

تمهيد

الجودة، عرفها البعض بأنها ملائمة الخدمة أو السلعة للإستخدام (أبوروف، عمر آدم ٢٠١٦، من مرجع سابق)، ويرى فيجنوبوم أنها المجموع الكلي لصفات وسمات المنتج أو السلعة التي تلبى حاجة المستهلك وما يمكن الحصول عليه من خلال دمج النشاطات المختلفة من تسويق وهندسة و تصنيع وصيانة، وهذا التعريف يعكس الأصول التي نبتت وازدهرت فيها الجودة : القطاع الصناعي.

الجمعية الأمريكية للجودة (ASQ) والمعهد الوطني الأمريكي للتقييس (ANSI) عرفا الجودة بأنها المميزات والخصائص الكلية لمنتج أو خدمة ما، والتي تدل على قدرته على إشباع حاجات معينة (المرجع السابق). عرفتها المنظمة الدولية للتقييس (ISO) بأنها الدرجة التي تُشبع فيها الحاجات والتوقعات الظاهرية والضمنية من خلال جملة الخصائص الرئيسية والتي تم تحديدها مسبقاً. هذا التعريف ركز بالكامل على الحاجات و التوقعات، أي على العميل في المقام الأول، وبذلك فالجودة وفقاً لهذا التعريف تعني قدرة المنتج أو الخدمة على إرضاء العميل أو المستهلك، وقلة الشكاوى من قبل العملاء، وتقليل التالف والحاجة الى التفيتش البعدي. وهو أقرب من التعريف السابق الى الجودة في القطاع الخدمي(أبوروف، عمر آدم ٢٠١٦، من مرجع سابق).

عرّف ويليامسون(Williamson) الجودة في القطاع الصحي بأنها قياس المستوى الحقيقي للخدمة المقدمة مع بذل أقصى جهد ممكن لتعديل هذه الخدمة وفقاً لنتائج القياس الناتجة عن مستوى هذه الخدمة (التغذية الراجعة والتقييم المستمر)(المرجع السابق).

كذلك شمادل (Shmadl) عرف الجودة في القطاع الصحي بأنها التأكيد للمستفيد من الخدمة الطبية بأن الخدمات على درجة معينة من التفوق، عن طريق القياس والتقييم المستمر(أبوروف، عمر آدم ٢٠١٦، من مرجع سابق).

أعلام الجودة في القطاع الصحي (Dlugacz & Bass 2017)، وإسهاماتهم:

فلورنس نايتنغيل (Florence Nightingale) ١٨٢٠-١٩١٠

إحصائية، ومن رموز التغيير المجتمعي، إنجليزية اكتسبت شهرتها باعتبارها عند الكثيرين مؤسسة التمريض الحديث، وبدورها المتميز في رعاية الجنود الجرحى في الحرب. كانت من الداعين لتطوير النظم الصحية ولها أعمال عن المعرفة الطبية، كما تميزت بمقدرات رياضية واحصائية استثنائية. كذلك ينسب لها استخدام البيانات والاساليب الاحصائية في حساب معدل الوفيات الشهري و ارتباطه بالعدوى وازدحام المرضى (السبب و الأثر) و الرسومات الاحصائية التوضيحية، مثلاً : أظهرت بالدليل أن معدل وفيات الجرحى من الجنود لاسباب صحية في المشافي يبلغ ضعف معدل الوفاة بسبب الجراح في المعارك.

إرنست كودمان (Ernest A. Codman) ١٨٦٩-١٩٤٠

طبيب أمريكي، من الداعين إلى التطوير الطبي، وشأنه شأن (نايتنغيل) أسس هذا المسعى على تحليل النواتج التي اسماها (End Results)، بمتابعة بيانات المرضى الديموغرافية والتشخيصية والعلاجية. سعى الى تقليص التباين في الممارسات السريرية عبر المعيارية المرجعية (Standardization) . كان أول من وضع الأساس لما يعرف الآن بالقرار الطبي المستند الى الدليل (Evidence-Based medicine)، ولم تحظى هذه الافكار قبله بالاهتمام باستثناء (نايتنغيل). كان يعتقد بمسؤولية الطبيب عن النتائج النهائية للمريض، فإذا كانت غير جيدة، يسأل الطبيب و يلزم بتغيير الممارسات بما يتفق، كما أنه كان يرى أنه من الوجدان السليم ان تتابع المستشفيات حالات المرضى جميعهم ومعرفة ما إذا كان العلاج ذو نتائج طبية، وفي حال لم يكن كذلك فلماذا، مع النظر الى منع تكرار ذلك الاخفاق مستقبلاً. لم يكن زملاء (كودمان) من الجراحين في مستشفى ماساشوستس العام بنفس الحماسة لاعتناق أفكاره عن المسؤولية، فاستقال منها ليؤسس مستشفى (End Result Hospital)، وفيها قام بنشر ١٢٣ خطأ كان قد سجلها في الفترة من ١٩١١-١٩١٦ ، مؤسساً لما يعرف الان بمبدأ الشفافية. قسم (كودمان) أنواع الأخطاء الطبية الى : نقص المهارة، القرارات الجراحية الضعيفة، الضعف في التشخيص، و النقص في المعدات.

في مسعاه للتطوير الطبي كان دور (كودمان) مفيدا وملهما في إنشاء كلية الجراحين الامريكيين و برنامجها المعياري المرجعي (Hospital Standardization Program) ، والتي أصبحت فيما بعد اللجنة المشتركة لاعتماد المؤسسات الصحية (the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations)، ثم بعد ذلك أصبحت (The Joint Commission).

ويليام إدوارد ديمينغ (Edward W. Deming) ١٩٩٣-١٩٠٠

مهندس وإحصائي أمريكي، عمل -وتعلم من - (والتر شيوارت)، ابتدع معه الرباعية: خطط، نفذ، تحقق، صحح، أو ابدأ من جديد. أسماها رباعية شيوارت، في حين يطلق عليها الناس رباعية ديمينغ، عمل في اليابان عقب الحرب العالمية الثانية، قام بتعليم المدراء اليابانيين على الجودة والضبط الاحصائي للجودة فيما عرف بنظرية التباين (Variation). تضمنت فلسفة (ديمينغ) للجودة مايسمى بنظام المعرفة المتعمقة (System of Profound Knowledge)، وتتكون من أربعة أفكار رئيسية :

أ. اعتبار النظام Appreciation of a system

ب. فهم التباين Understanding variation

ت. نظرية المعرفة A theory of knowledge

ث. فهم السلوك البشري Understanding human behavior and psychology

أفيديس دونابيديان (Avedis Donabedian) ١٩١٩ - ٢٠٠٠

طبيب أرمني ولد في لبنان، ثم هاجرت العائلة الى الولايات المتحدة الأمريكية ليحاضر في كليات الطب في هارفارد و جامعة ميتشيجان. يطلق عليه اسم (أبو الجودة في الرعاية الصحية)، كان مهتما بالبحث العلمي في خدمات الرعاية الصحية، كتابه: تقييم جودة الرعاية الطبية ١٩٦٦ ناقش فيه تقييم الجودة بالنظر إلى: البنية (Structure)، والعمليات (Process)، و النواتج (Outcomes)، فيما عرف لاحقاً بنموذج دونابيديان لأمان المريض. تبنى دونابيديان سبعة أعمدة للجودة في الرعاية الصحية: الفعالية، والكفاءة، والأمثلية، والمقبولية، و الشرعية، والإنصاف، والتكلفة. وفي ما يخص تقييم الجودة فقد ناقش دونابيديان في كتاباته مفاهيم مثل: الوصول للرعاية (access to care)، أهمية قياس وتقييم الجودة (measuring & evaluating)، دقة وشمولية السجلات الطبية (accuracy & completeness)، التحيز، رضا متلقي الخدمة، والتفضيلات الثقافية في الرعاية الصحية، غير أنه أضاف كذلك :

"الوعي بالنظم وتصميمها أمر مهم للعاملين بالقطاع الصحي، ولكنه ليس كافياً، إنها آليات تمكينية فقط. البعد الأخلاقي للأفراد هو الضروري لنجاح النظام. في النهاية سر الجودة هو الحب. عليك أن تحب المريض، عليك أن تحب مهنتك، عليك أن تحب إلهك. إذا كان لديك (ذلك) الحب، يمكنك حينها العمل ومراقبة وتحسين النظام." (Dlugacz & Bass 2017)

أهمية القياس في مجالات جودة الرعاية الصحية

تطبيق مفاهيم وفلسفة الجودة يبدأ بالتفريق بين ممارسات الجودة، والممارسة العادية (تكرار الأخطاء وإعادة التأهيل لكل موظف جديد، الافتقار للإجراءات المعيارية.. الخ)، وحتى يستبين الفرق بينهما، وكذلك لغرض التحسين والضبط، فلا بد من القياس، إبتداءً يتم وضع التساؤلات التمهيدية: لماذا نقيس؟ ماذا نقيس؟ ماهي القياسات المستخدمة؟. عملية القياس للأداء تجعلنا نقيم أداءنا مقارنة بمعايير محددة سلفاً ويعرف مؤشر الأداء بأنه (عنصر للقياس لتحديد مقدار أو مدى التطابق مع تلك المعايير المحددة سلفاً)، والمعيار هو عبارة (Statement) تحدد الجودة المتوقعة، مما يمنحنا فرصة لضبط العمليات والحفاظ على ثباتها (quality control)، و معرفة فرص التحسين والافعال التي ستحسن الأداء و تقييم آثار تلك الافعال (Quality Improvement). موضوع القياس هو البنية التحتية من عاملين وكفاءة وتدريب، والاجهزة والعتاد والمرافق، وموضوعه الثاني العمليات (Processes) وتتابع الانشطة المكونة للرعاية الصحية كهدف نهائي. وأخيراً موضوعه الثالث النواتج (Outcomes) وهي المحصلة النهائية لكل من العمليات

والبنية التحتية المكونة للمؤسسة. وبطبيعة الحال تختلف القياسات المستخدمة بحسب موضوع القياس: فبينما نقيس النواتج – في شكل تغذية عكسية أو ملاحظة – بعدد شكاوى المرضى، أو سقوطهم، أو الأخطاء المتعلقة بالادوية، نقيس العمليات (Processes) بالوقت المنجز فيه، أو التكلفة المنفقة. بالنسبة لقياس البنية (Structure) عادة نقيسها بالكفاءة والاستهلاك، أو الشهادات التدريبية والاكاديمية، أو التراخيص وتجديدها. وتتنوع أساليب القياس: بالأعداد (No.)، نسبة مئوية (Percent)، معدلات (Rate)، جزء نسبي من الكل (Proportion)، جزء نسبي الى جزء (Ratio). (وزارة الصحة والسكان-مصر، الموقع الإلكتروني)

والمبدأ الذي تقوم عليه عمليات التنفيذ أو التطوير هو القياس، وما يمكن قياسه يمكن يمكن تنفيذه – كما يقول بيتر دريكر – وبالتالي يمكن تطويره، ومالم يتم القياس فليس هناك من وضع حالي معروف ولا وضع مستقبلي مرغوب في تحقيقه، والمؤسسة التي لا تعتمد على البيانات وقياسها وتحليلها هي مؤسسة بعيدة عن التطوير والتحسين، وتسعى كل المؤسسات لأن تكون إدارتها معتمدة على البيانات والقياسات (Data driven organization). هناك القياس أو التخمين، ومهما بلغ ذكاء الشخص الذي يقوم بالتخمين فلن يكون بمستوى موثوقية القياس، والقرار المستند الى دليل القياسات والتحليل (Data based decision) أقرب الى النجاح وأكثر موثوقية من ذلك الذي يركز الى التخمين، أو السلطة (رأي المدير)، أو الصوت الأعلى في الاجتماعات.

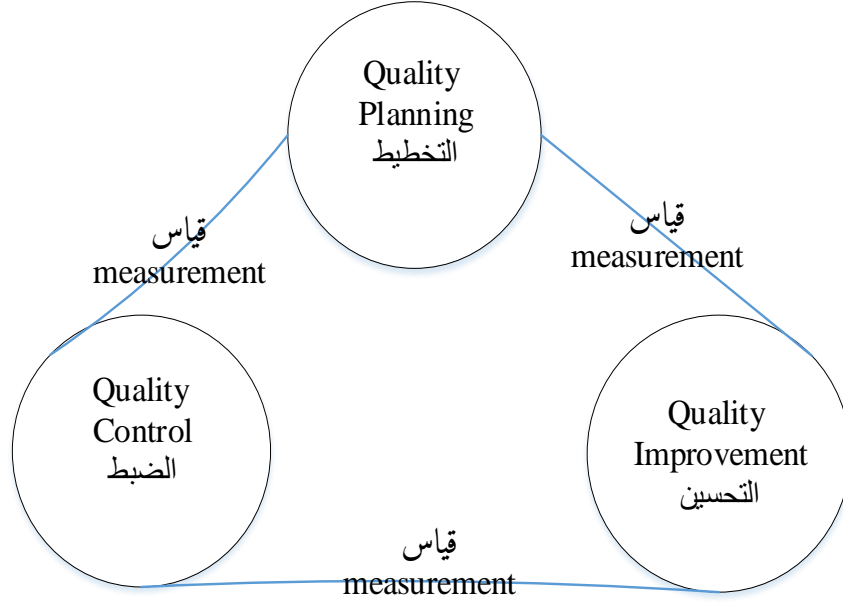
لماذا نقيس ؟	لتقييم الأداء	لتحسين الأداء	لضبط الأداء
موضوع القياس	النواتج	البنية – العمليات	النواتج، البنية، العمليات
أولوية نطاق القياس	الأكثر عرضة للمشكلات – المخاطر العالية – العدد أو الحجم الأكبر		
نوع قراءات القياس	الأعداد ... النسبة المئوية ... المعدل ... جزء نسبي للكُل ... جزء نسبي الى جزء		

جدول (١-٢) القياس – المصدر وزارة الصحة والسكان مصر الموقع الإلكتروني للوزارة

ويمكن إجمال ذلك في خارطة قياس الجودة :



شكل (١-٢) خارطة قياس الجودة – إعداد الباحث والفكرة من الموقع الإلكتروني لوزارة الصحة والسكان المصرية.



شكل (٢-٢) ثلاثية جوزيف جوران والقياس إعداد الباحث الفكرة من المصدر السابق - Visio 2016

التفكير باعتبار المخاطر (Risk based thinking):

مع التقدم في العلم والممارسات القياسية في الجودة، ظهر مفهوم التفكير باعتبار المخاطر، كتطور لتقليل المخاطر منذ مرحلة التخطيط، وليس بعد إكمال المرحلة، وذلك بحصر المخاطر المحتملة وشدها، وتكرار حدوثها، وإمكانية اكتشاف حدوثها، ثم التخطيط للأداء على ضوء ذلك. جرى العمل سابقاً - ولا يزال - بمفهوم الأفعال التصحيحية (Corrective actions) والأفعال الوقائية (Preventive actions) ويمتلا ردة الفعل على الخطر، سواء وقع فعلياً، أو كان وشيك الوقوع. إلا أن الشكل الأكثر ذكاءً وفعالية هو الشكل الاستباقي المتمثل في مفهوم التفكير باعتبار المخاطر. (مصنوفة تحليل المخاطر ملحق رقم ١)

أولوية الاهتمام بمؤشرات الأداء وعناصر القياس تكون باختيار النطاقات كالتالي :

أولاً : النطاق الأكثر عرضة للمشكلات (Poblem Prone):

- شكاوي المرضى (Services are identified through patient complaints)

- عدم التطابق مع المعايير (Lack of compliance to standards).

ثانياً: النطاقات ذات الخطورة العالية (High Risk):

- العمليات عالية المخاطر (High-risk Processes)

- إدارة الدواء والجراحة (Medication Management, Surgery)

- الأدوية ذات المخاطر العالية (High-risk Medications)، مثل: الهيبارين، الأنسولين، والعلاج

الكيميائي، المواد الأفيونية (Heparin, insulin, chemotherapy, opiates)

- الإجراءات ذات المخاطر العالية / التدخلات (High-risk Actions/Interventions)

- عمليات نقل الدم، واستخدام القيود (Blood Transfusions, Use of Restraints)

- المرضى ذوي حالات عالية المخاطر (High-risk Patients)، مثل: المرضى الذين يعانون من انخفاض

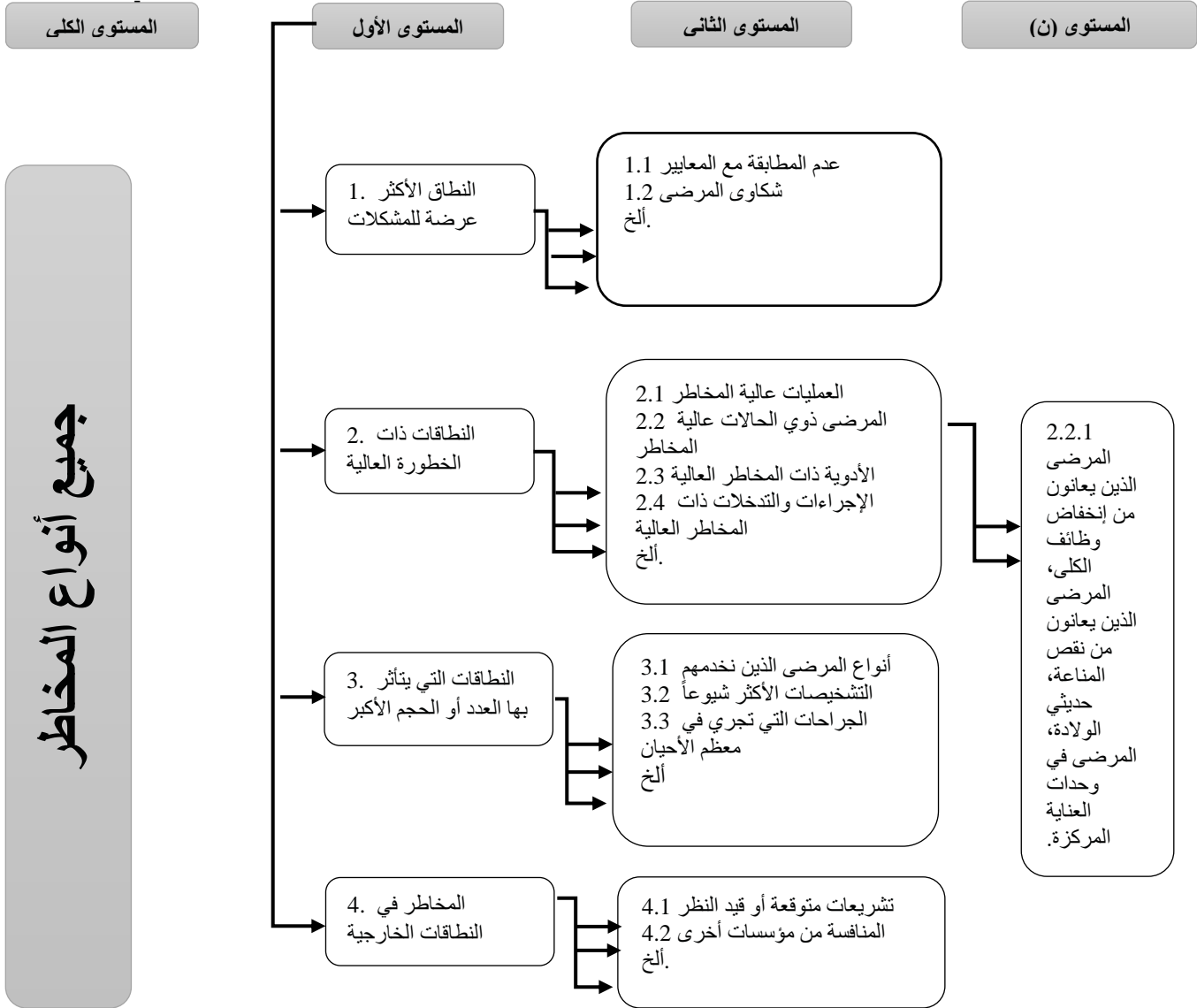
وظائف الكلى (Patients with reduced renal function)، والمرضى الذين يعانون من نقص المناعة

(Patients who are immunocompromised)، حديثي الولادة (Neonates)، والمرضى في وحدات

العناية المركزة (Patients in critical care units).

ثالثاً : النطاقات التي يتأثر بها العدد أو الحجم الأكبر (High Volume)

- انواع المرضى الذين نخدمهم (What types of patients do we serve)
- التشخيصات الأكثر شيوعاً (What are the most common diagnosis)
- الجراحات التي تجرى في معظم الأحيان (What are our most frequently performed surgical (procedures). (وزارة الصحة والسكان – مصر، الموقع الإلكتروني)



شكل (٢-٣) نموذج تقييم المخاطر- من إعداد الباحث المصدر وزارة الصحة والسكان مصر- الموقع الإلكتروني للوزارة

تستخدم أدوات الجودة كالعصف الذهني (Brainstorming)، ومصفوفة الأولويات (Priority Matrix) وتحليل الإخفاق و الأثر (Failure Mode and Effect Analysis)، وتحليل السبب الجذري (Root-Cause Analysis)، وتمثيل العمليات (Process Chart)، وكذلك ضبط الجودة الإحصائي (SPC) واستخدام الأدوات مثل تحليل باريتو ٨٠-٢٠ (Pareto Analysis)، وغيرها، وكذلك بتوظيف التغذية العكسية (feedback)، عبر قياس

رضا متلقي الخدمة بصورة مستمرة، فالجودة يتم تحديدها بصوت الزبون (Voice of the Customer)، وليس بتقدير مقدم الخدمة.

وتعد عملية تصميم المؤشرات للأداء و التعريفات الاجرائية للمؤشرات وقياساتها هي الجزء الأساسي في عملية تحديد الأهداف وقياس الأداء، وتطور المؤسسات الصحية مؤشرات أداء أساسية (Key Performance Indicators) لمتابعة ذلك الأداء بصورة يومية، وشهرية، وعلى طول العام. من ثم يسهل التخطيط للتحسين ولضبط ذلك الأداء. شكل (٢-٣)، و (٢-٤).

No.	Indicator	Purpose	Target
1	Inpatient Volume	Confirms patients demand	More than the prior year
2	Outpatient Volume	Confirms patients demand	More than the prior year
3	Outpatient/Inpatient Ratio	Operational efficiency	More than 3:1 & annual improvement
4A	Gross unadjusted inpatient mortality rate	Quality of Care	Less than 2%
4B	ICUs (العناية المكثفة) mortality rate	Quality of Care	
4C	Gross unadjusted mortality (within 24 hours of admission) rate	Quality of Care	
4D	NICUs (العناية المكثفة للمواليد) mortality rate	Quality of Care	
4E	Mortality rate by clinical departments	Quality of Care	Vary by specialty
5A	Hospital acquired infection rate	Quality of Care	Less than 5%
5B	Surgery acquired infection rate	Quality of Care	Less than 5%
6	Readmission rate for inpatient within 30 days	Quality of Care	Less than 2%
7	Readmission rate for emergency patients within 72 hours	Quality of Care	Less than 2%
8	Average length of stay (ALOS)	Operational efficiency	Annual improvement
9A	Bed Occupancy rate (inpatient)	Operational efficiency	Annual improvement (to be > 75%)
9B	Bed occupancy rate (ICUs)		Annual improvement
10	Budget execution	Financial management	Actual expenditures within approved budget

جدول (٢-٢) نموذج مؤشرات أداء -وزارة الصحة والسكان - مصر ، المصدر الموقع الإلكتروني للوزارة.

Measure ID: (1)	Quality Measure Name: Inpatient volume	Department(s) included: All inpatient wards	Purpose : Confirms patient demand
Rationale: It is an indicator for utilization of services Provided by the hospital and also confirms patients demand		Type of Measure: Process	
Nominator Statement:		Data Source: daily inpatient census (Admission office)	
Included population : all patients admitted to the hospital for more than 24 hour through emergency or outpatient clinics		Excluded population: Patients admitted less than 24 hours Patients admitted directly to ICUs	
Denominator Statement		Data Source	
Included population		Excluded population:	
Target : More than prior year	Data reported as: numerical value	Frequency of measurement: Monthly	

شكل (٢-٤) تفاصيل مؤشر أداء من الجدول في الشكل (٢-٣) - المصدر وزارة الصحة والسكان - مصر- الموقع الالكتروني للوزارة

تطبيق لين وسيقما ستة (Lean SixSigma) في الرعاية الصحية

تقوم فلسفة لين على فكرة تقليل الهدر بأنواعه المختلفة والإبقاء على الممارسات التي تضيف أو تحقق القيمة المرجوة من العمليات (Processes)، وبشكل عام فإن اعتناق وتطبيق المناهج مثل لين أو ستة سيقما لا يتعارض مع معايير الاعتماد، بل إن معايير الاعتماد تشكل أهدافا متقنة الصياغة، محددة التعريفات، قابلة للقياس، لتلك المناهج والأساليب، ومن الخطأ الاعتقاد بأن وجود منهج لين بالتزامن مع تطبيق معايير الاعتماد يشكل ضغطا أو عبئا إضافيا على القيادة أو العاملين بمؤسسة الرعاية الصحية، على العكس فإن ذلك المزيج يشكل معا الطريقة والهدف، أي: تحقيق الإمتثال للمعايير عبر رحلة بمنهج لين أو لين سيقما ستة (Berlang & Hosby 2017)، إذ أن المعيار هو عبارة عن توقع، والوصول إليه غير مشروط أو محدد بطريقة معينة. من ناحية أخرى فإن محاولة تطبيق معايير الاعتماد بدون العمق الثقافي المؤسسي يضعنا أمام مشكلات مثل تجربة مصنع بولارويد (Dentch, Milton P. 2017)، ووجود البعد الفلسفي مهم لدوام التحسين وجعله جزءا من ثقافة المؤسسة، وهو الشيء الذي يسميه ادوارد ديمنج بالمعرفة المتعمقة، حيث لا يكفي المعرفة السطحية بالمسميات والمعاني، لا بد من أن تنتج هذه المسميات والمعاني عادات تنظيمية (Norms) تحسينية تكون جزء أصيلا من نسيج المؤسسة يحتكم إليه أفرادها بدون تردد وبصورة مستمرة مثمرة كما في تجربة (تأثير هاوثورن). هذا البعد الفلسفي المعرفي تقدمه المناهج مثل لين وسيقما ستة.

أنواع الهدر -بحسب لين- سبعة تتراوح بين الهدر التخزيني والانتاجي والحركي والبشري والزمني، وتحديد ذلك الهدر بدقة وتقليله الى حد إزالته لا يبقى سوى العمليات والاجراءات المنتجة للقيمة (Value)، وتطبيق فلسفة لين ليس قاصرا على الصناعة فقد أثبتت الممارسات عبر عقدين من الزمن نجاعة تطبيقها في مجال الخدمات والحياة الشخصية

كذلك، وتنوعت أشكال التطبيق و الأدوات المستخدمة لتستوعب معها أدوات من منهج سيقما ستة بعضها إحصائي والآخر عملي تطبيقي لتحليل المشكلات. (Berlang & Hosby 2017)

أدوات لين سيقما ستة: بالرغم من أن أدوات لين (Lean)، وسيقما ستة (SixSigma) عادة ما يتم التعريف بها قبل الفلسفة، إلا أن المدرسة المعاصرة لتطبيقهما في مجال الرعاية الصحية تركز على ترسيخ الأداء اليومي للتحسين (Lean Daily Management)، ويحرص خبراء لين وسيقما ستة على زرع مفاهيم وممارسات تسمية المشكلات وتشخيصها بعناية ثم إقتراح الحلول وتنفيذ الأنسب منها عبر لوح لين (Lean Board) والتجوال اليومي للمتابعة (Daily Rounds) الذي يقوم به قائد الوحدة (يمثل في الغالب الإدارة الوسطى)، أما تلك المشكلات التي تستدعي سلطات أكبر فيتم تصعيدها لقائد الوحدة، والذي بدوره يبذل جهده ويحلها، أو يقوم بتصعيدها للمستوى الأعلى ذو الصلاحيات و السلطات الأكبر. هذه الممارسات يتم التركيز عليها في المؤسسات الصحية قبل الأدوات، على أساس أن الأداة ستقوم بإستخدامها عند الحاجة إليها. كذلك لفظ المشكلات هو لفظ متحول، ففي الأيام الأولى تكون مشكلات حقيقية، ومعالجة لقصور في الأداء ليكون أداءً بلا مشكلات، ثم بعد ذلك تصبح لفظاً يُقصد به مشروعات تحسين العمليات أو تقليل الهدر، والانتقال الى مستوى أعلى من الجودة. (المصدر السابق)

أهم أداة بالنسبة للمؤسسات الوافدة حديثاً الى عالم التطوير والتحسين هي: خارطة تدفق القيمة (Value Stream Map)، أهمية هذه الأداة في أنها تغرس في أطقم العمل الإدراك الشامل لعملية تقديم الخدمة، حيث أنها تقوم على رسم تسلسل لعملية تقديم الخدمة بكل خطواتها، وخطواتها الفرعية، لتحديد موضع الهدر أو المواضع التي يمكن تحسين العمليات فيها لنتج قيمة أكبر أو تقلل زمن تسليم النواتج. العاملون سيتعرفون على الخدمة بإعتبارها كلاً مترابطة متصلا من العمليات، و عي جديد يختلف عن النظرة التي تجعل من كل فرد في جزيرة معزولة يؤدي عمله باجتهاد دون إدراك أو فهم للنواتج النهائية لعمله، أو تدفق القيمة الذي يسهم فيه. ويمكن تطبيق لين سيقما ستة كمشروع قائم بذاته للتطوير والتحسين، وكذلك كأسلوب يتم بواسطته تسمية الأهداف اليومية في إطار خطة شاملة للإيفاء بالمعايير، بحيث يصب التحسين اليومي في مجهود كلي متناسق لتطبيق متطلبات معيار معين ضمن قيد زمني محدد. (Berlang & Hosby 2017) وما يميز هذا الأسلوب الأخير كونه منهجية أكثر رسوخاً من التطبيق المتعجل لمعايير الإعتقاد المعينة.

الإدراك المعرفي للجودة والإعتقاد لدى العاملين بالقطاع الصحي:

التساؤل الأهم عند مناقشة منظومات المعارف الانسانية هو : كيف ندرك ونتعلم؟ بطريقة أخرى نسأل: كيف يتعلم الانسان المعرفة المعينة ويحولها إلى مهارة وسلوك يصبح جزءاً من حياته؟، وبالنظر إلى موضوع البحث فإننا نضع الجودة في الرعاية الصحية موضع المعرفة المقصودة بالتساؤل. قدم العلماء في مجال علم النفس المعرفي مثل ديفيد بلوم وديفيد كولب، و علماء الإدارة والجودة مثل ادوارد ديمنج، و علماء مجال علم النفس الاجتماعي جاستن كروغر وديفيد دانيغ، وغيرهم قدموا دراسات للإجابة على هذا التساؤل ولتطوير المعرفة الإنسانية وتوظيفها وقياسها بصورة أقرب الى الصحة، وخلال هذا المبحث نتناول ما توصلت إليه تلك الدراسات لإستكشاف آلية الإدراك والتعلم عند الانسان بالنظر إلى موضوع البحث (الجودة والإعتقاد في الرعاية الصحية) ونقسم هذا العرض إلى : محور نظرية ديمنج للمعرفة العميقة (Profound Knowledge)، محور تصنيف بلوم للاهداف المعرفية (Bloom's Taxonomy)، محور إدراك الإدراك (Metacognition)، محور المعرفة المشتركة للمؤسسات (Learning Organization)، مع إستعراض بعض السمات للشخصية السودانية.

محل هذه الدراسة ومحور إهتمامها هو إدراك العاملين بالقطاع الصحي، لذلك يكون من المهم أن نتعرض لما يفترض به أن يشكل ذلك الإدراك، ولما يصوغ ملامح ذلك الإدراك بشكل صحيح أو خاطئ. ونقتبس من الفلسفات والمعارف والتصانيف ما يوجه بحثنا نحو تحديد مستوى و صفة الإدراك المطلوب لمعرفة وتطبيق معايير الإعتقاد بالمؤسسات الصحية، لأن ذلك التطبيق يستلزم المعرفة. نستعرض أولاً فلسفة ديمنج للمعرفة المتعمقة: بمكوناتها الأربعة، لأنها تصف نوع ودرجة المعرفة المطلوبة للنطاق المعين (Domain)، ويميزها عن غيرها من الأنواع والدرجات التي لا

تفصي إلى المعرفة المتعمقة. ثانياً نناقش تصنيف بلوم للأهداف المعرفية، والذي يقسم الإدراك إلى ستة مستويات، تبدأ بمهارة التذكر لتصل إلى أقصى مدى بالإبداع، علاقة هذا التصنيف بالإعتماد تظهر في ضرورة معرفة المستوى اللازم من مستويات الإدراك للمعايير ويجب على سؤال مهم وهو: هل يكفي تذكر المعايير وفهمها كي تتمكن من تطبيقها والإلتزام بها؟ أم أن هذا الأمر يحتاج إلى مستوى أعلى؟، وما هو هذا المستوى المطلوب. ويتسق تصنيف بلوم مع فلسفة ديمنج للمعرفة المتعمقة إلى حد بعيد، وكلاهما يكمل الآخر، كما يكملان ما سنقوم باستعراضه ثالثاً وهو تأثير دانينغ - كروغر، وهو ما قدمته دراسة العالمين المشهورين في عام ١٩٩٩ ، حيث يحتاج إدراك الفرد إلى ما يعرف بإدراك الإدراك (Meta Cognition)، وهو القدرة على تقييم إدراكنا للنطاق المعرفي المعين بشكل صحيح غير متحيز، ودون مبالغة أو تقليل. ونحتاج إلى مناقشة ذلك مقرونا مع معايير الإعتماد لكي يتعرف العاملون بالقطاع الصحي على إدراكهم للمعايير بطريقة أكثر دقة، فمن يحسب مخطئاً أنه يعرف، لن يمكنه تطبيق المعيار إلا بالمصادفة البحتة وليس عن علم وتخطيط مسبق. على القيادة تحفيز العاملين وتشجيعهم على تبادل المعارف و النقد البناء ، والتصحيح دون خجل، أو أحساس سلبي، والتساؤل على طريقة المنهج السقراطي التي تمنح المتسائل تقييماً لمدى معرفته بالموضوع أو النطاق المعرفي :

(I know that I am intelligent, because I know that I know nothing.) Socrates.

هذا المنهج ضروري للغاية للتعليم الجماعي، ويستخدم في تطبيق لين (Lean) للتطوير باعتباره ركناً من أركان عملية التحسين المستمر. حيث يقوم القائد باتباعه خلال الطواف الإداري (انظر فلسفة لين في المؤسسات الصحية سابقاً). أخيراً، المحور الأخير يتناول السلوك التنظيمي وثقافة المؤسسة، باعتبارها التفاعل الانساني المحفز أو المثبط للتطوير والتحسين و تطبيق المعايير المرغوب فيها. ثقافة المؤسسة جزء منها الثقافة السودانية التي تشكل شخصية الفرد السوداني، وسنتعرض لبعض الصفات السلبية المقاومة للتحسين و المعضدة للتخلف والحالة غير المتطورة. مع ملاحظة أن هذه الصفات هي صفات إجتماعية، لا علاقة لها بالبراعة والمهارة المهنية، شأنها شأن نطاق معرفة الإعتماد: فقد تكون الطبية أو الممرضة أو الصيدلانية ماهرة في عملها إلى الحد البعيد، لكن ذلك لا يستلزم بالضرورة معرفتها المتعمقة بمعايير الإعتماد، أو تصورها الكلاسي (Holistic) لإسهامها في نواتج المؤسسة الصحية. المعرفة المتعمقة بالمعايير، والتصور المتكامل للنواتج يكون تحقيقهما بالتدريب المصمم بصورة تراعي الأهداف المعرفية والسلوكية وتدعم تقدير الفرد للنظام الكلي للمؤسسات (Appreciate for a System). هذا التدريب يدعم النسق الذهني (Mental Model) الباعث على التطور والتعاون والتحسين، والتعلم المشترك ، كما يدعم و يرسخ ثقافة التحسين والجودة، وتشير النجاحات والإبداعات التي حققتها اليابان في ذلك المضمار إلى وجود فلسفة عميقة خلف مدارس الجودة مثل لين وسيقما ستة، مما جعل تطبيقها والإستفادة منها أمراً ممكناً. المتغير الآخر الذي ناقشه هو الإعتماد من حيث المفهوم والتعريف والتاريخ والشكل الحالي له مع إيراد نماذج من تجارب مختلفة.

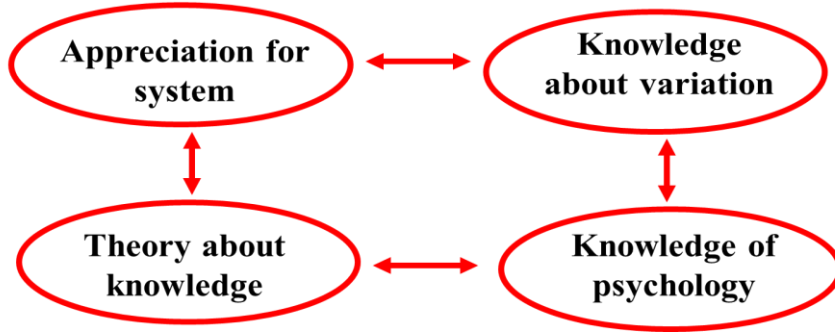
نظرية ديمنج للمعرفة المتعمقة

من أقوال إدوارد ديمنج: "المعلومات (Information) ليست هي المعرفة، والخبرة (Experience) لا تعلم شيئاً بدون النظرية، بالممارسة العملية (Practice) يدوم المستوى لكنها لا تحقق الكمال، وتقليد النماذج (Copying Examples) لا يقودنا إلى المعرفة" (James R. Martin, 2017)

من الضروري مناقشة ماقدمه (إدوارد ديمنج) من فلسفة للمعرفة المتعمقة (Profound Knowledge)، وتشكل المحور الأول من محاور مناقشة إدراك العاملين بالقطاع الصحي، والعنصر الثالث من هذه الفلسفة: نظرية المعرفة (Theory of Knowledge) يشكل أساساً لإزالة اللبس واستخلاص مناط المعرفة المطلوبة بحسب (ديمنج)، حيث يصر على أن المعرفة تقوم على النظرية، متفقاً مع بنية العديد من معايير الإعتماد التي تبدأ بالمقصد من المعيار (Intent) قبل النص على المعيار نفسه، أي أننا نحقق المعرفة بالمعيار عند معرفتنا بالنظرية خلف المعايير، ويمضي (ديمنج) ليقول أن المعلومات (Information) ليست هي المعرفة، والخبرة (Experience) لا تعلم شيئاً بدون النظرية: ويذهب إلى ذات الاتجاه بيتر سنجي في كتابه (The Fifth Discipline) إذ يعتبر أن الموقف الذهني الذي يقول بأن المنظمة تتعلم من الخبرة هو موقف يمثل إعاقة معرفية خطيرة، لأن أكثر القرارات تأثيراً يأخذ وقتاً زمنياً

طويلاً قد يمتد لسنوات لتظهر نتائجه، هذه السنوات الطويلة تتناقض مع فكرة التعلم من الخبرة التي تستلزم أثراً مباشراً أو على الأقل في مدى زمني قريب ليتسنى دراسة تلك النتائج والاستفادة منها والتعلم. كما يرى ديمينغ أنه بالممارسة العملية (Practice) يدوم المستوى لكنها لا تحقق الكمال، وتقليد النماذج (Copying Examples) لا يقودنا إلى المعرفة، ويعد البحث عن النماذج لتقليدها بدلاً من إبتكار الحلول أحد الامراض السبع التي يحذر منها (ديمنغ)، فالنظرية تقودنا للتساؤل والذي بدوره يقودنا إلى أجابات تفضي إلى المعرفة التي يتبعها التحسين، وهكذا تستمر الدورة في السعي نحو الأفضل. (James R. Martin, 2017)

Deming's System of Profound Knowledge



شكل (٥-٢) فلسفة ديمينغ للمعرفة المتعمقة-المصدر السابق

تشكل هذه المحاور الأربعة في الشكل (٥-٢)، مجتمعة، القاعدة الصلبة للتطوير والجودة: عندما يضع القائد الإعتبار للنظام الذي يعمل فيه ويحاول إدارته، ويفهمه، إذ من الخطأ القول بعدم وجود نظام، وإنما هو دائماً نظام مصمم لينتج النجاح أو نظام تم تصميمه لينتج الفشل، والنظام لا يدير نفسه، وأجزاء النظام – حين نقوم بتطويرها بمعزل عن بعضها – لن تقودنا إلى تطوير النظام ككل، ذلك التطوير يتطلب تنسيقاً وتعاوناً كلياً بين الأجزاء في الوقت ذاته، وهو دور القيادة. المحور الثاني هو فهم التباين، وإستيعاب مسبباته، وتقليصه، وعدم لوم العاملين بسبب أخطاء كامنة في النظام نفسه. والمحور الثالث نظرية المعرفة – الذي اشرنا إليه سابقاً – فلا معرفة متعمقة بدون فهم النظرية: ذلك النسق الكلي لنطاق المعرفة المعين (إعتماد الرعاية الصحية مثلاً)، فالحفظ لنصوص المعايير لا يعني المعرفة بالضرورة. المحور الرابع هو المعرفة السلوكية و النفسية للموجهات و الدوافع والنوازع الإنسانية، والحدود الذهنية للإنسان وطبيعة إدراكه، ومعوقات الإدراك الصحيح، والاستفادة من ذلك كله في الإتقان والتطوير وديمومة التحسين، لا بد للقيادة من فهم البيئة الاجتماعية والثقافة السائدة كي تتمكن من توجيه ثقافة المؤسسة وإستبعاد العادات والمفاهيم والمواقف الذهنية المقاومة للتطوير. (James R. Martin, 2017)

تصنيف بلوم للأهداف المعرفية

(الزويني، ابتسام ٢٠١٣-٢٠١٤)، الأهداف التدريبية أو التعليمية هي مجموعة التوقعات التي نضعها كمنتجات بعد إتمام عملية التدريب أو التعليم، وتشير بعض الدراسات في مجال القياس والتقويم إلى أن صياغة الأهداف بدقة هو أمر بالغ التعقيد، لكنه يصبح أيسر إذا ارتبطت صياغة تلك الأهداف بالنتائج المتوقعة من عملية التدريب أو التعليم. وعادة ما تكون هذه الأهداف هي الأساس و المعيار الذي تبنى عليه عملية الإختبارات كما أنها – وفي الوقت ذاته – تساعد في عملية وضع المحتوى الدراسي أو التدريبي. ويمكن تعريف الهدف بأنه وصف للتغير المتوقع حدوثه في سلوك المتعلم أو المتدرب نتيجة تزويده بخبرات تعليمية، وتفاعله مع المواقف التعليمية والتدريبية.

مستويات الأهداف:

لا بد من تصنيف الأهداف، لأنها المفتاح الرئيسي في اختيار الأساليب والوسائل التدريسية والتدريبية الملائمة لكل جرة يتم تقديمها للمتدربين و المتعلمين. ويعد تصنيف بلوم (ديفيد بلوم) الأكثر شهرة في تحديد الأهداف بمجالاتها و مستوياتها المتعددة. ويقوم هذا التصنيف على إفتراض أساسي وهو أن نواتج التعلم يمكن وصفها في صورة متغيرات معينة في سلوك المتلقين (متدربين و دارسين)، كما يفيد المعلمين والمدرسين في صياغة أهدافهم في شكل عبارات سلوكية.

في هذا التصنيف تم تقسيم الأهداف إلى ثلاث مجالات :

المجال الأول الأهداف المعرفية (Cognitive Objectives)، وهي التي تتصل باكتساب المتدرب أو الدارس للمعرفة، وتطبيقها في مواقف جديدة، وقسمها (بلوم) الى ستة مستويات:

١. المعلومة، الحفظ، التذكر: يقصد بهذا المستوى حفظ وتذكر معلومات المصطلحات والمبادئ والحقائق و النظريات والقوانين والأشياء في المجال المعني، مثلا: معلومات معايير الاعتماد السودانية أو (سباهي) أو اللجنة الدولية المشتركة، و بنية تلك المعايير و أقسامها، وتذكرها بشكل واضح.

٢. الفهم والاستيعاب: يصل المتدرب أو المتعلم في هذا المستوى الى حد فهم وإستيعاب المعلومات و القدرة على ترجمتها و تحويلها من شكل لآخر و تفسيرها و إستنتاج معرفة جديدة منها، مثلا: القدرة على تلخيص المعايير و تفسير الممارسات القياسية الواردة فيها، وإستنتاج العلاقة بين المعايير المختلفة.

٣. التطبيق: يصبح المتدرب أو المتعلم في هذا المستوى قادرا على تطبيق المعلومات التي اكتسبها في مواقف جديدة، مثلا: تطبيق الممارسات القياسية الواردة في المعايير في المواقف المتجددة بشكل يومي.

٤. التحليل: يكون المتدرب في هذا المستوى قادرا على تركيب المعلومات الجزئية التي توجد بينها علاقات في كليات، أي يصل من المعلومات الجزئية إلى المعلومات الكلية، مثلا: الربط بين أهداف ٢٠١٣ لسلامة المرضى و المعايير بشكل كلي.

٥. التقييم (أو التقويم): يصل المتدرب أو المتعلم في هذا المستوى إلى القدرة على إصدار الأحكام وتقييم المعلومات التي اكتسبها والنقد والدفاع عنها، مثلا: تقييم مدى إستيعاب مقصد المعيار المعين (Intent) لنص المعيار نفسه.

٦. الإبداع: وفي هذا المستوى يصل المتدرب أو المتعلم إلى مستوى إبتكار معارف جديدة ذات طبيعة مختلفة عن تلك التي إكتسبها، وهي أعلى المستويات، مثلا: إبتكار معايير اعتماد جديدة أو دمج معايير ذات طبيعة متشابهة في معيار واحد. (الزويني، ابتسام ٢٠١٣-٢٠١٤)

يظهر التطبيق العملي لهذا التصنيف في إمتحان شهادة (CPHQ): محترف الجودة للرعاية الصحية Certified Professional in Healthcare Quality والذي تنظمه الجمعية الوطنية لجودة الرعاية الصحية (NAHQ) ويفوق عدد الحاصلين على هذه الشهادة أحد عشر ألف محترف من مختلف دول العالم. تم توزيع أسئلة الامتحان على المستويات كالتالي: ٢٣% من الأسئلة تقيس المستوى الأول : التذكر، و ٥٧% من الأسئلة لقياس المستويين الثاني الفهم والاستيعاب، والثالث التطبيق، ثم ٢٠% لقياس المستوى الرابع التحليل (HQCC, Effective 2018) .

يلاحظ تدرج المستويات من الأقل الى الأعلى بحسب المهارات الذهنية المطلوبة، فبينما لا يتطلب المستوى الأول سوى الحفظ والاستعادة(التذكر)، تزداد المهارة المطلوبة في المستوى الأعلى منه (الفهم والاستيعاب)، حيث انك لا تستطيع فهم واستيعاب المعلومات مالم تكن موجودة في ذاكرتك، وهكذا في المستوى الأعلى الذي يلزم فيه الفهم والاستيعاب حتى يمكن التطبيق، الى أعلى مستوى والذي يصل الى الإبداع. يتفق هذا التصنيف مع ما يذهب إليه (ديمنغ) في نظرية المعرفة المتعمقة.

المجال الثاني الأهداف الإنفعالية (Affective Objectives)، ذات التدرج في المستويات السابقة نجده في تقسيم الاهداف الانفعالية على النحو التالي:

١. التلقي أو الإستقبال (Receiving): ويقصد به إبداء الرغبة والاهتمام بالموضوع المعين من خلال السلوك الدال على ذلك، مثلا: أن يهتم المتدرب أو المتعلم بمتابعة تحديثات معايير الاعتماد القومية والإقليمية والعالمية، أو يبدي رغبة في المزيد من الدورات والحلقات التعليمية الخاصة بالإعتماد.

٢. الإستجابة (Responding): وتظهر في إتخاذ مواقف معينة إزاء الموضوع، مثلا، أن يسعى المتدرب أو المتعلم الى جمع معلومات إضافية أو يشترك في مجموعات الجودة بالمؤسسة الصحية.

٣. إعطاء القيمة (Valuing): يصبح المتدرب أو المتعلم قادرا على إعطاء القيمة لظاهرة معينة أو سلوك معين ويتفاوت ذلك من التقبل البسيط، إلى التفضيل وإعطاء الأحكام مع تبرير ذلك و الإلتزام بهذا الحكم، مثال ذلك: تقدير المجهودات التاريخية والمعاصرة لتحسين الجودة في الرعاية الصحية، ودور الأعلام في ذلك المجال.

٤. التنظيم القيمي (Organization): يقصد به قدرة المتدرب أو المتعلم على تنظيم القيم المختلفة فيما يتعلق بظاهرة أو سلوك معين مع القابلية للتعديل مع كل قيمة جديدة تدخل هذا البناء وربطها مع بعضها للوصول الى شيء جديد، مثال على ذلك: أن يضع تصورا أو خطة لتطبيق الممارسات القياسية الواردة في معايير الاعتماد وفقا لترتيب زمني معين.

٥. التمييز أو التذويت (إعطاء سمة شخصية) Charatarization: وهو أرقى مستويات المجال الانفعالي، إذ في هذا المستوى تظهر فردانية المتدرب أو المتعلم ويصبح له شخصية مميزة من خلال سلوكه الثابت والذي أصبح أسلوب حياته، مثال ذلك أن يصبح للمتدرب أو المتعلم موقف إزاء الممارسات غير القياسية في المؤسسة الصحية. (المصدر السابق)

المجال الثالث: الأهداف النفسية – الحركية (الحركية) (Psychomotor Objectives) وهذه تعني نمو المتدرب او المتعلم في المهارات العلمية، وتتفرع الى:

١. الإدراك Perception: معرفة المتدرب بالمهارة المطلوبة واللازمة ، أي الربط بين المعرفة والاداء.
٢. الميل : ويقصد به رغبة المتدرب أو المتعلم للقيام بالعمل أو مهارة معينة.
٣. الإستجابة الموجهة Guided Response: وفهنا تتحول الرغبة والميل الى عمل وممارسة.
٤. الميكانيكية Mechanism: يصل المتدرب او المتعلم الى مستوى مهارة بحيث يؤديه بسرعة واتقان.
٥. الإستجابة الظاهرية الموجهة complex Response: يصبح المتدرب قادرا على إنجاز الاعمال المعقدة التي تحتاج مهارات مختلفة.
٦. التكيف Adaptation: القدرة على تطوير أنماط وتعديل السلوك بحيث يتعايش مع الظروف.

٧. الإبداع Origination: أرقى مستوى من المهارات العملية بحيث يتمكن المتدرب أو المتعلم من تعديل الأعمال القائمة سواء قام بها هو أو قام بها غيره ، وقد يصل إلى حد الاختراع و الابتكار. (الزويني، ابتسام ٢٠١٣-٢٠١٤).

تأثير دانيغ كروغر

دراسة جاستن كروغر – ديفيد دانيغ جامعة كورنيل نيويورك ١٩٩٩، الحائزة على جائزة نوبل العام ٢٠٠٠، بعنوان : (غير مهرة وغير مدركين لذلك، الصعوبة في ادراك عدم الكفاءة تؤدي إلى المبالغة في التقييم الذاتي)، وتتصدى الدراسة لمبدأ في غاية الأهمية وهو إدراك الإدراك (Metacognition)، وله إجتاهين أولهما إدراك: الإدراك الذاتي، وثانيهما إدراك: إدراك الآخرين. قام العالمان بإجراء إختبارات تقدير للمستوى الذاتي لمهارات حس الفكاهة، والقواعد اللغوية، والمنطق على مجموعة من طلاب الجامعة بحيث يتوقع كل منهم مستوى أدائه، فكانت النتيجة أن الأقل درجات منحوا أنفسهم تقديرا عاليا: فبينما كانت درجاتهم تضعهم في المستوى الثاني عشر (من المئة)، كانت تقديراتهم لانفسهم أنهم في المستوى الثاني والستون، أي أعلى بخمسين مستوى. الأعلى درجات منحوا أنفسهم تقديرا منخفضاً، ويبرر العالمان ذلك الإنحراف المعرفي والمبالغة في تقدير المهارات إلى أن أصحاب هذا الإنحراف يعانون صعوبة معرفية تمنع إدراكهم لعدم كفاءتهم أي أن الأشخاص الذين يفتقرون للمهارات لديهم قصور في إدراك نقص هذه المهارات بمعنى فقدان المعايير الصحيحة للتقييم السليم.. بينما يبرران التقدير المنخفض لأصحاب الإمكانيات العالية بأنه إنحراف معرفي سببه ميل الأفراد المؤهلون تاهيلاً عالياً إلى التقليل من شأنهم مفترضين أن المهام التي يرونها سهلة يمكن أن تكون سهلة على الجميع وبالتالي لا يمنحون أنفسهم تقييماً على أساس التميز.

أصحاب الإنحراف الأول المبالغين في تقدير مهاراتهم – بحسب الدراسة – عندما تم تحسين مهاراتهم، تحسنت قدرتهم على إدراك حدودهم المعرفية وبالتالي تحسن تقييمهم الذاتي، كذلك أصحاب الإنحراف الثاني (التقدير المنخفض) تحسن تقديرهم لأنفسهم بعد المقارنة لمستوياتهم مع مستويات الآخرين. تجدر الإشارة الى أنه وعلى الرغم من إشارة الدراسة إلى أنها لم تحدد درجة صعوبة الإختبارات باعتباره عاملاً مؤثراً، إلا أنها أكدت على تركيزها على الجانب الإدراكي وما يستتبعه من سلوك.

تظهر أهمية دراسة دانيغ-كروغر في دورها عند تحديد المستوى الإدراكي الحالي والمستوى المطلوب الوصول إليه، حيث تصف كيف يحوز العامل بالقطاع الصحي، أو أي قطاع آخر، الأدوات المعرفية اللازمة لتقدير إدراكه المعرفي لموضوع الجودة والإعتماد بشكل سليم دون المبالغة في تقدير الإمكانيات (Overestimation) أو التقليل من الإمكانيات (Underestimation)، كما أنه على الإدارة العليا العمل على مساعدة الكادر العامل على تخطي كلا الإنحرافين، بالتدريب والمقارنات المعيارية، للوصول إلى التقديرات الأكثر دقة. بتنفيذ الجرعات التدريبية وورش العمل ونقل الخبرات، وتبني ثقافة التواصل والإنتفاع على النقد والتقييم. العبارة الشهيرة " أعرف أنني ذكي، لأنني أعرف أنني لا أعرف شيئاً" وهي روح المنهج السقراطي، المثير للأسئلة التي تتداعى الأجابات عنها لتكشف لنا كم نحن جاهلون بأشياء نظن أننا نعلمها، وليس الجهل بالأشياء عيب وإنما هو نقص مؤقت قابل للإلتزام بالتدريب والسعي إلى المعرفة.

السلوك التنظيمي وثقافة المؤسسة

"سواء كانت (إدارة) البحوث والتطوير، أو الإدارة العليا، أو أي جزء من أجزاء المؤسسة: فالقوة الفاعلة دوماً هي "البشر"، وللبشر إرادتهم و آراءهم، وطريقتهم الخاصة في التفكير. إذا لم يكن العاملين أنفسهم لهم دافع لتحقيق أهداف النماء والتطور، فلن يكون هناك تطور، ولا زيادة في الإنتاجية، ولا تطور تكنولوجي"¹

كازو إيناموري (Kazuo Inamori) (سنجي، بيتر ٢٠٠٦).

فهم النسق الإجتماعي، والعادات والمواقف الذهنية التي تتحكم في تفاعل العاملين داخل المؤسسات، هو جزء مهم من فهم ثقافة المؤسسة، المحفزات والمثبطات، وبالتالي هي جزء مهم من عملية التعلم والتغيير للأفضل دائماً فالفرد هو أصغر وحدة في بنية ثقافة المؤسسة. مثلاً، يشير د. المعز الطيب أحمد – إلى تجربة الجودة والتطوير والاعتماد بوزارة الصحة الاتحادية، وكيف أنها كانت مبعثرة وغير مستدامة، بسبب: ربط تطبيق البرنامج بالحوافز المادية، وهجرة الخبراء، وضعف الإلتزام بقضايا الجودة، (إلى جانب أسباب أخرى). كل هذه الأسباب المذكورة تقع داخل إطار الفرد العامل ولم يكن من الممكن التغلب عليها إلا بالعمل على مستوى العاملين ورفع الوعي وبناء القدرات (إلى جانب حلول أخرى قامت إدارة الجودة والتطوير والاعتماد بتنفيذها). في مؤسسات الرعاية الصحية (وفي كل المؤسسات بصورة عامة)، هناك نسق متجانس من معمارين (Tye & Dent 2017): أحدهما مرئي ويمثل الخطط والإستراتيجيات و السياسات العامة للمؤسسة، والأخر غير مرئي يمثل ثقافة تلك المؤسسة، مدى التجانس بين هذين المعمارين – أو التناقض – يحدد نجاح المؤسسة وبقاءها من عدمه. بيتر دريكر أبو الإدارة الحديثة يحسم غلبة تلك الثنائية لصالح ثقافة المؤسسة على حساب الإستراتيجيات: فقد يكون لديك خطط وإستراتيجيات على أعلى المستويات، لكن إذا رفضتها ثقافة المؤسسة فلن تذهب إلى أي مكان، فالثقافة المعيبة تسحق أكثر الإستراتيجيات نجاحاً.

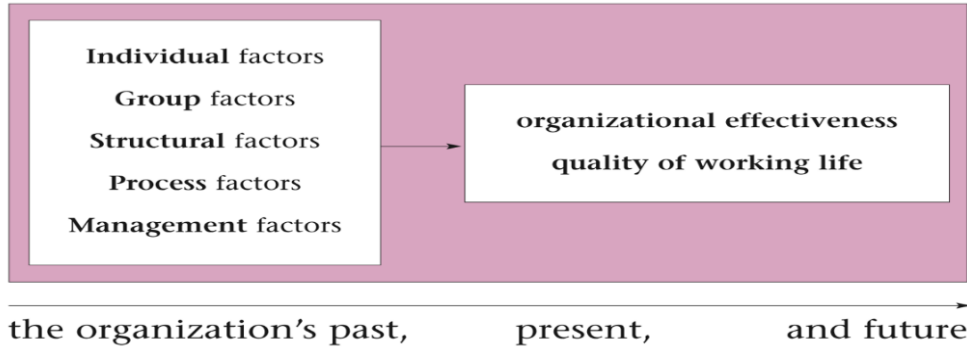
كما أن ثقافة المؤسسة أكثر كفاءة من الاستراتيجية، وأكبر أثراً، مثلما أظهرت تجربة (Airlines Southwest) في العام ١٩٩١ حين حدثت أزمة الوقود نتيجة لحرب الخليج، حيث قام العاملون بالشركة طواعية بالتنازل عن مبالغ من مرتباتهم الشهرية لمساعدة الشركة في عملية شراء الوقود. كان من الممكن أن تقوم الشركة بوضع إستراتيجية تكشف تتضمن تخفيض الأجور لكن ذلك ربما سيكون له آثار سلبية باهظة، من إستقالات وأداء للعمل بمستويات رديئة تؤثر على سمعة الشركة وتخفيض من رضا عملائها بصورة فادحة. (Tye & Dent 2017)

(Jamie Orlikoff) يؤكد على أنه يجب عدم حل المشكلات المتعلقة بثقافة المؤسسة، باستخدام حلول هيكلية، بل باستخدام وتعزيز الثقافة البناءة المنسجمة مع الاهداف الاستراتيجية. أظهرت دراسة (Flamholtz & Randle) ٢٠١١ ارتباطاً بين العادات الايجابية (Cultural Norms) للقسم المعين مع مستوى الربحية لذلك القسم، في الدراسة، أسهمت ثقافة المؤسسة بنسبة ٤٦% من جملة عائدات الحد الأدنى (EBIT). سواءً انتبهنا لذلك أو لا، فإن لكل منظمة ثقافة وهذه الثقافة (البناء غير المرئي) ذات قدرة كبيرة في تحديد مدى نجاح المنظمة في تحقيق الاهداف على المستويين القريب والبعيد. (المصدر السابق)، يشير الى ذلك بوضوح ما قدمته دراسة مصانع هاوثورن (Hawthorne Effect) وهو شرح واف لمدى تأثير الثقافة والعادات المعيارية (Cultural Norms) للمجموعات على الأفراد العاملين بالمصنع، والى أي درجة تؤثر في رفع وخفض إنتاجيتهم. (Tye & Dent 2017). ثقافة المؤسسة هي جزء من السلوك التنظيمي، والذي تتداخل عوامل عديدة خارجية وداخل المنظمة نفسها في صياغته، يتمثل السياق الخارجي في (PESTLE):

العوامل السياسية (Political)، الاقتصادية (Economic)، الاجتماعية (Social)، التكنولوجية (Technological)، القانونية (Legal)، والبيئية (Ecological)

A field map of the organizational behaviour terrain

PESTLE: The Political, Economic, Social, Technological, Legal and Ecological Context



شكل ٦-٢ العوامل المؤثرة على السلوك في المنظمة

- ، بينما تحدد العوامل الداخلية: عوامل متعلقة بالفرد داخل المنظمة (Individual) المجموعات (Group) البنية (Structural) العمليات (Process) والعوامل المتعلقة بالادارة (Management). (بوكانان وهيزنكي 2004) إذا وضعنا في الاعتبار تعريف (بوكانان وهيزنكي) للمنظمة بأنها تنظيم إجتماعي لتنفيذ أداء مضبوط و متحكم به، في سعيه لتحقيق أهداف مشتركة، فإنه يتعين تحليل السلوك التنظيمي على ثلاثة مستويات، مستوى الفرد وهو تحليل يستخدم فيه علم النفس الاجتماعي (Social sychology)، يليه مستوى المجموعة بتوظيف علم الاجتماع، ثم مستوى المنظمة ككل باستخدام مجموعة من العلوم (Sociology, Social Psychology,.. etc). (بوكانان وهيزنكي ٢٠٠٤)، ويعرف المؤلفان مجموعة من المصطلحات تشرح التصورات الذهنية للعاملين بالمؤسسة، مثل:
- الأدوار (Roles): هي مجموعة من أنماط السلوك المتوقعة المرتبطة بشخص لكونه يشغل وظيفة بعينها في وحدة اجتماعية.
 - هوية الدور (Role Identity): إتخاذ مواقف ذهنية وسلوكية تتسق مع الدور.
 - إدراك الدور (Role Perception): تصور الفرد لما يفترض به فعله وفقاً لكل وضع (تصور الفرد لنفسه).
 - توقعات الدور (Role Expectation): ما يفترضه الآخرين لسلوك الفرد في الدور المعين (تصور الآخرين للفرد)
 - معضلة الدور (Role Conflict): الوضع الذي يواجه فيه الفرد توقعات متباينة للدور (تصورات الآخرين للفرد)
 - الاتفاق النفسي (Psychological Agreement): عقد غير مكتوب يصف ما تتوقعه الإدارة من العاملين، وما يتوقعه العاملون من الإدارة. (المصدر السابق).

حتى نتبين تحليل الفرد (والمجموعة والمنظمة كذلك) في المؤسسة السودانية لابد من التمهيد بعرض بعض السمات السودانية الشخصية المشتركة و مراعاتها عند الحديث، وردت هذه الملاحظات ضمن كتاب: الشخصية السودانية: المكونات والمؤثرات والسمات "محاولة في النقد الذاتي" من تأليف الأستاذ الدكتور/ عبد الوهّاب أحمد عبد الرحمن- جامعة المغتربين - ٢٠١١

حيث وصف فيه المؤلف ما أسماه بثقافة التخلف التي أفرزت مجموعة من التدايعات على الشخصية السودانية المعاصرة،: (والجدير بالذكر أنّ ثقافة التخلف هذه، بكل ما فيها من إحتقانات اجتماعية وثقافية وسياسية، هي التي تشكل البنية والأساس للذهنية السودانية منذ الطفولة، وتسيّر الفرد السوداني، المتعلم وغير المتعلم، على حد سواء، وتوجهه للتمسك بها والحفاظ عليها، كما هي، ولا تترك له أي مجال لتغييرها وإصلاحها)، وقصد بها المؤلف :

" مجموع المعارف والمفاهيم والقيم وجملة الأعراف والعادات والتقاليد الموروثة والممارسات السلوكية والتعاملية التي يكتسبها الفرد السوداني من تنشئته الأسرية والمجتمعية والتربوية والتعليمية، ومن محيطه وبيئته الجغرافية والاجتماعية وتفاعله مع الأوضاع والأحوال الإقتصادية والاجتماعية والثقافية والسياسية، ومن تجاربه الحياتية التي إستقرت جميعها في عقله الباطن وفي فكره ووجدانه؛ وأصبحت تؤثر عليه وتتحكّم في سلوكه وتصرفاته وممارساته اليومية، وتبرمجه ليعمل بموجبها تلقائياً ويحافظ، ويعمل على نشرها على أكبر عدد ممكن من الناس المحيطين به، وعلى تكريسها والدفاع عنها"،

كما عنى بها:

"(العقلية اللاتطورية) الناتجة عنها التي هيمنت على الشخصية السودانية، والتي أصبحت تشكّل جوهر التخلف السائد في المجتمع السوداني حالياً...، كما أنّها بطبيعتها ثقافة تبسيطية إنكالية تبريرية إذعانية منغلقة، تقوم على التغالب والمشافهة والجدل العقيم وإفحام وإغاطة وتسفيه وإقصاء الآخر المخالف في الرأي بعد نقده وتجريحه وإهانته وإذلاله وتخوينه وتجريمه، إن اقتضى الأمر. وهي بهذا تعد ثقافة إتباعية، معادية للمنطق السليم ولحرية الفرد في التفكير والتعبير وحق الإختلاف، ولا تعترف بالتجديد والتحديث والتغيير الذي يخرج عن المألوف. كما تفتقر إلى التفكير الإستنتاجي العميق والبصيرة النافذة، وتعادي وتحارب الإبداع والإبتكار الذي يعد ضرورياً وأساسياً لإختراق وتجاوز ثقافة التخلف هذه".

جاء في معجم مفردات العلوم الاجتماعية "أن العقلية اللاتطورية هي جملة العادات الفردية والجمعية في التفكير أو الحكم. علما بأن العادة تستبعد إلى حد كبير التفكير النقدي لصالح الأحكام المسبقة." (احمدعبدالرحمن، عبدالوهاب ٢٠١١). كما عرفها معجم علم الاجتماع بأنها " جملة الإستعدادات والمواقف والعادات والتوجهات العقلية والأخلاقية والمعرفية والوجدانية التي تكون مشتركة- بين أعضاء جماعة بعينها" ويرى المؤلف أن تلك الثقافة تجسدت في شكل سمات وظواهر سلبية:

- الفردية والذات المتضخمة والتصور باحتكار الحقيقة، والتعصب في الرأي،
- كذلك كراهية أن ينجح الآخرين فيما فشل فيه، مما يؤدي أحيانا إلى سلوك تخريبي أو تبخيس نجاح الآخرين،

- يتبع ذلك الميل إلى ازاحة المسؤولية عن النفس و إنكار الوقوع في الخطأ،
- يتبع ذلك النزعة التبريرية والتفنن في إيجاد الأعذار و المبررات وإلقاء اللوم والتبعية على الغير،: يشير (Chris Argyris) إلى هذه السمة باعتبارها من أكبر أدواء الإدارة (سنجي، بيتر ٢٠٠٦)، و أدرجها (بيتر سنجي) ضمن الإعاقات المعرفية للمؤسسات في طريق تحولها إلى مؤسسات متعلمة (Learning Organization)، و يدفع Argyris بالقول بأن المدارس تدريبنا على عدم الإقرار بجهلنا وعدم معرفتنا للإجابات، ثم أن معظم المؤسسات تدعم ذلك بتشجيعها ومكافأتها للذين يجيدون الدفاع عن وجهات نظرهم وليس لأولئك الذين يثيرون التساؤلات الصعبة (التي ينتج عنها التغيير والتطوير والتحسين)، حتى عندما نكون جاهلين بالأمر أو غير متأكدين، فإننا تعلمنا أن نحمي أنفسنا من ألم الظهور بمظهر الجاهلين أو غير المتأكدين، هذه العملية تصد كل المفاهيم الجديدة التي تشكل تهديدا لنا. النتيجة، كما يقول Argyris هي ما أسماه بعدم الكفاءة البارع (Skilled Incompetence) : فرق عمل كلها أشخاص يجيدون منع أنفسهم من التعلم بشكل كبير.
- كذلك أشار المؤلف (احمد عبدالرحمن، عبدالوهاب ٢٠١١) الى سمة توجيه النقد الآخرين والإستمتاع به، في مقابل الحساسية المفرطة من نقدهم، وعدم قبوله نهائيا
- سمة تبادل الأدوار في إخفاء التقصير بمفهوم مجاملة بعضنا البعض، فلا إشارة الى تقصير الغير إلا في حالة رد الفعل أو المعاملة بالمثل (بالنظر للنقطة السابقة : الحساسية المفرطة للنقد تجعله بمثابة الشتم والإنتقاص وليس لفت النظر لمواطن القصور لمعالجتها)،
- كذلك حب السيطرة والتملك، والتشبث بالزعامة والرياسة، والتناطح على المواقع والمناصب القيادية والإدارية، الأداء منفرداً أفضل من الأداء في الفريق، لعدم القدرة على العمل الجماعي كفريق، وسهولة تفكك الفريق وفقدانه للفعالية،
- عدم التخطيط السليم، أو إزدواجية وجود التخطيط بشكل رسمي (مستندات)، وإنعدامه على مستوى التطبيق العملي، (بشكل قريب من النزعة التبريرية: خططنا، لكن لم يلتزم أحد)،
- المزاجية وعدم المثابرة والملل والتحاسد، سهولة وسرعة الإنتكاس للحالة السابقة بعد النجاح والتطوير. هذه السمة مشتركة بين البشر بحسبما أظهرت البحوث بأن العادات الفردية والسمات تقود الأفراد (والمنظمات) بشكل كبير، وإن كانت أكثر قوة في المجتمعات التي تقاوم التغيير، ففي دراسة أظهرت قراءات أنماط الدماغ نشاطا كبيرا لكل عمل يؤديه الفرد بشكل معتاد، عند بداية ونهاية ذلك العمل فقط ، أما بين مرحلة البداية و النهاية فالأمر يبدو أشبه بـ(الطيار الآلي)، بصورة رتيبة لا عناء فيها وقراءات غير نشطة للدماغ. وبالنسبة للعادات الجديدة الأمر مختلف، فقد أظهرت قراءات الدماغ نشاطا في تلك الفترة بين البداية ونهاية العمل بعكس الأول، لأن الدماغ مهتم بكل تفصيل في هذا العمل الجديد. هذا الإهتمام يستتبع جهدا أكبر مما تتطلبه

العادة (القديمة)،: هذا الجهد هو ما يدفع الفرد (والمنظمة) للعودة لتلك العادات ذات الأداء الرتيب، الأقل إجهادا، للأداء الشبيه بالطيار الآلي. (برلنغا، وهوسبي ٢٠١٧).

ما ذكره الكاتب د. عبدالوهاب أنفا يمثل الجانب السلبي بحسب وجهة نظره للسمات الشخصية المشتركة بين أفراد المجتمع السوداني، بوصفها الصفات السلبية الشائعة والتي تمنع التطور وتعيق التحسين على كافة المستويات، يشير الكاتب إلى أن مادة الكتاب لم يتم جمعها بالبحث الميداني العلمي، وإنما بالإعتماد على الملاحظة، والأطر النظرية لدراسات وكتابات و بحوث سابقة. فعلى سبيل المثال: دلل الكاتب على أن البيئة السودانية تساعد على الفشل وتدعمه، وتعاقب النجاح، بالإستناد الى الممارسة السائدة من (علاقة أول الفصل) بالمقارنة مع الإحتفاء وتشجيع صاحب المركز الأخير (الطيش عند الله بعيش)، والتي ظلت عادة متواترة في المدارس السودانية. الإستدلال المذكور عبارة عن ملاحظة ذكية للكاتب، قدمها مع التحليل و الأسانيد الأخرى للوصول إلى إستنتاجاته و نتائجها التي قصدها من كتابه القيم. هذه الملاحظات و الإستنتاجات التي خلص إليها المؤلف تؤيدها كتابات بيتر سنجي التي أوردها في (The Fifth Discipline) كتابه الأكثر شهرة، بشكل كبير، لمعظم السمات المذكورة، هناك مقابل مشابه أشار إليه سنجي، ذكره مع التفصيل وكيفية التعامل معه، وكذلك تؤيدها ما ذكره بوكانان و هيزنسكي في كتابهما (السلوك التنظيمي).

الإعتماد للمؤسسات الصحية

مقدمة عامة عن الإعتماد و مفهومه وتاريخه (مريزق وبوصافي ٢٠١٥) تعريفات مختلفة للإعتماد: الإعتماد هو (عملية تقييم تقوم بها هيئة تقييم خارجية مستقلة لتقدير مدى توافق المنشأة الصحية مع المعايير الموضوعية مسبقا من قبل هيئة الإعتماد، والهدف الأساسي للإعتماد هو تطوير أنظمة واجراءات تقديم الخدمة لتحسين جودة خدمات الرعاية الصحية، وبالتالي تحسين النتائج المرجوة من العلاج). هذا التعريف عام يشمل هيئات الإعتماد الدولية والوطنية. كذلك عرف البعض الإعتماد بأنه (عملية متكاملة تتضمن مجموعة من الخطوات التي يتم بواسطتها تقييم المستشفى لمعرفة ما إذا كان يحقق مجموعة من المعايير والأسس التي صممت لتطوير جودة الأمان من خلال الرعاية الصحية المقدمة. ويتم هذا التقييم عادة من قبل جهة وطنية محايدة، مستقلة، وليست تابعة للمستشفى). وتعريف آخر: (الإعتماد هو إجازة تعطى من قبل وكالة أو هيئة غير حكومية، بعد إجراء عملية مسح طوعية وشاملة لتقييم مدى تفيد الهيئة الصحية بالمعايير التي حددت مسبقا من قبل وكالة الإجازة). بينما عرفه المركز السعودي لاعتماد المنشآت الصحية، سباهي (CBAHI)، بالإشارة الى أنه (يمثل إعتماد سباهي إعترافا من جانب هيئة الإعتماد بما حققته المؤسسة الصحية من من توافق مع المعايير). (كتيب معايير سباهي إصدار ٢٠١٦).

التفريق بين متشابهات متقاربة: وكثيرا ما يلتبس المقصود من مصطلحات الإشهاد، والترخيص، وسنحاول تبيان ذلك على النحو التالي (مريزق وبوصافي ٢٠١٥):

يمكن تعريف الإشهاد بأنه عملية تقدير الدرجة التي يحقق بها مرفق معين، أو منتج معين، أو وحدة معينة، أو شخص مهني معين، الحد الأدنى للمعايير المقررة. فقد يختلف بحسب طبيعة التقييم، بحيث يتم الإشهاد على الكيان المعني بأنه

وكالة خاصة لتقديم خدمة معينة أو نشاط معين. فقد يتم الإشهاد، مثلاً، على أن منظمة معينة هي مؤسسة لتقديم الرعاية لجمهور معين من الناس، أو أنها مرفق تدريبي. كذلك، فإنه يمكن لفرد ما اجتياز امتحان معين، فيصبح مجازاً أو مشهوداً له بالاختصاص الذي اجتازه. وبعبارة أخرى، فإن الإشهاد يستخدم لغرض معين، وهو يجرى للكيان المجاز (المشهود له) لتمكينه من الاشتغال بنشاط معين، باعتبار ما سيكون. وللإشهاد حد أدنى من الدلائل الإرشادية التي يتعين أن يفى بها الكيان الذي يراد الإشهاد له. علماً بأن الإشهاد في أغلب الأحوال، لا ينظمه القانون، وعادة ما يكون طوعياً، كما أ، لتحديده حداً زمنياً. غير أن تحديده يكاد يتم تلقائياً مادامت المنظمة المعنية تواظب على دفع ما عليها من مستحقات وما دامت حسنة السمعة. (المصدر السابق)

أما الترخيص، فبينه وبين الإشهاد من أوجه التشابه أكثر مما بينه وبين الاعتماد. ويعنى الترخيص بمختلف الكيانات والأفراد والمنظمات أو الفئات. ويمكن تعريفه بأنه عملية تقدير مدى وقاء مرفق ما، أو منظمة ما، أو مهني ما، بالحد الأدنى من المتطلبات. علماً بأن الترخيص هو الآخر عملية طوعية قبلية، أي تعنى بما سيكون. وعلى خلاف الإشهاد، فإن الترخيص يكون، في العادة، نشاطاً ترعاه الحكومة، مهمته ضبط ممارسة أي مهنة أو عمل قد ينطوي على خطر لمتلقيه أو المستفيد منه. ويعطي الكيان المرخص له هذا الامتياز (الترخيص) حتى يتسنى له مزاولة نشاط معين... والترخيص بدوره محدود المدة، إذ يجرى عادة تجديده، وقد لا يتطلب تجديده سوى دفع المستحقات، وأن يكون طالب الترخيص حسن السمعة في مجتمعه.

بدأ اعتماد الخدمات الصحية أول ما بدأ في الولايات المتحدة الأمريكية في خمسينيات القرن العشرين عندما تأسست اللجنة المشتركة لاعتماد المؤسسات الصحية (JCAHO) - والتي سميت فعلياً بهذا الاسم منذ عام ١٩٨٦ - بمبادرة من جمعية الجراحين والتي لم تعد تستطيع لوحدها القيام بهذا العمل وبذلك شكلت هذه المؤسسة لتضم كل المهن الطبية في المستشفى، وقد أصبح برنامج الاعتماد أكبر وأكثر تعقيداً لقبول المؤسسة الصحية، وقد انضمت الكلية الأمريكية للأطباء، والجمعية الأمريكية للمستشفيات، وجمعية الأطباء الأمريكيين، والجمعية الطبية الكندية، إلى الكلية الأمريكية للجراحين لتشكيل اللجنة المشتركة لاعتماد المستشفيات (JCAH) وهي مؤسسة مستقلة غير هادفة للربح هدفها تسهيل منح الاعتماد للراغبين به بشكل طوعي وتم اعتماد برنامج هذه اللجنة رسمياً في ١٩٥٢/١٢/٦. وفي كندا ومنذ العام ١٩٥٣ قامت كل من جمعية المستشفيات الكندية (والتي تسمى حالياً بجمعية الرعاية الطبية الكندية)، والكلية الملكية للأطباء والجراحين، وجمعية الأطباء الناطقين بالفرنسية في كندا، بتشكيل اللجنة الكندية لاعتماد المستشفيات (CCHA'S) بهدف تطوير برنامج اعتماد المستشفيات، وقد حققت هذه اللجنة أهدافها منذ عام ١٩٥٨ بالتعاون مع المجلس الكندي لاعتماد المستشفيات الذي أنشأ بغرض وضع المعايير للمستشفيات الكندية وتقييم تطبيقها، وكان برنامج الاعتماد طوعياً على مستوى وطني دون تدخل حكومي وبلغت (الإنكليزية والفرنسية) وغير هادف للربح. أما أستراليا ففي العام ١٩٧٤ شكّل المجلس الأسترالي لمعايير الرعاية الصحية ACHS بمنحة من مؤسسة KELLOGG'S، وهي مؤسسة خاصة غير حكومية لمساعدة المستشفيات والمؤسسات الصحية للحصول على

الاعتماد، ويضم المجلس أعضاءً من وزارة الصحة في استراليا. كذلك نيوزيلندا التي أنشأت في العام ١٩٩١ مجلس نيوزيلندا لمعايير الرعاية الصحية، بعضوية عدة جهات على النحو التالي:

٥٠% من وزارة الصحة.

٤٠% من جمعية مجلس المستشفيات.

١٠% من جمعية المستشفيات الخاصة.

والمجلس مؤسسة خاصة، غير حكومية ولكن تكوينه الإداري يشير إلى مسؤولية ودور وزارة الصحة فيه. في إنجلترا وضعت KING'S FUND نظام الاعتماد في العام ١٩٩٥ للحاجة الوظيفية إليه، و KING'S FUND هي مؤسسة خاصة مستقلة أنشئت عام ١٩٨٧ وتعمل على تقييم المؤسسات منذ عام ١٩٩٠. فرنسا أنشأت في العام ١٩٩٦ الوكالة الوطنية للاعتماد والتطوير الصحي (ANAES) لتقوم باعتماد المؤسسات الصحية، هذا الاعتماد صار إلزامياً اعتباراً من ٢٠٠١. كذلك بعد اجتماع الرياض، وفي العام ٢٠٠١ أصدرت منظمة الصحة العالمية الدليل الأول لاعتماد المؤسسات الصحية. (مريزق وبوصافي ٢٠١٥)

ويعتبر الإيعتماد حالياً الأداة الرئيسية التي تستخدمها البلدان الصناعية المتقدمة لضمان جودة الرعاية، وللقيام، في الكثير من الحالات، بتوزيع الموارد المالية على المؤسسات الصحية. وتتطلب عملية تقييم الجودة من خلال الاعتماد وضع معايير لكل مستوى من مستويات الرعاية، أو أي ممارسة أو طريقة مثلى، يحددها الخبراء والمنظمات المهنية أو أي منهما. والمعيار المبدئي، في كل حالة، هو المستوى الأدنى المطلوب للجودة، علماً بأن هذا المستوى يتغير مع تطور النظام. ونظراً إلى أن المؤسسات الصحية لا تتألف من وحدات مستقلة ومنعزلة، فلا بد لجميع الخدمات المطلوب اعتمادها في المرفق الصحي أن تفي بالمعايير الأساسية. (المصدر السابق)

من أغراض اعتماد المستشفيات:

- تحسين النظم الصحية: إدماج المستشفيات وإشراكها، كمكوّن فعّال، في شبكة الرعاية الصحية.
- التحسين المطّرد للجودة: استخدام عملية الاعتماد لإحداث تغييرات في الممارسة، تحسّن من جودة الرعاية المقدّمة للمرضى.

- اتّخاذ القرارات عن علم: توفير معطيات حول جودة الرعاية الصحية، يُمكن لمختلف أصحاب الشأن، وراسمي السياسات، والمديرين، والأطباء السريريين (الإكلينيكيين) الاستهداء بها في اتخاذ قراراتهم.

- تحسين القابلية للمساءلة والتنظيم: جعل مؤسسات الرعاية الصحية قابلة للمساءلة أمام الهيئات القانونية وغيرها من الهيئات، كالهيئات المهنية، والحكومة، وجماعات المرضى، والمجتمع عموماً، وتنظيم سلوكياتها حمايةً لمصالح المرضى وسائر أصحاب الشأن.

يمكن وضع سمات أو نقاط مشتركة للاعتماد: أولاً موضوعه هو المؤسسات لا الأفراد، ثانياً المرجعية في تقييمه معايير موضوعه مسبقاً، ثالثاً شمولية تطبيق معاييرها لطبيعة نظام الرعاية الصحية التي لا تقبل التجزئة وعزل الوحدات

عن بعضها، رابعاً تسبقه عملة تقييم ذاتي داخلي تقوم بها المؤسسة، خامساً تغلب صفة الطوعية باستثناء سباهي و البرنامج الفرنسي للاعتماد الذي أصبح مطلوباً لتجديد ومنح الترخيص، سادساً استقلالية الجهة المانحة له عن المؤسسة الممنوح لها.

أطراف الاعتماد والاستفادة منه: تتمثل الأطراف المستفيدة من نظام الاعتماد فيما يلي (مريزق وبوصافي ٢٠١٥):
أ - المستفيد من الخدمة (المريض):

استعادة الثقة في المؤسسات الصحية المحلية حيث يمكن للمستفيد من الخدمة مقارنة الخدمة بمثيلاتها في المنطقة المحيطة أو دولياً. وزيادة فرص المريض وأسرته في الحصول على المعلومات السليمة قبل وأثناء وبعد عمليات التشخيص والعلاج الأمر الذي يؤدي إلى تحسين فرص الشفاء وتقليل الأعراض الجانبية والمضاعفات . تقليل فرص التعرض للمخاطر أثناء وجود المريض بالمستشفى مثل التعرض للعوى أو أخطاء الممارسات الطبية أو خطر الحريق . تقليل النفقات، حيث لا يضطر المريض إلى إعادة الفحص أو المرور بتجارب غير ناجحة في العلاج أو الإنفاق على مضاعفات ناجمة عن الأخطاء مع توفير في الوقت الذي يقضيه خارج عمله في مرحلة العلاج . احترام رغبة المريض وأسرته في اختيار مقدم الخدمة مع فرصة المقارنة في الأداء بين المؤسسات الصحية التي تقدم الخدمة نفسها . يكتسب برنامج الاعتماد قوته من مراقبة المجتمع للجودة، فكلما زاد استخدام المواطنين للمعلومات المتاحة عن المنشآت الصحية ومقدمي الخدمة أصبح الاعتماد وسيلة ناجحة لجذب المزيد من المستفيدين .

ب - المؤسسة الصحية

- يعد تطبيق نظم الجودة وتحسين الأداء والالتزام بالمعايير من أكثر الفوائد التي تعود على المؤسسة الصحية، حيث يضعها في مصاف المؤسسات الصحية التي تطبق المهنة طبقاً لأفضل الممارسات الإكلينيكية والإدارية والمعترف بها دولياً .

- الارتقاء بسمعة المؤسسة الصحية الحاصلة على الاعتماد، حيث يعني هذا التزامها بمعايير الجودة التي تلتزم بها مثيلاتها في العالم المتقدم .

- يؤدي تحسين صورة المؤسسة الصحية لدى جمهور المواطنين وشركات التأمين الصحي وهيئات التأمين الصحي الحكومية إلى زيادة فرصة المؤسسة في الحصول على كم أكبر من التعاقدات الذي يضمن لها الاستمرار والنجاح والتوسع .

- زيادة فرصة المؤسسة الصحية في الحصول على أفضل مقدمي الخدمة حيث يفضل المتميزون العمل في مؤسسة ذات سمعة ممتازة، الأمر الذي يجعلهم أكثر ولاء لمكان العمل مما يزيد فرصة الاستمرار في العمل ويقلل نفقات البحث عن عاملين جدد .

- تقليل مخاطر دفع تعويضات عن الممارسات المهنية الخاطئة .

- تقليل إمكانية حدوث مخاطر الحريق والماس الكهربائي والعوى .

- تقليل نفقات التأمين ضد أخطار المهنة .
- تقليل نسبة الفاقد من الأدوية والمستلزمات .
- توفير نفقات إعادة الترخيص في بعض الحالات التي يغني بها الاعتماد عن الترخيص .
- زيادة الدخل : بزيادة حصة المؤسسة من التعاقدات نتيجة ثقة المرضى وشركات التأمين .
- زيادة السعر لعلاج بعض الحالات ليتناسب مع جودة الخدمات .
- زيادة فرصة المؤسسة في استخدامها لتدريب وتعليم العاملين في الحقل الطبي .

ج - المجتمع

- الاعتماد يعتبر ركنا من أركان إصلاح القطاع الصحي الذي يؤثر في ترشيد الإنفاق وتحسين الخدمات وتحقيق العدالة الاجتماعية وزيادة فرص الوصول إلى الخدمات .
- تحسين الخدمات الصحية يؤدي إلى تحسين صحة المواطنين، ويزيد ساعات العمل ويقلل الفاقد نتيجة المرضى، ويعيد الثقة بين المجتمع وخدماته الصحية .
- يعد نظام الاعتماد نظاماً عادلاً موضوعياً لإعطاء المجتمع الحق في المقارنة لاختيار الأفضل .(المصدر السابق)

مقارنة بين أنظمة الاعتماد في دول العالم (مريزق وبوصافي ٢٠١٥ من موقع نيرسينغ فورأول):

اسم وطبيعة الجهة المانحة للاعتماد	
الوكالة الوطنية للاعتماد والتطوير الصحي ANAES وهي مؤسسة عامة إدارية أنشأت بمرسوم لغرض إعادة تشكيل النظام الصحي معتمدة الجودة محوراً لذلك وقد حلت محل وكالة التطوير والتقييم الطبي التي كانت قد أنشئت عام ١٩٩١.	فرنسا
مؤسسات عديدة لكن الأساسية هي King's Fund وهي مؤسسة مستقلة، هدفها الاستجابة لحاجة الخبراء. وكان أول منح للاعتماد عام ١٩٩٥.	إنجلترا
قسم الموافقات في إدارة التقييم والاعتماد في وزارة الصحة والضمان الاجتماعي بمبادرة من الحكومة منذ عام ١٩٨١ ولكنها صارت تعنى بتحسين الجودة اعتباراً من ١٩٩١.	إسبانيا
المجلس الكندي لاعتماد الخدمات الصحية CCHSA وهو مؤسسة مستقلة تضم مؤسسات المهن الطبية. المستشفيات الكندية شاركت في برنامج الاعتماد الأمريكي منذ إنشائه، لكن المهنيين في الصحة الكندية قرروا عام ١٩٩٨ عمل نموذج خاص بهم ليتوافق مع حاجاتهم الصحية ونظامهم وخصوصياتهم.	كندا
اللجنة المشتركة لاعتماد مؤسسات الرعاية الصحية * JCAHO وهي مؤسسة مستقلة نتجت عن تجمع ممثلي المهن الصحية، وبداية خطوات الاعتماد بدأتها كانت الجمعية الأمريكية للجراحين التي عرفت منذ مطلع القرن العشرين الحد الأدنى من معايير الجودة لعلاج المريض في المستشفى وتجمع عدد آخر من المهن الطبية مع هذه الجمعية عام ١٩٥٠ ووضع تصور لبرنامج الجودة عام ١٩٧٠ وكذلك وضع برنامج للتحسين المستمر عام ١٩٨٠.	الولايات المتحدة

جدول (٢-٣) الجهات المانحة للاعتماد-المصدر (مريزق وبوصافي ٢٠١٥)

إلزامية الحصول على الاعتماد	
إلزامي لكل المؤسسات الصحية. (*)	فرنسا
طوعي.	إنجلترا
نظرياً طوعي، ولكنه إلزامي لعمل أي عقد أو نشاط مع الحكومة.	إسبانيا
طوعي.	كندا

الولايات المتحدة	طوعي.
------------------	-------

جدول (٢-٤) الزامية الحصول على الإعتماد -المصدر (مريزق وبوصافي ٢٠١٥)

موقع الجودة ونقلها إلى المؤسسات الصحية	
تطوير ممارسات الخبرات الطبية والإدارية.	فرنسا
بمبادرة من وزارة الصحة تم التدقيق العملي السريري للخبراء.	إنجلترا
خطوات التطوير وضعت مع الاعتماد عامي ١٩٨١ و ١٩٨٣.	إسبانيا
قواعد تنظيمية مختلفة في المجال الصحي للمناطق، المستشفيات، الأقسام، والوحدات تم تطوير الجزء الأكبر من وظائف المستشفى في مجال الإجراءات والتدقيق	كندا
جودة ومراقبة الممارسات الوظيفية صارت جزءاً من برنامج تنظيم المستشفيات سواء كانت عامة أو خاصة.	الولايات المتحدة

جدول (٢-٥) موقع الجودة ونقلها - المصدر (مريزق وبوصافي ٢٠١٥)

الكلفة التقديرية للاعتماد (تقديرات عام ١٩٩٥)* (يتضمن فقط إدارة البرنامج من قبل الجهة المانحة للاعتماد وزيارة الخبراء، أما غير ذلك مثل التدري ب وإعادة تصميم الإجراءات فيقع على عاتق المؤسسة الصحية)	
غير محددة	فرنسا
\$ ٣٠٠٠٠ لمستشفى ٦٠٠-١٠٠٠ سرير.	إنجلترا
حتى عام ١٩٩٦ مجاناً للمؤسسات التي تجري تعاقدات مع وزارة الصحة.	إسبانيا
\$ ٢٠٠٠٠ لمستشفى ٢٠٠ سرير.	كندا
\$ ٣٠٠٠٠ لمستشفى ٢٠٠ سرير.	الولايات المتحدة

جدول (٢-٦) التكلفة التقديرية للإعتماد - المصدر (مريزق وبوصافي ٢٠١٥)

المؤسسات المعنية بالاعتماد	
كل المؤسسات التي تقدم خدمات صحية.	فرنسا
المستشفيات، العيادات العامة، مراكز العلاج الترميزي.	إنجلترا
المستشفيات فقط (حتى عام ١٩٩٧).	إسبانيا
مراكز الإقامة القصيرة والطويلة، المصحات العقلية، مراكز إعادة التأهيل، معالجة الأورام، معالجة السموم، مراكز الخدمات الاسعافية، وحدات العناية الترميزية.	كندا
كل المؤسسات التي تقدم خدمات صحية.	الولايات المتحدة

جدول (٢-٧) المؤسسات المعنية بالإعتماد-المصدر (مريزق وبوصافي ٢٠١٥)

طبيعة الاعتماد ومدته	
- اعتماد دون أخطاء، دون توصيات (٥ سنوات). - اعتماد دون أخطاء، مع توصيات (٥ سنوات). - اعتماد مع خطأ صغير يعاد التقييم للمشكلة المحددة خلال ٦ أشهر. - اعتماد مع خطأ كبير يعاد التقييم للمشكلة المحددة خلال ٦-١٢ شهر. - عدم اعتماد.	فرنسا
- اعتماد كامل. - اعتماد مؤقت. - اعتماد مؤقت مع المراقبة. - اعتماد محدد. - عدم اعتماد.	إنجلترا

اسبانيا	<ul style="list-style-type: none"> - اعتماد أو عدم اعتماد. - مع توصيات أو دون توصيات. - لمدة ٣ سنوات .
كندا	<ul style="list-style-type: none"> - الاعتماد لكل المؤسسة الصحية (باستثناء حالات محددة). - اعتماد أو عدم اعتماد. - مدة ٣ سنوات.
الولايات المتحدة	<ul style="list-style-type: none"> - اعتماد (مع درجة شرف). - اعتماد. - اعتماد مع توصيات من النوع I (يجب أن تنجز المؤسسة التوصية خلال فترة محددة). - اعتماد مع توصيات من النوع II (يجب أن تنجز المؤسسة التوصية خلال فترة محددة). - مشروط (زيارة مراقبة خلال فترة ٦ أشهر). - عدم اعتماد لعدم مطابقة بعض المعايير الأساسية. - عدم اعتماد لعدم مطابقة المعايير الأساسية. - مدة الاعتماد ٣ سنوات.

جدول (٢-٨) طبيعة الإعتماد ومدته-المصدر (مريزق وبوصافي ٢٠١٥)

خطوات الاعتماد	
فرنسا	<ul style="list-style-type: none"> ١- طلب من المستشفى لإدارة ANAES. ٢- ANAES ترسل دليل التطوير والتقييم الذاتي للمستشفى. ٣- التقييم الذاتي ينجز من قبل المستشفى ويرسل لـ ANAES. ٤- الموافقة على زيارة الخبراء. ٥- زيارة الخبراء للمستشفى. ٦- فحص مقارن لتقرير الخبراء. ٧- تقرير الاعتماد يرسل للمستشفى ولإدارة المنطقة.
إنجلترا	<ul style="list-style-type: none"> ١- طلب من المستشفى لـ King's fund. ٢- King's fund ترسل الدليل ويتم تأسيس فرق القيادة في المستشفى. ٣- مرحلة التقييم والتطوير الذاتي. ٤- إجراءات التصحيح. ٥- زيادة الاعتماد. ٦- تقرير الزيارة. ٧- معلومات تتعلق بقرار الاعتماد. ٨- مرحلة المشاورات وتقرير الاعتماد. ٩- المراقبة السنوية.
اسبانيا	<ul style="list-style-type: none"> ١- المؤسسة تختار الدخول في نظام الاعتماد. ٢- يجري تقييم وتطوير ذاتي بمساعدة الأدلة الموجودة. ٣- إرسال دراسة التقييم إلى وزارة الصحة. ٤- مرحلة التدقيق. ٥- تقرير الزيارة مع الانطباع. ٦- مرحلة إعطاء المنح. ٧- لجنة الاعتماد تضع تقرير الاعتماد، وفي حال وجود خلل تعطي التوصيات. ٨- المستشفى تستطيع أن تعترض على القرار عن طريق: المدير العام للموارد الصحية والذي قد يطلب مجدداً إعادة التقييم، أو اللجوء إلى القضاء الإداري (لم تضطر أي مؤسسة حتى ١٩٩٧ للجوء إلى القضاء). ٩- يتوجب على المؤسسة وقتها إجراء التعديل حسب التوصيات بشكل مكتوب وقد تضطر اللجنة إلى إجراء زيارة للتأكد.
كندا	<ul style="list-style-type: none"> ١- طلب من المؤسسة الصحية إلى CCHSA. ٢- تبادل المعلومات بإشراف CCHSA.

٣- التقييم الذاتي.	
٤- البدء بوضع نماذج عمل داخلي في المؤسسة الصحية (٦_١٢ شهر).	
٥- ترتيب الزيارة عندما تشعر المؤسسة بأنها أنجزت أعمالها.	
٦- زيارة الخبراء من ٣ - ٥ أيام.	
٧- تقرير اللجنة.	
٨- دراسة التقرير في إدارة CCHSA وتقرير وضع المؤسسة.	
١- طلب زيارة يتوافق مع المعلومات المتعلقة بالمؤسسة والتي تقرر وفقها JCAHO برنامج الاعتماد الموافق لها.	الولايات المتحدة
٢- تصميم البرنامج الموافق يقع على عاتق JCAHO.	
٣- التحضير للزيارة ويتضمن التقييم الذاتي وإجراءات المطابقة.	
٤- الزيارة تأخذ بعين الاعتبار بعض الأمور الأساسية مثل مقابلة المرضى، وفئات العاملين في مختلف أقسام المؤسسة.	
٥- مناقشة التقرير بين اللجنة وإدارة المستشفى.	
٦- تقرير الزيارة.	
٧- إرسال تقرير الاعتماد للمستشفى.	
٨- يمكن أن يكون هنالك اعتراض لاحق من قبل المؤسسة.	
٩- تدقيق وتحري مبرمج من قبل JCAHO ضمن مدة ٣ سنوات (وهي مدة الاعتماد) في حال وجود إجراءات معينة تتعلق بالمؤسسة الصحية.	

جدول (٢-٩) خطوات الاعتماد - المصدر (مريزق وبوصافي ٢٠١٥)

فترة الإعداد للاعتماد	
فرنسا	غير محددة.
إنجلترا	٩ - ١٢ شهر.
اسبانيا	تختلف حسب المؤسسة لكنها وسطياً سنة واحدة.
كندا	التحضير للزيارة بين ٦ - ١٢ شهر.
الولايات المتحدة	تختلف حسب المؤسسة.

جدول (٢-١٠) فترة الإعداد للاعتماد - المصدر (مريزق وبوصافي ٢٠١٥)

معايير اللجنة الدولية المشتركة (JCI) جيه سي آي

استعراض تركيبة المعايير

احتوى كتيب معايير اللجنة المشتركة لاعتماد المستشفيات على نصوص المعايير: وهي تعريف للمنتوقع على مستوى الأداء والبنية والوظائف التي يجب توفرها بالمؤسسة ليتم اعتمادها، وتقييم ذلك يكون عبر عملية المسح. ومقصد كل معيار (Intent): وهو توضيح للمعنى الكلي لمقصد المعيار يتناول الهدف والمنطق خلفه، وكيف يسهم في تطبيق المعيار نفسه بتوضيح الجانب العملي. وعناصر القياس الخاصة بكل معيار (Measurable Elements): وتشير الى ما يتم مراجعته وتقييم درجته خلال عملية مسح المؤسسة، وتهدف الى توضيح وتعليم العاملين، وتوجيههم خلال مراحل الاعتماد. كذلك تضمن كتيب المعايير ملخصاً للسياسات والجراءات: تشمل تفصيلاً لمرحلة الاعتماد، وشرحا لعملية المسح بكلفة أنواعه والهدف من عملية المسح والنطاق الموضوعي له، بالإضافة للمصروفات وتقرير الاعتماد، والقرار النهائي بالاعتماد أو عدمه. كذلك احتوى كتيب المعايير على قائمة المصطلحات والفهرس: هذه المصطلحات من الأهمية بمكان حيث أنها ترسم الإطار العام المفترض للمؤسسة الصحية المؤهلة للاعتماد (أو الناجحة في مجال

الرعاية الصحية بغض النظر عن الاعتماد)، مثلا: مصطلح ثقافة الأمان (Safety Culture) الذي يتحدث عن: (البيئة التي يتعامل فيها العاملون مع بعضهم باحترام، والادارة تفود عمل الفرق بفعالية وكفاءة، وتعزز من الأمان النفسي، فرق العمل تتعلم من الأخطاء، والأخطار وشيكة الوقوع، مقدمي الرعاية على وعي بالحدود البشرية للأداء وبخاصة في النظم المعقدة، ويعترفون بالاجهاد الذهني، وهناك نسق عملياتي واضح للتعلم وقيادة التحسين). (كتيب معايير جيه سي أي الإصدار السادس ٢٠١٧).

وتم ترتيب المعايير حول المهام الهامة المشتركة لجميع مؤسسات الرعاية الصحية، مع الاشارة في الكتيب نفسه إلى أن هذا النهج هو الآن الأكثر استخداما على نطاق واسع في جميع أنحاء العالم ، وقد تم التحقق من صحته وجدواه علميا بالدراسة ، والاختبار ، والتطبيق.

وقد صنفت المعايير في ثلاثة مجالات رئيسية هي: المعايير المتعلقة بتوفير الرعاية للمرضى؛ والمعايير المتعلقة بتوفير منظمة آمنة وفعالة بإدارة جيدة؛ والمعايير الخاصة فقط بالمستشفيات الأكاديمية الطبية (التعليمية): تلك المتعلقة بالتعليم المهني الطبي وبرامج البحوث على المرضى. وتنطبق المعايير على المنظمة بأكملها وكذلك على كل إدارة أو وحدة أو خدمة داخل المنظمة. عملية المسح (التقييم) يتم فيها جمع المعلومات حول مدى الامتثال للمعايير في سائر أنشطة وأنحاء المؤسسة، ويستند قرار الاعتماد على المستوى العام لذلك الإمتثال للمعايير بالمنظمة. كما أفرد كتيب المعايير قسماً كاملاً لمتطلبات الإنخراط في عملية الاعتماد، مطلوباته و الأسس المنطقية لتلك المطلوبات، وكيفية وزمن التحقق منها، بالإضافة إلى النتائج المترتبة على عدم الإلتزام بتلك المطلوبات. وتتضمن البيانات المطلوبة من كل مستشفى، وتوفرها وتحديثها، وضمان الوصول الكامل بدون عوائق لطاقت المسح إلى موقع المستشفى، .. الخ، وعددها إثني عشر مطلوباً. (المصدر السابق)

شكل المعيار يكون كالتالي:

أولاً: عنوان المعيار (أهداف سلامة المرضى مثلاً)، ويكون مختصراً، مكتوباً بخط عريض بين خطين أفقيين لتمييزه،
ثانياً: نص المعيار، ويكتب عنوانه بالأحرف الموافقة لرمز المعيار، والنص بالخط العادي،
ثالثاً: مقصد المعيار، يكتب عنوانه بخط أقل من عنوان المعيار، ويكتب نصه بالخط العادي،
رابعاً: عناصر قياس المعيار، يكتب عنوانها بخط أقل من خط عنوان المعيار، والنص يكتب بخط عادي في شكل نقاط بالترقيم، بلغة محددة ومختصرة وواضحة، مع الإحالة الى المعايير المتسقة إن وجدت (كتيب معايير جيه سي أي الإصدار السادس ٢٠١٧).

Goal 5: Reduce the Risk of Health Care–Associated Infections

Standard IPSG.5

The hospital adopts and implements evidence-based hand-hygiene guidelines to reduce the risk of health care–associated infections. (P)

Intent of IPSG.5

Infection prevention and control are challenging in most health care settings, and rising rates of health care–associated infections are a major concern for patients and health care practitioners. Infections common to all health care settings include catheter-associated urinary tract infections, bloodstream infections, and pneumonia (often associated with mechanical ventilation).

Central to the elimination of these and other infections is proper hand hygiene. Evidence-based hand-hygiene guidelines are available from the World Health Organization (WHO), the United States Centers for Disease Control and Prevention (US CDC), and various other national and international organizations.^{29,30} (Also see GLD.11.2)

The hospital adopts and implements current evidence-based hand-hygiene guidelines. Hand-hygiene guidelines are posted in appropriate areas, and staff are educated in proper hand-washing and hand-disinfection procedures. Soap, disinfectants, and towels or other means of drying are located in those areas where hand-washing and hand-disinfecting procedures are required. (Also see PCI.9)

Measurable Elements of IPSG.5

- 1. The hospital has adopted current evidence-based hand-hygiene guidelines.
- 2. The hospital implements a hand-hygiene program throughout the hospital.
- 3. Hand-washing and hand-disinfection procedures are used in accordance with hand-hygiene guidelines throughout the hospital. (Also see IPSP.9, ME 4)

شكل (٧-٢) نموذج معيار فرعي المصدر اللجنة الدولية المشتركة - (كتيب المعايير الإصدار السادس ٢٠١٧)

المعايير و أقسامها:

Section I: Accreditation Participation Requirements القسم الأول: متطلبات الانخراط في الاعتماد	
الرمز	المعيار
(APR)	Accreditation Participation Requirements متطلبات الإنخراط في الاعتماد (من المطلوب APR1 وحتى APR12)

Section II: Patient-Centered Standards

القسم الثاني: معايير محورية الاهتمام بالمريض

الرمز	المعيار
(IPSG)	International Patient Safety Goals الأهداف الدولية لأمان المريض Goal 1: Identify Patients Correctly Goal 2: Improve Effective Communication Goal 3: Improve the Safety of High-Alert Medications Goal 4: Ensure Safe Surgery Goal 5: Reduce the Risk of Health Care-Associated Infections Goal 6: Reduce the Risk of Patient Harm Resulting from Falls
(ACC)	Access to Care and Continuity of Care معايير الحصول على الرعاية واستمرار الرعاية ولها ستة أقسام، يحتوي كل قسم على معايير فرعية: القسم الأول: Screening for Admission to the Hospital القسم الثاني: Admission to the Hospital القسم الثالث: Continuity of Care القسم الرابع: Discharge, Referral, and Follow-Up القسم الخامس: Transfer of Patients القسم السادس: Transportation
(PFR)	Patient and Family Rights حقوق المريض وذويه ولها أربعة أقسام: القسم الأول معايير عامة القسم الثاني: General Consent القسم الثالث: Informed Consent القسم الرابع: Organ and Tissue Donation
(AOP)	Assessment of Patients تقييم المرضى ولها أربعة أقسام: القسم الأول معايير عامة القسم الثاني: Laboratory Services القسم الثالث: Blood Bank and/or Transfusion Services القسم الرابع: Radiology and Diagnostic Imaging Services
(COP)	Care of Patients رعاية المرضى ولها تسعة أقسام، القسم الأول: Care Delivery for All Patients القسم الثاني: Care of High-Risk Patients and Provision of High-Risk Services القسم الثالث: Recognition of Changes to Patient Condition القسم الرابع: Resuscitation Services القسم الخامس: Food and Nutrition Therapy القسم السادس: Pain Management القسم السابع: End-of-Life Care القسم الثامن: Hospitals Providing Organ and/or Tissue Transplant Services القسم التاسع: Transplant Programs Using Living Donor Organs

(ASC)	<p>Anesthesia and Surgical Care التخدير والرعاية الجراحية</p> <p>ولها أربع أقسام، القسم الأول: Organization and Management القسم الثاني: Sedation Care القسم الثالث: Anesthesia Care القسم الرابع: Surgical Care</p>
(MMU)	<p>Medication Management and Use إدارة الأدوية واستخدامها</p> <p>ولها ستة أقسام، القسم الأول: Organization and Management القسم الثاني: Selection and Procurement القسم الثالث: Storage القسم الرابع: Ordering and Transcribing القسم الخامس: Preparing and Dispensing القسم السادس: Administration</p>
(PFE)	<p>Patient and Family Education تثقيف المرضى وذويه</p> <p>وتشمل أربعة معايير عامة</p>

Section III: Health Care Organization Management Standards

القسم الثالث: معايير إدارة مؤسسة الرعاية الصحية

الرمز	المعيار
(QPS)	<p>Quality Improvement and Patient Safety تحسين الجودة وأمان المريض</p> <p>ولها أربعة أقسام، القسم الأول: Management of Quality and Patient Safety Activities القسم الثاني: Measure Selection and Data Collection القسم الثالث: Analysis and Validation of Measurement Data القسم الرابع: Gaining and Sustaining Improvement</p>
(PCI)	<p>Prevention and Control of Infections الوقاية من العدوى ومكافحتها</p> <p>ولها تسعة أقسام، القسم الأول: Responsibilities القسم الثاني: Resources القسم الثالث: Goals of the Infection Control Program القسم الرابع: Medical Equipment, Devices, and Supplies القسم الخامس: Infectious Waste القسم السادس: Food Services القسم السابع: Construction Risks القسم الثامن: Transmission of Infections القسم التاسع: Quality Improvement and Program Education</p>
(GLD)	<p>Governance, Leadership, and Direction الحوكمة والقيادة والتوجيه</p> <p>ولها أحد عشر قسمًا، القسم الأول: Governance of the Hospital القسم الثاني: Chief Executive(s) Accountabilities القسم الثالث: Hospital Leadership Accountabilities القسم الرابع: Hospital Leadership for Quality and Patient Safety القسم الخامس: Hospital Leadership for Contracts</p>

	<p>Hospital Leadership for Resource Decisions: القسم السادس Clinical Staff Organization and Accountabilities: القسم السابع Direction of Hospital Departments and Services: القسم الثامن Organizational and Clinical Ethics: القسم التاسع Health Professional Education: القسم العاشر Human Subjects Research: القسم الحادي عشر</p>
(FMS)	<p>Facility Management and Safety إدارة المرافق والسلامة Leadership and Planning: القسم الأول: ولها تسعة أقسام، Safety and Security: القسم الثاني Hazardous Materials: القسم الثالث Disaster Preparedness: القسم الرابع Fire Safety: القسم الخامس Medical Equipment: القسم السادس Utility Systems: القسم السابع Facility Management and Safety Program Monitoring: القسم الثامن Staff Education: القسم التاسع</p>
(SQE)	<p>Staff Qualifications and Education مؤهلات وتعليم العاملين Planning: القسم الأول: ولها سبعة أقسام، Determining Medical Staff Membership: القسم الثاني The Assignment of Medical Staff Clinical Privileges: القسم الثالث Ongoing Monitoring and Evaluation of Medical Staff Members: القسم الرابع Medical Staff Reappointment and Renewal of Clinical Privileges: القسم الخامس Nursing Staff: القسم السادس Other Health Care Practitioners: القسم السابع</p>
(MOI)	<p>Management of Information إدارة المعلومات Information Management: القسم الأول: ولها أربعة أقسام، Management and Implementation of Documents: القسم الثاني Medical Record: القسم الثالث Information Technology in Health Care: القسم الرابع</p>

Academic Medical Center Hospital Standards
القسم الرابع: معايير المستشفيات التعليمية

الرمز	المعيار
(MPE)	<p>Medical Professional Education التعليم المهني الطبي ويشمل مجموعة معايير فرعية عامة</p>
(HRP)	<p>Human Subjects Research Programs برامج البحوث على المرضى ويشمل مجموعة معايير فرعية عامة</p>

جدول (٢-١١) المعايير وأقسامها بالاصدار السادس ٢٠١٧م من اللجنة الدولية المشتركة – من تنسيق الباحث

طريقة التقييم

أساس عملية مسح المؤسسة هو أسلوب منهجية التتبع (Trace Methodology)، حيث يقوم الماسحون باختيار مجموعة من مرضى المستشفى وتتبع تجربة كل مريض مع الرعاية الصحية المقدمة بواسطة المستشفى. كذلك يطبق الأسلوب نفسه على العمليات والنظم الادارية والسريرية. هذه الطريقة تتيح التعرف على مدى الامتثال للمعايير (انظر تفصيل منهجية التتبع أدناه). كذلك المقابلات مع طاقم العمل بصورة جماعية، أو منفردة لكل واحد منهم على حدة. وأيضا الملاحظة لما تقدمه المؤسسة من رعاية ومسار العمليات (Process)، وأي أحداث تكون خلال يوم العمل. بالإضافة الى مراجعة المستندات المختلفة من سجلات طبية و سياسات واجراءات وخلافه. مراجعة المستندات وتوثيق العمليات والاجراءات يتم بصورة مشابهة لتدقيق نظم الجودة الأخرى: على مستوى أول وهو وجود المستند أو الدليل المرجعي، ثم احتواء المستند أو الدليل المرجعي على معلومات حديثة مواكبة للتاريخ والممارسة الحالية، ثم المستوى الأخير مطابقة استجابة العاملين (لأسئلة المقابلات وأسئلة مراجعة المستندات و الأدلة) لتلك المعلومات الحديثة المدرجة فيها. (كتيب معايير جيه سي أي الإصدار السادس ٢٠١٧).

منهجية التتبع (Trace Methodology)

تعتبر هذه المنهجية جزءا أساسيا من عملية مسح الموقع، ويستخدم المعلومات التي تقدمها المؤسسة لمتابعة تجربة الرعاية أو العلاج أو الخدمات لعدد من المرضى من خلال عملية تقديم الرعاية الصحية للمنظمة كلها. تمكن هذه المتبعات فريق المسح من تحديد مشاكل الأداء في خطوة واحدة أو أكثر من العملية (Process)، أو من النقاط بين العمليات. أنواع التتبع المستخدمة من قبل اللجنة المشتركة خلال المسح الموقعي هي:

- تتبّع الأفراد: تم تصميم هذا التتبع لتقصي تجربة مريض فعلي خلال تلقيه الخدمة من المؤسسة و هو وسيلة لتحليل نظام المؤسسة لتوفير الرعاية أوالعلاج أو الخدمات ويستخدم تجربة ذلك المريض كإطار عمل (Framework) لتقييم مدى إمتثال المؤسسة للمعايير. المرضى الذين يختارون لهذا التتبع هم في أغلب الأحوال من ذوي التشخيصات الخطيرة، أوالحالات الحرجة، أو التي تشخص ضمن النطاقات شديدة الخطورة، لأي نوع من الخدمات التي تتلقاها قد تمكن من تقييم متعمق لعمليات المنظمة (Processes) والممارسات (Practices).

- تتبّع العمليات: المواضيع الثلاثة التي يتم تقييمها من خلال نظام تتبّع العمليات هي إدارة البيانات ، والسيطرة على العدوى وإدارة الدواء. يتضمن جلسة تفاعلية تضم المساح والموظفين ذوي الصلة في تعقب نظام معين واحد (System) من نظم العمل الخاصة به أو من خلال العمليات (Processes) في المنظمة، إستنادا إلى المعلومات الواردة من التتبع الفردي. وبينما يستقصى التتبع الفردي المريض من خلال تجربته ، فإن التتبع العمليتي يتقصى ويقيم النظام أو العملية ، بما في ذلك تكامل العمليات (ذات الصلة) ، والتنسيق والإتصال بين التخصصات والإدارات في تلك العمليات.

- تتبع البرنامج: الهدف من هذه التتبع هو تحديد نقاط المخاطر والمخاوف المتعلقة بالسلامة في مختلف مستويات وأنواع الرعاية أو العلاج أو الخدمات. يركز التتبع الخاص بالبرنامج على القضايا الهامة ذات الصلة بالمنظمة، مثل الخدمات السريرية المقدمة، ومجموعات المرضى ذات المخاطر العالية، أو الحجم الكبير. (JCI FactSheet, April 2019)

معايير جيه سي آي (JCI) والقوانين

يشرح كتيب المعايير كيفية التعامل حينما يثور تعارض بين متطلبات معيار معين مع متطلبات القانون أو اللائحة التي تخضع لها المؤسسة، ونصت على علو وإلزامية الإمتثال للمطلوب الأكثر صرامة، سواء كان ما تطلبه المعايير أو ما يتطلبه القانون المحلي أو اللائحة. على سبيل المثال: جيه سي آي (JCI) تتطلب وجود وسيلتين لتمييز وتعريف المريض، فإذا كانت القوانين المحلية أو اللائحة الخاصة أو المعايير الخاصة بالمستشفى تتطلب ثلاث وسائل تعريف، حينئذ يكون الإمتثال للقانون أو اللائحة أو المعايير المحلية كونها الأكثر صرامة. وإذا كانت المعايير المحلية أو اللائحة الخاصة بالمستشفى تسمح باستخدام الترقيم على أسرة المرضى كوسيلة تعريف، وهو ما تنص جيه سي آي (JCI) على منعه صراحة، فإن المطلوب واجب التطبيق والإمتثال هو ما نصت عليه جيه سي آي (JCI) بوصفها الأكثر صرامة. (كتيب معايير جيه سي آي الإصدار السادس ٢٠١٧).

المعايير القومية لسلامة وجودة الرعاية الصحية (NSQHS) إن اس كيو أتش اس (أستراليا):

تمت صياغة المعايير القومية لسلامة وجودة الرعاية الصحية (NSQHS) من قبل اللجنة الأسترالية المعنية بالسلامة والجودة في الرعاية الصحية (اللجنة) بالتعاون مع الحكومة الأسترالية وحكومات الولايات والأقاليم والقطاع الخاص والخبراء والمرضى أنفسهم ومقدمي الرعاية الصحية. وتتمثل الأهداف الرئيسية لمعايير (NSQHS) في حماية الجمهور كافة من الأضرار وتحسين جودة الخدمات الصحية. هذه المعايير توفر آلية لضمان الجودة والتي تختبر ما إذا كانت النظم ذات الصلة موجودة لتأكيد الوفاء بالمعايير المتوقعة للسلامة والجودة. ومعايير (NSQHS) عددها ثمانية، تغطي الأحداث الضارة عالية الانتشار، والعدوى المرتبطة بالرعاية الصحية، والسلامة الدوائية، والرعاية الشاملة، والاتصالات، والوقاية من الإصابات والسقوط، والاستجابة للتدهور السريري. والأهم أن هذه المعايير (NSQHS) قدمت تصورا وطنيا متسقا حول مستوى الرعاية الذي يمكن أن يتوقعه المستهلكين من مؤسسات الخدمات الصحية. يتضمن كل معيار من المعايير: وصفا للمعيار، وتوضيحا للمقصد من المعيار (Intent)، وقائمة بالمجالات الأساسية التي يغطيها المعيار، وملاحظات توضيحية لمحتوى المعيار، ثم متطلبات المعيار في شكل أفعال أو مهام يجب تطبيقها. (كتيب المعايير القومية الأسترالية الإصدار الثاني ٢٠١٧)

إن معياري الحوكمة السريرية (Clinical Governance)، والشراكة مع متلقي الخدمة (Partnering with Consumers)، يمثلان المتطلبات الشاملة للنظام من أجل تطبيق المعايير الست المتبقية، ومعايير (NSQHS) تصف رحلة رعاية المريض وهي مصممة ليتم تنفيذها بطريقة متكاملة. تستخدم إستراتيجيات تطبيق متماثلة لتنفيذ إجراءات متعددة في معايير (NSQHS). من المهم التعرف على – وتحديد- الإرتباطات بين الإجراءات في معايير (NSQHS)

الثمانية، وهذا سيساعد منظمات الخدمات الصحية على إستمرار التأكد من تكامل تطبيق نظم السلامة والجودة ، وتقلل من إزدواجية الجهود في حالة تنفيذ المعايير الثمانية بشكل منفصل.(المصدر السابق)

المعايير : أولاً: الحوكمة السريرية (Clinical Governance):

و تصف الإدارة السريرية ، ونظم السلامة والجودة المطلوبة للحفاظ على - وتحسين إعتماذية وسلامة ونوعية الرعاية الصحية ، وتحسين النتائج الصحية للمرضى. يضم هذا المعيار أربعة أقسام:

1. الحوكمة والقيادة والثقافة، يحوي ثلاثة مهام.
2. أمان المريض ونظم الجودة، يحوي سبعة مهام.
3. الأداء والفعالية السريرية، يحوي ستة مهام.
4. البيئة الأمنة لتقديم خدمة الرعاية، يحوي مهمة واحدة.

ثانياً: الشراكة مع متلقي الخدمة (Partnering with Consumers):

وتصف النظم والاستراتيجيات لإنشاء نظام صحي يركز على متلقي الخدمة من خلال إنخراط المرضى في اتخاذ القرارات ذات الاهتمام المشترك ، لضمان أن المرضى هم شركاء في رعايتهم الخاصة ، وأنهم جزء مهم في تطوير وتصميم الرعاية الصحية الجيدة. يضم هذا المعيار أربعة أقسام:

1. الحوكمة السريرية ونظم الجودة الداعمة للشراكة مع متلقي الخدمة، يحوي مهمتين.
2. الشراكة مع المرضى في تقديم الرعاية الخاصة بهم، يحوي مهمتين.
3. التثقيف الصحي، يحوي مهمة واحدة.
4. الشراكة مع متلقي الخدمة في تصميم النظم والحوكمة، مهمة واحدة.

ثالثاً: الوقاية والسيطرة للعدوى المرتبطة بالرعاية الصحية (Preventing and Controlling Healthcare-Associated Infection)

ويصف النظم والإستراتيجيات لمنع العدوى ، ومكافحتها على نحو فعال عندما تحدث ، والحد من تطور مقاومة الميكروبات للمضادات من خلال الإستخدام الرشيد لها، كجزء من المكافحة. يضم كذلك أربعة أقسام:

1. الحوكمة السريرية وتحسين الجودة للوقاية والسيطرة على العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية، يحوي أربعة مهام.
2. نظم الوقاية والسيطرة على العدوى، يحوي ستة مهام.
3. إستخدام الأجهزة والمعدات متكررة الإستعمال، مهمة واحدة.
4. الإشراف والرقابة على مضادات الميكروبات، مهمة واحدة.

رابعاً: السلامة الدوائية (Medication Safety):

ويصف النظم والإستراتيجيات لضمان الأمان في التعامل مع وصف الأدوية المناسبة وإدارة استخدامها، والتخلص منها بالتزامن مع تنوير المرضى بشأنها، ورصد استخدام الأدوية. يضم أربعة أقسام:

١. الحوكمة السريرية وتحسين الجودة لدعم الإدارة الدوائية، أربعة مهام.

٢. توثيق المعلومات الخاصة بالمرضى، مهمتين.

٣. إستمرارية الإدارة الدوائية، يحوي ثلاث مهام.

٤. العمليات الخاصة بالإدارة الدوائية، يحوي ثلاث مهام.

خامساً: الرعاية الشاملة (Comprehensive Care):

ويصف الفحص والتقييم وتحديد المخاطر المتكامل لصياغة خطة للرعاية الصحية للفرد، بغرض منع أو تقليل المخاطر في النطاق المحدد. ويضم هذا المعيار أربعة أقسام:

١. الحوكمة السريرية وتحسين الجودة لدعم الرعاية الشاملة، يحوي خمسة مهام.

٢. تطوير خطة الرعاية الشاملة، أربعة مهام.

٣. توفير الرعاية الشاملة، مهمتين.

٤. تقليل الأضرار على المريض، يحوي ثمانية مهام.

سادساً: التواصل لتحقيق الأمان (Communicating for Safety):

و يصف أنظمة واستراتيجيات التواصل الفعال بين المرضى ومقدمي الرعاية والأسر ، والفرق المتعددة التخصصات والأطباء ، وعبر المؤسسة بأكملها. ويضم خمسة أقسام:

١. الحوكمة السريرية وتحسين الجودة من أجل تواصل فعال، يحوي أربعة مهام.

٢. التعريف الصحيح، والإجراءات المتطابقة، مهمة واحدة.

٣. التواصل عند التسليم السريري، مهمة واحدة.

٤. التواصل بشأن المعلومات الحرجة، مهمة واحدة.

٥. توثيق المعلومات، مهمة واحدة.

سابعاً: إدارة الدم ومشتقاته (Blood Management):

يصف النظم والاستراتيجيات للرعاية المناسبة الآمنة، بكفاءة وفعالية، للمريض بشأن الدم وإمدادات الدم ومشتقاته. يضم هذا المعيار ثلاثة أقسام:

١. الحوكمة السريرية وتحسين الجودة لأغراض إدارة الدم ومشتقاته، ثلاثة مهام.

٢. الوصفات والإستخدام السريري للدم ومشتقاته، أربعة مهام.

٣. إدارة توافر وسلامة الدم ومشتقاته، مهمتين.

ثامناً: الكشف عن- والاستجابة، للتدهور الحاد في صحة المريض (Recognizing & Responding to Acute

:Deterioration)

ويصف النظم والاجراءات للاستجابة الفعالة عند تدهور الحالة البدنية، النفسية، أو العقلية للمريض. ويضم هذا المعيار ثلاثة أقسام:

١. الحوكمة السريرية وتحسين الجودة الداعمة لنظم التعرف والإستجابة، ثلاثة مهام.

٢. إكتشاف التدهور الحاد والتعرف عليه وتصعيد مستوى الرعاية، يحوي مهمتين.

٣. الإستجابة للتدهور الحاد، مهمة واحدة.

(المصدر: كتيب المعايير القومية الأسترالية الإصدار الثاني ٢٠١٧)



Partnering with Consumers Standard

Leaders of a health service organisation develop, implement and maintain systems to partner with consumers. These partnerships relate to the planning, design, delivery, measurement and evaluation of care. The workforce uses these systems to partner with consumers.

Intention of this standard

To create an organisation in which there are mutually valuable outcomes by having:

- Consumers as partners in planning, design, delivery, measurement and evaluation of systems and services
- Patients as partners in their own care, to the extent that they choose.

Criteria

Clinical governance and quality improvement systems to support partnering with consumers

Systems are designed and used to support patients, carers, families and consumers to be partners in healthcare planning, design, measurement and evaluation.

Partnering with patients in their own care


Systems that are based on partnering with patients in their own care are used to support the delivery of care. Patients are partners in their own care to the extent that they choose.

شكل (٨-٢) نموذج شكل المعيار و بنيته – المصدر : استراليا-اللجنة (كتيب المعايير الإصدار الثاني ٢٠١٧)

طريقة التطبيق والمتابعة والتقييم

باعتبارها معايير وطنية تهدف إلى الإرتقاء بمستوى السلامة والجودة والأمان – شأنها شأن المعايير السودانية – ينصب تركيز معايير (NSQHS) على التطبيق والمتابعة والمحافظة على درجة الجودة بصورة مكثفة وممنهجة. وقد قامت اللجنة المختصة (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care)، بتصميم أداة رصد ومتابعة لتطبيق المعايير، (NSQHS Standards Monitoring Tool) عبارة عن ملف إكسل (Excel) تفاعلي، بلوحة معلومات (Dashboard) يشتمل على كل المعايير والإجراءات المطلوبة، والنسبة المئوية لمدى الإمتثال للمعيار وتطبيق إجراءاته. تصميم أداة الرصد والمتابعة يفصل كل معيار على حدة، وبالضغط على الأيقونة التي تحمل اسم المعيار تتم الإحالة إلى قائمة المهام المطلوبة (Task list) وأدلة التنفيذ (Evidence list) الخاصة

بذلك المعيار. بالإضافة الى ذلك هناك صفحة بها تعريفات دقيقة للمطلوبات والإجراءات والنتائج. وأخيرا: صفحة تحتوي على ملخص شامل لمدى التقدم (Summary Report).

	
<u>Governance: Clinical Governance Standard worksheet</u>	
<u>Gov-EL: Evidence list worksheet for the Clinical Governance Standard</u>	
<u>Gov-TL: Task list worksheet for the Clinical Governance Standard</u>	
<u>Partnering: Partnering with Consumers Standard worksheet</u>	
<u>Part-EL: Evidence list worksheet for the Partnering with Consumers Standard</u>	
<u>Part-TL: Task list worksheet for the Partnering with Consumers Standard</u>	
<u>HAI: Preventing and Controlling Healthcare-Associated Infection Standard worksheet</u>	
<u>HAI-EL: Evidence list worksheet for the Preventing and Controlling Healthcare-Associated Infection Standard</u>	



شكل (٢-٩) نموذج أداة رصد ومتابعة المعايير (NSQHS Standards Monitoring Tool) المصدر - الموقع الإلكتروني للجنة الأسترالية المعنية بالسلامة والجودة في الرعاية الصحية www.safetyandquality.gov.au

No.	Actions	Reflective questions	Examples of evidence - select only evidence that are currently in use	Link to evidence	How do you rate your performance?
1	Based on the NSQHS Standards (second edition)				
2	Clinical Governance Standard				
4	Governance, leadership and culture				
5	Governance, leadership and culture				
6	1.1 The governing body: a. Provides leadership to develop a culture of safety and quality improvement, and satisfies itself that this culture exists within the organisation b. Provides leadership to ensure partnering with patients, carers and consumers c. Sets priorities and strategic directions for safe and high-quality clinical care, and ensures that these are communicated effectively to the workforce and the community d. Endorses the organisation's clinical governance framework e. Ensures that roles and responsibilities are clearly defined for the governing body, management, clinicians and the workforce f. Monitors the action taken as a result of analyses of clinical incidents g. Reviews reports and monitors the organisation's progress on safety and quality performance	How does the governing body understand and promote safety and quality within the health service organisation? How does the governing body set strategic direction, and define safety and quality roles and responsibilities within the health service organisation? What information does the governing body use to monitor progress and report on strategies for safe and high-quality clinical care?	<ul style="list-style-type: none"> Policy documents that describe the roles and responsibilities of the governing body Health service organisation's clinical governance framework Processes for partnering with consumers Strategic, business or risk management plans that describe the priorities and strategic directions for safe and high-quality clinical care that are endorsed by the governing body Committee and meeting records in which clinical governance, leadership, safety and quality culture, or partnering with consumers are discussed Documented clinical governance framework that is endorsed by the governing body Audit framework or schedule that is endorsed by the governing body Safety and quality performance data, compliance reports and reports of clinical incidents that are monitored by the governing body, managers or the clinical governance committee Workforce safety and quality climate survey Cultural assessment tool used by the organisation and reports of assessment conducted Annual report that includes information on the health service organisation's safety and quality performance Terms of reference or letter of appointment to the governing body that describes members' safety and quality roles and responsibilities Communication with the workforce or consumers on the health service organisation's clinical governance framework for safety and quality performance. 	Click here to navigate to the list of evidence for Action 1.1	
6	1.2 The governing body ensures that the organisation's safety and quality priorities address the specific health needs of Aboriginal and Torres Strait Islander people	What information from the organisation's performance, external sources, and the local Aboriginal and Torres Strait Islander community does the governing body use to identify and prioritise the specific health needs of Aboriginal and Torres Strait Islander patients? How are Aboriginal and Torres Strait Islander people involved in the governance of the organisation?	<ul style="list-style-type: none"> Documented goals and performance indicators for Aboriginal and Torres Strait Islander health outcomes and employment targets, endorsed by the governing body Policy documents that deal with the specific needs of Aboriginal and Torres Strait Islander people using the health service Memorandums of understanding, partnership agreements and service collaboration agreements with Aboriginal and Torres Strait Islander health service providers and community organisations Affirmative action statements that are endorsed by the governing body and implemented by the workforce Reports to the governing body on performance data relating to Aboriginal and Torres Strait Islander patients Committee and meeting records that show that the health service organisation is represented at local Aboriginal and Torres Strait Islander health network meetings Membership of the health service organisation's community advisory committee, including people from the local Aboriginal and Torres Strait Islander community. 	Click here to navigate to the list of evidence for Action 1.2	
7	Organisational leadership				
8	1.3 The health service organisation establishes and maintains a clinical governance framework, and uses the processes within the framework to drive improvements in safety and quality	Does the health service organisation have a documented clinical governance framework? How is the effectiveness of the clinical governance framework reviewed?	<ul style="list-style-type: none"> Documented clinical governance framework Documented safety and quality goals and performance indicators for the health service organisation Documented organisational and committee structure that is aligned to the clinical governance framework Audit results of compliance with the health service organisation's clinical governance framework, and management of safety and quality risks 	Click here to navigate to the list of evidence	

NSQHS Standards Monitoring Tool (شكل (٢-١٠) نموذج معيار الحوكمة السريرية بأداة الرصد والمتابعة)

المصدر- الموقع الإلكتروني للجنة الأسترالية المعنية بالسلامة والجودة في الرعاية الصحية www.safetyandquality.gov.au

المعايير السعودية لإعتماد المؤسسات الصحية

المركز السعودي لاعتماد المنشآت الصحية (CBAHI) هو: الجهة الرسمية المخولة منح شهادات اعتماد الجودة لكافة المرافق الصحية الحكومية والخاصة التي تعمل في المملكة العربية السعودية. يتبع المركز للمجلس الصحي السعودي، ويعتبر جهة غير هادفة للربح. يتولى بشكل أساسي تقييم المنشآت الصحية بغرض تحديد مدى التزامها بتطبيق معايير الجودة وسلامة المرضى التي صممها المركز لهذا الغرض. بدأ المركز عمله تحت مسمى (المجلس المركزي لاعتماد المنشآت الصحية) بقرار وزير الصحة-رئيس مجلس الخدمات الصحية رقم (١٤٤١٨٧) في أكتوبر ٢٠٠٥. في العام ٢٠١٣ الثلاثين من سبتمبر صدر قرار مجلس الوزراء بالرقم (٣٧١)، القاضي بتحويله الى (المركز السعودي لاعتماد المنشآت الصحية)، و استمراره في وضع وتطبيق المعايير الوطنية للجودة وسلامة المرضى في كافة المرافق الصحية، ومنح شهادات الاعتماد. بموجب القرار المذكور آخراً، و بموجب قرار المجلس الصحي السعودي رقم (٥٨/٨): فان الحصول على الاعتماد الوطني من قبل المركز السعودي يعتبر الزامياً على كافة المرافق الصحية الحكومية والخاصة، كما تشترط وزارة الصحة السعودية تطبيق معايير الاعتماد الوطني التي يضعها المركز والمثبتة بشهادة الاعتماد منه، كمتطلب مستقبلي من متطلبات تجديد الترخيص بالمزاولة للمنشآت الصحية الخاضعة لاشرفها.(كتيب معايير سباهي الإصدار الثالث ٢٠١٦)

الاعتماد، وفقاً لتعريف سباهي هو عملية تقييم شاملة، دقيقة، وشفافة تقوم بها هيئة مستقلة خارجية للاعتماد، فيها تخضع المؤسسة الصحية لفحص مقيمين أو ماسحين أقران، موضوعها النظم (Systems)، والعمليات (Processes)، والأداء (Performance) بالمؤسسة، وتهدف الى التأكد من أن الطريقة التي يجري بها العمل تتفق مع المعايير الوطنية سارية المفعول التي سبق نشرها. ويمثل اعتماد سباهي اعترافاً من جانب هيئة الاعتماد بما حققته المؤسسة الصحية من من توافق مع المعايير، لذا يتوقع من المؤسسة الصحية، قبل عملية المسح والتقييم الخارجي، أن تقوم بعمل تقييم ذاتي شامل لقياس مدى استعدادها للتقييم الخارجي، وللتعرف على الفجوة بين الاداء الفعلي مقارنة بالمعايير. وتوفر سباهي اداة التقييم الذاتي (سات) لهذا الغرض، وكل المستشفيات التي تتقدم للاعتماد ملزمة باستخدامها، وبالرغم من انها للاستخدام داخلياً على مستوى المؤسسة الصحية فقط الا ان سباهي قد تطالب بها للمساعدة في تحديد مدى جاهزية المستشفى للمسح، وبناء عليها قد يتم إعادة جدولة ميعاد المسح النهائي بما يتفق مع النتائج. بعض المؤسسات الصحية قد تتقدم لسباهي بطلب إجراء مسح تجريبي، خاصة تلك التي تنخرط في برنامج الاعتماد للمرة الأولى، والاستجابة لذلك مرهونة بتوفر الطاقم والموارد وسباهي غير ملزم بالاستجابة لكل طلب مسح تجريبي، كذلك بعض المؤسسات الصحية قد تفضل تقديم ميعاد المسح النهائي.

لقد أظهرت البحوث العلمية بأدلة جيدة أن الانخراط في برنامج (قوي) يطور من بنية وعمليات و نتائج الرعاية الصحية للمؤسسات.(المصدر السابق)

المعيار هو نص يعبر عن الامتياز، أو التوقع المحدد مسبقاً والذي يعرف الوظائف الرئيسية والأنشطة والعمليات والبنية المطلوبة للمؤسسات الصحية لضمان توفير الرعاية والخدمات بجودة وأمان. المعايير يضعها خبراء أقران في

المجال ويتم التقييم بناءا عليها، وبهذا فإن معيار الاعتماد يختلف عن مطلوب الترخيص، فالاول عند تطبيقه ينتج عنه مستوى الجودة الأعلى، بينما اشتراط الترخيص يضمن فقط الحد الأدنى المطلوب للصحة والامان.

تم وضع المسودة الأولى من معايير سباهي بواسطة فرق متخصصة، ومجموعات عمل، ولجان صياغة المعايير، وقد تم توظيف مدخلات من مصادر متعددة منها:

- المعايير التي وضعتها الجمعيات العلمية والمهنية ، محليا ودوليا
 - الدراسات العلمية والبحوث
 - القوانين والقواعد واللوائح ذات الصلة
 - ما استجد من قضايا تتعلق بجودة الرعاية الصحية وأمان المريض محليا ودوليا
 - إسهامات محترفي المجال ومقدمي الرعاية الصحية، والمرضى أنفسهم
 - بيوت الخبرة، وما تعارف عليه بوصفه أفضل الممارسات، بالنظر للواقع الحالي للمعارف و التقنية.
- طريقة التقييم (المسح): تقوم عملية المسح على مجموعة من الأساليب والاستراتيجيات للوصول الى تقييم موضوعي وتقرير ما إذا كانت المؤسسة الصحية مطبقة للمعايير، مثلا:

- مراجعة المستندات والوثائق، يقوم فريق المسح بتأكد من وجود بعض المستندات مثل اللوائح والخطط الاستراتيجية والعملياتية، ثم فحصها للتأكد من أنها مكتملة ومحدثة.
- المقابلات، حيث يقوم عضو الفريق باجراء المقابلة مع قياديي المؤسسة أو الطاقم الطبي أو الأطقم المساعدة، للتأكد من الخطط أو الاجراءات القياسية أو فهم العمليات في إطار وظيفته وغيرها.
- الملاحظة والاستقصاء، حيث يقوم عضو فريق التقييم بالتجول في المؤسسة الصحية لأخذ الملاحظات، هذه الملاحظات قد تكون للتأكد من الافادات المأخوذة مسبقا، أو كموضوع لمقابلة لاحقة مع أحد القياديين أو الأطقم بمختلف أنواعها، كما أنها قد تكون جزءا مستقلا يؤسس عليه قرار التقييم. (كتيب معايير سباهي الإصدار الثالث ٢٠١٦)

- مدة المسح ثلاثة أيام مالم تقتض طبيعة الخدمات المقدمة وحجم المؤسسة الصحية وتعدد أقسامها ومبانيها زمناً أطول. كذلك تؤثر طبيعة المسح نفسه من كونه شامل أو محدد على هذه الفترة .

نطاق المسح الموضوعي يشمل جميع الوظائف المشمولة بنص المعايير وتستنثى كل الوظائف والمهام غير المنطبقة والتي يوافق فريق المسح على انها لا تنطبق.

يسعى (CBAHI) لأن تكون عملية المسح بحثاً ذكياً عن مدى تطبيق المعايير وحالات عدم المطابقة، وليس مجرد تصحيح بالقائمة (Checklist)، ويتكون فريق المسح عادة من سبعة محترفين في مجال الرعاية الصحية:

- الفريق الأساسي: ثلاثة ماسحين مختصين في الإدارة، التمريض ، الطب
- الفريق التخصصي: أربعة ماسحين مختصين في الصيدلة، مكافحة العدوى، المختبرات، وإدارة وسلامة المرافق.(المصدر السابق)

قرار الاعتماد وآلية اتخاذه

القاعدة العامة هي أن تلتزم المؤسسة الصحية بالتوافق مع كل المعايير القابلة للتطبيق بنسبة خمسة وثمانين بالمئة أو أعلى مع المستوى المرضي لتطبيق متطلبات سلامة المرضى وعدم وجود مسائل متعلقة بسلامة المرضى أو الزوار أو الأطقم العاملة، لتتال الاعتماد، رغم ذلك فقد قامت سباهي بإتباع نظام ذي عدة مستويات لإتخاذ القرار الخاص بمنح الاعتماد توخيا للعدالة والاتساق والموضوعية والدقة. بالإضافة للمعدل المطلوب فان قرار منح الاعتماد الذي يصدر عن لجنة الاعتماد يضع في اعتباره مدى عدم المطابقة بالنظر الى درجة الخطورة والآنية على المرضى والزوار والأطقم العاملة، وأي مخاوف بشأن عدم توافق المؤسسة الصحية مع مستويات متطلبات السلامة الأساسية. في حالة عدم المطابقة: يبلغ قائد فريق المسح الحالة الى مدير المستشفى، ويرفق حالة عدم المطابقة في تقرير المسح، يستتبع ذلك تلقى المستشفى لاشعار مؤقت برفض منح الاعتماد لحين إجراء خطة تصحيحية، قد يليها مسح محدد (Focus Survey) للتأكد.

المطابقة مع المعيار إما :

- أقل من خمسين بالمئة ٥٠% غير مطابق
- ٥٠% الى أقل من ٨٠% مطابق جزئيا
- ٨٠% وأكثر مطابق بدرجة مرضية
- لا ينطبق

المعدل الكلي يحتسب بالوسط الحسابي لدرجة كل المعايير المنطبقة : مجموع الدرجات مقسومة على عدد مفرداتها.

(كتيب معايير سباهي الإصدار الثالث ٢٠١٦)

المسح العشوائي:

لضمان الاتساق والحفاظ على مستوى الجودة تقوم سباهي بإجراء مسح عشوائي سنوي لمجموعة يتم اختيارها عشوائيا من المستشفيات التي تم منحها الاعتماد، هذا المسح يقوم به فريق مكون من ثلاثة أفراد وأحيانا فردين، ولا تكلفة مالية على المستشفيات في مقابله.(المصدر السابق)

استعراض تركيبة المعايير الخاصة بالمستشفيات الوطنية الاصدار الثالثة ٢٠١٦ م :

تتكون من ثلاثة وعشرين فصلا تمثل الخدمات والوظائف الأساسية المقدمة من عامة المستشفيات بالمملكة العربية السعودية، ولكل فصل تمهيد مختصر يوضح إسهام ذلك الفصل في جودة وأمان رعاية المريض. كل معيار يتضمن معيارا فرعا أو أكثر بغرض زيادة توضيح مطلوبات المعيار، ويعد هذا الاصدار مختلفا عن الاصدارات السابقة كونه مصمما بحيث يقدم (في النص ذاته) دليل التوافق الذي سيتم قياسه ومنح درجاته خلال عملية المسح. مجموعة منتقاة من المعايير تم الاشارة اليها باعتبارها (متطلبات السلامة الأساسية) بناء على تقدير المخاطر، احتمالية تسبب الاذى، وعدد المرضى المعرضين للخطر، ولن يتم منح الاعتماد الا بالتطبيق الكامل لهذه المجموعة وعددها ستة عشر معيارا.

المعايير بشكل مجمل(كتيب معايير سباهي الإصدار الثالث ٢٠١٦):

١. القيادة (LD)
 ٢. الموارد البشرية (HR)
 ٣. الطاقم الطبي (MS)
 ٤. تقديم الرعاية (PC)
 ٥. الرعاية التمريضية (NR)
 ٦. إدارة الجودة وأمان المريض (QM)
 ٧. تثقيف المريض وذويه وحقوقهم: أ. تثقيف المريض وذويه (PFE)، ب. حقوق المريض وذويه (PFR)
 ٨. الرعاية التخديرية (AN)
 ٩. غرف العمليات (OR)
 ١٠. الرعاية الحرجة:
 - أ. العناية المكثفة للبالغين (ICU)، ب. العناية المكثفة للأطفال (PICU)، ج. العناية المكثفة لحديثي الولادة (NICU)،
د. العناية المكثفة لمرضى القلب والشرابيين (CCU)
 ١١. العمالة (L&D)
 ١٢. غسيل الكلى (HM)
 ١٣. الطوارئ (ER)
 ١٤. الأشعة (RD)
 ١٥. العناية بالحروق (BC)
 ١٦. الأورام والعلاج الإشعاعي (ORT)
 ١٧. خدمات الرعاية التخصصية:
 - أ. الجهاز التنفسي (RS)، ب. التغذية (DT)، ج. الرعاية الاجتماعية (SC)، د. العلاج الطبيعي (PT)
 ١٨. الأسنان (DN)
 ١٩. إدارة المعلومات والسجلات الطبية:
 - أ. إدارة المعلومات (MOI)، ب. السجلات الطبية (MR).
 ٢٠. مكافحة العدوى (IPC)
 ٢١. الإدارة الدوائية (MM)
 ٢٢. المعامل (LB)
 ٢٣. إدارة وسلامة المنشأة (FMS)
- كتيب معايير سباهي الإصدار الثالث ٢٠١٦)

التقنين: (استعراض تشكيل المركز السعودي لإعتماد المنشآت الصحية):

جاء في قرار مجلس الوزراء رقم : (٣٤٦) بتاريخ ٢٢ رجب ١٤٣٦ هـ الموافق ٢٠١٥/٥/١١ م الخاص بتنظيم المركز السعودي لاعتماد المنشآت الصحية المادة الثالثة :

يهدف المركز إلى رفع مستوى جودة الخدمات الصحية وأمانها بما يكفل سلامة المريض وتطوير الأداء المهني الصحي والإداري في المنشآت الصحية، وله في سبيل ذلك دون حصر القيام بالمهام والاختصاصات الآتية:
أ – اعتماد معايير وطنية موحدة لجميع المنشآت الصحية في المملكة في مجالات الممارسات الصحية، وتشمل (الطبية، والصيدلانية، وسلامة المنشآت، والجودة وسلامة المريض، والقيادات الإدارية، وخدمات المختبرات، والأقسام الفنية الأخرى) .

ب – مراجعة المعايير المعتمدة بصفة دورية – كلما دعت الحاجة أو كل أربع سنوات على الأقل – والتأكد من ملاءمتها لبيئة العمل الصحي في المملكة .

ج – الإسهام في تهيئة المنشآت الصحية لتطبيق معايير الجودة من خلال ما يأتي:

- عقد الندوات وجلسات العمل لنشر ثقافة الجودة وزيادة الوعي بين العاملين والمسؤولين بمفاهيم الجودة وأهمية تطبيقها .

- إرسال فرق من المتخصصين في مجالات الطب والتمريض والصيدلة والمختبرات والأشعة والإدارة ومكافحة العدوى وإجراءات السلامة؛ لشرح المعايير وتدريبها للعاملين في المنشآت الصحية .

- تنفيذ برامج التدريب المعدة للعاملين في المنشآت الصحية عن طريق المختصين المدربين، ودعم هذه المنشآت بالمواد العلمية اللازمة لذلك.

د – متابعة أداء المنشآت الصحية للتأكد من التزامها بالمعايير المعتمدة ومراقبة جودة الأداء .

هـ – وضع الآليات المناسبة لتقويم أداء المنشآت الصحية عن طريق مراقبة تحقيق مؤشرات الأداء المتعارف عليها وتقويمها .

و – تدريب المرشحين لمهام الاعتماد وإعدادهم مقومين من المركز .

ز – إجراء الدراسات والبحوث في مجال عمل المركز .

ح – إنشاء قاعدة بيانات شاملة للمنشآت الصحية .

ط – التعاون وتبادل الخبرات مع جهات الاعتماد الدولية والمنظمات والهيئات ذات العلاقة بعمل المركز .

ي – تنسيق الجهود بين الجهات الحكومية وغيرها فيما يحقق أهداف المركز .

ك – تعزيز التعاون والتنسيق بين الجهات المختصة في المملكة وخارجها بما يحقق أهداف المركز، وفقاً للقواعد والتعليمات المتبعة .

ل – تنظيم المؤتمرات والندوات المحلية والعالمية – في مجال عمل المركز – والمشاركة فيها .

م – اعتماد جميع المنشآت الصحية في المملكة .

ن - القيام بأى مهمة أخرى يكلفه بها المجلس في حدود اختصاص المركز
٢. لا تخل الاختصاصات والمهام الموكولة إلى المركز الواردة في الفقرة (١) من هذه المادة باختصاص الهيئة
السعودية للتخصصات الصحية - المتعلق بالاعتراف بالمؤسسات الصحية المخصصة لأغراض التدريب - الوارد
في الفقرة (٣) من المادة (الثانية) من نظام الهيئة السعودية للتخصصات الصحية الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م /
٢) وتاريخ ٦ / ٢ / ١٤١٣ هـ.

معايير الإعتماد السودانية

مع التأكيد على الأسبقية التاريخية للسودان في الأقليم (د. المعز الطيب أحمد- ملتقى الجودة والاعتماد ٢٠١٧م) حسب
التسلسل الزمني :

- ٢٠٠٢ المعايير الوطنية (السودانية) للاعتماد...
- ٢٠٠٥ الاداة العربية للاعتماد...
- ٢٠٠٨ توقيع الاتفاقية للعمل بالاداة العربية...
- ٢٠٠٩ تكوين لجنة وطنية لاعتماد المؤسسات الصحية...
- ٢٠١٥ الاداة السودانية لاعتماد المستشفيات.

كذلك كان السودان عضوا فاعلا في مشروع الإعتماد العربي، ويمكن إبراز الأهداف الإستراتيجية لمشروع الاعتماد
العربي، في الآتي (مريزق وبوصافي ٢٠١٥):

ضمان توفير خدمات صحية ذات جودة عالية في الدول العربية. وتعميم برامج تحسين جودة الخدمات الصحية
بالمرافق الصحية في جميع المناطق الجغرافية بالوطن العربي وتهيئة المناخ ونشر التوعية وثقافة الجودة على مستوى
المجتمعات العربية. تلبية احتياجات وتوقعات مقدمي ومتلقي الخدمات الصحية في الوطن العربي وصولاً إلى تحقيق
رضاهم. التطوير المستمر للنظم الصحية في الوطن العربي لمواكبة التحديات والمتغيرات العالمية. بالإضافة إلى تنظيم
ممارسة العمل الصحي في الوطن العربي. وبناء قدرات القوى العاملة بالقطاع الصحي في مجال جودة الرعاية
الصحية على جميع المستويات. و تحقيق التنسيق والتكامل على جميع المستويات التنظيمية داخل كافة هياكل القطاعات
الصحية في الدول العربية. وتحقيق التنسيق والتعاون وتبادل الخبرات بين الوزارات والهيئات والمؤسسات الصحية
العربية في مجال جودة الرعاية الصحية.

تاريخياً، (ملتقى الجودة والإعتماد ٢٠١٧م، د. المعز الطيب أحمد)، في ٢٠٠٢ تم وضع اول معايير وطنية للخدمات
الصحية في السودان والاولى في الوطن العربي والافريقي، وقد بدأت رحلة إعتماد مؤسسات الرعاية الصحية في
العام ٢٠٠٥م حيث شارك السودان في وضع الاداة العربية لإعتماد المؤسسات الصحية وتم تكوين لجنة وطنية
لإعتماد المؤسسات الصحية. تلى ذلك توقيع السودان علي الاداة العربية في مؤتمر وزراء الصحة العرب في العام
٢٠٠٨م، كما تم تحديث اللجنة الوطنية لإعتماد المؤسسات الصحية في العام ٢٠٠٩.

أيضاً في العام ٢٠٠٩ تم إجراء مسح مبدئي لعدد ١٠ مستشفيات (٨ مستشفيات إتحادية و٢ تتبع للقوات النظامية) باستخدام الأداة العربية لإعتماد المؤسسات الصحية. (ملتقى الجودة والإعتماد ٢٠١٧م، د. المعز الطيب أحمد)، ومواصلة لمسيرة الإعتماد، أجرت وزارة الصحة الإتحادية في العام ٢٠١٣ تقييم مبدئي باستخدام معايير الإعتماد العربية لعدد (٥) مستشفيات ولائية (مدني - كوستي - الابيض - عطبرة - سنار). أظهرت نتائج التقييم وجود فجوة كبيرة بين واقع المستشفيات ومعايير الأداة العربية مما أدى الي إعادة النظر في وجود معايير تتناسب مع السياق القومي. وفي العام ٢٠١٤م تم إعادة هيكلة البرنامج القومي لإعتماد المؤسسات الصحية ليشمل إعتماد مستويات الرعاية الصحية الثلاث (الأولى، الثانية، الثالث)،، وتم البدء في اعداد معايير الاعتماد للمستويات المختلفة. (ملتقى الجودة والإعتماد ٢٠١٧م، د. المعز الطيب أحمد)

التعريف القومي لجودة الرعاية الصحية:

” توفير أفضل رعاية ممكنة، تتمحور حول المريض باستخدام الموارد المتاحة والممارسة القائمة على الأدلة (البراهين)“

“Providing the best possible patient centered care using available resources and evidence based practice”

تم إنشاء نظام لإعتماد المؤسسات الصحية في السودان كآلية لتحسين الأداء ورفع مستوى جودة الخدمات المقدمة بكافة مستويات الرعاية الصحية . الغرض الأساسي من النظام هو تحسين وضمان مستويات الرعاية وتنظيم القدرات التشخيصية والفاعلية الإكلينيكية ورفع مستوى الخدمات الطبية والوقائية والعلاجية مما يؤدي إلى ضمان رضا المجتمع وثقته. مكونات البرنامج القومي لاعتماد المؤسسات الصحية : المستشفيات، مؤسسات الرعاية الصحية الاولية، والمستشفيات التخصصية

وأهدافه: تحسين نظم الرعاية الصحية وتأكيد جودة الخدمات الطبية، إتخاذ القرارات بناء على الحقائق، تحسين أجهزة الرقابة وأنظمة المساءلة. (د.المعز الطيب أحمد- ملتقى الجودة والاعتماد ٢٠١٧م)

لماذا التحول من الأداة العربية للمعايير الوطنية؟:

- لأن بعض بنود الأداة العربية لا تنطبق على وضع السودان
 - ولإستكمال بناء نظام الاعتماد علي أساس معايير تتماشى مع اللوائح والنظم السودانية مع سهولة التعديل والتحديث
 - ولأهمية وجود معايير وطنية تتماشى مع الأنظمة العالمية وتتسم بالواقعية وإمكانية التطبيق
 - ولتحديد مستويات اعتماد أقل حتى تسمح بتشجيع التحسين تدريجياً، والفخر بامتلاك معايير وطنية
- أقسام المعايير الخاصة بالمستشفيات: خمسة أقسام وتصنف المعايير بناءً على الأهمية ومدى تأثير المعيار على الخدمة الصحية المقدمة الي نوعين:

- المعيار الأساسي (A): يمثل متطلبات البنية التحتية لتشغيل المؤسسة من القوانين واللوائح والسياسات والإجراءات والخطط واللجان والبرامج المطلوبة وعدم وجوده يؤدي الي عدم تقديم الخدمة بالصورة المطلوبة. ويقيم المعيار بمطابق أو غير مطابق، ولا توجد مطابقة جزئية لهذا النوع، ويتم تظليل خانة (مطابق جزئيا). وتحتسب الدرجات على النحو التالي:
 - إذا وجدت جميع عناصر القياس : يكون مطابق ويحصل على درجتين،
 - أما إذا نقص أحد عناصر القياس أعتبر غير مطابق بدرجة صفر.
 - أو: لا ينطبق.

- المعيار الجوهرى (B) يمثل معايير تطبيق خطوات الرعاية وتطبيق السياسات والإجراءات والقوانين واللوائح. ويقيم المعيار بمطابق، ومطابق جزئيا، وغير مطابق.
 - عند الإيفاء بكل النقاط أو عدم تطابق نقطة أو نقطتين فقط يعتبر ويحصل على درجتين،
 - عند ملاحظة ثلاث أو أربع نقاط عدم تطابق يعتبر مطابق جزئيا ويحصل على درجة واحدة،
 - أما عند ملاحظة خمسة نقاط عدم تطابق أو أكثر فيعتبر غير مطابق بدرجة صفر.
 - أو: لا ينطبق. (د.المعز الطيب أحمد- ملتقى الجودة والاعتماد ٢٠١٧م)

مجال المعيار: تثقيف المريض وأسرته		١٦-أ
المعيار	توجد سياسات وإجراءات مكتوبة لتثقيف المرضى وأسرهم حسب احتياجاتهم ويتضمن: - التشخيص وحالة المريض - الاستخدام الآمن للأدوية وتداخلاتها - التغذية المناسبة - النصائح الفنية والتأهيلية	١-١٦-أ
نوع المعيار	A	

جدول (٢-١٢) معيار A وتظليل خانة (مطابق جزئيا)-معايير المستشفيات بواسطة د.نادية أحمد الحسين-ادارة الجودة والتطوير والاعتماد وزارة الصحة الاتحادية - السودان

مستوى الاعتماد:

٨٥% تطابق من معايير (A)

٧٥% تطابق من معايير (B)

٩٥% تطابق مع معايير أمان المريض

نوع المعايير		عدد المعايير	المجالات الرئيسية	القسم
أساسى (A)	جوهرى (B)			
٧٩	٥٩	١٣٨	١٩	رعاية المستفيد
٢٢	١١	٣٣	٤	تحسين الجودة وسلامة المستفيد
٩٠	٧٠	١٦٠	٧	القيادة والإدارة
١٦	٨	٢٤	٥	الخدمات المجتمعية
١	٥	٦	١	القوانين واللوائح
٢٠٨	١٥٣	٣٦١	٣٦	المجموع

جدول (٢-١٣) المعايير السودانية للمستشفيات ومجالاتها - المصدر : د. المعز الطيب أحمد-ملتقى الجودة والاعتماد ٢٠١٧م

المجالات الرئيسية للمعايير:

- أولاً : رعاية المستفيد
- إتاحة الخدمة
- إستمرارية رعاية المستفيد
- تقييم المستفيد
- المعامل
- الأشعة
- الحالات العامة
- العناية بمرضى الطوارئ
- الحالات ذات الخطورة
- التخدير
- الجراحة
- الصيدلية واستعمال الدواء
- تثقيف المستفيد واسرته
- حقوق المستفيد
- مسؤوليات وواجبات المستفيد وذويه
- التحصين
- الرعاية التغذوية
- الصحة الإنجابية

صحة الفم والأسنان

الصحة النفسية

ثانياً: الجودة وسلامة المستفيد: المجالات الرئيسية:

تحسين الجودة وسلامة المستفيد

مكافحة وضبط انتشار العدوى

الصحة المهنية

السلامة البيئية

ثالثاً: ادارة المؤسسة: المجالات الرئيسية:

الإدارة

القيادة

أخلاقيات المؤسسة

المخزون

نظام إدارة المعلومات والسجلات والاحصاء

الحسابات

الموظفين

رابعاً: الخدمات المجتمعية: المجالات الرئيسية:

مشاركة المجتمع

التعرف على المجتمع

تعزيز الصحة والتوعية الصحية

الشراكة مع الجهات ذات الصلة بالصحة

البحوث

خامساً: القوانين: المجالات الرئيسية:

القوانين واللوائح الصحية

المصدر (المعايير السودانية المستشفيات بواسطة د.نادية أحمد الحسين-إدارة الجودة والتطوير والاعتماد وزارة الصحة الإتحادية - السودان).

تمت صياغة المعايير بحيث تكون واضحة ويسهل قياسها، حيث تم تحديد عناصر القياس لبعض المعايير ليتمكن العاملون بالمؤسسات الصحية والمقيمون من قياس درجة تطابق المعيار، كتب المعيار بخط عريض، وكتبت عناصر القياس بخط رفيع، وتم تنسيقها في شكل جدول لتسهيل التقييم الذاتي والخارجي. (الحكيم، مصطفى حامد، ٢٠١٨)، كما قامت لجنة إعداد المعايير السودانية لإعتماد المستشفيات بتصميم وإعداد دليل المقيم، باعتباره أداة للتقييم الذاتي للمستشفى، وللتقييم الخارجي المفوضي إلى منح الإعتماد، وكذلك لتوضيح عملية التقييم والمسح بشكل مفصل لكل معيار، وتوضيح الأسلوب الأدوات المستخدمة فيها، سواء كانت مراجعة وثائق أو مقابلات أو ملاحظة أو غير ذلك، وتمت فيه الإشارة للجهة المسؤولة عن أي معيار أو معيار فرعي زيادة في التوضيح ولتحديد المسؤوليات. يتكون دليل المقيم من ٣٨٦ صفحة. (المصدر: دليل المقيم المعايير السودانية بواسطة د.نادية أحمد الحسين-ادارة الجودة والتطوير والاعتماد وزارة الصحة الاتحادية - السودان).

عملية الإعتاماد (Accreditation Process):

- تتم عملية إعتاماد المستشفيات عبر سلسلة من الاجراءات المتصلة، والتي تندرج تحت ثلاث مراحل رئيسية:
- المسح الأولي للمؤسسة الصحية: وهذا بمثابة مسح تجريبي لتحديد مدى جاهزية المستشفى وإستيفائها لمعايير الإعتاماد النهائي. ويتم تحليل الوضع الراهن وتوثيق موقف المستشفى من حيث إستيفائها الكامل أو الجزئي أو عدم الإستيفاء للمعايير المطلوبة. أيضا يتم وضع توصيات بخصوص استيفاء المعايير بشكل كامل.
- سد الفجوة وتطبيق خطط التحسين: وتمثل الفترة الزمنية اللازمة لتنفيذ اجراءات التحسين واستيفاء متطلبات الإعتاماد النهائي وفقا لما جاء في نتائج المسح الأولي، على ألا تقل هذه المدة الزمنية عن ستة أشهر، يمكن بعدها إجراء مسح الإعتاماد النهائي للمستشفى.
- المسح النهائي بغرض الإعتاماد: ويتم فيه تقييم مدى إستيفاء المستشفى لمعايير الإعتاماد المطلوبة ويصدر القرار النهائي ويتم اخطار المستشفى به.

الإجراءات والاستعدادات التي يجب اتخاذها من قبل المستشفى لنيل الإعتاماد موجودة بصورة موسعة في دليل جاهزية المستشفيات.

في حالة مطابقة المستشفى للمستويات المطلوبة من المعايير تمنح المستشفى شهادة الإعتاماد لمدة ثلاث سنوات، يتم خلالها متابعة المستشفى والتحقق سنويا من التزامها بتطبيق المعايير. وبنهاية مدة الإعتاماد يعاد تقييم المستشفى بغرض منح الإعتاماد مرة أخرى.

المصدر (المعايير السودانية للمستشفيات بواسطة د.نادية أحمد الحسين-ادارة الجودة والتطوير والاعتماد وزارة الصحة الإتحادية - السودان)

المعايير والقوانين (مشروع القانون و اللجنة الوطنية للاعتاماد)

تحقيقاً للأهداف الإستراتيجية القومية وتماثياً مع النظم العربية والعالمية يسعى مشروع قانون المجلس القومي لإعتاماد مؤسسات الرعاية الصحية لإنشاء وتفعيل نظام إعتاماد المؤسسات الصحية كآلية لتحسين الأداء ورفع مستوى جودة الخدمات المقدمة بالبلاد وذلك بوجود مجلس مستقل لمنح الإعتاماد. تم وضع مقترح قانون المجلس القومي لإعتاماد مؤسسات الرعاية الصحية بواسطة لجنة مكونة من : الادارة العامة للجودة والتطوير والاعتماد، إدارة التشريع بوزارة العدل، لجنة الصحة والبيئة والسكان بالمجلس الوطني، المجلس القومي للاعتاماد، والهيئة السودانية للمواصفات والمقاييس. استند مشروع القانون الى مرجعيات وتجارب إقليمية ودولية، حيث تم إتخاذ قانون الهيئة العربية لإعتاماد مؤسسات الرعاية الصحية كمرجعية أساسية لصياغة المسودة. كما تمت مراجعة التجارب العالمية وتجارب الدول العربية التالية: الولايات المتحدة الأمريكية (JCI)، الهند، جنوب أفريقيا، قطر، الأردن(HCAC) ، السعودية (CBAHI)

تمت مراجعة القوانين المحلية ذات الصلة.

محتويات قانون الإعتاماد المقترح خمسة فصول :

الفصل الأول: الأحكام التمهيدية وإسم القانون وبدء العمل به وتفسير بعض العبارات الواردة في القانون

الفصل الثاني: كيفية إنشاء المجلس وتشكيله وأهدافه.

الفصل الثالث: اختصاصات المقيمين وكيفية عملهم.

الفصل الرابع: الأحكام المالية وكيفية استخدام الموارد المالية، موازنة المجلس وكيفية حفظ الحسابات والسجلات والجهة المختصة بمراجعة الحسابات .

الفصل الخامس: سلطة إصدار اللوائح والتي فوضها مشروع القانون للمجلس بموافقة وزير الصحة القومي.

(المصدر : د. المعز الطيب أحمد-ملتقى الجودة والاعتماد ٢٠١٧م).

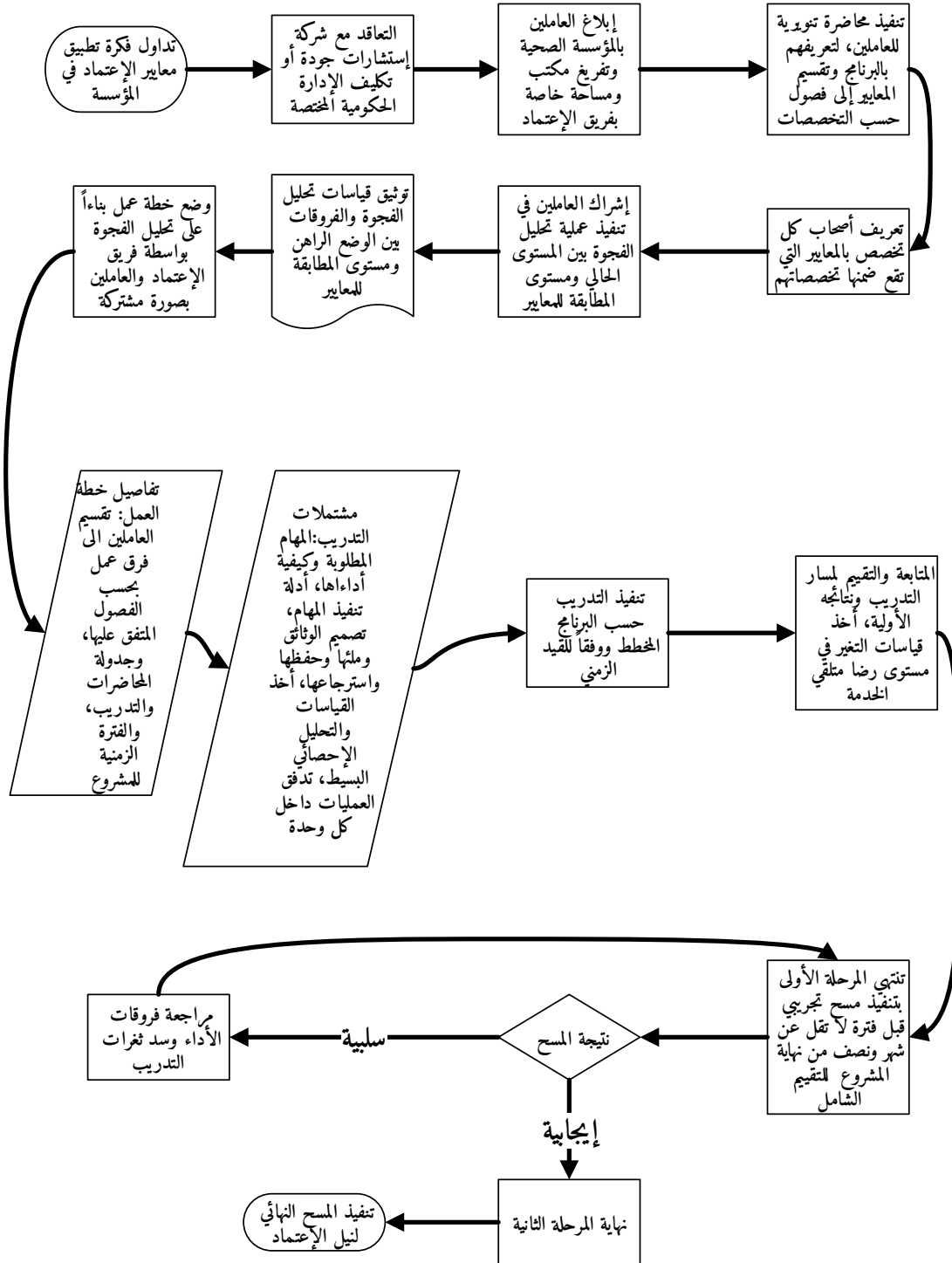
دور السلطات في الإعتماد عبر اللوائح والقوانين و الإشتراطات المسبقة

تسن الدول القوانين والتشريعات بغرض تحديد الحد الأدنى الواجب توفره في المؤسسة الصحية من كل النواحي: التصميم، المباني، الأجهزة، عدد الأسرة، جنسية العاملين بنسبة محددة، مؤهلات العاملين من كل تخصص،..ألخ. مثال ذلك قانون المجلس الطبي السوداني وقانون المهن الصحية السوداني، و قانون الترخيص الأردني، قانون الترخيص المصري، باعتبارها الحد الأدنى الذي لا يجوز النزول دون مستواه، وعلاقة التشريعات والقوانين المحلية مع المعايير، (اللجنة الدولية المشتركة) نموذجاً، تكون في الأغلب علاقة تكملية بحيث يسود الإشتراط الأعلى، أي المطلوب الأكثر صرامة هو الواجب التطبيق. مثل هذه العلاقة لا يتصور وجودها في حالة المملكة العربية السعودية بعد أن أصبح الاعتماد شرطاً لمنح الترخيص للمؤسسة الصحية أو تجديده.

خارطة طريق عامة للإعتماد

جرت العادة أن المؤسسات الصحية عندما تسعى لنيل الاعتماد أن يتم العمل بطريقة مشابهة حول العالم، هذه الطريقة مع بعض الاختلاف في الخطوات نقصاً أو زيادةً، ترسم الإطار العام لخطة نيل الاعتماد بالمؤسسات الصحية وتكون في أغلب الأحيان على النحو التالي:

تتعاهد المؤسسة الصحية مع شركة استشارات جودة مختصة وذات سمعة طبية بغرض تطبيق معايير الاعتماد المعينة بالمؤسسة تمهيداً للمسح المفضي الى نيله. فيتم تفرغ مكتب لطاخم التحضير للاعتماد، وجدولة محاضرات تدريبية للعاملين ، وتقسيم المعايير بحسب التخصصات الى فصول (Chapters) يكلف بها اصحاب كل تخصص بالمؤسسة وتختلف هذه الفصول من جهة الى أخرى من الجهات المانحة للاعتماد نسبة لارتباطها بتركيبة وبنية المعايير، مثلاً: الإدارة والقيادة والحوكمة فصل .. والإدارة الدوائية فصل ثاني.. والمختبر وإدارة الدم ومشتقاته فصل آخر..ألخ، ثم يقوم فريق التحضير للاعتماد بعمل تحليل للفجوة (Gap Analysis) بين المستوى الحالي و المستوى المطلوب الوصول إليه لنيل الإعتماد. بعدها توضع خطة عمل بالاشتراك مع العاملين بالمؤسسة الصحية و تقسيم فرق العمل بحسب الفصول أنفة الذكر، و الاتفاق على جدول المحاضرات و التدريب على تصميم و تحضير الوثائق المطلوبة، وكيفية التعامل مع المقابلات الشخصية لفريق المسح الخاص بالجهة المانحة للاعتماد والاجابات النموذجية في تلك المقابلات، وطريقة التقييم والمسح وتوزيع الدرجات على المعايير، ثم وضع اطار زمني للتنفيذ، في الغالب تسعة أشهر الى اثني عشر شهراً، يتم في الربع الاخير منه عمل مسح تجريبي (Mock Survey) بواسطة فريق من الجهة المانحة للاعتماد أو بواسطة فريق التحضير للاعتماد نفسه، ثم العمل بناءا على نتائج ذلك المسح التجريبي في التحسين وسد الثغرات، ويختتم فريق التحضير للاعتماد عمله بعد المسح الرسمي لمنظمة الاعتماد والتقييم و نيل الاعتماد والامتيازات المصاحبة له. (بروكونسلتيشنز الشرق الأوسط - مستشفى الجفيل ٢٨ مارس ٢٠١٥م)



شكل (٢-١١) نموذج خارطة لتنفيذ مشروع الاعتماد بمؤسسة صحية-إعداد الباحث، الفكرة من شرح الدكتور سعودي حسنين شركة بروكونسلتينشنز الشرق الأوسط، محاضرة للعاملين بمستشفى الجفيل بالمملكة العربية السعودية، مارس

Visio 2016.م٢٠١٥

الطريقة المتبعة، بالنظر الى تطبيق معايير الإعتدال كوسيلة هدفها الأول والأوحد هو نيل الشهادة، وليس ترقية الأداء ومستوى كفاءة العاملين والعمليات بالمؤسسة (الإعتدال أولاً، والإستيعاب والممارسات المثالية لاحقاً)، قد يراها البعض هدفاً مشروعاً يحقق السمعة والربح للمؤسسة الصحية، لكن البعض الآخر قد ينظر الى الطريقة المذكورة بما يشبه الإدارة وقت الازمة: الوقت محدود، الأولوية للتنفيذ المباشر وليس لفهم الفعل ثم التطبيق، ويُخشى في مثل هذه الأحوال من تحول مسعى نيل الإعتدال من تقييم حقيقي لمدى تطبيق المعايير وفهمها و القدرة على المحافظة على المستوى وتطويره، الى مهارة في تجاوز المسح كهدف اساسي. هذا يتعارض مع ما يكرس له أدوارد ديمنج، بل أكثر من ذلك: يتعارض مع روح معايير الإعتدال التي تنص على المقصد من المعيار قبل أن تنص على المعيار نفسه. كما أن هذه الطريقة قد لا تمكن المؤسسة من تخطي مسح دقيق مثل المسح بمنهجية التتبع (trace methodology). فيما يلي واحدة من تجارب تطبيق نظم الجودة، نوردتها للاستعانة بها في إضاءة جزء من أجزاء مفهوم وثقافة الجودة وكيف أدركها أحد مطبقي ومدققي نظم الجودة على مستوى العالم ومؤلف عدد من الكتب في تطبيق نظم الجودة (Milton P. Dentch):

بعض التجارب تعكس توجهها ربما يكون ناجحاً على مستوى العملي وتحقيق هدف من الأهداف، لكنه قد يكون وخيم العاقبة بالنسبة للجودة وثقافة الجودة في المؤسسة، بعيداً عن أي حكم أخلاقي فهذا الامر لا يوصف بالغش مثلاً، لكنه يبعد الكادر عن المعرفة العميقة التي ينادي بها أعلام الجودة مثل إدوارد ديمنج، ويجعل ممارسة الجودة سطحية، ويتم تنشيطها كلما حان وقت تجديد الشهادة. يقدم (Milton P. Dentch) تجربته مع تطبيق نظام الجودة ايسو ٩٠٠١ في المصنع الذي كان يعمل به مديراً لتعاقدات خارجية، وهو مصنع (بولارويد) لإنتاج افلام التصوير الفوري في ولاية ماساشوستس بالولايات المتحدة الامريكية، حيث تعين على المؤسسة أن تحصل على شهادة ايسو ٩٠٠١ حتى تتمكن من الاحتفاظ بزبائننا عبر البحار في أوروبا، وهذه التجربة قال فيها أن الحصول على شهادة ايسو – بخلاف الاحتفاظ بالزبائن الأوروبيين- لم يقدم للمؤسسة شيئاً يذكر على مستوى الجودة. فريق ايسو (التحضيرية)، الذي لم يكن جزءاً من العمل اليومي، قام بوضع بنود المواصفة في شكل مشروع قصير الامد بأهداف ومراحل، خلال فترة زمنية محدودة خضع العاملون لتدريب و تنوير حول اسئلة مدققي نظام الجودة حول سياسة الجودة والوثائق المختلفة المطلوبة بواسطة أولئك المدققين (الخارجيين الذين يتم بموجب تدقيقهم منح شهادة الأيسو). وفيما بعد، وعلى الرغم من العديد من حالات عدم المطابقة الا أن فريق ايسو (التحضيرية) قد تمكن من أقناع المدققين (الخارجيين) بأن كل تلك الحالات تم التعامل معها. الكاتب والعديد من المدراء الآخرين صدرت اليهم توجيهات بالابتعاد خلال عملية التدقيق المفضي الى منح الشهادة، لانه بحكم مسؤوليته سيخضع للمقابلة والاسئلة من فريق التدقيق (الخارجي)، وستعارض أجابته مع المستندات والسجلات التي قام فريق ايسو (التحضيرية) بتعديلها وتجهيزها. يقول الكاتب :

"إذا سألتني مدقق ايسو فلربما لم تكن مؤسسة بولارويد لتحصل على شهادة ايسو أبداً". لذا تم تكليف موظفين آخرين للاجابة على اسئلة المدققين مدعومين بوثائق تم اعدادها بصورة احترافية.

يقول (Dentch) : "لكن مؤسسة بولارويد، قبل وبعد شهادة ايسو كانت تعاني من مشكلات مزمنة في الجودة بسبب تحديات وتعييدات علمية وتصنيعية". (دنتش، ميلتون ٢٠١٧)