

Accreditation of Hospitals: Where Do We Stand in Jordan?

*Aly A. Misha'l**

(J Med J 2008; Vol. 42 (2): 124-131)

What is Accreditation?

Accreditation has been defined as a self-assessment and external review process by authorized agencies or organizations, using established standards, and implementation of periodic evaluation to insure continuous compliance and improvement.

The Two main features of accreditation are:

1. The principle of external review.
2. The use of standards.

Accreditation guarantees that hospital processes and performance are uniform, and not dependant on personal choice.

Accreditation can be the most effective approach for professional achievement and quality of health care.

Accreditation is not an end in itself! It is rather a means to improve care outcomes. Accreditation is more than setting standards. It requires a significant change in the attitudes of hospital administrations toward quality of health care delivery.

History

Some sort of hospital accreditation took place in USA, as early as 1917. In 1987, and after several experiments, the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) was established as a national accreditation program with high standards of quality assurance and rigorous process of evaluation.

*Correspondence should be addressed to:
Aly A. Misha'l, MD, FACP
Islamic Hospital, Amman, Jordan
E- mail: info@islamic-hospital.org

In Canada, the Canadian Commission on Hospital Accreditation was established in 1952, as the sole agency.

In Australia, the Australian Council on Hospital Standards was established in the 1970s.

In the UK, multiple attempts were made, which resulted in many accreditation systems. The main ones are: (King's Fund Organization Audit) and (The Hospital Accreditation Program).

In Latin America, the Accreditation Standards were established in the late 1990s, with the formation of the (Pan American Health Organization) and the (Latin American Federation of Hospitals).

In India, several attempts were made, with lack of unity and lack of uniformity of standards. They have several programs, with the (Bureau of Indian Standards) being the best known.

In our part of the world, the World Health Organization-Eastern Mediterranean Region (WHO-EMRO) has developed a model for hospital accreditation which they considered appropriate for this region, and which is flexible enough to allow for adaptation at the country level. The guidelines in this model promote a stepwise accreditation model. This model differs from the business-oriented accreditation models found in many industrialized countries.

In most of the developing countries, including Jordan, health care in hospitals is not organized. There is no standardization of processes or quality delivery.

All such issues have been practically dependant on what administrators see fit. Attempts to study requirements for accreditation have started only recently.

Hospitals became currently interested in seeking recognized accreditation system in view of the following considerations:

- To cope with the heightening demands for quality in health care deliveries.
- Seeking community confidence in safety and quality care.
- Competition in trading in health services, including the medical tourism market.

Standards of accreditation

The standards have two dimensions:

1. Minimal, addressing the bottom level or base, such as organization of medical care, documentation, physical structure, installation...etc.
2. More detailed and demanding standards.

All accreditation systems have moved towards standards which reflect integration of all hospital services, rather than examining them in isolation. They have all begun to examine outcome.

Over the past 3-4 years, hospital accreditation in Jordan was pursued using standards designed outside the country. The first organized attempt was conducted by USAID, under their program termed: Partners for Health Reform Plus (PHR plus), and included some hospitals in the public as well as the private sectors, and is still ongoing. This scheme provided guidelines for hospitals to meet accreditation standards derived from recognized international standards and modified to be implemented locally, by a pilot hospital Quality Improvement Committee in which the input of local hospital administrators was taken into consideration.

A fundamental step towards becoming accredited is the hospital leaderships willingness to embrace the concept of accreditation, and the value of adopting standards of performance in health care. This concept is then communicated to the whole hospital employees and staff.

Self evaluation is conducted continuously by hospital committees, including proper documentation of policies, procedures and guidelines.

This whole process is monitored by external evaluation for proper compliance with standards. Such external evaluation depends mainly on surveys conducted by external surveyors, at designated timings.

In this scheme, standards are categorized into three classes, depending on their weight and significance: Critical, Core, and Stretch standards.

Subsequently, some hospitals pursued accreditation designed and implemented by the US- based Joint Commission International (JCI). A large number of accreditation organizations were established in many countries, including USA, Canada, Australia and Europe. In USA alone, many accreditation schemes are functional locally and internationally. JCI became the best known, and has competed with other schemes in many countries outside the US, including Jordan, where JCI gained favor over its main competitor, the Canadian Commission on Hospital Accreditation.

JCI was established in 1998 as the international arm of the Joint Commission in US. JCI accreditation standards were designed to be international in their development and further revisions, and are actively overseen by an expert international task force from various regions of the world. Both JCI and the Joint Commission are Non-Governmental Organization (NGOs), and not-for-profit US corporations.

In addition to hospital accreditation, JCI also accredits other services, such as ambulatory care, clinical laboratories, and medical transport. JCI also accredits Disease – or condition – specific programs.

Standards are updated on an ongoing basis every three years.

The previous standards grading as (core) or (non core) was recently changed. All standards are related equally in reducing risk and improving quality in health care.

Standards of accreditation were organized to cover the important functions common to all hospitals, to guarantee quality and safety of care.

Why International?

The JCI standards reflect dynamic changes in health care occurring around the world:

- New technologies and treatments are continuously emerging.
- Patients are traveling beyond borders.
- Physicians, nurses... are moving across borders to seek better opportunities.
- Health care workers are faced with exposure to biological and other hazards.
- Infectious agents are spreading rapidly across the globe.
- Adverse health care errors continue to occur.
- Ethical and legal challenges to the delivery of health care continue to grow.

Taking all that into consideration, JCI works to adapt standards to country-specific needs, legal, religious and cultural factors.

JCI conducts several types of surveys in the process of accreditation:

- Initial surveys: on-site survey process which includes all standards-related functions, and all patient care settings.

- Focused surveys: conducted when JCI becomes aware of potentially serious standards compliance, patient care or safety issues, or when JCI has other valid reasons to conduct this survey.
- Validation surveys: to evaluate the effectiveness of the JCI survey process.
- Triennial surveys: conducted at the end of three years, which is the period of initial accreditations.
- Other accreditations:
 - Accreditation award is valid for only three years. At the end of the three-year accreditation cycle, the hospital must be re-evaluated to be eligible for renewal of its accreditation award.
 - If, during the period of accreditation, the hospital undergoes certain changes, or if JCI receives certain information, by any means, that the hospital is not compliant, JCI has the right to determine the need for re-survey or render any accreditation decisions.
 - JCI reserves the right to conduct on-site surveys according to circumstances and factors considered significant in their view.

The Tracer Methodology Policy is a cornerstone of the on-site survey, which is designed to follow (or trace) the care activity steps, which is instrumental in analysis of the hospital various systems of providing care, treatments and services.

The Sentinel Event Policy is another cardinal feature, which examines serious events leading to death or major loss of function, not related to the natural course of the patient's illness.

In all these types of surveys, excluding validation surveys at the request of hospitals, JCI charges fees, travel and accommodation expenses, according to whatever level they see fit.

JCI may deny or revoke a hospital accreditation, whenever, in their judgment, the hospital is not in compliance with their standards.

Hospitals may, on their own expense, appeal and, if needed, send a delegation to appear before JCI Accreditation Committee to support their appeal.

Local or external agencies:

In the prevailing globalization, many hospitals in the third world regions sought external international accreditation agencies to set their standards, evaluate implementation and issue certificates of recognition.

Although international schemes of accreditation, especially JCI, are well-designed, evidence-based and properly updated, they are characterized by a great deal of dominance, superiority, business orientation and significant cost.

Many experts in the field believe that national or regional accreditation schemes are more practical, culture-specific, better accepted and much less costly.

In most of the developing countries, including Jordan, the accreditation process could begin with minimum or moderate level standards, and over a period of time, extend to higher (ideal) level standards.

Suggested Readings

1. Accreditation of Hospitals: An overview. CB Chatterjee, <http://www.expresshealthcaremgmt.com/20050915/accreditation01.shtml>
2. Hospital accreditation. From Wikipedia, the free encyclopedia, [http://en.wikipedia.org/wiki/hospital accreditation](http://en.wikipedia.org/wiki/hospital_accreditation)
3. Jyoti Gupta and Bidhan Das. Developing national accreditation systems: Needs, challenges and future directions. Express Healthcare Management, November 2005. Indian Express Newspapers (Mumbai) limited. <http://www.bmj.com/cgi/eletters/323/7310/443>
4. Role of WHO in hospital accreditation, 2004. WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean. <http://www.emro.who.int/mei/HARole.htm>
5. Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, 3rd Edition. <http://www.jointcommissioninternational.com>

آفاق طبية

اعتمادية المستشفيات في الأردن

علي مشعل، المستشفى الإسلامي، عمان، الأردن

تعرّف اعتمادية المستشفيات بأنها عملية تقييم ذاتي يرافقها مراقبة وتقييم من مؤسسة خارجية، تبنى إجراءاتها على معايير معتمدة محلياً أو عالمياً للتقييم والمراجعة لضمان استمرارية الالتزام بتلك المعايير سعياً وراء سلامة وجودة العناية الطبية.

وهناك سمتان بارزتان لاعتماد المستشفيات:

الأولى: قاعدة التقييم والمراجعة الخارجية.

والثانية: استعمال المعايير.

ويمكن لعملية اعتماد المستشفيات، والمؤسسات الطبية بشكل عام، أن تعمل على ضمان تقديم العناية الطبية وما يحيط بها من سياسات وإجراءات، حسب أنظمة ومعايير بدل أن تكون خاضعة لآراء ورغبات واتجاهات شخصية. وبذلك يمكن أن تكون من أبرز العوامل لضمان سلامة وحسن تنفيذ جميع جوانب العناية الطبية.

واعتمادية المستشفيات ليست غاية لذاتها، وإنما هي وسيلة لتحسين نتائج العناية الطبية، وهي كذلك ليست مجرد صياغة قواعد ومعايير، بل هي تغيير إيجابي فاعل في سلوكيات إدارات المستشفيات وموظفيها حيال سلامة وجودة إجراءات العناية الطبية.

لمحة من التاريخ

شهد العام 1917 بداية فكرة اعتماد المستشفيات في الولايات المتحدة الأمريكية. وكانت المحاولات المبكرة غير منتظمة وغير شاملة. في عام 1987، وبعد تطبيقات عديدة، تم إنشاء المفوضية المشتركة لاعتماد المؤسسات الصحية، كمؤسسة وطنية ذات برامج رفيعة المستوى لتحقيق جودة وسلامة العناية الطبية، واستمرارية تقييمها ومراقبتها بناءً على معايير معتمدة.

وفي كندا تم إنشاء اللجنة الكندية لاعتماد المستشفيات عام 1952، وكانت مؤسسة الاعتماد الوحيدة في ذلك البلد، وبعد تطبيقها في بلدها، جرى تصديرها إلى بلدان أخرى ومن بينها بعض البلدان العربية.

وفي استراليا، أنشئ المجلس الاسترالي لمعايير المستشفيات في السبعينات من القرن العشرين.

أما في المملكة المتحدة، فقد جرت محاولات عديدة نتج عنها أنظمة اعتماد مختلفة، كان أبرزها: المؤسسة الملكية للمراقبة والمراجعة، وبرنامج اعتماد المستشفيات.

وفي بلدان أمريكا اللاتينية، وضعت معايير لاعتماد المستشفيات في أواخر التسعينات من القرن الماضي، وأبرزها: المؤسسة الصحية لعموم أمريكا (الجنوبية)، واتحاد المستشفيات لأمريكا اللاتينية.

وفي الهند جرت محاولات عديدة غلب عليها قصور الاتفاق على المعايير وتطبيقاتها، ونتج عن ذلك قيام برامج اعتماد متعددة أبرزها: المجلس الهندي للمعايير.

وفي المنطقة العربية قامت منظمة الصحة العالمية- إقليم شرق المتوسط بوضع وتطوير نموذج لاعتماد المستشفيات يتميز بالمرونة والاستجابة للظروف والمتطلبات المحلية لبلدان المنطقة، كما يتميز بالتدرج في تطبيق المعايير وتطويرها من مستويات أساسية إلى أخرى أكثر تطوراً وتفصيلاً وشمولاً. ولعل أبرز سمات هذا البرنامج أنه مختلف في النظرة والتطبيق عن برامج الاعتماد المتبعة في البلدان الصناعية التي تدار غالباً على أسس العمل التجاري الهادف إلى الربح المادي.

وفي غالبية بلدان العالم الثالث، ومن بينها الأردن، لا تزال الخدمات الطبية غير منتظمة وغير خاضعة لمعايير معتمدة وموحدة، وغالبيتها خاضعة لتقدير إدارتها ورغباتهم، بل وأمزجتهم الشخصية. وتحتاج المستشفيات فيها إلى المعايير المؤسسية المدروسة والمنتظمة لتحقيق سلامة وجودة العناية الطبية.

وفي السنوات القليلة الماضية، جرت محاولات وبذلت جهود في اتجاه اعتماد المستشفيات تحت تأثير العوامل التالية:

- التجاوب مع المتطلبات المتزايدة لتحسين الجودة والسلامة في العناية الطبية.
- الحصول على ثقة الناس في سلامة وجودة العناية الطبية.
- التنافس في أجواء التعامل مع الشركات والمؤسسات، وفي أجواء السياحة الطبية والعمولة.

مستويات معايير الاعتماد

يرى الكثيرون أن هناك مستويين لمعايير الاعتماد:

الأول: معايير أساسية تتناول المستوى الأولي الذي لا يمكن لأية مؤسسة طبية أن تؤدي العناية الطبية من غيره، مثل تنظيم تقديم الخدمة الطبية، والتوثيق، وسلامة البناء وتوفير التجهيزات.

والثاني: معايير متقدمة ومفصلة، ويطلق عليها البعض (مثالية).

وتتجه أنظمة اعتماد المستشفيات حالياً إلى المعايير التي تشمل وتنظم جميع خدمات وإجراءات المستشفى، بدل أن تتعامل مع كل منها منفردة. كما أن المعايير أصبحت تضع في الاعتبار موضوع النتائج المتحصلة من العناية الطبية.

وخلال السنوات القليلة الماضية ظهر اهتمام المستشفيات الأردنية بموضوع الاعتماد والمعايير التي جرت صياغتها في الخارج. وكانت أولى المحاولات- والتي لا تزال جارية- هي (مشروع الشراكة في إعادة هيكلة تنظيم الصحة) الذي قدمته (الوكالة الأمريكية للإئمان الدولي USAID) كمنحة للأردن. وقد انضم إلى التطبيق الأولي لهذا المشروع عدد من مستشفيات القطاعين العام والخاص. ومن خلال هذا المشروع تمت صياغة معايير وخطوات إرشادية سعيًا وراء تمكين المستشفيات المشاركة من تطبيق مستويات من الخدمة الطبية مستقاة من معايير عالمية جرى تعديلها من قبل لجنة مشتركة شملت إدارات المستشفيات المشاركة لتتلاءم مع الواقع المحلي، ذلك لأن إنجاح عملية تطبيق المعايير يعتمد على قناعات إدارات المستشفيات واحتضانها لهذه المعايير، ونشر هذه القناعة بين العاملين في المؤسسة الطبية لتسود ثقافة سلامة وجودة الخدمات والإجراءات المتعلقة بالعناية الطبية، كما تسود فيها ثقافة التقييم الذاتي المستمر الذي تقوم به اللجان المتعددة في كل مستشفى مشارك، ويشمل ذلك سلامة التعامل مع إجراءات التوثيق للسياسات والإجراءات والإرشادات المتعلقة بكافة أعمال المستشفى. ويأتي فوق ذلك التقييم الخارجي من مؤسسة مؤهلة، غير منحازة، للتأكد من الالتزام بالمعايير المعتمدة، من خلال عمليات تقييم ومراقبة واستقصاء منظمة ومبرجة.

ويعتمد التقييم الخارجي على عمل أشخاص مؤهلين يطلق عليهم اسم (المقيّمون) الذين يقدمون تقاريرهم حول التزام المستشفيات بالمعايير إلى لجنة قيادية في المؤسسة الخارجية لاتخاذ القرارات والتوجيهات المناسبة لإدارات المستشفيات.

وتقوم إجراءات التقييم على معايير لها ثقل متفاوت يطلق عليها: معايير جوهرية، معايير أساسية، ومعايير متقدمة.

وخلال العامين الماضيين أجتهد بعض مستشفيات القطاع الخاص في الأردن إلى أنظمة اعتماد تديرها بالكامل مؤسسات خارجية، كان أبرزها مؤسسة الاعتماد الأمريكية (المفوضية المشتركة العالمية لاعتماد المؤسسات الطبية JCI). ومن بين مؤسسات الاعتماد المماثلة، فقد تفوقت هذه المفوضية في استقطاب اهتمام عدد من المستشفيات الأردنية، وتفوقت على منافستها الرئيسية وهي المفوضية الكندية لاعتماد المستشفيات.

أنشئت المفوضية الأمريكية عام 1998 كذراع دولي للمؤسسة الأم (المفوضية المشتركة لاعتماد المؤسسات الطبية في الولايات المتحدة الأمريكية JCAHO). وجرى تصميم وصياغة ومراجعة معايير الاعتماد في محاولة لجعلها متناسبة مع المعايير المعتمدة عالمياً، مع الأخذ في الاعتبار عوامل محلية أخلاقية ودينية وقانونية في بلدان العالم المختلفة، حسب رؤية لجنة دولية مكونة من مناطق العالم المختلفة. وهذه المفوضية ، وكذلك المفوضية الأم، منظمتان غير حكوميتين وغير ربحيتين.

وبالإضافة إلى اعتماد المستشفيات فإن هذه المفوضية تعمل في مجال اعتماد أعمال صحية أخرى، مثل المختبرات الطبية والرعاية الصحية خارج المستشفيات، والنقل الطبي وغير ذلك. كما أنها تعمل أيضاً في مجالات أكثر خصوصية تتعلق بأمراض أو حالات محددة. وتقوم المفوضية بتطوير وتحديث معاييرها بشكل دوري كل ثلاثة أعوام. ومن الجدير بالملاحظة أن هذه المفوضية لا تفرق في الأهمية بين مستويات المعايير المختلفة، ولا تطلق عليها معايير أساسية أو غير أساسية، إذ أن جميع المعايير لديها تكامل في تحقيق السلامة والجودة في الأداء الطبي.

والمفوضية تؤكد عالمية معاييرها في الاعتماد، وتقوم بتطويرها وتعديلها سعياً وراء توافيقها مع الاحتياجات والظروف والثقافات المحلية، مع الأخذ في الاعتبار المعطيات التالية:

- التقنيات والمعالجات تتجدد باستمرار.
 - المرضى يسافرون باستمرار خارج حدود بلادهم.
 - الأطباء، والعاملون الآخرون في المجال الصحي، دائمو التنقل بين بلدان العالم سعياً وراء فرص جديدة.
 - العاملون في المجال الصحي معرضون دائماً إلى مخاطر بيولوجية متكررة.
 - أنواع العدوى تنتشر بين البلدان ولا تعرف الحدود.
 - الأخطاء الطبية تحدث باستمرار.
 - التحديات القانونية والأخلاقية حيال الإجراءات الطبية آخذة في الازدياد.
- وتقوم المفوضية الأمريكية بعدة أنماط من الكشف والتدقيق خلال إجراءاتها لاعتماد المستشفيات:
- الكشف والمسح الأولي، وهو كشف ميداني يشمل كافة أوجه العمل الطبي ذات العلاقة بالمعايير المعتمدة، وجميع معطيات العناية الطبية بالمرضى. وتقوم المفوضية باختيار المعايير حسب نوعية وحجم الخدمة الطبية المقدمة من المستشفى. وبناءً على نتائج هذا الكشف الأولي تقوم المفوضية بتقرير درجات التزام المستشفى بالمعايير، وهل يمكن منحه الاعتماد أو حجبه عنه.
 - الكشف المركز على ناحية واحدة أو إجراء واحد، وذلك حسب تقدير المفوضية والمعلومات التي تحصل عليها من أية مصادر أو وسائل تراها مناسبة.
 - كشوفات تأكيدية: لتقييم فاعلية نظام المسح والكشف الذي تجرته المفوضية. ويمكن لهذا النوع من الكشف أن يتم حسب قناعات المفوضية، أو حسب طلب المستشفى، وفي هذه الحالة الأخيرة لا ترتب مطالبات مالية على المستشفى.
 - الكشف في نهاية كل ثلاث سنوات، لدى انتهاء فاعلية الاعتماد.

- وهناك أنواع أخرى من الكشف، منها إعادة الكشف الكامل لدى طلب تجديد الاعتماد، والكشف الذي يرجع سببه إلى أية تغييرات معتبرة في مكان المستشفى، أو في توسعته، أو إيجاد أقسام وخدمات إضافية، أو في حالات ورود معلومات إلى المفوضية، من أي مصدر كان، تفيد أن المستشفى غير ملتزم بالمعايير المعتمدة. وفي هذه الحالات يحق للمفوضية أن تقرر ضرورة إجراء إعادة الكشف الشامل أو الجزئي، كما يحق لها اتخاذ القرار الذي تراه مناسباً لوقف الاعتماد.
- وفي جميع هذه الأنواع من الكشوف والمسوحات، فإن المفوضية تتقاضى الرسوم المالية، ونفقات السفر، وإقامة مندوبيها ومفتشيها حسب نظم الدفع التي تقرها أنظمة العمل الخاصة بها.
- والمفوضية تستطيع إلغاء أو تعليق اعتماد المستشفى حسبما تراه مناسباً إذا رأت أن المستشفى غير ملتزم بالمعايير. ويمكن للمستشفى أن يطلب إعادة النظر في مثل هذه القرارات، وأن يدافع عن نفسه بتقديم الأدلة على التزامه، ويمكن أن يصل ذلك إلى إرسال وفد إلى رئاسة الاعتمادية على حسابه الخاص.
- ولا بد أن نتطرق إلى منهجية التتبع التي تعتمدها المفوضية لمعرفة ومتابعة خطوات العناية الطبية، والإجراءات المحيطة بتنفيذها والمرتبطة بها في الدوائر المختلفة، وكشف أية أوجه قصور أو خلل فيها.
- ومن المميزات الرئيسية الأخرى، سياسة التعامل والتحقيق في الحوادث التي يتعرض لها المرضى والتي تؤدي إلى الوفاة، أو إلى عطب أو فقدان عضو جسمي، مما لم يتسبب من التطور الطبيعي للمرض الأصلي.

الخيار الصعب بين المحلي والعالمي

في هذا العصر الذي تقاربت فيه المسافات، وفي أجواء العولمة المهيمنة، فإن مستشفيات البلدان النامية، أو بلدان العالم الثالث، تجد نفسها ملزمة بالبحث عن مؤسسات الاعتماد الخارجية لترمج لها معايير العناية الطبية، ولتقييم أداؤها، وتؤكد من التزامها بالمعايير، ثم تصدر لها شهادات الاعتماد. وعلى الرغم من حقيقة أن مؤسسات الاعتماد العالمية تبني أعمالها على التنظيم الجيد، وعلى الدليل العلمي، وتقوم بالتحديث والتطوير لبرامجها في التقييم والمتابعة، إلا أن المرء لا يملك إلا أن يجد فيها مقداراً غير مستساغ من السيطرة والعلوية في التصرف، إضافة إلى المنهج التجاري في سياسات الأتعاب.

ويرى الكثيرون من المهتمين بتنظيم المهنة الطبية، وسلامة وجودة العناية الطبية، أن إقامة مؤسسات اعتماد محلية أو إقليمية يمكن أن تكون أكثر فائدة وأكثر قبولاً، وأقرب إلى الواقع والبيئة والثقافة المحلية، علاوة على أنها ستكون أقل كلفة.

وفي غالبية بلدان العالم الثالث، ومن بينها الأردن، يمكن لعملية اعتماد المستشفيات أن تأخذ طابعاً متدرجاً يبدأ بالمعايير الأساسية ثم يرقى بالتدريج إلى المعايير ذات المستويات العليا التي تقرب من المثالية.

المراجع المقترحة موجودة مع النسخة الإنجليزية في هذا العدد من المجلة.