

UNIVERSITATEA BABEȘ-BOLYAI
FACULTATEA DE ȘTIINȚE ECONOMICE ȘI GESTIUNEA AFACERILOR
DEPARTAMENTUL DE MANAGEMENT

TEZĂ DE DOCTORAT

REZUMAT

**ANALIZA FACTORILOR DE MEDIU CARE
INFLUENȚEAZĂ MANAGEMENTUL ALOCĂRII
RESURSELOR PENTRU PREVENIREA DIABETULUI
ZAHARAT**

Coordonator științific:

Prof. univ. dr. ILIEȘ Liviu

Mazal

Doctorand:

AZENCOT

Cluj-Napoca

2014

Tabel de cuprins al rezumatului

Tabel de cuprins al tezei	3
Cuvinte cheie	7
Introducere	8
Structura tezei	12
Designul și metodologia cercetării	14
Rezultate	17
Discuții	27
Concluzii și contribuții personale.....	35
Contribuții teoretice și practice	37
Limitele cercetării	40
Direcții viitoare de cercetare	42
Bibliografie	42

Tabel de cuprins al tezei

Cuprins

Capitolul 1:	1.	Introducere	10
Capitolul 2:	2.	Managementul și managementul sănătății	15
	2.1.	Managementul în contextul sistemului de sănătate	15
	2.1.1.	Gestionarea sistemelor de sănătate	15
	2.1.1.2.	Trăsăturile sistemelor de sănătate	15
	2.1.2.	Ce presupune managementul sistemului de sănătate?	16
	2.1.3.	Sistemul de sănătate - gestionarea unui sistem complex	19
	2.2.	Calitatea în managementul sănătății	24
	2.2.1.	Ce este calitatea?	25
	2.2.2.	Calitatea în sistemul de sănătate	26
	2.2.3.	Măsurarea calității în sistemele medicale	29
	2.3.	Calitatea în abordările de management al sănătății	32
	2.3.1.	Modelul Managementului Calității Totale (MCT)	33
	2.3.2.	Modelul Managementului Relațiilor cu Clienții (MRC)	37
	2.3.3.	Abordarea Managementului Proactiv	40
Capitolul 3:	3.	Politica și managementul sănătății – cazul Israelului	43
	3.1.	Sistemul de sănătate din Israel	43
	3.1.1.	Dezvoltarea și structura actuală a sistemului de sănătate israelian	43
	3.1.2.	Finanțarea sistemului de sănătate israelian	47
	3.1.3.	Accesul la serviciile de sănătate	50
	3.2.	Sistemul de sănătate din kibbutzuri	52
	3.3.	Managementul Calității în Israel	56
Capitolul 3:	4.	Diabetul zaharat și managementul acestuia	59

	4.1.	Morbiditate și tratament în diabetul zaharat	59
	4.1.1	Boala diabetului zaharat și tratamentele acesteia	60
	4.1.1.1.	Ce este diabetul zaharat?	60
	4.1.2.	Prevalența diabetului zaharat în cadrul populației	61
	4.1.3	Tratamentul diabetului zaharat	63
	4.1.3.1.	Tratamentele disponibile	63
	4.1.4	Complicațiile diabetului zaharat	64
	4.2	Rolul îngrijirii primare și al implicării asistentului medical în evitarea complicațiilor	65
	4.3	Managementul tratamentului diabetului zaharat în kibbutz și la oraș	68
Capitolul 5:	5.	Designul și metodologia cercetării	70
	5.1	Introducere	70
	5.2	Abordarea cercetării	71
	5.2.1.	Studiu de caz	71
	5.2.2.	Abordarea cercetării calitative	73
	5.2.3	Abordarea cercetării cantitative	73
	5.3.	Întrebările cercetării	74
	5.4.	Ipotezele cercetării	75
	5.5.	Eșantionul de participanți	75
	5.6.	Instrumentele cercetării	76
	5.6.1.	Interviurile	76
	5.6.2.	Chestionarele	79
	5.6.3.	Măsuri medicale	80
	5.7.	Politica de gestionare a alocării resurselor pentru prevenirea diabetului zaharat	81
	5.8.	Validitate și fidelitate	83
	5.8.1.	Fidelitate	83
	5.8.2	Triangularea	84
	5.9.	Analiza datelor	84
	5.9.1.	Analiza datelor calitative	84

	5.9.2.	Analiza datelor cantitative	85
	5.10.	Considerații etice	86
Capitolul 6:	6.	Rezultate	87
	6.1.	Datele demografice - eșantionul de populație	87
	6.2.	Rezultatele cantitative privind prima întrebare a cercetării	89
	6.3.	Rezultatele calitative privind prima întrebare a cercetării	97
	6.4.	Rezultatele cantitative privind a doua întrebare a cercetării	110
	6.5.	Rezultatele calitative privind a doua întrebare a cercetării	118
Capitolul 7:	7.	Discuții	128
	7.1.	Discutarea rezultatelor cercetării privind prima întrebare a cercetării: Diferențele de abordare a managementului la oraș și în kibbutz	129
	7.2.	Discutarea rezultatelor cercetării privind a doua întrebare a cercetării: Legătura dintre abordarea managementului în localitatea de reședință (kibbutz vs. oraș) și prevenirea complicațiilor diabetului zaharat	137
	7.3.	Inovațiile prezentei cercetări	145
	7.4.	Discutarea limitelor cercetării	147
	7.4.1.	Limitele privind participanții la cercetare	147
	7.4.2.	Limitele privind instrumentele de cercetare	147
	7.4.3.	Limitele privind cercetătorul	148
Capitolul 8:	8.	Concluzii și contribuții personale	149
	8.1.	Concluzii și recomandări	149
	8.2.	Contribuții teoretice și practice	150
	8.3.	De la stadiul actual al cunoașterii la contribuția prezentei cercetări la cunoaștere	154
	8.4.	Direcții viitoare de cercetare	154
	8.5.	Importanța acestei cercetări	154
	8.5.1.	Importanța acestei cercetări în Israel	155
	8.5.2.	Semnificația universală a prezentei cercetări	157
		Bibliografie	158
		Anexe	173

Lista figurilor

Figura 1:	Factorii care influențează gestionarea programărilor	20
Figura 2:	Exemplul unei rețele de livrare influente în sistemul de sănătate	23
Figura 3:	Modelul de abordare a MCT avansat de Deming	34
Figura 4:	Distribuția membrilor din serviciile OMS în anul 2010	47
Figura 5:	Accesul la serviciile de sănătate primară	91
Figura 6:	Măsurarea valorii HbA1C în cazurile de diabet zaharat	111
Figura 7:	Model de tratament al diabetului zaharat	157

Lista tabelelor

Tabelul 1:	Probleme externe și interne care trebuie să stea în atenția managerului unei organizații de sănătate.	18
Tabelul 2:	Sarcinile managementului în sistemul de sănătate în funcție de sarcină și partea interesată.	19
Tabelul 3:	Principalele perspective asupra MCT - Managementul Calității Totale (Walton, 1986; Crosby, 1984; Juran, 1992)	36
Tabelul 4:	Prevalența diabetului zaharat în Israel (Sursa: Sondaje privind Serviciile de sănătate: 1-3/1993, 1996/97, 2009\2012 - Biroul central de statistică și Ministerul Sănătății)	62
Tabelul 5:	Interviuri cu membrii personalului medical și cu cei ai personalului paramedical din serviciile de sănătate „Clalit”	78
Tabelul 6:	Coeficienți statistici de fidelitate 11 – 16	83
Tabelul 7:	Coeficienți statistici de fidelitate 18 – 20	83
Tabelul 8:	Caracteristicile demografice ale participanților (N=636	87
Tabelul 9:	Distanța față de clinică	90
Tabelul 10:	Controalele inițiate de clinică	91
Tabelul 11:	Vizitele la dentist	92
Tabelul 12:	Atitudinea privind greutatea	93
Tabelul 13:	Un stil de viață sănătos	94
Tabelul 14:	Asigurări suplimentare	95
Tabelul 15:	Ocomparație a personalului medical din clinici la nivel de kibbutz și, respectiv, de oraș	105
Tabelul 16:	Măsurarea pe bază de HbA1C a echilibrului glucozei din sânge	111

Tabelul 17:	Testul de măsurare a glicemiei	112
Tabelul 18:	Vizitele la nutriționist	113
Tabelul 19:	Numărul de complicații	113
Tabelul 20:	Numărul de spitalizări ale participanților	114
Tabelul 21:	Nivelul de “Amploare a complicațiilor” la participanți	114
Tabelul 22:	Numărul de decese ale participanților la cercetare	115
Tabelul 23:	HbA1C și serviciile suplimentare	115
Tabelul 24:	ANOVA – Corelația dintre numărul de specialiști și indexul HbA1C	116
Tabelul 25:	Servicii și complicații suplimentare	116
Tabelul 26:	HbA1C, talia, IMC, și complicațiile	117
Tabelul 27:	Nivelul responsabilității personale, IMC, HbA1c, talia, și complicațiile	117
Tabelul 28:	Paradigme modificate ale îngrijirii medicale	156

Cuvinte cheie:

Management, Managementul sănătății, sistemul de sănătate în kibbutz, diabetul zaharat, managementul calității totale, managementul relațiilor cu clienții, managementul proactiv, modelul îngrijirii cronice, axarea pe pacient, studiul de caz.

Capitolul 1: Introducere

Cercetarea se axează pe aspecte privind alocarea resurselor de sănătate și abordările manageriale: personalul medical din clinici, accesul la asistența medicală primară și accesul la asistența medicală de specialitate, accesul la clinică, plata pentru serviciile de sănătate, asigurările suplimentare de sănătate, starea de sănătate a pacientului și managementul orientat spre client.

Nucleul prezentei cercetări reprezintă o comparație între diferite abordări ale managementului și efectele acestora în două tipuri specifice de comunități israeliene - kibbutzul (o așezare comunal-rurală) și orașul. În vederea realizării obiectivelor prezentei cercetări, au fost alese două populații de pacienți care suferă de diabet zaharat de tip 2.

Eșantionul cercetării a inclus 636 participanți recrutați dintr-un studiu care continuă cu un follow-up la pacienți care suferă de diabet zaharat (diabet de tip 2), cu vârste cuprinse între 55 și 75 de ani. În studiu au fost incluși participanți recrutați din două clinici specializate în tratarea diabetului zaharat din oraș și din 20 de clinici din kibbutzurile aflate în vecinătatea orașului Haifa.

Scopul unui sistem de îngrijire a sănătății este acela de a răspunde provocărilor urgente de îmbunătățire a sănătății populației și a calității vieții. Tendințele fluctuante din domeniul îngrijirii medicale necesită o schimbare corespunzătoare a modului în care asistența medicală este organizată și acordată, de așa manieră încât aceasta să conducă la satisfacerea nevoilor pe termen lung și scurt ale unei societăți în care există o prevalență crescută a bolilor cronice și în care nevoile de sănătate se schimbă și ele.

Sistemul de sănătate necesită un mecanism de gestionare a diferitelor domenii de activitate, cum ar fi resursele umane, managementul cunoașterii și tehnologiei, gestionarea eficientă a bugetelor, asigurând, în același timp, îndeplinirea pleiadei de cerințe contradictorii venite din partea a numeroase entități interesate, cum ar fi clienții, factorii de decizie, angajații și furnizorii. Teoria privind managementul sistemului de sănătate urmărește să ofere managerilor de la diferite niveluri instrumentele necesare pentru a atinge toate aceste obiective (Lagergren, 1998).

Legea națională a asigurărilor de sănătate a fost promulgată în Israel la începutul anilor '90, aceasta garantând accesul fiecărui cetățean la serviciile de sănătate,

indiferent de statutul său economic și social. Legiuitorii au declarat în mod explicit că sistemul național de asigurări din domeniul sănătății trebuie să se bazeze pe principiile justiției, egalității și asistenței reciproce (Keidar & Horev, 2010; Hinitz, 2010).

Sistemele medicale comunitare din Israel și din întreaga lume sunt concepute în așa fel încât să ofere populației servicii medicale de rutină, ocupându-se de problemele curente din clinicile primare și din institutele de îngrijire a sănătății și angajându-se în diverse activități de promovare a sănătății, cum ar fi planificarea familială și refacerea într-un cadru comunitar.

În Israel, acest sistem încearcă să aducă serviciile de îngrijire a sănătății în imediata apropiere a clientului și să prevină, pe cât posibil, necesitatea unor spitalizări.

Sisteme medicale comunitare joacă un rol major în furnizarea de servicii de îngrijire primară, care conduc la prevenirea complicațiilor bolii pe termen lung și la rezultate mai bune privind sănătatea.

Eșantionul a constatat din participanți proveniți de la oraș și din kibbutzuri. Kibbutzul reprezintă o formă de comunitate cooperatistă specifică statului Israel. Managementul kibbutzurilor se bazează pe convingerea că fiecare membru contribuie cu ceea ce îi stă în putință și este recompensat în funcție de nevoile sale. Printre valorile de bază se numără principiile proprietății colective, producerii și desfacerii în comun a produselor, egalității, reciprocității și muncii autosuficiente (Sheaffer, 2010).

Sinteza literaturii de specialitate semnalează existența unor diferențe între participanții de la oraș și cei din kibbutzuri în ceea ce privește finanțarea serviciilor de sănătate, speranța crescută de viață, satisfacția și accesul la serviciile de îngrijire a sănătății. Bugetul acoperit parțial de către guvern înregistrează un declin constant de mai mulți ani înapoi, finanțarea privată fiind în creștere (Chernichovsky, 2007, 2008; Ben Nun și Keidar, 2007, Cohen, 2011). Comparativ cu situația de la oraș, bugetul de sănătate al unui kibbutznik a fost mai mare cu 32% - 36% decât cel al populației generale de la nivelul întregului Israel (Palgi & Orchan, 2007, 2009).

Participanții la cercetare au fost cu toții pacienți cu diabet de tip 2. Diabetul este o boală cronică ce aparține unei categorii de boli metabolice cronice, cauza sa fiind încă necunoscută; caracteristica diabetului zaharat este concentrația mare de zahăr - glucoză, mai precis - în sânge (Triplitt, 2012). Diabetul zaharat este o boală cronică a cărei prevalență în lume și în Israel este în continuă creștere, indiferent dacă ne

referim la țările dezvoltate sau la cele mai puțin dezvoltate. Diabetul zaharat reprezintă o povară grea pentru sistemul de sănătate, pentru pacienți și familiile acestora.

Progresele rapide înregistrate în medicină, precum și extinderea serviciilor medicale au condus la necesitatea crescută de control al calității, de evaluare a calității și nivelului serviciilor, rolul controlului calității serviciilor prestate devenind din ce în ce mai important.

Percepția privind calitatea necesită o reexaminare a sistemului de sănătate din perspectiva unui sistem ca oricare altul care furnizează servicii către clienți, asemeni unei organizații de afaceri. Organizațiile care oferă servicii de sănătate încearcă să furnizeze servicii de o calitate mai înaltă, ele rămânând în cadrul resurselor existente, dar căutând să atingă rezultate superioare. Atitudinea predominantă este aceea că asistența medicală de înaltă calitate va fi mult mai eficientă în atingerea obiectivelor de sănătate, în prevenirea complicațiilor medicale și a tratamentelor inutile, ceea ce va conduce la reducerea costurilor (Shneider și Bowan, 1995).

Managementul unui sistem de îngrijire a sănătății trebuie să creeze condiții pentru ca sistemul să devină sigur, eficient, orientat spre pacient, furnizarea serviciilor fiind echitabilă și promptă.

Managerii din sistemul de sănătate ar trebui să se dedice îmbunătățirii calității vieții persoanelor și comunităților, să facă eforturi în direcția excelenței și să monitorizeze continuu sistemele aflate în responsabilitatea lor în termeni de accesibilitate, satisfacție, calitate și costuri (Gail & Griffith, 2001).

Măsura calității reprezintă instrumentul central de evaluare a valorii în sistemul medical, întrucât acesta reunește interesele tuturor părților interesate ale sistemului. Pentru a atinge un nivel înalt de calitate a performanței, se poate recurge la abordarea MCT.

Abordarea MCT a fost examinată în lumina (a) rutinei muncii de fiecare zi prin care sunt colectate datele; (b) unui program central, care să permită observarea și analiza datelor; (c) politicii duse de către serviciile de îngrijire a sănătății în vederea îmbunătățirii serviciilor oferite clienților.

Abordarea MCT ajută echipele să înțeleagă și să dobândească instrumente pentru menținerea calității performanței la un nivel ridicat pe o perioadă îndelungată de timp.

O altă abordare care ajută personalul medical să mențină înalta calitate a valorii tratamentului acordat pacienților este abordarea MRC.

Managementul Relațiilor cu Clienții (MRC) - această abordare pune accentul pe client și, ca atare, ea vine în întâmpinarea nevoilor de ansamblu ale acestuia, chiar și atunci când nevoile unuia și aceluiași client pot părea contradictorii. Această abordare necesită o relație specială cu clientul.

În perioada actuală, abordările din domeniul managementului asistenței medicale își focalizează atenția asupra pacientului: poziția pe care o ocupă pacientul este una centrală, acesta fiind înconjurat de către toți furnizorii de servicii, ceea ce sporește posibilitatea acordării unei îngrijiri medicale de maximă calitate.

Întrebările cercetării au fost următoarele:

1. Cum influențează abordarea managementului din kibbutz și de la oraș apariția unor complicații la pacienții cu diabet zaharat?
2. Cum influențează abordarea managementului din kibbutz și de la oraș “amploarea complicațiilor” (CE) la pacienții cu diabet zaharat?

Stadiul actual al cunoașterii

Stadiul actual al cunoașterii care a premers prezenta cercetare: în studiul realizat de către Prof. Halon David și Mazal Azencot, comparația dintre participanții care locuiesc în oraș și cei care trăiesc în kibbutzuri a reliefat faptul că diferențele constatate în domeniul îngrijirii sănătății sunt în favoarea participanților din kibbutzuri.

Aceste rezultate susțin cercetarea realizată de către Leviatan et. al. (1985), care a constatat că aceste diferențe legate de sănătate ar putea fi motivul pentru speranța de viață mai mare a locuitorilor din kibbutz. Aceste constatări au reprezentat motivația pentru efectuarea prezentei cercetări.

Prezentul studiu urmărește să examineze legătura dintre abordarea de management și impactul acesteia asupra amplitudinii complicațiilor diabetului zaharat.

Obiectivele cercetării:

1. Cum influențează abordarea de management complicațiile diabetului zaharat la pacienții din oraș și din kibbutz?
2. Diferențele de abordare a managementului în clinicile din kibbutzuri și de la oraș privind alocarea de resurse pentru prevenirea complicațiilor diabetului zaharat, reliefând, în același timp, elementele care sunt unice în ambele abordări.

Structura tezei

Lucrarea este structurată în opt capitole care acoperă tema de cercetare sub aspect teoretic, metodologic și practic. Vom prezenta mai jos structura tezei.

Capitolul 2: abordează conceptul de management așa cum se manifestă acesta în cadrul sistemului de sănătate, discutând, de asemenea, o idee care este esențială pentru înțelegerea modului de evaluare a performanței în lumea medicală - măsurarea calității. Anumite modele de îmbunătățire a calității vor fi prezentate în continuarea acestui capitol, ele dovedindu-se utile pentru crearea unei calități optime în lumea medicală - Managementul Calității Totale, Managementul Relațiilor cu Clienții și abordarea Managementului Proactiv.

Capitolul 3: Scena studiului de caz care reprezintă subiectul prezentului studiu este sistemul de sănătate din Israel. În urmărire, este nevoie de o înțelegere aprofundată a acestui sistem pentru o evaluare a datelor culese în cadrul studiului și de o înțelegere a contextului în care datele ar trebui să fie evaluate. Următorul capitol detaliază cunoștințele existente despre sistemul de sănătate israelian în vederea satisfacerii acestor nevoi.

Această secțiune tratează structura sistemului de sănătate, alocarea de fonduri, accesibilitatea și disponibilitatea clinicilor implicate în tratarea diabetului zaharat și managementul pacienților cu diabet zaharat în două sectoare: (1) clinicile de la oraș; (2) clinicile din kibbutzuri.

De asemenea, acest capitol va include o scurtă descriere a istoriei și evoluției kibbutzurilor, iar apoi o discuție a sistemului de sănătate din kibbutzuri.

Capitolul 4: Acest capitol prezintă sinteza literaturii de specialitate și stabilește legătura dintre variabilele dependente și cele independente ale prezentei cercetării: capitolul explică natura bolii diabetului zaharat, ratele de morbiditate, precum și legătura dintre managementul tratamentului diabetului zaharat acordat pacienților și consecințele privind numărul de complicații suferite de pacienți.

Dincolo de tratarea bolii și a gamei sale de simptome bine definite, tratamentul diabetului zaharat se caracterizează prin încercarea de a preveni complicațiile și deteriorarea stării pacientului; spre deosebire de alte boli, unde scopul tratamentului este acela de însănătoșire a pacientului, în cazul diabetului zaharat obiectivul tratamentului este acela de menținere a situației existente și de prevenire a deteriorării acesteia.

Capitolul 5: este intitulat „Designul și metodologia cercetării”. Acest studiu integrează abordarea naturalistă a cercetării calitative, prin intermediul căreia cercetătorul dorește să înțeleagă fenomenele și nu doar să le explice prin formularea unor reguli și generalizări, cu analiza datelor cantitative (Creswel, 2003, 2011, 2013, Fetters et. al., 2013).

Capitolul 6: se intitulează „Rezultatele cercetării”. Acest capitol prezintă rezultatele referitoare la managementul resurselor de sănătate în funcție de locul de reședință, ca factor ce influențează controlul diabetului zaharat și al complicațiilor acestuia.

Capitolul 7: este intitulat „Discuții”. Acest capitol discută rezultatele în raport cu întrebările cercetării, inovațiile aduse de prezenta cercetare și limitele acesteia, precum și modalitățile de a depăși aceste limite.

Capitolul 8, intitulat „Concluzii”, prezintă concluziile finale privind cercetarea teoretică și experimentală, recomandări pentru cercetările ulterioare și contribuțiile prezentei cercetări.

În prezenta cercetare, încercăm să înțelegem care sunt factorii care îi pot ajuta pe pacienții cu diabet zaharat să facă față bolii și să mențină controlul asupra acesteia. Dată fiind complexitatea diabetului zaharat, precum și complicațiile acestuia, ceea ce se impune este coordonarea între diferiții furnizorii de servicii de asistență medicală.

Designul și metodologia cercetării

Prezentul studiu recurge la abordarea cercetării calitative (Denzin & Lincoln, 2000) și se sprijină pe un sondaj care ține de abordarea cercetării cantitative.

Abordarea cercetării aleasă pentru evaluarea diferențelor dintre cele două populații investigate este cea a studiului de caz, pe baza utilizării mai multor instrumente de cercetare.

Utilizarea mai multor instrumente de cercetare permite descrierea generală a fenomenului investigat și validarea rezultatelor obținute cu fiecare instrument de cercetare separat (Yin, 2003).

Prezenta cercetare caută să examineze diferențele privind abordarea managerială a utilizării resurselor medicale în clinicile din kibbutzuri și în cele de la oraș și influența acestora în sensul prevenirii complicațiilor diabetului zaharat, subliniind și reliefând, totodată, elementele care sunt unice în ambele abordări.

Participanții au fost selectați dintr-o listă preexistentă, utilizată în studiul principal coordonat de către Prof. Halon and Mazal Azencot. Eșantionul este aleator. Toți participanții locuiesc fie la oraș, fie într-un kibbutz. Pe baza acestei metode de eșantionare, fiecare individ în parte a fost selectat aleator, astfel încât fiecare individ de pe listă să aibă o șansă egală de a participa la cercetare.

Eșantionul cercetării a inclus 636 participanți recrutați dintr-un studiu care continuă cu un follow-up la pacienți care suferă de diabet zaharat (diabet de tip 2), cu vârste cuprinse între 55 și 75 de ani. În studiu au fost incluși participanți recrutați din două clinici specializate în tratarea diabetului zaharat din oraș și din 20 de clinici din kibbutzurile aflate în vecinătatea orașului Haifa.

Instrumentele de cercetare

Instrumentele utilizate în această cercetare sunt următoarele:

1. Chestionarele au fost utilizate pentru a examina utilizarea de către participanți a serviciilor de sănătate și nivelul de menținere a sănătății acestora. Au fost administrate chestionare pentru culegerea informațiilor cantitative la un număr de 117 participanți la cercetare care trăiesc în kibbutzuri și în oraș.

După stabilirea unei întâlniri cu participanții, aceștia au fost invitați la clinica din cadrul comunității. Ajunși la clinică, ei au fost rugați să completeze un chestionar bazat pe trei alte chestionare validate anterior:

1. Chestionarul privind reacția la tratament (Yaari, 2002)
2. Chestionarul privind utilizarea serviciilor de sănătate (Hamilis, 2002), axat pe tendințele ce se manifestă în sfera consumului serviciilor de sănătate;
3. Interviu cu un pacient cronic (Levin, 1986) – Chestionarul privind consumul serviciilor de sănătate într-o clinică specializată.

2. Interviu în profunzime cu părțile interesate, care sunt direct relaționate cu clinicile din kibbutz și din oraș, pentru a conferi o mai clară valabilitate fenomenului investigat și concluziilor acestuia.

Au fost efectuate interviuri în profunzime cu 30 de participanți, în încercarea de a examina abordările managementului din ambele tipuri de clinici în ceea ce privește alocarea resurselor pentru tratarea pacienților cu diabet zaharat.

Persoanele intervievate au fost alese în funcție de rolurile lor: medici, asistente medicale, un coordonator la nivel districtual al managementului diabetului zaharat, în sarcina căruia se află toate clinicile din kibbutzuri și de la oraș, și directorul de resurse umane din district.

3. Măsurile medicale s-au bazat pe testele de sânge și urină, prelevate de la toți participanții.

Iată lista datelor preluate din programul de software medical „Ofek” al Organizației de Menținere a Sănătății:

Nivelul HbA1c și apariția unor complicații precum

- Numărul de spitalizări ale participanților.
- Infarctul miocardic.
- Tratamentul cu laser pentru ochi.
- Vascularizația coronariană.
- Boală arterială periferică.
- Insuficiența cardiacă congestivă.
- Microalbuminuria în testele de urină.
- Participant după o intervenție chirurgicală pe cord deschis.
- Vindecarea rănilor severe.

Variabilele cercetării

Variabila dependentă:

Numărul de complicații pe care le suferă pacienții cu diabet zaharat.

Variabilele independente:

1. Resursele de sănătate – abordarea managerială: stilul de management utilizat pentru a preveni complicațiile diabetului zaharat.
2. Locul de reședință – kibbutz vs. oraș.

Considerații etice

1. Proiectul acestei cercetări a fost supus spre aprobare reprezentanței locale a Comisiei de Etică de la Helsinki, de la Centrul Medical Carmel. Acest proces a durat aproximativ 8 luni. Participanții la prezenta cercetare au fost recrutați dintr-un studiu aflat în follow up. Ei au fost rugați să participe la cercetare și să semneze un formular de consimțământ informat.

2. Zece participanți au refuzat să participe la prezenta cercetare; ei au avut anumite afinități cu domeniul medical și cu cel al nursingului și au afirmat că nu au efectuat vizite la clinică; întrucât aceștia și-au administrat singuri tratamentul, ei nu au dorit să participe la prezenta cercetare, care analizează în ce măsură clinicile sunt utilizate de către pacienți.

3. Cercetătorul a respectat cu strictețe anonimatul participanților, în conformitate cu normele eticii medicale. Pe parcursul întregii cercetări, identitatea participanților a fost menținută la un nivel de confidențialitate, prin intermediul unui cod de identificare. Datele au fost prelucrate statistic numai prin intermediul codurilor, fără a recurge la numele participanților sau la numerele de identificare națională a acestora.

Rezultate

Acest capitol prezintă rezultatele referitoare la managementul resurselor de sănătate în funcție de locul de reședință, ca factor ce influențează controlul diabetului zaharat și al complicațiilor acestuia.

Tabelul 1: Caracteristicile demografice ale participanților (N=636)

Parametru		Kibbutz N=133	Oraș N=503	Valoarea-p testul-t Pearson chi-pătrat
		Media \pm abaterea standard	Media \pm abaterea standard	
Vârsta		68.7 \pm 5.6 68.0	68.38 \pm 5.39 67.0	0.733
Sexul	Masculin	59 (44.3)	170 (33.8)	0.224
	Feminin	74 (55.7)	333 (66.2)	
Țara de origine	Israel	71 (53.1)	170 (33.8)	0.037
	Alta	62 (46.9)	333 (66.2)	
Gradul de religiozitate	Religioasă	3 (2.25)	185 (36.8)	0.000
	Atee	130 (97.7)	318(63.2)	
Anii de studiu	<=12 ani	40 (30.9)	276(54.8)	0.024
	>12	93(69.1)	227(45.2)	
Nr. de copii	<=3	82(61.7)	443 (88.2)	0.001
	>3	51(38.3)	59 (11.8)	
Starea civilă	Căsătorit	109 (82)	412 (82.4)	0.852
	Alta	24 (18)	91 (17.6)	

Rezultatele cantitative

Rezultatele cantitative privind prima întrebare a cercetării: *Cum influențează abordarea managementului din kibbutz și de la oraș apariția unor complicații la pacienții cu diabet zaharat?*

Ipoteza cercetării: *există o legătură între abordarea managementului și apariția unor complicații.*

În kibbutz, pacienții vor suferi mai puține complicații decât pacienții de la oraș.

Abordarea managementului - definită ca abordare a managementului pentru prevenirea diabetului zaharat, influențează luarea deciziilor, structura și aspectul clinicii, precum și instrumentele și tehnicile folosite pentru realizarea obiectivelor.

Tabelul 2: Distanța față de clinică

Distanța față de clinică	Oraș N (%)	Kibbutz N (%)	Total N (%)
<=10min	50 (73.5)	45 (91.8)	90 (81.2)
>10min	18 (26.5)	4 (8.2)	27 (18.8)
Total	68 (100)	49 (100)	117 (100)

$\chi^2(1)=6.252$ valoarea-p=0.012

S-a constatat că distanța până la clinică este mai scurtă pentru participanții din kibbutzuri;

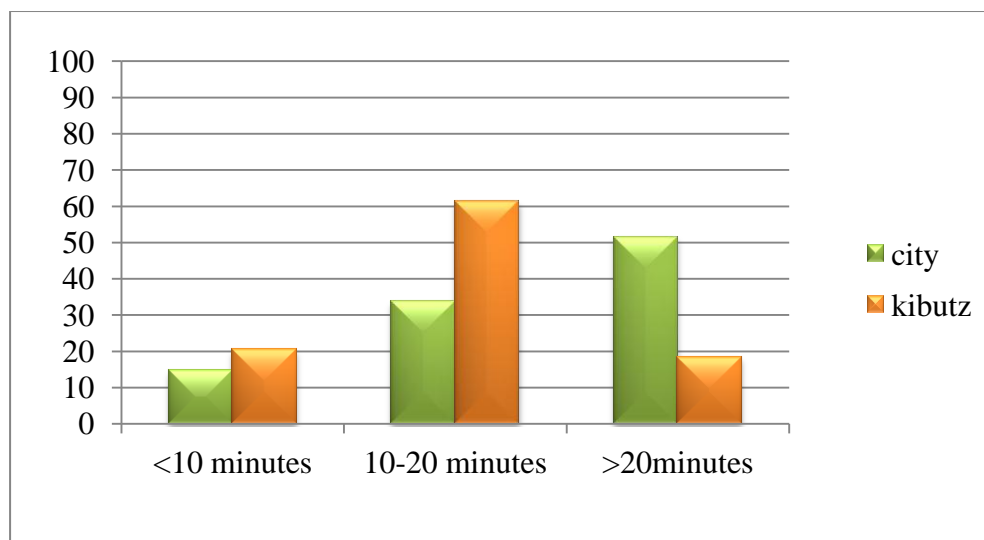
Tabelul 3: Controalele inițiate de clinică

Controalele inițiate de clinică	Oraș N (%)	Kibbutz N (%)	Total N (%)
Nu	20 (29.4)	1 (2.0)	21 (17.9)
Da	48 (70.6)	48 (90.8)	27 (82.1)
Total	68 (100)	49 (100)	117 (100)

$\chi^2(1)=14.487$ valoarea-p=0.000

- ✓ Clinicile din kibbutzuri efectuează, în mod curent, mai multe activități de follow-up privind diabetul decât clinicile de la oraș;

Figura 1: Accesul la serviciile de sănătate primară



$\chi^2(2)=13.560$ valoarea-p=0.001

- ✓ S-a constatat că accesul la serviciile de asistență medicală primară este mai bun în kibbutzuri decât la oraș.

Analiza de conținut a interviurilor indică faptul că subiectul managementului resurselor de îngrijire a sănătății la care au acces cele două populații apare sub forma mai multor categorii:

- A. Stilul de management al tratamentului
- B. Inițierea și planificarea controalelor de sănătate
- C. Informații cu privire la medicație și instruire.
- D. Responsabilitatea personalului medical după orele de clinică
- E. Managementul personalului din clinicile de la oraș și din kibbutzuri
- F. Gestionarea serviciilor de transport al pacienților către clinici
- G. Proiecte speciale de instruire adecvată și de promovare a sănătății

1. Există o diferență semnificativă privind personalul clinicilor aflat la dispoziția pacienților. Nivelul acestei disponibilități afectează:

- ✓ Urmărirea pacienților (follow-up). Pacienții sunt invitați să își facă o programare la clinică, pentru a putea fi urmăriți în mod regulat și sistematic. În kibbutz, în centru se află pacienții, întreaga echipă de asistență medicală fiind la dispoziția acestora. Cu ajutorul întregii echipe de sprijin, clinica asigură starea de sănătate și nevoile pacienților.
- ✓ Complanța pacienților - când diabetul pacienților nu mai poate fi ținut sub control, aceștia ar trebui să se prezinte la clinică zilnic pentru teste de sânge și pentru a primi instrucțiuni. Volumul de personal afectează capacitatea de a-i instrui pe acești pacienți, precum și capacitatea de a-i încuraja să recurgă la tratament pe pacienții mai puțin receptivi sau pe aceia care nu sunt monitorizați. Acesta este motivul pentru care personalul de la clinica din oraș tinde să invite mai puțini pacienți cu un nivel scăzut de complianță și pacienți cu diabet zaharat necontrolat. Potrivit personalului din clinica de la oraș, aceasta nu dispune de un număr suficient de angajați pentru a le oferi sprijin acestor pacienți, acesta fiind și motivul pentru care, de obicei, există tendința de a transfera pacienții al căror diabet nu mai e controlat la o clinică specializată în tratarea diabetului zaharat.

2. Există o diferență semnificativă privind responsabilitatea față de pacient care revine clinicii în afara orelor de program. În kibbutz, pacientul poate apela la echipă chiar și atunci când clinica este închisă, dacă este necesar, comparativ cu pacienții de la oraș care necesită servicii de urgență și spitalizare.
3. Există o diferență semnificativă privind opțiunile de transport către clinicile specializate. În oraș, tot ceea ce ține de transportul pentru probleme de sănătate intră în responsabilitatea pacientului, comparativ cu situația din kibbutzuri, unde clinica asigură modalitățile de transferare a pacientului dintr-un loc în altul.

Pe baza rezultatelor, se pare că există diferențe semnificative privind alocarea de resurse de sănătate disponibile în clinicile din kibbutzuri și, respectiv, în acelea de la oraș. Mai multe resurse sunt alocate în kibbutz, atât în privința accesibilității și disponibilității acestora, cât și din perspectiva personalului și a asigurării nevoilor pacienților în afara orelor de program de la clinică.

Au fost găsite diferențe între kibbutz și oraș privind sistemul de monitorizare utilizat pentru pacienții cu diabet zaharat. În kibbutz, activitatea de follow-up este inițiată și programată de către personal; personalul păstrează un contact strâns și permanent cu pacienții pe tot parcursul zilei; pacienții sunt instruiți cu privire la medicamentele pe care le iau. Pacienții din kibbutz simt că toate nevoile lor sunt asigurate de către clinică.

La oraș, medicii au dorit să treacă de la o abordare reactivă la una proactivă, astfel încât să poată trata pacienții dezechilibrați și să mențină situația celor echilibrați. În oraș, relaționarea cu pacienții nu se mai produce în afara orelor de program de la clinică, iar dacă pacienții au nevoie de îngrijire medicală, ei trebuie să se deplaseze la o secție de urgență dintr-un spital.

Interviurile au arătat că în kibbutz, clinica are mai mult personal disponibil pentru pacient, comparativ cu personalul de la oraș. La oraș, intră în responsabilitatea pacienților să rezolve aspectele administrative ale serviciilor lor de sănătate, comparativ cu pacienții din kibbutz, care primesc asistență din partea personalului clinicii ori de câte ori au nevoie.

În clinica din kibbutz, structura muncii este distribuită transversal prin cooperarea dintre toți membrii echipei. Diviziunea muncii permite fiecărui asistent medical să se

comporte de o manieră profesionistă în sfera de care răspunde. Acest lucru va permite concentrarea asupra pacientului, nevoilor și dorințelor acestuia. Dacă se produce o schimbare în starea de sănătate a pacientului, asistentul medical va fi capabil să o identifice pe baza fișei pacientului și a propriei sale examinări.

Membrii echipei clinicii din kibbutz utilizează un limbaj al calității. Echipa aspiră la un înalt nivel de calitate a tratamentului. Obiectivele stabilite de Ministerul Sănătății pentru tratamentul diabetului zaharat sunt valabile pentru orice clinică din Israel, servind drept obiective pe care clinicile trebuie să le atingă. Aceste obiective există și în clinicile din kibbutzuri, dar ele nu reprezintă un obiectiv principal, aici accentul punându-se, de fapt, pe îngrijirea optimă de calitate pentru pacienți.

Relația dintre medici și echipe în clinicile de la oraș este una formală. Fiecare membru al echipei își cunoaște atribuțiile. Medicul examinează pacienții și răspunde de tratament, ajutat fiind de echipa de asistență medicală. Asistenții medicali funcționează pe bază de obiective vizând sarcinile și nu pacienții. În clinicile de la oraș, doar medicul examinează pacienții holistic, iar această activitate îi ocupă mult timp în cadrul orelor de vizită.

Rezultatele cantitative privind a doua întrebare a cercetării: *Cum influențează abordarea managementului din kibbutz și de la oraș “amplerea complicațiilor” (CE) la pacienții cu diabet zaharat?*

Ipoieza cercetării: Va exista o legătură între abordarea de management în funcție de locul de reședință și starea de sănătate fără complicații majore ale diabetului zaharat - starea de sănătate a pacienților va fi mai echilibrată la pacienții din kibbutzuri.

Tabelul 4: Măsurarea pe bază de HBA1C a echilibrului glucozei din sânge

		Oraș N=68	Kibbutz N=49
HBA1C	Media ± abaterea standard	7.36 ± 1.376 7.05	6.92 ± 1.287 6.7

Tabelul 4 relevă faptul că măsurătorile HbA1C în rândul pacienților din kibbutzuri atestă o mai bună echilibrare metabolică a diabetului zaharat decât în rândul pacienților din oraș (valoarea-p 0.048).

Au fost identificate diferențe semnificative în favoarea participanților din kibbutzuri privind controlul diabetului zaharat și al complicațiilor acestuia. În ceea ce privește condiția diabetică, starea pacienților din kibbutzuri este mai bine monitorizată.

Tabelul 5: Numărul complicațiilor

		Oraș N=503	Kibbutz N=133
Complicație	Media \pm abaterea standard	1.315 \pm 1.236 1	1.015 \pm 1.236 1

Mann-Whitney, valoarea-p =0.032

Tabelul 5 arată că numărul de complicații care au apărut în cazul participanților de la oraș are o semnificație statistică mai ridicată decât în cazul participanților din kibbutz

Tabelul 6: ANOVA – Corelația dintre numărul de specialiști și indexul HbA1C

			Suma pătratelor	Gradul de libertate (df)	Media	F	Sig.
HbA1C * Numărul de medici consultați, fără a include aici medicul ginecolog	Între grupuri	(Combinat)	9.794	1	9.794	5.573	.020
	În interiorul grupurilor		202.112	115	1.757		
	Total		211.905	116			

Tabelul 6 relevă o corelație ridicată între recurgerea la mai mulți specialiști și indicele HbA1c ridicat (valoarea-p =0.020).

Tabelul 6 demonstrează legătura dintre consumul de servicii suplimentare și complicații.

În plus, pacienții de la oraș au avut parte de măsurători mai frecvente ale nivelului glicemic și tensiunii arteriale, au raportat mai multe vizite la un dietetician și au avut un grad de obezitate mai ridicat decât participanții din kibbutzuri.

Tabelul 7: Nivelul de "Amplare a complicațiilor" la participanți

Amplarea complicațiilor	Oraș N (%)	Kibbutz N (%)	Total N (%)
Nu	166 (33.0)	58 (43.6)	224 (35.2)
Da	337 (67.0)	75 (56.4)	412 (64.8)
Total	503 (100)	133 (100)	636 (100)

$\chi^2 (1) = 5.187$ valoarea-p =0.023

Tabelul 7 arată că nivelul de "Amplare a complicațiilor" în rândul participanților de la oraș este mult mai semnificativ statistic.

Tabelul 8 prezintă mortalitatea în rândul participanților între anul 2012 și luna august a anului 2014

Tabelul 8: Numărul de decese ale participanților la cercetare

	Oraș N (%)	Kibbutz N (%)	Total N (%)
Nu	467 (92.8)	130 (97.7)	597 (93.9)
Da	36 (7.2)	3 (2.3)	39 (6.1)
Total	503 (100)	133 (100)	636 (100)

$\chi^2 (1) = 4.139$ valoarea-p = 0.036

Tabelul 8 arată că au decedat mai mulți participanți care locuiesc la oraș. (P- 0.036)

Abordările de management care influențează prevenirea nivelului de complicații în diabetul zaharat au fost examinate printr-o analiză de conținut a interviurilor în profunzime.

S-au evidențiat următoarele categorii privind pacienții cu situații dezechilibrate ale diabetului din oraș și din kibbutz:

1. Acționarea asupra indicatorilor personalului medical și de asistență medicală în clinicile primare
2. Abordarea centrată pe pacient;
3. Continuitatea asistenței medicale între spitalizarea pacientului și clinica din comunitate;
4. O echipă multidisciplinară;
5. Complanța la tratament;
6. Conștientizarea de către pacienți și personalul medical a apariției complicațiilor
7. Finanțarea în managementul diabetului

În clinica din kibbutz se acordă mai multă instruire și îngrijire pacientului, comparativ cu clinica de la oraș.

În clinica din kibbutz, se recurge la abordarea axată pe client, în timp ce la oraș, abordarea se bazează pe sarcini stabilite prin intermediul unui software de calculator.

Abordarea clinicii din kibbutz este aceea de a prioritiza pacienții a căror boală devine necontrolată; echipa recurge la o abordare axată pe pacient, care este apoi invitat să revină în clinică pentru verificări repetate până când nivelul glicemiei ajunge să fie ținut sub control, oferind, totodată, pacientului îngrijire și susținere adecvată.

În oraș, din cauza lipsei de forță de muncă, pacienții cu o stare dezechilibrată sunt transferați la clinicile specializate pe tratarea diabetului zaharat.

În cazurile în care un pacient necontrolat este internat în spital, medicul subliniază importanța ca pacientul să continue să primească asistență medicală în intervalul dintre momentul în care pacientul este internat până când acestuia i se administrează tratamentul ulterior în unitatea de asistență medicală a comunității, pentru a se asigura că pacientul va primi permanent tratamentul adecvat.

S-au constatat diferențe semnificative între clinicile din kibbutz și cele de la oraș în ceea ce-i privește pe pacienții care prezintă leziuni la nivelul picioarelor. Pacienții din kibbutz beneficiază de un tratament preferențial până la vindecarea leziunilor.

Acest proces de vindecare necesită o schimbare a stilului de viață și a modului de organizare a familiei. Există, de asemenea, costuri ale îngrijirii: pansamente, medicamente, încălțăminte specială și absența de la locul de muncă.

Pentru pacienții care locuiesc la oraș, acest tip de complicație i-ar putea costa viața, atunci când nu există nimeni care să le schimbe pansamentele zilnic și să se asigure că ei primesc tratamentul adecvat. Susținerea familiei este foarte importantă, tot așa cum este și sprijinul pe care pacientul îl primește la clinică.

Problema bugetului este destul de semnificativă în alocarea resurselor de sănătate pentru tratamentul diabetului zaharat și prevenirea complicațiilor acestuia. Pacientul

din kibbutz nu plătește pentru serviciile de sănătate, comparativ cu situația de la oraș, unde pacientul trebuie să plătească.

Discuții

Discutarea rezultatelor cercetării privind prima întrebare a cercetării: Diferențele de abordare a managementului la oraș și în kibbutz.

Abordarea managementului asigură calitatea îngrijirii furnizate pacienților în clinici, cuprinzând aspecte privind serviciile, cum ar fi disponibilitatea, accesibilitatea, îngrijirea continuă, siguranța și considerația.

Una dintre resursele cele mai importante care influențează starea de sănătate a pacientului cu diabet la nivel cotidian este asistența medicală primară, iar factorul cel mai important este disponibilitatea acesteia pentru pacient. Această disponibilitate se exprimă printr-o serie de parametri, cum ar fi orele de acces în clinică, efectivul de personal, metodele de lucru ale clinicii, precum și devotamentul personalului și relația acestuia cu clienții.

1. Disponibilitatea asistenței medicale primare

Timpul petrecut în sala de așteptare, înaintea consultației la medic și a testelor medicale, reprezintă unul dintre cei mai importanți indicatori ai disponibilității asistenței medicale primare și, prin urmare, ai calității sistemului de îngrijire a sănătății.

În prezenta cercetare, s-a constatat că nivelul de disponibilitate a asistenței medicale primare în clinicile din kibbutzuri este mai mare decât în cele de la oraș. S-a constatat că 51,5% dintre participanții de la oraș au raportat un timp de așteptare mai lung de 20 de minute înaintea consultației la medic, comparativ cu 18,4% dintre participanții proveniți din kibbutzuri. Rezultatele cercetării corespund cu rezultatele descrise în literatura de specialitate, accentul fiind pus pe timpul pe care clienții trebuie să îl petreacă așteptând să se întâlnească cu medicul de familie.

Comparativ cu situația din statele membre ale OCDE, cercetările efectuate în Israel au relevat faptul că proporția pacienților care au raportat că au petrecut un timp suficient cu medicul de familie este mai mică aici decât într-un număr de 14 state: 84,1% față de 87,1%. Israel s-a clasat pe locul al cincilea de la coadă (OECD, 2013).

În contrast cu sprijinul deplin acordat de către clinicile din kibbutzuri chiar și la orele la care ele sunt închise, rezultatele cercetării privind disponibilitatea asistenței medicale primare la oraș corespund cu rezultatele studiilor anterioare, în sensul atestării unui nivel scăzut de disponibilitate la oraș, în special în cazul pacienților vârstnici (Shmueli și Englecin-Nissan, 2010; Carmel et al., 2007.).

Un timp îndelungat de așteptare pentru a primi asistență medicală primară poate conduce, în unele cazuri, la rezultate negative și la deteriorarea sănătății clienților. Din punct de vedere economic, perioadele lungi de așteptare sunt dezavantajoase, întrucât ele cresc riscul unor complicații și chiar necesitatea spitalizării, sporind astfel și cheltuielile sistemului. În plus, aceste perioade sporesc și cheltuielile private, întrucât clienții care doresc să își scurteze timpul de așteptare dobândesc acces la servicii prin intermediul canalului privat.

1.1 Efectivul de personal din clinică

Efectivul de personal specializat și rolul acestuia în clinica ce oferă servicii de sănătate primară pacienților cu diabet zaharat reprezintă un parametru important al calității tratamentului oferit pacienților.

Potrivit Declarației Asociației Americane pentru Diabet, „persoanele cu diabet ar trebui să primească îngrijiri medicale din partea unei echipe coordonate de un medic. Aceste echipe pot include, dar nu se limitează la: medici, asistenți medicali specializați, asistenți generaliști, asistenți medicali generaliști, dieteticieni, farmaciști, și specialiști în domeniul sănătății mintale, cu competențe și preocupări deosebite în domeniul diabetului zaharat” (Asociația Americană pentru Diabet, 2014).

Aceste constatări corespund cu rezultatele unui sondaj realizat de către Goldemberg (2010), care a constatat că în kibbutzuri, există un număr mare de personal calificat în serviciile de sănătate, ca de pildă medici, asistenți medicali, comisii medicale, autorități de supraveghere, comisii pentru vârstnici, personal de secretariat, directori ai secțiilor în care li se acordă îngrijire persoanelor cu handicap, cămine pentru bătrâni și îngrijitori specializați în funcție de necesități (Goldemberg, 2010).

O posibilă explicație a acestor rezultate ar fi finanțarea de către kibbutzuri a personalului suplimentar cu diverse roluri, grație opiniilor sale egalitariste unice și încrederii în colaborare și în ajutorul reciproc.

2. Accesibilitatea

Accesul la asistența medicală reprezintă produsul unor factori care țin de ofertă, cum ar fi locația, disponibilitatea, costul și adecvarea serviciilor, dar și al unor factori care țin de cerere, cum ar fi complicațiile bolii și stadiul cunoașterii în domeniu, atitudinile, competențele și practicile de auto-îngrijire (Gulliford &, 2002).

În prezenta cercetare, accesibilitatea a fost examinată în termeni de:

1. Bugete, asigurări sociale și asigurări suplimentare;
2. Distanța față de clinică.

2.1 Bugetul sănătății

În Israel, bugetul acoperit parțial de către guvern a înregistrat un declin constant de mai mulți ani încoace, cu o scădere de la 68.6% în anul 1996 la 60.1% în anul 2010, finanțarea privată fiind în creștere, de la 4.1% în anul 1997 la 5.1% în anul 2010. Declinul înregistrat la nivelul finanțării publice poate fi atribuit scăderii sprijinului acordat de către guvern (Chernichovsky, 2007, 2008; Ben Nun și Keidar, 2007, Cohen, 2011).

Efectele descreșterii sprijinului public s-au văzut imediat, mai ales în privința accesibilității la serviciile de sănătate și incapacității de protejare a veniturilor private de costurile ridicate ale asistenței medicale private.

Corelându-se cu rezultatele raportate în literatura de specialitate, rezultatele prezentei cercetări atestă faptul că 33,8% dintre participanții de la oraș au nevoie de servicii medicale suplimentare pe care aceștia nu și le pot permite, comparativ cu 22,4% dintre participanții proveniți din kibbutzuri.

Rezultatele cercetării arată că în ciuda scăderii finanțării publice a serviciilor de îngrijire a sănătății, în kibbutzuri sunt investite resurse suplimentare din fondurile acestora, din respect pentru starea de sănătate a membrilor lor.

2.2 Accesibilitatea clinicii – Distanța

Accesul la clinică se exprimă în termenii distanței dintre domiciliul pacientului și clinică și ai modalității de ajungere la clinică. În prezenta cercetare, s-a constatat că distanța până la clinică este mai scurtă pentru participanții din kibbutzuri decât pentru participanții de la oraș. Accesibilitatea ridicată a clinicii în raport cu fiecare casă din

kibbutz, situată la o distanță de aproximativ cinci minute de mers pe jos, oferă membrilor kibbutzului posibilitatea de a ajunge la clinică zilnic în cazul în care aceștia au nevoie de consiliere sau de tratament medical.

Deși kibbutzurile sunt situate în zone geografice în care transportul public este mai puțin dezvoltat, rezultatele cercetării arată că accesul la clinicile din afara kibbutzului este, de asemenea, ridicat, deoarece pacienții au programate navete regulate care îi pot transporta în orașul din apropiere, unde se află clinica de specialitate, aceste navete deservindu-i pe toți membrii kibbutzului. În schimb, la oraș, întreaga responsabilitate pentru transportul pacienților cade în sarcina pacienților, în unele cazuri statul finanțând totuși transportul cu taximetrul. Acest lucru nu se aplică în cazul pacienților cu diabet zaharat care trebuie să se deplaseze la o clinică specializată pentru controale de rutină.

Legătura dintre abordarea managementului și apariția de complicații la pacienții cu diabet zaharat

În prezenta cercetare, s-a constatat că pacienții din kibbutz prezintă o stare mai echilibrată a diabetului zaharat comparativ cu pacienții de la oraș.

Această constatare poate explica diferențele dintre populații în ceea ce privește complicațiile diabetului. O explicație suplimentară a diferenței este aceea că incapacitatea de atingere a obiectivelor de control glicemic în mediile de îngrijire primară se poate datora în parte lipsei de informații critice pentru a gestiona intensificarea tratamentului (Manski-Nankervis et. al., 2014).

În prezenta cercetare, s-a constatat că pacienții cu o stare dezechilibrată a diabetului zaharat sunt trimiși la o clinică de specialitate datorită lipsei de personal și de timp pentru capacitatea pacientului, prin furnizarea de informații corespunzătoare referitoare la tratamentul acestuia. Pacientul, prin urmare, ajunge să nu beneficieze de nici un sprijin și ajutor la momente critice ale tratamentului care ar trebui să i se acorde.

Rezultatele corespund cu rezultatele studiilor efectuate de către Tannebaum et al. (1974); Leviatan și Cohen (1985); Carmel et. al. (1995, 1996); Leviatan (1999), care susțin că populația kibbutzurilor face dovada (1) unui nivel ridicat de sănătate fizică;

(2) unor niveluri excepționale de bunăstare; (3) longevității și, incontestabil, a unui proces de îmbătrânire frumoasă și armonioasă.

Wilkinson (1999), lider al școlii care consideră că modelul inegalității sociale exercită un impact asupra nivelului de sănătate din comunitate, sugerează că nivelul de sănătate din societățile egalitariste tinde să fie mai ridicat, datorită legăturilor sociale pe care acestea se bazează; pe măsură de decalajele de statut se accentuează în societate, se produce și o deteriorare a calității relațiilor sociale.

Acest lucru poate să explice de ce starea de sănătate a membrilor din kibbutzuri, care trăiesc într-o societate egalitară, este mai bună decât cea a pacienților de la oraș.

Discutarea rezultatelor cercetării privind a doua întrebare a cercetării: Legătura dintre abordarea managementului în localitatea de reședință (kibbutz vs. oraș), și prevenirea complicațiilor diabetului zaharat

Ipoteza cercetării a susținut că ar exista o legătură între locul de reședință, managementul resurselor de sănătate și starea de sănătate fără complicații cauzate de diabetul zaharat - starea de sănătate a pacienților va fi mult mai echilibrată în rândul pacienților din kibbutzuri.

Abordarea managerială din clinicile care acordă asistență medicală primară

Spre deosebire de abordarea clinicilor de la oraș, abordarea managerială a clinicilor din kibbutzuri susține că activitățile de prevenire, monitorizare și tratament ar trebui să intre integral în responsabilitatea clinicii.

Această abordare a clinicilor din kibbutzuri este în consens cu declarația privind acordarea asistenței medicale primare din medicina ca instituție.

În schimb, cercetarea a constatat că un număr mai mare de participanți care locuiesc la oraș utilizează serviciile clinicilor de specialitate sau asistenților sociali și recurg la fizioterapie, la terapia ocupațională, la nutriționiști și cardiologi decât participanții din kibbutzuri. Această constatare indică faptul că pacienții cronici de la oraș nu primesc soluții pentru boala de care suferă și complicațiile acesteia din partea medicului de familie, astfel încât ei ajung să caute ajutor în clinicile de specialitate, care le pot oferi, într-adevăr, mai mult ajutor.

A. Inițierea și planificarea controalelor de sănătate de către personalul clinicii pentru follow-up la pacienții cu diabet zaharat

Asistența medicală primară nu prea lasă loc pentru follow-up. Majoritatea timpului medicului este dedicat mai degrabă îngrijirii pacientului decât prevenirii bolilor (Grunfeld et. al, 2013, Yarnall et. al., 2003). Unul dintre cei mai importanți factori în ținerea sub control a nivelului glicemiei este activitatea de follow-up continuu privind starea pacientului (Wagner, 2000).

În clinicile din kibbutzuri, activitatea de follow-up este inițiată și planificată de către asistenții medicali responsabili cu bolile cronice. În acest tip de follow-up, pacientul este supus unor teste medicale al căror scop este acela de a identifica semnele care ar putea indica apariția unor complicații, cum ar fi, de pildă, o nouă leziune la nivelul piciorului.

În contrast cu clinicile din kibbutzuri, unde activitatea de follow-up este planificată și ordonată, activitatea din clinicile de la oraș se desfășoară conform indicilor de echilibru și de performanță, pe care se bazează toate serviciile comunitare de sănătate din Israel (Manor et. al., 2012).

Rezultatele cercetării arată că spre deosebire de clinicile din kibbutzuri, în clinicile de la oraș pacienții sunt convocați o dată pe an pentru follow-up în diabetul zaharat. Cu toate acestea, în clinicile de la oraș nu există nici un asistent medical specializat în proceduri de follow-up, fiind posibil ca pacientul să întâlnească un asistent medical diferit de fiecare dată. Pacienții care nu sunt controlați în clinicile de la oraș s-au adresat unei clinici centrale specializate în diabetul zaharat pentru tratament și follow-up.

Disponibilitatea față de pacienți în afara orelor de program ale clinicii

Asistența medicală primară la standarde înalte ar trebui să includă capacitatea de a oferi o gamă extinsă de servicii, inclusiv accesul local și rapid la consilierea de specialitate; axarea pe managementul sănătății populației ca modalitate de reducere a inegalităților în materie de sănătate (Asociația Americană pentru Diabet, 2014).

În această cercetare, s-au constatat diferențe semnificative între situația de la oraș și cea din kibbutz privind disponibilitatea de primire a pacienților în afara orelor de program de la clinică. În ce privește personalul clinicilor din kibbutzuri, există un

contact continuu între clinică și pacienți: pacienții se simt în largul lor să contacteze personalul medical cu orice întrebări sau nelămuriri, chiar și în afara orelor de program, ori de câte ori este nevoie.

În schimb, atunci când clinicile de la oraș sunt închise, în cazul în care pacienții de aici necesită servicii de asistență medicală, ei au posibilitatea de a se deplasa la o cameră de urgență dintr-un spital, care nu este întotdeauna situată în apropierea locurilor lor de reședință.

Legătura între abordarea managerială și asistența medicală preventivă din clinică

Diagnosticarea precoce și asistența medicală optimă constituie elementele-cheie ale unei prevenții eficiente. **Abordarea managerială reprezintă una dintre cheile pentru menținerea stării de sănătate adecvate a pacienților.** Rezultatele cercetării privind controlul pacienților din kibbutz și a celor de la oraș pot fi explicate pe baza diferențelor care există între abordările din kibbutz și cele de la oraș.

Numeroase echipe și organizații de asistență medicală primară recurg, din ce în ce mai mult, la abordări anticipative mai degrabă decât reactive, folosind registrele de boli, stratificarea riscului, precum și alte evaluări ale sănătății populației în vederea gestionării situației pacienților cu risc crescut de spitalizare pe termen lung (Thorlby, 2012).

Îngrijirea axată pe pacient este definită ca o abordare menită să „furnizeze servicii medicale care respectă și sunt receptive la preferințele individuale ale pacientului, nevoile și valorile sale, în așa fel încât valorile pacientului să ghideze toate deciziile clinice” (Glasgow et. al., 2008; Committee on Quality of Health Care in America, 2001).

Mai mult decât atât, Epping-Jordan et. al. (2004) susțin că pacienții cu nevoi complexe și boli cu evoluție îndelungată beneficiază de o continuitate a îngrijirii medicale din partea specialistului sau a echipei specializate în probleme de sănătate, pentru că acest lucru permite o mai bună înțelegere a preferințelor pacientului, creând premisele unei îngrijiri medicale mai adecvate, comune. (Miksch et. al, 2010) recomandă ca situația pacientului să fie evaluată holistic, în lumina circumstanțelor sale individuale.

Interviurile realizate cu părțile interesate din clinicile de la oraș au reliefat faptul că acestea pot furniza doar tratamentul de bază în condițiile efectivului de personal existent, care nu este suficient pentru a răspunde nevoilor pacienților. La oraș, intră în responsabilitatea pacienților să rezolve aspectele administrative ale serviciilor lor de sănătate, comparativ cu pacienții din kibbutz, care primesc asistență din partea personalului clinicii pentru orice problemă cu care se confruntă. Clinicile din kibbutzuri și-au mărit personalul, astfel încât să asigure efectivele necesare pentru activitățile de follow-up și de asistență medicală preventivă.

Echipele de îngrijire a pacienților din domeniul asistenței medicale primare au potențialul de a îmbunătăți calitatea serviciilor medicale la pacienții cu boli cronice (Wagner, 2000).

Cercetările recente au ajuns la concluzia că un sistem puternic de asistență medicală primară este asociat, în cazul majorității bolilor studiate, cu rate mai mici ale spitalizărilor care pot fi evitate și cu un număr mai redus de ani potențiali de viață pierduți, necesitând, însă, un nivel mai ridicat al cheltuielilor de sănătate pentru asigurarea unor astfel de beneficii, cu economii acumulate probabil doar pe termen lung (Kringos et. al., 2013).

Una dintre abordările care concordă cu un sistem puternic de asistență medicală primară este MRC (Managementul relațiilor cu clienții). Într-o clinică, eficiența practicilor de MRC poate însemna: furnizarea foarte rapidă, către pacient, a informațiilor despre servicii; răspunsul prompt la solicitările pacientului privind programările la medic și internările; rezolvarea urgentă a neînțelegerilor și nemulțumirilor pacientului; adoptarea unei atitudini flexibile în întreg procesul de deservire a pacienților (Saroj și Arun, 2011).

În mod similar, prezenta cercetare a constatat faptul că în kibbutz, clinicile au o abordare axată pe pacient, căruia i se acordă o poziție centrală, acesta fiind înconjurat de toți membrii personalului relevant, care încearcă să îi acorde asistență pe parcursul etapelor de profilaxie și tratament, dar și în efortul de menținere a unei situații echilibrate.

S-a constatat, de asemenea, că personalul acestor clinici ghidează pacienții și le acordă mai multă îngrijire decât personalul din clinicile de la oraș. Pacienții din kibbutz primesc un sprijin mai mare pentru a face față bolii cronice de care suferă.

În prezenta cercetare, au fost examinate complicațiile și s-a constatat că numărul de spitalizări ale participanților și numărul de pacienți care au necesitat intervenții chirurgicale cu laser la ochi pentru corectarea retinopatiei diabetice este mai mare în rândul participanților care locuiesc la oraș decât în al celor care trăiesc în kibbutz. Pe baza acestor rezultate, ne putem da seama că în kibbutz, îngrijirea pe care clinicile o acordă pacienților înseamnă furnizarea de servicii mai temeinice de asistență medicală, follow-up și monitorizare, ele având astfel capacitatea de a preveni complicațiile diabetului zaharat.

Povara economică și complicațiile

Rolul asistenței medicale primare este acela de a îmbunătăți calitatea îngrijirii medicale a pacienților cu boli cronice, de reduce complicațiile, de a îmbunătăți rezultatele serviciilor medicale axate pe pacient și de reducere a costurilor.

Sinteza literaturii de specialitate relevă faptul că mai mulți pacienți de la oraș nu își pot permite să plătească tratamentele de care au nevoie. Acest lucru implică posibilitatea ca situația pacienților să se înrăutățească, ei fiind mult mai susceptibili de a dezvolta complicații. Pacienții din kibbutz primesc finanțare integrală pentru medicație, precum și pentru orice tratament medical de care ar putea avea nevoie.

Concluzii și contribuții personale

Prezenta cercetare are implicații pentru situații similare din alte țări, întrucât potrivit rezultatelor cercetării, diferențele de sănătate nu sunt date de vârstă, sex sau indicatorii fiziologici, fiind vorba, mai degrabă, de diferențe de management al bolii și prevenirii acesteia (factori primari/secundari).

Pentru a asigura o acoperire corespunzătoare la nivel de tratament, instituțiile trebuie să se angajeze mai întâi în activitatea de follow-up medical la pacienții care prezintă „risc de morbiditate”, pentru a preveni debutul bolii, progresia acesteia și complicațiile sale. Furnizorii de servicii medicale trebuie să le ofere pacienților îndrumare și recomandări pentru menținerea unui stil de viață sănătos. Ori de câte ori un pacient cronic se prezintă la o instituție medicală, personalul ar trebui să inițieze o

întâlnire cu acesta în care să se discute despre nutriția corectă, evitarea fumatului și creșterea activității fizice. Tehnologiile avansate, cum ar fi fișa medicală electronică, pot fi utile în follow-up, întrucât ele oferă informații continue, care permit o îmbunătățire la nivel de tratament și follow-up.

Utilizarea fișelor electronice ale pacienților conduce la transparența tuturor coordonatelor medicale ale unui pacient, devenind posibilă garantarea unui tratament de înaltă calitate. Înainte de teste, obiectivele trebuie să fie stabilite și publicate în clinică.

Trebuie să fie investite resurse pentru consolidarea legăturilor dintre OMS și clienți prin intermediul unor campanii ample care să le explice pacienților care le sunt drepturile și modul în care funcționează sistemul.

Investițiile publice în Serviciile de asistență medicală primară ar putea reduce la minimum necesitatea unor spitalizări inutile și posibilitatea de agravare a stării pacienților. Acest lucru poate fi realizat prin creșterea numărului de medici din comunitate, astfel încât medicul de familie să poată avea o conversație cu pacientul și să reprezinte figura principală care îl ghidează pe acesta din urmă prin labirintul sistemului de sănătate.

Creșterea numărului de medici care acordă îngrijire primară în comunitate va permite o mai bună îngrijire și furnizarea de consiliere și instruire preventivă.

Un sistem bazat pe medici specializați este mai puțin eficient decât un sistem care pune accentul pe asistența medicală primară și care subliniază importanța continuității și coordonării serviciilor medicale, precum și a medicinei preventive.

Se urmărește capacitatea clinicilor din domeniu, prin acordarea de stimulente financiare acestor clinici pentru examinarea a numeroase variabile, inclusiv satisfacția clienților, rezultatele vizitelor echipei regionale de management, precum și stabilirea măsurii de îndeplinire a unor criterii de calitate stabilite de comun acord de către conducerea clinicii și managementul regional în programul de lucru anual.

Contribuțiile teoretice și practice

Cercetarea teoretică se bazează pe studierea exhaustivă a resurselor bibliografice, inclusiv a articolelor din reviste și cărți de renume internațional, accentul punându-se pe trei teme majore - managementul, managementul sănătății și managementul diabetului zaharat privind alocarea resurselor către clinici pentru prevenirea complicațiilor diabetului zaharat.

Cercetarea teoretică a inclus subiecte care pot explica conceptele relevante pentru alocarea resurselor în clinici.

Contribuția la ansamblul studiilor teoretice:

- Prezentarea logică a subiectului, oferind o imagine completă a temei investigate, a relațiilor dintre concepte și o contextualizare a acestora în studiul experimental.
- Prezentarea diferitelor abordări ale teoriilor despre calitate.
- Prezentarea abordărilor referitoare la furnizarea de servicii către pacienți.
- Prezentarea diferitelor abordări ale managementului și prevenirii diabetului.
- Prezentarea metodologiei prezentei cercetări, care a examinat abordarea managementului în alocarea resurselor - chestionarele s-au axat pe implicarea tuturor categoriilor de participanți la serviciile de sănătate, interviurile au fost realizate cu specialiștii din domeniul managementului diabetului zaharat din clinici, urmărind criteriile de determinare a complicațiilor diabetului zaharat.
- Rezultatele studiului au stabilit că s-a recurs la abordarea MRC în segmentarea populației cu diabet zaharat. Principala contribuție a echipelor a constat în relaționarea acestora cu pacienții conform metodei MRC, în cazul pacienților cu o stare neechilibrată a diabetului zaharat, și în adaptarea regimurilor de tratament la nevoile acestora.
- Studiul a confirmat modelele teoretice prezentate în literatura de specialitate. Aceste modele susțin abordarea managementului care alocă resurse considerabile pentru prevenirea bolilor. Modelele sunt centrate pe pacient, pe furnizarea de îngrijiri preventive de înaltă calitate, care să permită un control extern în funcție de criteriile acceptate.

Diabetul zaharat este o boală cronică a cărei prevalență în diferite țări ale lumii, printre care și Israelul, este în creștere, această boală devenind o epidemie în anul 2006. Diabetul reprezintă o povară grea pentru sistemul de sănătate, pentru pacienți și familiile acestora. Este, prin urmare, important ca în toate etapele acestei boli cronice și la toate vârstele, tratamentul să încerce prevenirea progresiei bolii și a complicațiilor sale.

Educația de prevenție ar trebui să înceapă în copilărie, pentru a preveni obezitatea morbidă. Începând cu vârsta adolescenței, prevenția ar trebui să se desfășoare atât la nivel local, cât și național. Toate acestea sunt posibile prin planificarea corectă a alocării de fonduri.

Este destul de bine cunoscut faptul că în Israel finanțarea din fonduri publice este în scădere, înregistrându-se o creștere a finanțării private. Atunci când sistemul de sănătate publică investește mai mult în profilaxie, avantajelor pot fi resimțite pe termen lung, numărul de spitalizări și de complicații fiind mai redus, ceea ce înseamnă o dependență redusă de furnizorii de servicii medicale. În prezent, sistemul de asistență medicală primară de la oraș investește mai multe resurse pentru tratarea pacienților care suferă de această boală și prezintă complicații decât pentru prevenirea bolii respective.

Studiul poate contribui la crearea unei politici regionale pentru factorii de decizie, medici și alte categorii de personal care lucrează și vin în contact cu pacienții.

La nivel național, pentru reușita acțiunilor de prevenție este esențială lansarea unor proiecte în acest sens la nivel național, precum și asigurarea resurselor necesare pentru a pune în aplicare aceste proiecte.

În ceea ce privește clinica, este importantă planificarea măsurilor preventive pentru pacienți, luând în considerare volumul de muncă necesar, în așa fel încât aceste măsuri să nu împiedice buna funcționare de zi cu zi a clinicii și satisfacerea nevoilor populației în general.

Medicul trebuie să analizeze metoda de lucru și programul zilnic pentru a le face mai productive și pentru a permite integrarea măsurilor preventive.

Ar trebui ca fiecare vizită a pacientului la clinică să fie utilizată în scopul prevenției. De asemenea, este eficientă corelarea vizitei pacientului cu motivul acestei vizite și

utilizarea unor elemente de natură preventivă, cum ar fi consilierea pentru abținerea de la fumat în cazul pacienților care prezintă tuse.

În rutina de zi cu zi, ar trebui să se creeze un mediu de lucru adecvat și ar fi necesară, între altele, o prelungire a întâlnirii dintre medic și pacient. În plus, trebuie să fie alocate programări pentru bolnavii cronici cu probleme acute, care nu pot aștepta mult timp pentru o consultație la medic, permițându-le acestora să aibă acces la un medic în interval de o zi sau două. Pacienții cronici au nevoie de o relație de susținere, pentru a simți că personalului îi pasă de ei. O astfel de abordare poate ajuta personalul să identifice simptomele care indică o înrăutățire a situației și să prevină complicațiile.

În ceea ce privește managementul alocării resurselor, concluzia care decurge din rezultatele cercetării este aceea că activitatea profesioniștilor din clinici trebuie să însemne mai mult decât activitatea individuală a unui medic și să cuprindă munca într-o echipă multidisciplinară. Asistenții medicali, nutriționiștii, farmaciștii, asistenții sociali și psihologii pot ușura activitatea medicului primar. Munca în echipă este esențială pentru gestionarea cu succes a sistemului de sănătate.

Într-o lume cu resurse limitate, decizia de a adăuga personal vine, desigur, în detrimentul economisirii, manifestarea concretă a acestui fenomen găsindu-și expresia în mai puține recomandări de spitalizare sau trimiteri la camera de urgență și la clinicile de specialitate. Este important să reținem că personalul suplimentar nu aduce atingere rolului pe care îl joacă medicul primar, ale cărui competențe trebuie să devină mai extinse decât sunt la ora actuală. Responsabilitatea medicului ar putea rămâne aceea de tratament general al pacientului cronic.

Prezentul studiu sugerează contribuția relativă considerabilă a asistenților medicali la gestionarea îngrijirii pacienților cu bolilor cronice, prin planificarea și inițierea de follow-up la pacienții cu diabet zaharat. În follow-up, sunt examinați anumiți parametri care permit identificarea timpurie a complicațiilor.

Efortul de echipă este esențial și ar trebui să includă și personalul mai puțin specializat, recrutându-se eforturile întregii echipe din clinică. Acest lucru va crește șansele clinicii de îndeplinire a obiectivelor stabilite.

În ceea ce privește criteriile de calitate alese, programul de lucru va include: obiective cantitative, măsurile întreprinse pentru atingerea acestor obiective, repere, integrarea

măsurilor organizatorice pentru a furniza informații comparative, auto-managementul și adaptarea efortului pentru o mai bună calitate în activitatea clinicii și rutine manageriale ca parte a procesului de stabilire a unui program de muncă anual, follow-up privind implementarea parțială a programului și oferirea de stimulente financiare pentru cei care îndeplinesc obiectivele programului.

La momentul actual, populația cu studii superioare este mai numeroasă, mai asertivă și informații sunt mai accesibile. Furnizorii de servicii de sănătate nu mai sunt singura sursă pentru obținerea datelor medicale și, pe cale de consecință, relațiile acestora cu pacienții s-au schimbat. Prin luarea în comun a deciziilor și asumarea responsabilității pentru sănătatea pacientului, prin creșterea implicării pacientului, se poate ajunge la o mai bună utilizare a resurselor și la îmbunătățirea calității asistenței medicale.

O problemă serioasă o constituie calitatea și nivelul serviciilor medicale oferite pe parcursul serii și al nopții. Serviciile medicale pe timp de noapte sunt asigurate de către medici care nu sunt familiarizați cu pacienții și lucrează în companii private; prin urmare, calitatea serviciilor pe care aceștia le furnizează nu este la fel de ridicată.

Recomandarea este aceea ca unele centre medicale să funcționeze 24 de ore din 24 și să ofere soluții pentru pacienții grav bolnavi. Avantajul aici este că medicii și asistenții din astfel de centre pot avea acces la fișele medicale electronice ale pacienților, ei fiind special instruiți pentru a lucra cu astfel de pacienți.

Mai mult decât atât, medicii primari din comunitate pot fi integrați în camerele de urgență din spitale. O astfel de integrare va sprijini:

- Îmbunătățirea relației dintre medicina primară și spitale;
- Creșterea profesionalismului medicului primar, ceea ce ar putea duce la mai puține trimiteri la spitale și la menținerea pacienților în comunitățile lor.

Limitele cercetării

Limitele privind participanții la cercetare

Participanții la grupul de cercetare din 2006 care au acceptat să completeze chestionarele au fost cei care putea avea un nivel mai ridicat al conștientizării stării de sănătate personale, fiind, prin urmare, mai cooperanți.

În procesul de recrutare a participanților la acest studiu, 10% dintre participanți, care au proveneau din domeniul medicinei și al asistenței medicale, au refuzat să participe la cercetare pe motivul că „pantofii cizmarului sunt plini de găuri”, ei declarând că nu au reușit să respecte activitatea de follow-up și că în momentul în care au citit chestionarul, și-au dat seama că nu ar putea contribui la cercetare, fiind prin urmare descalificați din poziția de participanți.

Recrutarea participanților la prezenta cercetare a durat mai mult decât era de așteptat, dimensiunea finală a eșantionului fiind dictată de limitele de timp, dar fiind în corelație directă cu dimensiunea eșantionului din cercetarea principală.

Limitele privind instrumentele de cercetare

Structura chestionarului – Pentru a valida chestionarul în scopul acestei cercetări, a fost realizat un studiu pilot cu un număr de 30 de participanți. Chestionarul a fost apoi revizuit pe baza studiului pilot.

În afară de interviuri, au fost utilizate și chestionare. Analiza cantitativă a datelor din chestionare a fost realizată statistic, rezultatele fiind analizate pe baza acestor statistici și nefiind influențate de atitudinile și percepțiile cercetătorului. Chestionarul le-a permis respondenților să răspundă la întrebări în mod anonim și, prin urmare, să-și exprime opiniile fără a fi nevoiți să ofere răspunsuri evazive sau manipulative.

Prezenta cercetare se bazează pe date auto-raportate privind toate variabilele cercetării. Există opinii conform cărora cercetarea bazată pe auto-raport are anumite limite, că validitatea sa nu este perfectă, că ea ar putea prezenta distorsionări sau influențe ale dezirabilității sociale. Prin urmare, s-a recurs la o serie de instrumente de cercetare care au examinat relația dintre utilizarea resurselor de sănătate și sănătate.

Limitele privind cercetătorul

Forma pe care o îmbracă cercetarea depinde de abilitățile cercetătorului, care este și intervievator și analist, dar și de personalitatea sa, întrucât aceasta influențează rezultatele finale. Acest lucru poate impune o limită în cazul în care cercetătorul nu surprinde principalele elemente care influențează procesul, însă în prezentul caz, printr-o cunoaștere aprofundată de către cercetătoare a domeniului de cercetare, ea a fost în măsură să se concentreze pe unicitatea acestei cercetări, pe contextul său particular și pe firul său narativ.

Într-o cercetare în care cercetătorul este implicat activ în procesul de cercetare, ar putea exista o influență în sensul identificării sale cu unele aspecte ale procesului, ceea ce ar putea, la rândul său, influența analiza datelor. În acest sens, în prezentul studiu, cercetătoarea a încercat să găsească o cale ideală, la granița dintre implicare, integrare și empatie, pe de o parte, și distanțare și gândire critică, pe de altă parte. Aceste considerații au fost luate în serios pe parcursul cercetării, iar concluziile raportate au încercat să prezinte o imagine autentică, care să reflecte realitatea neadulterată.

În analiza calitativă a interviurilor, după ce a citit materialele scrise de mai multe ori și a împărțit datele pe categorii și teme principale, cercetătoarea s-a asigurat că respectă declarațiile respondenților până în cel mai mic detaliu (Shkedi, 2006).

Direcții viitoare de cercetare

Prezenta cercetare a examinat managementul resurselor de sănătate ca un factor care influențează starea de sănătate a pacienților cu diabet zaharat.

Cercetarea-intervenție suplimentară ar putea examina un program de intervenție la pacienții cu diabet zaharat insuficient controlat, analizând rezultatele pre- și post-intervenție, precum și modul în care programul influențează starea lor de sănătate, comparativ cu influența abordării manageriale a clinicii.

Bibliografie selectivă

1. Adar, G. (2009). Management in Kibbutzim. Major Stake Holders. Haifa University and the Israel National Institute for Health Policy Research. (In Hebrew)
2. Agency for Healthcare Research and Quality website. Available at http://pcmh.ahrq.gov/portal/server.pt/community/pcmh__home/1483/PCMH_Defining%20the%20PCMH_v2
3. American Diabetes Association (2014). *Medical Management of Type 2 Diabetes*. Alexandria, VA, American Diabetes Association, 2014.
4. Anshari, M., Almunawar, M.N., Low, P.K.C., & Wint, Z. (2012). Customer empowerment in healthcare organizations through CRM 2.0: Survey results from Brunei tracking a future path in E-health research. *ASEAS - Austrian Journal of South-East Asian Studies*, 5(1), 139-151.
5. Arah, O. A., Westert, G. P., Hurst, J., & Klazinga, N. S. (2006). A conceptual framework for the OECD health care quality indicators project. *International Journal for Quality in Health Care*, 18(suppl 1), 5-13.

6. Arieli, D. Keidar, N. Horev, T. (2012). *Expenditure on Private Health Insurance in Israel Compared to OECD States*. The 9th Annual conference of Health Policy (In Hebrew)
7. Azencot, M. (2012). Resource management efficiency in clinics as a crucial factor in the prevention of diabetes complications in conference *Managerial Challenges of the Contemporary Society (3/2012)* www.cceol.com
8. Ben-Nun, G., Berlowitz, I. and Shany, M. (2005). *The Health System in Israel* Tel Aviv: The Ministry of Defense Publishing House (In Hebrew)
9. Begun, J. W., Zimmerman, B., & Dooley, K. (2003). Health care organizations as complex adaptive systems. *Advances in health care organization theory*, 253, 288-337.
10. Bentur, N., Gross, R., & Brammli-Greenberg, S. (2004), Satisfaction with and access to community care of the chronically ill in Israel's health system. *Health Policy*, Vol. 67, No. 2, p. 129-136.
11. Bertakis, K. D., and Azari, R. Patient-Centered Care and Decreased Health Care Utilization. *J Am Board FAM Med* 2011; 24:229–239.
12. Buchbinder, S., & Shanks, N. (2011). *Introduction to health care management*. Jones & Bartlett Publishers.
13. Buttle, F. (2012). *Customer Relationship Management*: Routledge Book
14. Central Bureau of Statistics in cooperation with the Ministry of Health. (2012) *Press Release* (August 2012).
15. Chernichovski, D. Mizrach, S. Fraenkel, Z. (2008). *Public Management of Health Care Services in Israel*. Taub Center for Policy Studies in Israel (In Hebrew).
16. Chouinard, M. C, Hudon, C, Dubois, M.F, et al. Case management and self-management support for frequent users with chronic disease in primary care: a pragmatic randomized controlled trial. *BMC Health Serv Res*. 2013; 13:49.
17. Cohen, N. (forthcoming 2011). Informal payments for healthcare – The phenomenon and its context. *Health Economics, Policy and Law*.
18. Constand M,K., MacDermid JC., Bello-Haas VD and Law, M.Scoping review of patient-centered care approaches in healthcare *BMC Health Services Research* 2014, 14:271
19. Cowling, T.E, Cecil, E.V, Soljak MA, Lee JT, Millett C, et al (2013) Access to primary care and visits to emergency departments in England: a cross-sectional, population-based study. *PLUS ONE*, 8(6), e66699.
20. Creswell, J.W., (2013). *Steps in Conducting a Scholarly Mixed Methods Study*. DBER Speaker Series. Paper 48.
21. Crosby, P B (1995). *Quality is still free: Making Quality Certain in Uncertain Times* New York: McGraw-Hill.
22. Deming W.E. (1986). *Out of the Crisis*. Cambridge, MA: MIT Center of advanced Engineering Study.
23. Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. (2000). Introduction: The discipline and practice of qualitative research. *Handbook of Qualitative Research*. London: Sage Publications.
24. Dgani, A., Dgani R. (2013). The Doctor's Status from the Perspective of the Israeli Public. Israeli Medical Association: www.ima.org.il
25. Elhayani, A (2006). Using Medical Quality Measures as a Tool for Improving Performane in Community Clinics. In: A. Porath and B. Rosen (Eds). *Quality*

Forum: Strategies for Promoting Care Quality in Israel.

The Smokler Center for Health Policy Research (In Hebrew).

26. Epping-jordan, J. Pruitt, S. Bengoa, R. et. al., (2004). Improving the quality of health care for chronic conditions. *Quality and Safety in Health Care* 2004 13299–305.305.
27. Epstein RM. The values and value of patient-centered care. *Ann Fam Med*. 2011;9(2):100-103.
28. Flyvberg, B. (2011). Case study, in Denzin N. K. & Lincoln, Y. S. eds., *The Sage Handbook of Qualitative Research*, 4th Edition. Thousand Oaks, CA: Sage, pp. 301–316.
29. Geneau R, Stuckler D, Stachenko S, McKee M, Ebrahim S, Basu S, Chockalingham A, Mwatsama M, Jamal R, Alwan A, Beaglehole R (2010). Raising the priority of preventing chronic diseases: a political process. *Lancet* 2010, 376(9753):1689-1698
30. Glasgow, R. E. Peeples, M. Skovlund, S .E. (2008). Where Is the patient in diabetes performance measures? *Diabetes Care* 31:1046–1050.
31. Grunfeld, E. Manca, D. Moineddin, R. Thorpe, K E. Hoch, J S. Campbell-Scherer, D. Meaney, C. Rogers, J. Beca, J. Krueger, P, Mamdan, and M: Improving chronic disease prevention and screening in primary care: results of the BETTER pragmatic cluster randomized controlled trial. *BMC Family Practice* 2013 14:175.
32. Guba, E. G. & Lincoln, Y. S. (1998). Competing paradigms in qualitative research. In Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (Eds). *The Landscape of Qualitative Research*. London: Sage Publications. p.p. 195-220
33. Gulliford, M, Figueroa-Munoz J, Morgan M, Hughes D, Gibson B, Beech R, Hudson M .What does 'access to health care' mean? *Journal of Health Services Research and Policy* 2002, 7:186–188
34. Guthrie, D W., Guthrie R. A., Management of Diabetes Mellitus. (2009). *A Guide to the Pattern Approach*. 2009 Springer Publishing Company, LLC
35. Heras-Saizarbitoira, I., and O. Boiral. 2012. ISO9001 and ISO14001: Towards a research agenda on management systems standards. *International Journal of Management Reviews* (forthcoming).
36. Horev, T., Keidar, N., Arieli, D. (Rds.) (2012). *National Health Insurance Law: Statistical Information 1995 – 2011*. Economic and Insurance Department. Jerusalem: Ministry of Health
37. Inzucchi S.E., Bergenstal R.M., Buse, J.B., et al. (2012). Management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a patient-centered approach : position statement of the American Diabetes Association (ADA (and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes Care*, 35: 1364-79
38. Juran, J. (1986). The Quality Trilogy. *Quality Progress*, 10, 8,.
39. Kadusin, et al. (2008), Triangulation and mixed methods designs: Practicing what we preach in the evaluation of an Israel experience educational program. *Field Methods*, vol. 20(1), 45-65.
40. Kassan, L. Krumer-Nevo, M. (2010). *Data Analysis in Qualitative Research*. Beer-Sheva: Ben Gurion University.
41. Kringos, D.S., Boerma, W. van der Zee, J. & Groenewegen, P. (April 2013). Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Affairs* 32:4, pp. 686-694.

42. Laurant, M., Reeves, D., Hermens, R., Braspenning, J., Grol, R., Sibbald, B. (2004). Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2):CD001271.
43. Levesque, J.F., Harris, M.F. and Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12:18.
44. Levi, S. (2011). Difficulties in Increasing Manpower in the Periphery. Submitted to the Labor and Health committee, December 4, 2011 (In Hebrew)
45. Leviatan, U., Adar, G. & Am-ad, Tz. (1981). Aging in kibbutz: factors that determine satisfaction with life. *Hakibbutz*, 8, 16-42 (Hebrew).
46. Levitt, T. (1986). *The Marketing Imagination*. Free Press, 1986.
47. Longest, Jr., B., J. Rakich, and K. Darr. 2000. *Managing Health Services Organizations and Systems*, 4th edition, 407-12. Baltimore, MD: Health Professions Press
48. Mackey, K., Parchman, M.P., Leykum, L.K., Lanham, H.J., Noel, P.H. and Zeber, J.E. (2012) Impact of the chronic care model on medication adherence when patients perceive cost as a barrier. *Primary Care Diabetes*, 6, 137-142.
49. Mattke, S., Kelley, E., Scherer, P. et al. *Health Care Quality Indicators Project Initial Indicators Report*. OECD Health Working Papers. No. 22. Paris. Available at <http://www.oecd.org/dataoecd/1/34/36262514.pdf> Accessed 26 March 2013
50. Marrero, D.G., Ard, J., Delamater, A.M., Peragallo-Dittko, V., Mayer-Davis, E.J., Nwankwo, R. and Fisher, E.B. (2013). Twenty-first century behavioral medicine: A context for empowering clinicians and patients with diabetes. A consensus report. *Diabetes Care* .February Vol. 36 no. 2 463-470
51. Nembhard, I., Alexander, J., Hoff, T. & Ramanujam, R. (2009), Why Does the Quality of Health Care Continue to Lag? Insights from Management Research, *Academy of Management Perspectives*, 23(1), p24-42.
52. Newell, F. (2003). *Why CRM Doesn't Work: How to Win by Letting Customers Manage the Relationship*. Princeton, New Jersey: Bloomberg Press.
53. OECD (2013). *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*, OECD Publishing http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en
54. Parchman ML, Zeber JE, Palmer RF. Participatory decision making, patient activation, medication adherence, and intermediate clinical outcomes in type 2 diabetes: a STARNet study. *Annals of Family Medicine*. 2010; 8(5):410–7.
55. Plsek, P. E., & Wilson, T. (2001). Complexity, leadership, and management in healthcare organisations. *Bmj*, 323(7315), 746-749.
56. Porat, A., Rabinovitz, G., & Raskin-Segal, A. 2007. The program of quality measure for community health in Israel. Public Report for the years 2004-2006. Ministry of Health.
57. Porter, M. E. (2010). What is value in health care? *New England Journal of Medicine*, 363(26), 2477-2481.
58. Reichheld, F.F., Sasser, and W.E., Jr. Zero defections: quality comes to services. *Harvard Business Review*. 1990; 68(5):105–111.
59. Rosen, B. (2011). *The Role of the Government in Israel in Containing Costs and Promoting Better Services and Outcomes of Care*. Myers-JDC Brookdale Institute Prepared at the Request of the Jewish Healthcare Foundation
60. Rouse, W. B. (2008). Health care as a complex adaptive system: implications for design and management. *Bridge-Washington national academy engineering*, 38(1), 17-25.

61. Samuel, I. (1996). *Organizations: Characteristics, Structures, Processes*. Tel Aviv: Zmora Bitan/Haifa University.
62. Saroj, K. D. and Arun K. P. , (2011), Managing customer relationships in private health care facilities – a study with reference to greater Noida City of Uttar Pradesh. *Serbian Journal of Management* 6 (1) 27 – 42
63. Shkedi A. (2006). *The Meaning Behind the Words: Methodologies of Qualitative Research: Theory and Practice*. Tel Aviv: Ramot. (In Hebrew).
64. Shmueli, A. (2011). *The Ailments of the Israeli Health System: Diagnosis, Prescriptions and Recovery*. Tel Aviv: The Sapir institute of research of economy and society (In Hebrew)
65. Smith, J., Holder, H., Edwards, N., et al. (2013). *Securing the Future of General Practice: New Models of Primary Care*. London: The Kings Fund and Nuffield Trust.
66. Stake, R.E. (1995). *The Art of Case Study Research*. Thousand Oaks, CA: Sage. LB 1028. S73 (1335323).
67. Stake, R.E. (2008). Qualitative case studies. In N. K. Denzin, & Lincoln, Y. S. (Eds.), *Strategies of Qualitative Inquiry*, (pp. 119-149). Los Angeles: Sage.
68. Swift, R.S. (2010). *Accelerating Customer Relationships: Using CRM and Relationship Technologies*. New Jersey: Upper Saddle River: Prentice Hall 2001 *Technology in Society* 24 (2002) 483–50
69. Thorlby, R., Smith, J.A., Barnett, P. and Mays, N. (2012). *Primary Care for the 21st Century: Learning from New Zealand's Independent Practitioner Associations*. Nuffield Trust.
70. Wagner, E.H. (2000). The role of patient care teams in chronic disease management. *BMJ*. 320:569–572.
71. Walton, M. (1986). *The Deming Management Method*. The Putnam Publishing Group
72. Yarnall, K.S., Pollak, K.I., Ostbye, T. et. al., (2003). Primary care: is there enough time for prevention? *Am J Public Health*, 93:635–41
73. Yin, R. (1984). *Case Study Research: Design and Methods* (1st Ed.). Beverly Hills, CA: Sage Publishing.
74. Yishai, Y., & Zaides, E. (2004), *The Role and Effectiveness of Civil Organizations in Promoting Public Satisfaction From the Israeli Health System*. Tel Aviv, Israel: The Israel national institute for health policy and health services research report, R/37/2002.
75. Zablah, A.R., Bellenger, D.N. & Johnston, W.J. (2004). An evaluation of divergent perspectives on customer relationship management: towards a common understanding of an emerging phenomenon. *Industrial Marketing Management*, 33(6), 475-489.
76. Zaks, D., (2007), *Health Promotion and Preventive Medicine: A Revolution in Israeli Healthcare*. Koret-Milken Institute