

## نقاط کور در برنامه اعتباربخشی

محمد حسین یارمحمدیان<sup>۱</sup>، آزاد شکری<sup>۲</sup>، نجمه بهمن‌زیاری<sup>۲</sup>، آیان کردی<sup>۲</sup>

### مقاله مروری

#### چکیده

اعتباربخشی یکی از ابزارهای ارزشیابی سیستم های بهداشتی درمانی به خصوص بیمارستان ها است که در ایران نیز در صدر اولویت های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار گرفته است اما سایر کشورهایی که برنامه اعتباربخشی را اجرا نمودند با چالش هایی رو به رو بوده اند. از آنجایی که برنامه اعتباربخشی در مراحل اولیه پیاده سازی در ایران است، تحقیق حاضر به صورت متفاوت، با بررسی سایر مطالعات به دنبال جنبه های منفی احتمالی در برنامه اعتباربخشی بوده تا بدین طریق چالش های موجود در اجرای این برنامه را که از دیده ها پنهان مانده استخراج کرده و راهکارهای پیشنهادی در جهت رفع آنان در ایران ارائه دهد. یافته های این مطالعه در پایان سال ۹۱، به صورت مروری نقلی جمع آوری گردید و چالش های موجود در دسته های مجزا شامل؛ افزایش هزینه، عدم قطعیت در خصوص اثربخشی برنامه، تعارض بین تضمین کیفیت و بهبود کیفیت، استفاده از یک مجموعه واحد از استانداردها برای ارزیابی سازمان و برنامه ها در محیط های مختلف، ترویج بروکراسی اداری و دسته ای در ارتباط با کارکنان شامل؛ افزایش بارکاری آنان و کمبود نیروی انسانی، ایجاد استرس در کارکنان به دلیل سختی و زمان بر بودن اجرای آن قرار گرفته و بررسی شد. وجود این چالش ها در برنامه اعتباربخشی مانع از اجرای صحیح و رسیدن به هدف اعتباربخشی در سازمان ها می گردد. بنابراین این مطالعه به مسوولین در جایگاه سیاست گذاری پیشنهاد می دهد برای اجرای موفق این برنامه در ایران، تمام موارد شناسایی شده را از جوانب مختلف، مطالعه و در برنامه ریزی های خود جهت پیاده سازی برنامه در سطح کشور آن نکات را مدنظر قرار داده و با تشکیل جلسات و همایش های تخصصی در این زمینه برای یافتن راه حل های موثر اقدام لازم در جهت کاهش یا رفع اثرات آن انجام دهند.

**واژه‌های کلیدی:** اعتباربخشی، چالش‌ها، مطالعه مروری

**ارجاع:** یارمحمدیان محمدحسن، شکری آزاد، بهمن‌زیاری نجمه، کردی آیان. **نقاط کور در برنامه اعتباربخشی.** مجله تحقیقات نظام سلامت

۱۳۹۲؛ ۹(۱۱): ۱۱۶۶-۱۱۵۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۰۷/۳۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۰۱/۱۰

۱. استاد، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
  ۲. دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، کمیته تحقیقات دانشجویی، اصفهان، ایران (نویسنده مسؤل)
- Email: ayan.kordi@gmail.com

## مقدمه

همه سازمان‌های دولتی و خصوصی برای توسعه، رشد و پایداری در عرصه‌های رقابتی امروز، به نوعی سیستم ارزیابی عملکرد و بررسی کیفیت نیاز دارند که در قالب آن بتوانند کارایی و اثربخشی برنامه‌های سازمان، فرایند و منابع انسانی خود را مورد سنجش قرار دهند (۱). بهبود کیفیت ارائه خدمات بهداشتی و درمانی هدف اولیه و نهایی در علوم بالینی بوده است (۲). بنابراین در راستای نیل به این هدف استانداردهای اعتباربخشی متمرکز بر خدمات بالینی و غیربالینی در جهت ارائه خدمات و محصولات با کیفیت بالا، قابل اعتماد و ایمن به اجرا گذاشته شد (۳). اعتباربخشی فرایندی است که در جریان آن یک سازمان مستقل با استفاده از نظر افراد مجرب و متخصص، بر اساس استانداردهای مدون و از پیش تعیین شده، به ارزشیابی واحدهای سازمان در حوزه مورد نظر پرداخته و در مورد اعطای صلاحیت اجرایی به آنها تصمیم‌گیری می‌نماید (۴). اعطای صلاحیت توسط گروه‌های آموزش دیده همگن، به واحدهایی است که به حداقل استاندارد از پیش تعیین شده دست یافته‌اند (۲). با توجه به پیشرفت این برنامه در جهان و به وجود آمدن برنامه‌های متنوعی از جمله استانداردهای اعتباربخشی کمسیون مشترک بین المللی (Joint Commission International) در سطح جهانی، همچنین ایجاد برنامه‌های اعتباربخشی مربوط به کشورهای فرانسه، ایرلند، دانمارک، هلند و انگلستان (۵)، موجب گردیده که اکثر سازمان‌های خدمات بهداشتی و درمانی به خصوص در کشورهای توسعه یافته، در فعالیتهای بیمارستانی به صورت اجباری و اختیاری از استانداردهای اعتباربخشی استفاده کنند (۶-۸) و خدمات خود را با پیروی از استانداردهای موجود، با کیفیت بالا و با در نظر گرفتن ایمنی افراد و در جهت بهبود نتایج بهداشتی و درمانی، ارائه داده‌اند (۹، ۱۰). با وجود اهمیت بالای این موضوع، مطالعات ناچیزی در زمینه اثرات اعتباربخشی در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی انجام گرفته است (۸) و اکثر مطالعات بیان‌کننده مزایای اعتباربخشی در

ارایه خدمات بهداشتی و درمانی بوده‌اند. مطالعه El-Jardali، Greenfield در لبنان و سایر مطالعات نشان داد که اعتباربخشی فرآیندی است که موجب بهبود مستمر کیفیت و عملکرد ارائه خدمات و توسعه نتایج مثبت بهداشتی بیماران می‌شود (۱۱-۱۴). اما با توجه به اینکه مطالعات موجود دارای محدودیتهای بسیار در زمینه به کارگیری ابزار معتبر جهت جمع‌آوری داده‌ها و نیز روش ارزیابی اعتباربخشی هستند (۱۵) نمی‌توان با توجه به نتایج این مطالعات با اطمینان در رابطه با تاثیر مثبت برنامه اعتباربخشی در خدمات نتیجه‌گیری کرد. برای مثال مطالعاتی وجود دارند که نتوانسته‌اند ارتباط معنی‌داری بین اعتباربخشی و ارائه خدمات نشان دهند. مطالعه Sack، تفاوت معنی‌داری در میزان رضایت بیماران مراجعه‌کننده بخش‌های کاردیولوژی بین بیمارستان‌های اعتباربخشی شده و غیراعتباربخشی به دست نیاورد (۱۶)، مطالعه Barker نیز رابطه معنی‌داری میان میزان خطاهای پزشکی و اعتباربخشی بیمارستان نشان نداد (۱۷). برخی دیگر مطالعات نیز نشان داده‌اند که اعتباربخشی تاثیر منفی بر عملکرد و ارائه خدمات دارد. Pomey و Reznich در مطالعه خود، اعتباربخشی را به عنوان عاملی وقت‌گیر، ایجادکننده بروکراسی اداری، افزایش بارکاری و ایجاد استرس در کارکنان بیان کرده‌اند (۱۸، ۱۹). در مطالعه Nandraj ذینفعان در رابطه با هزینه‌های برنامه اعتباربخشی احساس نگرانی کرده بودند (۲۰) و پزشکان در مطالعه Stoelwinder، بیان داشتند که این برنامه به آنها ارتباطی ندارد (۲۱). بنابراین باتوجه به مطالعات فوق هنوز به این سؤال پاسخ داده نشده است که آیا اعتباربخشی موجب بهبود در توزیع و نتایج خدمات بهداشتی و درمانی می‌شود یا خیر (۲۲، ۲۳). برای پاسخ به این سؤال مطابق مطالعات انجام گرفته، نه تنها نیاز به جمع‌آوری داده‌های کامل و معتبر است (۱۲)، بلکه نیاز به انجام تحقیقاتی است که نشان‌دهنده رابطه اعتباربخشی و نتایج ارائه خدمات بهداشتی درمانی می‌باشد (۱۳). همچنین لزوم شناخت چارچوب‌های منطقی در زمینه مکانیسم‌های موثر بر اعتباربخشی و نحوه تاثیر آن در ارائه

تحت تغییرات زیادی از جمله گذر زمان و تغییر شرایط قرار گرفته و به نظر می‌رسد اعتباربخشی نتوانسته است خود را با این تغییرات و همچنین سلیقه‌ها و فرهنگ‌های متفاوت سازگاری دهد به همین دلیل سازمان‌ها در اجرای آن دچار مشکل شده‌اند و نتوانستند از نتایج آن به درستی استفاده ببرند (۲۴، ۲۵). در همین راستا برخی از صاحب‌نظران نیز به این نتیجه رسیدند که برنامه اعتباربخشی ممکن است همیشه به عنوان فرصت تلقی نشود و نتیجه عکس داشته باشد (۲۶). بنابراین در ادامه به این موارد می‌پردازیم.

هزینه: یکی از چالش‌های اصلی برنامه اعتباربخشی، بحث اضافه شدن هزینه بر سازمان می‌باشد (۱۰). به طوری که شماری از مسؤولان اظهار داشتند، برنامه اعتباربخشی مقدار قابل توجهی از منابع را مصرف می‌کند (۲۳). نسبت بالایی از مدیران و متخصصین بالینی نیز برنامه اعتباربخشی را بیش از حد هزینه بر و ناکارآمد تلقی کرده‌اند (۲۷). همچنین مدیران بیمارستان اظهار داشتند که بزرگترین عامل تاثیرگذار بر عدم مشارکت بیمارستان‌های روستایی برای اجرای برنامه اعتباربخشی هزینه است (۲۸، ۲۹). همچنین مطالعه‌ای نشان داد حدود ۹۰٪ هزینه برنامه اعتباربخشی در جهت آموزش کارکنان و ایجاد تسهیلات مورد نیاز برای اجرای برنامه، مصرف می‌شود (۳۰). مطالعه‌ای دیگر به طور شفاف‌تر بیان می‌دارد، بیشترین هزینه برنامه (۸۲٪) برای آماده‌سازی سازمان جهت اجرای برنامه، به ویژه در مراحل انتهایی آماده‌سازی برنامه صرف می‌شود (۳۱). برخی دیگر از متخصصان در بخش سلامت نگرانی عمده خود در مقوله هزینه برنامه اعتباربخشی را در رابطه با تسهیلات مراقبت از سالمندان بیان کردند (۲۳). بسیاری از مراکز در حال حاضر با مشکل توازن مالی میان افزایش در هزینه‌های مورد نیاز برای حفظ و تداوم برنامه اعتباربخشی از جمله نیروی انسانی و هزینه‌های تسهیلات مواجه شده‌اند (۳۱). همچنین در مورد تغییر برنامه‌ها به خصوص برنامه‌های آموزشی در برنامه اعتباربخشی و فائق آمدن بر چالش‌های اجرای این برنامه‌ها در جهت ایجاد تغییر، هزینه زیادی مورد نیاز است (۳۲).

خدمات و این که بیشترین تمرکز مطالعات اعتباربخشی باید در چه حیطه‌ها و موضوعاتی باشد ضروری است. از این رو تحقیق حاضر سعی دارد با بررسی مطالعات و استخراج نتایج آن‌ها، به صورت متفاوت از سایر مطالعات به دنبال جنبه‌های منفی برنامه اعتباربخشی باشد تا بدین طریق چالش‌های موجود در برنامه اعتباربخشی که از دیده‌ها پنهان مانده، استخراج کرده و راهکارهای پیشنهادی در جهت رفع آنان ارائه دهد.

### روش‌ها

این مطالعه در پایان سال ۱۳۹۱ به صورت مروری نقلی انجام گرفت. این تحقیق بر مطالعاتی که به نقد و بررسی برنامه اعتباربخشی پرداخته بودند و یا تجربیات حاصل از اجرای برنامه اعتباربخشی را بیان نموده‌اند تمرکز داشت. با بهره‌گیری از موتور جستجوی Google Scholar، Web Scopus of Knowledge Challenges، "paradox of accreditation"، "negative points of Accreditation"، "Weaknesses in accreditation" و "accreditation" از ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۳ به جست و جوی مطالعات پرداخته شد از آنجا که مطالعات اندکی یافت شد (۱۵ مطالعه) به منابع قدیمی‌تر مراجعه گردید (۱۱ مطالعه) و در نهایت ۲۶ مطالعه برای مطالب اصلی به دست آمد همچنین در این مطالعه جهت تکمیل مطالب از ۱۱ مطالعه نسبتاً مرتبط استفاده شد. برای استفاده از محتوای مقالات بر اساس هدف مطالعه، متن هر مقاله چندین بار مطالعه شد و نقاط کور برنامه از مطالعات استخراج و در دسته‌بندی‌های مجزا قرار داده شد که در ادامه به شرح این دسته‌ها پرداخته می‌شود.

### یافته‌ها

با توجه به شرایط موجود در دنیا لازم است که بیمارستان‌ها به سمت اعتباربخشی پیش بروند، در واقع اعتباربخشی به جزیی از الزامات و انتظارات جامعه تبدیل گردیده است اما از زمان معرفی اعتباربخشی در آمریکای شمالی، این برنامه

کیفیت: بهبود استانداردهای کیفیت ارایه خدمات مراقبت‌های بهداشتی درمانی از تعهدات سازمان‌های ارایه دهنده در هر کشور است. در چندین مطالعه نشان داده شد که از دید بیماران اعتباربخشی موجب بهبود کیفیت مراقبت‌ها نشده است یا شاید بیماران نتوانسته‌اند آن را درک کنند و بین بیمارستان‌های اعتباربخشی شده و غیره تفاوتی مشاهده نمایند، بنابراین اعتباربخشی در انتخاب بیمارستان و پیشنهاد آن به دیگران تاثیر نداشت. حتی مطابق اظهارات بیماران، تفاوت معنی‌داری بین ویژگی‌های بیمارستان‌ها از نظر نحوه ارایه خدمات، رابطه پزشک و پرستار با بیمار، فناوری مورد استفاده و به طور کلی کیفیت وجود نداشت و در بین بیمارستان‌ها نیز اختلاف قابل توجهی در متغیرهایی مانند طول اقامت، جنسیت، سن و بیماران خارجی در بین بیمارستان‌ها مشاهده نشد. حتی شاید اعتباربخشی بیمارستان در بعضی موارد از دیدگاه بیماران، ارایه خدمات مراقبت‌های بهداشتی درمانی با کیفیت بالا را تضمین کند اما هنوز درستی اثر این برنامه به طور نظام‌مند بررسی نشده است (۷).

استفاده از یک مجموعه‌ای از استانداردها به منظور ارزیابی سازمان‌ها در محیط‌های مختلف: این مسأله این واقعیت را بیان می‌کند که استانداردهای اعتباربخشی در برخی از مواقع تفاوت‌های موجود بین سازمان‌ها را مدنظر قرار نمی‌دهد. Buetow و Wellingham، بیان داشتند که اعتباربخشی به استانداردهایی نیاز دارد که براساس "تنوعات فرهنگی" تدوین شده باشد (۸). همین مسأله به عنوان یکی از چالش‌های آمریکا در ارتباط با آژانس‌های اعتباربخشی ملی در زمینه چگونگی اعمال این تفاوت‌ها در میان انبوهی از آژانس‌های ایالتی و محلی بیان شده است (۳۰) اما در برخی مطالعات از همین استانداردها به عنوان موانع اجرای موفق برنامه یاد شده است. به عنوان مثال استانداردهای JCAHO (Joint Commission on accreditation of Healthcare Organization) کیفیت فعالیت‌های مراقبت بیمار را به طور روزانه ارزیابی نمی‌کند، همین مسأله به عنوان ضعف در برنامه اعتباربخشی بیان شده است (۱۱). پزشکان،

بنابراین در اجرای برنامه اعتباربخشی به نظر می‌رسد هزینه به یک چالش بزرگ تبدیل شده است (۳، ۷، ۲۷، ۳۲). به عبارتی نگرانی عمده‌ای که در این زمینه مطرح می‌شود چگونگی تامین مالی برنامه اعتباربخشی است (۲۰). به طور کلی اعتباربخشی به صورت مستقیم و غیرمستقیم موجب ایجاد هزینه برای سازمان شده است که در ارتباط کامل با اندازه سازمان می‌باشد. با این حال صاحب‌نظران امید دارند که اعتباربخشی باید از طریق بهبود کیفیت مستمر هزینه کل برنامه اعتباربخشی را کاهش دهد (۳۰).

زمان بر بودن: به نظر می‌رسد اجرای برنامه اعتباربخشی به دلیل زمینه‌سازی و مهیا کردن بستر لازم جهت اجرا، همراه با صرف زمان فراوان در اوایل برنامه باشد، اما همین مسأله امروزه به عنوان یکی از چالش‌های مطرح شده در برنامه اعتباربخشی تبدیل شده است همانطور که Pomey، Sack، و Reznich نیز در مطالعه خود، اعتباربخشی را به عنوان عاملی وقت‌گیر معرفی کرده‌اند و اظهار داشتند می‌توان فرایند اعتباربخشی را کوتاه‌تر کرد (۷، ۱۸، ۱۹). در همین راستا برخی از مطالعات نشان داده‌اند که متخصصین سلامت نیز یکی از علل نگرانی خود در رابطه با برنامه اعتباربخشی را زمان بر بودن پیاده‌سازی و اجرای آن در سازمان می‌دانند (۱۹، ۲۷، ۲۹).

تضاد بین تضمین کیفیت و بهبود کیفیت: برخی از نویسندگان از این تضاد به عنوان یک چالش برای برنامه اعتباربخشی یاد کرده‌اند. Graham و همکارانش معتقد بودند که بهبود کیفیت نیازمند تلاش مستمر می‌باشد به گونه‌ای که با تضمین کیفیت سازگار نیست و با استفاده از آخرین استانداردهای تدوین شده اندازه‌گیری می‌شود (۳۳). مسأله، عدم پذیرش این تضاد بین تضمین کیفیت و بهبود کیفیت است. استرالیا این تعارض را پذیرفته و این موضوع را از طریق اعطای پاداش به بهترین عملکرد و شفاف‌سازی اهداف برنامه اعتباربخشی حل نموده است. در حالی که کالج رویال نیوزیلند به پزشک عمومی به عنوان عامل رفع این تعارض و کسب منافع عمده برای برنامه اعتباربخشی اشاره کرده است (۳۰).

عدم قطعیت در خصوص اثربخشی: از دلایل اجرای برنامه اعتباربخشی، استفاده از این برنامه در جهت ارایه بهترین خدمات به بیماران است در حالی که اجرای این برنامه با شبهاتی در رابطه با اثر بخشی آن بر کیفیت و ارتقای آن رو به رو بوده است. کشورهایی که برنامه اعتباربخشی را در نظام سلامت خود اجرا می‌کنند از دهه گذشته در حال افزایش هستند اما متأسفانه تاثیر این برنامه مورد ارزیابی قرار نگرفته است، لازم به ذکر است که ارزشیابی تاثیر برنامه بسیار مشکل می‌باشد (۲۴). به همین جهت مطالعات کمی در جهت ارزیابی تاثیر نهایی برنامه اعتباربخشی بر مراقبت بیمار صورت گرفته است، که این خود به عنوان مشکل بزرگی شناخته می‌شود اما می‌توان از طریق مطالعات انجام گرفته به اثرات آن اشاره کرد، مطالعه‌ای نشان داد که انطباق با استانداردهای اعتباربخشی بر شاخص‌های عملکرد بالینی تاثیر کم و در مواردی هیچ تاثیری ندارد (۲۳). یافته‌های مطالعه دیگر مبنی بر این است که درصد بالایی از خطا (۷٪) وجود داشت، اما اعتباربخشی درصد خطا را کاهش نداده بود (۱۷).

کارکنان: نیروی انسانی، سنگ بنای هر سیستم بهداشتی درمانی محسوب می‌شود. به طوری که کمیت و کیفیت نیروی انسانی در این سیستم تاثیر بسزایی بر هزینه‌ها، زمان صرف شده، سرعت ارایه خدمات و به طور کلی کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی دارد (۳۶). بنابراین از دیگر مواردی که برنامه اعتباربخشی بر آن تاثیر می‌گذارد و از آن تاثیر می‌پذیرد کارکنان سازمان می‌باشد که بیشترین ارتباط را با استانداردهای برنامه اعتباربخشی دارند. با این حال به نظر می‌رسد اعتباربخشی با افزایش بار کاری، کمبود نیروی انسانی و ایجاد استرس در کارکنان تاثیر منفی بر آنان گذاشته است که در زیر به آنها اشاره خواهد شد.

-افزایش بارکاری و کمبود نیروی انسانی: یکی از مسائلی که در برنامه اعتباربخشی با آن رو به رو می‌شویم، افزایش بارکاری است. به نظر می‌رسد که اعتباربخشی بار کاری اضافی بر دوش کارکنان می‌گذارد. مطالعاتی نیز همین مسأله را بیان کرده‌اند (۳۰). حتی سازمان‌هایی که در برنامه

دندانپزشکان، داروسازها و پرستاران با مشکلات زیادی در ارتباط با فرایندهای چندگانه در استانداردهای برنامه اعتباربخشی مواجه بوده‌اند (۳۴). همچنین مشکلاتی در برآوردن استانداردها و جمع‌آوری داده‌ها مشاهده شده است (۲۹). به عنوان مثال طبق مطالعات برای بسیاری از مراکز آزمایشگاهی دورافتاده برآوردن استانداردها کار دشوار و نشدنی می‌باشد (۳۵). به طور کلی مناطق روستایی یا کوچک سختی زیادی جهت اجرای برنامه اعتباربخشی و دستیابی به اهداف آن متحمل می‌شوند (۲۳). مطالعات نشان داده که اعتباربخشی منحصر به استانداردها، ابزار محدودی برای مقایسه کیفیت مراقبت بیمارستان‌هاست (۱۱). این استانداردها تنها بر درون‌داها تمرکز دارد (۵). با این حال هیچ مطالعه‌ای در رابطه با توسعه استانداردها یا در ارتباط با پیشرفت آنها بحث نکرده است. همین‌طور هیچ مطالعه تجربی وجود ندارد که به بررسی بهترین عملکرد برای توسعه استانداردها یا ساختار و فرایندهای توسعه آنها پرداخته باشد یا اینکه کدام نوع از استانداردها احتمال بیشتری برای بهبود عملکرد به دنبال خواهد داشت (۳).

ترویج بروکراسی اداری: از نکات دیگر که در برنامه اعتباربخشی به آن توجه‌ای نمی‌شود روند اداری و کاغذ بازی می‌باشد که آن را تحت عنوان بروکراسی می‌شناسیم که در شماری از مطالعات به آن اشاره شده است. بروکراسی یکی از موانع اصلی بهبود ساختار و فرایند و عامل طولانی شدن درمان بیان شده است (۲۶). Pomey و Reznich در مطالعه خود، اعتباربخشی را عامل ترویج بروکراسی اداری بیان کرده‌اند (۱۸، ۱۹، ۲۷). به طور مشابه اکثر مدیران و متخصصین بالینی، برنامه اعتباربخشی را برای اجرا در سازمان، بیش از حد بروکراتیک تلقی کرده‌اند (۱۸، ۲۷، ۲۹). کارکنان سازمان نیز با اجرای فرایندهای برنامه اعتباربخشی دیدگاه مدیران و متخصصین در بخش سلامت را تایید کرده‌اند (۱۹). بنابراین با توجه به جنبه‌های منفی بروکراسی در سازمان‌ها رواج این مسأله به دنبال پیاده‌سازی برنامه اعتباربخشی به نگرانی بزرگی تبدیل شده است (۲۳).

کاردیولوژی بین بیمارستان‌های اعتباربخشی شده و غیراعتباربخشی به دست نیامد (۱۶). در بالا به تشریح نقاط کور در اجرای اعتباربخشی پرداخته شد با این وجود طبق مطالعات عوامل دیگری مانند فقدان مشوق‌های خارجی، سیاست‌ها و فرهنگ سازمانی نیز تاحدودی بر اجرای اعتباربخشی تاثیر منفی می‌گذارند. همچنین در مطالعه‌ای ۵ فاکتور به عنوان موانع اجرایی برنامه گزارش شده بود؛ فشارهای خارجی قانون‌گذاری، استفاده از فناوری و خودارزیابی به عنوان ابزاری برای تغییرات فشار، ویژگی‌های فرهنگ سازمانی، تحقیق و آموزش گروه‌های همسان (۳).

### بحث

با توجه به اینکه زمان به نسبت زیادی از زمان پیشنهاد این برنامه می‌گذرد با این حال همچون برنامه‌های دیگر دارای نقاط پنهان و منفی است که به عنوان نقاط کور در این مطالعه بیان شد، این در حالی است که سایر کشورها بدون توجه به این نقاط و به امید رسیدن به بالاترین حد استانداردها در حال الگوبرداری از این برنامه هستند. بررسی نکات مطرح شده در مطالعات بیان شده در این تحقیق برخی از این نواقص را نمایان ساخت. هزینه‌های بالای برنامه نه تنها به عنوان ضعف بلکه به عنوان عامل اصلی شکست برنامه اعتباربخشی بیان شد به طوری که همین علت موجب شده بسیاری از سازمان‌ها از اجرای آن خودداری کنند. آماده‌سازی زیرساخت‌های این برنامه و اجرای آن به مدت زمان و نیروی انسانی (به ویژه صاحب‌نظر در زمینه اعتباربخشی) زیادی نیاز دارد، اما با توجه اینکه سازمان‌ها با کمبود نیروی انسانی مجرب و صاحب‌نظر در زمینه اعتباربخشی مواجه‌اند این مسأله باعث افزایش بارکاری و به دنبال آن افزایش استرس در بین کارکنان شده و در نتیجه نارضایتی آنها را در پی خواهد داشت. این تحقیق بیان داشت که برنامه اعتباربخشی همیشه با افزایش کیفیت خدمات همراه نبوده است حتی گاهی اثربخشی کمی داشته و موجب ترویج بروکراسی اداری شده و همین عوامل سبب گردید که رضایت بیمار را نیز به دنبال

اعتباربخشی شرکت کرده بودند اظهار داشتند، مجبور شده‌اند خط مشی‌ها و روش‌های انجام کار خود را مجدداً تدوین و به روز نمایند و برنامه‌های آموزش کارکنان را دوباره طراحی نمایند. صاحب‌نظران بر این باورند که این بارکاری بیشتر بر کارکنان اداری، مشاورین و به خصوص مدیران میانی تحمیل می‌شود. به گونه‌ای که همین مسأله در میشلگان موجب شکست سازمان‌ها در دستیابی به اهداف برنامه اعتباربخشی شد (۳۰، ۳۷). مطالعاتی نیز بیان می‌دارند که برای اعتباربخشی به ۳ سال کار و ۳ کارمند تمام وقت که در طول ۲۴ ساعت شبانه روزی مسؤول رسیدگی به امور برنامه اعتباربخشی باشند، نیاز دارد (۷).

استرس کارکنان: Pomey و Reznich در مطالعه خود، اعتباربخشی را به عنوان عامل ایجاد استرس در کارکنان بیان کرده‌اند (۱۸، ۱۹). شماری از مسؤولان بیان کردند که برنامه اعتباربخشی باعث ایجاد استرس در کارکنان به ویژه مدیران سطح میانی می‌شود. پزشکان نگرانی خود را درباره اینکه چگونه کیفیت و ایمنی مراقبت باید مورد ارزیابی قرار گیرد، مطرح کرده‌اند (۲۳).

رضایت بیماران: امروزه برای دستیابی به اطلاعات درباره ساختار، فرایند و برونداد مراقبت، از سنجش رضایت بیماران استفاده می‌کنند. اگرچه هزینه فرایند اعتباربخشی می‌تواند با اصول حسابداری ساده برآورد شود، با این حال تاکنون هیچ داده‌ای که پارامترهای بروندادی مانند رضایت بیماران را در بین سازمان‌های اعتباربخشی شده و اعتباربخشی نشده مقایسه کند وجود ندارد. نتیجه مطالعه رضایت‌سنجی بیماران بسیار اهمیت دارد زیرا در پیش‌بینی چگونگی عملکرد بیماران در آینده مفید هستند. هیچ امتیازی در بیمارستان‌های اعتباربخشی شده برای رضایت بیماران در مقایسه با بیمارستان‌هایی که اعتباربخشی نشده‌اند یافت نشد. به عبارت دیگر ارتباط قابل توجهی بین وضعیت اعتباربخشی بیمارستان و رضایت بیماران یافت نشد (۷). همین‌طور Sack تفاوت معنی‌داری در میزان رضایت بیماران مراجعه کننده بخش‌های



مدنظر قرار داده و اقدام لازم را در جهت کاهش یا رفع اثرات آن از طریق تشکیل جلسات و همایشات تخصصی در این زمینه برای یافتن راه حل‌های موثر انجام دهند. همچنین این مطالعه پیشنهاد می‌دهد که جهت دستیابی به اطلاعات دقیق درباره برنامه اعتباربخشی، محققان در تحقیقات آینده خود بر ارتباط میان وضعیت اعتباربخشی و برونداد و همین‌طور فاکتورهای موثر بر رضایت بیمار و کارکنان تمرکز داشته باشند.

نداشته باشد. لازم به ذکر است که هنوز معیارهای درست و دقیقی برای سنجش اثربخشی برنامه در دست نیست.

### نتیجه‌گیری

با توجه به کمبود مطالعات در خصوص نقاط کور اعتباربخشی این مطالعه نشان می‌دهد که وجود این چالش‌ها در برنامه اعتباربخشی مانع از اجرای درست و رسیدن به هدف اعتباربخشی در سازمان‌ها می‌شود. بنابراین این مطالعه به مسوولین در جایگاه سیاست‌گذاری پیشنهاد می‌دهد، برای اجرای موفق این برنامه در ایران، تمامی نقاط پنهان شناسایی شده را از جوانب مختلف، مطالعه نموده و در برنامه‌ریزی‌های خود جهت پیاده‌سازی برنامه در سطح کشوری این نکات را

### References

1. Shams A, Yarmohammadian M, Hassanzadeh A, Hayati Abbarik H. Determining the Criteria of Customer-Oriented in Education: Viewpoints of Students at Isfahan University of Medical Sciences, Iran. *Health Information Management* 2012;8(8):1086-96. [In Persian]
2. Vanoli M, Traisci G, Franchini A, Benetti G, Serra P, Monti MA. A program of professional accreditation of hospital wards by the Italian Society of Internal Medicine (SIMI): self-versus peer-evaluation. *Internal and emergency medicine* 2012;7(1):27-32.
3. Greenfield D, Pawsey M, Hinchcliff R, Moldovan M, Braithwaite J. The standard of healthcare accreditation standards: a review of empirical research underpinning their development and impact. *BMC Health Services Research* 2012;12(1):329.
4. Raciis A, Asefzadeh S, Yarmohammadiyan M. A comparative study of accreditation information models in Europe and America. *Health Information Management* 2006;3(2):1-9.
5. Shaw C, Bruneau C, Kutryba B, De Jongh G, Sunol R. Towards hospital standardization in Europe. *International Journal for Quality in Health Care* 2010;22(4):244-9.
6. Nicklin W, Dickson S. The Value and Impact of Accreditation in Healthcare: A Review of the Literature. *Accreditation Canada*, 2008. 2010.
7. Sack C, Scherag A, Lütkes P, Günther W, Jöckel K-H, Holtmann G. Is there an association between hospital accreditation and patient satisfaction with hospital care? A survey of 37000 Patients treated by 73 hospitals. *International Journal for Quality in Health Care* 2011;23(3):278-83.
8. Buetow S, Wellingham J. Accreditation of general practices: challenges and lessons. *Qual Saf Health Care* 2003; 12(2): 129-35.
9. Braithwaite J, Greenfield D, Westbrook J, Pawsey M, Westbrook M, Gibberd R, et al. Health service accreditation as a predictor of clinical and organisational performance: a blinded, random, stratified study. *Qual Saf Health Care* 2010;19(1):14-21.
10. Klazinga N. Re-engineering trust: the adoption and adaption of four models for external quality assurance of health care services in western European health care systems. *Int J Qual Health Care* 2000;12(3):183-9.
11. Chen J, Rathore S, Radford M, Krumholz H. JCAHO accreditation and quality of care for acute myocardial infarction. *JCAHO accreditation and quality of care for acute myocardial infarction. Health Aff (Millwood)* 2003;22(2):243-54
12. El-Jardali F, Jamal D, Dimassi H, Ammar W, Tchaghchaghian V. The impact of hospital accreditation on quality of care: perception of Lebanese nurses. *Int J Qual Health Care* 2008;20(5):363-71
13. Greenfield D, Pawsey M, Naylor J, Braithwaite J. Are accreditation surveys reliable? *Int J Health Care Qual Assur* 2009;22(2):105-16

14. Leatherman S, Berwick D, Iles D, Lewin LS, Davidoff F, Nolan T, et al. The business case for quality: case studies and an analysis. *Health Affairs* 2003;22(2):17-30.
15. Heuer AJ. Hospital accreditation and patient satisfaction: testing the relationship. *J Healthc Qual.* 2004 Jan-Feb;26(1):46-51.
16. Sack C, Lütkes P, Günther W, Erbel R, Jöckel K, Holtmann G. Challenging the holy grail of hospital accreditation: A cross sectional study of inpatient satisfaction in the field of cardiology. *BMC Health Services Research* 2010;10(1):120.
17. Barker K, Flynn E, Pepper G, Bates D, Mikeal R. Medication errors observed in 36 health care facilities. *Arch Intern Med* 2002;162(16):1897-903
18. Reznich C, Mavis B. Pilot test of family medicine faculty development fellowship accreditation guidelines. *FAMILY MEDICINE-KANSAS CITY-*. 2000;32(10):709-19.
19. Pomey M, Contandriopoulos A, François P, Bertrand D. Accreditation: a tool for organizational change in hospitals? *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 2004;17(2-3):113-24.
20. Nandraj S, Khot A, Menon S, Brugha R. A stakeholder approach towards hospital accreditation in India. *Health Policy Plan* 2001;16 Suppl 2:70-9.
21. Stoelwinder J, McNeil J, Ibrahim J. A study of doctors' views on how hospital accreditation can assist them provide quality and safe care to consumers. Melbourne, Australia: Monash University, Department of Epidemiology and Preventive Medicine, 2004.
22. Greenfield D, Braithwaite J, Pawsey M. Health care accreditation surveyor styles typology. *Int J Health Care Qual Assur.* 2008;21(5):435-43.
23. Greenfield D, Braithwaite J. Health sector accreditation research: a systematic review. *Int J Qual Health Care* 2008;20(3):172-83.
24. Duckett S. Changing hospitals: the role of hospital accreditation. *Soc Sci Med.* 1983;17(20):1573-9.
25. Karimi S, shokri A. Impact of hospitals accreditation on health service delivery. *Procedeen of the first Annual Congress of student clinical governance and continuous quality improvement.* Iran, Tabriz, Tabriz university of medical sciences, 2012.
26. Pomey M, Francois P, Contandriopoulos A, Tosh A, Bertrand D. Paradoxes of French accreditation. *Qual Saf Health Care* 2005;14(1):51-5..
27. Gough LA, Reynolds TM. Is Clinical Pathology Accreditation worth it? A survey of CPA-accredited laboratories. *Clin Perform Qual Health Care* 2000;8(4):195-201.
28. Brasure M, Stensland J, Wellever A. Quality oversight: why are rural hospitals less likely to be JCAHO accredited? *J Rural Health* 2000;16(4):324-36.
29. Casey M, Klingner J. HMOs serving rural areas: experiences with HMO accreditation and HEDIS reporting. *Manag Care Q* 2000;8(2):48-59.
30. Cerqueira M. A literature review on the benefits, challenges and trends in accreditation as a quality assurance system. British Columbia: Ministry of Children and Family Development: 2006.
31. DeBritz J, Pollak A. The impact of trauma centre accreditation on patient outcome. *Injury* 2006 Dec;37(12):1166-71
32. Loddenkemper R, Séverin T, Mitchell S, Palange P. HERMES criteria for accreditation of European Training Centres: overcoming challenges of accreditation. *Eur Respir J* 2010;36(6):1239-41
33. Harvey L. The power of accreditation: views of academics 1. *Journal of Higher Education Policy and Management* 2004;26(2): 207-23
34. Pongpirul K, Sriratanaban J, Asavaroengchai S, Thammatach-Aree J, Laoitthi P. Comparison of health care professionals' and surveyors' opinions on problems and obstacles in implementing quality management system in Thailand: a national survey. *Int J Qual Health Care* 2006;18(5):346-51.
35. Wattanasri N, Manorama W, Viriyayudhagorn S. Laboratory Accreditation in Thailand A Systemic Approach. *Am J Clin Pathol* 2010;134(4):534-40.
36. Yarmohammadian M, Bahrami S, Karimian J. Four models of performance management in the health care system. *Process Management and Development* 2005(63):19-26.
37. Thielen L. Exploring public health experience with standards and accreditation The Robert Wood Johnson Foundation, 2004.



## The blind spots on Accreditation program

Mohammad Hossein Yarmohammadian<sup>1</sup>, Azad Shokri<sup>2</sup>, Najmeh Bahmanziari<sup>2</sup>,  
Ayan Kordi<sup>2</sup>

### Review Article

#### Abstract

Accreditation is an assessment tools of health systems especially hospitals, that is a top priority of the Ministry of Health and Medical Education in Iran but other countries that have implemented this program faced challenges. Since the accreditation program is in the initial stages of implementation in Iran, this study review other studies to find probable downsides of the program to extract the challenges in implementing this program which has not been seen to propose solutions for overcoming its problems. This is a narrative review and its findings was obtained at the end of 1391 and challenges were classified in categories including: increasing costs, uncertainty about the effectiveness of the program, the conflict between quality assurance and quality improvement, using a single set of standards for the evaluation of organizations and programs in different environments, promotion administrative bureaucracy and a bunch about employees including: increasing their workload and lack of manpower, increasing stress of staff due to the difficult and time-consuming of the program. These challenges impede the proper implementation and achieve objectives of the accreditation program in organizations. Therefore, this study suggests to authorities, study and plan for all aspects of the identified inconsistencies for successful implementation of this program in Iran and takes action to reduce or eliminate its effects through professional meetings and conferences in this field to find effective solutions.

**Keywords:** Accreditation, challenges, review study

**Citation:** Yarmohammadian MH, Shokri A, Bahmanziari N, Kordi A. **The blind spots on Accreditation program.** J Health Syst Res 2013; 9(11):1158-1166

**Received date:** 14/03/2013

**Accept date:** 05/10/2013

1. Professor Health Care Management, School of Management and Health Information, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
2. MSc. student of health care management, Student Research Committee, School of Management and Health Information, Isfahan University of medical science, Isfahan, Iran. (Corresponding Author)Email: Ayan.kordi@gmail.com