

KEP

Policy Brief

معالجة موضوع الأخطاء الطبية

في المؤسسات الصحية

في لبنان

K2P Policy Briefs bring together global research evidence, local evidence and context-specific knowledge to inform deliberations about health policies and programmes. It is prepared by synthesising and contextualizing the best available evidence about the problem and viable solutions through the involvement of content experts, policymakers and stakeholders.



Policy Brief

+ Included



Description of a health system problem



Viable options for addressing this problem



Strategies for implementing these options

× Not Included



Does not make recommendations



Faculty of Health Sciences
Knowledge to Policy | K2P | Center

ملخص الموجز المعرفي للسياسات العامة

معالجة موضوع الأخطاء الطبية في المؤسسات الصحية في لبنان

Authors

Fadi El-Jardali, Lamy El Bawab, & Racha Fadlallah

Funding

IDRC provided initial funding to initiate the K2P Center

Merit Review

The K2P Policy Brief undergoes a merit review process. Reviewers assess the brief based on merit review guidelines.

Acknowledgements

The authors wish to thank the K2P core team and the Ministry of Public Health for their support. We are grateful to the key stakeholders that we interviewed during the process of developing this K2P Policy Brief. They provided constructive comments and suggestions and provided relevant literature.

Citation

This K2P Brief should be cited as
El-Jardali, F., El Bawab L., Fadlallah, R. K2P Policy Brief: Addressing Medical Errors in the Lebanese Healthcare System. Knowledge to Policy (K2P) Center, Beirut, Lebanon, February 2016

الرسائل الأساسية

تعريف المشكلة؟

بالرغم من إزدياد عمليّات التبليغ عن الأخطاء الطبية في لبنان، فإنّ التداعيات والنقاشات التي تتناول الأسباب والمسؤوليات والمسائلات حول هذا الموضوع، لا تزال ما دون مستوى الاطلاع الكافي ولا تؤدّي الى أي تحسّن ملموس وحقيقي في الممارسات المرتبطة بسلامة المرضى. وتساهم المشاكل على مستوى النظام الصحي، والمؤسسات الصحية، والكفاءة المهنية، باستمرار حدوث أخطاءٍ طبية مترافقة مع استجابات ضعيفة ومحدودة.

ما الذي نعرفه حول أربعة عناصر يتم اعتمادها في المقاربات

لمعالجة هذه المشكلة؟

العنصر الأول > تحسين الإدارة السريرية من خلال دمج المبادئ التوجيهية

السريرية المبنية على الأدلّة والبراهين العلمية، وتدريب و تثقيف مقدّمي الخدمات الصحية، وإجراء تقييم للأداء.

المبادئ التوجيهية السريرية المبنية على الأدلّة والبراهين العلمية

توصّلت ثماني (8) مراجعات منهجية إلى دعم تطبيق الممارسات الصحية المبنية على الأدلّة والبراهين العلمية بهدف الوصول الى رعاية صحية ذات جودة مرتفعة، حيث ثبّت أنّ هذه الممارسات تساهم بشكل ملموس في تطوير المهارات والمعرفة والسلوكيات في أوساط مقدّمي الخدمات الصحية.

تدريب و تثقيف مقدّمي الخدمات الصحية

توصّلت أربع (4) مراجعات منهجية إلى أنّ إدراج مواد خاصّة بتحسين الجودة وسلامة المرضى ضمن مناهج المتدربين وطلاب كليّات الطب يساهم بشكل إيجابي في رفع مستوى المهارات والسلوكيات وجوانب المعرفة المتعلقة بسلامة المرضى والجودة في أوساط مقدّمي الخدمات الصحية. كما أنّ وجود مثل هذه المواد يساهم إيجابياً في رفع نسبة مشاركة مقدّمي هذه الخدمات في مشاريع تحسين الجودة.

﴿ إنّ مراجعةً شاملة لتسع وثلاثين (39) مراجعة منهجية (an overview of 39 systematic reviews)، وجدت أنّ التعليم الطبي المستمر (بدءاً من اللقاءات التثقيفية والتعليمية، الى الأنشطة التعليمية الأكثر توسّعا وتفصيلاً) يرفع من مستوى المعرفة والسلوكيات والتصرّفات والمهارات والأداء عند الأطباء، وينعكس بشكل إيجابي على النتائج الطبية للمرضى.

﴿ بيّنت مراجعة شاملة لستّ وعشرين (26) مراجعة منهجية حول تقنيات وأساليب التعليم الطبي المستمر، أنّ الوسائل التفاعلية (التقييم/ و إبداء الرأي (feedback) ، التّعليم التفاعلي، التفصيل الأكاديمي، و المنبّهات) هي الأكثر فعالية لتحسين جودة الأداء وتحسين النتائج الطبية للمرضى، وتليها المبادئ التوجيهية السريرية.

﴿ توصّلت أربع (4) مراجعات منهجية إلى أنّ التّدريبات على مستوى الفريق يمكن أن تساهم بشكل كبير في تحسين مستوى المعرفة وسلوكيات مقدمي الخدمات الصحية. وتنعكس هذه التّدريبات ايجاباً على تطوير آليات وروح عمل الفريق من جهة وعلى الخدمات الصحية المقدّمة من جهة أخرى كما تحسّن النتائج الطبية للمرضى، بما في ذلك الحد من الحالات السلبية، والوفيات والمراضة.

﴿ خلّصت مراجعتان منهجيتان اثنتان (2) إلى أنّ الجولات الدورية للقيادة، ونظام العمل الدوري المتنقل بحيث يشمل مختلف الاختصاصات، وبرنامج السلامة الشامل لكل وحدة عمل (Comprehensive Unit-based Safety Program CUSP) هي ممارسات ذات تأثير إيجابي كبير على تحسين سلامة المرضى ونتائجهم الطبية.

التدقيق والتقييم وإبداء الرأي الملاحظات التقييمية

﴿ تبيّن بعد الاطلاع على مراجعة شاملة لعدّة مراجعاتٍ منهجية، ومراجعة تحليل موبّسع (meta-analysis)، ومراجعةٍ منهجية، وأخرى نقدية للدراسات (critical review of the literature)، أنّ ممارسات التدقيق والتقييم وإبداء الرأي هي من الممارسات الفعّالة لتحسين الأداء السريري لمقدمي الخدمات الصحية.

﴿ توصّلت مراجعة منهجية إلى أنّ التدقيق والتقييم وإبداء الرأي يمكن أن يساهم في تحسين جودة الرعاية بنسبة تصل إلى 10%.

❖ حدّدت اثنتان (2) من المراجعات المنهجية، وتحليلٌ موسّع واحد (1 meta-analysis)، أنّ تقديم الآراء والملاحظات التقييمية يترك أثراً أكبر في حال أتى: من أحد المشرفين أو الزملاء، أكثر من مرة واحدة، (ويفضّل أن تكون بشكل خطي/ كتابي)، بطريقة متكررة بصيغة الفرد (يتوجه بصيغة شخصية خاصة)، وفي حال اقترح أهداف محددة وخطوات عملية.

تقييم الأداء

❖ توصّلت سبعُ (7) مراجعات منهجية إلى أنّ تقييم الأداء المتعدّد المصدر (MSF) (Multi-Source Feedback) أو ما يعرف بتقييمات الـ360 درجة، تعزّز أداء الأطباء وتسلب الضوء على الجوانب في ممارستهم التي بإمكانهم تحسينها. وأظهرت ثماني (8) مراجعات منهجية أخرى أنّ تقييم الأداء المتعدّد المصدر (MSF) يساهم أيضاً في تحسين الكفاءات غير التقنية في أداء الأطباء مثل مهارات التواصل ومهارات التعامل مع الآخرين ومع الزملاء ومع المرضى وتعزيز الحسّ الإنساني، إلى جانب الكفاءة المهنية.

❖ بيّنت مراجعتان منهجيتان اثنتان (2) إلى أنّ تقييم الأداء المتعدّد المصدر هو الأسلوب الأنسب والأكثر عملية من حيث الوقت والتكلفة.

❖ خلّصت مراجعة منهجية واحدة وأربعة دراسات أولية إلى أنّ تقييم الأداء يساهم في تحسين جودة الرعاية وفي ضمان التعليم المستمر لمقدمي خدمات الخدمات الصحية.

❖ ربطت عدة دراسات أولية ما بين إعادة ترخيص رخصة مزاوله المهنة لمقدمي الخدمات الصحية وتحسن النتائج السريرية ونوعية الخدمات وجودتها.

العنصر الثاني < إصدار وتطبيق سياسات تعزز عملية التبليغ عن

الحوادث والأخطاء الطبية بشكلٍ سري) مع عدم الكشف عن صاحب/مصدر التبليغ (على مستوى المؤسسات من جهة وعلى المستوى الوطني من جهة أخرى.

❖ على مستوى المؤسسات (المستشفيات ومراكز وجهات الرعاية الصحية): توصّلت مراجعة منهجية واحدة واثنتان من الدراسات الأولية إلى أنّ التبليغ عن الحوادث بطريقة غير عقابية يشجع على زيادة التبليغ عن الحوادث (Adverse events and near misses) ويساعد مراكز الخدمات الصحية على التركيز على الأخطاء الحاصلة على مستوى النظام الصحي ككل بدل إلقاء الملامة على الأفراد.

﴿ توصلت مراجعة منهجية واحدة وتسع (9) دراسات إلى أنّ عملية التبليغ عن الحوادث بشكلٍ غير عقابي تساعد المؤسسات على التعلّم من الحوادث والأخطاء في سياق تقديم الخدمات الصحية، كما أنّ هذه العملية تشجع على الرصد المستمر والتحقيق لمعرفة الثغرات التي تساهم في حدوث مثل هذه الحالات.

﴿ على المستوى الوطني: توصلت ثلاث (3) دراسات أولية إلى أنّ التبليغ عن الحوادث والأخطاء الطبية بشكلٍ سري يساهم بشكلٍ إيجابي في تحسين الخدمات المقدّمة وسلامة المرضى.

العنصر الثالث < مراجعة وتحديث أنظمة الاعتماد الحالية لضمان احتواء معاييرها بشكل واضح على أهداف سلامة المرضى ومؤشرات ومتطلبات التدريب، ودمج ذلك في التعاقد مع المؤسسات.

﴿ بينت خمس (5) مراجعات منهجية وجود أدلة تثبت أنّ اعتماد مراكز الخدمات الصحية يساهم إيجابياً في التغيير والتطوير على المستوى المهني، كما ويزيد من مستوى مشاركة العاملين في المركز، ويعزّز مهارات التواصل لديهم، ويحسّن من الكفاءة التنظيمية، ويشجع على بناء الفرق المتعدّد التخصصات، ويساهم في إحداث تغيير إيجابي في الثقافة التنظيمية، ويعزّز الأداء القيادي، ويزيد من وعي العاملين فيما يتعلق بالتحسين المستمر للجودة.

﴿ توصلت أربع (4) مراجعات منهجية إلى أنّ الاعتماد على مؤشرات الأداء، والتي من المفترض أن يتم جمعها عند التدقيق والمعاينات الميدانية للتحقق من الالتزام بمعايير الاعتماد، يساهم في تحسين سلامة المرضى وجودة الخدمات المقدّمة بشكل عام.

﴿ خلّصت إحدى عشرة (11) مراجعة منهجية إلى أنّ استراتيجيات الدفع مقابل الأداء (*pay for performance*) تساهم بشكل معتدل في تحسين الجودة.

العنصر الرابع < تمكين المرضى بما يساهم في تحسين جودة الخدمات وسلامة المرضى

﴿ توصلت أربع (4) مراجعات منهجية إلى أنّ تمكين المرضى يعزز من فرص المشاركة في صناعة القرار ويزيد من فعالية نظام الخدمات الصحية.

﴿ بيّنت خمس (5) مراجعات منهجية أنّ إشراك المرضى والتفاعل معهم يساهم في تحسين أداء مراكز الخدمات الصحية وكذلك في تحسين سلامة المرضى. ﴾

﴿ أوضحت ثمانى (8) دراسات أولية أنّ تشكيل مجموعات استشارية مختصة بالمرضى و برنامج أمين المظالم هما أمران يساهمان في تمكين المرضى. ﴾

ما هي الاعتبارات التي يجب أخذها بعين الاعتبار عند التطبيق العملي؟

﴿ عدم توفر الكفاية من الخبرات والموارد، والنقص في المعطيات البيانية والمعلومات المطلوبة حول الإرشادات وجمع البيانات، والقضايا الفنية التقنية مثل وضع معايير مستدامة، هي أمور قد تعيق تطبيق عملية التدقيق والتقييم وإبداء الرأي حول عمل مراكز الخدمات الصحية. ﴾

﴿ قدرة مقدّمي الخدمات الصحية على تقديم الآراء والملاحظات التقييمية، وضعف مستويات الثقة في مصداقية التقييم، قد تعيق إمكانية تحقيق تغييرات ونتائج إيجابية ملموسة في سلوكيات مقدمي الخدمات الصحية. ﴾

﴿ إمكانية توفير خبراء أكاديميين في الخدمات الصحية، والضغوطات بين متطلبات المنهج ومتطلبات الخدمة، والثقافة التنظيمية المؤسسية، كلّها عوامل قد تؤثر على الجوانب التطبيقية والتنفيذية فيما يتعلق باعتماد سلامة المرضى وتحسين الجودة في المنهج التعليمي الطبي. ﴾

﴿ ضغوطات ومسؤوليات العمل لدى العاملين في الخدمات الصحية، وضعف تصميم أنظمة التبليغ عن الحوادث والأخطاء الطبية في الخدمات الصحية، والبيئة "العقابية"، هي عوامل قد تعيق التبليغ عن الحوادث ولاخطاء الطبية. ﴾

﴿ نقص في السياسات المتعلقة بالجودة وسلامة المرضى على المستوى الوطني التي تساهم في تحديد أهداف متعلقة بالجودة وسلامة المرضى، وتوضيح الأدوار والمسؤوليات ووضع حوافز وتحديد العوامل المشجعة والمثبطة مما قد يعيق تنفيذ المبادرات التي تتعلق بالجودة وسلامة المرضى في أنظمة الخدمات الصحية. ﴾

﴿ انتقاء مؤشرات الأداء السليمة والصحيحة، والتي يمكن الاعتماد عليها وتطبيقها؛ مع مراعاة كونها مناسبة لنظام الاعتماد، معيارية المنهجيات

المعتمدة لجمع البيانات ولعمليات التبليغ وتأسيس نظام لمكافحة أي محاولات لتحويل أو استغلال البيانات والمعلومات.

❖ تكلفة تدريب الموظفين وتعيين موظفين جدد وتعزيز مشاركة المرضى في مبادرات تحسين الجودة وسلامة المرضى.

❖ رفض المرضى للمشاركة في مبادرات في صناعة القرار وتحسين الجودة.

الملخص التنفيذي

تعريف المشكلة

بالرغم من ارتفاع عدد حالات الأخطاء الطبية في لبنان وعمليات التبليغ عنها ، فإن التدايعات والنقاشات التي تتناول الأسباب والمسؤوليات والمسائلات حول هذا الموضوع ، لا تزال ما دون مستوى الاطلاع الكافي ولا تؤدي الى أي تحسّن ملموس وحقيقي في الممارسات المرتبطة بسلامة المرضى. وتساهم المشاكل على مستوى النظام الصحي، والمؤسسات الصحية، والكفاءة المهنية ، باستمرار حدوث أخطاءٍ طبية مترافقة مع استجابات ضعيفة ومحدودة.

حجم المشكلة

" يتم تعريف الأخطاء الطبية على أنها الفشل في تنفيذ أو استكمال خطوات مقررة كما كان ينبغي، أو اللجوء إلى خطوات خاطئة أو غير سليمة لتحقيق هدف. وقد تشمل الأخطاء الطبية جوانب في الممارسات، وأو المخرجات، وأو الإجراءات، وأو الأنظمة" (سميبي وآخرون، 2015، QuIC، 2000)

تغيب المعطيات حول أرقام وبيانات العدد الدقيق للأخطاء التي تم التبليغ عنها في لبنان. ولكن بالمقابل، شهدت السنوات القليلة الماضية مشاركة أكبر من وسائل الإعلام في تسليط الضوء على عدد من الأخطاء الطبية والحوادث التي تحصل في مراكز الخدمات الصحية في لبنان. وقد وجدت دراسة أجراها الجردلي وآخرون (El-Jardali et al., 2015) أنّ بين عامي 2012 و2013، ركّزت وسائل الإعلام، عند تناولها مواضيع متعلّقة بقضايا سلامة

المرضى والأخطاء الطبية، على حالات أغلبها حالات وفاة كانت بسبب إمّا خطأ طبي وقع خلال أو بعد عمليات جراحية، إمّا رفض بعض المستشفيات إدخال مرضى لا يتمتعون بتغطية مادية، أو بسبب إفتقار مراكز الخدمات الصحية إلى المعدات والتجهيزات المناسبة. وغطّت وسائل الإعلام أيضاً حالات وفاة بسبب إمّا عدم توفر أسرّة لاستيعاب حالات طارئة، أو ضعف نظام نقل وتحويل المرضى (Dispatch System) من مستشفى أو مركز طبي إلى مستشفى أو مركز طبي آخر (El-Jardali et al., 2015).

وقد وجدت دراسة أخرى أنّ بين عامي 1996-2013، تمّ تقديم أكثر من ألف شكوى متعلقة بممارسات طبية خاطئة أو غير سليمة إلى نقابة الأطباء (Al-Salim, 2014).

وقد ركزت التحقيقات التي أجرتها نقابة الأطباء بشكل رئيسي على الأطباء باعتبارهم الفاعلين الرئيسيين في الأخطاء الطبية التي يمكن تفاديها (*Al-Salim, 2014*)؛ في حين أن غالبية الأخطاء تقع نتيجة إخفاقات على مستوى نظام الخدمات الشديد التعقيد، وهي ليست نتيجة إهمال شخصي أو عدم كفاءة فردية، كما شدد معهد الطب *Institute of Medicine (Kohn et al., 2000)*.
وقد أوضحت الدراسات إلى أن التوظيف، والرد العقابي تجاه الأخطاء وسوء التواصل هي عوامل رئيسية تؤثر على سلامة المرضى في لبنان (*El-Jardali et al., 2014; Hamdan & Saleem, 2013; Alahmadi, 2010; El-Jardali et al., 2010; Bodur & Filiz, 2009*).

العوامل المسببة

تنبع العوامل المسببة للمشكلة من ترتيبات النظام الصحي القائمة. فعلى مستوى الحكومة، وبالرغم من وجود نظام الاعتماد، فإنه لا توجد سياسة وطنية صريحة ومحددة لتحسين الجودة وسلامة المرضى بما يشمل وضع أهداف ومعايير ومؤشرات محددة لذلك، وتوضيح الأدوار والمسؤوليات، وتحديد الحوافز والعوامل المشجعة والمثبطة لكافة قطاع الخدمات الصحية (*El-Jardali and Fadlallah, 2015*). بالإضافة إلى ذلك، فإنه لا يوجد أي متطلبات تشريعية لمراكز وجهات الخدمات الصحية بخصوص تطبيق أنظمة محددة لتحسين الجودة (مثل أنظمة التبليغ عن الحوادث والأخطاء الطبية) أو لتقديم تقارير على المستوى الوطني حول مجموعة محددة من مؤشرات الأداء المعيارية (*El-Jardali and Fadlallah, 2015*).
وبالرغم من نجاح نظام الاعتماد في لبنان، خاصة للمستشفيات ومراكز الرعاية الصحية الأولية، فإن برنامج الاعتماد لا يشمل في تغطيته حتى الآن جهاتٍ أخرى تعنى بتقديم الخدمات الصحية مثل العيادات المتعددة الاختصاصات ومراكز الرعاية الطويلة الأمد والمراكز التشخيصية والمختبرات ومراكز الرعاية الصحية النفسية (سواء في القطاع العام أو الخاص). إن آلية الاعتماد الحالية للمستشفيات تتضمن بعض الثغرات، بما في ذلك وجود معايير قديمة بحاجة إلى تحديث، وعدم تجديد تصنيف اعتماد المستشفيات بشكل دوري، وغياب الآليات اللازمة لضمان الجودة بشكل دائم ما بعد الاعتماد، والنقص في الكوادر الوطنية المؤهلة لأداء المعايير الميدانية والكشوفات. والجدير بالذكر أن وزارة الصحة العامة تعمل حالياً على مراجعة برنامج الاعتماد القائم للمستشفيات، مع وجود خطط لتصحيح معايير الاعتماد وتحديثها .
أيضاً ضمن مراكز الخدمات الصحية، هناك بعض الثغرات وضعف في الأداء في مجال الإدارة السريرية ، وبالأخص في عمليات التقييم والتدقيق من جهة،

وتثقيف وتدريب مقدّمي الخدمات الصحية في مجال تحسين الجودة وسلامة المرضى من جهة أخرى، بالإضافة الى تقييم الأداء.

إنّ عمليات التدقيق والتوثيق ضمن العمل السريري لا تزال دون المستوى المطلوب في قطاع الخدمات الصحية في لبنان، حيث لا يوجد تقييم دقيق للأداء والإجراءات المختلفة (Jamali et al., 2010). كما أنّ الممارسات الطبية السريرية التي تعتمد على الأدلّة والبراهين العلمية لا يزال محدوداً في أوساط منظمات الخدمات الصحية (Maroun et al., 2010)

يضاف إلى ما سبق أنّ تأهيل وتدريب مقدمي الخدمات الصحية في مجال تحسين الجودة وسلامة المرضى في منظمات الخدمات الصحية لا يزال دون المستوى المطلوب (El-Jardali et al., 2012). كما أنّ التعليم الطبي المستمر (Continuing Medical Education) في لبنان ليس فعالاً بالقدر المطلوب. فعلى سبيل المثال لا الحصر، بالرغم من أنّ نقابة الأطباء تنصح الأطباء بالتعليم الطبي المستمر، فإنّ الأطباء نادراً ما يتبعون أو يشاركون في أي من صفوف التعليم الطبي المستمر (Assaad-Khalil et al.;2013). وما يزيد الأمر تعقيداً هو نقص وغياب الموارد اللازمة لتطبيق الممارسات الجديدة التي تمّ تعلّمها خلال التعليم الطبي المستمر. ومن الجوانب التي تمثل تحدياً إضافياً، المناهج المعتمدة في الكليات الطبية. فهي تركز بشكل كبير على تشخيص الأمراض وإدارتها، وبشكل أقل على الإدارة السليمة لأنظمة الخدمات الصحية وتحسين الجودة (Natafqi et al.;2011).

يضاف إلى ما سبق أن وزارة الصحة العامة لا تشترط أي إعادة ترخيص رخصة مزاولة المهنة لمقدمي الخدمات الصحية المرخصين، ويتفاقم هذا في ظل غياب أنظمة تقييم الأداء على مستوى الأجهزة والجهات المعنية بالقطاع الصحي على المستوى الوطني والطبي (El-Jardali et al.;2009).

ختاماً، تجدر الإشارة إلى أن المرضى لا يعرفون حقوقهم فيما يتعلق بالرعاية الطبية والأخطاء الطبية (Morcos, 2015a)، وأحياناً يكون من الصعب عليهم إثبات أنهم كانوا ضحايا أي خطأ طبي.

وعلى المستوى المالي، لا يزال هناك ضعف في ممارسات استخدام أنظمة الحوافز التي تربط بين الاتفاقية التعاقدية الأساسية، والتنظيمات، وصفة الاعتماد، ومؤشرات الأداء في لبنان (El-Jardali and Fadlallah, 2015). وتكتسب هذه الممارسات أهميتها لما لها من دور في تشجيع منظمات الخدمات الصحية (الخاصة والعامة على حد سواء) والعاملين في القطاع الصحي على المشاركة في مبادرات تحسين الجودة وسلامة المرضى (El-Jardali and Fadlallah, 2015).

وحتى العام 2014، كان يتم احتساب تعويضات وزارة الصحة العامة للاتفاقيات التعاقدية مع المستشفيات بالاعتماد حصراً على صفة الاعتماد، وهو أسلوب غير منصف حيث يتم تعويض المستشفيات التي تتمتع بصفة الاعتماد نفسها بالقيمة نفسها بالرغم من أنّ هذه المستشفيات ضمن الفئة الواحدة ليست متجانسة (Ammar et al., 2013). وفي نيسان/ أبريل 2014، أعلنت وزارة الصحة العامة عن تأسيس اتفاقية جديدة للترتيبات المالية لتعويضات بدل الخدمات المقدمة من المستشفيات التي يتم التعاقد معها في القطاعين العام والخاص (وزارة الصحة العامة، 2014). إلا أن هذه الترتيبات الجديدة لا تشمل أي بنود مقاييس أو نتائج (measures and outcomes) تتعلق بمستوى الأداء الفعلي للمستشفيات (El Jardali et al.)، عمل في طور التحضير/الم ينشر بعد).

وفي حين أنّ وزارة الصحة العامة تشترط الاعتماد للمستشفيات كشرط مسبق للتعاقد والتعويض المادي من الوزارة (El-Jardali et al., 2011)، فإنّ الجهات الأخرى التي تغطي الخدمات الصحية لا تربط بالضرورة بين الاتفاقيات التعاقدية التي تجريها مع جهات الخدمات الصحية وبين صفة الاعتماد لهذه الجهات أو بين اشتراط ضرورة وجود مستوى معين من مؤشرات الجودة وسلامة المرضى والتحقق منه. وعلى مستوى الخدمات الصحية، يجري العمل حالياً على تطوير نظام تعاقدية يستند بشكل رئيسي إلى الأداء، حيث تتم تغطية المراكز التي تنجح في نيل الاعتماد بنجاح (El-Jardali and Fadlallah, 2015). وتكتسب هذه الخطوة أهميتها لأنها تشجع على تطبيق معايير الاعتماد في مراكز الخدمات الصحية، مما ينعكس إيجابياً على جودة الرعاية.

وعلى مستوى تقديم الخدمات، فإن ثقافة سلامة المرضى لا تزال تغيب عن ثقافة العمل في أوساط الخدمات الصحية في لبنان، وبالأخص في يوميات العمل والرعاية. ويتسبب غياب مثل هذه الثقافة بتعزيز بيئة الرد العقابي، مما يؤدي غالباً بتثني مقدمي خدمات الخدمات الصحية عن التبليغ عند وقوع أي حادث أو خطأ (El-Jardali et al., 2011; Sirriyeh et al., 2010). كما أن هناك ضعف في تدريب مقدمي الخدمات الصحية على جوانب القيادة والجوانب التطبيقية التنفيذية وآليات المتابعة فيما يتعلق بتحسين الجودة وسلامة المرضى (El-Jardali and Fadlallah, 2015). فإن مسألة ضمان وجود خبرات عملية حول كيفية تطبيق معايير وأهداف سلامة المرضى لا تزال تشكل تحدياً رئيسياً (El-Jardali et al., 2012; El-Jardali et al., 2011). ويفاقم من هذا التحدي غياب أي معايير اعتماد تعنى بشكل صريح وواضح بتدريب مقدمي الخدمات الصحية في مجال تحسين الجودة وسلامة المرضى (El Jardali et al., 2012).

ومن التّحديات الأخرى، النقص في العاملين وكثرة ضغوط العمل، وكلاهما يؤثر سلباً على نتائج المرضى وصحتهم، وعلى سلامة المرضى (*El Jardali et al., 2010*). ختاماً، تجدر الإشارة أيضاً إلى عامل التواصل، حيث أنّ سوء التواصل داخل وبين مراكز الخدمات الصحية يؤدي إلى حالات عارضة خاصة عندما يتعلق الأمر بالإحالات والتسليم والتقارير عن الأخطاء الطبية (*El Jardali et al. 2010*). ويعود هذا إلى إشكاليات على صعيد المستوى التنظيمي وبيئة العمل، مثل ضعف مهارات العمل الجماعي، وعدم وضوح الإرشادات، وعدم وجود مصدر رئيسي للمعلومات (*Foster & Manser, 2012; Segall et al., 2012; Baldwin et al., 2011;*) (*Riesenberg, 2009*).

العناصر المطلوبة لمعالجة المشكلة بشكل شامل

العنصر الأول < تحسين الإدارة السريرية من خلال دمج المبادئ

التوجيهية السريرية المبنية على الأدلة والبراهين العلمية، وتدريب و تثقيف مقدّمي الخدمات الصحية، وإجراء تقييم للأداء.

تعتبر الإرشادات المبادئ التوجيهية السريرية المستندة على الأدلة، وتثقيف وتأهيل مقدّمي الخدمات الصحية، والكشوفات وتقييمات الأداء المستمرة، من العناصر الرئيسية في الإدارة السريرية. وتثبت العديد من المراجعات المنهجية، بالأدلة المقنعة، فعالية هذه الاستراتيجيات في تحسين مستويات الجودة وسلامة المرضى في مراكز الخدمات الصحية. ويبين الجدول التالي أبرز الخلاصات من المراجعات المنهجية.

جدول 1 أبرز الخلاصات من المراجعات المنهجية والدراسات

العنصر (1)	فئة النتائج
المبادئ التوجيهية السريرية المبنية على الأدلة والبراهين العلمية توصّلت ثمانى (8) مراجعات منهجية إلى دعم تطبيق الممارسات الصحية المبنية على الأدلة والبراهين العلمية بهدف الوصول إلى رعاية صحية ذات جودة مرتفعة، حيث تبيّن أنّ هذه الممارسات تساهم بشكل ملموس في تطوير المهارات والمعرفة والسلوكيات في أوساط مقدّمي الخدمات الصحية. (Scurlock-Evans et al., 2014; Ubbink et al., 2013; Dizon et al., 2012; Flodgren et al., 2012; Lugtenberg et al., 2009; Menon et al., 2009; Flores-Mateo & Argimon, 2007; Bahtsevani et al., 2004).	الفوائد والإيجابيات
تدريب و تثقيف مقدّمي الخدمات الصحية توصّلت أربع (4) مراجعات منهجية إلى أن إدراج مواد خاصّة بتحسين الجودة (Quality of Improvement, QI) وسلامة المرضى ضمن مناهج المتدربين وطلاب كليّات الطب، يساهم بشكل إيجابي في رفع مستوى المهارات والسلوكيات وجوانب المعرفة المتعلقة بسلامة المرضى والجودة في أوساط مقدّمي الخدمات الصحية. كما أنّ وجود مثل هذه المواد يساهم إيجابياً في رفع نسبة مشاركة مقدّمي هذه الخدمات في مشاريع تحسين الجودة. (Kirkman, 2015; Wong 2010; Nie et al, 2011; Boonyasai, 2007).	
مراجعة شاملة لتسع وثلاثين (39) مراجعة منهجية (an overview of 39 Continuing systematic reviews)، وجدت أنّ التعليم الطبي المستمر (Medical Education) يساهم في تحسين أداء الأطباء، وينعكس بشكل إيجابي ملموس على النتائج الطبية وصحة المرضى. إنّ أنشطة التعليم الطبي المستمر التي هي أكثر تفاعلية، متعدّدة الأساليب، طويلة المدّة، شاملة،	

وتركز على النتائج التي تعتبر مهمة للأطباء تؤدي إلى نتائج أكثر إيجابية.
(Cervero et al, 2015).

سب وعشرون (26) مراجعة منهجية حول تقنيات وأساليب التعليم الطبي المستمر، تبين أن الوسائل التفاعلية (التقييم/ و إبداء الرأي) (audit and feedback ، التعليم التفاعلي، التفصيل الأكاديمي، المنبهات) هي الأكثر فعالية في سياق تحسين الجودة والنتائج الطبية وصحة المرضى؛ وحلت المبادئ التوجيهية للممارسات العيادية في المرتبة الثانية من حيث الفعالية. (Bloom, 2005).

توصلت مراجعتان منهجيتان اثنتان (2) ركزت على استراتيجيات تعزيز ثقافة سلامة المرضى، إلى أن الجولات الدورية للقيادة، ونظام العمل الدوري المتنقل بحيث يشمل مختلف الاختصاصات، وبرنامج السلامة الشامل لكل وحدة عمل (Comprehensive Unit-based Safety Program CUSP) هي ممارسات ذات تأثير إيجابي كبير على تحسين سلامة المرضى والنتائج الطبية للمرضى.
(Morello et al, 2012; Lubomksi et al, 2013).

خُصت أربع (4) مراجعات منهجية إلى أن التدريبات على مستوى الفريق يمكن أن تساهم بشكل كبير في تحسين مستوى المعرفة وسلوكيات مقدمي الخدمات الصحية. وتنعكس هذه التدريبات إيجاباً على تطوير آليات وروح عمل الفريق من جهة وعلى الخدمات الصحية المقدمة من جهة أخرى كما تحسّن التدريبات النتائج الطبية للمرضى، بما في ذلك الحد من الحالات السلبية، والوفيات والمراضة
(Weaver et al, 2013; Schmutz J, Manser, 2013; Buljac-Samardzic et al, 2010; Weaver et al, 2010).

وحققت النتائج أثراً ملموساً بشكل أكبر عندما كان التدريب يتم على شكل حزم معدة لفرق العمل، بحيث تشمل الأدوات والتغييرات التنظيمية المؤسسية التي تدعم استدامة هذه المهارات وترجمتها في الممارسات والمهام اليومية.
(Weaver et al, 2013).

التدقيق والتقييم وإبداء الرأي الملاحظات التقييمية

تبين بعد الاطلاع على مراجعة شاملة لعدّة مراجعات منهجية (an overview of systematic reviews، ومراجعة تحليل موسّع (meta-analysis) ، و الاطلاع على مراجعة منهجية (systematic review)، وأخرى نقدية للدراسات (a critical review of the literature)، أنّ ممارسات التدقيق والتقييم وإبداء الرأي هي من الممارسات الفعّالة لتحسين الأداء السريري لمقدمي الخدمات الصحية. (Johnson & May, 2015; Ivers et al., 2012; Hysong, 2009; Lu et al., 2008).

توصّلت مراجعة منهجية إلى أن التدقيق والتقييم وإبداء الرأي يمكن أن يساهم في تحسين جودة الرعاية بنسبة تصل إلى 10%. (Ivers et al., 2014)

توصّلت اثنتان (2) من المراجعات المنهجية ، ومراجعة تحليل موسّع واحدة (meta-analysis)، إلى أن إبداء التراء والملاحظات التقييمية يترك أثراً أكبر في حالات ضعف الالتزام، خاصة عندما تأتي من أحد المشرفين أو الزملاء، أكثر من مرة واحدة، ويفضّل أن تكون بشكل خطي/ كتابي، بطريقة متكررة ، كما ويترك إبداء الرأي أثراً أكبر في حال أتى بصيغة الفرد (يتوجه بصيغة شخصية خاصة)، وفي حال اقترح أهداف محددة وخطوات عملية. (Ivers et al., 2014; Ferguson et al., 2014; Ivers et al., 2012; Hysong, 2009; Jamtvedt et al., 2006).

تقييم الأداء

توصّلت سبع (7) مراجعات منهجية إلى أن تقييم الأداء المتعدّد المصدر (Multi-Source Feedback) أو ما يعرف بتقييمات الـ360 درجة، تعزّز أداء الأطباء وتسلب الضوء على الجوانب في ممارستهم التي بإمكانهم تحسينها (Donnon et al., 2014; Ferguson et al., 2014; Al Khalifa et al., 2013; Saedon et al., 2012; Miller & Archer, 2010; Wilkinson et al., 2009; Overeem et al., 2007) عند القيام بتقييم الأداء المتعدد المصدر، يقوم الأطباء عادة بتعبئة أداة تقييم ذاتي ويحصلون بذلك على تعليقات متعدّدة المصدر بما في ذلك تعليقات من الزملاء الأطباء، أو من المرشدين المشرفين أو من العاملين في قطاع الخدمات الصحية من غير الأطباء (مثل الصيادلة والممرضين) ، فضلاً عن مرضاهم.

ثمانية (8) مراجعات منهجية أخرى أنّ تقييم الأداء المتعدّد المصدر (MSF) يساهم أيضاً في تحسين الكفاءات غير التقنية في أداء الأطباء مثل مهارات التواصل ومهارات التعامل مع الآخرين ومع الزملاء ومع المرضى وتعزيز الحس الإنساني، إلى جانب الكفاءة المهنية. (Donnon et al., 2014; Ferguson et al., 2014; Al Khalifa et al., 2013; Saedon et al., 2012; Miller & Archer, 2010; Wilkinson et al., 2009; Overeem et al., 2007; Jamtvedt et al., 2006).

خلّصت مراجعة منهجية واحدة إلى أن تقييم الأداء يساهم في تحسين جودة الرعاية، سلامة المرضى وتطوير الأداء المستمر لمقدمي الخدمات الصحية، كما أنها تساهم في اجتذاب مقدمي الخدمات الصحية أصحاب الكفاءة وتخلق أجواء أفضل من الثقة والتواصل ما بين الإدارة والمقدمين (Hamilton et al., 2007).

ربطت عدة دراسات أولية ما بين إعادة ترخيص رخصة مزاوله المهنة لمقدمي

الخدمات الصحية وتحسّن النتائج السريرية ونوعية الرعاية وجودتها (Gallagher et al., 2014; Hawkins et al., 2013; Nora, 2013; WHO, 2008) وأيضاً، وجدت مراجعتان منهجيتان اثنتان أنه من الممكن الاستناد على تقييمات الأداء المتعدّدة المصدر (MSF) في عملية إعادة التأهيل (Ferguson et al., 2014; Al Khalifa et al., 2013) كما واقترحت المراجعتان أن يتمّ استخدام ائتمانات التعليم الطبي المستمر في عملية إعادة الترخيص (Bloom, 2005)

السلبيات المحتملة

توصّلت مراجعة منهجية واحدة إلى أن الممارسات المستندة على الأدلة قد تحد من الاستقلالية في العلاج، وبالتالي تحد من دوافع تطبيقها (Scurlock-Evans et al., 2014).

بيّنت مراجعة منهجية واحدة إلى أنه حتى في حالات تطبيق الممارسات المستندة على الأدلة، فإن ذلك لا يعني دائماً أن الأدلة التي يتم استخدامها هي ذات جودة ومصداقية عالية، مما قد يؤثر على جودة الرعاية التي يتم تقديمها. (Scurlock-Evans et al., 2014)

توصّلت مراجعة منهجية واحدة إلى أن نقص التدريب فيما يتعلق بممارسة التدقيق والتقييم وإبداء الرأي، وضعف الثقة في الطبيعة التكوينية للتقييم، هما عاملان يؤثران سلباً على التغييرات السلوكية في أداء الأطباء. (Saedon et al., 2012)

توصّلت مراجعة منهجية واحدة إلى أن تقييمات أداء مقدمي الخدمات الصحية يتم النظر إليها أحياناً على أنها تهديد لتصفية أصحاب الأداء الضعيف، مما يخلق أجواء من الخوف والحذر في بيئة العمل؛ وهذا يستدعي بالضرورة جهوداً من طرف الإدارة لخلق أجواء تشجع تقييمات الأداء. (Hamilton et al., 2007)

خُصّصت مراجعة منهجية واحدة إلى أن عملية التقييم المتعدّدة المصدر تفتقد إلى الثقة والفعالية وهي بشكل عام غير عملية في الاستخدام. (Ferguson et al., 2014)

التكلفة

و/أو فعالية التكلفة المبنية على الأدلة يخفّض من عبء التكاليف من جهة مراكز الخدمات الصحية. (Black et al., 2015; Pedro-Gomez et al., 2012; Considine & McGillivray, 2010; Peterson et al., 2008; Fineout-Overholt et al., 2005; Bahtsevani et al., 2004)

توصّلت اثنتان (2) من المراجعات المنهجية إلى أنّ عملية تقييم الأداء المتعددة المصدر هي الأسلوب الأنسب والأكثر قابلية للتطبيق العملي من حيث فعالية الوقت والتكلفة. (Ferguson et al., 2014; Overeem et al., 2007)

توصّلت مراجعة منهجية واحدة إلى أن عملية تقييم الأداء قد تكون ذات تكلفة عالية لجهة مراكز الخدمات الصحية ذات الحجم الصغير؛ لكن هذا العائق يمكن تخطّيه في حال قدمت الجهات الأكبر حجماً أدوات التقييم والموارد اللازمة للمراكز الأصغر حجماً. (De Kok & Uhlaner, 2001)

الشكوك بخصوص الإيجابيات والسلبيات المحتملة (بحيث تتم مراعاة هذه الجوانب في بنود الرصد والتقييم)

توصّلت اثنتان (2) من المراجعات المنهجية إلى أنّ الممارسات الطبية التي تعتمد على الأدلة والبراهين العلمية لا تزال ضعيفة ومحدودة جداً في الواقع العملي، بالرغم من ادّعاء الكثير من الجهات والأفراد العاملين في القطاع الصحي تبنيها. (Scurlock-Evans et al., 2014; Ubbink et al., 2013)

توصّلت مراجعة منهجية واحدة (1) إلى أنّ نتائج التدقيق والتقييم وإبداء الرأي قد تتفاوت بشكل كبير ما بين السلبية الواضحة إلى الإيجابية جداً. (Jamtvedt et al., 2006)

توصّلت اثنتان من المراجعات المنهجية ولمحة شاملة عن المراجعات المنهجية إلى أن الدراسات ليست دائماً جازمة بشأن فعالية التدقيق والتقييم وإبداء الرأي

(Johnson & May, 2015; Ferguson et al., 2014; Ivers et al., 2014)

وقد ذكرت اثنتان من المراجعات المنهجية أنّ عملية التقييم المتعددة المصدر لا تؤدي وحدها بالضرورة إلى تغيير في الأداء حيث أن الأطباء لا يعرفون دائماً كيفية تقييم وتحليل البيانات التي يتم جمعها من التقييمات. (Ferguson et al., 2014; Saedon et al., 2012)

أيدت إحدى المراجعات المنهجية استخدام التقييم المتعدّد المصادر كأداة لتحسين الأداء، لكنّها أشارت إلى صعوبات في تحديد أثرها على المدى البعيد وفعاليتها في التعليم وفي جودة الرعاية (Overeem et al., 2007)

ذكرت إحدى المراجعات المنهجية أنه وعلى الرغم من تأثير التقييم المتعدد المصدر بشكل إيجابي على تحسين الأداء، فإنّ هناك العديد من العوامل التي تدخل في ذلك، مثل العوامل الفردية الشخصية، وسياق التقييمات، وحضور (أو غياب) التسهيلات (Miller & Archer, 2010)

العنصر الثاني < إصدار وتطبيق سياسات تعزّز عملية التبليغ عن

الحوادث والأخطاء الطبية بشكلٍ سرّي/ مع عدم الكشف عن صاحب/مصدر التبليغ/ على مستوى المؤسسات من جهة وعلى المستوى الوطني من جهة أخرى.

يمكن تطبيق نظام التبليغ عن الحوادث والأخطاء الطبية على مستوى جهات ومراكز الخدمات الصحية، وأيضاً على المستوى الوطني. وقد بيّنت مراجعة منهجية أن اعتماد مثل هذا النظام على مستوى مراكز الخدمات الصحية يؤدي إلى ارتفاع ملحوظ في عدد التقارير عن الحالات العارضة (Parmelli et al., 2012). كما بيّنت

مراجعة منهجية أخرى أنّ سياسات التبليغ الغير عقابية تساعد المؤسسات على التعلّم من هذه الحوادث والأخطاء في سياق تقديم الخدمات الصحية وتشجّع على التحقيق والرصد بشكل مستمر (Seys et al., 2012).

وبيّنت ثلاث (3) مراجعات منهجية أن وجود أنظمة التبليغ ورفع التقارير السرية على المستوى الوطني عن الحالات العارضة، يلعب دوراً كبيراً في الكشف عن هذه الأخطاء والحالات على المستوى المؤسّساتي والتفصيلي بهدف تحسين جودة الرعاية المقدمة وسلامة المرضى على المستوى الوطني. ويشمل ذلك مبادرات رفع الوعي، والأبحاث، والكشوفات والتدقيق، ومبادرات التدريب، والتغييرات في المناهج، وإعداد مبادئ توجيهية محددة (Warm & Edwards, 2012; Mahajan, 2010; Hutchinson et al., 2009).

إنّ النظام المعتمد في ماليزيا للتبليغ عن الحوادث والأخطاء الطبية قد تم إنشاؤه لتزويد معلومات عن سلامة المرضى بهدف التحسين والتعلّم وإعادة التصميم. ويسمّح هذا النظام برفع التقارير عن الحالات التي " يجب " التبليغ عنها، كما يسمح أيضاً بتقديم تقارير عن حالات أخرى غير ملزمة بالتبليغ عنها، فيساهم بتنبيه العاملين في القطاع الصحي بخصوص هذه الحالات، ونشر الدروس المستفادة من التحقيقات التي تتم بشأنها، وتكوين مرجع لأفضل الممارسات وتقديم توصيات عملية. (Bin Abdul Rahman et al., 2013).

وبحسب الدراسات، تشير الأدلة والبيّنات إلى أن وجود سياسة وطنية مختصة بالجودة قد تؤثر بشكل كبير على تطبيق أنظمة واستراتيجيات تحسين الجودة في مراكز الخدمات الصحية (Quality Improvement-QI)، خاصةً عندما تكون هذه السياسات والاستراتيجيات واضحة ودقيقة ومحددة، وعندما تقدّم معلومات عن الأنشطة المطلوبة لتحسين الجودة لنظام كامل متكامل (Legido-Quigley et al, 2008; Lambart, 2009; Spencer and Walshe, 2009).

وقد بيّن استطلاع شمل 24 دولة أوروبية أنّ وجود متطلبات قانونية صريحة تشترط تطبيق استراتيجيات لتحسين الجودة في الأنظمة والمؤسسات الصحية هو أهم حافز لدعم تحقيق تقدّم ملموس بخصوص تطبيق مبادرات تحسين الجودة (Spencer and Walshe, 2009).

جدول 2: أبرز الخلاصات من المراجعات المنهجية والدراسات

العنصر (2)	فئة النتائج
عملية التبليغ ورفع التقارير داخل مراكز الخدمات الصحية	الفوائد والإيجابيات
<p>توضّلت مراجعة منهجية واحدة إلى أنّ اعتماد نظام التبليغ عن الحوادث والأخطاء يساهم بشكل بارز في ارتفاع عدد التقارير المقدمة عن الحالات العارضة (Parmelli et al., 2012).</p>	
<p>توضّلت مراجعة منهجية واحدة وتسعة (9) دراسات إلى أنّ التبليغ الغير عقابية فيما يتعلق بالحالات العارضة تساعد المؤسسات على التعلّم من الحوادث والأخطاء في الخدمات الصحية، كما أنّ هذه السياسة تشجع على الرصد المستمر والتحقيق لمعرفة الثغرات التي تساهم في حدوث مثل هذه الحالات. (Seys et al., 2012; Warm & Edwards, 2012; Bigham et al., 2011; Mahajan, 2010; Conway et al., 2010; Conway et al., 2009; Smith, 2007; Olsen et al., 2007; La Pietra et al., 2005; Rothschild et al., 2005; Lawton & Parker, 2002).</p>	
<p>توضّلت اثنتان من الدراسات إلى أنّ عمليّات التبليغ عن الحوادث والأخطاء تركّز بشكل أكبر على العوامل التنظيمية والمؤسّساتية التي مهدت لحصول الخطأ بدل التركيز على الأفراد (Mahajan, 2010; Meurier, 2000).</p>	
<p>توضّلت مراجعة منهجية واحدة إلى أنّ نظام التبليغ عن الحوادث والأخطاء هو الأكثر استخداماً والأكثر فعالية في تحديد الأنماط (Manias, 2013).</p>	
التبليغ عن الأخطاء على المستوى الوطني	
<p>توضّلت ثلاثة (3) دراسات على المستوى الوطني إلى أنّ نظام التبليغ عن الحوادث والأخطاء مع الحفاظ على سرية المصدر -مثل النظام المعتمد في انكلترا وويلز- يلعب دوراً كبيراً في الكشف عن الأخطاء على المستوى المؤسّساتي والفردية فيساهم بشكل إيجابي في تحسين الخدمات المقدّمة وسلامة المرضى على المستوى الوطني من خلال رفع التوعية، القيام بالأبحاث والتدقيقات والمبادرات التدريبية والتغييرات في المناهج وإعداد وتطوير مبادئ توجيهية محددة. إنّ وجود مثل هذه الأطر المعلوماتية العملية يساعد أيضاً على تطوير استراتيجيات وقائية وتصحيحية قادرة على تحديد الأولويات وعلى منع حصول و/أو تكرار أخطاء يمكن تفاديها. (Warm & Edwards, 2012; Mahajan, 2010; Hutchinson et al., 2009)</p>	

توصّلت دراسة إلى أن شبكة فيرمونت أوكسفورد (The Vermont Oxford Network)، وهي نظام إلكتروني يعتمد على الانترنت لمشاركة البيانات حول النتائج و الخدمات الطبية في أقسام المواليد الجدد في أوساط العاملين في القطاع الصحي وعائلات الأطفال، يساعد هذا النظام على تقوية الروابط ما بين المستشفيات، كما يقدم صورة عن الطبيعة الشائكة والمعقدة لأي خطأ محتمل، مما يساعد على تحسين جوانب الرعاية وعلى الحدّ من الأخطاء عند تقييمها على مستوى النظام ككل (Suresh et al., 2004).

السلبات المحتملة لم يُبلّغ عنها في أيّة مراجعة منهجيّة

التكلفة
خُصت دراسة واحدة إلى أن أنظمة التبليغ هي فعّالة من ناحية التكلفة. و/أو فعالية التكلفة والنسبة إلى الوضع القائم (Barach & Small, 2000)

الشكوك غير المؤكدة
توصّلت مراجعة منهجية واحدة ودراستان واثنتان إلى أنه وعلى الرغم من أن استخدام أنظمة التبليغ ورفع التقارير المتعلقة بالحالات العارضة والحوادث هو الأسلوب الأكثر اعتماداً، فإن معدلات الكشف عن الأخطاء في القطاع الطبي لا تزال ضعيفة، بالرغم من تلقي العاملين في القطاع الصحي تدريبات دورية عن أهمية رفع تقارير بمثل هذه الحالات. (Manias, 2013; Olsen et al., 2007; Sari et al., 2007)

أشارت إحدى المراجعات المنهجية إلى أنه عند التبليغ عن حالة أو حادثة معينة، فإن هناك ضرورة لإيجاد نظام يحمي الفرد أو الأفراد (الذين قاموا بارتكاب الخطأ ومقدمي الخدمة المباشرين) وتزويدهم بالدعم النفسي والمعنوي للتغلب على تأثير الحادثة. (Seys et al., 2012)

العنصر الثالث < مراجعة وتحديث أنظمة الاعتماد الحالية لضمان احتواء

معاييرها بشكل واضح على أهداف سلامة المرضى ومؤشرات ومتطلبات التدريب ، ودمج ذلك في التعاقد مع المؤسسات.

اكتسب نظام الاعتماد في قطاع الخدمات الصحية مكانة كبيرة حيث ثبت أنه أحد أكثر العوامل تأثيراً في تقييم أداء مؤسسات الخدمات الصحية وتحسين جودة وسلامة الخدمات الصحية (Hirose et al, 2003; Jovanovic, 2005). وقد أثبتت خمس مراجعات منهجية أنّ نظام الاعتماد يشجع على التغيير وعلى التطور المهني، ويرفع من نسب مشاركة الموظفين وتواصلهم، كما يحسّن من الفعالية على مستوى المؤسسة، ويشجع على بناء فرق متعددة الكفاءات والاختصاصات، كما ويحثّ على التغيير الإيجابي في الثقافة المؤسسية، كما ويعزّز الجوانب القيادية والتوعوية المتعلقة بتحسين الجودة بشكل مستمر (Ng et al, 2013; Greensfield et al, 2012; Hinchcliff, 2012; Alkhenizana et al, 2011; Greenfield, 2008).

إنّ الربط بين صفة الاعتماد ومحفزات أخرى مثل الحصول على تمويل من الدولة، و/أو التعويضات والبدلات التمييزية، وامتيازات التأمين الصحي، والاتفاقيات التعاقدية، وحصول مؤسسة الخدمات الصحية على صفة كوجهة للسياحة الطبية وغيرها من الامتيازات، هي عوامل فعّالة في دفع المؤسسات إلى السعي للحصول على الاعتماد من وجهة نظر اقتصاد السوق والأعمال
(Mate et al, 2014; Shaw, 2004)

وتعتمد شركات التأمين والموظفين إلى اشتراط الاعتماد كشرط مسبق لكي تكون مؤسسات الخدمات الصحية مشمولة ضمن نظامهم في التغطية والبدلات في الهند والبرازيل وكوستاريكا (Mate et al, 2014).

وفي سياق مشابه، يشهد قطاع الخدمات الصحية مزيداً من أنماط اعتماد مؤشرات الأداء لضمان الجودة وسلامة المرضى في أنظمة الخدمات الصحية (Kerr and Fleming, 2007; Altes et al., 2006). وقد أشارت أربع دراسات منهجية إلى أنّ الاعتماد على مؤشرات الأداء يساهم في تحسين المستوى الإجمالي لسلامة المرضى وجودة الخدمات المقدّمة.
(Gillam et al., 2012; Alshamshan et al., 2010; Van Herk et al., 2010; Fung et al., 2008)

إن مراجعة برامج الاعتماد في لبنان وتحديثها بحيث تشمل أنظمة حوافز وامتيازات تربط بين الاتفاقيات التعاقدية والترتيبات الإجرائية وصفة الاعتماد ومؤشرات الأداء هو مطلب مهم لأنه يشجّع الجهات والأفراد العاملين في قطاع الخدمات الصحية (في القطاعين العام والخاص) على المشاركة في مبادرات تحسين الجودة وسلامة المرضى.

إن مراجعة نظام الاعتماد والاتفاقيات التعاقدية يمكن أن تشمل الجوانب

التالية:

❖ إعداد نموذج حوكمة جديد لبرنامج الاعتماد بحيث يشمل تجديد صفة الاعتماد بشكل دوري؛ وتدريب كوادر محلية على الكشوفات والمعاينات الميدانية واعتماد برنامج تدريب لذلك؛ وإيجاد آليات لضمان استمرارية الجودة ما بعد منح الاعتماد.

❖ وجود أهداف سلامة المرضى ومؤشراتها ومتطلباتها التدريبية، وذلك ضمن معايير الاعتماد للمستشفيات ومراكز الخدمات الصحية الأولية بشكل واضح وصريح.

توسيع دوائر الاعتماد بحيث تشمل كافة مقدمي الخدمات الصحية في الدولة (الرعاية الصحية الأولية، الرعاية الطويلة الأمد، الصحة النفسية، العيادات، المراكز التشخيصية والمختبرات)

تشجيع جهات التغطية والممولين من القطاعات العامة والخاصة على الربط بين الاتفاقيات التعاقدية وحوافز تتعلق بصفة الاعتماد و/أو معايير محددة تتعلق بالجودة وسلامة المرضى.

إدخال مزيد من التحسينات على الصيغة الجديدة للاتفاقيات التعاقدية وبدلات التغطية المقررة لدى وزارة الصحة العامة للمستشفيات، وذلك من خلال استحداث بنود تتعلق بإجراءات ومعايير ومؤشرات تعكس الأداء الفعلي للمستشفى.

تصميم وتنفيذ ترتيبات مادية/مالية خاصة بمراكز الرعاية الصحية الأولية (أي نظام للتعاقد يستند إلى الأداء) يشمل المراكز التي تجتاز برنامج الاعتماد بنجاح.

تأسيس مجموعة معايير ومؤشرات وطنية موحدة قابلة للتطبيق من النوع التي تلتزم بها المستشفيات ومراكز الرعاية الصحية الأولية عند رفع التقارير الدورية، وربط نظام الحوافز والامتيازات بهذه المؤشرات.

جدول 3: أبرز الخلاصات من المراجعات المنهجية والدراسات

العنصر (3)	فئة النتائج
بيّنت خمس (5) مراجعات منهجية وجود أدلة تثبت أن اعتماد مراكز الخدمات الصحية يساهم إيجابياً في التغيير والتطوير على المستوى المهني، كما ويزيد من مستوى مشاركة العاملين في المركز، ويعزز مهارات التواصل لديهم، ويحسن من الكفاءة التنظيمية، ويشجع على بناء الفرق المتعددة التخصصات، ويساهم في إحداث تغيير إيجابي في الثقافة التنظيمية، ويعزز الأداء القيادي، ويزيد من وعي العاملين فيما يتعلق بالتحسين المستمر للجودة. (Ng et al, 2013; Greensfield et al, 2012 Hinchcliff, 2012; Alkhenizana et al, 2011; Greenfield, 2008)	الفوائد والإيجابيات

توصّلت مراجعة منهجية واحدة إلى وجود أدلة متّسقة من عدة دراسات تدعم التأثير الإيجابي لبرامج الاعتماد بشكل عام على مختلف النتائج الطبية، بما في ذلك إدارة الأزمات القلبية الحادة، والجراحات الإسعافية الطارئة، وإدارة الأوبئة، وإدارة الأوجاع. (Alkhenizana et al, 2011)

سلّطت إحدى المراجعات المنهجية الضوء على الروابط الوثيقة المرّجحة ما بين

برامج الاعتماد، والإجراءات التنظيمية المؤسساتية العالية الجودة، والرعاية الطبية السليمة والأمنة، مع إشارة الباحثين إلى محدودية الدراسات المتوفرة من حيث الأدلة والبيانات ونوعية الدراسات (hinchcliff, 2012).

أشارت أربع (4) مراجعات منهجية إلى أن الاعتماد على مؤشرات الأداء، والتي من المفترض جمعها عند الكشوفات والمعاينات الميدانية للتحقق من الالتزام بمعايير الاعتماد، يساهم في تحسين سلامة المرضى وجودة الخدمات المقدمّة بشكل عام (Gillam et al., 2012; Alshamshan et al., 2010; Van Herk et al., 2010; Fung et al., 2008).

خأصت إحدى عشرة (11) مراجعة منهجية إلى أن استراتيجيات الدفع مقابل الأداء كعامل تحفيز (pay for performance) تساهم بشكل معتدل في تحسين الجودة (Eldridge & Palmer (2009), So & Wright (2012), Scott, (2009), Christianson et al. (2008), Gillam et al. (2012), Huang et al. (2013), Al-Shamsan et al. (2010), Huang et al. (2013), van Herck et al. (2010), Mehrotra et al. (2009) and Emmert et al., (2012)).

توضّلت اثنتان من المراجعات المنهجية إلى أن اعتماد برامج الدفع مقابل الأداء (pay for performance) كعامل تحفيز يكون ذو فعالية أكبر عندما تكون هناك مساحة أكبر للتحسين ضمن الإجراءات وحيث يسهل تتبع هذه الإجراءات والتحسينات؛ مع تركيز الحوافز على الأطباء بشكل فردي أو على المجموعات الصغيرة؛ واعتماد حوافز إيجابية بشكل كامل بدلاً من تعزيز ثقافة رابح وخاسر، حيث يجب أن تستند الحوافز بشكل تام إلى الأداء القياسي لمقدمي خدمات الخدمات الصحية، مع إشراك مقدمي الخدمات الصحية في تصميم البرنامج، وتقديم حوافز ذات قيمة مغرية (Eijkenaar et al., 201; So & Wright 2012).

السلبات المحتملة لم يُبلّغ عنها في أيّة مراجعة منهجيّة

التكلفة
توضّلت مراجعة منهجية واحدة إلى أن نظام الاعتماد يتسبب في تكاليف أعلى و/أو فعالية التكلفة بالنسبة إلى الوضع القائم وإلى شراء أو تحديث المعدات والتجهيزات. (Greenfield & Braithwaite)

وجدت أربع (4) دراسات أولية أن المراكز المعتمدة تحقق فعالية أفضل في التكلفة للمرضى وللمؤسسات، حيث أن معدلات بقاء المرضى فيها أقل

زمنياً، كما أن تكاليفها أقل.

(Morton et al., 2014; Kwon et al., 2013; Jafari et al., 2013; Nguyen et al., 2012)

الشكوك غير المؤكدة أشارت اثنتان من المراجعات المنهجية إلى وجود أدلة متّسقة عن تأثير برامج بخصوص الإيجابيات والسلبيات المحتملة (بحيث تتم مراعاة هذه الجوانب في بنود الرصد والتقييم) الاعتماد على التغيير الإيجابي والتّطور المهني، وعلى تحسين الفعالية المؤسسية وأوضاع العاملين في مؤسسة الخدمات الصحية. بالمقابل، أشارت الدراسة إلى عدم وجود أدلة (سواء لجهة التحسن أو لجهة وجود تغيير ملموس) حول سلوك المهنيين الصحيين تجاه الاعتماد أو التأثير المؤسسي التنظيمي أو التأثير المادي المالي، وأو التأثير على إجراءات الجودة وتقييمات البرنامج. (Greenfield, 2008, Greensfield et al, 2012)

توصّلت مراجعة منهجية واحدة إلى عدم إمكانية الجزم بشأن تأثير برامج الاعتماد على نتائج المرضى، مما يعني ببساطة أنه وبسبب عدم التجانس في تصميم الدراسات والمنهجيات، لا يزال هناك نوع من الشك وعدم التأكد بخصوص التأثيرات المفترضة. ويساهم في تعقيد هذه المسألة الطبيعة المعقدة والشائكة للمستشفيات كمؤسسة، ومكوناتها الغير متجانسة. (brubakk et al, 2015)

العنصر الرابع < تمكين المرضى بما يساهم في تحسين جودة الخدمات

وسلامة المرضى

توصّلت أربع مراجعات منهجية إلى أنّ تمكين المرضى يحدّ من الفجوة المعرفية ما بين مقدمي الخدمات الصحية والمستهلكين (المرضى ورواد مراكز الخدمات الصحية)، كما ويعزّز من التوافق والتشارك في صناعة القرار حول الاستفادة من الخدمات الصحية، ويزيد من فعالية نظام الخدمات الصحية (Tempfer & Nowak, 2011; O'Connor et al., 2009; Nilsen et al., 2006; Crawford et al., 2002)

وتمكين المرضى يتم من خلال تثقيفهم هم وعائلاتهم. وقد بيّنت اثنتان (2) من المراجعات المنهجية أن المواد التثقيفية للمرضى تساعد المرضى على الالتزام بالتعليمات الطبية والمبادئ العيادية، وتحسّن من جودة الرعاية، وتحدّ من الأخطاء الطبية ومن معدلات الدخول المتكرر إلى المستشفيات ومراكز الرعاية. (Bes et al., 2011; McPherson et al., 2001)

وقد أيّدت ثمان (8) مراجعات منهجية ممارسات تشكيل جهات خاصة لتقديم الاستشارات للمرضى وبرامج الشكاوى، إلى جانب أدوات تمكين المرضى (Hollister & Estes, 2013; John, 2011; Wachter, 2010; Huss et al., 2010;

Persson, 2008; Bismark et al., 2006; Entwistle et al., 2005; Wagner et al., 2001).

جدول 4 أبرز الخلاصات من المراجعات المنهجية والدراسات

العنصر (4)	فئة النتائج
<p>خُلصت أربع (4) مراجعات منهجية ودراسة تجريبية ((Cluster Randomized Trial إلى أنّ تمكين المرضى يحدّ من الفجوة المعرفية ما بين مقدمي الخدمات الصحية والمستهلكين (المرضى وروّاد مراكز الخدمات الصحية)، كما ويعزّز من التوافق والتشارك في صناعة القرار حول الاستفادة من الخدمات الصحية، ويزيد من فعالية نظام الخدمات الصحية وسلامة المرضى.</p> <p>(Boivin et al., 2014; Tempfer & Nowak, 2011; O'Connor et al., 2009; Nilsen et al., 2006; Crawford et al., 2002)</p>	<p>الفوائد الإيجابية</p>
<p>توصّلت خمس (5) دراسات منهجية إلى أنّ مشاركة و تثقيف أفراد عائلات المرضى في اتخاذ القرارات يساهم في تحسين جودة الرعاية، حيث أنّهم سيقومون برعاية المريض لاحقاً وبالتالي يساهم هذا في الحد من احتمالات الأخطاء العارضة، ويعزز من سلامة المريض بسبب قدرتهم على تحديد الأخطاء الطبية التي قد تحصل في مؤسسات الخدمات الصحية.</p> <p>(Kripalani et al., 2007; Gaston & Mitchell, 2005; Nose & Barbui, 2003; Sarkisian et al., 2003; McDonald et al., 2002)</p>	
<p>أكدت اثنتان (2) من المراجعات المنهجية على أنّ تثقيف المرضى هو عامل مهم خاصة تجاه الحدّ من الأخطاء العارضة المتعلقة بالدواء كما أنّ التأثير على معدلات الدخول المتكرر إلى المستشفيات ومراكز الرعاية.</p> <p>(Spinewine et al., 2013; Miller et al., 2007)</p>	
<p>بيّنت اثنتان (2) من المراجعات المنهجية أنّ المواد التثقيفية للمرضى تساعد المرضى على الالتزام بالتعليمات الطبية والمبادئ العيادية، وتحسن من جودة الرعاية، وتحدّ من الأخطاء الطبية ومن معدلات الدخول المتكرر إلى المستشفيات ومراكز الرعاية.</p> <p>(Bes et al., 2011; McPherson et al., 2001)</p>	
<p>أشارت اثنتان من الدراسات إلى أنّ تشكيل جهات خاصة لتقديم استشارات للمرضى بخصوص الأخطاء الطبية أو بخصوص السلامة بشكل عامة، هي ممارسة تضمن وصول أصوات المرضى وعائلاتهم وأخذها بعين الاعتبار في إعداد السياسات وتطويرها (Wachter, 2010)، كما أنّها ممارسة تساعد على</p>	

الحد من الأخطاء الطبية (Entwistle et al., 2005). كما وتساهم مثل هذه الجهات في عدم انجرار عائلات المرضى وراء وسائل الإعلام وتغطياتها حيث تقدم لها مصدراً أكثر دقة ووضوحاً للمعلومات والمعارف المتعلقة بالقطاع الصحي. (Entwistle et al., 2005) ومن الممارسات الأخرى التي يمكن اتباعها لتمكين المرضى، إعداد برنامج أمين المظالم (Ombudsmen Programs) :

وجدت دراسة أنّ برنامج أمين المظالم يساهم في تمكين المرضى وعائلاتهم من خلال دعم الإستشارات للعائلات، وتزويدهم بالمعلومات والدعم، واقتراح استراتيجيات وتقنيات وأساليب يمكن لهم استخدامها في معالجة المسائل التي تثير قلقهم/ استيائهم (Persson, 2008).

وجدت اثنتان من الدراسات أن برنامج أمين المظالم يساعد على التحسين المستمر في الحوكمة الطبية، وفي تقديم اقتراحات جديدة للتحسين التشريعي والتنظيمي.

(Huss et al., 2010; Bismark et al., 2006)

وجدت ثلاث (3) دراسات أن برنامج أمين المظالم قد يساعد على تحسين صحة المرضى ونتائج الرعاية، حيث يتم الاستفادة من الشكاوى في تحسين سلامة المرضى.

(Hollister & Estes, 2013; Bismark et al., 2006; Wagner et al., 2001)

وجدت دراسة أن برنامج أمين المظالم يلعب دوراً خاصة عندما تفتقد الجهات الحكومية للتصرفات السليمة أو العادلة، أو عندما تكون الخدمات المقدمة من الحكومة سيئة أو لا تستجيب للشكاوى (John, 2011). كما أنّ مثل هذه البرامج تساعد عبر تقديم الأدلة المطلوبة في حالة حدوث خطأ طبي للمكلفين بتنفيذ القوانين، كما وتقدم لمؤسسات الخدمات الصحية وللحكومات اقتراحات فعّالة لتلبية تطلعات المرضى واحتياجاتهم، والحد من زيارات المعاينة الدورية.

(Hollister & Estes, 2013)

السليبات المحتملة

وجدت دراسة تجريبية (Cluster Randomized Trial) أنّ افتقاد المرضى للفهم المطلوب للدراسات العلمية والآثار المترتبة على الموارد، قد يؤدي إلى قرارات غير واقعية؛ كما أنّ المشاركة غير المتوازنة للمرضى في صناعة القرار قد تؤدي إلى غياب التمثيل العادل لمختلف وجهات النظر خاصة للمرضى الأكثر عرضة وهشاشة من أصحاب الحالات المعقدة أو من الخلفيات الاجتماعية والاقتصادية الأقل حظاً.

(Boivin et al., 2014)

التكلفة

توضّلت اثنتان (2) من المراجعات المنهجية إلى أن مشاركة المرضى ترفع من

و/أو فعالية التكلفة بالنسبة إلى الوضع القائم
التكلفة المترتبة على مؤسسات الخدمات الصحية، ويعود هذا بشكل رئيسي إلى تكلفة تعويض المرضى عمّا تستغرقه مشاركتهم من وقت، ووجبات غذائية، وتكاليف سفر، وتكاليف التنسيق والتواصل مع المرضى، وبدلات أجور المنسّقين ومديري الجلسات وفعاليّات التواصل.
(Domecq et al., 2014; Nilsen et al., 2006)

الشكوك غير المؤكدة
بخصوص الإيجابيات والسلبيات المحتملة (بحيث تتم مراعاة هذه الجوانب في بنود الرصد والتقييم)
أشارت مراجعة منهجية واحدة واثنان من الدراسات إلى عدم القدرة على الجزم بشأن وجود تقييم عام، وكذلك بشأن أيّ تحليل يقارن مختلف الدراسات المنهجية الموجودة حول مشاركة المرضى ورواد قطاع الخدمات الصحية في القرارات.
(Tempfer & Nowak, 2011; Boivin et al., 2011; Crawford et al., 2002)

توصّلت اثنان من المراجعات المنهجية إلى صعوبة تقييم فعالية تمكين المرضى وتأثير ذلك على تحسين الخدمات الصحية ومستويات سلامة المرضى، وذلك لأنّ الدراسات المختلفة تشير إلى نتائج متباينة.
(Tempfer & Nowak, 2011; Schwappach, 2009)

أشارت اثنان (2) من المراجعات المنهجية ودراسة واحدة إلى أنّه لا يوجد أي دراسة تقييم لتأثير دمج مشاركة المرضى في سياق تحسين خدمات القطاع الصحي.
(Mockford et al., 2012; Brett et al., 2011; Crawford et al., 2002)

أشارت إحدى المراجعات المنهجية إلى أنّه لا توجد أي دراسة تقييم لفعالية حملات تثقيف وتوعية المرضى (Schwappach, 2009).

الاعتبارات التي يجب أخذها بعين الاعتبار في جوانب التطبيق العملي

عوائق التنفيذ على مستوى المرضى، وعلى مستوى المتخصصين العاملين في القطاع الصحي، وعلى المستوى التنظيمي المؤسساتي، وعلى مستوى النظام الصحي ككل (المستوى الوطني).

المستوى	العوامل المعيقة	استراتيجيات المعالجة
على مستوى المرضى	رفض المرضى المشاركة في مبادرات صناعة القرار وتحسين الجودة بسبب ضعف خلفيتهم الثقافية في المجال الصحي، وبسبب عدم وجود عوامل مشجعة ودافعة من طرف العاملين في القطاع الصحي (Davis et al., 2011; Wallace & Sembi, 2008; Marella et al., 2007; Waterman et al., 2006; Hibbard et al., 2005)	إعداد برنامج خاص مثل برنامج INVOLVE الذي يتم استخدامه في المملكة المتحدة (INVOLVE 2015). إطلاق حملات مثل حملة "أوصل صوتك" SPEAK UP وحملة "من الممكن أن تسأل" (The Joint Commission,) It's Ok to ASK (2015; National Institute for Health Research, 2015).
على مستوى المتخصصين الصحيين	وجود نوع من الممانعة في أوساط العاملين في القطاع الصحي تجاه تبني أي مبادئ توجيهية وإرشادات، وذلك بسبب غياب التوافق بخصوص التوصيات، ومحدودية الوقت وكثرة الضغوطات، وغياب المحفزات المعرفية والمادية والمعنوية، إلى جانب التردد والقلق بخصوص أي تغيير محتمل في الممارسات (Brusamento et al, 2007; Carlsen et al, 2012; et al, 2007)	الحد من مستوى التعقيد في التوصيات والمبادئ التوجيهية والإرشادات؛ وضمان استراتيجيات سريعة وحيوية لنشر هذه التوصيات والإرشادات لتغيير سلوكيات العاملين في القطاع الصحي بشكل إيجابي؛ وتشجيع أساليب التعليم التفاعلية مثل اللقاءات والتنبيهات والنقاشات والحملات وغيرها من استراتيجيات الوصول والتواصل (Spallek et al, 2010; Brusamento et al, 2012).
	وجود نوع من الممانعة في أوساط العاملين في القطاع الصحي الذين يشكّون بمصداقية ونية أي تقييم للأداء، بما في ذلك قابليته للاستخدام وفوائده العملية (Lizarondo et al, 2014).	الحرص على تقديم الدعم من طرف المدراء وذلك لخلق ثقافة مؤسساتية تشجع على تقييم الأداء (Luse, 2013; Rout & Roberts, 2008). وتأمين محاور متخصص لتقديم الإرشادات والمشورة للأطباء حول كيفية تحسين ممارساتهم وأدائهم حيث يلزم (Ferguson et al., 2012; Saedon et al., 2014).
على المستوى التنظيمي	تكلفة تدريب الموظفين وتعيين موظفين جدد وتعزيز مشاركة المرضى	تخصيص موارد وميزانية خاصة لسلامة المرضى بشكل عام وبشكل خاص

<p>للّدرّيب ولتوظيف الكوادر المتخصصة ولبرامج تمكين ومشاركة المرضى (Wachter, 2010; Devers et al., 2004).</p>	<p>في مبادرات تحسين الجودة وسلامة المرضى (Boivin et al., 2014; Domecq et al., 2014; Aggarwal et al., 2010; Wachter, 2010).</p>	<p>والمؤسساتي</p>
<p>يجب أن تخصص برامج تحسين الجودة وقتاً وأنشطة للمتدربين وفقاً لقواعد وأوقات العمل، وإدارة المتطلبات والضغوطات الكثيرة والمتعارضة أحياناً وتحديد الأولويات، وأن يكون من الواضح دور الهيئة التعليمية. كما يجب تخصيص عدد من أفراد الهيئة التعليمية للإشراف على متطلبات المنهج والقيام بذلك (Jones et al., 2015).</p>	<p>إمكانية توفّر خبراء أكاديميين في الخدمات الصحية، والضغوطات بين متطلبات المنهج ومتطلبات الخدمة، والثقافة التنظيمية المؤسساتية، كلها عوامل قد تؤثر على الجوانب التطبيقية والتنفيذية فيما يتعلق باعتماد سلامة المرضى وتحسين الجودة في المنهج التعليمي الطبي. (Jones et al., 2015).</p>	
<p>من الضروري استخدام آليات لتقديم الآراء والملاحظات التقييمية بشكل مكثّف ودوري، إلى جانب برامج التدريب الفعالة، وتطوير القدرات فيما يتعلق بتحسين الجودة، والدعم التعليمي، ومشاركة جهات الملكية المحلية، وتخصيص الموارد اللازمة إلى جانب توفير الأسس المنطقية المعقولة لذلك، والدعم بالأدلة البحثية والبيانات المحدّثة، مع الحرص على تكليف باحثين متخصصين بوضع معايير تعزز من فعالية برامج التدقيق والتقييم (Vahidi et al., 2013).</p>	<p>عدم توفر الكفاية من الخبرات والموارد، والنقص في المعطيات البيانية والمعلومات المطلوبة حول الإرشادات وجمع البيانات، وعدم وجود الدعم والإلتزام الإداري والقضايا الفنية التقنية مثل وضع معايير مستدامة، هي أمور قد تعيق تطبيق الكشوفات والتدقيق الفني وتقديم الملاحظات والآراء التقييمية حول عمل مراكز الخدمات الصحية. (Vahidi et al., 2013).</p>	
<p>تشجيع الرد الغير العقابي (El-Jardali et al., 2011). وعدم تهويل أو تعقيد مسألة رفع تقارير بالأحداث العارضة والأخطاء -- تبسيط الإجراءات والمعلومات المطلوبة، مع التفاعل والرد على التقارير التي يتم تقديمها (Mahajan, 2010; Evans et al., 2006).</p>	<p>وجود ثقافة الرد العقابي في مؤسسات الخدمات الصحية، وضغوطات عمل كثيرة لا يشجع المتخصصين الصحيين على رفع تقارير بالأخطاء الطبية (Sirriyeh et al., 2010; Evans et al., 2006).</p>	
<p>وضع سياسات وطنية بخصوص الجودة وسلامة المرضى، بما يساهم في تحديد أهداف متعلقة بالجودة وسلامة المرضى، وتوضيح الأدوار والمسؤوليات ووضع حوافز وتحديد العوامل المشجعة</p>	<p>ضعف المحاسبة وتوضيح المسؤوليات والأدوار فيما يتعلق بتطبيق مبادرات تحسين الجودة وسلامة المرضى (El-Jardali and Fadlallah, 2015).</p>	<p>على مستوى النظام الصحي ككل (المستوى القطاعي/</p>

استخدام نماذج تقييم وقياس المخاطر بهدف المساواة بين مقدمي الخدمات الصحية فيما يتعلق بمختلف أنماط نوعية وخطورة الحالات التي يستقبلونها للمرضى، والبيانات المتعلقة بالتوريد، وذلك من خلال أداة الكترونية تمكن من التدقيق والتقييم وضبط "قواعد اللعبة" والسلوكيات، مع فرض غرامات على المستشفيات التي لا تبدي التزاماً بتقديم بيانات دقيقة (So & Wright 2012).

دراسة إمكانية تأسيس معهد وطني (يمكن من خلال شراكة بين القطاع العام والخاص) لقياس ورصد ووضع معايير للجودة، بحيث يوفر أيضاً الإرشاد والدعم اللازمين في قطاع الخدمات الصحية (El-Jardali et al, 2011).

تحديد مؤشرات الأداء السليمة والصحيحة، والتي يمكن الاعتماد عليها وتطبيقها؛ مع مراعاة كونها مناسبة لسياق الاعتماد، ولمعيارية المنهجيات المعتمدة لجمع البيانات ورفع التقارير وتأسيس نظام لمكافحة أي محاولات لتحويل أو استغلال البيانات والمعلومات.

Knowledge to Policy Center draws on an unparalleled breadth of synthesized evidence and context-specific knowledge to impact policy agendas and action. K2P does not restrict itself to research evidence but draws on and integrates multiple types and levels of knowledge to inform policy including grey literature, opinions and expertise of stakeholders.

Knowledge to Policy (K2P) Center
Faculty of Health Sciences
American University of Beirut
Riad El Solh, Beirut 1107 2020
Beirut, Lebanon
+961 1 350 000 ext. 2942 - 2943
www.aub.edu.lb/K2P
K2P@aub.edu.lb

Follow us
Facebook [Knowledge-to-Policy-K2P-Center](#)
Twitter [@K2Pcenter](#)