

بسم الله الرحمن الرحيم

عنوان مقاله: آسیب شناسی اعتباربخشی بیمارستانی در ایران

نگارنده: دکتر رضا تویسرکان منش، مدیرعامل موسسه اعتباربخشی رسالت رازی

تاریخ نگارش: آذرماه 1392

اعتباربخشی طبق تعریف یک فرآیند ارزیابی بیرونی می باشد که طی آن یک سازمان مستقل، بی طرف و دارای صلاحیت که غالباً غیر دولتی می باشد یک مرکز بهداشتی درمانی را در قبال استاندارد های ایمنی و کیفیت خدمات سلامت ارزیابی نموده و مشخص می کند که این مرکز تا چه حد الزامات و استاندارد های مذکور را رعایت کرده و وضعیت اعتباربخشی آن را تعیین و رسماً اعلام می نماید. این فرآیند در اکثر کشور های دنیا داوطلبانه می باشد زیرا استاندارد های اعتباربخشی به عنوان حداکثر استاندارد های قابل دستیابی تلقی شده و انطباق با آن ها از عهده هر بیمارستانی ساخته بر نمی آید لذا هر بیمارستانی که حداقل استاندارد های ضروری و حیاتی را رعایت نماید می تواند از وزارت بهداشت آن کشور با رعایت مقررات مربوطه اجازه فعالیت بگیرد ولی معهود مرکزی که از نظر کیفیت خدمات بسیار پیشرو می باشند و ادعای برتری و تعالی دارند برای این مسابقه کیفیت داوطلب شده و در صورت موفقیت به دریافت لوح آن مفتخر می شوند. این لوح نشان دهنده تعهد بیمارستان به ایمنی و کیفیت خدمات سلامت می باشد لذا مردم و سازمان های بیمه گر اقبال بیشتری نسبت به این گونه مراکز نشان می دهند و حتی امکان جذب بیماران خارجی (گردشگری سلامت) را نیز فراهم می نماید. کاهش خطا های پزشکی و آسیب های ناخواسته ناشی از مراقبت های بیمارستانی به افزایش بهره وری سازمانی و جلوگیری از هدر رفتن منابع سلامت کمک نموده و موجب بهبود وجهه بیمارستان نزد افکار عمومی و رسانه ها خواهد شد لذا با فراهم نمودن محیط امن و کارا موجب رضایت بیماران و کارکنان و بهره وری سازمان می گردد. از نظر تاریخی شاید بتوان گفت که حدود یک قرن قدمت دارد ولی تا سال ها محدود به کشور های توسعه یافته بود ولی از سال 1990 به بعد مورد اقبال جهانی قرار گرفته و اکثر کشور های اروپایی، آسیایی و آفریقایی به این برنامه پیوسته اند. این استاندارد ها به دو صورت بین المللی و ملی وجود دارند که نوع بین المللی آن توسط برخی کشورها نظیر آمریکا، کانادا، استرالیا، فرانسه و هند ارائه می گردد و مراکز متقاضی با تهیه این استاندارد ها و بهره گیری از آموزش ها و یا مشاوره مراکز مذکور اقدام به پیاده سازی آنها نموده و پس از آمادگی، درخواست ارزیابی می نمایند که در صورت موفقیت، لوح یا گواهینامه تایید صلاحیت دریافت می نمایند. پیشروترین سازمانی که اعتباربخشی بین المللی ارائه می دهد بخش جهانی کمیسیون مشترک اعتباربخشی آمریکا (JCI: Joint Commission International) می باشد که در بیش از 46 کشور جهان ارزیابی اعتباربخشی انجام داده است اکنون پنجمین ویرایش استاندارد های خود را منتشر نموده است که از اول آوریل سال 2014 میلادی جایگزین ویرایش قبلی می گردد. این سازمان برنامه های آموزشی، مشاوره ای و ارزیابی ارائه می دهد و بیش از 80 جلد کتاب راهنما برای اعتباربخشی منتشر نموده است دفتر مرکزی آن در شیکاگو آمریکا می باشد و 2 دفتر منطقه ای در دبی و سنگاپور دارد ولی به دلایل سیاسی و تحریم های دولت آمریکا امکان فعالیت در ایران را ندارد لذا ادعای هرگونه نمایندگی آن در ایران کذب و فریبکاری می باشد. بیمارستان هایی که به دنبال شناخته شدن و کار در سطح جهانی (World class) می باشند و چشم به جذب گردشگران سلامت دارند چاره ای جز جستجوی تایید صلاحیت بین المللی ندارند.

برخی کشورها نیز برنامه و استاندارد های ملی اعتباربخشی دارند و بر اساس مقتضیات بومی، قوانین و مقررات ملی، فرهنگ و اصول محلی و سطح بلوغ و تکنولوژی در دسترس، استانداردهای خود را تدوین و منتشر می نمایند و عمدتاً به صورت داوطلبانه مراکز بهداشتی درمانی را ترغیب به انطباق با آنها می نمایند. فراموش نکنیم که صدور مجوز کار و اجازه بهره برداری از مراکز بهداشتی درمانی در همه جای دنیا در

اختیار دولت ها می باشد و بر اساس رعایت حداقل استاندارد های ساختاری می باشد و در ادامه کار بیمارستان ها، عملکرد آنها مورد پایش و ارزشیابی مراکز نظارتی قرار می گیرد ولی برنامه های بهبود کیفیت و تبعیت از استاندارد های تعالی سازمانی از قبیل اعتباربخشی، EFQM، بالدریج، دمینگ و... داوطلبانه و اغلب غیر دولتی می باشد.

در ایران از سالها پیش برنامه هایی برای ارزشیابی مراکز بهداشتی درمانی وجود داشته است ولی شکل ساختاریافته آن تحت عنوان ضوابط و استانداردهای ارزشیابی بیمارستانی در مرداد 1376 از سوی معاونت درمان و داروی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تنظیم و از سوی وزیربهداشت جهت اجرا به دانشگاههای علوم پزشکی ابلاغ گردید. این ضوابط عمدتاً بر عوامل ساختاری نظیر نیروی انسانی، فضای فیزیکی، تجهیزات بیمارستانی و وجود برخی دستورالعمل ها تاکید داشتند ولی به تدریج دچار تغییراتی گردید به طوری که از اول اردیبهشت 1383 سنجش و ارتقای شاخص های کیفی الزامی گشت و در سال 1385، پنج محور بهداشت و نظافت، مدارک پزشکی و اطلاع رسانی، کمیته های بیمارستانی، شاخص های کیفی بیمارستان و شاخص های کیفی اورژانس تحت عنوان محوره های اصلاح و رتبه بندی، مورد تأکید بیشتر قرار گرفت. این ضوابط در قالب 2 کتابچه ضوابط اختصاصی بخش اورژانس و ضوابط کلی سایر بخش ها ملاک ارزشیابی بیمارستان ها بود و با مشخص نمودن درجه بیمارستان (درجه یک عالی، درجه یک، درجه دو، درجه سه و غیراستاندارد)، تعرفه متناسب آن را تبیین می نمود و مبنای پرداخت سازمان های بیمه گر و اشخاص قرار می گرفت بنا بر این در این سال ها صدور پروانه تاسیس و بهره برداری و ارزشیابی بیمارستان ها در قالب پروژه های مجزا در اختیار وزارت بهداشت بود ولی بیمارستان هایی نیز به صورت داوطلبانه استاندارد های کیفیت و تعالی سازمانی نظیر ISO 9001، EFQM، جایزه ملی کیفیت ایران و... را اختیار می نمودند. این استاندارد ها عمدتاً از صنعت اقتباس شده بودند و توسط مراکز غیردولتی ارائه می شدند.

به دنبال انتقاداتی که نسبت به ضوابط و نحوه ارزشیابی بیمارستان ها از جمله تمرکز این استاندارد ها بر ساختار و بی توجهی آن ها نسبت به نتایج و اثربخشی درمان و نیز عدم رعایت بی طرفی ارزشیابان بیان می شد و نیز اقبال جهانی به برنامه های اعتباربخشی که دامنه آن را به کشور های منطقه نظیر مصر، لبنان، هند و کشورهای حاشیه خلیج فارس کشانده بود ایده بازنگری در استاندارد ها و سیستم ارزیابی کشور شکل گرفت به دنبال آموزش های ارائه شده توسط آقای دکتر سید محمد صادق مهدوی و تلاش های آقای دکتر حسن کرانی تیمی به منظور بازنگری مذکور تشکیل شد و با مرور متون و بررسی ادبیات موجود از جمله کشور های لبنان، مصر، فرانسه، انگلیس و آمریکا نسبت به تدوین پیش نویس استاندارد های ملی ایران اقدام نمودند که با نظرسنجی از صاحب نظران و پایلوت کردن در چند مرکز، اصلاحات بعدی صورت گرفت و نسخه نهایی کتاب آماده شد و نهایتاً توسط وزیر بهداشت در اسفند ماه 1389 تحت عنوان "استاندارد های اعتباربخشی بیمارستان در ایران" به تمامی دانشگاه های علوم پزشکی ابلاغ گردید و قرار شد جایگزین روش مرسوم ارزشیابی بیمارستان ها شود لذا با توافق سازمان های بیمه گر قرار شد که در سال 1390 ارزشیابی اتفاق نیفتد تا بیمارستان ها فرصت پیاده سازی استاندارد های مذکور را داشته باشند و قرار شد که درجه بیمارستان ها عیناً معادل سال قبل لحاظ شود. به بیمارستان ها ابلاغ شد که در سال 91 بر مبنای استاندارد های جدید مورد ارزیابی قرار خواهند گرفت که نشانگر درجه ارزشیابی آنها نیز خواهد بود به دنبال تاخیرهای پی در پی نهایتاً در اواخر دیماه 1391 عملیات ارزیابی آغاز گردید که تا نیمه اول سال جاری نیز به طول انجامید ولی با گذشت ماهها نهایتاً آذر ماه نتایج اولیه ارزیابی و درجه ارزشیابی بیمارستان ها در حال اعلام به مراکز می باشد و امید است که مراکز درمانی و سازمان های بیمه گر از سرگردانی رهایی یابند.

گرچه بازنگری در استاندارد ها و نظام ارزیابی عملکرد بیمارستان ها توسط وزارت بهداشت اقدامی ارزشمند، حرکتی رو به جلو و در راستای ارتقای کیفیت خدمات سلامت بوده است و حتماً باید از زحمات و تلاش های دست اندرکاران صمیمانه تقدیر نمود ولی در ادامه نگاهی نقادانه خواهیم داشت به این استاندارد ها و مکانیزم ارزیابی آنها از منظر کارشناسانه و بی طرفانه به امید کمک به بهتر و کامل تر شدن این ضوابط و روش ها. لازم به ذکر است که احتمالاً بسیاری از مشکلات و دشواری های پیش آمده مربوط به نوپا بودن آن در ایران است و مصداق دیکته ننوشته غلط ندارد خواهد بود لذا این آسیب شناسی به هیچ وجه قصد زیر سوال بردن این کوشش ها و تلاش های شجاعانه را ندارد و

نگارنده به عنوان یک مدرس، مشاور و کارشناس اعتباربخشی، مشاهدات و نظرات و پیشنهادات خود را صرفاً به نیت اصلاح و بهبود وضعیت موجود بیان می نماید.

الف- استاندارد: استاندارد های ایران از نوع ملی، اجباری و بخشی می باشد.

- 1- بخشی به این معنی که برای هر بخش و دپارتمان بیمارستان، مجموعه استاندارد های مرتبط و قابل کاربرد تدوین و ابلاغ شده است لذا هر واحد مثلاً "بخش جراحی، بخش تغذیه، بخش آزمایشگاه و...مکلف به انطباق با همان استانداردها می باشد این روش در مقابل استاندارد های عملکردی می باشد که در برخی کشورهای پیشرفته بکار می رود و برای عملکرد های اصلی بیمارستان نظیر ارزیابی بیمار، مراقبت از بیمار، حقوق بیمار، صلاحیت و آموزش کارکنان و... صرف نظر از بخشهای بیمارستان استاندارد تدوین می شود و واحد ها مکلف به انطباق با استاندارد های قابل کاربرد می باشند. از جمله مشکلات روش اول می توان به نکات ذیل اشاره نمود: برخی از واحدها از قلم افتاده و برای آنها استاندارد تدوین نشده است مثلاً" با کمال تعجب ملاحظه شد که مهمترین بخش بیمارستان یعنی بخش داخلی نادیده گرفته شده بود که گرچه در تدوین سنجه اصلاح شد ولی هنوز درمانگاهها و کلینیک های بیمارستان، بخش رادیو تراپی، بخش IVF، بخش پیوند اعضا، بخش آموزش و تمامی بخش های فوق تخصصی فاقد استاندارد های اختصاصی می باشند و ماهیتاً نیز سنخیت جدی با بخش های داخلی و جراحی عمومی ندارند و همچنان بلاتکلیفند. دیگر آنکه تدوین کنندگان مجبور شده اند که بخش اعظمی از الزامات را در همه بخشها تکرار نمایند مثلاً" در هر بخش تکرار کنند که نسخه ای از برنامه استراتژیک بیمارستان در این بخش در دسترس است و اگر بیمارستان 70 بخش داشته باشد این الزام 70 بار تکرار می شود حجم این الزامات بسیار زیاد و بالغ بر 70 درصد الزامات هر بخش می شود در صورتی که در نوع عملکردی مثلاً" یک بار گفته می شود که بیمارستان برنامه استراتژیک دارد و در هر بخش آن یک نسخه در دسترس می باشد این مشکل خود را در ارزیابی بیمارستان به صورت بارز نشان میدهد. در این روش تعاملات واحد ها و ارتباطات بخش ها به درستی دیده نشده است و بخش ها به صورت جزایر پراکنده دیده می شوند در صورتیکه عمده خطاها و مخاطرات در حد فاصل بخش ها که بیمار متولی مشخص ندارد رخ می دهد و این مغایر رویکرد متعالی فرآیندی در بیمارستان است. برخی واحد ها نظیر آتش نشانی، ساختمان، پسماند، کمیته های بیمارستانی، کنترل عفونت، بانک خون و...به صورت بخش های مستقل و مجزا و دارای ساختار و کارکنان مختص به خود در نظر گرفته شده اند در صورتیکه در واقعیت و عمل این واحد ها در تشکیلات بیمارستان ها دیده نشده اند و وجود خارجی ندارند و به عنوان یک وظیفه به افراد سایر واحد ها محول شده اند از آنجاییکه بیش از 80 درصد بیمارستان های کشور وابسته به وزارت بهداشت و دولتی هستند و اجازه تغییر در تشکیلات خود را ندارند مشخص نیست که چگونه باید با این الزامات انطباق یابند.
- 2- استاندارد ملی به این معنی است که دامنه کاربرد گواهینامه آن در محدوده داخل کشور بوده و برای بیمارستان مزیتی برای رقابت بین المللی و احتمال جذب گردشگر سلامت فراهم نمی کند.
- 3- استاندارد اجباری به این معنی است که تمامی بیمارستان های کشور صرف نظر از وابستگی آنها (دولتی، خصوصی، نظامی، خیریه، تامین اجتماعی و غیره)، دسترسی به منابع (مثلاً" کمبود جدی پزشکان متخصص در مناطق محروم)، نوع (عمومی، تخصصی، فوق تخصصی)، سائیز(کوچک، متوسط و بزرگ)، آموزشی یا غیرآموزشی بودن، درجه تعالی (پیشرو در کیفیت یا بسنده به حد اقل ها) برای امکان ادامه فعالیت می بایست در این برنامه شرکت کنند و تایید صلاحیت شوند و این اولین باری است که سیستم های ارزشیابی و نظام پرداخت و مسابقات تعالی و کیفیت با هم یکی می شوند. همانطور که قبلاً" گفته شد استاندارد های اعتباربخشی به عنوان حداکثر استاندارد های قابل دستیابی در نظر گرفته می شوند و حتی در کشورهای اروپایی و پیشرفته همه مراکز نمی توانند با آنها انطباق یابند حال اگر ما محروم ترین و دورافتاده ترین بیمارستان های کشور را مجبور نماییم که با برخوردارترین بیمارستان های پایتخت در شرایط کاملاً" نابرابر رقابت کنند چند اتفاق نامیمون امکان رخ دادن دارد اول آنکه بیمارستان مذکور که گاهی تنها بیمارستان آن شهر یا منطقه نیز می باشد امتیاز کافی را کسب نکند و درجه خود را از دست بدهد و با کاهش رتبه در اثر عدم دسترسی به منابع محکوم به کاهش درآمد شود که این خود ایجاد یک چرخه معیوب کاهش کیفیت و متعاقب آن کاهش مجدد درجه می نماید و با توجه به اینکه تعطیل کردن این قبیل مراکز تقریباً" غیر ممکن است فایده این ارزیابی اجباری نامشخص است در حالیکه آن مرکز علی رغم اطلاع از مشکلات امکان تامین منابع لازم از جمله پزشکان تخصصی مربوطه را هیچوقت نخواهد

داشت. سناریوی دوم این است که برای این گونه مراکز ارفاق قایل شویم و بگوییم که علیرغم عدم رعایت ضوابط و استاندارد های اعتباربخشی و با وجود کمبود نیرو، پزشک، تجهیزات، خط مشی ها و روش ها... تایید صلاحیت می شوید یعنی چون امکان نداریم که مرکز را به استاندارد های حداکثری برسانیم استاندارد را به قامت بیمارستان تقلیل دهیم که خود نقض غرض بارز است (شیر بی یال و دم اشکم که دید، اینچنین شیری خدا کی آفرید؟) از سویی مرکز را به این توهم دچار می کنیم که تو در سطح جهانی کار می کنی! در صورتیکه به هیچ وجه لازم نبود این مرکز را وادار به اعتباربخشی نماییم و اعتباربخشی این آخرین تیر ترکش بهبود کیفیت و ایمنی خدمات سلامت را لوث نماییم. شاید اگر فقط چند بیمارستان مطرح کشور داوطلبانه و با تلاش وافر موفق به اخذ گواهی اعتباربخشی می شدند و این بیمارستان ها به همگان معرفی می شدند و بیمه ها تا 10 برابر بیشتر به این چند مرکز پرداخت می کردند انگیزه، علاقه و جنب و جوش خودجوش و اقبال بسیار بیشتری برای این استاندارد ها در کشور ایجاد می شد.

ب- زمان و مدت پیاده سازی: برنامه پیاده سازی کوتاه، فشرده، شتاب زده، سطحی و در زمان نامناسب اجرا شد.

مطالعات نشان می دهد که انطباق با استاندارد های اعتباربخشی در آمریکا که مهد این استاندارد می باشد 18 تا 24 ماه و در سایر کشورها 3 تا 5 سال به طول می انجامد و از آنجا که اعتباربخشی حاوی الزامات تکنیکی بهداشتی درمانی است پیاده سازی آنها نیازمند تغییر نگرش کارکنان، تغییر فرهنگ سازمانی، آموزش های انبوه و مستمر، پایش و اصلاح مداوم برنامه ها و اهداف است و در بهترین شرایط سال ها به طول می انجامد در حالیکه این مهلت به مراکز ما داده نشد و برخی مراکز فقط چند ماه توانستند روی آنها کار کنند که نتیجه، اجرای بسیار سطحی، غیرعلمی و توأم با سند سازی گسترده به منظور کسب نمره بود. برخی مراکز حتی فراموش کرده بودند که نام بیمارستان را در اسنادی که اقتباس نموده بودند تغییر دهند! این شتاب در کار در زمانی اتفاق افتاد که بیمارستان ها تحت تاثیر شدیدترین فشارهای مالی ناشی از هدف مندی یارانه ها، واقعی نبودن تعرفه ها، عدم پرداخت مطالبات از سوی بیمه ها، عدم وصول تخصیص ها و... کمبود شدید نیروی انسانی به ویژه کادر پرستاری و مشکلات متعدد ناشی از تحریم ها بودند که نتیجه ای جز دلزدگی واحد ها، سطحی نگری نسبت به استاندارد و ترویج فریبکاری از سر ناچاری در پی نداشت.

ج- سنجه ها و روش امتیازدهی: سنجه ها نامتوازن، نامتناسب، دارای تاکید بیش از حد بر مستندسازی و نامفهوم می باشند.

سنجه ها ملاک هایی برای امتیازدهی به استاندارد ها می باشند و برای هر استاندارد یک یا چند ملاک تهیه شده است که واحد در صورت اجرای کامل آن سنجه 2، اجرای نسبی 1 و عدم اجرا 0 امتیاز کسب می نماید. جمع امتیاز سنجه ها، امتیاز استاندارد و جمع امتیاز استاندارد ها، امتیاز واحد را نشان می دهد که با تقسیم آن بر حداکثر امتیاز قابل اکتساب، امتیاز نسبی هر واحد به دست می آید. مهمترین مشکلاتی که در رابطه با سنجه ها وجود دارد عبارتند از:

1- عدم توازن: امتیاز سنجه ها ربطی به درجه اهمیت آنها ندارد مثلاً " صدور ابلاغ اداری برای سرپرستار اورژانس که مدرک کارشناسی ارشد با یک سال سابقه کار که دوره های لازم را دیده باشد 6 امتیاز دارد ولی برنامه مدیریت خطر برای غفلت و اشتباهات کارکنان که تهیه آن چندین ماه به طول می انجامد 2 امتیاز دارد و یا چسباندن برنامه کشیک پرسنل به دیوار 2 امتیاز دارد و ارزیابی اولیه بیمار توسط پرستار نیز 2 امتیاز دارد و قس علی هذا. خط مشی هایی که در بند خط مشی ها و روش ها الزام شده اند 6 امتیاز و آنهایی که در سایر بندها الزام شده اند و بعضاً" نیز از اهمیت کمتری برخوردارند 8 امتیاز دارند!

- 2- عدم تناسب: همه بخش های بیمارستان سهم مساوی در امتیاز بیمارستان دارند یعنی بیمارستان می تواند در استاندارد ها و ضوابط فنی ارایه خدمت (نظیر جراحی و پرستاری و حقوق بیمار) نمره ضعیف بگیرد ولی از طریق واحد های پشتیبانی نظیر تدارکات، انبار، مالی، اداری و... جبران نماید.
- 3- تاکید بیش از حد بر مستند سازی: عمده امتیاز واحد ها در گرو مستندات آنهاست و هر خط مشی و روش 6 یا 8 امتیاز به ارمغان می آورد که صرفاً "2 امتیاز آن مربوط به اجرای آن خط مشی می باشد یعنی شما می توانید خط مشی و روش اجرایی کنترل درد بیمار را تهیه و توزیع کنید ولی بدان عمل نکنید (بیمار تا صبح درد بکشد و ناله کند) ولی عمده امتیاز را کسب نمایید و درجه یک عالی شوید در حالیکه در هیچ استاندارد بین المللی عمل خلاف رویه استاندارد را با 2 کسر امتیاز جریمه نمی نمایند!
- 4- نامفهوم بودن: بسیاری از سنجه ها روشن نبوده و به طرق مختلفی توسط بیمارستان ها و ارزیابان تفسیر می شوند به عنوان مثال هیچ ارزیابی پاسخ مشخصی برای نحوه ارزیابی خدمات ارتقای سلامت مورد نیاز بیمار توسط پرستار ارایه نمی دهد.

د- منابع پشتیبان: هیچ مرجع پشتیبانی برای استاندارد نوشته نشده است.

کتاب استاندارد حاوی باید ها و الزاماتی است که بیمارستان ملزم به پیاده سازی و اجرای آنهاست ولی در باره چگونگی و نحوه پیاده سازی چیزی را بیان نمی کند لذا موسسات تدوین کننده این گونه استاندارد ها کتب، مجلات، مقالات و سایت های پشتیبانی را تهیه می کنند که به بیمارستان ها در فهم و پیاده سازی الزامات کمک می نماید و به ارزیابان نیز در تفسیر و درک سنجه ها یاری می رساند به عنوان مثال کمیسیون مشترک اعتباربخشی بین المللی (JCI) برای تفسیر و راهنمایی استاندارد های خود بیش از 80 جلد کتاب، چندین نشریه، صد ها مقاله و 4 وب سایت فراهم نموده است. اکنون سنجه هایی چون دستورات خود به خود متوقف شونده، دستورات پا بر جا، داروهایی چند دوزی، تعویض شیفت، ارزیابی مخاطرات بالینی، برنامه ریزی استراتژیک در بیمارستان، برنامه های عملیاتی و بهبود کیفیت، شاخص های پایش و اندازه گیری و دهها عنوان دیگر به قدری برای مراکز نامفهوم و کلی است که هر بیمارستانی تفسیر خود را از سنجه ها دارد و راه خود را می رود و حتی به تجربیات خود به عنوان سند اشاره می نماید! در نتیجه اکثر همان اسنادی که خوشبختانه بدان ها عمل نیز نمی شود، مبهم، کلی، بسیار خلاصه و کوتاه، نامناسب و گاهی از نظر علمی به کلی اشتباه می باشند و فقط به منظور ارایه به ارزیاب و اخذ نمره و رتبه آماده شده اند و ارزش دیگری ندارند.

ه- روش ارزیابی: ارزیابی چشم اسفندیار (پاشنه آشیل) اعتباربخشی در ایران می باشد.

بیمارستان ها ماهها و گاهی سال ها زحمت می کشند و نتایج کار خود را طی چند روز به بوته آزمایش می گذارند شبیه دانش آموزی که سال ها درس می خواند و طی یک روز امتحان (کنکور) سرنوشتش رقم می خورد پس عملیات ارزیابی در اعتباربخشی بالاترین اهمیت را دارد به خصوص اینکه در ایران این ارزیابی به ارزشیابی و تعیین درآمد مرکز هم گره خورده است ولی به گمان اینجانب، متأسفانه ضعیف ترین حلقه زنجیره اعتباربخشی در ایران عملیات ارزیابی آن می باشد که بیشتر زحمات قبلی را کم رنگ کرده و می رود که بیمارستان های ما را به مسیر انحرافی و پرتگاه سوق دهد. دلایل این ادعا به شرح ذیل است.

- 1- عدم بی طرفی: ارزیابی عملیاتی بی طرفانه است و فرد ارزیاب و یا سازمان ارزیابی کننده نباید موضع و سوگیری نسبت به ارزیابی شونده داشته باشد مثلاً "مالک، سهام دار، کارمند، رقیب، دشمن،... بیمارستان باشد والا بی طرفی نقض شده و خواسته یا ناخواسته، دانسته و یا ندانسته حقی از مراکزی ضایع می شود در حالیکه در ایران دانشگاهها که خود متولی و مالک بیش از 80 درصد تخت های بیمارستانی کشور می باشند مامور به این کار شده اند در نتیجه کسی که خود مالک و متولی و ناظر و تامین کننده منابع بیمارستان دانشگاهی و رقیب بیمارستان غیردانشگاهی است باید بر مسند قضاوت بنشیند با علم به اینکه کسر درجه بیمارستان

دانشگاهی موجب کسر شان دانشگاه و زیر سؤال بردن عملکرد آن و نیز کاهش درآمد دانشگاه و ایجاد مشکلات اعتباری برای آن است در حالیکه اهرمی برای فشار بر مراکز خصوصی و غیر دولتی و ترساندن و تنبه آنها به حساب می آید. در عمل هم دیده شد که تیم ها برخورد های بسیار متفاوتی با این 2 نوع مراکز داشتند و در یک جا مو را از ماست می کشیدند و در جایی دیگر شتر را هم نادیده می گرفتند به عنوان نمونه بسیاری از مراکز کوچک و متوسط غیردولتی طی 3 الی 12 روز ارزیابی شدند ولی بزرگترین مراکز آموزشی، پژوهشی و درمانی کشور طی یک روز بازدید شدند!

2- صلاحیت ناکافی: ارزیابی بیمارستانی در دنیا یک حرفه و شغل محسوب می شود و شرایط بسیار دشوار و سخت گیرانه ای برای ورود به این حرفه وجود دارد. ارزیابان باید دارای ویژگی های اخلاقی والا (نظیر پایبندی به اصول اخلاقی، تدبیر، تیزبینی، تیزهوشی، تطبیق پذیری، پشتکار، توانایی تصمیم گیری و اعتماد به نفس و ...)، دانش کافی و وسیع نسبت به علم ارزیابی (تکنیک های مصاحبه، بررسی مدارک و مستندات، مشاهده، نمونه گیری، ارزیابی انطباق، ثبت یافته ها و گزارش نویسی و...)، درک کامل و عمیق از استاندارد (مفهوم سنجه ها و اسناد پشتیبان آنها)، داشتن دانش حیطه تحت ارزیابی (پزشکی، پرستاری و مدیریتی) و سابقه کار ارزیابی (کارآموزی های طولانی تحت نظر ارزیابان حرفه ای) باشند در حالیکه اکثر ارزیابان کشور حتی حداقل آموزش های تخصصی را ندیده بودند و تجربه و سابقه ای هم از ارزیابی های حرفه ای نداشتند به طوری که در فاصله حدود یکسال که ارزیابی ها به طول انجامید بسیاری از نیروهای طرحی و قراردادی به ادارات نظارت و ارزشیابی دانشگاهها پیوستند و در همان روز لیستی از سنجه ها به آنها داده شد و روانه ارزیابی شدند تا حسب سلیقه و دانش خود قضاوت نمایند و تکلیف مراکز را مشخص کنند. نتیجه آن شد که به تعداد دانشگاههای علوم پزشکی کشور و یا تیم های ارزیابی آنها و حتی با قدری اغراق به تعداد ارزیابان کشور سلیقه و روش و فتوی ایجاد شد که به طرز وحشتناکی یکنواختی و قابلیت اعتماد و تعمیم و مقایسه پذیری ارزیابی را زیر سؤال برد به طوری که گاهی یک ارزیاب یک سند را در بخشی ملاحظه می کرد و با تعریف و تمجید می پذیرفت و دیگری در همان لحظه همان سند را در بخش دیگری کلاً " نامناسب و مردود اعلام می کرد و نمی پذیرفت! محتوای اسناد در اکثر موارد نادیده انگاشته می شد و صرفاً " قالب و شکل سند مورد توجه قرار می گرفت به طوری که گاهی بهترین اسناد از نظر قوت علمی رد می شد (صرفاً " به دلیل اینکه به جای فرد پاسخگو که اصطلاحی نامناسب ولی به غلط الزام شده در سنجه هاست ذکر شده است مسئول پیاده سازی که مفهوم تر و ترجمه دقیق تری از واژه اصلی است) ولی خط مشی ها و روش هایی که در چند سطر مبهم و کلی و غیرعلمی در قالب دانشگاه نگاشته شده بود نمره کامل می گرفت. این غیر یکنواختی تا جایی پیش رفت که مراکز سعی می کردند اسم ارزیاب بخش خاص خود را پیدا کنند و مطابق سلیقه او رفتار کنند. در بعضی موارد یک الزام واحد نظیر برنامه توسعه فردی از 2 اداره کل مجزای وزارت خانه (نظیر ادارات کل مدیریت بیمارستانی و اعتباربخشی که هر دو زیر مجموعه یک معاونت می باشند) ابلاغ شده است ولی هیچ کدام دیگری را قبول ندارند و مفهوم آن الزام به تولید هزاران فرم برنامه توسعه فردی صوری به طور موازی در هر مرکز می باشد که غیر از لوٹ شدن موضوع، منابع بیمارستان را نیز هدر می دهد. از دیماه سال گذشته که ارزیابی ها شروع شد تا کنون، به تدریج تفسیر ها و تعریف های جدیدی برای سنجه ها ارایه شد و به اعتراف برخی ارزیابان شیوه ارزیابی هر ارزیاب واحد نیز طی زمان تغییر نمود یعنی هر مرکز را به یک شیوه ارزیابی می نموده است بدون آنکه امکان اصلاح اشتباهات گذشته خود را داشته باشد و این اوج ناهمگونی در ارزیابی است که اعتبار مقایسه ای آنرا به کلی مخدوش می نماید.

3- نبود راهنمای ارزیابان: قبل از شروع عملیات ارزیابی می بایست کتاب راهنمای ارزیابی (Assessor Guide) تهیه می شد و در اختیار ارزیابان قرار می گرفت و بر اساس آن آموزش های لازم نیز داده می شد که متأسفانه تاکنون این اتفاق روی نداده است و بسیاری از ارزیابی ها بدون تدوین و ارسال به موقع (حداقل یک ماه زودتر) برنامه و طرح ارزیابی اتفاق افتاد و مباحث اساسی نادیده گرفته شد.

4- ذهنیت بازرسی: از آنجاییکه از کارشناسان نظارت و بازرسی دانشگاهها، بدون آموزش های اساسی برای ارزیابی اعتباربخشی استفاده می شود ذهنیت شکل گرفته در اغلب این افراد یعنی تلقی بازرسی از ارزیابی ملاک عمل قرار می گیرد این در حالیست که ارزیابی اصولاً با بازرسی متفاوت بوده و نیازمند ذهن باز و انعطاف پذیر می باشد و ارزیاب به دنبال مچ گیری و یافتن مجرم و برخورد با او نمی باشد بلکه در پی کشف درجه انطباق و کمک به بهبود فرآیند هاست در موارد متعددی دیده شد که رفتار تحکم آمیز و غیر منعطف ارزیاب باعث رنجش شدید سازمان و فرد ارزیابی شونده شده و گاهی رفتار های از موضع قدرت و توهین آمیز ارزیابان اشک ارزیابی شوندهگان را جاری می نمود و باعث بدبینی و نا امیددی نسبت به اعتباربخشی می شد.

5- ملاحظات اخلاقی: سپردن امور حیاتی بیمارستان ها بخصوص مراکز غیردولتی به دست افرادی که نقش دوگانه دارند می تواند منشا برخی سوء استفاده ها گردد به طوریکه برخی ارزیابان را برای ارایه خدمات آموزشی و مشاوره و پیاده سازی وسوسه نماید که در این صورت محل رانت، فساد و زیر سؤال بردن بی طرفی ارزیابی خواهد بود که باید به شدت از احتمال ارتباطات آشکار و پنهان، مستقیم و غیر مستقیم ارزیابان و مراکز جلوگیری نمود.

در پایان ضمن تقدیر مجدد از حرکت های اصلاحی و تعالی جویانه بخش بهداشت و درمان کشور و تشکر از زحمات تمامی تلاشگران این حوزه و گفتن خدا قوت به وزارت بهداشت و دانشگاههای علوم پزشکی توصیه های کارشناسی ذیل تقدیم می گردد شاید به کار آید:

- 1- اعتباربخشی فرآیندی داوطلبانه و مستقل از صدور گواهینامه و ارزشیابی اعلام شود.
- 2- عملیات اجرایی نظیر آموزش، مشاوره و ارزیابی به بخش غیردولتی واجد صلاحیت واگذار شود.
- 3- تدوین اسناد پشتیبان و نظارت عالی بر مراحل اعتباربخشی به عهده وزارت بهداشت باشد.
- 4- روش ارزیابی موسسات آموزشی، مشاوره ای و ارزیابی اعتباربخشی تدوین و اعلام شود.
- 5- موسسات مورد تایید وزارت بهداشت برای خدمات آموزشی، مشاوره ای و ارزیابی اعتباربخشی اعلام شود.
- 6- بازنگری استاندارد و سنجه ها با نگاه به تغییرات جهانی آغاز شود.
- 7- مشوق های قوی برای بیمارستان های برگزیده در نظر گرفته شود.
- 8- کمیسیون مشترک اعتباربخشی متشکل از نمایندگان همه ذینفعان برای نظارت بر فرآیند اعتباربخشی تشکیل شود.
- 9- فعالیت های بهبود کیفیت نظیر حاکمیت بالینی و اعتباربخشی همسو و ادغام شود.
- 10- اعتباربخشی بین المللی ترغیب شود.