל אלו עשויים לפגוע בתיאום ובהמשכיות תהליך הטיפול הרב מקצועי.

## 3. ציוד

שמונה מסגרות האשפוז שנכללו במחקר מצוידות באופן דומה, כאשר הציוד השיקומי כולל מיטות, מזרונים וכריות למניעת פצעי לחץ, מיטות מתהפכות, מזרוני אוויר ומים, כריות סיליקון וכד'. בכולן יש כסאות גלגלים מסוגים שונים, הליכוניים שונים, טריפודים וקוודריפודים, קביים וציוד אחר לניידות. האולמות וחדרי הטיפול בפיזיותרפיה מצוידים בציוד מקובל ומוכר לתרגול ניידות ומוטוריקה גסה וחדרי הטיפול לריפוי בעיסוק כוללים עזרים לתרגול ADL וכן מטבח טיפולי, ציוד ומכשירים לתרגול מוטוריקה גסה ועדינה, אמצעים לטיפול בהפרעות בתפיסה ובקוגניציה וחומרים לעבודות יד.

#### 4. הרכב כוח אדם

ניתוח הרכב כוח האדם מתייחס לתקנים קבועים ולמשרות מלאות, בכל אחת משמונה מסגרות האשפוז שנכללו במחקר. לגבי כל אחד מהמקצועות נעשה הניתוח לפי תקן ל-100 מיטות. במקרים רבים תקן אחד מאויש על ידי שניים או יותר עובדים במשרות חלקיות (לוח 4).

מלוח 4 עולה, שקיימים הבדלים גדולים בתקני הרופאים בין שני סוגי מסגרות האשפוז. במחלקות הגריאטריות שבבתי החולים הכלליים היו פי שלושה רופאים מאשר בבתי החולים הגריאטריים ושיעור המומחים מקרבם היה גבוה יותר. גם תקן האחיות היה בכל המחלקות שבבתי החולים הכלליים גדול יותר, וכן שיעור המוסמכות מקרבן, אך כאן ההבדלים אינם כה בולטים כמו לגבי הרופאים.

לוח 4: תקן כוח אדם ל-100 מיטות - לפי שמונה מסגרות האשפוז שנכללו במחקר

בתי חולים גריאטריים			
ד'	ג'	ב'	א'
5.3	5.9	7.2	4.7
50	50	19	65
56.1	52.9	58.6	45.7
7	19	24	16
7.9	10.3	<sup>3</sup> 3.8	<sup>2</sup> 2.6
5.2	14.7	6.5	2.2
1.3	1.5	0.9	<sup>4</sup> 0.4
2.1	2.9	<sup>5</sup> 2.0	1.3
מחלקות גריאטריות בבתי חולים כלליים			
ח'	ז'	ו'	ה'
12.2	16.0	15.0	16.7
36	100	67	50
55.2	76.8	60.0	62.5
24	27	33	37
6.5	4.0	5.0	<sup>6</sup> 3.3
4.3	4.0	5.0	2.1
5	<sup>7</sup> 5	0	1.2
2.6	<sup>8</sup> 2.0	2.5	4.2

- (1) נתוני כוח אדם מתייחסים לארבע מחלקות גריאטריות ביחד ולא רק למחלקה הגריאטרית אקוטית שנכללה במחקר.
- (2) המצבה היא 2.2 פיזיותרפיסטים.
- (3) המצבה היא 1.9 פיזיותרפיסטים. בית החולים סובל ממחסור קבוע, של פיזיותרפיסטים אך בתקופת איסוף הנתונים היה המצב חמור במיוחד.
- (4) המצבה היא 0.07 קלינאי תקשורת.
- (5) המצבה היא 3.8 עובדים סוציאלים. תוספת כוח האדם ממומנת מכספי עמותה הקשורה לבית החולים.
- (6) המצבה היא 8.3 פיזיותרפיסטים. תוספת כוח האדם ממומנת מכספי קרן מחקר.
- (7) לא ידוע.
- (8) המצבה היא 3.2 עובדים סוציאלים.

לגבי תקן אנשי הצוות השיקומי, המגמה מעורבת ופחות חד משמעית. קיימים הבדלים בתקני פיזיותרפיה וריפוי בעיסוק בין שני סוגי מסגרות האשפוז אך גם בתוך כל קבוצה בפני עצמה. בולט היעדרם של מרפאים בדיבור במחלקות הגריאטריות שבבתי החולים הכלליים. ברוב המחלקות אין ככל הנראה משרה תקנית של מרפא בדיבור והם משתמשים במרפאים בדיבור מהמאגר הכולל של בית החולים או בשירות קנוי. באחת המחלקות נאמר שהם "משתדלים שלא לקבל לאשפוז חולים עם אפזיה".

אנשי הצוות נשאלו לגבי ההכשרה וההתמחות המקצועית שלהם בתחום הגריאטרי. נמצא שברוב מסגרות האשפוז קיימת התעניינות והתמחות בתחום הגריאטריה. רובם המכריע של הפיזיותרפיסטים וחלק מהמרפאים בעיסוק עברו קורס טיפול לפי שיטת Bobath למבוגרים (שהינה שיטת הטיפול הנפוצה ביותר) וכן קורסים מקצועיים וגריאטריים אחרים. רוב האחיות לא עברו מראש הכשרה מיוחדת לטיפול סיעודי בתחום הגריאטרי, אך חלקן החלו להשתתף בקורס מיוחד כזה אחרי שהחלו לעבוד בתחום. רוב אנשי הצוות נוהגים להשתתף בימי עיון, בכנסים ובהרצאות בתחום הגריאטרי ובאופן כללי ניתן לאמר, שהם נוטלים חלק פעיל ומתעניין בקהילה הגריאטרית בארץ.

## 5. מבנה המערכת: סיכום ודין

הסתכלות כוללת על הממצאים הנוגעים למבנה מערכת האשפוז הגריאטרית מעוררת מספר שאלות. לדוגמה, מהו המבנה הארגוני הרצוי של מסגרת אשפוז גריאטרית, מה צריכה להיות המדיניות לפיתוח מבנה זה, כיצד ניתן להגיע למבנה היעיל ביותר ומהם היתרונות והחסרונות של דפוסים ארגוניים שונים. הממצאים אינם מספקים מענה לכל השאלות הללו, אך הם מאירים שתי נקודות חשובות. ראשית, הם מציגים את הבעייתיות הכרוכה בהיעדר הגדרות פורמליות ותפעוליות למסגרות האשפוז, ואת הקשיים שמתעוררים בשל כך. הממצאים מצביעים על הנחיצות הרבה להגדרות מפורטות של מסגרות האשפוז והגדרת מטרות הטיפול הספציפיות שלהן כדי שניתן יהיה ליצור בסיס להשוואה בין מסגרות אשפוז גריאטרית חלופיות. שנית, הממצאים מצביעים על ההשפעה שעשויה להיות למבנה הארגוני של מערכת האשפוז ולהגדרות המפורטות של מטרות הטיפול על מרכיבים אחרים במערכת, כמו למשל על תהליכי הטיפול ותוצאותיו.

חולשתו של הניתוח הנוכחי הינה בכך שהוא התבסס בעיקר על חומר איכותי שנאסף באמצעות ראיונות עם מנהלים ואנשי מפתח במסגרות האשפוז. למרות שבראיונות אלה התקבל מידע רב המציג תמונה רחבה ומקיפה על מערכת האשפוז הגריאטרית, יש לזכור שזהו מידע סובייקטיבי ביסודו. כמעט ולא הוצגו נתונים כמותיים אשר היו עשויים הן להוסיף מידע חשוב והן לאשש את דברי המנהלים. זאת, הן בגלל העדר נתונים במקרים רבים והן בגלל חוסר אחידות בסוגי הרשומות הרפואיות ובטפסים שבשימוש, בדרכי מילויים ובנתונים שנרשמים בהם, אשר לא מאפשרים יצירת בסיס משותף להשוואה בין מסגרות האשפוז.

## ז. תהליכי העבודה והטיפול במערכת האשפוז הגריאטרית

בפרק זה ייערך ניתוח השוואתי בין תהליכי העבודה בשני סוגי מסגרות האשפוז: בתי חולים גריאטריים ומחלקות גריאטריות בבתי חולים כלליים. ממצאי הפרק כוללים מידע איכותי וכמותי כאחד.

### 1. תהליך הקבלה לאשפוז

#### 1.1 מקורות ההפניה לאשפוז גריאטרי

שני גורמים עיקריים מפנים חולים לאשפוז גריאטרי: א. מחלקות אקוטיות שבבתי חולים כלליים; ב. הקהילה, באמצעות חדר מיון ומרפאה גריאטרית. הנתונים על שיעור החולים שמתקבלים לאשפוז בכל אחת מהדרכים אינם זמינים ברוב מסגרות האשפוז.

#### מחלקות אקוטיות בבתי חולים כלליים

הרוב המכריע של החולים שהתקבלו לכל מסגרות האשפוז הגריאטריות שנכללו במחקר, הגיעו ממחלקות אקוטיות שבבתי חולים כלליים, בעיקר מאורתופדיה, פנימית ונוירולוגיה. ארבעת בתי החולים הגריאטריים ושתי מחלקות גריאטריות בבתי חולים כלליים מקבלים חולים מכל המחלקות האקוטיות במידה שווה, בלי העדפת מחלקה מסוימת. באחד מבתי החולים, מקבלת המחלקה הגריאטרית הרבה יותר חולים מאורתופדיה ופחות מפנימית, והסיבות לכך קשורות במדיניות בית החולים ובדרישה לשחרור מהיר של חולים מאורתופדיה. בבית חולים כללי אחר, מקבלת המחלקה הגריאטרית יותר חולים מפנימית ופחות מאורתופדיה, וזאת בהתאם להעדפת מנהלה ותפיסתו הגריאטרית, ולא עקב לחצים פנימיים של בית החולים.

#### קהילה

א) באמצעות חדר מיון - רק בית חולים גריאטרי אחד מקבל חולים לאשפוז ישירות באמצעות מיטות מיון השייכות לו. שאר בתי החולים הגריאטריים מקבלים חולים מחדרי מיון של בתי חולים כלליים בסביבה. מדובר במספר מצומצם ביותר של חולים בעיקר חולים חוזרים המוכרים מאשפוזים קודמים. המחלקות הגריאטריות שבבתי החולים הכלליים אינן מקבלות כלל חולים דרך חדר המיון.

ב) מרפאת מעקב גריאטרית - חולים לאחר אירוע אקוטי, ששחררו לביתם או שכלל לא אושפזו, מופנים על ידי רופאי המשפחה למרפאה גריאטרית שליד בתי החולים, ולאחר אבחון והערכה נקבעת התאמתם לאשפוז ולשיקום. גם קבוצה זו קטנה למדי, ורק מחלקה אחת מקבלת כרבע עד שליש מהחולים ישירות מהקהילה, באמצעות המרפאה הגריאטרית שלה.

כל מנהלי מסגרות האשפוז שבמחקר אמרו שהם מעוניינים להגדיל את מספר החולים האקוטיים שמתקבלים לאשפוז ישירות מהקהילה, ובמיוחד דרך חדר מיון. אלא שעקב אילוצים ולחצים מבית

ומחוץ הם נאלצים לעמוד בקצב ההפניות הלוחץ ממחלקות בית החולים הכללי שבו הם נמצאים או שאותו הם משרתים, ולכן אין להם די מיטות פנויות לקבלות מהקהילה.

## 1.2 סיבות קבלה לאשפוז

- נמצאו שלוש סיבות עיקריות לקבלת חולים למסגרות האשפוז שנכללו במחקר:
- (א) אבחון, בירור וטיפול אקוטי - של חולים במצבים אקוטיים כמו חום, זלכת ריאות, ירידה באלקטרוליטים, בעיות בדרכי השתן, ירידה במשקל, איזון תרופתי של סכרת, פרקינסון וכד', ירידה תפקודית, מצבי בלבול חריפים וירידה קוגניטיבית.
  - (ב) שיקום של חולים לאחר מצבים כגון: מחלות נוירולוגיות - בעיקר שבץ מוחי ופרקינסון; מחלות אורתופדיות - בעיקר שבר הירך, החלפה שלמה של פרק הירך (THR), החלפה שלמה של פרק הברך (TKR) וקטיעות; מצבים כירורגיים - לאחר ניתוחים גדולים ומסובכים; מחלות פנימיות - כמו התקפי לב קשים.
  - (ג) טיפול סיעודי מורכב - של חולים שאושפזו במצב זה, או כאלו שהיו עם פוטנציאל שיקומי נמוך, חלה הידרדרות במצבם הרפואי והתפקודי.

הסיבות השכיחות יותר לקבלה לאשפוז בתי החולים הגריאטריים הן השנייה אך גם השלישית, דהיינו שיקום וטיפול סיעודי מורכב. בתי חולים אלה מטפלים בעיקר בחולים לאחר שבר הירך ושבץ מוחי אך גם בחולים במצב סיעודי מורכב, שמספרם עשוי לנוע בתקופות שונות מחולים בודדים ועד לכדי למעלה ממחצית מכלל החולים. לדברי המנהלים, הסיבה לכך היא שלעתים קרובות הם מקבלים לשיקום חולים עם פוטנציאל שיקומי נמוך, דהיינו לניסיון שיקומי, וכאשר הוא נכשל הופכים החולים לסיעודיים מורכבים או לסיעודיים. בארבעת בתי החולים הגריאטריים יש גם מחלקות נפרדות לסיעוד מורכב ולשיקום איטי, אולם רק באחד מהם יש די מיטות להעברת חולים ששיקומם נכשל או שהידרדרו והפכו לסיעודיים מורכבים. שני בתי חולים גריאטריים מעבירים חולים במצבים דומים למוסדות, בדרך כלל כאלו שיש להם עמם הסכם קבוע.

המחלקות הגריאטריות בבתי החולים הכלליים מקבלות לאשפוז בעיקר חולים מהסיבות הראשונה והשנייה. מהרשומות הרפואיות בארבע המחלקות עולה, שסיבת האשפוז של כמחצית מהחולים שאושפזו בתקופת המחקר היתה לצורך שיקום, ושל כמחציתם לשם איבחון, בירור וטיפול במצבים אקוטיים. מחלקה גריאטרית אחת מחויבת להקצות 20% מהמיטות שלה לחולים סיעודיים. המחלקות הגריאטריות שבבתי החולים הכלליים אינן נוטות לקבל חולים עם פוטנציאל שיקומי נמוך ולכן גם ה"כשלוניות" השיקומיים והמקרים שבהם חלה הידרדרות במצב החולה הם מעטים. כתוצאה מכך שיעור החולים הסיעודיים שבהן הינו נמוך ביותר, והאשפוזים הם קצרים.

## 2. הליכי קבלה לאשפוז

### 2.1 בתי החולים הגריאטריים

רובם המכריע של החולים מתקבלים לארבעת בתי החולים הגריאטריים באמצעות ועדות קבלה. הוועדה מתכנסת מדי שבוע, ודנה בהתאמתם של החולים המופנים אליה לאשפוז. בראש ועדות

הקבלה עומד גריאטר בכיר או מנהל בית החולים, ומשתתפים בהן באופן קבוע אחות ראשית ועובדת סוציאלית, ובדרך כלל גם נציגי לשכת הבריאות המחוזית, קופת חולים כללית (אם בית החולים אינו של הקופה) וקופות חולים אחרות. באחד מבתי החולים משתתפים גם פיזיותרפיסט ומרפא בעיסוק.

ההפניות לוועדות נעשות ביוזמת המחלקות האקוטיות בבתי החולים הכלליים (לכל בית חולים גריאטרי יש קשר קבוע עם מספר בתי חולים כלליים). בעקבות ההפניה, בודק גריאטר בכיר את החולים בביקור שבועי שהוא עורך בבתי החולים הכלליים, וברוב המקרים לא מובא לוועדה חולה שלא עבר אבחון של גריאטר בכיר. סיכומי האבחון הגריאטרי, בדרך כלל על גבי טפסים מובנים ומפורטים, ביחד עם דו"ח סוציאלי מפורט, מובאים בפני ועדת הקבלה.

אף אחת מוועדות הקבלה של בתי החולים הגריאטריים לא מבססת את דיוניה והחלטותיה על קריטריונים אקספליסיטיים (explicit) לקבלה ואין רשימה מפורטת מה הן הדרישות המלאות והקריטריונים לקבלת חולה לאשפוז שיקומי. הקריטריון האקספליסיטי היחיד הינו גיל החולים, כאשר ברוב המקרים לא מקבלים חולים מתחת לגיל 65 שנים. לדברי המנהלים קיימים קריטריונים אימפליסיטיים (implicit) לקבלה שהם נהירים וברורים להם היטב, ומבוססים על נסיונם ותפיסתם את דרישות השיקום. כך, קיימת הסכמה רחבה שהחולה חייב להיות בעל פוטנציאל שיקומי, ולו אף מועט, ובמצב רפואי סביר כדי שיוכל לעמוד בדרישות השיקום. אין אחידות דעים באשר למצב הקוגניטיבי והתפיסתי, התמצאות ואפזיה, כקריטריונים לקבלה. באחד מבתי החולים מייחסים חשיבות רבה לדו"ח הסוציאלי, כאשר תנאי הכרחי לקבלה הינו קיומו של יעד שחרור ואדם שידאג לחולה בתום תקופת האשפוז. ועדות הקבלה של בתי החולים הגריאטריים מייחסות חשיבות יחסית שונה למכלול המרכיבים שבהערכה. עם זאת, כל הוועדות מייחסות חשיבות רבה, וחלקן אף מכרעת, להמלצת הרופא הגריאטר שבדק ואבחן את החולה.

לאחד מבתי החולים יש, כאמור, מיטות בחדר מיון של בית חולים אחר, שבאמצעותן הוא מקבל חולים למחלקות האקוטיות והשיקומיות, מבלי שהם עוברים ועדת קבלה. גם שני בתי חולים גריאטריים אחרים מקבלים מספר מועט של חולים ישירות מחדרי מיון של בתי חולים בסביבה, בעיקר בתקופות של עומס בחדר המיון.

## 2.2 מחלקות גריאטריות בבתי חולים כלליים

הליך הקבלה למחלקות הגריאטריות בשלושה בתי חולים כלליים מתבצע על ידי פנייה ישירה של המחלקות האקוטיות שבבית החולים אל המחלקה הגריאטרית, באמצעות טופס התייעצות רגיל של בית החולים. לא קיים טופס התייעצות מיוחד המתייחס לנושאים גריאטריים. מנהל המחלקה או גריאטר בכיר בה בודקים את החולה ומעריכים את התאמתו לשיקום גריאטרי. על פי רוב, ההחלטה לקבל חולה למחלקה הינה בידי אדם אחד.



גם כאן אין קריטריונים אקספליסיטיים לקבלה. בדרך כלל לא מתקבלים חולים מתחת לגיל שישים או שישים וחמש, אך אחד המנהלים הדגיש שהוא אינו מתייחס לגיל הכרונולוגי אלא לגיל הביולוגי והתפקודי של החולה וכי הוא מקבל גם חולים צעירים יותר. כל המנהלים ציינו שבמהלך שנות עבודתם הם פיתחו קריטריונים אימפליסיטיים לאבחון ולהערכה שבעזרתם הם מסוגלים לאתר את אלו שיוכלו לדעתם ליהנות מאשפוז גריאטרי קצר מועד. קיימת הסכמה כללית שפוטנציאל שיקומי ויכולת להגיע לרמה תפקודית קודמת, תוך משך אשפוז קצר (עד 6 שבועות), הינם הגורמים החשובים ביותר לקבלה. קשורים לכך קריטריונים כגון צלילות, היעדר סימנים פסיכוגריאטריים ומצבי בלבול, וכן קיום אפזיה ובמיוחד אפזיה סנסורית או גלובלית. אחד המנהלים מייחס חשיבות רבה לקיום מסגרת שאליה ניתן יהיה לשחרר את החולה בתום השיקום.

הליך הקבלה לקומפלקס הגריאטרי שבבית החולים הכללי הרביעי משלב בין שני דפוסי קבלה. ההפניה נעשית בדומה לשאר המחלקות הגריאטריות שבבתי החולים הכלליים, באמצעות טופס התייעצות של בית החולים שבעקבותיו גריאטר בכיר מאבחן את החולה ומעריך את התאמתו לאשפוז גריאטרי. מכאן ואילך דומה הליך הקבלה לזה של בתי החולים הגריאטריים, באמצעות ועדת קבלה פנימית.

במענה לשאלה, האם רשימת קריטריונים אקספליסיטיים היתה מסייעת במיון חולים ובקביעת התאמתם לשיקום, ענו רוב המנהלים שרשימה כזו אינה נחוצה והיא אפילו אינה רצויה. מתשובותיהם עולה שהם סומכים על הניסיון המקצועי שרכשו במהלך עבודתם ובטוחים בכושר השיפוט שלהם. במענה לשאלה, כיצד הם מתייחסים לקריטריונים ספציפיים ואיזה משקל הם נותנים למרכיבים כגון אפזיה, ירידה קוגניטיבית או העדר משפחה, לא היו המנהלים חד משמעיים וחלקם התקשו להשיב. לדבריהם, התמונה הכללית שמתקבלת מהאבחון ומהערכה שהם עורכים לחולה והשילוב שבין המרכיבים הם המכריעים את הכף ולא כל מרכיב נפרד בפני עצמו.

במענה לשאלה, האם מנהלי בתי החולים והמחלקות מרוצים מדפוסי הקבלה הנהוגים במסגרת האשפוז שבניהולם, עולה שקיימת בקרבם שביעות רצון גבוהה. חלק מהמנהלים ציינו שאם לא היו מרוצים מדפוסי הקבלה היו פועלים לשינויים.

### **3. משך הזמן מהאירוע ועד הקבלה לאשפוז גריאטרי**

משך זמן ההמתנה לאשפוז נמדד מיום האירוע האקוטי, ועד יום הקבלה לאשפוז שיקומי. שימוש במדד זה מניח שמשך התייצבות המצב האקוטי דומה בממוצע בקרב חולים עם אותה האבחנה, ללא קשר לסוג מסגרת האשפוז. משך הזמן המוסף, היינו ההמתנה, מייצג את ההבדלים בין מסגרות האשפוז.

משך הזמן הממוצע מהאירוע ועד הקבלה למסגרות האשפוז שנכללו במחקר היה 18 יום ונע בין יום אחד, ל-101 ימים. השכיח היה 13 ימים והחציון 15 ימים. נמצאו הבדלים מובהקים בין שני סוגי מסגרות האשפוז: הקבלה לבתי חולים גריאטריים היתה לאחר כשלושה שבועות בממוצע מהאירוע

(22 יום) ולמחלקות הגריאטריות בבתי החולים הכלליים לאחר שבועיים בממוצע (14 יום) (P=0.000). רק שליש מהחולים התקבלו לבתי החולים הגריאטריים בשבועיים הראשונים שלאחר האירוע, בהשוואה לשני שלישים שהתקבלו למחלקות הגריאטריות שבבתי החולים הכלליים (לוח 5).

לוח 5: התפלגות משך הזמן (בימים) מהאירוע ועד הקבלה לאשפוז גריאטרי לפי סוג מסגרת האשפוז (באחוזים)

ימים	בתי חולים גריאטריים	מחלקות גריאטריות בבתי חולים כלליים	כלל האוכלוסייה
סה"כ (באחוזים)	100	100	100
סה"כ (במספרים)	N=193	N=174	N=367
7-0	3	21	11
14-8	30	44	36
21-15	31	20	26
35-22	24	11	19
+36	12	4	8

#### 4. תהליכי עבודה שוטפת

רוב המחלקות הגריאטריות ובתי החולים הגריאטריים שבמחקר מאופיינים בדפוסי עבודת צוות רב מקצועי, אך דפוסי העבודה אינם אחידים וכל אחת ממסגרות האשפוז פיתחה לעצמה דפוסים שמתאימים לה. באופן כללי ניתן לאתר מספר גורמים המשותפים לכל מסגרות האשפוז.

##### 4.1 ביקור חפאים

ברוב מסגרות האשפוז קיימים שני סוגים של ביקור רופאים:

- (א) ביקור גדול - מתקיים אחת לשבוע ליד מיטת החולה ומשתתפים בו כל אנשי הצוות הרב מקצועי.
- (ב) ביקור קטן (או ביקור יבש/ביקור יומי/ביקור מחלקה) - מתקיים מדי יום ביומו, ומשתתפים בו בדרך כלל רק רופא ואחות.

##### 4.2 ישיבת צוות

בשש מסגרות אשפוז שנכללו במחקר נערכת ישיבת צוות מדי שבוע. במחלקה אחת נערכת ישיבה מדי יום ביומו ובבית חולים גריאטרי אחר נערכת ישיבת צוות מדי שלושה שבועות. בישיבות הצוות משתתפים בדרך כלל כל אנשי הצוות הרב מקצועי ולעיתים גם נציגים של קופות החולים. בישיבה סוקרים את המצב הרפואי, הסיעודי, התפקודי והסוציאלי של החולים ובמקרים רבים ניתנת עדיפות לדיון בחולים שעומדים בפני שחרור.

### 4.3 רישום, דיווח ומעקב בכתב

בכל מסגרות האשפוז יש לכל חולה גליון רפואי, כאשר כל מגזר טיפולי (אחיות, פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, שירות סוציאלי) מנהל גליון מעקב נפרד משלו. חלקם נוהגים לרשום את ממצאי ההערכה המוטורית, התפקודית, הקוגניטיבית והסוציאלית גם בגליון הרפואי וכן לצרף לשם העתקים מדיווחי מעקב וממכתב השחרור.

### 4.4 קשרים בלתי פורמליים בצוות

עבודת הצוות בכל המחלקות ובתי החולים הגריאטריים שבמחקר מאופיינת בקשרים בלתי פורמליים הדוקים ואינטנסיביים. המגע בין אנשי הצוות מתרחש בכל שעות העבודה כאשר החולה נמצא במעקב ובתצפית שוטפת של כל חברי הצוות במשך כל היום.

### 5. משך אשפוז

משך האשפוז הממוצע של כלל אוכלוסיית המחקר היה כחודשיים (56 יום), ונע בין 12 יום ועד 261 יום. היו הבדלים בין שמונת בתי החולים, הן בהשוואה שבין שני סוגי מסגרות האשפוז והן בתוך כל קבוצה בפני עצמה. בבתי החולים הגריאטריים משך האשפוז הממוצע היה כעשרה שבועות (69 יום) ובמחלקות הגריאטריות שבבתי החולים הכלליים הוא עמד על שבעה שבועות (42 יום) (לוח 6).

לוח 6: התפלגות משך האשפוז של אוכלוסיית המחקר לפי סוג מסגרת האשפוז (באחוזים)

משך האשפוז	בתי חולים גריאטריים	מח' גריאטריות בבתי חולים כלליים	סה"כ
סה"כ (באחוזים)	100	100	100
סה"כ (במספרים)	N=193	N=174	N=367
>1 חודש (עד 30 יום)	17	41	28
2-1 חודשים (31-61 יום)	35	40	37
3-2 חודשים (62-92 יום)	25	13	20
<3 חודשים (+93 יום)	23	6	15

### 6. תהליכי שחרור

קיימת הסכמה רחבה, כי תהליך השיקום "האמיתי", מתרחש למעשה רק לאחר שחרורו של החולה מהאשפוז וחזרתו לחיים במסגרת הבית והקהילה. רק אז מתחילה למעשה התמודדותו האמיתית עם הצורך להסתגל למוגבלות שנתרה ולתנאי החיים ששוררים מחוץ למסגרת האשפוז (Kane, 1987, 1989). למערכת האשפוז הגריאטרית אמור להיות תפקיד חשוב בתהליך הכנת החולים לקראת חזרתם לביתם ולחיים בקהילה. לכן בדקנו כיצד מתמודדות מסגרות האשפוז עם נושא זה בהתייחס לשני מדדים: הפניה להמשך טיפול בקהילה, וביצוע ביקור בית לפני השחרור מהאשפוז.

החלטה על שחרור חולה מאשפוז מתקבלת בישיבת הצוות השבועית בדיון והתייעצות רב מקצועיים. הסיבות העיקריות לשחרור מאשפוז, הם המצב התפקודי של החולה: כאשר הוא מגיע לעצמאות מלאה בתפקוד, למצב תפקודי שמאפשר לו להסתדר במסגרת ביתו או בתנאים העומדים לרשותו, או שהחולה אינו מתקדם יותר בכושר התפקוד. מעט מאוד חולים עוזבים על דעת עצמם עקב התנגדות לאשפוז ונדיר ביותר שחולים שוחררו עקב סיבות מינהליות כגון התנגדות קופת החולים או הגורם המממן. כל מסגרות האשפוז קובעות את מועד השחרור בין שבוע לחודש מראש. הודעה על כך נמסרת לחולה ולבני משפחתו בעל פה ומועד השחרור מתואם עימם מראש.

כל החולים שחזרו לקהילה הופנו עם שחרורם ממסגרות האשפוז הגריאטריות להמשך טיפול ומעקב אצל רופא המשפחה שבקהילה, באמצעות מכתב סיכום רפואי. חלק מהחולים הופנו בנוסף לכך גם למרפאה גריאטרית ו/או למרפאה אורתופדית שליד בית החולים שבו היו מאושפזים. לדברי מנהלי המחלקות הגריאטריות ובית חולים גריאטרי אחד, הם ממשיכים לעקוב אחר חלק מהחולים עם שחרורם מאשפוז. שלושה בתי חולים גריאטריים לא עורכים כמעט כל מעקב לאחר השחרור.

מבדיקת הרשומות הרפואיות בעת השחרור עולה, ש-29% מכלל החולים הופנו עם שחרורם למסגרות להמשך טיפול גריאטרי בקהילה: 37% מהחולים ששוחררו מבתי החולים הגריאטריים ו-21% מהחולים ששוחררו מהמחלקות הגריאטריות שבבתי החולים הכלליים. בעוד ששני סוגי מסגרות האשפוז הפנו אחוז דומה של אנשים לאשפוז וטיפול יום (כ-14% מהמשוחררים), הרי שבתי החולים הגריאטריים הפנו פי שלושה חולים ליחידות להמשך טיפול בהשוואה למחלקות הגריאטריות שבבתי החולים הכלליים (23% בהשוואה ל-7%).

לשנים עשר אחוזים מכלל החולים ששוחררו למקום מגוריהם הקודם נערך ביקור בית לפני השחרור מהאשפוז. שני בתי חולים גריאטריים ערכו ביקור בית לכרבע מכלל החולים (28%) ושניים אחרים ערכו ביקור בית רק לחולים בודדים. המחלקות הגריאטריות בבתי החולים הכלליים ערכו ביקורי בית רק ל-6% מהחולים.

## 7. כמות הטיפול השיקומי

נבדקה כמות הטיפול השיקומי שהחולים קיבלו במהלך אשפוזם. הטיפול שניתן בכמות הגדולה ביותר היה הטיפול הפיזיותרפי - 95% מכלל החולים במחקר קיבלו טיפול כזה. ממוצע הטיפולים היה 4.7 פעמים בשבוע למשך 33 דקות. שלושה רבעים מהחולים קיבלו טיפול יותר מארבע פעמים בשבוע למשך זמן של עד חצי שעה. נמצאו הבדלים מובהקים בין שני סוגי מסגרות האשפוז לטובת המחלקות הגריאטריות שבבתי החולים הכלליים, הן במספר הפעמים הממוצע בשבוע שעמד על 4.3 בבתי חולים הגריאטריים לעומת 5.2 בכלליים, (P=0.000) והן במשך הטיפול הממוצע שהיה 31 דקות בגריאטריים לעומת 36 דקות בכלליים (P=0.04). לוח 7 מתאר את התפלגות מספר הטיפולים בשבוע ולוח 8 את התפלגות משך הטיפול.

לוח 7: התפלגות מספר טיפולים בפיזיותרפיה בשבוע לפי סוג מסגרת האשפוז (באחוזים)

מספר פעמים	בתי חולים גריאטריים	מח' גריאטריות בבתי חולים כלליים	סה"כ
סה"כ (באחוזים)	100	100	100
סה"כ (במספרים)	N=193	N=174	N=367
לא קיבלו	8	3	5
3-1 פעמים/שבוע	32	9	22
4 פעמים	60	88	73

לוח 8: התפלגות משך טיפול בפיזיותרפיה לפי סוג מסגרת האשפוז (באחוזים)

משך טיפול	בתי חולים גריאטריים	מח' גריאטריות בבתי חולים כלליים	סה"כ
סה"כ (באחוזים)	100	100	100
סה"כ (במספרים)	N=193	N=174	N=367
פחות מחצי שעה	37	27	32
חצי שעה	43	41	42
יותר מחצי שעה	15	29	22
לא ידוע	5	3	4

שישים אחוזים מהחולים שנכללו במחקר קיבלו טיפול בריפוי בעיסוק במהלך אשפוזם. הממוצע היה 4.3 פעמים בשבוע, למשך 48 דקות. נמצאו הבדלים מובהקים בין שני סוגי מסגרות האשפוז לטובת בתי החולים הכלליים, בממוצע מספר פעמים בשבוע שעמד על 4.0 בבתי חולים הגריאטריים לעומת 4.8 בכלליים ( $P=0.000$ ) ובמשך הטיפול הממוצע שהיה 42 דקות בגריאטריים ו-54 דקות בכלליים ( $P=0.002$ ). לוח 9 מתאר את מספר הטיפולים בשבוע ולוח 10 את משך הטיפול.

לוח 9: התפלגות מספר טיפולים בריפוי בעיסוק בשבוע לפי סוג מסגרת האשפוז (באחוזים)

מספר פעמים	בתי חולים גריאטריים	מח' גריאטריות בבתי חולים כלליים	סה"כ
סה"כ (באחוזים)	100	100	100
סה"כ (במספרים)	N=193	N=174	N=367
לא קיבלו	38	43	40
1-3 פעמים/שבוע	23	13	19
4 פעמים	39	44	41

לוח 10: התפלגות משך טיפול בריפוי בעיסוק לפי סוג מסגרת האשפוז (באחוזים)

משך טיפול	בתי חולים גריאטריים	מח' גריאטריות בבתי חולים כלליים	סה"כ
סה"כ (באחוזים)	100	100	100
סה"כ (במספרים)	N=193	N=174	N=367
עד חצי שעה	58	35	48
יותר מחצי שעה	39	60	48
לא ידוע	3	5	4

מתן ריפוי בדיבור היה הרבה פחות נפוץ. למעשה, רק חולים בודדים בכל בית חולים דיווחו שקיבלו טיפול כזה: בסך הכל 26 חולים מכלל 37 החולים שסבלו מאפזיה בעת השחרור. לא היו הבדלים בין שני סוגי מסגרות האשפוז.

בנוסף, נבדקה גם כמות הפגישות עם העובדת הסוציאלית. שמונים וחמישה אחוזים מכלל החולים או בני משפחתם נפגשו לפחות פעם אחת עם עובדת סוציאלית במהלך האשפוז, ובממוצע היו לחולה או לבני משפחתו 4.0 מפגשים במהלך האשפוז. בבתי החולים הגריאטריים היו 4.5 מפגשים בממוצע לחולה בהשוואה ל-3.6 מפגשים בבתי החולים הכלליים וההבדלים ביניהם היו מובהקים ( $P=0.006$ ). לוח 11 מתאר את התפלגות מספר הפגישות עם עובדת סוציאלית.

לוח 11: התפלגות מספר פגישות עם עובדת סוציאלית לפי סוג מסגרת האשפוז (באחוזים)

מספר פגישות	בתי חולים גריאטריים	מח' גריאטריות בבתי חולים כלליים	סה"כ
סה"כ (באחוזים)	100	100	100
סה"כ (במספרים)	N=193	N=174	N=367
לא נפגשו	10	20	15
2-1 פעמים	24	44	34
4-3 פעמים	32	16	24
+5 פעמים	34	20	27

## 8. תהליכי עבודה וטיפול: סיכום ודיון

תהליכי הטיפול והשיקום במסגרות לאשפוז גריאטרי תוארו בפרק זה לפי מספר מדדים. הממצאים מעידים על כך כי בחלק מהמדדים יש למחלקות הגריאטריות שבבתי החולים הכלליים יתרון על פני בתי החולים הגריאטריים. יתרון זה מתבטא במדדים כגון משך זמן קצר יותר מהאירוע ועד הקבלה לאשפוז שיקומי, עובדה הקשורה בין השאר בתהליכי קבלה פשוטים יותר ובמגע ישיר בין

המחלקות המפנות לבין מסגרת האשפוז הגריאטרית. גם כמות הטיפול השיקומי, בפיזיותרפיה וריפוי בעיסוק היתה גדולה יותר במחלקות הגריאטריות שבבתי החולים הכלליים בהשוואה לבתי החולים הגריאטריים. לבתי החולים הגריאטריים היה לעומת זאת יתרון בתהליכי השחרור ובהפניה להמשך טיפול בקהילה, אם כי נושא זה לוקה בחסר ברוב המסגרות לאשפוז גריאטרי.

להבדלים בתהליכי העבודה והטיפול עשויה להיות משמעות רחבה מבחינת ארגון מערכת האשפוז הגריאטרית, מימונה וקביעת מדיניות האשפוז הגריאטרית. בהמשך העבודה נבחן האם ההבדלים שבין שני סוגי מסגרות האשפוז קשורים ומשפיעים על תוצאות השיקום במסגרות האשפוז השונות, ואם אכן קיימת השפעה כזו, מה הם כיווניה.

## ח. מאפיינים סוציודמוגרפיים, בריאותיים ותפקודיים של אוכלוסיית המחקר

כאמור, אוכלוסיית המחקר מנתה 410 חולים, ביניהם 224 בבתי החולים הגריאטריים ו-180 במחלקות הגריאטריות. 193 אושפזו עקב שבץ מוחי ו-217 עקב שבר בצוואר הירך (ראה לוח 2 בפרק ה').

### 1. מאפיינים סוציודמוגרפיים

לוח 12 מתאר את המאפיינים הדמוגרפיים והסוציו-כלכליים של אוכלוסיית המחקר לפי סוג מסגרת האשפוז.

מין: כמעט שני שלישים מהחולים היו נשים (64%). בבתי החולים הגריאטריים היה אחוז הנשים גבוה במעט מזה שבבתי החולים הכלליים.

גיל: הגיל הממוצע היה 76.4 שנים ונע בין 65 ל-98 שנים. 11% היו בני 85 או יותר. לא היו הבדלים בין שני סוגי מסגרות האשפוז.

מצב משפחתי: 45% מהחולים היו נשואים. מקרב הלא נשואים, הרוב היו אלמנים. אחוז הלא נשואים בבתי החולים הגריאטריים היה גבוה מזה שבמחלקות בבתי החולים הכלליים.

ארץ מוצא: שני שלישים מהקשישים היו ילידי אירופה, אמריקה או ישראל (4% ילידי ישראל). כמעט ולא היו הבדלים בין שני סוגי מסגרות האשפוז.

השכלה: ממוצע שנות הלימוד של כלל האוכלוסייה היה 10 שנים. לא היו הבדלים בין שני סוגי מסגרות האשפוז.

לוח 12: התפלגות מאפיינים דמוגרפיים של אוכלוסיית המחקר לפי סוג מסגרת האשפוז (באחוזים)

P Value	כלל האוכלוסייה N=410	מח' גריאטריות בבתי חולים כלליים N=186	בתי חולים גריאטריים N=224	מאפיינים דמוגרפיים
0.2	36	39	34	<b>מין</b> גברים
0.3	36	35	37	<b>גיל</b> 74>
	53	56	50	75-84
	11	9	13	+85
0.2	45	50	42	<b>מצב משפחתי</b> נשוי + ילדים
	44	41	46	לא נשוי + ילדים
	11	9	12	לא נשוי ללא ילדים
0.2	69	72	67	<b>ארץ לידה</b> אירופה/אמריקה/ישראל
	31	28	33	אסיה/אפריקה
0.2	16	10	20	<b>השכלה</b> לא למד
	36	35	37	8-1 שנות למוד
	28	29	28	12-9
	20	26	15	+13
0.2	33	30	36	<b>מצב כלכלי</b> רק ביטוח לאומי
	67	70	64	הכנסות נוספות

הכנסה: שליש מהחולים התקיימו אך ורק מהכנסה מהביטוח הלאומי, ולשני שלישים היו הכנסות נוספות כמו פנסיה, משכורת, פיצויים, הכנסות מרכוש, תמיכות שונות וכד'. לא היו הבדלים בין שני סוגי מסגרות האשפוז.

ביטוח רפואי: לכל החולים, מלבד לאחד, היה בטוח רפואי. 86% היו מבוטחים בקופת חולים הכללית של ההסתדרות הכללית, והשאר בקופ"ח מכבי (8%) בקופ"ח מאוחדת ובקופ"ח לאומית (3% בכל קופה).

תעסוקה: רובם המכריע של האנשים היו בגמלאות 13 שנים בממוצע. שליש מכלל האוכלוסייה היו עקרות בית שלא עבדו מעולם מחוץ למשק ביתן. 8% עבדו בחודש האחרון לפני האירוע.



## 2. מצב רפואי וחומרת המחלה בעת הקבלה לאשפוז

לוח 13 מתאר את המצב הרפואי ואת חומרת המחלה בעת הקבלה לאשפוז של אוכלוסיית המחקר לפי סוג מסגרת האשפוז.

התמצאות: 7% מהחולים שגו בשתי שאלות או יותר מתוך חמש שאלות על התמצאות בשאלון MSQ. שיעור בעלי התמצאות לקויה שהתקבלו לבתי החולים הגריאטריים היה יותר מכפול משיעור המתקבלים למחלקות שבבתי החולים הכלליים.

שליטה על סוגרים: כחמישית מכלל החולים היו עם קטטר או חיתול בעת הקבלה לאשפוז, וכרבע אמרו כי לעתים אינם מספיקים להגיע לשירותים ומרטיבים את בגדיהם. אחוז הלא שולטים על סוגר השתן בבתי החולים הגריאטריים כפול מזה שבמחלקות בבתי החולים הכלליים.

לוח 13: התפלגות מאפייני המצב הרפואי ומחלות נלוות של אוכלוסיית המחקר לפי סוג מסגרת האשפוז (באחוזים)

P Value	מח' גריאטריות			מאפייני מצב רפואי
	כלל האוכלוסייה N=410	בבתי חולים כלליים N=186	בתי חולים גריאטריים N=224	
0.000	7	3	10	<b>הבנה והתמצאות לקויות</b>
0.03	57	60	54	<b>שליטה על הסוגרים</b>
	25	28	23	שולט
	18	12	23	שולט חלקית קטטר/חיתול
0.6	11	12	10	<b>קיום אפדיה</b>
0.5	9	10	9	<b>קיום דיסארטריה</b>
0.4	6	5	7	<b>שבר הירך בעבר</b>
0.8	11	11	11	<b>שבץ מוחי בעבר</b>
0.6	29	28	30	<b>מספר אבחנות נוספות</b>
	50	49	51	1-0
	21	23	19	3-2 +4
0.2	19	17	20	<b>טווח תנועה מוגבל - ימין</b>
0.8	18	19	17	<b>טווח תנועה מוגבל - שמאל</b>
0.000	22	12	30	<b>תחושה שטחית לקויה</b>

הפרעות בדיבור: 11% מכלל האוכלוסייה אובחנו בקבלה כבעלי אפזיה (אקספרסיבית, רצפטיבית או גלובלית) וכמעט ולא היו הבדלים בין שני סוגי מסגרות האשפוז. 9% מהחולים אובחנו בקבלתם כסובלים מדיסארטריה.

אירוע דומה בעבר: 6% מהחולים שאושפזו לשיקום עקב שבר בירך סבלו משבר דומה בעבר (לאו דווקא באותה ירך ולא דווקא אותו סוג שבר). לא נמצאו הבדלים בין שני סוגי מסגרות האשפוז.

אבחנות נוספות: מספר האבחנות הנוספות בקרב כלל האוכלוסייה עמד על 2.4 בממוצע ונע בין 1.9 לבין 3.2 אבחנות בממוצע. לא היו הבדלים בין שני סוגי מסגרות האשפוז. האבחנות הנוספות העיקריות שנמצאו היו: יתר לחץ דם (46%), מחלת לב איסכמית (35%), אוטם שריר הלב (14%), סכרת (22%), בעיות בכליות ובדרכי השתן (17%), מחלות גסטרואינטסטינליות (12%) ובעיות בראייה (22%).

טווח תנועה בגפיים העליונות: כמעט שלושה רבעים מהחולים לא היו מוגבלים בטווח תנועה אקטיבי בגפה שמאלית עליונה או ימנית עליונה.

תחושה שטחית בכף היד: לכמעט שליש מהחולים היו ליקויים בתחושה שטחית בעת הקבלה. אחוז החולים ששגו בבדיקת התחושה היה גבוה יותר בבתי החולים הגריאטריים (30%) מאשר במחלקות שבבתי החולים הכלליים (12%).

### 3. מצב בריאות ומצב תפקוד לפני האירוע

לוח 14 מתאר את אוכלוסיית המחקר לפי מצב הבריאות ותפקוד לפני האירוע ולפי סוג מסגרת האשפוז.

מצב תפקודי לפני האירוע: רוב החולים היו עצמאיים בתפקוד בתוך הבית ומחוצה לו לפני האירוע ולא קיבלו עזרה בפעילויות אלו ובניידות. כעשירית קיבלו עזרה בניידות מחוץ לבית ובודדים גם בתוך הבית. לא היו הבדלים בין שני סוגי מסגרות האשפוז.

שליטה על סוגר השתן: 3 חולים היו עם קטטר או עם חיתול לפני האירוע וכרבע מהחולים דיווחו שקרה מדי פעם או לעתים קרובות שלא הגיעו לשירותים והרטיבו או לכלכו את בגדיהם.

קשיים בשמיעה ובראייה: כשליש דיווחו על קושי בשמיעה בדרגה קלה או גדולה. 34 איש (8%) השתמשו במכשיר שמיעה וכמחציתם (18 איש) דיווחו על קושי בשמיעה למרות השימוש במכשיר שמיעה. למעלה ממחצית מהאנשים דיווחו על קשיים בראייה בדרגות שונות. רובם היו בעלי משקפיים ולמעלה ממחציתם דיווחו על קושי בראייה למרות השימוש במשקפיים.

לוח 14: התפלגות מאפייני מצב תפקודי של אוכלוסיית המחקר לפני האירוע לפי סוג מסגרת האשפוז (באחוזים)

P Value	מח' גריאטריות			
	כלל האוכלוסייה N=410	בבתי חולים כלליים N=186	בתי חולים גריאטריים N=224	
0.9	13	12	14	<b>עזרה ב-ADL</b>
0.8	87	87	86	<b>עזרה בייחודת עצמאי לגמרי</b>
	11	11	12	<b>רק מחוץ לבית</b>
	2	2	2	<b>בבית ומחוץ</b>
0.1	37	42	32	<b>עזרה ב-IADL</b>
0.003	10	13	5	<b>עבד/ה בחודש האחרון</b>
0.4	86	90	83	<b>מקום מגורים בית</b>
	9	7	11	<b>משפחה/דיור מוגן</b>
	5	3	6	<b>בית אבות</b>
0.7	43	41	44	<b>גר לבד</b>

#### 4. תנאי דיור ומגורים

הרוב המכריע של אוכלוסיית המחקר גרו בקהילה בעת האירוע. 86% גרו בביתם והשאר ביחד עם ילדיהם, בדיור מוגן או בבית אבות. בקרב המאושפזים בבתי חולים גריאטריים, היה אחוז המתגוררים בדיור מוגן או בבית אבות גבוה יותר מאשר בקרב המאושפזים במחלקות הגריאטריות שבבתי חולים כלליים (17% ו-10%). קרוב למחצית גרו לבד לפני האירוע (9% מקרובם בבתי אבות). אחוז הגרים לבד מקרב המאושפזים בבתי חולים גריאטריים גבוה מבקרב המאושפזים במחלקות שבבתי החולים הכלליים. למעלה ממחציתם התגוררו בדירה עם מזדגנות ללא מעלית. באשר לנוחות תנאי המגורים והדירה, 85% דיווחו שהיו מרוצים מהדירה עצמה.

## ט. תוצאות השיקום

שלושה מדדים שימשו לבדיקת תוצאות השיקום: מצב תפקודי, יעד שחרור ושביעות רצון מהטיפול. תוצאות האשפוז השיקומי מתייחסות לחולים שסיימו את תהליך השיקום ונבדקו פעמיים, בקבלה ובשחרור מהאשפוז. אוכלוסייה זו מנתה 367 חולים. 43 חולים (10.5%) נשרו מהמחקר בין הקבלה לשחרור (תיאור הנושאים ופירוט הסיבות לנשירתם בנספח ג').

### 1. מצב תפקודי

בפרק זה נציג את התפלגויות וממוצעי ציוני מדד ברטל בקבלה לאשפוז ובשחרור, נבחן את הקשרים בין המצב התפקודי בשחרור לבין משתנים בלתי תלויים משמעותיים, ונערוך ניתוח רב משתני של המצב התפקודי בשחרור לפי משתנים מסבירים לגבי כלל האוכלוסייה ולגבי שני סוגי מסגרות האשפוז בנפרד.

#### 1.1 המצב התפקודי של אוכלוסיית המחקר בעת הקבלה לאשפוז

ציון ברטל הממוצע בקבלה היה 42 נקודות והציון החציוני היה 41 נקודות. בעת הקבלה לאשפוז היו הבדלים מובהקים בציונים הממוצעים של מצב תפקודי בין שני סוגי מסגרות האשפוז, כאשר הממוצע היה 39 בבתי החולים הגריאטריים ו-46 בכלליים ( $P=0.000$ ). לבתי החולים הגריאטריים התקבלו אחוז גבוה יותר של חולים במצב תפקודי נמוך (20-0 נקודות) מאשר למחלקות הגריאטריות שבבתי החולים הכלליים (24% לעומת 14% בהתאמה) (לוח 15).

לוח 15: התפלגות מצב תפקודי לפי מדד ברטל בעת הקבלה לאשפוז, לפי סוג מסגרת האשפוז (באחוזים)

מח' גריאטריות בבתי חולים כלליים		בתי חולים גריאטריים	
סה"כ	סה"כ	סה"כ	סה"כ
100	100	100	סה"כ (באחוזים)
N=367	N=174	N=193	סה"כ (במספרים)
19	14	24	20-0
31	26	34	40-21
30	33	27	60-41
16	24	10	80-61
4	3	5	100-81

## 1.2 המצב התפקודי של אוכלוסיית המחקר בעת השחרור מאשפוז

ציון ברטל הממוצע בשחרור היה 66 נקודות והציון החציוני היה 71 נקודות. לא היו הבדלים בציונים הממוצעים בין שני סוגי מסגרות האשפוז - 66 בשניהם, כאשר סטיית התקן היתה 29 בגריאטריים ו-23 בכלליים ( $P=0.9$ ). התפלגות ציון ברטל מצביעה על הבדלים קטנים בין שני סוגי מסגרות האשפוז אשר התבטאו בעיקר בציוני ברטל הגבוהים (לוח 16).

הקשרים בין ציון ברטל בקבלה לבין ציון ברטל בשחרור נאמדו באמצעות ניתוח מקדם מיתאם לינארי (Pearson Correlation). המיתאם בכלל האוכלוסייה היה  $r=0.59$  וכאשר נאמדו המיתאמים בכל מסגרת אשפוז לחוד, היה המיתאם בבתי החולים הגריאטריים  $r=0.59$  ובבתי החולים הכלליים  $r=0.60$ .

לוח 16: התפלגות מצב תפקודי לפי מדד ברטל בעת השחרור מאשפוז, לפי סוג מסגרת האשפוז (באחוזים)

מח' גריאטריות בבתי חולים כלליים		בתי חולים גריאטריים	
סה"כ	סה"כ	סה"כ	סה"כ
100	100	100	סה"כ (באחוזים)
N=367	N=174	N=193	סה"כ (במספרים)
7	5	9	20-0
11	10	12	40-21
16	14	18	60-41
29	38	21	80-61
37	33	40	100-81

### ניתוח דו-משתני

תוצאות הניתוח הדו-משתני מוצגות בלוח 17. עלייה בגיל החולים היתה קשורה עם ירידה בציון ממוצע במצב תפקודי בשחרור אך לא באופן סטטיסטי מובהק. קיום אפזיה, מספר רב יותר של אבחנות נוספות מלבד המחלה הראשית, התמצאות לקויה ותחושה שטחית לקויה היו קשורים באופן סטטיסטי מובהק עם ציון ברטל ממוצע נמוך יותר בעת השחרור. לא נמצא קשר סטטיסטי בין קבלת עזרה ב-IADL לפני האירוע לבין מצב תפקודי בשחרור.

לא נמצא קשר סטטיסטי מובהק בין מספר גדול יותר של טיפולים פיזיותרפיים בשבוע ומספר גדול יותר של טיפולי ריפוי בעיסוק בשבוע לבין ציון ממוצע גבוה יותר במצב תפקודי בשחרור. גם משך הזמן מהאירוע ועד האשפוז לא היה קשור באופן מובהק עם ציון ברטל ממוצע. משך האשפוז עמד ביחס הפוך למצב התפקודי בשחרור. ככל שמשך האשפוז היה ארוך יותר, ציון ברטל ממוצע בשחרור נמוך יותר.

לוח 17: ציון ממוצע של מצב תפקודי בעת השחרור (לפי מדד ברטל) לפי משתנים נבחרים

ממוצע	N	
66	367	
		<b>מאפייני החולה</b>
		<b>מין</b>
67	237	נשים
63	130	גברים
		<b>גיל</b>
68	135	<74
66	192	75-84
58	40	>85
		<b>מצב משפחתי</b>
63	166	נשוי + ילדים
67	166	לא נשוי + ילדים
70	35	לא נשוי ואין ילדים
		<b>ארץ מוצא (N=361)</b>
68	247	אירופה/אמריקה/ישראל
64	114	אסיה/אפריקה
		<b>השכלה</b>
65	212	נמוכה (עד 8 שנים)
68	155	גבוהה (+9)
		<b>עם מי גר (N=366)</b>
70	210	לבד
64	156	לא לבד
		<b>מאפייני חומרת המחלה</b>
54	37	יש אפדיה**
		<b>מחלות נוספות*</b>
66	112	1-0
68	179	3-2
59	76	+4
		<b>התמצאות בקבלה**</b>
68	348	תקין
45	19	לקוי
		<b>תחושה שטחית**</b>
71	269	תקינה
51	98	לקויה
		<b>IADL לפני האירוע (N=364)</b>
65	228	עצמאי
69	136	קיבל עזרה

ממוצע	N	
66	367	
		<b>מאפייני החולה</b>
		<b>תעסוקה לפני האיחוע</b>
69	260	מלאה
61	107	חלקית
		<b>מאפייני מערכת האשפוז</b>
		<b>מספר טיפולים בפיזיותרפיה</b>
42	21	לא קיבל
64	77	3-1 פעמים
68	269	4 פעמים ויותר
		<b>מספר טיפולים בריפוי בעיסוק</b>
68	147	לא קיבל
63	68	3-1 פעמים
65	152	4 פעמים או יותר
		<b>משך זמן מהאיחוע עד השיקום (N=361)</b>
66	174	עד שבועיים
67	149	שבועיים עד חודש
57	38	יותר מחודש
		<b>משך אשפוז (N=362)**</b>
72	105	עד חודש
72	130	חודש עד חודשיים
61	67	חודשיים עד שלושה
47	60	יותר משלושה חודשים

P ≤ 0.05 \*  
P ≤ 0.01 \*\*

**ניתוח רב משתני**

במטרה ללמוד על ההשפעה העצמאית של מאפייני האוכלוסייה ומאפייני מערכת האשפוז על המצב התפקודי בעת השחרור מהאשפוז, ערכנו ניתוח רב משתני באמצעות רגרסיה מרובה (לוח 18). המשתנה התלוי היה ציון ברטל בשחרור וכמשתנים בלתי תלויים נלקחו משתנים שהראו קשר סטטיסטי מובהק בניתוח הדו משתני וכן משתנים שחשבו שעשויה להיות להם השפעה על המצב התפקודי בשחרור.

המשתנים שהיתה להם השפעה מובהקת על המצב התפקודי בשחרור היו המצב התפקודי בקבלה, אבחנה, גיל, ומצב תפקודי ב-IADL לפני האירוע. חולים שהתקבלו במצב תפקודי טוב יותר, גם השתחררו במצב תפקודי טוב יותר. חולים עם שבר בצוואר הירך תפקדו טוב יותר בשחרור מאשר

חולי שבץ מוחי ומצבם התפקודי בשחרור של חולים בגיל צעיר יותר היה טוב יותר. גם תפקוד עצמאי ב-IADL לפני האירוע התבטא במצב תפקודי טוב יותר בשחרור מהאשפוז.

מבחינת מאפייני מערכת האשפוז, לסוג מסגרת האשפוז היתה השפעה מובהקת על המצב התפקודי בשחרור. אשפוז בבית חולים גריאטרי היה קשור עם מצב תפקודי טוב יותר בשחרור בהשוואה לאשפוז במחלקות הגריאטריות שבבתי חולים כלליים. השפעת משתנים אחרים הקשורים למערכת האשפוז (כמות טיפול בריפוי בעיסוק ובפיזיותרפיה, משך זמן המתנה ומשך אשפוז) לא היתה מובהקת.

לוח 18: ניתוח רגרסיה מרובה של מצב תפקודי בשחרור של כלל אוכלוסיית המחקר

b	המשתנה***
**57.	ציון ברטל בקבלה
**8.46	אבחנה
*-.84	גיל
-4.92	התמצאות
-4.93	תחושה שטחית
-3.69	אפזיה
**15.30	IADL לפני מחלה
**9.68	סוג בית חולים
-.84	כמות טיפול בריפוי בעיסוק
1.84	כמות טיפול בפיזיותרפיה
-.22	המתנה
-.076	משך אשפוז

Multiple R=0.69  
P<0.05 \*  
P<0.01 \*\*

המשתנים הוכנסו כלהלן: (1) ציון ברטל: משתנה רציף עולה (2) שבר הירך לעומת שבץ מוחי. (3) גיל: משתנה רציף עולה (4) התמצאות: משתנה דיכוטומי תקין/לא תקין. (5) תחושה שטחית: משתנה דיכוטומי תקין/לא תקין. (6) אפזיה: יש/אין (7) IADL לפני האירוע: תקין/לא תקין (8) סוג בית חולים: בית חולים גריאטרי לעומת בית חולים כללי (9) כמות טיפול בריפוי בעיסוק: משתנה רציף עולה (10) כמות טיפול בפיזיותרפיה: משתנה רציף עולה (11) משך המתנה מהאירוע ועד האשפוז: משתנה רציף עולה (12) משך אשפוז: משתנה רציף עולה.

### 1.3 המצב התפקודי בעת השחרור של חולים שהתקבלו במצב תפקודי נמוך

הממצאים עד כאן מורים שלמצב תפקודי בקבלה יש השפעה ניכרת על המצב התפקודי בשחרור. כדי לבחון נושא זה לעומקו, בדקנו האם לרמות תפקוד שונות בקבלה יש השפעה דומה על המצב התפקודי בשחרור ואם יש הבדלים, מה הם מאפייניהם. קבוצה בעלת עניין מיוחד הינה החולים שהתקבלו לאשפוז במצב תפקודי ירוד.



מאה שמונים וארבעה חולים התקבלו לאשפוז עם ציון ברטל של 40 נקודות או פחות. בעת הקבלה, היה ציון ברטל הממוצע שלהם 24 נקודות, בהשוואה ל-42 נקודות בקרב כלל אוכלוסיית המחקר, וגילם היה דומה בממוצע לכלל אוכלוסיית המחקר.

שלושים וארבעה אחוז מכלל החולים בקבוצה זו השתחררו עם ציון ברטל נמוך מארבעים נקודות. ניתן לראות את התפלגות ציון ברטל של קבוצה זו בעת השחרור, לפי סוג מסגרת האשפוז בלוח 19. ציון ברטל הממוצע של קבוצה זו בעת השחרור היה 53 נקודות, בהשוואה ל-66 נקודות בקרב כלל אוכלוסיית המחקר. לא היו הבדלים במצב התפקודי בעת השחרור בין שני סוגי מסגרות האשפוז. עם זאת, שיעור החולים בקרבם עם תכונות שהיו קשורות למצב תפקודי ירוד בעת השחרור (אפזיה, ליקוי בתחושה שטחית, ליקוי בהתמצאות וקבלת עזרה ב-IADL לפני האירוע) היה גבוה יותר. 38% מקרבם התקבלו למחלקות גריאטריות בבתי חולים כלליים ו-62% לבתי חולים גריאטריים.

לוח 19: התפלגות מצב תפקודי (לפי מדד ברטל) בעת השחרור מאשפוז של חולים שהתקבלו לאשפוז במצב תפקודי נמוך (ציון ברטל  $\leq 40$ ), לפי סוג מסגרת האשפוז (באחוזים)

N/ברטל	מח' גריאטריות		בתי חולים גריאטריים
	סה"כ	בבתי חולים כלליים	
	N=184	N=70	N=114
<b>סה"כ</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
20-0	14	11	16
40-21	20	23	17
60-41	22	19	24
80-61	26	34	22
100-81	18	13	21

#### ניתוח רב משתני

נערך ניתוח רגרסיה מרובה של המצב התפקודי של קבוצה זו בעת השחרור. בניתוח נכללו אותם המשתתפים המסבירים כמו בניתוח שנעשה לגבי כלל האוכלוסייה. לא נמצאו הבדלים בין המשתתפים שהיתה להם השפעה מובהקת על המצב התפקודי בשחרור בשני הניתוחים. ציון ברטל נמוך בעת הקבלה לאשפוז, חולי שבץ מוחי בהשוואה לחולי שבר הירך, גיל גבוה וקבלת עזרה ב-IADL לפני האירוע, היו מאפייני האוכלוסייה העיקריים שהסבירו את המצב התפקודי הנמוך יותר בקרב כלל החולים שהתקבלו למחקר וגם בקרב בעלי ציון ברטל נמוך מ-40 בעת הקבלה.

גם כאשר בוחנים את מאפייני מערכת האשפוז, החולים שהתקבלו לבתי החולים הגריאטריים השתחררו במצב תפקודי טוב יותר מאלו שהתקבלו למחלקות הגריאטריות בבתי החולים הכלליים. לשאר מאפייני מערכת האשפוז לא היתה השפעה מובהקת (לוח 20).

לוח 20: ניתוח רגרסיה מרובה של מצב תפקודי בשחרור של חולים שהתקבלו במצב תפקודי נמוך (ציון ברטל <40)

המשתנה***	b
ציון ברטל בקבלה	**1.04
אבחנה	*10.60
גיל	**-.85
התמצאות	-.07
תחושה שטחית	-1.55
אפזיה	-1.12
IADL לפני מחלה	*-13.71
סוג בית חולים	*-9.99
כמות טיפול ברפוי בעיסוק	-1.51
כמות טיפול בפיזיותרפיה	1.95
המתנה	-.24
משך אשפוז	-.036

Multiple R=0.59

P<0.05 \*

P<0.01 \*\*

\*\*\* המשתנים הוכנסו כמו בלוח 18

#### 1.4 המצב התפקודי בעת השחרור לפ סוג מסגרת האשפוז

במטרה ללמוד האם לאותם משתנים יש השפעה מובהקת על המצב התפקודי בשחרור מבתי חולים גריאטריים ומהמחלקות הגריאטריות שבבתי חולים כלליים, ערכנו ניתוח רגרסיה מרובה לכל סוג מסגרת אשפוז בנפרד. להוציא את המשתנה של סוג מסגרת האשפוז, נכללו בשני הניתוחים אותם המשתנים שנכללו בניתוח הראשון. נמצא, שלמצב התפקודי בקבלה היתה השפעה מובהקת על המצב התפקודי בשחרור בשני סוגי מסגרות האשפוז. בבתי חולים גריאטריים היתה השפעה מובהקת גם לאבחנה (שבר בירך ולא שבץ מוחי), ולתפקוד עצמאי ב-IADL לפני האירוע. בבתי חולים כלליים היתה השפעה מובהקת למצב התמצאות תקין ולמשך אשפוז קצר יותר (לוח 21).

לוח 21: ניתוח רגרסיה מרובה של מצב תפקודי בשחורר לפי סוג מסגרת אשפוז

מחלקות גריאטריות בבתי חולים כלליים	בתי חולים גריאטריים	המשתנה***
מקדם b	מקדם b	
**0.50	**0.56	ציון ברטל בקבלה
3.91	*10.33	אבחנה
-0.23	-0.58	גיל
*-24.70	-4.35	התמצאות
-3.82	-3.80	תחושה שטחית
-8.54	-1.56	אפזיה
-13.12	*-16.47	IADL לפני מחלה
-1.63	-0.40	כמות טיפול ברפוי בעיסוק
2.51	1.30	כמות טיפול בפיזיותרפיה
-0.07	-0.26	המתנה
**-.28	-0.03	משך אשפוז

בתי חולים גריאטריים: Multiple R=0.65

בתי חולים כלליים: Multiple R=0.79

\* P<0.05

\*\* P<0.01

\*\*\* המשתנים הוכנסו כמו בלוח 18

## 2. יעד שחורר

יעד השחרור הינו בין המדדים השכיחים ביותר להערכת תוצאות טיפול במסגרות אשפוז גריאטריות. חשיבותו נובעת מכך שלהחלטה על הפניה למיסוד, יש השפעה קריטית על תנאי חייו של הקשיש בשנים הבאות. במחקר זה הוגדר "יעד שחורר" כמקום המגורים שאליו עבר לגור החולה עם יציאתו ממסגרת האשפוז. שינוי ביעד השחרור הוגדר כחזרה למקום מגורים אחר מזה שבו התגורר לפני האירוע. הממצאים מתייחסים ל-374 חולים. 294 חולים (79%) חזרו למקום מגוריהם הקודם מלפני האירוע, ו-80 חולים עברו למקום מגורים אחר. כל שינויי מקום המגורים (מלבד אצל חולה אחת) התבטאו במעבר למסגרת מגורים תומכת יותר. 76% מהחולים שהיו מאושפזים במחלקות הגריאטריות שבבתי החולים הכלליים חזרו למקום מגוריהם הקודם בתום האשפוז בהשוואה ל-81% מהחולים שהיו מאושפזים בבתי החולים הגריאטריים. ההבדלים בין שני סוגי מסגרות האשפוז לא היו מובהקים (P=0.2).

## ניתוח דו משתני

במטרה לבחון את הקשר בין יעד שחרור לבין מאפייני אוכלוסיית המחקר ותהליכי הטיפול, נערך ניתוח דו משתני לפי סדרה של משתנים בלתי תלויים. בחלק ממאפייני האוכלוסייה נמצאו הבדלים מובהקים בין אלו שחזרו למקום מגוריהם הקודם לבין אלו שלא חזרו אליו. שיעור החולים שלא חזרו למקום מגוריהם היה גבוה יותר בקרב אלו שהיו זקנים יותר ובודדים יותר, עם אפזיה ומצב התמצאות ירוד, וכן בקרב אלה שהיו פחות פעילים לפני האירוע. מצבם התפקודי של החולים שלא חזרו למקום מגוריהם הקודם היה נמוך באופן מובהק בקבלה ובשחרור כאחד מזה של אלה שחזרו למקום מגוריהם. לא נמצא קשר בין יעד שחרור לבין מאפיינים דמוגרפיים של מין, ארץ מוצא, השכלה ועם מי גר לפני האירוע.

מבחינת מאפייני מערכת האשפוז, משך הזמן מהאירוע ועד הקבלה למסגרות השיקום עמד ביחס ישר לאי חזרה למקום המגורים שלפני האירוע, הן לגבי כלל האוכלוסייה והן בהשוואה בין שני סוגי מסגרות האשפוז. גם משך האשפוז עמד ביחס ישר לאי חזרה למקום המגורים שלפני האירוע, הן לגבי כלל האוכלוסייה והן בהשוואה בין שני סוגי מסגרות האשפוז. ממוצע משך האשפוז של אלו שחזרו לבתייהם מבתי החולים הגריאטריים היה יותר קצר מזה של אלה שלא חזרו לבתייהם וההבדלים היו מובהקים. בבתי חולים כלליים ההבדלים בין חוזרים ללא חוזרים היו יותר קטנים ולא מובהקים.

כדי לבחון הבדלים אלה לעומקם, נבחנה התפלגות משך האשפוז לפי יעד שחרור של כלל האוכלוסייה ושל שני סוגי מסגרות האשפוז בנפרד. בקרב כלל האוכלוסייה נמצאו הבדלים מובהקים בין משך האשפוז של חוזרים ולא חוזרים, אך בחינת שתי מסגרות האשפוז בנפרד העלתה שבבתי החולים הגריאטריים היה הבדל מובהק בין משכי האשפוז של חוזרים ולא חוזרים בעוד שבבתי החולים הכלליים לא היה הבדל מובהק במשך האשפוז לפי יעד שחרור (לוח 22). ממצאים אלו עולים בקנה אחד עם הממצאים לגבי ממוצע משך האשפוז ומצביעים על כך שבבתי החולים הגריאטריים, שיעור החולים המאושפזים לתקופה של למעלה משלושה חודשים, שלא חזרו למקום מגוריהם הקודם, היה כפול משיעור אלו שחזרו. בבתי החולים הכלליים, לעומת זאת, לא היו הבדלים ביעד השחרור של אלה שהיו מאושפזים למעלה משלושה חודשים.

## ניתוח רב משתני

במטרה לבדוק את הקשר בין יעד שחרור לבין מאפייני האוכלוסייה ומאפייני מערכת האשפוז, ערכנו ניתוח רב משתני באמצעות רגרסיה לוגיסטית (logistic regression) בשלבים (stepwise procedure) (לוח 23). במודל הראשון נכלל המצב התפקודי בשחרור ונמצא, כצפוי, שחזרה למקום המגורים הקודם קשורה באופן מובהק עם מצב תפקודי טוב יותר בשחרור. משתנה זה נשמר יציב בכל המודלים הבאים. במודל השני נכללו מאפיינים של אוכלוסיית המחקר, ונמצא שלחולים עם שבר הירך יש הסתברות גדולה יותר לחזור למקום מגוריהם הקודם בהשוואה לחולים לאחר שבץ מוחי. גם גיל צעיר יותר, אלה שלא גרו לבד לפני האירוע וחולים במצב התמצאות תקין היו בעלי הסתברות גדולה יותר לחזור למקום מגוריהם הקודם. מאפייני האוכלוסייה נשארו יציבים

במודלים הבאים, ונוסף להם גם העדר אפזיה שהפך להיות בעל השפעה מובהקת על חזרה למקום המגורים הקודם.

לוח 22: התפלגות משך האשפוז של אוכלוסיית המחקר, לפי יעד שחרור (באחוזים)

משך אשפוז	חזרו למקום מגורים קודם	לא חזרו למקום המגורים הקודם	כלל האוכלוסייה
<b>כלל האוכלוסייה*</b>	N=294	N=80	N=374
עד חודש	30	20	28
חודש עד חודשיים	38	33	37
חודשיים עד שלושה	19	23	20
יותר משלושה חודשים	13	24	15
<b>בתי חולים גריאטריים*</b>	N=151	N=47	N=198
עד חודש	18	13	17
חודש עד חודשיים	34	28	32
חודשיים עד שלושה	29	19	27
יותר משלושה חודשים	19	40	24
<b>מחלקות גריאטריות בבתי-חולים כלליים</b>	N=144	N=32	N=176
עד חודש	43	30	41
חודש עד חודשיים	40	40	40
חודשיים עד שלושה	10	24	13
יותר משלושה חודשים	7	6	6

P ≤ 0.05

במודל השלישי נמצא, שכאשר מחזיקים את מאפייני אוכלוסיית המחקר קבועים, אין הבדלים מובהקים בין שני סוגי מסגרות האשפוז בסיכוי לחזור למקום המגורים הקודם. במודל הרביעי, הוכנסו שני מאפיינים של מערכת האשפוז ונמצא שמשך זמן קצר יותר בין האירוע ועד הקבלה לשיקום קשור עם חזרה למקום המגורים הקודם, בעוד שמשך אשפוז לא השפיע באופן מובהק על יעד השחרור.

כאשר משווים בין המודל הרביעי לשלישי, ניתן להיווכח שכאשר מחזיקים את מאפייני האוכלוסייה ואת מאפייני מסגרת האשפוז קבועים, סיכוייהם של חולים בבתי החולים הגריאטריים לחזור למקום מגוריהם הקודם היו גדולים יותר מאלו של החולים בבתי החולים הכלליים, בעוד שבמודל השלישי היתה לחולים מבתי החולים הכלליים הסתברות גדולה יותר לחזור למקום מגוריהם הקודם. עם זאת יש להדגיש, כי משתנה זה אינו מובהק סטטיסטית בשני המודלים.

לוח 23: ניתוח רב משתני: רגרסיה לוגיסטית של גורמים המשפיעים על חזרה למקום המגורים שלפני האירוע

Z <sup>1</sup> Score למודל 4	מודל 4	מודל 3	מודל 2	מודל 1	
-5.213	**-.021	**-.021	**-.021	**021	ברטל בשחרור
-1.952	*-.394	**-.405	*-.405		אבחנה
3.043	**043	**046	**046		גיל
2.002	*.434	*.441	**439		עם מי גר
.874	.209	.194	.197		מערכת משפחתית
1.493	.373	.452	*.463		IADL לפני האירוע
-.719	*-.200	-.205	-.201		אפזיה
-1.836	-.463	-.385	-.375		תחושה שטחית
2.664	*.931	*.954	*.965		מצב התמצאות
.260	.047	-.049			סוג מסגרת האשפוז
1.991	*.023				משך זמן מהאירוע לאשפוז
.171	.000				משך אשפוז

.1 מקדם הרגרסיה/S.E.  
\* P ≤ 0.05  
\*\* P ≤ 0.01

### 3. שביעות רצון מהטיפול

שביעות רצון הוגדרה כשביעות רצון של החולים מהטיפול השיקומי שקיבלו בחמישה תחומי טיפול: פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, ריפוי בדיבור, שירות סוציאלי (עובדים סוציאליים) וסיעוד (אחיות). כל חולה נשאל על שביעות רצונו מהרמה המקצועית ומהיחס האישי בהתייחס לכל אחד מחמשת תחומי הטיפול. בניתוח נכללו 334 חולים (33 חולים לא רואיינו בנושא זה).

שביעות הרצון מן היחס האישי ומהרמה המקצועית בכל אחד מתחומי הטיפול מוצגת בלוחות 24-25, וניתן לראות ששביעות הרצון היתה גבוהה באופן כללי. כמו כן, שביעות הרצון היתה יותר גבוהה מהיחס האישי מאשר מהרמה המקצועית ובמקצועות ריפוי בעיסוק ופיזיותרפיה מאשר בשירות הסוציאלי וסיעוד.

לוח 24: שביעות רצון החולים מהרמה המקצועית בתחומי הטיפול השונים (באחוזים)

תחום טיפול	N <sup>1</sup>	סה"כ	מרוצה מאוד	מרוצה	לא כל כך מרוצה	בכלל לא מרוצה
פיזיותרפיה	320	100	69	24	5	2
ריפוי בעיסוק	207	100	61	34	5	0
ריפוי בדיבור	27	100	37	33	26	4
שירות סוציאלי	225	100	43	51	5	1
סיעוד (אחיות)	321	100	53	39	6	2

1. ההבדלים במספר האנשים שהשיבו על השאלות נובע מהבדלים במספר האנשים שקיבלו טיפול בתחומים שונים. אנשים שלא קיבלו טיפול בתחום מסויים לא נשאלו לגביו.

לוח 25: שביעות רצון החולים מהיחס לחולה בתחומי הטיפול השונים (באחוזים)

תחום טיפול	N	סה"כ	מרוצה מאוד	מרוצה	לא כל כך מרוצה	בכלל לא מרוצה
פיזיותרפיה	320	100	74	22	3	1
ריפוי בעיסוק	207	100	68	28	3	1
ריפוי בדיבור	27	100	50	37	10	3
שירות סוציאלי	225	100	53	42	4	1
סיעוד (אחיות)	321	100	59	33	7	1

ניתוח דו משתני

במטרה לבנות מדד מסכם של שביעות רצון, כללנו את שני מרכיבי שביעות הרצון במשותף בכל אחד המקצועות. מכיוון שרק 27 חולים קיבלו ריפוי בדיבור, הוצאנו תחום זה מהמדד המסכם. ניתוח גורמים (factor analysis) של ארבעת התחומים בשני המרכיבים הראה, שהם מהווים גורם אחד המסביר 55.5% מהשונות. מקדם המהימנות (Cronbach's alpha) של סולם זה היה 0.89. ערכיו של המדד המסכם של שביעות הרצון נעים בין 1 (מרוצה מאוד) ועד 4 (בכלל לא מרוצה).

הציון הממוצע של שביעות רצון כוללת היה 1.49 והוא מצביע על כך שבאופן כללי החולים היו שבעי רצון מהטיפול הרפואי. הציון הממוצע במחלקות הגריאטריות שבבתי החולים הכלליים היה 1.39 ובבתי החולים הגריאטריים 1.57 וההבדלים ביניהם היו מובהקים.

לוח 26 מציג את התפלגות ציוני המדד המסכם של שביעות רצון, של כלל האוכלוסייה ולפי סוג מסגרת האשפוז. נמצאו הבדלים מובהקים בשביעות הרצון בין שני סוגי מסגרות האשפוז כאשר 40% מכלל החולים בבתי החולים הגריאטריים לא היו כל כך מרוצים או בכלל לא מרוצים, בהשוואה ל-29% מכלל החולים בבתי החולים הכלליים.

לוח 26: התפלגות המדד המסכם של שביעות רצון לפי סוג מסגרת האשפוז (באחוזים)

שביעות רצון	בתי חולים גריאטריים	מח' גריאטריות בבתי חולים כלליים	כלל האוכלוסייה
סה"כ	100	100	100
מרוצה מאוד	22	44	32
מרוצה	38	27	33
לא כל כך מרוצה	29	21	25
בכלל לא מרוצה	11	8	10

## ניתוח שונות רב משתני

במטרה לבחון את השפעתם העצמאית של המשתנים הבלתי תלויים להסברת המדד המסכם של שביעות רצון מהטיפול, נערך ניתוח רב משתני. שיטת הניתוח שנבחרה הינה ניתוח שונות, והמשתנים המסבירים שנכללו במודל היו מאפייני המבנה ותהליכי הטיפול ומאפייני החולה בעת השחרור.

מהניתוח עולה, ששלושה משתנים המייצגים את מבנה מערכת האשפוז ותהליכי הטיפול היו קשורים באופן מובהק עם שביעות הרצון: חולים במחלקות הגריאטריות שבבתי החולים הכלליים היו יותר שבעי רצון מחולים בבתי החולים הגריאטריים; מספר רב יותר של טיפולים בפיזיותרפיה וריפוי בעיסוק קשורים עם שביעות רצון גבוהה יותר; מצב תפקודי טוב יותר בשחרור והעדר ליקויים בתחושה שטחית היו קשורים גם הם באופן סטטיסטי מובהק עם שביעות רצון גבוהה (לוח 27).

לוח 27: ניתוח שונות: מדד מסכם של שביעות רצון החולים מהטיפול

המשתנה	ממוצע הרבועים	F	מובהקות
סוג מסגרת אשפוז	.97	4.68	.031
כמות פיזיותרפיה	.69	3.34	.037
כמות ריפוי בעיסוק	.88	4.24	.015
פגישות עם עו"ס	.26	1.24	.291
משך אשפוז	.16	.76	.516
ברטל בשחרור	1.97	9.50	.000
תחושה שטחית	2.56	12.33	.001

## ! דיון ומסקנות

בעבודה זו נעשתה הערכה מקיפה של איכות הטיפול במערכת האשפוז הגריאטרית שעוסקת בשיקומם של קשישים. המניעים למחקר נבעו מהגידול במספר הקשישים באוכלוסייה ומדרישה לבחון את יעילותה של מערכת האשפוז ולרסן את ההוצאות בה, מבלי לפגוע באיכות השירות הרפואי. בעבודה תוארו ונותחו מרכיבים שמייצגים את איכות הטיפול השיקומי מבחינת מבנה וארגון מערכת האשפוז הגריאטרית, תהליכי העבודה והטיפול הנהוגים בה, הרכב אוכלוסיית החולים, תוצאות השיקום, והקשרים שבין המרכיבים הללו. ראשית, תיבחן תרומתו של המחקר להערכת איכות הטיפול במערכת האשפוז הגריאטרית, תוך התייחסות לשיטות שנקטו. שנית, יוצגו מספר מסקנות שנובעות מתוצאות המחקר וידונו ההשלכות האפשריות שלהן.



## 1. תרומת המסגרת המושגית והמודל

המסגרת המושגית למחקר והמודל שלו מבוססים על מסגרת מושגית מוכרת ומקובלת שהוצעה לראשונה על ידי Donabedian ב-1966. תרומתו של המחקר הינה בהתאמת מסגרת מושגית ובפיתוח מודל להערכת מערכת האשפוז הגריאטרית בארץ. במחקר זה הוגדרו לראשונה מדדים רלוונטיים להערכת מסגרות לאשפוז גריאטרי ולשיקום, שמאפשרים לכמת את מרכיבי מערכת האשפוז ולערוך השוואות בין מסגרות אשפוז שונות. המודל להערכה ביחד עם המדדים שהותאמו מאפשרים ניתוח מקיף ביקורתי והשוואתי של מערכת האשפוז הגריאטרית ובוחנים את איכות הטיפול בה.

גישה זו עשויה להיות חשובה לביקורת ולחילוקי דעות, בעיקר באשר למדדי המבנה ולחלק ממדדי התהליך, משום שלעתים לא ניתן לתרגם תמונה איכותית לנתונים כמותיים ולהפוך מצבים תיאוריים לציונים על גבי סקלה של מספרים. גורם נוסף שמגביל את הכימות והמדידה של משתנים מבניים ותהליכיים הוא זלות מקורות המידע ואיכותו הירודה של החומר שמצוי ברשומות רפואיות ובדיווחים רשמיים. כתוצאה מכך נעשה במחקר זה שימוש בשיטות המשלבות תיאור וניתוח איכותי של מערכת האשפוז ביחד עם איסוף וניתוח נתונים כמותיים. מדדים המייצגים את מבנה מערכת האשפוז הגריאטרית ומספר מדדים המייצגים את תהליכי העבודה תוארו ונותחו באופן איכותי בלבד, בעוד שמדדי תהליך אחרים, מאפייני האוכלוסייה ומדדים המייצגים את תוצאות השיקום נמדדו ונותחו באופן כמותי.

בנוסף, היעדר נתונים כמותיים על מבנה המערכת ועל חלק מהתהליכים עשוי לעורר ביקורת באשר ליכולתנו לבחון את הקשרים שבין מרכיבי המודל. ייתכן שכימותם של מדדים נוספים היה עשוי להשפיע על תוצאות המחקר ולספק תמונה מקיפה יותר. לאור זאת, נראה שיש צורך בעבודות נוספות, שיפתחו וישכללו את שיטות המחקר אשר מתרגמות מציאות תיאורית ואיכותית, למדדים ולמשתנים כמותיים תקפים ומהימנים.

במחקר נעשה ניתוח של תהליכי הקבלה למסגרות האשפוז הגריאטריות, מאחר שלתהליכים אלו עשויה להיות השפעה רבה על הרכב אוכלוסיית החולים. ההבדלים שנמצאו בין שני סוגי מסגרות האשפוז בתהליכי הקבלה ובקריטריוני הקבלה שהם מציבים, עולים בקנה אחד עם ההבדלים שנמצאו בהרכב אוכלוסיית החולים בין שני סוגי מסגרות האשפוז. נמצא שבתי החולים הגריאטריים מקילים בתנאי הקבלה ומקבלים ל"ניסיון שיקומי" גם חולים עם פוטנציאל שיקומי נמוך, אשר מתבטא במצב תפקודי ירוד, בליקויים בתחושה שטחית, בליקויים בהבנה ובהתמצאות ובאי שליטה על סוגר השתן. החולים שהתקבלו למחלקות הגריאטריות שבבתי החולים הכלליים היו במצב תפקודי טוב יותר ובעלי פחות סימנים נלווים. עם זאת, נמצא שלגבי מספר תכונות שעשויות להשפיע על סיכויי השיקום של החולים, כמו הימצאות אפזיה, מספר אבחנות נוספות, ותפקוד לפני האירוע, לא היו הבדלים בין שני סוגי מסגרות האשפוז.

## 2. מסקנות

המחקר בדק את איכות הטיפול השיקומי בשני סוגים של מסגרות לאשפוז גריאטרי, באמצעות מודל המורכב מארבעה מרכיבים עיקריים. ממצאי המחקר מצביעים על הבדלים בין שני סוגי מסגרות האשפוז ועל מורכבות הקשרים שבין מרכיבי המודל, ובמיוחד הקשרים שבין תהליכי הטיפול, הרכב האוכלוסייה ותוצאות השיקום.

נמצאו הבדלים בין שני סוגי מסגרות האשפוז במשתנים שמייצגים את המבנה ואת התהליכים. משך הזמן הממוצע מהאירוע ועד הקבלה לאשפוז במחלקות הגריאטריות שבבתי החולים הכלליים היה כשבועיים בהשוואה לכשלושה שבועות בבתי החולים הגריאטריים. כן נמצאו הבדלים במספר הטיפולים בשבוע בפיזיותרפיה ובריפוי בעיסוק ובמשך האשפוז, כאשר חולים במחלקות הגריאטריות שבבתי החולים הכלליים קיבלו יותר טיפולים מאשר אלו שבבתי החולים הגריאטריים אך לעומת זאת הם היו מאושפזים למשך זמן קצר יותר. בנוסף, מבחינת מאפייני החולים עולה, שהמחלקות הגריאטריות בבתי החולים הכלליים קיבלו חולים "קלים" יותר.

מהשוואה זו עולה ששני סוגי מסגרות האשפוז ייצגו שני מודלים חליפים לשיקום קשישים. המחלקות הגריאטריות בבתי החולים הכלליים התמקדו בחולים קלים יותר וטיפלו בהם בצורה אינטנסיבית יותר למשך זמן קצר יותר, ובתי החולים הגריאטריים קלטו חולים במצב קשה יותר וטיפלו בהם למשך זמן ממושך יותר.

אף על פי כן, תוצאות השיקום היו זהות מבחינת המצב התפקודי בשחרור ויעד השחרור. ציון ברטל ממוצע בשחרור היה זהה בשני סוגי מסגרות האשפוז וכשמונים אחוז מהחולים בשני סוגי המסגרות חזרו למקום מגוריהם הקודם שלפני האירוע. רק בנוגע לשביעות רצון מהטיפול נמצאו הבדלים בין שני סוגי המסגרות. החולים שהיו מאושפזים במחלקות הגריאטריות שבבתי החולים הכלליים היו יותר שבעי רצון מאלה שבבתי החולים הגריאטריים.

העדר ההבדלים בין שני סוגי מסגרות האשפוז בשני מדדי התוצאה הראשוניים, עשוי לרמז על העדר קשר בין המרכיבים שבמודל להערכה, ובעיקר בין התהליכים ומאפייני האוכלוסייה לבין תוצאות השיקום. כלומר, למרות שלבתי החולים הכלליים היה יתרון על פני בתי החולים הגריאטריים מבחינת חלק מתהליכי הטיפול וחלק ממאפייני האוכלוסייה, לא היה להם יתרון כזה ברוב תוצאות השיקום. פירוש חליפי הוא שבתי החולים הגריאטריים היו יותר אפקטיביים בתהליך השיקום. ואמנם, כאשר ניטרלנו את השפעתם של משתנים המסבירים, הקשורים למאפייני האוכלוסייה ולתהליכי הטיפול בתי החולים הגריאטריים היו קשורים באופן מובהק עם מצב תפקודי גבוה יותר בשחרור בהשוואה לבתי החולים הכלליים.

למשך האשפוז של החולים לא היתה השפעה עצמאית על המצב התפקודי בשחרור. אחת הסיבות האפשריות לכך עשויה להיות קשורה במחסור במיטות לאשפוז סיעודי, שבגללו "ממתניים" במחלקה הגריאטרית שבבתי החולים הכללי, או בבית החולים הגריאטרי, חולים ששיקומם לא

עלה יפה ולא ניתן לשחררם למקום מגוריהם הקודם. כך מתארך משך אשפוזם של חולים אלה בלא קשר לצורכי הטיפול השיקומי שלהם והם חוסמים את המיטה שבה הם מאושפזים בפני קבלתו של חולה חדש שאקוק לטיפול גריאטרי שיקומי. לכן, משך אשפוז אינו קשור ככל הנראה עם תוצאות השיקום אלא עם תהליכים ארגוניים של מערכת האשפוז הגריאטרית. בשל חשיבותו הארגונית והכלכלית הגדולה של מרכיב זה בעיצוב מדיניות האשפוז הגריאטרי, נראה שיש צורך במחקר נוסף שיתמקד בגורמים אלה ויעמיק את ההבנה של הנושא, כדי לנסות ולהביא לשיפור היעילות בתחום זה.

באשר לשביעות רצון מהטיפול, מהניתוח הרב משתני עולה שבנוסף למאפיינים של הקשישים שהתקבלו לשני סוגי מסגרות האשפוז, גם מדדים של תהליכי הטיפול קשורים עם שביעות רצון גבוהה יותר בשחרור. יתר על כן, כאשר ניטרלנו את השפעתם של תהליכי הטיפול ומאפייני האוכלוסייה, שביעות הרצון היתה גבוהה יותר במחלקות הגריאטריות בבתי החולים הכלליים בהשוואה לבתי החולים הגריאטריים. ממצאי המחקר מצביעים על כך, שבעוד שהגורמים העיקריים שמסבירים את המצב התפקודי ואת יעד השחרור קשורים בעיקר למאפייני האוכלוסייה, הרי ששביעות רצון מהאשפוז קשורה ככל הנראה גם עם תהליכי הטיפול, כמו כמות הטיפול בריפוי בעיסוק ובפיזיותרפיה. אנו מוצאים, אם כן, שעל אף שתוצאות השיקום בשני סוגי מסגרות האשפוז היו טובות, שהחולים הגיעו למצב תפקודי גבוה וחזרו למקום מגוריהם הקודם, הם יותר שבעי רצון מהמחלקות הגריאטריות שבבתי החולים הכלליים מאשר מבתי החולים הגריאטריים. ייתכן שקיימים גורמים נוספים שמייצגים את תהליכי הטיפול ושלא נכללו במחקר זה, אשר קשורים עם שביעות רצון גבוהה יותר של החולים, אך אינם קשורים עם מצב תפקודי בשחרור ועם יעד השחרור. ייתכן שהגורמים קשורים לצידוד משוכלל יותר שקיים בבתי חולים כלליים, לנוחות האשפוז ולתנאים הפיזיים שבהם יש לבתי החולים הכלליים יתרונות על פני בתי החולים הגריאטריים. גם הרגשת הסטיגמה המלווה את ההעברה לבית חולים גריאטרי ותפיסת יוקרתו המקצועית של בית החולים הכללי בהשוואה לבית החולים הגריאטרי עשויות להשפיע על שביעות הרצון הרבה יותר מהמחלקות הגריאטריות שבבתי החולים הכלליים, גם אם החולים לא קיבלו שם טיפול רפואי או שיקומי טוב יותר. גורמים נוספים שעשויים להיות קשורים הם הקירבה הגאוגרפית של בתי החולים הכלליים למקום המגורים של הקשיש והאפשרויות לביקור תכוף יותר של בני משפחה.

במחקר הנוכחי היה עלינו להכניס לתמונה גם את עלות האשפוז. אלא שבשל גורמים שונים, קיים קושי לחשב את עלות האשפוז במסגרות השונות. הנתונים שקיימים על עלות האשפוז לוקים בחסר ומבוססים על עלות יום אשפוז ולא על העלות "האמיתית" שלהם. לאור זאת קיים צורך במחקרי עלות-תועלת אשר יבחנו את מכלול הגורמים שבכל אחד משני המודלים החלופיים לשיקום גריאטרי.

עם זאת, ניתן לציין שתעריף יום אשפוז שנקבע על ידי משרד הבריאות בבתי חולים גריאטריים היה נמוך יותר בהשוואה לתעריף יום אשפוז במחלקה גריאטרית בבתי חולים כלליים. לפיכך, למרות שמשך האשפוז בבתי החולים הגריאטריים ארוך יותר, יש להם ככל הנראה יתרון מבחינת העלות

על פני המחלקות הגריאטריות שבבתי החולים הכלליים. ייתכן שניתן לקצר את משך האשפוז הממוצע בבתי החולים הגריאטריים עוד יותר על ידי העברה מוקדמת של חולים ששיקומם לא עלה יפה ושזקוקים להעברה למוסד, דבר שיגדיל עוד יותר את יעילותם ואת יתרונם הכלכלי של בתי החולים הגריאטריים בשיקום קשישים.

ממצאים אלה עולה, שאחד הגורמים שעשויים לסייע ליכולתה של מערכת האשפוז הגריאטרית להתגבר על תופעת חסימת המיטות, הינו שיפור הליכי השחרור מבתי החולים הגריאטריים והרחבת האפשרויות להעברת חולים ששיקומם נכשל למסגרות לאשפוז סיעודי ולמוסדות. כתוצאה מכך ניתן יהיה לייעד מיטות שבבתי החולים הגריאטריים לטיפול בקשישים המקבלים אותו כיום במחלקות הגריאטריות שבבתי החולים הכלליים ולפנות מיטות אשפוז יקרות לטיפול בחולים קשישים במצבים אקוטיים הזקוקים לאשפוז בבית חולים כללי. המחלקות הגריאטריות האקוטיות שבבתי החולים הכלליים תוכלנה לספק אבחון, הערכה וטיפול אקוטי לקשישים במצבים חריפים ולהרחיב את אפשרויות הקבלה של חולים מהקהילה, הן באמצעות חדר מיון והן באמצעות מרפאות החוץ. תהליכים אלה עשויים גם לשפר את התיאום שבין מערכת האשפוז לבין מערכת הטיפול הקהילתית ואת המשכיות הטיפול בקשישים שמשחררים לקהילה. ממצאי המחקר מצביעים על חולשה משמעותית של מערכת האשפוז בתהליכי שחרור ובעיקר בהמשכות הטיפול ובקשר שבין מערכת האשפוז לבין הטיפול בקהילה.

אחת המסקנות שעולות ממצאי המחקר היא שיש מקום לערוך בחינה מקיפה של מערך האשפוז הגריאטרי. לשם כך, יש צורך לנסח הגדרות תפעוליות אחידות וברורות לכל אחד מסוגי האשפוז והטיפול הגריאטרי. בחינה מחודשת של מכלול הגורמים במערכת האשפוז הגריאטרית בישראל עשויה להביא להתייעלותה ולשיפור איכות הטיפול בה, וזאת מבלי להגדיל את הוצאותיה ואת עלות הטיפול.

במחקר זה נעשה לראשונה בארץ ניתוח מקיף של איכות הטיפול השיקומי במסגרות שונות לאשפוז גריאטרי. מאז שנאספו הנתונים למחקר, חלו במערכת הבריאות בארץ שינויים רבים. בעקבות כניסתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי אנו עומדים בפני שינויים ורפורמות מקיפים במערכת האשפוזית והקהילתית כאחד. בבתי החולים הכלליים ואף בחלק מבתי החולים הגריאטריים חלים שינויים רבים, ובמקביל מפתחות קופות החולים יוזמות חדשות וסוגי טיפול חדשים במסגרת הקהילה, כמו למשל יחידות לאשפוז יום, אשפוז בית ויחידות לייעוץ ולטיפול גריאטרי.

ממצאי המחקר מצביעים על הצורך לבחון מחדש את ארגון מערכת השיקום לקשישים, ואת המודלים החליפיים הקיימים בה. לאור השינויים המתרחשים במערכת הבריאות בארץ ולאור ממצאי מחקר זה, יש צורך להעמיק את הבחינה של מערכת האשפוז השיקומי בארץ, ולהרחיב בניתוחי עלות-תועלת במטרה להביא לניצול היתרונות הגלומים בכל אחד מהמודלים, לעמוד על חסרונותיהם ולהביא לשיפור היעילות בהם. ממצאי המחקר מהווים בסיס לבחינה כוללת של מדיניות האשפוז השיקומי ולגיבוש מדיניות שיקום מקיפה ויעילה, אשר תענה על צרכי הקשישים ותשתלב ברצף הכולל של השירותים הגריאטריים שבין אשפוז לקהילה.

## ביבליוגרפיה

- אלקלעי, ל.; ניאזוב, ר.; אבן, נ.; שוורץ, י.; זילבר, ז.; חבוט, ב. 1984. "הטיפול הרצוף בקשיש - יעילות ויתרונות". **חפא המשפחה** י"ב:149-151.
- בנטור, נ. 1994. "הערכת המצב התפקודי של קשישים: בדיקת תוקף הממצאים". **כתב עת ישראל לריפוי בעיסוק**, 3(1):31-42.
- גלינסקי, ד. 1984. "שירותים גריאטריים בנגב". **חפא המשפחה** י"ב:144-148.
- ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תיפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל. 1990. **דין וחשבון, כרך ראשון, דעת הרוב, ירושלים.**
- חבוט, ב.; בנטור, נ. **המרכז הרפואי הגריאטרי בית החולים "שמואל החפא": רצף טיפול גריאטרי תחת קורת גג אחת.** ג'וינט מכון ברוקדייל, ירושלים. ד-208-34.
- חבוט, ב. 1983. "רפואה גריאטרית בשנות השמונים: מציאות ושינויים". **הרפואה** 105:33-35.
- כורזים, מ.; מרגולץ, י. 1986. **הדפוסים הארגוניים והטפוליים של השירותים הגריאטריים לאשפוז בישראל. מפקד יום בשירותים גריאטריים.** דו"ח מחקר: דמ-86-1. ג'וינט - מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה, ירושלים.
- משרד הבריאות 1992. מוסדות האשפוז ויחידות לטיפול יום בישראל. נתונים סטטיסטיים על תנועת החולים לפי מוסדות ולפי מחלקות בשנת 1992. האגף לתכנון תקציב וכלכלה רפואית, ירושלים.
- משרד הבריאות 1981. פרופיל שירותי הבריאות בישראל. סקר השירותים במוסדות אשפוז, אוקטובר 1979. כרך א', הוצאת האגף לתכנון תקצוב וכלכלה, ירושלים.
- מרגולץ, י. 1985. **תכנון תשתית לשירותים גריאטריים בישראל.** דין וחשבון הוועדה הממשלתית. משרד הבריאות, ירושלים.
- פליישמן, ר.; תומר, א. 1985. "מדידה של איכות הטיפול במוסדות לטיפול ממושך בישראל". **בטחון סוציאלי** 27:55-96.
- פליישמן, ר.; בר-גורא, מ.; מנדלסון, ג.; תומר, א.; שוורץ, ר. 1986. "תכנית ניסיונית להפעלת שיטת המסמנים במערכת הפיקוח על המעונות לזקנים בארץ". **בטחון סוציאלי** 29:91-105.
- פליישמן, ר.; תומר, א.; שוורץ, ר.; רונן, ר.; בר-גורא, מ.; מנדלסון, ג. 1988. "איכות הטיפול המוסדי בקשישים בישראל: מחקר ויישומי". **בטחון סוציאלי** 30:120-127.
- פרידמן, ג.; ישראל, א.; בן יהודה, א.; שטרן, צ.; פנחס, ש. "הערכה גריאטרית בקשיש המאושפז בבי"ח כללי". **הרפואה**, 126:169-171.
- קמינר, ה.; שמש, א.ע. 1985. **סקר מאושפזים בבתי חולים כלליים, בי 65 ומעלה ביחשלים ותל אביב, 1984.** עבודת גמר לקבלת תואר מוסמך בבריאות הציבור, בית הספר לבריאות הציבור של האוניברסיטה העברית והדסה, ירושלים.

רפאל, ק. 1989. "דגמים אירגוניים של מחלקות גריאטריות למחלות חדות בבתי חולים בריטיים".  
הרפואה 98-95:117.

Allen, C.M.; Becher, P.M.; McVey, L.J.; Saltz, C.; Feussner, J.R.; and Cohen, H.J. 1986. "A Randomised Controlled Clinical Trial of a Geriatric Consultation Team: Compliance with Recommendations". **Journal of the American Medical Association** 255:2617-21.

Applegate, W.B.; Akins, D.; Vanderzwaag, R.; et al. 1983. "A Geriatric Rehabilitation and Assessment Unit in a Community Hospital". **Journal of the American Geriatrics Society** 31:206-210.

Applegate, W.B.; Blass, J.P.; and Williams, T.F. 1990. "Instruments for the Functional Assessment of Older Patients". **The New England Journal of Medicine** 322:1207-1214.

Applegate, W.B.; Miller, S.T.; Grashall, J.G.; Elam, J.T.; Burns, R.; and Akins, D.E. 1990. "A Randomized, Controlled Trial of a Geriatric Assessment Unit in a Community Rehabilitation Hospital". **New England Journal of Medicine** 322:1572-1578.

Bagnell, W.E.; Datta, S.R.; Knox, J.; and Horrocks, P. 1977. "Geriatric Medicine in Hull: A Comprehensive Service". **British Medical Journal** 2:102.

Barker, W.H.; Williams, T.F.; Zimmer, J.G.; et al. 1985. "Geriatric Consultation Team in Acute Hospitals: Impact on Back-up of Elderly Patients". **Journal of the American Geriatrics Society** 33:422-8.

Becker, G.; and Kaufman, S. 1988. "Old Age, Rehabilitation, and Research: A Review of the Issues". **The Gerontologist** 28(4):459-468.

Becker, G.; and Kaufman, S. 1986. **Sociocultural Mechanisms of Rehabilitation in Old Age: The Case of Stroke**. National Institute on Aging Report No. AF04053.

Bendel, J.P. 1985. "Bed Blocking in General Hospitals by Elderly Patients Waiting for Post-discharge Arrangements". **Gerontology** 8:21.

Brook, R.H.; and Appel, F.A. 1973. "Quality-of-Care Assessment: Choosing a Method for Peer Review". **New England Journal of Medicine** 288:1323-1329.

Brook, R.H.; and Davies-Avery, A. 1977. **Mechanisms for Assuring Quality of U.S. Medical Care Services: Past, Present, and Future**. The Rand Corporation, R-1393-HEW. Santa Monica, CA.

Brook, R.H.; and Lohr, K.N. 1984. "Efficacy, Effectiveness, Variations, and Quality. Boundary-crossing Research". **Medical Care** 23:710-722.

Burley, L.E. 1984. "The Joint Geriatric Orthopaedic Service in South Edinburgh: November 1979-October 1980". **Health Bulletin** 42:133-140.

- Campion, E.W.; and Jette, A. 1983. "An Interdisciplinary Geriatric Consultation Service: A Controlled Trial". **Journal of the American Geriatrics Society** 31:792-796.
- Checkryn, J.; and Roos, L. 1979. "Auditing the Process of Care in a New Geriatric Evaluation Unit". **Journal of the American Geriatrics Society** 27:107-111.
- Collard, A.F.; Bachman, S.S.; and Beatrice, D.F. 1985. "Acute Care Delivery for the Geriatric Unit: An Innovative Approach". **Quality Review Bulletin** 180-185.
- Coni, N. 1985. "Alive and Well: Geriatric Medicine in the U.K. in 1984". **Health Policy** 5:173-181.
- Cronbach, F.M.; and Furby, L. 1970. "How We Should Measure "Change" - Or Should We?". **Psychological Bulletin** 74:68-80.
- Desai, H.N.; et al. 1985. (letter). **The Lancet** Feb 9, pp. 349-350.
- Donabedian, A. 1982. **The Criteria and Standards of Quality** (Vol. 2). Health Administration Press. Ann Arbor, Michigan.
- Donabedian, A. 1980. **The Definition of Quality and Approaches to its Assessment** (Vol. 1). Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan.
- Donabedian, A. 1966. "Evaluating the Quality of Medical Care". **Milbank Memorial Fund Quarterly** 44:166-206.
- Donaldson, S.W.; Wagner, C.C.; and Gresham, G.E. 1973. "A Unified ADL Form". **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation** 54:175-180.
- Duncan, G.; and Smith, R.G. 1990. "Geriatric Medicine Contribution in Acute Medical Wards - A Follow-up Study". **Health Bulletin** 48:1.
- The Lancet** 1988. "Ageing of Elderly Britons: The Direction of Geriatric Medicine". Editorial. 1:685.
- Ellencweig, A.Y.; Slater, E.P.; Kaminer, H.; and Shemesh, A. 1987. "Unnecessary Hospitalisation Among the Elderly - Patterns and Characteristics". **Public Health** 101:23-30.
- Evans J.G. 1983. "Integration of Geriatrics with General Medicine Services in Newcastle". **The Lancet**:1430-1433.
- Fox, P.D.; and Clauser, S.B. 1980. "Trends in Nursing Home Expenditures: Implications for Aging Policy". **Health Care Financing Review** 2:65-71.
- Granger, C.V. 1984. "A Conceptual Model for Functional Assessment". In: **Functional Assessment in Rehabilitation Medicine**. Granger, C.V.; and Gresham, G.E. (eds.) Williams & Wilkins, Baltimore.

- Granger, C.V.; Albrecht, G.L.; and Hamilton, B.B. 1979. "Outcome of Comprehensive Medical Rehabilitation: Measurement by PULSES Profile and the Barthel Index". **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation** 60:145-154.
- Granger, C.V.; Dewis, L.S.; Peters, N.C.; Sherwood, C.C.; and Barrett, J.E. 1979. "Stroke Rehabilitation: Analysis of Repeated Barthel Index Measures". **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation** 60:14-17.
- Granger, C.V.; Sherwood, C.C.; and Greer, D.S. 1977. "Functional Status Measures in a Comprehensive Stroke Care Program". **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation** 57:555-561.
- Horrocks, P. 1982. "The Case for Geriatric Medicine as an Age-related Specialty". In: **Recent Advances in Geriatric Medicine**, Isaacs, B. (ed.). Churchill Livingstone, London, 2:259-277.
- Isaacs, B. 1977. "Five Years Experience of a Stroke Unit". **Health Bulletin** 35:93-98.
- Jongbloed, L. 1986. "Prediction of Function After Stroke: A Critical Review". **Stroke** 17:765-776.
- Kahn, R.L.; Goldfarb, A.I.; Pollack, M.; and Gerber, I.E. 1960a. "Relationship of Mental and Physical Status in Institutionalized Aged Persons". **American Journal of Psychiatry** 117:120-124.
- Kahn, R.L.; Goldfarb, A.I.; Pollack, M.; and Peck A. 1960b. "Brief Objective Measures for Determination of Mental Status in the Aged". **American Journal of Psychiatry** 117:326-328.
- Katz, S. 1983. "Assessing Self-maintenance: Activities of Daily Living, Mobility, and Instrumental Activities of Daily Living". **Journal of the American Geriatrics Society** 3:721-727.
- Kennie, D.C.; Reid, J.; Richardson, I.R.; Kiamari, A.A.; and Kelt, C. 1988. "Effectiveness of Geriatric Rehabilitative Care After Fracture of the Proximal Femur in Elderly Women: A Randomised Clinical Trial". **British Medical Journal** 297:1083-1086.
- Lefton, E.; Bonstelle, S.; and Frengley, J.D. 1983. "Success with an Inpatient Geriatric Unit: A Controlled Study". **Journal of the American Geriatrics Society** 31:149-155.
- Lichtenstein, H.; and Winograd, C.H. 1985. "Geriatric Consultation: A Functional Approach". **Journal of the American Geriatrics Society** 33:422-8.
- Lichtenstein, H.; and Winograd C.H. 1984. "Geriatric Consultation: A Functional Approach". **Journal of the American Geriatrics Society** 32(5):356-361.
- Liem, P.H.; Chernoff, R.; and Carter, W.J. 1986. "Geriatric Rehabilitation Unit: A Three Year Outcome Evaluation". **Journal of Gerontology** 41:44-50.
- Lohr, K.N. 1988. "Outcome Measurement: Concepts and Questions". **Inquiry** 25(1):37-50.
- Lohr, K.N.; and Brook, R.H. 1984. **Quality Assurance in Medicine**. The Rand Corporation, R-3193-HHS, Santa Monica.



- Lord, F.M.; and Novick, M.R. 1974. **Statistical Theories for Mental Test Scores**. Addison-Wesley Publishing Company, U.S.A.
- Mahoney, F.L.; and Barthel, D.W. 1965. "Functional Evaluation: The Barthel Index". **Maryland State Medical Journal** 14:61-65.
- McAuliffe, W.E. 1979. "Measuring the Quality of Medical Care: Process Versus Outcome". **Milbank Memorial Fund Quarterly** 57:118-152.
- McAuliffe, W.E. 1978. "Studies of Process-Outcome Correlations in Medical Care Evaluation: A Critique". **Medical Care** 14:907-922.
- Poliquin, N.; and Straker, M. 1977. "A Clinical Psychogeriatric Unit: Organization and Function". **Journal of the American Geriatrics Society** 25:132-137.
- Rosen, B.; and Ellenweig, A.Y. 1988. **A Mapping of Health Care Reimbursement in Israel**. JDC-Brookdale Institute of Gerontology and Human Development, RR-5-88, Jerusalem.
- Rubenstein, L.Z. 1990. "The Efficacy of Geriatric Assessment Programmes". In: **Improving the Health of Older People. A World View**. Kane, R.L.; Grimley-Evans, J.; and Macfadyen, D. (eds). Published on behalf of the World Health Organization by Oxford University Press, New York.
- Rubenstein, L.Z.; Abrass, I.B.; and Kane, R.L. 1981. "Improved Care for Patients on a New Geriatric Evaluation Unit". **Journal of the American Geriatrics Society** 29(11):531-536.
- Rubenstein, L.Z.; Josephson, K.R.; Wieland, G.D.; English, P.A.; Sayre, J.A.; and Kane, R.L. 1984a. "Effectiveness of a Geriatric Evaluation Unit; A Randomised Clinical Trial". **New England Journal of Medicine** 311:1664-1670.
- Rubenstein, L.Z.; Josephson, K.R.; Wieland, G.D.; Pietruszka, F.; Tretton, C.; et al. 1987. "Geriatric Assessment on a Subacute Hospital Ward". **Clinics in Geriatric Medicine** 3(1):131-144.
- Rubenstein, L.Z.; Rhee, L.; and Kane, R.L. 1982. "The Role of Geriatric Assessment Units in Caring for the Elderly: An Analytic Review". **Journal of Gerontology** 37:513-521.
- Rubenstein, L.Z.; Schairer, C.; and Wieland, G.D. 1984b. "Systematic Biases in Functional Status Assessment of Elderly Adults: Effects of Different Data Sources". **Journal of Gerontology** 39:686-691.
- Shah, S.; Vanclay, F.; and Cooper, B. 1989a. "Predicting Discharge Status at Commencement of Stroke Rehabilitation". **Stroke** 20:766-769.
- Shah, S.; Vanclay, F.; and Cooper, B. 1989b. "Improving the Sensitivity of the Barthel Index for Stroke Rehabilitation". **Journal of Clinical Epidemiology** 42:703-709.

- Sherwood, S.J.; Morris, J.; Mor, V.; and Gutkin, C. 1977. **Compendium of Measures for Describing and Assessing Long-term Care Populations**. Hebrew Rehabilitation Center for the Aged, Boston.
- Silver, C.P. 1978. "Patterns and Delivery of Care by Departments of Geriatric Medicine". In: **Recent Advances in Geriatric Medicine**, Isaacs, B. (ed.). Churchill Livingstone, London.
- Teasdale, T.A.; Schuman, L.; and Snow, E. 1983. "A Comparison of Outcomes of Geriatric Cohorts Receiving Care in a Geriatric Assessment Unit and on General Medicine Floors". **Journal of the American Geriatrics Society** 31:529-534.
- Wyszewianski, L. 1988. "Quality of Care: Past Achievement and Future Challenges". **Inquiry** 25(1):13-22.

# נספח א': נוהלי הריאיון עם חולים ועם אנשי צוות ונוהלי איסוף נתונים מגליונות רפואיים

## 1. נוהלי ריאיון אישי עם החולה

נקבע כי החולה ישיב על השאלות בעצמו, אלא אם כן אינו מסוגל לכך. התנאים והמצבים שבהם החולה אינו מסוגל להשיב בעצמו הם:

- (1) אם החולה אפזי (אקספרסיבי, רצפטיבי או גלובלי), או דיסארטרי.
- (2) אם החולה השיב תשובות שגויות בשתיים או יותר מהשאלות המתייחסות להתמצאות.
- (3) אם החולה אינו יודע עברית כלל או מספיק כדי להשיב, והמראיין אינו מדבר את שפתו.

במקרים אלו נתבקש המראיין לפנות לבן משפחה מדרגה ראשונה (בן/בת זוג או ילדים) של החולה ולראיין באמצעותו. במקרים שכלל לא ניתן היה לתקשר עם החולה נתבקשו המראיינים לתאם מועד מתאים לראיון בני המשפחה.

ראיון הקבלה התקיים בין היום השני לחמישי לאחר הקבלה למחלקה. בתחילת הריאיון הסביר המראיין לחולה כי אנו רוצים ללמוד עליו ועל המחלקה, וביקש את הסכמתו לריאיון. בקשה להסכמה לווייתור על סודיות רפואית והתחייבות לחסיון הנתונים נערכה כמקובל.

ראיון השחרור התקיים חמישה ימים או פחות לפני השחרור מהמחלקה. במספר מקרים רואיינו חולים ימים ספורים לפני מועד שחרורם המתוכנן, אך מסיבות שונות הם לא השתחררו במועד שנקבע. אם דחיית מועד השחרור היתה קשורה לשינוי במצב הרפואי של החולה, הוא רואיין שנית לפני שחרורו הסופי. במקרים אלו צוין תאריך השחרור המתוכנן ותאריך השחרור בפועל.

## 2. נוהלי איסוף נתונים מגליונות רפואיים

איסוף נתונים מגליונות רפואיים בקבלה נערך לפני הריאיון האישי. המראיין נתבקש להשתמש בכל הרשומות הרפואיות שמצויות במחלקה, כגון גליון רפואי, אנמנזה רפואית, מכתב הפניה, מכתב שחרור ממחלקה קודמת, טופס סיכום ממצאים, אנמנזה סיעודית או כל מסמך אחר המצוי בגליון הרפואי או הסיעודי של החולה. איסוף נתונים מגליונות רפואיים בשחרור נערך במקביל לראיון השחרור. נעשה ניסיון להתאים את איסוף הנתונים בשחרור לנוהלי המחלקה ולעורכם לאחר סיכום גליון האשפוז, אך לא תמיד ניתן היה לעמוד בכך מאחר שברוב המחלקות אין נוהלי עבודה קבועים וסדירים שניתן לעקוב אחריהם.

## 3. נוהלי ריאיון אנשי הצוות

ראיונות עם אנשי הצוות התקיימו במקביל לאיסוף הנתונים על החולים. הריאיון עם המנהל ועם האחות הראשית היו אישיים ונערכו על ידי החוקר הראשי. השאלון היה מובנה והשאלות נקבעו מראש, אך ניתנה להם הזדמנות להתבטא בחופשיות ולהרחיב בדבריהם. בשיחה חופשית עם

המנהל ניתן היה ללמוד דברים חשובים ביותר על מסגרת האשפוז, על הגורמים והכוחות המשפיעים עליה ועל מדיניותה, על תהליכים ארגוניים ועל מבנה המערכת הארגונית הכוללת שבו מצויה ופועלת המחלקה. הראיונות עם הפיזיותרפיסט והמרפא בעיסוק הראשיים התקיימו באמצעות שאלון סגור למילוי עצמי שנשלח אליהם בליווי מכתב הסבר על המחקר ומטרותיו. ההיענות למילוי השאלון היתה מלאה ובמקרים שהתעוררו שאלות או צורך בהבהרות הן נפתרו בשיחת טלפון.

## נספח ב': המשתנים במחקר

המשתנים במחקר היו משני סוגים: משתנים תיאוריים אודות מסגרת האשפוז, ברמת מסגרת האשפוז ומשתנים כמותיים ברמת הפרט. המשתנים התיאוריים התייחסו לדפוסי הפעולה וההתנהגות של מסגרת האשפוז ויש להם חשיבות להבנת מדיניות מערכת האשפוז הגריאטרית באופן כללי. משתנים אלה כללו את מבנה מערכת האשפוז וחלק ממשתני התהליכים והם הוצגו בפרקי התוצאות ברמה התיאורית הכוללת. המשתנים הכמותיים כללו חלק ממשתני התהליכים, מאפייני אוכלוסיית המחקר ומשתני תוצאות הטיפול השיקומי.

### 1. משתנים תיאוריים ברמת מסגרת האשפוז

הנתונים והמידע למשתנים אלו נאסף בראיונות אישיים עם המנהלים והאחיות הראשיות, ובראיונות בכתב עם פיזיותרפיסטים ומרפאים בעיסוק ראשיים.

#### משתנים על מבנה מערכת האשפוז

- (1) הגדרה רשמית: לפי משרד הבריאות.
- (2) המבנה הארגוני: חלוקה מחלקתית, השתייכות לארגון הכולל, דפוסים ארגוניים.
- (3) המבנה הפיזי: מבנה החדרים, שטחים טיפוליים.
- (4) הצידוד.
- (5) הרכב כוח אדם: תקן ל-100 מיטות של: רופאים, אחיות, פיזיותרפיסטים, מרפאים בעיסוק, מרפאים בדיבור ועובדים סוציאליים.
- (6) הכשרה מקצועית של כוח אדם: שיעור מומחים ברפואה גריאטרית או שיקום מבין הרופאים, ושיעור אחיות מוסמכות מכלל האחיות.
- (7) גורמי מימון ותעריף יום אשפוז.

#### משתנים על תהליכי האשפוז

- (1) תהליך קבלה לאשפוז: מקורות הפניה, סיבות קבלה, הליך קבלה.
- (2) תהליכי עבודה שוטפת: ביקור רופאים, ישיבת צוות, רישום דיווח ומעקב, קשר בלתי פורמלי בין אנשי הצוות.
- (3) תהליך שחרור: קבלת החלטה על שחרור והליך השחרור.

### 2. משתנים כמותיים ברמת הפרט

#### משתנים על תהליכי האשפוז

- הנתונים נלקחו מראיון החולה בקבלה ובשחרור ומגליונות רפואיים בשחרור.
- (1) משך המתנה לאשפוז שיקומי: משך הזמן מהאירוע ועד הקבלה לאשפוז גריאטרי.
  - (2) משך אשפוז: משך הזמן מהקבלה לאשפוז גריאטרי ועד השחרור.
  - (3) תהליכי הכנה לשחרור: הפניה להמשך טיפול בקהילה, ביצוע ביקור בית, הזדרכת בני משפחה לפני השחרור.

- 4) כמות טיפול: מספר טיפולים בשבוע ומשך טיפול במקצועות: פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, ריפוי בדיבור ומספר פגישות עם עובדת סוציאלית.

### מאפייני אוכלוסיית המחקר

- משתנים אלה נלמדו מהגליון הרפואי של החולה בעת הקבלה לאשפוז (אלא אם כן צוין אחרת).
- 1) משתנים דמוגרפיים ומשתנים סוציו-כלכליים: מין, גיל, מצב משפחתי, מערכת משפחתית (בן זוג+ילדים), ארץ לידה, מקורות הכנסה, השכלה, מקצוע ותעסוקה.
  - 2) אבחנה: אבחנה ראשית מפורטת (סיבת האשפוז) בעת הקבלה כולל הפגימה (Impairment) לגבי חולי שבץ מוחי (למשל Lt. Hemiparesis) וסוג השבר בצוואר הירך (למשל Pertrochanteric fracture).
  - 3) נסיבות המחלה: תאריך האירוע ותאריך קבלה לאשפוז גריאטרי.
  - 4) קיום אפזיה, דיספזיה או דיסארטריה.
  - 5) אבחנות נוספות: רשימת אבחנות נוספות מתוך רשימה שכללה עשרים אבחנות שכיחות בקרב קשישים.
  - 6) אירוע דומה בעבר (Recurent CVA או שבר בעבר).
  - 7) מצב התמצאות: נבחן באמצעות חלק משאלון (MSQ) Mental Status Questionnaire שפותח על ידי Kahn and Goldfarb (Kahn, Goldfarb, Pollack et al. 1960b, 1960a) ונמצא מהימן ותקף, על ידי Kahn ועל ידי (Sherwood 1977).
  - 8) תחושה שטחית: נבחנה באמצעות נגיעה קלה ודיווח החולה על מקום הנגיעה, בשמונה נקודות בשתי הידיים.
  - 9) טווח תנועה אקטיבי: נבחן באמצעות הדגמת טווח התנועה האקטיבי בכתף, במרפק ובכף היד בשתי הגפיים העליונות.
  - 10) מצב השמיעה והראייה: החולה נשאל בריאיון על קשיים בשמיעה ובראייה.
  - 11) מצב כללי ותפקודי לפני האירוע: החולה נשאל על התחומים הבאים: תפקוד וקבלת עזרה ב-ADL, תפקוד וקבלת עזרה ב-IADL, נייחות וקבלת עזרה בבית ומחוצה לו, שליטה על הסוגרים, יציאה לפעילות חברתית ותעסוקתית ותפיסת מצב בריאות סובייקטיבי.
  - 12) תנאי מגורים: החולה נשאל על מקום מגוריו לפני האירוע, עם מי גר ובאיזו קומה.

### 3. המשתנים התלויים - משתני תוצאות השיקום

#### מצב תפקודי

מצב תפקודי בשחרור מהאשפוז הינו מדד תוצאה ראשון במחקר.

א) הכלי לבדיקת מצב תפקודי

מצב תפקודי נמדד באמצעות אינדקס ברטל (Mahoney & Barthel 1965) כפי שהותאם על ידי Granger, Albrecht & Hamilton (1979). אינדקס זה נחשב לאחד הכלים הפורמליים הידועים והשימושיים ביותר להערכה תפקודית במסגרת שיקום (Shah, 1989, 1990; Appelgate, 1987; Granger, 1984). הוא כולל עשרה תפקודים: שתיה ואכילה, טיפול אישי, לבישה ונעילת נעלים, רחצה, העברות מכסא או כסא גלגלים למיטה ובחזרה, הליכה במישור או הסעת כסא גלגלים, עלייה וירידה

במדרגות, שימוש בשירותים ושליטה על הסוגרים. החולה מדורג בכל תפקוד, לפי רמת העצמאות שלו. בין 0 (תלוי לחלוטין) לבין 100 (עצמאי לחלוטין). המדד עשוי להיות בסיס להערכת התפקוד ולהערכות חוזרות ונשנות במהלך האשפוז לבדיקת מידת השיפור.

מדד ברטל נבחן בסדרה של מחקרים שבהם הודגמה שימושיותו להערכת המצב התפקודי של הפרט בנקודות זמן שונות (Granger, 1979) ונבדקה תקפותו ומהימנותו. בדיקת מהימנות שנעשו ב-Hebrew Rehabilitation Center for the Aged על שלושה מדגמים שונים שהעלו Alpha Reliability של 0.953, 0.950, 0.965. (1980) Gresham ו-Donaldson (1973) הראו כי אינדקס ברטל עשוי להיות רגיש ביותר לשינויים קלים במצב תפקודי. לתכונה זו של המדד חשיבות מרובה בבדיקה, איתור ותיעוד של תוצאות הטיפול בשיקום. זאת, מאחר שחשוב לגלות שינויים בתפקוד בהפרשי זמן, ולעתים גם בטווח זמן קצר. חסרונו הגדול של אינדקס ברטל הינו בכך שאינו מתייחס למצב הקוגניטיבי והתפיסתי (perception), לבעיות בתחושה ולבעיות שפה, אשר עשויים להיות מרכיבים חשובים בשיקום, במיוחד בקרב חולי שבץ מוחי.

כדי להתאים את אינדקס ברטל למחקר הנוכחי הכנסנו בו את ההתאמות הבאות:

- (1) איחדנו את שתי השאלות המתייחסות לשליטה על הסוגרים, מבלי ששינינו את מספר הנקודות הכולל. זאת, מאחר שבמחקר המקדים נמצא שהחולים התקשו להבחין בין שני התפקודים וענו על שניהם באותו אופן. כמו כן, רק חולים בודדים התקבלו לשיקום עם אי שליטה על מערכת העיכול ולעיתים קרובות הם גם אלה שמתקשים בהבנה.
- (2) החולים במחקר הנוכחי לא השתמשו בסדים או בגפיים תותבות. שימוש כזה נדיר במצבים אקוטיים ובתחילת תהליך השיקום ויתר על כן בקשישים. הוא שכיח בעיקר בקרב קטועים, שלא נכללו במחקר. הוצאת התפקוד מהשאלון לא פגעה בניקוד מאחר שבמדד ברטל נגרעות שתי נקודות למי שאינו עצמאי אך לא ניתנות נקודות על עצמאות.
- (3) במחקר המקדים מצאנו, שחלק מהחולים לא יוצאים מהמחלקה ולכן הם לא הלכו למרחק של 50 מטר גם אם הם מסוגלים לכך. כמו כן, נראה היה לנו שחשוב להתייחס להליכה למרחק קצר. לכן, נכללו במדד שאלות על הליכה בתוך החדר (כ-3 מטרים) בתוך המחלקה (כ-10 מטרים ויותר) ומחוץ למחלקה.

(ב) בחירת מדד של מצב תפקודי בשחרור

במחקר הנוכחי בחרנו להשתמש במצב התפקודי בשחרור כמשתנה המייצג את תוצאות הטיפול. עיון במושגים "מצב תפקודי" ו"שינוי במצב תפקודי" מגלה, כי אלו הם למעשה שני מושגים שונים. בעוד שמצב תפקודי מתייחס לציון אחד או למדידה אחת של התפקוד (בקבלה לאשפוז, בשחרור או בכל נקודת זמן אחרת), מבלי לייחס אותו לציון אחר נוסף, הרי ש"שינוי במצב תפקודי" מתייחס להפרש שבין שני ציונים (לפחות שניים) שנמדדו בשתי נקודות זמן שונות. בניית מדד הולם ומספק עבור כל אחד משני מושגים-משתנים אלו דורשת התייחסות נפרדת (Jongbloed 1986). הבעייתיות שבמידת שינוי או הישג וקביעת ציוניהם הינה רבת שנים ומוכרת היטב במחקר במדעי החברה (Cronbach & Furby 1970; Lord & Novick 1974). מדידת "השינוי הגולמי" אשר מתייחס להפרש שבין

ציון ה-Pretest ל-Posttest עלולה להביא למסקנות מוטעות ומטעות. הסיבות לכך רבות, והעיקריות שבהן הן המהימנות הנמוכה של ציוני הפרש, מדידת הפרש במערכי מחקר לא מבוקרים, לא ניסויים וללא הקצאה מקרית (רנדומזציה) וקיום תופעת "גג" או "תקרה" של שיפור בין ה-Pretest ל-Posttest. באופן תיאורטי, לציון ברטל יש חסם עליון (מקסימום של 100 נקודות), ולכן, לחולים שהתקבלו עם ציון ברטל נמוך מאוד יש סיכוי תיאורטי גדול יותר להשיג ציון שיפור גדול יותר מאשר למי שהתקבל עם ציון ברטל גבוה, וזאת משום שטווח השינוי העומד לרשות הראשונים גדול יותר (Shah, Vanclay & Cooper 1989a & b).

חוקרים סבורים כי ברובם המכריע של המחקרים, ההתייחסות לציוני ההפרש אינה נחוצה וכי ניתן לבחון את ההישג על פי הציון הסופי (Posttest), תוך בקרה על הציון הראשוני (Pretest). דהיינו, ניתן לנסח את שאלת המחקר בהתייחס לציון הסופי, מבלי לפגוע במטרת המחקר או בהבנת תוצאות הטיפול שניתן. (Cronbach 1970). אם מצויים בידינו שני ציונים של כל נבדק, אזי ניתן להעריך את הישגו האמיתי באמצעות שיטות של רגרסיה מרובה, אשר עושות שימוש במדידות תוך פיקוח על המשתנים הבלתי תלויים, המשמשים כמנבאים (Lord & Novick 1974).

כך, עמדו בפנינו שתי אפשרויות למדוד את תוצאות המצב התפקודי. האחת, לבנות מדד של שינוי יחסי במצב תפקודי, והשנייה להתייחס למצב תפקודי בסוף הטיפול, תוך נטרול השפעתו של המצב התפקודי בהתחלה. במחקר הנוכחי החלטנו כאמור להשתמש במצב תפקודי בעת השחרור כמשתנה המייצג את תוצאות הטיפול.

### **יעד שחרור**

יעד שחרור הוגדר במחקר הנוכחי כמקום המגורים שאליהם עבר החולה להתגורר עם שחרורו ויציאתו ממסגרת האשפוז. הוא נמדד בצורה דיכוטומית - שינוי ביעד השחרור הוגדר כחזרה למקום מגורים אחר מזה שבו התגורר לפני האירוע. יעד השחרור נבדק בראיון השחרור בשאלה ישירה לחולה, היכן יגור כאשר ישתחרר מבית החולים.

### **שביעות רצון מהטיפול**

שביעות רצון הוגדרה במחקר זה כשביעות רצון של החולים מהטיפול השיקומי שקיבלו בתקופת האשפוזם. הטיפול השיקומי כולל לצורך הגדרה זו חמישה תחומים: סיעוד (אחיות), פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, ריפוי בדיבור ושירות סוציאלי (עובדים סוציאליים). החולה נשאל בראיון השחרור על שביעות רצונו מהטיפול שקיבל בהתייחס לשני ממדים: הרמה המקצועית והיחס שקיבל בכל אחד מחמשת תחומי הטיפול. אם החולה לא קיבל טיפול באחד התחומים הוא לא נשאל לגביו.



## נספח ג': תיאור המדגם ושיעור הכיסוי

### 1. כיסוי המדגם

367 חולים (90%) מקרב 410 שרואיינו בעת הקבלה לאשפוז רואיינו שנית בעת השחרור. 43 חולים לא רואיינו בעת השחרור. לוח ג1 מציג את התפלגות אוכלוסיית המחקר לפי בתי חולים בעת הקבלה ובעת השחרור.

לוח ג1: התפלגות אוכלוסיית המחקר, לפי בתי חולים, בקבלה ובשחרור

% מרואיינים בשחרור מתוך הקבלות	מספר חולים		בית חולים
	בשחרור	בקבלה	
<b>90</b>	<b>367</b>	<b>410</b>	<b>סה"כ</b>
72	34	47	מס' 1
100	50	50	מס' 2
100	39	39	מס' 3
84	54	64	מס' 4
90	38	42	מס' 5
87	48	55	מס' 6
93	53	57	מס' 7
91	51	56	מס' 8

מהלוח עולה כי בכל בתי החולים, מלבד באחד, היה המעקב בין הקבלה לשחרור טוב מאוד. הסיבות לאי ראיון חולים בעת השחרור:

- (1) מוות - 11 חולים (2.7%) נפטרו במהלך אשפוזם (לאחר ראיון קבלה).
- (2) החמרה במצב קליני - מצבם הקליני של שבעה חולים הוחמר במהלך האשפוז ולא ניתן היה לראינם. שניים מתוכם הועברו בדחיפות למחלקה פנימית בשל בצקת ריאות; אחת הוחזרה למחלקה אורתופדית עקב יציאת המסמר ברגלה וארבעה הועברו למוסד סיעודי במצב של סטופור או חוסר הכרה ולא נמצאו בני משפחה לצידם.
- (3) עזיבה פתאומית - תשעה חולים עזבו את בית החולים באופן פתאומי, ללא הודעה מוקדמת. חמישה מהם עמדו על סף שחרור ולמעשה לא שבו לבית החולים לאחר חופשת שבת.
- (4) סיבה לא ידועה - ראיונם של 16 איש לא התבצע בשל סיבות שונות שלא ניתן להגדירן אחרת מאשר "פספוסים". ברוב המקרים נקבע מועד שחרור ולמרות זאת המראיין לא ערך את ראיון השחרור.

לוח ג2: התפלגות החולים שלא רואיינו בשחרור, לפי בתי חולים ולפי סיבת אי הריאיון

סך הכל לא רואיינו בשחרור	סיבה לא ידועה	עזיבה פתאומית	מצב סעודי או סעודי מורכב	מוות	בית חולים
<b>43</b>	<b>16</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>11</b>	<b>סה"כ</b>
13	6	2	2	3	מס' 1
10	2	2	4	2	מס' 4
4	3	1	-	-	מס' 5
7	4	2	-	1	מס' 6
4				4	מס' 7
5	1	2	1	1	מס' 8

## 2. השוואה בין מאפייני אוכלוסיית המחקר לחולים שלא רואיינו בשחרור

במטרה לבחון האם קיימים הבדלים בין אוכלוסיית המחקר שנכללה בשחרור (367 איש), לבין האוכלוסייה שנשרה (43 איש), השווינו את מאפייניהן של שתי הקבוצות. ההשוואה כללה מאפיינים דמוגרפיים, מצב קליני, מחלות נלוות ומצב תפקודי לפני האירוע, תנאי מגורים ומקורות תמיכה.

ההשוואה העלתה, כי לא היו הבדלים בין שתי הקבוצות במאפיינים דמוגרפיים כמו מין, גיל, מצב משפחתי, מערכת משפחתית, ארץ מוצא, השכלה ומצב כלכלי. לא היו הבדלים בין שתי הקבוצות במצב תפקודי בקבלה לאשפוז וכמו כן לא היו הבדלים בשיעור חולי שבץ מוחי ושבר הירך.

המאפיינים שבהם היו הבדלים מובהקים בין שתי הקבוצות נוגעים לחומרת המחלה. שיעור החולים עם אפזיה, חולים בעלי תחושה שטחית לקויה, ובעלי התמצאות לקויה היה גבוה יותר באופן מובהק סטטיסטית בקרב אלה שלא רואיינו בשחרור מאשר בקרב אלה שרואיינו. בשאר מאפייני חומרת המחלה כמו אירוע דומה בעבר, אבחנות נוספות, טווח תנועה בגפה העליונה ומצב תפקודי לפני האירוע, לא היו הבדלים בין שתי הקבוצות.

משך הזמן מהאירוע ועד הקבלה לאשפוז היה ארוך באופן מובהק בקרב אלה שלא רואיינו בשחרור בהשוואה לאלו שרואיינו.

לסיכום, השוואת מאפייני החולים שלא רואיינו בשחרור לאלה שרואיינו מצביעה על כך שברוב המאפיינים לא היו הבדלים בין שתי הקבוצות. ההבדלים בין הקבוצות מתייחסים בעיקר למאפיינים הקשורים לחומרת המחלה בקבלה לאשפוז. לכן אנו יכולים להניח, שההבדלים בין שתי הקבוצות מושפעים בעיקר מהחולים הקשים יותר, שהיו מועדים יותר שלא לסיים את תהליך השיקום, ולא על ידי החולים שראיונם לא התקיים בעת השחרור עקב "פספוסים". קבוצה זו לא השפיעה ככל הנראה על ההבדלים בין אלה שרואיינו לאלה שלא רואיינו בעת השחרור מאשפוז.

לוח 3: מאפייני אוכלוסיית המרואיינים בהשוואה ללא מרואיינים (באחוזים)

מאפייני האוכלוסייה	לא רואיינו בשחרור N=43	רואיינו בשחרור N=367
<b>מאפיינים דמוגרפיים</b>		
מין: גברים	41	36
<b>מצב משפחתי</b>		
נשוי עם ילדים	46	45
לא נשוי עם ילדים	36	45
לא נשוי בלי ילדים	18	10
<b>ארץ מוצא: אירופה/אמריקה/ישראל</b>	71	69
<b>מצב כלכלי: רק ביטוח לאומי</b>	39	32
<b>מצב קליני ומחלות נלוות</b>		
<b>אבחנה</b>		
שבץ מוחי	59	46
שבר הירך	41	54
<b>ציון ברטל בקבלה</b>		
40-0	57	50
60-41	20	30
100-61	23	20
<b>קיום אפדיה</b>	21	10
<b>התמצאות לקויה</b>	18	5
<b>תחושה שטחית לקויה</b>	54	26
<b>שבר בעבר</b>	5	6
<b>שבץ מוחי בעבר</b>	15	11



# JDC-BROOKDALE INSTITUTE OF GERONTOLOGY AND HUMAN DEVELOPMENT

---

## **The Quality of Rehabilitative Care in Geriatric Hospital Settings**

Netta Bentur • Reuven Eldar • Michael Davies

---

## **R e s e a r c h   R e p o r t**

This study was funded in part  
by a grant from WHO/Europe

RR-230-95





## WHAT IS THE JDC-BROOKDALE INSTITUTE?

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

An independent not-for-profit organization that operates under the auspices of the American Jewish Joint Distribution Committee (AJJDC) and the Government of Israel.

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

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

The research involves an interdisciplinary approach with a focus on five main areas:

- ♦ Aging
- ♦ Health Policy
- ♦ Immigrant Absorption
- ♦ Children and Youth with Special Needs
- ♦ Disability

# The Quality of Rehabilitative Care in Geriatric Hospital Settings

Netta Bentur<sup>1</sup> Reuven Eldar<sup>2</sup> Michael Davies<sup>3</sup>



This study was funded in part by a grant from WHO/Europe.

<sup>1</sup>Researcher, JDC-Brookdale Institute of Gerontology and Human Development, Jerusalem

<sup>2</sup>Director, Fleischman Unit for the Study of Disability, Loewenstein Hospital - Rehabilitation Centre, Raanana

<sup>3</sup>Professor Emeritus, Hebrew University - Hadassah School of Public Health and Community Medicine, Jerusalem

BR-RR-230-95  
c.3

JDC-Brookdale Institute of Gerontology  
and Human Development  
P.O.B. 13087  
Jerusalem 91130 Israel  
Tel: (02) 655 7400  
Fax: (02) 612 391

ISSN 0334-9012





## **Abstract**

The increase in life expectancy has led to continuous growth in the number of elderly people exposed to acute events and chronic illnesses, who hence need rehabilitation. In Israel, rehabilitative care for the elderly is provided primarily in the geriatric wards of general hospitals and in geriatric hospitals. These two types of hospital differ from one another in many respects.

This study aimed to examine the quality of rehabilitative care in the framework of geriatric care, to comprehensively evaluate the system, and to compare the two types of hospital setting. The study population comprised 410 patients who had suffered a stroke or hip fracture, half of whom had been admitted to four geriatric wards in general hospitals, and half of whom had been admitted to four geriatric hospitals. The average age of these patients was 76; one-third of them were men.

The findings of the study were analyzed according to a model comprising four components: the structure of the hospital setting; the process of care; the composition of the patient population; and the outcomes of rehabilitation. The relationship among these components was examined, and a comparison made of the two types of hospital setting.

The findings revealed that the hospital settings differed in their structure and processes of care, including their organizational structure, staff composition and quantity, admission criteria and procedures, time elapsed between the acute event and hospitalization, and quantity of rehabilitative care provided. The study showed that, in most cases, geriatric wards in general hospitals had an advantage over geriatric hospitals regarding in the characteristics representing processes of care. The average length of stay in geriatric wards of general hospitals was six weeks, while that in geriatric hospitals was ten weeks.

The two types of hospital setting also differ in the composition of the populations they admit for geriatric care. The proportion of patients with poor functional status and who suffered orientation disorders, problems controlling their sphincters and sensory disorders was higher among those admitted to geriatric hospitals than among those admitted to geriatric wards in general hospitals.

This comparison reveals that the two types of hospital setting represented two alternate models of rehabilitation for the elderly. Geriatric wards of general hospitals focused on the less severely ill elderly, providing them with more intensive care during a relatively short period, while geriatric hospitals focused on the more severely disabled, over a longer period of time.

The outcomes of rehabilitation were examined using three measures: functional status at discharge; discharge destination; and satisfaction with care. The findings show that the functional status of the study population was better at discharge than at admission; that 80% of the study population returned to their previous residences; and that their satisfaction with care was high.

Although the functional status of patients admitted to geriatric hospitals was not as good as that of patients admitted to geriatric wards in general hospitals, no differences were found between patients in these two types of hospital setting at discharge. Also, a similar proportion of patients in both types of hospital setting returned to their prior residences after discharge. However, satisfaction with care was higher among patients in general hospitals than among those in geriatric hospitals.

A multivariate analysis revealed that the variables that had a significant effect on better functional status at discharge were better functional status at admission, hip fracture (as opposed to stroke), relatively younger age, and normal functioning in IADL prior to the acute event. Among the characteristics of the hospital setting, hospitalization in a geriatric hospital was related to better functional status at discharge, compared to hospitalization in a geriatric ward of a general hospital. The effect of other variables related to the hospital setting (the quantity of occupational therapy and physiotherapy, waiting times for admission and length of hospitalization) were not significant. Satisfaction was significantly related to hospitalization in a geriatric ward of a general hospital, more occupational and physical therapy sessions, better functional status at discharge and normal spatial orientation.

This study presents the first comprehensive analysis undertaken in Israel of the quality of rehabilitative care in geriatric settings. Since the data were collected, Israel's health care system has undergone reform, and a great many changes have been made in both community and hospital care. Consequently, and in light of this study's findings, further examination should be made of the alternate models of geriatric rehabilitation and the organization of the system of geriatric rehabilitative care. In addition, expanded cost-effectiveness analyses should be conducted to ensure that each model is used to advantage, and that its disadvantages are identified and its efficiency improved. The findings of this study provide the basis for a comprehensive assessment of policy regarding geriatric rehabilitation. Furthermore, they may be used in formulating a broad and efficient rehabilitation policy which will meet the needs of the elderly and fit along the continuum of geriatric services that extends from the community to the hospital.

## **Acknowledgments**

While conducting this study and preparing this report we were assisted by many people, to whom we would like to express our gratitude.

First, we wish to thank the hospital directors who enabled us to conduct the study by opening their doors to us and giving of their time and knowledge. We are especially grateful to Dr. Beni Habet, then-director of the Department for Chronic Illnesses and Aging of the Ministry of Health, for supporting us and facilitating our work. Our thanks also to the elderly people who agreed to participate in the study.

We thank all those whose illuminating comments and suggestions contributed to the design of both the conceptual framework for the study and its methodology. Special thanks to Professor Arik Peretz and Dr. Uri Yannai of the Hebrew University.

We thank all those of our colleagues at the JDC-Brookdale Institute who offered counsel and guidance during the course of our work, particularly Revital Gross and Dan Yuval, who read earlier drafts of this report.

Finally, we would like to thank Jenny Rosenfeld, who edited the report with talent and skill, and Elana Shizgal, who typed it.

## Table of Contents

I.	Introduction	1
II.	Background of the Study: Geriatric Hospital Settings in Israel and Elsewhere	2
	1. General Overview of Models of Geriatric Hospital Services	2
	2. The Geriatric Hospital System in Israel	4
	3. Summary	5
III.	An Evaluation of Geriatric Hospital Settings: The Model Under Study	6
	1. The Background to Constructing the Model	6
	2. The Model	8
IV.	Study Goals	8
V.	Study Design	9
	1. The Conceptual Framework	9
	2. The Study Population	9
	3. Study Tools and Methods	12
VI.	The Structure of the Geriatric Hospital System	15
	1. Definition and Organizational Structure of the Hospital Settings	15
	2. Physical Structure	16
	3. Equipment	16
	4. Staff Composition	17
	5. The Structure of the System: Summary and Discussion	18
VII.	Work Procedures and Processes of Care in the Geriatric Hospital System	19
	1. The Process of Admission to Hospitalization	19
	2. Admission Procedures	20
	3. Time Elapsed between the Acute Event and Geriatric Hospitalization	22
	4. Ongoing Work Procedures	23
	5. Length of Hospital Stay	24
	6. Discharge Procedures	24
	7. The Quantity of Rehabilitative Care	25
	8. Summary and Discussion	27

VIII.	Sociodemographic, Medical and Functional Characteristics of the Study Population	28
1.	Sociodemographic Characteristics	28
2.	Medical Status and Severity of Illness at Admission	30
3.	Medical and Functional Status prior to the Acute Event	31
4.	Housing and Living Conditions	32
IX.	The Outcomes of Rehabilitation	33
1.	Functional Status	33
2.	Discharge Destination	40
3.	Satisfaction with Care	43
X.	Discussion and Conclusions	45
1.	Contributions of the Conceptual Framework and the Model	46
2.	Conclusions	47
	Bibliography	51
	Appendices	
I:	Interview and Data Collection Procedures	56
II:	Variables	58
III:	Description of the Sample and Rate of Coverage	62

## List of Tables

Table 1:	The Study Population, by Hospitals, Period of Data Collection and Admissions	11
Table 2:	The Study Population, by Type of Hospital and Diagnosis	11
Table 3:	Variables Used in the Study	13
Table 4:	Staffing Ratio per 100 Beds in Each of the Eight Hospitals Included in the Study	17
Table 5:	Time Elapsed (in Days) between the Acute Event and Admission to the Hospital, by Type of Hospital	23
Table 6:	Length of Hospital Stay of the Study Population, by Type of Hospital	24
Table 7:	Number of Physical Therapy Sessions per Week, by Type of Hospital	26
Table 8:	Length of Physical Therapy Session, by Type of Hospital	26
Table 9:	Number of Occupational Therapy Sessions per Week, by Type of Hospital	26
Table 10:	Length of Occupational Therapy Session, by Type of Hospital	27
Table 11:	Number of Meetings with Social Worker, by Type of Hospital	27
Table 12:	Demographic Characteristics of the Study Population, by Type of Hospital	29
Table 13:	Medical Characteristics and Related Conditions of the Study Population, by Type of Hospital	30
Table 14:	Medical and Functional Status of the Study Population Prior to the Acute Event, by Type of Hospital	32
Table 15:	Functional Status at Admission (Using the Barthel Index), by Type of Hospital	33
Table 16:	Functional Status at Discharge (Using the Barthel Index), by Type of Hospital	34

Table 17:	Average Score for Functional Status at Discharge (Using the Barthel Index), by Selected Variables	35
Table 18:	A Multivariate Regression Analysis of Functional Status at Discharge of the Total Study Population	37
Table 19:	Functional Status at Discharge (Using the Barthel Index) of Patients with Poor Functional Status at Admission (Barthel Score of $\leq 40$ ), by Type of Hospital	38
Table 20:	A Multivariate Regression Analysis of Patients with Poor Functional Status at Admission (Barthel Score of $\leq 40$ )	39
Table 21:	A Multivariate Regression Analysis of Functional Status at Discharge, by Type of Hospital	40
Table 22:	Length of Hospital Stay, by Discharge Destination	42
Table 23:	A Logistic Regression of Factors Influencing Return to Prior Residence	43
Table 24:	Patient Satisfaction with Professional Standards, by Type of Treatment	43
Table 25:	Patient Satisfaction with Staff Attitudes, by Type of Treatment	44
Table 26:	Summary Measure Scores of Satisfaction, by Type of Hospital	44
Table 27:	An Analysis of Variance: Summary Measures of Patients' Satisfaction with Care	45