

تقديم الرعاية صفة إنسانية:

العوامل المؤثرة في التجربة الإنسانية في مجال الرعاية الصحية اليوم

THE BERYL INSTITUTE، حاصل على الدكتوراه، أخصائي معتمد في تجربة المريض (CPXP)، رئيس معهد



الترجمة مقدمة إليك بدعم من

THE BERYL INSTITUTE

نبذة عن The Beryl Institute

معهد The Beryl Institute هو المجتمع العالمي المتخصص في الممارسات الطبية، والملتزم بتحسين تجربة المريض عن طريق التعاون وتبادل المعرفة. ونعرّف تجربة المريض بأنها مجموع جميع التفاعلات، التي تشكلها ثقافة المؤسسة، وتؤثر في تصورات المرضى عبر الرعاية المستمرة.



نبذة عن Siemens Healthineers

تمكّن شركة Siemens Healthineers مقدمي الرعاية الصحية في جميع أنحاء العالم من زيادة القيمة عن طريق إمدادهم بالثقة في رحلتهم نحو توسيع نطاق الطب الدقيق، وتغيير أساليب تقديم الرعاية تمامًا، وتحسين تجربة المريض، وتحويل الرعاية الصحية إلى الشكل الرقمي. باعتبارها شركة رائدة في مجال التكنولوجيا الطبية، لا تتوقف شركة Siemens Healthineers عن العمل على ابتكار مجموعة منتجاتها وخدماتها في مجالات عملها الأساسية؛ وهي التصوير التشخيصي والعلاجي وفي التشخيصات المخبرية والطب الجزيئي. وتعمل الشركة بنشاط على تطوير خدماتها الصحية الرقمية والخدمات المؤسسية. في السنة المالية 2018، التي انتهت في 30 سبتمبر 2018، حققت شركة Siemens Healthineers إيرادات بلغت 13.4 مليار يورو، وأرباحاً معدلة بقيمة 2.3 مليار يورو، وبلغ حجم قوتها العاملة حوالي 50,000 موظف حول العالم.

يتوفر المزيد من المعلومات على الرابط www.siemens-healthineers.com.

الملتقى في صميم الرعاية الصحية

في أي قطاع آخر يركز على تعامل البشر مع غيرهم من البشر، توضع اللبنة الأولى لجانب العلاقات، ثم يأتي الدعم من المعاملات المطلوبة، ولكن الرعاية الصحية عكست تلك العملية على نحو يضر بها. ولأنه مع كل العمليات الهيكلية وأنشطة المعاملات التي نفذتها الرعاية الصحية، لا يزال العنصر الأكثر أهمية الذي سعت إلى معالجته بنجاح يشكل تحديًا حتى اليوم؛ وهو الجودة والسلامة.

عندما نتطلع إلى مشهد الرعاية الصحية اليوم، من الصعب أن نغض النظر عن تلك الضغوط الهائلة من الخارج والداخل. وهذه ليست ظاهرة خاصة ببلدان محددة مدفوعة ببساطة بسياسة أو حتى رد فعل تجاه القيود أو الاعتبارات المتعلقة بالتكاليف. ومع أن هذه العوامل لها دور بلا شك، فإن هناك مشكلات أكبر تدفع طرق الرعاية الصحية التقليدية.

وقد أسفر هذا الضغط عن ظهور آراء جديدة حول كيفية النظر إلى الرعاية الصحية، والممارسات التي يمكن من خلالها أن تتأثر بأكبر قدر من الإيجابية. وقد تسبب أيضًا في إجراء أبحاث وجهت أنظار الحركة العالمية الأوسع نطاقًا إلى التجربة في مجال الرعاية الصحية. سعيًا لفهم ما تركز عليه المؤسسات عند التعامل مع التجربة، وما حدده المستهلكون على أنه مهم في تجربة رعايتهم الصحية، والعوامل الرئيسية التي تؤثر في القدرة على تقديم أفضل تجربة، فقد توصلنا إلى مجموعة من العوامل التي تمثل ذروة التاريخ والإجراءات القائمة على أفكار حقوق المرضى ومناصرتهم، وتميز الخدمة، والآن التجربة.

لم يكن هذا التاريخ خطيًا فحسب، وإنما كان توسعياً أيضًا وأفسح المجال مؤخرًا أمام ظهور آراء متكاملة أوسع نطاقًا عما تتضمنه التجربة في النهاية في بيئة الرعاية الصحية. وقد برزت نقطة الالتقاء بين المسار التاريخي ووجهات النظر المتوسعة في الوقت الذي واجهت فيه سوق الرعاية الصحية نفسها الضغوط المحددة أعلاه.

في بيئة تشهد حاليًا تحولًا مستمرًا بسبب الوصول متزايد السرعة إلى المعلومات وتصاعد موجة وعي المستهلك واختياره، تجد الرعاية الصحية نفسها مطالبة بالتصرف بشكل مختلف، غير أن النظام نفسه ليس مصممًا للتعامل مع هذا المستوى من الديناميكية. لقد صُممت الرعاية الصحية باعتبارها عملاً متعلقًا بالمعاملات ذات الصلة بالرعاية التي يقدمها مقدمو الرعاية إلى المرضى. وبينما تعكس هذه الهياكل والأدوار الحقائق الواقعية للرعاية الصحية أثناء تقديمها للخدمات، فقد افتقرت إلى جوهر الرعاية الصحية ذاته. وتناصل بشكل أساسي في بشر يقومون على رعاية غيرهم من البشر.

ومن ثم، تستدعي هذه الفكرة تأمل الرعاية الصحية على أنها في الواقع عمل علائقي. غير أنه في الجزء الأكبر من تاريخها، ارتكزت الرعاية الصحية على المعاملات التجارية فقط ليتم استكمالها بجانب العلاقات في الرعاية، مثل "أسلوب محادثة المرضى". وتتعرّض هذه النقطة بموجب حقيقة أن هذه الأفكار كانت هامشية في تجربة الرعاية الصحية.

من جذور الدعوة إلى العمل

عمد التقرير البارز بعنوان "To Err is Human" (البشر يخطئون) الذي صدر عن معهد الطب (Institute of Medicine) في نوفمبر 1999 إلى تسليط الضوء على تأثير أخطاء السلامة في الرعاية الصحية وتكلفتها.¹ وورد فيه: "ليس مقبولاً أن يتعرض المرضى للأذى من نظام الرعاية الصحية الذي من المفترض أن يقدم لهم الشفاء والراحة". وأقر التقرير بأن الأخطاء غالباً ما تقع بسبب الأنظمة، والعمليات، والظروف المعيبة التي تقود الناس إلى ارتكاب الأخطاء أو الفشل في منعها، وليست ناتجة عن إهمال الأفراد وتقصيرهم. وكانت فكرة أن السلامة أمر يمكن إدارته عبر المعاملات منطقية في ذلك الوقت بالنظر إلى نوع نظام الرعاية الصحية الموجود آنذاك. ولكن يمكن رؤية أن الأسباب المحددة لها جذور أعمق.

في عام 2015، أصدرت المؤسسة الوطنية لسلامة المرضى (National Patient Safety Foundation, NPSF)، وهي الآن جزء من معهد تحسين الرعاية الصحية (Institute for Healthcare Improvement)، دراسة بعنوان: "Free from Harm: Accelerating Patient Safety Improvement Fifteen Years after 'To Err Is Human'" (متحرر من الأذى: تسريع وتيرة تحسين سلامة المرضى بعد خمسة عشر عاماً من تقرير "البشر يخطئون")، والتي تأملت التقدم المحرز في مسعى الحفاظ على السلامة منذ تقرير معهد الطب (IOM). وأقرت الدراسة بأن "وتيرة التحسين ونطاقه كانا بطيئين ومحدودين بشكل مخيب للأمل". مضيفةً أن المرضى لا يزالوا يتعرضون للأذى في الرعاية الصحية ويطلبون ببذل المزيد من الجهد.² وتوصلت دراسة مماثلة أجرتها المؤسسة الصحية (Health Foundation) في المملكة المتحدة في الوقت ذاته إلى نفس النتيجة المتعلقة بنظام هيئة الخدمات الصحية الوطنية (NHS) أيضاً. وهذه الحقيقة، التي أشارت إلى أنه بقدر ما سلط الضوء على السلامة باعتبارها فرصة ينبغي اغتنامها، وكانت الحركة بطيئة في أحسن الأحوال، لاقت مزيداً من التعزيز من البيانات المقدمة من دراسة متابعة أجراها معهد تحسين الرعاية الصحية (IHI) والمؤسسة الوطنية لسلامة المرضى (NPSF) ومركز أبحاث الرأي الوطني (NORC) في جامعة شيكاغو في عام 2017، وجاء فيها إجمالاً أن 2 من كل 5 أمريكيين قالوا إنهم إما تعرضوا شخصياً لخطأ طبي وإما شهدوا حدوث خطأ طبي في رعاية شخص قريب منهم.³

يعد هذا الرقم أكثر أهمية، 40% من الأشخاص شهدوا مستوى معيناً من تجربة التعرض لخطأ طبي؛ إذ يثبت أن المسألة أثرت قبل قرابة 20 عاماً. وبينما كانت هناك تحسينات موثقة في جانب السلامة، فقد أثارت هذه النتيجة بعض التساؤلات. ماذا يطلعنا ذلك على قدرة الرعاية الصحية على دفع عجلة التحسين بشكل عام؟ أو بالأحرى ما الذي قد يشير إليه بشأن فهم الرعاية الصحية لما ينبغي أن تركز عليه لتحفيز التحسين الدائم والمستدام؟ تثير الحقيقة هنا التساؤل حول الاستجابة المتعلقة بالمعاملات نحو قطاع علائقي. هل تكمن الفرصة هنا؟



ينبغي إعادة تصميم الرعاية الصحية لضمان أن تكون الرعاية حجر الأساس الذي تقوم عليه بالكامل. هذا ليس حديثاً عن التجربة باعتبارها شيئاً من اللطيف القيام به، أو ترضية، أو خدمة، وإنما تتأصل في كل ما يؤثر في مشاركة المريض في نظام الرعاية الصحية، وكل ما يطالب المستهلكون برؤيته الآن، وكل الأسباب التي دعت من يقدمون الرعاية إلى اختيار الرعاية الصحية محلاً لعملهم. وتلك فرصة لجعل الجهد الجديد المبذول في مجال الرعاية الصحية يقوم على نقطة التقاء العوامل التي وصفناها أعلاه. وتتركز على الرؤى التي تم جمعها، والقصص التي شاركها الكثيرون، والأمل الذي دفع هذا المخطط في التحسين على مدار العشرين عامًا الماضية.

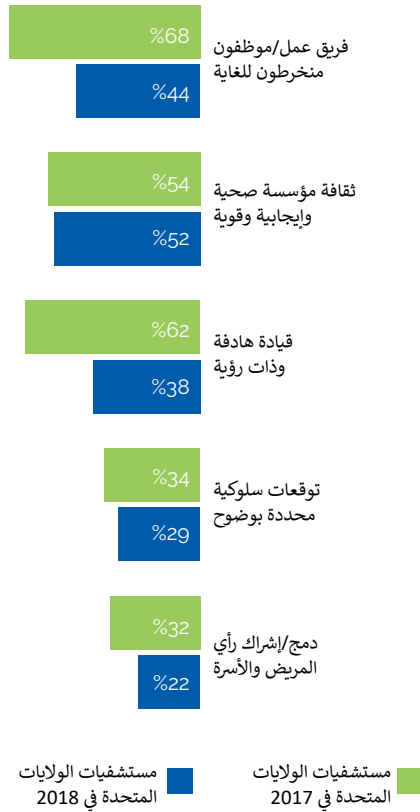
في نفس الفترة الزمنية، عمل معهد The Beryl Institute على التوسع في فكرة تشكيل التجربة باعتبارها مجتمع عضوية عالمياً في عام 2010 وتعريف التجربة بأنها "مجموع جميع التفاعلات، التي تشكلها ثقافة المؤسسة، وتؤثر في تصورات المرضى عبر الرعاية المستمرة". يوضح هذا التعريف صراحة الطبيعة العلائقية التي قامت عليها الرعاية الصحية بشكل جوهري. إنها مجموع جميع التفاعلات - بين البشر بعضهم مع بعض - وليست المعاملات التجارية. وتتركز إلى نوع المؤسسات المشيدة، والسلوكيات المتبناة، والتوقعات الموضوعية، والإجراءات المضمونة. وتلك هي ثقافة المؤسسة ذاتها.

تتمثل الفرصة الآن في الابتعاد بالرعاية الصحية عن مجرد التركيز على تقليل الأخطاء إلى التركيز على توسيع نطاق الرعاية.

وعلى الرغم من كل ما قامت به الرعاية الصحية لوضع بروتوكولات للنجاح، لم تسمح عقلية المبادرة باستمرارية النجاح. ويشير تقرير NPSF إلى بدء تعزيز هذه الأفكار بإقرار الثقافة. وهذا هو الأساس الذي ينبغي أن يقوم عليه أي مسعى ناجح. وينبغي أن يمتد إلى جميع حلقات سلسلة الرعاية المستمرة، بمعنى أنه إذا لم يتم تحديد حلول لمشكلات النظام، فسندأ أنفسنا تأهين في لعبة الإصلاحات السريعة، والإجراءات الرجعية، والتحسين على طريقة لعبة "أضرب الخلد". ويتأصل في تقديم الدعم لفريق الرعاية والشراكة مع المرضى والأسر؛ ما يعزز أهمية التفاعل، وأخيرًا التصورات المتعلقة بهؤلاء الذين يتلقون الرعاية وإشراكهم.

هذا هو الحل النظامي والعلائقي الذي جعلنا ننظر أبعد من مجرد عقلية الجودة/السلامة إلى تكوين رؤية حول التجربة التي يتبناها مستخدمو الرعاية الصحية كل يوم. وتشكل كل من الجودة، والسلامة، والخدمة، والتكلفة، والقائمة الطويلة من جميع الأشياء الأخرى التي يواجهونها قبل التجربة السريرية، وخلالها، وبعدها جزءاً من تجربتهم. ويستلزم تحقيق النتائج المطلوبة التي دعا إليها تقرير IOM الأصلي في عام 1999 تحديد نطاق هذا المنظور وعمقه. تتمثل الفرصة الآن في الابتعاد بالرعاية الصحية عن مجرد التركيز على تقليل الأخطاء إلى التركيز على توسيع نطاق الرعاية.

من حالة التجربة إلى تحدُّ من المستهلكين



الشكل 1.
أهم الأولويات للتعامل مع PX
من الدراسة المعنية بحالة PX في عام 2017

فهمها، و(3) التعامل معهم بأدب واحترام. وفي حين عززت هذه العناصر الأعلى في القائمة الطبيعة العلائقية للرعاية الصحية، ذكر المستهلكون أيضًا أن ذلك لا يقتصر فحسب على التعامل بلطف معهم. وبدلاً من ذلك، أكد المستهلكون على أن مشاركتهم في الرعاية الصحية تتعلق أولاً وقبل كل شيء بصحتهم وعافيتهم. إنهم يريدون من مؤسسات الرعاية الصحية إمدادهم بمستوى من الثقة في قدراتها، بل ويتوقعون ذلك. ويؤكد ذلك أن المستهلكين يتوقعون تلقي رعاية عالية المستوى، وأمنة، وسليمة من الناحية السريرية. رعاية لا تضر، بل تعالج وتشفى.

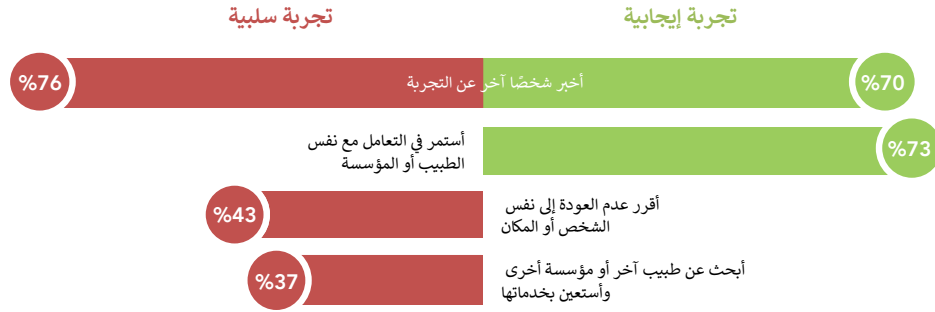
بينما انطلقنا في هذه الرحلة في معهد The Beryl Institute، فقد قمنا عن قصد وباستمرار بتقييم نظام الرعاية الصحية والتزامه بالحديث عن التجربة. وفي هذه السنوات الثماني الماضية، شجعنا التطور الذي ارتقى بمستوى الحديث عن التجربة من مجرد التركيز على التعامل مع الاستطلاعات عن الرضا إلى فهم الآثار الأوسع نطاقاً للعمل بشكل عام.

يجب التوضيح صراحةً بأن هذا الحديث لا يقتصر على مجرد تحسين نتائج الاستطلاع، لم يكن الأمر كذلك، ولن يكون أبداً. وفي حين شجعت الاستطلاعات المدفوعة بالسياسات البعض، أو على الأقل دفعتهم إلى العمل في أماكن، مثل الولايات المتحدة، فقد تبين في عملنا أن الحديث عن التجربة عبارة عن تفضُّ لأمل يتمحور حول ما هو ممكن في مجال الرعاية الصحية. وقد عمل هذا النقاش على الارتقاء بمستوى الحديث عن الإجراءات والأولويات وتوسيع نطاقه. وكشف النقاب عن هذه الأولوية في البيانات أيضًا.

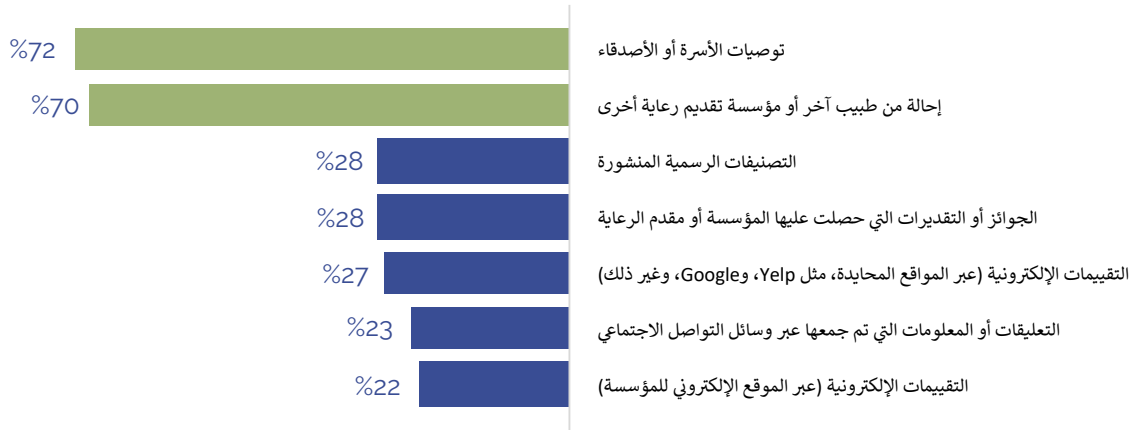
جاء الالتزام بالتجربة من حيث المفهوم على رأس قائمة أولويات القيادة على مدى السنوات الثماني الماضية كما هو موثق في البحث الذي يجريه معهد The Beryl Institute كل عامين عن حالة تجربة المريض.⁴ غير أن المشجع في الأمر هو طريقة تحوُّل منظور القادة والمؤسسات إزاء ما هي التجربة وما ينبغي أن تكون عليه. وما بين أفكار المعاملات المتعلقة بالحد من الضوضاء كأولوية في عام 2011 إلى المفهوم العلائقي للمشاركة في عام 2017، حدّدت مؤسسات الرعاية الصحية على مستوى العالم مجالات التركيز الأسرع نموًا في دفع جهود التجربة على أنها إشراك موظفيها، وفريق العمل، و/أو زملاء العمل وزيادة وسائل مشاركة المرضى وأسرههم بأرائهم. (الشكل 1) وأقروا أيضًا بأن هذه الجهود لا تزال أعمالاً قيد التنفيذ.

وتوجّه مشاركة الموظفين وزملاء العمل بتركيز أكبر على العمل الجماعي، وبيئات العمل والجهود التعاونية ومتعددة التخصصات، وجهود الدعم الأكبر المقدمة للموظفين في بيئات مليئة بالضغط باستمرار. وتتخطى مشاركة المرضى وأسرههم فكرة تأسيس مجموعات تضم المريض والأسرة بهدف جمع المعلومات من المريض إلى إقامة شركات فعالة تمتد من المساهمات على مستوى المجلس إلى المساعي التشغيلية والممارسات بجانب سيرير المريض.

عزز إدراك الطبيعة العلائقية للرعاية الصحية أكثر في بحث 2018 الذي تناول وجهات نظر المستهلكين حول تجربة المريض وأجره معهد The Beryl Institute.⁵ وجاءت الإجابة عن سؤال: "هل تجربة المريض مهمة على الإطلاق للمستهلكين؟" بنعم مدوية. ولكن أهم من سؤال ما "إذا" كانت تجربة المريض مهمة، كان الاكتشاف الأكبر المتمثل في "ما هو الأكثر أهمية بالنسبة إلى مستهلكي الرعاية الصحية. وكانت العوامل التي تربعت على القمة هي (1) الاستماع إليهم، و(2) التواصل معهم بطريقة واضحة يمكنهم



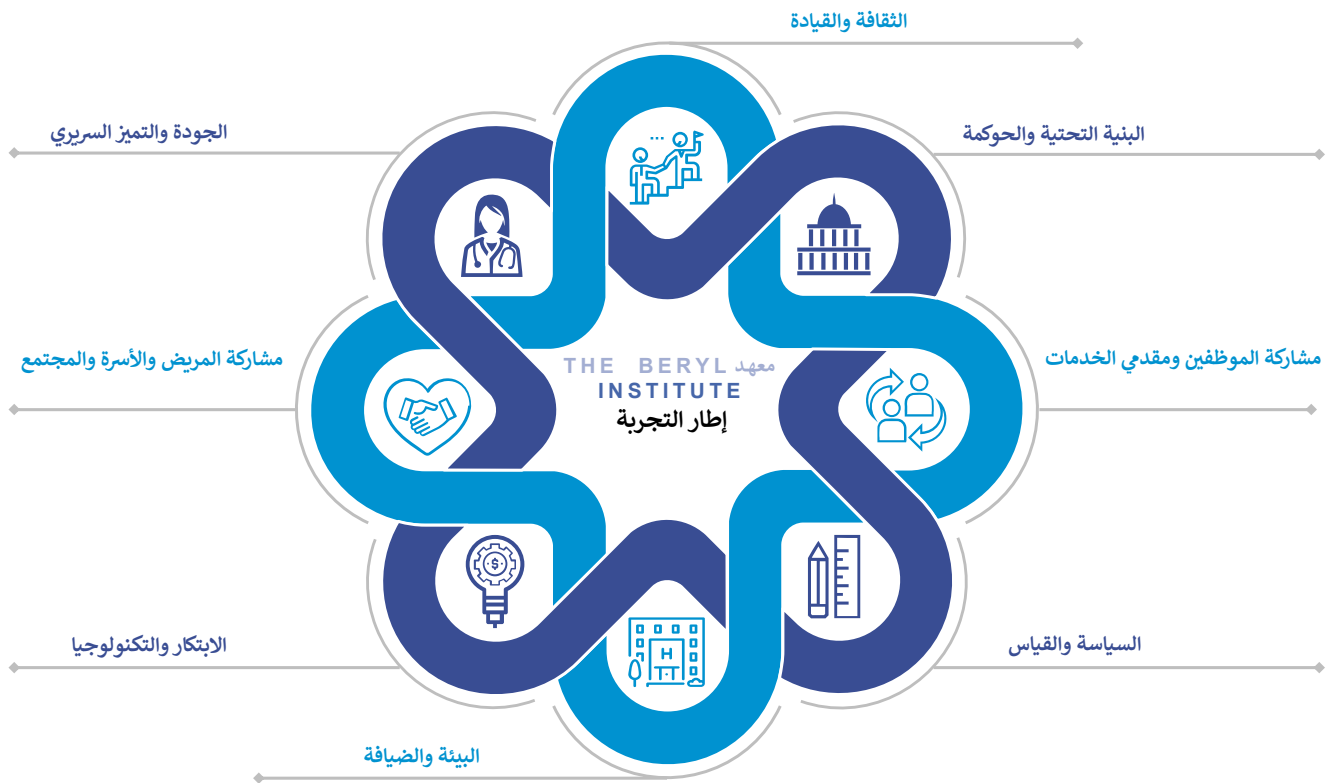
الشكل 2.
ما يفعله المستهلكون على إثر تجربة الرعاية الصحية



الشكل 3.
ما يقوله المستهلكون يحث على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية

(الشكل 2). في النهاية، عند السؤال عما يدفع المستهلكين إلى اتخاذ القرار، كان العنصر الأعلى في القائمة هو التوصيات التي يتلقونها من الآخرين (الشكل 3). ويعني ذلك القصص التي يرويها الآخرون عن تجربة رعايتهم الخاصة. بيت القصيد هو: التجارب التي تصنعها مؤسسات الرعاية الصحية وهي إما أن تبني الولاء وإما أن تُضعفه وتوجّه اختيارات المستهلكين. ويعد الأثر المضاعف مهماً، ويؤدي ذلك إلى تعزيز إدراك أن الرعاية الصحية مجرد عمل علائقي فقط.

لم تتوقف الآثار المترتبة على إجابات المستهلكين عند هذا الحد، وإنما ذهبت إلى أبعد من ذلك. لقد كان المستهلكون واضحين في الكشف عما يهمهم في تجربتهم، غير أنهم أوضحوا أيضًا ما سيفعلونه نتيجة للتجربة التي مروا بها، سواء أكانت جيدة أم سيئة. وجاء على رأس القائمة في كلتا الحالتين أنهم سيشاركون قصصهم مع الآخرين. ومن ثم، تضمن التجارب الجيدة الولاء في أكثر من 70% من الحالات؛ حيث يقول المستهلكون إنهم سوف يظلوا مع ذلك الطبيب أو المؤسسة، بينما أسفرت التجربة السيئة في 4 من كل 10 حالات عن بحث المستهلكين عن مكان آخر لتلقي الرعاية



الشكل 4.
إطار التجربة

إطار للتجربة

تغطي العدسات الثمانية لإطار التجربة (الشكل 4) نطاق ما تتضمنه تجربة الرعاية الصحية الشاملة. وتتجاوز الإجراءات السريرية، أو اللحظات التي تحددها بداية لقاء سريري ونهايته، إلى مجموعة أوسع نطاقاً من نقاط التواصل والجهات المؤثرة في التجربة الشاملة التي يمر بها المرء في مجال الرعاية الصحية. تقدم العدسات الأبعاد المتعددة التي تُشرك مجال رؤية شخص يتعامل مع النظام من الخارج إلى الداخل، الطبيعة العلائقية للرعاية الصحية، في مقابل كونها مبنية من الداخل إلى الخارج مثلما شكلت الرعاية الصحية نفسها تاريخياً.

لتعزيز الجوانب العلائقية في الرعاية الصحية من منظور المؤسسة والمستهلك، رأينا أيضاً الفرصة لتوسيع نطاق إطار العمل لما تنطوي عليه حقاً الرؤية المتكاملة للتجربة. ومن القصص التي تمت مشاركتها والبيانات المجمعة، ومع أصوات هؤلاء المتعايشين مع هذا العمل يومياً، حُدّدت 8 عدسات إستراتيجية تمثل المنظور الشامل والمتكامل للتجربة الإنسانية في مجال الرعاية الصحية. ويجسد هذا الإطار إعادة صياغة لكيفية رؤية التجربة عادةً، ويسلط الضوء على المنظورات العلائقية والنظامية اللازمة لتحقيق النتائج المطلوبة التي دعا إليها تقرير IOM الأصلي. إذا اعتقدنا أن تقديم الرعاية صفة إنسانية، فإن نموذجاً لكل ما يدخل في عملية الرعاية، والتجربة التي يتعرض لها المرء عبر نظام الرعاية الصحية، يصبح مكوناً أساسياً في وضع الإستراتيجية وتحديد الإجراءات المستقبلية.

السبب	العدسات الإستراتيجية
إن الأساس الذي يقوم عليه أي جهد لتقديم تجربة ناجحة هو من المؤسسة، وما هدفها وقيمها، وكيف تتم قيادتها.	 الثقافة والقيادة
تتطلب جهود التجربة الفعالة كلاً من الهياكل والإجراءات الصحيحة التي يمكن من خلالها العمل والتواصل وتطبيق التوجيه الرسمي لضمان التركيز الإستراتيجي المستمر.	 البنية التحتية والحوكمة
تعد رعاية من يقدمون الرعاية ويدعمون تقديمها وإعادة التأكيد على الارتباط بالمعنى والغرض أمراً أساسياً لإدراك التجربة الإيجابية بنجاح.	 مشاركة الموظفين ومقدمي الخدمات
توجه العوامل الخارجية والحقائق النظامية والمالية الخبرة وتؤثر فيها، وتتطلب مقاييس مقبولة ومفهومة لقياس النتائج بفاعلية والحث على العمل.	 السياسة والقياس
يجب أن تكون المساحة التي تُقدم فيها تجربة الرعاية الصحية والممارسات المطبقة لضمان عقد لقاء إيجابي ومرح ومتعاطف جزءاً من كل جهد مبذول.	 البيئة والضيافة
مع زيادة التركيز على التجربة، فإنها تتطلب طرقاً جديدة للتفكير والعمل والوسائل التكنولوجية والأدوات لضمان الفاعلية، وزيادة القدرات، وتوسيع حدود الرعاية.	 الابتكار والتكنولوجيا
لا غنى عن الآراء، والمساهمات، والشراكات مع أولئك الذين يتلقون الرعاية والمجتمع المخدوم في أي جهود مبذولة من أجل التجربة.	 مشاركة المريض والأسرة والمجتمع
تشمل التجربة جميع اللقاءات مع الأفراد وتوقعاتهم بشأن الرعاية الآمنة، وعالية الجودة، والموثوقة، والفعالة التي تركز على التأثير الإيجابي في الصحة والعافية.	 الجودة والتميز السريري

لكل عدسة، ترد عبارة تبين سبب وجوب اعتبارها على الصعيد الإستراتيجي جزءاً من تجربة الرعاية الصحية (الجدول 1). ولا تهدف العبارة إلى تعريف العدسة، وإنما تؤكد على أهمية كل عدسة في التجربة بشكل عام.

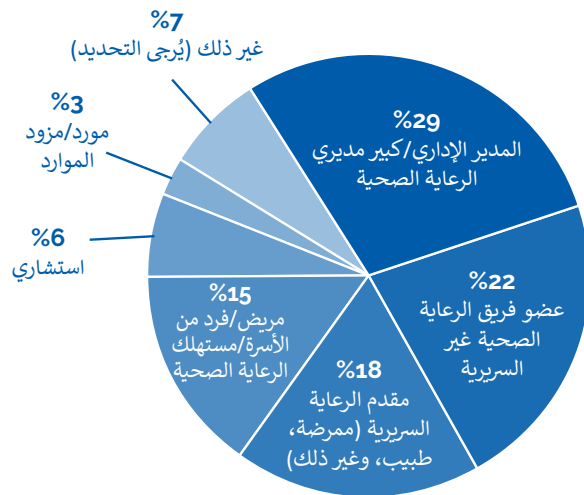
وهناك قيمة أخرى لإطار العمل ذلك تتجاوز المساعدة على تشكيل التركيز الإستراتيجي؛ ألا وهي قدرته على ربط الموارد والحلول بالإستراتيجيات والاحتياجات والهيكلي الذي يقدمه لإجراء مزيد من الاستقصاء والبحث. وقد قَدِّم إطار التجربة هيكلًا لدراسة العوامل المؤثرة في تجربة المريض التي ستتم مشاركتها أذناه. وتعزز نتائج الدراسة النمط الملحوظ في العمل الحالي لمعالجة تجربة الرعاية الصحية. وتكمن المسألة الجوهرية في الرعاية الصحية في كيفية مشاركتنا كأفراد - التفاعلات التي نقوم بها - التي تستند إلى ثقافة المؤسسة وتمتدح عنها. هذا هو جوهر تعريف تجربة المريض ويستكين بالكامل في صميم جهود أي مؤسسة رعاية صحية لتحقيق أهدافها المرجوة.

الجدول 1.

العدسات الإستراتيجية الثمانية في إطار التجربة

استكشاف العناصر المؤثرة في التجربة

أجريت عملية الاستطلاع نفسها عبر الإنترنت خلال شهر يوليو 2018. وتم تحديد مجموعتين من المجيبين عن الاستطلاع. تألفت المجموعة الأولى من المجتمع الدولي لمعهد The Beryl Institute، وهي مجموعة استجابة عامة. وقد جسد المجيبون عددًا من المجموعات، التي تضمنت: إدارة الرعاية الصحية/ كبير المديرين، وعضو فريق الرعاية الصحية غير السريرية، ومقدم الرعاية السريرية (ممرضة، طبيب، وغير ذلك)، مريض/ فرد من الأسرة/ مستهلك الرعاية الصحية، استشاري ومورد/ مزود الموارد. عرّف المجيبون أنفسهم عند إكمال بيانات الاستطلاع. ومثّلت العينة الناتجة من المجيبين 1478 فردًا في جميع الأدوار. ويرد توزيع المسميات الوظيفية في الشكل 5. ينتمي المجيبون إلى 19 دولة، وتمثل الردود غير الأمريكية 16% من حجم العينة.



الشكل 5.
أدوار مجموعة الاستجابة العامة

مثّلت المجموعة الثانية من المجيبين وحدات الرعاية الصحية عالية الأداء. ودُعيت المؤسسات في جميع أنحاء الولايات المتحدة إلى تحديد وحدات معينة داخلها سجلت باستمرار أعلى نسبة مئوية، من 9-10، في سؤال التقييم العام في استطلاع تقييم المستهلك لمقدمي الرعاية الصحية والنظم (Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems, CAHPS) (أو ما يعادله). وطالبت الدعوة المؤسسات بالمساعدة على "تحديد مجموعة مختارة من الوحدات أو الأقسام عالية الأداء على مستوى المؤسسة بالكامل، والتي يكون المدير (المديرون) على استعداد للإجابة عن استطلاع سريع يستغرق 5 دقائق. وإيمانًا مما بأن استطلاعات CAHPS مجرد مؤشر واحد على النجاح، ولأغراض الرقابة، تم تعريف الوحدات/الأقسام عالية الأداء بأنها تلك التي حصلت على درجة "9" أو "10" في أسئلة CAHPS، وحافظت على هذا المستوى، والمتعلقة بـ "التقييم العام" خلال آخر 6 أشهر من البيانات التي قمت بجمعها".

إقرارًا بتحديات التحسين التي واجهتها الرعاية الصحية، وفهم أولويات مؤسسات الرعاية الصحية بشأن تحسين التجربة وتحديد الدوافع الرئيسية للمستهلكين للانخراط في تجربة الرعاية الصحية، نعتقد أن هناك قطعة أخرى مفقودة لحل اللغز. من منظورات أولئك الذين يدفعون عجلة الجهود للتأثير بشكل إيجابي في تجربة الرعاية الصحية، ما هي العوامل التي يعتقدون أن لها أكبر تأثير في تجربة إيجابية؟ كان هدف الدراسة، التي دعمها شركتنا البحثي Siemens Healthineers، هو الإجابة عن سؤال بسيط: "إلى أي مدى تؤثر قائمة العوامل الشاملة في تجربة المريض؟" في محاولة لفهم ما يعتقد هؤلاء الأفراد أنه كان له أكبر تأثير، تم الارتقاء بمستوى فرص واضحة للعمل وتعزيز الاكتشافات الأوسع نطاقًا بشأن ما هو الأكثر أهمية في الجهود المبذولة للتأثير بشكل إيجابي في تجربة المريض.

العملية والمنهجية

تم وضع الأساس الأولي للتحقيق بمساعدة مجموعة تركيز مكونة من متخصصين في الرعاية الصحية الدوليين والمرضى وأفراد الأسرة الذين اجتمعوا معًا في ربيع عام 2018. وقد طُلب من المجموعة التفكير أولاً في سؤال وضع الإطار ومناقشته: "عندما تسمع مصطلح "العوامل المؤثرة في تجربة المريض" ماذا يعني ذلك بالنسبة إليك؟ ما الذي يتضمنه، وما الذي ينبغي أن يتضمنه؟" لاقَت هذه المناقشة دعماً أكبر عن طريق استكشاف العناصر الأساسية لإطار التجربة الجديد؛ وذلك لتحديد العناصر التي تشتمل عليها كل واحدة من العدسات الإستراتيجية بهدف استكشافها. من الثقافة إلى البيئة، ومن المشاركة إلى الجودة، رُفِع الستار عن أفكار أساسية من شأنها المساعدة على وضع مجموعة أسئلة أوسع نطاقًا للتحقيق.

تمحور جزء من هذا الجهد أيضًا حول فهم الطريقة التي ستكون بها هذه المعلومات عظيمة الفائدة بعد جمعها. كما يسعى هذا البحث إلى أن يُبرز، كما اعتقدت مجموعة التركيز الأولية، أن الحديث عن العوامل المؤثرة يحتاج إلى طرحه في سياق وقائع الرعاية الصحية الأوسع نطاقًا اليوم. كان الأمل يحدونا في ألا تصبح الدراسة مجرد وسيلة أخرى لتحديد تلك العوامل، وإنما لسرد قصة أعم عن الفرصة الماثلة أمامنا لضمان التركيز الحقيقي على تجربة الرعاية الصحية.

العوامل المؤثرة ذات الصلة	العدسات الإستراتيجية
<ul style="list-style-type: none"> < التزام القيادة بالجهود المتعلقة بالتجربة < اللقاءات السابقة التي أجراها الفرد مع مؤسسة الرعاية الصحية أو مقدم الرعاية 	 <p>الثقافة والقيادة</p>
<ul style="list-style-type: none"> < عملية تحديد المواعيد < عملية إصدار الفواتير والسداد < عملية الخروج/الانصراف من المرفق الصحي < سهولة الوصول إلى الرعاية < التواصل/التثقيف قبل زيارة المرفق < وقت الانتظار لمقابلة مقدم الرعاية بمجرد الوصول إلى الموعد المحدد 	 <p>البنية التحتية والحوكمة</p>
<ul style="list-style-type: none"> < عافية الفريق السريري < مستوى مشاركة الموظفين < العمل الجماعي بين أعضاء فريق الرعاية 	 <p>مشاركة الموظفين ومقدمي الخدمات</p>
<ul style="list-style-type: none"> < الوصول إلى ردود الفعل في الوقت الفعلي من المرضى < التجربة مع شركات التأمين/التوجيهات الصادرة عنها < التقييمات أو التصنيفات أو التعليقات الخارجية < اللوائح أو المتطلبات الحكومية < التكلفة الإجمالية للقاء الرعاية 	 <p>السياسة والقياس</p>
<ul style="list-style-type: none"> < المرافق (مثل صف السيارات وخدمة الغرف) المتاحة < نظافة المرفق < وضع لافتات واضحة وإشارات لمعرفة الطريق < الراحة في تجربة التشخيص/الفحوصات < مستوى الضوضاء في المرفق 	 <p>البيئة والضيافة</p>
<ul style="list-style-type: none"> < الوصول إلى الواجهات الرقمية/الإلكترونية، مثل التطبيقات الهاتفية أو بوابات المرضى الإلكترونية < الوصول إلى تكنولوجيا ملائمة للمرضى < الوصول إلى أحدث الوسائل التكنولوجية < الوصول الإلكتروني إلى المعلومات الصحية الشخصية < الوصول المفتوح إلى السجلات الصحية الشخصية 	 <p>الابتكار والتكنولوجيا</p>
<ul style="list-style-type: none"> < التواصل الفعال مع المرضى/الأسر < كيفية معاملة المرضى/الأسر شخصيًا < إتاحة الفرصة للمريض لطرح أسئلة على مقدم/مؤسسة الرعاية < الشراكة مع/إشراك المرضى والأسر 	 <p>مشاركة المريض والأسرة والمجتمع</p>
<ul style="list-style-type: none"> < النتائج السريرية للمعالجة/العلاج الموصوف < التواصل/التثقيف حول الأدوية الموصوفة < تنسيق الرعاية خلال اللقاءات وفيما بينها < فاعلية تجربة التشخيص/الفحوصات < إدارة الألم بطريقة جادة ومسؤولة < متابعة ما بعد الزيارة/ما بعد الخروج من المرفق < ممارسات الجودة/السلامة الجلية خلال لقاء الرعاية 	 <p>الجودة والتميز السريري</p>

باستخدام نقطة البيانات هذه، بحثت الدراسة عن هذه الوحدات التي سجلت باستمرار درجة عالية في نتيجة "المربع العلوي". أدركت العملية أيضًا، أنه نظرًا لأن جميع المؤسسات لم تكن مستشفيات أو شاركت في استطلاع CAHPS، فليس بالإمكان تحديد ذلك ببساطة على أساس الترتيب المئوي، وإنما تقييم المؤسسة لمن قدم أفضل تمثيل لمعايير البيانات هذه. من بين مجموعة المجيبين المحددة، تم جمع 294 إجابة من وحدات عالية الأداء تمثل 175 مؤسسة رعاية صحية.

طُلب من المجيبين عن الاستطلاع تقييم 37 عنصرًا بناءً على السؤال التالي: "إلى أي مدى تعتقد أن العناصر التالية أثرت في تجربة المريض؟" كانت العناصر أوصافًا موجزة، واتسمت بأنها واضحة ومختصرة وتفسح بعض المجال لتأويلات المجيبين، ولكن يُعتقد أن المصطلحات كانت واضحة ومختصرة بما يكفي لضمان اتساق الردود. وقد اتسقت العناصر المراد تقييمها مع إطار التجربة وارتبطت بواحدة من العدسات الإستراتيجية الثمانية (الشكل 6). لم يتم توضيح هذا الاتساق للمجيبين، وإنما كان الهدف من وضعه هو التحليل والفرز بعد جمع البيانات.

الشكل 6.

العوامل المؤثرة المتسقة مع إطار التجربة

العوامل المؤثرة في تجربة المريض

سيجري استكشاف الاتساق الأعمق لهذه النتائج مع الأبحاث الحديثة الأخرى التي تم إجراؤها من منظور مستهلكي الرعاية الصحية أدناه، ولكن ما اتسقت معه هذه النتائج وعززته هي أن مشاركة الموظفين والعاملين حظيت أيضًا بأكثر تركيز ذي أولوية متنامية ورائدة لدى مؤسسات الرعاية الصحية التي تتعامل مع مسألة تجربة المريض كما ورد في دراسة "حالة تجربة المريض" في عام 2017. بعد مرور أكثر من عام على نشر هذه النتائج، يبدو أن الاتجاه لا يزال ثابتًا.

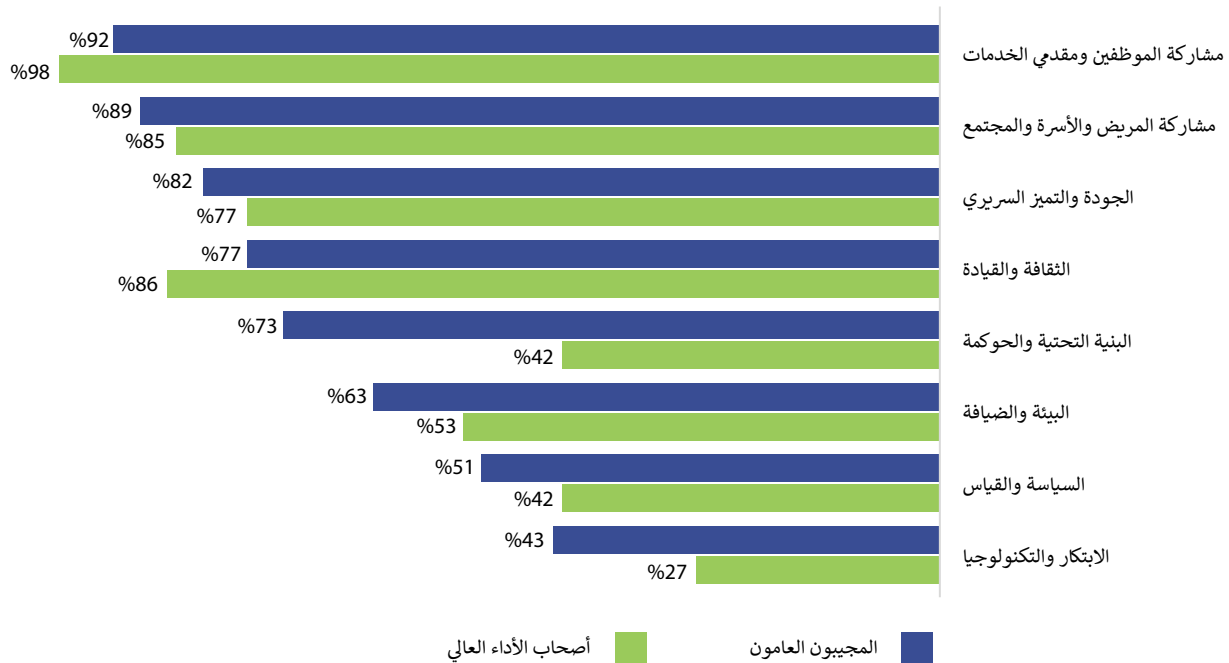
عند تجاوز العدسة الإستراتيجية العليا، كان هناك اتساق بين كل من مجموعة المجيبين العامة وأصحاب الأداء العالي في جميع العدسات الإستراتيجية الأربع العليا (الشكل 7)، وبينما جاء تصنيفها في ترتيب مختلف قليلاً، فقد كانت المجالات العليا التي شعر الناس أن لها التأثير الأكبر في التجربة عبر جميع المجيبين هي:

- مشاركة الموظفين ومقدمي الخدمات
- مشاركة المريض والأسرة والمجتمع
- الجودة والتميز السريري
- الثقافة والقيادة

سعيًا لفهم ما وجد الناس أنه أهم العوامل المؤثرة، تمت مراجعة مجموعات بيانات كل من مجموعة المجيبين العامة ومجموعة الوحدات عالية الأداء. ونظرًا لأنه تم تسجيل درجة كل عنصر على حدة، فمن المهم ملاحظة أنه لم يُطلب من المجيبين تصنيف العناصر على أنها قائمة واحدة، بل أجابوا عن كل عنصر على حدة ومنحوه درجة. وتم تحديد مستوى الأهمية المذكور أدناه عن طريق النسبة المئوية للمجيبين الذين حددوا عنصرًا إما أن له أهمية كبيرة أو أهمية قصوى. مع مراعاة هذا الاعتبار، تم وضع ترتيب لفهم ما هو الأكثر أهمية لكل من مجموعتي المجيبين، ولوحظت أوجه الاتساق والاختلاف. وستقدم النتائج أدناه رؤى حول ما كشفت عنه آراء المساهمين.

أولوية واضحة بشأن الأهمية الإستراتيجية القصوى وفرصة للتركيز

عند تحليل الردود على ترتيب العوامل، تطلعت الخطوة الأولى إلى تحديد ما إذا كانت هناك أي اتجاهات في كيفية اتساق ردود المجيبين مع العدسات الإستراتيجية للتجربة. ومع اتساق كل عنصر مع إحدى العدسات الإستراتيجية، يمكن تحديد درجة عامة لفهم العدسات التي حددها المجيبون بأنها الأكثر تأثيرًا. وما تم التوصل إليه كان أولوية مشتركة بين كلتا المجموعتين من المجيبين. جاءت عدسة مشاركة الموظفين ومقدمي الخدمات في الطليعة من حيث الأهمية القصوى في التأثير في تجربة المريض، يليها عن كثب مشاركة المريض والأسرة والمجتمع. وقد اتسق ذلك مع العاملين المحددين اللذين حصلوا على أعلى تقييم من كلتا المجموعتين - "كيفية معاملة المرضى/الأسر شخصيًا" و"التواصل الفعال مع المرضى/الأسر".



الشكل 7.

ترتيب جميع العدسات الإستراتيجية الثمانية

وبالمثل، يجب اعتبار تقييم الابتكار والتكنولوجيا قصة ذات أهمية على جانب فقط وسبباً للتأمل على الجانب الآخر. تتطلب بيئة الرعاية الصحية سريعة التغير اليوم طرقاً جديدة للتواجد، والتصرف، والتفكير، والمشاركة، وستستدعي الابتكار وتبني تقنيات جديدة للارتقاء بمستوى التجربة وتوسيع نطاقها. تكشف نقطة البيانات هذه عن فرصة للرعاية الصحية ونقطة تحذير. حيثما ارتبطت التكنولوجيا، ولا سيما في السنوات الأخيرة، بأفكار مثل السجلات الطبية الإلكترونية، والتطبيقات التكنولوجية الكبيرة التي جعلت مقدمي الرعاية يشعرون بأنه يتم عزلهم عن مقدمون الرعاية لهم، فسيصبح الابتكار والتكنولوجيا قريباً المحركين الأساسيين والوسيلتين المهمتين اللتين يمكن أن تتواصل من خلالهما مؤسسات الرعاية الصحية مع مستهلكي الرعاية، كما هو الحال بالفعل في العديد من المجالات الأخرى التي تتعامل مع المستهلكين مباشرةً. يجب أن تتقدم الرعاية الصحية بحذر، وتضع في الاعتبار ما تكشف عنه البيانات، وتحديداً، العمل على تمييز كيف ستكون التكنولوجيا والابتكار جزءاً من تجربة الرعاية الصحية في المستقبل.

لتحديد بعض الاختلافات الدقيقة ولكن المهمة، ففي الوقت الذي قِيمت فيه كلتا المجموعتين من المجيبين مشاركة الموظفين ومقدمي الخدمات في المرتبة الأولى، قِيم أصحاب الأداء العالي الثقافة والقيادة على أنها ثاني أهم عنصر بمعدل 9 نقاط مئوية أعلى من مجموعة المجيبين العامة. وجاء على مقربة من ذلك عنصر مشاركة المريض والأسرة والمجتمع، الذي كان ثاني أعلى عنصر تقييماً من مجموعة المجيبين العامة، بينما كان أقل بقليل من الثقافة والقيادة لدى أصحاب الأداء العالي.

وعلى الطرف النقيض، كان هناك انخفاض كبير في أهمية آخر عنصرين تم تقييمهما - السياسة والقياس والابتكار والتكنولوجيا. وكانت هاتان العديتان الإستراتيجيتان الأقل تقييماً لدى كلتا المجموعتين من المجيبين، وجاء تقييمهما أقل بكثير لدى المجيبين ذوي الأداء العالي. ويثير ذلك مسألة بالغة الأهمية ويقدم فرصة لمجال الرعاية الصحية. أولاً، تواصل السياسة دفع عملية اتخاذ القرار في المؤسسات، ولا سيما في الولايات المتحدة حيث تم اختيار مجموعة المجيبين ذوي الأداء العالي. وبالإضافة إلى ذلك، تم تطبيق الابتكار والتكنولوجيا في حالات عديدة في مجال الرعاية الصحية كجهد منفصل و متميز عن التجربة. ومن الجلي أن الأشخاص ذوي الأداء العالي، هؤلاء الأفراد الذين يعملون يومياً في نقطة الرعاية، يشعرون بأنهم بمعزل عن الآثار الإستراتيجية الأكبر لكلا هذين العنصرين.

حقيقة أن هذه العناصر منحتها مجموعة المجيبين العامة تقييماً منخفضاً هي مسألة مهمة، بالإضافة إلى أن هذه المجموعة تضم مجموعة أوسع نطاقاً من المجيبين، بما في ذلك قادة الرعاية الصحية والإداريون. وتمثل فرصة مهمة للتطلع إلى ما سيتطلبه تقديم جهد شامل ومتكامل ومستدام للتجربة في المؤسسات في السنوات المقبلة. ستستمر السياسة في ترك أثرها البالغ بينما تملى على الأنظمة الوطنية ومؤسسات الرعاية الصحية كيفية إيلاء الأولوية للإجراءات. سيكون القياس أمراً بالغ الأهمية، ليس فقط في تحديد النتائج الموحدة، كما هو الحال مع مجموعة استطلاعات تقييم المستهلك لمقدمي خدمات الرعاية الصحية والنظم (CAHPS) في الولايات المتحدة، ولكن يجب التوسع في القياس لإظهار النتائج الحقيقية من الإجراءات المتخذة لتحقيق النجاح في التجربة. ولن يكون هناك غنى عن هذا التركيز في تعزيز جهود التجربة وتوجيهها إلى الأمام في السنوات المقبلة.

الردود العامة

القصوى %	الكبيرة + القصوى %	وصف العامل
81%	97%	كيفية معاملة المرضى/الأسر شخصيًا
81%	97%	التواصل الفعال مع المرضى/الأسر
58%	95%	إتاحة الفرصة للمريض لطرح أسئلة على مقدم/مؤسسة الرعاية
54%	93%	تنسيق الرعاية خلال اللقاءات وفيما بينها
54%	92%	العمل الجماعي بين أعضاء فريق الرعاية
55%	92%	مستوى مشاركة الموظفين
44%	90%	سهولة الوصول إلى الرعاية
42%	88%	إدارة الألم بطريقة جادة ومسؤولة
50%	88%	الشراكة مع/إشراك المرضى والأسر
35%	84%	نظافة المرفق

ردود ذوي الأداء العالي

القصوى %	الكبيرة + القصوى %	وصف العامل
79%	99%	التواصل الفعال مع المرضى/الأسر
89%	99%	كيفية معاملة المرضى/الأسر شخصيًا
83%	98%	العمل الجماعي بين أعضاء فريق الرعاية
77%	97%	مستوى مشاركة الموظفين
56%	96%	عافية الفريق السريري
57%	93%	ممارسات الجودة/السلامة الجلية خلال لقاء الرعاية
57%	92%	إتاحة الفرصة للمريض لطرح أسئلة على مقدم/مؤسسة الرعاية
57%	92%	التزام القيادة بالجهود المتعلقة بالتجربة
62%	91%	الشراكة مع/إشراك المرضى والأسر
35%	84%	إدارة الألم بطريقة جادة ومسؤولة

الشكل 8.

العوامل المؤثرة العشرة الأعلى تقييمًا حسب المجموعة الجيدة

العوامل المؤثرة الأعلى تقييمًا تميز كلا طرفي معادلة الرعاية

عند مقارنة تلك العناصر التي قيمتها المجموعتان من المجيبين على أنها العوامل المؤثرة الأكثر أهمية، كما هو مذكور أعلاه، فقد ركزت العناصر الأعلى تقييمًا على كيفية معاملة الأشخاص وكيفية التواصل معهم. لم يكن هذان العنصران - "كيفية معاملة المرضى/الأسر شخصيًا" و"التواصل الفعال مع المرضى/الأسر" - الأعلى تقييمًا فقط من كلتا المجموعتين، ولكن جاء تقييمهما أعلى بكثير من معظم العناصر التي تلتها.

من هذه النقطة، اتسعت الفجوة في ترتيب العناصر العشرة الأولى (الشكل 8) قليلاً بين المجموعتين، ولكن اتسقت سبعة عناصر في العشرة الأوائل بين كلتا المجموعتين. تضمنت العناصر الخمسة المتبقية التي تم اكتشافها في كلتا المجموعتين ما يلي:

- العمل الجماعي بين أعضاء فريق الرعاية
- مستوى مشاركة الموظفين
- إتاحة الفرصة للمريض لطرح أسئلة على مقدم/مؤسسة الرعاية
- الشراكة مع/إشراك المرضى والأسر
- إدارة الألم بطريقة جادة ومسؤولة

عند النظر إلى تركيبة هذه العناصر الخمسة الإضافية، ترى ثلاثة موضوعات أساسية تستند إلى الرؤى السابقة. الأول هو التركيز على احتياجات أولئك الذين يتلقون الرعاية، والثاني هو ثقافة فريق الرعاية، والثالث هو الوعي بالاحتياجات الصحية الشخصية والسريرية للمريض. وتعزز هذه التركيبة الاكتشافات الموضوعية التي شوهدت في تحليل العدسة الإستراتيجية، حيث كانت مشاركة الموظفين، ومشاركة المريض والأسرة، والثقافة والجودة والتميز السريري على رأس قائمة الأولويات.

حيث تتسع الفجوة بين المجموعتين في ترتيب العناصر العشرة الأولى، ويعكس ذلك تركيبة المجموعات ذاتها. وبينما مثل ذوو الأداء العالي وجهات نظر أولئك الذين يتولون القيادة في نقطة الرعاية، فإن تركيزهم على عافية الفريق، ومشاركة القيادة، والالتزام الواضح بالجودة والسلامة أمر منطقي. وبالمثل، بالنسبة إلى المجموعة العامة، التي جلبت منظورات القيادة وأدوار الرعاية الصحية الأخرى، كانت العناصر الأعلى تقييمًا المتبقية أكثر توجهًا نحو الإجراءات، بما في ذلك تنسيق الرعاية، وسهولة الوصول والنظافة. وتجدر الإشارة إلى أن العناصر الثلاثة التي جاءت على رأس العناصر العشرة الأولى لكل مجموعة ظهرت جميعًا بين العناصر العشرة التالية التي حددتها كلتا المجموعتين كأولوية.

لمواصلة مراجعة نتائج العناصر المتبقية، لا يزال هناك اتساق نسبي مع الأولويات. بالنسبة إلى العناصر التي قيمتها كلتا المجموعتين من 11 إلى 20 بشكل عام (الشكل 9)، فإنها تمثل قدرًا أكبر من العوامل التي تركز على الإجراءات، مثل التواصل حول الأدوية، وإجراءات الخروج من المرفق الصحي، وفاعلية عملية التشخيص. وفي المقابل، يستمر التركيز على عناصر الإجراءات مقابل العناصر الشخصية للتمييز بين المجموعات أيضًا، مع رفع المجموعة العامة لترتيب المشكلات المتعلقة بالإجراءات، مثل وضع الجداول ووقت الانتظار، بينما ركز هؤلاء الأشخاص ذوو الأداء العالي في نقطة الرعاية بشكل أكبر على الوصول إلى ردود الفعل في الوقت الفعلي والمسائل المتعلقة بالراحة. والاتجاه المعزز هنا هو أن أولئك الأقرب إلى نقطة الرعاية يمنحون أهمية أكبر لتلك العناصر الأكثر ارتباطًا بالتفاعلات التي يحظون بها، في حين أن العناصر الأبعد عن نقطة الرعاية تنتمي إلى الإجراءات التي تضمن رعاية أفضل.

ومن المهم ملاحظة هذا الفرق، الذي ربما كان نتيجة غير مقصودة في هذا العمل. بالنسبة إلى من يديرون شؤون الرعاية الصحية، هناك تركيز على الإجراءات والفاعلية، بينما يركز من يقدموا الرعاية بشكل مباشر على التواصل والراحة. ولا يشير ذلك إلى أن أحدهم أفضل من الآخر، ولكنه يزيد من فرصة كل مجموعة لفهم العدسات التي تتعامل بموجبها المجموعة الأخرى غالبًا مع هذا العمل. ويساعد أيضًا على خلق فهم مشترك للأولويات، وربما حتى سد فجوات الانفصال التي قد تظهر غالبًا بين من يقودون الرعاية ومن يقدمونها في عمل الرعاية الصحية اليومي.

الشكل 9.

العوامل المؤثرة المصنفة من 11 إلى 20 حسب المجموعة الموجبة

الردود العامة

وصف العامل	الكبيرة + القصوى %	القصوى %
التواصل/التثقيف حول الأدوية الموصوفة	83%	34%
ممارسات الجودة/السلامة الجلبية خلال لقاء الرعاية	81%	41%
التزام القيادة بالجهود المتعلقة بالتجربة	79%	42%
عملية تحديد المواعيد	79%	28%
النتائج السريرية للمعالجة/العلاج الموصوف	78%	34%
فاعلية تجربة التشخيص/الفحوصات	78%	27%
عملية الخروج/الانصراف من المرفق الصحي	77%	30%
اللقاءات السابقة التي أجراها الفرد مع مؤسسة الرعاية الصحية أو مقدم الرعاية	76%	27%
وقت الانتظار لمقابلة مقدم الرعاية مرة في الموعد المحدد	75%	27%
عافية الفريق السريري	75%	26%

ردود ذوي الأداء العالي

وصف العامل	الكبيرة + القصوى %	القصوى %
تنسيق الرعاية خلال اللقاءات وفيما بينها	88%	45%
النتائج السريرية للمعالجة/العلاج الموصوف	82%	33%
الوصول إلى ردود الفعل في الوقت الفعلي من المرضى	79%	36%
نظافة المرفق	78%	30%
التواصل/التثقيف حول الأدوية الموصوفة	77%	33%
سهولة الوصول إلى الرعاية	76%	30%
عملية الخروج/الانصراف من المرفق الصحي	72%	27%
اللقاءات السابقة التي أجراها الفرد مع مؤسسة الرعاية الصحية أو مقدم الرعاية	70%	21%
فاعلية تجربة التشخيص/الفحوصات	64%	21%
الراحة في تجربة التشخيص/الفحوصات	60%	18%

ردود ذوي الأداء العالي

الردود العامة

القصوى %	الكبيرة + القصوى %	وصف العامل
13%	50%	مستوى الضوضاء في المرفق
16%	46%	وقت الانتظار لمقابلة مقدم الرعاية بمجرد الوصول إلى الموعد المحدد
13%	45%	متابعة ما بعد الزيارة/ ما بعد الخروج من المرفق
12%	43%	التواصل/ التثقيف قبل زيارة المرفق
11%	39%	وضع لافتات واضحة وإشارات لمعرفة الطريق
7%	38%	التقييمات أو التصنيفات أو التعليقات الخارجية
11%	37%	المرافق (مثل صف السيارات وخدمة الغرف) المتاحة
8%	36%	الوصول إلى أحدث الوسائل التكنولوجية
12%	36%	الوصول إلى تكنولوجيا ملائمة للمرضى
8%	30%	عملية تحديد المواعيد
4%	23%	الوصول إلى الواجهات الرقمية/ الإلكترونية، مثل التطبيقات الهاتفية أو بوابات المرضى الإلكترونية
4%	22%	الوصول الإلكتروني إلى المعلومات الصحية الشخصية
5%	21%	التكلفة الإجمالية للقاء الرعاية
4%	20%	عملية إصدار الفواتير والسداد
3%	19%	اللوائح أو المتطلبات الحكومية
2%	18%	الوصول المفتوح إلى السجلات الصحية الشخصية
4%	17%	التجربة مع شركات التأمين/ التوجيهات الصادرة عنها

القصوى %	الكبيرة + القصوى %	وصف العامل
23%	75%	متابعة ما بعد الزيارة/ ما بعد الخروج من المرفق
23%	74%	الراحة في تجربة التشخيص/ الفحوصات
24%	69%	وضع لافتات واضحة وإشارات لمعرفة الطريق
19%	68%	التواصل/ التثقيف قبل زيارة المرفق
19%	62%	عملية إصدار الفواتير والسداد
22%	61%	الوصول إلى ردود الفعل في الوقت الفعلي من المرضى
17%	56%	الوصول إلى تكنولوجيا ملائمة للمرضى
17%	54%	التكلفة الإجمالية للقاء الرعاية
12%	53%	مستوى الضوضاء في المرفق
9%	43%	الوصول الإلكتروني إلى المعلومات الصحية الشخصية
11%	42%	الوصول المفتوح إلى السجلات الصحية الشخصية
9%	40%	التجربة مع شركات التأمين/ التوجيهات الصادرة عنها
9%	40%	الوصول إلى الواجهات الرقمية/ الإلكترونية، مثل التطبيقات الهاتفية أو بوابات المرضى الإلكترونية
8%	37%	الوصول إلى أحدث الوسائل التكنولوجية
8%	36%	المرافق (مثل صف السيارات وخدمة الغرف) المتاحة
5%	30%	التقييمات أو التصنيفات أو التعليقات الخارجية
6%	28%	اللوائح أو المتطلبات الحكومية

الشكل 10.

العوامل المؤثرة المصنفة من 21 إلى 37 حسب المجموعة الموجبة

العلاقة بمنظورات المستهلكين

من الأمور بالغة الأهمية في هذا التحقيق هو أيضًا ما تعززه النتائج. فقد كانت العناصر الأعلى تقييمًا التي حددها ممارسو الرعاية الصحية على أنها عوامل مؤثرة؛ أي الأشياء التي يعرفون أنه من الصحيح القيام بها ولها تأثير فيمن يخدمونهم، هي نفس العناصر التي ذكر المستهلكون أيضًا أنها مهمة. ما يظهره ذلك هو شيء بسيط بقوة في اكتشافه: أن الأشياء التي يعتقد مقدمو الرعاية الصحية أنها مهمة لتقديم تجربة إيجابية هي ذاتها التي يسعى المشاركون في الرعاية الصحية إلى الحصول عليها. ربما تكون بساطة هذه الفكرة هي العائق الذي يحول دون نجاحها. من يعملون في مجال الرعاية الصحية يعرفون ما هو الصحيح والمطلوب. ويحتاجون الآن فقط إلى مساحة لضمان إمكانية حدوثه.

توصلت الدراسة وجهات نظر المستهلكين حول تجارب المرضى في عام 2018⁵ إلى أن العناصر الأعلى تقييمًا المهمة للمستهلكين كانت بالترتيب "الاستماع إليك"، و"التواصل بوضوح بطريقة يمكنك فهمها"، و"التعامل معك بأدب واحترام". كان الإدراك الأكثر أهمية في هذه النتيجة مقارنةً بما تم تحديده على أنه العوامل المؤثرة العليا هو أن العناصر العليا لم تكن متطابقة تقريبًا فحسب، في جوهرها التواصل الفعال والمعاملة المحترمة، وإنما سجلت هذه العناصر أيضًا نسبيًا متدنية للإجابات أعلى بشكل ملحوظ في كلتا الدراستين؛ ما جعلها تحتل القمة بوضوح في كلا الاستطلاعين ومن مجموعتين متميزتين للغاية من المجيبين.

لم ينته هذا الاتساق في الإجابات عند العناصر العليا أيضًا، فعند مقارنة العناصر العشرة الأولى حسب تقييم كلتا المجموعتين من المجيبين في دراسة العوامل المؤثرة ودراسة وجهات نظر المستهلكين، توافقت ثمانية عناصر بين المجيبين العاميين وتقييمات المستهلكين، وستة عناصر بين المجيبين ذوي الأداء العالي وتقييمات المستهلكين. ومن بين هذه العناصر يتجلى تميز الجودة والتوقعات، وتنسيق الرعاية، والبيئة النظيفة والمريحة، والإجراءات الفعالة مثل الوصول ووضع الجداول.

يعزز هذا الاتساق بين الآراء على طرفي معادلة الرعاية نقطة رئيسية سبق مناقشتها. بمعنى أنه إذا كانت الرعاية الصحية تتعلق ببشر يرعون غيرهم من البشر، فسيكون الافتراض أن المنظورات التي تمت مشاركتها يجب أن تتسق معًا إلى حد ما، بغض النظر عما إذا كانت من أولئك الذين يتلقون الرعاية أو يقدمونها. كبشر تجمعهم علاقات، يبدو أن جميع الأفراد لديهم نفس الرغبات والاحتياجات، ويمتلكون فهمًا متأصلًا أن هذه هي رغبات الآخرين واحتياجاتهم.

ويصح هذا الاتجاه خلال باقي العوامل التي تم استكشافها (الشكل 10) ويعزز الدرجات الإجمالية المحددة في تقييم العدسات الإستراتيجية للتجربة. وتميل العناصر الأقل تقييمًا إلى أن تتمحور حول البنية التحتية (مثل إيجاد الطريق)، والتواصل المركز على الإجراءات (مثل متابعة ما بعد الخروج)، والتكنولوجيا (على سبيل المثال الوصول إلى التكنولوجيا الملائمة للمرضى).

ما يبرز في تقييم هذه الترتيبات هو الاختلاف في مستوى الأهمية المسجل بالدرجات بين المجموعتين. انغمست المجموعة العامة بشكل أعمق في القائمة، على الرغم من أن 29 من 37 عنصرًا قبل مجموعة الدرجات "كبيرة + قصوى" انخفض إلى أقل من 50% من المجيبين. بالنسبة إلى أصحاب الأداء العالي، فقد بلغوا هذا الحد بعد أول 21 عنصرًا. يمكن تفسير ذلك على أنه تركيز أوضح على ما هو مهم لمن يعملون في نقطة الرعاية، ربما بسبب طبيعة عملهم ونطاقه.

والأكثر من ذلك، فإن هذا يطرح رؤية مثيرة للاهتمام إذا كنت ستسمح الأولوية للعناصر التي لها أكبر تأثير محتمل لدى أولئك الذين يقدمون الرعاية في كلتا المجموعتين. قيم غالبية المجيبين في المجموعة العامة سبعة فقط من 37 عنصرًا على أنها عناصر "ذات أهمية قصوى". بالنسبة إلى أصحاب الأداء العالي، فقد قيموا تسعة من 37 عنصرًا فوق 50% (انظر الشكل 9 أعلاه). من بين جميع العناصر التي خضعت للتقييم، كان هناك أربعة فقط قيمها 75% على الأقل من المجيبين من كلتا المجموعتين على أنها "ذات أهمية قصوى". مرة أخرى، هذه العناصر هي:

- التواصل الفعال مع المرضى/الأسر
- كيفية معاملة المرضى/الأسر شخصيًا
- العمل الجماعي بين أعضاء فريق الرعاية
- مستوى مشاركة الموظفين

ما تعززه هذه العناصر هو المؤثر الأساسي، الذي غالبًا ما يتعرض للتجاهل في الرعاية الصحية: أن الأشياء التي غالبًا ما تنزل مرتبتها إلى أشياء "بسيطة" قد تكون أكثر العوامل تأثيرًا بشكل عام في النتائج التي تتطلع مؤسسات الرعاية الصحية إلى تحقيقها. لم يكن هذا التحقيق يتناول ما يجعل الناس سعداء، وإنما ما يضمن تقديم الأفضل في التجربة. تعزز الردود المجمعها فهمًا مشتركًا عبر أكثر من 1500 فرد يمثلون مئات المؤسسات. وما يقولونه هو أن هذه المفاهيم ليس من اللطيف فقط القيام بها، لكنها حقًا المؤثرات الأساسية في التجربة الإيجابية للمريض والأسرة.

ردود المستهلكين		ردود ذوي الأداء العالي		الردود العامة	
الكبيرة % القصوى +	وصف العامل	الكبيرة % القصوى +	وصف العامل	الكبيرة % القصوى +	وصف العامل
%95	الاستماع إليك	%99	التواصل الفعال مع المرضى/الأسر	%97	كيفية معاملة المرضى/ الأسر شخصيًا
%95	التواصل بوضوح بطريقة يمكنك فهمها	%99	كيفية معاملة المرضى/ الأسر شخصيًا	%97	التواصل الفعال مع المرضى/الأسر
%95	التعامل معك بأدب واحترام	%98	العمل الجماعي بين أعضاء فريق الرعاية	%95	إتاحة الفرصة للمريض لترح أسئلة على مقدم/ مؤسسة الرعاية
%94	منحك الثقة في قدراتهم	%97	مستوى مشاركة الموظفين	%93	تنسيق الرعاية خلال اللقاءات وفيما بينها
%93	التعامل مع ألمك بجدية	%96	عافية الفريق السريري	%92	العمل الجماعي بين أعضاء فريق الرعاية
%94	بيئة رعاية صحية نظيفة ومريحة	%93	ممارسات الجودة/السلامة الجلية خلال لقاء الرعاية	%92	مستوى مشاركة الموظفين
%93	تقديم خطة رعاية واضحة وسبب قيامهم بذلك	%92	إتاحة الفرصة للمريض لترح أسئلة على مقدم/ مؤسسة الرعاية	%90	سهولة الوصول إلى الرعاية
%92	ترح أسئلة ومحاوله فهم احتياجاتك وتفضيلاتك	%92	التزام القيادة بالجهود المتعلقة بالتجربة	%88	إدارة الألم بطريقة جادة ومسؤولة
%93	القدرة على تحديد موعد أو إجراء خلال فترة زمنية معقولة	%91	الشراكة مع/إشراك المرضى والأسر	%88	الشراكة مع/إشراك المرضى والأسر
%92	عملية الخروج/الانصراف من المرفق الصحي التي يتم فيها شرح خطة علاجك و/أو الخطوات التالية في الرعاية بوضوح	%89	إدارة الألم بطريقة جادة ومسؤولة	%84	نظافة المرفق

الشكل 11.

أهم عشرة عوامل مؤثرة مقارنة بأهم الأولويات للمستهلكين⁵

فرصة ناشئة

الأشياء التي يعتقد مقدمو الرعاية الصحية أنها مهمة لتقديم تجربة إيجابية هي ذاتها التي يسعى المشاركون في الرعاية الصحية إلى الحصول عليها.

لا يزال من الجلي أن هؤلاء العاملين في الرعاية الصحية يواصلون الكفاح لتحقيق النتائج التي يسعون إليها في مجال الرعاية الصحية اليوم. ربما يكون الأمر أن عمل الرعاية الصحية وضع إجراءات وبروتوكولات جعلت النظام بمنأى عن الواقع البسيط المكتشف هنا. ويعني ذلك أنه إذا سمحت الرعاية الصحية للأفراد بالقيام بما يعرفون بوضوح أن الآخرين يريدونه، فقد تجد السبيل الأوضح بأقل قدر من المقاومة لتحقيق كل ما تطمح الرعاية الصحية فيه. هل يمكن أن يكون هذا، في جوهره، ما كان يُضعف جذور دعوات العمل من أجل السلامة التي تمت مناقشتها لبدء هذا البحث؟ على الرغم من ملاحظة بعض التحسن الذي طرأ في السنوات الأخيرة، فإن النتائج لا تزال غير مرضية للغالبية. وفي حين أن هناك القليل من الخلاف حول ما هو مهم، فإن النتائج لا تزال مخيبة للأمال للكثيرين. إذن مجددًا، هل ضاعت بساطة ما تقدمه هذه اللحظة لفهم المنظورات المتسقة التي تم التطرق إليها هنا؟ إذا سُمح للأفراد بفعل ما يعرفون أنه صواب وحصلوا على الحرية للقيام بذلك طواعية، فهل ستقدم الرعاية الصحية بشكل أفضل عمومًا؟ وما الذي يتطلبه الأمر لتحسين التجربة إجمالاً كما تم التعبير عنها - جهد متكامل لمعالجة الجودة، والسلامة، والخدمة، والتكلفة، والنتائج التي تهم جميع المنخرطين في الرعاية الصحية؟

ربما يُعرّف هذا الاكتشاف بشكل أفضل على أنه تعزيز لما تم فهمه على أنه حقيقة في صميم الرعاية الصحية منذ البدء قبل المبالغة في التصميم، والمعالجة، والإدارة. ويقدم هذا الاكتشاف أيضًا فرصة للانتهاء من الحالة المعقدة والديناميكية للرعاية الصحية في سبيل وضع مجموعة واضحة من الإجراءات التي يمكنها المساعدة على تحقيق النتائج المرجوة.

وقد شوهد هذا الإدراك في أعمال معهد The Beryl Institute في السنوات الثماني الماضية؛ حيث زادت الأهمية المسلم بها لمشكلات الثقافة والأفراد بشكل مطرد كما تبين في مجموعات دراسات حالة المريض⁴ وفي بعض الحالات، الممارسات المثبتة والقصص التي شاركتها المؤسسات عالية الأداء. ومع ذلك، من المنصف أيضًا أن نشير إلى أن تحسين الإجراءات يمكن أن يكون ناجحًا فقط بقدر نجاح الأساس الذي قامت عليه التحسينات. دون أساس قوي من الأفراد والثقافة، لا مكان للتحسينات في نهاية المطاف لتثبت وتمد جذورها وتنمو.

الآثار المترتبة على الرعاية الصحية والتجربة الإنسانية

يستدعي المسار لتحقيق أفضل النتائج في التجربة - بما في ذلك الجودة، والسلامة، والخدمة، والتكلفة، وغير ذلك - استخدام عدسة أوسع تركز على العناصر الأساسية التي تعرف مؤسسات الرعاية الصحية أنها بحاجة إلى القيام بها. ويجب أن يُبذل الجهد أيضًا لتلبية احتياجات مؤسسات الرعاية الصحية التي تقدم الخدمة ولتعزيز ما تعرف هذه المؤسسات والأفراد الذين يشكلونها أنها الأشياء الصحيحة والجيدة التي يجب القيام بها. وتتوج نتائج هذه الدراسة الجهود البحثية التي تصوغ تلك الإجراءات بالذات.

خارطة طريق لتحقيق التميز في التجربة الإنسانية

حال مراجعة التاريخ والأبحاث وهذه البيانات الجديدة، يتبين أن الفرصة الأساسية ربما تكمن في العودة إلى فكرة أن الإنسانية في صميم الرعاية الصحية. وعلى هذا الأساس، يصبح وضع خطة عمل أمرًا أكثر سهولة ووضوحًا. وفي البيانات المستمدة من الدراسة والاتساق مع آراء المستهلكين، برزت مجموعة من المفاهيم المصممة ليس فقط لتحسين نتائج السلامة والجودة، ولكنها إجراءات مطروحة لإقامة مؤسسات الرعاية الصحية التي ستقدم السلامة، والجودة، والرعاية المركزة على الفرد، والتي يتوقعها جميع الناس ويستحقونها.

يتجلى من البيانات أن العناصر اتسقت مع العدسات الإستراتيجية لإطار التجربة؛ وذلك لتقديم كل من الهيكل والفرصة بهدف تحديد الأولويات ومحط التركيز. تُحدد الدعوة إلى العمل عن طريق تشكيل رؤية متمممة ومتكاملة عن تجربة الرعاية الصحية، التجربة الإنسانية في الرعاية الصحية، من مزيج من جميع مجالات التركيز الإستراتيجية التي يتطلبها تقديم أفضل النتائج، وتتأصل في نوع مؤسسات الرعاية الصحية التي نتوقعها، ونشيدها، ونديرها، ونحافظ عليها، والقادرة على تقديم تلك النتائج.

يعيد هذا التحول في المنظور هذه المحادثة إلى نقطة البداية، إلى التقرير المذكور لبدء هذا البحث "Free from Harm: Accelerating Patient Safety Improvement Fifteen Years after 'To Err Is Human'" (متحرر من الأذى: تسريع وتيرة تحسين سلامة المرضى بعد خمسة عشر عامًا من تقرير "البشر يخطئون")، الذي نشرته المؤسسة الوطنية لسلامة المرضى (NPSF).² أقرّ البحث أنه بموجب بعض المقاييس، شهدت السلامة تحسناً خلال خمسة عشر عامًا منذ نشر تقرير *To Err is Human* (البشر يخطئون) أول مرة في عام 1999، ولكنه أدرك أيضًا العيوب التي ظهرت على السطح في بيئة الرعاية الصحية سريعة التغير والديناميكية التي نواجهها اليوم. والأهم من ذلك، بدأ البحث في تناول التحول المطلوب في المنظور إذا كانت الرعاية الصحية ستعالج مشكلاتها النظامية حقًا.

ينبغي التوضيح أن محط تركيز بحث NPSF وهدفه ظل منصبًا على ما يمكن القيام به لمعالجة مشكلة السلامة في الرعاية الصحية. هذا عنصر سيتفق معظم الأفراد على أنه بحاجة إلى الاهتمام. ومع ذلك، يظل السؤال مطروحًا: هل سيؤدي هذا التركيز الفردي وحده إلى تغيير المشكلات الأساسية التي أثبتت لأول مرة منذ ما يقرب من 20 عامًا؟ مثلما تطرق البحث إلى ما اقترح بأنه الدروس المستفادة والفرص المكتشفة منذ تقرير عام 1999، فقد قدم ثماني توصيات لتسريع وتيرة التقدم:

1. التأكد من إرساء القادة لثقافة السلامة والحفاظ عليها
2. وضع رقابة مركزية ومنسقة للحفاظ على سلامة المرضى
3. وضع مجموعة مشتركة من مقاييس السلامة التي تعكس نتائج ذات مغزى
4. زيادة تمويل الأبحاث في مجال سلامة المرضى وعلم التنفيذ
5. التعامل مع السلامة عبر جميع حلقات سلسلة الرعاية
6. دعم القوى العاملة في مجال الرعاية الصحية
7. التعاون مع المرضى والأسر لتقديم الرعاية الأكثر أمانًا
8. التأكد من أن التكنولوجيا آمنة ومحسنة لتحسين سلامة المرضى

ما يتجلى من هذه التوصيات هو فرصة التأثير وتحدي النطاق. ويشير ذلك إلى أن التقدم كان ضئيلاً للغاية، ولكن ليس من قليل جهد مبذول. في هذه التوصيات، طُرحت أفكار كثيرة عن الثقافة، والقياس، ودعم القوى العاملة، وشراكة المريض والأسرة. ومن المثير للاهتمام أن هذه هي نفس المفاهيم بالغة الأهمية التي تطرق إليها المشاركون في دراسة "العوامل المؤثرة". وربما تكمن هنا الفرصة الحقيقية للتحسين وتميز التجربة.

وبالإضافة إلى ذلك، كما ناقشنا سابقاً، هناك عدستان إستراتيجيتان مفقودتان هنا، بناءً على البيانات التي تم جمعها، ولكن ذلك لا يقلل من شأن تلك البيانات. وقد أقرت المجموعات المحيية بالدور الذي ستلعبه التكنولوجيا والابتكار في المستقبل والذي تجد الرعاية الصحية نفسها فيه بالفعل، ولكنه لا يزال مجهولاً ويتطلب تركيزاً كبيراً وطاقة للاستفادة منه بشكل فعال وبقيمة واضحة. وعلاوة على ذلك، من الواضح للجميع أن تلك السياسة، بغض النظر عن النظام الوطني الذي يعمل فيه المرء، ستلمي الجهود المطلوبة.

ما يجب أن يوضع في الاعتبار أيضاً في هذا العمل هو أن الالتزام بالإجراءات الأساسية التي توجه التجربة الإيجابية والتركيز على النتائج الملموسة التي يمكن أن يسفر عنها هذا التركيز ربما يكونان الأداة الأكثر تأثيراً التي تترك أثرها في جهود السياسة الأوسع نطاقاً في المستقبل. سيتوسع المثال واسع النطاق عن النتائج الإيجابية وكيف تم تحقيقها في إملاء سياسة جيدة أكثر مما يمكن للسياسة وحدها أن تفعله لتحقيق نتائج جيدة. ومع أن القياس ليس محورياً لهذه الأفكار التأسيسية، إلا أنه من الأساسي لأي جهد أن تكون هناك وسيلة لفهم سبب التغيير، والتحسين، والنتائج النهائية. وسيؤثر هذا أيضاً بشكل كبير في قرارات الرعاية الصحية الآن وفي المستقبل.

تُطرح هذه الأفكار الرامية إلى اتخاذ إجراءات كوسيلة لقياس الجهود الحالية التي تبذلها الولاية وتحديد نقاط القوة، والفجوات، وتخطيط إجراءات التحسين. ولا يُقصد منها التقليل من أهمية التوصيات، مثل تلك التي قدمتها NPSF في عام 2015. وبدلاً من ذلك، فإن الفرصة التي تقدمها هذه الأفكار هي وضع أساس متكامل وحقيقي يقوم عليه أي نجاح في التحسين. ويمكن العثور على مسار تحقيق التميز في الرعاية الصحية داخل العوامل المؤثرة في الخبرة وفي آراء المستهلكين المتسقة.

فرصة لمزيد من المحادثات والتفكير في بلورة الرعاية الصحية

لا يمكن لأي دراسة أن تقدم صورة كاملة للمشهد، ولا ينبغي لها أن تفترض ذلك، ولكن في الوقت نفسه يمكن للبحث التوسع في آفاق التفكير وتحسين الإجراءات. وقد كان هذا هو بالتحديد المقصد من هذا العمل. لضمان حدوث ذلك، سيوضع تصميم لاستقصاء جيد بهدف فتح المجال أمام طرح أسئلة جديدة وعدم الخوف من طرح الأسئلة أو الاعتراض. كانت الدراسة الجيدة والأساس الذي قام عليه هذا المشروع بغرض الضغط على الوضع الراهن، وإشعال فتيل الحديث حول التميز ودفع الناس إلى العمل حول الحقائق والفرص التي أوجدت في الالتزام بالتجربة الإنسانية في الرعاية الصحية. وللتحرك بعيداً عن هذه الركيزة الأساسية الأولية للاستقصاء والمحاذة، تظل هناك فرص أخرى للبحث والتواصل.

إن العوامل بالغة الأهمية التي تم الكشف عنها في البيانات وفي اتساق منظورات أولئك الذين يقدمون الرعاية ويتلقونها ليست بالأمر المفاجئ، ولكنها تقدم تبسيطاً قوياً للعودة إلى الإنسانية في الرعاية الصحية، وتوضوح الموضوع بشأن مجموعة العناصر الشاملة التي يمكن أن توجه فاعلية المؤسسة ونجاحها في طريقها إلى التحسين المستمر.

تشمل العناصر الأساسية لخارطة طريق تحقيق التميز في التجربة الإنسانية (تتسق مع العدسة الإستراتيجية):

الإجراءات التي تتسق مع مشاركة المريض والأسرة والمجتمع

- وضع إجراءات واضحة للتواصل
- التعامل مع الناس بأدب واحترام
- إتاحة الفرصة للمريض لطرح الأسئلة
- الالتزام بفهم احتياجات المريض وتفضيلاته

الإجراءات التي تتسق مع الجودة والتميز السريري

- التعامل مع الألم بجديّة وإدارته بطريقة مسؤولة
- وضع خطة واضحة وتنسيق الرعاية خلال اللقاءات وفيما بينها
- تطبيق ممارسات الجودة/السلامة التي تعزز بوضوح الثقة في القدرات

الإجراءات التي تتسق مع البيئة والضيافة

- التأكد من توفير بيئة رعاية صحية نظيفة ومريحة

الإجراءات التي تتسق مع مشاركة الموظفين ومقدمي الخدمات

- العمل الجماعي بين أعضاء فريق الرعاية
- مستوى مشاركة الموظفين
- عافية الفريق السريري

الإجراءات التي تتسق مع الثقافة والقيادة

- التزام القيادة بالجهود المتعلقة بالتجربة

الإجراءات التي تتسق مع البنية التحتية والحوكمة

- سهولة الوصول إلى الرعاية
- القدرة على تحديد موعد أو إجراء خلال فترة زمنية معقولة
- عملية الخروج/الانصراف من المرفق الصحي التي يتم فيها شرح خطة علاجك و/أو الخطوات التالية في الرعاية بوضوح

في حين أن كل واحد من هذه العناصر يقدم مفهوماً قابلاً للتنفيذ، قد تكون هناك طرق عديدة لتنفيذ كل إجراء. ويجب أن تتناسب الاختيارات مع الاحتياجات المحددة للمؤسسة، وثقافتها، وقدرتها في سبيل تحقيق النتائج المرجوة. ولا تُقدم هذه العناصر باعتبارها قائمة مراجعة لجميع الأمور التي يجب على المؤسسات القيام بها، بل هي دليل لتوجيه التحسين المتكامل واستدامته. ويجب أن تأخذ مؤسسات الرعاية الصحية الوقت لتقييم نقاط قوتها واحتياجاتها بينما تحدد أولوية أين ستتخذ الإجراءات وما الذي يجب معالجته. (لدعم هذا الجهد، تم جمع مجموعة من دراسات الحالة العملية وسُنشرت كموارد تكميلية لهذا البحث بهدف دعم المؤسسات في تحديد الممارسات التي تؤدي إلى نتائج قابلة للقياس.⁶)

وقد تم غض النظر عن هذه القدرة على الرعاية في طريقة هيكلة الرعاية الصحية تاريخيًا. من المهم أيضًا الاعتراف بأنه بينما قد لا يحب البعض استخدام كلمة مستهلك في مجال الرعاية الصحية، ربما تكون الرعاية الصحية أكبر صناعة تتعامل مع المستهلك مباشرةً في العالم. ومع ذلك، وخلافًا للعديد من الصناعات التي تتعامل مع المستهلك مباشرةً والتي أسست نفسها على اعتبار أنها تجارب علائقية مدعومة بالمعاملات اللازمة لدعمها، فقد تطورت الرعاية الصحية بشكل مختلف تمامًا. وقد صُممت الرعاية الصحية كسلسلة من المعاملات، والإجراءات، والبروتوكولات التي حاولت دفع العمليات العلائقية على طول الطريق من أجل "تلطيف" التجربة بشكل عام.

ولئن كان من المفهوم أن الكثير مما تتضمنه الرعاية الصحية وما يجعلها صناعة فريدة هو علم الطب، فإن هندسة الرعاية وإجراءات الرعاية الناتجة أسهمت بطريقتها الخاصة في إضعاف الجانب الإنساني في الرعاية الصحية ذاتها. ويتجلى ذلك في الإنهاك، والملل من الشفقة، ونقص القوى العاملة، وانخفاض عدد الأطباء الجدد. وبالنسبة إلى صناعة قائمة على التفاعل البشري، غالبًا ما يتم التعامل مع هذه التفاعلات على أنها أفكار ثانوية في أحسن الأحوال. ربما تكون هذه هي الفرصة التي رُفِع الستار عنها للرعاية الصحية في هذا الاستقصاء أيضًا.

إذا أُعيد تصميم الرعاية الصحية كسلسلة من اللقاءات العلائقية، ومن ثمّ تعززت هذه اللقاءات العلائقية بالمعاملات الرسمية التي وُجدت لدعمها، فهل سيؤدي ذلك إلى تغيير المنظورات التشغيلية التي كان من الممكن أن تمثل العوائق التي تحول دون مواجهة التحديات الواردة في *To Err is Human* (البشر يخطئون) قبل قرابة 20 عامًا؟ كما اتضح في البيانات، هناك فرصة هنا لإعادة التفكير في الرعاية الصحية كصناعة علائقية. وعلى الرغم من أنه من الواضح أن الأفراد العاملين في مجال الرعاية الصحية قد يشيروا إلى أن عملية الرعاية الصحية علائقية، فإن هذا يعزز النقطة ذاتها التي تستخدم من أجلها الرعاية الصحية جهودًا علائقية للمضي قدمًا في الإجراءات. تكمن الفرصة في رؤية خارطة طريق العوامل المؤثرة كمثال لمحل قدرة الأسس العلائقية على المساعدة على رفع مستوى العلاقات البشرية وضمان المعاملات الصحيحة، ثم الالتزام بها لضمان تقديم رعاية عالية الجودة، وأمنة، وكفء، وفعالة. ينبغي ألا تكون هذه الأفكار نقطة النهاية، بل يجب أن تكون وسيلة لتحقيق النتيجة النهائية في الرعاية الصحية كجهد بشري يلتزم بتقديم الرعاية.

قد تكمن إحدى الفرص في إلقاء نظرة أعمق على العوامل المحددة لفهم أيها أكثر تأثيرًا عندما يتعلق الأمر بنتائج أكثر تحديدًا في الرعاية الصحية بشكل عام. هل يمكن لعوامل معينة أن تساعد على اتخاذ تدابير محددة؟ وهل يمكن استخدامها بعد ذلك لمساعدة المؤسسات على تحديد الإجراءات بناءً على التدابير المحددة التي تتطلع إلى تحسينها؟ سيساعد الانفتاح على ما هو ممكن فقط على توسيع عملية التحسين التي غالبًا ما تضل الطريق في العقلية البسيطة المعنية بقائمة المراجعة. يقود التحقيق إلى الابتكار، والابتكار إلى التغيير الإيجابي، والتغيير الإيجابي إلى نظام الرعاية الصحية الذي يستحقه كل إنسان يقدم الرعاية وكل إنسان يتلقاها.

لهذا السبب، الأمل معقود على أن تعمل هذه الدراسة كعامل محفز للتواصل أيضًا. ويجب دعم فرصة التواصل شخصيًا أو افتراضيًا حول هذه النتائج والعدسات الإستراتيجية التي تصوغها. يمكن، بل ويجب، استخدام هذه الاتصالات لمشاركة الممارسات المجربة المعنية بالإجراءات المقترحة والارتقاء بها، والاحتفال بالنجاحات، ومشاركة الدروس المستفادة من الأخطاء.

في نهاية المطاف، إلى جانب هذه المنظورات الموسعة والمستخلصة حديثًا، فإن الأمل هو زيادة الإحساس بالثقة لمواجهة التوقعات التشغيلية التاريخية للرعاية الصحية. هذه ليست مطلوبة بالاختلاف من أجل الاختلاف، وإنما هي تطور ضروري من أجل كل من يخرطون في النظام البيئي للرعاية الصحية. عند خلق مساحة للمحادثات الجديدة أو إعادة صياغة تلك القديمة، هناك فرصة لإحداث تغيير منهجي دائم من شأنه أن يقود نحو تحقيق النتائج التي واجهت الرعاية الصحية تحديًا للتعامل معها منذ ما يقرب من عشرين عامًا. ومع أن البشر يخطئون فعلاً، فإن القدرة أولاً على تقديم الرعاية هي الصفة الأكثر أهمية لوجودنا البشري.

سيتوسع المثال واسع النطاق عن النتائج
الإيجابية وكيف تم تحقيقها في إملاء سياسة
جيدة أكثر مما يمكن للسياسة وحدها أن تفعله
لتحقيق نتائج جيدة.

تقديم الرعاية صفة إنسانية

بالنظر إلى البيانات، فإن ما تُظهره الدراسة المعنية بالعوامل المؤثرة في التجربة هو أن الأفراد في الرعاية الصحية يرون أنفسهم ويعترفون بمن يخدمونهم كبشر، أفراد، أولاً. في النهاية، يصدر التأثير الأكبر في مجال الرعاية الصحية عن الأشياء التي تتحدث إلى الناس باعتبارهم بشرًا - التواصل بوضوح، والتعامل مع الآخرين باحترام، وزيادة القدرة على العمل معًا. عند التعامل مع هذه العناصر، ستبرز في النهاية فرصة تحقيق نتائج دائمة عبر مجال الرعاية الصحية. في حين أنه من الطبيعي أن البشر يخطئون، إلا أنه واحد من الأشياء العديدة التي يمكن للبشر "القيام بها". ومن ثم، يمكن أن يكون شيئًا يمكن التراجع عنه أيضًا.

قد لا يأتي ذلك من مكان أكثر قوة من الرعاية، التي هي جوهر الإنسانية نفسها. إذا كان هدف الرعاية الصحية هو تحقيق أفضل نتائج ممكنة لأولئك الذين تخدمهم، فيجب أن ترعى رعاية كاملة هؤلاء الأفراد، وتضمن أيضًا توفير الرعاية لأولئك الذين يخدمونهم أيضًا. في هذا المجال الذي يربط فيه البشر بعضهم بعضًا، هناك حقيقة كونية واحدة من شأنها أن تعيد طرح فرصة للرعاية الصحية الآن وفي المستقبل؛ ألا وهي أن تقديم الرعاية صفة إنسانية. لقد كانت موجودة وستظل دائمًا. وتتمثل مهمة جميع العاملين في مجال الرعاية الصحية الآن في التأكد من أن هذه الحقيقة هي الأساس لكل ما يمكنهم فعله وسيفعلونه، وستصبح الأساس الذي سيتحقق التميز على أساسه في النهاية. هذا هو كل ما يرغب فيه ويستحقه جميع المشاركين في الرعاية الصحية والمنخرطين فيها.

إن قدرة الإنسان على الاعتناء بالآخرين ليست شيئًا تافهًا أو مسلمًا به. وإنما هو شيء يجب أن نعتز ونفخر به. التعاطف هو إحدى عجائب الطبيعة البشرية، ومورد داخلي ثمين، وأساس حسن معيشتنا والانسجام بين أفراد مجتمعنا. إذا أردنا السعادة لأنفسنا، فيجب أن نحلى بالتعاطف: وإذا أردنا السعادة للآخرين، فيجب أن نحلى بالتعاطف أيضًا.

- الدالاي لاما

عند التفكير في الفرصة المتاحة أمام الرعاية الصحية، من حيث بدأ هذا البحث في استكشاف عدم إحراز تقدم في المسألة بالغة الأهمية المتعلقة بالسلامة، وصولًا إلى العوامل التي حددها الأفراد على أنها مؤثرة في تجربة رعايتهم الصحية، ربما تكمن الخطوة الأولى في إعادة صياغة الأفكار ذاتها الخاصة بما يتطلب الأمر لتحقيق أفضل النتائج في الرعاية الصحية. عند التعامل مع الرعاية الصحية على أنها شيء يتم القيام به، أي "مقدمي الخدمات" الذين يقدمون الرعاية، يُنتزع من المعادلة الإحساس بالإنسانية في هذه التفاعلات مع البشر.

وُجد جزء من هذا التطور المحتمل في رفع مستوى المحادثات عن التعاطف والمشاركة الوجدانية في الرعاية. ولكن هناك بعض الفروق المهمة التي يجب مراعاتها هنا. وفقًا لمركز جريتر جود ساينس (The Greater Good Science Center) في جامعة كاليفورنيا، بيركلي، فإنه يشير إلى أن "التعاطف يعني حرفيًا 'أن نعاني معًا'. وفيما بين الباحثون في العاطفة، يُعرف التعاطف على أنه المشاعر التي تنشأ عندما تواجه معاناة الآخرين والشعور بالحماس لتخفيف تلك المعاناة. التعاطف يختلف عن المشاركة الوجدانية أو الإيثارة، على الرغم من ارتباط تلك المفاهيم معًا. وبينما تشير المشاركة الوجدانية بصورة أعم إلى قدرتنا على تبني منظور شخص آخر والإحساس بمشاعره، فإن التعاطف هو الرغبة في المساعدة التي ترافق تلك المشاعر والأفكار".⁷

وهذه الفكرة القائلة بأن التعاطف هو إحدى عجائب طبيعة البشرية لا تشمل فقط المشاعر، ولكن الرغبة في المساعدة، قد لا تصف جيدًا ما هو صحيح وأفضل في صميم الرعاية الصحية. ومع ذلك، لا تزال هناك جهود حديثة تُبذل تركز على ممارسة التعاطف والمشاركة الوجدانية في المعاملات التي تشمل الرعاية. غير أنه استنادًا إلى وصف التعاطف الذي تمت مشاركته أعلاه، قد يكون التعاطف بحد ذاته هو الإجراء الرئيسي لإعادة صياغة الرعاية الصحية على أنها صناعة علائقية.

المراجع

-
- .1 Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds; Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington DC: National Academies Press; 2000
 - .2 *Free from Harm: Accelerating Patient Safety Improvement Fifteen Years after To Err Is Human*. Boston, MA: National Patient Safety Foundation; 2015
 - .3 NORC at the University of Chicago and IHI/NPSF Lucian Leape Institute, *Americans' Experiences with Medical Errors and Views on Patient Safety*, Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement and NORC at the University of Chicago; 2017
 - .4 State of Patient Experience Benchmarking - The Beryl Institute - Improving the Patient Experience. <https://www.theberylinstitute.org/page/PXBENCHMARKING>. تم الوصول إليه في 10 أكتوبر 2018.
 - .5 Wolf JA. *Consumer Perspectives on Patient Experience 2018*. The Beryl Institute; 2018
 - .6 Influence Factors - The Beryl Institute - Improving the Patient Experience. <https://www.theberylinstitute.org/page/InfluenceFactors>
 - .7 Compassion Definition | What Is Compassion. Greater Good Magazine. <https://greatergood.berkeley.edu/topic/compassion/definition>. تم الوصول إليه في 10 أكتوبر 2018.

رسم مستقبل الرعاية الصحية

نحن شركة رائدة في التكنولوجيا الطبية مع أكثر من 170 عامًا من الخبرة و18000 براءة اختراع على مستوى العالم. ومع تفاني وإخلاص أكثر من 48000 زميل في أكثر من 70 دولة، سنواصل الابتكار ورسم مستقبل الرعاية الصحية.

siemens-healthineers.com

في شركة Siemens Healthineers، هدفنا هو تمكين مقدمي الرعاية الصحية من زيادة القيمة عن طريق إمدادهم بالثقة في رحلتهم نحو توسيع نطاق الطب الدقيق، وتغيير أساليب تقديم الرعاية تمامًا، وتحسين تجربة المريض، وتمكين كل ذلك من خلال تحويل الرعاية الصحية إلى الشكل الرقمي.

يستفيد ما يقدر بنحو 5 ملايين مريض حول العالم كل يوم من تقنياتنا وخدماتنا المبتكرة في مجالات التصوير التشخيصي والعلاجي، والتشخيصات المختبرية والطب الجزيئي، فضلاً عن الصحة الرقمية والخدمات المؤسسية.