

أبعادُ العناية الطبية المميّزة

الأخبار
al-akhbar

رئيس التحرير -
المدير المسؤول:
ابراهيم الامين

نائب رئيس التحرير:
بيار ابي صعب

مدير التحرير:
وفيف، فانصوه

مجلس التحرير:
محمد زبيب
حسنة عليف
إيلي حنا
امه الاندري
شريك كرتيم

صادرة عن شركة
اخبار بيروت

المكاتب بيروت -
فردان - شارع دونات
- سنتر كونكورد -
الطابق السادس
تلفاكس:

01759500
01759597
ص.ب 5963/113

الإعلانات
الوكيل الصحفي
ads@al-akhbar.com
01759500

التوزيع
شركة الواصل
15_01/666314 -
03 / 828381

الموقع الإلكتروني
www.al-akhbar.com

صفحات التواصل



/AlakhbarNews



@AlakhbarNews



/alakhbarnews-
paper

جورج يونان*

في مقال سابق في «الأخبار» (11 تموز 2017)، قدّمْتُ عرضاً سريعاً للعناية الصحية في لبنان بالمقارنة بما هو معروف ومقبول في المجتمع الطبي العالمي، وذكرتُ أن هناك إمكانيات طبية هائلة في الجسم الطبي اللبناني، لكنّ العناية الصحية مُفتّنة، وليس هناك تنسيق بين المشتركين في توفيرها من دولة، ومستشفيات، وأطباء، وقطاع ترميز. وعدم توفر هذا التنسيق يؤدي إلى هدر ضحاياه اثنان: المواطن، وميزانية الدولة. ولم يمض وقتٌ طويل بعد نشر المقال حتى أعلنت وزارة العدل الأميركية ملاحقة 412 شخصاً من أطباء وممرضات وموظفين في الإدارة الصحية، وفي حقل التأمين الصحي، بسبب عملية فساد وتزوير ورشوة كُفّت خزينة الضمان الاجتماعي 1,3 بليون دولار. لقد كان القطاع الصحي في لبنان، منذ عشر سنوات، بشكل 12% من الدخل القومي. هذه النسبة تزداد مع مرور الوقت. وهذا معهود في كل أنحاء العالم، بسبب تطور التكنولوجيا التي أسرفَ في استخدامها، الأمر الذي أدى إلى زيادة الهدر في العناية الصحية، وبسبب زيادة نسبة المسنين الذين هم أكثرُ عُرضةً للأمراض المزمنة.

فما هو السبيل إذا لتأهيل العناية الصحية في لبنان، ولوقف الهدر الذي هو عبءٌ على الدولة وعلى المواطن؟

هناك شيئان لا بد من المرور بهما، وهما: أنواع العناية الصحية، وأبعاد العناية الصحية.

أولاً، أنواع العناية الصحية. العناية الصحية اليوم تأخذ شكلين:

1- التطبيب الجماعي Population Management، ومجاله التشخيص السريع والمعالجة السريعة والكُفوة والوقاية اللازمة لأمراض القلب والشرايين، وأمراض الرئتين المزمنة، وأمراض السرطان، وأمراض المفاصل المزمنة، وأمراض الرأس والجهاز العصبي؛ ويدخل فيها أيضاً طب الأطفال، وخصوصاً العناية بالولادات الجديدة.

هذا النوع من العناية يمارسه الاختصاصيون في كل فرع، يحتاج إلى زيادة دورية مُقرّرة ومنظمة مسبقاً. وهناك مقاييس عالمية لكل نوع من هذه الأمراض، يُلمّ بها الجهاز الطبي، ولا سيما القيادي فيه.

2- التطبيب الإفرادي، وهو تطبيب سريع يلبي الحاجات السريعة التي لا تتطلب موعداً، والتي تقتضيها عوارضٌ وقتية وبسيطة كارتفاع الحرارة، والأوجاع، والسعال الحاد، ونزيف الأنف، والإسهال وغيرها... هذا النوع من العوارض يُعالج في عيادات ومستوصفات خاصة، ولا يحتاج عادةً إلى تحاليل مخبرية واسعة، ولا إلى تظليل، محوري أو مغناطيسي أو نووي. والمولج بهذا النوع من العناية مفروض فيه أن يكون سهل المنال؛ وبسبب ذلك، هناك زحمة في طلبه. وأغلب المرضى هم في عمر الشباب، ولا يعانون أمراضاً مزمنة؛ لا، بل هم كانوا قبل هذا العارض في صحة جيدة.

ثانياً، أبعاد العناية الصحية:

إن مؤسسة الطب Institute of Medicine تحدّدُ سنّة أبعادٍ أو متطلّباتٍ لعناية صحية جيدة، لا بل ممتازة. هذه المتطلّبات هي:

1- سلامة المريض: لسلامة المريض الأولية في كل قرار علاجي؛ بمعنى أن أي علاج يوصف للمريض يجب ألا يسبب أضراراً إضافية أخرى في حالته الصحية. والأطباء العرب، في تاريخهم، راعوا هذا المبدأ في ممارستهم العناية الصحية، وحذروا من تجاهله. يُروى أن الخليفة العباسي المنوكل أحضر الطبيب حنين بن إسحاق إلى بغداد حين ذاع صيته، واقطع له يوفراً. ويقال إن المنوكل أراد امتحان طبيبه، فقال له: «أريد أن تصف لي دواءً يقتل عدواً نريد قتله»، فاجابه حنين: «ما تعلمتُ غير الأدوية النافعة». وحاول الخليفة، تارةً يُرغفه، وتارةً أخرى يهدّده. فكان جواب حنين: «وأما الصناعة

(صناعة الطب) فإنها موضوعةٌ لنفع أبناء الجنس، ومقصورةٌ على معالجتهم. ومع هذا، فقد جعل في رقاب الأطباء عهدٌ مؤكد بأيمان مغلظة أن لا يعطوا دواءً قتلاً لأحد» (ابن القفطي: «مختصرُ الدول»).

2- فعالية العناية الصحية والجدوى منها: العناية الصحية يجب أن تكون مجدية وفعالة وأبلة إلى أن تأتي بالنتائج المرجوة. وعلى هذا الأساس يتركز الجهد والعقل والمواردُ لمعالجة أولئك الذين قد يفيدهم العلاج الموصوف. أما الذين يشكون مرضاً عُضالاً يعرفُ العلم بأن لا أمل لهم بالشفاء، فالجهد يجب أن ينحصر في توفير الراحة وتخفيف الآلام عنهم، لا في الإسراف في وصف الأدوية غير المجدية والجنوح إلى المحاولات العقيمة بلا طائل. ولهذا عمدت المؤسسات الصحية والإدارات المسؤولة عن العناية الصحية، بالتعاون مع شركات الضمان الصحي، إلى إنشاء عيادات صحية تهتم بهؤلاء المرضى وبعائلاتهم لتوفر لهم الراحة الجسدية والنفسية وحتى الروحية، وتحت الإشراف الطبي المناسب. هذه المؤسسات تضمُّ أطباء، وممرضات، ومساعدين مختصين، وخبراء في الرعاية الاجتماعية، ورجال دين، ومتطوعين عانوا من قبل حالاتٍ مشابهة. ومن هذه العيادات: العيادة المسكنة Palliative care وعبادة الانزواء Hospice Care.

3- عدم الإسراف في استعمال الأدوات والآلات الطبية التشخيصية، والحرص على المؤن والموارد، وعدم هدر الطاقة Efficiency، بل التصميم على الممارسة الشفافة، والسرعة في الإنجاز المهني، وبأقل كلفةٍ ممكنة، تجنباً لهدر المؤن الطبية، ومنعاً من توظيف الجهد الطبي في علاج لا طائل منه. ومن المسلمات التي يؤمن بها المجتمع الأمريكي، مثلاً، والتي ساهمت في استقراره، وتوازنه وتقدمه، أن الإلحاح في الأحوال الطارئة يقضي تكثيف العمل والإجادة فيه، بأقل كلفةٍ ممكنة، وفي أقصر وقت ممكن. وهذا لا يتحقق إلا بتقريب عمليات الإنتاج بعضها من بعض، لا بل توحيدها. بمعنى أن التجربة المجتمعية تؤدي إلى مسلمات في المنهج والعمل يقبلها الكل، ولا تكون عرضةً لآراء الشخصية؛ والهدف خلق معايير للمجتمع الطبي (standardization) توفر الوقت والمجهود. وفي الوقت نفسه، تؤمن عملية التعليم والتثقيف بنقل هذه المعايير والمسلمات من جيل إلى جيل.

4- توقيت العلاج وعدم التأخر في إعطائه للمريض Timely treatment: إن تشخيص المرض يجب أن يتبعه علاجٌ آتٍ بدون تأجيل أو تكلّف لأن التأخير في المعالجة قد يؤدي إلى مضاعفات في حالة المريض الصحية، وإلى زيادة الكلفة على المريض وعلى الدولة، لا لمعالجة المرض فحسب، بل لمعالجة المضاعفات التي حصلت نتيجة المماطلة والتكؤ.

5- التكافؤ في معاملة المرضى؛ ذلك أن مستوى العناية الصحية يجب أن لا يتفاوت من مريض إلى آخر بسبب العرق، أو الدين، أو المركز الاجتماعي - الاقتصادي، أو الجنس من حيث هو ذكرٌ أو أنثى.

6- على المعالج أن يضع خياراتٍ ورغبات المريض وعائلته فوق كل اعتبار، ويجب احترامها. وإن الاستخفاف بها يؤدي إلى عدم الثقة، وإلى هواجس وشكوك ليست في مصلحة المريض، ولا في مصلحة الطبيب المعالج، ولا في مصلحة المؤسسة الصحية المُعالِجة. وقد يؤدي بالمريض إلى رفض المُعالِجة، وإلى اتّخاذ قراراتٍ حمقاء تؤخر علاجه وتضرُّ بصحته.

والسؤال المطروح: أي من هذه الأبعاد الستة مُتبعٌ لا في لبنان فقط، بل في العالم العربي كله؟

يقول المدير العام لوزارة الصحة في لبنان، الدكتور وليد عمار، إن هناك إلحاحاً شديداً لإصلاح القطاع الصحي لجعله أكثر فعالية وأقل كلفة، وأكثر مساواةً وتكافؤاً بين مريض وآخر بغض النظر عن الجنس والعرق والدين والمستوى الاجتماعي الاقتصادي. ولبنان هو أول دولة في المنطقة شعر بهذه الحاجة، وخطط لعملية إصلاح جذري للقطاع الصحي. إن كلفة العناية الصحية في لبنان وصلت، في وقتٍ من الأوقات، إلى أكثر من 12% من الدخل

القومي، قسماً كبيراً منه تكاليف أدوية وقسمٌ كبيرٌ منه يقع على عاتق المواطن لعدم توفر الضمان الصحي الذي تعرضه شركات الضمان الصحي التجارية المستقلة. والمحسوبيات السياسية تلعب دوراً كبيراً في زيادة الهدر في مجال الرعاية الصحية بسبب الفوضى في انتشار المستشفيات الصغيرة. فاصحاب المستشفيات يُصرون على فتحها في الأماكن ذات الدخل العالي كبيروت وطرابلس طمعاً بالربح العالي، بينما تفتقر الأماكن النائية والفقيرة إلى هذه المؤسسات الصحية. والعناية الصحية في المستشفيات الخاصة، من حيث الجودة، هي، في رأي المدير العام لوزارة الصحة، غير متكافئة. وتختلف باختلاف وضع المريض: أغني هو أم فقير؛ الأمر الذي يخالف البعد رقم (3) للأكاديمية الطبية.

في عام 1994 قدّم البنك الدولي منحة لوزارة الصحة اللبنانية لتأهيل القطاع الصحي بحيث تُحصَر رخص فتح مستشفيات جديدة في المناطق المحتاجة. إلا أن الحكومات اللبنانية أقرت في ترخيص كثير من المستشفيات في مناطق يوجد فيها فائض من هذه المؤسسات الصحية؛ وأكثرها كان في مدينة بيروت وضواحيها. وزيادة الهدر أيضاً ظهرت في تكاثر عدد الأطباء المرخص لهم بمزاولة مهنة الطب،



عملية جمع المعلومات وتخزينها وتحليلها هي الجرس الطنان اليوم حول العالم



وفي تدني كفاءات الأطباء الجدد المتقدمين لفحص الكولوكيوم. ذلك أن كثيرين من المتقدمين تخرجوا من معاهد في أوروبا الشرقية هي دون المستوى المطلوب، وهم لا يتقنون اللغات الفرنسية والإنكليزية والألمانية، ما يجعل تطبيق البروتوكولات المعنية بجودة العناية الصحية أمراً صعباً. سألت زميلي على مقاعد الدراسة، نقيب الأطباء السابق في بيروت، عن جدوى انتشار المستشفيات الصغيرة في بيروت، فقال: «لا جدوى منها. وأغلب الرخص الممنوحة أعطيت بسبب ضغوط سياسية ووطنية، ولغرض تجاري. هذه الضغوط السياسية والوطنية نراها أيضاً قد أدت إلى الترخيص لأطباء لا يملكون الكفاءات العلمية اللازمة لممارسة العمل الطبي. فهناك إفراط في منح الإجازات الطبية: فمن طبيب واحد لكل 1000 مواطن لبناني عام



أفرضت الحكومات اللبنانية في ترخيص المستشفيات في مناطق يوجد فيها فائض (مروان طحطح)

1998، أصبح لنا الآن (عام 2013) طبيب لكل 200 مواطن لبناني. هذا في الوقت الذي تفتقر فيه المستشفيات إلى البد الكفوة في قطاع التمريض. ففي عام 1997 كان هناك ممرضة واحدة لكل 1600 مواطن لبناني، وهجراً الممرضات خارج لبنان بنسبة: (1 من كل 5 منخرجات من مدرسة التمريض) يشكل نزيفاً في القطاع التمريضي، ثم ليس هناك سياسة تُنظّم قطاع التمريض. 50% من الأطباء في بيروت، بحسب نقابة الأطباء في بيروت، لا يتعدى دخلهم 1000 دولار شهرياً. وبسبب هذا التدني في الدخل، الذي يولّد الفاقة عند هؤلاء الأطباء، تنتشر التحويلات على مختبرات تدفع عمولة للأطباء المحوّلين من أجل فحوصاتٍ قد تكون ضرورية، وقد لا تكون؛ الأمر الذي يؤدي إلى زيادة في الهدر، الهدر الذي تقع معظم كلفته على كاهل المريض».

أمام الوضع السياسي القائم والتجاذب الطائفي المستمر، يعتقد المسؤولون في وزارة الصحة أن عملية الإصلاح الجذري تبدو صعبة. ولكن، وكما قيل، فإن رحلة الألف ميل تبدأ بخطوة. هذه الخطوة، في رأيي. ومن أجل اتّخاذ القرارات الجذرية. تبدأ بجمع المعلومات.

جمع المعلومات

عملية جمع المعلومات وتخزينها وتحليلها هي الجرس الطنان اليوم في كل حركة حول العالم: BUZZWORD. وهي أساس استراتيجية العمل لكل دول العالم، ولكل مؤسسات العمل، سواءً أكانت حكومية أم شركات خاصة، وذلك لضرورات اقتصادية وتربوية وثقافية وعسكرية وصحية، وحتى سياسية. اليوم، وكل يوم، تعتمد قرارات الدول والمؤسسات اعتماداً كلياً على المعلومات التي تجمعها، والتي هي في حوزتها. ثمة دول تتصارع بشراسة بجمع معلومات، بعضها عن بعض. وكل فريق رياضي يبني استراتيجيته الهجومية والدفاعية بناءً على المعلومات التي جُمعت عن الفريق المضاد والمجابه له. والحروب، على بشاعتها، لا تُخاض إلا اعتماداً على المعلومات المتجمعة عن نقاط ضعف العدو ونقاط قوته. فعملية جمع المعلومات أصبحت من المسلمات في الأوساط العالمية. وهي لا تقتصر على مفهومها الإحصائي فقط، إذ إنها تنتهي، مع كل المؤسسات، بما يسمّى بالتقرير المُجدول للأداء Dashboards الذي يمدّ العاملين في المؤسسة بمعلومات عن مستوى الأداء وتصنيفه تحت لون من الألوان الأربعة الآتية: الأحمر وهو السيئ، والأصفر وهو تحت المعدل، والأخضر وهو فوق المعدل، والأزرق وهو الممتاز، أي 100%. وهناك حدٌ أدنى وحدٌ أعلى يعرفه العاملون في المؤسسة. وبلمحة بصر، يمكنهم أن يُميزوا ذا الأداء السيئ، الذي يجب معالجته، من ذي الأداء الممتاز، الذي سيُحتفى به ويُحتذى.