مركز تعريب العلوم الصحية

سلامة المريض
بحوث الممارسة

ترجمة

د. تيسير العاصي

مراجعة وتحرير

مركز تعريب العلوم الصحية

سلسلة المناهج الطبية العربية

المحتويات

المقدمـــة ج
التمـهـيد هـ
المحـــرران ز
المترجم ط
المقدمة : 1
الباب الأول : وجهات نظر في سلامة المريض 9
الفصل الأول : وجهات نظر إكلينيكية في سلامة المريض 11
الفصل الثاني : مشاركات إجتماعية لسلامة المريض 23
الفصل الثالث : أساليب نفسية لسلامة المريض 37
الفصل الرابع : مشاركة جودة الإدارة لسلامة المريض 49
الفصل الخامس : تكنولوجيا، ومعلوميات وسلامة المريض 81
الفصل السادس : سلامة المريض والقانون 99
الباب الثاني : أساليب لتقييم سلامة المريض 113
الفصل السابع : تطوير واستعمال تصنيفات الأخطاء 115
الفصل الثامن : تبليغ وتحليل الحادث 135
الفصل التاسع : استعمال مراجعة المخطط وقواعد البيانات الإكلينيكية لدراسة الخطأ الطبي 147
الفصل العاشر : تقنيات مستعملة في استقصاء وتحليل حوادث حرجة في الرعاية الصحية 163
الفصل الحادي عشر : التعلم من التقاضي: دور تحليل المطالبات في سلامة المريض 181
الفصل الثاني عشر : طرق الجغرافيا الأثنية في سلامة المريض 207
الفصل الثالث عشر : تقييم ثقافة السلامة 223

الباب الثالث : سلامة المريض في الممارسة ـــــــــــــ **237**
الفصل الرابع عشر : سلامة المريض:
تعليم، وتدريب وتطوير مهني ـــــــــــــ **239**
الفصل الخامس عشر: مسارات لسلامة المريض:
استعمال القوانين والإرشادات في الرعاية الصحية ـــــ **253**
الفصل السادس عشر: أداء وتواصل الفريق وسلامة المريض ـــــــــ **265**
الفصل السابع عشر : الاستنتاج ـ والطريق إلى الأمام ـــــــــــــ **277**
المراجع : ـــــــــــــ **297**

المقدمة

يدور حوار في الساحة الطبية عن الأذى الذي يتعرض له المريض جرّاء تلقيه للرعاية الصحية، ولكنه يركز على محور واحد وهو الأخطاء الطبية وقانون المساءلة، إلا أن هذا الأذى يعرّف بأنه غير مقصود وناتج عن آلية الرعاية الصحية المقدمة ولا علاقة له بمسار المرض، الذي إذا استفحل فإنه يؤدي إلى الوفاة أو الإصابة بإعاقة سواء دائمة أو مؤقتة، أو إطالة الإقامة بالمستشفى.

ولمنع أن يحدث ذلك علينا أن نتعامل مع الأخطاء كجزء مهم ضمن موضوع أشمل يضع سلامة المريض أولاً بطريقة تعتمد على شرح الأسباب لإمكانية إجراء التداخل السريع لتصحيح أو تخفيف تبعات ما يحدث، حيث إن الصحة سواء كانت جسدية أو نفسية أو اجتماعية هي حق لكل إنسان على وجه الأرض، وأنها هدف يسعى إليه الجميع دون استثناء.

من هنا جاءت ترجمة هذا الكتاب (سلامة المريض) ليغطي كافة جوانب السلامة التي يحرص عليها كل العاملين في الحقل الطبي ليس فقط في الحد من الأخطاء الطبية، وإنما أيضاً في السعي لتقليلها كلما أمكن من خلال الدراسات والبحث في المشكلات وتبادل التجارب بين الأمم.

نأمل أن يقدم هذا الكتاب الشرح الوافي عن سلامة المريض لكل العاملين في القطاع الطبي، وخاصة العاملين في قطاع الرعاية الصحية وأن يستفيد منه الطالب والباحث والطبيب في كليات الطب.

والله ولي التوفيق،،

الدكتور/ عبدالرحمن عبدالله العوضي

الأمين العام

مركز تعريب العلوم الصحية

التمهيد

يهدف هذا الكتاب إلى تقديم معلومات عن تحسين سلامة المرضى في العالم العربي، والمتعلقة بعمليات الرعاية الصحية، والتغيرات النظامية وممارسة العمل التي ترمي إلى الحد من خطورة الأضرار، حيث تتضمن المعايير الرئيسية لهذا الأسلوب العديد من الإجراءات، وقد قُسم هذا الكتاب إلى ثلاثة أبواب يحتوي الباب الأول منها على ستة فصول، حيث يعرض الفصل الأول وجهات نظر إكلينيكية في سلامة المريض، ويشرح الفصل الثاني المشاركات الاجتماعية لسلامة المريض، ثم يوضح الفصل الثالث الأساليب النفسية على سلامة المريض، ويتحدث الفصل الرابع عن جودة الإدارة لسلامة المريض، ويتناول الفصل الخامس بالشرح تكنولوجيا المعلومات وسلامة المريض، ويبين الفصل السادس العلاقة بين سلامة المريض والقانون.

ويتضمن الباب الثاني من الكتاب أساليب تقييم سلامة المريض، حيث يشتمل على سبعة فصول يذكر الفصل الأول منها تصنيفات الأخطاء ويتناول الفصل الثاني تحليل الحادث، ثم يوضح الفصل الثالث استعمال مراجعة المخطط وقواعد البيانات الإكلينيكية لدراسة الخطأ الطبي، ثم يوضح الفصل الرابع التقنيات المستعملة في استقصاء تبليغ وتحليل الحوادث الحرجة في الرعاية الصحية، ويتضمن الفصل الخامس التعلم من التقاضي حيث يشرح دور تحليل المطالبات في سلامة المريض، ثم يحدثنا الفصل السادس عن طرق الجغرافيا الأثنية في سلامة المريض. كما يبين الفصل السابع كيفية تقييم ثقافة السلامة.

وفي الباب الثالث يحدثنا الكتاب عن سلامة المريض في الممارسة، حيث يحتوي على أربعة فصول يتناول الفصل الأول طرق التعليم والتدريب، والتطوير المهني. ثم يوضح الفصل الثاني كيفية استعمال القوانين والإرشادات في الرعاية الصحية. أما الفصل الثالث فيعرض أداء وتواصل الفريق وعلاقته بسلامة المريض، ويُختتم الكتاب بالفصل الرابع الذي يعرض لنا الاستنتاج ويبين كيف يكون الطريق إلى الأمام.

نتمنى أن يكون هذا الكتاب قد استوفى بالشرح كافة الجوانب عن الرعاية الصحية التي تحقق سلامة المريض، وأن يكون معيناً للعاملين في مجال الرعاية الصحية ومفيداً للطالب والطبيب في كليات الطب.

والله ولي التوفيق،،

الدكتور/ يعقوب أحمد الشراح

الأمين العام المساعد

مركز تعريب العلوم الصحية

الـــمحـــــرران

* **كيرين ولش**

ـ مدير وأستاذ السياسة والإدارة الصحية ـ مركز كلية التجارة بمانشستر للسياسة والإدارة العامة ـ جامعة مانشستر.

* **روث بودن**

ـ كبير المحاضرين في التدبير العلاجي للعمليات ـ كلية التجارة بمانشستر ـ جامعة مانشستر.

المترجم

*** د. تيسير كايد العاصي**

- حاصل على بكالوريوس الطب والجراحة - جامعة الأزهر - جمهورية مصر العربية عام 1973.
- حاصل على شهادة الماجستير في الأمراض المعدية - المملكة المتحدة.
- حاصل على دبلوم التخصص في طب المناطق الحارة والصحة - المملكة المتحدة.
- حاصل على دبلومتي الصحة المهنية والصحة الدولية - لندن ودبلن - المملكة المتحدة.
- رئيس الطب الوقائي والصحة المهنية (سابقاً) - مستشفى الأحمدي - شركة النفط - دولة الكويت.

المقدمة

Introduction

لم تكن سلامة المريض موضوعاً للجدل، النقاش أو العمل من قبل منظمات الرعاية الصحية، والنظم الصحية، وأصحاب القرار السياسي حتى عشر سنوات مضت تقريباً، كما أنها لم تكن مركز اهتمام كبير للبحث. وقد عرف الإكلينيكيون ـ وربما تقبلوا بسهولة ـ لمدة 40 عاماً على الأقل بأن المستشفيات هي أماكن خطرة، حيث عانى المرضى غالباً من أضرار كان من الممكن تجنبها (Barr 1955; Moser 1956; Schimmel 1964; McLamb and Huntey 1967). وقد تقدم التكنولوجيا الطبية علاجات جديدة لها فوائد إكلينيكية عظيمة، ولكن لها أيضاً إمكانية كبيرة للضرر. ومع زيادة وتيرة وتعقيد العمليات الإكلينيكية، فقد تقلص معها هامش الخطأ. وقد أصبحت المستشفيات، العيادات ومنظمات الرعاية الصحية، بالنسبة للمرضى أماكن خطيرة أكثر فأكثر. ولكن في وعي عامة الناس، كان هنالك قليل ـ إن وجد ـ من فهم الغموض والاختلاف في توصيل الرعاية الصحية، وإيمان ساذج في قدرة معاهد ومهن الرعاية الصحية على تقديم رعاية متواصلة ذات جودة عالية.

وكانت دراسة الممارسة الطبية من هارفارد في أواخر الثمانينيات، والتي طبقت منذ ذلك الحين في أستراليا، ونيوزيلاندا، والمملكة المتحدة وأماكن أخرى، حيث كانت هي أول دراسة تجريبية واضحة لتقييم الضرر الذي يحدث للمرضى من قبل منظمات الرعاية الصحية وأظهرت جلياً حجم ومدى المشكلات في سلامة المريض (دراسة الممارسة الطبية من هارفارد 1990) (Harvard Medical Practice Study 1990). لقد وجدت بأن 4٪ من مجمل المرضى الذين تم دخولهم المستشفى قد عانوا من أحداث ضارة، و 28٪ من تلك الأحداث الضائرة كانت بسبب الإهمال. وبذلك، يكون 1٪ من مجمل المرضى قد عانوا من أحداث ضارة نتيجة الإهمال أثناء دخولهم المستشفى. وبينما كانت نتيجة معظم الأحداث الضارة صغيرة أو إعاقة عابرة، فإن 14٪ كانت سبباً أو متورطة في وفاة المريض (و 51٪ قد تم الحكم فيها بالإهمال). ولكن لم تنتشر بشكل واسع في صفوف عامة الناس في الولايات المتحدة الأمريكية إلاّ بعد صدور تقرير هام ومؤثر من المعهد الطبي سنة (1999) حيث بدأت مشكلات سلامة المريض تؤخذ على محمل الجد. ويستنتج من

دراسة هارفارد وبحوث أخرى التي أشارت بأن هناك من (3-17٪) من المرضى عانوا بعض الضرر غير المقصود، واستنتجت في الخلاصة إلى حدوث 98,000 وفاة نتيجة أخطاء طبية كل عام في الولايات المتحدة، مما يجعل الخطأ الطبي هو سبباً للوفيات أكثر شيوعاً من أمراض معروفة جيداً (Institute of Medicine 1999). وقد استجاب أصحاب القرار السياسي في الولايات المتحدة وفي عديد من البلاد الأخرى بمجموعة من المبادرات تهدف إلى معالجة ما تم وصفه بالوباء الخفي للخطأ الطبي، والضرر علاجي المنشأ (Department of Health 2000, 2001). وقد استثمرت الحكومات لأول مرة، غالباً، موارد هامة لبناء البنية التحتية لمعرفة، وتعلم ومنع الأحداث الضارة والأخطاء، ولإنشاء برامج بحث لسلامة المريض (Shojania et al. 2001; NPSA 2004).

ولكن استعمال مصطلحات مثل «وباء» تحض على مقارنات مضللة وغير مساعدة بين الخطأ الطبي وسلامة المريض ومجموعات الأمراض الإكلينيكية الكبيرة مثل السرطان، وأمراض القلب أو السكتة. وبينما عاقبة كل منها ـ من منظور المراضة ومعدل الوفيات ـ من الممكن مقارنتها، إلا أن الأسباب، وسير العمليات، وسبل التعامل معها مختلفة جداً. إن سببيات الأخطاء والأحداث الضارة هي في الأساس تنظيمية وليست إكلينيكية. وبينما يمكن لعلم الأوبئة الإكلينيكي أن يزودنا بفهم حيوي تجريبي لنسبة الوقوع، وخصائص الخطأ والضرر على المريض (كما حدث في دراسة هارفارد)، إلا أنه لا يساعدنا على فهم أسباب الخطأ، عندما يتعلق بصورة متكررة بمواضيع مثل التواصل، عمل جماعي، تصميم عمليات الرعاية، الأدوات والإمكانيات، الموارد البشرية، تنظيم الخدمة، الإدارة، والقيادة. هناك مجال من القواعد التأديبية تشمل علم النفس، علم الاجتماع، علم الأوبئة الإكلينيكي، جودة الإدارة، تكنولوجيا المعلوميات والقانون لها أدوار هامة في تحليل الأخطاء والأحداث الضائرة، وهي تقدم هياكل نظرية تكميلية ومختلفة وإدراكاً فهمياً لمشكلات سلامة المريض. ويتوفر طيف كامل من الطرق والأساليب لاستقصاء وتحسين مشكلات سلامة المريض، مثل التبليغ عن عارض، مراجعة المطالبات، تحليل قاعدة البيانات، ملاحظة الأجناس البشرية وتحليل الحادث الحرج، ويمكن تطبيق كل منها في مناطق خدمة مختلفة، وتخصصات مختلفة، ومهن صحية مختلفة. سلامة المريض ليست مجال أي نظام بمفرده، تصميم بحثي أو طريقة قياس، إن الفهم الحقيقي وتحسين سلامة المريض يتطلب تكوين جماعي من جميع المشاركات ووجهات النظر المختلفة هذه.

إن هذا الكتاب هو منتدى عام حيث يوفر التقاليد والأفكار المختلفة معاً، بغرض تعزيز أساليب تعاونية ومتعددة الإختصاصات لبحث سلامة المريض. إن هدفنا هو تزويد مقدمة واسعة لمجال بحث سلامة المريض المنبثة، ومساهمته في السياسة والممارسة. إن الكتاب لا يستطيع ـ ولا يعتبر ـ بحثاً كاملاً وشاملاً في مواضيع سلامة المريض. وكما ذكرنا مسبقاً، فإن استثمار الحكومة حديثاً قد أدى إلى شيئ من التدفق البحثي، في مجال هو الآن سريع النمو. ولكن هدفنا هو توفير الفهم المنطقي لمفاتيح الطرق وتقاليد البحث الرئيسي، بطريقة مفيدة لكل من المجتمع البحثي المهتم أو المشارك في فهم البحث والممارس والمجتمعات أصحاب القرار السياسي الذين هم في موضع معرفة احتياجات البحث والذين يتوقع منهم ترجمة نتائج البحث إلى الممارسة. وهذا الرابط الأخير ـ بين البحث والممارسة ـ هو في الغالب ضعيف الخلق (الصنع) في مناطق أخرى من بحوث الخدمات الصحية. (Walshe and Rundall 2001) ونتيجة لذلك، فإن النشاط البحثي لا يرتبط جيداً باحتياجات البحث الحقيقي، ونتائج البحث تنشر بشكل غير كامل، وفي أحسن الأحوال، فإن هذه النتائج يتم أخذها وتستعمل في التأثير على الممارسة ببطء، بينما، في أسوأ الأحوال يتم تجاهلها. من الضروري أن لا يتم فصل بحث سلامة المريض عن احتياجات واهتمامات منظمات الرعاية الصحية والمرضى، وأن يتم أخذها بطرق تشرك وتأخذ بعين الاعتبار هذه الاهتمامات. وفي الأساس، فإنه من واقع اهتمام كل من الباحثين والممارسين هو القيام ببحث جيد، صارم، وذي علاقة والذي يحدث فرقاً حقيقياً في سلامة المريض.

نظرة عامة على الكتاب:

في الجزء الأول من الكتاب (الفصول من 1-6) تقدم سلسلة من النظريات المختلفة أو وجهات النظر التأديبية في سلامة المريض وتستكشف مقدرة كل منها في المشاركة على فهمنا للأخطاء والأحداث الضارة. أولاً، في الفصل 1، يقدم أنيز إسماعيل تحديات سلامة المريض من منظور إكلينيكي، والذي يؤكد المدى الذي يجب على الأطباء والإكلينيكيين الآخرين أن يتعلموا أن يعيشوا معه ويتحملوا شكوك الممارسة الإكلينيكية ـ مع ملاحظة أن مثل هذا التحمل يمكن أن ينقلب بسهولة إلى الرضا عن النفس والقبول الخادم للذات من الأخطاء والأحداث الضارة. ثم تستكشف إليزابيث ويست في (الفصل 2) علم الاجتماع للمنظمات في محيط السلامة، وتراجع كل من ديان باركر وربيكا لوتون في (الفصل 3) مشاركة علم النفس الجديرة بالاعتبار في دراسة الأخطاء والسلامة في الرعاية الصحية، وتشرح

روث بودين تطور جودة الإدارة وارتباطها بسلامة المريض في (الفصل 4)، أما بول بيتي فيوفر وجهات نظر تكنولوجية ومعلوماتية في (الفصل 5)، ويختم «مايكل جونر» الجزء الأول من الكتاب في (الفصل 6)، حيث يختبر الأبعاد القانونية لسلامة المريض.

الجزء الثاني من الكتاب (الفصول من 7-13) تقدم سلسلة من الفصول ركزت على أساليب مختلفة لقياس، وتقييم أو بحث سلامة المريض. تبدأ مع «جون هيكنر وزملائه» في (الفصل 7) حيث يستكشف تطور التصانيف في سلامة المريض. أنظمة (Systems) لتصنيف (Categorizing)، توسيم (Labelling) وتبويب (Classifying) الأخطاء والأحداث الضارة والتي نحتاجها لعمل قياس وتحليل جدير بالثقة وذي معنى. ثم، في (الفصل 8)، تقوم «سالي جايلز وزملاؤها» بمراجعة تطور أنظمة التبليغ عن الأحداث العارضة في الصناعات الأخرى وفي الرعاية الصحية، والأخذ بعين الاعتبار كيف يمكن عمل أنظمة تبليغ فاعلة عن الأحداث العارضة. في (الفصل 9) يوضح «توني أفاري وزملاؤه كم هو الحجم الحالي لقواعد المعلومات عن المريض، وبيانات من سير العمليات مثل مراجعة المخطط (Chart review)، يمكن استعمالها لبحث سلامة المريض، مع الرجوع إلى الأمثلة تتعلق بوصف العلاج والمستحضرات الدوائية. في (الفصل 10)، قام ستيفين روجرز وزملاؤه باستعراض طرق استعمال تحليل الحدث الحرج، وفحص طيف واسع من الأساليب لاختبار أحداث سلامة المريض وفهم أسبابها وعواقبها. ثم في (الفصل 11)، يستكشف شارلز فنسينت وزملاؤه أهمية بيانات الدعاوى ـ معلومات عن حالات الدعوى القضائية للإهمال الإكلينيكي ـ لسلامة المريض، مراجعة دراسات قضايا مقفلة واختبار الظروف التي تعتبر تلك البيانات أدوات مفيدة في بحث سلامة المريض. ثم في (الفصل 12) ، تقوم «راشيل فين» و «جاستين وارنج» بشرح كيف أن أساليب الأجناس البشرية في بحث سلامة المريض تقوم بتوفير فهم أعمق ومتنوع لمواضيع سلامة المريض، وعلاقتها بثقافة وسياق التنظيم. وأخيراً، تقوم «سوزان كيرك وزملاؤها» في (الفصل 13) بمعالجة قضية ثقافة السلامة في المنظمات، وتختبر عدداً من الأدوات التي تم تطويرها واستعمالها في قياس أو تقدير النواحي الثقافية في سلامة المريض.

كما يقدم في الجزء الثالث (الفصول من 14-16) عدداً من دراسات حالات من تحسين سلامة المريض، والتي تأخذ من المشاركات النظرية والمنهجية السابقة والتي يقصد منها بيان بحث سلامة المريض على أرض الواقع، وتشارك بذلك في تحسّن حقيقي. في (الفصل 14)، تبين «أماندا هاو» كيف أن مواضيع سلامة

المريض يتم التعرض لها بازدياد في التعليم وتطوير المهنيين في الرعاية الصحية. في (الفصل 15)، تقوم «دايان باركر وزملاؤها» باختبار استعمال إرشادات وسبل المريض كأدوات لتعريف عمليات الرعاية وتحسين سلامة المريض. أما في (الفصل 16)، فتقوم «شيرلي بيرس وفيونا واتس وزملاؤها» باستكشاف الطريق الذي يعمل على تحسين التواصل في صفوف الفريق الإكلينيكي وأثر العمل على سلامة المريض.

من خلال هذه المشاركات التي تبدو متباعدة ومختلفة تماماً، تنبعث بعض مناطق الانسجام، وبعض مناطق التباين المثيرة للاهتمام في الأسلوب. في (الفصل 17)، نعود لما يمكن أن نتعلم منه كيفية بحث وفهم مواضيع سلامة المريض، وماهية برنامج المستقبل للباحثين، وأصحاب القرار السياسي، والممارسين. ولكن بعض الأفكار التي جاءت خلال عدد من الفصول في الكتاب يجدر الإشارة لها هنا أيضاً في هذه المقدمة.

أولاً، هل نفكر في سلامة المريض من خلال منظورنا نحن كأفراد ـ أطباء، ممرضين، مدراء، معالجين، وغيرهم ـ أم أننا نرى سلامة المريض أولياً كشأناً تنظيمياً؟ كم من عدد الأخطاء والأحداث الضارة كان نتيجة إخفاق فردي، أو كم كان نتيجة خاصة بالنظام الذي يعمل الفرد فيه؟ يؤكد معظم المشاركين معنا على أهمية النظام أو المنظمة كمحدد لسلامة المريض ويقللون من أهمية المدى الذي يجب أن يكون فيه الشخص مسؤولاً عن الأخطاء التي تنتج عن ثقافة تنظيمية سامة، وتصميم ضعيف لسير العمليات، أو أنظمة إدارة غير كافية. ومع ذلك، كما جاء بكل وضوح في مشاركة أنيز اسماعيل في (الفصل 1)، إن هناك اعتقاد قديم وعميق في صفوف الإكلينيكين ـ وربما خاصة في صفوف الأطباء ـ في مسؤولية الفرد في اتخاذ القرار وفي الرعاية الإكلينيكية. وقد يجادل في ذلك بأن الإكلينيكيون يرون أنفسهم بأنهم ممارسون مستقلون يعملون من خلال نظام، وليسوا جزءاً من ذلك النظام. ومع إعطاء الحرية المعقولة والاستقلالية التي ما زال يتمتع بها الاكلينيكيون، والغياب النسبي لأنظمة الإدارة أو الرقابة لكثير من الممارسة الإكلينيكية، ربما كانوا على حق لعمل ذلك. ولكن ماذا يعني ذلك للهياكل والنماذج النظرية التي تركز على الأبعاد التنظيمية لسلامة المريض، وتبدي اهتماماً أقل لمواضيع سلوك الفرد والملومية (Culpability)؟ وكم تتناسب هذه النماذج والهياكل مع الكيانات التنظيمية المميزة وثقافات معاهد الرعاية الصحية؟

هذا يقودنا باتقان إلى موضوعنا الثاني، الذي هو، إلى أي مدى يمكن لمعاهد الرعاية الصحية أن تتعلم أو تتبني ممارسات السلامة للصناعات الأخرى؟ إلى أي مدى تكون أنظمة تبليغ الحادث العارض، مراسم الاستقصاء، قياسات الثقافة وأدوات أخرى من محيط تنظيمي واحد إلى آخر قابلة للتحويل؟ من الممكن أن يقال إن منظمات الرعاية الصحية هي مختلفة في طرق أساسية مما يجعل هذا التحويل أكثر صعوبة. على سبيل المثال، أحد الفروق هو المدى الذي يجعل منظمات الرعاية الصحية هذه تحت سيطرة المهن، الذين لديهم قوة هائلة رسمية وغير رسمية ومقدرة عظيمة على التأثير على القرارات وتشكيل عمليات الرعاية. والفرق الثاني هو المدى المقيد جداً لتحديد ما يمكن أن يسمّى عمليات الإنتاج في منظمة الرعاية الصحية، وجعله واضحاً، وموثقاً. في معظم الصناعات كالتصنيع والخدمات. الأخرى، يتم استثمار جهد كبير لعمل القياسات المعيارية لهذه العمليات، حتى يمكن لنتائجها أن تكون مقبولة بثبات. ولكن هناك مستشفيات قليلة يمكنها تزويد نص واضح عما حدث حتى لمجموعات المرضى الأكثر شيوعاً، مثل أولئك الذين تم إدخالهم المستشفى بسبب نوبة قلبية أو سكتة. وبما أن عمليات الرعاية هي غالباً صعبة التمييز، فإن معرفة مشكلة السلامة واتخاذ عمل لتحسين السلامة هي غالباً بالتأكيد أكثر صعوبة في منظمات الرعاية الصحية. والفرق الثالث ـ الحاسم ـ هو العلاقة الحميمة والمعقدة بين ما يمكن تسميته ضرر المرض وضرر الطريقة (أو العملية) في منظمات الرعاية الصحية. وغالباً لا يوجد في أية صناعة أخرى ما يمكن أن يكون طبيعياً (أو حتى في بعض الأحيان مرغوباً) للمستهلك بأن يموت خلال التفاعل مع مقدم الخدمة، ولكن هذا ما يحدث بالضبط في منظمات الرعاية الصحية. إن التمييز بين مشكلات المراضة والوفيات التي تنتج عن نظام الرعاية وتلك التي تنتج عن تقدم المرض هو صعباً دائماً. لمنظمات الرعاية الصحية، فإن الوجود على نحو واسع لما أسميناه ضرر المرض يجعله أكثر وأكثر صعوبة للتمييز أو إعطاء الأولوية لما يمكن أن يسمى ضرر الطريقة أو العملية ـ المراضة أو الوفيات الناتجة مباشرة من الطريقة التي قدمت فيها الرعاية. إن مهنيي ومعاهد الصحة يمكنهم جميعاً بسهولة التعود على الأخطاء والأحداث الضارة، ولديهم الاستعداد للوصول إلى تفسير خارجي لتلك الأحداث بدلاً من فحص إمكانية أن تكون ناتجة، على الأقل جزئياً، من عملية الرعاية. لهذا ولأسباب أخرى، يبدو بأن هناك مجالاً للجدل بأن منظمات الرعاية الصحية هي كيانات استثنائية من المنظور الثقافي والقريني(Contextual)، مع بعض السلوكيات والهياكل المميزة والتي تجعل ببساطة عملية تحويل أنظمة السلامة من محيط آخر معضلة. طبعاً، من السهولة بمكان أن تنشئ وتختفي خلف الجدل باستثنائية الرعاية الصحية، ولا يجب بالضرورة أن يتبع بأن هذه الفروقات

هي دائماً اعتبارات مادية عندما يتم تحويل أفكار أو طرق لتحسين السلامة من محيط لآخر، ولكنها بحاجة لأخذها بعين الاعتبار.

ثالثاً، كم تحتاج منظمات الرعاية الصحية للتغيير من أجل الوصول لمعيار السلامة الذي تم الوصول إليه في صناغات أخرى؟ أو بصيغة أخرى، كم مساحة التحسن المتاحة في سلامة المريض؟ نعتقد أن منظمات الرعاية الصحية لم تكن في أي يوم من الأيام مصممة لتمنع أو لتحمي ضد الأخطاء، ومعايير السلامة لدينا هي أبعد كثيراً عن تلك في القطاعات الأخرى. ومن الواضح من خلال عدد من المشاركات في هذا الكتاب بأن الصناعات الأخرى تضع علاوات أكبر على الموثوقية أو حتى على غياب الخطأ. المنظمات التي يطلق عليها «منظمات جديرة بثقة عالية» (High reliability organizations) في مجالات مثل السفر بالطيران، البنوك، الطاقة النووية، إنتاج النفط، وغيرها كثيراً ما استثمرت سنوات عديدة من الجهد في تطوير ثقافة تنظيمية وهيكلية التبليغ والتي تقر وتؤكد على أهمية السلامة. وعلى العكس من ذلك، فإن منظمات الرعاية الصحية ليس لديها هذه التقاليد أو ثقافة منشأة، وغالباً لا توجد سجلات تقصّي في تصميم عمليات الرعاية لزيادة أو تكبير سلامة المريض وتقليص الخطأ. لقد كانت سلامة المريض هي شأناً ضمنياً بدلاً من كونها شأناً واضح المعالم، إلى حد ما يتم أخذه اعتباطياً من قبل منظمات الرعاية الصحية ونادراً ما يدرج على جدول أعمال كبار القادة وأصحاب القرار السياسي. لم تكن شأناً حيوياً بالنسبة للمنظمة وإذا كنا صادقين، فإن الإخفاق في سلامة المريض نادراً ما كانت له عواقب بالنسبة لمنظمات الرعاية الصحية، أو أولئك الذين يقودونهم. لا يجب أن نقلل من تقدير كم تحتاج بيئة الرعاية الصحية ومنظمات الرعاية الصحية من أجل أن تتغير إذا كانوا يريدون طرح ذلك بدلاً من السجلات المحزنة نوعاً ما.

وكما نوهنا سابقاً بأن الباحثين، خاصة أولئك المنخرطين في دراسة هارفارد للممارسة الطبية واستنساخاتها في بلاد أخرى، قد لعبت جزءاً هاماً في جعل سلامة المريض أولوية كبيرة في كثير من البلاد، وذلك عن طريق توفير البرهان التجريبي على الضرر الذي لحق بالمرضى في منظمات الرعاية الصحية. إن التحدي الجديد هو استعمال البحث لإيجاد طرق لتقليل أو منع هذا الضرر، وتحسين سلامة وجودة الرعاية. وكما قلنا في البداية بأننا نعتقد بعدم وجود نظام معين أو عرف بحثيي بعينه يمتلك كل ما يتعلق بسلامة المريض، وأن أفضل البحوث ـ وأعظم التحسينات في سلامة المريض وجودة الرعاية ـ تكون نتاج التعاون بين الباحثين من مختلف الحقول والممارسين. إننا نأمل بأن يحقق هذا الكتاب دوراً في هذا المسعى.