

نظام الطوارئ والرؤية الرسمية

نسمع احياناً بعض الاشخاص يتذمرون من طيلة الانتظار على ابواب المستشفيات. ونسمع آخرين يشتكون انه فرض عليهم تسديد مبالغ على الحساب قبل تطبيب المريض، وآخرين يتذمرون من عدم الاهتمام بهم كما كانوا يتمنون. فما صحة هذا الامر؟ وما هي اذن مشكلة الطوارئ في لبنان؟

ان اشكالات الانظمة الصحية هي عالمية إن من حيث الزيادة المنتظمة للتكاليف الصحية، ام هاجس الجودة، وخصوصاً العمل في اقسام الطوارئ. ودول العالم، المتقدمة منها والنامية، ليست راضية عن نظام الطوارئ الذي تتبعه، بل هي تقوم دائماً بالاصلاحات على كافة المستويات على غرار ما قامت به فرنسا في العام الماضي.

يعود تطوير مفهوم المستشفى الى القرن الخامس، لكن اقسام الطوارئ لم تشهد الا تطوراً خجولاً نسبياً ابتداءً من النصف الثاني من القرن العشرين. فطالما اعتُبر قسم الطوارئ الحلقة الاضعف في المستشفى.

ومن المشاكل التي يصفها البعض، بالاضافة الى فترات الانتظار الطويلة:

- غياب الطبيب وتدني مستوى الطبابة،
 - خروج المريض من المستشفى دون تلقيه العناية بسبب عدم توفر الامكنة، او غياب التغطية الصحية او الموارد المالية.
- منذ الثمانينيات، أُجريت عدة دراسات في العديد من البلدان، انكبت عشرات اللجان على معالجة هذه المشاكل، نُشرت عشرات التقارير وأُطلقت اصلاحات عدة في هذا الصدد.

عولجت مشكلة غياب الطبيب في اوربا والولايات المتحدة بفتح مجال التخصص في طب الطوارئ امام الاطباء المتدرجين، وبدأت المستشفيات تلحظ في تنظيمها مناصب "اطباء طوارئ".

ولقد كان لبنان رائداً في منطقة الشرق الاوسط، فعلى الرغم من ان قسم الطوارئ ليس من الاقسام المنتجة، استثمرت مستشفيات عدة في اقسام طوارئها وتعاقدت مع اطباء اختصاصيين يؤمنون تواجداً طبيباً 24 ساعة على 24، على مدار السنة.

اما فترات الانتظار الطويلة، فهي مرتبطة بخصوصية الطوارئ: ففي هذا القسم كل دقيقة لها اهميتها وصراخ المريض لا يعني بالضرورة انه الحالة الاخطر؛ اضافة الى ان الموارد في قسم الطوارئ محدودة. وبالتالي، يستحيل تأمين كل شيء للجميع في اللحظة عينها. كان الحل تنظيم الاستقبال في الطوارئ عن طريق

تطوير عملية الفرز الذي يقضي باخضاع كافة المرضى الوافدين لفحص سريري مختصر وموجّه يسمح بتصنيفهم الى عدة فئات بحسب درجة خطورة حالتهم. في كندا، يشمل "مقياس الفرز والخطورة" ETG خمس درجات هي:

- الدرجة الاولى: لا يمكن للمريض ان ينتظر، ويجب معالجته على الفور؛
- الدرجة الثانية: حالة المريض تسمح له بالانتظار ربع ساعة؛
- الدرجة الثالثة حالة المريض تسمح له بالانتظار 30 دقيقة؛
- الدرجة الرابعة: حالة المريض تسمح له بالانتظار 60 دقيقة؛
- واخيراً الدرجة الخامسة: حالة المريض تسمح له بالانتظار 120 دقيقة.

بدأت بعض المستشفيات اللبنانية بالاستعانة بهذا المقياس وبتطوير عملية الفرز، الا ان ذلك يتطلب اعادة نظر جوهرية في الذهنيات والممارسات، ممّا يؤخر تطبيقه، لا سيما وان استحداث الفرز يفرض على المستشفيات اجراء تعديلات مهمة للاماكن، وخلق مناصب الممرضة المختصة بالفرز. كل ذلك يفترض تجنيد موارد مهمة في نشاط غير منتج وفي غياب اي تنظيم او موجب قانوني.

اما عدم توفر الاسرّة، فعولجت في الدول المتقدمة بتطوير التواصل بين اقسام الطوارئ في المستشفيات من جهة، واقسام الطوارئ في مرحلة ما قبل الاستشفاء على غرار الصليب الاحمر والدفاع المدني وفوج الاطفاء، من جهة اخرى.

في هذه الدول، استُحدث مركز تنسيق للطوارئ، يبلّغ اولاً بأول عن الاماكن الشاغرة في كل مستشفى، مما يمكنه من توجيه المرضى الى المستشفيات التي يمكنها استقبالهم، وتأمين افضل عناية متكيفة مع حالاتهم.

ومن اخطر ما يواجه لبنان في نظام طوارئ هو غياب التواصل بين الاجهزة المسؤولة عن نقل الحالات الطارئة في ما بينها، والمستشفيات؛ فبالرغم ما ان الصليب الاحمر حدّث نظامه وطوّر امكاناته، فغالباً ما يُستبعد احد المرضى عن احد المستشفيات لانه يكون بحاجة الى الدخول الى العناية الفائقة، ولا يكون هناك اماكن شاغرة في المستشفى المقصود، او يكون بحاجة الى اختصاص معين غير متوفر في المستشفى المعني. لذلك يجب دعم التواصل والتنسيق حول حالة المريض بغية تأمين كل المعلومات اللازمة لتوفير افضل سبل المعالجة وخصوصاً لكسب الوقت الثمين في هذه الحالات. من هنا تبرز اهمية توحيد اللغة والاصطلاحات على الصعيد الوطني لتسهيل التواصل بين جميع المعنيين.

لكن غياب الرؤية الرسمية المعبر عنها بوضوح في هذا الاتجاه، وغياب التحفيز المالي لاجراء الاصلاح بطريقة جيدة، سيحولان دون تطوير نظام الطوارئ في لبنان.

ان المشاكل التي ذكرتها حتى الآن هي مشاكل عالمية شهدتها كافة الانظمة الصحية، وتصويبها معروف وقابل للتحقيق. غير ان هناك مشكلة لبنانية بحثة لا تقوّض الطوارئ فحسب بل تهدّد مجمل النظام الصحي الذي ساهم يوماً في مجد لبنان وازدهاره في محيطه العربي.

ان اللبناني اسير جدلية عقيمة ساهم بنفسه في اثارها منذ حوالي عشرين عاماً، وغدّتها بعض الجهات الضامنة التي غامرت في مزايدة مكلفة وانتحارية. فبينما وعدت المواطن بكل شيء، تعهّدت لنفسها بعدم دفع اي شيء؛ ويستحيل ان تسير الامور على هذا المنوال.

فكيف يمكن ادخال كل هذه التحسينات على قسم الطوارئ، او مجرد المحافظة على القسم في غياب اي توجيه او مرسوم او سياسة تفرض ذلك، او في حال بقاء الجهات الضامنة تساوي بالدفع من يُجري التحسينات ومن لا يبذل اي جهد للتطوير؟

وكيف يمكن ادخال كل هذه التحسينات على قسم الطوارئ، او مجرد المحافظة على القسم في حين ان جدول الاتعاب يعود الى العام 1992 او 1996، ومدة الدفع باتت اليوم تفوق 15 شهراً لبعض الجهات الضامنة؟

إمّا ان يكون الحلّ شاملاً او لا يكون، فيجب اصلاح النظام الصحي بجميع مكوناته. وعلى الجميع ان يتحمّلوا مسؤولياتهم: الوزارات والادارات وصناديق التأمين الصحي، الجهات الضامنة، الهيئات المهنية والنقابات، الكليات والاجسام الطبية، محترفي الصحة والمرضى انفسهم؛ و لكل جهة دورها المسؤول في تشييد هذا النظام.

منذ عدة اعوام والشغل الشاغل لمحترفي الصحة هو الحصول على حقوقهم. وهذا الامر غير مقبول. يجب على الجهات الضامنة ان تتحمل مسؤولياتها عبر ضبط النفقات وتسديدها في الوقت المناسب وبالسعر الصحيح لمن يستحقها فعلاً. عندئذٍ فقط، يمكن للمحترفين ان يركزوا انتباههم على العناية وتطوير المهن الصحية في لبنان، وازدهار لبنان في محيطه المحلي، الاقليمي، وحتى الدولي.

جوزيف عتيق

مدير عام مستشفى اوتيل ديو دو فرانس