

سلامة المرضى

العمل العالمي بشأن سلامة المرضى

تقرير من المدير العام

١- أحاط المجلس التنفيذي علماً، في دورته الرابعة والأربعين بعد المائة، في كانون الثاني/ يناير ٢٠١٩، بنسخة سابقة من هذا التقرير،^١ ثم اعتمد المجلس القرار م ت ٤٤ ق ١٢.

٢- إن المشهد العالمي في مجال الرعاية الصحية لا ينفك يتغير، وتعمل النظم الصحية في بيئات متزايدة التعقيد. ورغم أن العلاجات والتكنولوجيات ونماذج الرعاية الجديدة قد تتمتع بإمكانات علاجية، فمن الممكن أن تشكل أيضاً تهديدات مستجدة للرعاية المأمونة. ويتم الاعتراف بسلامة المرضى في الوقت الراهن باعتبارها تحدياً عالمياً كبيراً ومنتامياً يعترض سبيل الصحة العمومية. وعلى الرغم من العمل الرائد المضطلع به في بعض أوساط الرعاية الصحية، لم تحقق الجهود العالمية المبذولة للحد من عبء الأذى الذي يصيب المرضى تغييراً كبيراً على مدى الخمس عشرة سنة الماضية. وتحقق أثر محدود أو متباين بفضل تدابير السلامة، حتى تلك التي نُفذت في بيئات مرتفعة الدخل، ولم يُكَيَّف معظمها على النحو الذي يكفل تطبيقها بنجاح في البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل.

٣- وتسعى الدول الأعضاء والشركاء جميعاً جاهدين من أجل تحقيق التغطية الصحية الشاملة وأهداف التنمية المستدامة. بيد أن الفوائد المترتبة على زيادة إتاحة الرعاية الصحية فُوِّضت بسبب هياكل الخدمة و/ أو الثقافات و/ أو السلوكيات التي تصيب المرضى بالأذى دون قصد وقد تؤدي إلى عواقب مميتة. وسوف يُمكن العمل العالمي بشأن سلامة المرضى من تحقيق التغطية الصحية الشاملة، مع طمأننة المجتمعات المحلية في الوقت ذاته أنه يمكنها الوثوق في قدرة نظم الرعاية الصحية بها على المحافظة على سلامتها وسلامة الأسر الموجودة فيها. وما سينشده راسمو السياسات هو أن يضحوا متأكدين، وهم يعكفون على وضع خططهم بشأن الرؤية الخاصة بالتغطية الصحية الشاملة وتوفير الموارد اللازمة لتحقيقها، من أنهم لا يتولون رئاسة نماذج رعاية معيبة أو مسرفة.

العبء العالمي للأذى الذي يصيب المرضى أثناء الرعاية الصحية

٤- تشير التقديرات إلى فقدان ٦٤ مليون سنة من سنوات العمر المصححة باحتساب مدد الإعاقة سنوياً بسبب انعدام مأمونية الرعاية في أنحاء العالم. وهذا يعني أن الأذى الذي يصيب المرضى نتيجة الأحداث الضارة

١ انظر الوثيقة م ت ٤٤/٢٩، والمحاضر الموجزة للمجلس التنفيذي في دورته الرابعة والأربعين بعد المائة الجلسة السادسة عشرة، الفرع ٢ والجلسة السابعة عشرة، الفرع ٣ (بالإنكليزية).

ربما يكون ضمن أهم عشرة أسباب للوفاة والإعاقة في العالم.^١ وتشير البيانات المتاحة إلى وقوع ١٣٤ مليون حدث ضار بالمستشفيات في البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل، مما يسهم في حدوث ٢,٦ مليون حالة وفاة سنوياً نتيجة انعدام مأمونية الرعاية.^٢ وتتوء البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل بنحو ثلثي العبء العالمي للأحداث الضارة الناجمة عن انعدام مأمونية الرعاية، بما في ذلك ما ينتج عنها من سنوات العمر المصححة باحتساب مدد الإعاقة التي تُفقد.^٣ وتشير التقديرات إلى أن مريضاً واحداً تقريباً من بين كل عشرة مرضى يصابه الأذى أثناء الحصول على الرعاية بالمستشفيات في البلدان المرتفعة الدخل.^٤

٥- ولا تتفك تنشأ الكثير من الممارسات والمخاطر الطبية المتعلقة بالرعاية الصحية بوصفها تحديات رئيسية تهدد سلامة المرضى وتسهم بشكل كبير في عبء الأذى الناجم عن انعدام مأمونية الرعاية. ومن أمثلة ذلك ما يلي:

- تُعتبر **أخطاء الأدوية** سبباً رئيسياً للإصابات والأذى الذي يمكن تجنبه في نظم الرعاية الصحية: فُدرت التكلفة المرتبطة بأخطاء الأدوية على مستوى العالم بـ ٤٢ مليار دولار أمريكي سنوياً؛^٥
- طبقاً للبيانات المأخوذة من عدد من البلدان،^٦ يبلغ معدل انتشار العدوى المرتبطة بمراكز الرعاية الصحية في المجموعات السكانية المختلفة من المرضى نحو ٧,٦٪ في البلدان المرتفعة الدخل ونحو ١٠٪ في البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل. وبالإضافة إلى ذلك، تشير التقديرات إلى زيادة احتمالات الوفاة لدى الأشخاص المصابين ببكتيريا العنقودية الذهبية المقاومة

^١ Presentation at the "Patient Safety – A Grand Challenge for Healthcare Professionals and Policymakers Alike" a Roundtable at the Grand Challenges Meeting of the Bill & Melinda Gates Foundation, 18 October 2018 (<https://globalhealth.harvard.edu/qualitypowerpoint>, accessed 5 November 2018). Forthcoming paper based on data from National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Crossing the global quality chasm: Improving health care worldwide. Washington, DC: The National Academies Press; 2018 (<https://www.nap.edu/catalog/25152/crossing-the-global-quality-chasm-improving-health-care-worldwide>, accessed 13 February 2019).

^٢ National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Crossing the global quality chasm: Improving health care worldwide. Washington, DC: The National Academies Press; 2018 (<https://www.nap.edu/catalog/25152/crossing-the-global-quality-chasm-improving-health-care-worldwide>, accessed 13 February 2019).

^٣ Jha AK, Larizgoitia I, Audera-Lopez C, et al. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. BMJ Qual Saf Published Online First: 18 September 2013. doi: 10.1136/bmjqs-2012-001748 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24048616>, accessed 13 February 2019).

^٤ Slawomirski L, Auraan A, Klazinga N. The economics of patient safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. Paris: OECD; 2017 (<https://www.oecd.org/els/health-systems/The-economics-of-patient-safety-March-2017.pdf>, accessed 13 February 2019).

^٥ Aitken M, Gorokhovich L. Advancing the Responsible Use of Medicines: Applying Levers for Change. Parsippany (NJ): IMS Institute for Healthcare Informatics; 2012 (<https://ssrn.com/abstract=2222541>, accessed 13 February 2019).

^٦ Report on the burden of endemic health care-associated infection worldwide. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/80135/9789241501507_eng.pdf?sequence=1, accessed 13 February 2019).

للميثيسيلين بنسبة تبلغ ٦٤٪ مقارنةً بالأشخاص المصابين بشكل العدوى غير المقاوم من هذه البكتيريا؛^١

- تؤثر إجراءات الرعاية الجراحية غير المأمونة المسببة لمضاعفات على نسبة تصل إلى ٢٥٪ من المرضى؛ إذ يُعاني ما يقرب من ٧ ملايين من مرضى الجراحات سنوياً من مضاعفات جسيمة، ويلقى مليون مريض منهم حتفه أثناء الجراحة أو بعدها مباشرة؛^٢
- قد تؤدي ممارسات الحقن غير المأمونة المعطاة في أوساط الرعاية الصحية إلى نقل العدوى، بما في ذلك العدوى بفيروس العوز المناعي البشري والتهاب الكبد B و C، وأن تشكل خطورة مباشرة على المرضى وعاملي الرعاية الصحية؛ حيث تسهم هذه الممارسات فيما يُقدَّر بـ ٩,٢ ملايين سنة من سنوات العمر المصححة باحتساب مدد الإعاقة المفقودة سنوياً على مستوى العالم؛^٣
- تقع الأخطاء التشخيصية لدى حوالي ٥٪ من البالغين في أوساط الرعاية المتقدمة، ومن الممكن أن يسبب أكثر من نصف هذه الأخطاء أذى وخيماً؛ ويتعرض معظم الأشخاص لخطأ تشخيصي واحد في العمر؛^٤
- تُعرض ممارسات نقل الدم غير المأمونة المرضى لخطر تفاعلات نقل الدم السلبية ولنقل العدوى؛^٥ ويتضح من البيانات الخاصة بتفاعلات نقل الدم السلبية المأخوذة من مجموعة قوامها ٢١ بلداً أن متوسط معدل وقوع التفاعلات الخطيرة يبلغ ٨,٧ تفاعلات لكل ١٠٠ ٠٠٠ مكون من مكونات الدم الموزعة؛^٦

-
- Antimicrobial Resistance: WHO Fact Sheet, 15 February 2018. (<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/antimicrobial-resistance>, accessed 13 February 2019). ١
- WHO guidelines for safe surgery 2009: safe surgery saves lives. Geneva: World Health Organization; 2009 (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_eng.pdf?sequence=1, accessed 13 February 2019). ٢
- Jha AK, Larizgoitia I, Audera-Lopez C, et al. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. *BMJ Qual Saf* Published Online First: 18 September 2013. doi: 10.1136/bmjqs-2012-001748. *BMJ Qual Saf*. 2013; 22(10):809–815 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24048616>, accessed 13 February 2019). ٣
- Singh H, Meyer AN, Thomas EJ. The frequency of diagnostic errors in outpatient care: estimations from three large observational studies involving US adult populations. *BMJ Qual Saf*. 2014 Sep;23(9):727-31. doi: 10.1136/bmjqs-2013-002627 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24742777>, accessed 13 February 2019). ٤
- Clinical transfusion process and patient safety: Aide-mémoire for national health authorities and hospital management. Geneva: World Health Organization; 2010 (http://www.who.int/bloodsafety/clinical_use/who_eht_10_05_en.pdf?ua=1, accessed 13 February 2019). ٥
- Janssen MP, Rautmann G. The collection, testing and use of blood and blood components in Europe. Utrecht: European Directorate for the Quality of Medicines and HealthCare (EDQM) of the Council of Europe; 2014 (<https://www.edqm.eu/sites/default/files/report-blood-and-blood-components-2014.pdf>, accessed 13 February 2019). ٦

- تتضمن أخطاء العلاج بالإشعاع فرط التعرض للإشعاع وحالات الخطأ في تحديد المريض أو في تحديد الموضع؛^١ تشير التقديرات المستمدة من استعراض للبيانات المنشورة على مدى ٣٠ عاماً بشأن السلامة في المعالجة الإشعاعية إلى أن المعدل الإجمالي لوقوع الأخطاء يبلغ ١٥٠٠ خطأ لكل مليون مقرر علاجي؛^٢
 - لا يتم غالباً تشخيص الإلتان في وقت مبكر بالشكل الكافي لإنقاذ حياة المريض؛ حيث عادةً ما تكون حالات العدوى هذه مقاومة للمضادات الحيوية، فقد تؤدي بشكل سريع إلى تدهور الحالة السريرية، ويتضرر منها ما يُقدَّر بـ ٣١ مليون شخص في أنحاء العالم، وتسبب ما يربو على ٥ ملايين حالة وفاة سنوياً؛^٣
 - يُعد الانصمام الخثاري الوريدي واحداً من أكثر الأحداث الضارة التي يمكن الوقاية منها شيوعاً، إذ يسهم في ثلث المضاعفات المرتبطة بالعلاج بالمستشفيات؛ سنوياً، ويقع ما يُقدَّر بـ ٣,٩ مليون حالة في البلدان المرتفعة الدخل و٦ ملايين حالة في البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل؛
 - تتصف الرعاية غير المأمونة في أوساط الصحة النفسية بسمات خاصة، حيث ترتبط المخاوف بشأن الأذى الذي يمكن تجنبه ارتباطاً أساسياً بالجوء إلى العزل واستخدام التقييد، وإتيان سلوكيات تلحق الأذى بالنفس والانتحار، والتواري، ومحدودية القدرة على الدفاع عن النفس.^٤
- ٦- وتسهم الإخفاقات الحادثة في أوساط الرعاية الأولية في عبء الرعاية غير المأمونة على مستوى العالم.^٥ إذ ينشأ نصف العبء العالمي للأذى الذي يصيب المرضى في أوساط الرعاية الأولية والرعاية المتنقلة، حيث يتعرض ٤ من كل ١٠ مرضى لانتكاسات متعلقة بالسلامة. وقد يشكل هذا ما يزيد على ٦٪ من أيام إشغال الأسرة بالمستشفيات، وما يزيد على ٧ ملايين من حالات دخول المستشفيات في بلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي. وتشير التقديرات إلى أنه يمكن تجنب نسبة تصل إلى ٨٠٪ من الأذى الواقع في أوساط

١ Boadu M, Rehani MM. Unintended exposure in radiotherapy: identification of prominent causes. *Radiother Oncol.* 2009; 93:609–617. (<https://doi.org/10.1016/j.radonc.2009.08.044> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19783058>, accessed 13 February 2019).

٢ Shafiq J, Barton M, Noble D, Lemer C, Donaldson LJ. An international review of patient safety measures in radiotherapy practice. *Radiother Oncol.* 2009;92:15-21. (<https://doi.org/10.1016/j.radonc.2009.03.007>, accessed 13 February 2019).

٣ Fleischmann C, Scherag A, Adhikari NK, et al. Assessment of Global Incidence and Mortality of Hospital-treated Sepsis. Current Estimates and Limitations. *Am J Respir Crit Care Med* 2016; 193(3): 259-72. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26414292>, accessed 13 February 2019)

٤ D'Lima, Archer S, Thibaut BI, Ramtale SC, Dewa LH, Darzi A. A systematic review of patient safety in mental health: a protocol based on the inpatient setting. *Syst Rev.* 2016; 5:203 (<https://doi.org/10.1186/s13643-016-0365-7>, accessed 13 February 2019).

٥ Woods D, Thomas EJ, Holl JL, Weiss KB, Brennan TA. Ambulatory care adverse events and preventable adverse events leading to a hospital admission. *Qual Saf Health Care.* 2007;16:127–131 (<https://doi.org/10.1136/qshc.2006.021147>; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17403759>, accessed 13 February 2019).

الرعاية الأولية.^١ ولسلامة المرضى أهمية بالغة على امتداد سلسلة الرعاية بأكملها، بما في ذلك الرعاية المنزلية والأولية والمجتمعية، وبما يمتد ليشمل الرعاية الوجيزة والرعاية الطويلة الأجل والرعاية الملطفة.

٧- وقد يترتب على الرعاية الصحية غير المأمونة عواقب مأساوية بالنسبة لأحد المرضى، بل إن تأثيراتها تتجاوز ذلك بكثير: فلنقص التركيز على سلامة المرضى آثار مالية كبيرة بالنسبة إلى البلدان المرتفعة الدخل فضلاً عن البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل. وتشير البيانات المتاحة إلى أن ١٥٪ من مصروفات المستشفيات وأنشطتها قد تُعزى إلى معالجة الإخفاقات في مجال السلامة في بلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي.^٢ وتفرض الرعاية المتدنية الجودة تكاليف تتراوح بين ١,٤ تريليون إلى ١,٦ تريليون دولار أمريكي سنوياً من ضياع الإنتاجية في البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل.^٣ وعلى المستوى السياسي، تنطوي تكلفة الإخفاق في مجال السلامة على فقدان الثقة في النظم الصحية، وفي الحكومات، وفي المؤسسات الاجتماعية. وبوجه عام، يتسنى الحد من مجموع معدلات الأذى بنسبة تبلغ ١٥٪ بفضل التطبيق السليم والمنهجي لاستراتيجيات إشراك المرضى وبرامج التثقيف الصحي، وهو ما سيشكل عائداً جيداً جداً على الاستثمار.

٨- وتتسم نظم تقديم الرعاية الصحية بالتعقيد من حيث التصميم، وهي عرضة لوقوع الأخطاء. وتمثل العوامل البشرية عنصراً رئيسياً في معظم حالات الأذى، عندما يؤدي الأفراد عملهم في نظم تكون الإجراءات والممارسات المتبعة بها سيئة التصميم. وتحول ثقافات إنزال العقاب التي تلقي باللوم على الأفراد دون الإبلاغ عن الحوادث المتعلقة بالسلامة وتعيق عملية التعلم. وبعض فئات المرضى أسرع تأثراً بحوادث السلامة، ومن بينهم المسنون والأطفال والمجموعات السكانية من المهاجرين والمرضى المصابون بحالات مرضية مزمنة والمرضى الخاضعون للرعاية الملطفة.

عمل المنظمة حتى هذا التاريخ

٩- طُرحت الحاجة على مستوى العالم إلى جودة الرعاية وسلامة المرضى للمرة الأولى أمام جمعية الصحة العالمية المعقودة في عام ٢٠٠٢. وحث القرار ج ص ع ٥٥-١٨، المعنون "جودة الرعاية: سلامة المرضى"، الدول الأعضاء على إيلاء أقصى اهتمام ممكن إلى مشكلة سلامة المرضى. واعتباراً من عام ٢٠٠٢، أضحت قرارات متعاقبة صادرة عن اللجان الإقليمية تُكَلِّف بتحسين سلامة المرضى، ولعبت المنظمة دوراً فاعلاً في صياغة الخطة المعنية بسلامة المرضى على مستوى العالم، وفي تولي القيادة، وتحديد الأولويات، وتنظيم اجتماعات للخبراء، وتعزيز التعاون، وتكوين الشبكات، وإصدار الإرشادات، وتيسير التغيير، وبناء القدرات، ورصد الاتجاهات.

^١ Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga N. The Economics of Patient Safety in Primary and Ambulatory Care: Flying blind. Paris: OECD; 2018 (<http://www.oecd.org/health/health-systems/The-Economics-of-Patient-Safety-in-Primary-and-Ambulatory-Care-April2018.pdf>, accessed 13 February 2019).

^٢ Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga N. The Economics of Patient Safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. Paris: OECD; 2017 (<https://www.oecd.org/els/health-systems/The-economics-of-patient-safety-March-2017.pdf>, accessed 13 February 2019).

^٣ National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Crossing the global quality chasm: Improving health care worldwide. Washington, DC: The National Academies Press; 2018 (<https://www.nap.edu/catalog/25152/crossing-the-global-quality-chasm-improving-health-care-worldwide>, accessed 13 February 2019).

١٠- وقد بدأ عمل المنظمة بشأن سلامة المرضى بتدشين التحالف العالمي لسلامة المرضى في عام ٢٠٠٤، وتطورت طبيعته بمرور الوقت وبما يتواءم مع ولايات المنظمة وأولوياتها المتغيرة. ويُنفذ أحد الأساليب الملموسة التي يسرت بها المنظمة التحسينات المدخلة على سلامة الرعاية الصحية في الدول الأعضاء من خلال مفهوم **التحدي العالمي الذي يواجه سلامة المرضى**. وعُرِّفت التحديات المعنية بعبء سلامة المرضى الذي يشكل خطراً رئيسياً وكبيراً. وتمثل التحدي العالمي الأول للمنظمة الذي يواجه سلامة المرضى في مبادرة "الرعاية النظيفة رعاية أكثر مأمونية"، والتي أُطلقت في عام ٢٠٠٥ بهدف الحد من العدوى المرتبطة بمراكز الرعاية الصحية، وذلك في المقام الأول من خلال تحسين نظافة اليدين. أما التحدي الثاني للمنظمة الذي يواجه سلامة المرضى، والذي يتمثل في مبادرة "الجراحة المأمونة تتقذ الأرواح"، والتي أُطلقت في عام ٢٠٠٨، فقد ألهم شرارة العمل الرامي إلى الحد من المخاطر المرتبطة بالجراحة، وذلك بدعم من القائمة المرجعية للمنظمة بشأن السلامة الجراحية. وفي عام ٢٠١٧، أطلق المدير العام للمنظمة التحدي العالمي الثالث للمنظمة الذي يواجه سلامة المرضى، المتمثل في مبادرة "أدوية بلا أذى"، والذي يهدف إلى الحد من مستوى الأذى الوخيم الذي يمكن تجنبه المتعلق بالأدوية بنسبة ٥٠٪ على مدى ٥ سنوات على مستوى العالم.^١

١١- واعتباراً من عام ٢٠١٦، اشتركت حكومتا ألمانيا والمملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية، بالتعاون مع المنظمة، في قيادة **مؤتمرات القمة الوزارية العالمية السنوية المعنية بسلامة المرضى**، سعياً إلى الحصول على الالتزام والقيادة السياسيين من أجل إعطاء الأولوية لقضية سلامة المرضى على الصعيد العالمي. ويتولى وزراء الصحة، ومندوبون رفيعو المستوى، وخبراء وممثلون من المنظمات الدولية، النهوض بالخطة المعنية بسلامة المرضى على مستوى القيادة السياسية. ويستضيف بلد مختلف مؤتمر القمة كل عام، وقد عُقد مؤتمر قمة عام ٢٠١٨ في اليابان، وعقد مؤتمر قمة عام ٢٠١٩ في المملكة العربية السعودية.

١٢- واعترافاً بسلامة المرضى بوصفها أحد أهم مكونات تقديم الرعاية الصحية، وهو أمر ضروري لتحقيق التغطية الصحية الشاملة، واعترافاً بضرورة اتباع نهج استراتيجي وتنفيذ عمل تعاوني على جميع المستويات: العالمي والإقليمي والوطني، أنشئت مبادرة تعاونية استراتيجية جديدة، هي **المبادرة التعاونية العالمية لسلامة المرضى**، في عام ٢٠١٨ بفضل الجهود المشتركة بين منظمة الصحة العالمية وحكومة المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية. ويتمثل الهدف الرئيسي من المبادرة التعاونية في ضمان بذل جهود عالمية في مجال سلامة المرضى وتوسيع نطاقها، والتعاون عن كثب مع البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل في جهودها الرامية إلى الحد مما يصيب المريض من ضرر يمكن تجنبه وتحسين السلامة في نظم الرعاية الصحية الوطنية التي يستفيدون منها. ويغطي النطاق الواسع للمبادرة التعاونية ثلاثة مجالات استراتيجية، هي: الاضطلاع بدور قيادي من أجل إيلاء الأولوية لسلامة المرضى، والترويج لثقافة سلامة المرضى، وإشراك المرضى والأسر؛ الاهتمام بالتنقيف والتدريب من أجل بناء القوى العاملة الصحية ذات الكفاءة والمهارة والرحمة من خلال التنقيف والتدريب المشترك بين المهن في مجال سلامة المرضى؛ تعزيز البحوث، بما في ذلك بناء القدرات البحثية، من أجل أن تكون عمليات رسم السياسات مسندة بالبيانات في مجال سلامة المرضى.

١٣- وما فتئت المنظمة تتعاون مع الشركاء الدوليين الرئيسيين وتعمل بالتعاون مع عدة بلدان، من أجل النهوض بالتحسينات المدخلة على سلامة المرضى. وأنشأت المنظمة **الشبكة العالمية لسلامة المرضى** بهدف الربط بين الأطراف الفاعلة وأصحاب المصلحة؛ حالياً، يوجد أعضاء من أكثر من ١٢٥ بلداً ومنظمة دولية رئيسية يشاركون في هذه الشبكة. وواظبت المنظمة على دعم "شبكة المرضى الملتزمين بسلامة المرضى"، والتي أنشأتها المنظمة، على مدى الاثنتي عشرة سنة الماضية بهدف تعزيز إشراك المرضى وأسره.

Medication Without Harm: WHO's Third Global Patient Safety Challenge
(<http://www.who.int/patientsafety/medication-safety/en/>, accessed 13 February 2019).

١٤- **الإرشادات والموارد التقنية:** نشرت المنظمة دليل المنهج التعليمي المهني المتعدد لسلامة المرضى بُغية المساعدة في تعليم سلامة المرضى في الجامعات والمدارس والمؤسسات المهنية في مجالات طب الأسنان والطب والقبالة والتمريض والصيدلة. والسلسلة التقنية للمنظمة بشأن الرعاية الأولية الأكثر مأمونية سلسلة تضم تسع دراسات فردية متعلقة بالمرضى، والقوى العاملة الصحية، والعمليات المتبعة في الرعاية، والأدوات والتكنولوجيا المستخدمين فيها، وهي دراسات تستكشف حجم الأذى وطبيعته وتقدم الحلول الممكنة والخطوات العملية اللازمة لتحسين السلامة في أوساط الرعاية الأولية. ونشرت المنظمة القائمة المرجعية للولادة المأمونة بهدف الحد من المخاطر المرتبطة بالولادة، والقائمة المرجعية للسلامة الجراحية بهدف الحد من المخاطر المرتبطة بالجراحة. ووضعت المنظمة نموذج الحد الأدنى من المعلومات اللازمة لسلامة المرضى ودليلاً للمستخدمين بهدف تيسير عمليات جمع الأحداث الضارة وتحليلها والتعلم المستمد منها على الصعيد العالمي. ونشرت المنظمة أدوات موحدة تحت عنوان "الحلول المعنية بسلامة المرضى"، وإجراءات التشغيل المعيارية الرئيسية الخمسة لسلامة الممارسات السريرية. ولتدعيم الأساس العلمي الذي تستند إليه سلامة المرضى، عززت المنظمة البحوث، وحددت الأولويات العالمية للبحث في مجال سلامة المرضى،^١ وأعدت تقديرات للعيب العالمي للرعاية غير المأمونة، ووضعت خطة لتمويل البحث.

دفعة جديدة للعمل العالمي من أجل تحسين سلامة المرضى

١٥- تضرب منظمات الرعاية الصحية الحديثة مثلاً جيداً "للنظم التكيفية المعقدة".^٢ وحيث يتواصل ارتفاع مستويات التعقيد وعدم القدرة على التنبؤ، يحظى المزيد من المحددات غير الملموسة لسلامة المرضى بتقدير واعتراف متزايدين، كما تحظى بهما الحاجة إلى وجود رؤية للسلامة تتسم بكونها أكثر تكاملاً ومستندة إلى نظام. أولاً، ثمة "ثغرة معرفية" في فهم مدى المشكلة والعوامل المسهمة فيها والمسببة لها. وقلما توجد بيانات أو بحوث منهجية عن عبء الأذى ومسبباته في البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل. وثانياً، هنالك "فجوة سياسية" تعكس عدم ملاءمة بيئة السياسات. إذ لم تقم معظم النظم الصحية بصوغ سياسات بشأن سلامة المرضى، وإن صيغت شابها التجزؤ. ويلزم فهم خيارات السياسات المتاحة وكيفية تكييفها بما يلائم السياق المحلي. وثالثاً، هناك "فجوة تصميمية" تنطوي على عدم ملاءمة استخدام العلوم في تصميم السياسات والاستراتيجيات والخطط وأدوات التنفيذ الخاصة بسلامة المرضى في السياق المحلي وفي البيئات المحدودة الموارد. ورابعاً، يتعين تطوير أفرقة المدربين في مجال علوم الإدارة والممارسة على المستوى التنظيمي وعلى مستوى تقديم الرعاية بهدف سد "الثغرة في تقديم الرعاية". وأخيراً، توجد "فجوة في التواصل" لا يمكن سدها إلا عند الربط بين أفضل الممارسات والابتكارات وآليات التأقلم وتعميمها ونشرها على مستوى العالم.

١٦- وتمتد الحاجة إلى التأكيد على سلامة المرضى لتشمل تقريباً جميع مقومات النظم الصحية، ومجالات الرعاية، والفئات الديمغرافية، والمجالات المواضيعية. وبالتالي، يُعتبر النهج النظامي في تصميم السياسات والاستراتيجيات والخطط المعنية بسلامة المرضى، وتنفيذها، أمراً لا غنى عنه في شتى البيئات وعلى مختلف المستويات. ووجود حالة تبقى فيها التدخلات المختلفة مشوبة بالتجزؤ والانفصال فيما بين يشكل خطراً جسيماً

١ كما ورد في المنشور، Geneva: World Health Organization; 2009, (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44205/9789241598620_eng.pdf?sequence=1, accessed 13 February 2019).

٢ Forrester JW. Counterintuitive behaviour of social systems. Cambridge, United States: Alumni Association of the Massachusetts Institute of Technology; 1971 (https://ocw.mit.edu/courses/sloan-school-of-management/15-988-system-dynamics-self-study-fall-1998-spring-1999/readings/behavior.pdf, accessed 13 February 2019).

يهدد أرواح المرضى ورفاهتهم. فيجب مواعاة التدخلات المعنية بسلامة المرضى مع أهداف النظام الصحي ككل، وإدماجها في جميع البرامج. وينبغي أن تشكل هذه التدخلات الأساس اللازم لتعزيز النظم الصحية.

١٧- وتمثل الرعاية الأولية نقطة الاتصال الأولى بين السكان ومنظومة الرعاية الصحية. وهي البيئة التي تشهد تشكّل واستدامة ثقة الجمهور عموماً في نظم الرعاية الصحية. وتُعتبر الرعاية غير المأمونة المتدنية الجودة أحد الأسباب الجوهرية في تجاهل المرضى عادةً لمرحلة الرعاية الأولية، مستعيبين عنها بالجوء مباشرةً إلى مرحلة الرعاية الثانوية. ولذا، فإن التصدي لقضية سلامة المرضى على مستوى الرعاية الأولية أمرٌ بالغ الأهمية لضمان كسب الثقة ووجود نظام صحي فعال رفيع الأداء. وقد تم التأكيد بقوة على النهج الخاص بتحقيق التغطية الصحية الشاملة في إعلان أستانا بشأن الرعاية الصحية الأولية.^١ ويجب أن تعميم مراعاة سلامة المرضى في ذلك النهج كي تصبح جزءاً لا يتجزأ من النظم والممارسات المعنية.

١٨- ولا تُدمج دائما البيانات والمعارف المُستخلصة من البحوث في السياسات والممارسات المعنية بسلامة المرضى. ولابد من معالجة هذه الانفصال. ومن شأن البحوث التطبيقية المجراة في مختلف السياقات والبيئات أن تليى بفعالية الاحتياجات المحددة وأن تستجيب للأوضاع الخاصة بكل بلد من البلدان، وفي الوقت ذاته فمن شأن إيلاء اهتمام خاص إلى احتياجات المجموعات السكانية السريعة التأثير، ومن بينها المجموعات السكانية المسنة والمجموعات السكانية من المهاجرين، علاوةً على الأطفال والمرضى المصابين بحالات مرضية مزمنة، أن يكفل تمتع التدخلات المعنية بالأولوية المطلوبة.

١٩- إن المرضى وأسرهم ومجتمعاتهم المحلية يمثلون العناصر المشتركة في تحقيق الصحة. إذ إن لهم دوراً مركزياً في ضمان تقديم الرعاية التي تركز على الناس. ويُعد إشراك المرضى وأسرهم ومقدمي الرعاية أمراً أساسياً لتقديم الرعاية المأمونة. ويجب اتخاذ الإجراءات اللازمة لتمكينهم وبناء قدراتهم بوصفهم شركاء على علم وذوي دراية في الرعاية الصحية. وينبغي أن توفر منظمات الرعاية الصحية منصةً لضمان الإنصات إلى صوت المرضى عند صياغة تصميم السياسات وعمليات التنفيذ، وضمان تعزيز التعاون فيما بين المرضى وأسرهم ومجتمعاتهم المحلية ومقدمي الرعاية الصحية ورسمي السياسات. وينبغي الترويج للحملات الجماهيرية كوسيلة من وسائل إنكفاء وعي المواطنين بأدوارهم في ضمان الرعاية المأمونة، علاوةً على حقوقهم في الحصول على مثل هذه الرعاية. وينبغي أن تكون الرعاية المأمونة والحماية من الأذى حقاً لكل فرد يتم علاجه في نظام الرعاية الصحية. وينبغي أن تنظر البلدان في وضع موائيق لحقوق المرضى وتنفيذها، باعتبارها وسيلة لمتابعة هذا الهدف.

٢٠- وتمثل القيادة الفعالة وتوافر القوى العاملة المتمتعة بالكفاءة وحس الرأفة شرطاً أساسياً لتقديم الرعاية المأمونة. وينبغي أن تصبح مفاهيم ومبادئ سلامة المرضى جزءاً لا غنى عنه في أنشطة التدريب السريري والتعليم والتطوير المهني المستمر المقدمة لجميع فئات مهنيي الرعاية الصحية. وتستلزم سلامة المرضى إعادة تصميم عمليات الرعاية وتنفيذ إجراءات موحدة على جميع مستويات نظام الرعاية الصحية، بحيث تُصبح أقل عرضة للأخطاء البشرية.

٢١- ومن الأمور التي تكتسي أهمية محورية لوضع السياسات والاستراتيجيات والخطط المعنية بسلامة المرضى، وتنفيذها، وتوافر المعلومات بشأن مدى الأخطاء والأحداث الضارة والحوادث وشبكة الوقوع، وأنماطها

١ إعلان أستانا بشأن الرعاية الصحية الأولية

تم الاطلاع في ١٣ شباط/ فبراير ٢٠١٩). <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>

وأسيابها. ولذا ينبغي إعطاء أولوية خاصة لوضع نظم للتبليغ والتعلم بشأن الأحداث الضارة، ضمن جملة تدخلات للتعاطي مع مسألة سلامة المرضى. وينبغي أن تتسم بيئة التبليغ بالانفتاح والنزاهة والبعد عن إلقاء اللوم وتجنب إنزال العقاب، وذلك بهدف تشجيع مهنيي الرعاية الصحية على الإبلاغ عن الحوادث والتعلم منها وبهدف إتاحة الفرصة للمرضى وأسرهم ومقدمي الرعاية كي يبلغوا عما يخصهم من تجارب. وثمة حاجة أيضاً إلى إجراء دراسات أكثر دقة لتقدير العبء الإجمالي للرعاية غير المأمونة.

٢٢- ولا غنى عن **تطبيق التكنولوجيات الرقمية** في القرن الحادي والعشرين لتنفيذ التدخلات المعنية بسلامة المرضى، ولرصد الأثر المتحقق منها وقياسه. وفي حقبة يتزايد فيها تعقد نظم تقديم الرعاية الصحية، يمكن للتكنولوجيا الرقمية أن تساعد على دعم وتحسين العناصر البالغة الأهمية لسلامة المرضى، بما في ذلك الإبلاغ عن الحوادث وتحليل هذه البلاغات لاستخلاص الدروس المستفادة، ورصد التدخلات المعنية بسلامة المرضى، وتنقيف مهنيي الرعاية الصحية وتدريبهم، وإشراك المرضى وأسرهم، والتعلم التنظيمي.

٢٣- ويُعد تعميم مراعاة المفهوم المتعدد الأبعاد **لثقافة سلامة المرضى** في نظم الرعاية الصحية على جميع المستويات شرطاً أساسياً لتزويد السكان بالرعاية المأمونة التي تركز على الناس. وبينما تتسم ثقافة السلامة بكونها متعددة الجوانب، فإن ثمة عوامل معينة لها أهمية بالغة، من قبيل الدور القيادي وتصريف الشؤون، والتعلم التنظيمي، والعوامل البشرية، والعمل الجماعي والتواصل، وإشراك المرضى وأسرهم. ويتمثل أحد الجوانب المهمة لهذا الجهد في تقدير العلاقة المترابطة بين الناس والنظم والثقافات، وكيف أن التركيز على **تحسين النظم والتعلم** هو الطريقة المثلى لتحسين سلامة المرضى.

٢٤- ولا يتسنى مجابهة العبء الجسيم للرعاية غير المأمونة إلا عن طريق بذل جهود عالمية منسقة تركز إلى مبادئ المساواة والتعاون. ومن الضروري وضع **آلية تنسيق عالمية** تتمتع بالولاية اللازمة لتمكين البلدان من تنفيذ الحد الأدنى من المعايير الخاصة بسلامة المرضى، وتبادل المعلومات المستندة إلى تحليل الحوادث الرئيسية المتعلقة بسلامة المرضى وإلى ما يليها من تعلم، ونشر أفضل الممارسات في مجال سلامة المرضى، ضمن جملة وظائف.

دور أصحاب المصلحة

٢٥- تتمتع الحكومات الوطنية بوضع يُمكنها من تحديد سلامة المرضى بوصفها أولوية سياساتية ضمن سياسات التغطية الصحية الشاملة وخططها الأوسع نطاقاً، ومن توفير ما يلزم من دعم سياسي وموارد لإدماج وظائف سلامة المرضى الأساسية في صميم النظم الصحية وكذلك في صميم الرعاية المقدمة في الخطوط الأمامية. كما يُعد تنسيق وتعزيز العمل التعاوني فيما بين القطاعات وداخلها تحقيقاً لسلامة المرضى، من الأدوار المهمة لوزارات الصحة والحكومات. ومن العناصر الفاعلة المهمة في التحول المطلوب الوكالات الحكومية الأخرى، والمؤسسات الأكاديمية والبحثية، والأجهزة المختلفة المسؤولة عن تنقيف مهنيي الرعاية الصحية، ومنظمات المجتمع المدني، ودوائر الصناعة، وسائر أصحاب المصلحة الرئيسيين الذين يعملون على الصعيدين الوطني والدولي.

٢٦- وسوف تعمل المنظمة عن كثب مع المراكز المتعاونة معها والرابطات المهنية الدولية والمنظمات المعنية بالمرضى والخبراء الدوليين ممن يضطلعون بدور نشيط في مجال سلامة المرضى، ومع الحكومات الوطنية، من أجل دعم عملية وضع الموارد التقنية ونشرها وتنفيذ التدخلات المعنية بسلامة المرضى على المستوى القطري.

٢٧- وستواصل المنظمة التعاون مع البلدان والشركاء بهدف التمكين من الاضطلاع بالعمل العالمي بشأن سلامة المرضى من خلال الاستثمار وتعبئة الموارد، وتبادل المعارف، وتنسيق الجهود وتعزيز العمل المشترك بين القطاعات، وتوفير الخبرة التقنية، وإنشاء النظم ووضع الممارسات في مجال سلامة المرضى، بما يكفل إحراز التقدم المستدام نحو بلوغ التغطية الصحية الشاملة.

الإجراء المطلوب من جمعية الصحة

٢٨- جمعية الصحة مدعوة إلى اعتماد مشروع القرار الذي أوصى به المجلس التنفيذي في القرار مت ٤٤ اق ١٢.

= = =