

میزان آمادگی بیمارستان‌های دارای سیستم مدیریت کیفیت اصفهان بر اساس مدل عملکردی استاندارد اعتباربخشی کمیسیون مشترک بین الملل*

شیرین عباسی^۱، ناهید توکلی^۲، محمد مصلحی^۳

چکیده

مقدمه: امروزه موضوع اعتباربخشی با هدف ایجاد و ارتقای فرهنگ ایمنی و کیفیت مراقبت از بیمار جایگاه ویژه‌ای یافته است. در چند سال اخیر، اقداماتی نیز در جهت استقرار استاندارد اعتباربخشی در کشورمان در جریان بوده است که در سال ۱۳۹۰ جایگزین استانداردهای ارزشیابی بیمارستان گردید. هدف پژوهش حاضر، تعیین میزان آمادگی بیمارستان‌های منتخب استان اصفهان بر اساس مدل عملکردی استاندارد اعتباربخشی کمیسیون مشترک بین الملل بود.

روش بررسی: مطالعه‌ی توصیفی - مقطعی حاضر در سال ۱۳۹۰ بر روی چهار بیمارستان دکتر غرضی، دکتر شریعی، فاطمه الزهرا (س) نجف‌آباد و شهید بهشتی صورت گرفت. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، ۱۳ چک‌لیست مدل عملکردی کمیسیون اعتباربخشی بین‌المللی با ۳۲۳ گزاره‌ی مورد تأیید مرکز نظارت و اعتباربخشی معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بود. پژوهشگر از طریق مشاهده‌ی مستندات و پرسش از نمایندگان مدیریت کیفیت بیمارستان، داده‌ها را جمع‌آوری و بر اساس اهداف پژوهش در سطح آمار توصیفی و در نهایت از طریق نرم‌افزار SPSS مورد تحلیل قرار داد.

یافته‌ها: میزان آمادگی بیمارستان‌های منتخب در استانداردهای بیمار محور حدود ۶۴ درصد و در استانداردهای سازمان محور حدود ۶۶ درصد بود. بیمارستان‌های مورد بررسی در راستای استقرار استانداردهای اعتباربخشی با میانگین حدود ۶۵ درصد دارای آمادگی نسبی بودند.

نتیجه‌گیری: با توجه به این که بیمارستان‌های مورد مطالعه دارای نظام مدیریت کیفیت (ISO ۹۰۰۰ یا International Organization for Standardization ۹۰۰۰) بود، امکان استقرار استانداردهای نوین ارزیابی فرایند، پیامد و ساختاری به جای استانداردهای سنتی در این بیمارستان‌ها وجود دارد. در این راستا، برخی از محورهای مورد بررسی، از جمله حقوق بیمار باید به طور جدی مورد توجه متولیان نظام سلامت قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: سیستم مدیریت کیفیت؛ بیمارستان‌ها؛ اعتباربخشی؛ کمیسیون مشترک اعتباربخشی بیمارستان‌ها

نوع مقاله: پژوهشی

* این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی شماره‌ی ۲۸۹۱۷۴ تحت حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد.
۱- کارشناس ارشد، مدارک پزشکی، مدیریت درمان تأمین اجتماعی، اصفهان، ایران (نویسنده‌ی مسؤل)

Email: ab.sh80@yahoo.com

۲- مربی، مدیریت و فناوری اطلاعات سلامت، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۳- دکترای تخصصی، اطفال، مدیریت درمان تأمین اجتماعی اصفهان، اصفهان، ایران

اصلاح نهایی: ۹۱/۴/۵

دریافت مقاله: ۹۰/۹/۲۷

پذیرش مقاله: ۹۱/۶/۸

ارجاع: عباسی شیرین، توکلی ناهید، مصلحی محمد. میزان آمادگی بیمارستان‌های دارای سیستم مدیریت کیفیت اصفهان بر اساس مدل عملکردی استاندارد اعتباربخشی کمیسیون مشترک بین الملل. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۱؛ ۹(۴): ۵۱۲-۵۰۲.

مقدمه

ارزیابی بیمار، ترویج محیط کار سالم، تداوم همکاری روند توسعه در سطح بیمارستان / منطقه و کشور، مشخص نمودن افراد مجاز به جمع‌آوری داده‌ها، تجزیه و تحلیل داده‌ها، نحوه‌ی استفاده از نتایج و نحوه‌ی تصمیم‌گیری و اجرای اقدام بهبود و در نهایت تکرار ارزیابی بود (۱۰). شورای مشترک بین‌المللی (JCI یا Joint commission international)، استانداردهای بین‌المللی برای بیمارستان‌ها را ارایه کرده است. این هیأت در سال ۱۹۹۸ به عنوان شاخه‌ی بین‌المللی شورای مشترک (ایالات متحده) تأسیس شد. ویرایش چهارم استانداردها در سال ۲۰۱۱ تأیید دوباره‌ی بر مأموریت این شورا در ارتقای ایمنی و کیفیت بیماران در جهان و تغییرات پویایی می‌باشد که در حوزه‌ی مراقبت‌های بهداشتی در دنیا رخ داده است (۵). در تدوین استانداردهای اعتباربخشی از دو مدل عملکردی و بخش استفاده می‌شود. برخی کشورها از ترکیبی از این دو مدل نیز استفاده کرده‌اند. در مدل عملکردی، استانداردها به دو بخش بیمار محور و سازمان محور تقسیم می‌شوند (۱۱). نتایج مطالعات اعتباربخشی در سال ۲۰۰۸ در دانمارک قبل و بعد از پیاده‌سازی استانداردهای اعتباربخشی در شش بیمارستان از بیمارستان‌های کوپنهاگ دانمارک توسط استانداردهای JCI بر اساس ۱۳ محور استاندارد با ۳۶۷ گزاره مورد ارزیابی قرار گرفتند. این بیمارستان‌ها در سال ۲۰۰۸ موفق به کسب گواهی اعتباربخشی شدند (۱۲). در پژوهشی در مصر با هدف تعیین تأثیر اعتباربخشی واحدهای سلامت سازمان‌های غیر دولتی بر رضایت بیمار و ارایه دهنده در ۶۰ واحد سلامت، نشان داد که میزان رضایتمندی بیماران به طور معنی‌داری در واحدهای سلامت که اعتباربخشی شده بودند، بالاتر از مراکزی بود که گواهینامه اعتباربخشی نداشتند (۱۳). در مطالعه Chase تحت عنوان اعتباربخشی در ۱۶ بیمارستان بر اساس مدل عملکردی، در مرحله اول نتایج اعتباربخشی حاکی از آن بود که هیچ بیمارستانی موفق به کسب درجه اعتباربخشی توسط بازرسی نشد. همچنین بیشترین درصد آمادگی بیمارستان‌ها در مدل بیمار محور در زمینه‌های آموزش بیمار و خانواده

رشد سریع تکنولوژی در جنبه‌های پزشکی، ضرورت اتخاذ رویکردی نوین برای مدیریت سازمان‌های درمانی و بهداشتی بر اساس استانداردهای بین‌المللی را می‌طلبد (۱). تجربیات جهانی نشان داده است که استفاده از استاندارد در ارایه‌ی خدمات، موجب بهبود و ارتقای کیفیت آن‌ها خواهد شد (۲). یکی از شیوه‌های ارتقای کیفیت و ایمنی در سازمان‌های مراقبت‌های درمانی از طریق اعتباربخشی است که بر بهبود مداوم کیفیت، بهبود امنیت بیمار و کارکنان برای تشریح کیفیت خدمات بهداشتی درمانی تأکید دارد (۳). اعتباربخشی به معنی ارزیابی سیستماتیک مراکز ارایه‌ی خدمات سلامت می‌باشد که در جریان آن، با استفاده از نظر مجموعه‌ای از خبرگان یک حوزه‌ی تخصصی، بر اساس استانداردهای مدون که جهت اندازه‌گیری کیفیت مراقبت از بیمار طراحی شده‌اند، اقدام به ارزیابی یک سازمان بهداشتی می‌نماید و در مورد اعطای صلاحیت آن‌ها تصمیم‌گیری می‌نماید تا شهرت، اعتبار و رسمیت آن مرکز در توانایی انجام خدمات خاص به صورت استاندارد را مشخص کنند (۴-۶). خطمشی مراقبت‌های سلامت و تمرکز بر روی اصول اعتباربخشی بنیادی برای یک‌پارچه نمودن توسعه‌ی سیستم بهداشت و درمان، اساس اعتباربخشی را تشکیل می‌دهد (۳). پیش‌نیاز فرایند اعتباربخشی، خود ارزیابی است که از طریق یک ارزیابی درون سیستمی توسط چک‌لیست‌های فراهم شده منطبق با استاندارد انجام گردید (۷) و باعث تغییرات اساسی در فعالیت‌های تجاری، بهداشتی و مراقبت شد و در آن وضعیت بیمارستان با استانداردهای موجود به منظور بهبود کیفیت مستمر، شناسایی بهبود کیفیت بالقوه، توسعه، طراحی، اقدام و اجرا انجام می‌گردد (۸)، در حالی که نتایج خود ارزیابی در تصمیم‌گیری نهایی اعتباربخشی در نظر گرفته نمی‌شود (۹). انجام اعتباربخشی به عنوان یک مدل جامع توسط سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۳ ایجاد و به عنوان یک عامل حمایتی جهت بررسی عملکرد بیمارستان‌ها شناخته شد. محورهای این استاندارد عبارت از خطمشی‌های مدیریت،

خارج سازمانی، تمام اقدامات عینی، قابل اندازه‌گیری و درجه‌بندی را مورد بررسی قرار می‌دهد و استانداردهای آن بر ارتقای مستمر کیفیت و ایمنی خدمات تأکید دارد. با توجه به استقرار استاندارد ملی اعتباربخشی در ایران و تمرکز این استاندارد در کشور بر اساس رضایتمندی بیماران، پرسنل درمانی، تضمین کیفیت درمان و سلامتی بیمار، این پژوهش در استان اصفهان مطابق با چک‌لیست‌های مدون اعتباربخشی بر اساس مدل عملکردی در بیمارستان‌هایی انجام گردید که دارای سیستم مدیریت کیفیت بود.

روش بررسی

این مطالعه توصیفی-مقطعی بود. جمعیت مورد مطالعه بیمارستان‌های دارای سیستم مدیریت کیفیت ایزو ۹۰۰۱-۲۰۰۸ در اصفهان شامل بیمارستان دکتر غرضی، شریعتی و فاطمه الزهرا (س) نجف‌آباد وابسته به سازمان تأمین اجتماعی و بیمارستان شهید بهشتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بود که در سال ۱۳۹۰ انجام پذیرفت.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل ۱۳ چک‌لیست مدل عملکردی کمیسیون مشترک بین‌المللی (۷ چک‌لیست بیمار محور و ۶ چک‌لیست سازمان محور)، با ۳۲۳ گزاره بود که با توجه به این که چک‌لیست‌های مزبور مورد تأیید مرکز نظارت و اعتباربخشی امور درمان معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بود، از این رو روایی آن مورد تأیید قرار داشت. برای بررسی تحقق هر استاندارد از جدول لایکرت شامل ۵ مقیاس از «کاملاً رعایت شده» تا «اصلاً رعایت نشده» استفاده گردید. مواردی از عناصر عملکردی که در برخی از بیمارستان‌ها کاربردی نداشت (N/A یا Not application)، در محاسبه میانگین منظور نگردیده است. چک‌لیست‌های استفاده شده عبارت بود از:

۱. استاندارد دسترسی به درمان و تداوم درمان (Access to care and continuity of care)
۲. استاندارد حقوق بیمار و خانواده (Patient and family rights)

(۶۲ درصد) و کم‌ترین حوزه‌ی دسترسی و تداوم مراقبت (۴ درصد) بود (۱۴). در مطالعه‌ی تحت عنوان میزان آمادگی بیمارستان‌های آموزشی-درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران در کسب اعتباربخشی کمیسیون مشترک بین‌المللی JCI، یافته‌ها نشان داد که در خصوص استاندارد حقوق بیمار و خانواده در ایران، مجموع حیطه‌های مورد بررسی در بیمارستان‌های مورد نظر میانگین آمادگی بیمارستان‌ها حدود ۵۷ درصد و در خصوص میانگین میزان آمادگی بر اساس استانداردهای سازمان محور در این مورد حدود ۷۱ درصد به دست آمد. به اعتقاد پژوهشگر، در مجموع و با توجه به یافته‌های پژوهش، به نظر می‌رسد که بیمارستان‌های مورد پژوهش، آمادگی نسبی برای کسب اعتباربخشی بین‌المللی JCI داشتند که در برخی از استانداردها مناسب و در برخی دیگر ناکافی بود (۱۵).

تحول تدوین استانداردها نشان می‌دهد که استانداردهای بیمارستانی از شکل تنها ساختاری به استانداردهای متکی بر ارتقای مستمر کیفیت و مدیریت جامع کیفیت تغییر یافته‌اند. تاریخچه ارزشیابی بیمارستان‌ها در ایران به دستورالعمل استاندارد و ضوابط ارزشیابی در سال ۱۳۷۶ می‌رسد که سهم بسزایی در ارتقای کیفیت خدمات بیمارستانی داشت. اما امروزه به پویایی حوزه‌ی مراقبت‌های بهداشتی، استانداردهای موجود کارایی گذشته خود را نداشته‌اند و نیاز به تحول در آن به خوبی احساس گردید (۱۶). از این رو متخصصان وزارت بهداشت به پیاده‌سازی اعتباربخشی پرداختند و با بهره‌گیری از تجارب ارزیابی درونی در مطالعه‌ی فرایند موجود و ملزومات آن در کشورهای مختلف، فرهنگ‌سازی، ایجاد آگاهی و احساس ضرورت و نیز واجد شرایط بودن واحد متقاضی اعتباربخشی، اقداماتی نیز در جهت استقرار ساختارهای اعتباربخشی انجام یافته است (۱۷). از سال ۱۳۹۱ به عنوان الزام وزارت بهداشت در خصوص ارزشیابی بیمارستان‌ها مورد توجه قرار می‌گیرد. بدون شک تحقق صحیح این مهم، جز با شناخت جامع مفهوم اعتباربخشی، مراحل استقرار و مراحل انجام، میسر نخواهد بود. این روش، به عنوان یک ارزیابی

(Staff qualifications and education)

به منظور انجام پژوهش، در ابتدا با اخذ اجازه از سازمان تأمین اجتماعی و مسئولین دانشگاه علوم پزشکی، مراحل انجام طرح برنامه‌ریزی شد و سپس پژوهشگران به بیمارستان‌های مورد مطالعه مراجعه و با کسب مجوز مدیریت ارشد بیمارستان، اقدام به تکمیل چک‌لیست نمودند. لازم به توضیح است که پژوهشگران از طریق مشاهده مستندات، (فرایندهای کاری، دستورالعمل‌ها و روش‌های اجرایی و مدارک پزشکی بیماران)، مصاحبه و پرسش از نمایندگان مدیریت کیفیت و یا مسئولین بیمارستان، داده‌ها را بر اساس محورهای یاد شده در چک‌لیست‌ها وارد شدند. داده‌های جمع‌آوری شده، از طریق نرم‌افزار Excel بر اساس اهداف پژوهش در سطح آمار توصیفی نظیر درصد و میانگین مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

نتایج حاصل از تحقیق، در مورد میزان آمادگی بیمارستان‌های منتخب اصفهان بر اساس چک‌لیست‌های استاندارد اعتباربخشی کمیسیون مشترک بین‌الملل در بیمارستان‌های شریعتی، غرضی، فاطمه زهرا (س) و بهشتی در جداول ۱ و ۲ و نمودار ۱ ارایه شده است.

۳. استاندارد ارزیابی بیماران (Assessment of patients)
۴. استاندارد مراقبت از بیماران (Care of patient)
۵. استاندارد مراقبت جراحی و بیهوشی (Anesthesia and surgical care)
۶. استاندارد استفاده و مدیریت دارو (Medication and management use)
۷. استاندارد آموزش بیمار و خانواده (Patient and family education)
۸. استاندارد بهبود کیفیت و ایمنی بیمار (Quality improvement patient safety)
۹. استاندارد پیش‌گیری و کنترل عفونت (Prevention of control of infections)
۱۰. استاندارد نظارت، رهبری و مدیریت (Governance, leadership and direction)
۱۱. استاندارد مدیریت ارتباط و اطلاعات (Management of communication and information)
۱۲. استاندارد مدیریت و تأسیسات و ایمنی (Facility management of safety)
۱۳. استاندارد آموزش حین خدمت و مهارت‌های حرفه‌ای

جدول ۱: میزان آمادگی بیمارستان‌های منتخب اصفهان بر اساس مدل بیمار محور

بیمارستان‌های منتخب مورد مطالعه				درصد آمادگی	محور (تعداد گزاره)
شهید بهشتی	فاطمه زهرا (س)	دکتر غرضی	دکتر شریعتی		
۷۴	۷۵/۶	۷۷/۱	۷۳/۴	Access to care and continuity of care (۲۱ گزاره)	ACC یا
۴۳/۵	۳۲	۴۰/۹	۳۹	Patient and family rights (۳۰ گزاره)	PFR یا
۶۸	۸۱/۶	۷۸/۵	۷۳/۱	Assessment of patients (۴۲ گزاره)	AOP یا
۵۶/۹	۶۱/۴	۵۳/۳	۴۲/۵	Care of patient (۲۳ گزاره)	COP یا
۸۲/۵	۸۷/۸	۹۵	۸۵	Anesthesia and surgical care (۱۴ گزاره)	ASC یا
۵۶	۸۴	۷۰/۵	۷۱/۸	Medication and management use (۲۱ گزاره)	MMU یا
۴۱/۶	۵۷/۳	۵۳/۸	۴۳/۷	Patient and family education (۷ گزاره)	PFE یا
۶۰/۳	۶۸/۵	۶۷	۶۱/۲	میانگین محورها (۱۵۸ گزاره)	

آمادگی در محور استاندارد مراقبت جراحی و بیهوشی با حدود ۷۰ درصد و کمترین میزان آمادگی در محور استاندارد مدیریت و تأسیسات و ایمنی ۵۰ درصد بود.

بیمارستان غرضی بیشترین آمادگی را در محور آموزش حین خدمت و مهارت‌های حرفه‌ای با ۷۶/۵ درصد و کمترین آمادگی را در محور بهبود کیفیت و ایمنی بیمار با حدود ۵۸ درصد را دارا بود. بیمارستان فاطمه الزهرا بیشترین آمادگی را در محور آموزش حین خدمت و مهارت‌های حرفه‌ای با حدود ۸۱ درصد و کمترین آمادگی را در مدیریت و تأسیسات و ایمنی با ۶۳/۵ درصد را دارا بود. بیمارستان بهشتی بیشترین آمادگی را در محور پیش‌گیری و کنترل عفونت با حدود ۷۸ درصد و کمترین آمادگی را در محور آموزش حین خدمت و مهارت‌های حرفه‌ای با ۶۳ درصد را دارا بود. بیشترین میزان آمادگی در بیمارستان‌های مورد مطالعه در محور سیزدهم آموزش حین خدمت و مهارت‌های حرفه‌ای با رقم حدود ۸۱ درصد بود.

بحث

اولین محور مورد مطالعه (استاندارد دسترسی به درمان و تداوم درمان) بود. بیمارستان بهشتی در حیطه‌ی سوم این محور با میزان ۵۰ درصد (وجود خط‌مشی به عنوان راهنمای ترخیص) کمترین آمادگی را داشت. میانگین میزان آمادگی در بیمارستان‌های مورد مطالعه ۷۵ درصد به دست آمد که این

یافته‌های حاصل از جدول ۱ نشان داد که بیمارستان شریعتی در محورهای مورد بررسی دارای بیشترین میزان آمادگی در محور مراقبت جراحی و بیهوشی با ۸۵ درصد و کمترین میزان آمادگی در محور استاندارد حقوق بیمار و خانواده با ۳۹ درصد بود.

بیمارستان غرضی بیشترین آمادگی را در محور مراقبت جراحی و بیهوشی با ۹۵ درصد و کمترین آمادگی را در محور حقوق بیمار و خانواده حدود ۴۱ درصد را دارا بود.

بیمارستان فاطمه الزهرا بیشترین آمادگی را در محور مراقبت جراحی و بیهوشی با حدود ۸۸ درصد و کمترین آمادگی را در محور حقوق بیمار و خانواده ۳۲ درصد را دارا بود.

بیمارستان بهشتی بیشترین آمادگی را در محور مراقبت جراحی و بیهوشی با ۸۲/۵ درصد و کمترین آمادگی را در محور آموزش بیمار و خانواده با حدود ۴۲ درصد را دارا بود.

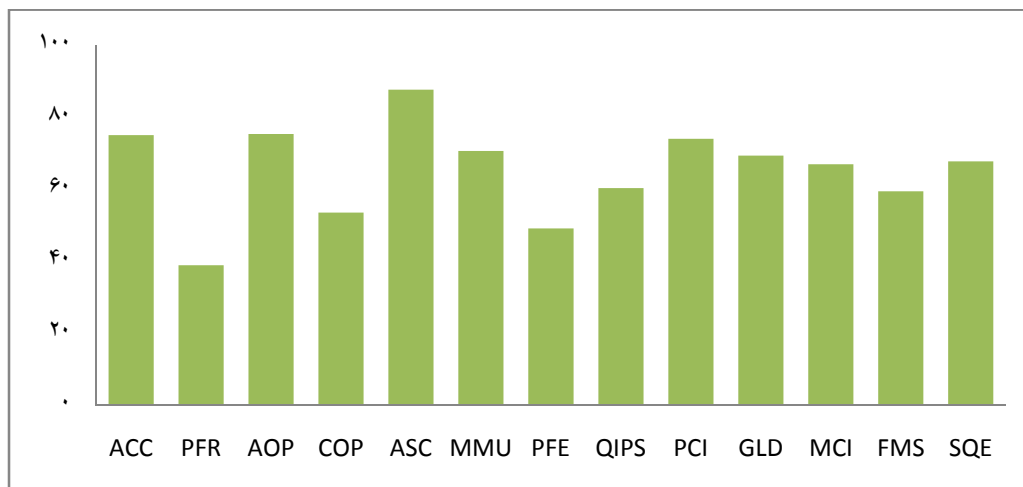
بیشترین میزان آمادگی در بیمارستان‌های مورد مطالعه در محور پنجم در خصوص استاندارد مراقبت جراحی و بیهوشی با حدود ۹۵ درصد بود.

کمترین میزان آمادگی در بیمارستان‌های مورد مطالعه در محور دوم در خصوص استاندارد حقوق بیمار و خانواده‌ها ۳۲ درصد بود.

یافته‌های حاصل از جدول ۲ نشان داد که بیمارستان شریعتی در محورهای مورد بررسی دارای بیشترین میزان

جدول ۲: میزان آمادگی بیمارستان‌های منتخب اصفهان بر اساس مدل سازمان محور

بیمارستان‌های منتخب مورد مطالعه				درصد آمادگی	محور (تعداد گزاره)
دکتر شریعتی دکتر غرضی فاطمه زهرا (س) شهید بهشتی					
۶۶/۲	۶۶/۴	۵۷/۶	۵۱		QIPS یا Quality improvement patient safety (۳۸ گزاره)
۷۷/۷	۷۴/۲	۷۴/۶	۶۹/۷		PCI یا Prevention of control of infections (۲۳ گزاره)
۶۹/۲	۸۰/۳	۶۸/۴	۵۹/۶		GLD یا Governance, leadership and direction (۲۶ گزاره)
۶۷	۷۸/۳	۶۸	۵۴/۲		MCI یا Management of communication and information (۲۸ گزاره)
۶۶/۳	۶۳/۵	۵۸	۴۹/۸		FMS یا Facility management of safety (۲۷ گزاره)
۶۲/۹	۸۰/۶	۷۶/۵	۵۰/۷		SQE یا Staff qualifications and education (۲۳ گزاره)
۶۸	۷۳/۸	۶۷/۱	۵۵/۸		میانگین محورها (۱۶۵ گزاره)



نمودار ۱: میزان آمادگی بیمارستان‌های منتخب اصفهان براساس محورهای اعتباربخشی

دست آمده با پژوهش مورد نظر همخوانی دارد (۱۵). نتایج مطالعه‌ی Chase حاکی از میزان آمادگی حدود ۴۰ درصد در بیمارستان‌های مورد مطالعه بود که با مطالعه‌ی حاضر همخوانی ندارد (۱۴). چهارمین محور مورد بررسی، استاندارد مراقبت از بیماران بود. میانگین آمادگی بیمارستان‌های مورد بررسی در این محور ۵۳/۵ درصد بود. از نکات حایز اهمیت در محور مورد بررسی عدم آمادگی کامل بیمارستان بهشتی در خصوص شرح چگونگی مراقبت از بیماران در حال احتضار بود. تورانی میزان آمادگی بیمارستان‌های مورد پژوهش در تهران را حدود ۶۱ درصد اعلام کرد (۱۵).

نتایج مطالعه‌ی Chase نشان داد که بیمارستان‌های مورد بررسی در این خصوص، استانداردهای مورد نیاز را به طور کامل برآورده نکرده بود (میزان آمادگی ۴۵ درصد) (۱۴). در محور پنجم استاندارد بیمارستان غرضی با ۹۵ درصد آمادگی در حیطه‌های مورد بررسی، بیشترین اقدامات را در این خصوص انجام داده است.

در خصوص محور استاندارد استفاده و مدیریت دارو، یافته‌ها نشان داد که میزان آمادگی بیمارستان‌های مورد مطالعه در این محور ۷۰/۵ درصد به دست آمد و با مطالعه‌ی تورانی که حدود ۷۶ درصد بود، همخوانی داشت (۱۵). نتایج مطالعه‌ی Bagger در استاندارد مورد نظر نشان داد که تجویز دارو به درستی انجام نشده بود، اما بهبود در زمینه‌های ثبت الکترونیکی تجویز دارو

امر نشان دهنده اقدامات مؤثر در خصوص این محور در بیمارستان‌های مورد نظر می‌باشد. تورانی در پژوهش خود میزان آمادگی را در این استاندارد حدود ۶۶ درصد به دست آورده است (۱۵).

در خصوص دومین محور (استاندارد حقوق بیمار و خانواده) بیمارستان فاطمه الزهرا با ۳۲ درصد کمترین میزان آمادگی را داشت. مطالعه‌ی تورانی در خصوص این استاندارد مشخص نمود که در حیطه‌های مورد بررسی کمترین میزان رعایت این محور با میزان ۴۷ درصد مربوط به بیمارستان سوانح و سوختگی شهید مطهری می‌باشد (۱۵). نتایج مطالعه‌ی Bagger در خصوص بیمارستان‌های مورد بررسی نشان داد با وجود استانداردهای مربوط به حقوق بیمار، رضایتمندی بیماران به طور معنی‌داری بهبود نیافته بود و این استاندارد به درستی در بیمارستان‌ها رعایت نشده بود که با مطالعه‌ی حاضر همخوانی دارد (۱۲).

سومین محور استاندارد، ارزیابی بیماران می‌باشد. نتایج به دست آمده در این محور نشان داد که در مجموع، بیمارستان‌های مورد مطالعه دارای آمادگی حدود ۷۵ درصد بودند و بیمارستان فاطمه الزهرا (س) حدود ۸۲ درصد دارای بیشترین میزان آمادگی بود. مطالعات تورانی در خصوص محور مورد نظر نشان داد، بیمارستان هاشمی‌نژاد با میزان رعایت ۸۰ درصد در وضعیت مطلوبی قرار داشت که نتایج به

وجود داشت و کاهش خطا از ۲۷۵ مورد اشکال دارویی متفاوت به یک مورد کاهش یافته بود (۱۲).

نتایج به دست آمده از محور هفتم (استاندارد آموزش بیمار و خانواده) نشان داد که در مجموع بیمارستان‌های مورد نظر دارای آمادگی حدود ۴۹ درصد هستند. مطالعه‌ی تورانی نشان داد که در بیمارستان‌های مورد بررسی، در استاندارد مورد نظر بیشترین میزان رعایت (۷۱ درصد) برای بیمارستان رجایی به دست آمد (۱۵). همچنین نتایج پژوهش Chase نشان داد که میزان آمادگی در بیمارستان‌های مورد بررسی ۶۴ درصد می‌باشد که با پژوهش حاضر همخوانی ندارد (۱۴).

میزان آمادگی بیمارستان‌های منتخب اصفهان بر اساس استاندارد بهبود کیفیت و ایمنی بیمار به عنوان محور هشتم مورد مطالعه نشان داد که در خصوص استفاده از فرآیندهای تعریف شده برای شناسایی حوادث مرگبار سه بیمارستان تأمین اجتماعی تنها دارای ۲۵ درصد آمادگی هستند. در مجموع حیطه‌های مورد بررسی، بیمارستان فاطمه الزهرا با حدود ۶۶ درصد بیشترین میزان آمادگی را اعلام کرده بود. نتایج مطالعه‌ی تورانی نشان داد که بیمارستان هاشمی‌نژاد با میزان رعایت ۷۲ درصد بالاترین درصد آمادگی را در بیمارستان‌های مورد مطالعه داشت (۱۵). مطالعه‌ی Dorna (به نقل از Carbonu) در قطر با عنوان «ارتقای رویکرد تیمی برای ارزیابی بیمار در خصوص بهبود کیفیت و ایمنی» نشان داد که تشکیل دوره‌های آموزشی برای پرسنل در خصوص ارزیابی تیم متخصصین، در ارتباط با مراقبت بیمار منجر به ارتقای استانداردهای بهبود کیفیت و ایمنی بیمار شد (۱۸).

یافته‌های به دست آمده از نهمین محور مورد بررسی در خصوص میزان آمادگی بیمارستان‌های منتخب بر اساس استاندارد پیش‌گیری و کنترل عفونت نشان داد که بیمارستان شهید بهشتی با میانگین ۷۸ درصد دارای بیشترین آمادگی می‌باشد. مطالعه‌ی Sekimoto و همکاران در ژاپن با عنوان تأثیر اعتباربخشی بر برنامه‌های کنترل عفونت نشان داد که اعتباربخشی بیمارستان‌ها در زیربنایی نمودن فعالیت‌های کنترل عفونت تأثیر قابل توجهی داشت (۱۹).

میزان آمادگی بیمارستان‌های منتخب اصفهان بر اساس استاندارد نظارت، رهبری و مدیریت نشان داد که بیمارستان شریعتی با حدود ۶۰ درصد دارای کمترین میزان آمادگی بود. Abor و همکاران در مطالعه‌ی تحت عنوان بررسی ماهیت ساختار نظارت، رهبری و مدیریت در بیمارستان‌های دولتی و خصوصی نشان داد که بیمارستان‌های دارای سیستم مدیریت کیفیت در این خصوص دارای آمادگی بیشتر نسبت به سایر بیمارستان‌ها می‌باشند (۲۰).

نتایج یازدهمین محور پژوهش در خصوص استاندارد مدیریت ارتباط و اطلاعات نشان داد که هفدهمین حیطه‌ی مورد بررسی (در دسترس بودن پرونده‌ی بیمار جهت تأمین‌کنندگان مراقبت برای تسهیل انتقال اطلاعات ضروری) در بیمارستان‌های غرضی، فاطمه الزهرا و بهشتی میزان آمادگی بیش از ۹۰ درصد بود. نتایج دوازدهمین محور مورد بررسی در خصوص استاندارد مدیریت و تأسیسات و ایمنی نهمین حیطه‌ی مورد نظر (استفاده از فرآیندهای اضطراری برای حفاظت از افراد و مستند کردن نتایج) بیمارستان‌های مورد نظر دارای بیش از ۹۰ درصد آمادگی بودند. نتایج به دست آمده در خصوص محور سیزدهم «استاندارد آموزش حین خدمت و مهارت‌های حرفه‌ای» نشان داد که در اولین حیطه‌ی این محور (مشخص نمودن تحصیلات، مهارت‌ها و دانش مورد نیاز کارکنان توسط رهبران بیمارستان)، بیمارستان‌های منتخب دارای آمادگی ۷۵ درصد به بالا بودند. بیشترین میزان آمادگی در بیمارستان‌های مورد مطالعه در محور پنجم در خصوص استاندارد مراقبت جراحی و بیهوشی با میانگین حدود ۸۷/۶ درصد و کمترین میزان آمادگی در بیمارستان‌های مورد مطالعه در محور دوم در خصوص استاندارد حقوق و خانواده با میانگین حدود ۳۸/۹ درصد، که با نتایج تورانی همخوانی داشت (۱۵). در مطالعه‌ی مقایسه‌ای که تحت عنوان درک توسعه و مدیریت اعتباربخشی منابع انسانی در بیمارستان‌های اعتباربخشی شده در سه کشور کویت، عربستان و هند انجام شد، نتایج نشان داد که تفاوت معنی‌داری در اجرا و ادراک این فرایند در بین مدیران وجود دارد؛ به طوری که بیمارستان‌های عربستان که توسط JCI

بیمارستان فاطمه الزهرا با ۷۱ درصد بیشترین و بیمارستان شریعتی با حدود ۵۹ درصد کمترین آمادگی را داشتند. میزان آمادگی بیمارستان‌های منتخب در استانداردهای بیمار-محور حدود ۶۴ درصد و در استانداردهای سازمان-محور حدود ۶۶ درصد بوده است که تفاوت معنی‌داری در دو محور مورد بررسی دیده نشد.

بیمارستان‌های منتخب اصفهان بر اساس ۱۳ محور اعتباربخشی در استاندارد مراقبت جراحی و بیهوشی با حدود ۸۸ درصد دارای بیشترین میزان آمادگی بودند که این امر نشان دهنده رعایت استانداردهای محلی و دولتی قابل اجرا، در خصوص خدمات بیهوشی (شامل سرپرستی خدمات بیهوشی توسط فرد واجد صلاحیت، نحوه مراقبت از بیمارانی که تحت آرام‌بخشی قرار گرفته‌اند و طرح‌ریزی برنامه‌ی جراحی بر مبنای نتایج ارزیابی برای تأمین نیازهای بیمار با تأکید بر مستندسازی مراقبت بیهوشی رایج شده است و تدوین خط‌مشی‌ها و روش‌ها می‌باشد.

همچنین کم‌ترین میزان آمادگی مربوط به استاندارد حقوق بیمار و خانواده با حدود ۳۹ درصد بود که این نشان دهنده اهمیت دادن مراکز پزشکی به استانداردهای قدیمی ضوابط ارزشیابی بیمارستان‌ها است که فقط مبنی بر داده‌ها و ساختار فیزیکی بوده است و باعث کم توجهی به استانداردهای حقوق بیمار و خانواده وی گردیده است. از این رو با توجه به نتایج پژوهش توجه بیشتر به محوریت بیمار در استانداردهای بیمارستانی شامل فرایندها، پیامد و در نهایت ساختار باید به شکل نهادینه در مراکز پزشکی شکل گیرد و این امر نیازمند توجه بیشتر به حقوق بیمار به عنوان انسان‌هایی آسیب‌پذیر و دارای نیازهای خاص می‌باشد. از طرفی استانداردهای اعتباربخشی با توجه به تأکید بر بهبود مداوم کیفیت، محور بودن بیمار، بهبود امنیت بیمار و کارکنان برای تشریح کیفیت خدمات بهداشتی درمانی می‌تواند جایگزین مناسبی برای استانداردهای ارزشیابی قبلی باشد و باعث تغییرات اساسی در زمینه فعالیت‌های تجاری، بهداشتی و مراقبت گردد. با توجه به این که بیمارستان‌های مورد مطالعه دارای سیستم مدیریت کیفیت بودند، در زمینه

اعتباربخشی شده بودند، به مراتب امتیاز بالاتری نسبت به بیمارستان‌های کویت با مجوز اعتباربخشی از CCHSA (Canadian council on health services accreditation) و بیمارستان‌های هند با مجوز اعتباربخشی NABH (National accreditation board for hospitals and healthcare providers) داشتند. نکته قابل توجه در این تحقیق این بود که بیمارستان‌های عربستان از قبل دارای گواهینامه استانداردهای ایزو (۹۰۰۱:۲۰۰۰) بوده‌اند (۲۱).

مطالعه‌ی Rana در هند نشان داد که اعتباربخشی بیمارستان‌ها تأثیر قابل توجهی در افزایش رضایتمندی بیماران و کیفیت خدمات درمانی، کاهش خطاهای پزشکی، کاهش زمان انتظار برای امور صورت حساب، رعایت و احترام به حقوق بیماران در هنگام پذیرش، کاهش زمان انتظار در داروخانه، کنترل دسترسی به اطلاعات بیمار و افزایش انگیزه‌ی پرستاران جهت مشارکت بیشتر در ارائه‌ی خدمات بهداشتی درمانی بوده است (۲۲).

نتیجه‌گیری

این پژوهش به بررسی نتایج به دست آمده در خصوص استانداردهای مدل عملکردی پرداخته است. همچنین این مهم از نظر دور نمانده است که با تحلیل اطلاعات حاصل و مقایسه آن با سایر پژوهش‌های انجام شده، بتوان به نتایج ارزنده‌ای در اصلاح و بهینه‌سازی رویه‌های درمانی و مستندات موجود پرداخت. در حال حاضر معضل بزرگ نظام سلامت، مسأله کیفیت خدمات و نحوه‌ی ارائه‌ی آن‌ها در بیمارستان‌ها می‌باشد، که در جهت رفع معضل پیش‌گفت طرح بسط مبنای ارتقای مستمر کیفیت خدمات بیمارستانی و ایمنی بیمار به عنوان اساس و پایه‌ی برنامه‌ی اعتباربخشی به وضوح در استانداردهای ارائه شده‌ی مدل‌های اعتباربخشی مشهود است. از این رو در این پژوهش بیمارستان‌های دارای سیستم مدیریت کیفیت ایزو ۲۰۰۸-۹۰۰ که دارای زیر ساخت‌های مناسب جهت استقرار استانداردهای اعتباربخشی بودند، مورد بررسی قرار گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که میانگین کلی میزان آمادگی بیمارستان‌های منتخب حدود ۶۵ درصد بوده است که

بررسی میزان آمادگی بیمارستان‌ها بر اساس مدل‌های اعتباربخشی در سایر استان‌ها
 بررسی نقاط ضعف و قوت نظام کنونی ارزشیابی بیمارستان‌ها در ایران و مقایسه‌ی آن با فرایند اعتباربخشی JCI
 بررسی میزان آمادگی بیمارستان‌ها با نگرش نوین محوریت بیمار در نظام مدیریت و ارائه‌ی خدمات بیمارستانی با نگاه حاکمیت بالینی.

مستندسازی و تهیه‌ی مدارک مورد نیاز از قبیل چارت تشکیلاتی، فرایندها، اهداف، خطمشی، روش‌های اجرایی و دستورالعمل‌ها اقدامات لازم را نموده بودند.

پیشنهادها

بررسی میزان آمادگی بیمارستان‌ها بر اساس استانداردهای اعتباربخشی مدل‌بخشی

References

1. Onyebuchi A, Arah TC, Klazinga NS. Updating the Key Dimensions of Hospital Performance: The Move towards a Theoretical Framework. Proceedings of the 3rd Workshop on Hospital Performance Measurement; 2003 Jun 13-14; Barcelona, Spain; 2003.
2. Emami Razavi H, Mohaghegh M. Hospital Accreditation Standards. Tehran, Iran: Seda Publication; 2008. [In Persian].
3. WHO health systems strategy. Evidence for Information and Policy Cluster [Online]. 2003; Available from: URL: <http://www.who.int/healthsystems/strategy/eip/en/index.html/>
4. International standards in medical education: assessment and accreditation of medical schools'--educational programmes. A WFME position paper. The Executive Council, the World Federation for Medical Education. Med Educ 1998; 32(5): 549-58.
5. Joint Commission Resources. Joint commission international accreditation: listening and leading [Online]. 2003; Available from: URL: <http://www.jointcommissioninternational.org/>
6. Scrivens E. A Taxonomy of the Dimensions of Accreditation Systems. Social Policy & Administration Social Policy & Administration 1996; 30(2): 114-24.
7. ALPHA Program. Principles and standards for accreditation programs. Melbourne: International Society for Quality in Health Care [Online]. 2000; Available from: URL: www.isqua.org/
8. World Health Organization. Self-assessment tool for health promotion standards and indicators in hospitals (Draft). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe [Online]. 2004; Available from: URL: www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/E85054.pdf/
9. Donahue KT, vanOstenberg P. Joint Commission International accreditation: relationship to four models of evaluation. Int J Qual Health Care 2000; 12(3): 243-6.
10. Veillard J, Champagne F, Klazinga N, Kazandjian V, Arah OA, Guisset AL. A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project. Int J Qual Health Care 2005; 17(6): 487-96.
11. Schwark T. Concept for a Hospital Accreditation System in Georgia [Online]. 2005; Available from: URL: http://www.abtassociates.com/reports/0858_Concept_Hospital_Accreditation_Georgia_ENG.pdf/
12. Bagger D. Quality Assessment Tools in Hospitals. Towards a voluntary European Accreditation System? Proceedings of the EAHM-Seminar; 2007 Nov 16; Dusseldorf, Germany; 2007.
13. Al TM, Salem B, Habil I, El OS. Evaluation of accreditation program in non-governmental organizations' health units in Egypt: short-term outcomes. Int J Qual Health Care 2009; 21(3): 183-9.
14. Chase W. Certification and Accreditation. Summary Report. September 2007. MCDI GOL-CHAL Hospital and Health Center Accreditation Summary Report [Online]. 2007; Available from: URL: www.mca.org.ls/HEALTH/
15. Toorani S. Readiness of Iran University hospitals in obtain the International Joint Commission Accreditation. Proceedings of the 2nd Accreditation International Congress; 2010 Jun 11-13; Tehran, Iran; 2010. [In Persian].
16. Sadaghiani E. Evaluation and Accreditation System in Healthcare Facilities [Project]. National Project of Country Development (Tootak), No: 80118, Tehran, Iran; 2005. [In Persian].
17. Ministry of Health. Guidelines of Standards and Evaluation Instructions for general hospitals. Tehran, Iran: Office of Health Assessment and Treatment; 1997. [In Persian].

18. Carbonu DM. Promoting a Holistic Multidisciplinary Team Approach to Patient Assessment and Reassessment: Challenges and Outcomes. Proceedings of the 17th International Nursing Research Congress Focusing on Evidence-based Practice; 2009 Jul 19-22; Doha, Qatar; 2009.
19. Sekimoto M, Imanaka Y, Kobayashi H, Okubo T, Kizu J, Kobuse H, et al. Impact of hospital accreditation on infection control programs in teaching hospitals in Japan. *Am J Infect Control* 2008; 36(3): 212-9.
20. Abor PA, Nkrumah GA, Abor J. An examination of hospital governance in Ghana. *Leadership in Health Services* 2008; 21(1): 47-60.
21. Heydar SJ, Bimal KM, Manju B. Perception of Accreditation on Human Resource Development and Management in hospitals Accredited by CCHSA, JCI and NABH : A Comparative Study. *Journal of Economics Theory* 2010; 4(1): 20-4.
22. Rana BK. Accreditation as a tool for quality improvement in a healthcare setting: Indian scenario. Proceedings of the Kuwait Quality Summit Meeting; 2010 May 25-26; Kuwait City, Kuwait; 2010.

Readiness of Hospitals with Quality Management Systems Based on Joint Commission on Accreditation Standards*

Shirin Abbasi MSc¹, Nahid Tavakoli², Mohammad Moslehi MD³

Abstract

Introduction: Recently, the accreditation program has been used increasingly by an emphasis on patient safety. In Iran, efforts have been made to establish the accreditation program. In 2011, it replaced previous standards of traditional evaluation system. As the impact of accreditation plan need internal self assessment against minimal standards, this study aimed to survey the readiness of selected hospitals in Isfahan based on the functional model of Joint Commission on Accreditation.

Methods: This cross-sectional descriptive study was conducted on four hospitals in Isfahan, Iran. Data was collected using 13 checklists based on the functional model of Joint Commission International Accreditation. The checklists were verified by the Iranian Ministry of Health. Data was collected via observations and interviews with hospital representatives in quality management. All statistical analyses were performed using SPSS.

Results: The readiness of the selected hospitals in Isfahan was 64% regarding patient-based standards and 66% for facility-based standards. In general, the studied hospitals had adequate readiness for implementation of accreditation standards.

Conclusion: As the study population has ISO 9000 certification, it is possible to replace old methods of process, outcome, and structure evaluation with new standards. Accordingly, patient rights have to be considered by health care employers in Isfahan.

Keywords: Quality Management System; Hospitals; Accreditation; Joint Commission on Accreditation of Hospitals

Type of article: Original Article

Received: 18 Dec, 2011

Accepted: 29 Aug, 2012

Citation: Abbasi Sh, Tavakoli N, Moslehi M. **Readiness of Hospitals with Quality Management Systems Based on Joint Commission on Accreditation Standards.** Health Information Management 2012; 9(4): 512.

* This article was extracted from a research project (No. 289174) funded by Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

1- Medical Records, Social Security Organization, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: ab.sh80@yahoo.com

2- Lecturer, Management and Health Information Technology, School of Management and Medical Information, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- Pediatrician, Social Security Organization, Isfahan, Iran