

مقاله اصیل

تدوین خط مشی های ضروری بخش اورژانس بر اساس استانداردهای اعتبار بخشی حاکمیت بالینی

مهرداد اسماعیلیان، محمد نصرافهانی، علی مطلبی ناحیه*

دپارتمان اورژانس، بیمارستان الزهرا، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

*نویسنده مسئول: نویسنده مسئول: علی مطلبی ناحیه؛ اصفهان، بلوار صفه، بیمارستان الزهرا اصفهان، بخش اورژانس، تلفن: ۰۹۳۶۱۶۱۱۵۵۵؛ پست الکترونیک: dr_alimotallebi@yahoo.com

تاریخ دریافت: اسفند ۱۳۹۳

تاریخ پذیرش: اردیبهشت ۱۳۹۴

خلاصه:

مقدمه: نقش طرح اعتبار بخشی در بهبود وضعیت بخش های اورژانس مساله ای است که در مطالعات کمتر بدان توجه شده است. بر این مبنا مطالعه حاضر با هدف ارزیابی نقش خط مشی ها و راهکارهای تدوین شده بر مبنای امتیاز اعتبار بخشی بر بهبود اجرای فرآیندهای بخش اورژانس طراحی گردید. **روش کار:** مطالعه کوهورت حاضر در بخش اورژانس مرکز آموزشی درمانی الزهرا (س) اصفهان بین سال های ۱۳۹۱ تا ۱۳۹۲ انجام پذیرفت. در بیمارستان مذکور بر مبنای شاخص های حاکمیت بالینی و ارزیابی های انجام شده در سال ۱۳۹۱ نواقص موجود در وضعیت بخش اورژانس شناسایی گردید. پس از اولویت بندی این نواقص، تغییرات لازم اعمال گردید. در نهایت نیز اثربخشی این اقدامات در مرداد ماه ۱۳۹۲ مورد ارزیابی قرار گرفت. **یافته ها:** در بررسی سال ۱۳۹۱ مشخص گردید که در روند انجام ۲۳ فرآیند بالینی و غیر بالینی نقص وجود دارد. در این دوره ۶ (۲۶/۱ درصد) فرآیند به کلی اجرا نمی شد و ۱۷ (۷۳/۹ درصد) فرآیند بدون خط مشی بوده و به صورت نامنظم اجرا می شد. نمره کل ارزشیابی فرآیندهای بالینی و غیر بالینی بخش اورژانس قبل از اجرای برنامه اعتبار بخشی ۴۳ از مجموع ۲۳۰ نمره قابل اکتساب بود (۱۸/۷ درصد نمره قابل اکتساب). این امتیاز پس از اجرای طرح، به ۲۲۲ رسید که معادل ۹۶/۵ درصد حداکثر نمره قابل اکتساب بود. این افزایش نسبت به زمان قبل از اجرای طرح، از لحاظ آماری نیز معنی دار بود ($p < 0.001$). **نتیجه گیری:** یافته های پژوهش حاضر نشان داد تدوین خط مشی ها و راهکارهای ارتقاء فرآیند های بخش اورژانس بر مبنای برنامه اعتبار بخشی منجر به توسعه و پیشرفت در ارائه خدمات بخش اورژانس می گردد.

واژگان کلیدی: خدمات اورژانس؛ بیمارستان؛ بهبود کیفی؛ کیفیت خدمات بهداشتی-درمانی

مقدمه:

بر تعهد سازمان به اجرای استانداردهای عالی خدمت تأکید می نمایند (۵-). اعتبار بخشی یک مکانیسم موثر برای ارزیابی عملکرد، ارتقا کیفیت و امنیت سیستم های بهداشتی درمانی است. اعتبار بخشی فرآیند خود ارزیابی و ارزیابی خارجی سازمان های بهداشتی-درمانی، بر اساس استانداردهای مشخص از پیش تعریف شده است. اعتبار بخشی نه تنها به وضع استاندارد می پردازد بلکه دارای ابعاد تحلیلی و مشاوره ای نیز می باشد. موضوعات پزشکی مبتنی بر شواهد، اخلاق پزشکی، کاهش خطای پزشکی و حفظ ایمنی بیمار نیز بخشی از فرآیند اعتبار بخشی محسوب می شود (۶، ۸، ۹). امروزه در کشورهای در حال توسعه دولت ها به طور فزاینده ای از اعتبار بخشی به عنوان ابزاری برای ضمانت کیفیت مراقبت استفاده می کنند. استانداردهای بین المللی (JCI) Joint Commission International مبنای اعتبار بخشی در سراسر جهان می باشد. هر چند لبنان، اولین کشوری است که در شرق مدیترانه، استانداردهای اعتبار بخشی را فراهم کرد و به کار گرفت در ایران برای اولین بار در سال ۱۳۷۶ استانداردها و ضوابط ارزشیابی

ایمنی خدمات درمانی و مدیریت بهینه آنها به عنوان یکی از مهمترین ارکان سلامت، توجه خاصی را در سال های اخیر به خود معطوف داشته است (۱-). در دهه ۱۹۹۰ با وجود آشکار شدن توانمندی طب نوین در درمان بیماری ها، این واقعیت مشخص گردید که در برخی موارد بیمارستان ها محل ایمنی برای فرآیند درمان نبوده و موجب صدمه به بیمار می گردد (۵). همین امر باعث شد تا متولیان نظام سلامت و سیاستگذاران این حوزه به منظور افزایش کیفیت خدمات ارائه شده و ارتقاء ایمنی بیماران اقدام به ایجاد استانداردها و دستورالعمل هایی در این زمینه نمایند. امروزه ایمنی خدمات درمانی، تبدیل به یک دانش و مهارت جامع شده است که توانایی ایجاد تغییرات اساسی در سیستم درمان و تکامل آن را داراست. در کشور ایران حاکمیت بالینی و اعتبار بخشی دو مدلی است که توسط صاحب نظران این حوزه طراحی شده تا بر مبنای آن به مقوله ایمنی و بیمارمحوری در کنار ارتقای کیفیت خدمات توجه ویژه ای شود. هر دو این دستورالعمل ها

بیمارستان های عمومی منتشر شد (۱، ۱۰). استانداردهای اعتبار بخشی در ایران بر گرفته از آخرین منابع مورد استفاده در کشورهای پیشرفته و در حال توسعه و منطبق با شرایط بومی، معیارهای مذهبی، فرهنگی، اقتصادی می باشد و هدف آن ارتقا کیفیت، ایمنی و تقویت پاسخگویی در نظام سلامت می باشد (۲، ۱۱، ۱۲). در این حال نقش اجرای طرح اعتبار بخشی در بهبود وضعیت بخش های اورژانس مساله ای است که در مطالعات موجود کمتر بدان پرداخته شده است. بر این مبنا مطالعه حاضر با هدف ارزیابی نقش خط مشی ها و راهکارهای تدوین شده بر مبنای امتیاز اعتبار بخشی بر بهبود اجرای فرآیندهای بخش اورژانس بیمارستان الزهرا (س) دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، طی سال های ۱۳۹۱ تا ۱۳۹۲ طراحی گردید.

روش انجام پژوهش:

طراحی مطالعه

مطالعه کوهورت حاضر با هدف ارزیابی اثربخشی خط مشی های ارائه شده برای برطرف ساختن نواقص موجود در بخش اورژانس مرکز آموزشی درمانی

الزهرا (س) اصفهان بین سال های ۱۳۹۱ تا ۱۳۹۲ انجام پذیرفت. پروتکل مطالعه حاضر توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان مطالعه و مورد تایید قرار گرفت. در بیمارستان مذکور بر مبنای شاخص های حاکمیت بالینی و ارزیابی های انجام شده در سال ۱۳۹۱ نواقص موجود در وضعیت بخش اورژانس شناسایی گردید. پس از اولویت بندی این نواقص، تغییرات در بخش اورژانس ایجاد گردید. در نهایت نیز اثربخشی این اقدامات در مرداد ماه ۱۳۹۲ مورد ارزیابی قرار گرفت.

روش جمع آوری داده ها

در ابتدای مطالعه بر مبنای چک لیست های تکمیل شده توسط کمیته اعتبار سنجی، داده های مربوط به وضعیت بخش اورژانس در سال ۱۳۹۱ استخراج گردید. سپس بر مبنای این اطلاعات، فرآیندهای جاری بخش اورژانس که نیازمند تغییر و بهبود بودند شناسایی شد. در ادامه بر اساس توانمندی های موجود و اعتبار مالی در دسترس نواقص موجود اولویت بندی شده و پیشنهادهای لازم و خط مشی های مشخصی برای رفع کمبودها

جدول ۱: لیست فرآیند های بالینی و غیر بالینی بخش اورژانس و مشخصات آنها در قبل از اجرای برنامه

عنوان فرایند	شناسایی فرآیند			چک لیست تجهیزات			ارزیابی بر اساس چک لیست			وجود تجهیزات			بازنگری سالانه تجهیزات		
	۰	۱	۲	۰	۱	۲	۰	۱	۲	۰	۱	۲	۰	۱	۲
پذیرش بیمار	*			*			*			*			*		
حقوق گیرندگان خدمت	*			*			*			*			*		
دریافت امکانات همراه بیمار	*			*			*			*			*		
حفاظت گیرندگان خدمت در برابر حملات	*			*			*			*			*		
رعایت اصول همگن بودن معاینات	*			*			*			*			*		
حفاظت اموال بیمار	*			*			*			*			*		
ترخیص بیمار	*			*			*			*			*		
تحويل و تعیین جانشین بیمار	*			*			*			*			*		
فراخوان تیم انتقال	*			*			*			*			*		
تشخیص هویت صحیح بیمار توسط کادر درمان	*			*			*			*			*		
پیگیری آزمایشات	*			*			*			*			*		
انتقال بیمار فوت شده	*			*			*			*			*		
اخذ رضایت از بیمار از پرخطر	*			*			*			*			*		
گرفتن مشاوره	*			*			*			*			*		
انجام گرافی پرتابل	*			*			*			*			*		
فراخوان نیروی انتظامی	*			*			*			*			*		
اجرای تزریق خون	*			*			*			*			*		
پذیرش بیمار در بخش مراقبت ویژه	*			*			*			*			*		
انتقال بیمار به رادیولوژی	*			*			*			*			*		
تزریق داروی وریدی کم خطر	*			*			*			*			*		
تزریق ترومبولیتیک به بیمار مبتلا به سوانح عروق مغزی	*			*			*			*			*		
تزریق استرپتوکیناز به بیمار مبتلا به سکته قلبی	*			*			*			*			*		
انجام همودیالیز	*			*			*			*			*		
مجموع نمره ارزشیابی امکانات	۰	۱۷	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱۸	۸	۰	۰	۰	۰

۰ عدم وجود، ۱ ناقص، ۲ کامل.

جدول ۲: لیست فرآیندهای بالینی و غیر بالینی بخش اورژانس و مشخصات آنها بعد از اجرای برنامه

عنوان فرایند	شناسایی فرآیند			چک لیست تجهیزات			ارزیابی بر اساس چک لیست			وجود تجهیزات			بازنگری سالانه تجهیزات		
	۰	۱	۲	۰	۱	۲	۰	۱	۲	۰	۱	۲	۰	۱	۲
پذیرش بیمار	*			*			*			*			*		
حقوق گیرندگان خدمت	*			*			*			*			*		
دریافت امکانات همراه بیمار	*			*			*			*			*		
حفاظت گیرندگان خدمت در برابر حملات	*			*			*			*			*		
رعایت اصول همگن بودن معاینات	*			*			*			*			*		
حفاظت اموال بیمار	*			*			*			*			*		
ترخیص بیمار	*			*			*			*			*		
تحويل و تعیین جانشین بیمار	*			*			*			*			*		
فراخوان تیم انتقال	*			*			*			*			*		
تشخیص هویت صحیح بیمار توسط کادر درمان	*			*			*			*			*		
پیگیری آزمایشات	*			*			*			*			*		
انتقال بیمار فوت شده	*			*			*			*			*		
اخذ رضایت از بیماران پرخطر	*			*			*			*			*		
گرفتن مشاوره	*			*			*			*			*		
انجام گرافی پرتابل	*			*			*			*			*		
فراخوان نیروی انتظامی	*			*			*			*			*		
اجرای تزریق خون	*			*			*			*			*		
پذیرش بیمار در بخش مراقبت ویژه	*			*			*			*			*		
انتقال بیمار به رادیولوژی	*			*			*			*			*		
تزریق داروی وریدی کم خطر	*			*			*			*			*		
تزریق ترومبولیتیک به بیمار مبتلا به سوانح عروق مغزی	*			*			*			*			*		
تزریق استرپتوکیناز به بیمار مبتلا به سکته قلبی	*			*			*			*			*		
انجام همودیالیز	*			*			*			*			*		
مجموع نمره ارزشیابی امکانات	۴۶	۰	۰	۴۶	۰	۰	۴۶	۰	۰	۳۰	۸	۰	۴۶	۰	۰

۰ عدم وجود، ۱ ناقص، ۲ کامل.

آنالیزهای آماری

آنالیزها در برنامه آماری SPSS 17.0 انجام پذیرفت. داده های کمی به صورت میانگین و انحراف معیار و داده های کیفی به صورت فراوانی و درصد گزارش گردید. برای مقایسه اثربخشی اقدامات انجام شده، میانگین امتیاز اعتبار بخشی در زمان قبل و بعد از مداخله با استفاده از آزمون t زوجی مورد قیاس قرار گرفت. در تمامی آنالیزها p کمتر از ۰/۰۵ به عنوان سطح معنی داری در نظر گرفته شد.

یافته ها:

در بررسی سال ۱۳۹۱ مشخص گردید که در روند انجام ۲۳ فرآیند بالینی و غیر بالینی نقص وجود دارد. این ۲۳ مورد در جدول ۱ به نمایش درآمده است. در این دوره ۶ (۲۶/۱ درصد) فرآیند به کلی اجرا نمی شد و ۱۷ (۷۳/۹ درصد) فرآیند بدون خط مشی بوده و به صورت نامنظم اجرا می شده است. ۶ فرآیند مذکور شامل دریافت امکانات همراه بیمار، حفاظت گیرندگان خدمت در برابر حملات، رعایت اصول همگن بودن معاینات، حفاظت اموال

تدوین و به مسئولین بیمارستان ارائه گردید. برای تمامی فرآیندها یک فلوجارت و خط مشی طراحی گردید. در طی مراحل اجرای طرح، چندین نوبت ارزیابی نیز به منظور آگاهی از نحوه اجرای راهکارها با توجه به امکانات و ابزارهای لازم و همچنین قابل اجرا بودن این مداخلات انجام شد. در صورت نیاز نیز تغییراتی در خط مشی ها و راهکارهای ارائه شده بر مبنای جلسات گروهی لحاظ گردید. شایان ذکر است کلاسهای آموزشی مختلفی جهت رفع اشکال و آشنا کردن عوامل اجرایی با روند اجرای برنامه نیز برگزار گردید. به علاوه، این راهکارها در قالب یک کتابچه راهنما در بخش اورژانس و بین عوامل اجرایی توزیع گردید. در نهایت نیز بر اساس اعتبار سنجی مرداد ماه ۱۳۹۲ اثربخشی این اقدامات مورد ارزیابی قرار گرفت.

امکانات اورژانس طبق چک لیست وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شامل ۲۰ مورد می باشد که در این مطالعه ۵ مورد اول که شامل شناسایی فرآیندها، چک لیست تجهیزات مورد نیاز، ارزیابی فرآیندها، وجود تجهیزات مورد نیاز و بازنگری سالانه مورد بررسی قرار گرفت.

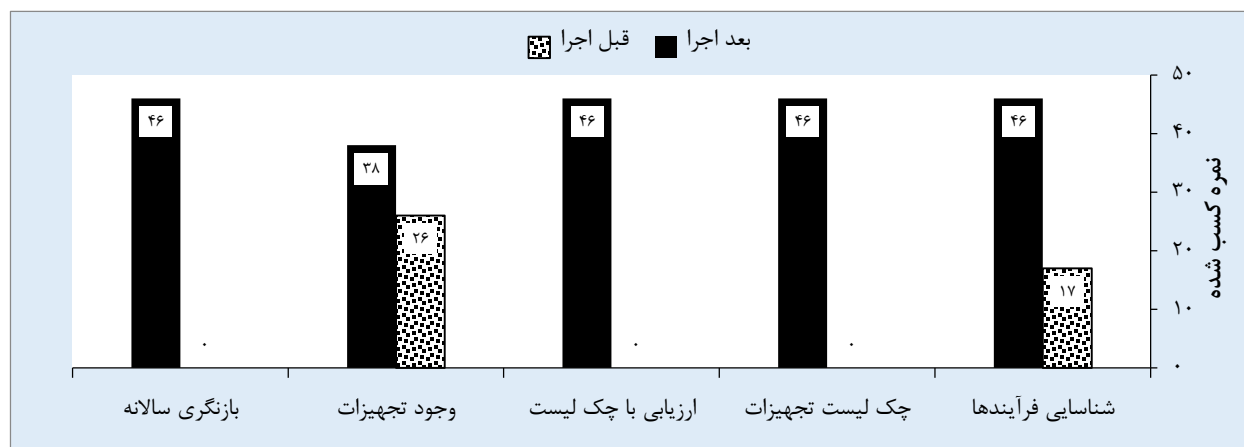
بیمار، تشخیص هویت صحیح بیمار توسط کادر درمان و اخذ رضایت از بیماران پرخطر بود. قبل از اجرای برنامه اعتبار بخشی، هیچ چک لیستی برای بررسی تجهیزات مورد نیاز برای انجام فرایندها وجود نداشته است. نمره کل ارزشیابی فرآیندهای بالینی و غیر بالینی بخش اورژانس قبل از اجرای برنامه اعتبار بخشی ۴۳ از مجموع نمره ۲۳۰ نمره بود. به عبارت دیگر بخش اورژانس در سال ۱۳۹۱ معادل ۱۸/۷ درصد نمره قابل اکتساب را بدست آورد. وضعیت بخش اورژانس بیمارستان الزهرا (س) اصفهان در مرداد ماه ۱۳۹۲ پس از اجرای راهکارهای پیشنهادی، در جدول ۲ ارائه شده است. طی این بررسی از ۲۳ فرآیند، ۱۵ (۶۵/۲ درصد) فرآیند دارای تجهیزات کامل بوده و ۸ فرآیند (۳۴/۸ درصد) دارای کمبود تجهیزات مورد نیاز بودند. امتیاز کسب شده در این سال برابر ۲۲۲ بوده که معادل ۹۶/۵ درصد حداکثر نمره قابل اکتساب می باشد. این افزایش نسبت به زمان قبل از اجرای طرح، از لحاظ آماری نیز معنی دار بود ($p < 0.001$). در نمودار ۱، نمره کسب شده ۵ آیتم مربوط به فرآیندهای بخش اورژانس قبل و بعد از برنامه اعتبار بخشی نشان داده شده است.

بحث:

بر اساس یافته های این مطالعه، ارائه خط مشی ها و به کارگیری راهکارها بر مبنای فرآیند اعتبار بخشی باعث گردید تا امتیاز بخش اورژانس بیمارستان الزهرا (س) در بررسی سالیانه از ۱۸/۷ درصد در سال ۱۳۹۱ به ۹۶/۵ درصد در سال ۱۳۹۲ برسد. همسو با نتایج مطالعه حاضر، هاشمی و همکارانش نشان دادند مقایسه امتیازات کسب شده بخش اورژانس طی دو دوره اعتبار بخشی حاکی از روند صعودی آنها در موارد دارای نقص بوده است (۸). مطالعه کریمی و همکارانش نشان داد واحد مهندسی پزشکی در ممیزی اولیه دارای بیشترین میزان رعایت استانداردها (۴۱ درصد) و واحد تصویربرداری کمترین میزان (۲۹ درصد) بود. سه ماه پس از مداخلات آموزشی رعایت استاندارد در تمامی واحدهای پاراکلینیک بطور میانگین ۱۸ درصد افزایش پیدا کرد که بیشترین بهبود در واحد تصویر برداری مشاهده شد (۱۳). سعادتی و همکاران نیز نشان داد که از مهمترین موانع اجرایی اعتبار بخشی عدم آگاهی و آموزش پرسنل بیمارستانی در کلیه سطوح و عدم تعهد و مشارکت مدیران و اعضا هیئت علمی می باشد. لذا راهکار حل این

معضل گسترش آموزش در کلیه سطوح پرسنلی و درگیر کردن مدیران ارشد در اجرای برنامه است (۱۴). همچنین در مطالعه دیگری مشخص گردید بهترین و موثرترین راه سامان دادن به نظام ارزیابی اعتبار بخشی به خدمات سلامت در کشور، تاسیس سازمان و نهادی مستقل تحت عنوان یک سازمان ملی اعتبار بخشی به خدمات سلامت ایران می باشد (۲). برابر نتایج بدست آمده از این مطالعه، در بخش اورژانس بیمارستان الزهرا (س)، قبل از اجرای برنامه اعتبار بخشی، از ۲۳ فرآیند بخش اورژانس، ۱۷ فرآیند اجرایی بوده ولی برای آن هیچ فلوجارت مدون و خط مشی یکسانی وجود نداشت. همچنین ۶ فرآیند که برای ارتقاء کیفیت خدمات، مورد نیاز بود، اصلاً در برنامه اورژانس دیده نشده بود. عدم وجود فرآیند و یا عدم وجود خط مشی مدون می تواند زیان هایی در برداشته باشد که شامل اجرای فرآیند بطور سلیقه ای، مشخص نبودن وظایف پرسنل در اجرای فرآیند، سردرگمی بیماران برای دریافت خدمات، افزایش زمان انتظار بیماران برای دریافت خدمات، کاهش رضایتمندی بیماران، عدم وجود تجهیزات مورد نیاز به علت برآوردهای ناصحیح، عدم مسئولیت پذیری پرسنل به علت مشخص نبودن وظایف، آماده نبودن پرسنل و تجهیزات در مواقع لزوم، کاهش بهره وری نیروی انسانی و تجهیزات، افزایش هزینه های بیمارستانی به علت هدر رفت امکانات و تجهیزات و در نهایت کاهش درآمدهای بیمارستان به علت عدم ثبت یا ثبت ناقص خدمات ارائه شده می باشد (۱۵-۱۹). لذا با توجه به موارد مذکور، شناسایی دقیق تمامی فرآیندها، تدوین خط مشی کارشناسی شده و اجرای فرآیند، طبق این خط مشی ها می تواند کمک قابل توجهی به ارتقای کیفیت خدمات ارائه شده به بیماران نماید.

در این مطالعه علی رغم شناسایی تمامی فرآیندهای بخش اورژانس، متأسفانه به علت محدودیت های مالی و نیروی انسانی امکان تامین تجهیزات مورد نیاز برای اجرای دقیق فرآیند ها میسر نشد و از آنجایی که عدم وجود یا نقص تجهیزات می تواند روند اجرای فرآیندها را مختل نماید، تامین و تدارک این تجهیزات، ضرورتی انکار ناپذیر در اجرا و توسعه برنامه های اعتبار بخشی در بخش اورژانس خواهد بود. از سوی دیگر، علی رغم تمامی تلاش هایی که در طی اجرای برنامه اعتبار بخشی و این طرح پژوهشی در بخش اورژانس بیمارستان الزهرا (س) انجام گرفت ولی فاکتورها و عوامل متعددی



نمودار ۱: مجموع نمرات کسب شده از ارزشیابی فرآیندهای اورژانس در قبل و بعد از اجرای برنامه اعتبار بخشی.

فرآیند های بخش اورژانس بر مبنای برنامه اعتبار بخشی منجر به توسعه و پیشرفت خدمات پزشکی در بخش اورژانس می گردد. ارائه خط مشی ها و به کارگیری راهکارها بر مبنای این دستورالعمل باعث گردید تا امتیاز اعتبار بخشی بخش اورژانس بیمارستان الزهراء (س) از ۱۸/۷ درصد در سال ۱۳۹۱ به ۹۶/۵ درصد نمره قابل اکتساب در سال ۱۳۹۲ برسد.

تقدیر و تشکر:

محققین پژوهش حاضر از واحد حاکمیت بالینی بیمارستان الزهراء (س) اصفهان به دلیل همکاری های ارزشمندشان کمال تشکر و قدردانی را به عمل می آورند.

سهم نویسندگان:

تمامی نویسندگان معیارهای استاندارد نویسندگی بر اساس پیشنهادات کمیته بین المللی ناشران مجلات پزشکی را دارا بودند.

تضاد منافع:

بدینوسیله نویسندگان تصریح می نمایند که هیچ گونه تضاد منافی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

منابع مالی:

هیچ گونه کمک مالی برای انجام این پروژه دریافت نشده است.

همچنان سد راه اجرای صحیح آنها می باشد که از جمله آنها می تواند به سطح آگاهی ناکافی و عدم نگرش مثبت تمامی پرسنل نسبت به این برنامه اشاره کرد. لازم است به این نکته مهم توجه داشت که اجرای صحیح برنامه اعتبار بخشی، نیازمند همکاری کامل تمامی قسمت های درمانی و پشتیبانی در سطح بیمارستان و دانشگاه می باشد (۲۰). به عنوان مثال، چنانچه پرسنل مالی و تدارکات بیمارستان در این خصوص آموزش کافی نداشته و آگاهی لازم در خصوص اهمیت این برنامه نداشته باشند، ممکن است اهمیت وجود برخی تجهیزات را درک نکرده و در نتیجه در تامین بموقع ابزار و وسائل قصور ورزیده و همین امر موجب اختلال طولانی مدت در فرآیندهای مذکور خواهد شد. در کنار این یافته ها نبایستی این نکته را نادیده گرفت که خود دستورالعمل های برنامه اعتبار بخشی دارای کمبودها و کاستی هایی است. به عنوان مثال دستورالعمل ارسال شده برای بررسی و ارزشیابی برنامه اعتبار بخشی برای تمامی بیمارستان ها یکسان می باشد در صورتی که در عمل، اورژانس های بیمارستانی همسان نبوده و حتی نوع فرآیندهای اورژانس نیز در بیمارستان های مختلف، از تنوع شایان توجه ای برخوردار می باشند.

نتیجه گیری:

یافته های پژوهش حاضر نشان داد تدوین خط مشی ها و راهکارهای ارتقاء

Reference:

- Benor DE. Faculty development, teacher training and teacher accreditation in medical education: twenty years from now. Med Teach. 2000;22(5):503-12.
- Joint Commission International a/CoAoHO. Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals. New York: Joint Commission Resources; 2010. p. 17.
- Hashemi B, Baratloo A, Rahmati F, et al. Emergency Department Performance Indexes Before and After Establishment of Emergency Medicine. Emergency. 2013;1(1):20-3.
- Baratloo A, Rahmati F, Forouzanfar MM, Hashemi B, Motamedi M, Safari S. Evaluation of Performance Indexes of Emergency Department. Iran J Emerg Med. 2015;2(1):2-10. [Persian].
- Donahue KT, Vanostenberg P. Joint Commission International accreditation: relationship to four models of evaluation. Int J Qual Health Care. 2000;12(3):243-6.
- Day SW, McKeon LM, Garcia J, et al. Use of joint commission international standards to evaluate and improve pediatric oncology nursing care in Guatemala. Pediatr Blood Cancer. 2013;60(5):810-5.
- Rahmati F, Shahrami A, Baratloo A, et al. Failure Mode and Effect Analysis in Increasing the Revenue of Emergency Department. Iran J Emerg Med. 2015;2(1):20-7. [Persian].
- Hashemi B, Motamedi M, Etemad M, Rahmati F, Forouzanfar MM, Kaghazchi F. An Audit of Emergency Department Accreditation Based on Joint Commission International Standards (JCI). Emergency. 2014;2(3):130-3.
- Shahrami A, Rahmati F, Kariman H, et al. Utilization of Failure Mode and Effects Analysis (FMEA) Method in Increasing the Revenue of Emergency Department; a Prospective Cohort Study. Emergency. 2013;1(1):1-6.
- Jaafariipooyan E, Agrizzi D, Akbari-Haghighi F. Healthcare accreditation systems: further perspectives on performance measures. Int J Qual Health Care. 2011;23(6):645-56.
- Hatamabadi H, Alimohammadi H. Reasons for long-stay admission in a typical overcrowded emergency of a teaching

- hospital in Tehran capital city. Pajoohandeh J. 2008;13(1):71-5. [Persian].
- Kariman H, Joorabian J, Shahrami A, Alimohammadi H, Noori Z, Safari S. Accuracy of emergency severity index of triage in Imam Hossein hospital-Tehran, Iran (2011). J Gorgan University Med Sci. 2013;15(1):115-20. [Persian].
- Karimi S, Gholipour K, Kordi A, Bahmanziari N, Shokri A. Impact Of Hospitals Accreditation On Service Delivery From The Perspective Views Of Experts: A Qualitative Study. Payavard Salamat. 2013;7(4):337-53. [Persian].
- Saadati M, Yarifard K, Azami-Agdash S, Tabrizi JS. Challenges and Potential Drivers of Accreditation in the Iranian Hospitals. Int J Hospital Res. 2015;4(1):1-7.
- El-Jardali F, Jamal D, Dimassi H, Ammar W, Tchaghchaghian V. The impact of hospital accreditation on quality of care: perception of Lebanese nurses. Int J Qual Health Care. 2008;20(5):363-71.
- 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 Serv Res. 2012;12(1):329-37.
- Shaw C, Groene O, Mora N, Sunol R. Accreditation and ISO certification: do they explain differences in quality management in European hospitals? Int J Qual Health Care. 2010;22(6):445-51.
- Tabibi S, Maleki M, Movahednia S, Gohari M. Relationship between Hospitals Ownership and Performance Assessment Score of Emergency Departments in the Hospitals Affiliated to Iran University of Medical Sciences 2007. Journal of Health Administration. 2009;12(36):25-32. [Persian].
- mohammad karim Bahadori hr, shahram tofighi,ramin ravangard. Accreditation of hospitals covered by performance indicators in Lorestan University of Medical Sciences Hospital (Rio J). 2008;7(1):11-5.
- Lynch BP. Accreditation in North America, A unique Quality Assurance Program. Quality Assurance in LIS Education: Springer; 2015. p. 187-96.

ORIGINAL ARTICLE

Defining Emergency Department Necessary Policies Based on Clinical Governance Accreditation Scores

Mehrdad Esmailian, Mohammad Nasr Esfahani, Ali Motallebi Nahyeh*

Emergency Department, Isfahan University of Medical Science, Isfahan, Iran

***Corresponding author:**Ali Motallebi Nahyeh; Emergency Department, Al-Zahra Hospital, Soffeh Blvd, Isfahan, Iran. **Tel:** 09361611555; **Email:** dr_alimotallebi@yahoo.com.**Abstract**

Introduction: The role of accreditation scheme in quality improvement of emergency departments (ED) has not been thoroughly evaluated in studies. Therefore, this study was designed to appraise the effects of policies defined based on clinical governance accreditation scores, on improvement of the procedures in ED. **Methods:** The present cohort study was carried out in the ED of Alzahra University Hospital, Isfahan, Iran in 2012-2013. In 2012 the deficiencies in ED of this hospital was determined based on clinical governance indicators. Then the deficiencies were classified based on their importance and changes were made in the ED. Finally, the effects of the changes were evaluated in August 2013. **Results:** The evaluation made in 2012 showed that 23 clinical and non-clinical procedures were carried out with deficiencies. Over the mentioned period, 6 (26.1%) procedures were not done at all, while 17 (73.9%) were done without a policy and irregularly. The overall score for clinical and non-clinical procedures in the ED before carrying out the accreditation scheme was 43 / 230 (18.7% of the maximum possible score). The score was raised to 222 equal to 96.5% of the maximum possible score after carrying out the scheme. This increase was statistically significant ($p < 0.001$). **Conclusion:** The findings of the present study showed that defining policies for improving the procedures carried out in ED based on accreditation scheme leads to improvement of medical services in ED.

Key words: Emergency service, hospital; accreditation; quality Improvement; quality assurance, health care