

إسهام نظام إحالة المرضى بين المنظمات في تطوير الخدمة الصحية دراسة ميدانية في دائرة صحة نينوى

د. عادل محمد عبد الله^(١)

المخلص

تتكامل الأنشطة الخدمية وتظهر مجالاتها الطبيعية عبر توافر ثلاثة عناصر أساسية في المنظمة الخدمية هي العنصر البشري، والمستلزمات المادية، وأسلوب الإدارة الفاعل ولأن أي لبس أو فشل في أحد هذه العناصر سيؤثر بالسلب على باقي العناصر الأخرى باتجاه انتهائها واضمحلالها. تظهر المشكلات الإجرائية لخدمات الرعاية الصحية في صعوبة العزل والتصنيف بين الحالات الطارئة والعاجلة والباردة، عندما يتم التحويل من المركز الصحي في المناطق إلى المستشفيات العامة والتخصصية.

يحاول البحث الإجابة على تساؤل هل يمكن تطبيق نظام الإحالة في ظل اختلاف مواقف المريض الصحية والاجتماعية؟ ويهدف البحث إلى تقديم صيغ رياضية منها ما هو مستخدم لحساب السهولة واليسر في انتقال المرضى، هذه الصيغ هي احد أبعاد جودة الخدمات فضلاً عن استخدام تلك الصيغ في تحديد مقدار سهولة الحركة التي تمكن متخذ قرار الإحالة في المركز الصحي من تقييم قرار إحالة المريض من عدمه تلك الصيغ تعد بحد ذاتها إضافة مهمة في مجال تطوير الخدمات الصحية. وتوصل البحث إلى استنتاج يلاحظ معه، في مراكز الرعاية الصحية في نينوى غياب التمييز بين المستفيدين، فكل المراجعين من المرضى ومرافقيهم يعاملون معاملة واحدة. وقد قدم البحث توصية مهمة تربط بضرورة إلغاء نظام الإحالة في حالة قلة توافر البنى الحركية وارتفاع معدلاتها واهم هذه المعدلات هي سهولة الحركة.

Contribution transubstantiation patients system between organizations in healthcare service development: field study

Abstract

Is it Possible to apply patient sending system in different patient health and social conditions? The research aims at providing mathematical forms to calculate the easiness of transmission of patients. These forms represent one dimension of service quality. These forms are used in determining the degree of easiness of transportation which enables the decision maker in the healthcare center to make his decision. These forms represent important addition in developing healthcare services. The research discovered that, in healthcare centers in Ninawa, there is no discrimination in dealing with people; the patients and those who accompany them are treated in the same way. The research gave an important recommendation about cancelling the system of patient sending in case of limitation in movement facilities.

المقدمة

تحاول دائرة صحة نينوى عبر طلبها الاستشارة البحثية لحل مشاكلها الفنية والإدارية، شأنها شأن المنظمات الأخرى بغض النظر عن الملكية أو النشاط الذي تمارسه، إلا أن البحوث المقدمة مهما كانت حلولها مبتكرة وواقعية إلا إنها لا تغادر الورق الذي تكتب عليه لسببين: الأول التنازل المستمر عن العديد من المعايير وصولاً إلى التعجب من بعض المقترحات والحلول التي تكون واقعية زمانياً لاسيما سابقاً في البيئة العراقية إلا إنها تعدّ خيالية حالياً، ومكانياً في بلد آخر إلا إنها تعدّ خيالية في العراق لاسيما في الموصل، فالفجوة الصحية تظهر واضحة في سلم الرعاية الصحية العالمي الذي يضع العراق في الموقع (١٠٣) بينما تمثل عمان الموقع (٦) والسعودية (٢٦). وعسى أن يكون هذا حافزاً مجتمعياً تنافسياً للالتزام بنظام الإحالة كي نرتقي بأنفسنا وبلدنا الذي يستحق منا تقديم المزيد والسبب الثاني حاجة المنظمة الطالبة لإجراء البحث إلى العيش بآمال وتطلعات قد تكون مفرحة لدى متخذي القرار فتطلب

إسهام نظام إحالة المرضى بين المنظمات في تطوير الخدمة الصحية...

من المنظمات المتخصصة تلك الحلول أملاً في الشعور ولو لفترة قصيرة بسعادة الاستماع المبهج للنصائح من دون تطبيق يذكر (بورما، ٢٠١٠، ١٤٦).
توافقاً مع هذين السببين وإشارة إلى الخطة البحثية والمبلة إلى جامعة الموصل من دائرة صحة نينوى ضمن الكتاب ذي الرقم م. و. أ.ق. ٢١٧٣/٥ في ٢٣/١٢/٢٠٠٩). سنتطرق إلى توضيح لمفاهيم نظام إحالة المرضى، وأهمية نظام الإحالة، وتكامل الخدمات ونظم الإحالة، والعوامل المؤثرة في قياس وقت الوصول إلى المستشفى، وتقييم نظام الإحالة بين منظمات الرعاية الصحية في محافظة نينوى، وأخيراً تقييم نظام الإحالة بين منظمات الرعاية الصحية في محافظة نينوى. واستخدم البحث أسلوب تحليل المحتوى لبيانات ثانوية عن العالم والدول العربية، وبيانات أولية عن محافظة نينوى من مراكز صحية ومستشفيات تم الحصول عليها من دائرة صحة نينوى قسم الإحصاء.

المبحث الأول

منهجية البحث

١. مشكلة البحث

توافقاً مع الخطة البحثية والمبلة إلى جامعة الموصل من دائرة صحة نينوى ضمن الكتاب ذي الرقم م. و. أ.ق. ٢١٧٣/٥ في ٢٣/١٢/٢٠٠٩. نطرح التساؤلات الآتية:

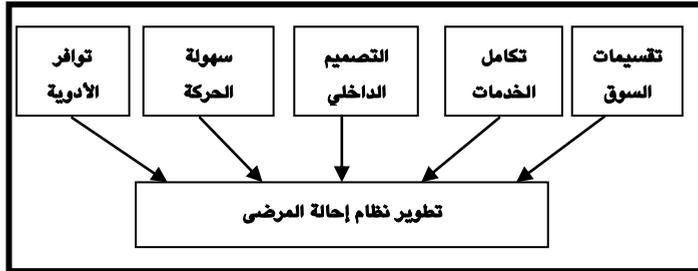
١. ما هو نظام الإحالة؟
٢. ما هي خصائص المريض الوصفية والعرضية التي تستوجب الإحالة؟
٣. ما هو النظام الذي يمكن من تطوير نظام إحالة المرضى؟
٤. هل يوجد إسهام لتوافر الأدوية في قرار الإحالة؟
٥. هل توجد صيغ رياضية لقياس سهولة حركة المرضى المحالين تمكن من تقييم قرار إحالتهم على أساس الوقت المستغرق وجودة الخدمات؟

٢. أهمية البحث وهدفه

يمثل هذا البحث تكملة لمتطلبات مادة نظم إدارة خدمات الرعاية الصحية، ويمثل أيضاً محاولة لحل مشكلة المعاناة في نظام الإحالة بين المراكز الصحية والعيادات والمستشفيات العامة والمستشفيات التخصصية، وإضافة علمية وعملية في آن واحد للقائمين على إدارة خدمات الرعاية الصحية لأنه يزيد من مهاراتهم، وقدراتهم في البحث عن الحلول المثبتة علمياً. إن الهدف من هذا البحث هو وصف واقع نظام الإحالة بين المستشفيات والمرافق الصحية والتعرف على الأسباب والمعوقات التي تحول من دون استخدام نظام إحالة متكامل.

٣. انموذج البحث

يوضح الشكل ذو الرقم (١) الانموذج الافتراضي للبحث:



شكل (١) انموذج البحث

٤. فرضيات البحث

- نتيجة الاستشارة الفكرية المطروحة في مشكلة البحث نطرح الفروض الآتية:
- "لا يتوافر التيسير في الحصول على خدمات الرعاية الصحية من المراكز الصحية".
 - "لا تحقق جودة الخدمات التي يوفرها المركز الصحي وبخاصة عدم توافر السرعة ولا السهولة في الانتقال عند الإحالة".

إسهام نظام إحالة المرضى بين المنظمات في تطوير الخدمة الصحية...

- "لا يسهم نظام تقسيم المرضى إلى عوامل وصفية وعرضية من تحقيق الفاعلية في نظام الإحالة".
- "غياب العلاقة بين الصناعة الدوائية في المحافظة مع أنشطة الرعاية الصحية في المستشفيات".
- "غياب العلاقة بين تطور وسائل الاتصال والمواصلات وبين السرعة في الاستجابة للحالات الطارئة".

٥. أساليب جمع البيانات وتحليلها

اشتمل البحث على أسلوب تحليل المحتوى لبيانات ثانوية عالمية والدول العربية، وبيانات أولية عن محافظة نينوى (من مراكز صحية ومستشفيات) تم الحصول عليها من دائرة صحة نينوى قسم الإحصاء، وقياس توزيعات الموارد المادية والبشرية وبحسب فئات الكادر الصحي، وتوزيعات الموارد المادية على الكثافة السكانية للمناطق المختلفة لمدينة الموصل وتحليل كل تلك المقاييس على وفق ما تقدمه من معطيات وحقائق يضعها البحث بين أيدي القائمين على إدارة نظام الإحالة لتحديد جدواه من نواحي متعددة وفي الوقت نفسه تقديم أنموذجاً ناجحاً للإحالة يتلاءم مع البيئة العامة في محافظة نينوى مستخدمين في القياس والتحليل برنامج حزمة البرامج الإحصائية للتطبيقات الاجتماعية SPSS.

المبحث الثاني

الجانب النظري

أولاً: مفهوم نظام الإحالة

يعرف نظام الإحالة بكونه "الإطار الذي من خلاله يتم التعرف على احتياجات السكان للخدمات الصحية والعمل على توفير هذه الخدمات من خلال إيجاد الموارد اللازمة وإدارتها على أسس صحيحة تؤدي في النهاية إلى المحافظة على صحة المواطن وتعزيزها" (Wright & Christine, 1992, 53)، وورد أيضاً "تقديم الخدمة بطريقة شاملة ومتكاملة للسكان وبتكلفة معقولة وبطريقة ميسرة وفي الوقت والمكان المناسبين" (Ovretveit, 1992, 145)، وورد تعريف نظام الإحالة "بكونه مجموعة مراحل وأحداث متسلسلة لها نقطة بداية ونقطة نهاية" (نعيرات، ٢٠٠٦، ٢٩) يستدل من هذه التعاريف أن نظام الإحالة ليس وليد فترة زمنية معينة، وليس مرتبطاً بمستوى الرعاية الصحية بعينها فهدفه الاستشفاء ووصول المستفيدين من برامج الرعاية الصحية إلى مقاصدهم، إلا إن أهم معوقات تطبيق هذا النظام، هي نظم النقل في المدينة، فضلاً عن البنى التحتية التقنية من مستلزمات مادية، وبرامج، وإجراءات عمل، وتخصصات بشرية ومراعاة تفاصيل حالة المستفيد تؤثر على نحو معنوي في تكامل النظام. تأسيساً أن التعريف الذي نعتمد عليه والحالة المدروسة الواردة في كونه "تنظيم تردد المرضى وانسيابهم إلى المرافق الصحية من المستوى الأول إلى المستوى الثاني والثالث وتحسين درجة استخدامهم لخدمات مرافق الرعاية الصحية الأولية والاستفادة منها في حوالي ٧٥٪ من شبكة الخدمات الصحية القائم وذلك عن طريق: (مجلس دعم التنمية الصحية في تعز، ٢٠٠٧، ٣)

١. رفع جاهزية مرافق الرعاية الصحية الأولية ومستشفيات المديرية بنسبة ٧٥٪.
٢. إيجاد ترتيبات تنظيمية وإدارية تضمن قيام علاقة تواصل وتفاعل متبادل بين المستويات المختلفة في معظم مديريات الجمهورية والعمل على رفع مستوى وعي المواطنين وترشيد سلوكهم في هذا الاتجاه.

ثانياً: أهمية نظام الإحالة

من المهم الإشارة إلى أهمية نظام الإحالة على وفق ما تعكسه على جوانب عديدة: (بورما، ٢٠١٠، ٤٥٦).

١. يحسن كفاءة وفعالية النظم الصحية المفتوحة والتي تسمح للمواطن بالحصول على خدمات الرعاية الصحية أينما يريد، ويلعب دوراً كبيراً في تقليل الاستخدام المبالغ به لموارد النظم الصحية المفتوحة ويمنع تكرار الخدمة وتكرار استخدام الموارد للشخص نفسه. ففي دراسة أجريت في سلطنة عمان، وجد أن (٤١٪) فقط من الحالات المترددة على المستشفيات تحتاج فعلاً للإحالة إلى العيادات التخصصية في المستشفيات، وقد وصلت الدراسة إلى استنتاج مفاده بأن وجود نظام إحالة صحية أكثر كفاءة وفعالية سوف يقلل من الاستخدام الزائد للموارد الصحية وسيوفر ما يقارب ٢٠٪ من هذه الموارد بسبب الاستخدام السيئ لها.

٢. إن وجود نظام فعال للإحالة الصحية في منظمات الرعاية الصحية الأولية يضمن الاستخدام العادل لهذه الخدمات من قبل كل أفراد المجتمع ويضمن أيضاً العدالة في سهولة الحصول على خدمات الرعاية.

٣. يقلل من نسبة تخطي المنظمات الصحية في المستوى الصحي الأول إلى المستوى الثاني والثالث* الأمر الذي يؤدي إلى تقليل نفقات الخدمات الصحية غير الضرورية التي يدفعها المرضى عند اضطرارهم اللجوء إلى طلب الرعاية الصحية الأولية في المنظمات الصحية في المستوى الثاني والثالث التي تشكل في أغلبها تكاليف تنقل وإقامة.

ففي دراسة أجريت في المملكة العربية السعودية لتقييم نظام الإحالة الصحية بعد إنشائه بثلاث سنوات وجد أن نسبة انخفاض عدد المرضى المترددين على المستشفيات بلغت ٤٠.٦٪ في حين أزداد عدد المرضى المترددين على منظمات الرعاية الصحية الأولية بنسبة ١١.٩٪، تشير هذه النتائج بوضوح

(*) سيتم توضيح هذه المستويات في البحث لاحقاً.

إلى انخفاض نسبة تخطي منظمات الرعاية الصحية الأولية وانخفاض تكس المرضى في المستشفيات.

٤. يساعد الجهات الصحية المختصة في التحديد الدقيق للنطاق السكاني للمنظمات الصحية خصوصاً في المستويين الصحيين الأول والثاني. في دراسة أجريت في مستشفيات في باكستان، أوضحت النتائج أنه بسبب ضعف نظام الإحالة الصحية فإن ٢٢-٢٨٪ من المرضى جاؤوا من مناطق خارج النطاق السكاني لهذين المستشفيات، وأن ٤٤-٧٧٪ من هؤلاء المرضى كان بإمكانهم الحصول على الرعاية الصحية المطلوبة في منظمات المستويات الصحية الأدنى.

ثالثاً: تقسيمات سوق نظام الإحالة

يعدّ التكامل بين جملة من العناصر الوصفية والعرضية يمكن من النهوض بنظام الإحالة من الواقع الحالي إلى الوضع المرغوب فيه، المهم هو في حزمة العناصر التي تحقق ذلك التكامل، تلك العناصر تختلف من بيئة وأخرى الأمر الذي يفترض عند وضع نظام للإحالة الأخذ بها، فلا يمكن تطبيق نظام الإحالة بين المنظمات الصحية من دون دراسة العوامل الوصفية والعرضية للمستفيدين من منظمات الرعاية الصحية على حد سواء هذه العوامل تفسر على النحو الآتي: (البكري، ٢٠٠٢، ١٣٤)

١. العوامل الوصفية: تعرف بأنها "وصف عوامل ظاهرة للعيان في المستفيدين يدخل ضمنها القدرات الجسمية والعقلية والموقع الجغرافي والمستوى المعاشي، ونوع الوسيلة الناقلة ومثانتها والوقت اللازم للوصول وعدد الحواجز في طريق انتقال المريض بين المنظمات الصحية وحجم الموارد المادية والبشرية في المنظمة الصحية الخدمية" ويتحقق النجاح لنظام الإحالة عبر الأخذ بالاعتبار العوامل الوصفية الآتية: (الديوه جي، ١٩٩٩، ١٩٥).

أ. التقسيم حسب القدرات الجسمية: يعتمد هذا التقسيم على توافر إمكانات بشرية، وحشد موظفين اعتماداً على القدرات البدنية للمستفيدين. فهناك

إسهام نظام إحالة المرضى بين المنظمات في تطوير الخدمة الصحية...

منهم مَنْ يحتاج إلى الرفع والإعانة والتوصيل والمساعدة على النزول أو الصعود وغيرها.

ب. التقسيم المساعد: يُقسَّم المستفيدون إلى من يساعده مرافق أو من دونه.

ت. التقسيم حسب العمر: يُقسَّم المستفيدون على وفق هذا النظام حسب فئات العمر ويعدّ صغار السن أكثر الفئات العمرية استفادةً من خدمات المراكز الصحية كونهم أكثر الفئات تعرضاً للإصابة بالأمراض ذات الطبيعة الأولية في الرعاية والتدخل الطبي.

ث. التقسيم حسب الدخل: تحديد أنواع الخدمات الصحية على وفق قدرة المريض المالية لاسيما قدرته على تحمل تكاليف العلاج إذ يفترض بخدمات الرعاية الصحية مهما كان المستوى الذي تنتمي إليه أن يتم استحداث جناح التمريض الخاص مثلاً الذي يقدم خدمات خاصة بفئة أصحاب الدخل المرتفع داخل المنظمة الصحية.

ج. التقسيم الجغرافي: إن التقسيم الجغرافي يشكل الأساس في اعتماد نظام الإحالة وفي تقييم مدى نجاحه على نحو واضح، من الملاحظ اختلاف الكثافة السكانية في الريف عنه في المدن، فيظهر صعوبة وصول فئات المرضى في المناطق البعيدة عن المستشفيات للحصول على الخدمات.

ح. التقسيم حسب مستويات الرعاية الصحية: يتكون من المستوى الأول الذي يختص بتقديم كل ما هو أولي من الخدمات العلاجية، والوقائية، والتأهيلية، والتعليمية، والارتقاء بالوضع الصحي في المجتمع. وتزداد خدمات الرعاية الصحية تعقيداً وتخصصاً من حيث الموارد المادية والبشرية والمعلومات والوقت كلما ارتفعنا في مستويات الرعاية الصحية، وضمن المستوى الثاني تكون المنظمة الصحية تخصصية أكثر ضمن اختصاص واحد كمستشفيات الولادة والأطفال وتلك التي تتخصص في مرض واحد فقط كمستشفى الأورام والطب النووي. ويفترض ضمن المستوى الثالث تزداد الاعتمادية والأمان والدقة وغيرها من معايير الجودة فضلاً عن توافر أكثر من تخصص والحاجة

إلى المعرفة للمتطلبات البشرية والمادية للرعاية الصحية. (البكري، ٢٠٠٥، ٢٢-٢٥)

خ. يفترض بالمنظمات الصحية الكبيرة لاسيما المستشفيات ضمن المستوى الثالث أن تؤسس لها فرقاً جواله، وفروعاً تقدم خدماتها إلى المستفيدين البعيدين جغرافياً عن مركزها الرئيس، وعلى نحو خاص عندما يصعب تحويل المرضى عبر المراكز الصحية من النواحي الإدارية والانتقال والمعلوماتية لمتابعة الحالة على نحو فاعل.

٢. **العوامل العرضية:** تختلف هذه العوامل باختلاف المستفيد من موقف لآخر، ومن منظمة لأخرى لذلك يفترض التفكير بالعوامل الآتية عند الإحالة: (Heineke, 2003, 296-297)

أ. التقسيم النوعي للحالة كونه حالة طارئة لا تحتمل الانتظار لأي وقت وتتطلب التدخل الطبي السريع لاتقاذها وهي مستثناة من نظام الإحالة، والعاجلة: التي تتراوح فترة الانتظار فيها ما بين ساعة اثنتين وسبعين ساعة، وخلال تلك الفترة يوجب التدخل الطبي، مع مراعاة تحول الحالة من عاجلة إلى طارئة أو إلى باردة حسب الظروف المحيطة، فضلاً عن دور الدواء في زيادة سوء الحالة أو في تحسينها أو في زيادة الحاجة إلى الإحالة لأصحاب الاختصاص. وتكون الحالة المرضية باردة أو مزمنة التي تحتاج إلى المراجعة الدورية والمتابعة المستمرة على فترة زمنية طويلة نسبياً وهي في الغالب التي تتعامل مع نظام الإحالة.

ب. تقسيم البنى التحتية: من العوامل التي تسهم في جودة الرعاية الصحية هو توافر ثلاثة عناصر أساسية هي العنصر البشري، والمستفيدون والمستلزمات المادية من أدوية وأجهزة علاجية أو وقائية أو تأهيلية أو غيرها وإن فشل احد هذه العناصر أو قلة توافرها سيؤثر بالسلب على باقي العناصر الأخرى باتجاه ضعفها وانتهائها وعدم جدوى نظام الإحالة فالعديد

إسهام نظام إحالة المرضى بين المنظمات في تطوير الخدمة الصحية...

من المرضى يتوجهون إلى المنظمة الصحية التي توفر الدواء المناسب بالنوع والجودة والكمية الموصوفة من قبل الطبيب وأن قلة الدواء في مركز صحي سيؤدي إلى عزوف المستفيدين عن ارتياده على الرغم من توافر العناصر الأخرى المكمل للخدمة الصحية.

ج. التقسيم الآمن: يفضل بعض المستفيدين ارتياد المراكز الصحية بسبب القرب الآمن للظروف المحيطة بالمراكز وسهولة الحصول على الخدمة الصحية سواء كانت آلية أم بشرية. وتكتنف عملية الحصول على الخدمة الصحية العديد من المخاطر أهمها توافر مواقف للسيارات، وسهولة الوصول والدخول والخروج، وقلة الحواجز والتقاطعات المرورية وغيرها.

د. التقسيم الشخصي: يُقسّم المستفيدون اعتماداً على الصفات الشخصية كالمريض المتدين، والخجول، والمتمارض والمتردد، والقلق، والمتساهل والمستفسر والمدقق وغيرها من الشخصيات التي لا يتم تشخيصها إلا بالتعامل مع المستفيد عن قرب والاتصال مباشرة.

رابعاً: تكامل الخدمات ونظم الإحالة

المقصود بتكامل الخدمات وضع مجموعة من العناصر داخل عملية إدارية متكاملة ومتراصة لإدارة المراكز الصحية على نحو يقوم على التكامل بين تلك المتطلبات لضمان تطبيق شروط الإحالة الفاعل. يحدث التكامل في أجزاء نظام الإحالة على النحو الآتي:

١- **النظم المتقدمة لاستقبال المرضى:** تعدّ هذه الشعبة وحدة رقمية ومعلوماتية تعتمد على التدوين لبيانات تاريخية عن المرضى، وفي الوقت نفسه توفر معلومات تنبؤية تمكن المستشفى من الانطلاق من النقطة التي انتهى عندها مركز الرعاية في تتبع الحالة المرضية، ضمناً لعدم التكرار في الوظائف العلاجية، أو الوقائية، أو التأهيلية، وغيرها من الوظائف التي تعتمد بالكامل عليها منظمات

الرعاية الصحية على اختلاف مستوياتها في تقديم الخدمات. هذه النظم تتكون من الآتي: (Laudon & Laudon, 2000, 250- 252)

- نظام قاعدة المعلومات: يعتمد على حزمة من البرمجيات المتكاملة والمتناسقة بين المنظمات التي يتنقل بينها المريض، لاسيما ضرورة اعتمادها على مبدأ المعيارية Standardized الذي يعرف بكونه "توحيد القياس بجعله مطابقاً لنوع وحدة القياس المعتمدة في قياس متغيرات الحالة المرضية".
- نظام الاتصالات: يلعب نظام الاتصالات دوراً مهماً في متابعة الحالة أثناء التحرك، والإيعاز بالتحرك بعد التأكد من توافر العناصر الأساسية التي تستكمل الحالة، ففي حالة توافر القدرة على العلاج في المنظمة الصحية نفسها فلا تكون هناك حاجة لنظام الاتصالات كون الحالة لا تغادر الموقع الصحي.
- نظام الاسترجاع: يعتمد نظام الاسترجاع على طريقة خزن البيانات التي يفترض أن تكون مستكملة لكل البيانات الأساسية الوصفية عن الحالة المرضية اعتماداً على افتراض أن البيانات متوافرة لدى المنظمة ولا حاجة للحصول عليها من المريض في كل مراجعة لاحقة اعتماداً على مبدأ التنقيب عن المعلومات Data Mining الذي يقوم على افتراض أن كل المعلومات عن المستفيد متوافرة لدى المنظمة الصحية لكن المعلومة تكون متاحة عبر نظام التنقيب عنها.

٢. التصميم الداخلي للمراكز الصحية: تتوافر تقانة الخطوط المتوازنة التي تكون المحطات الخدمية على جانبي البناء ويمر المريض في المنتصف كونه هو الذي تجري عليه وظائف الرعاية الصحية من استشارة إلى علاج إلى وقاية إلى تأهيل، وهذا الشكل يضمن الانتقال المريح للمريض ويقلل التعب والجهد والتكلف كون الممرات داخل المركز الخدمي واسعة ويمنع الاختلاط بين المرضى لما له الإسهام البالغ في حصول مضاعفات للحالة المرضي حال عدم مراعاة التصميم التخصصي للرعاية الصحية فيكون التصميم على وفق الشكل (٢) (بالمر، ترجمة: بهاء شاهين، ٢٠٠٩، ١٨٦)

إسهام نظام إحالة المرضى بين المنظمات في تطوير الخدمة الصحية...



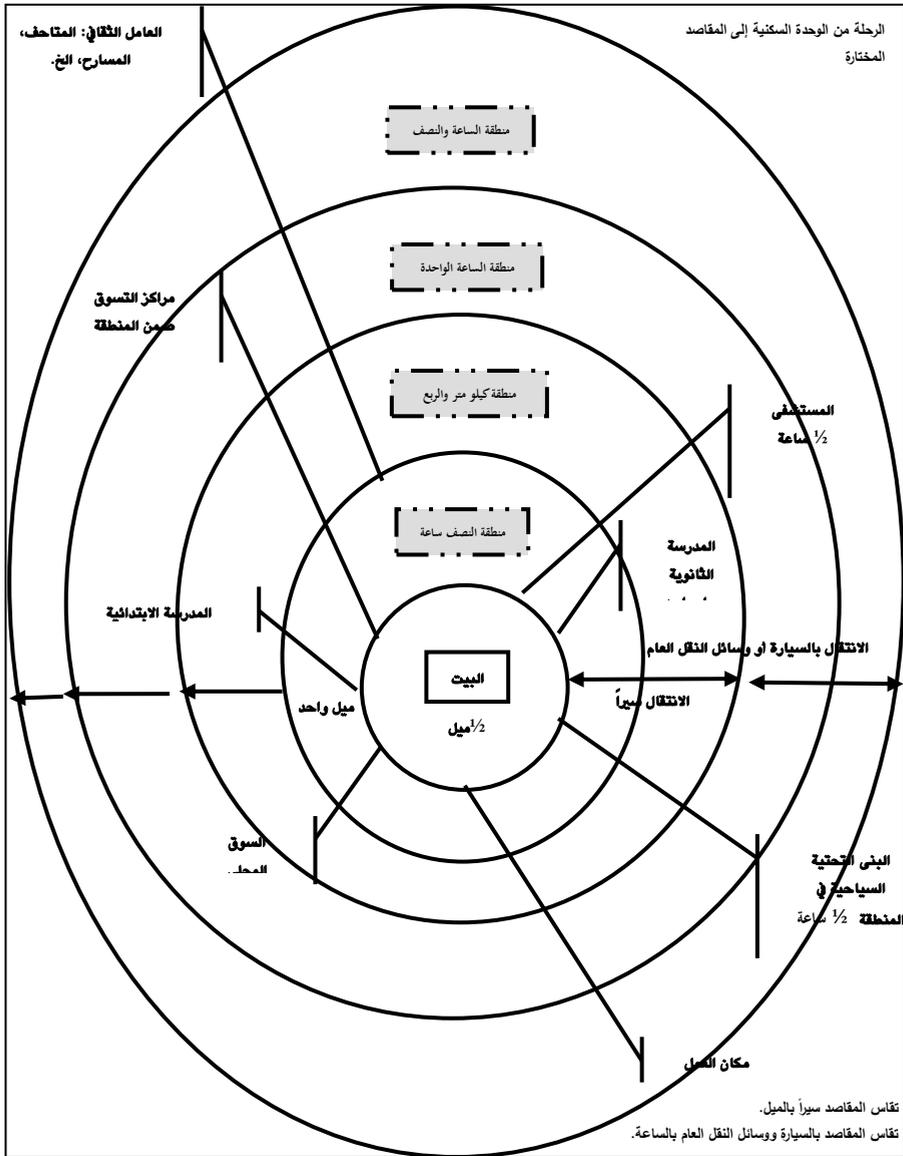
المصدر: إعداد الباحث

شكل (٢)

تصميم مركز الرعاية الصحي المتكامل

خامساً: العوامل المؤثرة في قياس وقت الوصول إلى المستشفى

تؤثر العديد من العوامل الداخلية (داخل المركز الصحي) وخارجية (خارجه) في زيادة وقت الوصول من المركز الصحي إلى المستشفى والعكس فمثلاً المواقع الثقافية ومستوى التخطيط العمراني الثقافي في المدينة، كالمسارح والمتاحف والمواقع التعليمية كلها عوامل تسهل في حالة انتشارها الاستدلال إلى المستشفيات كنقاط دالة، وتؤثر المواقع السياحية والتسهيلات التي توفرها من سهولة المواصلات ونقاط الاستدلال وتوافر المكاتب السياحية والمرشدين في تسهيل الوصول إلى المواقع الصحية (عوادة، ٢٠٠٧، ١٧). والشكل (٣) يوضح تفاصيل هذه العوامل التي تمكّن من قياس الوقت اللازم للوصول.



المصدر: إعداد الباحث

شكل (٣) العوامل المؤثرة في وقت الوصول للمستشفى

المبحث الثالث

الاطار العملي

أولاً: سهولة الحركة

تعرف سهولة الحركة كونها "الحصول على المنتج بأقصر وقت وبالجودة المعقولة وللتقسيم الذي ينتمي إليه المريض" وتقاس سهولة الحركة بالمعادلات الآتية: (Heizer & Render, 2001, 310)

١. نسبة ميسورية الطلب للتقسيم السوقي خلال اليوم = (عدد الطلبات غير المنجزة ÷ إجمالي عدد الطلبات × ١٠٠). يلاحظ أن ارتفاع هذا المؤشر دلالة على سهولة الحصول على الخدمة في المركز الصحي أو المنظمة الصحية، والعكس انخفاضه دلالة على صعوبة الاستفادة وتوافر الخدمات.

٢. وقت الحصول على الخدمة للتقسيم السوقي خلال اليوم = ((الوقت الإجمالي المنقضي في المركز الصحي ÷ إجمالي وقت تقديم الخدمة في المركز والمستشفى) × ١٠٠). يدل ارتفاع الوقت إلى التأخير في توافر الخدمة والعكس قلة الوقت دلالة على الاستجابة السريعة.

٣. سهولة الانتقال بين المركز الصحي والمستشفى للتقسيم السوقي خلال اليوم = ((المسافة بين المركز الصحي والمستشفى المحال إليها ÷ السرعة) × زمن التوقفات). يعتمد هذا المؤشر على زمن التوقفات الذي يضاعف السرعة فكلما ارتفع هذا المؤشر دلالة على سهولة الانتقال وسهولة الإحالة والعكس انخفاض هذا المؤشر دلالة على صعوبة الانتقال وصعوبة وصول الحالات المرضية المحالة.

في تطبيق لهذه المقاييس تم اختيار ثلاثة مراكز صحية، تتوافر فيها بنى تحتية متماثلة تقريباً وهي تعدّ من المراكز الصحية القديمة في مجال العمل والرعاية الصحية، فيلاحظ أن المركز الصحي الشرقي (في منطقة النبي يونس) مؤشر ميسورية الطلب بلغ ما معدله ٣٣,٣٣٪ دلالة على صعوبة الحصول على الخدمة فيه وضعف قدرته في حسم الحالات الصحية قبل الإحالة هذا يمكننا من قبول الفرضية العدمية "لا

يتوافر التيسير في الحصول على خدمات الرعاية الصحية من المراكز الأولية ورفض الفرضية البديلة التي تؤكد توافر التيسير. من جهة ثانية يلاحظ انخفاض وقت الحصول على الخدمة في المركز نفسه دلالة على التدخل المناسب للرعاية الصحية، فهو منخفض نسبياً ٤٣,٣٣٪، دلالة على عدم تحقق الفرض الثاني فيما يخص عدم توافر السرعة تحديداً.

من جهة أخرى يلاحظ في المركز الشرقي صعوبة الانتقال إلى المستشفى فقد بلغ مقدار الضياع في الوقت للكيلو متر الواحد ٥,١٤ دقيقة في حين في مركز الزهور بلغ ما معدله ١٥,٤٢ دقيقة/ كم دلالة على رفض الفرضية العدمية التي أوردت "لا تحقق جودة الخدمات التي يوفرها المركز الصحي وبخاصة عدم توافر السرعة ولا السهولة في الانتقال عند الإحالة" في المركز الشرقي وقبولها في مركز الرعاية الصحية في الزهور. نتيجة ارتفاع معدل صعوبة الحركة، ويلاحظ التباين بين المراكز المبحوثة في الجدول (١)، إذ تمت الإشارة إلى أهم النتائج.

جدول (١)

ثانياً: تقييم نظام الإحالة بين منظمات الرعاية الصحية في محافظة نينوى

تظهر مستويات الرعاية الصحية في العراق عموماً لاسيما في نينوى عبر استعراض واقع هذه المستويات، إذ تقدم مراكز الرعاية الصحية خدمات المراقبة والفحص للنساء والأطفال عبر مراكز الرعاية الصحية الأولية ومستشفيات الولادة والأطفال، وقد ازداد عدد هذه المراكز خلال الفترة ٢٠٠٢-٢٠٠٧ بمعدل نمو قدره ١٪ فقط بينما هذا المعدل مرتفع في سنة ٢٠٠٦ إذ بلغ ٦٪. أما المستشفيات في المستويين الثالث العام والمستوى الثاني التخصصي، فقد بلغ عددها أربع عشرة مستشفى في المحافظة، وهذا العدد لم يزداد على نحو يذكر على مدى أكثر من ثلاثين سنة، وعدد الأسرة الكلية ٢٩٨٤ سرير، بينما عدد الأسرة المهيأة ٢٨٠٧ يشمل المستشفيات

العامة والخاصة داخل وخارج مركز المحافظة الذي يوضح الفجوة النسبية بين العدد الكلي والفعلي وبمعدل انخفاض بلغ ما معدله ٣٥,٨٪. (سجلات دائرة صحة نينوى، ٢٠٠٩)

ويلاحظ من مؤشر عدد سكان /مركز صحي في سنة ٢٠٠٧ أنه أعلى من المستوى القياسي البالغ ١٠٠٠٠ /المركز الصحي، وأن المستوى الفعلي ٦٣٤٤٩ عدد سكان/ مركز الصحي في مدينة الموصل مثلاً، فضلاً عن القصور في توزيع مراكز الرعاية الصحية على المناطق فقد بلغت نسبة الحرمان لمؤشر الوقت المستغرق للوصول إلى المركز الصحي نصف ساعة. انخفضت نسبة الولادات التي تجري تحت إشراف موظفي الصحة من ذوي الاختصاص من ٨٩,٢٣٪ إلى ٨٩٪ بين سنة ٢٠٠٤ و٢٠٠٦، وبلغت نسبة النساء المتزوجات بعمر ١٥-٤٥ ممن يستخدمن موانع الحمل من نسبة ٥٦,٥٪ انخفضت نسبتهم إلى ٥٠٪. بالنسبة لتوفر الرعاية الصحية أثناء الحمل بلغت نسبة الأسر المحرومة ١٣٪ على وفق خارطة الحرمان لسنة ٢٠٠٦ (سجلات دائرة صحة نينوى، ٢٠٠٦).

بلغت نسبة النساء اللواتي يلدن في البيت ٣٤,٣٪ دلالة على ضعف تغطية الحوامل لاسيما في المناطق الريفية، إذ إن أعلى نسبة للولادات في المستشفيات هي في المناطق الحضرية وتبلغ ٧٠٪ أما في الريف ٥٥,١٪ وأعلى نسبة هي للمتعلقات تعليمياً عالياً وثانويّاً بنسبة ٧٦,٦٪ مقارنة بـ ٤٦,٨٪ لغير المتعلقات وربات البيوت، وعلى وفق نتائج المسح العنقودي المتعدد المؤشرات بلغت نسبة الولادات التي تمت بأيدي ماهرة ٨٨,٥٪. يتضح من هذه المؤشرات توافر فجوة واضحة بين مراكز الرعاية الصحية في برامج الرعاية الصحية في الريف عنه في المناطق الحضرية وبخاصة فيما يرتبط بنوع الاختصاص وهو رعاية الأمومة والطفولة التي تشكل الفئة الأكبر من المستفيدين من خدمات الرعاية الصحية الأولية، يتم تقييم نظام الإحالة عموماً على تقييم البنى التحتية الصحية في ضوء الآتي: (مالك، ٢٠٠٩، ٤).

١. تقييم موارد الرعاية الصحية: على الرغم من أن معدل الأطباء مقابل عدد السكان يقل عن المعدل الاقليمي ومن ثم العالمي إلا أن هناك تمثيلاً جيداً للأطباء بصفة

إسهام نظام إحالة المرضى بين المنظمات في تطوير الخدمة الصحية...

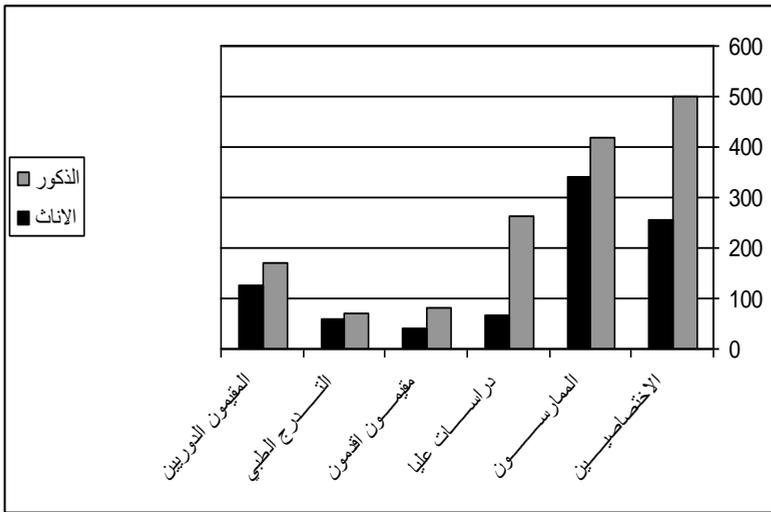
عامة ضمن الفئات المختلفة للمهنيين الصحيين في العراق. ففي سنة ٢٠٠٧ أن هناك ١٥٩٩٤ طبيباً يعملون في سائر أنحاء البلاد. وبمعدل ٦,٢ طبيب لكل ١٠٠٠٠ نسمة. وعدد الأطباء الاختصاص منهم ٤٩٨٢ طبيباً بنسبة ١,٩ لكل ١٠٠٠٠ نسمة وغير اختصاص ١١٠١٢ طبيباً وبنسبة ٤,٣ لكل ١٠٠٠٠ نسمة أي إن حوالي ثلث الأطباء في العراق هم من حملة الشهادات العليا. والعدد الكلي لأطباء الأسنان ٣٥١٥ وبمعدل ١,٤ طبيب أسنان لكل ١٠٠٠٠ نسمة (سجلات دائرة صحة نينوى، ٢٠٠٩).

إن العدد الكلي للصيادلة ٣٣٥٧ صيدلي وبمعدل ١,٣ صيدلاني لكل ١٠٠٠٠ نسمة. هناك نقص واضح في اختصاصات طبية معينة كالتخدير، والطب العدلي، وطب الطوارئ، والطب النفسي، وطب الأسرة. إن العدد الكلي للملاكات الصحية ٣٥٨٦٣ في سنة ٢٠٠٧ ومن مختلف الاختصاصات وبمعدل ١٣,٩ ملاك صحي لكل ١٠٠٠٠ نسمة، و٢,٢ ملاك صحي لكل طبيب. والعدد الكلي للملاكات التمريضية ٣١٧٨٢ (ذكور ٢٥٣٨٧، إناث ٦٣٩٥) ونسبة الإناث إلى الذكور للملاكات التمريضية ١:٤ وبمعدل ١٢,٣ ملاك تمريضي لكل ١٠٠٠٠ نسمة، دلالة على توافر فجوة نوعية في العاملين والحاجة إلى العاملات في المراكز الصحية لاسيما الممرضات، إذ يتوافر ٢ ملاك تمريضي لكل طبيب. تبلغ زيادة نسبة عدد العاملين في وزارة الصحة بين ١١-٥٠ لكل ١٠٠٠٠ بين السنوات ١٩٩٩-٢٠٠٧. وزيادة نسبة الأطباء في وزارة الصحة ٥,٣-٦,٢ لكل ١٠٠٠٠ نسمة بين السنوات ١٩٩٩-٢٠٠٧ (سجلات دائرة صحة نينوى، ٢٠٠٩).

وهناك أيضاً نقص في التخصصات التمريضية المتعلقة بصحة المجتمع، والطب التأهيلي والتوعوية والتثقيف الصحي. بالمقارنة بمحافظات العراق فإن محافظة نينوى تمتلك شبكة خدمات صحية ممتدة عبر المحافظة كلها، مع أنه لا يزال يوجد الفرق الواضح بين تلك الخدمات وعدد الأطباء حديثي التخرج كمعدل سنوي ٥٠٢ طبيب اختصاص، و٤٨٤ طبيب ممارس و١٦٩ طبيب مقيم أقدم و١٩٤ طبيب مقيم دوري توجد الخدمات الطبية التي توفرها وزارة الصحة في مدى

5 كيلومترات من المراكز الصحية لـ 95% من السكان. ومع ذلك فإن المستوى العام للرعاية الصحية متدن. وهناك قلة في عدد الممرضات (سجلات دائرة صحة نينوى، 2006).

يلاحظ قلة عدد الإناث من الكادر الطبي لاسيما المقيمين الدوريين الذين من أهم خصائصهم هي الإقامة الدورية في مستشفيات متباعدة جغرافياً في عموم المحافظة الشكل (4)



المصدر: (سجلات، دائرة صحة نينوى، 2009).

شكل (4) الموقف الشهري للقوى العاملة (الموجود الفعلي)

2. معدل التغطية بالرعاية الصحية: إن مؤشرات الصحة مثل معدلات وفيات الأمهات والمواليد لا تزال مماثلة لتلك المعدلات في بلدان العالم الفقير. فمعدل وفيات الأمومة في العراق 84 لكل مائة ألف مولود حي (سنة 2000 وزارة الصحة) وهو يعدّ معدلاً منخفضاً مقارنة بالرقم السابق في العراق لسنة 1992 وهو 174 لكل مائة ألف. ويبلغ ما معدله 37% لم ينلن متابعة أثناء الحمل. و60% من الولادات كانت عن

إسهام نظام إحالة المرضى بين المنظمات في تطوير الخدمة الصحية...

طريق مساعدة القابلة لدلالة على عدم توافر الخدمات الصحية الجواله وبخاصة مراعاة التقسيم السوقي وفق العوامل العرضية (مالك، ٢٠٠٩، ٥).

في الواقع الحالي للرعاية الصحية الأولية في الأقضية والنواحي والقرى في محافظة نينوى، إن المنظمات الصحية فيها تتحمل العبء الأكبر من حجم العمل واستقبال المراجعين لعيادات الطب العام وعيادات السكر وعيادات الأسنان ورعاية الأمومة والطفولة والتطعيم. إن معدل تردد المستفيد على المركز الصحي ٣ زيارات في السنة، فعلى سبيل المثال أن مؤشرات الأداء لمستشفيات المجمع الطبي التعليمي في مدينة الموصل عموماً غير مبشرة، الذي يغطي نشاطه المنطقة الشمالية ومحافظة صلاح الدين الجدول (٢)، (بورما، ٢٠١٠، ٣١٠).

في المجمع الطبي التعليمي يلاحظ تفاوت المؤشرات بين مستشفى وآخر فالمعدل الأعلى للوفيات لكل ١٠٠٠ مريض هو في مستشفى ابن سينا التعليمي الذي يبلغ ما معدله ٥٩ لكل ١٠٠٠ مريض دلالة على ضعف وظائف المستشفى العلاجية، والوقائية، والتأهيلية، التعليمية، وغيرها. أما مستشفى الجمهوري التعليمي يستخدم مؤشر إشغال الأسرة الكلية دلالة على الجاهزية، فهو منخفض نسبياً وبلغ ما معدله ٢٨٪، ومعدل انشغال الأسرة المهيأة للرقود ٤٢٪ ومعدل مكوث المريض الواحد ٣ أيام وفترة خلو السرير ٤ أيام لسنة ٢٠٠٧ كما يبلغ عدد السكان الذين يخدمهم المجمع مع مستشفيات السلام والخنساء والعام وابن الأثير ١,٨٤٠,٠٢٣ نسمة داخل حدود مدينة الموصل من حيث كونهم مستشفيات تخصصية وتمارس أكثر من خدمة واختصاص (سجلات مستشفيات المجمع الطبي التعليمي، ٢٠٠٨).

جدول (٢)

٣. قطاع الدواء: إن الصناعة الدوائية الوطنية كانت تتيح ما معدله ٣٠٪ من الاستهلاك المحلي للدواء قبل سنة ١٩٩٠ بعد ذلك اضطرت العديد من مصانع الأدوية إلى تخفيض معدل الإنتاج كشركة سامراء لصناعة الأدوية، ناهيك عن الحصار وما كان له تأثير سلبي طويل الأجل في هذه الصناعة لذا بدأ التقنين من خلال العمل بنظام البطاقة الخاصة للمصابين بالأمراض المزمنة، الذين بلغ عدد

إسهام نظام إحالة المرضى بين المنظمات في تطوير الخدمة الصحية...

الحاصلين على البطاقة الدوائية لسنة ٢٠٠٥، هو ٦٥٨,٥٠٧ وارتفعت اعدادهم إلى ٧٠٦,٧٠٩ في سنة ٢٠٠٦ بمعدل تغير ما معدله ٢,٨٪.

يتميز واقع الرعاية الصحية في المحافظة بتوافر العوامل الأساسية والدرجة المؤثرة في تحقيق الجودة وأهمها الصناعة الدوائية، ففيها فضلاً عن المستشفيات والمراكز الصحية العامة والتخصصية تتوافر الصناعة الدوائية ممثلة بالشركة العامة لصناعة الأدوية والمستلزمات الطبية في نينوى، يتكامل نشاطه مع أنشطة الرعاية الصحية التي تقدمها المستشفيات في المحافظة، الذي يؤكد تحقق فرضية العدم التي تنص " غياب العلاقة بين الصناعة الدوائية في المحافظة مع أنشطة الرعاية الصحية في المستشفيات"، فضلاً عن اعتماد قسم الصيدلة وهو الجهة التابعة لدائرة صحة نينوى والقائم على عملية تجهيز الأدوية والمستلزمات الطبية للمستشفيات العامة والتخصصية فيها، على تجهيز ما معدله ١٥٪ من توريد الأدوية والمستلزمات الطبية على مصنع الأدوية، ومعمل الألبسة الجاهزة ومعمل الغزل والنسيج في المحافظة (سجلات دائرة صحة نينوى، قسم الصيدلة، ٢٠٠٨).

يجهز قسم الصيدلة منظمات الرعاية الصحية التابعة للدولة إدارياً ومالياً، الأدوية داخل وخارج المحافظة، ويتعامل مباشرة في هذا التجهيز مع المستشفيات والمراكز الصحية على أساس القطاعات ويعرف القطاع بأنه تنظيم إداري للرعاية الصحية يضم عدداً من المراكز وعيادات الرعاية الصحية الأولية ويخضع لحدود إدارية وجغرافية في ممارسة أعماله المنظمة. ويتكون هذا التنظيم من ثمانية قطاعات في المحافظة وهي (البعاج، وسنجان، والحمدانية، وتلكيف، ومخمور، وتلعفر، والموصل بقطاعيه الأيمن والأيسر). يلاحظ أن ٤١٪ من الأدوية المجهزة هي مستوردة وأن ٤١٪ منها تشتري من المذاخر المنتشرة في المحافظة، سواء كانت المذاخر حصلت عليها من الشركة العامة لصناعة الأدوية والمستلزمات الطبية في الموصل، أم تستورد من قبل القطاع الخاص. إن المشكلة الأساسية التي تواجه دائرة الصحة، لاسيما في المستشفيات التابعة لها هي صعوبة استلام حصص الأدوية المخصصة لها من المركز في بغداد، والبديل يكمن في تمكين دائرة

صحة المحافظة لشراء بعض الأدوية لاسيما الأدوية النادرة مع صعوبة السيطرة على جودة الدواء لضعف الإمكانيات الرقابية عليها.

٤. **شعبة الإسعاف الفوري:** تعد شعبة الإسعاف الفوري في محافظة نينوى من أقدم وحدات الإسعاف الفوري على مستوى العراق، لاسيما وإنها تأسست كوحدة صغيرة سنة ١٩٥١م خلف بناية المستشفى الملكي (الجمهوري حالياً)، وفي عقد الستينات من القرن العشرين شهد الإسعاف الفوري تطوراً من حيث الزيادة الكمية لعدد سيارات الإسعاف والكوادر الفنية، وفي عقد الثمانينات من القرن العشرين شهد دور الإسعاف الفوري تطوراً نوعياً في نقل الجرحى في أثناء الأزمات في المحافظة وإتساع الرقعة الجغرافية لتغطية خدمات الإسعاف.

زودت وحدة الإسعاف الفوري في عقد التسعينات من القرن العشرين بسيارات حديثة ليبلغ عددها ٥٣ سيارة، وتم فتح مراكز الإسعاف الفوري في عدد من المستشفيات والمراكز الصحية داخل المحافظة وخارجها. منذ سنة ٢٠٠٠ والشعبة في تطور مستمر لاسيما بعد تزويدها بعدد إضافي من سيارات الإسعاف المتخصصة قُدر بتسع سيارات نوع فورد، وخمس سيارات نوع بيجو، وإحدى عشرة سيارة مرسيدس / B، وثلاث سيارات نوع نيسان، وعشر سيارات نوع تيووتا، وفي أحداث سنة ٢٠٠٣ سرقت سيارة واحدة وأحرقت سيارة واحدة ودمرت سيارة واحدة بالكامل.

تقسم واجبات شعبة الإسعاف الفوري على نوعين: الفني، والتدريب، ففيما يخص الواجب الفني، إسعاف الحالات المرضية اليومية كافة في محل الحادث، وفنياً تحتوي كل سيارة إسعاف على جهاز الرجة الكهربائية (لاستعادة نبضات القلب) مع ملحقاته كافة، وقناني أوكسجين مع جهاز الإعطاء والمقياس، والتقسيم الخاص به فضلاً عن منظم وتوصيلات، وحقيبة بلاستيكية لوضع ملحقات جهاز الرجة الكهربائية، وجهاز تحكم عن بعد لقياس دقات القلب وضبطه، وأجهزة فحص

إسهام نظام إحالة المرضى بين المنظمات في تطوير الخدمة الصحية...

ضغط الدم، وصيدلية داخلية، وسريرين متحركين وسرير داخلي ثابت، ويرافق السيارة معاون طبي وسائق.

ومن واجبات الشعبة تقديم العناية المركزة في أثناء نقل الحالات الطارئة من المحافظة إلى بقية المحافظات، والمساهمة في عملية الإنقاذ والإسعاف لكافة الحوادث والكوارث الطارئة ضمن الرقعة الجغرافية للمحافظة، وتجهيز الاقضية والنواحي بسيارات الإسعاف على نحو دائمى ومؤقت، واستنفار سيارات الإسعاف كافة في حالة حدوث طارئ في القرى والنواحي والاقضية لتقديم الإسناد في منطقة الحادث، وضمن الواجبات الاعتيادية متابعة وفحص سيارات الإسعاف وتحديد نواحي الخلل والأضرار الناتجة عن العمل ومراقبة الواجبات الاعتيادية وإدارة القرارات الفنية اللازمة، وتوفير كافة المستلزمات للشعبة فنياً ومادياً وتوفير الإحصائيات اللازمة عن كل نوع من أنواع السيارات وفتح سجل خاص بها التي تعود ملكيتها إدارياً لدائرة صحة نينوى مع تدوين المعلومات كافة عن سيارة الإسعاف إعتباراً من تاريخ استخدامها حتى استهلاكها.

تتعاون شعبة الإسعاف مع مديرية الدفاع المدني وجمعية الهلال الأحمر والمنظمات الأخرى في تدريب وتنمية قدرات فرق العمل التابعة للشعبة أو تلك الجهات على نحو متبادل فنياً وخدمياً. إن ملاك الإسعاف الفوري الحالي وقبل ضم وحدة النقل والصيانة التي كانت تابعة لدائرة صحة نينوى، يضم مديراً بعنوان طبيب ممارس، وستة وأربعين مسعفاً وتضم بعنوان سائق ما مجموعه ثمانية وثلاثون، وتضم الشعبة أيضاً من حيث المستلزمات المادية وتحديداً سيارات الإسعاف ثلاثاً وثلاثين سيارة في مركز المحافظة، وستين سيارة إسعاف في الاقضية والنواحي.

من الملاحظ تحقق الفرض الآتي: "غياب العلاقة بين تطور وسائل الاتصال والمواصلات وبين السرعة في الاستجابة للحالات الطارئة"، وضعف السيطرة المتطورة على خدمات الإسعاف الفوري، ففي المقاييس العالمية لتغطية أنشطة الإسعاف الفوري من عدد السكان، هو ضرورة توافر سيارة واحدة لكل ١٠٠٠٠ نسمة من السكان، أما في محافظة نينوى فهي سيارة إسعاف واحدة لكل ٣٠٢٢٦ نسمة من السكان مع العلم بأن سكان محافظة نينوى يبلغ ٢,٨١١,٠٦٣ نسمة (النعيمي، ٢٠٠٥، ١-٥).

وفيما يرتبط بتوسيع النشاط كماً ونوعاً يلاحظ اقتصار أنشطة الإسعاف والإنقاذ على النقل البري لاسيما سيارات الإسعاف وما يحيط النقل البري من سلبيات أهمها تأثره بحدود الطريق ونوعيته فضلاً عن نواحي المخاطرة، من دون توافر مستلزمات ومبانٍ مؤهلة للإسعاف جواً، أو نقل نهري عبر قوارب إسعاف نهري مع ملاحظة توافر البيئة المناسبة لتحقيق التكامل في وسائل الإسعاف برياً وجوياً ونهرياً.

الاستنتاجات والتوصيات

١. الاستنتاجات

١. إن تطوير نظام إحالة المرضى كونه أحد اشكال تقديم خدمات الرعاية الصحية لا يتم إلا من خلال دراسة سوق الرعاية الصحية.
٢. يبين البحث ان تطوير نظام احالة المرضى يتم عبر تقسيم سوق الرعاية الصحية، وتكامل خدماتها، والتصميم الداخلي لمراكز الرعاية الصحية.

إسهام نظام إحالة المرضى بين المنظمات في تطوير الخدمة الصحية...

٣. يوضح البحث توافر فجوة واسعة بين الملاكات الصحية من حيث الهرم النوعي والحاجة الماسة للعنصر الأنثوي.
٤. يلاحظ أن السبب الجوهري في اتخاذ قرار الإحالة هو قلة توافر الطبيب الاختصاص في المركز الصحي ناهيك عن شحة الدواء فيها.
٥. تم التوصل إلى مجموعة مؤشرات يمكن أن تمكن من اتخاذ قرار الإحالة في حالة المريض من عدمه هذه المؤشرات تقع تحت مسمى "سهولة الحركة"
٦. يلاحظ أن أعلى معدل تغطية من بين المراكز الصحية هو ٤١,٦٢٪ (وهو ناتج قسمة سكان منطقة العمل على إجمالي سكان الموصل مضروبة في ١٠٠) في المركز الشرقي دلالة على تكامل خدماته، وفي الوقت نفسه هذا الزخم يؤثر سلباً في ميسورية الطلب التي بلغت في المركز نفسه ما معدله ٣٣,٣ ٪ دلالة الحاجة لتطوير أبعاد نظام إحالة المرضى التي قدمها البحث (هي تقسيم السوق، تكامل الخدمات، التصميم الداخلي).
٧. المراكز الصحية غير مهيأة إطلاقاً لاستقبال أعداد كبيرة من المرضى، بسبب كون الأدوية والمعدات والكادر الطبي والصحي والتقني والبيولوجيين، وكذلك الرقع الشعاعية قليلة أو شحيحة.

٢. التوصيات

١. من أجل تطوير طريقة تقديم الخدمات يفترض دراسة كل الأبعاد المؤثرة في قرار الإحالة قبل اعتماده على المستوى الكلي في المحافظة أو الدولة.
٢. يتحقق تطوير خدمات الرعاية الصحية عبر إعادة هيكلة المراكز الصحية حسب الاختصاصات الطبية وتوفير البنى التحتية التي تحتاجها الحالة الصحية الأولية لاسيما الدواء والطبيب الاختصاص فالمركز الصحي يعدّ أول محطة يلتقي فيها المستفيد مع النظام الصحي.
٣. تتطور خدمات المتابعة للحالات المرضية عبر متابعة التقسيمات العرضية لاسيما على وفق الحالات الباردة كالتدرن والأمراض المزمنة ضمن التقسيم

العرضي الذي يقترحة البحث وعبر تكامل الخدمات الصحية بتوفير قاعدة معلومات ونظام اتصالات ونظام استرجاع يمكن السيطرة على حالات التسرب لأمراض تحتاج إلى فترة طويلة ومتابعة لاستكمال علاجها.

٤. إذن نحن مقبلون على مرحلة اقل ما نستطيع وصفها هي فك الاشتباك بين تقديم الخدمة الصحية بشكلها الأفقي والعمودي.. ففي تقديم الخدمة الصحية عمودياً سوف تشهد العيادات الاستشارية والمراكز التخصصية انخفاضاً ملحوظاً في زخم المراجعات مما يتيح تقديم خدمات صحية أفضل وأكثر تخصصاً وعلى صعيد تقديم الخدمة الصحية بشكلها الأفقي سوف تشهد الخارطة الصحية انتشاراً أكثر للأطباء من خلال رفد المراكز الصحية باحتياجاتهم من الكوادر الطبية والصحية وأطباء الأشعة والبيولوجيين وسيارات الإسعاف.

٥. نظام الإحالة نظام تكاملي ويحتاج إلى بنى تحتية وتشغيلية متسلسلة وأن أي نقص في واحدة منها سيؤدي إلى فشل النظام ككل الأمر الذي نوصي بضرورة الغائه في حالة قلة توافر البنى الحركية وارتفاع معدلاتها وأهم هذه المعدلات هي سهولة الحركة.

٦. إن تطوير نظام الإحالة في دائرة صحة نينوى بمنظمتها عموماً يتطلب آلية تتعلق بثقافة المريض وتوعيته أولاً وآخراً، وإن تطبيقه يعتمد على استقبال المصابين وعدم التفريط ولو بمصاب واحد. ويفترض أن تسعى جاهدة لمحاولة جذب المصاب بشتى الوسائل إلى برامج رعاية صحية ورزم تجهيز أدوية متكاملة، التي يفترض أن تعد سلفاً لدى الدائرة.

قائمة المصادر

أولاً: المصادر العربية

١. الوثائق الرسمية

١. بورما، تيبس (٢٠١٠)، تقرير منظمة الصحة العالمية، إدارة الإحصائيات الصحية والمعلومات، دائرة البيانات والبحوث، باريس، فرنسا.
٢. سجلات المجمع الطبي التعليمي، ٢٠٠٨، قسم التخطيط، العراق.
٣. سجلات دائرة صحة نينوى، شعبة الإحصاء، ٢٠٠٦، العراق.
٤. سجلات دائرة صحة نينوى، شعبة الإحصاء، ٢٠٠٧، العراق.
٥. سجلات دائرة صحة نينوى، شعبة الإحصاء، ٢٠٠٨، العراق.
٦. سجلات دائرة صحة نينوى، قسم الصيدلة، ٢٠٠٨، العراق.
٧. سجلات دائرة صحة نينوى، شعبة الإحصاء، ٢٠٠٩، العراق.
٨. النعيمي، مروان قاسم أحمد (٢٠٠٥)، تقرير شعبة الإسعاف الفوري قسم العمليات الطبية والخدمات المتخصصة، دائرة صحة نينوى للفترة من ١ شباط ٢٠٠٥ ولغاية ٣١ تشرين الأول ٢٠٠٥، مديرية الإسعاف الفوري، دائرة صحة نينوى، وثائق غير منشورة، الموصل، العراق.

٢. الرسائل والاطاريح

١. عوادة، غرود غالب صبحي (٢٠٠٧)، مقييس سهولة الوصول إلى الخدمات العامة في المدن الفلسطينية: حالة دراسية مدينة نابلس، رسالة ماجستير منشورة، كلية الدراسات العليا، جامعة النجاح الوطنية.
٢. نعيّرات، مجدولين عبد الله يوسف (٢٠٠٦)، نحو تطبيق اللامركزية الادارية في مستشفى جنين، رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، جامعة النجاح الوطنية.

٣. الدوريات والمجلات

١. مالك، كاشف (٢٠٠٩)، محور الصحة: اطار ورقة الاستراتيجيات ذات العلاقة بالقطاع الصحي دراسة الواقع الصحي في العراق، وزارة الصحة العراقية النشرة الدورية.
٢. مجلس دعم التنمية الصحية تعز (٢٠٠٧)، دراسة لوضع تصور حول دليل نظام للاحالة الصحية في مديريةية الشاميتين محافظة تعز، وزارة الصحة العامة والسكان، مكتب الصحة والسكان، الجمهورية اليمنية، تعز.

٤. الكتب

١. البكري، ثامر ياسر (٢٠٠٢)، إدارة التسويق، ط ١، الدار الجامعية للطباعة والنشر والترجمة، الموصل، العراق.
٢. البكري، ثامر ياسر (٢٠٠٥)، إدارة المستشفيات، ط ١، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
٣. بالمر، أدريان (٢٠٠٧)، مبادئ تسويق الخدمات، ترجمة بهاء شاهين وعلا أحمد اصلاح ودعاء شرافي (٢٠٠٩)، ط ١، مجموعة النيل العربية، القاهرة، ج. م. ع. .

إسهام نظام إحالة المرضى بين المنظمات في تطوير الخدمة الصحية...

٤. الديوه جي، أبي سعيد (١٩٩٩)، إدارة التسويق، ط ٢، الدار الجامعية للطباعة والنشر والترجمة، الموصل العراق.

ثانياً: المصادر الاجنبية

1. Heizer, Jay & Render, Barry (2001), Operations Management, 6th ed., Prentice-Hall Inc., New Jersey, United States of America.
2. Bradley, Elizabeth H. (2007), Blueprint for Hospital Management in Ethiopia, Yale Reprographic and Image Services, New Haven, U.S.A.
3. Wright, Christine C. (1992), Quality Assurance: An Introduction for healthcare professionals, 1st ed., Churchill Livingstone pub. , London, U. K...
4. Overtveit, John (1992), Health Service Quality, 1st ed., Black well Scientific Publications, Victoria, Australia.
5. Heincke, Davis (2003), Managing Services: Using Technology to Create Value, Irwin McGraw Hill, New York, United States Of America.
6. Laudon, Kenneth C. & Laudon, Jane P. (2000), Management Information Systems, 6th ed., Prentice Hall International Inc., New Jersey, United States of America.□