

پیش نیازهای اجرای اعتباربخشی در بیمارستان

علی محمد مصدق راد^۱، عرفان شکیبایی^{۲*}

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۶/۲۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۰/۲۸

چکیده:

زمینه و هدف: اعتباربخشی استراتژی مناسبی برای بهبود کیفیت، ایمنی و اثربخشی خدمات بیمارستانی است. سیستم اعتباربخشی بیمارستانی ایران به صورت دولتی و اجباری از سال ۱۳۹۱ شروع شد. هدف این پژوهش تعیین پیش نیازهای اجرای اعتباربخشی در بیمارستان‌های استان تهران بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه در سال ۱۳۹۵ با روش کیفی و از طریق مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته با ۷۲ نفر از مدیران سطوح مختلف ۱۵ بیمارستان دانشگاهی، خصوصی، تأمین اجتماعی، نظامی و خیریه استان تهران انجام شد. بیمارستان‌ها به صورت هدفمند از بین بیمارستان‌های استان تهران انتخاب شدند. تحلیل داده‌ها به روش تحلیل محتوایی انجام شد.

نتایج: پایلوت اجرایی استانداردهای اعتباربخشی قبل از ابلاغ به بیمارستان‌ها، آموزش مدیران و کارکنان در زمینه اجرای استانداردهای اعتباربخشی، تأمین منابع مورد نیاز برای اجرای اعتباربخشی، اختصاص زمان کافی و در نظر گرفتن مکانیزم‌های انگیزشی برای اجرای استانداردهای اعتباربخشی در بیمارستان‌ها از پیش نیازهای اصلی اعتباربخشی بیمارستانی است. عدم تأمین این الزامات و پیش نیازها منجر به بروز چالش‌های زیادی برای مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها به هنگام اجرای اعتباربخشی شد.

نتیجه‌گیری: تأمین پیش نیازها و الزامات اعتباربخشی توسط وزارت بهداشت و معاونت درمان دانشگاه‌ها قبل از ابلاغ اعتباربخشی به بیمارستان‌ها منجر به تسهیل اجرای اعتباربخشی در بیمارستان‌ها و در نهایت منجر به بهبود کیفیت، ایمنی و اثربخشی خدمات بیمارستان‌ها خواهد شد.

کلمات کلیدی: اعتباربخشی، الزامات، سیاستگذاری، برنامه‌ریزی، مطالعه کیفی

^۱ دانشیار، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
^۲ کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (*نویسنده مسئول)،
 آدرس الکترونیکی: erfanshakibaei@yahoo.com

مقدمه

بیمارستان‌ها بخش قابل توجهی از بودجه نظام سلامت را به خود اختصاص می‌دهند (۱). نظارت و ارزشیابی بیمارستان‌ها از جمله وظایف حاکمیتی وزارت بهداشت است تا ضمن حصول اطمینان از اجرای درست سیاست‌ها و برنامه‌های ابلاغی، بازخوردهای لازم به بیمارستان‌ها برای بهبود کیفیت، ایمنی، اثربخشی و بهره‌وری ارائه شود تا در برنامه‌ریزی‌های آینده آن‌ها مورد استفاده قرار گیرد. برای این منظور دولت‌ها از روش‌هایی نظیر صدور مجوز (پروانه)^۱، تأییدیه^۲ و اعتباربخشی^۳ استفاده می‌کنند (۲).

این سه روش هر کدام هدف خاصی را دنبال می‌کنند و به نوعی مکمل یکدیگر هستند. یک سازمان بهداشتی و درمانی برای شروع به کار باید مجوز لازم را از مقامات مربوطه بگیرد. صدور مجوز توسط دولت و به صورت اجباری انجام می‌شود. برای این منظور تأسیسات، تسهیلات و زیرساخت‌های سازمان بهداشتی و درمانی توسط بازرسین مربوطه ارزشیابی می‌شود تا از رعایت حداقل استانداردهای تعیین شده اطمینان حاصل شود. سازمان بهداشتی و درمانی پس از شروع فعالیت ممکن است تمایل به ارائه خدمات تخصصی در برخی از حوزه‌های مرتبط با مأموریت خود داشته باشد. برای این منظور، یک سازمان تخصصی دولتی یا خصوصی پس از ارزشیابی ساختارها و فرایندهای سازمان بهداشتی و درمانی، در صورت رعایت استانداردهای مربوطه گواهی تأیید صلاحیت در حوزه تخصصی مورد نظر را صادر می‌کند (۲). با توجه به اینکه مجوز یا تأییدیه در شروع کار ارائه خدمات بهداشتی و درمانی یک سازمان بهداشتی و درمانی اعطا می‌شود، به ویژه اگر محدودیت زمانی اعتبار هم نداشته باشند، نمی‌توانند تضمین‌کننده کیفیت و ایمنی خدمات یک سازمان بهداشتی و درمانی باشند. بنابراین نیاز به یک فرایند سیستماتیک مداوم برای ارزشیابی یا اعتباربخشی سازمان‌های بهداشتی و درمانی است.

اعتباربخشی ارزشیابی عملکرد سازمانی و بالینی یک سازمان بهداشتی و درمانی با استفاده از استانداردهای از قبل تعیین شده است. اعتباربخشی بیمارستانی فرایند ارزشیابی سیستماتیک و تعیین اعتبار بیمارستان توسط یک سازمان خارجی با استفاده از استانداردهای مطلوب ساختاری، فرآیندی و پیامدی است (۳). استاندارد یک سطح مطلوب و قابل حصول عملکرد سازمانی است که عملکرد سازمان‌های بهداشتی و درمانی در مقایسه با آن سنجیده می‌شود (۲). ارزیابان اعتباربخشی با استفاده از استانداردهای اعتباربخشی

بیمارستانی از طریق مشاهده، مصاحبه و بررسی دقیق تسهیلات، تجهیزات، فرایندهای کاری و مستندات، داده‌ها و اطلاعات مورد نیاز را از مدیران، کارکنان، بیماران و همراهان آنها بدست آورده و ثبت می‌کنند. با بررسی میزان انطباق فعالیت‌های بیمارستان با استانداردهای تعیین شده در زمینه اعطاء یا عدم اعطاء گواهی اعتبار به بیمارستان تصمیم گرفته می‌شود (۴). هدف اعتباربخشی بیمارستانی کمک به بیماران و جامعه از طریق ارائه یک مدل بهبود کیفیت و ایمنی خدمات به بیمارستان‌ها است. گواهی اعتباربخشی به مشتریان در زمینه کیفیت ساختارها، فرایندها و نتایج سازمان‌های بهداشتی و درمانی اطمینان می‌دهد. در نتیجه، بیماران و جامعه با آگاهی از درجه اعتباربخشی بیمارستان‌ها، تصمیم آگاهانه در زمینه انتخاب بیمارستان برای دریافت خدمات سلامتی مورد نیاز خواهند گرفت.

از سال ۱۳۴۱ کلیه بیمارستان‌های کشور به صورت سالانه مورد ارزشیابی قرار می‌گیرند. در ابتدا استانداردهای ارزشیابی بیشتر بر ساختارها و منابع بیمارستان‌ها متمرکز بود. در سال ۱۳۷۶ استانداردهای ارزشیابی بیمارستان‌ها تغییر یافت و تعداد استانداردها افزایش یافت. با این وجود بیشتر استانداردها از نوع ساختاری بوده و تعداد محدودی استانداردهای فرآیندی اضافه شد. بر اساس نتایج ارزشیابی، به بیمارستان‌ها درجه ۱، ۲، ۳ و غیر استاندارد داده می‌شد. درجه ارزشیابی بیمارستان‌ها بر تعرفه دریافتی آنها تأثیر داشت. اعتباربخشی بیمارستان‌ها در ایران از سال ۱۳۹۱ شروع شد. استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان‌ها در قالب ۳۷ بخش بیمارستان و ۸۱۰۴ سنجه بیان شدند. استانداردها بیشتر از نوع ساختاری و فرآیندی بوده و تعداد استانداردهای پیامدی بسیار محدود بوده است. تعداد ۲۰ تا ۲۵ نفر از ارزیابان معاونت درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی وظیفه اعتباربخشی بیمارستان‌ها را بر عهده داشتند. بازخوردهای دریافتی از بیمارستان‌ها بیانگر تعداد زیاد استانداردها و سنجه‌ها بوده است. بنابراین، در سال ۱۳۹۳ استانداردها در ۳۶ بخش و ۲۱۵۷ سنجه بیان شدند (۵).

اعتباربخشی استراتژی مناسبی برای توسعه مدیریت، رهبری و فرهنگ سازمانی (۶)، بهبود کیفیت خدمات سلامت (۸-۷)، کاهش خطاهای پزشکی (۶)، افزایش ایمنی بیماران (۱۰-۹) و بهبود عملکرد بیمارستان (۱۲-۱۱) است. مدیران بیمارستان‌ها در راستای اجرای استانداردهای اعتباربخشی، قوانین، مقررات، خط مشی‌ها و روش‌های اجرایی را به طور واضح مشخص می‌کنند و کارکنان را تشویق به بکارگیری پروتکل‌ها و راهنماهای بالینی می‌کنند (۱۳). اجرای استانداردهای اعتباربخشی منجر به تقویت آموزش کارکنان شده (۱۴)، همکاری بین متخصصان مختلف بیمارستان را تقویت کرده

^۱ Licensing^۲ Certification^۳ Accreditation

با چالش‌های زیادی همراه بوده است. این چالش‌ها و موانع عبارتند از عدم وجود زیرساخت‌های لازم، کمبود نیروی انسانی در بیمارستان‌ها برای اجرای درست استانداردها، عدم مشارکت پزشکان، نبود منابع و سیستم‌های اطلاعاتی و مستندسازی مناسب، هزینه بالای اجرای اعتباربخشی، ترویج بروکراسی اداری، افزایش بار کاری نیروی انسانی، ایجاد استرس در کارکنان به دلیل سختی کار و زمانبر بودن اجرای استانداردها عنوان شده است (۲۳-۲۱).

اجرای درست استانداردهای اعتباربخشی نیازمند تأمین الزامات و پیش‌نیازهایی است. شناسایی و فراهم‌سازی این پیش‌نیازها منجر به تسهیل اجرای اعتباربخشی در بیمارستان‌ها می‌شود. این پژوهش با هدف بررسی پیش‌نیازهای اجرای اعتباربخشی در بیمارستان‌های استان تهران انجام شد. نتایج این پژوهش می‌تواند به سیاستگذاران و مدیران ارشد بخش سلامت کشور در توسعه سیستم اعتباربخشی کمک کند.

روش پژوهش

با توجه به ماهیت اکتشافی این پژوهش از روش کیفی (مصاحبه ی نیمه-ساختاریافته) برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. بیمارستان‌های پژوهش بر اساس نوع مالکیت در پنج دسته ی دانشگاهی، تأمین اجتماعی، خصوصی، نظامی و خیریه قرار گرفتند. بر اساس نتایج اعتباربخشی دور دوم در سال ۱۳۹۴، بیمارستان‌ها در سه دسته ی ضعیف، متوسط و خوب از نظر امتیاز اکتسابی طبقه‌بندی شدند. تعداد ۱۵ بیمارستان در این پژوهش به عنوان نمونه انتخاب شدند تا سه بیمارستان با عملکرد متفاوت اعتباربخشی در هر پنج گروه بیمارستانی بر اساس نوع مالکیت مورد بررسی قرار گیرد.

جامعه پژوهش شامل مدیران ارشد، میانی و عملیاتی درگیر در اجرای اعتباربخشی از سال ۱۳۹۱ (آغاز طرح اعتباربخشی) در بیمارستان‌های استان تهران می‌باشد. برای انتخاب مدیران از روش نمونه‌گیری هدفمند و با حداکثر تنوع استفاده شد. داده‌های پژوهش از طریق مصاحبه‌ی فردی جمع‌آوری شد. مصاحبه با افراد تا دستیابی به غنای اطلاعاتی ادامه یافت (۷۲ نفر). مصاحبه‌ها با تعیین وقت قبلی و در محل کار افراد صورت گرفت. آگاهی لازم به تمامی افراد در مورد محرمانگی اطلاعات داده شد. تمامی مصاحبه‌ها ضبط شده و به دنبال آن تاپ صوتی شدند. از روش تحلیل محتوایی برای تحلیل داده‌ها با کمک نرم افزار MAXQDA 11 استفاده شد. برای این منظور متن مصاحبه‌ها با دقت مطالعه شد تا با مفاهیم آن آشنایی حاصل شود. متن‌ها به صورت جداگانه کدگذاری شدند و بر اساس آن تم‌های اصلی شامل پیش‌نیازهای اعتباربخشی استخراج شدند.

(۱۵)، کار تیمی و مشارکت در تصمیم‌گیری‌ها را افزایش داده (۱۶) و موجب بهبود رضایت پزشکان، پرستاران و سایر ارائه‌کنندگان خدمات سلامت می‌شود (۱۷). اعتباربخشی یادگیری سازمانی و فردی را توسعه داده (۱۸) و ارتباطات درون سازمانی و برون سازمانی را تسهیل می‌کند (۱۳).

اعتباربخشی با کاهش خطاهای پزشکی و آسیب‌های ناخواسته ناشی از مراقبت‌های بیمارستانی منجر به افزایش بهره‌وری سازمانی و جلوگیری از هدر رفت منابع سلامت می‌شود. در نهایت، اعتباربخشی موجب بهبود وجهه بیمارستان در افکار عمومی و رسانه‌ها خواهد شد. مردم به بیمارستان‌های با درجه بسیار خوب اعتباربخشی اعتماد خواهند داشت. در جهان حدود هفت دهه است که گواهینامه اعتباربخشی عالی‌ترین گواهی کیفیت است که یک سازمان بهداشتی و درمانی می‌تواند دریافت کند. اعتباربخشی ابزار بازاریابی مثبتی برای سازمان‌های بهداشتی و درمانی محسوب می‌شود. علاوه‌براین، اعتباربخشی نقش بسزایی در جذب توریست درمانی دارد. سازمان‌های بهداشتی و درمانی که دارای درجه عالی اعتباربخشی هستند از مزیت برتری نسبت به سایر موسسات برخوردار هستند.

نتایج پژوهش زیلکانی در سال ۱۳۹۴ در بخش اورژانس ۸ بیمارستان شهر ساری نشان داد که اجرای استانداردهای اعتباربخشی تأثیری بر شاخص‌های عملکردی اورژانس بیمارستان‌ها و رضایت بیماران و کارکنان این بخش نداشته است (۱۹). در پژوهشی دیگر، شاه ابراهیمی (۱۳۹۵) با استفاده از روش تحلیل پوششی داده‌ها و داده‌کاوی به بررسی رابطه بین اعتباربخشی و عملکرد ۱۲۴ بیمارستان شهر تهران در دور اول و دوم اعتباربخشی پرداخت. نتایج این پژوهش رابطه‌ای بین امتیاز و درجه اعتباربخشی بیمارستان‌ها و شاخص‌های عملکردی آنها نشان نداد (۲۰). در پژوهشی دیگر که در سال ۱۳۹۳ در ۵ مرکز آموزشی درمانی استان اصفهان انجام شد، کارکنان بیمارستان‌ها تأثیر اعتباربخشی را بر خدمات بیمارستان‌ها متوسط ارزیابی کردند. اعتباربخشی بیشترین تأثیر را بر فرایندهای کاری و کمترین تأثیر را بر کار گروهی، تعهد کارکنان و بهره‌وری بیمارستان‌ها داشته است (۲۱). استانداردهای اعتباربخشی تأکید زیادی بر ساختارها و فرایندهای کاری دارد و تعداد سنجه‌های پیامدی و نتیجه‌ای آن بسیار محدود می‌باشد. در نتیجه، تلاش‌های مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها بیشتر متمرکز بر مستندسازی فرایندهای کاری شده است (۵).

با توجه به اینکه اعتباربخشی در بسیاری از کشورها منجر به بهبود عملکرد بیمارستان‌ها شده است، برخی از پژوهش‌ها نشان می‌دهد که اجرای اعتباربخشی در بیمارستان‌های کشور

جایگاه نهایی تم‌ها از طریق بحث بین نویسندگان تعیین شد (۲۴).

پژوهشگران با بکارگیری اقداماتی نظیر تماس طولانی با محیط پژوهش، صرف زمان کافی برای انجام مصاحبه‌ها، بررسی موضوع از زوایای مختلف، تأیید فرایند پژوهش توسط متخصصین، استفاده از دو کدگذار برای کدگذاری چند نمونه مصاحبه، تبادل نظر با هم‌تایان و ارسال یافته‌ها برای نمونه‌ای از مصاحبه‌شدگان میزان روایی داده‌های پژوهش را افزایش دادند. انجام مصاحبه‌های پایلوت، شرح دقیق روش انجام مصاحبه، مقایسه‌ی دائم بین اطلاعات به دست آمده، جمع‌آوری هر چه بیشتر اطلاعات و شواهد از جمله راه‌کارهای ایجاد بی‌طرفی در پژوهش حاضر می‌باشد.

یافته‌ها

بیشتر مصاحبه‌شوندگان در این پژوهش زن (۶۸٪)، متأهل (۹۰٪)، دارای مدرک تحصیلی لیسانس (۵۰٪) و در استخدام رسمی-قطعی بیمارستان‌ها (۵۸٪) بودند. میانگین سنی مصاحبه‌شوندگان ۴۰ سال و میانگین سابقه‌ی کاری و سابقه‌ی مدیریت آنها به ترتیب ۱۶ و ۷ سال بوده است. به ترتیب ۳۳، ۴۳ و ۲۴ درصد شرکت‌کنندگان مدیر عملیاتی، میانی و ارشد بودند. مصاحبه‌شوندگان در این مصاحبه به طور میانگین ۳/۷ سال در برنامه‌ی اعتباربخشی ملی بیمارستانی درگیر بودند. مصاحبه‌شوندگان به صورت کد (P1, P2, P3, ...) در این مقاله بیان شدند.

اجرای برنامه اعتباربخشی در بیمارستان‌ها مستلزم بکارگیری تغییرات بسیار زیادی است که پر هزینه و زمان‌بر است. مدیران بیمارستان‌ها اعتقاد داشتند که برای اجرای صحیح اعتباربخشی در بیمارستان‌ها و دستیابی به اهداف مورد نظر، وزارت بهداشت و معاونت درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی باید یک سری الزامات و پیش‌نیازهایی را فراهم کنند. پایلوت اجرایی استانداردهای اعتباربخشی قبل از ابلاغ به بیمارستان‌ها، آموزش مدیران و کارکنان در زمینه اجرای استانداردهای اعتباربخشی، تأمین منابع مورد نیاز برای اجرای اعتباربخشی، اختصاص زمان کافی و در نظر گرفتن مکانیزم‌های انگیزشی برای اجرای استانداردهای اعتباربخشی در بیمارستان‌ها از پیش‌نیازهای اصلی اعتباربخشی بیمارستانی است. مدیران بیمارستان‌ها اعتقاد داشتند این پیش‌نیازها به درستی فراهم نشده است و عدم تأمین آنها منجر به بروز مشکلات و چالش‌های بسیار زیادی برای مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها به هنگام اجرای اعتباربخشی شد.

اجرای پایلوت استانداردهای اعتباربخشی در بیمارستان‌ها برای تدوین استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان‌های ایران از استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان‌های کشورهای مصر، لبنان، آمریکا و فرانسه استفاده شده بود. مدیران بیمارستان‌ها اعتقاد داشتند که استانداردها قبل از ابلاغ به بیمارستان‌های کشور، بایستی در نمونه‌ای از بیمارستان‌ها به صورت پایلوت اجرا می‌شدند و تأثیر آنها بر عملکرد بیمارستان‌ها سنجیده می‌شد. مدیر بهبود کیفیت یک بیمارستان دولتی معتقد بود که "استانداردهای نوبت اول [سال ۱۳۹۱] خیلی خام بود. سنجه‌های سایر کشورها رو برداشتن عیناً ترجمه کردن به ما دادن و گفتن شما بر اساس این‌ها ارزیابی می‌شوید. اشکال این کار این بود که سطح اون کشورها با کشور ما یکی نبود. یعنی یک چیزهایی حداقل استانداردهای آن کشورها بود که برای ما حداکثر است." (P71).

استانداردها در دور اول اعتباربخشی بیمارستان‌ها، پس از تدوین در هشت بیمارستان پایلوت ارزشیابی شدند. به عبارتی، با کمک این استانداردها به ارزشیابی آن بیمارستان‌ها پرداخته شد. در حالی که، استانداردها بایستی از نظر اجرا پایلوت می‌شدند. یکی از مدیران شاغل در یکی از همین بیمارستان‌های پایلوت گفت: "می‌گن پایلوت انجام شد. می‌دونم واقعاً چه کار کردند؟ سنجه‌ها را برداشتند و آمدند تو بیمارستان ما و بر اساس آنها ارزیابی‌مون کردند. خوب چه فرقی به حال ما یا بقیه‌ی بیمارستان‌ها کرد؟ مگه ما تونستیم اون سنجه‌ها را اجرا کنیم که بعد بیایید ارزیابی مون کنید؟ مگه فهمیدید مشکل کار کجاست که بعد سنجه رو اصلاح کنید؟" (P48).

تقریباً بیشتر مدیران بر این باور بودند که پایلوت استانداردها به صورت اصولی صورت نگرفت و این موضوع هزینه زیادی به بیمارستان‌ها وارد ساخت. به عقیده مدیر بهبود کیفیت یک بیمارستان دولتی: "ما پایلوت نداشتیم. کل کشورمون پایلوت بود! وقتی یک سیاست را در مقیاس کوچک درست امتحان نکنی و ارزش مطمئن نشوی، آن وقت کل کشور پایلوت می‌شه. چندین میلیارد تومان هزینه‌ی اضافی سر دوباره کاری‌ها و اصلاح استانداردها ایجاد می‌شه." (P2). سوپروایزر آموزشی یک بیمارستان خصوصی هم گفت: "کاش قبل از اینکه استانداردها را به تمام کشور ابلاغ کنند، آنها را در چند بیمارستان به صورت پایلوت تست می‌کردند. یک مطالعه‌ی دقیقی می‌کردند که اصلاً آیا این کار برای کشور ایران مناسب هست یا نه؟ آیا این استانداردها با توجه به این وضع حقوق‌ها، نیروی انسانی و فرهنگ کشور اصلاً می‌شه اجرا بشه؟ آیا رفتند ببیند که تو بیمارستان‌های شهرهای کوچک که شرایطشون زمین تا آسمون با ما فرق داره، هم امکان اجرای اعتباربخشی است؟

"حیالی خوب می‌شد اگر چند بیمارستان که اعتباربخشی در آنها درست اجرا شده را به ما معرفی می‌کردند تا بتوانیم از آنها بازدید کنیم و اثربخشی اجرای استانداردهای اعتباربخشی را در آنها می‌دیدیم و از آنها الگو می‌گرفتیم." (P57) آنها اعتقاد داشتند که بازدید از یک بیمارستان نمونه اثر انگیزشی زیادی بر مدیران و کارکنان خواهد داشت. آنها به طور عینی می‌بینند که استانداردها قابلیت اجرا دارد و مقاومت آنها در عمل کاهش خواهد یافت.

آموزش مدیران و کارکنان در زمینه اجرای استانداردهای اعتباربخشی در بیمارستان

هر نوع تغییری باید با آموزش شروع شود. مدیران بیمارستان‌ها انتظار داشتند که با توجه به جدید بودن برنامه اعتباربخشی، آموزش‌های لازم می‌بایستی توسط وزارت بهداشت یا معاونت درمان دانشگاه‌ها برای مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها برگزار می‌شد. در جلسات وزارت بهداشت و دانشگاه در مورد اهمیت اعتباربخشی برای مدیران ارشد بیمارستان‌ها صحبت شده بود. با این وجود، برخی از مدیران عملیاتی بیمارستان‌ها اعتقاد داشتند که این آگاه‌سازی در عمل چندان مفید نبوده است. به قول مدیر بهبود کیفیت یک بیمارستان دولتی: "به رئیس بیمارستان‌ها در جلسه‌ی روسای بیمارستان‌ها گفتند که اعتباربخشی مهم است. می‌دونم که در جلسه‌ی روسای دانشگاه‌ها هم [به آنها] گفته شد که اعتباربخشی مهم است. اما آیا با یک همچنین توضیحی، اعتباربخشی برای رئیس بیمارستان مهم می‌شود؟ که بعد بیاید در بیمارستانش به جنب و جوش بیافتد که آن را انجام بدهد؟ پس کافی نبوده، چون اگر کافی بود، رئیس بیمارستان سنجه رو به چشم یک مجله نگاه نمی‌کرد که بگوید این که چیزی نیست. بخوانید و جواب بدهید. پس آن آموزش‌ها مفید نبود. این باعث شد که نه تنها خودشان درگیر نشدند، بلکه حمایتی هم از افرادی که داشتند برنامه را به هزار زحمت انجام می‌دادند، نکردند. چون هیچ تعریف مثبتی از اعتباربخشی در ذهنشان نبود" (P2).

اگرچه آموزش‌های پراکنده‌ای توسط برخی از دانشگاه‌ها برای بیمارستان‌ها به ویژه بیمارستان‌های دانشگاهی ارائه شد، ولیکن، این آموزش‌ها رضایت مدیران را تأمین نکرد. به عنوان مثال مدیر یک بیمارستان خصوصی گفت: "در دو سال اول آموزش‌ها تقریباً صفر بود. مدیر عامل بیمارستان می‌گفت: شما را رها کردن تو دریا، گفتن حالا شنا کنید. هر کی هر مدلی بلده شنا کنه. سال اول گفتن که برنامه بهبود کیفیت بنویسید. چیزهایی از بچه‌ها می‌خواستند که آنها حتی مفهومش را نمی‌دانستند، چه برسه به اینکه برنامه استراتژیک بنویسند" (P36).

ببینید پایلوت کردن ما نباید در سطح یک جلسه‌ی دور میز توی وزارت خونه باشه. باید تک تک استانداردها تو زمینه‌های تخصصی خودش تو هر بیمارستان اجرا می‌شد تا اشکالات خودشون رو نشون بدهند" (P34).

عدم پایلوت استانداردها مشکلات متعددی به هنگام اجرا برای بیمارستان‌ها به وجود آورد. امکانات بیمارستان‌های دولتی و خصوصی متفاوت است. برخی از مدیران اعتقاد داشتند که تعداد نیروی انسانی در بخش خصوصی کمتر است. بنابراین، اعتباربخشی بار زیادی به بخش خصوصی وارد ساخت. آنها اعتقاد داشتند، یک پایلوت اجرایی صحیح می‌توانست تفاوت بین بیمارستان‌های مختلف در اجرای استانداردهای اعتباربخشی را به خوبی نشان دهد و بر اساس نتایج آن تعدیلاتی در استانداردهای اعتباربخشی اعمال می‌شد. در نتیجه استانداردهای بهتری به بیمارستان‌ها ابلاغ می‌شد. به عنوان مثال، مترون یک بیمارستان خیریه گفت: "در مقایسه با بیمارستان‌های دولتی ما تقریباً نصف پرستار و بهیار داریم. اینجا مسئول ثبت گزارشات هم فقط پرستار است. در نتیجه، بیشتر وقت پرستارهای ما صرف نوشتن گزارشات و تکمیل فرم‌ها می‌شود. این چیزها را باید قبل از ابلاغ برنامه در نظر می‌گرفتند. وقتی بیمارستان خصوصی را تو سیاستگذار بشون در نظر نمی‌گیرند، استانداردها یک طرفه به نفع [بیمارستان] دولتی‌ها می‌شه" (P36). اجرای صحیح استانداردها در بیمارستان‌های پایلوت موجب شناسایی مشکلات احتمالی آنها و بکارگیری اقدامات اصلاحی می‌شود.

یکی از چالش‌های بزرگ اجرای اعتباربخشی مشارکت کم پزشکان بود. برخی از مدیران اعتقاد داشتند که پایلوت اجرایی استانداردها می‌توانست منجر به شناسایی این چالش شود و متعاقب آن اقداماتی برای مشارکت دادن آنها حتی در تدوین استانداردها بکار گرفته می‌شد که بعدها می‌توانست همراهی بیشتر پزشکان را در اجرای استانداردها در بیمارستان‌ها به دنبال داشته باشد. رییس یک بیمارستان نظامی پیشنهاد داد که: "پزشکان را باید جمع کنند و نظرشان را در مورد سنجه‌ها بپرسند. هم بهشون احترام گذاشتیم و هم آنها رو درگیر سنجه‌ها کردیم. اگر آنها احساس کنند ابلاغ [استانداردها] اجباری است، خوب معلومه در اجرا مشارکت نخواهند داشت. هیچکس از این حس خوشش نمی‌آید. در نتیجه، مقاومتی در مقابل برنامه [اعتباربخشی] ایجاد شد و شکنندگی برنامه رو زیاد کرد" (P24).

با توجه به اینکه اعتباربخشی پدیده جدیدی بود، بسیاری از مدیران به دنبال الگوهای برتر بودند تا با استناد به آنها سنجه‌های اعتباربخشی را در بیمارستان خود اجرا کنند. مسئول بهبود کیفیت یک بیمارستان خصوصی اشاره کرد که

بنابراین، مدیران بیمارستان‌ها به هر نحوی خودشان یک سری آموزش‌هایی را شروع کردند. در برخی از بیمارستان‌ها از مشاوران خارجی برای آموزش کمک گرفته شد. آموزش و تغییر ذهنیت افراد موثرترین روش کاهش مقاومت افراد در اجرای استانداردها است. مدیر یک بیمارستان پیشرو در اجرای استانداردهای اعتباربخشی گفت: "برای بهتر کردن حس پذیرش اعتباربخشی در مدیران و کارکنان، کاری که ما کردیم این بود که اعتباربخشی را از طریق آموزش و فرهنگ سازی به متن کار افراد وارد کردیم" (P52). مترون یکی دیگر از بیمارستان‌های پیشرو در اجرای اعتباربخشی با ذکر مثالی تأثیر آموزش بر اجرای استانداردهای اعتباربخشی را این‌گونه شرح داد: "به پرسنل پرستاری در مورد داروهای شبیه هم، آموزش دادیم و توجهشان کردیم. این که داروها باید برچسب گذاری شوند تا از هم متمایز شوند، آنقدر در ذهنشان رسوخ کرده که فکر کنم در خانه‌شان هم این کار را رعایت می‌کنند. آموزش آنها را هدفمند کرده و بهشون یاد داده که برای هر چیزی باید چرایی و چگونگی انجام کار وجود داشته باشند. به طور مثال، چرا و به چه علت باید پالیسی [خط مشی] و پروسیجر [روش انجام کار] برای فرایندهای کاری داشته باشند" (P55).

در برخی از بیمارستان‌ها، به مدیران آموزش داده شد تا آنها بعد کارکنان خود را آموزش دهند. مدیر بهبود کیفیت یک بیمارستان دولتی گفت: "ما این آموزش‌ها را در جلسات مشترک با مسئولین واحدها و سرپرستارها به آنها منتقل می‌کنیم و آنها هم به صورت آشنایی در بخش خود به کارکنان انتقال می‌دهند" (P1). در یک بیمارستان نظامی پیشرو در اجرای اعتباربخشی دو نفر از هر بخش را به طور مستقیم درگیر آموزش و اجرای اعتباربخشی کردند: "ما حدود ۷۰ تا بخش و واحد داشتیم. در هر بخشی دو نفر را به عنوان رابط مشخص کردیم که یکی از آنها مسئول بخش بود. تقریباً دو روز در هفته به مدت چهار ماه برایشون کلاس و آموزش گذاشتیم. رابط آموزشی بخش این آموزش‌ها را به کارکنان بخش خودشان منتقل می‌کرد. هم زمان کارگروه‌های دیپارتمانی تشکیل دادیم. مثلاً آی سی یو کار هامون جدا برای خودشون هر پانزده روز یک بار با هم جلسه داشتند و آموزش‌های تخصصی می‌دیدند" (P23).

بنابراین، بیمارستان‌های پیشرو در امر اعتباربخشی، سریع آموزش‌های وسیعی را شروع کردند. مدیر بهبود کیفیت یک بیمارستان گفت: "ما از همان ابتدا که اعتباربخشی را شروع کردیم، جلساتی را برای آموزش و تغییر چارچوب ذهنی کارکنان برگزار کردیم. ما حدود شش ماه، هر هفته دو جلسه سر کلاس‌های آموزشی حاضر می‌شدیم. این [آموزش‌ها] ما را

خیلی از بیمارستان‌های دیگر جلو انداخت" (P15). ولیکن، با توجه به جابجایی بالای کارکنان بین بیمارستان‌های مختلف، این آموزش‌ها اثربخشی لازم را نداشتند. بنابراین، ارائه آموزش‌های منسجم توسط وزارت بهداشت یا دانشگاه می‌توانست اثربخشی بیشتری داشته باشد: "وزارت خانه باید برای تغییر نگرش افراد برنامه‌ریزی می‌کرد. از این کارها من از طرف وزارت خانه و دانشگاه ندیدم. در نتیجه ما خودمون مجبور شدیم این کار را انجام بدهیم و خیلی هم موفق نبودیم. چون سیستم باز هست و ما هرچه تلاش کنیم، تهاجم فرهنگی سازمان‌های دیگر خرابش می‌کنه. ما چند سال قبل از بقیه‌ی بیمارستان‌ها روی اعتباربخشی کار کردیم. ما کلی زحمت کشیدیم که توی ذهن بچه‌ها جا انداختیم که مثلاً شناسایی صحیح بیمار به این شکل است. پرستار ما می‌ره جای دیگه، بهش می‌گویند که این کارها لازم نیست. همون شماره‌ی تخت را صدا کنی کافیه. تمام زحمت‌های ما همین جوری کم رنگ می‌شه و از بین می‌ره" (P15).

آموزش نقش بسزایی در کاهش مقاومت کارکنان در اجرای تغییر دارد. سرپرستار یک بیمارستان خیریه گفت: "اوایل بچه‌ها [پرستاران] خیلی می‌ترسیدند و اظهار نگرانی می‌کردند. اما بعد از یک مدت با آموزش فهمیدند که [اعتباربخشی] خیلی هم پیچیده نیست. همون کارهایی است که قبلاً هم انجام می‌دادند، الان فقط به صورت کتبی باید داشته باشند" (P7). با این وجود، برخی از کارکنان به ویژه پزشکان به خاطر ماهیت کار خود، کمتر در برنامه‌های آموزشی بیمارستان‌ها شرکت می‌کنند. برخی از مصاحبه‌شوندگان، حتی پیشنهاد کردند که مباحث مهم اعتباربخشی باید در سرفصل دروس دانشجویان علوم پزشکی گنجانده شود تا آنها اطلاعات لازم را قبل از ورود به بیمارستان داشته باشند: "پزشکی که سال‌های سال به یک روتینی عادت کرده، با خودش می‌گه: چه دلیلی داره من به بیمار بگم که قراره چیکار کنم؟ چرا باید زمان و ساعت تو پرونده بزنم؟ قبلاً این کارها انجام نمی‌شد و هیچ اتفاقی هم نمی‌افتاد، همه مریض‌ها خوب می‌شدند." (P7). مدیر بهبود کیفیت یک بیمارستان هم گفت: "اعتباربخشی باید واحد درسی بشه. پزشکان باید با آن آشنا شوند. اساتید رشته‌های علوم پزشکی هم نقش بسیاری در این زمینه دارند و باید فکری به حالشون بکنیم. این دانشجو در دانشگاه یاد می‌گیره که باید مخالف اعتباربخشی باشه، چون استادش به اعتباربخشی بد و بیراه می‌گه. از این فرد وقتی می‌آید تو بیمارستان چه انتظاری می‌توان داشت؟" (P56).

برخی اعتقاد داشتند که وزارت بهداشت و دانشگاه‌ها باید حتی به مردم جامعه نیز آموزش دهند و آنها را با مفاهیم اعتباربخشی آشنا سازند: "حتی روی جامعه کار بکنند. به آنها

دولت بایستی از نظر مالی به بیمارستان‌ها برای اجرای اعتباربخشی کمک می‌کند. سرپرستار اورژانس یک بیمارستان خصوصی معتقد بود که: "... این هزینه‌ها باید از کجا تأمین بشه؟ درآمد باید زیاد بشه. خوب ورودی‌های این سیستم که مشخص است و تغییری هم نمی‌کنه. پس باید یک بودجه‌ای به سیستم تزریق بشه. اعتباربخشی بی نهایت پول خوره و بی نهایت کار هزینه بری است. من همیشه فکر می‌کنم سیستم باید سیستم تعهد و توقع باشه. من موقعی می‌تونم از سیستم توقعاتی داشته باشم که تعهداتی هم در قبال اون وجود داشته باشه. اگر اعتباربخشی بخواد موفق باشه باید انرژی به سیستم تزریق می‌کرد. ما برای انجام دادن خیلی از کارها احتیاج به سرمایه، انرژی و وقت داریم. اگر این‌ها به سیستم وارد نشوند، سیستمی که داره با تمام توانش کار می‌کنه، متلاشی خواهد شد" (P28).

در نتیجه، اجرای استانداردهای اعتباربخشی به‌خاطر محدودیت‌های مالی پیشرفت‌چندانی در بیمارستان‌ها نداشت. مسئول تغذیه در یک بیمارستان خصوصی معتقد بود: "به نظر من اعتباربخشی خیلی هم خوبه. ولی بستر سازی که براش انجام شد، خیلی مناسب نیست. ما می‌خواهیم خودمون را با استانداردهای بین‌المللی وفق دهیم. ولی، استانداردهای بین‌المللی زمینه و بسترشون هم فراهم است. ما می‌خواهیم اون کارو انجام بدهیم ولی با حداقل امکانات. در نتیجه، این چرخ خیلی خوب نمی‌چرخه و کارها انجام نمی‌شه. نیاز است که از نظر مالی یک مقداری تسهیلات برای بیمارستان‌هایی مثل اینجا قائل شوند که امثال ما هم بتوانند یک حرکتی بکنند. اجرای این سیستم [اعتباربخشی] بار مالی خیلی زیاده. بیمارستان ما دارو‌ها را داره آزاد می‌گیره، دستگاهاش را باید کلی پول بده بخره. خوب باید پولی باشه تا بیمارستان بتونه خودش رو بالا بکشه. به نظرم باید دولت هم یک حمایت‌هایی بکنه و یک سهمیه‌هایی باید برای بیمارستان در نظر بگیره" (P8).

اختصاص زمان کافی برای اجرای استانداردهای اعتباربخشی در بیمارستان

اجرای استانداردهای اعتباربخشی زمانبر است. ولیکن، به بیمارستان‌ها فرصت کافی برای اجرای استانداردها داده نشد. مدیر بهبود کیفیت یک بیمارستان نظامی گفت: "علی‌رغم اینکه گفته بودند که اعتباربخشی یک پروسه‌ی چند ساله است، اینجا توقع داشتند در یک سال اتفاق بیفته. به دلیل تغییرات در کابینه‌ی وزارت بهداشت در آن زمان مجبور شدند برنامه را زودتر اجرا کنند" (P23).

ضعف آموزش، کمبود منابع و نداشتن زمان کافی موجب شد که بیمارستان‌ها با چالش‌های زیادی در اجرای اعتباربخشی

بگویند که اعتباربخشی کار خوبی است و به نفع جامعه است. این باعث می‌شه که افراد حقوقشون را توی بیمارستان‌ها مطالبه کنند" (P21). آگاهی مردم جامعه نسبت به کلیت اعتباربخشی منجر به آگاهی آنها نسبت به حقوق قانونی خود شده و انتظارات آنها را بالا می‌برد. در نتیجه، بیمارستان‌ها ملزم به اجرای استانداردهای اعتباربخشی و ارائه خدمات با کیفیت و ایمن به مردم خواهند شد.

با این وجود، اختلاف آموزش‌های ارائه شده به بیمارستان‌ها در اجرا و هنگام ارزشیابی اعتباربخشی مشکلاتی به وجود آورد. مدیر بهبود کیفیت یک بیمارستان گفت که "ارزیابان اعتباربخشی با توجه به اینکه از استان‌های مختلف می‌آیند، برداشت‌های متفاوتی از اجرای استانداردهای اعتباربخشی دارند. آنها ممکن است فرمت مستنداتی که ما تهیه می‌کنیم و مورد تأیید معاونت درمان دانشگاه ما است را قبول نداشته باشند. وزارت بهداشت باید یک فرمت یکسانی را در این زمینه برای همه بیمارستان‌ها معرفی کند." مدیر بهبود کیفیت بیمارستان دیگری گفت: "سنجه اعتباربخشی از ما می‌خواست که شرح وظایف کلیه کارکنان بیمارستان را به صورت مدون تهیه کنیم. ما کلی جستجو کردیم و یک کتاب بزرگ از شرح وظیفه و شرایط احراز برای کارکنان بیمارستان خود نوشتیم. بعد وقتی کارشناس معاونت درمان آن را دید، به ما ایراد گرفت که این اشتباه است و شما باید همان کتاب طرح طبقه‌بندی مشاغل وزارت بهداشت را استفاده کنید. در آن کتاب برای همه پست‌های سازمانی بیمارستان ما شرح وظیفه نبود. در روز ارزشیابی اعتباربخشی، ارزیاب به آن ایراد گرفت. وقتی ما کتاب اولی که خودمان تهیه کردیم را نشان دادیم، آن را تأیید کرد." به عبارتی، هماهنگی‌های لازم بین کارشناسان معاونت درمان و ارزیابان اعتباربخشی وجود ندارد. بنابراین، آموزش‌های سیستمی یکسانی باید برای آنها ارائه شود تا موجب سردرگمی مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها نشود.

تأمین منابع مورد نیاز برای اجرای اعتباربخشی در بیمارستان اجرای استانداردهای اعتباربخشی مستلزم صرف هزینه زیادی در بیمارستان‌ها بود. بیمارستان‌های خیریه و خصوصی که حمایت دولت را نداشتند، در اجرای استانداردها با چالش‌های زیادی مواجه شدند. به عقیده مسئول بهداشت محیط یک بیمارستان خصوصی: "با توجه به این که ما از پایه یک سری مشکلات داریم، تو کشورمون هنوز زود بود که به این سطح [اعتباربخشی] برسیم. یعنی ما باید اول پایه‌ها رو درست می‌کردیم. اعتباربخشی تغییر آن‌چنانی در ساختار بیمارستان ما نداشت. چون ما پول زیادی نداشتیم که بتونیم کار آن‌چنانی بکنیم. تلاش کردیم، ولی هزینه‌ها خیلی بالا است" (P9). بنابراین، بیشتر مدیران بیمارستان‌ها اعتقاد داشتند که

حتی برخی از مدیران اعلام کردند که پرداختی‌ها به کارکنان باید متناسب با نوع درجه اعتباربخشی بیمارستانی باشد تا آنها هم انگیزه مشارکت داشته باشند: "اگر من بدونم وقتی در بیمارستان درجه‌ی یک کار می‌کنم حقوقم این‌قدر است و در بیمارستان درجه‌ی سه کمتر از این است، اون موقع تلاش می‌کنم بیمارستان رو برسونم به درجه‌ی یک" (P23). در برخی از بیمارستان‌ها پاداشی به کارکنان پس از اعلام درجه اعتباربخشی برای ایجاد انگیزه مشارکت بیشتر در آنها اعطا شد. با توجه به اینکه استانداردها به صورت بخشی تدوین شده بود و برخی از بخش‌ها و واحدهای بیمارستان در برنامه اعتباربخشی دیده نشده بودند، برخی از مدیران و کارکنان پاداشی دریافت نکردند که موجب ایجاد نارضایتی شد: "پاداش یک جورایی مشوق بود برای اون کسی که دریافت کرد. ولی برخی از پرسنل پاداشی دریافت نکردند. ای کاش تشویقی‌ها برای همه پرسنل در نظر گرفته بشه چون از [کارکنان] خدمات و نگهداری گرفته، همه دارند تلاش شون رو می‌کنند" (P34).

با توجه به اینکه مشارکت پزشکان در برنامه اعتباربخشی پایین بود، در برخی از بیمارستان‌ها برای جلب مشارکت آنها از اهرم مالی استفاده کرده بودند. بنابراین، به پزشکان اعلام می‌کردند اگر برخی از سنج‌ها را رعایت نکنند، به دریافتی آنها کسورات زده خواهد شد. مدیر بهبود کیفیت یک بیمارستان خصوصی گفت: "... هر کسی هر کاری می‌خواهد انجام بده دنبال بازخور مالی از آن کار است. این خصیصه تو پزشکان هم است. به این صورت که اگر کاری از شون بخواهیم، مجبوریم مالی باهاشون معامله کنیم. شما هر چیز دیگه بگی، می‌گه برام مهم نیست. تا به بحث مالی و کسورات می‌رسه توقف می‌کنه، می‌گه الان بگو چکار کنم." (P25). با این وجود، این ابتکار زیاد موثر واقع نشد. با توجه به عدم تغییر درجه بیمارستان و همکاری پرستاران در اجرای سنج‌های پزشکان، انگیزه آنها نیز در اجرای استانداردهای اعتباربخشی کاهش یافت. به قول مترون یک بیمارستان خصوصی: "دور اول پزشکان رفتن تو یک شوک که حالا درجه‌ی بیمارستان کم میشه و مشارکت کردند. ولی بعد که دیدند درجه بیمارستان تغییری نکرد و گروهی مثل پرستاران هستند که کارها را انجام می‌دهند. بنابراین زیاد براشون مهم نبود" (P28). برخی از پزشکان نیز زیان عدم اجرای استانداردها را کمتر از منفعت حاصل درک می‌کردند و مشارکتی نداشتند. مدیر یک بیمارستان خصوصی گفت: "به پزشک‌ها می‌گفتیم اگر درجه‌ی ما از یک عالی به یک مثبت تبدیل بشه، کارانه‌ی هر پزشک ماهانه ۱۰ درصد کاهش پیدا می‌کنه. پزشک هم به راحتی می‌گه ۳ میلیون از ۳۰ میلیون کم میشه، برام مهم نیست" (P70).

مواجهه شوند. یکی از مدیران عملیاتی در یک بیمارستان خصوصی گفت: "حجم کار زیاد بود و زمان کافی نبود. اوایل بچه‌ها اصلاً اعتباربخشی را نمی‌فهمیدند. آنها نمی‌فهمیدند که چرا باید این کارها را انجام دهند. اما بعد از گذشت حدود دو سال تازه کم‌کم دیدند که اونقدر که فکر می‌کردند [اعتباربخشی] بیهوده نیست و باید انجام بشه. یعنی دو سال طول کشید تا بچه‌ها تازه بفهمند که اعتباربخشی چی است و چی می‌خواهد. حالا بعد از گذشت یک دوره ارزشیابی می‌خواهیم یاد بگیریم که چه طوری باید سیستم را استقرار بدیم. این باعث شده که بیمارستان‌ها همیشه چند قدم عقب‌تر از روالی که وزارتخانه انتظار داره باشند" (P8).

در نتیجه، با توجه به اینکه زمان کافی به مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها داده نشد، آنها در مرحله احساس نیاز به تغییر بازماندند. به قول سرپرستار یک بیمارستان خیریه: "مسئولین و مدیران هنوز تو روش‌های گذشته هستند. تغییر دادن دیدگاهشون خیلی سخته. به نظر من هنوز زمان لازم داره که این‌ها بخواهند این تغییرات را بپذیرند و بدانند که روش اداره‌ی بیمارستان‌ها عوض شده، چی برسه به اینکه بخواهند اجرایش کنند" (P7). داشتن زمان کافی برای اجرای تغییر یکی از عوامل تسهیل‌کننده است. مترون یک بیمارستان وابسته به سازمان تأمین اجتماعی گفت: "تو هر چیزی وقت و انرژی بذاری می‌تونی بهبودش بدهی. ما در بسیاری از مسائل موفقیتی به دست نیاوردیم به دلیل اینکه نتونستیم وقت زیادی روش بگذاریم" (P64).

در نظر گرفتن مکانیزم‌های انگیزشی برای بیمارستان‌ها برای اجرای اعتباربخشی

مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها باید از انگیزه لازم و کافی برای اجرای استانداردهای اعتباربخشی برخوردار باشند. با توجه به اینکه درجه اعتباربخشی بیمارستان‌ها به تعرفه هتلینگ بیمارستان و بازپرداخت بیمه‌ها مرتبط بود، انگیزه لازم برای اجرای استانداردهای اعتباربخشی در بیمارستان‌ها به وجود آمد. مدیر بهبود کیفیت یک بیمارستان وابسته به سازمان تأمین اجتماعی گفت: "پارسال بحث این پیش‌اومد که بیمارستان‌هایی که درجه‌ی کمی دارند، بیمه‌های تکمیلی باهاشون قرار داد نمی‌بندند یا کمترین مقدار تعرفه را خواهند گرفت. این یک مقدار باعث تکان خوردن بیمارستان‌ها شد. قبلش، من اگر کاری می‌خواستم تو اعتباربخشی بکنم خیلی به چشم نمی‌آمد و از دید مدیران خیلی مهم نبود. من باید آنقدر با مدیریت سر و کله می‌زدم تا کاری را بتونم پیش ببرم. ولی الان همکاریشون خیلی بهتر شده است. همین که می‌گویم اعتباربخشی می‌گوید فلان چیز را باید داشته باشیم، آنها تهیه می‌کنند" (P25).

بشه، برایش زیاد فرقی نمی‌کنه. چون بودجه‌ی دولت برایش می‌آید. تعداد بیمار هم اونجا خیلی زیاد است. اما مثلاً بیمارستانی مثل ما که تلاش می‌کنیم درجه‌ی یک شویم، وزارت خانه باید یک سری مزایا مثل وام و امکاناتی بده که بتوانیم خودمونو برسونیم" (P9).

بحث

هدف اصلی این پژوهش بررسی پیش‌نیازهای اجرای اعتباربخشی در بیمارستان‌های استان تهران بود. اجرای استانداردهای اعتباربخشی مستلزم تغییرات بسیار زیادی در ساختار، فرهنگ و فرایندهای بیمارستانی است تا منجر به بهبود عملکرد بالینی و سازمانی بیمارستان‌ها شود. اجرای این تغییرات مستلزم صرف زمان، هزینه و منابع است. به همین دلیل در کشورهای توسعه یافته، اعتباربخشی ابتدا به صورت اختیاری در کنار برنامه‌های صدور مجوز و ارزشیابی اجباری دولتی اجرا شد (۲۵). در نتیجه، فقط بیمارستان‌های دارای منابع کافی برای دریافت گواهینامه اعتباربخشی اقدام کردند. به مرور زمان، رقابت بین بیمارستان‌ها برای کسب مشتریان و تمایل سازمان‌های بیمه‌گر برای عقد قرارداد با بیمارستان‌های دارای گواهی اعتباربخشی انگیزه‌ای برای سایر بیمارستان‌ها برای اجرای استانداردهای اعتباربخشی شد.

بنابراین، در صورتی که کشوری بخواهد اعتباربخشی را از ابتدا اجباری کند، باید یک سری الزامات و پیش‌نیازهایی برای بیمارستان‌ها فراهم شود تا امکان اجرای استانداردهای اعتباربخشی برای آنها راحت‌تر باشد. عدم توجه به این موضوع موجب ایجاد چالش‌های زیادی در اجرای استانداردهای اعتباربخشی برای بیمارستان‌ها می‌شود. عوامل محیطی و سازمانی متعددی بر برنامه‌های تغییر سازمانی تأثیر دارند. عواملی نظیر اندازه سازمان، تعداد بخش‌ها و واحدها، ساختار و فرهنگ سازمانی، سبک رهبری سازمانی، نوع ارتباطات سازمانی، تعداد کارکنان و بار کاری آنها، آموزش و سیستم‌های اطلاعاتی در موفقیت یا شکست برنامه‌های تغییر در سازمان اثر دارند (۲۸-۲۶). پالوت اجرایی استانداردهای اعتباربخشی قبل از ابلاغ به بیمارستان‌ها، آموزش مدیران و کارکنان در زمینه اجرای استانداردهای اعتباربخشی، تأمین منابع مورد نیاز برای اجرای اعتباربخشی، اختصاص زمان کافی و در نظر گرفتن مکانیزم‌های انگیزشی برای اجرای استانداردهای اعتباربخشی در بیمارستان‌ها از پیش‌نیازهای اصلی اعتباربخشی بیمارستانی است.

مطالعات قبلی ابهام و جامع نبودن استانداردها، رویکرد بخشی تدوین استانداردها، تعداد زیاد سنجها، عدم اجرایی بودن برخی سنجها در برخی از بیمارستان‌ها، وزن‌دهی

در برخی از بیمارستان‌های خصوصی که از هتلینگ ضعیفی برخوردار بودند، ارتباط درجه بیمارستان با تعرفه خدمات از نظر برخی از کارکنان تأثیر معکوسی بر اجرای استانداردهای اعتباربخشی داشت. به اعتقاد مدیر بهبود کیفیت یک بیمارستان خصوصی: "مريض که باید کلی پول در یک بیمارستان درجه‌ی یک که هتلینگ خیلی خوبی داره بدهد، می‌بیند که همان دکتر داره اینجا همون کار را با پول کمتر انجام می‌ده. خوب، معلومه که [بیمار] اینجا می‌آید. پزشکان که می‌گن اصلاً ما می‌خواهیم که [بیمارستان] درجه ۳ باشه. اینجوری مریض‌های بیشتری میان اینجا. مثلاً اگر من مریضم را توی فلان بیمارستان لاپاراسکوپی کنم، [بیمارستان] دو ملیون تومان می‌گیره، اینجا چهارصد هزار تومان [می‌گیرد]" (P10).

با این وجود، درجه اعتباربخشی بیمارستان خود به عنوان یک انگیزاننده برای مدیران بیمارستان‌ها عمل می‌کند. سرپرستار یکی از بیمارستان‌ها گفت: "مدیر عاملمون وقتی تو جمع روسای سایر بیمارستان‌ها شرکت می‌کرد، می‌گفت من خجالت می‌کشم، بگویم که درجه‌ی دو هستیم. الکی می‌گویم که ما هم درجه‌ی یک داریم" (P10). برخی از مدیران بر این باور بودند که شناخته شدن در جامعه به عنوان یک بیمارستان برتر اثر پایدارتری از تشویق مالی خواهد داشت: "مگه تمام سازمان‌ها توان این را دارند که پرسنل را تشویق مالی کنند، اون هم به قدری که آنها ارضا شوند؟ به نظر من لازم است در رسانه‌ی ملی برنامه‌ای به اعتباربخشی اختصاص پیدا بکنه و بیمارستان‌های مختلفی که در این زمینه خیلی کار کردند را به مردم معرفی کنند. این کار خیلی ماندگارتر از تشویق مالی است و هم پرسنل و هم بیمار بیشتر باهش ارتباط برقرار می‌کنند" (P22).

ولی باید توجه داشت که مرتبط ساختن درآمد بیمارستان‌ها به درجه اعتباربخشی آنها بدون حمایت از بیمارستان‌های با عملکرد ضعیف اعتباربخشی تأثیر منفی بر عملکرد آنها خواهد داشت. کاهش درآمد ناشی از کاهش درجه اعتباربخشی موجب می‌شود بیمارستان‌ها در سیکل معیوب قرار گرفته و نتوانند به ارتقای کیفیت خدمات خود اقدام کنند. به قول مدیر بهبود کیفیت یک بیمارستان نظامی: "باید بیمارستان‌های ضعیف را هم حمایت کنند. به نوعی باید جبران خسارت منابع مالی این دسته از بیمارستان‌ها هم شود. در غیر این صورت، بیمارستان‌های خوب همیشه خوب خواهند ماند و بیمارستان‌های ضعیف همیشه ضعیف باقی خواهند ماند" (P23). یکی از مدیران یک بیمارستان خصوصی هم بیان کرد که: "یک سری امکانات هم باید برای ما ایجاد بشه. یک بیمارستان دولتی با پشتوانه‌های قوی مالی، اگر درجه‌ی یک

اجرای استانداردهای اعتباربخشی نیازمند تأمین منابع مورد نیاز است. استانداردهای اعتباربخشی بر تهیه زیرساختها، تجهیزات و ملزومات با کیفیت و ارتقای فرایندهای کاری تأکید دارد. بنابراین، اجرای این استانداردها هزینه زیادی بر بیمارستانها تحمیل می‌کند. سایر مطالعات نیز هزینه بالای اجرای اعتباربخشی را در سازمان‌های بهداشتی و درمانی تأیید کردند (۳۱-۳۲). کمبود منابع، بار کاری و استرس زیادی به کارکنان بیمارستانها وارد می‌سازد (۳۴-۳۳). استرس شغلی آسیب‌های جسمی و روحی زیادی برای کارکنان بیمارستانها به وجود می‌آورد و بر کیفیت زندگی کاری (۳۵) و عملکرد آنها اثر منفی دارد (۳۶-۳۷). بنابراین، مدیران بیمارستانها باید الزامات و منابع لازم را برای ارتقای کیفیت، ایمنی و اثربخشی خدمات بیمارستانی در اختیار کارکنان قرار دهند (۳۸).

ولیکن، باید توجه داشت که حدود هشتاد درصد بیمارستان‌های کشور دولتی یا شبه دولتی هستند. بنابراین، ظرفیت و زیرساختهای لازم برای اجرای استانداردهای اعتباربخشی در این بیمارستانها باید فراهم شود. بیمارستانها با محدودیت‌های زیادی در زمینه تأمین منابع به ویژه منابع انسانی مواجه هستند. این پژوهش نشان داد که بیمارستان‌های دولتی از نظر قانونی با محدودیت جذب نیروی انسانی مواجه بودند. بنابراین، اجرای استانداردهای اعتباربخشی بار کاری زیادی به کارکنان تحمیل کرد. این موضوع به ویژه در بخش‌های بالینی با توجه به کمبود کادر بالینی به ویژه پرستاران منجر به کاهش کیفیت خدمات بالینی بیمارستانها شده است. از طرف دیگر، بیمارستان‌های خصوصی و خیریه هم با محدودیت‌های مالی مواجه هستند که تأمین منابع لازم برای اجرای اعتباربخشی را محدود می‌سازد. اجرای برخی از استانداردهای ساختاری نیازمند منابع مالی برای ساخت و تجهیز است. عدم توجه به این نکته، منجر به هزینه بالای اجرای استانداردهای اعتباربخشی در بیمارستانها می‌شود که در نهایت، این هزینه ممکن است به کارکنان و بیماران منتقل شود که مطلوب سیستم اعتباربخشی نیست. از طرف دیگر، پس از انجام ارزشیابی اعتباربخشی و شناسایی حوزه‌های عدم رعایت استانداردها، در صورت نداشتن منابع کافی امکان اجرای اقدامات اصلاحی وجود نخواهد داشت. در نتیجه، اعتباربخشی به هدف بهبود کیفیت دست نخواهد یافت.

در ساخت و تجهیز بیمارستانها باید استانداردهای اعتباربخشی مورد توجه مقامات مربوطه قرار گیرد. رعایت بسیاری از استانداردهای ساختاری اعتباربخشی به هنگام طراحی، ساخت و تجهیز بیمارستانها از دوباره‌کاریها و هزینه‌های بازسازی خواهد کاست. بنابراین، هماهنگی‌های لازم باید بین ادارات مختلف درگیر در فرایند صدور پروانه، نظارت و

یکسان سنجها و تأکید بیش از اندازه بر مستندسازی را از مشکلات استانداردهای اعتباربخشی کشور بیان کردند (۵) و (۲۹). پیلوت اجرایی استانداردها و سنجها قبل از ابلاغ به بیمارستانها منجر به رفع این مشکلات می‌شود. استانداردهای اعتباربخشی پس از تدوین بایستی در چند بیمارستان به مدت حداقل شش ماه به صورت پیلوت اجرا شوند تا تأثیر اجرای استانداردها بر عملکرد سازمانی و بالینی بیمارستانها مشخص شود. تنوع بیمارستان‌های کشور باید در انتخاب بیمارستان‌های پیلوت لحاظ شود. در نتیجه، استانداردهای غیر اجرایی یا استانداردهای فاقد تأثیر مثبت بر عملکرد بیمارستانها حذف خواهند شد. تعداد سنج‌های دور اول اعتباربخشی بیش از هشت هزار سنج بود. که در دور دوم اعتباربخشی به ۲۱۵۷ و در دور سوم اعتباربخشی به ۹۰۳ سنج کاهش یافت. در صورتی که، اگر از همان ابتدا، استانداردهای اعتباربخشی پیلوت اجرایی می‌شد، کمیت و کیفیت استانداردها و سنج‌های اعتباربخشی ارتقا می‌یافت. پیلوت اجرایی استانداردها به نوعی منجر به افزایش اعتبار استانداردهای اعتباربخشی خواهد شد. علاوه بر این، استانداردهای اعتباربخشی کشور باید به صورت دوره‌ای (هر سه سال یکبار) مورد بازنگری قرار گیرد. تحلیل نتایج اعتباربخشی دوره‌های قبلی، عملکرد بیمارستان‌های کشور و مطالعه استانداردهای اعتباربخشی سایر کشورها باید در بازنگری استانداردهای اعتباربخشی مورد استفاده قرار گیرد (۵).

هر برنامه تغییر باید با آموزش شروع شود، با آموزش ادامه یابد و در نهایت، با آموزش به پایان رسد (۲۶). با توجه به وسعت استانداردهای اعتباربخشی و حجم زیاد تغییرات مورد نیاز برای اجرای آن در بیمارستانها، آموزش مدیران و کارکنان در زمینه اجرای استانداردهای اعتباربخشی الزامی است (۷). بنابراین، اداره اعتباربخشی موسسات پزشکی وزارت بهداشت به عنوان مسئول تدوین استانداردهای اعتباربخشی باید آموزش‌های لازم را در زمینه ماهیت استانداردهای اعتباربخشی و نحوه اجرای آنها در اختیار بیمارستانها قرار دهد. روش‌های مختلفی برای این منظور می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد. با توجه به نقش تولیت دانشگاه‌های علوم پزشکی، آموزش و توانمندسازی کارشناسان اداره نظارت و اعتباربخشی معاونت درمان دانشگاهها ضروری است. سپس، این آموزشها باید به صورت آشنایی در اختیار مدیران و کارکنان کلیه بیمارستانها قرار گیرد. تدوین و انتشار کتابچه اجرایی استانداردهای اعتباربخشی و پمفلت‌های آموزشی نیز مفید است. علاوه بر این، اداره اعتباربخشی وزارت بهداشت از طریق وب سایت یا با انتشار مجله می‌تواند اطلاعات مفید لازم را در اختیار بیمارستانها قرار دهد.

بیمارستانی می‌تواند به‌طور غیر مستقیم منجر به تلاش مدیران بیمارستان‌ها برای اجرای استانداردهای اعتباربخشی به منظور کسب مشتریان بیشتر شود.

مدیران بیمارستان‌ها در این پژوهش به چالش‌های اعتباربخشی نیز اشاره کردند. تعداد زیاد استانداردها و سنج‌های اعتباربخشی، هزینه زیاد اجرای استانداردهای اعتباربخشی و محدودیت منابع مالی بیمارستان‌ها، عدم اجرایی بودن برخی سنج‌ها در برخی از بیمارستان‌ها، مقاومت کارکنان در برابر تغییرات سازمانی، تعداد کم کارکنان و بار کاری زیاد آنها و مشارکت کم پزشکان از چالش‌های اجرای اعتباربخشی در بیمارستان‌های استان تهران بود. پژوهش‌های قبلی نیز بیانگر وجود چنین چالش‌هایی در اجرای برنامه اعتباربخشی است (۵ و ۲۳-۲۱). بیشتر این چالش‌ها و مشکلات با فراهم سازی پیش‌نیازها و الزامات اعتباربخشی قابل رفع است.

نتیجه‌گیری

پایلوت اجرایی استانداردهای اعتباربخشی قبل از ابلاغ به بیمارستان‌ها، آموزش مدیران و کارکنان در زمینه اجرای استانداردهای اعتباربخشی، تأمین منابع مورد نیاز برای اجرای اعتباربخشی، اختصاص زمان کافی و در نظر گرفتن مکانیزم‌های انگیزشی برای اجرای استانداردهای اعتباربخشی در بیمارستان‌ها از پیش‌نیازهای اصلی اعتباربخشی بیمارستانی است. عدم تأمین این الزامات و پیش‌نیازها منجر به بروز مشکلات و چالش‌های بسیار زیادی برای مدیران و کارکنان بیمارستان‌های استان تهران به هنگام اجرای اعتباربخشی شد. تأمین این الزامات توسط وزارت بهداشت و معاونت درمان دانشگاه‌ها منجر به تسهیل اجرای اعتباربخشی در بیمارستان‌ها و در نهایت منجر به بهبود کیفیت، ایمنی و اثربخشی خدمات بیمارستان‌ها خواهد شد.

قدردانی و تشکر

بدینوسیله از همکاری کلیه مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها که در این پژوهش ما را یاری رساندند، تشکر می‌کنیم. همچنین، نویسندگان از داوران محترمی که با انتقادات سازنده و بیان نظرات کارشناسی خود به ارتقای کیفیت این مقاله کمک کردند، تشکر می‌کنند.

اعتباربخشی وجود داشته باشد. از طرف دیگر، در بررسی دوره‌ای استانداردهای اعتباربخشی باید استانداردهای فنی و علمی ساخت و تجهیز بیمارستان‌ها مورد توجه قرار گیرد تا نظرات سلیقه‌ای مغایر با استانداردهای فنی منجر به تحمیل هزینه‌های زیاد بر بیمارستان‌ها نشود.

مدیران بیمارستان‌های استان تهران اعتقاد داشتند که زمان کافی برای اجرای استانداردهای اعتباربخشی به آنها داده نشده است. در نتیجه، اعتباربخشی در بسیاری از بیمارستان‌ها تنها به مستندسازی و تغییرات ساختاری منجر شده است. اجرای استانداردهای اعتباربخشی بعد از ابلاغ استانداردها به ۲ تا ۳ سال زمان نیاز دارد. برای دستیابی به نتایج خوب در بیمارستان‌ها باید ساختارها و فرایندها به ترتیب اصلاح شوند. به عبارتی، نتایج خوب نیازمند داشتن ساختارها و فرایندهای خوب است. اصلاح ساختارها نیز پیش‌نیاز ارتقای فرایندهای کاری است. مصدق راد در پژوهشی به منظور اجرای مدیریت کیفیت در بیمارستان خاطر نشان ساخت که افزایش کیفیت، ایمنی و اثربخشی خدمات بیمارستانی نیازمند تغییرات ساختاری، زمینه‌ای (فرهنگی) و فرایندی است و مدت زمان حداقل یک سال را برای تغییرات ساختاری و زمینه‌ای و سپس یک سال را برای تغییرات فرایندی پیشنهاد کرد (۳۹). رعایت ترتیب اعمال تغییرات ساختاری، زمینه‌ای و فرایندی در مدیریت تغییر برای ارتقای خدمات بیمارستانی در ایران مناسب است (۴۰).

بیمارستان‌ها باید از انگیزه لازم برای مشارکت فعال در اعتباربخشی برخوردار شوند. بنابراین، بیمه‌ها و مردم باید در این زمینه اقدامات لازم را به کار گیرند. در حال حاضر درجه اعتباربخشی بیمارستان‌ها با تعرفه هتلینگ آنها مرتبط است. به عبارتی، در صورت کاهش درجه اعتباربخشی، بیمارستان‌ها ملزم به دریافت تعرفه هتلینگ کمتری از مردم هستند. با این وجود باید توجه داشت که حدود ۸۰ درصد بیمارستان‌های کشور به نوعی دولتی هستند که با محدودیت‌های مالی هم مواجه هستند. در نتیجه، کاهش درجه اعتباربخشی آنها زیان مالی شدیدی برای آنها دارد. این ارتباط ممکن است در نهایت، منجر به افزایش درجه اعتباربخشی بیمارستان‌ها شود. به عنوان مثال، مطالعه‌ای نشان داد که حدود ۷۱/۷٪ بیمارستان‌ها در دور اول اعتباربخشی، درجه یک به بالا کسب کرده بودند (۴). در حالی که در کشورهای توسعه‌یافته، درصد کمتری از بیمارستان‌ها موفق به دستیابی به این درجه اعتباربخشی هستند. افزایش آگاهی مردم در مورد برنامه اعتباربخشی

References.

1. Mosadeghrad AM. Handbook of hospital professional organization and management Tehran. Iran: Dibagran Tehran; 2004.
2. Mosadeghrad AM. Essentials of healthcare organization and management. Iran: Dibagran Tehran; 2015.
3. Mosadeghrad AM. Comments on "Iran Hospital Accreditation System". Iranian Journal of Public Health. 2016;45(6):837.
4. Mosadeghrad AM, Akbari-sari A, Yousefinezhadi T. Evaluation of hospital accreditation Method. Tehran Univ Med J. under press. [in Persian]
5. Mosadeghrad AM, Akbari-sari A, Yousefinezhadi T. Evaluation of hospital accreditation standards. Razi Journal of Medical Sciences. 2017;23(153):50-61.
6. Braithwaite J, Greenfield D, Westbrook J, Pawsey M, Westbrook M, Gibberd R, et al. Health service accreditation as a predictor of clinical and organizational performance: a blinded, random, stratified study. Qual Saf Health Care. 2010; 19(1):14-21.
7. El-Jardali F, Jamal D, Dimassi H, Ammar W, Tchaghchaghian V. The impact of hospital accreditation on quality of care: perception of Lebanese nurses. International Journal for Quality in Health Care. 2008;20(5):363-71.
8. 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(4):407.
9. Shaw CD, Collins CD. Health service accreditation: report of a pilot programme for community hospitals. BMJ: British Medical Journal. 1995;310(6982):781.
10. Thornlow DK, Merwin E. Managing to improve quality: the relationship between accreditation standards, safety practices, and patient outcomes. Health care management review. 2009;34(3):262-72.
11. Schmaltz SP, Williams SC, Chassin MR, Loeb JM, Wachter RM. Hospital performance trends on national quality measures and the association with Joint Commission accreditation. Journal of hospital medicine. 2011;6(8):454-61.
12. Chen J, Rathore SS, Radford MJ, Krumholz HM. JCAHO accreditation and quality of care for acute myocardial infarction. Health Affairs. 2003;22(2):243-54.
13. Pomey M-P, Contandriopoulos A-P, François P, Bertrand D. Accreditation: a tool for organizational change in hospitals? International Journal of Health Care Quality Assurance. 2004;17(3):113-24.
14. Ng K, Leung GK, Johnston JM, Cowling BJ. Factors affecting implementation of accreditation programmes and the impact of the accreditation process on quality improvement in hospitals: a SWOT analysis. Hong Kong Medical Journal. 2013.
15. Baskind R, Kordowicz M, Chaplin R. How does an accreditation programme drive improvement on acute inpatient mental health wards? An exploration of members' views. Journal of Mental Health. 2010;19(5):405-11.
16. Salmon J, Heavens J, Lombard C, Tavrow P: The impact of accreditation on the quality of hospital care: KwaZulu-Natal province Republic of South Africa, Operations Research Results. Bethesda, MD: USAID; 2003.
17. Mate, K., Rooney, A.L., Supachutikul, A., Gyani, G. Accreditation as a path to achieving universal quality health coverage. Globalization and Health. 2014: 10-68.
18. Touati N, Pomey M-P. Accreditation at a crossroads: are we on the right track? Health Policy. 2009;90(2):156-65.
19. Zoleikani P. The impact of implementing accreditation standards of hospital emergency and accident departments on the performance of Sari hospitals' emergency and accident departments. Unpublished thesis, Tehran University of Medical Sciences. 2015.
20. Shah-Ebrahimi S. Evaluation of hospitals' performance in Tehran province using Data mining and Data Envelopment Analysis. Unpublished thesis, Iran University of Science and Technology. 2016.
21. Moradi R, Nemati A, Bahman ZN, Shokri A, Mohammadi M, Soltantajiyani A. Effect Of Accreditation On The Health Services Delivering In University Hospitals Of Isfahan. 2015.
22. Mousavi S M, Arian khesal A, Akbarisari A. Arab M. The effect of accreditation system on the key performance indicators of hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences: an interrupted time series analysis in 2012-2014. jhosp. 2017; 16 (1):17-26.
23. Azami-Aghdash S, Sadeghi Bazargani H, Ghasemi B, Mirzaei A, Aghaie MH. Barriers to implement accreditation from the perspective of hospitals' managers in East Azerbaijan Hospitals: A mixed method study. Depiction of Health; 2013;4(2):35-42. [Persian]
24. Seale C, Silverman D. Ensuring rigour in qualitative research. The European Journal of Public Health. 1997;7(4):379-384.
25. Shaw CD1, Kutryba B, Braithwaite J, Bedlicki M, Warunek A. Sustainable healthcare accreditation: messages from Europe in 2009. Int J Qual Health Care 2010;22(5):341-50.
26. Mosadeghrad AM, Ansarian M. Why do organisational change programmes fail? International Journal of Strategic Change Management. 2014;5(3):189-218.
27. Mosadeghrad AM. Essentials of Total Quality Management in Healthcare: A systematic review. International Journal of Health Care Quality Assurance, 2014; 27 (6):544-558.

28. Mosadeghrad AM. Why TQM does not work in Iranian healthcare organisations. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 2014; 27 (4): 320-335.
29. Yousefinezhadi T, Mosadeghrad AM, Arab M, Ramezani M, Akbari-sari A. An Analysis of Hospital Accreditation Policy in Iran. *Iranian Journal of Public Health* 2017. 46(10):1347-1358.
30. El-Jardali F, Hemadeh R, Jaafar M, Sagherian L, El-Skaff R, Mdeihly R, et al. The impact of accreditation of primary healthcare centers: successes, challenges and policy implications as perceived by healthcare providers and directors in Lebanon. *BMC health services research*. 2014;14(1):86.
31. Greenfield D, Braithwaite J: Health sector accreditation research: a systematic review. *Int J Qual Health Care* 2008, 20(3):172–183.
32. Mihalik GJ, Scherer MR, Schreter RK. The high price of quality: a cost analysis of NCQA accreditation. *Journal of health care finance*. 2002;29(3):38-47.
33. Manzo BF, Brito MJM, Corrêa AdR. Implications of hospital accreditation on the everyday lives of healthcare professionals. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2012;46(2):388-94.
34. Elkins G, Cook T, Dove J, Markova D, Marcus JD, Meyer T, et al. Perceived stress among nursing and administration staff related to accreditation. *Clinical nursing research*. 2010;19(4):376-86.
35. Mosadeghrad AM, Ferlie E, & Rosenberg D. A study of relationship between job stress, quality of working life and turnover intention among hospital employees. *Health Services Management Research Journal*, 2011; 24 (4): 170-181.
36. Mosadeghrad AM. Mosadeghrad, A.M. Occupational stress and its consequences: Implications for health policy and management. *Leadership in Health Services Journal*, 2014; 27 (3): 224 - 239.
37. Mosadeghrad AM. Occupational stress and turnover intention: Implications for nursing management. *International Journal of Health Policy and Management*, 2013; 1 (2), pp. 179-186.
38. Mosadeghrad AM, Ferlie E. Total Quality Management in Healthcare in. In: Örtenblad A, Löfström CA, Sheaff R, eds. *Management innovations for healthcare organizations: adopt, abandon or adapt?* 1st ed. New York: Routledge; 2016: 378-396.
39. Mosadeghrad AM. Towards a theory of quality management: an integration of strategic management, quality management and project management. *International Journal of Modelling in Operations Management*. 2012;2(1):89-118.
40. Mosadeghrad AM. Verification of a quality management theory: Using a Delphi study. *International journal of health policy and management*. 2013;1(4):261.

Hospital Accreditation Implementation Prerequisites

Mosadeghrad AM¹, Shakibaei E^{2*}

Submitted: 2017.1.17

Accepted: 2017.9.15

Abstract

Background: Accreditation is an appropriate strategy for improving the quality, safety and effectiveness of hospital services. Iran national hospital accreditation was initiated as a government and mandatory program in 2012. This study aimed to identify the prerequisites of hospital accreditation implementation in Tehran province hospitals.

Materials and Methods: This qualitative study was performed using semi-structured interviews with 72 managers in different level from 15 university, private, military, social security and charity hospitals in 2016. Hospitals were selected purposefully through Tehran province hospitals. Content analysis was used in order to data analysis.

Results: Pilot testing of standards before announcing to hospitals for implementation, education and training of hospital managers and employees on accreditation standards, providing required resources, allocating enough time for implementing the standards and providing incentives for implementing standards are the main hospital accreditation prerequisites. Absence of these prerequisites in accreditation implementation resulted in huge challenges for hospital managers and employees.

Conclusion: Providing the accreditation prerequisites for hospitals facilitates implementation of hospital accreditation in hospitals which in turn results in quality improvement, safety and hospital services effectiveness.

Key words: Accreditation, Prerequisites, Policy making, Planning, Qualitative study

¹ Associate Professor, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² M.Sc. in Health Services Management, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran, (*Corresponding author), Email: erfanshakibaei@yahoo.com