

رعاية المرضى في مرحلة الاحتضار

العناية بالمرضى في مرحلة الاحتضار: تحسين رعاية مرحلة الاحتضار عبر الابتكار

البروفيسور سكوت موراي
السير توماس هيوز هاليت

الدكتور جيم كليري والدكتور ليز جرانت
والدكتور ريتشارد هاردينغ والبروفيسور أليكس جاداد
والدكتور مارك ستيدمان وكارن تايلر (خبرة خارجية)

رعاية المرضى في مرحلة الاحتضار

العناية بالمرضى في مرحلة الاحتضار: تحسين رعاية مرحلة الاحتضار عبر الابتكار

البروفيسور سكوت موراي
السير توماس هيوز هاليت

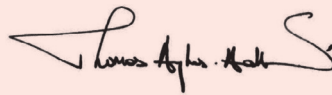
الدكتور جيم كليري والدكتور ليز جرانت
والدكتور ريتشارد هاردينغ والبروفيسور أليكس جاداد
والدكتور مارك ستيدمان وكارن تايلر (خبرة خارجية)

المحتويات

مقدمة	١
ملخص تنفيذي	٣
التوصيات	٦
مقدمة: فهم التحدي	٧
الخطوة ١: تحويل رعاية المرضى في مرحلة الاحتضار إلى أولوية للجميع	٩
الخطوة ٢: تخفيف المعاناة غير المبررة	١٦
الخطوة ٣: تحسين المعرفة واستخدام البيانات لتحفيز الابتكار	٢٢
الخطوة ٤: زيادة الموارد	٢٩
الخطوة ٥: تحسين المهارات	٣٤
الخطوات المباشرة التالية	٤٠
الملاحق	٤١
شكر وتقدير	٤٤
المراجع	٤٧



البروفيسور اللورد دارزي



سير توماس هيوز هاليت



مقدمة

تكفل المجتمعات المسؤولية لكل إنسان إمكانية العيش الكريم حتى يحين أجله. ومثلما هي الولادة، فالموت جزء من الحياة؛ أمر لا يمكن لأحد تفاديه. وحتى الآن لا يزال الموت في غالب الأحيان من «الموضوعات المحرمة». وتشكل طريقة العناية بالمرضى في مرحلة الاحتضار اختباراً يكشف نجاعة المنظومة الصحيّة وتحمل المجتمع لمسؤولياته، معياره الكرامة والاحترام الممنوح لجميع الناس من كافة الأعمار وفي جميع الحالات عند نهاية حياتهم.

حتى الآن لا يزال تخصص رعاية المرضى في مرحلة الاحتضار في بداياته وليدًا جديدًا في المنظومة السريرية. وقد اعتمدت بعض الحكومات استراتيجيات رعاية المرضى في مرحلة الاحتضار، لكن قلة من النظم الصحيّة هي التي اقتنعت بأن شيخوخة السكان أمر واقع ومستمر في التوسع بفضل التقدم الطبي الذي يؤدي إلى إطالة أعمار الناس، إلا أن أحوالهم الأخيرة في ظل شروط متعددة أخرى بعيدة المدى، تطرح تحديات متنامية على تلك النظم الصحيّة. ويتزامن ذلك مع زوال الأسرة الممتدة التي كانت الحاضنة التاريخية للرعاية الصحيّة للمرضى في مرحلة الاحتضار في كثير من المجتمعات (من الولايات المتحدة حتى الصين).

يتمنى الجميع موتاً كريماً خالياً من الألم. وبدل النقص المساوي في العلاجات المتاحة - لاسيما مركبات الأفيون - في معظم أنحاء العالم، على أن أغلبية سكان العالم محرومون من الموت بلا ألم، إذ يستخدم ١٦ في المائة من السكان ٩٠ في المائة من المورفين المتوافر في العالم. ويعتبر ذلك مثير خزي لمجتمعاتنا؛ لأنه يكشف عن تركيزنا التاريخي على العلاج الشفائي، في الوقت الذي نسمح بالموت مع الألم، متجاهلين إدراكنا لحرمة الموت.

لا بدّ من تغيير الأنظمة الصحيّة، وتقَبُّل ضرورة تطوير مقاربات وتكنولوجيات مبتكرة لرعاية المرضى في مرحلة الاحتضار. ولموارد المجتمع جميعها دورٌ تلعبه على هذا الصعيد - الأسر والجماعات ومُقدّمي الرعاية والخدمات الصحيّة والتكنولوجيا. ولكن ثمة ندرة في الاختصاصيين المدربين تدريباً مناسباً. ومن النادر للغاية أن يتوافر اختصاص الرعاية التلطيفية، الذي يؤمّن السيطرة على الألم والأعراض. وحيث يفترض بجميع مُقدّمي الرعاية التلطيفية أن يتمكّنوا من تقديم معظم الرعاية التلطيفية الأساسية لمرضاهم، نجدهم لم يخضعوا للتدريب إلا ليماماً، وحرصاً على كيفية الاستجابة الفعالة لما هو مطلوب فيما يعترضهم أثناء الممارسة اليومية.

يُسلّط هذا التقرير الضوء على المسائل الأساسية المطلوب مواجهتها، مع إيراد أمثلة عن أفضل ممارسات البلدان التي حققت تقدماً ملموساً على هذا الصعيد - ليس أقله تبني الابتكار وزيادة مدى ونطاق التغطية. إننا ننصح باتخاذ خطوات عملية من جانب صانعي السياسات لإحداث تغيير إيجابي وتقديم رعاية أفضل وقيمة اقتصادية أجدى.

يمثل مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحيّة فرصة نادرة لتسخير المعرفة الجاري بناؤها من خلال البيانات الضخمة وأنظمة الرعاية المسؤولة ومساهمة المرضى وعائلاتهم، والتعلّم في الوقت نفسه من التوازي الواضح بين الصحة النفسيّة ورعاية المرضى في مرحلة الاحتضار. ويعتبر إرساء منهجية للرعاية في مرحلة الاحتضار على مستوى النظام ككل «واجب» على جميع الدول المشاركة في مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحيّة.

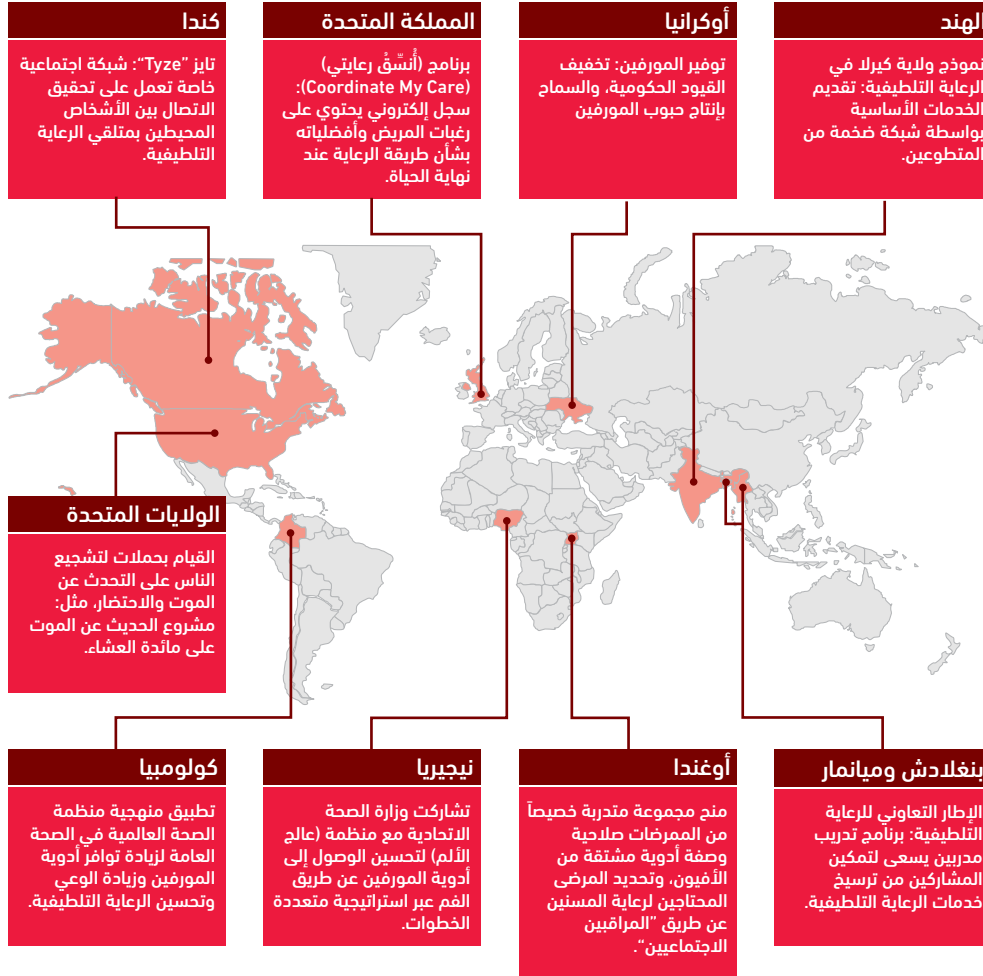
البروفيسور اللورد دارزي PC, KBE, FRS

الرئيس التنفيذي لمؤتمر ويش، مؤسسة قطر
مدير معهد الابتكار في مجال الصحة العالميّة التابع لجامعة
إمبريال كوليدج لندن

السير توماس هيوز هاليت

الرئيس التنفيذي لمعهد الابتكار في مجال الصحة العالمية التابع لجامعة إمبريال كوليدج لندن

نماذج مختارة من ابتكارات الرعاية الصحية عند نهاية الحياة



ملخص تنفيذي

أين يكمن التحدي؟

أتاح التقدم في مجال الطب والتغذية وعوامل أخرى أن يعيش الناس لفترة أطول. ولكن منحى الحياة واحد لا يتغير؛ إذ لا يزال معدل وفيات البشر ١٠٠ في المائة، فنحن جميعاً مُعرَّضون للموت في نهاية المطاف. وفي حين درس الإنسان باستمرار أين ومتى يموت؟ فقد تجنَّب أو تجاهل في معظم الأحيان السؤال التالي: كيف يموت؟ وهذا ما أدَّى إلى قدرٍ غير مقبول من معاناةٍ لا مبرر لها خلال سنوات الحياة الأخيرة في شتى أرجاء العالم. يحتاج ١٠٠ مليون شخص كل عام للرعاية التلطيفية، ولكن أقل من ٨ في المائة منهم يتمكّنون من الحصول عليها^١. لاشك بأنها مأساة عالمية، غير أنها من المآسي القابلة حقاً للعلاج.

لا بدّ أن نفكر بأن الدول تختلف في الأشواط التي قطعتها باتجاه تأسيس رعاية المرضى في مرحلة الاحتضار؛ إذ تشكل تقديم الخدمات المجتمعية على مدار الساعة التطور الرئيس بالنسبة لبعضها. أما بالنسبة للبعض الآخر، فإن التطور الرئيس هو تأمين الوصول إلى الأدوية الأساسية التي تسيطر على الألم والأعراض، وتوفر الكادر المُدرَّب على تقديمها.

ولهذه الغاية، نقدم استراتيجية مؤلفة من خمس خطوات لتحسين جودة الحياة عندما توشك على «نهايتها»، إلى جانب أمثلة محددة عن الابتكارات التي أثبتت نجاعتها في تخفيف المعاناة غير المُبرَّرة، وتحسين رعاية المرضى عند الاحتضار في مختلف الأماكن والثقافات.

الرسائل الأساسية

ما العمل؟ تغيير المواقف من الموت ومرحلة الاحتضار، وتحسين الخدمات والموارد، وإتاحة المجال أمام الناس للعيش الكريم والموت بين أهلهم ومعارفهم متاح لهم الوصول إلى إدارة فعّالة للألم والأعراض.

لماذا؟ لأن الرعاية في مرحلة الاحتضار مسؤولية أساسية لكل المجتمعات؛ ولأن الإشراف الرشيد على الموارد الوطنية يتطلب مقارنة قائمة على الأدلة لتلبية الطلب المتصاعد باستمرار الذي يفوق قدرات مرافق الاستشفاء.

كيف؟ عبر تحديد الحلول الكفيلة بالتغلُّب على العوائق أمام جودة رعاية مرحلة الاحتضار، وعبر اعتماد أفضل الممارسات في تحسين رعاية هؤلاء في مختلف أنحاء العالم، ومن خلال وضع توصيات محددة بشأن سبل تحسين مقارنة كل بلد لرعايتهم.

فهم رعاية مرحلة الاحتضار والرعاية التلطيفية

إن رعاية مرحلة الاحتضار «تساعد المصابين بمرض عضال متقدم غير قابل للشفاء على العيش بأفضل حالٍ ممكنة حتى يحين أجلهم. وتُمكن المريض وأسرته من تحديد وتلبية متطلبات الرعاية التلطيفية الداعمة أثناء المرحلة الأخيرة من حياة المريض وعند وفاته. وهي تشمل التغلُّب على الألم والأعراض الأخرى، وتوفير الدعم النفسي والاجتماعي والروحي والعملية»^٢.

وتُحدّد نهاية الحياة عموماً بأنها السنة الأخيرة من الحياة^{٣،٤}. لكن الرعاية التلطيفية قد تبدأ قبل ذلك،

وتدعو منظمة الصحة العالمية إلى البدء فيها لحظة التشخيص بأن المريض أمامه زمنٌ محدود يعيشه إلى جانب الرعاية العلاجية الممكنة. وطالما تتراجع الخيارات العلاجية ويقترب المريض من عامه الأخير على قيد الحياة، تصبح رعاية مرحلة الاحتضار المقاربة الرئيسة المطروحة. ولأغراض هذا التقرير ركّزنا على حاجات الناس من جميع الأعمار والأمراض والثقافات، لكننا لم نسعَ لوضع توصيات خاصة بفئات محددة بعينها.

خطة العمل

يُعتبر هذا التقرير بمثابة دعوة إلى تحسين الرعاية التلطيفية ورعاية مرحلة الاحتضار لجميع المحتاجين. ليس ثمة وقتٌ نضيقه، طالما أن إنهاء المعاناة غير المبررة هدفٌ قابلٌ للتحقيق. نقدم هنا سلسلة من التوصيات تندرج في خمس خطوات كما هو واردٌ أدناه، ومدعّمة بالابتكارات القادرة على تحسين رعاية مرحلة الاحتضار بصورة حاسمة.

الخطوة ١: تحويل رعاية المرضى في مرحلة الاحتضار إلى أولوية للجميع

يُعتبر الموت وحالة الاحتضار من المحرّمات في الكثير من البلدان. وغالباً ما يؤدي الإخفاق في مناقشة حالة الاحتضار والتحضير المسبق لها إلى معاناة غير مبررة وأوقاتٍ عصيبة على جميع المعنيين. وتبدأ الخطوة الأولى في تغيير هذا الموقف عبّر التعامل مع حتمية الموت بوصفها أمراً طبيعياً، والدفاع عن حق البشر أجمعين في الرعاية الصحيّة طيلة حياتهم، وليس في طفولتهم أو خلال سنوات عمرهم المنتجة اقتصادياً فحسب. ولابدّ من توفير جودة الرعاية التلطيفية والرعاية في مرحلة الاحتضار للجميع دون استثناء، الأمر الذي يتطلب سياسات وخدمات صحيّة وكوادرٌ مُدرّبة مناسبة.

الخطوة ٢: تخفيف المعاناة غير المُبرّرة

يُؤدّي ضعف الوصول إلى الرعاية التلطيفية ورعاية مرحلة الاحتضار وعدم القدرة على تحمّل تكاليفها إلى آلام لا تُطاق، وضيق في التنفس، وإرهاق، وأعراض عجز أخرى تُضعف بصورة حادة من جودة الحياة. ولا تتوافر غالباً الأدوية الضرورية، ومن ضمنها مركبات الأفيون؛ بسبب ضعف الموارد ونقص كادر الرعاية الصحيّة المؤهّل، والخشية من استعمال أدوية ممنوعة؛ مما يُؤدّي إلى الإفراط في وضع أنظمة تقييدية وتحديد الجرعات وغيرها من العقوبات التي تحول دون تخفيف الأعراض. ولا بدّ من تخفيف القيود المفروضة على مركبات الأفيون من خلال التعليم والأنظمة الداعمة. وينبغي على الحكومات إقرار قائمة منظمة الصحة العالمية النموذجية للأدوية الأساسية، وتدريب الكوادر من أجل توفير الأدوية المناسبة للمحتاجين إليها^٥.

الخطوة ٣: تحسين المعرفة واستخدام البيانات في تحفيز الابتكار

تُعاني أبحاث الرعاية التلطيفية ورعاية مرحلة الاحتضار من ضعف الموارد والتطوير في مختلف أرجاء العالم؛ ما يُؤدّي إلى نقص في المعرفة والبيانات عن الطريقة التي يموت فيها الناس. وفي الكثير من البلدان لا يتعدى الإنفاق على الأبحاث المكرسة لفهم نهاية الحياة ٠,٥ في المائة من مجموع الإنفاق على أبحاث السرطان^١. ولتحسين الوصول إلى الرعاية التلطيفية والرعاية في مرحلة الاحتضار وزيادة جودتها، لا بدّ من وضع الأبحاث على قائمة الأولويات. ويُعدّ التعاون بين الباحثين الرئيسيين مدخلاً أساسياً لإرساء قاعدة الأدلة القائمة على الممارسات المثلى التي تُؤدّي إلى نتائج عالية الجودة، ولا بدّ من قبول وتشجيع استراتيجيات بحثية مشتركة ترتقي بالرعاية إلى مستوى أفضل.

الخطوة ٤: زيادة الموارد

يجب زيادة جميع الموارد المتاحة لتحسين جودة وتوافر الرعاية التلطيفية ورعاية مرحلة الاحتضار. وتتطلب استراتيجيات الرعاية ليس توافر الدعم للمحتضرين فقط، بل للأسر ومُقدّمي الرعاية أيضاً. وسوف تلعب التكنولوجيا الحديثة، كاستخدام تكنولوجيا الاتصالات والمعلومات (الإنترنت والهاتف الجوال) لتقديم بعض الخدمات الصحيّة، دوراً مهماً في ذلك، بالتوازي مع ابتكارات منخفضة التكلفة يمكن اعتمادها بغض النظر عن مستوى الدخل.

الخطوة ٥: تحسين المهارات

إن التحدي العالمي الأبرز يتمثّل في نقص الأطباء والممرضات والصيدلة والكوادر السريرية وعمال الصحة المجتمعية والعاملين الاجتماعيين، وغيرهم من عمال الدعم الصحي ومُتطوّعي الخدمة المجتمعية المجهزين بالمعرفة والتدريب اللازمين في الرعاية التلطيفية والرعاية في مرحلة الاحتضار. ويمكن زيادة التغطية الأساسية للرعاية التلطيفية باعتماد التدريب المبكر على الرعاية الشاملة للمرضى في مرحلة الاحتضار كجزء لا يتجزأ من جميع المناهج الدراسية للعاملين الصحيين. وتساهم المهارات الإضافية والاتصال ودعم أفراد الأسر عند وفاة مريضهم وتجنّب المُغالاة في الاستطبّاب، جميعها تساهم في تحسين الرعاية وإرساء منظومة رعاية أكثر تكاملاً وفعالية من حيث التكلفة.

التوصيات

الخطوة ١: تحويل رعاية المرضى في مرحلة الاحتضار إلى أولوية للجميع

- وضع استراتيجية وطنية لرعاية المرضى في مرحلة الاحتضار.
- اعتبار الرعاية التلطيفية ورعاية مرحلة الاحتضار جزءًا من الرعاية الصحية لجميع الأمراض.
- مراقبة نطاق الرعاية التلطيفية ورعاية مرحلة الاحتضار والحاجة إليها محليًا.
- توقيع ميثاق براغ والإقرار بأن الوصول إلى الرعاية التلطيفية ورعاية مرحلة الاحتضار هو حق من حقوق الإنسان.
- إطلاق مبادرة وطنية باستخدام أدوات الاتصال عبر الإنترنت والحملات المبتكرة لتشجيع الناس على التواصل وتعلم المزيد بشأن الوفاة ومرحلة الاحتضار.
- تشجيع استعمال توجيهات الرعاية المسبقة، بحيث يتمكن المرضى من تحديد رغبتهم وتطلعاتهم مسبقًا حول نهاية حياتهم، بدلًا من اتخاذها تحت الضغط أثناء الأزمة.

الخطوة ٢: تخفيف المُعاناة غير المبررة

- اعتماد قائمة منظمة الصحة العالمية للأدوية الأساسية، وإلغاء الأنظمة التقييدية المتشددة التي تحظر استخدام مركبات الأفيون في الرعاية التلطيفية ورعاية مرحلة الاحتضار.
- ضمان توافر الأدوية الأساسية في المخازن الطبية المركزية على المستوى الوطني، وترخيصها بالشكل المناسب، وتوزيعها بصورة فعالة عبر قنوات التوزيع العاملة حيثما أمكن ذلك.
- ضمان الاستخدام الأمثل لمركبات الأفيون والأدوية الأساسية الأخرى.

الخطوة ٣: تحسين المعرفة واستخدام البيانات في تحفيز الابتكار

- الاستثمار في البحوث والتطوير في الرعاية التلطيفية ورعاية مرحلة الاحتضار.
- تأسيس شراكات بين المنظمات الوطنية والإقليمية والدولية العاملة في مجال الرعاية التلطيفية، للقيام بالأبحاث وإصدار تقارير عالية الجودة.
- الاستفادة من المعرفة المكتسبة من نتائج الأبحاث لتخفيض التكلفة وتحسين الرعاية.
- التشارك مع المعالجين التقليديين لتحسين رعاية المرضى في مرحلة الاحتضار، في الأماكن التي لا يُعتمد فيها كليًا الطب الغربي.

الخطوة ٤: زيادة الموارد

- إشراك المجتمع المحلي في رعاية المرضى في مرحلة الاحتضار.
- استخدام الاستطباب عن بُعد والابتكارات التكنولوجية لتحسين الوصول إلى خدمات رعاية المرضى في مرحلة الاحتضار، لا سيما في المناطق الريفية والنائية.
- تمكين المرضى من خلال تحسين الوصول إلى المعرفة بخيارات الرعاية في مرحلة الاحتضار وتوافرها.

الخطوة ٥: تحسين المهارات

- إدراج التدريب على الرعاية التلطيفية ورعاية مرحلة الاحتضار في جميع برامج اختصاصي الرعاية الصحية، سواء الجامعية أو ما بعدها.
- إدراج دعم المواطنة في برامج التدريب على الرعاية التلطيفية ورعاية مرحلة الاحتضار.
- المشاركة في التعلم العالمي لتمكين جميع البلدان من بناء خدمات الرعاية التلطيفية ورعاية مرحلة الاحتضار.
- الوصول إلى مقررات التعليم الإلكتروني أو تطويرها للعاملين والمتطوعين.

الرعاية في مرحلة الاحتضار للجميع

مقدمة: فهم التحدي

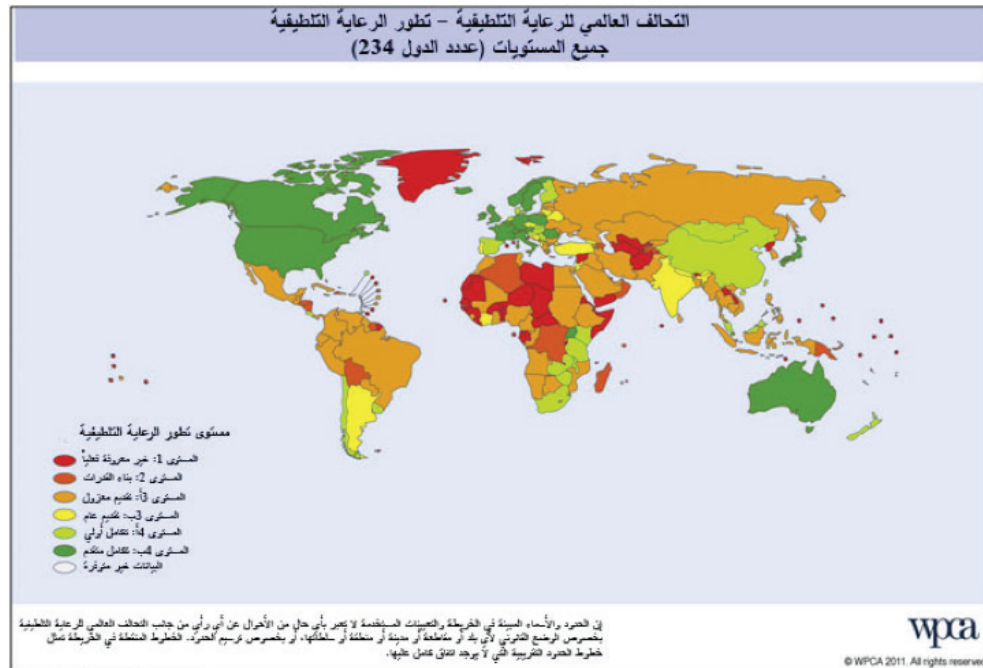
«تنبع أهميتك من ذاتك كفرد، وتبقى مهمّاً حتى نهاية حياتك. وسنعمل ما بوسعنا لمساعدتك، ليس كي تموت بسلام وحسب، بل كي تعيش حتى تموت أيضاً».

السيدة سيسيلي سوندرز، مؤسّسة الحركة الحديثة للرعاية التلطيفية (١٩١٨-٢٠٠٥)

سيموت في عام ٢٠١٣ ما يزيد على ٥٥ مليون إنسان في أنحاء العالم^٧. وتحدث معظم هذه الوفيات (٤٤ مليوناً تقريباً) في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط؛ حيث نادراً ما تكون رعاية مرحلة الاحتضار جيدة، وغالباً ما تكون غير متوافرة أبداً. وفيما عدا الذين يموتون فجأة - بين ٢٠ في المائة و٤٠ في المائة تبعاً للبلد^٨ - يجب أن ينتفع كل الناس من تلقي رعاية مرحلة الاحتضار بشكل أو بآخر. ويشمل هذا النوع من الرعاية تحسين جودة ما تبقى من الحياة قدر المستطاع، ودعم المريض والمعالجين والأسرة عبّر ضمان حدوث وفاة المريض بكرامة ودون ألم قدر الإمكان. هذا التقرير بمثابة دعوة إلى العمل: ينبغي توفير رعاية عالية الجودة في مرحلة الاحتضار لكل من يحتاج إليها^٩.

ترتبط رعاية مرحلة الاحتضار ارتباطاً جوهرياً بالرعاية التلطيفية. وقد يحتاج المرضى الذين حدّد التشخيص أن أمامهم زمناً محدوداً يعيشونه إلى الرعاية عدّة سنوات قبل الوفاة، غير أن الرعاية التلطيفية لا تعني وضع حدّ لكل معالجات الاستشفاء، بل تستطيع وضمن سلسلة الرعاية الشاملة أن تعمل جنباً إلى جنب مع التدخلات الفعّالة لمعالجة الأعراض والتخفيف منها. وحيثما تُطبّق رعاية تلطيفية جيدة، يحدث على الأغلب انخفاض في العلاجات الشفائية^٩ غير الفعّالة والمؤلمة وذات الآثار الجانبية، وعندما تقترب مرحلة الحياة الأخيرة وتتضاءل فرص العلاج، تتيح رعاية مرحلة الاحتضار الفرصة أمامهم للعيش الكريم قدر المستطاع حتى يحين أجلهم. ولكن في الوقت الحالي لا تُقدّم الرعاية في مرحلة الاحتضار إلّا لمرضى السرطان المتقدّم بصورة رئيسة^{١٠-١٤}، وغالباً ما تتأخّر إلى حدّ تفقد فاعليتها^{١٥-١٧}. وبالنسبة لكثير من الشعوب، وبغضّ النظر عن مستوى الدخل، فإن الرعاية عالية الجودة في مرحلة الاحتضار غير متوافرة بكل بساطة^{١٨-٢٠}.

الشكل ١: تطور الرعاية التلطيفية في العالم^{٢١}



يجب أن يبدأ تحسين الحصول على رعاية مرحلة الاحتضار بتحسين الرعاية التلطيفية على المستوى العالمي؛ إذ إن قلة من البلدان تدرج استراتيجيات الرعاية التلطيفية ضمن سياساتها الصحية العامة. وقد صنّف لينش (Lynch) وآخرون مؤخرًا تطوُّر الرعاية التلطيفية في ٢٣٤ بلدًا، تراوحت من بلدان ليس لديها نشاطٌ معروف في مجال الرعاية التلطيفية/دور الراحة، إلى بلدان تُوفّر خدمات متكاملة على نطاق متقدم مع الرعاية الصحية الرئيسة (الشكل ١).^{٢١} وفي عام ٢٠١١، كان هنالك ١٣٦ بلدًا في العالم (٥٨ في المائة) يُقدِّم خدمة واحدة أو أكثر من خدمات الرعاية التلطيفية. وزاد عددها بنسبة ٩ في المائة منذ عام ٢٠٠٦. وشهدت أجزاء من إفريقيا الزيادة الأبرز في وصول الخدمات. ولكن ٢٠ بلدًا فقط (٨,٥ في المائة) دمجت بصورة فعّالة خدمة الرعاية التلطيفية ضمن منظومة العناية الصحية الأوسع لإفساح مجالٍ أكبر للحصول عليها من جميع المواطنين. وهذا يسمح بالتأكيد بفرصة أكبر للقيام بتحسينات تجعل الرعاية التلطيفية ورعاية مرحلة الاحتضار سهلة المنال لجميع من يحتاج إليها.

نحن نعتقد أنها مأساة عالمية، وأن الحصول على الرعاية التلطيفية ورعاية مرحلة الاحتضار حق من حقوق الإنسان للجميع، وأحد معايير تطوُّر الأمة.

حقائق حاسمة عن الموت

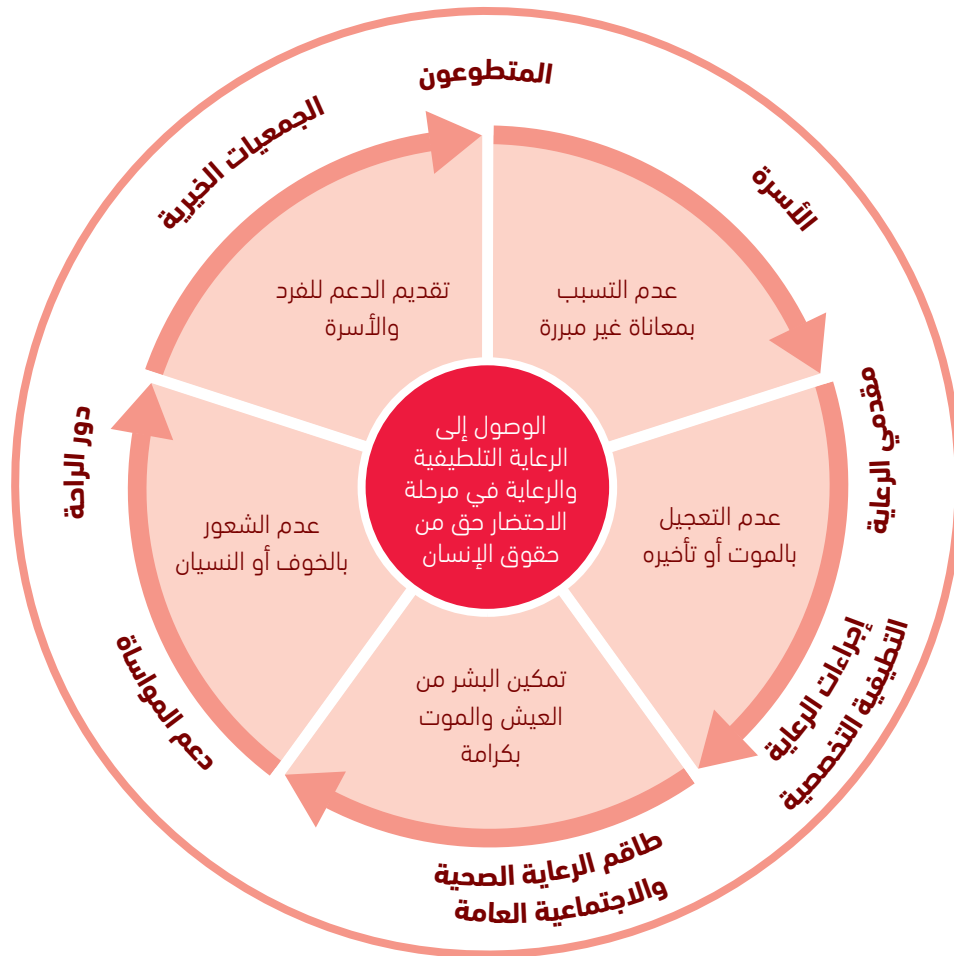
- نسبة الوفيات بين البشر تظل ١٠٠ بالمئة دومًا؛ جميعنا يموت في النهاية. أما كيف نموت فهذا عائد لنا.
- يحتاج ١٠٠ مليون شخص إلى رعاية تلطيفية كل عام؛ لا يحصل عليها سوى ٨ مليون منهم.
- يستخدم ١٦ بالمئة من سكان العالم ٩٠ بالمئة من المورفين.

الخطوة ١: تحويل رعاية المرضى في مرحلة الاحتضار إلى أولوية للجميع

«من المؤسف أننا في رعاية المرضى في مرحلة الاحتضار، لا نشكل جمهوراً له صوتٌ مسموع: لم يُعَدِّ الموتى هنا كي يتكلموا، ولا يستطيع المُحتَضِرُونَ الكلام في غالب الأحيان، ويغلب الحزن على المفجوعين لدرجة تمنعهم من الكلام غالباً».

البروفيسور هارفيشوشينوف، جامعة مانيتوبا، كندا

الشكل ٢: الحصول على الرعاية التلطيفية ورعاية مرحلة الاحتضار حق من حقوق الإنسان. ينبغي توفيره للجميع. إن هذا الإعلان الجوهرى مدعوم بخمسة مبادئ أساسية تتمحور حول كيفية الموت بأفضل حال، تحيط بها سلسلة من الأشخاص والبنى الداعمة.



القبول بأن الحصول على الرعاية التلطيفية ورعاية مرحلة الاحتضار حق من حقوق الإنسان، واعتماد سياسات تعتبر رعاية مرحلة الاحتضار أولوية، ومن ضمنها استراتيجية وطنية لرعاية مرحلة الاحتضار.

بينما يُعتبر خفض الوَفَيَّاتِ المبكرة والوَفَيَّاتِ الممكن تفاديها أولويةً راسخة من أولويات الصحة العالمية، يخضع تحسين جودة الحياة للمرضى في مرحلة الاحتضار لتجاهلٍ واسع. ونادراً ما يُنظر إلى الرعاية التلطيفية بصفته قضيةً صحيّةً أساسية. وبالكاد يُذكر الموت على الرغم من أنه قدراً محتملاً. يستحق ما يربو على ١٠٠ مليون إنسان سنوياً الاستفادة من الرعاية التلطيفية (بمن فيهم

الأسر والمعالجون الذين يحتاجون للمساعدة والمعونة أثناء الرعاية). ولكن نسبة القادرين منهم على الوصول إليها تقلُّ عن ٨ في المائة^١.

يُساهم صانعو السياسات والأطباء - الذين يجاهدون رغم الموارد المحدودة - في تطوير استراتيجيات وأفعال من شأنها تحديد الأمراض ذات الأولوية ومعالجتها، حيثما أمكنهم إنقاذ الأرواح. وهكذا يُترك مجال رعاية مرحلة الاحتضار، حتى في كثير من البلدان ذات الدخل المرتفع، لعناية القطاع التطوُّعي والخيري، الذي يتنكب الدفاع عن أهميته ويُقدِّم معظم التمويل المطلوب^٢. ويُنظر إلى حالة الاحتضار باعتبارها علامةً على إخفاق المنظومة الصحيَّة في تحقيق الشفاء، ولكن الاحتضار هو النتيجة الحتمية للحياة؛ لذلك يُعتبر دعم جميع صانعي السياسات والأطباء لتمكين الناس من الموت الكريم أحد الواجبات الأساسية للرعاية والمجتمع المتحضّر.

تُكمن الخطوة الأولى على طريق تحقيق هذا الهدف في الاعتراف العالمي بالرعاية التلطيفية ورعاية مرحلة الاحتضار كحق من حقوق الإنسان (الشكل ٢). وعلى الرغم من تنامي الضغط الدولي في هذا الاتجاه، فإن الكثير من البلدان لا يزال يتهرب منه ويضع الرعاية التلطيفية ورعاية مرحلة الاحتضار في مستوى منخفض من سُلَّم أولوياته^{٣,٤}. وتُعتبر المُثابرة في الدفع باتجاه تغيير الموقف داخل أنظمة الصحة الوطنية، إحدى المهام ذات الأولوية أمام المنظمات الدولية للرعاية التلطيفية.

تُعتبر الجمعية الأوروبية للرعاية التلطيفية (EAPC) من أبرز المدافعين عن الممارسات الرشيدة في هذا المجال؛ حيث أصدرت مجموعة من التقارير المؤثرة التي تغطي المعايير والمواصفات القياسية في مجال الرعاية التلطيفية وتقييم النتائج ورعاية المرضى المصابين بداء الخرف^{٥-٨}. وإلى جانب غيرها من المنظمات، تنشط الجمعية في إصدار وترويج مجموعة من المبادرات الأخرى، كان آخرها ميثاق براغ (الجدول ١): الوثيقة التي تدعو إلى الاعتراف بالرعاية التلطيفية كحق من حقوق الإنسان.

الجدول ١: ميثاق براغ

بحث ميثاق براغ الحكومات على التخفيف من المُعاناة، وضمان الحق في الرعاية التلطيفية. وباعترافه أن الرعاية التلطيفية هي حقٌّ من حقوق الإنسان وإعلانه عن ذلك، يُؤكِّد ميثاق براغ على وجوب إدراج الرعاية التلطيفية كجزء من السياسات الصحيَّة الأساسية للحكومات، وعلى ضرورة توفيرها للجميع. راجع الملحق ١ للاطلاع على ميثاق براغ.



يتطلب إرساء الرعاية التلطيفية كحق من حقوق الإنسان بذل بعض الجهد من جانب الحكومات الوطنية؛ حيث ينبغي على البلدان صياغة ونشر استراتيجيتها الوطنية الخاصة بجودة الرعاية التلطيفية ورعاية مرحلة الاحتضار. ونشرت المملكة المتحدة في عام ٢٠٠٨ وثيقة استراتيجية «رعاية المرضى في مرحلة الاحتضار: تعزيز الرعاية عالية الجودة لجميع البالغين في مرحلة الاحتضار». ومنذ ذلك التاريخ، تنشر وزارة الصحة تقريراً سنوياً يتضمن التقدم في تنفيذ الاستراتيجية. يتحدث الهدف المنصوص عليه في الوثيقة عن وضع استراتيجية سياسات تضمن حصول الجميع على «موت كريم». وقد تمّ تعريف هذا «الموت الكريم» على النحو التالي: التعامل مع المعني كفرد مصان الكرامة ويستحق الاحترام، وتجنبيه الألم والأعراض الأخرى، ووضعه في محيط مألوف، محاطاً بعائلته و/أو أصدقائه المقربين. ولا بدّ أن تشكل هذه الوثيقة حافزاً للحكومات الأخرى لصياغة استراتيجيتها الخاصة، التي تُفّضي بدورها إلى إعلاء شأن رعاية مرحلة الاحتضار في عيون العالم.

توصيات لصانعي السياسات:

- وضع استراتيجية وطنية لرعاية المرضى في مرحلة الاحتضار.
- إدراج الرعاية التلطيفية ورعاية مرحلة الاحتضار كجزء من الرعاية الصحيّة لجميع الأمراض.
- رصد نطاق الرعاية التلطيفية ورعاية مرحلة الاحتضار والحاجة إليها على المستوى المحلي.
- التوقيع على ميثاق براغ، والاعتراف بأن الحصول على الرعاية التلطيفية ورعاية مرحلة الاحتضار حقّ من حقوق الإنسان.

الجدول ٢: إدراج الرعاية التلطيفية ورعاية مرحلة الاحتضار ضمن مجال الصحة العامة

دراسة حالة: كولومبيا

طبقت كولومبيا نموذج الصحة العامة الذي أعدته منظمة الصحة العالمية من أجل التوعية بأهمية الرعاية التلطيفية ورعاية مرحلة الاحتضار، وإدراجها كأحد مكونات الرعاية في التشريعات، وتحسين توافر مركبات الأفيون. وفي نوفمبر ٢٠٠٧ عقدت ورشة عمل وطنية، نظمها وشارك فيها إخصائيو الرعاية التلطيفية ورعاية مرحلة الاحتضار من جميع أنحاء كولومبيا بغية تحديد العقبات التي تحول دون توفير مركبات الأفيون ووضع الحلول الممكنة، وإعلام المُنظمين عن التحديات التي يواجهها الأطباء بشأن الوصفات الطبيّة، وإعلام الأطباء عن القيود التي تعترض المُنظمين. وفي نهاية ورشة العمل، وجّه المُنظمون التوصيات التالية إلى وزارة الصحة:

١. تعديل السياسة الوطنية بحيث تضمن توافر المُسكّنات من مركبات الأفيون على مدار الساعة في عواصم عشر ولايات رئيسية في كولومبيا.
٢. إشراك مُنظمات العناية الصحيّة ومُشاركتها من أجل إطلاعها على نتائج ورشة العمل، وتمكينها بالتالي من اعتماد استراتيجيات معينة في عملياتها لتحسين الجودة في إطار توفير مركبات الأفيون.
٣. تشكيل مجموعة استشارية من الأطباء السريريين المختصين بمُعالجة الألم والرعاية التلطيفية لمساعدة هيئة الأدوية الوطنية في تعريف الأدوية الأساسية، وفي إعداد تقديرات للأدوية الخاضعة للرقابة ورفعها إلى المجلس الدولي للرقابة على المواد المضدّة.
٤. إلزام مستشفيات الولايات بتوفير مركبات الأفيون للمرضى الخارجيين.

وقد حققت بعض جوانب الرعاية التلطيفية في كولومبيا بعض التحسّن بعد ورشة العمل هذه: حيث صدر قانونٌ جديد ألزم جميع ولايات كولومبيا الـ٣٢ بضمان تخصيص مكان واحد على الأقل لتخزين مركبات الأفيون. وبناءً عليه زادت بين عامي ٢٠٠٦ و٢٠٠٩ مبيعات المورفين ٤٢ في المائة ومبيعات الهيدرومورفين ١٩٥ في المائة في أنحاء البلاد. وتمّ إحداث مقرّر تعليمي في جامعة سابانا، ألزم به جميع طلاب المرحلة الجامعية الأولى في كُلية الطب. ومثّلت هذه التحسينات في توفير مركبات الأفيون وفي التعليم شاهداً على الأهمية الكبيرة التي قد يُشكّلها نموذج منظمة الصحة العالمية في الصحة العامة في تحسين الرعاية التلطيفية، وينبغي على كولومبيا أن تستمر في وضع الرعاية التلطيفية ورعاية مرحلة الاحتضار كأولوية كي تُحقّق المزيد من التحسينات.

فلنبدأ بالحديث علناً عن الموت والاحتضار

يُعتبر تغيير السياسات الحكومية مجرد خطوة أولى على طريق جعل رعاية المرضى في مرحلة الاحتضار أولوية للجميع. وينبغي أيضاً تأسيس جودة رعاية مرحلة الاحتضار من الأدنى إلى الأعلى. ويعتبر الحديث العلني عن الموت والاحتضار في بعض الثقافات ضرباً من عدم الاحترام، وقد يُؤدّي إلى اليأس وحتى إلى تسريع عملية الاحتضار. وبالنسبة لكثيرين يُعتبر الموت ببساطة مؤلماً إلى الحدّ الذي يمنع التفكير فيه؛ ولذلك يتجاهلونه أو يتجنّبونه^{٢٩-٣١}. وفي هذه الحالة قد يُشكّل عدم التطرّق إلى ذكره ميزة، وفي بعض البلدان أصبحت أدوات الإنترنت المبتكرة مصدراً مرحّباً به للمعلومات عن رعاية مرحلة الاحتضار (الجدول ٣).

الجدول ٣: مواقع إنترنت تُروّج لجودة رعاية المرضى في مرحلة الاحتضار



حياة حلوة، موت كريم، عزاء جميل،
اسكتلندا، المملكة المتحدة
www.goodlifedeathgrief.org.uk



الاحتضار مرحلة مهمة، بريطانيا، المملكة المتحدة
www.dyingmatters.org

أطلقت مجموعات أهلية عددًا من الحملات هدفها تشجيع الناس على المبادرة لفتح أحاديث عن الموت مع أفراد أسرهم وأصدقائهم المقربين. والهدف منها تخفيف القلق المصاحب عادة لمثل هذه الأحاديث. ويتم بصورة خاصة تشجيع الناس على التحدث في هذه المواضيع قبل أن تستدعيها حاجتهم الفعلية لها وفي محيط مألوف، على مائدة العشاء مثلاً وليس في مكان يشعرون فيه بالتهديد، في وحدة العناية المُشدّدة في المستشفى مثلاً (الجدول ٤).

الجدول ٤: حملات تشجع الناس على التحدّث عن الموت والاحتضار



مشروع المحادثة، الولايات المتحدة
www.theconversationproject.org



حديث عن الموت على مائدة العشاء،
الولايات المتحدة
www.deathoverdinner.org

توصية لصانعي السياسات

- إطلاق مبادرة وطنية باستخدام شبكة الإنترنت هدفها تشجيع الناس على زيادة التعلُّم والتواصل بخصوص الموت والاحتضار.

خطة من أجل المستقبل

تبرز تجربة الاحتضار التباينات الثقافية والدينية والاجتماعية بين المعالجين ومقدمي الرعاية والمرضى، وتستلزم بالتالي أن تتسم مقاربتها بالحساسية والتعقل في سياق رعاية مرحلة الاحتضار. ويتم غالباً حجب المرضى - حتى عندما يشتهيون بدنو أجلهم - عن معرفة أن تشخيص حالتهم هو: النهاية. وقد ترغب الأسر ومقدمو الرعاية وإخصائيو الصحة جميعاً على الأرجح تجنب طرح موضوع الموت؛ ما قد يؤدي إلى عدم الاعتراف باحتمال الموت، ومناقشته ووضع الخطط له بالشكل الذي يحترم رغبات المريض والعائلة.

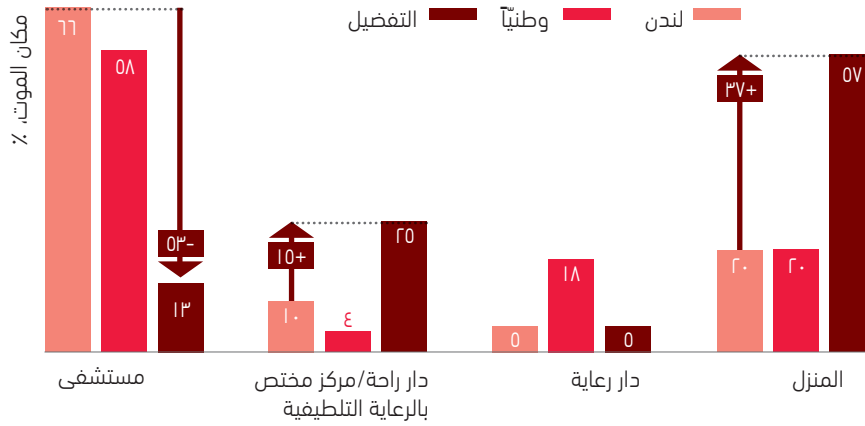
لقد أظهرت الأبحاث أنه عند وضع الخطط مسبقاً، فإن المرضى يموتون عادةً في المكان وبالشكل الذي يرغبوا فيه. وعندما لا يجري وضع هذه الخطط، تتضاءل فرصة تحديد رغبات المريض وأفضلياته: ويُهرع بالمريض إلى المستشفى وتهيمن المراقبة الطبية على أيامه الأخيرة، ويبقى الأسوأ من ذلك عندما يُترك للموت متألماً وبلا دعم^{٣٢}. وقد جرى مؤخراً تطوير أدوات مختلفة مهمتها تحضير المرضى وعائلاتهم لمرحلة الاحتضار بصورة أفضل. وتحدد التعليمات التي يضعها المرضى مسبقاً توجيهات الرعاية الصحية بشأن كيفية المعالجة التي يرغبون فيها عندما تتلاشى قدرتهم على اتخاذ قرارات مستقلة بفعل المرض أو العجز (الجدول ٥). إن ذلك يسمح للمرضى بامتلاك شعور التحكم بالحياة اليومية^{٣٣}، ومن الواضح تماماً أن توجيهات الرعاية المسبقة إذا ما «وُضعت ونُفذت بصورة فعّالة»، قد تساهم إلى حد كبير في تحسين ما يواجهه المريض في مرحلة الاحتضار (الجدول ٦)^{٣٤}.

الجدول ٥: توجيهات الرعاية المسبقة

الأمنيات الخمس، الولايات المتحدة www.agingwithdignity.org/five-wishes.php	
توجيهاتي، الولايات المتحدة www.mydirectives.com	
نُسقُ رعايتي، لندن، المملكة المتحدة www.coordinatemycare.co.uk	

الجدول ٦: يساعد برنامج «أنسق رعايتي» اللندنيين في الموت في الأماكن التي يفضلونها مصحوبين بالرعاية التي يرغبون فيها

دراسة حالة: أين نموت؟



المصدر: إنجلترا وويلز واسكتلندا (٢٠٠٠)، مسح بواسطة الهاتف: أولويات وتفضيلات رعاية المرضى في مرحلة الاحتضار في إنجلترا وويلز واسكتلندا (٢٠٠٣)، مسح بواسطة الهاتف NCHPCS / مؤسسة سيسيلي ساندرز، المجموعة الإحصائية الوطنية (٢٠٠٣)، مرصد لندن الصحي (٢٠٠٥)

على الرغم من تفضيلهم الشديد للموت في بيوتهم (٥٧ في المائة)، فإن ٢٠ في المائة فقط من أهالي لندن يموتون فعليًا مرتاحين على فراشهم. وبالمقابل فإن ٦٦ في المائة منهم يموتون في المستشفى، ولتقليل نسبة الوفيات في المستشفيات وإتاحة الفرصة للناس كي يموتوا في الأماكن التي يُفضّلونها، أعدت الحكومة الإنجليزية استراتيجية لرعاية مرحلة الاحتضار تتضمن إقامة منظومات تنسيق إلكترونية للرعاية التلطيفية (EPaCCs) لخدمة المرضى الذين يقتربون من نهاية الحياة، بما فيها «أنسق رعايتي»؛ حيث يجري توثيق رغبات المريض بواسطة برنامج «أنسق رعايتي»، الذي توجّه - بعد دراسة تجريبية استغرقت عامين - مباشرة إلى لندن في ربيع عام ٢٠١٣. ويوجد حاليًا ٨,٠٣٠ سجلًا للمرضى في البرنامج، مات منهم ٢,٥٤٨ مسجلًا. وقد مات ٧٩ في المائة من المرضى الذين وضعوا مخططًا في برنامج «أنسق رعايتي» في المكان الذي فضّله، ومات ٨١ في المائة منهم خارج المستشفيات. في ربيع عام ٢٠١٤ سوف يصبح الدخول إلى برنامج «أنسق رعايتي» أكثر سهولة، عبر تطبيقات الجوال التي تتيح للمرضى تحديث رغباتهم.

توصية لصانعي السياسات

- تشجيع استخدام توجيهات الرعاية المسبقة؛ بحيث يتمكن المرضى من جعل رغباتهم وتطلعاتهم بشأن نهاية حياتهم معروفة سلفًا، وليس تحت الضغط عند اشتداد الأزمة.

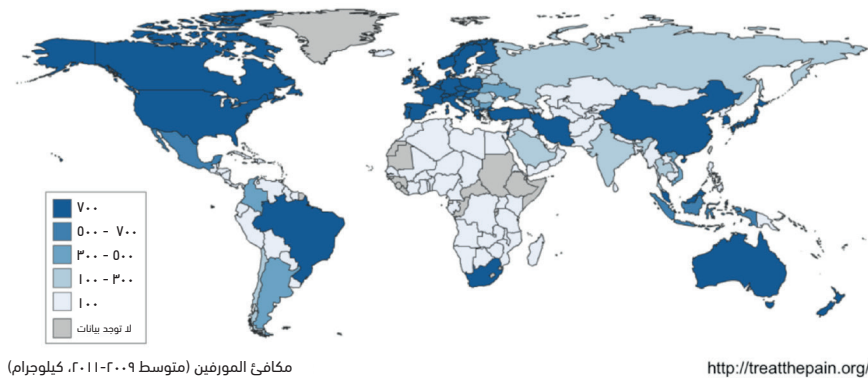
الخطوة ٢: تخفيف المعاناة غير المبررة

«لا ينبغي لأحد أن يموت في خضمّ عذاب الألم، طالما أن الأدوية الكفيلة بالقضاء على الألم متوافرة وبالتكلفة التي يمكن تحملها... إن عيش حياة خالية من الألم حق يُمكن تلبية حتى في أكثر الأماكن فقراً - في جميع مراحل الحياة لا سيّما المرحلة الأخيرة». البروفسور فيليشيا كناول، جامعة هارفارد، الولايات المتحدة.

إن المشكلة العملية الأكثر أهمية التي تُواجه مُقدّمي رعاية مرحلة الاحتضار هو في توافر الأدوية المسكنة، أو بالأحرى في ندرة وجودها أغلب الأحيان. ويبقى هذا الأمر تحدياً كبيراً على المستوى العالمي؛ إذ يُعتبر- بالنسبة لكثير من الناس- الحصول على الراحة من الألم مطلباً أساسياً. ومن المُقدّر أن يموت في عام ٢٠١٣ ما يزيد على سبعة ملايين إنسان بأمراض سرطانية ومرض نقص المناعة المكتسب في حالة من الآلام تتراوح بين المتوسطة إلى الشديدة. ولن يتمكّن ما يُقارب ثلاثة ملايين منهم من الحصول على المسكنات^٧. إن نقص الأدوية الأساسية في بقاع كثيرة من العالم من شأنه التسبّب بحالة من المُعاناة الشديدة، ليس فقط للمُحتضرين أنفسهم، بل أيضاً لمُقدّمي الرعاية لهم ولأسرهم، الذين لا يتبقى أمامهم سوى اليأس في مُواجهة هذه المُعاناة.

تُعتبر السيطرة على الألم والأعراض الأخرى أساس الرعاية التلطيفية ورعاية مرحلة الاحتضار، كما يُعتبر توافر مركّبات الأفيون (المورفين وأشباهه) أمراً جوهرياً بالنسبة لجودة الرعاية التلطيفية ورعاية مرحلة الاحتضار. ولكن يُقدّر أن خمسة ملايين إنسان في العالم لا يحصلون على مركّبات الأفيون؛ ويعود السبب بدرجة كبيرة إلى المخاوف من تعاطيها غير الشرعي والاتّجار بها^٨. على الرغم من الجهود المتواصلة لضمان سهولة الوصول إلى مركّبات الأفيون الكفيلة بالسيطرة على الألم في مرحلة الاحتضار، لا تزال هنالك تباينات كبيرة بين دول العالم (الشكل ٣).

الشكل ٣: استهلاك مركّبات الأفيون على النطاق العالمي. يتمّ استخدام «مقياس مكافئ المورفين» لمقارنة الاستهلاك الإجمالي من مركّبات الأفيون المتعددة المستخدمة في معالجة الآلام المتوسطة إلى الشديدة.



توفير الأدوية الأساسية للمرضى المتألمين

عكست القائمة النموذجية للأدوية الأساسية الأولى الصادرة عن منظمة الصحة العالمية في عام ١٩٧٧ أهمية مركبات الأفيون في مجال الرعاية الصحية. ويتمُّ منذ ذلك الحين مراجعة هذه القائمة وإعادة نشرها كل عامين، إلى جانب قائمة منفصلة خاصة بالأطفال نُشرت لأول مرة في عام ٢٠٠٧. وعُرفت الأدوية الأساسية على أنها الأدوية التي «تُلبي احتياجات الرعاية الصحية لغالبية السكان؛ مما يُوجب توفيرها في جميع الأوقات بكميات كافية وبأشكال جرعات مناسبة، وبأسعار يمكن تحملها... اجتماعياً». ولكن عندما جرى تصنيف اللائحة الأولى، لم تُلبَّ الاحتياجات الطبية من مركبات الأفيون بالصورة الكافية؛ مما يدلُّ على درجة الأولوية المنخفضة الممنوحة «لتخفيف الألم» حتى في معظم الدول ذات الدخل المرتفع.

حدّدت كثيرٌ من التقارير الاستقصائية التي أُجريت منذ عام ١٩٦٨ أسباباً عديدة لهذا الإخفاق في زيادة العرض لتلبية الطلب، منها الخشية من الإدمان والتقدير القاصر ونقص الموارد وضعف التعليم المهني والقوانين والأنظمة المتشددة والعديد والخوف من العواقب القانونية^{٣٥}. وبالنتيجة لا يفي المُتاح من المسكنات في الصيدليات بالغرض (بما فيها المركبات غير الأفيونية)؛ لأن الأدوية الأساسية مفقودة من السوق في غالب الأحيان^{٣٦-٣٧}.

ونُشرت القائمة العامة الثامنة عشرة وقائمة الأطفال الرابعة في أبريل ٢٠١٣، وتضمّنت لأول مرة أقساماً مخصصة للألم والرعاية التلطيفية (الملحق ٣). قد يُعتبر هذا التغيير كافياً للتأثير على السياسات الوطنية الخاصة بالأدوية في كثير من البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط، والتي تضع حالياً قيوداً شديدة على المورفين وغيره من مركبات الأفيون الضرورية في مجال رعاية مرحلة الاحتضار. ولكن على صانعي السياسات الاعتراف أولاً بالحاجة لهذه الأدوية، ومن ثم تشريع السياسات التي من شأنها توفيرها لمن يحتاجها.

لقد أدّى وباء نقص المناعة المكتسب/ الإيدز الذي أصاب البلدان النامية إلى تطوير سلسلة عرض الأدوية ومراكز توزيع الأدوية الأساسية؛ وبالنتيجة، بات الوصول إلى أدوية مثل الأدوية العلاجية المضادة للفيروسات مُتاحاً لملايين الناس سنوياً.

وبالمثل، ثمة نجاحٌ لافت في مبادرات التحصين ضد شلل الأطفال وغيرها من الأمراض لملايين الأطفال حول العالم. وبالتالي فهي منظومات ناجزة، أو على الأقل منظومات ملائمة لتوزيع الأدوية الأساسية في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط، وقد يثبت أن هذه الأنظمة ذات قيمة كبيرة في توزيع مركبات الأفيون وسواها من الأدوية الأساسية المُخففة للألم. وفي حين يُواجه توزيع مركبات الأفيون بتحديات فريدة من نوعها - لا سيّما حاجتها أكثر من غيرها للأمن - فإنه يتجنّب تحديات أخرى يُواجه سلسلة عرض علاجات فيروس نقص المناعة المكتسب/ الإيدز واللقاحات التي تتطلّب تخزيناً بدرجات حرارة منخفضة مثلاً.

توصيات لصانعي السياسات

- اعتماد قائمة منظمة الصحة العالمية النموذجية للأدوية الأساسية، وإلغاء الأنظمة المتشددة التي تحظر استخدام مركبات الأفيون في الرعاية التلطيفية ورعاية مرحلة الاحتضار.
- ضمان توافر الأدوية الأساسية على المستوى الوطني في المخازن الطبية المركزية، والترخيص للملائم لها وتوزيعها على نحو فعّال عبر الأجهزة الصحية القائمة حيثما أمكن.

دراسة حالة: أوكرانيا

ربما تُؤدّي التطوّرات الأخيرة الواعدة إلى تحسينات كبيرة في جودة الرعاية التلطيفية ورعاية مرحلة الاحتضار في أوكرانيا، البلد الذي يصل عدد سكانه إلى ٤٦ مليون نسمة. وقد يحتاج ٥٠٠,٠٠٠ إنسان فيه سنوياً إلى الرعاية بالمسكنات، منهم ٨٠,٠٠٠ تُصيبهم آلام متوسطة إلى شديدة. غير أن أوكرانيا حتى عام ٢٠١١ لم يكن لديها سوى تسع دور راحة تحتوي على ٦٥٠ سريراً، إلى جانب حظر استخدام وإنتاج المورفين الذي يُؤخّذ عن طريق الفم، كما حافظت الدولة على بعض أكثر الأنظمة تشدّداً ضد استخدام وتوزيع أدوية مركبات الأفيون المسكّنة للألم في العالم.^{٢٨}

سمحت الحكومة الأوكرانية في فبراير ٢٠١٣ لإحدى شركات تصنيع الأدوية البدء بإنتاج حبوب المورفين من عيار ٥ ملغ و١٠ ملغ. ثم خفّفت الحكومة في مايو من قيودها على كتابة الوصفات الطبيّة من مركبات الأفيون وتوزيعها. كانت الوصفة الطبيّة للأدوية القوية قبل هذه التغييرات تتطلّب توقيع أربعة أطباء، وبموجب القانون تتولّى الممرضات حصر إعطاء المورفين عن طريق الحقن، وبالتالي غالباً في حقن صغيرة جدّاً قد لا تكون فعّالة مع المرضى الذين يُعانون آلاماً شديدة. ثم سُمح للمرضى اعتباراً من مايو ٢٠١٣ بالاستفاظ في المنزل بمخصص علاجي للألم القوية يكفي لمدة ١٥ يوماً.

لقد فعلت الحكومة الأوكرانية خيراً باعترافها بالحاجة إلى تحسين توافر مركبات الأفيون، وينبغي عليها الآن تعزيز وتوسيع هذه الإصلاحات عبّر ضمان توفير حبوب المورفين التي تُؤخّذ عن طريق الفم على نطاق واسع، وضمان أن الأنظمة الجديدة مُعترف بها كلياً وسارية المفعول. ومن ثمّ ينبغي الاستمرار في بذل الجهود لتحسين الرعاية الصحيّة في مرحلة الاحتضار عبر ضمان حصول الأطباء على التدريب اللائم لكتابة الوصفات الطبيّة للمورفين عن طريق الفم، وأن تتمتع العيادات بالموارد المُتاحة لتأمين الأدوية الأساسية لمن يحتاج إليها.

استخدام الأدوية الأساسية بالشكل المناسب لمعالجة الألم وتخفيف المُعاناة غير المُبرّرة

ظهر في عام ١٩٨٦ «سُلّم الدرجات الثلاث لمنظمة الصحة العالمية» للتعامل مع آلام السرطان ومعالجتها، واشتمل على علاج بمركبات الأفيون القوية (مورفين) (الشكل ٤). تُمثّل درجات السُلّم اتجاه تزايد شدة الألم والدواء الذي يجب استخدامه في كل حالة.

الشكل ٤: سُلم الدرجات الثلاث لمنظمة الصحة العالمية

الدرجة ٣: آلام تتطلب جرعة قوية من مركبات الأفيون. لا يُنصح بأي جرعات محددة من مركبات الأفيون؛ لأن مفهوم الجرعة المعيارية لا ينطبق على هذه الحالة. الأدوية المساعدة ضرورية أيضاً لمعالجة الآثار الجانبية للمسكنات، أو لتقديم مهدئات إضافية.

الدرجة ٢: آلام متوسطة تتطلب مزيجاً من المركبات الأفيونية وغير الأفيونية للحصول إلى الراحة.

الدرجة ١: تقتصر على المركبات غير الأفيونية، بما فيها الأدوية المتوافرة على نطاق واسع (باراسيتامول مثلاً "استامينوفين" أو الأدوية المضادة للالتهابات غير الستيرويدية "NSAIDs")

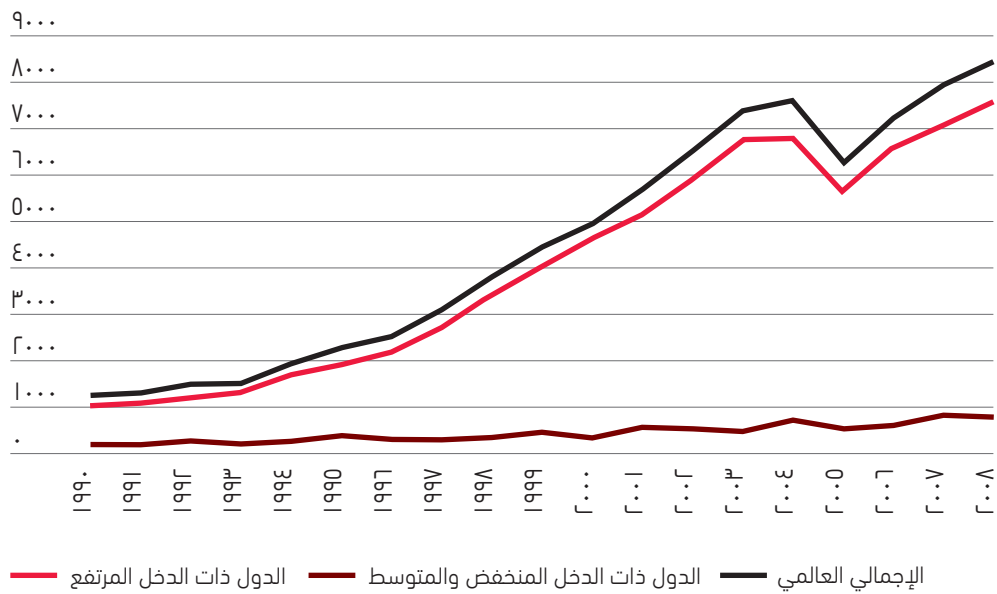


يقترح النموذج الأصلي لسُلم منظمة الصحة العالمية على الأطباء البدء من الدرجة ١، ثم التدرج صعوداً درجة واحدة في كل مرة. وقد أظهر عدد من الدراسات أن التعامل مع الألم الذي عُولج وفقاً لإرشادات منظمة الصحة العالمية كان فعالاً بنسبة ٧٠ - ٨٠ في المائة^{٣٩,٤٠}. ولكن التخلص من الألم لا يحدث مباشرة في كثير من الحالات، ولم تكن أدوية الدرجتين ١ و ٢ فعالة، وأمضى بالنتيجة عدد كبير من المرضى وقتاً طويلاً دون راحة كافية من الألم. وأُجريت دراسة مماثلة في ثمانية مراكز أمانية لعلاج سرطانات الأطفال، خلصت إلى أن العلاج بمركبات الأفيون هو الخيار الأمثل للأطفال المرضى المُقيمين المُصابين بالسرطان^{٤١}.

تطور سُلم منظمة الصحة العالمية بتوصية خاصة جاءت في التوجيهات الخاصة بآلام السرطان الصادرة في عام ١٩٩٤ عن الوكالة الأميركية لسياسات وأبحاث الرعاية الصحية^{٤٢}. ومفادها ضرورة اختيار العامل المسكن للألم استناداً إلى معدل شدة آلام المريض، وقررت الوكالة الأميركية المذكورة في تلك التوجيهات أن تُعالج الآلام الخفيفة بالباراسيتامول ومضادات الالتهاب غير الستيرويدية، والآلام المتوسطة بمركبات الأفيون «الخفيفة»، والآلام الشديدة بمركبات الأفيون «القوية». وتُوصي التوجيهات الخاصة بآلام السرطان الصادرة في عام ٢٠٠٩ عن الجمعية الأمريكية لمعالجة الآلام أن يحصل جميع المرضى الذين يُعانون من آلام السرطان على مركبات الأفيون، ودعم المقاربة القائمة على آلية الألم^{٤٣}. ويُعتبر توافر مركبات الأفيون القوية مهماً لا سيما للمرضى ذوي الحالات المتقدمة والآلام الشديدة. ولكن قد لا تتوافر مركبات الأفيون هذه في الكثير من البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط، حتى بموجب وصفة طبية من إخصائيي الرعاية الصحية.

سُجّلت زيادة في استهلاك مركبات الأفيون بعد صدور سُلم منظمة الصحة العالمية وغيره من التوجيهات، ولكن معظمها يقع في البلدان ذات الدخل المرتفع (الشكل ٥). ويستهلك ١٦ في المائة من سكان العالم ٩٠ في المائة من مركبات الأفيون المُتاحة اليوم^{٤٤}. وبينما تزيد البلدان من إنتاج وتوزيع مركبات الأفيون، يكتسب التأكد من الاستخدام المناسب لهذه الأدوية أهمية خاصة أيضاً تجنباً للإدمان والاستخدام غير المشروع.

الشكل ٥: الاستهلاك الإجمالي لمركبات الأفيون (مكافئ المورفين، كغ) في الدول ذات الدخل المرتفع مقابل الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط.



توصية لصانعي السياسات

- ضمان الاستخدام المناسب لمركبات الأفيون والأدوية الأساسية الأخرى.

دراسة حالة: نيجيريا

تُعتبر نيجيريا البلد الأكبر في إفريقيا من حيث عدد السكان البالغ تعدادهم قرابة ١٧٠ مليون نسمة. وتُشير التقديرات إلى أنه من بين نحو ١٨٢٠٠٠ شخص يموتون سنوياً في خضمّ الآلام، يوجد أكثر من ٩٩ في المائة لا يستطيعون الحصول على مسكنات الألم؛ نظراً لعدم توافر المورفين المأخوذ عن طريق الفم منذ مايو ٢٠١٢^{٤٥}. في فبراير ٢٠١٢ أقام أحد البرامج الدولية «علاج الألم» ضمن جمعية السرطان الأمريكية شراكة مع وزارة الصحة الفيدرالية بهدف تسهيل الوصول إلى المورفين المأخوذ عن طريق الفم لمعالجة الآلام المتوسطة والشديدة عبر استخدام استراتيجية متعددة الخطوات. وساعد برنامج «علاج الألم» وزارة الصحة الاتحادية على الشكل التالي:

١. إعداد خطة استراتيجية لتسهيل الحصول على مسكنات الآلام.
 ٢. توفُّعات الأدوية: وضع منهجية وأدوات تسمح بإجراء تقديرات منتظمة لحالة الأدوية.
 ٣. مراقبة المخزون: تصميم نظام لمراقبة المخزون في المنشآت الرئيسية للتأكد من استقرار مستويات المخزون وسد النقص في المخزونات المركزية قبل استنفادها.
 ٤. تحديد الموردين والتفاوض معهم.
 ٥. شراء المسكنات من مركبات الأفيون.
 ٦. الاتصال بشأن توافر مركبات الأفيون.
 ٧. تسهيل الموافقات: تبسيط الحصول على الموافقات الداخلية المطلوبة تسهيلاً لشراء مركبات الأفيون.
 ٨. تتبُّع المخزون: وضع نظام بسيط وغير مُكلف لمُتابعة مستويات مخزون المسكنات من مركبات الأفيون.
 ٩. توجيهات خاصة بمرض نقص المناعة المكتسب/السرطان: إدخال نظام السيطرة الفعّالة على الألم ضمن الإرشادات السريرية الوطنية لمرضى السرطان والإيدز.
 ١٠. التدريب الطبي: إدخال أحدث أنماط التدريب على تسكين الألم في برامج التدريب الطبي.
 ١١. التنسيق مع المنظمات غير الحكومية: توفير الخدمات السريرية لزيادة وتحسين الحصول على مسكنات الألم.
 ١٢. التنسيق مع خطة طوارئ الرئيس لإغاثة مرضى نقص المناعة المكتسب/الإيدز (PEPVAR)، والوكالة الوطنية لمراقبة مرض الإيدز (NACA): ضمان دمج تسكين الآلام ضمن جميع جوانب خدمات مرض نقص المناعة المكتسب المُقدَّمة.
 ١٣. دعم تطوير البنية التحتية.
- اشترت وزارة الصحة الاتحادية في ديسمبر ٢٠١٢ تسعة عشر كيلوجراماً من مسحوق سلفات المورفين، وتبرّع برنامج «علاج الألم» بخمسة كيلوجرامات من المواد الحافظة لزيادة عمر الحفظ الافتراضي لمسحوق المورفين من أربعة أسابيع إلى ستة أشهر. وتأسس نظام إخطار جماعي بالرسائل النصّية القصيرة يشتمل على أرقام هواتف مُقدّمي الخدمات الصحيّة المُدربين أو المُهتمّين بمُعالجة الألم، ويُتوقّع بحلول نهاية عام ٢٠١٣ أن تُنجز الشراكة ما يلي:
- التجديد الكامل لمختبر التصنيع، والبدء بإعادة تركيب مسحوق المورفين على صورة محلول ذواب لتناوله عن طريق الفم.
 - تأسيس نقطة توزيع ثانية في المخازن الطبيّة لمنطقة العاصمة الاتحادية أبوجا.
 - تحديث المنهاج التعليمي في كليات الطب والتمريض؛ كي يتضمّن أحدث ما تمّ التوصل إليه في مجال مُعالجة الألم.
 - توسيع التدريب السريري الخاص بمُعالجة الألم للأطباء والمُمرّضات العاملين في الخدمة الفعلية.

الخطوة ٣: تحسين المعرفة واستخدام البيانات لتحفيز الابتكار

«أحالت العلوم الطبيّة في العقود القليلة الماضية إلى التقادم قروناً طويلة من الخبرة والتقاليد واللغة المُكرّسة على فنائنا، وخلقت صعوبة جديدة أمام البشرية: كيف نموت؟». البروفسور آتول جاواند، جامعة هارفارد، الولايات المتحدة.

الاستثمار في تطوير ودعم أبحاث الرعاية التلطيفية ورعاية مرحلة الاحتضار

تعاني أبحاث الرعاية التلطيفية ورعاية مرحلة الاحتضار من نقص الموارد والتأخر على الصعيد العالمي؛ وبالنتيجة، ثمة نقص في المعرفة والبيانات المتعلقة بكيفية موت الناس. ولا تُخصّص الكثير من البلدان سوى أقل من ٠,٥ في المائة من إنفاقها على الأبحاث السرطانية على الرعاية التلطيفية ورعاية مرحلة الاحتضار^٩. ولضمان جودة إلى الرعاية التلطيفية ورعاية مرحلة الاحتضار وتسهيل الحصول عليها، يتعيّن جعل البحوث أحد الأولويات. ويُعتبر التعاون بين الباحثين في شؤون الرعاية التلطيفية مدخلاً للوصول إلى نتائج عالية الجودة، فيما يجب اعتماد استراتيجيات بحثية تُحدّد الممارسات المُثلى ونُعزّزها.

وعلى الرغم من التمويل المحدود، فقد كانت الرعاية التلطيفية محور تقارير وأبحاث مهمة أنجزتها عدّة منظمات دوليّة، لا سيّما الجمعية الأوروبية للرعاية التلطيفية (EAPC) المذكورة آنفاً (الجدول ٩).



الجمعية الأوروبية للرعاية التلطيفية

www.eapcnet.eu

الرسالة: «جمع الكثير من الأصوات لصياغة رؤية مُتميّزة عن الرعاية التلطيفية: قادرة على تلبية احتياجات المرضى وعائلاتهم، والسعي الحثيث لتطوير الرعاية التلطيفية في أوروبا وتعزيزها عبر نشر المعلومات والأبحاث والتعليم بواسطة التعاون مُتعدّد الاختصاصات، والانخراط في الوقت نفسه مع الجهات المعنية ذات الصلة على كافة المستويات».

الابتكارات:

١. إعلان البندقية (الملحق ٢)، نُشر في عام ٢٠٠٦ بالشراكة مع الجمعية الدولية لدور الراحة والرعاية التلطيفية (IAHPC)، ويقترح طرح مبادرة بحثية عن الرعاية التلطيفية العالمية.
٢. أطلس الجمعية الأوروبية للرعاية التلطيفية عن الرعاية التلطيفية في أوروبا، الذي نشر أثناء انعقاد مؤتمر الرعاية التلطيفية في عام ٢٠١٣. وهو كناية عن استعراض وتحليل مُفصّل لواقع وتطوّر الرعاية التلطيفية في جميع البلدان الـ ٥٣ التي تُشكّل الإقليم الأوروبي في منظمة الصحة العالمية. ويُشير الأطلس إلى تحسّن توافر الرعاية التلطيفية في أوروبا الشرقية، لا سيّما في مولدافيا ورومانيا وبولندا، إضافة إلى اعتبار الرعاية التلطيفية بمثابة اختصاص مستقل أو فرعي في ١٤ بلدًا في أوروبا. ويتّضح من هذه المُعطيات أن دعم الرعاية التلطيفية هو تغيير إيجابي فعّال في جودة وسهولة الوصول إلى الرعاية التلطيفية ورعاية مرحلة الاحتضار في أوروبا، على الرغم من وجود مجال واسع لمزيد من التحسّن.
٣. دليل الرعاية التلطيفية في المجتمع الصادر في عام ٢٠١٣، يذكر خمس خطوات يُمكن اتخاذها لتطوير الرعاية التلطيفية في المجتمع؛ وهي:
 ١. تحديد الشخصيات الرئيسة أو المنظمات المهمة في بلدك بتطوير الرعاية التلطيفية في المجتمع (مثلًا منظمات عامة الاختصاص والعاملين في الرعاية التلطيفية).
 ٢. عقد اجتماع أو مجموعة عمل لمناقشة التحديات المحلية الخاصة ووضع الحلول لها.
 ٣. استخدام قاعدة بيانات فيرق الرعاية التلطيفية في المجتمع للجمعية الأوروبية للرعاية التلطيفية للاتصال مع الخبراء القادرين على توفير بعض التوجيهات الخاصة بشأن المسائل المعنية.
 ٤. السعي لإجراء تحسينات متزامنة في المجالات الأربعة لنموذج الصحة العامة من أجل إنشاء منظومة توفير خدمات متوازنة. ومراجعة المصادر والوثائق المرتبطة بهذا الدليل للنظر في المقاربات المحتملة التي قد تكون مفيدة.
 ٥. مقارنة البيانات الداعمة لحاجة المجتمع للرعاية التلطيفية والنتائج المحتملة لها.

وقد نشرت منظمات أخرى للرعاية التلطيفية أبحاثاً وتحليلات تغطي أجزاء أخرى من العالم. وتُشجّع الجمعية الأمريكية اللاتينية للرعاية التلطيفية (ALCP) تطوير الرعاية التلطيفية في أمريكا اللاتينية وجُزُر الكاريبي (الجدول ١٠).

الجدول ١٠: الجمعية الأمريكية اللاتينية للرعاية التلطيفية



Asociación Latinoamericana
de Cuidados Paliativos

الجمعية الأمريكية اللاتينية للرعاية التلطيفية (ALCP)
www.cuidadospaliativos.org

الرسالة: «النهوض بتطوُّر الرعاية التلطيفية في أمريكا اللاتينية وجُزُر الكاريبي عبْر الاتصال والتكامل مع جميع المعنيين من أجل تحسين جودة حياة المرضى المُصابين بأمراض مُتقدِّمة تُهدد حياتهم وأسرهم.»

ابتكارات:

١. أطلس الرعاية التلطيفية في أمريكا اللاتينية الصادر في عام ٢٠١٢، يُقدِّم تحليلًا يشمل ١٩ دولة في المنطقة.
٢. مؤشرات الرعاية التلطيفية في أمريكا اللاتينية: أُعدَّت بالتعاون مع الجمعية الدولية لدور الراحة والرعاية التلطيفية (IAHPC)، وهي عبارة عن قائمة من عشرة مؤشرات يُمكن استخدامها لمراقبة وتقييم الرعاية التلطيفية في المنطقة. وتشمل هذه المؤشرات السياسات الصحيّة والتعليم والبنية التحتية والطبابة. بالرغم من أن لوائح الاختبار قد أُعدَّت وُفّق مرجعية خاصة بأمريكا اللاتينية، فإن الجمعية الأمريكية اللاتينية للرعاية التلطيفية تُشجّع البلدان والمناطق الأخرى على استخدامها لمراقبة حالة الرعاية التلطيفية في مناطقهم.

قادت هاتان الجمعيتان الإقليميتان للرعاية التلطيفية المسعى للدفاع عن التحسينات في الرعاية التلطيفية ورعاية مرحلة الاحتضار، وشجّعت الحكومات على صياغة السياسات التي تخدم هذا الهدف. وتعمل جمعيات رعاية تلطيفية إقليمية مُشابهة في إفريقيا (جمعية الرعاية التلطيفية الإفريقية APCA) وفي آسيا (شبكة آسيا والمحيط الهادي للرعاية التلطيفية ودور الراحة APHN)، وهي تعمل في الدفاع عن هذه القضية في مناطقها (الجدول ١١).

الجدول ١١: المنظمات الإقليمية للرعاية التلطيفية

جمعية الرعاية التلطيفية الإفريقية APCA http://africanpalliativecare.org الرسالة: ضمان فهم واسع لقضية الرعاية التلطيفية، ودمجها في المنظومة الصحيّة على جميع المستويات ورفدها بالأدلة والقرائن لتخفيف الألم والمعاناة في إفريقيا.	
شبكة آسيا والمحيط الهادي للرعاية التلطيفية ودور الراحة APHN /http://aphn.org الرسالة: تحسين الوصول إلى رعاية تلطيفية ودور راحة ذات جودة عالية للجميع في منطقة آسيا والمحيط الهادي.	

توصية لصانعي السياسات

- الاستثمار في أبحاث وتطوير الرعاية التلطيفية ورعاية مرحلة الاحتضار.
- بناء شراكة بين منظمات الرعاية التلطيفية الوطنية والإقليمية والدولية لإجراء البحوث ونشر تقارير ذات جودة عالية.

حساب تكلفة مرحلة الاحتضار وإقرار السُّبل الكفيلة بتخفيض النفقات مع تحسين الرعاية

«إن منظومتنا الطبيّة ممتازة بمحاولتها دء الموت: بثمانية آلاف دولار في الشهر للعلاج الكيميائي وثلاثة آلاف دولار في اليوم للعناية الفائقة وخمسة آلاف دولار في الساعة للجراحة. لكن الموت قادم لا محالة، ولا أحد يعرف حق المعرفة متى يجب التوقف؟».

البروفيسور آتول جاوند، جامعة هارفرد، الولايات المتحدة

إن مرحلة الاحتضار ذات تكلفة عالية، لكن دفعها لا يُفضي بالضرورة إلى موتٍ لائق. وفي الدول ذات الدخل المرتفع يقع عبء التكاليف الأكبر أثناء تقديم الرعاية للمرضى في مرحلة الاحتضار في الأشهر الأخيرة منها، حين يبدأ الأطباء والمرضى والأسر باستخدام إجراءات استنزافية لإطالة أمد الحياة أياماً قليلة^{٤٦،٤٧}. ومما يثير الدهشة أن التكلفة في الدول ذات الدخل المنخفض غالباً ما تكون مرتفعة بصورة استثنائية أيضاً، وللأسباب نفسها على الأرجح ولكن بنتائج مختلفة. ويميل المرضى في مراحل مرضهم النهائية، وأسرهم كذلك، في متابعة البحث عن الشفاء؛ غالباً بسبب عدم إدراكهم لتشخيص حالتهم وتطورها. ويتأتى هذا الإنكار عن مجموعة من العوامل: الإفراط في بذل الجهد من قبل الطاقم العامل على سبيل المثال، أو شعور العاملين في الرعاية الصحيّة بعدم الراحة عند الحديث عن الموت. وقد يترتب على التكاليف المدفوعة تداعيات خطيرة على العائلة ككل، كأن يُضطر الأطفال لترك مدارسهم نظراً لتحويل رسوم دراستهم لصالح العلاجات الطبيّة العقيمة^{٤٨}.

ويُشكّل الحصول على أرقام موثوقة عن تكاليف رعاية مرحلة الاحتضار تحدياً من نوع خاص (الجدول ١٢). وناهيك بالتكاليف الطبيّة، ثمة بيانات ناقصة عن تكاليف يدفعها القطاع التطوّعي والمرضى والأسر. وهنالك شبه استحالة في تحصيل مثل هذه البيانات من المصادر المتوافرة حالياً حتى في الدول ذات الدخل المرتفع: تُعتبر رعاية مرحلة الاحتضار عملية مُعقّدة للغاية؛ إذ لا تتّضح نقطة بدايتها، ويقوم بتقديمها عاملون صحّيون من القطاعين العام والخاص على حدّ سواء. وفي ظل غياب معلومات مُؤكّدة يغدو صعباً تقديم حجة متماسكة إلى الحكومات تجعلها تضع رعاية مرحلة الاحتضار في أعلى سلّم أولوياتها.

الجدول ١٢: تكلفة رعاية المرضى في مرحلة الاحتضار

دراسة حالة: المملكة المتحدة

سلّط تقرير مُدقّق حسابات الحكومة البريطانية في عام ٢٠٠٨ الضوء على التكلفة العالية للعناية بالناس عند نهاية حياتهم؛ حيث قدّر الإنفاق الإجمالي على خدمات السرطان وحدها بحدود ١,٨ مليار جنيه إسترليني؛ أي نحو ١٤,٠٠٠ جنيه لكل مريض. ولكن التقرير أشار أيضاً إلى فوارق رئيسة بين التكاليف المرتبطة بمرضى السرطان وتلك المرتبطة بغيره من الأمراض التي تحدّ الحياة: فتبيّن أن تكاليف تقديم الرعاية في آخر عام من الحياة المُصابين بفشل الأجهزة العضوية يبلغ مُرابية ١٩,٠٠٠ جنيه إسترليني؛ نظراً لطول مدة مرحلة العلاج غير الاستشفائي. وعموماً استنتجت الدراسة أن ثمة احتمالاً حقيقياً أن تُؤدّي خدمات الرعاية التلطيفية إلى تخفيض تكاليف الإقامة في المستشفى، علاوةً على تمكين المرضى من الموت في منازلهم أو في دور الراحة إذا ما اقتضت رغبتهم ذلك^{٤٩}.

قدّرت وزارة الصحة تكلفة دخول المستشفى الذي ينتهي بالوفاة بعد الرعاية التلطيفية بحدود ٣,٠٠٠ جنيه إسترليني (مُقدّرة على أساس وسطي الإقامة المُعتادة وهو ٣ أيام). وصدرت دراسة مستقلة في عام ٢٠١٠، نمذّجت تكاليف طاقم الرعاية المجتمعية للمرضى في الأيام الأخيرة المعدودة من حياتهم (٣-٤ أيام عادةً): بلغت هذه التكاليف ١٢٠٠ جنيه إسترليني للسرطان، ١٤٠٠ جنيه للعجز، ١٨٠٠ جنيه لفشل الأعضاء وحالات نهاية الحياة الأخرى.

في عام ٢٠١١، راجعت لجنة مستقلة قضية تمويل الرعاية التلطيفية برمتها بهدف إعداد آلية عملت للمرة الأولى على احتساب تمويل الرعاية التلطيفية للمريض الواحد من البالغين والأطفال^{٥٢}. أوصت اللجنة بنظام تمويل يُظهر نموذج تكلفة يقوم على أساس تحييد الدولة؛ سيؤدّي هذا النظام بحلول ٢٠٢١ إلى تخفيض محتمل للوقّيات في المستشفيات يصل إلى ٦٠ ألف حالة سنوياً، عن طريق تحسين خدمات الرعاية التلطيفية خارج المستشفيات إلى أقصى حدّ ممكن. وإذا أخذنا التقديرات الحكومية البالغة ٣,٠٠٠ جنيه إسترليني للوفاة الواحدة في المستشفى، فإن النظام الجديد يخفض التكلفة بحوالي ١٨٢ مليون جنيه سنوياً؛ لأن نسبة كبيرة من الـ ١,٣ مليار جنيه التي تُصَرّف حالياً على البالغين والـ ١٨,٢ مليون التي تُصَرّف على الأطفال يدفعها النظام الصحي الوطني على الرعاية التلطيفية في المستشفيات.

يقول الرأي السائد إن تكلفة رعاية المرضى في مرحلة الاحتضار قد تنخفض أكثر في حال جرى تقديم نسبة أكبر من خدمات الرعاية في المنازل، بما في ذلك دور الرعاية. والحجّة في ذلك أن الموت في المستشفى - الحالة الاعتيادية في الكثير من البلدان - يستلزم تكاليف باهظة؛ نظراً للإقامة الطويلة ونفقات التدخلات الطبيّة المُتكرّرة. إلا أن المسألة الاقتصادية في الواقع أكثر تعقيداً من ذلك بكثير؛ إذ يحتاج بعض الناس مثلاً إلى الرعاية في مرحلة الاحتضار على مدار الساعة، وقد تكون رعايتهم في المستشفى أقل تكلفة مما لو تمّ تقديمها بشكلٍ إفرادي في المجتمع. كما تنخفض القدرة على تقدير التكاليف المرتبطة بالرعاية التلطيفية للأمراض غير السرطانية، لا سيّما الخرف، وغالباً ما تمتدّ وتتخطّى رعاية الأمراض السرطانية.

تُشير الأبحاث الاقتصادية إلى أن الرعاية التلطيفية ورعاية مرحلة الاحتضار قد تكون أقل تكلفة من العلاج الطبي التقليدي للمرضى عند نهاية حياتهم^{٥٠}. ومن المؤكّد أن زيادة نسبة الرعاية المنزلية والمجتمعية قد تخفض من تكاليف الإقامة في المستشفى والدخول في حالات الإسعاف. وفي الولايات المتحدة بصورة خاصة أصبحت التدابير المرتبطة بالوفاة أحد الموضوعات الرئيسة المطروحة على النقاش بعد إصلاحات الرعاية الصحيّة الأخيرة والتركيز الذي رافقها بشأن السبل الكفيلة بتخفيض تكاليف الرعاية الصحيّة.

وثمة عدد من العوامل الخارجية المؤثّرة على مكان الوفاة وبالتالي على التكلفة، وتشمل: مستويات الحرمان والكثافة السكانية والحالة العمرية للسكان ونسبة الوفاة بسبب السرطان ونسبة العازبين الذين يعيشون بمفردهم بعيداً عن الدعم الأسري^{٥١}، وصولاً إلى الفوارق الإثنية^{٥٢}. ولأن البشر طالت أعمارهم وأصبحوا على الأرجح يعيشون أعواماً عديدة في ظلّ أوضاع ستؤدي بحياتهم في نهاية المطاف، فمن المحتمل أن ترتفع بصورة حادة نسبة تكاليف الرعاية في مرحلة الاحتضار مقارنةً بالإنفاق الكلي على الرعاية الصحيّة.

وعندما تُطرح مسألة تمويل رعاية المرضى في مرحلة الاحتضار، قلّما تكون الحكومات المصدر الرئيس لهذا التمويل. وهناك مجموعة من نماذج التمويل: دعم الكنيسة، تمويل جماعات الخير والإحسان، المساعدة الدولية، التمويل من حساب المرضى، وهلمّ جرّاً. وثمة نماذج هجينة في بعض الحالات تستند إلى مصادر تمويل متنوعة. وأيّاً يكون الوضع القائم حالياً، فمن المؤكّد أن الحاجة الكليّة لرعاية مرحلة الاحتضار تزداد باطراد؛ نظراً لزيادة نسبة الشيخوخة التي تستدعي مقاربات أكثر إبداعاً وابتكاراً في مجال توفير وتمويل الرعاية.

توصية لصانعي السياسات

- الاستفادة من المعرفة الناجمة عن نتائج الأبحاث لتخفيض تكلفة الرعاية وتحسينها.

الجدول ١٣: مركز ماري كوري لرعاية مرضى السرطان

يقدم مركز ماري كوري لرعاية مرضى السرطان الدعم لمرضى وأسرهم ومُقدّمي الرعاية لهم، ويوفّر الرعاية في المنازل، سواء عن طريق خدماته التمريضية أو في دور الراحة التوسع المؤرّعة في أنحاء المملكة المتحدة. كما يمول واحداً من أكبر برامج الأبحاث في مجال الرعاية التلطيفية في المملكة المتحدة، ويقوم بحملات لتحقيق تحسينات عملية على جودة الحياة والرعاية التي يجنيها في الختام المرضى وأحبائهم ومُقدّمو الرعاية لهم.



أحد هذه البرامج هو مشروع سومرست لخيارات التقديم (Somerset Delivering Choice Project)، الذي انطلق في عام ٢٠٠٨ ويغطي سكان سومرست وشمالها البالغ عددهم ٧٠٠,٠٠٠ نسمة. يقدم هذا المشروع مبادرات جديدة مثل: فِرَق تنسيق، المشورة خارج أوقات الخدمة وخط استجابة مباشر، ممرضين مُتفرّغين، عمال دعم لتوفير الخدمات الصحيّة، رعاية اجتماعية وصحيّة للمرضى، موقع إلكتروني للمعلومات.

نشرت جامعة بريستول تقييماً مستقلاً لمشروع سومرست لخيارات التقديم في أكتوبر ٢٠١٢. خلص إلى ما يلي:

- في شمال سومرست، من المحتمل أن تنخفض نسبة الوفاة في المستشفى لمن حصل على خدمة خيارات التقديم بنسبة ٦٧ في المائة مقارنة بأولئك الذين لم يحصلوا عليها.
- انخفضت في شمال سومرست حالات الدخول الإسعافية في المشافي خلال الشهر الأخيرة من الحياة بنسبة ٥١ في المائة، وانخفض الدخول إلى أقسام الحوادث والطوارئ بنسبة ٥٩ في المائة لمن حصل على خدمة خيارات التقديم مقارنة بأولئك الذين لم يحصلوا عليها.
- في سومرست، من المحتمل أن تنخفض نسبة الوفاة في المستشفى لمن حصل على خدمة خيارات التقديم بنسبة ٨٠ في المائة مقارنة بأولئك الذين لم يحصلوا عليها.
- انخفضت في سومرست حالات الدخول الإسعافية في المشافي خلال الشهر الأخير من الحياة بنسبة ٥١ في المائة، وانخفض الدخول إلى أقسام الحوادث والطوارئ بنسبة ٥٩ في المائة لمن حصل على خدمة خيارات التقديم مقارنة بأولئك الذين لم يحصلوا عليها.

التواصل مع المُعالجين التقليديين لتحسين رعاية مرحلة الاحتضار حيثما يكون الوصول إلى الطب الغربي محدوداً

من الشائع جداً الاستعانة بالمُعالجين التقليديين والمُعالجين بالأعشاب والشامانات أو مُمارسي العلاجات البديلة في العديد من المجتمعات غير الغربية، لأسباب ليس أقلها إمكانية الوصول إليهم وتوافرهم على المستوى المحلي. وقد تحتوي مثل هذه التداخلات الصحيّة غير الغربية على قيمة علاجية، لكن الرعاية البديلة من هذا النوع - كما تُشير الأبحاث بشكل مُتزايد - لا تزال تنطوي على تكاليف مالية عالية. ومن بينها: الأعباء المُتنامية على الأشخاص التواقين للحصول على العلاج، وميل المرضى لتأخير السعي إلى العلاج الطبي حتى استكمال الطقوس والشعائر الموصوفة من قبل المُعالجين التقليديين^{٣٠}؛ ولأن المجتمعات التقليدية تواظب بلا شك على التزامها الرعاية الصحيّة البديلة، يبدو أن أفضل سياسة ممكنة تتمثل في التعاون مع مُمارسيها - سواء في مجال التدريب وتوفير الخدمات أو تبادل الحالات - لا سيّما في التعامل مع المراحل النهائية للرعاية في مرحلة الاحتضار.

توصية لصانعي السياسات

- التواصل مع المُعالجين التقليديين لتحسين رعاية المرضى في مرحلة الاحتضار في المناطق التي لم تتبنّ الطب الغربي بشكل كامل بعد.

الخطوة ٤ – زيادة الموارد

«إنَّ كَيْفِيَّةَ عِنَايَتِنَا بِالْمَرْضَى الْمَوْشُكِينَ عَلَى الْمَوْتِ تُعَدُّ مُؤَشِّرًا عَلَى مَدَى عِنَايَتِنَا بِجَمِيعِ الْمَرْضَى وَالضَّعْفَاءِ، وَمَقْيَاسًا لِلْمَجْتَمَعِ كَكُلِّ وَاحْتِبَارًا كَاشِفًا لَخِدْمَاتِ الرِّعَايَةِ الصَّحِّيَّةِ وَالاجْتِمَاعِيَّةِ».

استراتيجية رعاية المرضى في مرحلة الاحتضار – المملكة المتحدة

إشراك المجتمع المحلي في رعاية المرضى في مرحلة الاحتضار

في المناطق التي تُعتبر فيها الرعاية التلطيفية ورعاية مرحلة الاحتضار غير كافية، يستطيع المجتمع المحلي سدَّ الفجوة في مجال الرعاية، وتقديم الدعم لمُقدِّمي الرعاية المحترفين والأسر. إنَّ إشراك هذا القطاع من القوى العاملة في المجال الصحي يتطلب التزاماً من طرف المجتمع المحلي في تدريب المُتطوِّعين للمُساعدة في جميع جوانب الرعاية التي تتطلب تدريباً اختصاصياً. ويُعدُّ النموذج المجتمعي في كيرلا في الهند من الأمثلة الممتازة على نجاح مثل هذا الأسلوب (الجدول ١٣).

توصية لصانعي السياسات

- إشراك المجتمع المحلي في رعاية المرضى في مرحلة الاحتضار.

الجدول ١٤: النموذج المجتمعي

دراسة حالة: ولاية كيرلا في الهند

عُدَّ الوصول إلى الرعاية التلطيفية ورعاية مرحلة الاحتضار ضعيفاً للغاية في معظم أنحاء الهند التي يتجاوز عدد سكانها المليار نسمة، لكن في ولاية جنوبية صغيرة تُدعى كيرلا، ظهر نموذجٌ مجتمعي وُصف بأنه «منارة أمل». قامت هذه الولاية في عام ٢٠٠٥ بتقديم ثلثي خدمات الرعاية التلطيفية في الهند بالرغم من أن عدد سكانها لا يتعدَّى ٣ في المائة من إجمالي سكان الهند. واعتبرت كيرلا في عام ٢٠٠٨ أول ولاية تتبنَّى سياسةً صحيّةً تتضمَّن تأكيداً خاصاً على الرعاية التلطيفية.

حظر قانون الأدوية المُخدِّرة والنفسية في عام ١٩٨٥ جميع المواد المُخدِّرة، ومع ذلك يستطيع مُقدِّمو الرعاية التلطيفية في كيرلا استخدام المورفين باعتبارها إحدى الولايات القليلة التي قامت بتخفيف القيود على المواد المُخدِّرة خصيصاً لهذا الغرض.

إنَّ ما جعل كيرلا فريدةً من نوعها هو تطبيق النموذج المجتمعي لتقديم الرعاية. فقد تأسَّست في عام ٢٠٠١ شبكة الأحياء للرعاية التلطيفية، وتطوَّرت إلى شبكةٍ كبيرةٍ تتألَّف في معظمها من مُتطوِّعين يُقدِّمون الخدمات للمرضى في بيوتهم. يُركِّز هذا النوع من المُشاركة المجتمعية في الغالب على المسائل الاجتماعية والروحية والمالية. لا يُقدِّم المُتطوِّعون خدماتٍ طبيَّةً، ولكنهم فعَّالون للغاية في تحديد المُحتاجين، وتقديم الخدمات الأساسية بتكلفةٍ إجماليَّةٍ منخفضةٍ وبتدريبٍ محدودٍ.

يُمكن للمجتمعات المحلية الأخرى في الهند والدول الأخرى التعلُّم من هذا النموذج. ويبدو أنَّ النموذج المجتمعي في كيرلا يُعالج بنجاح العديد من المشكلات المُتصلة بقلَّة المختصين المُدرَّبين، وبالتالي يُتيح الفرصة أمام المُدرِّبين المُختصين في الرعاية التلطيفية القليلين أصلاً للتركيز على المجالات التي يُمكنهم فيها إحداث الأثر الأكبر.

تسخير الطب عن بُعد والابتكارات التكنولوجية لتقديم رعاية مرحلة الاحتضار للمجتمعات الريفية

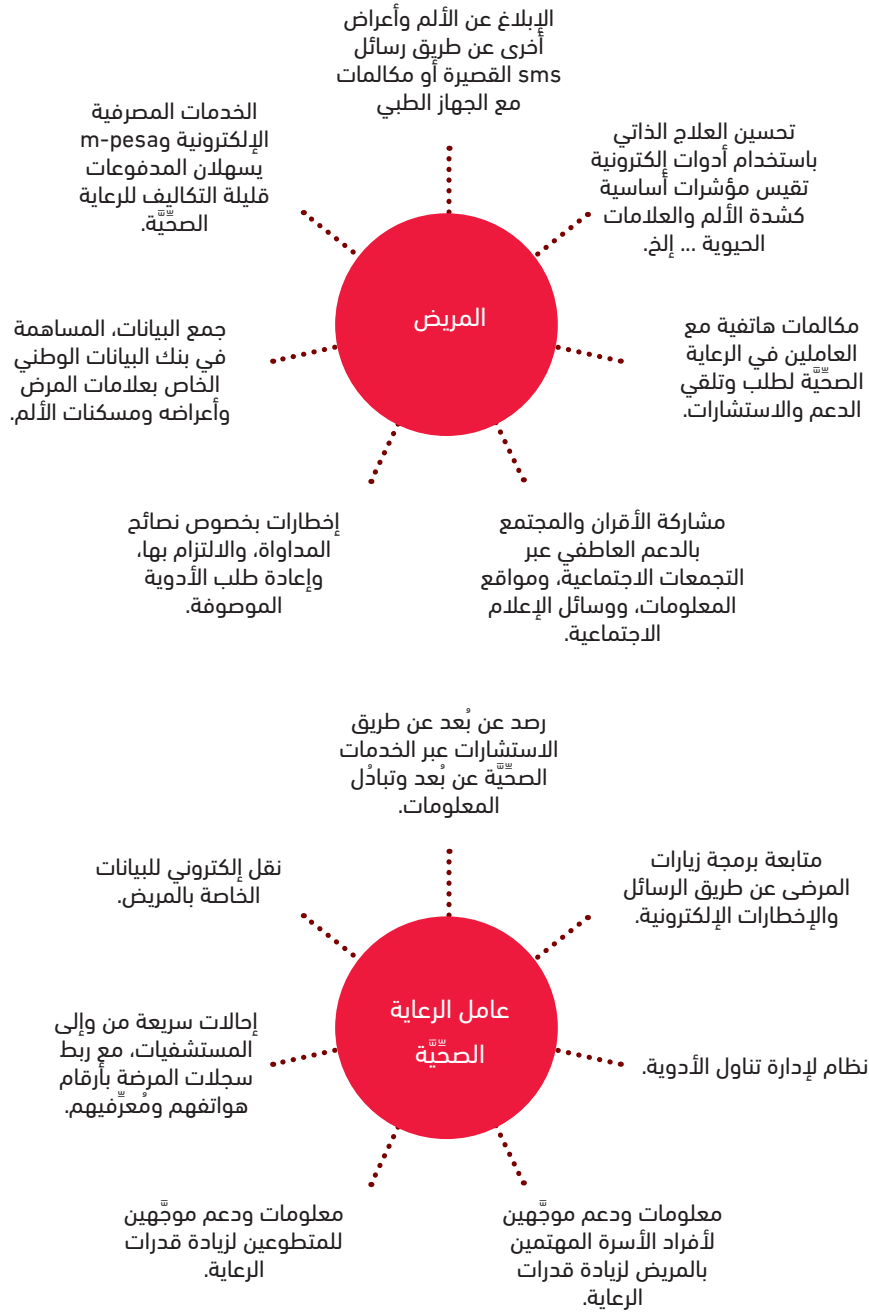
إن أكثر ما يحتاجه مَن يُعانون أمراضاً تحدُّ من حياتهم، ولا سيَّما ممن يقتربون من الوفاة، هو رعاية مستدامة، وتخطيطاً متناسقاً لتقديم الرعاية في وقتها المناسب وبالتنسيق مع جميع الأطراف ذات الصلة. إن مواجهة هذه التحديات يُعتبر أمراً صعباً للغاية في المناطق الريفية والنائية، وبالتالي، تقديم رعاية المرضى في مرحلة الاحتضار في هذه المناطق يتسبَّب في مشكلات ذات طبيعة خاصة.

على سبيل المثال، يُضطرَّ المرضى إلى السفر مسافاتٍ طويلة للقيام بالمراجعات وغالباً ما يتلقون رعاية سيئة، ونادراً ما تتَّمت متابعتهم ولا سيَّما في الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط. من المُتوقَّع انخفاض عدد سكان المناطق الريفية في العالم من ٣,٤ مليار نسمة في عام ٢٠١٠ إلى ٢,٩ مليار في عام ٢٠٥٠، ولكن من المُتوقَّع ارتفاع عدد سكان المناطق الريفية في إفريقيا خلال نفس الفترة إلى حوالي مليار نسمة. إن استغلال الابتكارات التكنولوجية واستخدام أدوات كالطب عن بُعد والصحة الإلكترونية، والخدمات الصحيَّة عن طريق الهاتف الجوال وأدوات التواصل الاجتماعي والإنترنت من شأنه تطوير الرعاية التلطيفية ورعاية مرحلة الاحتضار في جميع أنحاء العالم من خلال تمكين المُستجيبين الأوائل والمُتطوِّعين المحليين من تقديم الرعاية لسكان المناطق الريفية والنائية ممن لا تتوافر لديهم أي وسيلة أخرى للحصول على الرعاية.

ويُعرَّف الطبُّ عن بُعد بأنه «قيام العاملين في الرعاية الصحيَّة بتقديم خدمات الرعاية الصحيَّة عن بُعد باستخدام تكنولوجيا الاتصالات والمعلومات لتبادل المعلومات الصحيحة عن التشخيص والعلاج والوقاية من الأمراض والإصابات، والأبحاث والتقييم، واستمرار تثقيف مُقدِّمي الرعاية، وكل هذا في سبيل تنمية صحة الأفراد ومجتمعاتهم».

يحتوي الطب عن بُعد تشكيلةً متزايدة من التطبيقات والخدمات باستخدام الفيديو عند الطرفين، والبريد الإلكتروني، ورسائل الجوال القصيرة، والهواتف، والحواسيب اللوحية، والهواتف الذكية، والأجهزة اللاسلكية، وأشكال أخرى من التقنيات الإلكترونية والاتصالات التي تُفيد المرضى والعاملين في الرعاية الصحيَّة على حدٍّ سواء (الشكل ٦).

الشكل ٦: أدوات الطب عن بعد تقدم تشكيلة من التطبيقات المفيدة لمرضى مرحلة الاحتضار والعاملين في الرعاية الصحية



تُمكن الابتكارات التكنولوجية المرضى من البحث عن العلاج في وقت أبكر، وتُقدّم لأسرهم الاستشارات بشأن تقديم الرعاية لهم. كما تُتيح الفرصة للعاملين في الرعاية الصحيّة لتقديم الدعم والتشجيع لمُقدّمي الرعاية، وتسهيل الالتزام بالعلاجات الموصوفة.

وبفضل شبكات الهواتف المحمولة التي باتت تُغطي معظم أنحاء العالم، أصبح بالإمكان الآن تقديم المعلومات الطبيّة للمرضى وأسرهم بسرعة لتحسين رعاية مرحلة الاحتضار. إن أعداداً كبيرة من المُتطوّعين في برامج الرعاية التلطيفية المحليّة حول العالم تستخدم الرسائل النصيّة القصيرة للاتصال بالعاملين في الرعاية الصحيّة للحصول على نصيحتهم أثناء مُعاينة المرضى. وبات الآن بالإمكان تنبيه المرضى إلى خطط إدارة ومتابعة حالاتهم، كما يُمكنهم الاتصال بالمُختصين للإبلاغ عن أيّ تغيّرات في الأعراض والاحتياجات لمسكنات الآلام. إن التعقّب عن طريق نظام تحديد المواقع يُسهّل تقديم الرعاية في البيوت بسرعة، مثلاً في الجماعات دائمة التّرحال.

كما يُمكن استخدام أنظمة الصيدلة الإلكترونية المربوطة بالسجلات الصحيّة الإلكترونيّة لتأسيس أنظمة إدارة المورفين والإشراف عليه. كما يُمكن استخدام نظام تحديد المواقع لتعقّب تحركات المورفين، واستخدام المرضى له مع تقارير شخصية من المرضى عن مستويات الألم الحاليّة.

توصية لصانعي السياسات

- الاستفادة من الطب عن بُعد والابتكارات التكنولوجية لتحسين الوصول إلى رعاية المرضى في مرحلة الاحتضار في المناطق الريفية.

الجدول ١٥: الاستفادة من ابتكارات وسائل التواصل الاجتماعي في رعاية مرحلة الاحتضار



تايز - كندا

www.tyze.com

- تايز هي شبكة اجتماعية خاصة تُساعد في ربط الناس حول الأشخاص الذين يتلقون رعاية تلطيفية. وتسمح تايز للمرضى والأسر ومُقدّمي الرعاية بما يلي:
- التواصل بسرية مع الأسر والأصدقاء ومُقدّمي المُساعدة لمن هم في مرحلة الاحتضار .
 - تحديد المواعيد والمناسبات على تقويم مشترك.
 - مُشاركة الملفات والصور والتحديثات والكثير غيرها في أي مكان وزمان.
- يُمكن لتطبيقات الهواتف المحمولة والحواسيب اللوحيّة تقديم الوصول إلى الشبكة من أي مكان.

تمكين المرضى من خلال توفير الوصول إلى معلومات الرعاية الصحيّة

قام العديد من دور رعاية المرضى في مرحلة الاحتضار وبرامج الرعاية ووكالات الرعاية التلطيفية والمؤسسات مؤخراً بتطوير تطبيقات للهواتف المحمولة مُخصّصة لاستخدام المرضى في مرحلة الاحتضار. وثمة تطبيقات مُخصّصة لتعليم المرضى المزيد عن حالاتهم، وإعلامهم بالمُستجّبات في العلاج والرعاية، وربطهم بمُقدّمي الرعاية، وتمكينهم من الوصول إلى سجلّاتهم الطّبيّة، والإبلاغ عن الأعراض وعلاجها، وتحديد التغيّرات في المخاطر. وقامت دور رعاية مرحلة الاحتضار في الولايات المتحدة كما في ولاية ميتشغن والخليج، ودار رعاية مرحلة الاحتضار ومركز الرعاية التلطيفية في ولاية كارولينا الشماليّة باعتماد تطبيقات الهواتف المحمولة لتسهيل نقل المعلومات والإعلان عن الأحداث التي تُنظّمها. وتقوم شبكة التواصل الاجتماعي تايز بربط الناس حول الذين يتلقون الرعاية (الجدول ١٤). ويقوم موقع الرعاية التلطيفية إي هوسبيس (ehospice) بعرض الأخبار والآراء حول رعاية مرحلة الاحتضار في أرجاء العالم، وتعليقات بشأن الاتجاهات العالمية، وله تطبيق خاص بالهواتف المحمولة منذ عام ٢٠١٢ (الجدول ١٥).

الجدول ١٥: إي هوسبيس

ehospice Palliative care news,
views and inspiration
from around the world

إي هوسبيس
www.ehospice.com

يعتبر موقع إي هوسبيس مصدراً عالمياً للأخبار والمعلومات، فهو مُلتزم بنشر الأخبار والتعليقات والتحليلات المُتعلّقة بدور رعاية مرحلة الاحتضار والرعاية التلطيفية ورعاية مرحلة الاحتضار. ويتناسب الموقع مع أي شخص له اهتمام مهني أو شخصي في الرعاية التلطيفية، ويُعتبر نقطة وصول مُوحّدة إلى المعلومات والممارسات الجيدة في أرجاء العالم بهدف المُساهمة في تحسين رعاية المرضى على المستوى العالمي. كما يجمع الخبرات والتجارب من أوساط دور رعاية مرحلة الاحتضار والرعاية التلطيفية في أرجاء العالم من خلال عدّة مقالات مُقدّمة من مُنظمات محلية ودولية مُختصة بالرعاية التلطيفية.

توصية لصانعي السياسات

- تمكين المرضى من خلال تحسين الوصول إلى المعارف المتعلقة بخيارات رعاية مرحلة الاحتضار وتوافرها.

الخطوة ٥: تحسين المهارات

«آملُ أن نتمكّن من... إيجاد سُبل لتمكين شعوب العالم النامي من اعتماد مبادئ (الرعاية التلطيفية) والخدمات النموذجية التي تُلبّي احتياجاتهم وتتوافق مع ثقافتهم».

الدكتور ديرك دويل، المدير الطبي السابق في دار القديس كولمبا لرعاية مرحلة الاحتضار، أدنبره، المملكة المتحدة.

تدريب العاملين في الرعاية التلطيفية، خصوصاً في الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط تفتقر إلى هذا النوع من الرعاية.

يجب أن يكون جميع العاملين في الرعاية الصحيّة قادرين على تقديم الرعاية للمرضى الذين يحتاجون إلى الرعاية التلطيفية كجزء من الرعاية الاعتيادية التي يُقدّمونها للمرضى. ولكن في الحالات التي لا يُرجّح فيها شفاء المرضى، قد تقع مسؤولية تخفيف المُعاناة على عاتق الأطباء والممرضات على المستوى المحلي، وفي أغلب الأحيان على مُقدّمي الرعاية غير الرسميين.

إن نشر التعليم وتقديم الدعم للأطباء العاملين غير المُختصين لتعلّم أساليب الرعاية التلطيفية يُعتبر من التحديات العالمية الرئيسة. ويجب على الدول تدريب عددٍ كافٍ من العاملين في الرعاية التلطيفية لدعم الأطباء العاملين والتعامل مع المرضى ذوي الحالات الأكثر تعقيداً.

لا تزال الرعاية التلطيفية مُكوّناً غير إجباري في العديد من برامج تدريب الرعاية الصحيّة المُتخصّصة التي تُركّز على التدريب قبل الترخيص وأثناء الخدمة. وتُقدّم منظمة الصحة العالمية بأن يمضي المُختصون حتى ٥٠ في المائة من أوقاتهم في تدريب ودعم الأطباء العاملين. ويُؤدّي تطبيق هذا النهج إلى زيادة كفاءة الرعاية التلطيفية. ولكن تبقى هذه النسبة بعيدة المنال؛ ولذلك تفشل الكثير من الدول في الاستفادة من إمكانيات العاملين الصحيين العاملين والمجتمعات المحلية والمُتطوّعين في دعم المرضى في مرحلة الاحتضار وأسْرهم.

وفي مجال التدريب على الرعاية التلطيفية، ينبغي على عاملي الرعاية الصحيّة أن يتعلّموا بأن المرضى ليس الطرف الوحيد الذين يُعاني، فغالباً ما يتمّ تناسي أسر المرضى أثناء عملية الاحتضار؛ لذا يجب أن تتضمّن عملية تحسين الرعاية التلطيفية ورعاية مرحلة الاحتضار جزءاً من الدعم والمُواساة.

وللتغلّب على مشكلة النقص في أعداد الاختصاصيين المُدرّبين، جرى مؤخراً إطلاق عددٍ من برامج تدريب القيادة الابتكارية. وتُعتبر المُبادرة الدولية لتطوير القيادة في مجال الرعاية التلطيفية التي تمّ إطلاقها في معهد الطب التلطيفي من الأمثلة الجيدة في هذا الصدد. وتُقدّم هذه المبادرة التدريب لأطباء الرعاية التلطيفية في أرجاء العالم (الجدول ١٦).

الجدول ١٦: المبادرة الدولية لتطوير القيادة في مجال الرعاية التلطيفية



انضمّ إلى المبادرة حتى الآن ٢٢ طبيباً من إفريقيا ووسط آسيا وشرق أوروبا وأمريكا اللاتينية والشرق الأوسط وجنوب شرق آسيا. يهدف البرنامج إلى تخريج قادة عالميين في مجال تطوير الرعاية التلطيفية؛ حيث يتم الاستعانة باختصاصيين إقليميين كبار لتوجيه هذه الجهود. وقام المشاركون بتحديد الاختصاصيين الذي قد يُساعدونهم في بناء مهاراتهم وتحقيق أهدافهم.

وتأسّس مؤخراً معهد لين التعاوني للرعاية التلطيفية وأطلق العديد من البرامج تدريب القيادة في بنغلادش وماينمار (الجدول ١٨). وانتهج دار رعاية مرحلة الاحتضار في أوغندا في إفريقيا أسلوباً مختلفاً ومبتكراً للغاية؛ حيث قام بتدريب «مراقبين اجتماعيين» لتحديد وإحالة المرضى إلى مثل هذه الدور ممن ليس لديهم وصول إلى أي شكل من أشكال الرعاية التلطيفية ورعاية مرحلة الاحتضار (الجدول ١٩).



يهدف هذا البرنامج الذي تمّوله مؤسسة عائلية في سنغافورة إلى دمج الرعاية التلطيفية في نظام الرعاية الصحيّة السائد، من خلال مؤسسات تعاونية تتضمن العمل الخيري وخدمات الرعاية التلطيفية، واختصاصيين متطوعين من منطقة آسيا والمحيط الهادي، ومؤسسات طبية حكومية، ومنظمات مجتمعية داخل الدول المستهدفة. يمارس البرنامج نشاطه في الدول الآسيوية الفقيرة بالموارد التي تتضمن رعاية تلطيفية محدودة أو لا تتضمن هذا النوع من الرعاية على الإطلاق. ثمة مشاريع تعمل حالياً في ميانمار وبنغلادش.

يتضمن البرنامج في كل دولة ثلاثة مكونات رئيسية:

١. تدريب المدربين: حيث تمضي فرق من اختصاصات متعددة تضم خبراء متطوعين من وحدات إقليمية للرعاية التلطيفية أسبوعاً كاملاً مرتين في السنة لمدة ثلاث سنوات مع نفس مجموعة المتدربين، بهدف إجراء التدريب السريري المحلي في البلالداكتور وتشارك المؤسسات الأم للخبراء في هذا النشاط من خلال منحهم إجازات من عملهم الأساسي. ويتضمن المنهاج الذي يتم تدريسه إدارة الألم والأعراض، والتواصل مع المرضى والأسرة والأطراف الأخرى، وطرق إنشاء الخدمات، والمعايير والتدقيق.
 ٢. تتم دعوة المرشحين ممن لديهم إمكانيات قيادية لقضاء ثلاثة أشهر في وحدات رعاية تلطيفية معروفة في المنطقة ليتلقوا المزيد من التدريب.
 ٣. وقام البرنامج أيضاً بإطلاق مبادرة للدفاع عن وجود الأدوية المخدّرة.
- يُمكن أحد مفاتيح النجاح في إيجاد شركاء محليين لاستضافة عملية التدريس والمساعدة في اختيار المرشحين المناسبين ممن تتوافر لديهم القدرة؛ ليكونوا مدربين فعّالين وداعمين للرعاية التلطيفية في دولهم. لتحديد المرشحين المناسبين، تقوم فرق القيادة باستشارة مؤسسات الرعاية الصحيّة الحكومية الرائدة، وعموماً مراكز الإحالة والمشافي التعليمية، وتطلب دعم وزارات الصحة في الدول المعنية. والهدف هو تمكين المشاركين -الذين جرى تدريبهم- من إنشاء خدمات رعاية تلطيفية في المؤسسات الرئيسية في دولهم، والتي يمكن أن تتحول بدورها إلى وحدات تدريب.

يعتبر دافع الاستمرار في معالجة المرضى حتى وفاتهم عائقاً أمام إنشاء مؤسسات جيدة للرعاية التلطيفية، كما أن الرغبة في المعالجة بغض النظر عن التكلفة، وعدم قدرة العاملين في الرعاية الصحيّة على الاعتراف بأن أفضل حل قد يكمن في التوقف عن محاولة العلاج والتركيز على الجهود التلطيفية، تؤدي غالباً إلى المبالغة في الاستطباب. وعلينا أن نقبل، في ظروف معينة، بأن «الموت قد يكون صديقاً لنا» وبذلك نوفر أحياناً الكثير من المعاناة غير الضرورية. وبتقبل الأمور التي لا مفر منها والاستخدام الأمثل للوقت المتبقي، يلمس المرضى غالباً تحسناً في مستوى حياتهم. وتقدم الجمعية الأوروبية للرعاية التلطيفية إرشادات لإنشاء برامج تدريب محلية في مجال الرعاية التلطيفية، كما قامت بعض الدول كإسكتلندا وإيطاليا وصربيا بوضع إرشادات محلية خاصة بها ليصار إلى دمجها في برامج المرحلة الجامعية الأولى والدراسات العليا.

توصية لصانعي السياسات

- إدراج الرعاية التلطيفية ورعاية مرحلة الاحتضار في جميع برامج الرعاية الصحيّة المتخصصة في المرحلة الجامعية الأولى والدراسات العليا.
- إدراج الدعم والمواساة في برامج تدريب الرعاية التلطيفية ورعاية مرحلة الاحتضار.
- مشاركة المعارف العالمية؛ لتمكين جميع الدول من بناء خدمات الرعاية التلطيفية ورعاية مرحلة الاحتضار.

الجدول ١٨: الرعاية التلطيفية ورعاية مرحلة الاحتضار في أوغندا

دراسة حالة: الابتكار في أوغندا

بدأت الرعاية التلطيفية في أوغندا منذ ٢٠ سنة مع افتتاح دار رعاية مرحلة الاحتضار في أوغندا، انطلاقاً من مبناها الأصلي الذي كان عبارة عن شقة سكنية مؤلفة من غرفتي نوم في مدينة كامبالا، توسعت الدار حيث تعمل حالياً من ثلاثة مواقع مختلفة: مكتب رئيس في كامبالا، ومكتبان محليان في منطقتي مبارا وهويما. تتلقى الدار معظم الحالات من المشفى الوطني للإحالات في كامبالا، ومن مشافي محلية في مبارا وهويما، وتقوم أيضاً بتدريب مجموعة من «المراقبين المجتمعيين» والاستفادة منهم في تحديد المرضى الذين ليس لديهم أي وصول إلى الرعاية الصحية.

وقامت جامعة ماكيرير بمساعدة الدار بافتتاح دبلوم عبر التعليم عن بعد في عام ٢٠٠٢ لتدريب المختصين في الرعاية التلطيفية. وجرى في عام ٢٠٠٨ تأسيس قسم الطب التلطيفي في ذات الجامعة، وفي عام ٢٠١٠ تم تطوير الدبلوم ليصبح بكالوريوس تمتد لثلاث سنوات.

تتوافر الرعاية التلطيفية حالياً في ٦٩ من أصل ١١٦ منطقة في أوغندا، ويتوافر المورفين الذي يؤخذ عن طريق الفم في نظام الصحة الوطني مجاناً لجميع المرضى، وذلك بفضل الشراكة بين القطاعين العام والخاص بين الصيدليات الوطنية التابعة لوزارة الصحة ودار رعاية مرحلة الاحتضار في أوغندا والصيدليات المشاركة. إن استخدام المورفين الذي يؤخذ عن طريق الفم في الدار ولأغراض الرعاية التلطيفية ارتفع بعد التغييرات في القوانين التي باتت تسمح الآن للممرضات والعاملين السريريين والأطباء المسجلين بوصف هذا العقار. وفي دولة تعاني نقصاً حاداً في الأطباء ولا سيما الأطباء المدربين في الطب التلطيفي، تعتبر ترقية الممرضات والعاملين السريريين قراراً جريئاً وهاماً قد يؤدي إلى آثار بعيدة المدى على الرعاية التلطيفية ورعاية مرحلة الاحتضار.

وبالرغم من نجاح أوغندا في تطبيق العديد من الابتكارات لتحسين الرعاية التلطيفية ورعاية مرحلة الاحتضار، فإن الحاجة إلى هذا النوع من الرعاية ما تزال كبيرة وتتجاوز ما هو مقدم، لذلك يجب في الخطوة التالية التوسع بشكل كبير في التدريب والوصول إلى رعاية مرحلة الاحتضار. ويجب تحسين قنوات التوزيع بسرعة وخصوصاً في المناطق الريفية.

الاستفادة من استراتيجيات وبرامج التعلّم الإلكتروني في تدريب العاملين في الرعاية التلطيفية

يمكن تنفيذ تدريب متخصص مفيد من خلال برامج التعلّم الإلكتروني؛ فقد قامت وزارة الصحة وخدمة الصحة الوطنية في المملكة المتحدة بإعداد برنامج أسموه «رعاية مرحلة الاحتضار للجميع» لتدريب جميع موظفي خدمة الرعاية الصحية الوطنية، وكانت الغاية المرجوة زيادة الرعاية عالية الجودة والغنية بالمعلومات التي يقدمها عاملون ومتطوعون يتمتعون بالثقة والكفاءة (الجدول ٢٠).



رعاية مرحلة الاحتضار للجميع

www.e-lfh.org.uk/projects/end-of-life-care

يعتبر برنامج «رعاية مرحلة الاحتضار للجميع» جزءاً من برنامج التعلّم الإلكتروني في الرعاية الصحيّة الذي يقدم تدريباً مجّانياً على الإنترنت لليد العاملة في المملكة المتحدة. يُقدم هذا البرنامج بالشراكة مع جمعية الطب التلطيفي في بريطانيا العظمى وإيرلندا، وهو مصمّم لدعم تنفيذ الاستراتيجية الوطنية لرعاية المرضى في مرحلة الاحتضار.

توصية لصانعي السياسات

- عند إمكان الوصول إلى مقررات التدريب أو تطويرها عن طريق التعليم الإلكتروني للعاملين والمتطوعين.

الخطوات المباشرة التالية

يُعتبر هذا التقرير دعوةً إلى تحسين رعاية مرحلة الاحتضار المقدمة لجميع المرضى التي يحتاجونها حول العالم. إن تخفيف المعاناة غير الضرورية يُعدّ هدفاً قابلاً للتحقيق ولكن بشرط اتخاذ الإجراءات اللازمة. يُقدّم هذا التقرير خمس توصيات كخريطة طريق لتحسين رعاية مرحلة الاحتضار بشكل كبير. وتحتوي كل فئة على تعليماتٍ معينة لزيادة الأثر المحتمل.

التوصيات:

الخطوة ١: تحويل رعاية المرضى في مرحلة الاحتضار إلى أولوية للجميع

- وضع استراتيجية وطنية لرعاية المرضى في مرحلة الاحتضار.
- اعتبار الرعاية التلطيفية ورعاية مرحلة الاحتضار جزءاً من الرعاية الصحية لجميع الأمراض.
- مراقبة نطاق الرعاية التلطيفية ورعاية مرحلة الاحتضار والحاجة إليها محلياً.
- توقيع ميثاق براغ والإقرار بأن الوصول إلى الرعاية التلطيفية ورعاية مرحلة الاحتضار حق من حقوق الإنسان.
- إطلاق مبادرة وطنية باستخدام أدوات الاتصال عبر الإنترنت والحملات المبتكرة: لتشجيع الناس على التواصل وتعلم المزيد بشأن الوفاة ومرحلة الاحتضار.
- تشجيع استعمال توجيهات الرعاية المسبقة، بحيث يتمكن المرضى من تحديد رغباتهم وتطلعاتهم مسبقاً حول نهاية حياتهم، بدلاً من تطبيقها تحت الضغط أثناء الأزمة.

الخطوة ٢: تخفيف المعاناة غير المبررة

- اعتماد قائمة منظمة الصحة العالمية للأدوية الأساسية، وإلغاء الأنظمة التقييدية المتشددة التي تحظر استخدام مركبات الأفيون في الرعاية التلطيفية ورعاية مرحلة الاحتضار.
- ضمان توافر الأدوية الأساسية في المخازن الطبية المركزية على المستوى الوطني، وترخيصها بالشكل المناسب، وتوزيعها بصورة فعالة عبر قنوات التوزيع العاملة حيثما أمكن ذلك.
- ضمان الاستخدام الأمثل لمركبات الأفيون والأدوية الأساسية الأخرى.

الخطوة ٣: تحسين المعرفة واستخدام البيانات في تحفيز الابتكار

- الاستثمار في البحوث، والتطوير في الرعاية التلطيفية ورعاية مرحلة الاحتضار.
- تأسيس شراكات بين المنظمات الوطنية والإقليمية والدولية العاملة في مجال الرعاية التلطيفية، للقيام بالأبحاث وإصدار تقارير عالية الجودة.
- الاستفادة من المعرفة المكتسبة من نتائج الأبحاث لتخفيض التكلفة وتحسين الرعاية.
- التشارك مع المعالجين التقليديين لتحسين رعاية المرضى في مرحلة الاحتضار، في الأماكن التي لا يُعتمد فيها كلياً الطب الغربي.

الخطوة ٤: زيادة الموارد

- إشراك المجتمع المحلي في رعاية المرضى في مرحلة الاحتضار.
- استخدام الاستطباب عن بعد والابتكارات التكنولوجية لتحسين الوصول إلى خدمات رعاية المرضى في مرحلة الاحتضار، لا سيما في المناطق الريفية والنائية.
- تمكين المرضى من خلال تحسين الوصول إلى معرفة خيارات الرعاية في مرحلة الاحتضار وتوافرها.

الخطوة ٥: تحسين المهارات

- إدراج التدريب على الرعاية التلطيفية ورعاية مرحلة الاحتضار في جميع برامج اختصاصي الرعاية الصحية، سواء الجامعية أو ما بعدها.
- إدراج دعم المواطنة في برامج التدريب على الرعاية التلطيفية ورعاية مرحلة الاحتضار.
- المشاركة في التعلم العالمي لتمكين جميع البلدان من بناء خدمات الرعاية التلطيفية ورعاية مرحلة الاحتضار.
- الوصول إلى مقررات التعليم الإلكتروني أو تطويرها للعاملين والمتطوعين.

الرعاية في مرحلة الاحتضار للجميع

الملاحق

الملحق ١: ميثاق براغ

نُشر ميثاق براغ في عام ٢٠١٣ في مؤتمر الرعاية التلطيفية للجمعية الأوروبية للرعاية التلطيفية بالتعاون مع الجمعية الدولية لدور رعاية مرحلة الاحتضار والرعاية التلطيفية، والتحالف الدولي للرعاية التلطيفية، ومنظمة هيومن رايتس ووتش.

الرعاية التلطيفية: حق من حقوق الإنسان

١. على الحكومات تطوير السياسات الصحيّة التي تعنى بحاجات المرضى الذين يعانون أمراضاً مزمنة أو أمراضاً قد تؤدي بحياتهم.
 - على الحكومات صياغة سياسات صحيّة شاملة توفر رعاية متكاملة للمرضى في مرحلة الاحتضار مع أشكال أخرى للخدمات الصحيّة.
 - على الحكومات التأكيد من تضمين قوانين دعم أقارب المرضى خلال الرعاية وبعد وفاة المرضى.
٢. على الحكومات ضمان وصول الأدوية الأساسية -بما فيها الأدوية الخاضعة للرقابة- إلى جميع محتاجيها.
 - على الحكومات تحديد وإزالة جميع العوائق المقيدة غير المبررة التي تعيق الوصول إلى الأدوية المراقبة بغرض الاستخدام الطبي المشروع.
 - على الحكومات ضمان وضع نظام ملائم لتقدير احتياجاتها لمثل هذه الأدوية؛ لضمان توافرها بدون عوائق.
 - على الحكومات ضمان إعداد أنظمة آمنة للتوزيع والإدارة؛ بحيث يتمكن المرضى من الحصول على الأدوية المخدرة، بغض النظر عن التشخيص ومكان المعالجة والموقع الجغرافي.
٣. على الحكومات ضمان تلقي العاملين في الرعاية الصحيّة تدريباً كافياً على الرعاية التلطيفية وإدارة الألم في الدرجة الجامعية الأولى والمراحل اللاحقة.
 - على الحكومات تبني التغييرات اللازمة في مناهج تدريب مقدّمي الرعاية الصحيّة (الطبيّة، التمريض، الصيدلة، الرعاية النفسية) في المرحلة الجامعية الأولى؛ لضمان تلقي جميع العاملين في الرعاية الصحيّة المعارف الأساسية حول الرعاية التلطيفية، والتأكد من أنهم قادرون على تقديمها للمرضى، بغض النظر عن موقعهم ضمن نظام الرعاية الصحيّة.
 - على الحكومات دعم تطوير وتنفيذ برامج دراسات عليا وبرامج اختصاصية في مجال الرعاية التلطيفية؛ بحيث يتلقى المرضى الذين يعانون من حالات معقدة رعاية مناسبة.
 - على الحكومات ضمان توفر دورات تعليمية مستمرة في مجال الرعاية التلطيفية للعاملين في الرعاية الصحيّة الحاليين.
٤. على الحكومات ضمان دمج الرعاية التلطيفية في أنظمة الرعاية الصحيّة في جميع المستويات.
 - على الحكومات إعداد وتطوير خطط لإنشاء وتنفيذ وحدات ومجموعات وبرامج رعاية تلطيفية وفقاً لمؤشرات المرض والوفاة، وبيانات توزيع السكان.

الملحق ٢: إعلان البندقية (٢٠٠٦)

يجب العمل والتعاون بهدف:

١. تحديد ووضع وتنفيذ استراتيجيات فعّالة لتحسين أبحاث الرعاية التلطيفية في الدول النامية.
٢. تحديد أولويات أبحاث الرعاية التلطيفية في الدول النامية وفقاً لاحتياجات مجموعات سكانية معينة، ومراعاة الظروف الاجتماعية والاقتصادية والثقافية.
٣. تحديد الممولين والمساعدة في إدارة الموارد لدعم أبحاث الرعاية التلطيفية في الدول النامية.

التوصيات:

١. إنشاء خدمات رعاية تلطيفية تتضمن تركيزاً على الأبحاث والتعليم.
٢. التركيز على أبحاث الرعاية التلطيفية التي تراعي احتياجات المرضى وأسرهم، وتراعي الأبعاد الجسدية والنفسية والاجتماعية والروحية للمعاناة، وتستفيد من الأساليب متعددة الاختصاصات.
٣. قيام كل منظمة تمثل دولة أو منطقة بإعداد برنامج أبحاث للرعاية التلطيفية يساهم في وضع استراتيجية عالمية للأبحاث. ويجب على من سبق وقام بذلك التعاون مع المجموعات الإقليمية والمحلية لتشجيع إعداد هذه الاستراتيجيات.
٤. التركيز ضمن برامج الأبحاث الوطنية على المشكلات والاحتياجات السائدة للمرضى والأسر، وعلى المجالات التي يمكن من خلالها تحقيق آثار مستدامة للرعاية التلطيفية.
٥. الاعتراف ضمن استراتيجيات الأبحاث المحلية بالأولويات المختلفة في الأمراض التي تتطلب رعاية تلطيفية، والتوعية بمختلف آثار كيفية تطوير الرعاية التلطيفية.
٦. إعداد تقييمات لفعالية تكاليف وتقييمات اقتصادية في الدول الفقيرة بالموارد لوضع أساس يستند إلى الأدلة لممارسات صنع السياسات والممارسات السريرية.
٧. تضمين البرنامج العالمي للأبحاث مشكلات فنية وأخلاقية معينة تتعلق بطرائق البحث، والترويج لقيمة ومدى ملاءمة كلتا الطريقتين النوعية والكمية، والجمع بينهما عندما يكون ذلك ملائماً.
٨. إعداد أدوات لتقييم وإجراء أبحاث تستند إلى أدلة تعطي معلومات ذات صلة وقابلة للتطبيق عن فعالية التدخلات العلاجية للرعاية التلطيفية في الدول ذات الموارد المحدودة.
٩. قيام الحكومات وصانعي السياسات والمشرعين في الدول النامية بتبني الإجراءات اللازمة لإجراء ودعم أبحاث الرعاية التلطيفية.
١٠. التزام الأفراد والمؤسسات والمنظمات بمنح التفويض لإجراء الأبحاث في الدول النامية؛ لمساعدتها على تحديد وتأسيس مراقبة ومعايير ملائمة لجودة برامج وبروتوكولات ومبادرات الأبحاث.
١١. التزام الجامعات والمشافي الأكاديمية التي تقوم بتدريب ودعم الأغلبية العظمى من الباحثين في العالم بتأسيس هيكليات أكاديمية لاستضافة أبحاث الرعاية التلطيفية والترويج لها.
١٢. التزام الوكالات المانحة بضمان تخصيص نسبة عادلة من التمويل لخدمات الرعاية التلطيفية في الدول النامية لدعم الأبحاث في هذا المجال بهدف ضمان استدامته على المدى الطويل.

الملحق ٣: قائمة منظمة الصحة العالمية النموذجية للأدوية الضرورية لتخفيف الألم والرعاية التلطيفية

الفئة		
١ الأدوية المضادة للالتهابات غير المخدرة وغير المنشطة	٢ المخدّرة	٣ أدوية للأعراض الشائعة الأخرى للرعاية التلطيفية
الأدوية		
حمض الصفصافيك إيبوبروفين باراسيتامول	كوديين مورفين	يبوبروفين، ديكساميثازون، ديازيبام، دوکوسات الصوديوم، فلوكسيتين، هالوبيريدول، هيسينبوتيلبرومايد، هيسيننهيدروبرومايد، لاكتولوز، لوبيراميد، ميتوكلوبراميد، ميدازولام، ميتوكلوبراميد، سينا

شكر وتقدير

أعضاء منتدى رعاية المرضى في مرحلة الاحتضار

- **الدكتورة زيبورا علي**، المنسق الوطني لجمعية رعاية أصحاب الأمراض المزمنة والرعاية التلطيفية بكينيا
- **البروفيسور رفعت أتون**، أستاذ إدارة الصحة الدولية في كلية الأعمال وكلية الطب، إمبريال كوليدج لندن .
- **جيمس كليري**، أستاذ مشارك طبيب الرعاية التلطيفية ، قسم الطب، ومدير فريق دراسات الألم والسياسة، مدير برنامج الرعاية التلطيفية، جامعة ويسكونسن مركز كاربوني السرطان؛ UWSMPH مجلس أمناء الرعاية التلطيفية العالمية
- **الدكتورة جين كولينز**، المدير التنفيذي لمركز ماري كوري لرعاية مرضى السرطان.
- **ستيفن كونور** ، زميل أول، تحالف الرعاية التلطيفية في دول العالم ، استشاري العناية التلطيفية
- **ليليانا دي ليما**، المدير التنفيذي للجمعية الدولية لرعاية أصحاب الأمراض المزمنة والرعاية التلطيفية هيوستن
- **الدكتورة كاثلين فوللي**، طبيب الأمراض العصبية المعالج، خدمات تخفيف الألم والرعاية التلطيفية، مركز سلوان كيترينج التذكاري للسرطان، نيويورك
- **البروفيسورة جينثيا جو**، استشاري أول ورئيس قسم الطب التلطيفي، المركز الوطني للسرطان، سنغافورة ، رئيس، شبكة الرعاية التلطيفية الرئيس المشارك وآسيا والمحيط الهادئ مساعد رئيس تحالف الرعاية التلطيفية في جميع أنحاء الرعاية .
- **الدكتورة ليز جرانت**، نائب مدير أكاديمية الصحة العالمية، جامعة أدنبرة
- **الدكتور ريتشارد سميث**، محرر سابق في جريدة بي إم جيه الطبية، مدير مبادرة يونيتد هيلث للأمراض المزمنة
- **ايرين هيغينسون**، مدير معهد Cicely سوندرز، كينجز كوليدج بلندن
- **توماس هيوز هاليت**، رئيس التنفيذي، معهد الابتكار في مجال الصحة العالمية، إمبريال كوليدج لندن
- **الدكتور أليكس جاداد**، الكرسي البحثي الكندي في مبادرة eHealth، جامعة تورنتو
- **البروفيسورة فيليشيا ماري كناول**، أستاذ مشارك بكلية الطب في جامعة هارفارد، ومدير مبادرة هارفارد للعدالة العالمية، خبير اقتصادي أول، مؤسسة الصحة المكسيكية؛ الرئيس المؤسس لـ Tómatelo a Pecho
- **الدكتور سوريش كومار**، مدير معهد الطب التلطيفي، كيرالاطبيب الكبد، ومشروع PROLIFICA، وحدة غامبيا، الطبية
- **الدكتور إيمانويل لوبريكا**، المدير التنفيذي، الجمعية الإفريقية للرعاية التلطيفية، التحالف العالمي للرعاية التلطيفية
- **السيدة باربرا مونرو**، المدير التنفيذي لمجموعة سانت كريستوفر
- **البروفيسور سكوت موراي**، رئيس الرعاية التلطيفية الابتدائية في جامعة أدنبرة
- **الدكتورة فيث موانجي باول**، مسؤول البرامج الأول، المبادرة الدولية للرعاية التلطيفية، مؤسسات المجتمع المفتوح
- **شيرلين اوه نائب الرئيس**، مختبر الصحة المستدامة، جلاكسو سميث كلاين
- **البروفيسور لوкас رادبروخ**، رئيس قسم الطب التلطيفي، جامعة بون

- **الدكتور م. ر. راجاجوبال**، المستشار الدائم للجمعية الدولية لرعاية أصحاب الأمراض المزمنة والرعاية التلطيفية
- **الدكتورة جوليا رايلي**، رئيس قسم الطب التلطيفي، صندوق رويال مارسدن وصندوق رويال برومبتن التابعان لهيئة الخدمات الصحية الوطنية.
- **جوليا صمويل**، معالج نفسي للأطفال، سانت ماري بادينجتون ، الرعاية الصحية امبريال كوليدج أرموند
- **الدكتور ريتشارد سميث**، محرر سابق في جريدة بي إم جيه الطبية، مدير مبادرة يوناييتد هيلث للأمراض المزمنة
- **مارك ستيدمان**، مدير برنامج الصحة العالمية، ومعهد الصحة العالمية
- **كارين تايلور**، مدير البحوث، مركز ديلويت لحلول الصحة في المملكة المتحدة
- **الدكتور بي وي**، استشاري/ محاضر أول في الطب التلطيفي، مايكل سوبل هاوس، مستشفيات جامعة أكسفورد صندوق هيئة الخدمات الصحية الوطنية
- **الدكتور بول زولينجر ريد**، رئيس إدارة الخدمات الطبية، بوبا

نقدم شكر خاص لنيكوليت ديفيز، ويل اربورتون وسارة هندرسون لمساعدتهم وتوجيههم في إعداد هذا التقرير

1. *Worldwide Palliative Care Alliance*, www.thewpca.org/ (2013).
2. *National Council for Palliative Care*, www.ncpc.org.uk/ (2006).
3. *National Institutes of Health State-of-the-Science Conference Statement on Improving End-of-Life Care*, www.consensus.nih.gov/2004/2004EndofLifeCareSOS024html.htm (2004).
4. Care provided by generalists at the end of life: scoping exercise on research priorities. (2007).
5. Organization, W. H. (2013).
6. Organization, W. H. *Palliative Care: The Solid Facts*. (2004).
7. *World Health Organization*, www.who.int/en/ (2013).
8. Gwyther, L., Brennan, F. & Harding, R. Advancing palliative care as a human right. *Journal of pain and symptom management* p38, 767-774, doi:10.1016/j.jpainsymman.2009.03.003 (2009).
9. Boyd, K. & Murray, S. A. Recognising and managing key transitions in end of life care (vol 341, pg c4863, 2010). *Brit Med J* p341, doi:ARTN c5897 DOI 10.1136/bmj.c5897 (2010).
10. Wasson, K. Ethical arguments for providing palliative care to non-cancer patients. *International journal of palliative nursing* p6, 66-70 (2000).
11. Luddington, L., Cox, S., Higginson, I. & Livesley, B. The need for palliative care for patients with non-cancer diseases: a review of the evidence. *International journal of palliative nursing* p7, 221-226 (2001).
12. Currow, D. C., Agar, M., Sanderson, C. & Abernethy, A. P. Populations who die without specialist palliative care: does lower uptake equate with unmet need? *Palliative medicine* p22, 43-50, doi:10.1177/0269216307085182 (2008).
13. Cantin, B., Rothuisen, L. E., Buclin, T., Pereira, J. & Mazzocato, C. Referrals of cancer versus non-cancer patients to a palliative care consult team: do they differ? *Journal of palliative care* p25, 92-99 (2009).
14. Andrews, N. & Seymour, J. Factors influencing the referral of non-cancer patients to community specialist palliative care nurses. *International journal of palliative nursing* p17, 35-41 (2011).
15. Schofield, P., Carey, M., Love, A., Nehill, C. & Wein, S. 'Would you like to talk about your future treatment options'? Discussing the transition from curative cancer treatment to palliative care. *Palliative medicine* p20, 397-406 (2006).
16. Fitzsimons, D. *et al.* The challenge of patients' unmet palliative care needs in the final stages of chronic illness. *Palliative medicine* p21, 313-322, doi:10.1177/0269216307077711 (2007).
17. Carlucci, A., Guerrieri, A. & Nava, S. Palliative care in COPD patients: is it only an end-of-life issue? *European respiratory review : an official journal of the European Respiratory Society* p21, 347-354, doi:10.1183/09059180.00001512 (2012).
18. Wright, M., Wood, J., Lynch, T. & Clark, D. Mapping levels of palliative care development: a global view. *Journal of pain and symptom management* p35, 469-485, doi:10.1016/j.jpainsymman.2007.06.006 (2008).
19. Johnston, D. L. *et al.* Availability and use of palliative care and end-of-life services for pediatric oncology patients. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology* p26, 4646-4650, doi:10.1200/JCO.2008.16.1562 (2008).
20. Hui, D. *et al.* Availability and integration of palliative care at US cancer centers. *JAMA : the journal of the American Medical Association* p303, 1054-1061, doi:10.1001/jama.2010.258 (2010).
21. Lynch, T., Connor, S. & Clark, D. Mapping levels of palliative care development: a global update. *Journal of pain and symptom management* p45, 1094-1106, doi:10.1016/j.jpainsymman.2012.05.011 (2013).

22. Hughes-Hallett, T. C., A. and Davies, C. Funding the right care and support for everyone: creating a fair and transparent funding system; the final report of the palliative care funding review. (2011).
23. Brennan, F. Palliative care as an international human right. *Journal of pain and symptom management* p33, 494-499, doi:10.1016/j.jpainsymman.2007.02.022 (2007).
24. Radbruch, L., Payne, S., de Lima, L. & Lohmann, D. The Lisbon Challenge: acknowledging palliative care as a human right. *Journal of palliative medicine* p16, 301-304, doi:10.1089/jpm.2012.0394 (2013).
25. van der Steen, J. T. *et al.* White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: A Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care. *Palliative medicine*, doi:10.1177/0269216313493685 (2013).
26. Radbruch, L. a. P., S. White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. *Eur J Pal Care* p16, 278-289 (2009).
27. Radbruch, L. a. P., S. White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. *Eur J Pal Care* p17, 22-33 (2009).
28. Bausewein, C., Daveson, B., Benalia, H., Simon, ST, and Higginson, IJ. Outcome measurement in palliative care - the essentials. (European Association for Palliative Care, 2011).
29. Seymour, J. E., French, J. & Richardson, E. Dying matters: let's talk about it. *Bmj* p341, c4860, doi:10.1136/bmj.c4860 (2010).
30. Delamothe, T., Knapton, M. & Richardson, E. We're all going to die. Deal with it. *Bmj* p341, c5028, doi:10.1136/bmj.c5028 (2010).
31. Barclay, S. & Maher, J. Having the difficult conversations about the end of life. *Bmj* p341, c4862, doi:10.1136/bmj.c4862 (2010).
32. Messinger-Rapport, B. J., Baum, E. E. & Smith, M. L. Advance care planning: Beyond the living will. *Cleveland Clinic journal of medicine* p76, 276-285, doi:10.3949/ccjm.76a.07002 (2009).
33. Volker, D. L., Divin-Cosgrove, C. & Harrison, T. Advance directives, control, and quality of life for persons with disabilities. *Journal of palliative medicine* p16, 971-974, doi:10.1089/jpm.2013.0008 (2013).
34. Halpern, S. D. Shaping end-of-life care: behavioral economics and advance directives. *Seminars in respiratory and critical care medicine* p33, 393-400, doi:10.1055/s-0032-1322403 (2012).
35. Board, I. N. C. <<http://www.incb.org/>> (2013).
36. Harding, R. *et al.* Availability of essential drugs for managing HIV-related pain and symptoms within 120 PEPFAR-funded health facilities in East Africa: A cross-sectional survey with onsite verification. *Palliative medicine*, doi:10.1177/0269216313498637 (2013).
37. Logie, D. E. & Harding, R. An evaluation of a morphine public health programme for cancer and AIDS pain relief in Sub-Saharan Africa. *BMC public health* p5, doi:Artn 82 Doi 10.1186/1471-2458-5-82 (2005).
38. Watch, H. R. Uncontrolled Pain: Ukraine's obligation to ensure evidence-based palliative care., (2011).
39. Ventafridda, V., Tamburini, M., Caraceni, A., De Conno, F. & Naldi, F. A validation study of the WHO method for cancer pain relief. *Cancer* p59, 850-856 (1987).
40. Zenz, M., Zenz, T., Tryba, M. & Strumpf, M. Severe undertreatment of cancer pain: a 3-year survey of the German situation. *Journal of pain and symptom management* p10, 187-191, doi:10.1016/0885-3924(94)00122-2 (1995).
41. Zernikow, B. *et al.* Paediatric cancer pain management using the WHO analgesic ladder- results of a prospective analysis from 2265 treatment days during a quality improvement study. *European journal of pain* p10, 587-595, doi:10.1016/j.ejpain.2005.09.002 (2006).

42. Research, A. f. H. C. P. a. Management of Cancer Pain. (Agency for Health Care Policy and Research, Rockville, MD, 1994).
43. Chou, R. *et al.* Clinical guidelines for the use of chronic opioid therapy in chronic noncancer pain. *The journal of pain : official journal of the American Pain Society* p10, 113-130, doi:10.1016/j.jpain.2008.10.008 (2009).
44. Knaul, F. *Global Task Force on Expanded Access to Cancer Care and Control*, www.gtfccc.harvard.edu/icb/icb.do (2013).
45. *Treat the Pain*, www.treatthepain.org/nigeria.html (2013).
46. Luce, J. M. & Rubenfeld, G. D. Can health care costs be reduced by limiting intensive care at the end of life? *American journal of respiratory and critical care medicine* p165, 750-754, doi:10.1164/ajrccm.165.6.2109045 (2002).
47. Neuberger, G. W. The cost of end-of-life care: a new efficiency measure falls short of AHA/ACC standards. *Circulation. Cardiovascular quality and outcomes* 2, 127-133, doi:10.1161/CIRCOUTCOMES.108.829960 (2009).
48. Murray, S. A., Grant, E., Grant, A. & Kendall, M. Dying from cancer in developed and developing countries: lessons from two qualitative interview studies of patients and their carers. *Bmj* p326, 368 (2003).
49. Office, N. A. End of life care. (2008).
50. Care, M. C. C. Understanding the cost of end of life care in different settings. (2012).
51. Gomes, B. & Higginson, I. J. Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: systematic review. *Bmj* p326, 515-521, doi:10.1136/bmj.38740.614954.55 (2006).
52. Coupland, V. H., Madden, P., Jack, R. H., Moller, H. & Davies, E. A. Does place of death from cancer vary between ethnic groups in South East England? *Palliative medicine* p25, 314-322, doi:10.1177/0269216310395986 (2011).
53. Grant, L., Brown, J., Leng, M., Bettega, N. & Murray, S. A. Palliative care making a difference in rural Uganda, Kenya and Malawi: three rapid evaluation field studies. *BMC palliative care* p10, 8, doi:10.1186/1472-684X-10-8 (2011).
54. Economist, T. The quality of death: ranking end-of-life care across the world. (2010).
55. Palleri, A. a. M., N. The evolution of palliative care in North Kerala. *Indian Journal of Palliative Care* p11, 15-18, doi:10.4103/0973-1075.16639 (2005).
56. Watch, H. R. Unbearable Pain: India's Obligation to Ensure Palliative Care. (2009).
57. Nations, U. *World Urbanization Prospects: The 2011 Revision*, <<http://esa.un.org/unup/CD-ROM/Urban-Rural-Population.htm>> (2012).
58. Organization, W. H. World Health Organization: Telemedicine: Opportunities and developments in member states; report on the second global survey on eHealth. (2013).
59. Pulsford, D., Jackson, G., O'Brien, T., Yates, S. & Duxbury, J. Classroom-based and distance learning education and training courses in end-of-life care for health and social care staff: a systematic review. *Palliative medicine* p27, 221-235, doi:10.1177/0269216311429496 (2013).
60. Glauser, W. Seniors overmedicalized, experts say. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne* p183, E701-702, doi:10.1503/cmaj.109-3886 (2011).
61. Enkin, M., Jadad, A. R. & Smith, R. Death can be our friend. *Bmj* p343, d8008, doi:10.1136/bmj.d8008 (2011).

ملاحظات

ملاحظات

الشركاء الأكاديميون لمؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية "ويش"

BILL & MELINDA
GATES foundation

BROOKINGS

Carnegie
Mellon
University
Qatar



HealthAffairs

HEC
PARIS
جامعة الدراسات العليا للإدارة
IN QATAR

Imperial College
London
Institute of
Global Health Innovation



THE LANCET



SUPPORTED BY
MAYOR OF LONDON



MIT Media Lab



