

في ركني

د. زهير السباعي

من أجل رعاية صحة أفضل

مقدمة

فيما يلي خلاصة لمجموعة من المقالات نشرت تباعا في جريدة عكاظ بعنوان " في ركني .. من أجل رعاية صحية أفضل " . نشرت المقالات في الفترة من يونيو الى نوفمبر 2015 وبلغ عددها 15 مقالة . جميعها تهدف الى التذكير بأننا بالإمكانات الصحية المتوفرة في المملكة لو أحسن التخطيط والتنفيذ لها . وبنى ذلك على أسس علمية ، وكان تفكيرنا من خارج الصندوق أى بعيدا عن النمط التقليدي الذي مارسناه عبر أجيال لكانت الرعاية الصحية لدينا في المقدمة من الأمم.

أسأل الله أن يوفقنا جميعا لخدمة هذا البلد الأمين.

من أجل رعاية صحية أفضل

أنا متفائل بالمستقبل لعدة أسباب منها ما توليه الدولة من إهتمام بالغ بتوفير الإمكانيات المالية والبشرية للرعاية الصحية ، ومنها ما جاء في تصريحات معالي وزير الصحة المهندس خالد الفالح لوسائل الإعلام حول توجهات الوزارة لتطوير " الرعاية الصحية الشاملة ، و الرعاية الصحية الأولية ، والقوى البشرية ، وتقنية المعلومات ، والوقاية من الأمراض ، وإعادة هيكلة الوزارة " . كل واحدة من هذه الجوانب جديرة بأن تكون ملفا قائما بذاته . وجميعها توحى بأن الرجل يفكر من خارج الصندوق .

وزارة الصحة أمامها طريقان : إما أن يفكر مسؤولوها من داخل الصندوق أو من خارجه . إذا فكروا من داخل الصندوق فسوف ندور في نفس الحلقة المفرغة من الإدارة التقليديه التي تنتم بالمركزية وبمحاولة الإستجابة لطلبات الناس أكثر من الإستجابة لحاجاتهم الحقيقية .

من خلال تصريحات معالي الوزير يبدو لي أنه أختار البديل الثاني .. التفكير من خارج الصندوق . والمبررات لهذا النمط من التفكير كثيرة . ففي العقود الأخيرة طرأ كم هائل من التغيير في حياتنا . تغيرت خريطة الأمراض في بلادنا ، واقتصاديات الصحة ، ونمط الحياة الإقتصادية والإجتماعية

والثقافية ، و اتسعت دائرة اتصالنا بالعالم الخارجي . ومن ثم فلا مجال لأن تدار الرعاية الصحية بنفس الأسلوب الذي كانت تدار به على مدى عقود مضت .

من البساطة بمكان الظن بأن وزارة الصحة يمكنها أن تقوم بتطوير الرعاية الصحية وحدها بدون مشاركة ودعم أجهزة الدولة الأخرى بما في ذلك وزارات المالية ، والتخطيط ، والتعليم ، والشؤون البلدية والقروية ، والقطاعات الصحية الأخرى . ولذا فإن ملف الصحة يجب أن يكون على مكتب كل مسؤول في الدولة . فالصحة ليست مجرد غاية إنسانية نسعى إليها فحسب ، وإنما هي الى جانب ذلك وسيلة للتطوير الإجتماعي والإقتصادي للأمة .

لا مندوحة من تفعيل المجلس الصحي الذي تكون بمرسوم ملكي في عام 1430 . على المجلس الصحي أن يرسم خارطة الطريق لرعاية صحية أفضل على مدى ربع قرن قادم . يتم فيها التنسيق بين جميع الأطراف المعنية ، لتوفير رعاية صحية مبنية على أسس علمية ، ومستندة الى الإحصاء الحيوي ، وقابلة للقياس.

التخطيط الصحي

خططنا المستقبلية للرعاية الصحية في البلاد العربية ، توضع أهدافها بناء على أعداد المستشفيات ، والأسرة ، والمراكز الصحية ، والأطباء ، وغيرهم . بدلا من أن تستند الى الإحصاء الحيوي أى معدلات الأمراض والوفيات . أنقل هنا سطورا من كتابي " الرعاية الصحية .. نظرة مستقبلية " لأضرب مثلا للتخطيط الصحية التي تركز في تحديد الأهداف على الإحصاء الحيوي مثل : وفيات الأطفال الرضع ، ووفيات الأمهات الحوامل ، ومعدل الإصابة بأمراض مثل السل أو البلهارسيا أو السرطان أو السكرى . لا يكفي أن نتخذ من أعداد المستشفيات، والمراكز الصحية ، والأسرة ، والأطباء أهدافا نسعى إليها لعدة أسباب يأتي على رأسها :

- احتمال سوء التوزيع ، إذ قد تحظى منطقة ما بنصيب الأسد من الموارد الصحية وتحرم منها أو تكاد مناطق أخرى.
- أو احتمال سوء الإدارة كأن ينشأ في منطقة ما مستشفى في حين أن الحاجة الحقيقية لمراكز رعاية صحية بتكلفة أقل وبمردود أفضل .
- أو عدم التوازن في صرف ميزانية الصحة كأن ننفق أموالا طائلة على المنشآت الطبية الضخمة أو على شراء أجهزة طبية قد لا نحتاجها ، في حين أنه لو أنفق نصف هذه الأموال على إصاح البيئة ، أو التثقيف الصحي ، أو برامج التغذية لكان ذلك أولى.

" بنظرة فاحصة على التقرير السنوي لمنظمة الصحة العالمية عن الوضع الصحي في دول العالم ، نلاحظ على سبيل المثال : في الولايات المتحدة الأمريكية بالرغم من أن معدل الأسرة ، و معدل الأطباء لكل 1000 من السكان ، وما يصرف على صحة الفرد ، أعلى من بلدان مثل ماليزيا و فنلندا ، إلا أن معدل وفيات الأطفال الرضع (وهو مقياس حساس للوضع الصحي في أى مجتمع)

في ماليزيا وفنلندا أفضل منه في الولايات المتحدة الأمريكية . وفي ماليزيا بالرغم من أن مقدار ما يصرف على صحة الفرد أقل من المملكة العربية السعودية ، كما أن معدل أسرة المستشفيات فيها أقل ، إلا أن معدل وفيات الأطفال الرضع في ماليزيا أفضل منه في المملكة .

هذه الإحصائيات تدلل على أن مستوى الصحة في المجتمع لا يعتمد على عدد الأطباء والأسرة وميزانية الصحة، بقدر ما يعتمد على أسلوب إدارة الرعاية الصحية . نستطيع أن نستطرد إلى ما لا نهاية في نقاش العوامل التي تؤثر على مستوى الرعاية الصحية. ولكننا نستطيع أن نردها الى عوامل ثلاثة أساسية هي:

- تخطيط صحي سليم يعنى بتحديد الأهداف والبدائل والأولويات ، بأسلوب علمي ، مبني على الإحصاء الحيوي.
- رعاية صحية شاملة تتسم بالتوازن بين ما يصرف من مال وجهد ووقت على الوقاية من الأمراض (إصاح البيئة ، والتثقيف الصحي ، وبرامج التغذية ، ورعاية الأمومة والطفولة .. الخ) وما يصرف على العلاج .
- إدارة الموارد البشرية والمالية بأسلوب فعال. يعتمد على الامركزية في التنفيذ.

تحديد الأهداف

على رأس عشرة ملفات ، أكاد أراها رأى العين لتطوير الرعاية الصحية ، يأتي ملف " تحديد الأهداف بأسلوب علمي " . تلك مشكلة تشاركنا فيها جميع البلاد العربية . ولكي أخص ما أعنيه أعود الى سطور من كتابي " الرعاية الصحية .. نظرة مستقبلية " .

" عندما من الله عليّ - مع بداية الطفرة الاقتصادية في بلادنا - بمبلغ من المال قررت أن أبني " فيلا " صغيرة على قدر فلوسي. نقلت فكرتي إلى المهندس المعماري " أريدها فيلا جميلة صغيرة مريحة تكفيني وأسرتي وفي حدود ميزانيتي " . قال لي المهندس .. هذا كلام عام . تعال نتحدث بلغة الأرقام. ما مساحة الأرض؟ ما مساحة البناء؟ كم ارتفاع الفيلا؟ ما طولها وما عرضها؟ كم عدد الغرف؟ كم مساحة كل غرفة ؟ وبدأ مشوار التخطيط للفيلا بحساب المتر والسنتيمتر.

التخطيط الصحي لا يختلف من حيث المبدأ عن إنشاء عمارة أو صنع سيارة . يجب أن يستند إلى أرقام قابلة للقياس حتى يمكن تحويله من فكرة إلى حدث. من المؤسف أن الخطط الصحية في أغلب دول العالم النامي ومنها الدول العربية تتدرج تحت باب:

منى إن كن حقاً فهن أحسن المنى وإلا فقد عشنا بها زمناً رغداً

كثيراً ما نجد في الخطط الصحية تعابير عامة غير محددة يصعب قياسها مثل: " تهدف الخطة إلى إيصال الرعاية الصحية إلى جميع السكان " أو " سوف نحقق مستوى مرتفعاً من الرعاية الصحية " . أوقد نجد في الخطط الصحية أرقاماً لا تعبر عن الأهداف بقدر ما تعبر عن الوسائل. مثال ذلك

أن تهدف الخطة الى مضاعفة عدد الأسرة ، أو الإرتفاع بمعدل الأطباء ، أو إنشاء 200 مركز صحي.

التخطيط الصحي يجب أن تصاغ أهدافه بناءً على الإحصاء الحيوي مثل معدلات الأمراض والوفيات . أهداف قابلة للقياس في فترة زمنية محددة . ومن ثم فهي قابلة للمتابعة والتقييم.

البدائل والأولويات

في زمن مضى كان لدي اهتمام ببحثين في نفس الآونة . أولهما عن تواجد مرض الفيل في المملكة (مرض يسببه طفيلي يصيب الأوعية للمفاوية في الجسم خاصة في الأطراف وينتج عنه تضخم فيها) ، والثاني عن احتياجات المملكة الى القوى البشرية الصحية . أجريت دراستي عن مرض الفيل في بعض مناطق المملكة فوجدته من الندرة بمكان إذ لم أجد غير حالات محدودة وثقتها بالصور . وقمت بدراسة حاجة المملكة الى القوى البشرية والتي تعد من أهم العوامل لتطوير الخدمات الصحية إن لم تكن أهمها ، وتحتاج الى كثير من الجهد والمال لتحقيق أهدافنا فيها . نقلت نتائج الدراستين الى مسؤول في الصحة . فوقف طويلا أمام صور مرضى الفيل (المرعبة) . أشاد بالبحث ، وأكد على ضرورة الاهتمام بالموضوع . في حين أن دراسة القوى البشرية لم تحظ منه بجزء من هذا الإهتمام . هذه صورة حية للأوليات عندما توضع بناء على الإنطباعات بدلا من الإستناد الى حقائق .

ليس المطلوب عند استعراض البدائل والأولويات إما أن نحقق هذا أو ذاك منها ، وإنما هو إيجاد التوازن السليم بين الخيارات . أضرب فيما يلي أمثلة للبدائل والأولويات التي يجب أن نضعها نصب أعيننا ونحن في سبيلنا لتخطيط صحي بأسلوب علمي .

- مراكز الرعاية الصحية الأولية أقل تكلفة وأجدر بتوفير الرعاية الصحية الشاملة مقارنة بالمستشفيات. ترى هل من الأولى التوسع في إنشاء المستشفيات أم المراكز الصحية؟
- هل من الأولى لوزارة الصحة الإستمرار في إدارة و تشغيل المستشفيات الحكومية أم تركها (تدرجيا) للقطاع الخاص مع الزامه بمعايير الجودة ، وتوفير التأمين الصحي لأفراد المجتمع . ومن ثم تتفرغ الوزارة للتخطيط ، وتطوير القوى البشرية ، والبرامج الوقائية ، والمتابعة والتقييم . بدلا من الإنشغال بالتنفيذ ؟
- أفضل رعاية صحية تلك التي تقدم الى الفرد قريبا منه ومن أسرته وتعنى بالرعاية الصحية الشاملة (الوقائية والعلاجية) والممتدة (قبل المرض وبعده) . ترى هل من الأولى في بلادنا المترامية الأطراف التوسع في إنشاء المدن الطبية الضخمة و المكلفة والتي قد يشد المريض اليها الرحال ، أم إنشاء المؤسسات الصحية الصغيرة والمتوسطة القادرة على الوصول الى الفرد مع أسرته وفي بيئته ؟ وللحديث بقية.

البدائل والأولويات .. مرة أخرى

أتابع حديثي عن البدائل والأوليات . مؤكدا على أن القضية ليست أن نختار هذا أو ذاك من البدائل والأوليات ، وإنما هي إيجاد التوازن بين الخيارات بما يوصلنا الى أهدافنا بأقصر الطرق وأقل التكاليف . نماذج أخرى أطرحها للبدائل والأوليات التي يجب اعتبارها في التخطيط الصحي .

- من المعروف أن صرف ما يعادل 2,5% من ميزانية الصحة على برامج تعزيز الصحة (أساسها التثقيف الصحي الذي ينتهي بتغيير أسلوب الحياة الى الأفضل) سوف ينتهي بتحسين ملموس في مستوى الصحة . ترى هل يمكننا أن نأخذ بهذا البديل في توزيع ميزانية الصحة؟
- مناهج كليات الطب في العالم العربي تهئ الأطباء أكثر ما تهينهم للعناية بعلاج الإنسان بعد أن يمرض أضعاف عنايتهم بوقايته من المرض . ترى هل أن الأوان لإعداد أجيال من الأطباء وبقية أفراد الفريق الصحي يوازنون في اهتماماتهم بين الوقاية والعلاج ؟
- يوجد لدينا 3 فنيين صحيين مقابل كل طبيب ، في حين أن المطلوب هو على الأقل 8 فنيين صحيين مقابل الطبيب الواحد . ترى هل أن الأوان لتصحيح هذا المعدل من أجل توفير رعاية صحية أفضل ؟
- الميزانية المخصصة للصحة في أي مجتمع ميزانية محددة لها أول ولها آخر . ترى أيهما أفضل ؟ التركيز على إنشاء المباني وشراء الأجهزة والمعدات أم تنمية القوى البشرية الصحية كما وكيفا ؟
- اللامركزية في التنفيذ مبدأ تنادي به منظمة الصحة العالمية ويؤكد العقل والمنطق . ترى هل أن الأوان لتفويض أكبر قدر ممكن من الصلاحيات المالية والإدارية لمدراء الشؤون الصحية ، ومدراء المستشفيات ، ومدراء المراكز الصحية . ذلك حتى تتفرغ الوزارة للتخطيط والتطوير والمتابعة والتقييم ؟
- هل من الأولى إشراك أفراد مختارين من المجتمع في تخطيط الرعاية الصحية ، وتنفيذها ومتابعتها وتقييمها ؟ الأمر الذي تدعو إليه تجارب كثير من الدول المتقدمة ، وتشجعه منظمة الصحة العالمية .

هذه بضع نماذج للبدائل والأولويات التي يجب أن نضعها أمامنا ونحن نخطط لمستقبل الرعاية الصحية ، وليكن تفكيرنا من خارج الصندوق .

اللامركزية

تطوير الرعاية الصحية في بلادنا رهين بإجراء عدة إصلاحات في الإدارة الصحية ، الإمكانيات المادية والبشرية التي وفرتها الدولة للقطاع الصحي لو أحسن التخطيط لها وإدارتها لكانا في مقدمة الدول من حيث الرعاية الصحية . يأتي على رأس هذه الإصلاحات الإدارية المطلوبة اللامركزية .

دعونا نستعرض بعض أوجه الموارد المادية والبشرية في القطاع الصحي . يوجد في المملكة 425 مستشفى تضم نحواً من 65,000 سريراً . وحوالي 3000 مركز صحي . كما أن لدينا 81,000 طبيب و 155,000 ممرض وممرضه . هذا الكم من المستشفيات والمراكز الصحية والأطباء وهيئة التمريض كاف لمواجهة احتياجاتنا بكفاءة عالية لو أحسن الإستفادة منه . ولن يحسن الاستفادة منه طالما أن وزارة الصحة بالرياض مشغولة بالإشراف على مديريات الشؤون الصحية والقطاع الصحي الخاص . إذ لن يكون لدى الوزارة الوقت أو الجهد الكافي للتخطيط ، ووضع المعايير ، والمتابعة ، والتقييم . أفضل دور يمكن للوزارة أن تقوم به هو : التمكين ، والتفويض ، والمحاسبة.

توصي الدراسة التي وضعها الاتحاد الأوروبي عن التطوير الصحي باللامركزية في الخدمات الصحية . من فوائد اللامركزية حسب ما جاء في الدراسة : الإرتفاع بمستوى الأداء ، والتطبيق الأفضل للاستراتيجيات الصحية ، وتنشيط القدرة على الإبداع . كذلك أوصت الدراسة التي قام بها المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية في جنوب شرق آسيا باللامركزية في القطاع الصحي كوسيلة للتطوير . وأوصت وثيقة مؤتمر المآ آتا التي وقعها ممثلون من 134 دولة باللامركزية كوسيلة للإصلاح الإداري في القطاع الصحي.

باختصار.. لكي تتفرغ وزارة الصحة لعملها الأساس وهو التخطيط ، والتنسيق ، والمتابعة ، والتقييم ، يجب أن تتخلص من التنفيذ – الا في حدود ضيقة . وذلك بإعطاء كافة الصلاحيات المالية والإدارية لمديري الشؤون الصحية . وهؤلاء عليهم أن يفوضوا صلاحياتهم الى مدراء المستشفيات والمراكز الصحية بعد حسن الإختيار والتدريب ، بحيث يصبح لكل مستشفى ولكل مركز صحي ميزانيته الخاصة به حسب عدد السكان الذين يخدمهم وطبيعة المنطقة والمشاكل الصحية التي فيها . على أن ينشأ في كل مستشفى ومركز صحي مجلس إدارة يشارك فيه أفراد من المجتمع . ومن ثم يطالب الجميع بالنتائج . من أحسن يكافأ ومن أساء يحاسب .

بذلك تستطيع الوزارة أن تتفرغ للقيام بدورها الحقيقي في التطوير . بدون هذه الخطوة - أى تفتيت المركزية لا أرى - شخصياً - فرصة للإصلاح الحقيقي للرعاية الصحية . فسوف تظل الوزارة في الرياض مشغولة بالإشراف على هذا الكم الهائل من المؤسسات الصحية . وستبقى المؤسسات الصحية مفتقدة للحركة والإبداع . تغيير النظام الصحي ليس بالأمر الصعب أو المستحيل لأن النظم واللوائح وضعناها نحن البشر . أما الخطوة الثانية في عملية التفويض فهي أن تفوض وزارة الصحة مسؤولية تشغيل المستشفيات (وليس المراكز الصحية) الى القطاع الخاص . وللحديث بقية.

اللامركزية .. لما لا ؟

بعد التصاريح الذي أدلى بها معالي وزير الصحة الى وسائل الإعلام من أن وزارة الصحة سوف تسعى الى توفير الرعاية الصحية الشاملة ، والارتقاء بمستوى الرعاية الصحية الأوليه ، أجدني متفائلا لأن ما قاله معالي الوزير يعني أن الوزارة سوف تتفرغ للتطوير بما في ذلك وضع الأهداف والمعايير والمساندة والتقييم ، وتترك عملية التنفيذ على المستوى المحلي لمديريات الشؤون الصحية .

سوف أفترض هنا أن وزارة الصحة ومعها وزارة المالية أتفقنا على إعطاء كل مديرية شؤون صحية ميزانيتها الخاصة بها تبعا لعدد سكان المنطقة وطبيعتها الجغرافية ونوعية المشاكل الصحية فيها . مع كافة الصلاحيات المالية والإدارية التي تتيح لها الفرصة للحركة والإبداع ، ومديريات الشؤون الصحية قامت بدورها بإعطاء الصلاحيات من أجل الحركة والإبداع لمدراء المستشفيات والمراكز الصحية ، و خصص لكل مستشفى ومركز صحي ميزانية محدده يشرف على صرفها مجلس إدارة يشارك فيه أفراد مختارون من المجتمع . ذلك بعد الإعداد الجيد والذي يتمثل في حسن اختيار المسؤولين ، وتدريبهم على أسلوب الإدارة بالأهداف .

لو أن وزارة الصحة أخذت بهذا الإتجاه ، فستكون قد بذرت بذلك بذور الإصلاح الحقيقي للرعاية الصحية . تصوروا معي مدير الشؤون الصحية ورفاقه في العمل وقد أعطوا كامل الصلاحية للعمل بالمشاركة مع نخبة من أفراد المجتمع ، وبدون الرجوع إلي الوزارة إلا في الأمور التي تتصل بالأمن القومي الصحي . ثم حوسبوا على النتائج . الا ترون معي أن هذا أجدر بالارتقاء بمستوى الرعاية الصحية ؟

لسنا في ذلك بدعة إذ أن أكثر البلدان المتقدمة اقتصاديا طبقت هذا المفهوم الذي يتلخص في كلمات قلائل توجه الى المسؤول بعد أن يحسن اختياره " سوف نوفر لك كل الإمكانيات الممكنة ، ونعطيك كافة الصلاحية للتصرف . ثم نقيم النتائج التي أحرزتها . نكافئك إن أحسنت ، ونحاسبك لو أسأت " . أتمنى أن لا يفاجئني أحدكم كما فاجأني ذات يوم مسؤول كبير في الصحة طرحت عليه الفكرة فكان جوابه : وأين هم المدراء الذين تطمئن النفس الى إعطائهم الصلاحيات . عجبني .. وهل تراها أعقمت !

بهذا الأسلوب (التدريجي والمعد له إعدادا جيدا) من العمل غير المركزي سوف تتمكن وزارة الصحة من التفرد للتخطيط بعيد المدى (25) سنة ، كما ستتمكن من وضع المعايير الصحية للرعاية الصحية ، وأعني بذلك معدلات الوفيات والأمراض ، وليس المعدلات المألوفة مثل عدد الأسرة وعدد المستشفيات والأطباء ، فهذه وسائل أكثر من كونها أهداف .

ماذا عن الأطباء ؟

أما وقد أعلنت وزارة الصحة أنها سوف تنتهج نظام الرعاية الصحية الشاملة وتطوير مراكز الرعاية الصحية الأولية . فقد وجب أن تعد الوسائل لتحقيق هذا التوجه . على رأس هذه الوسائل

يأتي إعادة النظر في مناهج التعليم الطبي في كليات الطب . وقبل أن أستطرد عله من المفيد أن أقول أن الرعاية الصحية الشاملة تعني العناية بالإنسان قبل أن يداهم المرض بوقايته منه ، والعناية به إذا ما مرض بعلاجه ، والعناية به بعد أن يبيل من مرضه بتأهيله لممارسة الحياة . هذه الأدوار المفترض أن يقوم بها الفريق الصحي بقيادة الأطباء ، أما إذا ما افتقد الأطباء القدرة على تقديم الرعاية الصحية الشاملة فلا أمل في أن يقوم بها بقية أفراد الفريق الصحي بكفاءة .

مناهج كليات الطب – في البلاد العربية - تعد الطبيب أساسا لعلاج الإنسان بعد أن يمرض ، ولا تهينه بقدر كاف لوقايته من أسباب المرض ببرامج التنقيف الصحي ، وصحة البيئة ، و التغذية ، والصحة النفسية والعقلية ، والوقاية من الأمراض السارية والمزمنة .. الى آخر القائمة .

عندما كنت طالبا في كلية الطب كانت أحلامي وزملائي تتلخص في تحقيق خمسة أشياء تبدأ كلها بحرف العين : العيادة ، والعمارة ، والعزبة ، والعربية ، والعروسة (العريس للبنات) . جميعها متطلبات بشرية لا أعتراض عليها ، ولكن ينقصها بعد سادس ذلك هو المسؤولية الإجتماعية . أن نعمل جاهدين لكي نحول بين الإنسان والمرض .

ولو أنك سألت 100 طبيب عن أهدافهم في الحياة لأجابك 90% منهم بأنها العناية المثلى بالمرضى. ولو أنك سألت أحدهم . وما الدور الذي تقوم به لوقاية أفراد المجتمع من مشاكل صحية مثل السكري ، وضغط الدم ، وأمراض القلب والشرابيين ، والسرطان ، وحوادث السيارات ، وأمراض الطفيليات والميكروبات والفيروسات ، وجميعها يمكن الوقاية منها قبل وقوعها لما حار جوابا ، أو لربما قال هذه ليست " شغلتى !"

في عالمنا العربي أى نعم ندرس الوقاية في كليات الطب دراسة نظرية مخلخلة المفاصل ثم ننساها أو نكاد بعد أن نتخرج من كليات الطب لنركز على علاج المرضى بعد أن يصيبهم المرض . أما وقد أعلن معالي وزير الصحة بأن توجه الوزارة هو تقديم الرعاية الصحية الشاملة (الوقاية والتطوير والعلاج) ، فإني أتطلع ألى أن يناقش معاليه هذه القضية مع معالي وزير التعليم ليربطا بين أهداف التعليم الطبي وأهداف الرعاية الصحية الشاملة .

الفنيون الصحيون

ليس هناك قاعدة مضطربة لعدد أفراد الفريق الصحي الذي يجب أن يعمل يدا بيد مع الطبيب فالأمر يختلف من موقع الى موقع . فالمستشفى غير المركز الصحي ، والمدينة غير القرية ، والطب العام غير الطب المتخصص ، بيد أن وضع الفنيين الصحيين (يشملون هيئة التمريض و المساعدين الصحيين) عندنا مقارنة بدول أخرى يوحي بأن لدينا مشكلة يجب التصدي لها بشكل عاجل .

يشير كتاب الإحصاء السنوي لوزارة الصحة لعام 1434 الى أن لدينا 81,000 طبيب ، و155,000 ممرض وممرضه ، و91,000 من الفئات الطبية المساعدة . أى أن هناك 3 ممرضين وممرضات ومساعدين صحيين لكل طبيب. وللتوضيح فإن المساعدين الصحيين يعملون في أكثر من 30 مجالاً صحياً في المستشفيات والمراكز الصحية وغيرها . من هذه المجالات المختبرات ، والأشعة ، والصيدلة ، والعلاج الطبيعي ، والتغذية ، وصحة البيئة ، ورعاية المعوقين ، والإدارة الصحية ، والإحصاء الطبي .. الخ .

سوف يقتصر حديثنا هنا عن النقص الذي نعانيه في هيئة التمريض لأن الإحصاءات الدولية في هذا المجال أكثر دقة . وما ينطبق على هيئة التمريض ينطبق على المساعدين الصحيين. في بريطانيا في عام 2008 كان يوجد 11 ممرض وممرضة لكل 1000 نسمة

(The Nursing and Midwifery Council:Nursing in the United Kingdom) .
وتبعاً لإحصائيات البنك الدولي لعام 2012 يوجد في المتوسط في النرويج، واليابان وأستراليا ، وكندا 12 ممرض وممرضه لكل 1000 نسمة. في حين يوجد في المملكة فقط 4,8 ممرض وممرضة لكل 1000 نسمة أكثر من ثلثهم وافدين . (world Bank; Nurses and Midwives / 1000 Population in the year 2012)

الى قبل بضع سنوات مضت كان لدينا أكثر من 100 معهد صحي أهلي أقفلت لسبب أو لآخر . قيل أننا في حاجة الى مستوى أفضل من التدريب وهذا كان بالامكان تحقيقه بشئ من الجهد والتخطيط السليم وتضافر الجهات المعنية بدلا من الإقفال . كما قيل أننا لا نريد الدبلومات الصحية وإنما درجات البكالوريوس . بينما في ولاية أريزونا الأمريكية نجد أن كثيرا من أفراد هيئة التمريض والمساعدين الصحيين في مجالات مثل الصيدلة ، والعلاج الطبيعي ، و الأسنان ، و الطب الوقائي ، والبصريات وغيرها يتلقون تدريبهم لمدة سنتين ثم يتواصل تدريبهم وهم على رأس العمل لمن يرغب .

ومؤخرا نرى الى علمي أن هناك توجهها لابتعاث الفتية والفتيات بعد الثانوية العامة الى الخارج لدراسة التمريض والتخصصات الصحية المساعدة . والأولى من ذلك إنشاء معاهد التدريب في بلادنا بدعم من الحكومة ، وليكن الابتعاث الى الخارج للدراسات العليا . ذلك كي نقوى من مؤسساتنا التعليمية فهي ضمان المستقبل لنا .

ومع التوسع الذي نلمسه في الخدمات الصحية ، وتزايد عدد السكان ، والصعوبة المتزايدة في التعاقد مع كفاءات جيدة من الخارج ، فقد أصبح من الواجب علينا تناول موضوع الفنيين الصحيين بفاعلية وموضوعية.

حاجتنا الى الفنيين الصحيين

هذه محاولة لاستقراء حاجتنا الى الفنيين الصحيين في عام 2040 أى بعد 25 سنة من اليوم . سوف أطلق تعبير الفنيين الصحيين على جميع المساعدين الصحيين بكافة فئاتهم بالإضافة الى هيئة التمريض . وقد سبق لي أن نشرت بعض التوقعات المستقبلية ، وأعود اليها الآن من زاوية مختلفة تبعا للمقارنات الدولية . وليس هناك فرق كبير في النتائج بين الطريقتين.

بالرجوع الى كتاب الإحصائ السنوي لوزارة الصحة لعام 2013 نجد أن عدد سكان المملكة 30 مليون نسمة ، ومعدل الزيادة السنوية 2,7% ، ومن ثم فالتوقع أن يتضاعف عدد السكان في عام 2040 ليصبح نحو من 60 مليون نسمة .

عدد المساعدين الصحيين حاليا في المملكة 92,000 (منهم 63,000 سعودي أى 69% من المجموع) ، وهيئة التمريض 155,000 (منهم 54,000 سعودي أى 35% من المجموع). ولنتحدث بداية عن هيئة التمريض . لو افترضنا أننا نخطط بعد 25 سنة من اليوم للوصول الى معدل 10 ممرض وممرضه لكل 1000 من السكان وهو أقل من المعدل الذي وصلت اليه بريطانيا في عام 2008 . وإذا افترضنا أننا نخطط لأن يكون 60% منهم سعوديين بدلا من 35% معدلهم اليوم ، سنجد أننا سنكون في حاجة الى 360,000 ممرض وممرضة سعوديين (مقابل 54,000 الموجودين حاليا) بعضهم حاصل على درجة البكالوريوس والبعض الآخر حاصل على الدبلوم . . ولو افترضنا أن حاجتنا الى عدد المساعدين الصحيين السعوديين آنذاك هي نفس حاجتنا الى هيئة التمريض ، فإن هذا يعني أننا سنكون في حاجة الى تدريب نحو من 720,000 فني صحي سعودي في غضون 25 سنة قادمة ، مقابل العدد الحالي 117,000 فني صحي سعودي استغرق إعدادهم أكثر من 60 سنة . علما بأن الموجودين حاليا لن يكونوا يومها على رأس العمل لدواعي التقاعد أو تغيير طبيعة العمل أو الوفاة.

أتوقع أن لدي إدارة التخطيط في وزارة الصحة حساباتها عن حاجتنا الى الفنيين الصحيين مستقبلا . ليبتها تفصح عنها ، لأن قضية الفنيين الصحيين ليست قضية صحية فقط ، وإنما هي الى جانب ذلك قضية اجتماعية (عوامل الدين واللغة) ، وأمنية (أثناء حرب الخليج الثانية وطلبا للأمان غادرت المملكة أعداد لا حصر لها من العمالة الصحية الوافدة) ، واقتصادية (تشغيل الأيدي السعودية في المجال الصحي) . كما أن القضية لا تخص وزارة الصحة وحدها وإنما أيضا تخص الجامعات المسؤولة عن منح درجة البكالوريوس ، والهيئة السعودية للاختصاصات الصحية المسؤولة عن شهادات الدبلوم ، ووزارة العمل (4% فقط من الفنيين الصحيين العاملين في القطاع الصحي الخاص سعوديون!).

مشاركة المجتمع

يقول د. ماهر مدير عام منظمة الصحة العالمية الأسبق " المجتمع الذي لا يشارك بعضه أو بعض أفراده في شؤونه الصحية، ويباشرون مسؤولياتهم فيه ، مجتمع لا يمكن أن يحظى برعاية صحية

جيدة مهما كانت الإمكانيات المتوفرة له " . كما يقول في نفس السياق " سوف تتحسن الصحة فقط إذا شارك الناس أنفسهم في التخطيط والتنفيذ، وكان لهم رأي حيال الرعاية الصحية المقدمة لهم، ولكن هذه المشاركة لا تحدث اعتباطاً، يجب أن نسأل أنفسنا إلى أي مدى نحن جادون في إشراك الأفراد والأسر والمجتمعات؟ هل نحن مستعدون للإصغاء إلى همومهم وأن نتعلم منهم ما يعتقدون أنه مهم وأن نتبادل معهم المعلومات ونشجعهم ونساعدهم؟ "

هذا المفهوم الذي قد يظن البعض أنه حديث جاء به الإسلام قبل نيف وأربعة عشر قرناً . يقول سبحانه وتعالى " وَالْمُؤْمِنُونَ وَالْمُؤْمِنَاتُ بَعْضُهُمْ أَوْلِيَاءُ بَعْضٍ " . ويقول الرسول الكريم: (ترى المؤمنين في توادهم وتراحمهم وتعاطفهم كمثل الجسد الواحد إذا اشتكى منه عضو تداعى له سائر الجسد بالسهر والحمى) .

من هذا المنطلق نتحدث عن أهمية مشاركة المجتمع أو بالأحرى بعض أفرادها في تخطيط وتنفيذ ومتابعة وتقييم الرعاية الصحية في مجتمعهم . هناك نماذج دولية كثيرة في هذا الخصوص أقتصر فيها على ما شاهدته في فنلندا ، وهي من أرقى دول العالم في الخدمات الصحية. الخدمات الصحية في فنلندا مسؤولة المجتمع المحلي (commune) والذي قد يكون قرية أو ضاحية في مدينة . يتراوح عدد سكان الكميون من 10,000 الى 100,000 نسمة ، ويشرف على الخدمات الصحية فيه بضعة أفراد منهم المعلم والتاجر والصانع والموظف ، يعملون متطوعين يدا بيد مع الفريق الصحي . يتخذون جميع القرارات الخاصة بالخدمات الصحية في مجتمعهم تخطيطاً وتنفيذاً ومتابعة وتقييماً ، ولديهم ميزانية يتصرفون فيها . من حقهم أن يوظفوا ، أو يدرّبوا ، أو يضيفوا أسرة الى المستشفى القائم ، أو يستحدثوا مركزاً صحياً جديداً . يفعلون كل ذلك بدون الرجوع الى أى سلطة عليا . فقط أمامهم أهدافاً سبق أن وضعتها وزارة الصحة في العاصمة هلسنكي عليهم أن يحققوها . في نهاية العام يعرضون نتائجهم (مبنية على الإحصاءات الحيوية) ، حيث تقارن بنتائج المجتمعات المحلية الأخرى . إن أحسنوا كوفئوا بمزيد من الدعم المالي ، وإن أساؤوا حوسبوا .

لست أدعو على الإطلاق الى تطبيق تجارب الآخرين في بلادنا بحذافيرها فلكل مجتمع خصوصياته ، ولكنني أدعو الى أن نفكر خارج الصندوق ، والى نتعلم من تجارب الآخرين ، وأن لا نقيّد أنفسنا بمفاهيم مسبقة . ذلك أن الصحة ليست فقط غاية نسعى اليها وإنما هي أيضاً وسيلة للرفق الاجتماعي والإقتصادي ، فالإنسان الصحيح إنسان منتج .

نماذج من مشاركة المجتمع

لي تجارب مع مشاركة أفراد المجتمع في بعض أوجه الخدمات الصحية ، أستعرض بعضها للتدليل على استعداد أفراد المجتمع لمثل هذه المشاركة لو أنهم أعطوا الفرصة . سوف يتطوعون لذلك بسعادة وأريحية لما فيه من العطاء وتحقيق الذات .

- درجت على أن أصطحب طلابي في كلية الطب الى بعض القرى للتدريب الميداني من أجل التعرف على الأوضاع الصحية في المجتمع . ذهبنا الى قرى الأسياح بالقصيم , وتمنية بعسير ، والجموم في وادي فاطمة ، والعلا . في كل مرة كنا نقضي نحو من 10 أيام في التدريب الحقل . كان أهالي القرى يقدمون لنا السكن والمواصلات بالرغم من وجود ميزانية خصصتها الجامعة لنا . وكنا نشرك المدرسات في عرض أفلام التثقيف الصحي على النساء ، ونشرك مدرسي المدرسة في عمل البيانات الإحصائية للسكان ، ونشرك جميعا أساتذة وطلاب الطب ومعلمي وتلاميذ المدارس في تنظيف القرية.
- في زيارة لي لبعض قرى الباحة قال لي طبيب المستوصف أنه لا يقوم بأى عمل وقائي لأن وقته كله يذهب لعلاج المرضى . سألته عن إمكانية أن يفوض عملية التشخيص المبدئي وعلاج الحالات البسيطة للمساعد الصحي أو الممرضة كما يحدث في كثير من بلدان العالم ، (معروف علميا أن 80% من المرضى المترددين على المراكز الصحية لا يحتاجون الى حبة دواء) . أجابني – بما توقعت – أن الوزارة لا توافق كما أن المجتمع نفسه لا يقبل . سعيت الى لقاء وجهاء القرية لإستطلاع رأيهم في بديلين : أولهما أن يقوم الطبيب بفحص وعلاج جميع المرضى ، وبالتالي لن يكون لديه الوقت لقيادة فريقه الصحي من أجل تقديم برامج وقائية للمجتمع مثل إصحاح البيئة والتغذية والتثقيف الصحي .. الخ . أما البديل الثاني فهو أن يفوض علاج الحالات البسيطة للمساعد الصحي بحيث يصبح لديه الوقت للبرامج الوقائية والإرتفاع بمستوى الصحة . بداية رفضوا البديل الثاني باعتبار .. ماذا لو أخطأ المساعد الصحي ؟ . بعد حوار أوضحت فيه أن هذا النموذج معمول به في كثير من دول العالم لكي يستطيع الطبيب أن يؤدي دوره في الرعاية الصحية الشاملة العلاجية والوقائية قبلوا فكرة أن يوزع الطبيب وقته بين الوقاية والعلاج .
- في دورة تدريبية أقمتها لبعض الأطباء في قرى بنجالاديش . خصصت أحد أيام التدريب لتنظيف القرية . قمنا جميعا وفي أيدينا (المكانس والزناجيل) بتنظيف القرية ، وسرعان ما انضم إلينا السكان . ولم نترك القرية الا وقد أصبحت (تلمع) من النظافة . المغزى هو أن الصحة ليست مجرد صرف حبة الدواء أو إعطاء (الشرنقة) ، وإنما هي أبعد مدى من ذلك بكثير . هي توفير البيئة الصالحة في المجتمع يدا بيد مع أفراد . كما أن أفراد المجتمع لديهم الإستعداد للمشاركة في الخدمات الصحية لو أعطوا الفرصة لذلك.