

Hospital accreditation methods in Iran: Challenges and solutions

Ali Mohammad Mosadeghrad¹, Ebrahim Jaafariipooyan¹, Fatemeh Ghazanfari^{1*}

1. School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 5 November 2020

Accepted for publication: 2 November 2021

[EPub ahead of print-6 November 2021]

Payesh: 2021; 20 (6): 655- 670

Abstract

Objective (s): Hospital accreditation is “an external evaluation of a hospital by an independent professional accreditation body using pre-established optimal structural, process and outcome standards”. The Iranian hospital accreditation program faces some challenges. This study aimed to identify the Iranian hospital accreditation method challenges and provide suggestions for their improvement.

Methods: This qualitative study was performed using semi-structured interviews in 2019. Using a pluralistic evaluation approach, 151 policy makers, managers and employees, accreditation surveyors, and academics from ministry of health, medical universities, hospitals and health insurance companies were purposively recruited and interviewed. Thematic analysis was used for data analysis.

Results: Overall, 27 challenges and 17 solutions were identified and grouped into five categories including accreditation time, accreditation method, accreditation duration, accreditation feedback, and accreditation certificate. Giving insufficient time to hospitals to implement accreditation standards, different evaluation methods of evaluators, inefficiency of self-assessment and periodic evaluation, failure to provide detailed feedback to hospitals, lack of supporting hospitals, and a lack of public announcement of results were the main challenges. Some solutions for overcoming these challenges were as setting a specific time frame for accreditation, using a scientific and patient-centered method for evaluation, improving surveyors' knowledge and skills, independence of the accreditation organization, providing detailed feedback to hospitals, determining a two-year validity for accreditation certificate and public announcement of hospitals' accreditation results.

Conclusion: Iran's hospital accreditation method faces several challenges. Improving the accreditation evaluation method can increase the credibility and reliability of Iranian hospital accreditation results.

Key words: Hospital Accreditation, Methods, challenges, solution

* Corresponding author: School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
E-mail: maha5065@yahoo.com

روش ارزشیابی اعتباربخشی بیمارستانی ایران: چالش‌ها و راهکارها

علی محمد مصدق راد^۱، ابراهیم جعفری پویان^۱، فاطمه غضنفری^{*۱}

۱. دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۹/۱۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۸/۱۱

[نشر الکترونیک پیش از انتشار - ۱۵ آبان ۱۴۰۰]

نشریه پایش: ۶۷۰-۶۵۵ (۶): ۲۰ (۶) ۱۴۰۰

چکیده

مقدمه: اعتباربخشی بیمارستانی "فرایند ارزشیابی نظام‌مند و تعیین اعتبار بیمارستان توسط یک سازمان مستقل حرفه‌ای با استفاده از استانداردهای مطلوب ساختاری، فرایندی و پیامدی" است. برنامه اعتباربخشی بیمارستانی ایران با چالش‌هایی مواجه است. این پژوهش با هدف شناسایی چالش‌های روش ارزشیابی اعتباربخشی بیمارستانی ایران و ارائه پیشنهاداتی برای بهبود آن انجام شده است.

مواد و روش کار: این پژوهش کیفی پدیدارشناسی تفسیری با استفاده از مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته در نیمه اول سال ۱۳۹۸ انجام شد. تعداد ۱۵۱ نفر از سیاستگذاران، مدیران و کارکنان وزارت بهداشت، دانشگاه‌های علوم پزشکی، سازمان‌های بیمه سلامت و بیمارستان‌ها با رویکرد ارزشیابی چندگانه و به روش نمونه‌گیری هدفمند و گلوله برفی انتخاب شدند. از روش تحلیل موضوعی برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: تعداد ۲۷ چالش و ۱۷ راهکار در قالب پنج بخش شامل زمان اعتباربخشی، روش اعتباربخشی، طول مدت اعتباربخشی، بازخورد و گواهینامه اعتباربخشی شناسایی شدند. نامناسب بودن زمان شروع اعتباربخشی، نداشتن رویکرد یکسان در ارزشیابی، اعمال روش‌های سلیقه‌ای، ناکارآمد بودن خود ارزیابی و ارزیابی ادواری، عدم ارائه بازخورد مشروح به بیمارستان‌ها، عدم حمایت از بیمارستان‌ها، مدت اعتبار غیر منطقی گواهینامه اعتباربخشی و عدم اعلان عمومی نتایج از برخی چالش‌های مورد نظر بود. برخی راهکارهای حل چالش‌های مذکور شامل تعیین بازه زمانی مشخص برای اعتباربخشی، اتخاذ رویکرد علمی و بیمار محور ارزشیابی، توسعه دانش و مهارت ارزیابان، استقلال ارزیابان، ارائه بازخورد مشروح، تعیین اعتبار دوساله برای گواهی اعتباربخشی و اعلان عمومی نتایج بود.

نتیجه گیری: روش اعتباربخشی بیمارستانی ایران با چالش‌های متعددی مواجه است. اصلاح روش ارزشیابی اعتباربخشی می‌تواند اعتبار و قابلیت اعتماد به نتایج اعتباربخشی بیمارستانی ایران را افزایش دهد.

کلید واژه: اعتباربخشی بیمارستانی، روش ارزشیابی، چالش‌ها، راهکارها

کد اخلاق: IR.TUMS.SPH.REC.1396.4870

* نویسنده پاسخگو: تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت

E-mail: maha5065@yahoo.com

مقدمه

بیمارستان‌ها، سازمان‌های پیچیده‌ی چند تخصصی و بوروکراتیک هستند که با ارائه خدمات تشخیصی، درمانی و بازتوانی نقش مهمی در ارتقای سلامت جامعه دارند. بهبود کیفیت، ایمنی و اثربخشی خدمات بیمارستانی یکی از اهداف مهم نظام سلامت است. از روش‌های مختلفی نظیر بازرسی، نظارت، ارزیابی، ارزشیابی و اعتباربخشی برای اطمینان از کیفیت خدمات بیمارستان‌ها استفاده می‌شود [۱]. اعتباربخشی بیمارستانی "فرایند ارزشیابی نظام‌مند و تعیین اعتبار بیمارستان توسط یک سازمان مستقل خارجی با استفاده از استانداردهای مطلوب ساختاری، فرایندی و پیامدی است" [۲]. گواهی اعتباربخشی نشان‌دهنده تضمین کیفیت خدمات بیمارستان بوده و معیاری برای انتخاب بیمارستان توسط بیمار برای دریافت خدمت، ارجاع بیمار توسط پزشک به بیمارستان و خرید خدمت از بیمارستان توسط سازمان بیمه سلامت است [۳]. حدود ۱۲۰ موسسه اعتباربخشی سازمان‌های بهداشتی و درمانی در بیش از ۸۰ کشور جهان وجود دارد [۴].

پژوهش‌های انجام شده نتایج متفاوتی را از اثرات برنامه اعتباربخشی بیمارستانی نشان می‌دهند. یک مطالعه مروری در سال ۲۰۱۱ میلادی با بررسی ۲۶ مطالعه پژوهشی اصیل نشان داد که ۶۲ درصد این مطالعات تأثیر مثبت برنامه اعتباربخشی را بر فرایند مراقبت و نتایج بالینی بیمارستان‌ها گزارش کردند [۵]. اعتباربخشی منجر به بهبود مدیریت و رهبری بیمارستان، بهبود روابط بین کارکنان، کاهش جابجایی کارکنان، افزایش رضایت کارکنان، ارتقای فرایندهای کاری، بهبود زیرساخت‌های فیزیکی، مدیریت مطلوب منابع و تسهیلات، کاهش عفونت‌های بیمارستانی، کاهش طول مدت اقامت بیمار در بیمارستان، کاهش مرگ و میر بیمارستانی، کاهش میزان بستری مجدد بیماران و افزایش بهره‌وری بیمارستان می‌شود [۶-۹]. برخی دیگر از پژوهش‌ها رابطه‌ای بین برنامه اعتباربخشی و بهبود کیفیت خدمات بیمارستان‌ها پیدا نکردند [۱۰، ۱۱].

دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایران از سال ۱۳۸۹ مسئولیت اعتباربخشی بیمارستان‌های کشور را بر عهده داد. برنامه اعتباربخشی بیمارستانی ایران دولتی و اجباری است. اولین دور اعتباربخشی بیمارستان‌ها با استفاده از ۸۱۰۴ سنجه در قالب ۳۸ بخش بیمارستان در سال‌های ۱۳۹۱ و ۱۳۹۲ و دومین دور

اعتباربخشی بیمارستان‌ها با استفاده از ۲۱۵۷ سنجه و در قالب ۳۶ بخش در سال‌های ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴ توسط ۲۰ تا ۲۵ نفر از ارزیابان اعتباربخشی انجام شد. دور سوم اعتباربخشی بیمارستان‌ها با استفاده از ۲۴۸ استاندارد و ۸۸۹ سنجه در قالب ۸ محور در سال‌های ۱۳۹۵ و ۱۳۹۶ و دور چهارم اعتباربخشی با استفاده از ۱۱۰ استاندارد و ۵۱۴ سنجه در قالب ۱۹ محور در سال‌های ۱۳۹۸ و ۱۳۹۹ توسط ۳ تا ۴ نفر ارزیاب بالینی، مدیریتی و بهداشتی انجام شد [۱۲].

روش ارزشیابی برنامه اعتباربخشی بیمارستان‌های ایران شامل خودارزیابی، ارزیابی در محل و ارزشیابی ادواری است. گواهی اعتباربخشی بیمارستان در هفت درجه شامل رتبه عالی، رتبه یک برتر، رتبه یک، رتبه دو، رتبه سه، رتبه چهار و غیر استاندارد است. مدت اعتبار گواهینامه اعتباربخشی دو سال است [۱۳]. اعتباربخشی مزایایی برای بیمارستان‌های ایران داشته است. بهبود تسهیلات و تجهیزات بیمارستان، آموزش کارکنان، تدوین برنامه‌های عملیاتی و تدوین خط مشی و روش اجرایی فرایندهای کاری از جمله فواید گزارش شده اعتباربخشی در برخی از بیمارستان‌های ایران بوده است [۱۴، ۱۵]. با وجود این، ساختار سازمانی نامناسب اداره‌ی اعتباربخشی بیمارستانی، دانش محدود متولیان اعتباربخشی، ارتباط تعرفه هتلینگ بیمارستان با درجه‌ی اعتباربخشی آن، ضعف برنامه‌ریزی، توسعه و اجرای شتابزده‌ی برنامه اعتباربخشی، عدم وجود ارتباط منطقی میان اجزای مدل اعتباربخشی بیمارستانی، غیر قابل اندازه‌گیری بودن برخی سنجه‌ها، عدم پیش آزمون صحیح برنامه‌ی اعتباربخشی، آموزش ناکافی مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها، هزینه زیاد اجرای استانداردهای اعتباربخشی و منابع مالی ناکافی بیمارستان‌ها، نظارت محدود دانشگاه‌ها بر عملکرد بیمارستان‌ها و ارزشیابی محدود برنامه‌ی اعتباربخشی بیمارستانی از چالش‌های برنامه اعتباربخشی بیمارستانی ایران است [۱۶، ۱۷].

در نتیجه، مطالعاتی نشان دادند که اجرای استانداردهای اعتباربخشی منجر به بهبود عملکرد بیمارستان‌ها [۱۹، ۱۸]، افزایش رضایت کارکنان [۲۱، ۲۰] و بیماران [۲۲] نشده است. نتایج یک نظرسنجی از مدیران ۵۴۷ بیمارستان کشور در سال ۱۳۹۴ نشان داد که حدود ۱۰ درصد مدیران از اجرای برنامه اعتباربخشی در بیمارستان‌های خود راضی بودند [۲۳]. مطالعه‌ای با نظرسنجی از مدیران بیمارستان‌های استان زنجان در سال‌های

مواد و روش کار

این پژوهش کیفی با روش پدیدارشناسی Phenomenology در نیمه اول سال ۱۳۹۸ انجام شد. هدف پژوهش‌های کیفی، توصیف و تفسیر به‌منظور درک عمیق پدیده‌ی مورد مطالعه در مجموعه‌های واقعی است. معمولاً از روش‌های مصاحبه، بحث متمرکز گروهی و مشاهده برای انجام پژوهش‌های کیفی استفاده می‌شود. پژوهش‌های کیفی در چهل سال گذشته در علوم اجتماعی و به ویژه در مطالعات مدیریت بسیار استفاده شدند و نقش بسزایی در توسعه علوم و فناوری مربوطه داشتند [۲۵].

پدیدارشناسی علم مطالعه، بررسی، توصیف و تفسیر دقیق پدیده‌های زندگی است. پدیده‌ها شامل واقعیت‌ها، موقعیت‌ها، تجارب یا مفاهیم هستند. در این نوع پژوهش تجربه، ادراک، احساس و تفسیر افراد در مورد پدیده یا موضوع مورد نظر مطالعه می‌شود [۲۶]. در این پژوهش از روش پدیدارشناسی تفسیری Interpretive phenomenology برای بررسی، توصیف، تبیین و تفسیر چالش‌های روش ارزشیابی اعتباربخشی بیمارستانی ایران و راهکارهای آن استفاده شد. پدیدارشناسی تفسیری شامل سه مرحله‌ی درک اولیه موضوع پژوهش؛ انجام مطالعه و جمع‌آوری اطلاعات؛ و تأمل و تفکر روی داده‌ها است [۲۷].

از مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته برای انجام این پژوهش استفاده شد. ابزار گردآوری داده‌ها فرم راهنمای مصاحبه بود. سوالات مصاحبه پیرامون نقاط قوت، نقاط ضعف، چالش‌ها و راهکارهای بهبود روش اعتباربخشی بیمارستانی ایران بود. تعداد ۱۰ مصاحبه پایلوت برای بهبود سوالات مصاحبه و افزایش مهارت مصاحبه‌کننده در برقراری ارتباط با مصاحبه‌شوندگان و افزایش روایی پژوهش انجام شد. تعداد ۱۵۱ نفر از سیاستگذاران، مدیران و کارکنان دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، شهید بهشتی، ایران، تبریز، اصفهان، یزد و شیراز، ارزیابان اعتباربخشی، مدیران و کارشناسان سازمان‌های بیمه سلامت و مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها با رویکرد ارزشیابی چندگانه Pluralistic evaluation و به روش نمونه‌گیری هدفمند و گلوله برفی انتخاب و در این پژوهش شرکت نمودند. مصاحبه‌ها در ابتدا به صورت هدفمند با تعدادی از مدیران و کارشناسان شروع شد و سپس، با روش جستجوی گلوله برفی، آنها افراد مطلع و خبره دیگری را برای مصاحبه به تیم پژوهش معرفی کردند. استفاده از رویکرد ارزشیابی چندگانه و جمع‌آوری نظرات ذینفعان کلیدی

۱۳۹۴ و ۱۳۹۶ به بررسی اثربخشی سیستم اعتباربخشی بیمارستانی کشور پرداخت. رضایت مدیران بیمارستان‌ها از سیستم اعتباربخشی بیمارستانی در دور سوم نسبت به دور دوم اندکی کاهش یافت (کاهش ۰/۶۶ درصدی). رضایت مدیران از استانداردهای اعتباربخشی به میزان ۱/۸ درصد افزایش و از روش اعتباربخشی و اجرای استانداردهای اعتباربخشی در بیمارستان‌ها به ترتیب ۱۱/۶ و ۸/۵ درصد کاهش یافت. به عبارتی، از نظر مدیران بیمارستان‌ها تغییر سیستم اعتباربخشی بیمارستانی ایران در سال ۱۳۹۵ تأثیر زیادی در عملکرد آن نداشت [۲۴].

اثربخشی برنامه اعتباربخشی به عناصر تشکیل دهنده آن شامل حاکمیت برنامه اعتباربخشی، استانداردهای اعتباربخشی، روش ارزشیابی و ارزیابان اعتباربخشی بستگی دارد [۱۷]. نقص ساختار حاکمیتی، استانداردها، روش و ارزیابان اعتباربخشی مانع دستیابی به اهداف تعیین شده برنامه اعتباربخشی بیمارستانی می‌شود. حاکمیت برنامه اعتباربخشی وظیفه سازماندهی، مدیریت و رهبری برنامه اعتباربخشی بیمارستانی را بر عهده دارد [۱۶]. استانداردهای اعتباربخشی باید بر مبنای اصول بهبود کیفیت، ایمنی، اثربخشی و کارایی خدمات بیمارستانی توسعه یابند [۱۷]. ارزیابانی باید به سنجش میزان انطباق عملکرد بیمارستان‌ها با استانداردهای اعتباربخشی بپردازند که شایستگی‌های لازم را داشته باشند و با استفاده از رویکرد سیستمی به ارزشیابی ساختارها، بافتارها، فرایندها و پیامدهای بیمارستان‌ها بپردازند. روش اعتباربخشی باید از پایایی و روایی کافی برخوردار باشد تا بتوان از کیفیت خدمات ارائه شده در بیمارستان‌ها اطمینان حاصل نمود.

روش ارزشیابی اعتباربخشی می‌تواند اعتبار و قابلیت اعتماد به نتایج اعتباربخشی بیمارستانی را تحت تأثیر قرار دهد. شناسایی مشکلات روش ارزشیابی اعتباربخشی بیمارستانی ایران و توسعه راهکارهایی برای رفع این مشکلات منجر به اصلاح سیستم اعتباربخشی بیمارستانی کشور می‌شود. این پژوهش با هدف شناسایی چالش‌های روش ارزشیابی اعتباربخشی بیمارستانی ایران و ارائه پیشنهاداتی برای بهبود آن انجام شده است. نتایج این پژوهش اطلاعات مفیدی را در اختیار سیاستگذاران و مدیران ارشد نظام سلامت کشور به‌منظور اصلاح روش ارزشیابی اعتباربخشی بیمارستانی قرار می‌دهد.

یافته‌ها

تعداد ۲۷ چالش روش اعتباربخشی بیمارستانی ایران و ۱۷ راهکار رفع آنها شناسایی شدند که در قالب پنج گروه اصلی شامل زمان اعتباربخشی، روش اعتباربخشی، طول مدت اعتباربخشی، بازخورد و گواهینامه اعتباربخشی دسته‌بندی شدند (جدول ۲).

زمان اعتباربخشی: ویرایش سوم استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی ایران در ۱۹ تیر ۱۳۹۵ منتشر شد. سنجه‌های اعتباربخشی در مهر ماه همان سال در اختیار بیمارستان‌ها قرار داده شد و تاریخ شروع برنامه اعتباربخشی آذر ۱۳۹۵ اعلام شد. در نهایت، شروع اعتباربخشی پس از چند بار تغییر به بهمن ۱۳۹۵ موکول شد. با آنکه فاصله ابلاغ استانداردها تا شروع اعتباربخشی ۷ ماه به طول انجامید، اما، بدلیل تغییرات مکرر در زمان شروع اعتباربخشی، انجام برنامه‌ریزی دقیق برای اجرای استانداردها در بیمارستان‌ها با اختلال مواجه شد. نتیجه این کار ظاهرسازی و اجرای صوری استانداردها بود. مدیر بهبود کیفیت یک بیمارستان اشاره کرد: "وزارت بهداشت [در تیر ۱۳۹۵ کتاب استانداردهای اعتباربخشی حجیمی را به ما داد و اعلام کرد که اعتباربخشی از مهر شروع می‌شود. مهر ۱۳۹۵ وزارت بهداشت [سنجه‌ها را داد و اعلام کرد به علت تاخیر در ارائه سنجه‌ها، اعتباربخشی در آبان آغاز خواهد شد. اعتباربخشی آبان هم شروع نشد. مرتب می‌گفتند اعتباربخشی از هفته بعد شروع می‌شود. این روال تا بهمن ۱۳۹۵ طول کشید. نیمه بهمن اعتباربخشی را آغاز کردند. اصلاً نمی‌توانستیم برای پیاده سازی سنجه‌ها برنامه‌ریزی درستی انجام دهیم. چون بازه زمانی از ابلاغ سنجه‌ها تا شروع اعتباربخشی از ابتدا بسیار کوتاه تعیین شده بود و مرتب تغییر می‌کرد. ما در مهر، آبان و آذر به هیچ‌کدام از پرسنل مرخصی ندادیم چون گفتیم امکان دارد اعتباربخشی شروع شود. وزارت بهداشت بیمارستان‌ها را در شرایطی می‌گذاشت که دچار استرس شوند." (م ۹) مترون یک بیمارستان گفت: "استانداردهای اعتباربخشی مکرر تغییر می‌کنند. چند ماه قبل از ارزیابی ویرایش جدید استانداردها را به بیمارستان می‌دهند، در مدت زمان کوتاه ابلاغ استانداردها تا شروع اعتباربخشی، بیمارستان نمی‌تواند برای پیاده سازی استانداردها برنامه‌ریزی کند. بیمارستان در این مدت زمان کوتاه خودش آموزش ببیند؟ آموزش بدهد؟ اجرا کند؟ چه کار کند؟" (م ۳۱) یکی از اساتید دانشگاه گفت: "فاصله ابلاغ استانداردها تا ارزشیابی در آمریکا ۱۶ تا ۱۸ ماه و در اروپا ۳ تا ۵ سال است. ۵ سال اجازه می‌دهند تا بیمارستان‌ها

متعدد، منجر به دستیابی به اطلاعات جامع و معتبری شد که در صورت مصاحبه با هر کدام از این گروه‌ها به تنهایی، ممکن نبود. معیار ورود به مطالعه داشتن حداقل سه سال سابقه مرتبط و برخورداری از دانش و تجربه‌ی کافی در زمینه‌ی اعتباربخشی بیمارستان‌ها بود. بیشتر مصاحبه‌شوندگان در این مطالعه زن (۶۲/۲ درصد)، دارای مدرک تحصیلی فوق لیسانس (۴۳ درصد)، از مدیران بیمارستان‌ها (۳۱/۸ درصد) و دارای ۵-۱۰ سال سابقه در زمینه اعتباربخشی (۴۲/۴ درصد) بودند (جدول ۱).

انجام مصاحبه‌ها تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافت. مصاحبه‌ها با تعیین وقت قبلی در محل کار مصاحبه‌شوندگان انجام شد. متوسط زمان انجام مصاحبه ۹۳ دقیقه (حداقل ۳۲ و حداکثر ۱۳۸ دقیقه) بود. مصاحبه‌ها در قالب فایل‌های صوتی ضبط و سپس، در نرم افزار Word تایپ شدند.

از روش تحلیل موضوعی ۶ مرحله‌ای براون و کلارک شامل آشنایی با داده‌ها، شناسایی کدهای اولیه، جستجوی درون مایه‌ها، مرور درون مایه‌ها، تعریف درون مایه‌ها و در نهایت، تهیه گزارش برای تحلیل داده‌های کیفی این پژوهش استفاده شد [۲۸]. از نسخه ۱۱ نرم افزار MAXQDA برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. نقل قول مصاحبه‌شوندگان با حرف "م" در این مقاله مشخص شده است. از اقداماتی نظیر افزایش تنوع نمونه‌ها، انجام مصاحبه‌های پیش‌آزمون، تماس طولانی با محیط پژوهش، صرف زمان کافی برای انجام مصاحبه‌ها، تعامل مستمر با موضوع و داده‌های پژوهش، جمع‌آوری هرچه بیشتر اطلاعات و شواهد، مرور چندین باره مصاحبه‌ها، مقایسه مستمر اطلاعات بدست آمده، ارسال یافته‌ها برای نمونه‌ای از مصاحبه‌شوندگان و لحاظ کردن نظرات تکمیلی آن‌ها، تحلیل داده‌ها بلافاصله پس از جمع‌آوری آن‌ها، تبادل نظر با هم‌تایان، ارائه نقل‌قول‌های مصاحبه‌شوندگان علاوه بر تحلیل پژوهشگر و شرح دقیق محیط پژوهش و مراحل انجام آن، برای افزایش اعتبار و پایایی نتایج پژوهش استفاده شده است.

ملاحظات اخلاقی رعایت شده در این پژوهش عبارت بودند از اخذ کد اخلاق از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران، کسب رضایت آگاهانه، آزاد بودن مصاحبه‌شوندگان نسبت به شرکت در مصاحبه، کسب اجازه برای ضبط صدا، احترام به استقلال مصاحبه‌شوندگان در هنگام پژوهش، حفظ محرمانگی اطلاعات شخصی آن‌ها و بی‌طرفی پژوهشگران در کلیه مراحل جمع‌آوری، تحلیل و گزارش داده‌ها.

کار کنند؛ بعد ارزشیابی می‌کنند. در ایران این مدت به ۵ ماه هم نمی‌رسد. بیمارستان با این مشکلات عدیده که وجود دارد چه معجزه‌ای کند." (م ۴۳)

مصاحبه شوندگان پیشنهاد دادند که حداقل زمان مورد نیاز برای اجرای استانداردها یک سال باشد. مدیر بهبود کیفیت بیمارستانی گفت: "برای آن‌که بتوانیم استانداردها را اجرا کنیم به حداقل یک سال زمان نیاز داریم. در این فاصله بیمارستان آموزش می‌بیند و بعد کارکنان را آموزش می‌دهد. برای اجرای استانداردها برنامه‌ریزی می‌کند. منابع بیمارستان‌ها محدود است. اجرای استانداردها در این شرایط به زمان بیشتری نیاز دارد. در غیر این صورت، آنچه ارزیاب در روز ارزیابی مشاهده می‌کند ظاهر سازی است." (م ۸۴)

برخی از مصاحبه شوندگان اذعان داشتند که انجام پروژه‌های عمرانی بزرگ در بیمارستان‌ها فعالیت بیمارستان را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد. مشخص بودن بازه زمانی شروع اعتباربخشی به بیمارستان کمک می‌کند که شرایط لازم را برای اعتباربخشی در بازه زمانی مورد نظر تأمین نماید. مدیر یک بیمارستان گفت: "مدیر بیمارستان باید بداند ارزیابی در چه بازه زمانی انجام می‌شود که حداقل پروژه‌های عمرانی را متوقف کند، یا اینکه ارزیابی بیمارستان‌های دارای عملیات عمرانی بزرگ را به تعویق بیندازد. انجام پروژه‌های عمرانی بزرگ در بیمارستان عملکرد آن را تحت تأثیر قرار می‌دهد. شروع اعتباربخشی در چنین شرایطی بر ارزیابی صحیح بیمارستان توسط ارزیابان تأثیر می‌گذارد. به علت ضرورت‌هایی که عملیات عمرانی ایجاد می‌کند برخی بخش‌ها جابجا شده‌اند. وجود مصالح و نامرتبی و سرو صدای ناشی از آن‌ها نظر ارزیابان را تحت تأثیر قرار می‌دهد." (م ۷۰)

یکی دیگر از چالش‌های مرتبط با زمان اعتباربخشی دور سوم اعتباربخشی بیمارستانی، آغاز اعتباربخشی در ماه‌های پایانی سال ۱۳۹۵ و تداوم آن تا ماه‌های ابتدایی سال بعد بود. مترون یک بیمارستان گفت: "اعتباربخشی در ماه‌های پایانی سال ۱۳۹۵ شروع شد و از آن طرف هم از ۱۴ فروردین ۱۳۹۶ اعتباربخشی آغاز شد. ما در پایان سال مشکلات خاص خودمان را داریم. درگیر برنامه‌ریزی‌ها و بودجه‌بندی هستیم. برنامه‌های عید را باید پوشش بدهیم. پرسنل مرخصی‌های آخر سال خود را می‌خواهند بروند. انجام اعتباربخشی در آن روزها بیمارستان را با تنش مواجه می‌کند." (م ۲۳) از دیدگاه ارزیابان نیز انجام اعتباربخشی در ماه‌های پایانی سال به علت تغییرات شرایط جوی و مشکلات سفر به ویژه

در مناطق کوهستانی و صعب العبور دشوار بود. یکی از ارزیابان در خصوص زمان اعتباربخشی گفت: "ارزیابان که به سمت مناطق سردسیر می‌رفتند با کنسل شدن پروازها و پایین بودن دمای هوا مواجه می‌شدند. برخی از ارزیابان دو سه روز در برف گیر کرده بودند" (م ۱۱).

مصاحبه شوندگان اذعان داشتند که بهترین زمان برای انجام اعتباربخشی فصل پاییز است. مترون یکی از بیمارستان‌ها اشاره کرد: "بهترین فصل به نظر من برای اعتباربخشی فصلی است که نه خیلی سرد و نه خیلی گرم باشد؛ شاید فصل پاییز مناسب‌تر باشد. در پاییز بیش از نیمی از سال سپری شده و بهتر می‌توان وضعیت پیشرفت برنامه‌های عملیاتی را رصد کرد. در فصل پاییز مشغله بیمارستان‌ها نسبت به پایان سال کمتر است و از طرفی چالش‌های مختص ابتدای سال هم وجود ندارد" (م ۱۰۶).

روش اعتباربخشی: روش ارزشیابی برنامه اعتباربخشی بیمارستانی ایران شامل خود ارزیابی، ارزشیابی در محل و ارزشیابی ادواری است. فرایند خود ارزیابی اعتباربخشی در اجرا با چالش‌هایی مواجه بود. بیمارستان‌ها دانش کافی در زمینه نحوه اجرای استانداردهای اعتباربخشی را نداشتند و نظارت صحیحی از سوی دانشگاه‌ها بر انجام خود ارزیابی صورت نگرفت. یکی از ارزیابان گفت: "مدیران بیمارستان‌ها بعد از ابلاغ کارنامه‌ها به نمراتشان اعتراض می‌کردند. بعد از بررسی توسط وزارت بهداشت مشخص می‌شد که بیمارستان در ارزشیابی در محل نمره خوبی گرفته است. ارزشیابی در محل بر مبنای استانداردهایی انجام می‌شود که برای ارزیاب قابل مشاهده باشد. در حالی که بیمارستان‌ها به علت بدفهمی سنجه‌ها، در خود ارزیابی، تقریباً ۵۰ درصد سنجه‌ها را غیر قابل اجرا اعلام کرده بودند. در نتیجه آن سنجه‌ها دیگر در لیست سنجه‌های قابل مشاهده برای ارزیابان نبود. به این ترتیب، بیمارستان امتیاز آن سنجه‌ها را از دست داده بود. این موارد را دانشگاه‌ها باید نظارت داشته باشند و اصلاح کنند." (م ۷۹)

مرحله بعد در فرایند اعتباربخشی بیمارستان‌ها انجام ارزشیابی در محل است که قرار بود به روش مصاحبه با کارکنان و ذینفعان، مشاهده عملکردها و زیرساخت‌ها و بررسی مستندات انجام شود. اما رویکرد مورد استفاده ارزیابان متفاوت بود. مدیر بهبود کیفیت یک بیمارستان گفت: "برخی از ارزیابان سنجه‌ها را کپی می‌کردند از رویش می‌خوانند و می‌پرسیدند برای این سنجه چکار کرده‌اید؟ و نمره می‌دادند. ارزیابی مستندات خیلی راحت‌تر از ارزیابی فرایندها و

دانشگاه گفت: "اینکه وزارت بهداشت یک دوره سه روزه آموزش می‌گذارد و بعد سنجه خوانی می‌کند. چه جوری معجزه می‌شود و افراد به ارزیاب تبدیل می‌شوند و برای ارزشیابی به بیمارستان‌های بزرگی مثل امام یا شریعتی اعزام می‌شوند." (م ۱۱۰)

گام بعدی در روش ارزشیابی اعتباربخشی بیمارستانی ایران انجام ارزشیابی‌های ادواری بود. ارزشیابی ادواری با هدف جلوگیری از به فراموشی سپرده شدن برنامه اعتباربخشی در فاصله دو دوره اعتباربخشی ایجاد شد. ارزشیابی ادواری با چالش‌هایی مواجه بود. منطق استانداردهای تعیین شده برای ارزشیابی ادواری مشخص نبود. تأثیر نتایج ارزشیابی ادواری بر نمره اعتباربخشی بیمارستان‌ها تعیین نشده بود. بیمارستان‌ها بازخوردهای دقیقی از نتایج ارزشیابی‌های ادواری دریافت نکردند. مدیر بهبود کیفیت یک بیمارستان گفت: "منطق انتخاب استانداردهای ادواری مشخص نبود. اکثراً استانداردهای مرتبط با بهداشت محیط برای ارزشیابی ادواری انتخاب شده بودند. در دستورالعمل ارزشیابی ادواری آمده است که نتیجه آن در اعتباربخشی اثر دارد. ولی، در حد دستورالعمل است و در اجرا هیچ چیز مشخص نیست." (م ۴) یک کارشناس اداره اعتباربخشی هم گفت: "نتایج ارزشیابی ادواری چه تأثیری بر نتایج اعتباربخشی خواهد گذاشت، هنوز مشخص نیست." (م ۱) مدیر بهبود کیفیت یک بیمارستان گفت: "یکی از ایرادات ارزشیابی ادواری آن بود که اصلاً به ما بازخوردی ارائه ندادند و گفتند وزارت بهداشت به ما اجازه نداده است. خیلی بد است که ما نقاط قوت و ضعف عملکردمان را نمی‌دانیم." (م ۹۰)

روش ارزشیابی ارزیابان اعتباربخشی کشوری با ارزیابان ارزشیابی ادواری تفاوت داشت. مدیر بهبود کیفیت یک بیمارستان گفت: "در ارزشیابی ادواری کارکنان اداره اعتباربخشی معاونت درمان هر دانشگاه بیمارستان‌های زیر مجموعه خود را ارزشیابی می‌کنند. ارزیابان معاونت درمان در چارچوب استانداردهای اعتباربخشی، ارزشیابی نمی‌کنند. دنبال آن چیزهایی هستند که در نظارت معاونت درمان بر دانشگاه‌ها مورد توجه هست. بعضی از ارزیابان دستورالعمل‌های جدید را هم نمی‌دانستند. سبک ارزشیابی‌شان با ارزیابان کشوری تفاوت دارد. ارزیابان معاونت درمان روحیه بازرسی و مچ‌گیری دارند." (م ۹) مترون یک بیمارستان گفت: "ارزیابان ارزشیابی ادواری انعطاف‌پذیری ندارند. مثلاً از مترون می‌خواهند برای هر ۳۰ روز در ماه برگه بازدید از بخش را پر کرده باشد. ارزیاب وقتی وارد بخش می‌شود و نظم حاکم بر بخش را می‌بیند، نشان

پیامدها است. بنابراین، ارزیابان کم تجربه بیشتر بر روی مستندات تأکید داشتند." (م ۹۰). یکی از ارزیابان اذعان داشت: "رویکردمان کارکردی و بیمارمحور بود. به عنوان نمونه برای امتیازدهی به سنجه‌های مرتبط با بیمارمان حاد، فقط بیمارمان بستری در آی سیو را ارزشیابی نمی‌کردیم. برای ما مهم بود که بدانیم بیمارستان بیمارمان حاد را شناسایی کرده و خدمات متناسب را ارائه می‌دهد. بنابراین، در همه بخش‌ها به دنبال بیمارمان حاد بودیم. از بیمارستان در مورد تعداد و محل بستری بیمارمان حاد سوال می‌کردیم و اگر در ارزیابی‌ها مورد دیگری خارج از اطلاع بیمارستان می‌یافتیم، امتیاز سنجه‌های مربوطه را نمی‌دادیم." (م ۲۰) یکی دیگر از ارزیابان گفت: "روش اعتباربخشی اختیاری بود. سلیقه‌ای بود. ارزیابانی بودند که برای اعتباربخشی بیمارستان ما می‌آمدند و از روی استانداردها می‌خواندند و نمره می‌دادند. خود من در جاهایی که مسلط هستم با یک نگاه می‌توانم تعداد زیادی سنجه را امتیاز دهی کنم، ولی، در سایر مواردی که تسلط ندارم اینطور نیست." (م ۶)

اختلاف در روش ارزشیابی میان ارزیابان کلان شهرها و ارزیابان شهرستانی هم وجود داشت: یکی از ارزیابان گفت: "نگاه ارزیابان با هم متفاوت است. روش ارزیابان سبزوار با اصفهان با تهران یکی نیست. ما الان گروه ارزیابان اعتباربخشی داریم. ما از چالش‌هایی که ارزیابان شهرستانی دارند و بحث‌هایی که سر یک موضوع ساده می‌کنند، خنده‌مان می‌گیرد. چون تجربه‌های ما در کلان‌ها شهر خیلی با تجربه‌های ارزیابان در دانشگاه علوم پزشکی ... به عنوان مثال که تعداد کمی بیمارستان دارد متفاوت است." (م ۲)

به طور کلی، روش اعتباربخشی ارتباط مستقیمی با دانش و مهارت ارزیاب دارد. هر ارزیاب روشی را برای ارزشیابی انتخاب می‌کند که متناسب با سطح توانمندی‌های او باشد. یکی از کارشناسان دفتر اعتباربخشی وزارت بهداشت گفت: "دوره آموزش ارزیابان کوتاه و محتوای آن زیاد بود. دوره‌ها در دو بخش عمومی و اختصاصی ارائه می‌شد. مبحث اختصاصی به صورت فشرده از ۸ صبح تا ۸ شب برگزار می‌شد. از طرفی برخی افرادی هم که شرکت داشتند از افراد سن بالا بودند و در واقع آموزش در سنین بالا شرایط خاص خود را دارد. اینکه آموزش‌ها توانسته باشد اثربخشی داشته باشد، خارج از واقعیت به نظر می‌رسد. از آن طرف ما متوجه می‌شدیم که هر کدام از ارزیابان به شیوه‌ای دلخواه ارزشیابی را انجام می‌دهند. چک کردن مستندات راحت‌ترین نوع ارزشیابی است. ارزیابان چون توانمند نشده بودند، اکثر به دنبال مستندات بودند." (م ۱) یکی از اساتید

دهنده این است که بازدیدها به موقع انجام شده است. آن‌ها به نتیجه کار توجهی ندارند. اگر مستندات کامل نباشد، نمره نمی‌دهند. حالا اگر بیمار موقع ترخیص راضی یا خوشحال باشد، اصلاً مهم نیست. نگاه می‌کنند که آیا آن برگه رضایت پر شده است یا نه." (م ۱۰) رویکرد ارزیابان قدیمی هم با ارزیابان تازه کار متفاوت بود. مدیر بهبود کیفیت یک بیمارستان گفت: "ارزیابان جدید سهل گیرانه تر ارزشیابی می‌کردند چون دانش کمتری داشتند. از طرفی ارزیابان قدیمی سخت گیرتر برخورد می‌کردند چون تجربه بیشتری داشتند و به راحتی از بعضی نشانه‌ها عبور نمی‌کردند. آموزش ارزیابان باعث یکدست شدن آن‌ها نشده بود." (م ۵۱)

مصاحبه شوندگان اظهار داشتند که روش ارزشیابی وزارت بهداشت برای ارزشیابی بیمارستان‌های تابعه‌اش نسبت به سایر بیمارستان‌ها نیز با هم تفاوت دارد. یکی از ارزیابان گفت: "وزارت بهداشت در ارزشیابی بیمارستان‌ها تضاد منافع دارد و با مسامحه بیمارستان‌های دولتی را ارزشیابی می‌کند چرا که با پایین آمدن درجه اعتباربخشی بار مالی کاهش تعرفه بیمارستان‌های دولتی را باید خود جبران نماید. در حالی که در خصوص سایر بیمارستان‌ها سخت گیرانه تر عمل می‌کند." (م ۱۳۱)

مصاحبه شوندگان معتقد بودند که به نتایج اعتباربخشی به این شیوه نمی‌توان اعتماد کرد. در دور سوم اعتباربخشی بیمارستانی حدود ۷۱ درصد از بیمارستان‌ها درجه یک و یک عالی شده‌اند. این در حالی است که به صورت شهودی هم پیداست که این تعداد بیمارستان درجه یک در ایران وجود ندارد. یکی از اساتید دانشگاه گفت: "در ایران اکثر بیمارستان‌ها درجه یک شده‌اند؛ در صورتی که، مردم عادی هم می‌دانند بین این بیمارستان با بیمارستان دیگر فرق است. پای صحبت افراد عادی بشینید، تعریف می‌کنند که رفتیم فلان بیمارستان می‌خواستند ما را بکشند. حتی مردم هم تفاوت‌ها را درک می‌کنند. چطور می‌شود حدود یک هزار بیمارستان کشور بصورت تخصصی و حرفه‌ای ارزیابی بشوند و بعد اکثراً همه درجه یک دریافت کنند." (م ۴۳) مدیر یک بیمارستان گفت: "نتایج واقعی نیست. از یکسری از بیمارستان‌ها شناخت داری که بیمارستان خوبی نیست بعد، می‌بینی درجه اعتباربخشی همان بیمارستان بالا شد، اصلاً امکان ندارد. هر ارزیاب با یک روش ارزیابی کرده؛ یکی سخت گیرانه یکی با چشم پوشی." (م ۶۹)

یکی از اساتید دانشگاه گفت: "بعد از چند سال اعتباربخشی و اجرای سه دوره ارزیابی در بیمارستان‌ها کدام بهبود ایجاد شده

است. یک شاخص به من بگو که ارتقا یافته. این در حالی است که در دنیا بیمارستان بعد از هر بار ارزیابی یک جهش به سمت جلو دارد. الان دانشجویان من در پژوهش‌هایی که انجام داده‌اند به این نتایج دست یافتند که بین کیفیت بیمارستان و درجه اعتباربخشی هیچ رابطه‌ای برقرار نیست. نمی‌شود بیمارستان سی تخته فلان شهر، بیمارستان هزار تخت خوابی فلان شهر، بیمارستان تک تخصصی، بیمارستان جنرال، بیمارستان درب و داغان و بیمارستان نوساز، با تنوع‌های مختلف یک خروجی ایجاد شود و آن هم اینکه تقریباً همه درجه یک شوند." (م ۴۳)

مدیر بهبود کیفیت یک بیمارستان گفت: "نتایج اعتباربخشی که آمد در بعضی بخش‌ها که نقطه ضعف بیمارستان ما بود و خودمان می‌دانستیم ضعیف عمل کردیم، نمرات بهتری گرفته بودیم. اعتباربخشی یک متر و ابزار دقیق نیست." (م ۴۸) یکی از ارزیابان گفت: "در بعضی موارد وزارت بهداشت بعد از پایان ارزشیابی اقدام به راستی آزمایی می‌کرد. در اعتباربخشی کشوری سه ارزیاب در طول سه روز بیمارستان را اعتباربخشی کرده بودند. در راستی آزمایی یک ارزیاب در یک روز بیمارستان را ارزشیابی می‌کرد. نمرات در دو ارزشیابی با هم متفاوت می‌شد. نتایج می‌تواند با خطای بسیار بالا بدست آمده باشد." (م ۶۳) یکی از اساتید دانشگاه گفت: "جلسه‌ای در وزارت بهداشت در مورد برنامه اعتباربخشی داشتیم. در آن جلسه بحث اعلان عمومی نتایج اعتباربخشی مطرح شد. متولیان اعتباربخشی خودشان اذعان داشتند که نتایج اعتباربخشی واقعی نیستند. بنابراین، این نتایج را نمی‌توان اعلان عمومی کرد. اگر بیمارستانی که درجه بالا گرفته است خدمت نامناسبی ارائه دهد، اعتبار برنامه زیر سوال می‌رود و در درازمدت می‌شود." (م ۱۵۰)

مصاحبه شوندگان اذعان داشتند که جای خالی رویکرد معین و قابل اعتماد برای ارزشیابی بیمارستان‌ها که متمرکز بر بیمار باشد احساس می‌شود. معاون دفتر اعتباربخشی یک دانشگاه گفت: "در مورد روش باید بگویم که ما فعلاً روش خاصی برای ارزشیابی نداریم. ارزشیابی با یک روش علمی واحد انجام نمی‌شود و هر ارزیابی به فراخور دانش و مهارت خود روشی را برای ارزشیابی انتخاب می‌نماید." (م ۱۰۴) یکی از کارشناسان بهبود کیفیت گفت: "انجام اعتباربخشی صرفاً با مشاهده و انجام مصاحبه نمی‌تواند منجر به کشف شکاف‌های موجود بین بخشی در ارائه خدمات به بیمار گردد و بازهم همان نگاه جزیره وار در ارزشیابی علی‌رغم تغییر

رویکرد استانداردها از بخشی به کارکردی وجود خواهد داشت. بنابراین، رویکردی لازم است که بیمار محور بوده و توجه به ارائه خدمات به بیمار چه در بیمارستان و چه بعد از ترخیص را مورد توجه و ارزشیابی قرار دهد که البته موفقیت هر روشی که بکار گرفته خواهد شد، وابستگی شدیدی به آموزش و توانمندسازی ارزیابان دارد." (م ۴۲) یکی از اساتید دانشگاه اشاره کرد: "ارزشیابی یک کار حرفه‌ای است. برای آن تکنیک‌های ورتیکال، هورزونتال، میکس و تریسر Tracer داریم. تریسر آخرین رویکرد ارزشیابی هست که در دنیا استفاده شده است ولی در ایران استفاده نمی‌شود." (م ۷۷) یکی دیگر از اساتید دانشگاه ادعان داشت: "در ایران روش تریسر را تقریباً کسی بلد نیست. در روش تریسر سیر یک بیمار را در بیمارستان دنبال می‌کنی. استاندارد را به بیمار وصل می‌کنی، نه به تابلو و در بیمارستان. به رویکرد تریسر ارزیابی از دید تجربه بیمار هم می‌گویند." (م ۴۳)

مصاحبه شوندگان توسعه دانش ارزیابان در سه حوزه استانداردها، دانش فنی نسبت به بیمارستان و همچنین اصول ارزشیابی را به منظور یکسان سازی روش ارزشیابی مورد استفاده ضروری دانستند. یکی از اساتید دانشگاه گفت: "آموزش ارزیابان به منظور یکسان سازی دانش و مهارت آن‌ها باید مورد توجه قرار گیرد. آموزش به یکدست شدن روش ارزیابی ارزیابان کمک می‌کند. بر این اساس تربیت تعداد محدودی ارزیاب توصیه می‌شود." (م ۱۲۳) یکی از ارزیابان گفت: "معیارهای انتخاب ارزیابان باید به گونه‌ای باشد که افراد توانمند و دارای سوابق درخشان در زمینه ارزشیابی و علوم مرتبط با بیمارستان بتوانند به عنوان ارزیاب پذیرفته شوند که مهارت و توانایی لازم برای انجام یک ارزشیابی صحیح و عادلانه را داشته باشند." (م ۹۷) یکی از طراحان استانداردها گفت: "عملکرد ارزیابان باید مورد ارزشیابی منظم قرار گیرد. ارزشیابی باید به گونه‌ای باشد که ارزیابانی که سلیقه‌ای عمل می‌کنند و شایستگی لازم برای انجام اعتباربخشی را ندارند شناسایی و از لیست ارزیابان دوره‌های بعد حذف شوند. از نتایج ارزشیابی ارزیابان در تعیین مفاد دوره‌های آموزشی ارزیابان استفاده شود." (م ۳۳) یکی از پزشکان نیز گفت: "در اعزام ارزیابان باید این نکته را مد نظر داشت که ارزیاب تضاد منافع با بیمارستان مورد ارزشیابی نداشته باشد و کاملاً مستقل باشد تا نتایج ارزشیابی با تعصب مواجه نباشد." (م ۴۹)

طول مدت اعتباربخشی: طول مدت انجام اعتباربخشی با توجه به اندازه بیمارستان‌ها ۲ تا ۳ روز بود. مصاحبه شوندگان ادعان داشتند که مدت زمان لازم برای انجام اعتباربخشی بیمارستان ارتباط تنگاتنگی با مهارت ارزیاب در ارزشیابی بیمارستان دارد. بنابراین کم کردن مدت زمان ارزشیابی بدون توجه به سطح مهارت ارزیابان منجر به انجام ارزشیابی سطحی، خستگی ارزیابان و بی دقتی در نتایج حاصل می‌شود. یکی از ارزیابان گفت: "زمان برای ارزیابی که توانایی دارد و می‌تواند برای خودش خط سیر مشخص کند کافی بود. ارزیاب توانمند با باز کردن یک پرونده می‌تواند ۵۰ سنجه را نمره بدهد. ولی ارزیاب هم داریم که به جای یک پرونده ۳۰ تا پرونده را باید ببیند. این بستگی به توانایی ارزیاب دارد. اما تعداد ارزیابان توانمند ما انگشت شمار بودند." (م ۱۳۱). یکی دیگر از ارزیابان گفت: "اگر می‌خواستیم با دقت وارد جزئیات شویم و این‌گونه ارزیابی بخش‌های مختلف را انجام دهیم زمان کافی نبود." (م ۲۰). کارشناس اداره اعتباربخشی اشاره داشت: "ارزیابان مهارت کمی داشتند. تعداد روزها برای ارزیابی فوق العاده کم بود. بیمارستان امام یا شریعتی یا نمازی را در دو یا سه روز نمی‌توان ارزیابی کرد. باید با توجه به نوع بیمارستان‌ها به طور متوسط ۵ تا ۷ روز به این کار اختصاص می‌دادند. دادن ضرب العجل این چنینی برای ارزیابی باعث می‌شود کار به درستی انجام نشود. در روز آخر ارزشیابی حجم کار ارزیابان زیاد شده بود و خسته شده بودند." (م ۱۰۵) مدیر بهبود کیفیت یک بیمارستان گفت: "مدیریت زمان ارزیابان خوب نبود. ارزشیابی بخش‌هایی که به روز آخر موکول شده بود خیلی سطحی انجام شد. مثل واحد فناوری اطلاعات و مدراک پزشکی. برای این واحدها همان نمره‌ای که خودمان در خود ارزیابی داده بودیم، را در نظر گرفتند." (م ۲۲)

برخی از مصاحبه شوندگان معتقد بودند که طول مدت ارزیابی‌ها خوب است. در روزهای اعتباربخشی بیمارستان در حالت عادی خود نیست. افزایش روزهای اعتباربخشی، بیمارستان‌ها را با مشکل مواجه می‌نماید. بنابراین، بهتر است به توسعه مهارت‌های ارزیابان بیشتر توجه شود. مدیر بهبود کیفیت یک بیمارستان گفت: "مشکل تعداد روزهای ارزشیابی نیست. مشکل مهارت کم ارزیابان است که نمی‌توانند در سه روز ارزشیابی بیمارستان را انجام دهند. ارزیابان با مهارت در سه روز داده‌های لازم را بدست می‌آورند. مشاهده قوی داشتند. در مصاحبه‌ها، در زمان کوتاه‌تر اطلاعات زیادی می‌گرفتند. اگر زمان ارزیابی طولانی‌تر شود، پرسنل اذیت می‌شوند چون

باشد که بیمارستان از کدام قسمت نمره نگرفته است. بیمارستان موظف باشد برای موارد عدم انطباق برنامه عملیاتی بنویسد و تیم ارزیابی بعد از اعتباربخشی، از بیمارستان حمایت کند تا بیمارستان بتواند برنامه را پیاده سازی کند." (م ۱۳۵)

گواهینامه اعتباربخشی: بیمارستان‌ها با توجه به درصد تحقق استانداردها در یکی از چهار دسته شامل درجه یکی عالی از درصد تحقق ۸۱ تا ۱۰۰ درصد، درجه یک از درصد تحقق ۶۱ تا ۸۰ درصد، درجه دو از درصد تحقق ۴۱ تا ۶۰ درصد، درجه سه از درصد تحقق ۲۱ تا ۴۰ درصد قرار می‌گیرند. بازه تعیین درجه بیمارستان در فواصل ۲۰ امتیازی مورد انتقاد مصاحبه شوندگان قرار داشت. مدیر یک بیمارستان گفت: این نوع درجه‌بندی انگیزه بیمارستان‌ها برای تلاش بیشتر را تضعیف می‌نماید. چرا که بیمارستان‌های ضعیف می‌توانند با کسب امتیاز کران پایین درجات بالا، در آن گروه جای داده شوند و قرارگیری بیمارستان‌های قوی و ضعیف در یک گروه انگیزه بیمارستان‌ها برای تلاش بیشتر را از بین می‌برد." (م ۱۴۸). یکی از کارشناسان اداره اعتباربخشی پیشنهاد داد که: "فاصله درجه بندی‌ها حداقل برای دریافت درجه یک و عالی کوچکتر شود تا تفاوت بین بیمارستان‌ها بهتر مورد توجه قرار گیرد." (م ۳۴). یکی از اساتید دانشگاه اذعان داشت: "در اغلب برنامه‌های اعتباربخشی در دنیا درجه بندی بیمارستان‌ها به صورت اعتباربخشی، اعتباربخشی با توصیه و رد اعتباربخشی انجام می‌شود. اما در ایران این کار عملاً ممکن نیست. در ایران درجه اعتباربخشی بیمارستان‌ها با میزان تعرفه هتلینگ بیمارستان رابطه دارد و از طرفی برنامه اعتباربخشی نوپا است و اجرای صحیح برنامه به زمان نیاز دارد. بسیاری از بیمارستان‌ها هنوز توانایی انطباق با بسیاری از استانداردهای اعتباربخشی را ندارند. بنابراین، بهتر است بازه‌های تعیین اعتبار بیمارستان به همین شکل باقی بماند، اما، ارزشیابی درستی از بیمارستان‌ها انجام شود. با افزایش روایی و پایایی اعتباربخشی، بیمارستان‌ها به درستی در دسته‌بندی‌های تعیین شده قرار می‌گیرند." (م ۴۷)

یکی دیگر از مشکلات گواهینامه‌های اعتباربخشی مدت اعتبار آن است. در ابتدا دوره یک ساله برای اعتبار گواهی اعتباربخشی در نظر گرفته شد. اعتباربخشی فرایندی زمان بر است. فرایند ابلاغ استانداردها تا شروع ارزشیابی و انجام آن، اعلام نتایج و رسیدگی به شکایات چند ماه به طول می‌انجامد. مدت اعتبار یک سال برای گواهی اعتباربخشی غیر منطقی است. در نتیجه وزارت بهداشت طی

برنامه‌های عادی بیمارستان تحت تأثیر قرار می‌گیرد." (م ۲۸) یکی از پزشکان گفت: "اگر ارزیابان آموزش دیده باشند، طول مدت ارزشیابی‌ها خوب است." (م ۱۲۰)

بازخورد: هدف از اعتباربخشی بهبود کیفیت و ایمنی بیمار است. ارزشیابی باید به گونه‌ای انجام شود که آموزش به بیمارستان‌ها و حمایت از آن‌ها را در جهت بهبود عملکردشان در پی داشته باشد. نوع ارائه بازخورد و اعلام نتایج نقش موثری در این زمینه ایفا می‌نماید. بازخورد باید به موقع بوده و به نحوی ارائه شود که تأثیر پذیری بیشتری داشته باشد. در جلسه اختتامیه پس از پایان اعتباربخشی ارزیابان به ذکر چند مورد از نقاط قابل بهبود در بیمارستان پرداختند. اما گزارش کتبی از نحوه عملکرد بیمارستان‌ها به آن‌ها ارائه نشد. مدیر یک بیمارستان گفت: "بازخورد مشروح باید به بیمارستان‌ها داده شود. در ارزشیابی‌های ادواری که اصلاً بازخورد داده نمی‌شود. در واقع ما در فاصله دو دوره اعتباربخشی نمی‌دانیم باید بر روی چه نقاطی بیشتر تمرکز کنیم." (م ۳۲)

صدور کارنامه‌ها حدود یک ماه بعد از پایان اعتباربخشی انجام شد که بصورت اعلام درصد تحقق استانداردها بود. مصاحبه شوندگان از نحوه اعلام نتایج اعتباربخشی ابراز ناخرسندی کردند. مترون یک بیمارستان گفت: "به ما بازخورد نمی‌دهند که بدانیم کجا ایراد داریم. بنابراین، ایرادات در دوره بعدی اعتباربخشی باقی می‌ماند. در هر محور به طور کلی می‌گویند مثلاً ۴۵ درصد تحقق داشته‌اید، اما، خوب در کدام گام ایراد داشته‌ایم که شده ۴۵ درصد، را نمی‌دانیم. تعامل بین ارزیاب و بیمارستان بسیار ضعیف بود. در اعتباربخشی برای بهبود کیفیت کمکی به ما نشد." (م ۸۱) رئیس یک بیمارستان گفت: "اینکه یک ارزشیابی انجام شود و صرفاً بگویند در هر استاندارد چه نمره‌ای به دست آمده بدون دادن گزارش کیفی، به خودی خود باعث بهبود نمی‌شود."

مصاحبه شوندگان توصیه می‌کنند که ارائه گزارش کتبی از نقاط ضعف بیمارستان که نشان دهنده شرح جزئیاتی از عدم تطابق بیمارستان‌ها با عملکرد مطلوب است مورد توجه قرار گیرد. یکی از مصاحبه‌شوندگان گفت: "بهتر است ارزیابان بدون فاصله یا با فاصله کوتاه بعد از پایان اعتباربخشی‌ها گزارش‌های از نحوه عملکرد بیمارستان بدهند. دقیقاً آن‌جا که نمره نگرفته‌ایم را شرح بدهند و راهکار پیشنهاد کنند." (م ۴۶) سوپروایزر آموزشی یک بیمارستان گفت: "باید بیمارستان‌ها مورد حمایت قرار بگیرند. اینطور نباشد که یک ارزشیابی انجام شود و یک نمره‌ای اعلام شود. باید دقیقاً مشخص

عدم اعلان عمومی نتایج نیز یکی از نقاط ضعف مطروحه توسط صاحب‌نظران بود که از جنبه‌های مختلف به آن پرداخته بودند. نظر یکی از اساتید دانشگاه این بود که: "اعلام نتایج بستگی به میزان قابلیت اعتماد به نتایج به دست آمده دارد. در حال حاضر به نتایج اعتباربخشی نمی‌توان اعتماد داشت. در نتایج اعتباربخشی تعصب زیادی وجود دارد. در این صورت اگر مردم به بیمارستانی که خدمات سطح خوبی ارائه نمی‌کند و اتفاقاً درجه یک شده است مراجعه کنند، اعتبار برنامه اعتباربخشی از دیدگاه مردم نیز زیر سوال می‌رود." (۶۸م) یکی دیگر از پزشکان گفت: "اعلان عمومی نتایج باعث می‌شود که انگیزه ارائه خدمات با کیفیت در بیمارستان‌ها افزایش یابد. در حال حاضر اگر بیمارستان خصوصی درجه اش کم شود برایش فرقی نمی‌کند. بیماران که متوجه نمی‌شوند، بنابراین مشتریانش حفظ می‌شود و کاهش تعرفه ناشی از کاهش درجه‌اش را هم از بیمار می‌گیرد. ولی اگر اعلان عمومی داشته باشیم و در سطح جامعه فرهنگ سازی کنیم، کاهش درجه بیمارستان برای بیمارستان به قیمت بیشتری تمام می‌شود و این خود انگیزه بیمارستان را برای بهبود کیفیت و ایمنی بیمار افزایش می‌دهد." (۱۱۲م)

بخشنامه‌ای به بیمارستان‌ها مدت اعتبار گواهی‌های صادر شده را به دو سال افزایش داد. کارشناس دفتر اعتباربخشی وزارت بهداشت گفت: "ارزیابی‌ها قرار بود سالانه انجام شود، بعد تصمیم عوض شد و مقرر شد دو سال یکبار اعتباربخشی انجام شود. متأسفانه در ایران با تغییر روسا، قوانین و مقررات نیز عوض می‌شود و یک قانون طول عمر زیادی نخواهد داشت." (۱م) یکی از اساتید دانشگاه گفت: "ارزشیابی بیمارستان‌ها در ایران طبق قانون تاسیس و اداره بیمارستان‌ها یک ساله است. بیمارستان حداقل سالی یکبار باید ارزشیابی شود و گزارش آن را به بیمه برای دریافت تعرفه هتلینگ ارائه دهد. برنامه اعتباربخشی جایگزین برنامه ارزشیابی بیمارستان‌ها با همان شرایط شده است. بخش نامه اخیر وزارت بهداشت مبنی بر تمدید اعتبار گواهی اعتباربخشی بیمارستان برای مدت دو سال غیر قانونی است." (۴۳م) یکی دیگر از اساتید دانشگاه گفت: "در مدت ۷ سال از آغاز برنامه اعتباربخشی از ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۷ سه دوره اعتباربخشی داشتیم. یعنی علی‌رغم آنچه که در قانون آمده است، بیش از دو سال یکبار." (۴۷م) بیشتر مصاحبه شوندگان توصیه کردند که مدت زمان اعتبار گواهی اعتباربخشی دوسال باشد و به صورت منظم انجام شود. (۳۱، ۶۹، ۷۳)

جدول ۱: اطلاعات جمعیت شناختی شرکت کنندگان در مصاحبه

متغیر	فراوانی	درصد	متغیر	فراوانی	درصد
جنسیت			سمت		
مرد	۵۷	۳۷/۸	کارشناسان اداره اعتباربخشی	۹	۶
زن	۹۴	۶۲/۲	اعضاء هیئت علمی و اساتید	۱۰	۶/۶
سن			مدیران ارشد، میانی و عملیاتی بیمارستان	۴۸	۳۱/۸
۲۵-۳۰	۲۱	۱۳/۹	پزشکان بیمارستان	۱۵	۹/۹
۳۱-۳۵	۳۱	۲۰/۵	کارشناسان بهبود کیفیت بیمارستان	۳۳	۲۱/۸
۳۶-۴۰	۳۷	۲۴/۵	ارزیابان اعتباربخشی	۲۱	۱۳/۹
۴۱-۴۵	۳۴	۲۲/۵	کارشناسان بیمه سلامت	۶	۴
۴۶-۵۰	۱۵	۹/۹	طراحان استانداردهای اعتباربخشی	۹	۶
۵۱-۵۵	۱۳	۸/۶			
تحصیلات			سابقه کار		
کارشناسی	۲۹	۱۹/۲	کمتر از ۱۰ سال	۳۷	۲۴/۵
کارشناسی ارشد	۶۵	۴۳	۱۱-۲۰ سال	۵۶	۳۷
دکتر	۵۷	۳۷/۸	۲۱-۳۰ سال	۴۵	۲۹/۸
			۳۱-۳۵ سال	۱۳	۸/۶
محل خدمت			سابقه اعتباربخشی		
وزارت بهداشت	۵	۳/۳	کمتر از ۵ سال	۲۳	۱۵/۲
دانشگاه علوم پزشکی	۲۴	۱۵/۹	۵-۱۰ سال	۶۴	۴۲/۴
بیمارستان	۱۱۶	۷۶/۸	۱۱-۱۵ سال	۴۳	۲۸/۵
سازمان بیمه	۶	۴	۱۶-۲۰ سال	۲۱	۱۳/۹

جدول ۲: چالش‌های اصلی و فرعی و راهکارهای روش ارزشیابی اعتباربخشی بیمارستانی ایران

چالش‌های اصلی	چالش‌های فرعی	راهکارها
زمان اعتباربخشی	تغییر مکرر زمان شروع اعتباربخشی، زمان نامناسب شروع اعتباربخشی، عدم امکان برنامه‌ریزی دقیق برای اجرای استانداردها، مهلت ناکافی برای اجرای استانداردهای اعتباربخشی	تعیین بازه چند ماهه برای انجام اعتباربخشی و انجام اعتباربخشی به صورت سرزده در این بازه زمانی، تعیین مهلت یک ساله برای اجرای استانداردها، انجام اعتباربخشی در فصل پاییز
روش اعتباربخشی	انجام غیر اصولی خود ارزیابی، عدم نظارت صحیح دانشگاه‌ها بر عملکرد بیمارستان‌ها، اعمال روش‌های سلیقه‌ای، تفاوت روش ارزشیابی ارزیابان اعتباربخشی کشوری و ارزیابان ارزشیابی ادواری، تفاوت روش ارزشیابی ارزیابان کلان شهرها و سایر شهرها، تفاوت روش ارزشیابی بیمارستان‌های دولتی و غیر دولتی، تفاوت روش ارزشیابی ارزیابان تازه کار و با تجربه، مشخص نبودن علت انتخاب تعدادی از استانداردهای اعتباربخشی برای ارزشیابی ادواری، مشخص نبودن نحوه تأثیر نتایج ارزشیابی ادواری بر نتایج اعتباربخشی، عدم ارائه بازخورد مناسب از نتایج ارزشیابی ادواری به بیمارستان‌ها، غیر قابل اعتماد بودن نتایج اعتباربخشی	اتخاذ رویکرد علمی، بیمار محور و یکپارچه برای اعتباربخشی، ارتقاء معیارهای پذیرش ارزیاب، آموزش و توانمندسازی ارزیابان، ارزشیابی ارزیابان، استقلال ارزیابان، تعیین دقیق چگونگی تأثیر نتایج ارزشیابی‌های ادواری
طول مدت اعتباربخشی	عدم مدیریت صحیح زمان، انجام ارزشیابی سطحی، خستگی ارزیابان، افزایش بی دقتی	توسعه دانش و مهارت ارزیابان
بازخورد اعتباربخشی	اعلام نتایج به صورت درصد تحقق تا سطح استانداردها، عدم ارائه بازخورد مشروح به بیمارستان‌ها، عدم آگاهی بیمارستان‌ها از نقاط ضعفشان، عدم حمایت بیمارستان‌ها در بهبود نقاط ضعف، تعامل ضعیف ارزیابان با بیمارستان‌ها	ارائه گزارش مشروح در خصوص نقاط قابل بهبود در فاصله کوتاه پس از اعتباربخشی، ارائه راهکارهایی برای بهبود، حمایت ارزیابان از بیمارستان‌ها در توسعه برنامه عملیاتی و اجرای آن در خصوص نقاط قابل بهبود
گواهینامه اعتباربخشی	نامناسب بودن بازه‌های درجه‌بندی بیمارستان‌ها، مدت اعتبار غیر معقول گواهی اعتباربخشی، عدم اعلان عمومی نتایج	افزایش روایی و پایایی ارزشیابی‌ها، تعیین مدت زمان ۲ سال برای اعتبار گواهی اعتباربخشی، افزایش قابلیت اعتماد به نتایج و اعلان عمومی نتایج

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف شناسایی چالش‌های روش اعتباربخشی بیمارستان‌های ایران و ارائه راهکارهای رفع این چالش‌ها انجام شد. تعداد ۲۷ چالش شناسایی شد که در قالب ۵ گروه چالش‌های مرتبط با زمان اعتباربخشی، روش اعتباربخشی، طول مدت اعتباربخشی، بازخورد و گواهینامه اعتباربخشی دسته بندی شدند. همچنین، تعداد ۱۷ راهکار برای بهبود چالش‌های شناسایی شده ارائه شد. تغییرات مکرر زمان آغاز اعتباربخشی، نداشتن مهلت کافی برای اجرای استانداردها، انجام غیر اصولی خود ارزیابی، ناکارآمدی ارزشیابی ادواری، تفاوت روش ارزشیابی ارزیابان مختلف، عدم مدیریت صحیح زمان در اجرای برنامه اعتباربخشی، عدم ارائه بازخورد تفصیلی و عدم اعلان عمومی نتایج اعتباربخشی از چالش‌های مهم روش ارزشیابی اعتباربخشی بیمارستانی ایران است. برخی از چالش‌ها نظیر نداشتن مهلت کافی برای اجرای استانداردها در بیمارستان‌ها، ناکارآمد بودن خود ارزیابی‌ها، عدم ارائه بازخورد صحیح و نحوه درجه بندی بیمارستان‌ها در مطالعات قبلی نیز اشاره شده است [۲۴، ۲۹، ۳۰].

اجرای استانداردهای اعتباربخشی نیازمند تغییرات ساختاری، فرهنگی و فرایندی است که زمانبر می‌باشد. مدت زمان مورد نیاز برای پیاده سازی استانداردها در بیمارستان‌ها ۲ تا ۳ سال است. عدم در نظر گرفتن زمان کافی منجر به اجرای سطحی استانداردها می‌شود. در نتیجه، اجرای استانداردها تأثیری بر عملکرد بالینی، عملیاتی و مالی بیمارستان‌ها نخواهد داشت.

خود ارزیابی، ارزیابی در محل و انجام ارزشیابی‌های سرزده (تأییدی) سه جزء اصلی روش ارزشیابی اعتباربخشی است که باید مکمل یکدیگر باشند. برنامه‌های اعتباربخشی بیمارستانی بین المللی آمریکا [۳۱]، کانادا [۳۲] و استرالیا [۳۳] در قالب یک چرخه بهبود کیفیت شامل خودارزیابی، ارزشیابی در محل و بازدید ادواری طراحی شده‌اند. روش ارزشیابی اعتباربخشی بیمارستان‌ها در ایران نیز شامل خود ارزیابی، ارزشیابی در محل و ارزشیابی ادواری است. با وجود این، ارتباط بین خود ارزیابی مدیران بیمارستان‌ها و ارزشیابی گروه ارزیابان اعتباربخشی به خوبی مشخص نیست [۲۴]. هدف خود ارزیابی آگاهی مدیران و کارکنان بیمارستان از نقاط قوت و ضعف بیمارستان و بکارگیری اقدامات اصلاحی است. همچنین،

ارزشیابی ساختارها به مهارت کمتری نیاز دارد. بنابراین، ارزیابان کم تجربه بیشتر به سنجش ساختارها می‌پردازند. تعیین معیارهای اصولی برای انتخاب ارزیابانی شایسته و ارائه آموزش‌های نظری و عملی هدفمند در زمینه دانش فنی خدمات بیمارستانی و اصول و فنون ارزیابی استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی ضروری است. اثربخشی آموزش ارزیابان باید مورد سنجش قرار گیرد. آموزش اثربخش به یکدست شدن روش ارزشیابی ارزیابان کمک می‌کند.

انجام اعتباربخشی در طول مدت دو تا سه روز با توجه به مهارت کم ارزیابان مورد انتقاد مصاحبه شوندگان قرار داشت. طول مدت فرایند اعتباربخشی ارتباط تنگاتنگی با مهارت ارزیابان دارد. ارزیابان توانمند می‌توانند بیمارستان را در مدت زمان کمتری ارزشیابی کنند. عملکرد ارزیابان باید با ارائه آموزش‌های نظری و عملی مناسب بهبود یابد.

مدیران بیمارستان‌ها با توجه به مشخص بودن زمان ارزشیابی اعتباربخشی ممکن است به صورت ظاهری تغییراتی در بیمارستان ایجاد کنند و در کوتاه مدت استانداردهای اعتباربخشی را اجرا کنند. بنابراین، در کنار ارزشیابی اصلی از روش‌های دیگری مانند ارزشیابی سرزده، ارزشیابی تأییدی، ارزشیابی متمرکز و ارزشیابی فرایندهای کلیدی استفاده می‌شود [۳۴]. ارزشیابی سرزده باید در کنار خود ارزیابی و ارزشیابی در محل وجود داشته باشد. ارزشیابی سرزده باید حداقل یکبار در فاصله زمانی دو دور اعتباربخشی بیمارستان انجام شود. ارزشیابی سرزده باید بر اساس استانداردهای کیفیت و ایمنی خدمات ارائه شده به بیمار انجام شود. پیشنهاد می‌شود که ارزشیابی‌های سرزده ۲۰ درصد نمره کل اعتباربخشی بیمارستان را شامل شود.

ناکارآمدی بازخوردها از دیگر نقاط ضعف روش اعتباربخشی بیمارستانی ایران بود. مصاحبه شوندگان اذعان داشتند که بازخوردی از عملکرد بیمارستان در خصوص اجرای استانداردهای اعتباربخشی به آن‌ها داده نمی‌شود. پس از پایان اعتباربخشی باید بازخورد دقیقی به بیمارستان‌ها در زمینه نحوه عملکردشان داده شود. این بازخورد باید حاوی شرح دقیقی از موارد عدم انطباق و انطباق نسبی باشد. هر قدر فاصله زمانی پایان اعتباربخشی تا ارائه بازخورد کوتاه تر باشد، اثربخشی بازخورد ارائه شده بیشتر است. بیمارستان پس از انجام اعتباربخشی نباید رها شود. ارزیابان اعتباربخشی باید بیمارستان را در توسعه برنامه عملیاتی برای نقاط قابل بهبود یاری دهند. همچنین، ارزیابان می‌بایست نحوه پیشرفت

ارزیابان اعتباربخشی با مطالعه نتایج خود ارزیابی بیمارستان‌ها می‌توانند شناخت مقدماتی از بیمارستان به دست آورند و انتخاب صحیحی از نمونه‌ها برای ارزشیابی داشته باشند. در طول فاصله دو دور اعتباربخشی دو بار خود ارزیابی باید انجام شود و نمرات خود ارزیابی نباید تأثیری در نمره نهایی اعتباربخشی بیمارستان داشته باشد. بنابراین، دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی باید نظارت بیشتری بر نحوه انجام خود ارزیابی‌ها داشته باشند تا از بروز خطاهای احتمالی ممانعت به عمل آید.

ارزشیابی در محل گام بعدی در فرایند اعتباربخشی بیمارستان است. توصیه می‌شود که با تعیین بازه زمانی سه ماهه و بدون تعیین تاریخ قبلی ارزشیابی تمام استانداردهای اعتباربخشی در بیمارستان‌های کشور انجام شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود که حدود ۸۰ درصد نمره اعتباربخشی نهایی بیمارستان حاصل نتایج ارزشیابی در محل باشد.

روش اعتباربخشی باید از پایایی و روایی بالایی برخوردار باشد تا نتایج حاصل از آن معتبر باشد و بتوان به آن اعتماد نمود. روش‌های متفاوتی برای اعتباربخشی بیمارستان‌ها در کشورهای مختلف استفاده می‌شود. روش ردیابی Tracer بیمار را در مرکز ارزشیابی قرار می‌دهد [۳۴]. روش ردیابی از سال ۲۰۰۴ میلادی توسط کمیسیون مشترک اعتباربخشی بین المللی آمریکا و از سال ۲۰۰۸ میلادی توسط موسسه اعتباربخشی بین المللی کانادا بکار گرفته شده است. این روش تصویر واقعی‌تر از عملکرد بیمارستان‌ها و کیفیت و ایمنی خدمات بیمارستانی نشان می‌دهد. در این روش، تعاملات بین بیمار و ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، ارائه به موقع خدمات و مراقبت‌های بیمارستانی، کیفیت تجهیزات، ملزومات و داروهای استفاده شده و مخاطرات بالقوه هم ارزشیابی می‌شوند. از فنون مشاهده، مصاحبه، بحث گروهی متمرکز و بررسی مستندات و پرونده پزشکی بیمار در روش ردیابی استفاده می‌شود [۳۵]. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که از روش ردیابی برای اعتباربخشی بیمارستان‌های ایران استفاده شود. ارزیابان اعتباربخشی باید آموزش‌های لازم را در زمینه نحوه انجام درست این روش ارزشیابی دریافت دارند.

بکارگیری روش مناسب بستگی به مهارت ارزیاب دارد. هر قدر ارزیاب توانمندی و مهارت بیشتری داشته باشد امکان استفاده از روش‌های بیمار محور بیشتر است. در اعتباربخشی اجزای ساختارها، بافتارها، فرایندها و پیامدهای بیمارستان باید ارزشیابی شوند.

بیمارستان در برنامه‌های عملیاتی را رصد کنند و به آنها پیشنهادات کاربردی دهند.

از دیگر چالش‌های روش ارزشیابی اعتباربخشی بیمارستانی ایران نحوه درجه‌بندی بیمارستان‌ها است. گواهی اعتباربخشی بیمارستانی در ایران شامل ۷ درجه عالی، یک برتر، یک، دو، سه، چهار و غیر استاندارد است [۱۳]. نتایج اعتباربخشی در بسیاری از برنامه‌های اعتباربخشی معتبر در دنیا مانند آمریکا، کانادا و استرالیا به صورت اعتباربخشی، اعتباربخشی با توصیه و رد اعتباربخشی است [۳۳-۳۱]. برنامه اعتباربخشی در ایران تنها ابزار قدرتمند برای ارزشیابی بیمارستان‌ها است. میان درجه اعتباربخشی بیمارستان با میزان تعرفه هتلینگ بیمارستان‌ها رابطه مستقیم وجود دارد. اکثر بیمارستان‌های کشور نیز دولتی هستند. در صورت کاهش تعرفه هتلینگ بیمارستان ناشی از کاهش درجه اعتباربخشی آن هزینه سنگینی به بیمارستان تحمیل می‌شود. بنابراین، مدل مورد استفاده در کشورهای دیگر مناسب کشور ما نیست. با توجه به شرایط بیمارستان‌های ایران ارائه نتایج اعتباربخشی در قالب بازه‌های ۲۰ تایی شامل گواهی‌نامه‌های اعتباربخشی درجه عالی (اجرای ۱۰۰ - ۸۱ درصدی استاندارد)، درجه یک (اجرای ۸۰ - ۶۱ درصدی استاندارد)، درجه دو (اجرای ۶۰ - ۴۱ درصدی استاندارد)، درجه سه (اجرای ۴۰ - ۲۱ درصدی استاندارد) و بیمارستان غیر استاندارد (اجرای کمتر از ۲۰ درصد استاندارد) مناسب است.

مدت زمان اعتبار گواهی اعتباربخشی بیمارستان‌ها در ایران طبق قانون یک سال است. ولیکن، در عمل فاصله دو دوره اعتباربخشی بیمارستان‌ها حدود دوسال به طول می‌انجامد و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در پایان یک سال اعتبار گواهی، اقدام به تمدید آن می‌کند. مدت اعتبار گواهی‌های اعتباربخشی برنامه‌های اعتباربخشی بیمارستانی معتبر جهان مانند آمریکا، کانادا و استرالیا حدود ۳ تا ۵ سال است [۳۳-۳۱]. پیشنهاد می‌شود که مدت اعتبار گواهی اعتباربخشی بیمارستانی در ایران ۲ سال باشد. این زمان باتوجه به مدت زمان لازم برای اجرای استاندارد، انجام ارزشیابی و اعلام نتایج منطقی است. مدت اعتبار طولانی‌تر گواهی‌نامه اعتباربخشی باتوجه به نوپا بودن برنامه اعتباربخشی بیمارستانی ایران توصیه نمی‌شود.

برای افزایش اثربخشی برنامه اعتباربخشی توصیه می‌شود که اعتباربخشی نه تنها در میان ارائه دهندگان خدمات بیمارستانی بلکه در میان جامعه به عنوان دریافت کنندگان بالقوه خدمات

بهداشتی درمانی فرهنگ سازی شود. توصیه می‌شود که نتایج اعتباربخشی در وب سایت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و همچنین بیمارستان‌ها به منظور اطلاع رسانی به عموم جامعه با هدف توسعه فرهنگ ایمنی و کیفیت در دو بعد عرضه و تقاضا برای خدمات سلامت منتشر شود. اعلان عمومی نتایج اعتباربخشی منجر به ایجاد انگیزه در بیمارستان‌ها برای دریافت درجات اعتباربخشی بالاتر می‌شود. درجه اعتباربخشی بالاتر برای بیمارستان‌ها خوشنامی و سودآوری مالی به دنبال خواهد داشت. البته باید توجه داشت که نتایج قابل انتشار به صورت عمومی است که اطمینان از صحت آن‌ها با ابهام مواجه نباشد.

در این پژوهش چالش‌های روش ارزشیابی اعتباربخشی بیمارستانی ایران و راهکارهایی بهبود آن شناسایی شد. روش اعتباربخشی بیمارستان‌های ایران با چالش‌هایی مواجه است. روش اعتباربخشی می‌تواند اعتبار و قابلیت اعتماد به نتایج اعتباربخشی را تحت تأثیر قرار دهد. تنوع سلیقه، دانش و مهارت ارزیابان نقش مهمی در نحوه اعتباربخشی بیمارستان‌های ایران دارد. توجه به چالش‌های روش ارزشیابی و بکارگیری راهکارهایی برای بهبود آن می‌تواند اعتبار و قابلیت اعتماد به نتایج اعتباربخشی را افزایش دهد. پیشنهاد می‌شود که مطالعات مشابهی در زمینه چالش‌های ارزیابان اعتباربخشی برای تقویت برنامه اعتباربخشی بیمارستانی ایران انجام گیرد.

سهم نویسندگان

علی محمد مصدق راد: طراحی پژوهش، تحلیل داده‌ها و نگارش مقاله

ابراهیم جعفری پویان: طراحی پژوهش، تحلیل داده‌ها و نگارش مقاله

فاطمه غضنفری: طراحی پژوهش، جمع آوری داده‌ها، تحلیل داده‌ها و نگارش مقاله

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از پایان نامه دکتری با عنوان توسعه مدل اعتباربخشی بیمارستانی ایران است که توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران تأیید شده است. همچنین، نویسندگان از داوران محترم به خاطر ارائه نظرات ارزشمندشان برای تقویت مقاله تشکر می‌کنند.

منابع

1. Mosadeghrad AM. Essentials of healthcare organization and management .1st Edition, Tehran: Dibagran; 2015
2. Mosadeghrad AM. Hospital accreditation: The good, the bad, and the ugly, International Journal of Healthcare Management. 2020;1-5.
3. Mosadeghrad AM. Comments on Iran hospital accreditation System. Iranian Journal of Public Health 2016; 45: 837-842
4. Mosadeghrad AM. Iran hospital accreditation: Future directions .1st Edition in J. Braithwaite, et al., (Eds.) Health Care Systems: Future Predictions for Global Care, Taylor & Francis 2018: 285-291
5. Alkhenizan A, Shaw C. Impact of accreditation on the quality of healthcare services: a systematic review of the literature. Annals of Saudi Medicine 2011; 31: 407-416
6. Lutfiyya MN, Sikka A, Mehta S, et al. Comparison of US accredited and non-accredited rural critical access hospitals. . International Journal for Quality in Health Care 2009;21:112-8
7. Schmaltz SP, Williams SC, Chassin MR, et al. Hospital performance trends on national quality measures and the association with Joint Commission accreditation. Journal of Hospital Medicine 2011;6:454-61
8. Halasa YA, Zeng W, Chappy E, et al. Value and impact of international hospital accreditation: a case study from Jordan. Eastern Mediterranean Health Journal 2015;21:90-9
9. Yıldız MS, Öztürk Z, Topal M, et al. Effect of accreditation and certification on the quality management system: analysis based on Turkish hospitals. International Journal of Health Planning and Management 2019;34:e1675-87
10. Hadley TR, McGurrian MC. Accreditation, certification, and the quality of care in state hospitals. Psychiatric Services 1988;39:707-10
11. Schmaltz SP, Williams SC, Chassin MR, et al. Hospital performance trends on national quality measures and the association with Joint Commission accreditation. Journal of Hospital Medicine 2011;6:454-61
12. Mosadeghrad A M, Akbari-sari A, Yousefinezhadi T. Evaluation of hospital accreditation standards. Razi Journal of Medical Sciences 2017; 23: 43-54 [In Persian]
13. Iran Health Ministry, Implementation guideline of the 4th hospital accreditation survey. Ministry of Health. Available at: http://treatment.sbmu.ac.ir/uploads/etebarkhshish_standard_book_98.pdf 2019 [In Persian]
14. Reisi N, Raeissi P, Sokhanvar M, Kakemam E. The impact of accreditation on nurses' perceptions of quality of care in Iran and its barriers and facilitators. The International journal of Health Planning and Management 2019; 34: 230-40
15. Moradi R, Nemati A, Bahmanziari N, Shokri A, Mohammadi M. The impact of accreditation on services of Isfahan University hospitals. Health Care Management Journal 2015; 6: 67-76
16. Mosadeghrad A M, Ghazanfari F. Iran hospital accreditation governance: Challenges and solutions. Payavard 2020; 14:311-332 [In Persian]
17. Ghazanfari F, Mosadeghrad AM, Jaafari Pooyan E, Mobaraki H. Iran Hospital Accreditation Standard: challenges and solution. International Journal of Health Planning and Management 2021; 36: 1-18
18. Pourreza A, Mosadeghrad AM, Zoleikani P. The impact of accreditation on the performance of hospital emergency departments. Journal of Health Based Research 2017; 3: 277-95
19. Jaafari pooyan E, Sharifi T, Yekani Nejad MS, Esmaeili S. Relationship between Accreditation Rank and Technical Efficiency of Hospitals Affiliated to Tehran University of Medical Sciences. Journal of Hospital 2018; 17: 49-57 [In Persian]
20. Fotuhi MA, Khoshgoftar A, Bakhshande A, Karami Q, Rasti M. Evaluation of Viewpoint of Executive Management Team of Hospitals of Qom Province in Terms of the Third Generation of Hospital Accreditation Standards. Qom University Medical Sciences Journal 2018;12: 62-70 [In Persian]
21. Yarmohammadian M, Shokri A, Bahmanziari N, Kordi K. The blind spots on Accreditation program. Journal of Health System Research 2013; 9: 1158-66
22. Mohebbifar R, Rafiei S, Asl AM, Ranjbar M, Khodayvandi M. Association between hospital accreditation and patient satisfaction: a survey in the western province of Iran. Bangladesh Journal of Medical Science 2017; 16: 77-84. [In Persian]
23. Yousefinezhadi T, Mosadeghrad AM, Hinchcliff R, Akbari-Sari A. Evaluation results of national hospital accreditation program in Iran: The view of hospital managers. Journal of Healthcare Quality Research 2020; 35: 12-18

24. Mosadeghrad AM, Nabizade Z. Evaluation of Iranian hospital accreditation system. Payesh 2018; 17: 617-629 [In Persian]
25. Guba EG, Lincoln YS. Competing paradigms in qualitative research. Handbook of Qualitative Research. 1st Edition, CA: Sage: Uk, 1994; 105-117
26. Husserl E. Phenomenology and the foundations of the sciences. Germany: Springer Science & Business Media 2001: 108
27. Maggs-Rapport F. Combining methodological approaches in research: Ethnography and interpretive phenomenology. Journal of Advanced Nursing 2000; 31: 219-25
28. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative research in psychology. Qualitative Research in Psychology 2006; 3: 77-101
29. Mosadeghrad AM, Shakibaei E. Hospital accreditation implementation prerequisites. Journal of Hospital 2017;16: 43-56 [In Persian]
30. Nekoei-Moghadam M, Amiresmaili M, Iranemansh M, Iranmanesh M. Hospital accreditation in Iran: A qualitative case study of Kerman hospitals, International Journal of Health Planning and Management 2018;33: 1-8
31. Joint Commission International Accreditation Hospital. Survey Process Guide, 4th Edition. Joint Commission International: USA, 2013
32. Canada accreditation, Health Care Accreditation Process. Available from: <https://accreditation.ca/>. Retrieved July 5, 2020
33. Australian Council on Healthcare Standards. Australian Council on Healthcare Standards International. Available at <https://www.achs.org.au/> Retrieved June 27, 2020.
34. Bohigas L1, Brooks T, Donahue T, Donaldson B, Heidemann E, Shaw C, et al. A comparative analysis of surveyors from six hospital accreditation programmes and a consideration of the related management issues. International Journal for Quality in Health Care 1998;10:7-13
35. Meireles VC, Labegalini CM, Baldissera VD. Tracer Methodology and the quality of care: integrative literature review. Revista Gaucha de Enfermagem 2019;40: e20180142
36. Introduction to DDKM. Available at :<https://www.ikas.dk/den-danske-kvalitetsmodel/ddkm-in-english/introduction-to-ddkm.2021>