

معايير الرعاية الصحية في الأزمات: الإطار الأخلاقي والمبادئ التوجيهية العملية



الپروفیسور ایلی د. الشاعر
دكتور في علم الدماغ والأعصاب
ودكتور في القانون
أستاذ علم الدماغ والأعصاب
والأخلاقيات الطبية
رئيس دائرة علوم التشريح والخلايا
والوظائف الحية في كلية الطب
مدير برنامج علم الدماغ والأعصاب
في الجامعة الأمريكية في بيروت
محام ومستشار قانوني لدى المحاكم
في تكساس وواشنطن

أخلاقي مّوحد ومبادئ توجيهية إجرائية سليمة بشأن التخصيص والفرز والمسائل الأخرى ذات الصلة: إن هذه المبادئ والأطر الأخلاقية والقانونية من شأنها أن تساعد العاملين في مجال الرعاية الصحية والمرافق الصحية كما عامة الناس على إستيعاب التخصيص الأخلاقي للموارد أثناء الأزمات. هذه المبادئ التوجيهية ليست منزلة. بل هي بمثابة وثيقة حيّة. يُعزّم إعادة قراءتها. خديتها وتنقيحها بما يتماشى مع أوجه التقدم في المعرفة السريرية والمعايير المجتمعية ومع معطيات مستمدة من الأطباء والنّاس بشكل مستمر؛ إذ لا يمكن المبالغة في أهمية التوعية والتثقيف والمشاركة العامة الحقيقية ودورها الحاسم في وضع سياسات عادلة وإرساء الثقة العامة.

الإطار الأخلاقي

يوفر القانون اللبناني في المادة #٢٨٨ (١٩٩٤/٢٢/٢) بصيغته المعدلة بالمادة #٢٤٠ (٢٠١٢/٢٢/١٠) إطاراً قانونياً لأخلاقيات الطب في لبنان. بموجب الفصل ٣، الفقرة ٣٤. «يجب على الطبيب أن يتعاون مع السلطات لحماية الصحة العامة. مع الأخذ في الاعتبار صحة الطبيب والحالات الخطيرة الأخرى». هذا وتوجد مدونات ماثلة للممرضين وغيرهم من ماريي الرعاية الصحية؛ وتشدد جميعها بشكل كبير على دور عامل الرعاية الصحية وظروف عمله وعلاقته بالمؤسسات دون إنباء اهتمام يذكر. إن وجد. للتجاذب الأخلاقي بين الاهتمام بصحة ورفاهية المريض الفرد من جهة، والاهتمام بصحة السكان. أو الصحة العامة. من جهة أخرى. في حالات الأوبئة الخطيرة يتحوّل هذا التوازن الأخلاقي نحو «الهدف النفعي التمثل في الاهتمام العادل للجميع» - مع الحفاظ على احترام كافة المرضى باعتبار كل منهم «هدف في حد ذاته». من هنا. تأتي الحاجة إلى الإطار الأخلاقي والمبادئ التوجيهية العملية لصنع القرارات الاستراتيجية أثناء حدوث جائحة. فضلاً عن توفير بوصلة أخلاقية للأطباء تكون متجذرة في القوانين و قواعد السلوك القائمة. هذه المقترحات غير مصممة لإتخاذ القرارات السريرية في الحالات الفردية. إنما قد يلبأ إليها الأطباء وغيرهم من المهتمين بالرعاية الصحية الراغبين في الإطلاع على الآثار الأخلاقية لأفعالهم أثناء الجائحة.

ويتناول هذا الإطار المقترح. أساساً. بعض التحديات الأخلاقية التي يحتمل أن تنشأ خلال الجائحة. لذا. ومن منظور تنظيمي أخلاقي ومهني - قد يحكم أيضاً نهج المحاكم في أي طعون قانونية لاحقاً - ينبغي طمأنة الأطباء إلى أنه من غير المرجح أن يتعرضوا للانتقاد أو للملاحقة

القانونية على الرعاية التي يقدمونها أثناء الجائحة عندما يكون القرار:

- معقولاً ضمن الظروف والمعطيات
- مستنداً إلى أفضل الأدلة المتاحة في حينه
- وفقاً لتوجيهات الحكومة أو وزارة الصحة أو صاحب العمل
- متخذاً بالتعاون مع المعنيين قدر الإمكان
- مصمماً لتعزيز الرعاية الآمنة والفعالة للمرضى قدر الإمكان في ظل الظروف

وإذا ما تم التشكيك في القرارات في يوم لاحق. فسوف يُحكم عليها من خلال الوقائع المتاحة وقت اتخاذ القرار. وليس بناء على استفادة من الإدراك المتأخر.

القيم الأساسية التي يقوم عليها هذا الإطار الأخلاقي هي الاهتمام والاحترام المتساويين. في حالات الوباء يجب موازنة هذه القيم مع المبدأ الأسمى لإيقاد معظم الأرواح. أو تحقيق أفضل نتيجة لأكبر عدد ممكن من المرضى. ويترجم ذلك في مجموعة من المبادئ التوجيهية كما يلي:

- العدل والإنصاف: معاملة الجميع على قدم المساواة. لكن هذا لا يعني أن الجميع سيعاملون بالمثل.

ينبغي أن تتاح للأشخاص الذين يتمتعون بفرص متساوية للاستفادة من مورد ما فرصة متساوية في الحصول عليه؛ و لن يكون من الظلم أن نطلب من مريض ما الانتظار إذا كان بإمكانه الحصول على نفس الفائدة في وقت لاحق.

- الاحترام: إبقاء الناس على إضطلاع قدر الإمكان؛ منحهم الفرصة للتعبير عن آرائهم حول المسائل التي تؤثر عليهم؛ احترام خياراتهم الشخصية حول الرعاية والعلاج

- تقليل الضرر الناجم عن الوباء: الحد من انتشار المرض وتقليل الاضطرابات. وتعلم ما يصلح وتطبيقه

- إعلاء سلامة مقدمي الخدمات والمرضى: من خلال استراتيجيات عادلة ومنصفة وسريعة الاستجابة. ويكتسي الإنصاف أهمية قصوى في تخصيص الموارد الطبية الشحيحة المنقذة للحياة.

- حماية القوى العاملة في مجال الرعاية الصحية: العاملون في مجال الرعاية الصحية يشكّلون خط دفاع أمامي في الجائحة. لذا يجب إبقاؤهم على علم مستمر بالحقوق والالتزامات والتغييرات في الأحكام القانونية والتنظيمية. بما لذلك من تأثير على تنظيم العمل الوظيفي والدوام في الجسم الصحي. وعلى الوصول العادل إلى العلاج. وحماية المسؤولية. وسداد التكاليف المتكبدة في حماية الصحة العامة

- المعاملة بالمثل والعمل معاً: دعم الذين يتحملون أعباء متزايدة؛ نحن بحاجة إلى دعم بعضنا البعض. حَمَل المسؤولية عن سلوكنا وتبادل المعلومات.

- الثقة العامة: الثقة العامة ضرورية. يجب أن يكون قادة الرعاية الصحية استباقيين. صادقين. شفافين وخاضعين للمساءلة عند التواصل مع الدولة ومع مؤسساتهم والنظام ككل.

- الحفاظ على تناسب الأمور: يجب أن تكون المعلومات المرسله متناسبة مع المخاطر. والقيود المفروضة على الحقوق متناسبة مع الأهداف.

- المرونة: يجب أن تكون الخطط قابلة للتكيف مع الظروف المتغيرة. - اتخاذ قرارات معلنة وشفافة: أن تكون القرارات شاملة. شفافة ومعقولة قدر الإمكان. كما ينبغي أن تكون رشيدة ومستندة إلى الأدلة. وأن تكون نتيجة لمنهجية معقولة. شفافة وعملية في ظل الظروف الراهنة.

مسؤوليات ورفاهية العاملين في مجال الرعاية الصحية في الاستجابة للكوارث والتأهب لها

تتطلب الاستجابة للكوارث مشاركة واسعة من العاملين في مجال الرعاية الصحية. ونظراً لالتزامهم برعاية المرضى والمصابين. فإن الأطباء - والعاملين في الرعاية الصحية بشكل عام - ملزمون بتوفير الرعاية الطبية العاجلة أثناء الكوارث. هذا الالتزام يستمر حتى في مواجهة مخاطر أكبر من المعتاد على سلامة العاملين الخاصة أو حتى على حياتهم. ولما كانت القوى العاملة في مجال الرعاية الصحية مورداً محدوداً. خصوصاً في الحالات الكارثية ومع المخاطر الكامنة فيها. أصبح الأطباء ملزمين أيضاً بحماية الطاقم الصحي وذلك بتقييم مخاطر توفير الرعاية للمرضى الأفراد مقابل الحاجة إلى أن يحافظ الطاقم الصحي على جهوزيته لتقديم الرعاية في المستقبل.

لذا ينبغي على الأفراد العاملين في الرعاية الصحية أثناء الكوارث الإلتزام بما يلي:

أ) اتخاذ التدابير المسبقة المناسبة. بما في ذلك اكتساب المعارف والمهارات المناسبة والحفاظ عليها لضمان القدرة على تقديم الخدمات الطبية والسريرية عند الحاجة

كما ينبغي أن يقوموا. مجتمعين. بما يلي:

ب) توفير الخبرة والعمل مع الآخرين لوضع سياسات للصحة العامة:

١) تهدف إلى تحسين فعالية وتوافر الخدمات الطبية أثناء وقوع كارثة

٢) تستند إلى علم سليم

٣) تستند إلى احترام المرضى

ج) الدعوة إلى إجراء بحوث سليمة أخلاقياً والمشاركة فيها من أجل توجيه القرارات المتعلقة بالسياسات.

عمال الرعاية الصحية مثقلون بالأعباء. وقدرة نظام الرعاية الصحية على الاستجابة للوباء تتوقف على رفاهيتهم. لذلك من الضروري أن يتخذ أرباب العمل خطوات لتوفير الدعم المناسب. بما في ذلك الدعم المقدم من لجنة الأخلاقيات السريرية لإن المستشفيات والدعم النفسي. لجميع المهنيين الصحيين العاملين أثناء الوباء. الذين قد يجد العديد منهم أنهم يعملون في ظروف غير مألوفة ومضنية. وهي صعبة من الناحية العملية وصعبة أخلاقياً وعاطفياً.

مسؤوليات لجان الأخلاقيات في مؤسسات الرعاية الصحية

عند اتخاذ قرارات بشأن الرعاية الصحية. يواجه المرضى والأسر

ومقدمو الرعاية الصحية، في كثير من الأحيان، حالات صعبة، قد تثقل كاهلهم، في هذه الحالات ينبغي أن تكون لجان أخلاقيات المستشفيات، أو لجنة الأخلاقيات الوطنية إذا ما وجدت، جاهزة لتقديم المساعدة في معالجة القضايا الأخلاقية التي تنشأ وتسهيل اتخاذ القرارات السليمة بشأنها. بما يحترم قيم المشاركين وأعمالهم ومصالحهم.

حتى تكون لجان الأخلاقيات فعالة في توفير الدعم والتوجيه المطلوبين، ينبغي أن تلتزم بتقديم الإستشارة والتعليم وليس صناعة القرار. لذا فتوصيات هذه اللجان غير ملزمة للمرضى أو لمقدمي الرعاية الصحية. على أن تمثل عضوية اللجنة خبرات ووجهات نظر متنوعة، بما في ذلك مثلي المجتمعات المحلية والمدنية.

أما بالنسبة للجان الأخلاقيات التي تخدم المؤسسات الصحية الدينية أو غيرها من مؤسسات الرعاية الصحية التي تديرها البعثات فهي تتحمل مسؤولية مزدوجة:

(١) التمسك بالمبادئ التي تلتزم بها المؤسسة

(٢) أن توضح للمرضى والأطباء وأصحاب المصلحة الآخرين إن المبادئ المحددة للمؤسسة سوف تسترشد بها توصيات اللجنة.

الإشراف على موارد الرعاية الصحية

من واجبات مقدمي الرعاية الصحية، بشكل عام، والأطباء بشكل خاص، الالتزام الأخلاقي بتعزيز رفاهية المرضى. كما أن عليهم التزاماً بتعزيز الصحة العامة وإمكانية الحصول على الرعاية الصحية. ويفتضي هذا الالتزام من مقدم الرعاية الصحية أن يكون مشرفاً حكيماً على الموارد المجتمعية المشتركة، التي يعهد إليه بها. إدارة موارد الرعاية الصحية بمسؤولية لصالح الصحة العامة لا تتعارض مع الالتزام الأساسي لخدمة مصالح المرضى الأفراد. والأطباء هم في طليعة المؤثرين على خيارات الرعاية الصحية وصنع القرار. لذلك، عليهم الإلتزام بأن يكونوا مشرفين يقظين على موارد الرعاية الصحية. وفي حين أن الطبيب لا يزال ملزماً بمدونة الأخلاقيات الطبية، ينبغي أن يسترشد قراراته باعتبارات إضافية منها:

(أ) مساعدة المرضى على التعبير عن أهدافهم في مجال الرعاية الصحية ومساعدة المرضى وأسرهم على تكوين توقعات واقعية حول ما إذا كان من المرجح أن يحقق تدخل معين تلك الأهداف.

(ب) اختيار مسار العمل الذي يتطلب موارد أقل عندما تتيح مسارات العمل البديلة احتمالاً ودرجة مماثلة من الفائدة المتوقعة مقارنة بالضرر المتوقع للمريض الفرد.

(ج) الشفافية بشأن البدائل. بما في ذلك الكشف عن دور القيود المفروضة على الموارد في صنع القرار.

من ناحية أخرى، للأطباء وضع فريد في التأثير على الإنفاق على الرعاية الصحية. لتمكينهم من القيام بهذا الواجب، لا بد من خلق ظروف مناسبة من خلال:

- تشجيع مديري الرعاية الصحية والمنظمات على جعل بيانات

التكاليف شفافة (بما في ذلك منهجيات محاسبة التكاليف) حتى يتمكن الأطباء من الإشراف على دراية جيدة.

- ضمان حصول الأطباء على التدريب الذي يحتاجون إليه لإطلاعهم على تكاليف الرعاية الصحية وكيفية تأثير قراراتهم على الإنفاق العام.

- الدعوة إلى إجراء تغييرات في السياسات، مثل إصلاح المسؤولية الطبية، تعزيز الحكم المهني وتعالج الحواجز المنهجية التي تعوق الإشراف المسؤول.

أولوية تخصيص الموارد

إن خيار وضع حدود للحصول على العلاج ليس قراراً تقديرياً، بل هو استجابة ضرورية للآثار الساحقة للوباء. والسؤال ليس ما إذا كان ينبغي تحديد الأولويات، بل كيفية القيام بذلك أخلاقياً ومنتسقاً. بدلاً من الاستناد إلى نهج المؤسسات الفردية أو حدس الطبيب في خضم اللحظة. أما الإطار الأخلاقي للقيام بذلك فمتعدد القيم ويعزز تعظيم الفوائد، المعاملة على قدم المساواة، تعزيز القيمة الفعالة ومكافأتها. وإعطاء الأولوية للأسوأ حالاً. وتسفر هذه القيم عن توصيات محددة لتخصيص الموارد الطبية تشمل المعايير التالية:

(أ) سياسات تخصيص الإحتياجات الطبية، بما في ذلك الحاجة الملحة، واحتمال الاستحقاق ومدته المتوقعة، والتغير في نوعية الحياة. وفي ظروف محدودة، قد يكون من المناسب مراعاة مقدار الموارد اللازمة لنجاح العلاج. وليس من المناسب أن تستند سياسات التخصيص إلى السن، أو القيمة الاجتماعية، أو العقوبات المتصورة التي تعترض العلاج، أو مساهمة المريض في المرض، أو استخدام الموارد في الماضي، أو غير ذلك من الخصائص غير الطبية.

(ب) إعطاء الأولوية للمرضى الذين سيجنب علاجهم الوفاة المبكرة أو النتائج السيئة للغاية، ثم للمرضى الذين سيعانون من أكبر تغيير في نوعية الحياة، عندما تكون هناك اختلافات كبيرة جداً بين المرضى الذين يحتاجون إلى الحصول على الموارد النادرة.

(ج) استخدام آلية موضوعية ومرنة وشفافة لتحديد المرضى الذين سيحصلون على الموارد عندما لا تكون هناك اختلافات كبيرة بين المرضى الذين يحتاجون إلى الحصول على الموارد النادرة.

(د) شرح سياسات أو إجراءات التخصيص المنطبقة على المرضى الذين يحرمون من الوصول إلى الموارد الشحيحة للناس عامة.

إن أي من القيم أعلاه لا تكفي بحد ذاتها لتحديد المرضى الذين ينبغي أن يتلقوا موارد شحيحة. ويمكن تفعيل القيم بطرق مختلفة لتخصيص الموارد إلى حد ما، مثل أسرة وحدة العناية المركزة، والأدوية، وأعضاء الزرع الصلبة، أو حالات «الفرز» في أوقات الندرة (مثل الوصول إلى أجهزة التنفس الصناعي)، ببساطة يقتضي الأمر ما يلي:

- تعظيم الفوائد: إنقاذ معظم الأرواح أو تحقيق أقصى قدر من التحسن (إنقاذ معظم سنوات الحياة)

- إعطاء الأولوية لعمال الصحة العامة: فهم في الخطوط الأمامية ودورهم ضروري لرعاية الآخرين. ومن الضروري أن تعطى الأولوية لرفاههم الصحي، سواء من أجل مصلحتهم أو كجزء من الحفاظ على

الخدمات السريرية الفعالة.

- عدم التخصيص على أساس أسبقية الخدمة الأولى: اعتماد العشوائية فقط بين المرضى الذين يعانون من تشخيص مماثل

- الإستجابة للأدلة

- المشاركة البحثية

- تطبيق المبادئ ذاتها على كافة المرضى من المصابين بالوباء و سواهم.

الفرز

هو شكل من أشكال تقنين الموارد الشحيحة أو تخصيصها في ظل ظروف حرجة أو طارئة حيث يجب اتخاذ القرارات فوراً بشأن من ينبغي أن يتلقى العلاج. لأن عدداً أكبر من الأفراد يعاين من ظروف تهدد حياته أكثر مما يمكن علاجه في آن واحد. الفرز يصنّف الأشخاص حسب احتياجاتهم والنتائج المحتملة للتدخل. ويمكن أن ينطوي أيضاً على تحديد أولئك الذين يعانون من مرض أو إصابات خطيرة لدرجة أنه حتى مع العلاج العدواني، من غير المرجح أن يبقوا على قيد الحياة. وبالتالي، ينبغي أن يحصلوا على أولوية أقل للتدخلات الطارئة مع تلقي أفضل تخفيف متاح للأعراض. ويستحسن أن تميل بروتوكولات الفرز إلى «الصالح العام» المتمثل في تحقيق أقصى قدر من البقاء على قيد الحياة للسكان. ومن الناحية المثالية، يجب أن يكون هناك حديث على نطاق المجتمع حول ما إذا كان ينبغي أن يكون هذا هو هدف الفرز في جائحة ما. ولكن بالنسبة للكورونا، فقد فات الأوان.

اهتمام الأطباء أثناء الفرز يجب أن ينصب على تقديم أكبر فائدة طبية لأكبر عدد من الناس. إلا أن وراء هذا المبدأ الخادع ببساطته يكمن بعض القرارات الحرجة. كما وأن هكذا استراتيجية تتطلب إحصائيات عن الفئات المعرضة للخطر يختلف وبإثبات المرض، وهي أعداد غير متوفرة بسهولة في لبنان؛ ما يجعل القرار خدياً بالفعل. بل وأكثر من ذلك، من المرجح أن يتطلب اهتماماً أخلاقياً كبيراً بتخصيص الموارد. وحجب العلاجات عن المرضى في وقت التدهور، مع التمييز في قرارات تحديد الأولويات.

بالنظر إلى التهديد الذي يشكله الوباء واهتمام أوساط الإعلام الواسع النطاق به، ما يثير شبح الإنذار العام وإمكانية العصيان المدني، في حد أقصى. من هنا، تأتي أهمية وجود عملية عادلة تضمن الاستجابات للوباء ويمكن الدفاع عنها أخلاقياً. هكذا منهجية ختم وجود أخلاقيات إجرائية - لضمان اتخاذ القرارات على جميع المستويات بشكل علني، شفاف وخاضع للمساءلة من جانب الهيئات المختصة وبمشاركة مجتمعية كاملة (قدر الإمكان في غضون الجدول الزمني الملزم).

عليه، يجمع الساسة والقادة السريريون على أن القرارات المتعلقة ببروتوكولات الفرز هي قرارات صعبة يتعين اتخاذها. وأي بروتوكول للفرز سيؤدي إلى خيارات مأساوية بالنسبة للبعض. لذا لا ينبغي ترك المسؤولية تقع على عاتق الطبيب المعالج لوحده دون توجيه من وزارة الصحة العامة، نقابة الأطباء، والجمعيات المهنية، لضمان الاتساق



والإنصاف والشفافية. يمكن القول إننا فوّتنا الفرصة لإشراك الرأي العام بشكل صحيح في اتخاذ القرارات حول كيفية استخدامنا الموارد الشحيحة، ولكن يجب بذل الجهود لضمان أن يفهم الجميع الغرض من أي بروتوكول للفرز وكيفية تطبيقه. وأن يكون قادراً على الثقة في أنه سيتم تطبيقه باستمرار.

أخيراً، ونظراً لمقدار التوتر والقلق الذي قد يتحملة مقدمو الرعاية الصحية، ولا سيما الأطباء، بشأن صحتهم وصحة أسرهم، فإن مهاراتهم في هذه الظروف، قد لا تفي بمعايير اللياقة المتوقعة قبل الجائحة، ومع ذلك هم قادرون على تقديم مساهمة حيوية. ما يؤدي حتماً إلى طرح أسئلة تتعلق بالمسؤولية المهنية والقانونية والتعويضات. وفي هذه الحالات، يوصى بالنظر فيما يلي:

- في حالات القلق، يجب النظر دائماً إلى الحقائق، مع الأخذ في الاعتبار

العوامل ذات الصلة بالبيئة التي يعمل فيها الطبيب.

- الموارد المتاحة للطبيب، مشاكل العمل في مجالات غير مأثوفة، والإجهاد والتعب ما قد يؤثر على الحكم أو السلوك. مراعاة أي معلومات ذات صلة حول الموارد أو المبادئ التوجيهية أو البروتوكولات المعمول بها في حينه.

- الشرط الأساسي لجميع الأطباء هو الاستجابة بمسؤولية وعقلانية للظروف التي يواجهونها.

ختاماً، يجب تعزيز هذا النهج العام في رسالة موجهة إلى العاملين في القطاع الصحي من المراجع الطبية والصحية والقانونية على أعلى المستويات في لبنان.

لا توجد إجابة واحدة صحيحة، ولكن إذا فشلت تدابير الاحتواء وتبسيط منحى الوباء، فإن وزارة الصحة بحاجة إلى إيجاد إجابة سريعة. على أمل أن تنتهي الجائحة في أقرب وقت ونبدأ بعدها النقاشات المهنية والمبادرات التي تشمل الرأي العام.