مسؤولية نوعية الخدمات الصحية في تلافي الاستشفاء غير المبرر

- دراسة حالة عينة من العيادات المتعددة الخدمات في الجزائر -

أ. نصر الدين عيساوي * — *aissaoui.n2012@gmail.com*

د. مراد كواشي ** — *kouachimourad@yahoo.fr*

••• الملخص:

تهدف هذه الورقة البحثية إلى دراسة وتحليل مسؤولية نوعية الخدمات الصحية في تلافي الاستشفاء غير المبرر، وذلك بالتركيز على تناول واقع ظاهرة الاستشفاء غير المبرر في الجزائر، وكذا تحليل أهم مسبباتها وكذا حجمها. حيث تم إجراء الدراسة سنة 2012 وقد شملت 7 ولايات من الشرق الجزائري (أم البواقي، باتنة، تبسة، سكيكدة، قسنطينة، خنشلة و سوق أهراس)، كما تضمنت العينة 14 عيادة متعددة الخدمات من خلال اختيار هيكل صحي قاعدي في مقر الولاية والآخر خارجها، وعلى هذا الأساس بلغ عدد استمارات الاستبيان التي تمت الإجابة عليها 472 استمارة. وقد توصلت الدراسة إلى جملة من النتائج أهمها أن هناك ما يقارب ثلث المستجوبين يقرون بالاستفادة من فترة مكوث في المستشفيات للاستفادة من علاج معين كان بالإمكان الحصول عليه في الهياكل الصحية القاعدية. كما توصلت هذه الدراسة أيضا إلى أنه من أهم أسباب الاستشفاء غير المبرر في الجزائر نجد القرارات الارتجالية والتهاون أثناء فترة العلاج، بالإضافة إلى الحوادث الجسيمة في المحيط العلاجي، وأخيرا الأخطاء في وصف أو طريقة تناول الأدوية.

••• الكلمات المفتاحية: الحوادث الجسيمة، الاستشفاء غير المبرر، الهياكل الصحية القاعدية، المنظومة الصحية الجزائرية.

معلومات عن المقال

تاريخ وصول المقال
2014/02/23

تاريخ قبول المقال
2014/05/23

تصنيف JEL
I11 ,I31

••• *Résumé:*

On essaye à travers ce papier d'analyser la responsabilité de la qualité des soins qui a engendré l'hospitalisation évitable en se penchant sur les causes et les conséquences dans le cas de l'Algérie. Une étude a été entamée durant l'année 2012 et qui a regroupé 7 wilayats de l'est Algérien (Oum El Bouaghi, Batna, Tébessa, Skikda, Constantine, Khenchla, Souk Ahras) dont 14 EPSP ; 2 EPSP dans chaque wilayat, l'un d'entre eux dans le chef lieu du wilayat, cette étude nous a permis de collecter 472 réponses des demandeurs des soins. Les résultats obtenus ont montré que le tiers des demandeurs de soins confirment avoir bénéficié d'une hospitalisation et les soins procurés peuvent être fournis par les EPSP. Parmi les causes de ce phénomène sont : les décisions aléatoires, les événements indésirables graves, les fautes des prescriptions médicales …

••• ***Mots clés:*** *Les événements indésirables graves, l'hospitalisation évitable, les structures des soins de santé de base, le système de santé Algérien.*

© 2014 جميع الحقوق محفوظة لمجلة البحوث الاقتصادية والمالية JEFR

* أستاذ مساعد بجامعة أم البواقي

** أستاذ محاضر بجامعة أم البواقي

••• مقدمة:

هناك أسباب عديدة لنقص نوعية العلاجات المقدمة من طرف الهياكل الصحية، من بينها الحوادث الجسيمة غير المرغوب في حدوثها (Les événements indésirables graves)؛ منها ما يقع خارج المحيط العلاجي و التي تؤدي لاستفادة المصاب من فترة استشفاء، هناك من الحوادث التي تقع في المحيط العلاجي أو أثناء الفترة الاستشفائية التي استفاد منها المريض، و هناك حوادث متعلقة بسوء وصف أو طريقة تناول الأدوية. النقطة المشتركة بين هذه الحوادث الجسيمة أنها سبب و نتيجة في نفس الوقت لنقص نوعية العلاجات المقدمة، والتي يمكن أن تؤدي إلى استفادة طالب العلاج من فترة استشفائية أو تمديد فترة استشفائه بينما كان من الممكن تفاديهما من خلال وضع إستراتيجية للرفع من نوعية العلاجات المقدمة.

إن موضوع المؤسسة العلاجية هو حياة الإنسان و نوعية صحته التي يتمتع بها، فأي خدمة صحية ليس لها درجة مقبولة من النوعية قد تأثر على الجهات الثلاث المكونة للمنظومة الصحية؛ تؤثر سلبا على طالب العلاج من خلال التخفيض من أمل حياته عموما و سنوات حياته المتبقية بصحة جيدة خصوصا، تؤثر سلبا على مقدم العلاج من ناحية الصورة السوداء التي يمكن أن ترسم في ذهن المواطنين حول نوعية العلاجات المقدمة وتبعاتها، و تأثر سلبا على الجهات الممولة للعلاج من خلال التكاليف الظاهرة و الخفية لتصحيح الأخطاء المرتكبة والتعويضات الناتجة عن النزاعات القضائية مع طالب العلاج.

إشكالية الدراسة

إن هذا الموضوع يثير مجموعة من الإشكاليات التي يمكن اختصارها في التساؤل الرئيسي التالي:

ما هي أسباب نقص نوعية العلاج و ما علاقتها بظاهرة الاستشفاء غير المبرر؟

يمكن اشتقاق مجموعة التساؤلات الفرعية التي ستقود هذه الورقة البحثية كما يلي:

- ✓ ما هو مفهوم النوعية في المحيط العلاجي ؟
- ✓ ما هو مفهوم الحوادث الجسيمة، وما هي أنواعها ؟
- ✓ ما هي شروط الحكم على الاستشفاء غير المبرر ؟
- ✓ ما هي أسباب الحوادث الجسيمة، و ما هي علاقتها بالاستشفاء غير المبرر ؟
- ✓ ما هو واقع الاستشفاء غير المبرر في الجزائر، وما هي أسبابه ؟

أهمية الدراسة

تظهر أهمية هذا الموضوع في تحديد مسؤولية الحوادث الجسيمة و تأثيرها على حجم الاستشفاء غير المبرر و مختلف الآثار السلبية على الأنظمة الفرعية الثلاث المكونة للمنظومة الصحية، علما أن هذه التكاليف والمجهودات كان من الممكن توفيرها من خلال وضع إستراتيجية لتحقيق درجة مقبولة من نوعية العلاجات المقدمة.

أهداف الدراسة

نهدف من خلال هذا التشخيص إبراز ما يلي: "إذا كان للنوعية تكلفة فان لغيابها تكاليف مضاعفة"، يضاف إلى ذلك إمكانية تحول المؤسسة العلاجية إلى آلة قتل عن غير قصد بسبب سوء تسيير هذا النوع من الهياكل الصحية و قلة إمداده بالموارد المادية و البشرية. كما نهدف إلى إبراز دور الهياكل الصحية القاعدية في الجزائر كبوابة للعلاج و مسؤولياتها الكبيرة في تغطية الاحتياجات الصحية غير المتخصصة للغالبية الساحقة من المواطنين، الذي يعتبر سلاح ذو حدين الذي يمكن أن ينعكس إيجابا على المستويات العلاجية العليا من خلال جودة العلاج المقدم، كما يمكن أن تكون مصدر للحوادث الجسيمة و من ثم تكريس ظاهرة الاستشفاء غير المبرر.

منهج وهيكل الدراسة

للوصول إلى أهداف الدراسة والإجابة عن الإشكالية المطروح تم تبني المنهج الوصفي التحليلي إلى جانب المنهج التطبيقي الإحصائي مع تقسيم محتوى المداخلة إلى ثلاثة محاور:

- المحور الأول: الإطار المفاهيمي للنوعية في المحيط العلاجي، الحوادث الجسيمة و الاستشفاء غير المبرر؛
- المحور الثاني: أسباب الحوادث الجسيمة و علاقتها بالاستشفاء غير المبرر؛
- المحور الثالث: واقع الحوادث الجسيمة و الاستشفاء غير المبرر في الجزائر.

المحور الأول: الإطار المفاهيمي للنوعية في المحيط العلاجي، الحوادث الجسيمة والاستشفاء غير المبرر

نحاول من خلال هذا المحور إبراز خصائص النوعية في المحيط العلاجي، أهم المتغيرات المتحكمة في نوعية العلاجات ثم أهم أثار نقص نوعية العلاجات على الجهات المقدمة للعلاجات نفسها.

1- مفهوم النوعية في المحيط العلاجي

على الرغم من أن مصطلح النوعية قديم قدم الحضارات القديمة بداية من عهد بابل و المبادئ التي وضعها "حمو رابي" لمعاقبة المخالفين لها، و بعث روح المسؤولية في أصحاب المهن للتقليل من الأخطاء لغرض الحصول على منتجات و خدمات- أقل ما يقال عليها في ذلك الوقت- أنها حتى و إن لم تؤدي إلى تحسين صحة الفرد تحافظ على حياته.

تم الاهتمام بمفهوم النوعية في بادئ الأمر من طرف المحيط الصناعي، و قد تم وضع أسسها بداية من 1920 من طرف مجموعة من الباحثين منهم تايلور، فايول، ماك قريقور، ماسلو...كان الهدف آنذاك البحث عن طرق تسيير ناجعة للحصول مخرجات نوعية، التقليل من الأخطاء و من ثم التحكم في تكلفة غياب النوعية.

الاهتمام بالنوعية في المجال الصحي كان حديثا بالمقارنة بالعالم الصناعي من خلال إدخال هذا المفهوم في تسيير المستشفيات مع بداية الثمانينات من القرن الماضي. أخذ الاهتمام بالنوعية في الميدان الصحي في التنامي ليس من طرف المحترفين الصحيين فقط بل و من طرف الجهات الممولة للعلاج و الجهات الوصية. الاهتمام بالنوعية كان و لازال حتمية يفرضها المحيط الداخلي و الخارجي للجهات المقدمة للعلاج. هناك تطور متسارع لمفهوم النوعية في الميدان الصحي نظرا للأبحاث المتعددة التي تناولت الأخطاء الطبية والعلاج غير الفعال من جهة، من جهة أخرى تطور وسائل الاتصال و المعلوماتية و تعميم نشر المعلومة التي جعلها حق من حقوق طالب العلاج يمكن الاطلاع عليها و مقارنتها مع ما تم تخطيطه و ما تم الحصول عليه. سنحاول فيما يلي عرض أهم التعاريف التي تناولت مفهوم النوعية في الميدان الصحي كما يلي:

عرفت من طرف DONABEDIAN - الذي يعتبر رائدا في الأبحاث و الدراسات في مجال تسيير المستشفيات - كما يلي:"نوعية الخدمة الصحية عبارة عن تعظيم للحالة الصحية للمريض، مع الأخذ في عين الاعتبار العلاقة منفعة/خطر في كل مرحلة من مراحل العلاج"[1].

تعرفها المنظمة العالمية للصحة (OMS) مفاده:"نوعية الخدمة الصحية عبارة عن القدرة على ضمان العلاج لكل طالبه... من خلال تحقيق أحسن نتائج صحية و ذلك بإتباع ما يوفره التقدم العلمي في الوقت الحالي من إمكانيات. مع الأخذ في عين الاعتبار ترشيد التكاليف في تحقيق النتائج و التقليل من عنصر الخطر..."[2].

يعرفها المعهد الصحي الأمريكي(IOM) - الذي يعتبر واسع الاستعمال على المستوى الدولي- مفاده:" الخدمة الصحية النوعية عبارة عن قدرة الخدمات الصحية الموجهة للفرد و المجتمع على رفع نسبة

تحقيق النتائج الصحية المرجوة، وذلك باحترام التقدم العلمي و العملي و المعلومة الصحية المتوفرة حاليا[3]

من تحليل التعاريف المعروضة آنفا، يمكن ملاحظة أن كل تعريف ركز على زاوية معينة كما يلي: فالتعريف الأول ركز على الحالة الصحية الإجمالية للمريض و التي تظم بالإضافة إلى الوقاية و العلاجات بمختلف مستوياتها الصحة العقلية للفرد، بالإضافة إلى التطرق إلى العلاقة منفعة/خطر. بعبارة أخرى العمل على تقديم الخدمة الصحية للمريض و العمل على تلافي الخطر بمختلف أنواعه لتحقيق فعالية العلاج.

بالنسبة للتعريف الثاني، فالمنظمة العالمية للصحة ركزت ضمنيا على العدل في الحصول على العلاج من طرف السكان من جهة، من جهة أخرى نوهت إلى حتمية مرافقة التشريع الطبي و الدليل العلمي والعملي كل الأداءات الصحية المقدمة من طرف الفريق الطبي، من جهة ثالثة تطرق هذا التعريف إلى حتمية ترشيد التكاليف الصحية والذي يعد الهدف الأوحد لجل المنظومات الصحية العالمية مع العمل على التقليل من الأخطار التي تكتنف الأداء الصحي و محاولة تحقيق النتائج المسطرة.

تم استعمال في التعريف الثالث مصطلحات لها أهداف صريحة وأخرى ضمنية مثل مصطلح "الخدمات الصحية" الذي يراد من استعماله ضم كل الخدمات الصحية التي توفرها المنظومة الصحية من الوقاية مرورا بالعلاجات إلى غاية الصحة العقلية، كما يراد من استعمال مصطلح "الفرد و المجتمع" أن نوعية الخدمة الصحية مسؤولية مقدم العلاج من جهة، من جهة أخرى تعد النوعية مسؤولية المنظومة الصحية ككل.

بتصفح مختلف الدراسات و الأبحاث التي تناولت نوعية الخدمات الصحية يظهر أن تعريف المعهد الأمريكي للصحة (IOM) هو الواسع انتشار نظرا للمرونة التي يتمتع بها، و التي يمكن أن تنطبق على مختلف المنظومات الصحية. بالإضافة إلى الأهداف الضمنية غير المعلنة، و التي تركت للمقررين على ترجمتها وتفعيلها – بالموازاة مع التقدم العلمي و الأبحاث- من رفع مستوى الأهداف المسطرة من سنة إلى أخرى.

بعد التطرق إلى مفهوم نوعية العلاجات من زوايا مختلفة، سنحاول فيما يلي التطرق إلى أهم الأسباب المؤدية إلى نقص النوعية و المتمثلة في الحوادث الجسيمة.

2- الحوادث الجسيمة و مسؤوليتها في نقص نوعية العلاجات

سنحاول من خلال هذا العنصر تبيان مفهوم الحوادث الجسيمة، أهم تصنيفاتها و مسؤوليتها في نقص نوعية العلاجات.

2-1 تعريف الحوادث الجسيمة (EIG)

يمكن تعريف الحوادث الجسيمة غير المرغوب حدوثها (EIG)* المتعلقة بالعلاج:" مجموعة من الحوادث في غير صالح المريض و صحته تتسم بدرجات متفاوتة من الجسامة، تؤدي في غالب الأحيان إلى استشفاء المريض أو تمديد فترة استشفائه من جهة، من جهة أخرى تؤدي إلى عاهة مؤقتة أو مستدامة أو أخطار أخرى تمس نوعية حياة المريض. تنتج هذه الحوادث أثناء عمليات الوقاية، الكشف على المريض بالإضافة إلى تلك التي يمكن حدوثها أثناء فترة الاستشفاء نفسها"[4].

2-2 أنوع الحوادث الجسيمة (EIG)

يمكن تقسيم الحوادث الجسيمة إلى أنواع بدلالة إحدى الزوايا التالية (مصدر الحادث، إمكانية تجنب الحادث...).

2-2-1 أنواع الحوادث الجسيمة بدلالة مصدر الوقوع

وفق هذا التقسيم يمكن التفرقة بين حوادث وقعت أثناء فترة الاستشفاء و حوادث مؤدية إلى الاستشفاء بغض النظر عن المسبب في ذلك (أخطاء في وصف أو تناول أدوية، خطأ في التشخيص...)كما يلي:[5]

- **الحوادث المؤدية إلى الاستشفاء**: هي تلك الحوادث المسؤولة عن توجه المريض إلى المستشفى للعلاج بسبب حادث جسيم وقع خارج المستشفى المعني. يمكن أن يرجع السبب إلى خطأ في الوصف، المتابعة أو الوقاية الذي مصدره الهياكل الصحية القاعدية (بوابة العلاج). كما يمكن أن يكون مصدره مستشفى أخر انطلقت منه عملية العلاج.
- **الحوادث التي تقع أثناء فترة العلاج**: عبارة عن نتائج غير مرغوب فيها للعلاجات المقدمة للمريض تمت خلال فترة مكوث المريض بالمستشفى.

في كلتا الحالتين يجب أن لا ننظر إلى هذه الحوادث أنها نتيجة لأخطاء إنسانية فقط، بل هناك أسباب أخرى – سنتناولها فيما بعد بالتفصيل- تتمثل مثلا في تفاعل أدوية، هشاشة صحة المريض خصوصا كبار السن، معاناة المريض من تعدد الأمراض...

2-2-2 أنواع الحوادث الجسيمة بدلالة إمكانية التحكم في الخطر

يحاول هذا التصنيف تقسيم الحوادث الجسيمة بدلالة إمكانية وقوعها من عدمها، بالإضافة إلى تلك التي يمكن تجنبها و التي لا يمكن تجنبها كما يلي:

- **الحوادث الجسيمة التي يمكن تجنبها:** هي تلك الحوادث التي كان بالإمكان تلافيها لو تم العلاج بالطريقة الملائمة و بالنوعية الكافية. إمكانية تجنب الحادث يمكن ملاحظتها من خلال تقييم طبي للمريض عند إعادة الاستشفاء أو أثناء تمديد فترة مكوثه[6].

- **الحوادث الجسيمة التي لا يمكن تجنبها:** هي تلك الحوادث التي ليس لها علاقة بالإرادة الإنسانية بل لأسباب موضوعية. وقوع مثل هذه الحوادث لا يمكن التنبؤ به، مثل نتيجة لتفاعل الأدوية فيما بينها، نقص مناعة المريض، الاستعداد الجسمي و النفسي للمريض في مواجهة المرض، معاناة المريض من أمرض متعددة...

بعد عرض مسببات نقص نوعية العلاجات ألا و هي الحوادث الجسيمة، سنحاول فيما يلي عرض أهم أثار نقص نوعية العلاجات على المنظومة العلاجية.

3- الإطار المفاهيمي للاستشفاء غير المبرر(L'hospitalisation évitable)

لا يمكن وضع تعريف واضح و شامل للاستشفاء غير المبرر من توضيح مفهوم شروط الاستشفاء غير المبرر« les Conditions d'Hospitalisation Evitables » أو ما يصطلح عليه(CHE). تم وضع هذه الشروط بناء على مجموعة من الدراسات من طرف مجموعة من الباحثين المختصين في تسيير الهياكل الصحية خلال العقدين السابقين من القرن الماضي، و التي وضعت قاعدة معلومات حول هذا المحور من البحث الذي أصبح منطلق أغلب الدراسات التي لها صلة مباشرة أو غير مباشرة بالعلاجات الأساسية (الخدمات الصحية الجوارية).

3-1 أهم الدراسات السباقة لتناول ظاهرة الاستشفاء غير المبرر

يمكن في هذا الصدد التطرق إلى دراستين بارزتين تطرقت كل منهما إلى شروط الاستشفاء غير المبرر من زاويتين مختلفتين كما يلي:

السباق إلى دراسة شروط الاستشفاء غير المبرر كان الباحث BILLINGS بداية من سنة 1990، بالاشتراك مع مجموعة من الخبراء في ميدان تنظيم توزيع العلاجات الأساسية (الخدمات الصحية الجوارية). قام BILLINGS باستعمال لأول مرة مصطلح مثل الشروط الحساسة للجوء إلى الخدمات الصحية الجوارية (ACS : Ambulatory Care Sensitive Conditions). ما يلاحظ أن BILLINGS ركز على شروط بلوغ الخدمات الصحية الجوارية، غياب هذه الشروط أو نقص نوعيتها سيؤدي للجوء إلى مستويات علاجية أعلى كان من الممكن تجنبها و هو ما يسمى بالاستشفاء غير المبرر[7].

الدراسة الثانية كانت من طرف الباحث WEISSMAN في نفس الوقت تقريبا و التي أطلق من خلالها لأول مرة مصطلح (AHC : Avoidable Hospitalization Conditions) أو ما يقابلها في الدول

الفرانكفونية (CHE :les Conditions d'Hospitalisations Evitables)، الذي ركز من جهته على الشروط المؤدية لانتقال المريض من طلب الخدمات الصحية الجوارية (العلاجات الأساسية) إلى الخدمات الصحية ذات مستويات أعلى[8].

على الرغم من الاختلاف الشكلي للمصطلحين، إلا أنهما يلتقيان في الأهداف المرجوة من الدراستين ألا وهي تحديد أسباب اللجوء إلى خدمات استشفائية من غير مبرر، انطلاقا من المستوى الأول لتوزيع الخدمات الصحية. تم تبني المصطلح الثاني و تم استعماله على نطاق واسع في الدراسات الموالية بسبب تمثيله النوعي للهدف المرجو و هو المصطلح الذي سنستعمله بدورنا فيما يلي.

الإشكالية التي تم وضعها من طرف الدراسات التي ساهمت في تطوير شروط الاستشفاء غير المبرر (CHE) تتمحور حول مسؤولية الخدمات الصحية الجوارية - من خلال نوعية خدماتها الموزعة - في تجنب لجوء المريض نحو مستويات علاجية عليا من جهة، من جهة أخرى تلافي تأزم الحالة الصحية للمصاب.

عقب نشر أعمال الباحثين BILLINGS و WEISSMAN قرر المعهد الطبي في الولايات المتحدة الأمريكية (IOM) سنة 1993 تبني شروط الاستشفاء غير المبرر (CHE) كمؤشر للحكم على نوعية الخدمات الصحية الجوارية الموزعة[9].

2-3 شروط الحكم على الاستشفاء غير المبرر من عدمه

كل الدراسات التي كان هدفها تحديد نسبة أو حجم الاستشفاء غير المبرر من الاستشفاء العام، وضعت شروط معينة للتفرقة بين ما هو مبرر و ما هو غير مبرر. عموما الشروط التي انطلقت منها الدراسات خلال العقدين السابقين اقتبست شروط BILLINGS أو WEISSMAN التي سنحاول عرضها فيما يلي:

1-2-3 شروط الحكم على الاستشفاء غير المبرر الموضوعة من طرف الباحث BILLINGS

اعتمد الباحث BILLINGS على لجنة طبية مكون من أطباء متعددين الاختصاصات، قامت هذه اللجنة -برئاسة الباحث BILLINGS - بتحديد الشروط الرئيسية المؤدية للاستشفاء غير المبرر. تتمثل هذه الشروط في الخدمات غير النوعية المقدمة من طرف الهياكل الصحية القاعدية التي يمكن أن تدفع بالمريض للتوجه نحو المستشفيات، تتمثل الشروط الرئيسية للاستشفاء غير المبرر فيما يلي:[10]

- الوقاية من وقوع الأمراض (La prévention de l'installation d'une pathologie)؛ من خلال تدعيم الجهاز المناعي و تنشيطه، أو من خلال التوعية الخاصة بالتغذية المتوازنة...

- مراقبة الحالات التي تتسم بالأزمات الظرفية الحادة (Le contrôle d'un épisode pathologique aigu)؛ أين عدم التدخل في الوقت المناسب و النوعية الكافية يمكن أن يؤزم حالة المريض، مثلا حالة الصعوبات التنفسية التي سببها الرئتين (La pneumonie).

- تسيير و مراقبة المرضى المصابين بالأمراض المزمنة(La gestion d'une pathologie chronique)؛ هذا النوع من الأمراض يتطور تدريجيا و يتأزم حالة غياب متابعة مستمرة للمريض، مثلا تهدف عملية تسيير و مراقبة المرضى المصابين بالأمراض القلبية دوريا من وقاية هؤلاء من حصول تعقيدات مفاجئة تؤدي إلى تأزم حالتهم و قد تصل حتى إلى فقدان حياتهم.

الجدول الموالي يحتوي على أكثر من 42 إصابة تؤدي إلى الاستشفاء غير المبرر، لو لم يتم أخذها بعين الاعتبار من طرف الخدمات الصحية الجوارية (المستوى الأول للعلاج)، التي قسمت إلى ثلاث مجموعات رئيسية كما يلي:

جدول رقم (1): تصنيف الباحث BILLINGS لشروط الاستشفاء غير المبرر

المجموعات (الشروط)الرئيسية للاستشفاء غير المبرر	الأمراض المقابلة
1- الشروط الوقائية	الدفتيريا، السعال الديكي، التيتانوس، الحصبة....
2- الشروط المتعلقة بالأزمات الظرفية الحادة	الصعوبات التنفسية، تكلس الرئة، الالتهاب الكلوي أو البولي...
3 - الشروط المتعلقة بالأمراض المزمنة	الربو، السكري، الضغط الدموي، الكولسترول...

Source: F. AMALRIC et al, Hospitalisations Evitables et Soins Primaires, IMS Heath, France 2009, p10

2-2-3 شروط الحكم على الاستشفاء غير المبرر الموضوعة من طرف الباحث WEISSMAN

اعتمد الباحث WEISSMAN على الأبحاث و المجلات المتخصصة بالإضافة إلى أراء المختصين من أجل وضع 12 مجموعات كبيرة تتمثل في الشروط الرئيسية للاستشفاء غير المبرر. يمكن ذكر المؤشرات الأربع التي تم الاعتماد عليها للتفرقة بين الاستشفاء غير المبرر من الاستشفاء المبرر كما يلي:[11]

- **الإجماع (Consensus)**: هل هذه الشروط وردت في الأبحاث المنشورة سابقا و لاقت إجماع من طرف المختصين؟

- **الأهمية (Importance)**: هل هذه الشروط تقابلها إصابات صحية بالغة تستدعي العلاج؟
- **الموافقة الإكلينيكية (La validité clinique)**: هل هذه الإصابات أو الأمراض تستدعي المكوث في المستشفى بعد المرور على الهياكل الصحية القاعدية؟ أو هل فترة المكوث في المستشفى ناتجة عن نوعية الخدمة الصحية الجوارية المقدمة؟
- **وضوح المعلومات (La clarté des données)**: هل هذه الإصابات أو الأمراض مشفرة ضمن المؤسسات الصحية من جهة، و من جهة أخرى معبرة تمثل مجموعة لا بأس بها من المصابين؟

من خلال المؤشرات المتطرق إليها تم تكوين 12 شرط للاستشفاء غير المبرر، كل شرط يقابله مرض أو إصابة يمكن معالجتها، مراقبتها أو تسييرها على مستوى الهياكل الصحية القاعدية دون اللجوء إلى المكوث في المستشفى. يوضح الجدول الموالي شروط الاستشفاء غير المبرر الموضوعة من طرف الباحث WEISSMAN كما يلي:

جدول رقم (2): تصنيف الباحث WEISSMAN شروط الاستشفاء غير المبرر

الرقم	شروط الاستشفاء غير المبرر(CHE)	تشفيرة الأمراض المتجانسة (Codes CIM-10)
1	أمراض الرئة (Pneumonie)	J13,J14, J15, J160, J168, J180, J181, J182, J188, J189
2	أمراض/قصور القلب(Insuffisance cardiaque congestive)	I500, I501, I509
3	الربو(Asthme)	J450, J451, J458, J459
4	تشحم الخلايا (Cellulite)	J340, K122, L03, L03
5	ثقب و التقرحات المعدية (Ulcère perforé ou hémorragique)	K250, K251 ,K252, K253, K254, K255 ,K256 ,K260, K261, K262, K263, K264, K265, K266 ,K270 ,K271, K272,K273, K274, K275, K276, K280, K281, K284, K285
6	التهاب الكلى(Pyélonéphrite)	N10, N110, N111, N118, N119, N12,N136,N158, N159, N172

7	السكري (Diabète)	E101, E110, E130, E131, E140, E141
8	ثقب الزائدة الدودية (Appendice perforé)	K350, K351, K650, K658
9	الضغط الدموي الخطير (Hypertension maligne)	I10, I110, I119, I120, I129, I130, I131, I132, I139, I150, I151, I152, I158, I159, I674
10	(Hypokaliémie)نقص البوتاسيوم	E876
11	نقص المناعة (Conditions Immunisantes)	A35, A36, A37, A80, B05, B26
12	القرقرينة (Gangrène)	I730, L88, I702

Source : F. AMALRIC et al, Op.cit., p 11.

من خلال تشفير الأمراض المتجانسة ضمن الشروط الموضوعة من طرف WEISSMAN، يمكن مقارنة الاستشفاء غير المبرر الناتج عن غياب نوعية الخدمات المقدمة من طرف الهياكل الصحية القاعدية بدلالة كل مرض على حدا بين مناطق مختلفة تابعة لنفس الدولة أو بين دراسات دولية فيما بينها، و ذلك لغرض لمعرفة الأسباب و حصر المسؤوليات. تتسم الشروط الموضوعة من طرف WEISSMAN بالوضوح و التفصيل لهذا فهي متبعة على نطاق واسع من طرف الباحثين في الدراسات المقارنة الخاصة بالاستشفاء غير المبرر.

بعد التطرق لمسؤولية الحوادث الجسيمة في نقص نوعية العلاجات و مسؤولية نوعية الخدمات الصحية الجوارية في ظهور الاستشفاء غير مبرر، سنحاول ربط العلاقة بين الحوادث الجسيمة و الاستشفاء غير المبرر من خلال الدراسة الدولية المقارنة الموالية.

المحور الثاني: أسباب الحوادث الجسيمة وعلاقتها بالاستشفاء غير المبرر

هناك دراسة فرنسية تمت سنة 2004 و أخرى سنة 2009 سميتا بالتحقيق الوطني حول الحوادث الجسيمة غير المرغوبة المرتبطة بالعلاجات (ENEIS)* من طرف مديرية البحث، الدراسات، التقييم والإحصائيات (DREES)*.

التحقيق الأول الذي تم سنة 2004 كان على مستوى الهياكل الصحية ذات المكوث قصير المدى، وقد ركزت الدراسة على الأقسام الطبية و الجراحية و تم استثناء قسم الولادة من هذه الدراسة. من بين نتائج الدراسة أن 6.6 يوم استشفائي من بين 1000يوم سببه الحوادث الجسيمة التي يمكن أن يكون سببها فترة المكوث بالمستشفى. تضمنت العينة 35234 يوم استشفائي و قد تم إحصاء 445 حالة حوادث جسيمة من بينها 255 حادث(EIG) قد وقع أثناء فترة الاستشفاء و 190 حادث أدى للجوء إلى

المستشفى. تم وضع سلم من 6 درجات للحكم على حادث معين أنه كان من الممكن تجنبه (غير ممكن تجنبه، يمكن تجنبه باحتمال ضعيف، يمكن تجنبه، يمكن تجنبه باحتمال لا بأس به، يمكن تجنبه باحتمال كبير، أكيد)، و قد تم الأخذ بالدرجات الثلاث الأخيرة للحكم على حادث معين أنه من الممكن تجنبه. من بين النتائج الرئيسية المحصل عليها أن 2.3 يوم من بين 1000 يوم استشفائي يمكن تجنبه ما يؤدي إلى إمكانية تفادي سنويا بين 120000 و190000 يوم استشفائي و هو رقم كبير نوعا ما، تم ملاحظة أن الأيام الاستشفائية التي يمكن تلافيها على مستوى الأقسام الطبية والجراحية متقارب و يمثل على الترتيب 2.4 و 2.3 يوم بالنسبة لـ 1000 يوم استشفائي[12].

التحقيق الثاني كان سنة 2009 وقد تم على نفس الهياكل الصحية لغرض تجانس الدراستين وإمكانية المقارنة. تضمنت العينة 31663 يوم استشفائي، و قد تم تحديد 374 حادث جسيم (EIG)، من بين الحوادث الجسيمة 214 حادث وقع خلال فترة مكوث المرضى بالمستشفى و 160 حادث أدى إلى لجوء المرضى للمستشفى. من بين 374 حادث جسيم (EIG) تم تحديد 177 حادث جسيم كان بالإمكان تجنبه، حجم الحوادث الجسيمة أدى إلى 6.2 يوم استشفائي من بين 1000 يوم، حيث 9.2 ‰ على مستوى الأقسام الطبية و 4.7‰ على مستوى الأقسام الجراحية. بالنسبة للحوادث الجسيمة التي كان بالإمكان تجنبها فهي تمثل 2.6 ‰ من الأيام الاستشفائية على مستوى الهياكل الصحية المدروسة. نتج عن الحوادث الجسيمة أيام استشفائية تتراوح بين 275000 و 395000 يوم استشفائي سنويا، منها ما يقارب 95000 إلى 180000 يوم كان بالإمكان تفاديها. من خلال هذين الدراستين تمكننا من معرفة علاقة الحوادث الجسيمة والحوادث الجسيمة التي يمكن تجنبها من جهة، من جهة أخرى علاقتها بأيام الاستشفاء غير المبرر.[13] من بين أهم الأسباب المؤدية للاستشفاء غير المبرر التي تم الوقوف عليها:

- الحوادث الجسيمة أثناء فترة المكوث في المستشفى التي مصدرها داخلي.
- الحوادث الجسيمة المؤدية للمكوث في المستشفى التي مصدرها خارجي.
- الحوادث الجسيمة المرتبطة بطريقة وصف أو سوء استخدام الأدوية المؤدي للمكوث في المستشفى التي مصدرها داخلي أو خارجي.

1- الحوادث الجسيمة الداخلية أثناء فترة المكوث في المستشفى

هناك أسباب عديدة تؤدي إلى حوادث جسيمة داخل المستشفى منها ما هو ذاتي متعلق بموقع مقدم العلاج، و منها ما هو موضوعي متعلق بجسم المريض، مناعته، نسبة تقدم المرض وتركيبة المرض أو الأمراض التي تصيبه- هذه الأسباب سنحاول التعريج عليها فيما بعد- و قد سجلت الدراسة نسبة الحوادث الجسيمة التي وقعت أثناء فترة مكوث المريض و التي يمكن تفاديها على مستوى الأقسام

الطبية و الجراحية بين سنتي 2004 و 2009 بين 7.2‰ و 6.2‰ على الترتيب. من خلال العينتين المدروستين في إطار التحقيق الوطني حول الحوادث الجسيمة غير المرغوبة المرتبطة بالعلاجات فإن من بين 35234 يوم استشفائي تم تسجيل 255 حادث جسيم كان مسؤول على تمديد فترة استشفاء المريض سنة 2004، بالمقابل من بين 31663 يوم استشفائي تم تسجيل 214 حادث جسيم كان مسؤول عن تمديد فترة العلاج سنة 2009[14].

هناك تطور سالب في المتوسط للأيام الاستشفائية على مستوى الأقسام الطبية الناتجة عن الأخطاء الجسيمة التي يمكن تجنبها من 5.7‰ سنة 2004 إلى 4.7‰ سنة 2009. بالمقابل هناك تطور موجب في المتوسط للأيام الاستشفائية على مستوى الأقسام الجراحية من 8.4‰ سنة 2004 إلى 9.2‰ سنة 2009. يبقى و أن هناك استقرار بين السنتين فيما يخص الأخطاء الجسيمة و أثرها على الأيام الاستشفائية التي يمكن تجنبها(EIG)[15].

هناك أسباب ذاتية ساهمت في وقوع الحوادث الجسيمة منها أسباب ذاتية التي يمكن حصرها و أخرى موضوعية لا يمكن حصرها. تعتبر الأسباب الذاتية تلك التي للإنسان يد فيها إما بصفة مباشرة أو غير مباشرة، والجدول الموالي يوضح المسببات الذاتية في وقوع الحوادث الجسيمة.

الجدول رقم (3): الأسباب الذاتية المؤدية لوقوع الحوادث الجسيمة (EIG) التي يمكن تجنبها خلال فترة مكوث المريض سنة 2009

الأسباب الذاتية المؤدية إلى الأخطاء الجسيمة(EIG)	الحوادث الجسيمة (EIG)التي يمكن تجنبها(87حادث)	
	عدد الحوادث الجسيمة	نسبة وقوعها(%)
- أخطاء إنسانية مرتكبة من طرف المحترفين	24	27.6
- تشخيص غير كافي من طرف المتعاونين	23	26.4
- تقسيم غير واضح للمسؤوليات و المهام	11	12.6
- اتصال غير كافي بين المحترفين	21	24.1
- تركيب غير ملائم لفرق الممارسين الطبيين	14	16.1
- إمكانيات مادية غير مناسبة	15	17.2
- غياب ثقافة النوعية لدى الممارسين	07	08
المجموع	87	100

Source : Enquêtes ENEIS 2004 et 2009, DREES, CCECQA

ما يمكن ملاحظته من خلال الجدول أعلاه، أن للأخطاء الإنسانية المباشرة و سوء التنظيم الأثر البالغ على تمديد فترة مكوث المريض في المستشفى و ما يصاحبه من امتعاض المريض من جهة ما و تتحمله المنظومة الصحية من أعباء إضافية كان من الممكن تلافيها.

2- الحوادث الجسيمة (EIG) الخارجية المؤدية إلى فترة مكوث في المستشفى

سنتناول من خلال هذا العنصر كل من حجم الحوادث الجسيمة الخارجية الإجمالية المؤدية للجوء إلى المستشفى، وكذا حجم الحوادث الجسيمة الخارجية التي يمكن تجنبها وأثرها على فترات المكوث بالمستشفى.

2-1 حجم الحوادث الجسيمة الخارجية الإجمالية المؤدية للجوء إلى المستشفى

في الدراسة الأولى التي تمت سنة 2004 و التي تضمنت العينة 4839 فترة مكوث تم تسجيل 190خطأ جسيم خارجي كان مسؤول عن اللجوء إلى المستشفى و الاستفادة من فترات استشفائية. توزعت الحوادث الجسيمة المؤدية للاستشفاء إلى 95 حادث تم توجهه نحو الأقسام الطبية و نفس العدد نحو الأقسام الجراحية. نتيجة لذلك تم تسجيل نسبة 3.9% من الحوادث الجسيمة الخارجية المؤدية للجوء إلى المستشفى ومن ثم الاستفادة من فترات استشفائية[16].

من خلال الدراسة الثانية التي أجريت سنة 2009 أين تضمنت العينة 4061 فترة مكوث تم تسجيل 159 حادث جسيم خارجي، توزع بين الأقسام الطبية و الجراحية على الترتيب 90 و 69 حادث. نتيجة لذلك تم تسجيل نسبة 4.5% من الحوادث الجسيمة الخارجية المؤدية للجوء إلى المستشفى و من ثم الاستفادة من فترات استشفائية.

2-2 حجم الحوادث الجسيمة الخارجية التي يمكن تجنبها وأثرها على فترات المكوث بالمستشفى

من بين 190 فترة مكوث في المستشفى سنة 2004 و 159 فترة مكوث سنة 2009 بسبب الحوادث الجسيمة الخارجية تم تسجيل 85 فترة مكوث سنة 2004 كان بالإمكان تجنبها و 89 فترة مكوث سنة 2009. بالمقارنة يمكن القول أنه ما يقارب نصف فترات المكوث في المستشفى- نتيجة للحوادث الجسيمة الخارجية- يمكن تجنبها. في سنة 2009 تم تحديد أثر الحوادث الجسيمة الخارجية على أيام المكوث في المستشفى في المجال المحصور بين 330000 و 490000 يوم استشفائي سنويا، منها أيام المكوث التي يمكن تجنبها في المجال بين 160000 و 190000 يوم استشفائي في السنة[17].

3- عواقب سوء وصف وطريقة تناول للأدوية المؤدي إلى فترة مكوث في المستشفى

تعتبر الأدوية المسؤولة عن 130000فترة مكوث في المستشفى سنويا- حسب دراسة سنة 2004- وقد نتج عن هذه الحوادث الجسيمة ما يقارب 10000 وفاة في نفس الفترة. هذه الأرقام مخيفة نظرا لتحول وسيلة العلاج إلى وسيلة للقتل غير العمدي[18].

من خلال التحقيق الوطني حول الحوادث الجسيمة غير المرغوبة المرتبطة بالعلاجات (ENEIS) لسنة 2004، 40% من الحوادث الجسيمة (EIG) المسؤولة و المؤدية إلى فترة مكوث في المستشفى مصدرها الأدوية هذا من جهة، من جهة أخرى نصف هذه الحوادث الجسيمة كان بالإمكان تجنبها.

تأكد الدراسة أن 20% من الحوادث الجسيمة العامة-خلال فترة المكوث أو المؤدية إلى فترة مكوث- مصدرها الأدوية من جهة، من جهة أخرى 40% من فترات المكوث كان بالإمكان تفاديها. هذا يعني أن من 70000إلى 92000حادث جسيم يمكن أن يحدث سنويا، منها 28000 إلى 37000 من الحوادث الجسيمة التي يمكن تجنبها[19].

من بين الأسباب المؤدية إلى فترة استشفاء أو تمديدها بسبب سوء وصف أو طريقة تناول الأدوية يمكن ذكر ما يلي: عدم توافق الدواء الموصوف مع الحالة المرضية، خطأ في طريقة الاستعمال بسبب الإفراط أو التفريط، عدم استشارة الطبيب حالة علاج طويل الأجل و ظهور أعراض جانبية، غياب أو تأخر وصف الأدوية أو استعمالها.

سنحاول من خلال العنصر الموالي التطرق إلى الصعوبات التنظيمية التي تؤدي إلى نقص نوعية العلاج في المستوى العلاجي الأول (الهياكل الصحية القاعدية) في الجزائر، التي تؤدي بدورها للانتقال إلى مستويات علاجية عليا لأسباب كان من الممكن تفاديها (الاستشفاء غير المبرر).

المحور الثالث: واقع الحوادث الجسيمة و الاستشفاء غير المبرر في الجزائر

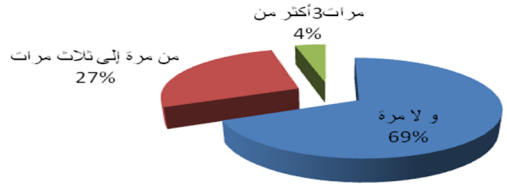
سنتناول من خلال هذا المحور واقع الاستشفاء غير المبرر العام في الجزائر، وكذا أهم أسبابه.

1- واقع الاستشفاء غير المبرر العام في الجزائر

تم إجراء الدراسة سنة 2012 وقد شملت 7 ولايات من الشرق الجزائري (أم البواقي، باتنة، تبسة، سكيكدة، قسنطينة، خنشلة و سوق أهراس)، و قد تضمنت العينة 14 عيادة متعددة الخدمات من خلال اختيار هيكل صحي قاعدي في مقر الولاية و الأخر خارجها. حيث تضمنت العينة 472 إجابة عن الأسئلة المطروحة. يتضمن المحور المعني على 4 أسئلة؛ تهدف لتسليط الضوء على واقع ظاهرة الاستشفاء غير المبرر، مسبباته وحجم الظاهرة.

تم طرح هذا السؤال للوقوف على حجم الاستشفاء غير المبرر في الولايات المعنية بالدراسة للوقوف على واقع و حجم الظاهرة من جهة، من جهة أخرى الأسباب المؤدية إلى ذلك. و قد كانت نتائج الأجوبة على هذا السؤال كما يلي:69% و لا مرة، 27% من مرة إلى ثلاث مرات و 4% أكثر من ثلاث مرات، مثل ما يوضحه الشكل البياني الموالي:

الشكل رقم (1): حجم الاستشفاء غير المبرر العام



المصدر: من إعداد الباحثين

هناك ما يقارب ثلث المستجوبين يقرون بالاستفادة من فترة مكوث في المستشفيات للاستفادة من علاج معين كان بالإمكان الحصول عليه في الهياكل الصحية القاعدية. يمكن الوقوف على حجم الظاهرة من خلال ضرب النسبة في حجم العينة ثم في نسبة تمثيل العينة (10000/1) ساكن لتحصلنا على الرقم التالي: 1.503.500 شخص استفادوا من فترات استشفائية غير مبررة على الأقل مرة واحدة في السنة. تحت فرضية أن الفترة الاستشفائية في المتوسط تعادل 3أيام لتحصلنا على مجموع الفترات الاستشفائية غير المبررة تقدر 4.510.500 يوم. تحت فرضية أن تكلفة اليوم الاستشفائي في المتوسط هي 2500 دج لتحصلنا على تكلفة الاستشفاء غير المبرر تقدر 11.276مليار دج على مستوى الولايات المعنية بالدراسة فقط. من بين الأسباب التي تم استقائها و المؤدية للاستشفاء غير المبرر انطلاقا من طلب العلاج على مستوى الهياكل الصحية القاعدية (المحسوبية، غياب الدقة في الفحص، التأخر في تقديم العلاج ، وقوع الحوادث الطبية الجسمية غير المرغوب فيها...). من بين الحالات المتكررة للاستشفاء غير المبرر تلك المتعلقة بأصحاب الأمراض المزمنة نظرا لغياب توعية صحية جيدة، غياب المتابعة المستمرة و التوجيهات الصارمة.

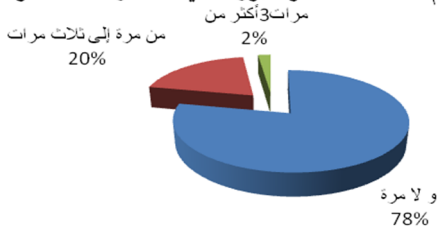
2- أسباب الاستشفاء غير المبرر في الجزائر

تم الوقوف على ثلاث أسباب رئيسية مسؤولة عن حجم الاستشفاء غير المبرر و المتمثلة فيما يلي:

2-1 مسؤولية القرارات الارتجالية و التهاون أثناء فترة العلاج

من بين أسباب الاستشفاء غير المبرر الاستفادة من تمديد الفترة الاستشفائية من دون نتائج تذكر. تم طرح هذا السؤال للوقوف على حجم الظاهرة و الأسباب المؤدية إلى ذلك. و قد كانت نتائج الأجوبة على هذا السؤال كما يلي:78% و لا مرة، 20% من مرة إلى ثلاث مرات و 2% أكثر من ثلاث مرات، مثل ما يوضحه الشكل البياني التالي:

الشكل رقم (2): حجم الاستشفاء غير المبرر الذي مصدره تمديد فترة الاستشفاء



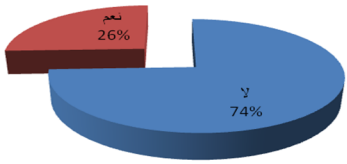
المصدر: من إعداد الباحثين

تعتبر أهم الأسباب المستقاة من طرف أولئك الذين استفادوا من تمديد فترتهم الاستشفائية (غياب من يقرر بخروج المريض خصوصا في أيام العطل الأسبوعية، التأخر في إعداد أوراق الخروج، التأخر في إجراء التحاليل للوقوف على الحالة الصحية قبل الخروج، خلو بنك الدم من فصائل الدم النادرة خاصة AB^- وO^- ...).

2-2 مسؤولية الحوادث الجسيمة في المحيط العلاجي

تعتبر الحوادث الجسيمة (EIG) التي تقع على مستوى الهياكل الصحية عموما سبب من بين أسباب الاستشفاء غير المبرر، نظرا لإمكانية تجنبها بنوع من الحرص، الدقة و التركيز في العمل. تم طرح هذا السؤال للوقوف على حجم الأخطاء و الحوادث التي تقع على مستوى الهياكل الصحية القاعدية و الأسباب التي أدت التي أدت إلى تحويل المصاب إلى المستشفى للاستفادة من فترة علاج معينة. و قد كانت نتائج الأجوبة على هذا السؤال كما يلي:74% لم أتعرض لمثل هذه الحوادث و 26% نعم تعرضت لمثل هذه الحوادث مثل ما يوضحه الشكل البياني التالي:

الشكل رقم (3): حجم الاستشفاء غير المبرر الذي مصدره الحوادث داخل الهياكل الصحية القاعدية



المصدر: من إعداد الباحثين

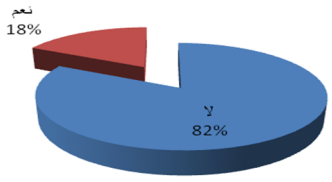
إن أهم الأسباب المؤدية لوقوع مثل هذه الحوادث المستقاة من طرف المجيبين بنعم (التهاون، سوء التركيز، عدم استقصاء طالب العلاج على حساسيته من دواء معين، نسيان تعقيم

أدوات العلاج...). من بين الحوادث شائعة الوقوع المؤدية إلى تحويل المصاب إلى المستشفى لقضاء فترة استشفائية (انكسار الإبر، قلع ضرس امرأة حامل، حساسية مفرطة تجاه دواء معين، نسيان الاستفسار من الإصابة بمرض مزمن، خطأ في تحليل ثم تحديد فصيلة الدم، نسيان تعقيم أدوات جراحة الأسنان...).

3-2 مسؤولية الأخطاء في وصف أو طريقة تناول الأدوية

تعتبر الأخطاء في وصف أو طريقة تناول الأدوية من بين أسباب الاستفادة من الاستشفاء غير المبرر نظرا لإمكانية تلافيها. قد يكون المسبب في وقوع هذه الأخطاء الطبيب، الصيدلي أو طالب العلاج في حد ذاته. وقد كانت نتائج الأجوبة على هذا السؤال كما يلي:82% لا لم أتعرض لمثل هذه الحوادث و 18% نعم تعرضت لمثل هذه الحوادث مثل ما يوضحه الشكل البياني التالي:

الشكل رقم (4): حجم الاستشفاء غير المبرر الذي مصدره أخطاء في وصف أو طريقة تناول الأدوية



المصدر: من إعداد الباحثين

بعد استفسارنا عن الأسباب الرئيسية لذلك؛ كانت 90% من هذه الحوادث وقعت لكبار السن نظرا لسوء تناول المقادير الموصوفة أو لتجاوز فترة العلاج المنصوح بها. تبقى هناك نسب مجهرية لتعارض الأدوية الموصوفة من طرف الطبيب أو تغيير غير مناسب للأدوية الموصوفة من طرف الصيدلي أو البائع في الصيدلية.

مهما كانت أسباب هذه الحوادث الجسيمة فوقعها وخيما على الأطرف الثلاث المكونة للمنظومة الصحية الوطنية (طالب العلاج، مقدمه و الجهات الممولة له) لاسيما حالة إمكانية تفادي مثل هذه الأعباء والمجهودات.

النتائج والتوصيات

أولا: النتائج

من خلال الدراسة النظرية والتطبيقية لهذا الموضوع ، تم التوصل إلى جملة من النتائج أهمها ما يلي:

1- إشكالية نوعية الخدمة الصحية ليست محلية بل عالمية، لما تكتنفه هذه الخدمات من خصائص أهمها أنها محددة لصحة المواطن على المستوى الجزئي و الرأسمال البشري على المستوى الكلي. هناك أصوات تعالت في السنوات العشرين الأخيرة تطالب بوضع مؤشرات لقياس النوعية و التي من خلالها يمكن حصر نقاط الضعف لغرض تقييمها ثم العمل على تقويمها. تعتبر النوعية حجر الزاوية لوضع القرارات الحاسمة لغلق قسم معين في مؤسسة استشفائية أو غلق هيكل صحي جواري في منطقة معينة.

2- لتحقيق درجة معينة من نوعية العلاجات المقدمة يجب الوقوف على أسباب الضياع من خلال تقييم ومقارنة حجم و نوع مخرجات الأقسام أو الهياكل الصحية فيما بينها لاستخراج الفروق، تحليها ثم العمل على تقويمها. تحقيق درجة عالية لنوعية العلاجات المقدمة له جوانب ايجابية عديدة على طالب العلاج، مقدم العلاج والجهات الممولة له من خلال التقليل من الضياع و توفير الجهد و المال لكل الأطراف المتدخلة ضمن المنظومة الصحية المعنية.

3- تفعيل دور الهياكل الصحية القاعدية في الجزائر – المستوى الأول من العلاج- له أثار إيجابية جمة على المستوى العلاجي الأول و على المستويات العلاجية العليا، نظرا للدور التنظيمي المنوط به المتمثل في تأمين تدرج العلاجات و كذا توفير العلاجات الأساسية النوعية. تحقيق هذين الهدفين الرئيسيين سيجنب طالب العلاج الانتقال للمستويات العلاجية العليا من دون مبرر كنتيجة لسوء التنظيم أو كنتيجة للأخطاء الطبية ونقص نوعية العلاجات الأساسية.

4- في الجزائر هناك أعداد هائلة ممن استفادوا من فترة مكوث في المستشفيات للاستفادة من علاج معين كان بالإمكان الحصول عليه في الهياكل الصحية القاعدية، وهذا ما يكلف الدولة أموال طائلة كان بالإمكان تجنبها.

5- هناك العديد من الأسباب التي تقف وراء الاستشفاء غير المبرر في الجزائر، يأتي في مقدمتها القرارات الارتجالية والتهاون أثناء فترة العلاج

ثانيا: التوصيات

من خلال ما تم عرضه بالتحليل والنقاش في الجانبين النظري والتطبيقي، وعلى ضوء النتائج الم ، توصل إليها،يمكن الخروج بالتوصيات التالية:

1- تـوفير المـوارد الماديـة و البشـرية اللازمـة و الكافيـة للمسـتوى العلاجي الأول (الهياكـل الصـحية القاعدية)؛

2- المراقبـة المسـتمرة لنشـاط الهياكل الصحية من خلال وضـع إسـتراتيجية للتقليل من الأخطاء و الحوادث الجسيمة بإشراك كل المتدخلين في الميدان الصحي؛

3- وضع آلية لاكتشاف مواطن الضعف و العمل على تقويمها كبطاقة الإنذار(Une fiche de signalisation)، من خلال توعية المحترفين في الميدان الصحي أن الهدف من خلال إدراج هذه الآلية ليس للعقاب بل لتحسين نوعية الأداءات المقدمة.

••• الاحالات والمراجع:

[1] A. DONABEDIAN, **Explorations in quality assessment and monitoring: the definition of quality and approaches to its assessment**, Ann Arbor: Health Administration Press, 1980.

[2] M. ROEMER et M. MONTOYA-AGUILAR, **"Quality assessment and assurance in primary health care"**, WHO Offset Publication, Geneva 1988, No.105, 82p.

[3] Institute of Medicine, **"Crossing the quality chasm: a new health system for 21stcentury"**, National Academy Press, Washington DC 2001.

[*] EIG: Evénements Indésirables Graves

[4] D. TABUTEAU, **La Sécurité Sanitaire**, Berger-Levraut,1994.

[5] P. MICHEL et al, **les Evénements Indésirables Graves Associes aux Soins Observés dans les Etablissements de Santé, Dossiers Solidarité et Santé**, N°17 2010, p 3.

[6] G. NEALE.G and al, « **Exploring the Causes of Adverse Events in NHS Hospital Practice** », Journal of the Royal Society of l Médicine 2001, n° 94(7), pp 322-330.

[7] J. BILLINGS**, Consideration of the Use of Small Area Analysis as a Tool to Evaluate Barriers to Access**. In Health Resources and Services Administration, consensus on small area analysis. DHHS Pub. No. HRSA-PE 91-1[A], Washington DC: US Department of Health and Human Services 1990.

[8] J. S WEISSMAN et al, **Rates of Avoidable Hospitalization by Insurance Status in Massachusetts and Maryland**, JAMA 1992; 268:2388-2394.

[9] F. AMALRIC et al, **Hospitalisations Evitables et Soins Primaires**, IMS Heath, France 2009, p 7.

[10] J. BILLINGS, op.cit.

[11] J.S Weissman et al, op.cit, pp 2388-2394.

* ENEIS : l'Enquête Nationale sur les Evénements Indésirables graves associés aux Soins.

* DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques.

[12] L'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique - Rapport 2009-2010.

[13] P. MICHEL et al, op.cit, pp 4-5.

[14] L'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique - Rapport 2009-2010.

[15] Idem.

[16] Idem.

[17] P. MICHEL et al, op.cit, p 10.

[18] www.AFSSAPS.fr/content/donload/11338/version/3/file/bilan-guichet-erreurs-medicament.pdf consulté le14/12/2011 à 15:03.

[19] Idem.

••• ملحق عن محور أسئلة الاستبيان:

واقع الاستشفاء غير المبرر		
1	هل الفترة الاستشفائية التي قضيتها كانت تستدعي علاج بسيط على مستوى الهياكل الصحية القاعدية؟	○ و لا مرة ○ من مرة إلى 3مرات ○ أكثر من 4مرات
2	هل تمديد فترتك الاستشفائية كانت غير فعالة؟	○ ولا مرة ○ من مرة إلى 3 مرات ○ أكثر من 4 مرات
3	هل تعرضت لحوادث داخل الهيكل الصحي أثناء العلاج؟	○ لا ○ نعم
4	هل تعرضت لحادث بسبب وصف الأدوية أو طريقة تناولها أدى إلى نقلك للمستشفى؟	○ لا ○ نعم