

چالش‌های نظام ارزیابی استقرار حاکمیت بالینی در کشور ایران: مطالعه کیفی

حسین ابراهیمی پور^۱، علی وفاپنجار^۱، مرضیه معراجی^۲، مهدی یوسفی^۱، الهه هوشمند^{۱*}

۱- مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد ۲- گروه مدارک پزشکی و فن‌آوری اطلاعات سلامت، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

* نویسنده مسؤل: مشهد، خیابان دانشگاه، دانشگاه ۱۸، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، دانشکده بهداشت، گروه علوم مدیریت و اقتصاد تلفن: ۰۵۱۳۸۵۱۴۵۴۹
پست الکترونیک: houshmande@mums.ac.ir

دریافت: ۹۳/۶/۵ پذیرش: ۹۳/۸/۲۸

چکیده

مقدمه: علی‌رغم نقش محوری حاکمیت بالینی در اعتباربخشی بیمارستان‌های کشور تاکنون مستندات علمی و چاپ شده‌ای پیرامون تعیین معیارهای ارزیابی بیمارستان‌ها بر اساس اصول حاکمیت بالینی وجود ندارد. لذا این پژوهش با هدف شناسایی چالش‌های نظام ارزیابی استقرار حاکمیت بالینی در ایران انجام شد.

روش کار: این پژوهش از طریق انجام ۱۵ مصاحبه نیمه‌ساختار یافته با متخصصین حاکمیت بالینی کشور در سال ۱۳۹۰ انجام شد. به منظور تحلیل مصاحبه‌ها از روش تحلیل چارچوبی داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش، پنج چالش عمده را به منظور ارزیابی استقرار حاکمیت بالینی نشان داد: مدیریت منابع انسانی، ارتقای کیفیت بالینی، مدیریت توسعه، سازمان‌دهی حاکمیت بالینی و خدمات سلامت بیمار محور

نتیجه‌گیری: این مطالعه، چارچوبی شفاف به منظور شناسایی چالش ارزیابی نظام استقرار حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های ایران ارائه داد که به منظور سیاست‌گذاری در این زمینه باید مدنظر دست‌اندرکاران حاکمیت بالینی کشور قرار گیرد.

کل‌واژگان: ارزیابی، نظام، حاکمیت بالینی، استقرار، مطالعه کیفی

مقدمه

سازمان‌ها کمک می‌نمایند تا ساختاری منعطف‌تر داشته و نسبت به تغییرات به سرعت واکنش نشان دهند (۲). در حقیقت دلیل پیدایش حاکمیت بالینی وجود نگرانی‌هایی در باب کیفیت و ایمنی خدمات بود. این مسأله همراه با نارضایتی عمومی ناشی از افزایش انتظارات جامعه از سیستم بهداشت و درمان، بالا رفتن هزینه‌های درمان و افزایش خطاهای پزشکی باعث گردید تا لزوم بهره‌گیری از رویکرد کیفی جدید به منظور غلبه بر مشکلات فوق بیشتر از پیش احساس گردد (۳).

پس از تعریف اولیه‌ای که نظام NHS انگلستان از حاکمیت بالینی عنوان نمود این واژه به صورت بین‌المللی مورد توجه قرار گرفت و به عنوان یک چارچوب و سیستم کلی به منظور ارتقای کیفیت از طریق کاهش خطر با در نظر گرفتن ایمنی بیمار از طریق افزایش دانش حرفه‌ای و پاسخگویی متخصصین بهداشت

تأمین کیفیت در بخش بهداشت و درمان همواره از موضوعات مورد توجه سیاست‌گذاران بوده است (۱). رویکردهای بسیاری به منظور ارتقای کیفیت خدمات در بخش بهداشت و درمان وجود دارند که اغلب آن‌ها از خارج بخش بهداشت و درمان الگوبرداری شده است و به علت تفاوت در فرهنگ، نوع سازمان و محیط سازمانی مؤسسات بهداشتی درمانی با سازمان‌های صنعتی، این رویکردها معمولاً با شکست مواجه می‌شوند (۱). لزوم برقراری تعادل بین منابع موجود و نیازهای جامعه همراه با فاکتورهای علمی، تکنولوژیکی، سیاسی و اقتصادی که بر بهداشت و تأمین اجتماعی اثر می‌گذارند همواره چالش جدی برای دولت‌ها به حساب می‌آید (۲). به نظر می‌رسد به منظور حمایت از سازمان‌های بهداشتی درمانی و مقابله با چنین عواملی، بهره‌گیری از حاکمیت بالینی مفید باشد چرا که این رویکرد به

شاغل در کمیته‌های حاکمیت بالینی (۵ نفر)، و معاونت درمان (۲ نفر) بودند. این افراد با مشورت دو نفر از افراد درگیر در این پژوهش و مصاحبه‌شوندگان و با استفاده از روش گلوله برفی بر اساس معیارهای زیر انتخاب شدند: داشتن سابقه مؤثر (حداقل ۱ سال) در موضوع یعنی سابقه فعالیت در وزارت بهداشت و درمان یا دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، داشتن تحصیلات و گرایش پژوهشی مرتبط و داشتن عضویت در ستاد یا کمیته‌های حاکمیت بالینی (بیشتر از ۶ ماه). برای انجام مصاحبه با افراد مورد نظر به صورت تلفنی تماس گرفته شد و نامه‌ای حاوی هدف طرح، معرفی طرح و درخواست تنظیم قرار ملاقات برای افراد فرستاده شد. تعداد ۱۰ مصاحبه رو در رو، دو مصاحبه تلفنی و دو مورد تکمیل فرم مصاحبه از طریق ایمیل همراه با دو مصاحبه تکمیلی انجام شد. تمام مصاحبه‌ها ضبط و پیاده‌سازی شدند. به طور متوسط هر مصاحبه بین ۴۵ تا ۶۰ دقیقه به طول انجامید. تمامی مصاحبه‌ها توسط یکی از نویسندگان (الهه هوشمند) انجام شدند.

به منظور انجام مصاحبه از سؤالات راهنمای مصاحبه استفاده شد. این سؤالات بر اساس معیارهای استخراج شده از الگوهای بین‌المللی که به منظور ارزیابی استقرار حاکمیت بالینی مورد استفاده قرار می‌گیرد در قالب پرسشنامه نیمه‌ساختار یافته طراحی گردید (۱۹-۱۶)؛ بدین صورت که بر اساس منابع فوق ۱۷ معیار در قالب پاسخگویی، تدوین سیاست و استراتژی، ساختار سازمانی، آموزش و توسعه شغلی، اندازه‌گیری عملکرد، محک‌زنی خارجی و ممیزی بالینی مدیریت خطر، ارزیابی تکنولوژی سلامت، کیفیت، منابع انسانی، تکنولوژی اطلاعات، تحقیق و توسعه، طب مبتنی بر شواهد و مشارکت پرسنل به منظور ارزیابی استقرار حاکمیت بالینی مطرح بود (۲۰). در طی مصاحبه در قالب سؤالات باز از متخصصین خواسته شد تا چالش‌هایی که در پیاده‌سازی هر کدام از معیارهای فوق وجود دارد را مشخص نمایند. سؤالات به گونه‌ای تنظیم شد که بتواند دیدگاه‌ها و اعتقادات افراد مورد مصاحبه را در مورد موضوع مورد پرسش قرار دهد. روایی صوری و محتوایی سؤالات با نظرخواهی از سه نفر از صاحب‌نظران حاکمیت بالینی مورد تأیید قرار گرفت.

برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل چارچوبی داده‌ها^۵، مشتمل بر پنج مرحله آشنایی؛ شناسایی یک چارچوب موضوعی؛ نمایه کردن؛ ترسیم جداول؛ کشیدن نقشه و تفسیر استفاده شد (۲۱). طی مرحله آشنایی، فرمی حاوی اطلاعات مربوط به افراد و خلاصه‌هایی از محتوای هر مصاحبه تدوین شد. برای تدوین فرم

و درمان در قبال تأمین تعالی بالینی شناخته شد (۴). در تحقیقاتی که توسط اسکالی و دونالدسون^۱ و هاروی^۲ و همچنین سواج^۳ انجام شده است دلیل نیاز به بهره‌گیری از حاکمیت بالینی، کمبود استانداردها و مشکلات کیفی در ارائه خدمات بهداشتی درمانی عنوان شده است؛ مسایلی که همواره در امر بهداشت و درمان مورد توجه دولت‌ها بوده است (۶-۴). پیاده‌سازی حاکمیت بالینی به منظور ارتقای کیفیت در نظام سلامت کشورهای مختلف نتایج مثبت بسیاری در برداشته است (۱۲-۷). در ایران نیز بنا بر تجربه‌های موجود در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و برخی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور انتظار می‌رود در صورت اجرای صحیح و منطبق با شرایط نظام بهداشت و درمان ایران، نظام حاکمیت خدمات بالینی قادر باشد برخی مشکلات نظام سلامت را حل کند (۱۳ و ۱۴). بر همین اساس، شورای سیاست‌گذاری سلامت، تلاش‌های انجام شده در کشور و مطالعات چند سال اخیر را بررسی کرده است و برنامه حاکمیت خدمات بالینی را در قالب هفت رکن اصلی^۴ در جلسه مورخ ۸ آبان ۱۳۸۸ ارائه نموده است (۱۳). این رویکرد در سال‌های آتی نقش محوری در اعتباربخشی بیمارستان‌های کشور خواهد داشت (۱۵).

طبق بررسی‌های پژوهشگران، در کشور ما تاکنون مستندات علمی و چاپ شده‌ای پیرامون تعیین معیارهای ارزیابی بیمارستان‌ها بر اساس اصول حاکمیت بالینی وجود ندارد. لذا با توجه به اهمیت موضوع، این پژوهش با هدف شناسایی چالش‌های نظام ارزیابی استقرار حاکمیت بالینی در کشور انجام شده است تا از آن طریق چارچوبی کاربردی و عملی به منظور کمک به استقرار اثربخش حاکمیت بالینی در نظام بهداشت و درمان کشور ایران ارائه نماید.

روش کار

پژوهش حاضر، یک پژوهش کیفی، توصیفی و مقطعی بود که در سال ۱۳۹۰ انجام گرفت. در این مطالعه، نمونه پژوهش (۱۵ نفر) به صورت هدفمند انتخاب شدند. این نمونه شامل افرادی دارای تحصیلات و پژوهش‌های مرتبط (۵ نفر)، افراد دارای تجربه فعال در زمینه حاکمیت بالینی شامل: مدیر بیمارستان (۳ نفر)،

^۱ Scally & Donaldson

^۲ Harvey

^۳ Swage

^۴ هفت رکن حاکمیت بالینی عبارتند از: ممیزی بالینی، اثربخشی بالینی، مدیریت کارکنان، آموزش و یادگیری، مشارکت بیمار و جامعه، سیستم‌های اطلاعات و مدیریت خطر

^۵ Framework Analysis

کارکنان توجه شود: "شاخص‌های ارزیابی عملکرد باید بر اساس اصول حاکمیت بالینی تعیین بشوند" (۱م). "تحلیل و آنالیز علل و چگونگی بستری مجدد و ارتباط آن با عملکرد می‌تواند تأثیر عمده‌ای در سنجش عملکرد کارکنان داشته باشد" (۳م). علاوه بر این، ارایه بازخورد حاصل از ارزیابی عملکرد به کارکنان و استفاده از نتایج آن نیز به منظور ارتقای عملکرد بسیار مهم است: "مستندات مربوط به ارایه بازخورد به پرسنل در ارتباط با عملکرد آن‌ها در زمینه حاکمیت بالینی باید در بیمارستان موجود باشد" (۵م). "باید از مستندات مربوط به استفاده از نتایج ارزیابی عملکرد در فرایندهای مرتبط با حاکمیت بالینی استفاده نمود مثلاً طرح‌ریزی دوره‌های آموزشی" (۱م).

۱-۲) آموزش و توسعه: آموزش و توسعه می‌تواند به عنوان ابزاری جهت آشنایی پرسنل با ارکان و فلسفه حاکمیت بالینی و تسهیل روند استقرار آن بکارگرفته شود: "باید حاکمیت بالینی و ارکان آن را به عنوان یک دستورالعمل همراه با آموزش در اختیار همه بگذاریم چون اگر آموزش نباشد اعتقاد در افراد حاصل نمی‌شود" (۱م، ۵م، ۷م): "کارکنان رو باید در قالب دوره‌های آموزشی توجیه کرده باشند که این آموزش باید مدون و مکتوب بوده و مستندات آن موجود باشد" (۳م، ۹م).

۱-۳) ایجاد انگیزش در پرسنل: از طریق انگیزش در پرسنل و با تشویق آنان از طریق پاسخ به نیازها و جلب مشارکت آن‌ها در برنامه‌های سازمان می‌توان رضایت آن‌ها را تأمین نمود و در نهایت باعث بهبود عملکرد و ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی درمانی شد: "پیش‌بینی نیازهای پرسنل را برای افزایش رضایت باید انجام داد" (۸م): "باید شواهدی دال بر ایجاد محیطی به منظور استقبال از ایده‌ها و نظرات پرسنل در زمینه حاکمیت بالینی وجود داشته باشد و مستندات مربوط به انجام رضایت‌سنجی کارکنان به صورت منظم و راستی‌آزمایی آن از طریق مصاحبه با گروه هدف انجام گیرد و از عملکردهای مثبت تقدیر گردد" (۱م، ۱۰م).

مفهوم اصلی شماره ۲: ارتقای کیفیت بالینی

۱-۲) ممیزی بالینی: یکی از نکات حائز اهمیت در فرایند ممیزی آن است که ابتدا باید بیمارستان مشخص سازد که تعیین استانداردها و انجام فرایند ممیزی در چه حوزه‌ای از خدمات بهداشتی درمانی اهمیت بیشتری دارد و در نهایت از نتایج ممیزی در عمل استفاده نماید: "اول از همه بیمارستان باید حوزه‌های اولویت‌دار خود را در این زمینه شناسایی کند و بر آن اساس شروع به کار نموده و استانداردها را تعریف نماید" (۶م): "باید ببینیم آیا در عمل هم ممیزی انجام شده نتایج آن چه بوده زمستان ۹۳، دوره هفدهم، شماره چهارم، پیاپی ۶۷

راهنمای مفهومی اولیه، جلسات مکرری بین پژوهشگران برگزار شد و در این مورد بحث و تبادل نظر انجام شد. سپس این چارچوب مفهومی با بررسی مکرر هر کدام از مصاحبه‌ها -مرحله آشنایی- مورد بررسی قرار گرفت. یکی از نویسندگان (الهمه هوشمند) هر کدام از مصاحبه‌ها را به صورت جداگانه کدگذاری کرد و فهرستی از این کدها را به همراه ارتباط آن‌ها با چارچوب مفهومی از این مصاحبه‌ها استخراج کرد در این مرحله، به هر کدام از بخش‌های دارای اطلاعات مرتبط در مصاحبه‌ها یک یا دو کد اختصاص داده شد. سپس این کدها با برگزاری جلسه با سایر پژوهشگران مورد بررسی قرار گرفتند و در صورت لزوم تغییر داده شدند. این فرایند برای هر کدام از مصاحبه‌ها چند بار تکرار شد. سپس مرحله ترسیم جدول‌ها انجام گرفت تا نظر مصاحبه‌شوندگان در مورد هر کدام از معیارها با یکدیگر مقایسه گردد. در هر جا که لازم بود برای درک بهتر گفته‌های افراد، به اصل مصاحبه نیز رجوع و مطالب لازم به آن اضافه شد. ضمن آن که در تمامی مراحل بالا از نرم‌افزار Atlas.Ti استفاده شد. در این پژوهش از هر کدام از افراد مورد مصاحبه، رضایت اولیه به صورت شفاهی گرفته شد، اما بابت همکاری پولی به آن‌ها پرداخت نگردید.

نتایج

در انتهای فرایند، پنج مفهوم اصلی شامل مدیریت منابع انسانی، ارتقای کیفیت بالینی، مدیریت توسعه، سازمان‌دهی حاکمیت بالینی و خدمات سلامت بیمار محور به دست آمد که دربرگیرنده ۱۶ مفهوم فرعی بود. نتایج مذکور در جدول ۱ ارایه شده است.

جدول ۱- مفاهیم اصلی و فرعی نظام ارزیابی استقرار حاکمیت بالینی

مفهوم اصلی	مفهوم فرعی
مدیریت منابع انسانی	ارزیابی عملکرد
	آموزش و توسعه
	ایجاد انگیزش در پرسنل
ارتقای کیفیت بالینی	ممیزی بالینی
	اثر بخشی بالینی
	مدیریت خطر
مدیریت توسعه	تخصیص منابع
	سیاست و استراتژی
	ممیزی خارجی
	سیستم‌های اطلاعاتی
سازمان‌دهی حاکمیت بالینی	فعالیت‌های تحقیقاتی
	ساختار حاکمیت بالینی
	پیش‌نیازهای استقرار حاکمیت بالینی
خدمات سلامت بیمار محور	مدیریت نیازهای غیردرمانی بیمار
	شکایات
	مشارکت بیمار در فرایند درمان

مفهوم اصلی شماره ۱: مدیریت منابع انسانی

۱-۱) ارزیابی عملکرد: به منظور اطمینان از این که ارزیابی عملکرد در بیمارستان بر اساس اصول حاکمیت بالینی انجام می‌شود باید به نحوه تعیین شاخص‌های ارزیابی و نحوه ارزیابی

۲-۳) سیاست و استراتژی: تطبیق برنامه‌های استراتژیک سازمان و میزان تطبیق آن با اهداف حاکمیت بالینی نقش مهمی در پیاده‌سازی موفقیت‌آمیز حاکمیت بالینی دارد: "اول از همه باید بریم سراغ برنامه استراتژیک و برنامه سالانه بیمارستان ببینیم که این برنامه تدوین شده یا نشده اگر تدوین شده چه مقدار از این برنامه در راستای ارتقای کیفیت و از جمله حاکمیت بالینی است" (۱م)؛ "بر اساس برنامه استراتژیک که در مراحل قبل تدوین شده باید مراحل استقرار حاکمیت بالینی و ساختار تشکیلاتی آن مشخص شده باشد" (۷م). اما پیش‌بینی نحوه استقرار حاکمیت بالینی تنها به برنامه‌ریزی استراتژیک ختم نمی‌شود و باید در برنامه عملیاتی نیز نمود داشته باشد: "برنامه‌های عملیاتی رو باید بررسی کنیم و ببینیم نحوه اتصال اون‌ها با حاکمیت بالینی چگونه است" (۱۱م).

۳-۳) ممیزی خارجی: در زمینه ارزیابی ممیزی خارجی، گزارش‌های ممیزی خارجی باید به صورت مستمر بوده در برگیرنده نقاط قوت و زمینه‌های بهبود بیمارستان باشند: "گزارش‌های حاصل از ممیزی خارجی باید حاوی نقاط قوت و ضعف بیمارستان و نواحی قابل بهبود همراه با پیشنهادات برای بهبود عملکرد باشد و تأثیر گزارش‌های ارزیابی قبلی بر عملکرد سازمان باید در عمل قابل مشاهده باشد" (۱۳م)؛ "این فرایند باید در طی دوره‌های زمانی منظم انجام شود بیمارستان باید شاخص‌ها و استانداردهای لازم را برای ارزیابی تعریف و مشخص نماید بعد نتایج ارزیابی رو تبدیل به مؤلفه‌هایی کند که کیفیت سیستم را بالا ببرد" (۱۱م).

۴-۳) سیستم‌های اطلاعاتی: صحت عملکرد سیستم‌های اطلاعاتی و توانایی آن‌ها در رفع نیازهای بیمارستان از اهمیت بسزایی برخوردار است: "باید داده‌های واحدهای مختلف را با هم تطبیق داد باید دید که آیا سیستم‌های اطلاعاتی درست فعالیت می‌کنند یا نه به عنوان مثال تعداد بیمار پذیرفته شده ماه قبل را از واحد آمار، مالی، مدارک پزشکی و ترخیص بیمار دریافت کنیم ببینیم با هم تطبیق دارند یا خیر" (۱م)؛ "باید بررسی کرد که آیا این سیستم اطلاعات بیمارستان بر اساس شاخص‌هایی که باید مورد پایش و ارزیابی قرار بگیرند تعریف شده است یا خیر. به عبارت دیگر آیا بیمارستان می‌تواند داده‌ها و اطلاعات مورد نیاز خود را از این سیستم‌ها استخراج کند و از آن‌ها گزارش‌های مدیریتی بگیرد" (۷م).

۵-۳) فعالیت‌های تحقیقاتی: در رابطه با ارزیابی فعالیت‌های تحقیقاتی نکته مهم آن است که تحقیقات به شکلی طراحی شوند که نیازهای بیمارستان را در حوزه‌هایی که در مورد آن‌ها با

و تا چه حد با استانداردهای تطابق داشتیم" (۷م)؛ "مداخلاتی که بر پایه ممیزی‌ها طرح‌ریزی و اجرا می‌شوند هم بسیار مهم هستند باید ببینیم اصلاً چنین مداخلاتی وجود دارند آیا پایش می‌شوند" (۳م).

۲-۲) اثربخشی بالینی: به منظور اطمینان از پیاده‌سازی و اجرای درست راهنماها، وجود این دستورالعمل‌ها در بیمارستان و تسهیل کاربرد آن‌ها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است: "شواهد علمی، گایدلاین‌ها و پروتکل‌ها و استانداردهای آرایه خدمت در بیمارستان باید وجود داشته باشد و در محل‌هایی نصب شده باشد که به راحتی در معرض دید پرسنل بوده و کار بر اساس آن‌ها انجام شود" (۵م)؛ "اطمینان از وجود راهنماهای بالینی در بخش‌ها از طریق مشاهده مستقیم یکی از ساده‌ترین روش‌هایی است که بر آن اساس می‌توان از پیاده‌سازی گایدلاین‌ها مطمئن شد" (۱۱م).

۳-۲) مدیریت خطر: وجود سیستم گزارش خطر در بیمارستان و در سطح بخش‌ها و سیستم یادگیری از اشتباهات یکی از مهم‌ترین فعالیت‌ها در زمینه ارزیابی مدیریت خطر می‌باشد: "بیمارستان باید سیستمی ایجاد کرده باشد که گزارش‌های خطاها بررسی بشود، خطاهای بالقوه‌ها تشخیص داده شده و بر آن اساس مداخله تعریف گردد" (۱۱م)؛ "باید فرهنگ یادگیری از اشتباهات را ایجاد کنیم که تا حد بسیار زیادی می‌تواند بر کاهش تعداد مخاطرات تأثیرگذار باشد" (۱۴م). در نهایت به منظور اطمینان از اثربخشی این اقدامات باید مستندات مربوط به کاهش وقوع خطاها بعد از پیاده‌سازی مداخلات مذکور در بیمارستان موجود باشد: "باید بر اساس آمار و اطلاعات رسمی مشخص کنیم که آیا اقداماتی که در راستای مدیریت خطر در بیمارستان انجام شده است به راستی باعث کاهش میزان وقوع خطاها گردیده است یا خیر" (۲م).

مفهوم اصلی شماره ۳: مدیریت توسعه

۱-۳) تخصیص منابع: به منظور موفقیت در پیاده‌سازی حاکمیت بالینی و ارتقای کیفیت فعالیت‌ها باید از تخصیص مناسب منابع به فعالیت‌های کیفی در بیمارستان مطمئن شد: "مستندات موارد تخصیص منابع به فعالیت‌های مرتبط با حاکمیت بالینی باید در بیمارستان وجود داشته باشد" (۹م)؛ "مستندات مربوط به تخصیص منابع به واحدهای مختلف بیمارستان را باید مورد بررسی قرار داد و از این طریق از نمود آن در فعالیت‌های مرتبط با حاکمیت بالینی در عمل و اجرای درست و اثربخش آن مطمئن شد" (۵م).

۲-۵) **شکایات:** ارزیابی مدیریت شکایات و وجود سیستم دریافت شکایات در بیمارستان به منظور مدیریت نیازهای بیمار و ارتقای عملکرد بسیار حائز اهمیت است: "باید تک تک شکایاتی که به بیمارستان می‌آید به صورت فعال پیگیری کنیم" (م ۱)؛ "بیمارستان باید سیستمی برای دریافت شکایات داشته باشد که شکایات رو دریافت و تحلیل کند علاوه بر این باید به مشتری بازخور بدهد که برای شکایات وی و پیگیری آن چه کاری انجام شده است به طوری که بتوان نتایج را در عمل مشاهده کرد" (م ۱۳).

۳-۵) **مشارکت بیمار در فرایند درمان:** در زمینه ارزیابی مشارکت بیمار در فرایند درمان آموزش به بیمار و کمک به وی در انتخاب نوع درمان از نکات حائز اهمیت می‌باشد: "باید از وجود بروشورها و پمفلت‌های آموزشی برای بیماران در بخش‌ها از طریق مشاهده مستقیم اطمینان پیدا کرد" (م ۱۲)؛ "موارد تصمیم‌گیری در مورد درمان بیماران در بیمارستان باید با ارایه اطلاعات کافی به زبان قابل فهم برای بیمار و یا خانواده او و جلب مشارکت او در تصمیم‌گیری باشد" (م ۱۱).

بحث

این پژوهش یک مطالعه کیفی - توصیفی با هدف شناسایی چالش‌های نظام ارزیابی استقرار حاکمیت بالینی در ایران بود. لزوم تعیین شاخص‌های عملکردی بر اساس اصول حاکمیت بالینی و استفاده از نتایج ارزیابی عملکرد در عمل از عمده چالش‌هایی است که سیستم بهداشت و درمان ایران در زمینه پیاده‌سازی حاکمیت بالینی با آن روبرو است. یافته‌های مطالعات مشابه نیز نشان می‌دهد که در فرایند ارزیابی کارکنان و بازنگری عملکرد، حاکمیت بالینی و ارکان آن باید نقش اساسی داشته باشند. علاوه بر آن، فرایندی که به منظور شناسایی نیازهای آموزشی، توسعه‌ای و یادگیری در سازمان وجود دارد حتماً با فرایند ارزیابی عملکرد و نتایج آن در ارتباط باشد (۱۸، ۲۴-۲۲). چالش‌های اصلی در آموزش و توسعه بهره‌گیری از آموزش به عنوان ابزاری به منظور آشنایی کارکنان با حاکمیت بالینی و ایجاد تعهد در آن‌ها می‌باشد. مطالعات نشان می‌دهد که ارتقای کیفیت مدنظر حاکمیت بالینی تنها از طریق آموزش و یادگیری مداوم کادر بالینی محقق خواهد شد (۲۵). علاوه بر این به منظور پیاده‌سازی موفقیت آمیز حاکمیت بالینی باید اهداف آموزشی بر اساس نیازهای آموزشی خود سازمان، جامعه تحت پوشش آن و پرسنل باشد و با تکیه بر استفاده از تجربیات کاربردی طراحی گردد (۲۶). علاوه بر این، آموزش باعث

کمبود مواجه است را پوشش دهند و از نتایج آن‌ها استفاده شود: "باید تحقیقات ما سفارش داده بشود یعنی چیزی که لازم داریم بنابراین بیمارستان باید کمبودهای خود را در محیط پیدا کند و به دانشگاه‌ها و مؤسسات علمی اعلام نماید که در چه حوزه‌هایی نیاز به تحقیق دارد" (م ۵)؛ "باید از نتایج تحقیقات در طراحی گایدلاین‌ها و فرایندها استفاده گردد و نتایج تحقیقات از طریق بیمارستان با سازمان‌ها و نهادهای مشابه به اشتراک گذارده شود" (م ۱۲).

مفهوم اصلی شماره ۴: سازمان‌دهی حاکمیت بالینی

۱-۴) **ساختار حاکمیت بالینی:** در زمینه ارزیابی ساختار حاکمیت بالینی مهم‌ترین مسأله وجود سیستم حاکمیت بالینی و فرد مسؤو در این زمینه در بیمارستان است: "اول باید ببینیم سیستم حاکمیت بالینی در بیمارستان وجود دارد یا خیر بعد هم این سیستم متولی خاص دارد یا خیر" (م ۷)؛ "ابلاغ و تشکیل کمیته‌های مختلف و بررسی مستندات تشکیل این کمیته‌ها و مستندات مربوط به ابلاغ مسؤولین حاکمیت بالینی می‌تواند نشان دهد که آیا به راستی ساختار حاکمیت بالینی در بیمارستان ایجاد شده است یا خیر" (م ۶).

۲-۴) **پیش‌نیازهای استقرار حاکمیت بالینی:** در زمینه ارزیابی پیش‌نیازهای استقرار حاکمیت بالینی، همانند هر تغییر دیگری در سازمان تعهد مدیریت ارشد و جلب همکاری پرسنل بسیار حائز اهمیت است: "باید ببینیم چقدر مدیر ارشد بیمارستان به این سیستم اعتقاد دارد" (م ۸)؛ "اطلاع‌رسانی کامل در رابطه با حاکمیت بالینی باید صورت گرفته باشد که این اطلاع‌رسانی باید به صاحبان فرایندها و کسانی باشد که درگیر می‌شوند که این مسأله می‌تواند در قالب دوره‌های آموزشی که برای پرسنل برگزار شده تا با فلسفه و هدف حاکمیت بالینی آشنا بشوند مورد ارزیابی قرار گیرد یعنی کارکنان را در قالب دوره‌های آموزشی توجیه کرد" (م ۱۲).

مفهوم اصلی شماره ۵: خدمات سلامت بیمار محور

۱-۵) **مدیریت نیازهای غیر درمانی بیمار:** در ارتباط با ارزیابی مدیریت نیازهای غیر درمانی بیمار مهم‌ترین مسأله بررسی ارزیابی میزان پاسخگویی بیمارستان به جامعه تحت پوشش خود است: "باید دید بیمارستان برای این که خواسته‌ها و نیازهای مشتریان را مدیریت کند چه برنامه‌هایی دارد" (م ۷)؛ "سیستم پاسخگو سیستمی هست که این اجازه را بدهد تا بیمار خدمت را انتخاب کند و ارایه خدمت در کوتاه‌ترین زمان ممکن متناسب با بیماری فرد باشد" (م ۵).

تبادل اطلاعات حاصل از بروز خطاها تأکید نموده‌اند (۱۸). برگزاری جلسات منظم در رابطه با بررسی خطاهای پزشکی نیز از نکات مهم در این رابطه است (۳۷). همچنین در مطالعات دیگری که در این زمینه انجام شده است به مواردی از قبیل لزوم ارائه گزارش‌های منظم به هیأت مدیره در رابطه با فعالیت‌های انجام شده در زمینه مدیریت خطر، اطلاع‌رسانی و جلب مشارکت تمامی کارکنان سازمان در مدیریت مخاطرات بالینی از جمله فرایند گزارش خطا، برگزاری جلسات منظم پیرامون بحث در رابطه با اتفاقات ناگوار و اتفاقات ناخوشایند و خطاهای پزشکی و تأکید بر یادگیری و تبادل اطلاعات مربوط به خطاها به عنوان چالش‌های اصلی در زمینه مدیریت خطر اشاره شده است (۲۸ و ۳۸). شایان ذکر است که سه معیار اثربخشی بالینی، ممیزی بالینی و مدیریت خطر نیز رابطه مستقیمی با یکدیگر دارند؛ به طوری که حاکمیت بالینی جزء اصلی و مهم مدیریت ریسک، کنترل و چارچوب حاکمیت در سازمان‌های بهداشتی درمانی است که این مهم از طریق ارتقای مداوم استانداردهای مراقبت بالینی، طب و تصمیم‌گیری‌های بالینی مبتنی بر شواهد، و کاهش میزان تفاوت‌ها در نتایج بالینی از طریق ممیزی بالینی تحقق می‌یابد (۳۹).

تخصیص منابع بر اساس ارکان و اهداف حاکمیت بالینی از چالش‌های اصلی در این زمینه است. مطالعات حاکی از آن است که حاکمیت بالینی تنها زمانی قادر خواهد بود عملکرد را تغییر دهد که یا منابع اضافی بدین منظور در اختیار داشته باشد و یا این که منابع مجدداً تخصیص یابند. باید بر حوزه‌هایی تمرکز نمود که بیشترین نیاز را به تغییر دارند و بر این اساس الویت‌بندی انجام داد (۴۰ و ۴۱).

چالش اصلی در رابطه با سیاست و استراتژی تطبیق برنامه‌های استراتژیک و عملیاتی سازمان با اصول و اهداف حاکمیت بالینی می‌باشد که مطالعات تراواگیلا و دونالدسون^۸ نیز بر لزوم تطبیق برنامه‌های حاکمیت بالینی با اهداف سازمان تأکید نموده‌اند (۳ و ۴۲). علاوه بر این بیمارستان باید برنامه عملکردی حاکمیت بالینی و سیستم برنامه‌ریزی و کنترل حاکمیت بالینی را نیز مدنظر قرار دهد (۴۳). شناسایی نقاط قوت و ضعف سازمان از طریق ممیزی خارجی و بهره‌گیری از نتایج ممیزی به منظور ارتقای کیفیت سیستم از چالش‌های اصلی در این زمینه است که مطالعات مشابه نیز بر این نکته تأکید دارند (۴۴-۴۶).

چالش اصلی در زمینه سیستم‌های اطلاعاتی، طراحی سیستم اطلاعاتی بر اساس نیازهای بیمارستان و توانایی این سیستم‌ها

می‌شود کارکنان توانایی لازم در زمینه قضاوت در مورد عملکرد و توانایی تشخیص عملکرد مطلوب را نیز به دست آورند (۲۷). شایان ذکر است که دو معیار فوق، یعنی آموزش و توسعه و ارزیابی عملکرد رابطه مستقیمی با یکدیگر دارند به طوری که بر اساس یافته‌های مطالعات مرتبط، فرایندی که به منظور شناسایی نیازهای آموزشی، توسعه‌ای و یادگیری در سازمان وجود دارد باید حتماً با فرایند ارزیابی عملکرد و نتایج آن در ارتباط باشد که در حقیقت هدف از پرداختن به PDPها نیز همین مسأله می‌باشد (۲۸).

در زمینه ایجاد انگیزش در پرسنل، چالش اصلی استفاده از روش‌های انگیزشی مناسب به منظور ایجاد رضایت و جلب همکاری پرسنل در تحقق اهداف حاکمیت بالینی بود. مطالعات مرتبط در این زمینه نیز بر لزوم مشارکت کارکنان به منظور تضمین اثربخشی فرایند حاکمیت بالینی تأکید دارند (۳۱-۲۹). چنان که این نظام باید از سوی همه کارکنان مورد پذیرش قرار گیرد و تمامی سازمان در قبال آن متعهد گردند (۳۱ و ۳۲). علاوه بر این، کارکنان باید در ایجاد استراتژی‌های بهبود کیفیت مشارکت نمایند، از آن‌ها حمایت شود و سازمان باید به طور عملی نشان دهد که این کارمندان تا چه حد با ارزش هستند (۲۷). لزوم شناسایی الویت‌های ممیزی و استفاده از نتایج ممیزی در طرح‌ریزی مداخلات از چالش‌های اصلی ممیزی بالینی است. تیلور^۷ نیز بر استفاده از نتایج ممیزی در ارتقای کیفیت خدمات تأکید نموده و اعتقاد دارد که این روند در حقیقت مکمل ارزیابی مبتنی بر شواهد چرخه حاکمیت بالینی در بیمارستان است (۳۳). ممیزی باید نشان دهنده حوزه‌های بهبود بوده و با مشارکت تمامی کارکنان انجام شود (۳۴).

در مبحث اثربخشی بالینی، بکارگیری شواهد علمی و راهنماها در بیمارستان از چالش‌های مهم در این زمینه بودند که مطالعات مرتبط نیز بر این مهم تأکید نموده و اخذ بهترین تصمیمات را در ارائه خدمات به بیماران منوط به آن می‌دانند (۳۵، ۳۶). از سایر چالش‌های عمده در این زمینه می‌توان به لزوم تقویت توان تحقیقات و مهارت‌های انتقادی در کارکنان و پیش‌بینی سیاست‌های تشویقی و تنبیهی به منظور استفاده از پروتکل‌های درمانی و تشخیصی و راهنماهای عملکرد بالینی در ارائه خدمات اشاره نمود (۳۶). وجود سیستم گزارش خطا در بیمارستان و یادگیری از اشتباهات عمده، چالشی در زمینه مدیریت خطر می‌باشد. مطالعات مشابه نیز بر فرایند یادگیری از اشتباهات و

⁶ Personal Development Plan

⁷ Taylor

⁸ Travaglia & Donalson

خدماتی مدرن و بیمارمحور و تضمین تعالی بالینی تأکید می‌کنند (۵۶-۵۴). در همین رابطه، مطالعات بر لزوم وجود سیستم جمع‌آوری نظرات بیمار و بهره‌گیری از آن نیز تأکید دارند (۵۷). همچنین ارائه خدمت در کوتاه‌ترین زمان ممکن متناسب با بیماری فرد و انتظارات وی یکی دیگر از چالش‌های اساسی در زمینه پیاده‌سازی این معیار می‌باشد (۵۸). لزوم پیگیری فعالانه شکایات و نمود فرایند رسیدگی به شکایات از عمده چالش‌ها در زمینه مدیریت شکایات است در همین رابطه فرایلی^{۱۳} و همکاران اعتقاد دارند که شکایات باید به طور مؤثری توسط کمیته شکایات پیگیری شود و در این رابطه به بیمار بازخورد داده شود تا منجر به بهبود فرایند و اصلاح روندهای بیمارستان گردد (۶۲-۵۹).

در زمینه مشارکت بیمار در فرایند درمان، لزوم آموزش بیمار و ارائه اطلاعات کافی به وی به منظور جلب مشارکت بیماران در روند درمان از چالش‌های اصلی به شمار می‌رود که مطالعات هاروی و کمپبل^{۱۴} نیز بر این نکته تأکید دارد (۴ و ۶۳). علاوه بر این در تحقیقات مرتبط، بر مسایلی از قبیل ایجاد فرهنگ بحث و تبادل نظر با بیمار به منظور انتخاب روش درمانی و بررسی علل نارضایتی بیماران در بیمارستان به عنوان چالش‌هایی که در پیاده‌سازی این معیار مطرح می‌شود اشاره شده است (۶۳).

محدودیت‌های پژوهش: ۱- تعریف ضوابطی که به منظور انتخاب متخصصین وضع گردیده ممکن است موجب شده باشد تعدادی از افراد متخصص که بر این اساس واجد شرایط نبوده‌اند از مطالعه حذف شوند. ۲- الگوهایی که به منظور تعیین سؤالات راهنمای مصاحبه از آن‌ها استفاده گردید تنها شامل مقالاتی بود که به زبان انگلیسی منتشر شده است و از طریق منابع اینترنتی قابل دسترس می‌باشد.

نتیجه‌گیری

این مطالعه چارچوبی شفاف به منظور شناسایی چالش ارزیابی نظام استقرار حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های ایران ارائه می‌دهد. نظام بهداشت و درمان ایران به منظور مقابله با چالش‌های موجود در این زمینه نیاز به برنامه‌ای دارد که موضوعات زیر را در خود داشته باشد:

(۱) مبنای فلسفی و اخلاقی حاکمیت خدمات بالینی: ایجاد ارزش‌ها و نگرش‌های مثبت در رابطه با ایمنی و کیفیت از طریق

در پایش و ارزیابی شاخص‌ها است اسکات و گرینگر^۹ نیز در این زمینه تأکید می‌کنند که از طریق پایگاه‌های اطلاعاتی و سیستم‌های ممیزی باید بتوان شاخص‌های عملکرد را اندازه‌گیری نمود (۱۸ و ۴۷). اطلاعات مربوط به بیمار بایستی به شکلی قابل اعتماد و به موقع در دسترس ارائه‌دهندگان خدمت قرار گیرد (۳۲). طراحی تحقیقات بر اساس نیازهای بیمارستان و بهره‌گیری از نتایج تحقیقات در طراحی راهنماها از چالش‌های اصلی در زمینه فعالیت‌های تحقیقاتی است. بهره‌گیری از نتایج تحقیقات علمی به منظور بهبود اخذ تصمیمات بالینی، انتشار اطلاعات حاصل از تحقیقات در داخل و خارج بیمارستان و تعیین نیازهای تحقیق و توسعه بیمارستان از مواردی است که در تحقیقات مرتبط نیز بر آن تأکید شده است (۱۸ و ۴۸).

چالش اصلی در زمینه ساختار حاکمیت بالینی، وجود سیستم حاکمیت بالینی و کمیته‌های مرتبط با آن در سازمان می‌باشد که NHS و دیپارتمان بهداشت استرالیا نیز بر وجود مدیران حاکمیت بالینی با شرح شغل‌های مشخص در سازمان و لزوم تشکیل کمیته‌های حاکمیت بالینی در بیمارستان تأکید می‌نمایند (۵۱-۴۹). لزوم تعهد مدیریت ارشد و جلب مشارکت پرسنل در پیاده‌سازی حاکمیت بالینی از عمده چالش‌هایی است که در زمینه پیش‌نیازهای استقرار حاکمیت بالینی مطرح می‌شود. در همین راستا روزن^{۱۰} عقیده دارد که پاسخگویی، قلب حاکمیت بالینی است و این بدان معنی است که نه تنها متخصصین بهداشت و درمان باید به دنبال ارتقای کیفیت باشند بلکه باید این تعهد و عزم را در عمل هم نشان دهند (۵۲). علاوه بر این پرینگل^{۱۱} تأکید می‌کند که تعهد مدیریت ارشد یکی از مواردی است که در پیاده‌سازی حاکمیت بالینی تأثیر بسزایی دارد (۵۳). علاوه بر این در سایر تحقیقات مرتبط در این زمینه بر پیش‌بینی روند استقرار حاکمیت بالینی در برنامه‌های کلان بیمارستان و برگزاری دوره‌های آموزشی مربوطه برای کارکنان به منظور آشنایی و جلب مشارکت آنان در روند استقرار حاکمیت بالینی، به عنوان چالش‌های پیاده‌سازی این معیار تأکید شده است (۲۷).

در زمینه مدیریت نیازهای غیردرمانی بیمار، لزوم پاسخگویی بیمارستان به جامعه تحت پوشش، چالش اصلی در این زمینه می‌باشد. در همین راستا بیکر^{۱۲} و همکاران، حاکمیت بالینی را پاسخگویی جمعی در قبال ارائه خدمت دانسته و بر ایجاد

⁹ Scott & Graniger

¹⁰ Rosen

¹¹ Pringle

¹² Baker

¹³ Friele

¹⁴ Harvey & Campbell

۳) مبنای اثربخشی حاکمیت خدمات بالینی: ارتقای فرایند تبادل اطلاعات بین کادر درمانی، اثربخشی بالینی، استفاده از طب مبتنی بر شواهد، ممیزی، مدیریت مؤثر دانش، تحقیقات و استفاده از شاخص‌های بالینی.

۴) رویکردهای بیمارمحور: تشویق بیماران به مشارکت در فرایند درمان، حمایت از فرهنگ بازسازمانی، تمرکز بر ایمنی بیمار، جلب رضایت بیمار و برخورد مؤثر با شکایات.

تقویت پاسخگویی، ارتقای مداوم خدمات، افزایش قابلیت‌های کادر درمانی، تضمین کیفیت و تمرکز بر اخلاقیات.

۲) مبنای اجرایی حاکمیت خدمات بالینی: برنامه‌ریزی و سازمان‌دهی حاکمیت به منظور تأمین ایمنی و کیفیت از طریق مدیریت عملکرد، تخصیص منابع، برنامه‌ریزی استراتژیک، مدیریت خطر، اعتباربخشی، گزارش‌دهی و مدیریت اتفاقات ناگوار و بکارگیری استانداردها

References

- 1- Walshe K, Freeman T. Effectiveness of Quality Improvement: Learning From Evaluations. *Qual safe Health care* 2002;11:85-7.
- 2- Wall D, Halligan A. The Role of Clinical Governance in CPD. *Eur Clinics Obetet Gynecol* 2006;1:231-40.
- 3- Travaglia F, Braithwaite J. *Clinical Governance, Safety and Quality: An Overview of Literature*. Sydney: Center for Clinical Governance Research; University of New South Wales; 2007.
- 4- Harvey G. Improving Patient Care: Getting Grips with Clinical Governance. *RCN Magazine* 1998.
- 5- Scally G, Donaldson L. Clinical Governance and Drive for Quality Improvement. *BMJ*; 1998;317:61-5.
- 6- Swage T. Clinical Care Takes center Stage. *Nursing Times* 1998;94(14):40-1.
- 7- Robertson I, Edwards S, Gough M. Clinical Governance in Pre Hospital Care. *Journal of Royal Society Medicine* 2001;94(39):38-42.
- 8- Baker R. Reforming Primary Care in England- again. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2000;18:72-4.
- 9- Chandy J, Gooffellow T, Vohrah A. Clinical Governance in Action: Radiology. *Hospital Medicine* 2000;67:326-9.
- 10- Nicholls S, Cullen R, Oneill SA. Clinical Governance: Its Origin and Foundation. *British Journal of Clinical Governance* 2000;5:172-8.
- 11- Masterton RG, Teare EL. Clinical Governance and Infection Control in the United Kingdom. *Journal of Hospital Infection* 2001;47:25-31.
- 12- Ellis B, Johnson S. The Care Pathway: A Tool to Enhance Clinical Governance. *Clinical Performance and Quality Health Care* 1999;7:134-44.
- 13- Low Office of health care organization Clinical governance 2009. [Cited 2009 Mar 14]. Available from: <http://lawoffice.mohme.gov.ir/lawoffice/laws/dedicated>
- 14- Marzban S. Clinical governance: realization of infrastructure. *Iran University of Medical Sciences* 2009; 5: 13314-899.
- 15- Dastjerdi M. Clinical governance. *Iran University of Medical Sciences* 2009.
- 16- Department of Health. *Clinical Governance Standards for Western Australian Health Services*. Government of Western Australia: Western Australia. 2005.
- 17- NHS Trust. *Proposed Framework for Clinical Governance*. London: Main Board of NHS Trust. 2002.
- 18- Grainger G, Hopkinson R, Barrett V. *Implementing Clinical Governance- The Result of a Year's Program of Semi- Structured Visits to Assess The Development of Clinical Governance in West Midland Trusts*. *British Journal of Clinical Governance* 2002;7(3):177-86.
- 19- Spechia ML, La Torre G, Siliquini R, Capizzi S. OPTIGOV - A new methodology for evaluating Clinical Governance implementation by health providers. *BMC Health Serv Res* 2010;10:174.
- 20- Hooshmand E, Tourani S, Ravaghi H, Ebrahimipour H. Evaluation Systems for Clinical Governance Development: a Comparative Study. *Acta Medica Iranica* 2014;52(8):615-20.
- 21- Lacey A, Luff D. Trent focus for research and development in primary health care: an introduction to qualitative data analysis. Nottingham: Trent Focus Group. 2001.
- 22- Araho O, Klazinga N, Delnoiy D. Conceptual Frameworks for Health Systems Performance: A quest for Effectiveness, Quality and Improvement. *International Journal of Quality in Health Care* 2008;15(5):71-79.
- 23- Wright J, Smith M, Jackson D. Clinical Governance: Principal into Practice. *Journal of Management in Medicine* 1999;13(6):457-65.
- 24- Bodham J, Debbie W, Sinfield M, Lanchester J. The Essence of Care in Clinical Governance. *International Journal of Clinical Governance* 2006;11(1).
- 25- Clark C, Smith L. Clinical Governance and Education: The Views of Clinical Governance leads in The South West of England. *British Journal of Clinical Governance* 2002;7(4):261-6.
- 26- Bayliss P, Hill P, Calman k, Hamihon J. Evaluation for Clinical Governance. *British Journal of Clinical Governance* 2001;6(1):7-8.
- 27- Heyrani A, Maleki M, Barati A, Ravaghi H, Sedaghat M, Jabbari M, et al. Clinical governance implementation in a selected teaching emergency department: a systems approach. *Implement Sci* 2012;7:84
- 28- Yosefan SH, Najafi M, Kokabi F. Challenges of clinical government establishment in health care organizations. First regional conference of clinical governance; 2010. Gorgan University of Medical Sciences, Iran. 2010
- 29- Leape L. Conference Keynotes Address 4th Australasian Safety and Quality Conference in Health Care: 2006. Melbourne; 2006.
- 30- Currie L, Morrell C, Scrivener R. *Clinical Governance: An RCN Resource Guide*. In: Royall College of Nursing 2003 London. [Cited 2009 April 26]. Available from www.rcn.org.uk.
- 31- Peak M. Developing of Indicators of Clinical Quality in Pediatric Setting. *Clin Governance bull* 2005;5:7-9.
- 32- Department of Health. *An Organization with Memory* 2001. London: Department of Health.

- 33- Taylor L, Jones S. Clinical Governance in practice: Closing the loop with integrated audit systems. *Journal of Psychiatric and Medical Nursing* 2006;13:228-33.
- 34- Anderson P, Fee p, Shulman R. Audit of Audit: review of a clinical Audit programme in teaching hospital intensive care unit. *British Journal of Hospital Medicine* 2012;73(9):526-9.
- 35- Berti E. Practice guidelines and clinical governance: do the means match with the ends? A quality appraisal of local practice guidelines. *Clin Governance* 2003;8:312-7.
- 36- Trenti T, Canali C, scognamiglio A. Clinical Governance and Evidence Based Laboratory Medicine. *Clin Chem Lab Med* 2006;44(6):726-32.
- 37- Department of Health. Clinical Governance Reporting Procs: London. 2003. [Cited 2009 Mar 18]. Available from: www.doh.gov.uk.
- 38- Mohaghegh B, Ravaghi H, Mannion S. Clinical Governance: Implementation Process and its Challenges in Iranian Hospitals. First International Congress on clinical governance and patient safety; 2013. Tehran ,Iran .2013
- 39- Attapour H, Noroznia Sh, Dokandarian S. challenges of clinical governance implementation in health centers. First International Congress on clinical governance and patient safety; 2013. Tehran, Iran .2013
- 40- Thomas M. The Evidence -Based for Clinical Governance. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2001;8(2):251-4.
- 41- Jankowski R. Implementing National Guidelines at Local Level. *BMJ* 2001;322:1258-9.
- 42- Donalson L. Clinical Governance – A Mission to Improve. *British Journal of Clinical Governance* 2000;5:1-8.
- 43- Khayatzadeh-Mahani A, Nekoei-Moghadam M, Esfandiari A, Ramezani F, Parva S. Clinical governance implementation: a developing country perspective. *Clinical Governance: An International Journal* 2013;18(3):186 - 99.
- 44- Ellis J. All inclusive benchmarking. *Journal of Nursing Management* 2006;14:377-83.
- 45- Ellis J. Evaluating the Effectiveness of Clinical Practice Benchmarking in Improving the Quality of Health Care. 2004.
- 46- Department of Trade and Industry. Benchmarking the Challenge. A Practical Guide to Business Improvement 1995.
- 47- Scott IA, Pode PJ, Jayathissa S. Improving Quality and Safety of Hospital Care: A Re appraisal And Agenda for Clinically Relevant Reform. *International Medicine Journal* 2008;138(1):44-55.
- 48- Squire S. Clinical Governance in Action: Part7: Effective Learning. *Professional Nursing* 2000;16(4):1014-5.
- 49- Australian Government Department of Health and Ageing. A Review of Policies and Process for the Introduction of New Interventional Procedures. Department of Health and Ageing: Australia.2010
- 50- Royal Pharmaceutical Society of Great Britain. Clinical Governance Framework for Pharmacist Prescribers and organizations commissioning or participating in pharmacist prescribing 2007. [Cited 2009 Mar 8] . Available from: <http://www.rpsgb.org/pdfs/coepsgharmpresc.pdf>
- 51- Department of Health. Terms and Conditions of Service of Hospital and Medical and Dental Staff. London. 1997.
- 52- Rosen R. Improving Quality in Changing World of Clinical Care. *BMJ* 2000;321:551-4.
- 53- Pringle M. The Shipman Inquiry: Implications for the public's trust in doctors. *Br J Gen Pract* 2000;50(54) :355-65
- 54- Baker R, Lakhani M, Froser R, Cheater F. A Model for Clinical Governance in Primary Care Groups. *BMJ* 1999;318:779-83.
- 55- Carl W. Principal to Govern Clinical Governance. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2000;6(4):405-12.
- 56- Chandrarahan E, Sabaratnam A. Clinical Governance & Obstetrics. *Gynecology & Reproductive Medicine*. 2007;17(7):222-4.
- 57- Murray J, Royner H, Fine H. What do NHS Staff Think and Know about Clinical Governance? *International Journal of Clinical Governance* 2004;19(3):172-80.
- 58- Greenfield D, Nugus P, Fairbrother G. Applying and developing health service theory: An empirical study into clinical governance. *Clinical Governance* 2011;16(1):8-19.
- 59- Friele R, Sluijs E. Complaint handling in hospitals: an empirical study of discrepancies between patients' expectations and their experiences. *Health Service Research* 2008;8:24-36
- 60- Gravenhorst JB. Dealing with patient dissatisfaction; a professional skill. *NED Tijdschr Geneesk* 2002;146(44):2079-81. [in Dutch]
- 61- Pichert JW, Miller CS, Hollo AH, Gauld-Jaeger J, Federspiel CF, Hickson GB. What health professionals can do to identify and resolve patient dissatisfaction. *J Qual Improv* 1998;24(6):303-12.
- 62- Bendall-Lyon D, Powers TL. The role of complaint management in the service recovery process. *J Qual Improv* 2001;27(5):278-86.
- 63- Campbell M, Sheaff R, Sibbald B. Implementing Clinical Governance in English Primary Care Groups: Reconciling Quality Improvement and Quality Assurance. *Qual Safe Health Care* 2002;11:9-14.

Challenges in Evaluating Clinical Governance System in Iran: A Qualitative Study

Ebrahimipour H¹ (PhD), Vafae Najar A¹ (PhD), Meraji M² (PhD), Yousefi M¹ (PhD), Hooshmand E^{1*} (PhD)

¹ Health Sciences Research Center, Health and Management Department, School of Health,
Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

² Health Informatics Department, Paramedics school, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Original Article

Received: 27 Aug 2014, Accepted: 19 Nov 2014

Abstract

Introduction: Despite the pivotal role of clinical governance in enhancing quality of services provided by hospitals, there is no scientific framework with specific criteria in order to evaluating hospitals in Iran. This study was conducted to identify the challenges involved in evaluating systems of clinical governance in Iran.

Methods: In this qualitative study, 15 semi-structured interviews with experts in the field were conducted in 2011. Data were analyzed using the framework analysis method.

Results: Five major challenges were emerged in evaluating clinical governance including: 1) managing human resources; 2) improving clinical quality; 3) managing development; 4) organizing clinical governance; and 5) providing patient-oriented healthcare system.

Conclusion: This study provided a transparent framework to identify challenges of clinical governance implementation in hospitals in Iran.

Key words: evaluation, system, clinical governance, establishment, qualitative study

Please cite this article as follows:

Ebrahimipour H, Vafae Najar A, Meraji M, Yousefi M, Hooshmand E. Challenges in Evaluating Clinical Governance System in Iran: A Qualitative Study. *Hakim Health Sys Res* 2015; 17(4): 287- 296.

*Corresponding Author: Health Sciences Research Center, Health and Management Department, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran. Tel: +98- 513- 8514549, E-mail: houshmande@mums.ac.ir