

اكتوبر 2007

مجلة الهيئة النقابية لأطباء المملكة المتحدة وإيرلندا

Sudan Doctors Union (UK & Ireland)



في مؤتمر الخدمات الصحية بمدينة لستر نوفمبر 2006

د. مامون محمد حسين :

”جموع الأطباء بتوحدهم وجسارتهم قادرون على انجاز
ما نذروا انفسهم لتحقيقه ، ألا وهو استرجاع نقابة الأطباء”



في الذكرى 21 لتأسيس الهيئة النقابية وصدور مجلة الحكمة

د. الخاتم الياس أول نقيب للأطباء :

”نحن أحوج ما نكون لتضافر الجهود تحت مظلة نقابة الأطباء”



د. احمد قاسم النقيب السابق ل 17 عاماً

يسترجع خواطره حول مجلة الحكمة



تنويه

يلاحظ الزميلات والزملاء اختفاء باب الإجتماعيات من المجلة .. وقد تداولت أسرة التحرير طويلاً حول هذا الأمر .. واستقر الرأي على أن حركة المجتمع أسرع بكثير مما يمكن أن يحتويه مجلة فصلية .. وإن المكان المناسب لها هو موقع النقابة في الانترنت .. والذي يمكن إضافة ما قد يطرأ في باب الإجتماعيات بصورة دائمة تكاد أن تكون يومية .. ويمكن للزميلات والزملاء مراجعة موقعنا على شبكة الانترنت ..

في هذا العدد

- 4 خواطر .. حول مجلة الحكمة
- 7 أوراق منسية من المفكرة
- 9 النقابة والجمعيات التخصصية
- 11 أضواء علي ورش العمل الصحي
- 14 حالة طارئة
- 15 الطب والإعلام
- 16 أساليب الحياة الصحية
- 18 نزار قباني شاعر المرأة ينتصر لها من وراء قبره
- 20 أيام في بريطانيا
- 22 كاريكاتير
- 24 إلى وكيل وزارة الصحة الاتحادية..
- 25 وزارة الصحة مابين أحمد وحاج أحمد
- 27 الأطباء في السودان: عزيز قوم ذل !
- 29 رفقا بالإنسان
- 30 المايسترو .. الدكتور إبراهيم مصطفى
- 33 Renal Service Delivery
- 37 Quality issues in medical education
- 40 The Story of Our Nation's Health
- 43 REFORMING MEDICAL CAREER IN SUDAN



الحكمة

مجلة الهيئة النقابية لأطباء المملكة المتحدة وايرلندا
أكتوبر 2007

• هيئة التحرير •

- د . أحمد عباس
- د . علي زايد
- د . حسن أبو زيد
- د . أحمد حاج حمد
- د . هدى بابكر النور
- د . نهله عبد المنعم
- د . ابراهيم عبد الرحمن حسن

العنوان البريدي

Sudan Doctors Union (UK & Ireland)
61 Durrell Drive, Rugby,
CV22 7GW

www.sudandoctors.org.uk



كلمة العدد

الزميلات
الزملاء

تحية طبية

يصدر هذا العدد وشعبنا يحتفل بالذكرى الثالثة والأربعين لثورة أكتوبر المجيدة والتي وقف فيها الشعب الأعزل من السلاح في وجه الحكم العسكري الاستبدادي الأول وكرر الشعب نفس الهبة في ابريل 1985. ولا شك أن شعباً هذا ديدنه وعشقه للحرية والديمقراطية لسوف يثور مرات ومرات ضد شمولية النظام وحكم الطغمة ومهما طال الليل لابد للفجر أن يبيغ وللقيـد أن ينكسر. فهبى هبى رياح أكتوبر.

ينزامن صدور العدد أيضاً مع الذكرى الحادية والعشرون على قيام نقابة الأطباء بالمملكة المتحدة وأيرلندا وصدور أول عدد من مجلة الحكمة واحتفاءً بهذه المناسبة تجدون في هذا العدد عدة مقالات يعالج كتابها كل على حدة المحاولات المتكررة والمبكرة وجل الجهود التي قادت إلى قيام المؤتمر التأسيسي الأول للنقابة وذكريات تلكم الأيام ونبرز أيضاً صورة للعدد الأول من الحكمة وبعض الصور الجماعية لانعقاد المؤتمر التأسيسي للنقابة.

الزميلات والزملاء

قامت النقابة بنشاط وافر في الفترة الماضية فمن مؤتمر برمنجهام الى مؤتمر ليستر الى مؤتمر دبلن وكلها نشاطات حالت ظروف نشر الحكمة من ان تغطيها كلها صحفياً ولكننا سوف نغطيها تغطية كاملة حال توفر شروط النشر. وتجدون في العدد أيضاً تغطية لمؤتمر لستر قدمها صحافيان بارزان في صحفنا القومية وقد حضرا مؤتمر لستر وعادا للسودان وعكسا ما رأياه في الصحف هناك وتعميماً للفائدة ولمن لم تتسنى لهم ظروف العمل بقراءة هذه المقالات فاننا نعيد نشرها هنا ونقدم الشكر أجزله لكاتبها الدكتور مرتضى الغالى والدكتور زهير السراج.

الزميلات والزملاء

مواصلة للجهود التي تمت خلال الدورة الماضية لتأسيس فرع النقابة بجمهورية أيرلندا وبمبادرة من بعض الزملاء تم عقد اجتماع الربيع بمدينة لندن. وقد تم التحضير له بصورة جيدة وحظى أيضاً بحضور مقدر. تم في ذلك الاجتماع مناقشة دور النقابة بالمملكة المتحدة ومساعدتها الدؤوبة لتجميع الاطباء واسفر الاجتماع عن تكوين لجنة تمهيدية مهمتها حصر وتجميع الاطباء والتحضير لجمعية عمومية بأيرلندا. تم في ذلك الاجتماع أيضاً مناقشة ورش العمل التي انعقدت في اجتماع ليستر.

نبرز في هذا العدد بعضاً من الأوراق العلمية التي تم تداولها في المؤتمرات السابقة ونعتذر -لظروف النشر- لمن لم ترد أوراقهم واعدن بأن ننشرها في أعدادنا القادمة.

الزميلات والزملاء

لا نود الإطالة عليكم في هذه الكلمة ولكن قبل أن ندعوكم لتصفح الحكمة لابد من الإشادة هنا بكل من ساعدنا في هذه الإصدار. نشكر الزملاء من خارج المجال الطبي والأطباء الذين جعلوا صحة الإنسان السوداني همهم الشاغل فكتبوا عن المشاكل الصحية وبالذات التي تخص احوال الصحة والأطباء في السودان ونشيد هنا بجهود كل من الأخوة يسن حسن بشير وبروفسير محمد عثمان عبد المالك ودكتور سيد قنات، ودكتور عزان سعيد وأيضاً نقدم الشكر لالأخ شوقي بدرى. ونرجو منهم المداومة على الكتابة.

نقدم شكرنا الواجب للمهندس المعماري طارق مصطفى محمد على وهو ناشط في مجالات حقوق الإنسان وهو عضو في منظمة سالمة لمصادر ودراسات المرأة والذي خصنا برسوماته الكاريكاتيرية في هذا العدد وهي حصر على الحكمة. ونسجى له كل الشكر ونتمنى عليه دوام المساهمة ولكم الشكر والى صفحات العدد.

احمد عباس

خواطر .. حول مجلة الحكمة



د. احمد قاسم

خابرنى قبل أيام اخوانى واصدقائى الدكتور على زايد والدكتور حسن أبوزيد طالبين منى أن أسطر كلمات وخواطر قلائل للحكمة فى عددها المقبل .. وهى تحتفل بعيد ميلادها الحادى والعشرين ..

قلت نعم .. واجبى

لقد عشت مع "الحكمة" وعاشت معى أكثر من خمسة عشر عاماً .. واسمحوا لى أن اعترف بأنى كنت أحبها بكل جوارحى ..

كانت لى النور .. أسهرتنى الليالى .. أقلقتنى وكانت لى النار!

وأخاف اليوم أن أكون قد نسيت الكتابة! فالمعذرة:

تتراكم أمامى أشياء كثيرة .. أوراق مبعثرة .. ذكريات وملاحظات ووقائع ويتوقف القلم محتاراً!!

أين البداية؟؟ المكان دار السودان Rutland Gate ..

لندن ونهار يوم سبت فى أبريل عام 1985 .. أول

اجتماع للهيئة النقابية للأطباء السودانين بالمملكة

المتحدة .. كان ذلك عام الانتفاضة فقد شاركت نقابة

أطباء السودان وجموع الأطباء مع الهيئات النقابية

والجماهير فى السودان فى تفجير الانتفاضة

العظيمة وكان الحماس وكان التطلع وكان ذلك الوقع

الأكبر لتجمع الأطباء بالمملكة المتحدة لتكوين الهيئة

النقابية ..

وفى 30 نوفمبر 1985 .. وفى لندن وبحضور الأخ طارق

اسماعيل حميدة عضو اللجنة المركزية لنقابة أطباء السودان آنذاك

تمت المناقشات والمداولات .. وأعلن تكوين الهيئة النقابية للأطباء

السودانيين بالمملكة المتحدة وأيرلندا ..

وتم انتخاب الدكتور الخاتم الياس محمد .. نقيباً للأطباء السودانين بالمملكة المتحدة متراًساً لجنة إدارية تضم الدكتور محمد

عبد العال حمور .. والدكتور مهدى مالك ابراهيم والدكتور هاشم بيومى والدكتور ماجد عبد الحليم والدكتور عمر صديق

والدكتور عمر عباس والدكتور يس القدال والدكتور سامر سليمان وشخصى الضعيف ..

كانت اجتماعات اللجان ولقاءاتنا كثيرة .. فهى مرحلة التأسيس .. وتشغل صدورنا هموم الطبيب السودانى فى الغربية ..

والاطروحات المتشابكة والمعقدة .. وكان لنا لقاء فى دار الأخ الدكتور مهدى مالك ابراهيم السكرتير العام للهيئة .. وفى شقيقته

المتواضعة فى Abbey Road ضاحية St Johns Wood بلندن .. وليس بعيداً عن Abbey Road Studios أشهر

استديوهات التسجيل والذى اكتسب شهرته بعد ظهور فرقة البيتلز!!

كان النقاش والحوار عن النشرة الدورية التى قررنا اصدارها وفى الذاكرة مجلة "الحكيم" التى كانت تصدرها "رابطة طلاب

الطب" بكلية الطب جامعة الخرطوم والتى أشرف على تحريرها لفترة من الزمن أخى وصديقى د. التجانى ابوقصيصة ..





الاجتماع التأسيسي لقيام الهيئة. د. طارق اسماعيل (مندوب المركزية) على المنصة وعلى يساره د. الخاتم الياس وعلى يمينه د. محبوب كرار وعلى أقصى اليمين د. ماجد عبد الحليم محمد

وقد صادف اختيار اسم "الحكمة" قبولاً وارتياحاً عاماً.. وفي اجتماع اللجنة الإدارية في الفاتح من مارس 1986 تمت الموافقة على أن تكون الحكمة بمثابة النشرة الرسمية.. على أن يتم إصدارها كل ثلاثة شهور وأن يكون لها لجنة تحرير.. حاوية لأخبار الهيئة والنقابة.. وأن تكون الصلة بين اللجنة الإدارية والعضوية.. وفي نفس الشهر أي مارس 1986 صدر العدد الأول وأشرف عليها وحررها الدكتور مهدي مالك إبراهيم.. وزعت الحلوى وشربنا الشربات!

في العام نفسه غادر انجلترا د. الخاتم الياس ود. ماجد حليم للعمل بالمملكة العربية وسافر ايضاً د. عمر صديق وبعد اشهر قليلة بعدهم سافر د. مهدي مالك الى ابوظبي.. وأوكلت الى حمل الشعلة من بعدهم.. والحكمة في طفولتها نريد لها ان تقوى وتكبر.. وان تصل الى اكبر عدد من الاطباء.. قلة الموارد والطباعة..

وكان عام 1990 والحكمة في عامها الخامس.. وبلادنا ونقابة أطباء السودان تمر بأزمة تاريخية خطيرة.. اضراب الأطباء..

اعتقال الأطباء.. محاكمة الأطباء.. اغتيال الأطباء.. لم يكن لنا الا التماسك والتضامن واصبحت الحكمة هي صوت الأطباء السودانيين.. صوتاً قوياً مؤثراً..

الكتابة على صفحات الحكمة لم تكن سهلة ولكنها لم تكن مستحيلة.. كنت ساعات الانهماك في تجميع الاخبار والكتابة أعرف أن طيات القلب تضج فيها امواج ومشاعر وأحاسيس مليئة بأمال وتطلعات العديد من الأطباء.. وحمدت الله بأن هناك من يكتب.. وأود أن اسجل تقديري الكبير وعرفاني للعديد من الأطباء والذين كتبوا على صفحات الحكمة.. اتقدم لهم بكثير امتناني



أوراق منسية من المفكرة



دكتور الخاتم الياس محمد

اختصاصي طب المجتمع والأمراض الصدرية
السعودية - الطائف
النقيب السابق للأطباء السودانيين بالمملكة
المتحدة وإيرلندا

كان للأطباء السودانيون دوراً بارزاً ومحورياً في الحركة الوطنية والاجتماعية والثقافية منذ ثلاثينيات القرن الماضي إذ أنهم كانوا من أوائل المجموعات المهنية التي أتيحت لها الاحتكاك بالعالم الخارجي والتواصل معه والتفاعل مع المدارس الاجتماعية والثقافية والفكرية المختلفة. فبرز منهم في تلك الفترة د. إبراهيم أنيس الذي كان دوره أشبه بدور المثقفين الفرنسيين الذين مهدوا للثورة الفرنسية إذ أنه كان أول من نبه الي المدارس الفكرية الحديثة واستعرضها في حلقات النقاش دون أن ينحاز لأي منها وقد تم تعيين د. إبراهيم



أعضاء مجلس السيادة 1964 - 1965

أنيس أول سفير للسودان في واشنطن بعد الاستقلال، وبرز منهم د. عبد الحليم محمد الذي تفاعل مع المدرسة الغابية البريطانية والذي كان أحد مؤسسي جمعية الهاشميات الفكرية كما أنه تولى رئاسة تحرير جريدة الفجر لفترة بعد وفاة عرفات محمد عبد الله وقد أختير عضواً بمجلس السيادة بعد ثورة أكتوبر، وبرز منهم د. المبارك الفاضل شداد الذي انتظم في مسيرة العمل الوطني منذ تلك الفترة حتى تم اختياره بشبه اجماع رئيساً للجمعية التأسيسية بعد ثورة أكتوبر، وبرز منهم سادن المعرفة بروفسير التيجاني الماحي الذي كان يعيش

في محراب الفلسفة والفكر مع أبقراط وجالينوس وابن سينا وابن رشد ومع ديكنز وشكسبير ومع القرطبي والقلقشندي. كانت المعرفة عنده بحر ليس له ساحل وكانت الحكمة عنده هي إدراك أفضل المعلومات بأفضل العلوم (شئ عجيب) هكذا كان يقول!! هذا ما كان من أمر جيل الثلاثينيات. جهد مقدر ومسيرة ناصعة وسيرة عطرة تظل نبراساً يضيئ لنا الطريق وإراثاً ينبغي لنا أن نفخر ونعتز به.

أما في الأربعينات . وبعد تزايد عدد الأطباء السودانيين فقد تم تكوين أول إطار تنظيمي يجمع شملهم ويعني بترقية المهنة وحل مشاكلهم تحت مظلة الجمعية الطبية في العام 1948م والتي كانت النواة لنقابة الأطباء الحالية. وفي تلك المرحلة أضاف الأطباء السودانيون بعدا جديدا الي البعد المهني والفكري والثقافي تمثل في تقديم الدراسات والبحوث في المسائل الطبية المختلفة؛ فبرز في هذا المجال البروفيسير منصور علي حسيب ود. محمد حمد ساتي ومن بعدهم البروفيسير أحمد محمد الحسن والبروفيسير الشيخ محجوب والبروفيسير عوض عمرواخرين في الأجيال التي تلت .

وبعد أن تحقق الاستقلال وتحولت مدرسة كتشنر الطبية الي كلية الطب بجامعة الخرطوم تسلم القيادة والريادة جيل من أكثر أبناء السودان عطاءً في ارساء قواعد التعليم والتدريب الطبي الرصين وأخلاقيات المهنة الانسانية السامية بقيادة معلم الأجيال البروفيسير داوود مصطفى، ود. سليمان مضوى، ود. إبراهيم المغربي، والبروفيسير بخيت أحمد عمر، والبروفيسير حداد عمر كروم، والبروفيسير صديق أحمد أسماعيل، والبروفيسير عبد الرحمن موسي، والبروفيسير علي كمال، والبروفيسير محمد حسن الطيب، والبروفيسير علي فضل و د. أحمد عبد العزيز، و د. عابدين شرف، وآخرون من الأجيال التي تلت والذين تميزوا بمهنية عالية وعطاء ثر. ومنهم من اهتم بتقديم الخدمات في الريف وهم يجوبون الأصقاع النائية في طرق غير معبده وفي كثير من الأحيان علي ظهور الجمال مثل البروفيسير أنيس محمد علي الشامي ود. عباس حمد نصرود. زين العابدين ابراهيم وغيرهم من ذلك العقد الفريد الذي زين بابداعاته وأثري بتجلياته كل مناحي الحياة في السودان في تلك الفترة. اضافة الي ذلك كان عطاء الرائدات من أمثال د. خالده زاهر ود.سيدة الدرديري ود. أدلي شاشاتي اللائي أنرن الطريق لآخريات تبعهن فيما بعد

كل هذه الصور المشرقة استحضرتها أنا وصديقي د. محجوب كرار ود. أحمد قاسم ونحن نحضر جلسة انعقاد الجمعية العمومية لاتحاد الطلاب السودانيين بالمملكة المتحدة في العام 1984م ، إذ كان عدد الحضور من الأطباء لا يتعدى أصابع اليد الواحدة، وبدأ لنا التباين واضحا بين فترة الثمانينات حيث توارى أولئك الجنود من ساحات المعركة وترجل قادة العمل من علي صهوات جيادهم، فقد كان وضعنا محزنا لنا ودون الخوض في التفاصيل والمسببات رأينا انه من واجبا لم شمل الأطباء في بريطانيا تحت مظلة واحدة والمساهمة في تنمية عاطفة المشاركة لديهم من اجل ترقية المهنة، ويجاد الحلول لمشاكلهم المختلفة وربطهم اجتماعيا ومهنيا بعضهم البعض، ومن اجل دعم الخدمات الطبية بالسودان، وليبقي هذا العمل إمتدادا لما كان يقوم به ذلك النفر العظيم من أبناء المهنة في الحقب المختلفة، ومن هنا تم طرح الفكرة علي كثير من الزملاء فوجدت قبولا واسعا واستجابة فورية تكلت بالنجاح بعد اجتماع بمنزل العزابة في Brixton حيث حضر الاجتماع خمسون طبيبا من لندن و ما حولها وقام الأخوان د. نصر الدين إبراهيم ود. عوض الكريم عثمان ود. كمال شببيكة بواجب الضيافة، ومن هذا المنبر نزجي لهم التحية والتقدير. وقد تمخض ذلك الاجتماع عن الموافقة والتوصية بالاتصال بكافة الأطباء بالمملكة المتحدة من أجل حصرهم تمهيدا لعقد جمعية عمومية لأجل تكوين أول هيئة نقابية للأطباء السودانيين بالمملكة المتحدة وإيرلندا، وقد شارك في هذا العمل كل الأطباء كبارا مثل د. أيوب بيه ود.محمد عبد العال حمور ود.خالد حسن التوم ود.علي نور الجليل، وصغارا مثل د. عمر عباس ود. سامر سليمان و د. صلاح محمد عمر و د. ماريات ساتي و د. عفاف محمد مصطفى .

تمخض كل هذا الجهد في تكوين أول هيئة نقابية وانتخاب مكتبها التنفيذي وقد كان لي شرف رئاسة الهيئة النقابية لدورتين متتاليتين أرسيت خلالها أسس العمل النقابي والمهني الراشد وأنجزت كثيرا من الأهداف المعلنة ولم يكن ذلك ممكنا لولا وجود تلك التلة من أميز الأطباء وأرفعهم خلقا وأكثرهم تجردا وضعوا مصلحة المهنة ومصالح زملائهم فوق كل شئ، فكان هناك بجانبني في السكرتارية د. محجوب كرار بهدونه المعهود والذي كان يشكل صمام الأمان ضد الخشونة وساعات الأزمات، وكان في المالية د. أحمد قاسم والذي كان يمتلك قدرات مميزة في توفير المال وتديبر أوجه صرفه، وكان في السكرتارية الأكاديمية د. ماجد حليم وقد تميز بديناميكية عالية، وكان هناك ود البلد الفيلسوف د. عمر الصديق، وكان هناك الرباطابي المتمرد د. مهدي مالك، وكان هناك الثائر د. سامر سليمان، وكان هناك صاحب الحدودات د. عبد الرحمن محمد صالح ، وكان هناك صاحب العاطفة النبيلة والوجدان الطاغي د. هاشم بيومي، وكان هناك د.بسن القدال ود. عمر عباس، وفوق هذا وذاك كان هناك كنز المعرفة والثقافة د. محمد عبد العال حمور. ونذكر من ضمن أولئك رجل العلاقات العامة الصديق الراحل د. أمين النورعثمان أنزل الله علي قبره شابيب الرحمه. تكاملت كل تلك الصفات وانصهرت كل تلك القدرات في بوتقة متناغمة متناسقة ساعدت في إنجاز تلك الأهداف المعلنة وهي لم شمل الأطباء ودعم أواصرالتواصل وقد تم دعم الخدمات الطبية في السودان بحمولة اثنتا عشرة حاوية بالأجهزة والمعدات كما تم تكوين الجمعية الطبية البريطانية السودانية والتي منحت الهيئة عدد خمس وعشرين وظيفة في جميع التخصصات وعلي مستويات مختلفة استفاد منها عدد من الأطباء كما تم تكوين جمعية العون الطبي السوداني (Sudan Medical Aid)، وتكوين مجلس أمنائها، علاوة علي ذلك تم ارساء قواعد العمل النقابي المؤسسي الراشد .

فما أشبه اليوم بالبارحة إذ تراجعتم الهمة وتقدم المهم الخاص؛ فنحن أحوج ما نكون لتضافر الجهود تحت مظلة نقابة الأطباء إذ أن العمل الفردي يظل معزولا كما أن العمل المتشززم يظل مردوده ضعيفا في أحسن الحالات، وليس هناك من خيار متاح لنا غير العمل الجماعي المؤسسي إن كان لنا أن نواجه المشكلات الطبية التي تتمثل في خلل في فلسفة الرعاية الصحية الحالية، والتي تحتاج الي مراجعة، كما أن حجم الانفاق على الرعاية الصحية الحالي متدن مما يصعب معه تقديم الرعاية الصحية المناسبة، كما أننا نحتاج إلى مراجعة الكثير من السياسات والخطط وتجويدها.

ولكي نصل بالرعاية الصحية الي مستوى جيد، يجب رفع حجم الانفاق الصحي الي 3-5% من الناتج المحلي او الي 12-15% من الموازنة العامة كمرحلة اولي، على أن يتم زيادتها تدريجيا. ويصاحب هذا القصور تقصيرفي الأداء علي جميع المستويات وفي كل المناحي. وإن كان لنا أن نواجه هذا الوضع، والوضع المأساوي الذي بدأ يتعرض له الطبيب السوداني من حيث امكانيات التدريب والتخصص والتوظيف والذي سيبلغ ذروته في العام 2013م ، إذ أنه وحسب ما ورد في تقرير التنمية البشرية لوزارة الصحة للعام 2006 ، سيصبح هناك ستة ألف طبيب فائض وإذا أضفنا عدد الأطباء الذين سيرجعون من بلاد المهجر يكون العدد أكبر من ذلك بكثير.

هذه باختصار هي المشكلات التي تقف حجر عثرة في تقديم خدمات صحية متميزة في السودان وما أوضاعنا يمثل خارطة الطريق للتعامل معها ومجابهتها، وعلينا السعي في هذا الاتجاه إن كان لنا أن نحقق ما نصبو اليه من أهداف .

النقابة والجمعيات التخصصية



د. احمد عثمان سراج

في عام 1975، مع بدايات معركة استعادة الاتحاد العام للطلاب السودانيين بالمملكة المتحدة وأيرلنده، برزت فكرة تأسيس هيئة نقابية للأطباء السودانيين ببريطانيا. جَل الأطباء يومها كانوا مبعوثي دراسات عليا ولذلك تفرض عليهم مشاغل الدراسة، مع محدودية مدة البعثة، تفرض العزوف عن العمل العام. في مرحلة لاحقة حضر وفد صحي من السودان من ضمنه د. محمد شاكر السراج، نقيب الأطباء، ود. الشيخ احمد كنيش، سكرتير النقابة. أمام لقاء مهم مع الأطباء السودانيين، ببيت السودان بلندن، طرحنا مقترح الهيئة النقابية. رحبا بالفكرة ووعدا بطرحها أمام أول جمعية عمومية مركزية للنقابة، لأن الأمر يتطلب تعديلا للدستور. طورا الفكرة بأن تعمم لتشمل الأطباء السودانيين بالسعودية والخليج وغيرها. للأسف لم يتم ذلك، لظروف مرت بها النقابة الأم بالداخل لاحقاً.

في عام 1979 فكرنا في تأسيس جمعية للأطباء النفسيين ببريطانيا، لتلم شمل السودانيين الدارسين والعاملين هنا. كانت الأعداد محدودة، ولكن كان الهم الملح هو دعم مشروع قيام الدراسات العليا في الطب النفسى داخل الوطن. انعقد اجتماع تمهيدى بمستشفى اسبرنقفيد، بجنوب لندن، واختيرت لجنة تمهيدية صغيرة ليرأسها د. فاروق محمد فضل. بعد أشهر تمكن عدد منا من اجتياز الامتحان النهائى لعضوية الكلية الملكية للأطباء النفسيين، ثم طرنا سريعا إلى "جنة" اسمها السودان! نامت الفكرة.

ثم كان 30 يونيو 1989، وأد الديمقراطية: الحريات، الحقوق، سيادة القانون، ثم القهر، التشريد. ثم تصاعد النزوح لخارج الوطن، خاصة بريطانيا. تنادى أطباء السودان هنا وأسسوا هيئة نقابية قادها لسنوات الأخ الدكتور احمد قاسم، له التحية والتجلة. كان الميلاد وفق مبادئ وطنية ونقابية سامية ومحددة. أعلنت الهيئة النقابية نفسها كامتداد شرعى لنقابة أطباء السودان التى حلها النظام الدكتاتورى. إذن فهى ملتزمة بمقررات الجمعية العمومية المركزية التاريخية التى انعقدت عقب انتفاضة ابريل المجيدة. التزام بالنضال من اجل حريات شعبنا وحقوقه الأساسية، استعادة النقابة الشرعية والعمل من اجل السلام.

فى ظل الاستقطاب السياسى الحاد فى السودان بعد 30 يونيو 1989، فرض على الأطباء (كغيرهم من العاملين) اطار جديد، بعد حل نقابتهم الشرعية، بمسمى "اتحاد أطباء السودان". بطبيعة الحال امتد ذلك الاستقطاب الى بريطانيا. أثر تيار اتخاذ موقف عدائى تأمرى ضد الهيئة النقابية. حاول طمر الجمعية العمومية والسيطرة عليها، فشل. قطاع واسع من الأطباء، لأسباب ذاتية، وقف على الحياد. بعض بسبب المشاغل وآخر لم يتعود على الالتزام بالهم العام. ونفر تهيب الانتماء بحكم الموقف المعارض، بل والمصادم للنظام القهرى بالسودان، بالطبع كان لأى انتماء محاذيره.

قبل سنوات طرحت الهيئة النقابية مشروعاً لقيام جمعيات طبية تخصصية سودانية هنا، كامتداد للجمعية

الطبية السودانية بالداخل، وروافدها. الفكرة لم تكن تحتاج لشرح فهي من إرثنا المهني المجيد. الكم الهائل من الاستشاريين السودانيين في مختلف التخصصات ببريطانيا، ان تضافت جهودهم، يمكنهم تقوية عود العمل الطبى داخل الوطن فى مجال الخدمات والتعليم الطبى. ولا نغفل الدور المأمول فى دعم وتدريب شباب أطباءنا ببريطانيا والسعى لرعايتهم وتسهيل أمورهم هنا.

المؤسف حقاً أن البعض أصر على أن تبقى الجمعيات التخصصية خارج اطار النقابة. البعض ينطلق من موقف مبدئى معادى وهو بذلك يخدم نهج "اتحاد أطباء السودان". الأكثرية وسط المؤيدين للطلاق بين الهيئة النقابية والجمعية التخصصية يرون فى الهيئة النقابية جسماً سياسياً يسيطر عليه تيار بعينه وسط الأطباء. إن المبدأ الذى يظل ثابتاً أن "لكل حزبه والنقابة للجميع" .. فليتنافس الأطباء للصعود للقيادة، فليبدعوا فى خدمتهم، فلينال كائناً من كان الحمد لهذا التيار أو ذاك، لكن لن يكون الجسم النقابى بوقاً إلا فى ظل الاستسلام للقهر، وسيادة المسخ.

فلنقف على شيء من التاريخ. الى حقبة ثورة اكتوبر 1964 المجيدة والديمقراطية الثانية، لم تكن للأطباء نقابة. كانت "الجمعية الطبية السودانية" هي القائمة بكل شئون الأطباء مهنياً ومطلبياً. فى مرحلة لاحقة تم تعديل الدستور لتصبح "نقابة أطباء السودان" ولها شقها الأكاديمى، "الجمعية الطبية السودانية" وروافدها هي الجمعيات الطبية التخصصية. تنسق عمل "الجمعية الطبية السودانية" أمانة تتكون من ممثلى الجمعيات التخصصية وهؤلاء ينتخبون "الأمين العام" وهو المنسق الأساسى لعمل الأمانة. نقيب أطباء السودان يرأس الجمعية الطبية السودانية ولكنه ما كان يتدخل فى شئونها ولا سلطة له عليها. أما الجمعيات التخصصية فهي ذات شخصية اعتبارية واستقلالية لم تمس تاريخياً. إذن فالمتغيرات التى كانت تحدث بالمكتب التنفيذى، عقب كل انتخابات نقابية، والصراعات التى تحدث، ما كانت تمس الجمعيات التخصصية بشيء. هل فى هذا الإرث العظيم ما يخيف؟!

إن فالدعوة لفصم العرود الوثقى بين النقابة وجسمها العلمى الأكاديمى يصعب فهمها ولا يمكن الحكم ببراءتها. أود أن أذكر القارئ بأبنى كسكرتير أكاديمى لنقابة أطباء السودان الأم لم تكن لى أية صلاحية على عمل "الجمعية الطبية السودانية". الهيئة النقابية، كما هو الحال بالنسبة للنقابة الأم، تحكمها نظم محدودة ومبسطة. من حق كل الأطباء الانضمام اليها، تسديد اشتراكاتهم والتمتع بحق التصويت بعد اجتياز القيد الزمنى المتفق عليه، وهو مضى ستة أشهر من سداد الاشتراك. إذن من حق أى نفر أن يفوزوا ويقودوا عمل الهيئة.

من المستحيل قبول العداء لهيئة نقابية برزت وبقيت بالساحة فى ظل القهر السلطوى بوطننا والذى امتد وراء حدود الوطن. أمام القتل، التعذيب، السجون والتشريد الذى طال الأطباء صمدت وناضلت. حافظت على اسم النقابة ودافعت عن شرعيتها. هل يضير ذلك أى طبيب سودانى وطنى غيور على حقوق أمته؟! هل حقاً انتفى مبرر وجودها؟! هل انتهى "البكاء" و"حان موعد" رفع الفراش"؟! أقول لا!!

نعم قناعتي بأنه بعد "اتفاقية نيفاشا"، ويهمنى فيها حقن الدماء والنص على عودة الديمقراطية، يجب أن تتغير طبيعة عملنا النقابى هنا. لكن تظل الواجبات هي نفسها: عودة الوطن لوضع ديمقراطى كامل، وضع تطلق فيه الحريات، سيادة حكم القانون، قضاء مستقل ونزيه، إعادة نظر جذرية حول جهاز أمن الدولة والقوات المسلحة. يجب عاجلاً أن يرد للعاملين حقهم فى ترتيب اوضاعهم النقابية. الأطباء من حقهم أن يحددوا فى حرية واستقلالية تامة إن كانوا يريدون "نقابة" أو "اتحاداً" أو نادياً اجتماعياً!! هذا ليس مجرد هتاف سياسى، هذا من صميم مقررات الجمعية العمومية المركزية لنقابة أطباء السودان كمبادئ راسخة بغض النظر عن من يتولى سدة الحكم فى السودان. إذا توافقنا على المبادئ فلا عقبة أمام أن يسع جسمنا النقابى الجميع.

أضواء علي ورش العمل الصحي

د. أحمد عباس

مؤتمر ليستر 2006



د. بابكر يحيى

وعبرهما نتوجه بالتحية والتقدير لكل ذوى الاقلام الشريفة التي ما فتأت تقف مع الحق والحقيقة والعدل والانصاف وتقاوم ثقافة الاقصاء والاستبداد. ومن هذا المنبر نؤكد لكم تضامننا غير المحدود معكم فى معركتنا المشتركة من اجل انصاف الانسان ومن اجل استعادة الديمقراطية والتعددية واحترام الانسان وذلك بتحقيق حلمنا المؤجل فى تأسيس وطن العدالة والكرامة

والكفاية وبناء الامة التى تتساوى فيها حقوق وواجبات المواطنة دون اعتبار للون أو عرق أو دين أو لسان.

وفى سعيكم المشروع هذا فانتم تتعرضون للمساءلة والملاحقة والاعتقال والتهديد بالتصفية فقد أطلت علينا من جديد قوى الطغيان والهوس الدينى فتجددت دعاوى التكفير واستباحة الدماء. وفى هذا نعلن استنكارنا التام للجريمة الشنعاء التى يندى لها جبين التاريخ والانسانية والتى تعرض لها زميلكم محمد طه. "فالشهداء لازالو يموتون .. والطغاة لازالوا يعيشون .. ولكن الذى يهب بموته الحياة اقوى من الذى يمنح بحياته الموت" - وإن عهد الطغاة مقبل على الانتهاء فهذه حتمية التاريخ - ولأن طبيعة السودان بثراءها وتعقيدها لا يمكن خنقها داخل اطار اصولى قمعى .. وان طال الزمن . فالتناقضات التى ينأى بحملها النظام تمسك بتلابيبه وتدفعه صوب الانهيار.

لقد ظللنا نتابع باهتمام وقلق شديد التردى المريع للخدمات الصحية فى السودان فى كافة مجالاتها العامة والخدمة والعلاجية والوقائية.

حيث ابتلى النظام الصحى تحت حكم الانقاذ سياسات واجراءات خرقاء لا تسنهدا فكرة أو فلسفة سوى

فى إطار برنامج الهيئة النقابية للمساهمة فى تأهيل وترقية الخدمات الصحية وتقويم وترشيد التعليم والتدريب الطبى فى السودان وبمشاركة ممثلين عن جمعية الجراحين ، جمعية اخصائى الباطنية، جمعية اخصائى الأطفال ، جمعية اخصائى الطب النفسى وبمشاركة رئيس اللجنة التمهيدية لاستعادة نقابة الأطباء.

انعقدت بمدينة لستر مؤتمر الخدمات الصحية والذى انقسم الى اربع ورش عمل:

- 1 - قضايا الخدمات الصحية
- 2 - التعليم الطبى ماله وما عليه
- 3 - تنظيم ومراقبة الأداء المهني
- 4 - التدرج المهني والوظيفي

فى بداية الجلسة الافتتاحية رحب د. احمد عباس بالضيوف والحضور نوجز بعض ما جاء فيها:

ان دعوتنا لكم ومشاركتكم لنا تنبع لما نوليه لكم من تقدير خاص وانتم تواجهون اعباء تصريف الخدمات الصحية والتعليم والتدريب بكفاءة ونزاهة واتقان فى ظروف عسيرة وبالغة التعقيد تجعل الاداء فى معظم الاحيان مهمة مستحيلة التحقق .. وتنبع أيضاً من انتماءنا المتجدد بوطننا وشعبنا .. ولشعورنا بواجبنا الأخلاقى والمهني والانسانى تجاه ما يتعرض له شعبنا من محن.

كما يسعدنا أن يكون بيننا الدكتور مامون محمد حسين " مامون البطل" رئيس اللجنة التمهيدية لاستعادة نقابة أطباء السودان وكذلك د. بابكر يحيى عضو اللجنة التمهيدية ونؤكد لهما ولزملائنا بالداخل انتماءنا الراسخ والعضوى لحركتهم الجريئة والمشروعة .. وبكل الفخر والاعزاز سوف نعمل سوياً حتى يستعيد الاطباء تنظيمهم النقابى الديمقراطى المستقل.

كما نرحب بالاستاذ محمد المهدي عبد الوهاب من جريدة الشرق الأوسط ونرحب بالصحفيين الكبارين الدكتور زهير السراج والدكتور مرتضى الغالى

من دون انتباه او التفات الى المهددات والمخاطر التي دفعت بالتعليم الطبي الى قفزة فى المجهول.

اننا نشهد كل هذا التخلف المريع .. بل الدمار الشامل الذى قضى على القليل الذى شيده شعبنا بعرقه ودماءه كما نرى المظالم الفادحة التى تتعرض لها الاقليات القومية والاقاليم المختلفة من ويلات الحروب وآثارها المدمرة على صحة المواطن وانتشار الاوبئة الفتاكة والمجاعات والعاهات المستديمة وتدمير البيئة. نرى كل ذلك ونقارن بما يحدث فى العالم من حولنا اذ تنهض أمم عديدة من ربة التخلف وثبات القرون لتبنى فى سنوات قليلة بناء اقتصاديا هائلا ونهضة اجتماعية باهرة وخدمات جليلة تعود على شعوبها بالتقدم والرفاه وتدفع بها الى الصفوف الامامية كمشارك اصيل فى بناء الحضارة الانسانية.

ازاء هذا الوضع المأساوى واستشعاراً منا بالمخاطر التى تحيق بالوطن وبمهنة الطب فلقد تنادينا سوياً والتزمنا بأن نشرع فوراً ومع زملائنا بالداخل فى مجابهة هذه الأزمة لتصحيح مسار مهنة وممارسة الطب فى السودان.

وبالرغم من ادراكنا التام بأن ترشيد مهنة الطب لن يتم بمعزل عن محيطها العام إلا أنه ليس من الضرورى الانتظار حتى تتوفر الظروف الموضوعية اللازمة للنجاح فحركتنا يجب ان تكون عملية متجددة ورصيد مترام ينتج فيه الوعى الفعل الذى ينتج فيه الفعل الوعى.

ولأننا نعلم ونؤمن بأن أطباء السودان اذ ما توفرت لديهم سبل الاستقرار المهني والاجتماعي والاقتصادي واذا ما توفرت للمهنة استقلالها الكامل عن السلطة السياسية والتنفيذية. واذا ما اقاموا تنظيماتهم المهنية والنقابية وفق خياراتهم وارادتهم الحرة فانهم لقادرون على اطلاق طاقاتهم المتجددة التى لا تعرف الحدود وعلى استعادة التقدير والاحترام المتوارث لمهنة الطب وللمشتغلين بها والتى افرزت لهما الذاكرة الجماعية بناء على تجاربها التاريخية الموجبة صوراً متميزة من التسامى والاخلاص والانسانية والجودة والفعالية.

نأمل أن يكون لقاءنا هذا هو ضربة البداية لسلسلة من حلقات الاصلاح والتقويم ولكنه الحلقة المتوقدة التى يصهر أتونها بقية الحلقات فى بوتقة واحدة.

كما تحدث فى الجلسة الافتتاحية الدكتور مامون محمد حسين "رئيس اللجنة التمهيدية لاستعادة نقابة الأطباء" فشكر الهيئة النقابية على مبادرتها ودعوتها الكريمة. وأسهب فى سرد تاريخ نقابة أطباء السودان ودورها الرائد فى تأهيل الخدمات الصحية والعلاجية وكذلك دورها فى حماية الطبيب وتأهيله وتحسين ظروف حياته المادية والمهنية.

السعى الحثيث والمتسارع لتتصل الدولة عن مسئوليتها فى تقديم الخدمات الصحية اللائقة للمواطن والتى عرفها أهل السودان وتعودوا عليها كحق دستورى عبر سنوات تاريخه المعاصر. وما تبقى من الخدمات المقدمة فى المرافق الصحية العامة يعتمد على جباية المريض ولا احد سواه لتحقيق هذا الغرض.

وهكذا اصبح على المريض فى مؤسسات الدولة العلاجية الدفع مقدماً لمجمل تكلفة علاجه وفى كثير من الاحيان دفع قيمة اضافية غير معروفة المقدار او العائد قبل الحصول على اية خدمات مهما كانت متواضعة.

ولا يسع المرء الا الشعور بالحزن العميق والرتاء فى أن واحد مما آلت اليه الامور فى السودان من مسخ لنظام صحى له إرث ريادى فى الطب المجتمعى والانسانى شهد به العالم قاطبة ليحل معه بديل مشوه حيث كل شىء معروض للبيع كالبضاعة وربما لتحقيق الربح دون مراعاة لتقاليد انسانية او مهنية. فتعرضت المهنة لتحديات جسيمة مما مس بهويتها الاصلية ومبادئها السامية فعمت الفوضى والانفلات المهني.

ويتملك الانسان الفرع عندما يفكر فى السلوكيات المستقبلية للطبيب السودانى الذى يتدرب فى هذا المناخ الذى تتكفل الدولة والمؤسسات الاكاديمية الخاصة بتدريبه عليه. كما أننا نشعر بالألم والحزن ونحن نرى ابناء وبنات شعبنا يتعرضون للمذلة والاستغلال ويصارعون الفاقة والمهانة وهم يستجدون العلاج فى بعض دول الجوار التى كانت الى عهد قريب تتطلع الى ان يكون فى مقدورها بناء خدمات طبية على مستوى وقامة السودان.

ان تدمير الخدمات الصحية وبيئتها لم ينحصر فقط فى تغيير هويتها الاجتماعية ونمط الانشطة التى تزاوول فيها فقط وانما شمل كذلك تشريد الكفاءات الفنية والادارية والتى تمثل رصيذا ضمن موارد البيئة العلاجية والتعليمية لتلك المؤسسات.

وغنى عن الشرح ان السرد المأساوى السابق عن المستوى الصحى للمواطن وتردى النظام الصحى الوطنى لهما علاقة مباشرة بموضوع التعليم الطبي والصحى. فلا المرافق الصحية المتهالكة التى تنعدم فيها المقومات الاساسية لممارسة مهنة الطب بفعالية ولا المرضى الذين اضيفت لمعاناتهم المرضية محنة الجباية يوفران البيئة السوية للتعليم والتدريب الطبي. صاحب ذلك التوسع العشوائى فى عدد كليات الطب العامة والخاصة من دون دراسة او تروى وفى تجاوز غير مسبوق للأساليب المعروفة فى انشاء مؤسسات التعليم الطبي العالى وذلك لاعتبارات سياسية آنية وتعطش لادعاء الانجاز والتباهى



د. مامون محمد حسين

الحرية والديمقراطية وحقه فى الرعاية الصحية وناضلوا من أجل تحسين الخدمات الصحية وتطويرها وتقديمها دون مقابل لغالبية المواطنين. كما ناهضوا كافة الانظمة الدكتاتورية وقدموا فى سبيل ذلك التضحيات الجسام دون تراجع عن اداء دورهم الوطنى.

بعد استيلاء الجبهة الاسلامية على السلطة ظل الاطباء اوفياء لمبادئهم خاصة انحيازهم لخيار الديمقراطية والحرية العامة فدافعوا عنها ببسالة فنفذوا اضراب 26 نوفمبر 1989 حيث طالبوا باستعادة الحرية الديمقراطية والنقابية ورفضوا اعتقال زملائهم. فقابلتهم السلطة بفجاجة وقسوة فزجت بالعشرات منهم فى السجون وبيوت الاشباح وقامت بتعذيبهم واصدرت محاكمها احكاماً بالاعدام والسجن بحق بعضهم لأول مرة فى تاريخ السودان كما قامت بتشريد المئات من الكفاءات النادرة والكوادر المؤهلة مما دفع بالآلاف منهم للهجرة هرباً من جحيم السلطة. كما رفعت السلطة يدها عن الخدمات الصحية فتدهورة وتفشت الامراض المعدية والابوة والغت العلاج المجانى لعامة الشعب مما خلق جواً مأساوياً لا يمكن تجاهله أو السكوت عليه.

وأمن على ضرورة الارتقاء بالدور المهني والاكاديمي للجمعيات التخصصية ونادى بأن يكون له صوت مسموع ويد فاعلة تجاه السياسات الصحية والتعليمية وتوزيع الاختصاصيين.

كما تطرق الى ظروف حل نقابة الأطباء وتعيين ما يسمى باتحاد الأطباء وفلسفة اتحاد المنشأة، وأكد بأن اتحاد الأطباء ظل منذ تكوينه يعيش فى عزلة تامة عن مجموعات الأطباء مما حدا بأطباء الامتياز والعموميين لتكوين تنظيمهم الخاص الذى عبر عن مشاكلهم ومعاناتهم وبفضل تعاضدهم وتضامنهم استطاعوا تحقيق بعض الانجازات الخاصة بهم.

وتحدث كذلك عن الخطوات الجادة والشجاعة التى يقوم بها الأطباء بالداخل من اجل استعادة تنظيمهم النقابى المستقل وفى ذلك سرد بعض الانجازات التى تحققت منذ انعقاد الجمعيات العمومية فى بعض المستشفيات خاصة بالأقاليم وانتخاب لجانهم التمهيدية كما جرى العمل الآن من اجل التحضير لانعقاد الجمعيات العمومية بمستشفيات العاصمة توطئة للتحضير لانعقاد الجمعية العمومية المركزية . وتطرق لبعض المعوقات خاصة العمل تحت ظل قوانين الطوارئ ومصادرة الديمقراطية والحرية النقابية ولكنه أمن بأن جموع الاطباء بتوحدهم وجسارتهم قادرون على انجاز ما نذروا انفسهم لتحقيقه. وأمن كذلك على الدور التضامنى الكبير الذى داومت عليه الهيئة النقابية بالمملكة المتحدة.



د. موسى عبد الله حامد

وإنابة عن الجمعيات التخصصية بالسودان تحدث استاذ الجيل الدكتور موسى عبد الله حامد بأريحيته المعروفة فقال: عبر تاريخهم الطويل ظل الأطباء يلعبون دوراً هاماً فى المجتمع السودانى، يدافعون عن حق المواطن فى

حالة طارئة

زهير السراج

drzoheirali@yahoo.com

- ❖ اللافت للنظر في المؤتمر العلمي لتطوير الخدمات الطبية في السودان الذي نظّمته الهيئة النقابية للأطباء السودانيين بالمملكة المتحدة وإيرلندا في الرابع من نوفمبر الجاري، انه ابتعد عن السياسة البحثية، التي تنتقد نظام الحكم في السودان، كما كان يحدث في السابق في مثل هذه المؤتمرات، وكان التركيز على انتقاد السياسات الطبية والصحية الخاطئة في السودان بشكل موضوعي وعلمي، لدرجة أن أحد الأطباء اقترح أن يكون المدخل للثورة على الحكومة (حتى تهتم بقضايا الجماهير) الموضوعات الطبية والصحية التي تؤرق غالبية أهل السودان، وهو يقصد العلاج الذي لم يعد في مقدور الكثيرين.
- ❖ بعد جلسة عمل طويلة استغرقت يوماً كاملاً من الحادية عشرة صباحاً حتى السادسة مساءً، عبر أربع ورش عمل ناقشت كل منها أحد الموضوعات الطبية، خرج المؤتمر بالتوصيات التي يرى أنها مطلوبة وضرورية لتصحيح الأوضاع الخاطئة وتطوير العمل الطبي، سواء على المستوى المهني أو الأكاديمي أو على مستوى الخدمات الطبية التي يحصل عليها المواطن، وليس هذا مجال تلخيص تلك التوصيات التي ستجد حظها في النشر عبر موقع النقابة الإلكتروني www.sudandoctors.org.uk وفي مجلة الحكمة، التي تصدرها النقابة.
- ❖ غير أنني لا أستطيع هنا أن أتجاوز توصيات أرى أنها ضرورية ومهمة لتصحيح وتطوير العمل الطبي في البلاد، وعلى رأسها توفير الخدمات الطبية الأولية للمواطن مجاناً، وإجراء التعديلات المناسبة على الدستور الانتقالي ليكفل بعبارات واضحة محددة هذا (الحق)، ويلزم الدولة به عوضاً عن العبارات الفضفاضة التي يتضمنها النص الحالي للدستور بما يجعل هذا (الحق) مجرد آمانيات طيبة، وليس واجباً على الدولة، وحقاً دستورياً للمواطن في بلد تتجاوز نسبة الفقر فيه التسعين في المائة، ولا بد أن يحصل فيه المواطنون على الخدمات الأولية مجاناً، وأن تكون هذه الخدمات على رأس قائمة أولويات الدولة من حيث التمويل والاهتمام بدلاً عن بدعة (توطين العلاج) التي اهدرت فيها الدولة أموالاً طائلة لتوفير خدمات طبية أقل أهمية بكثير من الخدمات الأولية التي يجب أن يحصل عليها المريض في أول زيارة له للمركز الطبي أو المستشفى، أو قبل ذلك في مجال مكافحة الأمراض المعدية، والرعاية الصحية الأولية وتوفير الماء الصالح للشرب.
- ❖ من توصيات المؤتمر المهمة جداً في رأبي الغاء (القيد الزمني) المحدد بأربع وعشرين ساعة في علاج الحالات الطارئة، الذي يحرم الكثيرين من الفقراء وذوي الدخل المحدود من الحصول على العلاج والدواء لاحقاً، مما يعني المعاناة والموت، مثلما يحدث في حالات (ارتفاع السكر الحاد) الذي يتطلب العلاج فترة من الزمن بحقن الانسولين قبل أن يعود المريض إلى حالته الطبيعية.
- ❖ موضوع التعليم الطبي كان محل اهتمام المؤتمر الذي أوصى بتأسيس نظام لتقييم واعتماد كليات الطب لرفع مستوى الخريج، وعدم قيد أي طبيب بالمجلس الطبي، ما لم يكن متخرجاً في كلية معتمدة بواسطة ذلك النظام، ومستوفياً للشروط الأخرى، وبالنسبة للمجلس الطبي فقد أوصت الندوة، أن يكون مستقلاً عن سيطرة وهيمنة الحكومة أو أي جهة أخرى حتى يؤدي الدور المطلوب منه من الرقابة والمحاسبة دون تأثير من أحد.
- ❖ بقي حديث كثير لا بد أن يقال عن هذا المؤتمر ومؤتمرات أخرى يجري الإعداد لها حول الخدمات الطبية. غداً يتصل الحديث بإذن الله.

السوداني: 09-11-2006

الطب والإعلام !

- ❖ شاركت مع الزميل الدكتور مرتضى الغالي، أستاذ الإعلام بجامعة الخرطوم والكاتب الصحفي المرموق، في ورش العمل الخاصة بالمؤتمر العلمي للهيئة النقابية للأطباء السودانيين بالمملكة المتحدة وإيرلندا حول تطوير الخدمات الطبية في السودان. وجاءت مشاركتنا باعتبار أن الإعلام هو (رأس الرمح) في أي عملية تغيير، ولا بد أن يكون له حضور فاعل في أية مناسبة، ليس فقط من أجل (التغطية الإعلامية) بالطريقة التقليدية المعروفة، ولكن للمشاركة الفاعلة في التحضير والمناقشة وتبادل الأفكار والآراء.. ومن هذا المنطلق جاءت دعوة الإخوة في الهيئة النقابية للأطباء السودانيين بالمملكة المتحدة وإيرلندا الزميلي وأستاذي د.مرتضى الغالي ولشخصي الضعيف للمشاركة في المؤتمر، وهي دعوة تدل على وعي الهيئة واهتمامها بالإعلام. وقد وجدنا الترحيب والتقدير من كل المشاركين، وأتيحت لنا الفرصة كاملة لتقديم العديد من المداخلات وطرح الأفكار والمقترحات التي تبناها المؤتمر وجعلها في قائمة توصياته في الجلسة الأخيرة.
- ❖ تحدثت في المؤتمر عن قانون الصحافة لعام 1994م، والمواد المتعلقة بحرية التعبير والنشر في الدستور الانتقالي وفي القانون، ووجهت انتقاداً لكثير من مواد القانون التي تعوق حرية التعبير والنشر، كما تحدثت عن أهمية حرية تدفق المعلومات ونشرها لتطوير الخدمات الطبية والوقاية من الأمراض، وضربت مثلاً بوباء الكوليرا الذي اجتاح البلاد في الفترة الأخيرة وتكتمت عليه الأجهزة الحكومية، وحجبت المعلومات عن أجهزة الإعلام، وألبست (الكوليرا) لبوس (الإسهال المائي)، وأسهمت بذلك في تضليل المواطنين البسطاء ومن ثم في اتساع دائرة انتشار المرض بسبب عدم قيام (المواطنين المخدوعين) باتخاذ الإجراءات المناسبة لحماية أنفسهم باعتبار أن البلاد في مأمن من الكوليرا، وأن ما يشيعه البعض، ليس إلا مجرد شائعات وأكاذيب مضللة.. بينما الخرطوم وبقية أجزاء البلاد تضربها الكوليرا وتعيث فيها (عذاباً).. وهو ما اعترفت به السلطات الرسمية فيما بعد.
- ❖ كان المؤتمر فرصة حقيقية لتعاون فاعل ومثمر بين الطب والإعلام، وقد خرج المؤتمر بتوصية بتعديل (قانون الصحافة) بحيث يكون أكثر مرونة في تناول الموضوعات الطبية وتوعية المواطنين بها. وهي فرصة اتقدم فيها بعميق امتناني للإخوة في الهيئة النقابية للأطباء السودانيين بالمملكة المتحدة وإيرلندا، وعلى رأسهم النقيب الدكتور احمد عباس، والسكرتير الدكتور حاتم عبد الله، على الفهم الراقي لدور الإعلام، وعلى الدعوة الكريمة وحسن الاستقبال والضيافة.
- ❖ ولا بد هنا ان أذكر بصفة خاصة الصديق الدكتور صالح خلف الله بابكر، اختصاصي الطب النفسي، وأسرتة على الاستضافة الكريمة، والكرم الحاتمي الذي غمرونا به طيلة أيام الزيارة، وللمهندس الكيميائي الشاب مهند السنوسي الذي لم يأل جهداً في تقديم كل عون لتسهيل مهمتنا، وللدكاترة صلاح عمر اختصاصي الأعصاب، والسر عثمان، اختصاصي أمراض الشيخوخة، ونور إبراهيم نور، اختصاصي أمراض القلب، وأسرههم الكريمة وتحية خاصة لشاعرنا الكبير فضيلي جماع الذي تكبد مشاق الاتصال والتعبير عن مشاعره الجياشة تجاهنا، ودعوتنا لمنزله العامر، ولكن لم تمكننا الظروف من تلبية الدعوة وحرمتنا من لقائه وتحية أسرته الكريمة.
- ❖ للجميع شكرنا وتقديرنا.. وأشكر مرة أخرى نقابة الأطباء السودانيين بالمملكة المتحدة وإيرلندا على الدعوة والفهم الراقي لدور الإعلام، والمؤتمر العلمي المتمتع.
- ❖ وشكر خاص للسفارة البريطانية بالخرطوم التي سهلت مهمتنا وللشعب البريطاني الذي احتضننا بكل الحب والود.. ولنا مع هذا الشعب صولات وجولات قادمة بإذن الله.

السوداني: 2006-11-13

أساليب الحياة الصحية



بروفيسر محمد عثمان عبد المالك

تقول الحكمة (إذا كنت تتمتع بالصحة فأنت لا تحتاج لشيءٍ آخر، ولكن إذا كنت تفقدها فلا يهم بعد ذلك ماذا تملك). وصحيح ان الصحة حق أساسي للمواطن وعلى الدولة توفيرها له مجاناً، على الأقل على مستوى الرعاية الصحية الأولية والحالات الطارئة، وبألية التأمين الصحي التكافلي على باقي المستويات. ولكن الصحيح أيضاً ان هنالك مسؤولية شخصية لكل منا للحفاظ على صحته، حيث ينظر إلى صحة الإنسان كمخزون أو رصيد يضيف إليه أو يسحب منه باتباع أساليب الحياة الصحية أو النأي عنها، وتعرف هذه الأساليب بأنها (سلوكيات مفضية للصحة الجيدة يتبناها الأفراد في إطار قيم وهويات مجتمعاتهم، ويحتاج تنفيذها إلى معرفة ومواقف وممارسات معينة في بيئة مجتمعية مواتية). وقد وصفت بأنها (تضيف سنوات إلى الحياة... وحياة إلى السنوات)، وللأسف لا يدرك الكثيرون الصلة بين اتخاذ سلوكيات معينة اليوم وانعكاس ذلك على صحتهم مستقبلاً، ولكن حتى الذين يدركونها قد لا يتخذون الخطوات المطلوبة تجاهها. ومع اقرارنا بأن اتباع أساليب الحياة الصحية ليس دائماً أمراً سهلاً لوجستياً أو ممكناً اقتصادياً، إلا ان على الكل ان يسعى إليها حسب امكانياته. وقد تم التعرف في أمريكا على (4) سلوكيات كعوامل في نشوء (60%) أو أكثر من الأمراض المزمنة الشائعة الممكن الوقاية منها (كأمراض القلب وداء السكري والسمنة والسرطان)، وفي (40%) من الوفيات المبكرة الناتجة عنها... وهي قلة النشاط البدني، الحماية الغذائية غير السليمة، استخدام التبغ، استخدام الكحول. وقد فصل إعلان وزاري لمجموعة دول (الآسيان) هذه الأساليب لتشمل الغذاء (الطعام والشراب)، النشاط البدني، استخدام التبغ والكحول والمخدرات، السلوك الجنسي، الضغوط النفسية، العناية الشخصية (النظافة، الاسترخاء، الروحانيات)، الرضا الوظيفي، العناية بالآخرين، السلامة في مزار السكن والعمل والطريق. وستتناول بعضاً منها في ايجاز.

1 - النشاط البدني: (تحركوا من أجل الصحة) أو (في الحركة صحة وبركة) كانت شعاراً لحملة منظمة الصحة العالمية عام 2003م، وفي عام 1996م كانت هذه المنظمة واللجنة الأولمبية الدولية قد ربطتا بين شعاري (الصحة للجميع، و(الرياضة للجميع) في البرنامج المشترك (الفائزون من أجل الصحة). والعلاقة بين الصحة والرياضة ليست جديدة على مجتمعنا فقد تناولها ابن سينا في كتابه (القانون) وابن القيم في كتابه (الطب النبوي)، وقد فطر الإنسان ليمارس نشاطاً بدنياً: فعظامه وعضلاته قوية، ومفاصله مرنة، وحركاته متناسقة، ولديه أجهزة حساسة لحفظ توازنه، ومخزون كبير للطاقة. والفوائد الصحية للرياضة عديدة منها: زيادة كفاءة القلب والرئتين وتحمل العضلات والعظام، والتقليل من نسبة الدهون والسكر في الدم، وخفض الضغوط النفسية والتهدئة لنوم هادئ.. وعليه فهي تساهم في الوقاية من أمراض القلب وداء السكري والسمنة ومضاعفاتها وأمراض الظهر والمفاصل ووهن العظام وفي علاج الإمساك. وهي مفيدة للنساء أثناء الحمل وما بعد الولادة وفي النقاهة من العمليات الجراحية، كما انها تحفز على الإقلاع عن التدخين.

وليس بالضرورة ان يكون النشاط البدني شاقاً لجني فوائده الصحية، فرياضة (المشي) كافية وهي: سهلة الممارسة في أي مكان وزمان، غير مكلفة مادياً، لا تحتاج لتجهيزات أو مهارات أو تدريب، في تناول الجميع ذكورا وإناثا ولمختلف الأعمار وشرائح المجتمع (ولكننا ندعو المسؤولين لتوفير مضارب خاصة للمشي كما في مدن العالم المتحضرة). وقد أبانت دراسة على موزعي البريد في بريطانيا ان معدل اصابتهم بالنوبات القلبية أقل، ومتوسط عمرهم أعلى من زملائهم داخل المكاتب، ومدة المشي الموصى بها هي (30) دقيقة من المشي السريع و(60) دقيقة من المشي البطيء يومياً طيلة أيام الأسبوع أو على الأقل (5) أيام منه. وقد حثنا الحديث النبوي الشريف على (النسلان) وهو المشي السريع.. وأنسب الأوقات للمشي هي المساء الباكر أو الصباح الباكر، ونشير لفائدة أي تغيير ولو بسيط في عاداتنا ينتج عنه المشي مثلاً: استخدام الدرج عوضاً عن المصعد، إيقاف السيارة بعيداً عن مكان العمل أو البقالة لإكمال باقي المسافة مشياً، المشي للصلاة في المسجد، وقد جاء في الحديث النبوي الشريف: (ان أعظم الناس أجراً في الصلاة أبعدهم إليها مشياً)، والصلاة إضافة لفائدة المشي إليها فإن حركاتها مفيدة للجسم، وقد قامت دراسة سعودية بتصميم تمرين جديد من حركات الصلاة وجد ملائماً لتأهيل كبار السن والمرضى المزمنين، هذا إضافة لأبعادها الروحية والنفسية والاجتماعية الداعمة للصحة.

2 - الغذاء: كما يقولون (غداؤك دواؤك) و(أنت ما تأكل) فالغذاء السليم كما ونوعاً محوري للصحة عموماً ومطلوب خاصة في حالات: النمو الجسدي والعقلي للأطفال والمراهقين، الحمل والولادة، الأمراض الحادة والمزمنة التي تتطلب تعزيز مناعة الجسم، أمراض التغذية كفقر الدم وسوء التغذية في الأطفال والعشا الليلي، تضخم الغدة الدرقية والسمنة، تسوس الأسنان وأمراض العظام.. والغذاء المعزز للصحة ليس هو بالضرورة المكلف مادياً بل كثيراً ما يكون الأمر عكس ذلك، فالوجبات السريعة والدسمة والمشروبات الغازية والحلويات مكلفة مادياً وضارة صحياً، كما انه ليس بالضرورة هو القليل الكمية، فالمطلوب هو التوازن في الكم والنوع، ويتضمن

الاعتماد على: البروتين النباتي (كالفول والعدس) أكثر من الحيواني (اللحوم)، وعلى الكربوهيدرات من مصادر طبيعية كالبقوليات والخضر والفاكهة (المكينة والمتاحة في كل منطقة) أكثر من السكر والنشويات، وعلى الألياف من الحبوب الكاملة والردة وليس المقشرة كدقيق القمح، واللبن قليل الدسم ومشتقاته كالجبنة.. (ولأسف فإن اللبن من البائعين المتجولين والمعبأ في البقالات جله كامل الدسم، ونحيل ذلك لمنتجي ومصنعي الألبان ومشتقاتها)، مع الإقلال من مصادر الدهون واستخدام الزيوت النباتية كزيت البذرة بدلا عن الحيوانية خاصة السمن، والإقلال من السكر وملح الطعام والمشروبات المحتوية على الكافيين كالقهوة والشاي والكولات، مع أهمية تناول كمية كافية من الماء (على الأقل 7 أكواب يوميا للشخص البالغ) والمشروبات السودانية المفيدة مثل الكركدي، ونشير إلى أن الشخص الذي يتناول غذاء متوازنا لا يحتاج عادة إلى فيتامينات إضافية مصنعة.

وقد أوضحت (السمنة) مشكلة وبائية عالمية خاصة لدى الأطفال والتلاميذ (وهي ظاهرة في مدارسنا) وتعتبر (أم الأمراض المزمنة) كأمراض القلب وداء السكري وأمراض العظام والمفاصل، والسمنة المفرطة قد تأخذ حتى (20) عاما من عمر الإنسان، وتفيد الدراسات أن خطورتها لا تكمن في كميتها فحسب وإنما أيضا في توزيعها فتجمعها في البطن وحول الخصر (ما سمي بشكل التفاحة) بعد مؤشرا أكثر خطورة، والنصيحة هي أن تحافظ على وزنك كما كنت في سن الثامنة عشرة، كما ينصح خاصة للأطفال بعدم تناول الطعام أثناء مشاهدة التلفاز أو تشغيل الكمبيوتر أو المذاكرة، فكلها مدعاة للأكل المستمر، كما وجد أن أهمال وجبة الإفطار يزيد من فرص تناول الوجبات السريعة والمشروبات الغازية والحلويات المؤدية للسمنة. هذا ويمكن الحصول على موجبات التغذية الصحية من خلال (الهرم الغذائي) الذي ابتدئته (إدارة الزراعة الأمريكية) عام 1992م، وعلى تفاصيلها من (جداول الحماية) مع الاسترشاد بـ(جداول الوزن المثالي مقارنة بالطول).

3 - الضغوط النفسية: كثيرا ما نقول في حالة غضب (دي حاجة تقصر العمر)، ومع ان الأعمار بيد الله إلا ان تأثير الحالة النفسية على الجسم مرصودة. وكنت قد نشرت مقالا علميا عام 1973م ببريطانيا عنوانه (الكرب العاطفي كسبب محدد للوفيات الفجائية الناجمة عن تصلب شرايين القلب). وتعمل العوامل النفسية من خلال افراز جملة من العناصر والهرمونات التي تؤثر على الجهاز الدوراني والغدد الصماء والجهاز المناعي فتحفز حدوث السكتة القلبية. وعليه فمن أساليب الحياة الصحية تجنب الأنفعال والقلق وأخذ فترة كافية من الراحة والنوم (6-8 ساعات يوميا للبالغين) تتمشى مع المنحنى البياني لدورة النشاط الإنساني (افضلها 2-3 عصرا وبعد الساعة مساءً)، كما وجدت (دقسة القيلولة) ولو لبضع دقائق منشطة للجسم والعقل مما حدا ببعض الشركات في أوروبا واليابان لإتاحتها للعاملين بها، وقد اشتهر الزعيم البريطاني ونستون شيرشل بالمواظبة عليها سواء في مقر الحكومة أو البرلمان. كما من المهم الترويج عن النفس والابتسامه وهي (صدقة) كما جاء في الحديث النبوي الشريف، بل (تقاسم الضحك) مع الآخرين.. فالفاكهة كما نقل عن الإمام الصادق المهدي - للأسف لم أطلع على كتابه بعد - ليست عبثا إذ لها فوائد صحية واجتماعية. وعلينا ان نتذكر دائما ان جسم الإنسان (هذه الماكينة الربانية) تحتاج إلى (توقف وقتي) عن طريق الراحة والنوم وإلى (تزييت) عن طريق الممارسة الروحية والنفسية والاجتماعية.

4 - استخدام التبغ: يعد التدخين وغيره من طرق استخدام التبغ سبباً فعلياً أو محتملاً لحوالي (25) مرضاً من أهمها سرطان الرئة وتصلب شرايين القلب وسرطان الفم بالنسبة للتمباك.

5 - تعاطي الكحول والمخدرات: انعكاساته الصحية من امراض ووفيات معلومة، وللأسف تشير الدلائل إلى تنامي ظاهرة تعاطي المخدرات وسط طلابنا وشبابنا من الجنسين.

6 - العلاقات الجنسية: تعتبر الممارسات الجنسية خارج إطار الزوجية السبب الرئيسي لانتشار وباء الأيدز وغيره من الأمراض المنقولة جنسيا كالزهري والسيلان.

7 - النظافة الشخصية: فهي من (الإيمان) والحرص عليها خاصة فيما يتعلق بتناول الطعام واستخدام المراض يساهم في الحد من العدوى الجرثومية. كما نشير إلى دور نظافة الفم بالمسواك أو الفرشاة في مكافحة تسوس الأسنان وأمراض اللثة، وقد حضنا الحديث النبوي الشريف عليها (لولا أن أشق على أمتي لأمرتهم بالمسواك عند كل صلاة)، وإلى فوائد الوضوء المتكرر في نظافة الأجزاء المكشوفة من الجسم وأيضا الفم (المضمضة) والأنف (الاستنشاق).

8 - السلوك المروري: عالياً يعتبر العامل البشري هو الأهم في تسبب حوادث المرور ومضاعفاتها من إصابات ووفيات وشوارعنا ليست استثناءً والمطلوب خاصة من السائقين الشباب اتباع السلوك المروري الحضاري.

9 - الاستخدام السليم للأدوية: فمثلاً استخدام المضادات الحيوية دون استشارة الطبيب أو عدم إكمال الجرعة المقررة قد يؤدي إلى نشوء سلالات جرثومية مقاومة لهذا العلاج. ونشير هنا لفائدة تناول حبة اسبرين (في الجرعة المستخدمة عند الأطفال) كل ليلة كوقاية من الجلطة القلبية عند كبار السن أو من لديه ارتفاع في نسبة الدهون في الدم أو وجود حالات وفيات قلبية مفاجئة في العائلة.

ختاماً، كما يقولون (اسأل مجرباً ولا تسأل طبيباً) وكمجرب لم أكن اتبع أساليب الحياة الصحية وأنا طالب وشاب خاصة الرياضة ولعلي الآن ادفع فاتورة ذلك.. وأمل ألا يدفعها أبناؤنا وبناتنا.

السوداني 14 فبراير 2007



نزار قباني شاعر المرأة ينصر لها من وراء قبره



د. على زايد

عرف الشاعر العربي الكبير نزار قباني بأنه شاعر المرأة تغنى بها كثيرا وكتب لها وفيها اروع القصائد. تغنى بجمالها الحسي والمعنوي وبمنتهى الشفافية تقمص روحها واستنطق شعره على لسانها بأدق أحاسيسها وخلجات قلبها ولم يجبن عن تناول المحظور والتابو في مجتمعاتنا الشرقية بل تطرق اليه بمنتهى الجسارة فكان لابد لذلك من أن يخلق حوله ويستقطب عداة القوى الظلامية والتي فجرت في خصومتها معه لدرجة رفض الصلاة على جثمانه عند وفاته بلندن بالمملكة المتحدة حين أتى اصداقؤه والمعجبين به بجثمانه للصلاة عليه في مسجد ريجننت بارك. انبرى لهم نفر من المشتبين إياهم وشتموا الجثمان واصحابه وكاد الأمر أن يتطور إلى ما لا يحمد عقباه لولا تدخل الشرطة. حدث هذا في لندن قبل عدد قليل من السنوات.

ضد احمد الفيشاوى تطلب منه الاعتراف بأبوته للطفل ونسبه إليه. وذكرت أنهما تزوجا زواجا عرفيا وانه سرق ورقة الزواج العرفى ... يعنى هى ببساطة ما عندهاش ما يثبت أنه حصل زواج. السيد احمد الفيشاوى من جانبه وبمنتهى العنصرية اعترف بأنه فعلا كان يعاشرها معاشرة الأزواج ولكن ليس هناك زواج عرفى او غيره. تصعدت القضية فى المحاكم وفى الصحف ايضا. وقفت جمعيات حقوق المرأة والعديد من منظمات المجتمع المدنى مع هند الحناوى ووقف القضاء الشرعى مع احمد الفيشاوى طبعاً. وكانت الاحكام الصادرة كلها تنص على أن ليس لهند حق على احمد وأن ينسب المولود ويسمى على اسم والد والدته.

قبل ان يهب احد المنتطعين ويدهامنى بسؤال عن ال DNA والحامض النووى وما إليه، ابادر واقول نعم فى مصر يعترف بال DNA ويؤخذ به فى الجانب الجنائى فقط من القانون. أما فى مسألة الأبوة والبنوة والأسرة فذلك فى القانون المصرى من صميم حق الرجل فقط. له أن يطلبه وله أن يرفضه وليست هناك جائزة لمن يحدس أن احمد الفيشاوى رفضه وبشدة.

لم تياس هند الحناوى، صارت حركة مجتمع مدنى بكامله، وواصلت استئنافاتها ضد الهزائم المتكررة حتى وصلت محكمة الاستئناف العليا، خاتمة المطاف. هذه المحكمة حكمها نهائى ونافذ ويجب تطبيقه ولا مجال لاستئنافه .. نهاية الطريق.

بعد عدة جلسات فى هذه المحكمة اعتمر المستشار رئيس قضاة المحكمة العمامة وطلب حضور والد احمد الفيشاوى للمحكمة. حضر فاروق الفيشاوى واحمد الفيشاوى والمولودة الصغيرة. عندئذ اخذ المستشار رئيس المحكمة قانونا شرعيا (كان يضعه علماء الشرع تحت وسادتهم على اغلب الظن) وفى باب اسمه "القيافة" استخلص المستشار ان هنالك شيها واضحا بين المولودة واحمد الفيشاوى

كنا فى العدد السابق من الحكمة قد أعدنا نشر قصيدة نزار خبز وحشيش وقمر بنصها العربى والترجمة الانجليزية بقلم دكتور التجانى الماحى له الرحمة والغفران وبمقدمة ضافية من الدكتور احمد الصافى حدثنا من خلالها عن زيارة الشاعر الكبير نزار قباني الى السودان فى اواخر ستينيات القرن الماضى.

ولا زلت اذكر ما كتبه الصحف السودانية آنذاك وكيف قال نزار فى احد التحقيقات الصحفية معه ان خمسين فى المائة من دواوينه توزع فى السودان والخمسين فى المائة الباقية توزع على كل العالم العربى وكيف أنه حينما يقدم قراءته فى الليالى الشعرية كم كان يسره حين يرى المعجبين الذين ضاق بهم المكان يتسلقون الأشجار (كالعصافير) حسب تعبيره. كل هذا كان أيام المقولة السائدة القاهرة تكتب بيروت تطبع والخرطوم تقرأ.

نعود فى هذا العدد أيضا للشاعر الكبير فى سيناريو جديد ومعاصر لكنه يلعب دوره هنا (posthumously) من وراء قبره. كيف حدث ذلك؟ متى؟ وأين؟ و... و... مهلاً فلنبدأ الحكاية من أولها.

حدث ذلك فى جمهورية مصر العربية قبل عامين او ثلاثة. بدأت القصة بلقاء الشابة هند - فى اوائل العشرينيات من العمر - بنت الأستاذ الجامعى احمد الهنداوى ووالدها ايضا استاذة جامعية .. التقت هند بالممثل الشاب ايضا فى العشرينيات من عمره احمد الفيشاوى نجل الممثل الكبير فاروق الفيشاوى ووالده الممثلة الكبيرة سمية الخشاب .. يعنى كلهم (ناس فى العلالى) حسب تصنيفات المجتمع المصرى المعاصر. تطورت العلاقة الى ما هو متوقع وغير المتوقع كذلك. ظهرت هند وهى حيلى وتدعى ان الوالد هو احمد الفيشاوى. كل هذا كان فى السر والخفية.

ظهر الموضوع فى الصحف حين اقامت هند الحناوى دعوى قضائية



وفاروق الفيشاوى .. فأمر بأن تنسب المولودة لاحمد الفيشاوى
وحكم بتعويض مؤقت لهند الحناوى.

بعد ذلك خلع القاضى العمامة واخرج ديوان نزار قبانى (الذى
كانت تضعه المرأة تحت وسادتها كما هو معروف ومؤكد) وراح
يقرأ منه على احمد الفيشاوى. قرأ القاضى قصيدة نزار القبانى
المنشورة هنا قرأها على احمد الفيشاوى. وبقرآتها نرى كيف ان
نزار نهض من قبره وارتنى روب المحاماة مدافعا عن المرأة وتم ضم
هذه القصيدة الى حيثيات المحكمة.
والى القصيدة:

لا تنتقع!

هى كلمة عجلى

انى لاشعر اننى حبلى

وصرخت - كالمسوع - بى .. (كلا)

سنمزق الطفلة

واخذت تشتمنى

واردت تطردنى

لا شىء يدهشنى

فلقد عرفتك دائما نذلة

❖❖❖

وبعثت بالخدام يدفعنى

فى وحشة الدرب

يا من زرعت العار فى صلبى

وكسرت لى قلبى

ليقول لى :

(مولاي ليس هنا)

مولاه الف هنا

لكنه جبن

لما تأكد اننى حبلى

❖❖❖

ماذا .. اتبصقنى؟

والقيء فى حلقى يدمرنى

واصاب الغثيان تخنقنى

ووريتك المشنوم فى بدنى

والعار يسحقنى

وحقيقة سوداء تملؤنى

هى اننى حبلى

❖❖❖

ليراتك الخمسون

تضحكنى

لمن النقود .. لمن؟

لتجهضنى؟

لتخيط لى كفننى؟

هذا اذا ثمننى؟

ثمن الوفاء يا بؤرة العفن

انا لم اجيئك لمالك النتن

(شكرا)

أأسقط ذلك الحمل

انا لا اريد له أبا نذلا

أيام في بريطانيا

مؤتمر أطباء السودان بالمملكة المتحدة وإيرلندا



مرتضى الغالى

للحقيقة لم اكن أعلم أن القضايا الصحية والطبية في السودان بهذا الحجم والعمق وبتلك الخطورة والطول والعرض، وبذلك الارتباط الوثيق بكل مفاصل الحياة إلا عندما جلسنا ذلك النهار في المحفل العلمي المهيب الذي تقاطر اليه اطباء السودان الأخيار من كل حذب وصوب.. من مدن بريطانيا التي تجاور السواحل وتلك التي تتسلق الهضاب والتي تنام عند سفوح أودية الريف الانجليزي المخضر الخصب من ويلز الى ايرلندا ومن الجوار الأوربي واسكندنافيا الى القارات البعيدة وكذلك من دول الخليج وشمال أفريقيا مع عقد منضود من الاطباء الذين جاءوا من داخل السودان وعليهم وعثاء السفر وثقل احمال هموم مواطنيهم الحيارى بين خواء المستشفيات الكثيبة وقسوة العلاج التجاري.

الديمقراطية والرعاية الاجتماعية وحقوق المواطنة وتصحيح الأولويات واعتماد حرية التعبير وحرية البحث العلمي وحرية اطلاق كافة طاقات السودانيين للاسهام في ترقية الحياة في وطنهم الذي لا يملكون غيره ولا يستطيعون ان يستبدلوه حتى بمدن المهاجر الباذخة ورفاه الحياة وانتظامها بين المساكن الدافئة والمستشفيات المضيئة والتشريعات والتقاليد الراضخة التي تعرف معنى الحياة وقيمة الانسان.

اطباء السودان ببريطانيا وإيرلندا ودأرتهم الواسعة التي تضم رصفاءهم في انحاء الدنيا مع الذين يقسمون الهم معهم من داخل السودان وجعيات الاختصاصيين الكبار يديرون منذ وقت ليس بالقصير حوارات ومدارسات مكثفة ومتصلة تتعلق بنظم تقديم خدمات الرعاية الطبية والتعليم الطبي في السودان لاعتقادهم الجازم بأن الرعاية الطبية والصحية الاولى من أساسيات حقوق الانسان التي يستحقها كل مواطن سوداني وانها المكون الأساسي في حقيقة كل حكومة بحيث تمثل اوجب الواجبات التي لا يمكنها التنصل عنها او التتكر لها.

وتقول الأوراق العلمية والمرتكزات التي يرتكز عليها المؤتمر العلمي الذي اقيم هذه المرة في مدينة ليستر التي تقع شرق الأراضي الوسطى (الميرلاند) وتكمن خلف (حدائق ايفنقتون) والعشب الاخضر خلف وامام تلال القلعة العتيقة و(ظلال همبرستون) على بعد ساعة ونصف الساعة من لندن.. تقول بيانات هذه الأوراق التي سوف تتكئ عليها محاور التداول ان السنوات الأخيرة قد شهدت عمليات منظمة لتفكيك نظام الرعاية الصحية في السودان واحالته الى حزمة خدمات مترفة لا يستطيعها إلا قلة من الأفراد الميسورين.

الصعود الى القاع

وفي ذات الوقت تم (استضعاف) الكليات والمعاهد العلمية بتوالي انقطاع التمويل مع (استولاد) مدارس طبية فقيرة لا تخضع لاي استراتيجية وطنية، وقد اسهمت (هاتان الجليطتان) في انحدار وتدهور وانسحاق معايير الرعاية الطبية والتعليم الطبي والتدريب، علاوة على ذلك فإن الاجسام التنظيمية والتمثيلية ذات التقاليد الديمقراطية التي كانت تقوم بحماية المرضى

حقا كما قال احد الأطباء النابهين ان المداخل الى التغيير السياسي والتحول الديمقراطي في السودان يكمن في رفع الأجندة الصحية عاليا فهي (الحزب الغالب)

الذي يجمع في عضويته كل المواطنين والذي يتطلع اليه او يكتوي بنار غيابه كل السودانيين لأن مطلب الصحة والتطبيب والعلاج هو المؤئل والمفزع الذي يلتقي عنده كافة المواطنين الذين قد يختفون حول مدى الاستنفاع بحرية الانضمام الى التنظيمات السياسية او التمتع بحرية الانتقال او الحصول على المعلومات (مع أهمية هذه وتيك وتلك) ولكن الحق في الصحة والعلاج هو الذي تلتقي حوله كل الجماعات في السودان مهما تباينت لغاتها وملامحها وثقافتها وانماط حياتها ومهما تعددت بيئاتها الجغرافية وسبل كسب عيشها عمالا ومزارعين وطلابا وعطالي وموظفين وربيات بيوت ورجال اعمال ونازحين.. وهلمجرا.

بهذا المعنى فإن الالتفاف حول الاجندة الصحية والطبية، ورفع راياتها في كل المنابر والمحافل هو الطريق الى التغيير السياسي والاقتصادي والاجتماعي فلا احد يستطيع أن يقف ضد مطالب المواطنين في الصحة

والعلاج والرعاية الطبية الأولية و(الحق في العافية) فأى حزب هذا وأي نظام سياسي وأي حكومة ترفض او تستهين بحق الناس في الحياة؟ وأي (تهمة سياسية) تستطيع أن تلقي بها اي سلطة في وجه المطالبين بحقوقهم في الصحة والعلاج؟ واين بند من بنود الحركة الاجتماعية والسياسية له أهمية الصحة والوقاية من الأمراض وتيسير سبيل العلاج لكافة المواطنين.

أضواء وظلال!!!

هذا هو الشأن الذي اجتمع عليه اطباء السودان الذين يهمهم شأن ما يجري في الوطن على صعيد الصحة والطب والتطبيب وهذا هو الهم الذي جعل الهيئة النقابية للأطباء السودانيين بالمملكة المتحدة وإيرلندا تلتقط القفاز وتحشد أهل هذه (القبيلة المستنيرة) لاقامة دورة اخرى من المؤتمرات العلمية حول هموم الصحة والطب في السودان للاسهام في اصلاح الحال المائل والاضواء المتردية بمهنية عمالية لا تنشغل بجدال (السياسة المتحزبة) أو (التحزب السياسي) وانما تأخذ من السياسة ما يدخل في نطاق الشأن العام الذي ينشد الاصلاح ويدعو الى

بما يتضمن ذلك اصلاح هيئة الاختصاصات الطبية وقوانينها، والتعليم فوق الجامعي: خطته وبرامجه واستمرار التعليم والتأهيل الطبي (CME) البحوث والتطوير، المراجعة والتقديم، ضوابط العيادات الطبية.

مشوار تحت الضوء

وبعد الجلسة الأولى التي تم فيها توضيح وبيان موقع هذا المؤتمر بين الأنشطة والمبادرات السابقة لهيئة الاطباء السودانيين بالملكة المتحدة وايرلندا ووسط حضور كثيف للمشاركين من الاطباء وبعض الحقوقيين والصحافيين، واستعراض الاهداف المرجوة منه والخطوات اللاحقة المقترحة بعده، وبعد كلمة ضافية من رئيس الهيئة النقابية. د. احمد عباس تحمل توصيفا شاملا للأوضاع الطبية والصحية والمهنية في السودان وأفاق اصلاحها انقسم المؤتمر الى اربع ورش عمل متوازنة في التوقيت والمشاركة والتداول استمرت حتى كادت الشمس الضيائية ان تحمل آخر اشعتها الرحيمة إلا ان ذلك لم يكن مآذونا به قبل انعقاد هيئة المؤتمر بكاملها حيث تستعرض كل ورشة عمل حصيلتها من النتائج التي توصلت اليها في موضوعها، ثم يفتح المجال أمام كل المؤتمرين المشاركين للتعقيب والاستدراك والمساءلة والمراجعة والاضافة على ناتج كل ورشة عمل وتوصياتها مما انار الطريق في ختام الجلسات لطرح توصيات المؤتمر الختامية التي سوف تخضع لحوارات اخرى في المؤتمر الموسع المقترح.

المريض - الطبيب - المهنة: قدلة يا مولاي حافي حالق!

بحث عن الآلية

ثم دار حديث طويل حول الآلية التي يمكن عبرها انفاذ هذه التوصيات وتحويلها الى وقائع وسياسات واجراءات في الواقع الطبي السوداني وقد اشارت جملة واسعة من المشاركين الى خشيتها من انتهاء المؤتمرات الطبية العلمية الى اصدار توصيات تظل حبيسة الأدراج والأوراق إلا ان أصواتا اخرى اشارت الى ادراك القائمين على المؤتمر بضرورة الحوار حول الآلية التي تستطيع اختراق حالة الجمود والانقطاع بين الرؤى والأفكار والاستراتيجيات والدراسات وبين الواقع القائم على اوامر وسياسات الجالسين على مقاعد السلطات التنفيذية في مجال الصحة والطب والمال والسياسات العامة في السودان علاوة على ان مجرد حشد الأفكار العلمية والمهنية والوطنية ولفت الانتباه الشعبي والمهني الى قضية عالية الحساسية مثل قضية الصحة والعلاج في السودان يعد في ذاته من الانجازات التي لا يمكن تبخيسها

وتحدث في جلسات المؤتمر القادم من الخرطوم بروفييسور مامون محمد حسين نقيب الاطباء في آخر نقابة شرعية منتخبة للاطباء السودانيين ورئيس اللجنة التمهيدية لاستعادة نقابة الاطباء الذي تجمر في لهيب التضحيات الكبرى ورفض ان يخرج رأسه من المقصلة حتى آخر لحظة لكي لا يعطي الدنية في شرف المهنة وكرامة المواطن. (وقال لها وقد جشأت وجاشت.. مكانك تحمدي او تستريحي).

هو يقول انه في أمر نقابة الاطباء لا تنظر للأشخاص من خلال أوانهم السياسية حيث (لكل حزبه والنقابة للجميع) ولكن لا يجوز اضاءة الحقوق واستدامة العقوق وخط الأوراق في نقابات المنشأة التي تصيب كل المهن بالكساح وتضيع عندها حقوق الموظفين والعمال والمهنيين قربانا للموالاتة السياسية والانتماء الحزبي.. وتلك قصة اخرى..

والاطباء معاً اخفت وتم استبدالها بتنظيمات خاضعة مهجنة ومدججة وغير فاعلة تفتقر الى الشفافية والمساءلة.

وكما هو معلوم فان احترام المهنة والوقاية والحماية الصحية يقع في القلب من أي نظام لتقديم الخدمات الطبية، ولكن المهنة تعرضت خلال هذه الأعوام الى استبعاد عشوائي وتهميش مريع وفي كثير من الاحيان الى ملاحظات ومظالم وفظائع تمددت حتى وصلت الى درجات الأذى البدني ومضى الأمر الى حالة اصبح فيها التوظيف يتم على اساس (الولاء السياسي) والمحسوبية ومثيلاتها..!

قاد كل ذلك الى عدم رضاء شعبي واسع عن الخدمات الطبية والعلاجية في السودان ترتب عنه وجود حالة من عدم الثقة المطلقة في الخدمات الصحية والطبية ومن يعملون عليها، حتى اصبحت قناعة كل مواطن ان هذه الخدمات فقدت وظيفتها الاساسية بما في ذلك من يعملون في المهنة الطبية من جمعيات الاطباء الاختصاصيين في السودان وخارجه.

هذا الذي دعا اطباء السودان بالخارج والداخل عبر هذا المؤتمر العلمي الذي تحول الى ورش عمل صورية مفتوحة لمخاطبة هذا التدهور الكبير في الأوضاع الصحية بالوطن حتى يمكن الخروج بوثيقة أو (خريطة طريق أولية) يمكن أن تصلح مركزاً واساساً لاجتماع موسع ومؤتمر قادم يقام في الخرطوم (كان المقترح أن يكون في يناير القادم ولكن تواترت المقترحات التي تدعو الى تأجيله أبعد من ذلك التوقيت من اجل الاعداد المتأني لضمان نجاحه).

الثيران الأربعة:

وضعت سكرتارية المؤتمر مؤشرات واهدافاً للمؤتمر العلمي من بينها:

❖ تحديد وتعريف الاخفاقات والقصورات القائمة الان في نظام الرعاية الصحية وتقديم المقترحات الموضوعية والواقعية لتجاوزها.

❖ تعضيد وتقوية دور التنظيمات والمؤسسات المهنية في المجال الطبي.

❖ حشد الطاقات لدعم المهنة الطبية والدعوة لتساند الجمهور والميديا الاعلامية والمجتمع المدني ومنظماته والتنظيمات السياسية على امتداد القطاعات والفضاءات من اجل انفاذ الرؤى والسياسات البديلة التي تصحح الوضع المتدهور الحالي.

واختارت سكرتارية المؤتمر العلمي أربعة مجالات محورية ومفصلية تؤثر مباشرة على مهنة الطب وبالتالي على مجال تقديم الخدمات الصحية وبناء على ذلك فقد اتعدت ورش عمل اربع على طول سحابة النهار الانجليزي متوازنة في الزمن بعد تقسيم المشاركين في كل ورشة وفق التخصصات والخبرة والرغبة.

❖ المحور الأول: نظام تقديم الخدمات الصحية في السودان من حيث البنية الحالية وقصوراتها، والنظر في تطوير رؤية شاملة ومتكاملة لترقية النظام الصحي مع أخذ دور الدولة في الاعتبار ودور القطاع الخاص واللوائح ونظم التأمين الصحي الخ.

❖ المحور الثاني: اللوائح والتقنين (والحاكمية) ويتضمن ذلك حماية المرضى، ديمقراطية المجلس الطبي السوداني ومراجعة قانونه من اجل ضمان استقلاليته ومهنيته، حتى يضحى مجلسا شفافا ومساءلا يحظى بثقة المرضى وطالبي العلاج والجمهور والاطباء، وضمان الممارسة الطبية، السلمية، والمواثيق الاخلاقية لمهنة الطب، وحماية المهنة والاطباء..

❖ المحور الثالث: حول الأطباء الشباب ووسائل التدريب والتلمذة الطبية ويتضمن هذ المحور مراجعة المدارس والمعاهد والكليات الطبية السودانية ومناهجها والتدريب الطبي الاساسي والتدرج المهني.

❖ المحور الرابع: بنية وهياكل المهنة الطبية وتنميتها وتطويرها

جريدة الايام 23 نوفمبر 2006

كاريكاتيد



طارق مصطفى محمد علي

- مهندس معماري
- ناشط حقوقي
- مساعد منسق برنامج الشباب - مركز سالمه لمصادر ودراسات المرأة
- مسؤول المكتب الاجتماعي - برنامج المرأة المتكامل
- عضو برنامج شباب من أجل حقوق الانسان







إلى وكيل وزارة الصحة الاتحادية.. مع التحية ...

يسن حسن بشير

نال تغيير وكيل وزارة الصحة الاتحادية اهتماماً كبيراً من الرأي العام السوداني الأمر الذي يعكس الشعور العام لدى المواطنين بأن وزارة الصحة هي وزارة ذات طبيعة خاصة لأنها ترتبط ارتباطاً مباشراً بصحتهم وحياتهم... وتدهور أحوالها يعني تدهور أحوالهم الصحية وتعرض أرواحهم للخطر.

والسؤال الذي يواجهنا الآن بالنسبة لوزارة الصحة الاتحادية بعد أن أصابها ما أصابها من ضعف وتدهور مذهل خلال العقود الماضية هو: هل هناك إمكانية إصلاح؟

وأقول: نعم هناك إمكانية لإصلاح وزارة الصحة الاتحادية إذا توفرت الجدية والرؤية الواضحة والمتكاملة للرعاية الصحية بجميع أبعادها المهنية والإدارية والاقتصادية والاجتماعية... ولكن من أين نبدأ؟ حسب تقديري الشخصي هناك عدة عناصر رئيسية تمثل مجتمعة نقطة البداية لأي عملية إصلاح جادة لواقع وزارة الصحة الاتحادية... وسأحاول تلخيصها فيما يلي:-

1. إن التسييس قد أضر كثيراً بالوزارة... فوكالة الوزارة كجهة مهنية إدارية تم تسييسها بشكل ضار للغاية... لذلك على الوكيل الجديد أن يفتح جميع نوافذ الوكالة لتخرج منها السياسة التي اغتالت المهنة والإدارة... فالجوانب المهنية والإدارية لشؤون الصحة في السودان كانت تدار بعقلية سياسية... وهذا يجب أن يتوقف دون أن يمثل ذلك مصادرة لحق الوكيل الجديد في أن يكون إنقاذياً ومنتقياً لحزب المؤتمر الوطني أو لأي حزب آخر... فليترك التزامه الحزبي عند باب الوزارة ويعمل وفق التزامه الوطني والمهني.
2. إن وزارة الصحة الاتحادية في حاجة إلى إعادة هيكلة... فالهيكل الموجود حالياً هو هيكل عتيق تم ترقيعه أكثر من مرة برؤية محدودة وقاصرة بل وضارة في معظم الأحيان.
3. صياغة فلسفة محددة للرعاية الصحية في السودان تلتزم بها وزارة الصحة الاتحادية وتضع كل سياساتها وبرامجها وفقها... وأهم ملامح هذه الفلسفة هي:-

- أ. الأولوية المطلقة مالياً ومهنياً وإدارياً للطب الوقائي.
- ب. العمود الفقري للرعاية الصحية في السودان هو الرعاية الصحية الأولية الريفية... فرعاية صحة الإنسان السوداني المقيم في الريف هي المدخل لضمان إنسان سوداني معافي في المدن والحضر وليس العكس.
4. إن إدارة شؤون الرعاية الصحية في العصر الحالي يجب أن يشارك فيها جميع أصحاب المهن الطبية المختلفة وليس فقط الأطباء... لذلك يجب أن يكون هناك وجود قيادي على مستوى وكالة الوزارة لجميع تلك المهن... وتحديدًا أقترح وجود منصب مساعد وكيل لكل مهنة... مساعد وكيل لشؤون التمريض... مساعد وكيل لشؤون المختبرات... مساعد وكيل لشؤون التصوير الطبي... مساعد وكيل للصيدلة... مساعد وكيل لطب وجراحة الأسنان... مساعد وكيل للهندسة الحيوية... مساعد وكيل للطب الوقائي... مساعد وكيل للعلاجي... الخ. ويمثل جميع هؤلاء فريق عمل واحد برئاسة وكيل الوزارة لكي تكون الرؤية شاملة ومتكاملة من جميع النواحي المهنية دون إهمال أي جانب.
5. إن وزارة الصحة الاتحادية لم تعد هي الجهة الوحيدة في السودان التي تقدم الرعاية الصحية للمواطن السوداني كما كان في السابق فالآن هناك جهات أخرى كالقوات المسلحة والشرطة والجامعات وجهاز الأمن والقطاع الخاص... لذلك أصبح من المستحيل صياغة سياسات وبرامج متكاملة للرعاية الصحية في السودان دون التنسيق مع تلك الجهات... فتلك الجهات يجب أن تتعامل معها وزارة الصحة الاتحادية كشركاء... وعليه أعتقد أنه من المفيد أن يبادر السيد الوكيل الجديد بالدعوة لإنشاء مجلس أعلى للرعاية الصحية في السودان يتكون من ممثلين لجميع تلك الجهات لأن قدرات وإمكانات جميع تلك الجهات تعتبر جزءاً من الاقتصاد الوطني ويجب استخدامها لخدمتها الأمثل في خطوط متكاملة ومتداخلة وليست متوازية كما يحدث الآن.
6. إن الرعاية الصحية في السودان قد تضررت كثيراً من نظام الحكم الاتحادي الذي مَلَكَ الولايات صلاحيات ومسؤوليات تتصل بمجالات حيوية ترتبط مباشرة بمستقبل السودان كالرعاية الصحية فأهملتها وجعلتها في ذيل قائمة أولوياتها... لذلك هناك حاجة ماسة لإعادة النظر في العلاقة بين وزارة الصحة الاتحادية ووزارات الصحة الولائية حيث أن كل ولاية لها أولويات واهتمامات مختلفة خارج إطار الرعاية الصحية. إن شؤون الرعاية الصحية يجب أن تكون مركزية توضع سياساتها وبرامجها وتنفذ برؤية مركزية متكاملة وشاملة ويمكن أن تساهم الولايات في ميزانية الوزارة بمبالغ محددة تتناسب مع عدد سكان الولاية دون أن يكون للولايات الحق في إدارة شؤون الرعاية الصحية الولائية.
7. التدريب... التدريب... التدريب... هذه الكلمة التي اندثرت في السودان خلال العقود الماضية يجب أن تعود بقوة وبعمق وبكثافة بوزارة الصحة... فهناك تدنٍ مدهل في المستويات المهنية لجميع العاملين بالمهن الطبية المختلفة من أطباء وصيادلة وممرضات وفنيين طبيين... الخ. والتدريب المقصود هنا هو التدريب العملي الذي يقوي المهارات المهنية... لذلك يجب أن يفتح باب الابتعاث الخارجي للتدريب بالدول المتقدمة ونستغل علاقات السودان الخارجية على ضعفها في الحصول على فرص تدريب عملي داخل المرافق الطبية للدول المتقدمة... فمجرد عمل طبيب أو ممرضة بمستشفى لمدة عام أو ستة أشهر بأمريكا أو بريطانيا أو السويد أو ألمانيا مثلاً فيه فائدة مهنية كبيرة لأن بيئة العمل الفقيرة مهنيًا التي تعلمت وتدرت بها الكوادر السودانية داخل السودان لا يمكن أن تقدم لنا إلا مثل هذه المستويات المخجلة من الأداء المهني.
8. يجب أن توقف التدخلات في شؤون الرعاية الصحية مثل تدخل رئاسة مجلس الوزراء وفرض مشروع سياسي دعائي كمشروع توطين العلاج بالداخل الذي يتناقض تماما مع أولويات الرعاية الصحية في السودان... فشؤون الرعاية الصحية في السودان يجب أن تترك لوزارة الصحة الاتحادية بعيداً عن عقلية الفرقعات السياسية الدعائية الاحتفالية.

خلاصة القول هو أن منصب الوزير هو منصب سياسي يتغير ويتبدل حسب واقع السلطة الحاكمة في السودان ولكن منصب الوكيل يجب أن يظل منصباً مهنيًا إدارياً مجرداً كصمام أمان ضد الإهتزازات التي يمكن أن تحدث بسبب تغير الواقع السلطوي في السودان... فشأن رعاية صحة الإنسان السوداني يجب أن يكون باستمرار شأناً مقدساً لا يهتز باهتزاز الواقع السياسي... مع التحية والاحترام والتقدير للسيد وكيل وزارة الصحة الاتحادية الجديد.

نقلا عن صحيفة الأحداث - أكتوبر 2007

وزارة الصحة ما بين أحمد وحاج أحمد وتدهور الخدمات الصحية

د. سيد عبد القادر قنات
استشاري تخدير - مستشفى أدرمان

تقديم:

أسئلة تدور بالخطر ،

هل الصحة هي خلو الإنسان من الأمراض فقط كما يفهم أهل الأنقاذ ؟

هل الدولة مسئولة عن صحة مواطنيها زمانا ومكانا وبالمجان ، مثل حالة المواطن السوداني ؟

هل التعيين بوزارة الصحة وفق الكفاءة والخبرة ، أم أن الولاء هو المعيار ؟؟

هل تملك وزارة الصحة خارطة طريق ، لعام ، لخمس أعوام ، لعشرة أعوام ، لكيفية تطوير الخدمات الطبية ، وقاية وتثقيفا صحيا وعلاجيا وتوفير

كوادر مؤهلة مع المعدات والمباني وعدالة التوزيع ؟؟

حملت الصحافة السودانية نهاية الأسبوع الفائت أخبارا أفادت بأعفاء وكيل أول وزارة الصحة الاتحادية ، بعد فترة طالت من أحاديث المدينة وأرهاصات ورصدها لأشاعات تتحدث عن قرب تعديلات في منصب الوكيل الأول لوزارة الصحة الاتحادية د. عبد الله سيد أحمد بعد فترة دامت لسنون ، شهدت فيها الخدمات الطبية تدهورا في جميع المناحي ، علما بأنه هو الدينمو المحرك لوزارة الصحة ، والقابض علي مفاصلها .

نعم تم التعديل والتغيير ، وجيء بدكتور كمال عبد القادر أخصاصي النساء والتوليد مترفعا من إدارة مستشفى الخرطوم ، ليصبح بقدرة قادر أنقاذية ، جالسا علي كرسي وكيل أول وزارة الصحة الاتحادية ، بعد أن قضى شباب العمر مغتربا حيث البترول دولار ، وعاد أخيرا وذخيرته عن السودان الوطن والخدمات الصحية صفرا كبيرا ، ولكن ذخيرته في الولاء الأنقاذي هي جواز المرور ومن يحملها فقد فاز فوزا عظيما . ولكن ماهو الفرق بين أحمد وحاج أحمد ، وكليهما هو جزء من أهل الولاء ، وأن كنا لانشك في كفاءتهما العلمية ، ولكن ماهو مردود فترة الوكيل السابق نحو الخدمات الطبية والتقدم بها خطوات نحو الأمام ؟؟، ولكن بالعكس ، تدهورت الخدمات من ناحية الطب الوقائي والعلاجي ، وتكس آلاف الأطباء بدون عمل ، وانتشرت الأوبئة والأمراض ، وصارت بيئة المستشفيات طاردة لجميع الكوادر ما بين الأطباء والكوادر المساعدة ولهذا هاجرت العقول والكفاءات والخبرات ألي حيث يجد الإنسان المريض خدمات متكاملة وألي حيث يجد الطبيب نفسه ، وفي نفس الوقت ظلت مفاصل العمل بوزارة الصحة الاتحادية وأدارات المستشفيات حكرا علي أهل الولاء فقط بغض النظر عن مقدرتهم وكفاءتهم ، حتي رأينا أنه تم الجمع بين عمادة كلية الطب وأدارة المستشفى في هذا العهد (د.مبيوع ود. الطيب عبد الرحمن) ، بل حتي مدير إدارة الطب العلاجي جمع في لحظة ما بين عمادة كلية الطب وأدارة الطب العلاجي (د. السيسي) ، كأن حواء وزارة الصحة السودانية قد عقرت من الكفاءات المقتدرة ، فصارت تلك المناصب حكرا فقط لأهل الولاء.

ثم ما بين محاليل كور ومحاليل مارك والثورة الصحة والثورة التعليمية ووصول ألي السيدوفان ومرورا بتوطين العلاج بالداخل ، تدهورت الخدمات الطبية علي أمتداد المليون ميل مربع علي مرأى ومسمع السيد الوكيل السابق، وقد كانت كل تلك المعارك ليس من أجل مصلحة المريض السوداني ، ولكنها معارك وتقاطع وتضارب مصالح أهل الولاء ، والمواطن السوداني ليس من اهتمامات قيادة وزارة الصحة الاتحادية ، بل ندلل علي ذلك بأن مارصده تلك الوزارة ونصيب المواطن في ميزانية 2005 هو في حدود 3.3 دولار فقط!! هل يعقل ذلك سيدي الوكيل السابق ؟؟؟ ثم لنسأله كم عدد المستشفيات التي زارها متفقدا سير العمل فيها داخل وخارج العاصمة؟؟؟ وقد تنقل هو مستوزرا ما بين وزارة الصحة ولاية الخرطوم ووزارة الصحة الاتحادية ، فماهي البصمات والتي تركها علي تقدم وتطور الخدمات الطبية؟

سيدي الوكيل عبد الله سيد أحمد (...لأستيفاء الحاجات اللازمة للأستخدام الأمتل لوارد الدولة وصولا للأرتقاء بصحة المواطنين في كل مواقعهم ...)، هذا ماكتبته في مايو 2005 كنتقديم للتقرير الأحصائي الصحي السنوي لعام 2004 ، ولكن بربكم ماذا قدمتم للخدمات الطبية منذ ذلك التاريخ وحتى لحظتها ؟؟؟ وهل عادت لها عافيتها وصحتها مثلما كان طه القرشي في المستشفى؟؟؟ سيدي الوكيل هلا راجعت صفحة 49 من نفس التقرير لتعلم مدي النقص المتوقع في الكوادر الطبية ، وماهي خططكم للأصلاح ؟ هل بعودة أهل الولاء ؟؟ أم بأبتعاث أهل الولاء ؟

أما أشاعة التوطين (توطين العلاج بالداخل) فهي فرية وكذبة كبرى ، صرفت فيها ملايين الدولارات في أجهزة بالية منذ أبريل 2003 وحتى هذه اللحظة ، بل نحتاج اللجنة لحصر تلك المعدات ، ومن أي الشركات أستوردت ومن أستوردها ومن يملك تلك الشركات ، وتقييمها ومحاسبة المخطيء مهما كانت درجة ولائه لنظام الأنقاذ .

سيدي الوكيل السابق ، لم تشهد فترتك أي تقدم للخدمات الطبية ، بل شهدت نقصا في الكوادر وتدهور في الخدمات ، وحتى آخر أيامكم بالوزارة شهدت أفراغ المستشفيات من كبار الأختصاصيين ، (الدايات ، امدرمان ، الجلدية الخرطوم) ، والتي هي أصلا تحتاج للمزيد من الكوادر ، ولكن !!!!!

ولنعود للسيد الوكيل الحالي ونقول بكل صراحة ، أنت أتيت لهذا المنصب عن طريق التعيين ، ولم يكن التعيين في يوم من الأيام جزء من العرف لنصب وكيل أول وزارة الصحة الاتحادية منذ الأستقلال وألي عهد الأنقاذ والتي صار في عهدها ، الولاء هو المعيار للتوظيف والترقي والبعثات،

ولو لم تكن جزء من أهل الولاء لما وصلت ألي هذا المنصب حتي بعد أزدل العمر ، ولكن لنسألك بكل شفافية، ولنتحاور في لغة جرد الحساب وفرش المتاع ، كيف وأنت مغترب لعشرات السنون تجمع آلاف الدولارات ، ولا تعرف عن الوطن وخدماته الطبية أي شيء، ثم تأتي وتتولي منصب مدير عام مستشفى الخرطوم التعليمي ، وفي الوطن هناك فطاحلة في الإدارة والعلم وأنت بالأمس كنت تلميذهم ، ولكن أهل الولاء لهم الحظوة ، ولهذا أتيت أنت مديرا لمستشفى الخرطوم التعليمي في غفلة من الزمن بحكم سيطرة وحجز كل مفاصل العمل بوزارة الصحة الاتحادية لأهل الحظوة والولاء..

ولكن أن تذهب خطوة أكبر لتقلد منصب وكيل أول وزارة الصحة الاتحادية ، فهذه لا يمكن أن تقبل لا عقلا ولا منطقا ، ألا بحساب وتفسير واحد فقط، ألا وهو أن الولاء قد طغي علي الكفاءة والخبرة والتجرد ونكران الذات .

وأنت مديرا عاما لمستشفى الخرطوم، أعلنت أن المستشفى بحاجة لبعض الاختصاصيين ، ولكن هل لك أن تسترجع ذاكرتك قليلا لتوضح للشعب السوداني والذي لم يوصلك لهذا المنصب عن جدارة وخبرة وكفاءة ، بل فرضت عليه عنوة وأقتدارا ، ماهي الشروط والتي وضعتها لألتحاق الاختصاصيين بتلك الوظائف؟؟ ألا تعتقد أن تلك الشروط هي سخرة وأستغلال حوجة البعض من الأطباء لما يسد الرمق؛ بل وأنت وكيفا أول أعلنت عن حوجة مستشفى الخرطوم لبعض التخصصات (تجميل وحروق) ، ولكن هل تعلم أن السودان به فقط2 أخصائي تجميل وحروق ، وهذا يقدر في عدم وضعكم لخطط مدروسة لتكملة النقص ، لا أنت ولا من سبقك في إدارة وزارة الصحة .

دخول الأطباء بعرباتهم لمستشفى الخرطوم ، ألم تستصدر قرارا بمنع أي طبيب لا يعمل في مستشفى الخرطوم من الدخول بعربته للمستشفى ؟؟ أن كانت هذه مشكلة بسيطة جدا بسبب تكديس عربات الأطباء داخل المستشفى ، ولكن حلها لم توفق فيه إطلاقا ، فكيف بك وأنت اليوم تتقلد منصب وكيل أول وزارة الصحة الاتحادية ومسئول عن كل قبيلة الأطباء في السودان(26 ألف) ، وحوالي 40 مليون مواطن يحتاجون للرعاية الطبية ؟

ثم مركز الخرطوم التشخيصي والذي أقتطعت له أرض حكومية وبأجهزة حكومية ودخل حرم مستشفى الخرطوم ، ولكن المأساة أنه يفتح أبوابه علي شارع أله أكبر، من أجل الأستثمار في صحة المواطن والذي دفع لك من دم قلبه مقتطعا من لقمة جوعان وكسوة عريان ولبن رضيع ودواء مريض وصرت عالما ، ومع ذلك لم ترد له الجميل وتقف معه من أجل إعادة البسمة لشفاه المرضى، لماذا بريكم ؟؟؟ الأخ الوكيل أنها أمارة ويوم القيامة خزي وندامة ، ولن تدوم لك ، ولهذا نقول لك دون وجل أو خوف أو تردد وبكل شفافية وصراحة ، أن أستحقاقات هذا المنصب هي الوقوف أولا وأخيرا مع المريض السوداني ، وهذا لن يأتي عن طريق القرارات العشوائية والفقوية من أي جهة كانت ، بل الدراسة والمشورة والتמיص ، ولهذا ،

لماذا لا تختط سنة حميدة نذكرها لك أجيال لاحقة وتتوارثها جيل بعد جيل ، وأن تترك أختيار منصب مدير عام مستشفى الخرطوم لقبيلة الأطباء ، فهم أدري بشعاب المستشفى ؟ بل كل المستشفيات تحتاج لأن تختار مدرائها مباشرة ، ومع ذلك ما زلت ممسكا بمنصب مدير عام مستشفى الخرطوم ، ولكن ألي متي ؟؟ الكفاءات موجودة والخبرة علي قفي من يشيل ، ولكنهم ليسوا أهل ولاء ، بل ولأنهم للوطن والمواطن وهو في أسوأ حالاته ، المرض والفقر والجهل ، ولهذا هل تملك من الشجاعة لأتخاذ القرار المناسب ، أم تنتظر القرارات الفوقية ؟؟؟

أن أبراء الذمة لهو واجب تحتمه عليك مسئوليتك تجاه الوطن والمواطن ، بل يجب أن يكون ذلك ديدنك بين الفينة والأخري بكل شفافية وصدق وصراحة ، وأن توضح هل تمتلك أنت أو أحد أفراد أسرتك شركات لها علاقة مع أستيراد الأدوية والعقاقير والمعدات الطبية ؟ أو هل وأنت مديرا لمستشفى الخرطوم تدخلت لصالح تلك الشركات ؟ أو هل تملك مؤسسة علاجية خاصة ؟؟

وأنتم مقبلون علي أستكمال برنامج توطين العلاج بالداخل ، فالشفافية مطلوبة في أبراء ذمة كل الشركات المقدمة بالعطاءات ، مع توضيح أسمائها بالكامل ومن يمتلكها ، وطرح العطاءات بكل شفافية وصدق، مع مراجعة العطاءات السابقة ومدى مطابقتها ما أستورد من معدات وأجهزة ومدى حوجة المستشفيات لها ، ودرجة كفاءتها اليوم وهي طريحة المخازن .

الكوادر الطبية والكفاءات المقتدرة تم أهملها عن قصد وتهميشها ، وأحالة معظمها للصالح العام ، بل صار الوطن والمستشفيات طاردة للكفاءات ، ولهذا فلا بد من مراجعة الأسباب والعمل علي حلها وفق رؤيا علمية بحتة هدفها الوطن والمواطن والرقي وتقديم الخدمات الطبية.

لن نتحدث عن الكوادر الطبية وكيفية توزيعها علي حوالي أكثر من 350 مستشفى ، في حدود المليون ميل ، لأنها مأساة حقيقية ، يجب دراستها فورا ووضع أنجع السبل لحلها.

أن الأطلاع علي قوانين الصحة العامة وقانون الصيدلة والسموم وقانون المجلس الطبي وقوانين أدارات المستشفيات وغيرها من قوانين ، أخذت قوتها منذ عقود خلت ، وقد كانت تحكم الخدمة المدنية في وزارة الصحة بجميع أركانها ، ولكن سيطرة أهل الولاء بما فيهم أنت، علما بأن خبرتك هي الأعتراب ، ضربت بتلك القوانين عرض الحائط، فهلا أعدت تلك القوانين مع تفعيلها ، وهي قوانين تحفظ للوطن والمواطن وقبيلة الأطباء كامل الحقوق؟

وزارة الصحة اليوم ليس لها خارطة طريق لكيفية تقديم خدمات طبية متكاملة وقاية وعلاجا ولكن أعتقد أنها تشتغل برزق اليوم باليوم ، ولهذا أن مشاركة قبيلة الأطباء من أهل الخبرة والكفاءة والمقدرة هو الأساس لتقدم وتطور الخدمات الطبية ، وستعود لها عافيتها وصحتها ، لكن أن أقلت بابكم دون قبيلة الأطباء

، وصارت القرارات فوقية ، فأن مصيركم سيكون مثل سلفكم دون أن يذرف أهل العلم والخبرة دمعة واحدة ، بل سيتم تشييعكم ألي مزبلة التاريخ أن أهملت أو قصرت في حق الوطن والمواطن وقبيلة الأطباء .

نعم ربما كان هذا حديث قسوة ، ولكن أسمع كلام البيبيك اليوم قبل الغد ، فغدا لن ينفخ التحسر والندم ، والشعب ذاكرته ليست كذاكرة الخريت ، وقبيلة الأطباء ذاخرة بالعلم والوطنية والتجرد والمعرفة والخبرة ، ألا هل بلغت ، اللهم فأشهد.



د. عزان سعيد

ظلوا 17 عاما بلا كيان يمثلهم :

الأطباء فى السودان: عزيز قوم ذل !

دهش صديقى د.خالد طوكر عندما إكتشف أن سائق الركشة التى أقلته من السوق الشعبى نائب إختصاصى نساء وتوليد حاصل على الجزء الأول من الزمالة البريطانية. النائب المذكور علل عمله بالركشة لقللة الحيلة وإنعدام وظائف النواب والأطباء العموميين . ووصف وضعه بأنه مؤقت أملته ظروف العطالة والحاجة لجمع مال ييسر له إكمال الجزء الثانى من الزمالة ببريطانيا.

ربما يندهش الكثيرون . الذين ما زالوا ينظرون للأطباء كصفوة محظوظة تتمتع بمزايا إجتماعية ومادية ومهنية . ويحرصون على (الزج) بأبنائهم فى كليات الطب . لحقيقة ظل مجتمع الأطباء يحاول تجاهلها عبثا . وهى أن مهنة الطب فى السودان لم تعد بذلك البريق القديم وأن الأطباء قد دالت دولتهم ربما لغير رجعة . وأنهم قد ذاقوا لأول مرة طعم العطالة والتشريد وممارسة الأعمال الجانبية.

ويجب هنا أن نفرق بين كبار الأطباء من أصحاب العيادات والمستشفيات الخاصة الذين حققوا إستقلالهم المهنى والمادى وبين الاغلبية الساحقة من صغار الأطباء وبعض كبارهم الذين ما زالوا فى كنف الدولة تتعلق بأهوائها المتقلبة مصائرهم فى التطور المهنى والأكاديمى والحياة الكريمة.

لقد تعرض المجتمع الطبى فى السودان خلال العقدين الماضيين للكثير من العسف والتعنت والحرمان من الحقوق والتضييق فى الحريات . مما يجعل محاولة تفصيل كل ذلك من الإستحالة بمكان . إلا إننى كأحد أفراد هذا المجتمع وأحد حاملى اماله والامه سأحاول أن أعرض للجوانب الأساسية لهذا الموضوع والتى تتلخص فى :

التغول النقابى :

رغم أن الأطباء من أهم شرائح المجتمع وإحدى فئاته المستنيرة والرائدة. إلا أنهم ظلوا طوال سنين حكم الإنقاذ أى منذ حل النقابات فى 1989 بلا كيان يمثلهم ويدافع عن حقوقهم. لقد قام النظام- والذى يحتوى بين أركانه للأسف على عدد من الأطباء- بحرمان الإطباء من ممارسة حقهم النقابى بسن مايسمى بقانون نقابة المنشأة الذى يجعل من النقابة مجتمع لشتيت متنافر من الناس الذين لا تجمعهم ذات المصالح والامال والتطلعات . بدلا عن القانون القديم الذى تقوم النقابة فيه على أساس المهنة.فتكونت على أساس هذا القانون ما سمي بنقابة المهن الصحية. والتى حشد النظام أنصاره لقيادتها كالعادة . ولم يهتم الأطباء بالتمثيل فيها أو الإضمام أيها بإعتبار إنها أحد صنائع النظام وأذرعها وواجهاته التى يستخدمها للتجمل.

أما إتحاد الأطباء فهو هيئة خدمية أكثر من مطلبية . ورغم سلبية هذا الإتحاد ومحدودية دوره إلا أن النظام لم يأل جهدا أيضا فى الدفع بإنصاره للسيطرة عليه . حتى أن ممثل الأطباء فى إحدى الولايات كان طبيبا حديث التخرج لم يتم تعيينه كطبيب إمتياز بعد رغم ما تعج به هذه الولاية من الأطباء فى مختلف المراحل المهنية.

لقد فشل الإتحاد المذكور فى تبنى العديد من قضايا الأطباء الملحة ووقف موقفا سالبا وعدائيا فى بعض الأحيان مما دفع الأطباء لتجاهله وتكوين كيانات مخصصة لتلبية مطالبهم. حيث وقف الإتحاد موقف المتفرج لدى مصادرة ميز أطباء مستشفى الخرطوم فى التسعينات وتشريدهم حيث قامت لجنة الميز المكونة انذاك بالتصدى للسلطة وفرض شروطها التى أدت لضمان عدم تشريد أى طبيب وبناء الميز الجديد.وقام الأطباء بعد ذلك بتكوين لجنة الأطباء والنواب التى انتزعت من النظام مجموعة من الحقوق المادية والمهنية فى ظل غياب تام أيضا لإتحاد المذكور. بل إن مسؤوليه رفضوا السماح للجنة بالإجتماع مع قواعد الأطباء فى دار الأطباء فى تصرف مشين مما أدى لتعميق الفجوة القائمة بين غالبية الأطباء والمجموعة القائمة على أمر الإتحاد.

لقد انحصرت نجاحات الإتحاد المذكور فى الإجتار بالعربات والأدوات المنزلية وحتى هذا الدور لم يستفد منه مجتمع عموم الأطباء الذين فاقت إقساط العربات وبعض الأدوات المذكورة وراتبهم الشهرية.

وقد بدأت بعض المحاولات لإستعادة الحق النقابى للأطباء وإعادة تكوين النقابة حيث قام مجموعة من الأطباء على رأسهم د.مأمون محمد حسين بتكوين لجنة لهذا الغرض . ومما لاشك فيه أن الجهود المخلصة لهذه المجموعة الكريمة ستصطدم بالنظام الذى يبدو أنه ما زال يرى فى تكوين النقابة بعبعا يقوض أركانه ويزلزل الكيانات الهشة التى ابتدعها وادعت تمثيل الأطباء.

المستقبل المهنى والأكاديمى:

رغم حاجة البلاد للأطباء إلا أن وزارة الصحة عجزت عن استيعاب العدد الكبير من خريجي كليات الطب التى يزيد عددها عاما بعد عام فى

دلالة واضحة على الإرتجالية التي تتحكم في القرار. حيث لا يوجد أدنى تنسيق بين وزارة التعليم العالي التي تقوم بإنشاء المزيد من كليات الطب ووزارة الصحة التي يتكسد بها الأطباء العموميون والنواب وأطباء الإمتياز وينتظرون طويلا في صفوف الإنتظار للحصول على وظيفة. لقد أضحى من المعتاد أن ينتظر الطبيب المتخرج قرابة العام الكامل ليتم إستيعابه في وظيفة طبيب إمتياز. أما وظائف الأطباء العموميين فقد صارت أمنع من عقاب الجو. وأدى ذلك لوجود عدد من الأطباء الذين يعملون في وظائف لا تتناسب وإتجاهات تخصصاتهم الطبية. أما التخصص نفسه- اللارزم لأى طبيب في مساره المهني- فقد جعلت له من الشروط ما يجعله هو الآخر من رابع المستحيلات. فلم تكتف الدولة بإلغاء بعثات التخصص الخارجية ببريطانيا فحسب. بل قامت بإلغاء التخصصات الطبية بجامعة الخرطوم التي بدأت في الخمسينات وحازت على إعتراف العديد من الدول ومعادلة الزمالات البريطانية. في قرار كارثي وأد في غمضة عين جهود وكفاح العديد من الأساتذة الإجلال لعشرات السنين.

وحتى البديل الذي أتت به الدولة (مجلس التخصصات الطبية) حالت الشروط القاسية التي وضعت للإلتحاق به بين عدد كبير من الأطباء وبين التخصص. حيث يطالب الطبيب- الذي لم يتمكن عل الحصول على بعثته للإلتحاق بالمجلس على نفقة وزارة الصحة- بدفع قرابة ال 17 مليون جنيه لإكمال التدريب في المجلس على النفقة الخاصة. مع ملاحظة أن مرتب الطبيب العمومي لا يتجاوز ال 550 ألف جنيه وهو مبلغ لا يكاد يكفي حاجات الطبيب الأساسية ناهيك إذا كان مسؤولا عن أسرة. ويزيد الأمر ضغنا على إبالة حقيقة أن الطبيب العمومي مطالب بالتفرغ للتدريب بترك هذه الوظيفة. أى أن يدفع الملايين المذكورة وهو بلا مصدر للدخل!

كل ذلك أصاب عددا كبيرا من الأطباء الذين ينوون التخصص والنواب الحاصلين على الجزء الأول وغير قادرين على الإكمال بالإحباط. ودفع بعدد كبير جدا منهم لدول الخليج والمملكة المتحدة وإيرلندا هربا من ظلم ذوى القربى. حيث أن كل من سنوا هذه القوانين هم من الأطباء الذين أدوا تخصصاتهم قديما على حساب الدولة في الدول ذات المكانة العلمية المرموقة.

بيئة العمل :

و المقصود هنا نوعان من بيئة العمل:

بيئة العمل المكانية : وتشمل المباني والمعدات والتجهيزات المختلفة التي تكفل للأطباء ممارسة دورهم الرسالي بفعالية وكفاءة. وهنا لا يخفى على أحد التدهور المريع الذى أصاب الخدمات الصحية في السودان في ظل الإنقاذ. حيث لم يحظ القطاع الصحى بأى إهتمام من أصحاب المشروع الحضارى. وتراجع الإنفاق الحكومى على الصحة لأقل من دولار واحد لكل مواطن في السنة (حسب تصريحات وزيرة الصحة السابقة الأستاذة إحسان الغبشاوى). صاحب ذلك إنهيار في البنية التحتية للمستشفيات الحكومية التي أصبحت علامة على القذارة والفوضى ومرتعا للقطب والفران .

أذكر أن أحد زملائنا عندما كان طبيبا للإمتياز قد تلقى تأنيا عنيفا من الإختصاصى المسؤول حيث غافلته قطة لئيمة وسرقت عينة أستخرجت من جسم مريض كان يفترض أن يذهب بها لمعمل الأنسجة المريضة. ويبدو أنه يجب أن نضع في الوصف الوظيفي لأطباء الإمتياز بجانب أخذ التاريخ المرضى والكشف عن المريض مهمة أخرى أكثر خطورة : مراقبة قسط المستشفى !

دفع ذلك القادرين إلى الإلتحاق إلى المستشفيات الخاصة. بينما أضطرت غالبية الشعب المغلوب على أمره للإلتحاق لهذه المستشفيات التي لا تليق بالإنسانية على مستوى البيئة والخدمات. وتفتقر إلى مقومات الفحص والتشخيص المتطورة الشئ الذى يضطر المريض العاجز بدنيا وماديا للتجول مسافات بعيدة خارج المستشفى لإجراء الفحوصات اللازمة. كل ذلك أدى لشعور الإطباء بالإحباط إزاء وقوفهم مكتوفى الأيدي عاجزين عن تأدية واجبهم لتقصير ليس لهم يد فيه.

بيئة العمل الإدارية: وقد زاد الطين بلة ما قامت به الدولة من إلغاء لمجانية العلاج. مما جعل القليل المتوفر من الإمكانات غير متاح للفقراء من المرضى.

لقد أضحى من المعتاد أن يخصص طبيب الإمتياز جانبا من مرتبه الضئيل لجمع (شير) لعمل فحص أو شراء علاج لهذا المريض أو ذاك. أو أن يضيع جل يومه بين مكاتب إدارات المستشفيات بحثا عن إعفاء أو تخفيض للرسوم لمريض غير قادر. ولا يعلم الكثيرون أن صغار الأطباء في السودان يقومون إلى جانب دورهم المعروف بأدوار إنسانية أخرى. فهم كثيرا ما يسخرون وقتهم الخاص ومالهم القليل لأداء أعمال هي من صميم واجبات الدولة. وتقوم القلة التي تملك سيارات بالتطوع لنقل المرضى في رحلة البحث عن تشخيص أو علاج أو في أحيان عديدة. لثواهرم الأخير!

تواصل الأجيال:

المعروف أن الطب من المهن التي يتوافر لممارسيها درجة عالية من التواصل بين الأجيال المختلفة ويستمر فيها التلمذ على يد الأقدم مدى الحياة. ويلتزم فيها الأصغر بإحترام وتبجيل الأكبر الذى يلتزم بدوره بتوجيه وتعليم الأصغر.

لقد أدى ما حدث أخيرا من تحويل الطب لنوع من الإستثمار لحدوث فجوة مؤسفة بين هذه الأجيال. لقد أدى إنشغال عدد كبير من كبار الأطباء بجنى المال وإتجاههم للمستشفيات الخاصة وعزوفهم عن المستشفيات الحكومية وتقديهم أمثلة سيئة لا تتفق وأخلاقيات المهنة (مثل أسعار الكشف في العيادات التي تساوى في بعض الأمثلة لربع مرتب الطبيب العمومي الشهري) إلى شرخ جدار الثقة الطبيعية الممنوحة من صغار الأطباء لكبارهم. وقد فاقم ذلك وقوف الكثير من هؤلاء موقفا سلبيا تجاه صدمات صغار الأطباء مع الدولة في قضايا تحسين أوضاع المهنة.

وقد زاد من إحساس الأطباء بالغبن أن زملاء مهنتهم الكبار لا يشعرون بالأهم وأوجاعهم. بل يهتمون بعضهم بالتسبب في بعض هذه الالام (مثلا قانون مجلس التخصصات الجديد الذى رفع رسوم التخصص من 6 إلى 17 مليون جنيه). ولا بد هنا أن نستثنى مجموعة كريمة من أساتذتنا الأجلال الذي ما زالوا رغم قلة العائد المادى مرابطين مع طلابهم في المستشفيات وكليات الطب الحكومية. ووقف العديد منهم مع قضايا الأطباء المشروعة مما عرضهم لكثير من العنت.

إن الأوضاع الصحية في السودان عموما وأوضاع أطبائه خصوصا تتجه إلى حافة الهاوية. إن قبيلة الأطباء مطالبة أولا بنسيان جراحاتها ولممة صفوفها وتقديم المصالح العامة على الخاصة. ومن ثم الضغط بشتى الوسائل لضمان وضع مهني وأكاديمي لائق للأطباء يكفل تقديم خدمة صحية إنسانية ومجانية لشعبنا الطبيب.



د. احمد عثمان سراج

رفقاً بالإنسان

(أمني أن أنشيء في السودان
"جمعية الرفق بالإنسان")



"سلامو عليكم .. سلام"
"و عليكم السلام"
كلام .. كلام ..
ثرثرة إعلام
والحرب رغم أننا
منيخة بكتفنا
تنذر بحتفنا
الموت الزؤام
"و عليكم السلام"
كلام ... كلام ...
وأمة الخيرات
تطعم الفتات
و "الموت حياة"
رفاة تلو رفاة
والقطط السمان
في "دولة الإيمان"
رفقا يا سلطان
بمن كرمه الرحمن
الإنسان .. الإنسان
عجبي يا سلطان!
في "دولة الشيطان"
قانون مهاب .. مصان
للرفق بالحيوان
فالأمان .. الأمان
يا "دولة الإيمان"!!

مايو 2002

المايسترو .. الدكتور ابراهيم مصطفى



شوقى بدرى

قبل اسبوعين سمعت بخبر مرض الصحفى الاستاذ وجدى الكردي . ولقد صدمت لان وجدى اصيب بذبحة وهو لا يزال شاباً . كما يعجبني جداً أسلوب وجدى فى الصحافه فهو خلاق لا ينتظر الخبر بل يذهب اليه ويبحث عن المواضيع .

بعد عدة محاولات أتانى صوت وجدى فى التلفون وطمئننى وعرفت ان العملية كانت ناجحه وحمدت الله على هذا . وبعد ان اكملت المكالمه بدأت افكر فى الرجل العظيم الدكتور ابراهيم مصطفى . الذى انشاء أول قسم لجراحه القلب فى السودان وفى مستشفى الشعب . ورفض ان يكون له مستشفى خاص وكان هذا فى امكانه . كما رفض ان يعمل مع الدكتور العالمى مجدى يعقوب المصرى . وفضل ان يعطى وقته وجهده لبلده . ومات فى شقه صغيره لم يمتلكها بل كانت ملك جامعه الخرطوم ولو اراد لكان من كبار المليونيرات . وتذكرت موضوع نشرته فى جريده الخرطوم فى نهايه التسعينات .

المايسترو .. الدكتور ابراهيم مصطفى

عندما عانى الملك خالد من قلبه طلب من الانجليز ارسال احسن اخصائى قلب عندهم واستجاب الانجليز لطلب الملك وارسلوا المايسترو كما كانوا يلقبونه د . ابراهيم مصطفى من امدرمان بانث جنب الخور . وعندما اراد الملك خالد ان يكافى المايسترو رفض ان يطلب اى شئ لنفسه . وتحت الحاح الملك خالد طلب عياده لجراحه القلب فى السودان . لتكون اول عياده فى مستشفى الشعب وفى كل السودان . وأتت المعدات من كوينهاجن شركه راديو ميتر .

فى سنه 1974 رجعت للسودان بعد غيبه طويله لزواج أختى (بله) زينه رجال العباسيه . وتأخر الزواج لان أخ العروس كان فى مؤتمر فى الجزائر . وبالرغم من ان خال العروس هو قاضى الاستئناف والرجل الشجاع عبد المجيد امام عبد الله . وخالها كذلك طه امام واحمد اسكوب ، من عتاوله العباسيه . الا ان الجميع كانوا يصرون على حضور د . ابراهيم مصطفى .

اول مره اشاهد المايسترو كان فى مطبعه ايمان عندما ذهبت لطباعه الكروت بصفتى وزير العريس . وكان هو كذلك لسبب مماثل . بصفته أخ العروس . وقلت له مازحاً (ياخى اخرتونا) فرد خجلاً وهو ينظر الى الارض (ما كان فى لزوم للتأخير الناس ديل بس ركبوا راسهم ساكت) .

وأثناء الحفل الذى احياه شرحبيل كان المنزل مفتوحاً للجميع واختلط اهل المورد بالعباسيه وبانت وبقية امدرمان ، والمايسترو يسألنى بكل رقه (محتاج مساعده . عاوز حاجه ؟؟) وكان يترك اصدقائه لكى يساعد بكل تواضع وابتسامته العذبه لا تفارق فمه .

د . مجدى يعقوب المصرى جراح القلب العالمى (لندن) . حضر الى الخرطوم لمقابله المايسترو . عندما فشل فى الاتصال تلفونياً من الهلتون لكى يحدد موعداً مع المايسترو ذهب الى المستشفى . وعندما سأل البواب عن المايسترو كان الرد (ما ياهو داك) وكان المايسترو كعادته متنقلاً داخل المستشفى بكل بساطه وبدون (هيلمانه).

رفض المايسترو عروض دكتور مجدى ، وان يترك السودان . وكان يقول عادةً (بالرغم من المشاكل والمعاناه يجب ان يضحى الانسان لوطنه) .

عندما تركت السائق خارج دارهم في بانث . لاننى اخرجت عدة مرات بادخال السائق فى صوالين الآخرين رأيته يدخل السائق الى الصالون ويقول لائما (بانث دى شجره ما فيها ولا ضل كيف تخلى الراجل فى الشمس |.؟) وذهب ليحضر مشروباً مثلجاً للسائق . لقد كان بسيطاً متواضعاً سمحاً . لم اسمعه يتحدث عن الآخرين الا بالجميل ولم اره غاضباً او خارجاً عن طوره .

فى سنه 1988 عرفت انه يبحث عنى فاسرعت الى عياده فى شارع الجمهوريه بالقرب من فندق الشرق . عرفت منه انه فى فتره غيابه تعطلت كل المعدات ، لان بعض الاذكياء حاولوا صيانتها بدون سابق معرفه . وكنت وقتها قد صرت وكيلاً للشركه المصنعه .

وحتى هذا التصرف السيئ لم يخرج من طوره . بل كان يقول (نعمل شنو ما هى البلد كده انحن لازم نقعد فى البلد دى لانها بلدنا . ولو ما انحن قعدنا فى البلد دى حتتطور كيف ؟) المطلوب وقتها كان تغيير او اصلاح اللوحات الالكترونيه . ولاهميه الموضوع ولكى يتجنب التأخير عرض ان يدفع التكاليف من جيبه الخاص .

مدير المبيعات لشركه راديو ميتر ادهشني عندما قال ان الشركه ستتكفل بكل المصاريف بدون مقابل . ولقد كنت اعرفه كرجل اعمال شرس لا يترك مليماً واحداً وحتى عندما كان يزورنى فى السويد كان يحاسبني على كل مليم .

السبب فى كرمه المفاجئ هو قوله لقد تعاملت مع كل العالم لم ارى ولن ارى رجلاً كدكتور ابراهيم مصطفى . ففى كل مره نعقد صفقه يطالب البشر بعمولات او رشوه او دعوه للدنمارك . ولكن الدكتور ابراهيم مصطفى كان يرفض اى شئ . او خدمه بل يصر ان يدفع تذاكر سفره بنفسه . وهو احد الدكاتره القليلين الذين حاولوا ان يستوعبوا معداتنا من الناحيه الفنيه . وهو جراح قلب لا مثيل له . وتصادف ان كان للشركه فنياً فى طريقه الى ليبيا . فأرسلوه الى السودان بقطع الغيار وتكلفت الشركه بكل المصاريف . وكانوا يقولون دكتور مصطفى شئ خاص جداً سنتعامل معه بطريقه خاصه جداً .

عندما سمعت ان المايسترو قد مات مع زوجته لان البتوجاز قد انفجر فى زوجته وحاول هو انقاذها ومات الاثنان ، تألت كثيراً وتذكرته بأدبه الجم وابتسامته العذبه والخساره الجسيمه التى تكبدها السودان .

لو اراد المايسترو لكان ساكناً بقصر محاطاً بالخدم والحشم فى بلاد الغربه . ولم يكن يحتاج لان يقترب من المطبخ ناهيك الى التعرض لانفجار البتوجاز .

من عطف الدنيا عليا ان قابلت كثيراً من الرجال والنساء من هم خيراً منى ولكن امثال المايسترو يشعرونني بتفاهتى كبشر .

● الدكتور ابراهيم مصطفى هو خال ندى ابنه تؤام الروح احمد عبد الله (بله) رحمه الله عليه الذى لا ازال ابكيه يومياً ، وهو كذلك شقيق الاخت نور ارمه بله . رحمه الله على هؤلاء العظماء وليأخذ الله بيد الباقيين .
نقلا عن سودانايل 1 نوفمبر 2006

in the media gave a figure of 10,000 patients on dialysis and a projection to increase dialysis capacity to 400 haemodialysis machines.

In addition a continuous ambulatory peritoneal dialysis programme has been launched under the supervision of Professor Hasan AbuAisha.

Causes of CKD in Sudan

Abboud et al reported in 1989 (Fig 1) that the commonest causes of end stage renal failure (ESRD) in Sudan are chronic glomerulonephritis, renal stone disease, diabetes and hypertension. Although this study is over a decade ago, a recent study from Nigeria has also found that chronic glomerulonephritis is still the leading cause of ESRD. The global explosion of diabetes mellitus has significantly impacted on the prevalence of renal failure in the west and this trend is become increasing evident in the developing countries and poses significant challenge to nephrology.

Projected incidence and prevalence of CKD in Sudan to the year 2010

The true burden of CKD in Sudan is unknown. However, few reports has suggested a dialysis prevalence of 35 per million population (pmp) in 2000 (Fig 2) and a dialysis prevalence of 876 patients in 2004 (Fig 3). It is clear that dialysis need is unmet and is far less than the expected national rate thus representing under treatment of chronic renal failure in Sudan.

However, using extrapolation methods it is possible to estimate CKD burden in Sudan. Many countries including the United Kingdom extrapolated data from the USA to estimate the burden of the disease and plan the service.

If we were to use the same method and based on the USA 2004 statistics for CKD, Sudan dialysis population (CKD stage 5) would be 35,000 patients. Fortunately but sadly this is not the case as the majority of these patients would have not survived the disease. The extrapolated data from the USA also estimates that there are 3.5 million people in Sudan with CKD between stage 1-4 (Fig 4). Dr Omer Abboud in a recent publication estimated dialysis incidence in Sudan to be 150 new patients per million populations. Therefore we should expect the annual addition of 5250 patients (Sudan population of 38,114,160 - July 2003 est.), and a projection of 66,500 patients by 2010 provided a steady state is reached and all patients with CKD are identified and treated (Fig 5).

What are the likely costs (in present dollar values) of treating current and new cases (to 2010) of CKD?

Resources are a major issue worldwide, and we must concede that haemodialysis and peritoneal dialysis are expensive treatments, ranging from US\$30 000 to US\$60 000 annually in developed countries and from US\$6000 to US\$40 000 in developing countries.

Reports from Sudan estimate the cost of one dialysis session at US\$100. Each patient requires 152 sessions per year at a cost of US\$15,200.

Sudan Officials has reported recently in the media that currently there are 10,000 on dialysis in Sudan and thus their treatment cost would be US\$152 millions. If the expected 45,000 patients currently requiring treatment are identified and treated the dialysis cost would rise to US\$684 millions. Assuming that all the 66,500 patients requiring dialysis are identified and that a steady state is reached in 2010, the cost of dialysis based on current values would be US\$1 billion.

A cost effective model of renal service

CKD is a Public Health problem that needs a public health approach. CKD is not being detected early enough to initiate treatment regimens and reduce death and disability. In addition, many interventions are being delivered too late to improve outcomes. It is worth mentioning that most individuals with CKD are unaware that they have this disorder. Thus, the issue of CKD extends beyond a clinical problem addressed only by nephrologists to a major public health issue requiring multilevel efforts. Initiatives should be undertaken to make health care providers and the general population more aware of the seriousness of CKD, its risk factors, and opportunities for screening.

Nephrology practice has responded to the challenge and has evolved over the last 4 decades. The Journey of Prevention commenced in the 1960s with tertiary prevention focusing on the preventing and managing end-stage renal disease and dialysis complications. While during the 1980s–2000 secondary prevention, focussing on blood pressure, proteinuria, lipid and glycaemic control, smoking cessation and avoiding nephrotoxic drugs, was instituted to slow the progression of the disease with good success. Early identification and interventions can help prevent or delay progression to end-stage renal disease and currently the international renal community is advocating primary prevention by early detection and prevention of CKD (Fig 6).

Dialysis treatment is expensive and even the developed countries are struggling to maintain. In the short term, it is necessary to increase access to dialysis and transplantation but it is crucial that prevention of kidney disease programs are implemented simultaneously as an essential long-term approach.

Based on the experience of the international renal community and the success of the prevention programs, Sudan will benefit from a cost effective model of care based on prevention and should be led by the Sudan Society of Kidney diseases and transplantation (Fig 7).

Finally the success of such a program will depend on the collaboration of the Policy makers, the public health, the media and the support of the international renal community. In addition, a renal registry, clinical practice guidelines and research are integral components of the program and pivotal of its success.

PS: This article is based on a lecture delivered by the author at the Sudan Doctors Union Conference on Sudan Health, Birmingham April 2006.

References can be obtained from the author.

Renal Service Delivery

A cost effective model for specialist service

This article is based on a lecture delivered by the author at the Sudan Doctors Union .Conference on Sudan Health, Brimingham April 2006



Ibrahim H Fahal
Clinical Head, Department of Nephrology
Oldchurch Hospital
Romford, Outer London, UK

Introduction

A simple definition and classification of kidney disease has been introduced by the international renal community to make it necessary for international development and implementation of clinical practice guidelines. The term Chronic Kidney Disease (CKD) has been recently coined to improve our understanding of the burden of the disease and to provide a better patient care. CKD is now staged according to the estimated Glomerular Filtration Rate (eGFR) into 5 stages. eGFR is calculated from age, sex and serum creatinine measurement. Stage 1 is kidney damage with normal or increased eGFR and stage 5 is established kidney failure requiring renal replacement therapy.

The global burden of CKD

CKD is a worldwide public health problem, with increasing incidence and prevalence, high costs, and poor outcomes. It is estimated that over 1.1 million patients require maintenance dialysis worldwide and expanding at a rate of 7% per year and, if the trend continues by 2010, the number will exceed 2 million at a cost of 1.1 trillion US dollars. Developing countries are predicted to shoulder a disproportionate share of this disease burden.

The available literature has documented a higher prevalence of CKD in developing countries than in the developed world with increased prevalence of chronic glomerulonephritis, systemic hypertension, obstructive uropathy and urolithiasis. While diabetic nephropathy being the most common cause in Europe, the United States, and Japan.

The Sudan burden of CKD

Historical background

Nephrology was introduced to Sudan as early as the 1960s when Dr Abdelrahman Musa (Professor Musa later) returned from Edinburgh having obtained the MRCP (nephrology) and training in renal medicine. The first renal unit was established in Khartoum Civil Hospital and intermittent peritoneal dialysis was started in about 1967. Later in the same year haemodialysis using a Keil machine was started as home dialysis for a non-Sudanese patient. After his death the machine was donated to Khartoum Civil Hospital to mark the start of haemodialysis in Sudan. In 1975 the second renal unit was opened in Soba University Hospital with two Peritoneal Dialysis beds and two Redy recirculation haemodialysis machines.

Sudan was at the forefront of renal transplantation and the first renal transplant was carried out by the late Professor Omar Belail in 1974 in Khartoum Hospital for a Saudi patient. That was the second operation in the whole of Middle East; the first was in Jordan, in 1972. The second renal transplant was carried out in Soba University Hospital in 1975 and the patient survived for about 3 years and, died with a functioning graft, from a cerebral haemorrhage. The major haemodialysis unit, the Khartoum Dialysis Centre (recently renamed after the late Dr Salma Mohamed Suliman), was established in March 1985 (Dr Omar Abboud, personal communication).

Sudan Renal capacity and burden of disease

The shortfall in the provision of renal services in Sudan although well recognised has not been highlighted in well documented epidemiological studies and the incidence of end-stage renal failure is not known but is estimated to be very high due to the high prevalence of risk factors for CKD and the unrecognised rise in non-communicable diseases (diabetes and hypertension etc).

However, in the last two years there has been considerable expansion of dialysis capacity in Sudan. Recent published report

National exam

Establish scientific committee
Organise national question bank
Establish central and local implementation committees

Q.A. in approving new medical schools
Will School meet standards in educational guidelines
Will development affect resources for existing schools
A body of reviewers should study course well before planned date of start
Site should also be reviewed

Recent reports from Sudan highlighted concerns in medical education

Professor Elzein Kararr, Sudan Medical Care Foundation Conference on Medical Education, Royal College of Physicians of London 2004

Dr Elsaddig Gasemallah, Towards a new medical education policy in Sudan, Khartoum 2006 (www.doctorsgate.com last accessed 24 October 2006)

Recommendations

Reports from Sudan (Dr. Elsaddig Gasmalla and Prof. Zein Karrar) highlighted serious concerns about state of basic medical education in Sudan

In order to assess the quality of medical education we suggest the following:

Recommendations

Adoption of national guidelines for basic medical education based on international and regional standards and tailored to the needs and requirements of Sudan as recommended by WHO.

Starting a process of self evaluation by each medical school.

Starting a process of a national external review by each medical School

Establishing an independent national body for accreditation of medical schools with wide representation and clear authority and jurisdiction

Sudan medical council should not grant licences to graduates form medical schools which are not accredited

Set up a unified national exit examination

Application for new public and private medical schools should be approved by the national accrediting body

Convene a meeting of all parties concerned with health services and medical education in the Sudan to consider the problems and agree a mechanism to bring about a change

Finally ...

There is a need to spread awareness and prepare for a larger conference in Khartoum with participation from all the stakeholders

External Q.A.

Process should be professional , collegial and positive not punitive

Reviewers prepare interim report and pass it on to school of correction of errors of facts

A final report is prepared

Best practice in external Q.A. system

Should include all major stakeholders

Should be open to public scrutiny

Should be conducted in a consultative and consensus building fashion

Should be collegial but not collusive

Should identify both strengths and weaknesses

Should have the means and authority to implement its conclusions

Should monitor progress on an ongoing cycle of review

Should focus on achievement on self-specified objective

Should ensure choice of credible student assessment methods

Should encourage a variety of teaching and learning methods

Should ensure there are adequate resources to deliver the curriculum

Should be concerned with good outcomes not detailed specification of curriculum content

Unified national medical exam.

An independent national body should develop, administer and evaluate exam.

Body should include representation from all colleges and ministry of health

Exam should be administered according a general standard

Should test competencies in interpretation, problem-solving, comparison, analysis, decision making, management and leadership skills

Results should serve as feedback to colleges

Accreditation

Report of external review should be submitted to accreditation authority

Final decision on accreditation is made based on report

Accreditation may be revoked or given subject to certain conditions being addressed within a specific period

Steps in planning a national accreditation system (WHO /EMRO)

Setting standards

1. Establish national taskforce

2. Hold seminars and meetings with representatives of all parties

3. Review regional / international guidelines

4. Accept and adopt national standards

5. Recommend for legalisation

6. Discuss and approve rules and procedures for accreditation

Establishing accreditation body

Set clear legal function and rules

Ensure independent status

Produce and disseminate accreditation documents

Setting a plan of action

Develop time table to accredit schools

Set a date for national unified exam

Objective related to knowledge

Graduates should have knowledge of:

1. Scientific methods relevant to biological, behavioural and social sciences
2. The normal structure, function and development of the human body and mind in all stages of life
3. The aetiology, pathology, symptoms and signs and natural history of common mental and physical ailments in all age groups
4. Common diagnostic procedures, their use and limitations
5. Management of common conditions
6. Management of normal pregnancy, childbirth and common obstetrics emergencies and family planning
7. The principles of health education, disease prevention, amelioration of suffering and disability, rehabilitation and care for the dying
8. Cultural and social factors
9. Health care delivery systems
10. Ethics and legal responsibilities

Objectives related to attitude

Objectives related to skills

The educational programme

General educational principles

Design and implementation of curriculum

Organisation of topics and integration

Special health topics requiring emphasis

Teaching and learning methods

Quality Assurance systems

Definition:

“The totality of systems, resource and information devoted to maintaining and improving quality of teaching, scholarships and research and students training experience”

Fitness for purpose

Meeting the expectation of the Consumer or user

Internal system

External System

Self-study by medical school

Enables school to identify strengths and weaknesses

Devise strategies to ensure strengths are maintained and weaknesses addressed

Use educational guidelines to evaluate sufficiency and organisation of resources

Self-study

School should set up internal taskforce chaired by the dean

Chairpersons are appointed for each section of the guidelines

Full representation of task force: academic staff, administration, finance, students

External quality Assurance

Medical school submits self-study report, database of information and programme to external agency

External agency constitutes a panel of reviewers with wide ranging expertise

A chairperson and secretary appointed

Visit should be arranged with school

Visit should be sufficiently long to enable proper inspection

Quality issues in medical education



Dr Salah Mohamed Omer

Need for reform of medical education has been recognised by WHO
WHO has been collaborating with World Federation for Medical Education WFME
There has been a growth of network of community oriented medical schools
Need for monitoring quality of medical education realised by WFME
WFME produced guidelines on standards of basic medical education
WHO adopted WFME standards as measure of quality of medical education

WFME Guidelines

Define basic and quality development across 9 broad areas

Areas are divided into 38 sub-areas

Guidelines can be used as template to develop national guidelines

Each medical school can use guidelines to monitor itself

International Standards

Mission and objectives

Education Programme

Assessment of students

Student selection and support

Academic staff

Educational resources

International Standards

Programme evaluation

Governance and administration

Continuous renewal

Mission and objective

Medical schools should define their overall mission and objectives

Mission should be defined after consultation with stakeholders e.g. university, government, community

Medical school should be responsible for development and implementation of Curricula appropriate for their mission

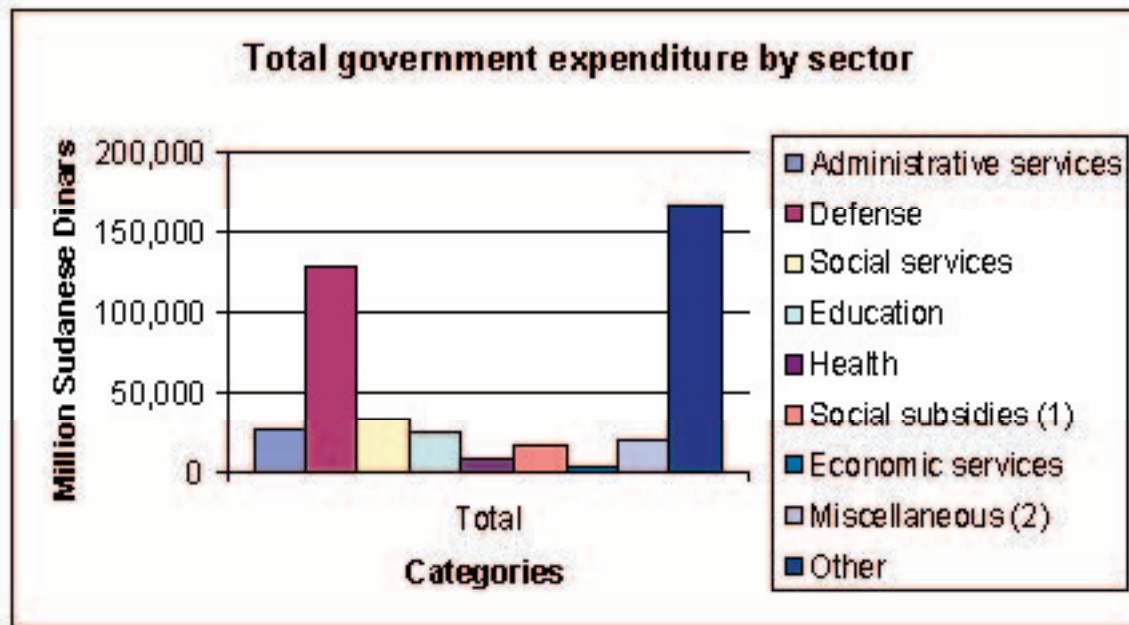
Objectives

General objectives

Overall goal of basic medical education is to produce broadly educated graduates with appropriate foundation for training in all branches of medicine

and came up with very useful conclusions. These were discussed further in the conference in Ireland and the following recommendations were reached:

- o Health is a basic Human Right.
- o The government to consider the reactivation and implementation of the health policies that existed up till 20 years ago.
- o We demand the political commitment to the Public Health agenda and for the provision of care as a governmental responsibility towards the whole nation.



- o To amend the laws to enable freedom of expression and complete transparency and accountability when it comes to health related issues.
- o To respond to the country's needs and develop a community based population-oriented system that is capable of delivering care to the people in most need.
- o To spend on health in relation to Gross National Income.
- o To demand state funding for emergency, maternity and children's care
- o To address the issue of funding for healthcare by exploring partnerships with the private sectors and the NGOs.
- o To activate and reform the Health Governing Laws to reflect the recent Political and Socio-economic developments in Sudan
- o To urgently regulate the private sector demanding better value for money, evidence-based care pathways and robust quality assurances.
- o To set standards against which the quality of the health graduates performance can be evaluated. This includes doctors, nurses and other health professional.
- o To address the issue of unemployment between Healthcare workers, their career pathways, remuneration and migration.

It is clear that the health system of our nation is critically ill needing urgent attention. With our newly found wealth and peace, it should be more than possible to heal it. This healing process needs a body to work with the politicians to ensure that the agenda for health are taken seriously and given priority. To be effective, such body would have to be democratically elected, completely transparent and accountable to the grassroots.

The next obvious step is to go ahead with the plans for the National Conference in Sudan to determine how these recommendations can best be taken forward.

You might remember that in 1978, the Blue Nile project managed to successfully control malaria dropping its prevalence from pandemic levels less than 1%. This programme stopped in 1989 resulting in the surge of this pre-historic disease with its devastating results. The problem is now more complex with the resistance of the parasite to Chloroquine and the vector to the insecticides. More over the recent environmental and social conditions like famine, drought, flooding, civil war and extensive irrigated schemes complicated matters further.

Other communicable diseases which remain endemic, such as diarrheas, upper respiratory infections, TB, typhoid etc., all complicated by the rising threat of HIV-AIDS, still need urgent attention, proper planning and effective management.

Despite the best efforts of all the agencies involved, we sadly continue to have one of the worst statistics in the world in the Infant Mortality Rate (IMR). The IMR in the North is 68 per 1,000 live birth (LB), and 150 / 1,000 LB in the South (6/1000 LB in the UK). The under 5 MR is 102/1000 LB in the North and 250 / 1,000 LB in the South (7 / 1,000 LB in the UK). These are staggering figures. With proper education and public health development, these trends could improve and thousands of lives will be surely saved.

Maternal Mortality Rate (MMR) is by no means better. This was recently estimated at a frightening 1,000 / 100,000 LB in the North and more than 2000 / 100,000 LB in the South (only 5 / 100,000 LB in the UK).

Today in Sudan less than 70% of expectant mothers have access to some form of Antenatal Care (ANC), 43% of the villages have Midwives and only 25% of the hospitals have some form of obstetric related emergency equipments.

Practically most of the life threatening obstetric complications can be predicted and prevented successfully. In the UK, the MMR dropped significantly with the introduction of proper ANC in the 1920s and further more in the 40s after the Antibiotics and banked blood facilities.

These were some examples of how serious the health status in Sudan is. To complicate matters, since 1994 the government adopted a federal system for health. The country is now divided into 26 states and 134 localities. This system is characterised by multiple tiers of federal, state and local governments. The federal level is concerned with policy making, planning, supervision and co-ordination while the state government concentrates on the implementation at the locality level. This strategy would have worked had there been even distribution of the financial and human resources between the states and between the rural and urban areas according to the actual need. Khartoum, Wad-Madani and Port-Sudan continue to attract the lion's share of the resources, leaving the rest of the country with only crumbs.

Since the commencement of the oil pumping in Sudan (current daily production of 500,000 barrels rising to 1 million barrels by 2008), the gross national income (GNDP) of the country rose from 8.2 billion US\$ in 1994 to 18.7 billion US\$ in 2004, yet our nation's health is still far from the international average figures.

As you can see in figure below, the bulk of the government's expenditure is dedicated to security (other) and defense. The actual public expenditure on Health and other Social Services is only 2% of government expenditure.

In the UK, the government spends £200 per annum on the health of the individual in comparison to only 8 US\$ per annum in Sudan. This is despite the Britain being involved in wars on several fronts and not having its own oil reserves.

The private sector gradually expanded to fill this gap. It is now the main route for accessing some form of health care in Sudan. Medicine became an expensive commodity that is not affordable to the majority of the people. Furthermore, with the lack of accountable and transparent regulatory bodies, the state and private health systems deteriorated even further and completely lost the confidence of the people they are serving.

The Healthcare Delivery Systems Workshop

The workshop was well attended by doctors from the Britain, Ireland and Sudan, educators, journalists, and service developers. Over five hours the delegates discussed constructively and passionately the related areas

The Good, the Bad & the Ugly, the Story of Our Nation's Health



Dr. Nassif S N Mansour

MBBS MRCP(UK) MRCGP DGM DRCOG DFFP

General Practitioner

Oakhill Health Centre

Surbiton, Surrey KT6 6EN, UK

e-mail: nassif.mansour@nhs.net

As a Sudanese health professional trained in Sudan and living abroad, I have constantly being burdened by the deteriorating health care in our beloved country Sudan. In our own ways, we have all been trying different methods of supporting our fellow country men and women back home. These efforts as novel as they are, they were on an ad hoc basis and had limited and short lived results. It became increasingly obvious that a radical change to the health system is urgently needed to achieve better health and prosperity to the whole nation.

Through the Sudanese Doctors Union here in the United Kingdom & Ireland (SDU-UK&I) we have initiated active engagement and dialogue for almost two years now with the Specialist Associations in the Sudan (SAS) and the Federal Ministry of Health (FMOH). Our vision is to have a health care system that addresses the physical, mental and social needs of the individual and an environment that caters for the dignity of both the patient and the doctor.

In this period, the union successfully organised three conferences, two in England and one in Ireland where delegates from the UK & I as well as representative from SAS and the FMOH attended for open and frank discussions about the current health situation in Sudan and to prepare for a National Conference in Khartoum where the outcomes would be shared and translated to actual policies implemented back home. Our objectives were:

- o To identify and build on the available strengths and resource.
- o To strengthen & consolidate the role of the professional organisations & institutions.
- o To rally the support of the medical profession, the public, the media, the civic society organisations and the political parties across the spectrum to ensure proper implementation.

I was involved in organising a workshop addressing the Health problems in Sudan and how to deliver the care for the whole country with its diverse demography, extreme climates and vast geography. A health system that is accessible, equitable, affordable and sustainable.

Background

Sudan is the largest country in Africa with an area almost equalling the size of Western Europe. This means a vast network of infrastructure is needed to ensure the proper delivery of care where it is most needed. Its climate ranges from damp rainy in the South to dry hot in the North creating an ideal environment for the spreading of the communicable diseases with their known devastating effects.

The social and political situation in Sudan over the past 50 years did not help either. Sudan has suffered from civil war in the South for much of the period since independence. The effect of war and years of lack of funding and systematic dismantling of the public services and the infrastructure naturally led to deterioration in the economy, in the community development and the health services. This resulted in widespread poverty, unhygienic living conditions, malnutrition, illiteracy and poor access to clean water and proper sanitation especially in the South.

The Trainer

- Who can be a trainer? (Criteria)
- Selection process
- Trainer's Package
- Training for the trainers
- Trainees' Supervisors nominated by the 'Specialisation Authority'

Monitoring of Training

- Appraisal & Assessment,
- Links with International Training Bodies, a role for Sudanese Specialists abroad
- Local tutors for monitoring
- Decentralisation of the role of the council
- Institutes have to be recognised/accredited for training

Outcomes:

1. effective relationships with patients
2. effective relationships with colleagues and allied professionals
3. high standards of clinical governance and safety
4. the use of evidence and data
5. effective communication
6. team-working
7. multi-professional practice
8. time management
9. decision making
10. probity: doctors must be honest

Funding of Training (Budget)

- The professional bodies should lobby for adequate funding for the training
- Defined package for both Trainees & Trainers
- Clinical Skills Resources (e.g. clinical skills lab)

Seif Babiker

Consultant Neonatal Paediatrician
Peterborough, Cambridgeshire, UK

This needs to be acknowledged and supported.

- Medical associations need to be empowered.
- Chair and membership to be nominated by the profession
- The council may be under the head of the state, but should be autonomous (not under the cabinet).

CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS

The following was agreed after extensive, deliberative discussion:

The PGME Authority

Must be:

- Independent
- Representative
- Properly funded with a defined budget
- Accountable to a body of defined stakeholders
- Committed to a defined role within defined boundaries

The specialisation council:

The Stakeholders:

- Associations of medical specialties
- Medical schools Accredited for Postgraduate Education & Training
- Sudan Medical Council
- Federal Ministry of Health
- Sudan Doctors Union
- Ministry of Higher Education
- Medical Research Council
- Military & Police Medical Services
- Civic Societies (Patients' Representation)

Process of Training:

Admission Criteria to Specialist Training:

- General Professional Training as a Senior House Officer or equivalent
- Part 1 (entry exam)

Duration of Training

- General Professional Training: 2 – 3 years
- Specialist Training: Minimum of 4 years (some require 5 or more years)
- Exit exam

The learning environment:

This must:

1. be trainee-centred
2. be competency-based
3. be service-based
4. be quality-assured
5. have flexible-approached
6. promote coaching and apprenticeship
7. ensure accountability: both trainee and trainer

REFORMING MEDICAL CAREER IN SUDAN

A Workshop on 'Reforming Medical Career in Sudan'
Leicester 2006

Chair: Mr Shakir Zein el-Abdin, Consultant Surgeon, University of Khartoum
Facilitator: Dr Seif Babiker, Consultant Neonatal Paediatrician, UK

Introduction by the facilitator:

The need to reform the postgraduate medical training in Sudan is of a paramount importance. The members of the medical profession have a legal and moral duty to ensure that an effective career pathway for the medical trainees is in place.

The development of an effective medical career pathway in Sudan has been undermined by continuing conflicts between various professional and educational bodies. The current situation is unacceptable and is potentially detrimental to the profession and the public.

Objectives:

The career framework must:

- 1.ensure high levels of patient safety
- 2.ensure high standards of patient care
- 3.promote a culture of respect and dignity for patients and professionals
- 4.enhance multidisciplinary practice
- 5.promote professional development and life-long learning

Historical background: Mr Shakir

Mr Shakir highlighted the difficulties facing the current Postgraduate Medical Education (PGME) authority in Sudan. The group noted that:

- The previous specialisation council had conflicts with universities. The associations of medical specialties were not involved.
- 2004 legislation: one body, 4 major universities represented. 3 years programme followed by Certificate of Training. Standards were noticeably poor.

The current career pathway:

- No defined competences
- Poorly structured pathway
- No competency required for hardship posting
- Role of medical associations not effective
- The council is under the cabinet influence. The president of the council is appointed by the head of the state. No defined specifications.
- Specialty councils are responsible for entry and exit exams and monitoring of training

The current council

- Specific issues:
 - Medical associations and the major universities have fair representation and role.



ريشة الفنان الدكتور ابراهيم عبد الرحمن حسن