

# الطبي والدولة



ثقافة الوفاية الصحية ليست عميقة في المجتمع. إذ تزداد حالات البدانة والسمنة (هيثم الموسوي)

النقابات العمالية ولا تزال تحاربه لا بل إنها منعت تنفيذه بواسطة نفوذها الكبير في الإدارات السياسية من فيدرالية ومحلية. الجهاز الإداري للمستشفيات، مع أنه يملك إمكانيات أكاديمية عالية أيضاً، إلا أن هدفه الأوضح هو التركيز على الوضع المالي للمؤسسة، وخصوصاً إدخال أكثر عدد ممكن من المرضى إلى المستشفى، وهو الذي يؤدي إلى عبء مالي على الدولة، وإلى اختلال في الاقتصاد الوطني.

ثم إن ثقافة الأفراد بشكل عام هي ثقافة الاستعلاء (التي لا يخلو منها الجهاز الطبي والقطاع التمريضي)، التي ترى صعوبة كبيرة في التواضع للأنحاء إلى حاجات المريض اليومية. وهذا ما يحتاج إلى فكر قيادي ذي رؤية وإيمان تتجاوز الفروق الاجتماعية، وتلتزم بمصلحة المريض فوق كل مصلحة فتحافظ على سلامته وعلى راحته من حيث أن هذه المهمة هي مسؤولية وطنية والتزام باحترام الحقوق الإنسانية. مفهوم المريض للعناية الصحية الجيدة لا يقتصر على دقة التشخيص ووصف الدواء الشافي فحسب، بل يشمل طريقة المعاملة، والوقت الذي يكرسه الطبيب في الحديث مع المريض وجهاً لوجه لإزالة قلقه، وأشباه أخرى قد لا تكون مهمة بمفهوم الطبيب ولكنها مهمة عند المريض وعائلته.

ليس هناك تناسق بين الجهاز الطبي والقطاع التمريضي مع أنهما مشتركان في العناية بالمريض وحمائته، الجهاز التمريضي خاضع للجهاز الإداري للمستشفيات ومصالحته المالية، وفي الوقت نفسه هو جهاز طبي بالممارسة فقط. أما الدولة فهي قاصرة، فليس هناك جهاز إداري مثقف كافٍ يستطيع أن يستوعب تحولات العناية الصحية، وينسق بين قطاعات الجهاز الصحي بشكل عام. في كثير من الدول أصبحت العناية الصحية مسؤولية وطنية كالدفاع والتربية والتعليم. وإن عدم وجود هذه السياسة يؤدي إلى الهدر، وإلى أعباء اقتصادية ليس لها مبرر، وتعود بالضرر على المجتمع.

الخلاصة: ليس هناك عملية تقييم في القطاع الصحي في لبنان لأن:

- 1- الإرادة غير موجودة. العناية الصحية مشروع فردي بين الطبيب والمريض.
- 2- والرغبة أيضاً غير موجودة في البحث عن مؤشرات الجودة وتبنيها في أي مجال من مجالات العناية الصحية، لأن ذلك يقتضي التزاماً ووقتاً من الأطباء لا يدرك عليهم أي مال ويحتاج إلى دراسات وجمع معلومات. كان من الواجب على الدولة أن تخصص ميزانية له وأن تكون النقابة وإدارات المستشفيات ملتزمة بتطبيقه. فليس هناك التزام كلي ورغبة في زيادة المعرفة من خلال الممارسة الجماعية وتجربتها.
- 3- ليس هناك نظام ينسّق بين الدولة والجهاز الإداري والجهاز الطبي والقطاع التمريضي في أية محاولة لعمل جماعي لوقف الهدر، والالتزام بالمصلحة الوطنية، وإيجاد تنظيم لحماية المواطن الذي يطلب العلاج. فهذا يتطلب:

- رؤية قيادية.
  - أهدافاً استراتيجية.
  - إدارة ملتزمة، فعالة وكفوءة.
- هذه الرؤية القيادية للممارسة الطبية في لبنان، ولاية ممارسة في أي مجال من المجالات الأخرى، تنبع من «نظرات في أفق التجربة» (والتعبير لخالدة سعيد) غير متوقفة في أي مشروع جماعي لحماية قدرات المجتمع وضمان رفاهيته وديمومته في المستقبل. فالجسم مترهل، يعيش على تجارب الآخرين، وليس هناك أهداف استراتيجية، وبالتالي لا طموحات، وحين تنتقد الطموحات لا يكون هناك أي التزام. رأسمال لبنان هو الجودة في كل شيء، والقطاع الصحي كخدمة وطنية، وكمورد اقتصادي يأتي من المرضى الذين يقصدونه من البلدان المجاورة، له تأثير كبير على الاقتصاد الوطني، والتأثير، من جهة، يأتي من الهدر المستمر في الممارسة السيئة، ومن جهة أخرى، من فعالية التسويق كبضاعة جيدة متوفرة للإنسان الساكن في الحيز الجغرافي للمنطقة.

\* كاتب وطبيب، رئيس سابق لمنظمة الأطباء العرب الأميركيين

بالتركيز على التشخيصات المتكررة والتي تؤدي إلى إدخلات غير ضرورية إلى المستشفيات. المؤشرات في الرعاية الصحية كثيرة ولا تحصى. المهم اختيار ما يتعلق منها في عملنا اليومي.

3. آلية للممارسة ولتقييم العمل الجماعي تدرش النتائج، سلبية كانت أم إيجابية، وتأخذ العبر وتؤدي إلى معرفة جديدة، تحسّن الممارسة الطبية وتقوّم مسارها في سعيها إلى خدمة المريض بشكل خاص والمجتمع بشكل عام.

المعرفة نافذة تبدأ ضيقة ثم تتوسع من خلال مؤشرات للجودة تطرح وتختبر من خلال الممارسة، ومن خلال تقييم النتائج النهائية، سلبية كانت أم إيجابية، مما يؤدي إلى معرفة جديدة. ثم تعاد الدورة من خلال مؤشرات جديدة وهكذا دواليك، فتكبر النافذة وتتوسع الدائرة (دائرة الأربعة مؤشرات - ممارسة - مداولة - معرفة).

في دائرة المعرفة، وخلال الستمئة سنة الماضية، لم يخرج العالم العربي من مرواحته في دائرة صغيرة. الإدارة ليست سلطة تحل محل سلطة أخرى. الإدارة معرفة تُكتسب بالممارسة من أصغر وحدة في المجتمع، إلى أكبر مركز في الدولة وتتطور مع التجربة والخبرة.

الحقيقة أن المعرفة لا تزداد بشكل دائري - أفقي وإنما تتمد بشكل كروي، أي في كل اتجاه.

ليس هناك شك بأن الجسم الطبي في لبنان بأفراده يملك إمكانيات أكاديمية هائلة متطورة في ثقافتها العلمية، وهو ملمّ بأخر الاكتشافات في مجال الأدوية والطريقة الصحيحة لاستعمالها لخدمة المريض. وهو ملمّ، أيضاً، بالتقنية الطبية الحديثة، التي تتوافر في معظم المستشفيات في لبنان، على الأقل ضمن حيز جغرافي مناسب للمريض. إنما العناية الطبية مفتتة أيضاً في لبنان، أكثر مما هي في الولايات المتحدة، فليس هناك جهاز مهني يرسم سياسة طبية وينسق هذا الجسم الطبي، ويربطه مع الجسم الإداري للمستشفيات وللدولة، ومع القطاع التمريضي، في عمل جماعي لخدمة المريض، وبالتالي لخدمة المجتمع، وخدمة الاقتصاد الوطني وحماية ثروة المجتمع.

الجسم الطبي يملك إمكانيات أكاديمية هائلة، ولكنه يحتاج دائماً إلى عملية تطعيم دائمة. هذا الجهاز لا يملك نظاماً لاكتساب المعرفة من خلال التدوين، ومن خلال الممارسة والتجربة استدلالاً بمؤشرات الجودة وليس له أية رغبة في دراسة ما دُون وتمحيصه كي ينتهي إلى استنتاجات سلبية كانت أم إيجابية. عمله الجماعي ينحصر في التكتل تحت مظلة نقابته، وهي ليست أكثر من جهاز ذي وظيفتين: 1) وظيفة حماية المصلحة لأفراد، لا وظيفة حماية المواطن المريض (2)، ووظيفة العقاب والتأديب في الحالات الشاذة. أي أنها تتدخل بعد حدوث الضرر، ولا تملك الإمكانيات الإدارية لمراقبة الطبيب في المستشفيات لدرء الشطط والضرر قبل حدوثهما في مسعى لحماية المواطن المريض. النقابة في أي نظام مجتمعي هي حماية مصلحة العضو وليس مصلحة المواطن الذي يتلقى الخدمة.

قال أنطون سعاده في «محاضراته العشر»: «إن النقابات أصبحت في الأخير وتصبح قريباً دائماً، من وجهة نظر سياسية، معسكراً حربياً غابته دائماً الحرب، وطلب المزيد من غير أي تقدير عقلي أو منطقي للنتائج». ويتابع: «النقابة لا يمكن أن تنظر فيما تحتاج إليه موازنة الدولة لمواجهة الحالات العصرية المعقدة. هي تطلب الزيادة كالمطل من غير تقدير لما يُطلب، من غير تفكير فيما يطلب».

كادت النقابات العمالية أن تقضي على صناعة السيارات في الولايات المتحدة. أثناء العاصفة التي ضربت ولاية نيوجرسي في شهر تشرين الثاني من عام 2012 انهارت شبكات الأسلاك الكهربائية المعلقة، وانقطع التيار الكهربائي في معظم أنحاء نيوجرسي، والولايات المجاورة، كلياً، ولدة تتراوح بين أسبوع واثني عشر يوماً، وقد تساءل الناس لماذا لا تُبنى هذه الشبكة في أنفاق تحت الأرض لحمايتها من عوامل الطبيعة، والجواب كان أن ذلك سيؤدي إلى تخفيف أعمال الصيانة التي هي مصدر رزق للفريق النقابي العامل، وهذا شيء حاربه

الممارسة المهنية ولخفض الكلفة. وكذلك الأمر بالنسبة إلى المجموعات الطبية التي بدأت تحالف مع بعضها البعض، أو تحالف مع المستشفيات، لأن إمكانية العيادات الطبية التي يعمل فيها من 1-5 أطباء بالبقاء أصبحت ضئيلة، خصوصاً بعدما أصبحت الإضبارة الإلكترونية للمريض إلزامية ومُكلفة.

عملية الإصلاح لا تتحقق إلا بجهود جماعية من قبل المستشفيات والأطباء وقطاع التمريض في تالف هدفه، شراكة في العمل، وشراكة في الإنجاز، وشراكة في الثروة. هذا التحالف يقتضي حواراً، ورؤية من أجل الأفضل في تصاعد بياني لا نهائي، ومجابهة جماعية للمشاكل التي تختر جسم العناية الصحية، ويقتضي جداً دائماً لتغذية المعرفة الطبية وتغنيتها.

وتغذية المعرفة لا تتحقق إلا بنظام يقيم عمله كل يوم، كل أسبوع كل شهر وكل سنة. وسنأتي على شرح لهذه الناحية لاحقاً. والتقييم يؤدي إلى معرفة جديدة. والمعرفة تؤدي إلى التطور.

فلا بد من نظام للعناية الصحية، وآلية لتطويره. إن أي نظام، سياسياً كان أو تعليمياً أو اقتصادياً لا يملك آلية للتطور هو نظام جامد مصيره الفشل. والأمر لا يختلف مع الأنظمة الصحية.

وأضح بأن هذا المقال ليس موجهاً إلى الأفراد بل إلى نظام مسؤول عن العناية الصحية في المجتمع بشكل عام. فأولئك الأفراد الذين حققوا علاقة شخصية وثيقة مع أطباؤهم لا علاقة مباشرة لهم بهذا الموضوع.

التقييم ليس هدفه النهائي التدوين أو التاريخ. التقييم يعتمد على جمع المعلومات، وإحدى أهداف جمع المعلومات هو البحث عن القواسم المشتركة، فحركة المجتمع ليست قائمة على تحولات خصوصية مستقلة. والعالم الفرنسي ببيير شارل الكساندر لوي قال بنظرية التلازم أو الترابط أو العلاقة المتبادلة في الإحصاء.

التقييم المستمر هو البداية لا النهاية، إنه مدخل إلى قلب وقالب العناية الصحية لأن باستطاعته تقويم المسار، وهو في الوقت نفسه يزيد المعرفة من خلال الممارسة والنقد الذاتي. هذه المعرفة التي تمكننا، في المستقبل، من تفادي الأخطاء المتكررة ببناء مسار جديد.

كي تتحقق عملية التطوير لا بد من ثلاثة أشياء أن تتحقق: 1- إرادة التطوير ضمن عمل جماعي. 2- الاعتماد على مؤشرات الجودة Quality indicators تستعمل مؤشرات الجودة كأسلوب تقييم تلقائي في خطة عمل جماعي. مثلاً تخفيض نسبة الوفيات في لبنان، تخفيض النفقات

على النوعية (الجودة في العناية) بدلاً عن الكمية. وقد نشرت جريدة «وول ستريت» مقالاً حول هذا الموضوع لتبيان أثر التقويم الذي يعطيه المرضى، عن كل طبيب وعن كل مؤسسة صحية، على التعرف الصحية. هناك العديد من المؤسسات التي تراقب العناية الطبية في الولايات المتحدة والتي تجري إحصاءات عن مدى ارتياح الناس إلى المؤسسة الاستشفائية وتقييمهم لها: The Leapfrog Group.

The Institute of Health Care Improvement The New Jersey Hospital Association Institute For Quality and Patient Satisfaction The Joint Commission for Hospital Accreditation (JCAHO) Agency For Healthcare Research and Quality (AHRQ) (The National Quality Forum (NQF) (Quality Improvement Organization, QIO) (Veterans Health Administration, VA Centers for Medicare, Medicaid Services (CMS) (American Osteopathic Association (AOA) (Det Norske Veritas Healthcare INC. (DNV) (International Standards Organization (ISO).

3. التركيز على الشفافية في الأداء، وللبوليس الفيدرالي الآن دور كبير في الكشف عن عمليات المقايضة والرشوة والخدمات الخيالية والكاذبة. وقد ذكرنا مقدار الهدر الموجود في هذا المنحى. ففي المستشفيات هناك ما يسمى بنافاخي الصفارات Whistleblowers وهم عملاء للدولة، موظفون في المؤسسات الصحية بشكل خاص، وفي القطاعات الأخرى للحكومة الفيدرالية بشكل عام، تحميمهم لا بل تكافئهم على تزويدهم السلطات الفيدرالية بأية تجاوزات في الجهاز الصحي. وقد اكتشفت عمليات فساد كثيرة أدت إلى سجن العديد من الأطباء.

5. التركيز على إدخال الإضبارة الإلكترونية في المستشفيات وفي العيادات الطبية، الحكومة الفيدرالية تشجع ذلك وحتى أنها تتكفل ببعض الكلفة. والهدف هو إنشاء جهاز مركزي: Health Information Exchange Center.

هذا الجهاز يكون على مستوى الولاية أو على امتداد الولايات المتحدة كلها، يتلقى إضبارة المريض ويستعملها لتجنب تكرار الفحوصات الباهظة (أمرٌ شائعٌ في لبنان)، ولتسريع عملية التشخيص حين يتنقل المريض من طبيب إلى آخر، أو من مستشفى إلى آخر (أمرٌ آخر شائعٌ في لبنان) أو من ولاية أو مدينة إلى أخرى.

وقد بدأت المستشفيات في الولايات المتحدة بسن سياسات جديدة لدعم الجودة في

«