

بررسی استانداردهای مدیریت اطلاعات کمیسیون اعتباربخشی مراکز توانبخشی

دکتر رضا صفدری^{۱*}، زهرا سادات آزاد منجیر^۲

چکیده

زمینه و هدف: توسعه و ارزیابی خدمات توانبخشی به عنوان بخشی از نظام سلامت که نقش مهمی را در ارتقای کیفیت زندگی ایفا می نماید همچون سایر سطوح مراقبت بهداشتی به ایجاد مکانیزمی برای مدیریت اطلاعات نیاز دارد. اثربخشی مدیریت اطلاعات تنها بواسطه تعیین استاندارد و ارزیابی مداوم عملکرد مراکز توانبخشی از طریق استانداردها تضمین خواهد شد. باتوجه به عدم انجام استانداردهای فرایندهای مدیریت اطلاعات بخش توانبخشی کشور این مقاله با هدف بررسی و مقایسه استانداردهای مدیریت اطلاعات کمیسیون اعتباربخشی مراکز توانبخشی با نهادهای مشابه استانداردسازی و ارزیابی کننده خدمات توانبخشی استرالیا و انگلستان سعی دارد چارچوبی را برای تعیین استانداردهای مورد نیاز فرایندهای مدیریت اطلاعات در مراکز توانبخشی فراهم نماید.

روش بررسی: در مقاله حاضر که بصورت مروری می باشد استانداردهای CARF از محورهای زیرساخت های مدیریت اطلاعات، گردآوری داده، محتوای پرونده، اصول مستندسازی، خط مشی های اصولی برای محرمانگی و افشای اطلاعات و سیستم های طبقه بندی بررسی شد. اطلاعات موجود از طریق منابع معتبر چاپی و الکترونیکی مرتبط با موضوع حاصل گردیده است.

بحث و نتیجه گیری: استانداردهای CARF در مقایسه با استانداردهای نهادهای استانداردسازی و ارزیابی کننده خدمات توانبخشی استرالیا و انگلستان از کاملترین استانداردها با سطح جزئیات کافی محسوب می شود و تقریباً تمامی محورهای استانداردسازی از جمله استانداردهای زیربنایی مدیریت اطلاعات، گردآوری داده ها، محتوای داخلی پرونده بیمار، مستندسازی و حفظ محرمانگی اطلاعات را مورد توجه قرار داده است. لذا الگوسازی از استانداردهای این سازمان چه به منظور اجرای فعالیت های استانداردسازی در کشور و چه جهت ارزیابی مراکز توانبخشی مناسب به نظر می رسد.

واژه های کلیدی: استاندارد، مدیریت اطلاعات، نظام اطلاعات، اعتباربخشی، مراکز توانبخشی

* نویسنده مسئول :

دکتر رضا صفدری ؛

دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم

پزشکی تهران

Email : rsafdari @ sina. tums.
ac.ir

- دریافت مقاله : خرداد ۸۸ - پذیرش مقاله : شهریور ۸۸

مقدمه

بر همین اساس خدمات توانبخشی در نظام سلامت به علت نقش بارزی که در افزایش مشارکت اجتماعی اقتصادی افراد دارای آسیب های عملکردی خواهد داشت از اهمیت ویژه ای برخوردار است. توانبخشی بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی به مجموعه اقدامات پزشکی، آموزشی، حرفه ای و اجتماعی اطلاق می گردد که افراد دارای ناتوانی های مختلف را قادر به

در عصر حاضر شرط ضروری ایفای نقش های اجتماعی - اقتصادی افراد در راستای توسعه هر جامعه سلامت و برخورداری از زندگی با کیفیت و عاری از هرگونه ناتوانی می باشد و تلاش برای ارتقای آن نوعی سرمایه گذاری در زمینه نیروی انسانی محسوب می گردد.

^۱ دانشیار گروه مدارک پزشکی دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۲ کارشناس ارشد آموزش مدارک پزشکی دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

توانبخشی می‌تواند موثر واقع گردد. در این راستا هدف از مطالعه حاضر بررسی استانداردهای تدوین شده از سوی کمیسیون اعتباربخشی مراکز توانبخشی (Commission On Accreditation of Rehabilitation Facilities = CARF) در ارتباط با مدیریت اطلاعات است که به عنوان یکی از متولیان شناخته شده بین‌المللی در زمینه ارزیابی و اعتباربخشی مراکز توانبخشی فعالیت دارد می‌باشد.

روش بررسی

مقاله حاضر مروری می‌باشد. پژوهشگر در راستای هدف پژوهش نخست به بررسی استانداردهای CARF در خصوص فرایندهای مدیریت اطلاعات پرداخته و در ادامه به منظور بررسی جامعیت استانداردهای این سازمان بررسی‌های مشابهی نیز در خصوص استانداردهای مشخص شده از سوی نهادهای ممیزی خدمات توانبخشی کشورهای استرالیا و انگلستان انجام داده است. در این راستا پژوهشگر در مرحله اول شیوه‌های ارزیابی خدمات توانبخشی را در کشورهای مذکور بررسی نموده و پس از تعیین نهاد فعال در این زمینه استانداردهای تعیین شده در خصوص فرایندهای مدیریت اطلاعات آنها مورد مطالعه قرار داده است. در پایان مقایسه‌ای در رابطه با محورهای تحت پوشش استانداردهای سازمانهای مربوطه و CARF انجام گرفته که الزامات زیرساختی جهت اجرای مدیریت اطلاعات در مراکز توانبخشی، استانداردهای گردآوری داده، محتوای پرونده‌ها، اصول مستندسازی، خط مشی‌های اصولی برای محرمانگی و افشای اطلاعات و سیستم‌های طبقه بندی را شامل می‌شود. اطلاعات حاضر از منابع معتبر چاپی و الکترونیکی مرتبط با موضوع حاصل گردیده است.

حفظ سطح مطلوبی از عملکردها نموده و ابزارهای لازم را بدین منظور فراهم می‌سازد(۱).

در برنامه چهارم توسعه کشور نیز خدمات توانبخشی سرپایی و بستری به ترتیب به سطح دوم و سوم مراقبت مربوط می‌شود(۲).

آنچه مهم است نظام اطلاعات ضرورت اجتناب ناپذیری برای برنامه ریزی و سرمایه گذاری کلان در جهت ارتقای کمی و کیفی عرضه خدمات توانبخشی، بررسی میزان اثربخشی خدمات در ارتقای عملکرد توان یابان و ایجاد تداوم در فرایند توانمندسازی محسوب می‌شود. چرا که صاحب نظران بر این باورند نظام‌های اطلاعاتی هم در عرصه مدیریت خدمات بهداشتی و هم در اجرای فرایندهای مراقبتی امکان مقایسه عملکردهای دوره‌های مختلف را فراهم نموده و در سنجش اثربخشی و اتخاذ تصمیمات مقتضی نقش موثری ایفا می‌کنند(۳-۴).

کارایی و اثربخشی نظام‌های اطلاعاتی که به منظور گردآوری، سازماندهی، ذخیره سازی، بازیابی و اشاعه اطلاعات ایجاد می‌شوند خود به برخورداری از یک سطح مطلوب در مقایسه با استانداردها بستگی خواهد داشت(۵).

بنابراین تحقق نظام اطلاعات مقتضی تنها بواسطه تعیین استاندارد ممکن خواهد شد. از سوی دیگر به عقیده Abdelhak ایجاد استانداردهای لازم برای نظام‌های اطلاعاتی به عنوان زیربنای اجرای مدیریت اطلاعات در هر سطحی از مراقبت، یکی از مهمترین نقش‌های مدیران اطلاعات بهداشتی محسوب می‌شود(۶).

لذا با توجه به عدم انجام اقدامی در خصوص استانداردسازی فرایندهای مدیریت اطلاعات خدمات توانبخشی کشور به نظر می‌رسد آگاهی و بهره گیری از استانداردهای مدیریت اطلاعات سازمانهای پیشگام در زمینه استانداردسازی و اعتباربخشی خدمات

یافته ها

سنجش مداوم اثربخشی، کارایی، در دسترس بودن خدمات و بازخورد در مراکز ایجاد شده اند (۱۱-۱۰). لازم به ذکر است در زمینه مدیریت اطلاعات، گروهی از استانداردها که با هدف بهبود عملکرد سازمان تعیین شده‌اند از زیر مجموعه‌های استانداردهای Business Practice محسوب شده و گروه دیگر که بر ماهیت پرونده‌های افراد، کیفیت و محرمانگی اطلاعات مندرج در پرونده‌ها تمرکز دارند در مجموعه استانداردهای General Practice جای دارند.

استانداردهای زیربنایی مدیریت اطلاعات

یکی از اصول زیربنایی برای عملیاتی شدن استانداردهای اعتباربخشی وجود سیستمی جهت مدیریت و ارزیابی برنامه توانبخشی در مراکز است که بر نتایج متمرکز باشد. سیستم مدیریت و ارزیابی برنامه به سیستمی اطلاق می‌شود که بر اساس داده‌های گردآوری و ثبت شده به طور منظم به پایش نتایج و اهداف مورد انتظار تیم توانبخشی پردازد (۱۳-۱۲).

این سیستم‌ها که از زیرساخت‌های مدیریت اطلاعات در برنامه‌های توانبخشی محسوب می‌شوند عمدتاً بر نتایج تمرکز دارند (۱۵-۱۴).

CARF نیز با ارائه مدل استاندارد برای ایجاد سیستم مدیریت و ارزیابی برنامه توانبخشی چارچوبی را جهت گردآوری داده‌های مورد نیاز تعیین نمود. همانطور که در جدول ۱ نشان داده شده است، این چارچوب حداقل داده‌های لازم را بر اساس اجزای اصلی برنامه توانبخشی که شامل درون داد، فرایند و برون داد است مشخص می‌کند (۱۶).

اعتباربخشی یکی از شیوه‌های ارزیابی موسسات مراقبتی است که بصورت داوطلبانه میزان تطابق عملکرد سازمان را با مجموعه استانداردهای از پیش تعیین شده مورد سنجش قرار می‌دهد. بطور کلی استانداردهای اعتباربخشی که معمولاً از طریق توافق نظر متخصصان مراقبت بهداشتی تعیین می‌گردند در سطوح اولیه مراقبت فرایندهای اساسی مراقبت، تضمین کیفیت و مدیریت اطلاعات را در بر می‌گیرند (۷).

بررسی‌ها نشان می‌دهد اولین و گسترده‌ترین برنامه اعتباربخشی خدمات توانبخشی توسط کمیون اعتباربخشی مراکز توانبخشی ایجاد گردید و به مرور زمان به عنوان یک سیستم اعتباربخشی بین‌المللی شناخته شد. گزارش‌ها حاکی از آن است که مراکز بسیاری در ایالات متحده آمریکا، کانادا، سوئد، فنلاند، ایرلند، دانمارک، اسکاتلند، ایتالیا، فرانسه و حتی استرالیا بصورت داوطلبانه از سوی این سازمان اعتباربخشی می‌شوند (۹-۸).

نتایج بررسی‌ها نشان می‌دهد محورهای عمومی ارزیابی فرایند ارائه خدمات توانبخشی شامل منابع انسانی، ارتقای عملکرد و مدیریت اطلاعات، حقوق افراد تحت پوشش، بهداشت و ایمنی، الزامات قانونی، برنامه‌ریزی و مدیریت مالی، مدیریت خطر، پرونده‌های توان‌یابان و بازبینی کیفی پرونده‌ها می‌باشد. استانداردهای عمومی در دو مجموعه تحت عناوین استانداردهای Business Practice و استانداردهای General program محورهای فوق را پوشش می‌دهند. استانداردهای مذکور به منظور

جدول ۱: الزامات اطلاعاتی تعیین شده بر اساس اجزای برنامه توانبخشی در مدل استاندارد سیستم ارزیابی برنامه توانبخشی CARF (۱۹۷۰)

بخش	درون داد	فرایند	برون داد
داده های لازم	۱. داده های دموگرافیک	۱. نوع خدمات توانبخشی	۱. وضعیت عملکردی
	۲. تاریخچه بهداشتی	۲. تعداد جلسات درمانی	۲. عوارض و مشکلات
	۳. تشخیص اصلی ناتوانی	۳. نتایج تست ها	۳. خدمات ارائه شده پس از ترخیص
	۴. آسیب اتیولوژیک	۴. اهداف	۴. حمایت های مالی برای ناتوانی
	۵. زمان وقوع آسیب	۵. مداخلات و اقدامات	
	۶. عملکرد مرکز مراقبهای حاد (بیمارستان)	۶. سیر پیشرفت	
	۷. وضعیت عملکردی	۷. عوارض و مشکلات	
		۸. شاخص هایی مثل مدت اقامت (در توانبخشی بستری)	

اطلاعات"، مشخص گردید. در چک لیست مذکور داده های لازم جهت گردآوری بر اساس مراحل مختلف برنامه توانبخشی مطابق جدول ۲ تعریف شده است (۱۷-۱۸).

به دنبال ایجاد مدل های مختلف سیستم های ارزیابی و مدیریت نتایج با نیازمندی های متفاوت در مجموعه استانداردهای ۲۰۰۱ الزامات اطلاعاتی این گونه سیستم ها در قالب چک لیستی با عنوان "چک لیست گردآوری داده برای سیستم های مدیریت نتایج و

**جدول ۲: چک لیست استاندارد جهت گردآوری داده های مورد نیاز
سیستم های مدیریت نتایج و اطلاعات (استاندارد ۲۰۰۱ CARF)**

عنوان مرحله	داده های لازم در ارتباط با
پذیرش (IOM.3)	۱. دموگرافیک ۲. منابع بازپرداختی ۳. تشخیص مشکل ۴. محدودیت های عملکردی
زمان تحقق نتایج مورد انتظار (IOM.4)	۱. نتایج مورد انتظار ۲. وضعیت کنونی آسیب های فرد ۳. وضعیت کنونی فعالیت فرد ۴. وضعیت کنونی مشارکت فرد ۵. ویژگی های کنونی محیط پیرامون فرد ۶. انواع خدمات مورد نیاز ۷. شدت نیاز به خدمات مورد نیاز ۸. منابع مالی موجود
ترخیص و آموزش فرد (IOM.5)	۱. وضعیت کنونی آسیب ۲. وضعیت کنونی فعالیت فرد ۳. وضعیت کنونی مشارکت فرد ۴. ویژگی های کنونی محیط پیرامون فرد ۵. انواع خدمات ارائه شده ۶. شدت و میزان خدمات ارائه شده ۷. منابع مالی مصرف شده ۸. توانایی کاری فرد ۹. توانایی بازگشت به شغل پیشین
پس از ترخیص و آموزش (IOM.6)	۱. وضعیت کنونی آسیب ۲. وضعیت کنونی فعالیت فرد ۳. وضعیت کنونی مشارکت فرد ۴. میزان ماندگاری نتایج ۵. ویژگی های کنونی محیط پیرامون فرد ۶. رضایت فرد از خدمات

استانداردهای مستندسازی و محتوای اطلاعاتی پرونده

در مجموعه استانداردهای کلی برنامه (General Program Standards) استانداردهایی نیز در خصوص محتوای پرونده افراد تحت پوشش برنامه توانبخشی تعیین شده است که شامل اطلاعات دموگرافیک و هویتی، سوابق بهداشتی، معاینات، تشخیص ناتوانی‌ها و مشکلات عملکردی، اهداف برنامه توانبخشی و طرح درمانی در قالب لیست مشکلات، پیش آگهی، گزارش ارزیابی‌های دوره‌ای، مکاتبات مربوط به بیمار، گزارش خدمات ارائه شده از منابع برون سازمانی، اسناد مربوط به مشارکت خانواده فرد در امر تصمیم‌گیری، گزارش‌های جلسات درمانگران، گزارش تریخیص و پیگیری می‌باشد.

در این استاندارد محتوای اطلاعاتی لیست مشکلات (Problem List) خود دارای سه بخش کلی بدین شرح می‌باشد:

۱. خلاصه وضعیت بیمار
۲. مشکلات بهداشتی همراه و طرح درمانی که در حال حاضر برای آنها وجود دارد برای مثال داروهای مصرفی
۳. مشکلات عملکردی و طرح درمان (۱۹).

همچنین در زمینه مستندسازی برخی گزارش‌های خاص پرونده CARF چارچوب‌های زمانی را مشخص نموده که شامل موارد ذیل است:

- سوابق بهداشتی فرد باید در طول ۲۴ ساعت اول پس از پذیرش تکمیل و ثبت گردد.
- نتایج حاصل از معاینات و ارزیابی‌های اولیه در طول ۲۴ ساعت اول پس از پذیرش مستند گردد.
- طرح اولیه برنامه توانبخشی باید در ۷ روز اول پس از پذیرش مشخص و ثبت شود و هر ۱۴ روز بر حسب ارزیابی‌های دوره‌ای و وضعیت فرد روز آمد گردد (۲۰).

استانداردهای امنیت، محرمانگی و افشای اطلاعات کمیسیون اعتباربخشی مراکز توانبخشی بر حفظ و نگهداری پرونده‌ها در مکانی امن به مدتی که الزامات قانونی حاکم مشخص می‌کند تاکید داشته و این اصل را در فرایندهای اعتباربخشی خود مورد ارزیابی قرار می‌دهد.

همچنین قاعده امتناع از افشای اطلاعات بیمار بدون کسب رضایت کتبی از فرد برای کاربران خارج سازمانی (همچون پزشکان و درمانگران خارج از سازمان، شرکت‌های بیمه و...) در دو بخش استانداردهای پرونده و استانداردهای مدیریت خطر مطرح شده است (۲۱-۲۲).

آنچه مسلم است در فرایند اعتبارسنجی، سازمانها ملزم به ایجاد رویه‌هایی می‌باشند که به پایش کیفیت، مناسبت و بهره‌وری خدمات ارائه شده پردازد. این امر در اصل مستلزم انجام بازبینی‌های سیستماتیک پرونده‌های افراد تحت پوشش خدمات سازمان خواهد بود. به همین منظور یکی از الزامات کمیسیون، انجام بازبینی‌های حرفه‌ای در خصوص کیفیت بر روی پرونده‌های افراد تحت درمان و پرونده‌های افراد تریخیصی به صورت سه ماه یک بار است (۲۳).

استانداردهای طبقه بندی اطلاعات

در رابطه با بکارگیری سیستم‌های طبقه بندی در برنامه‌های توانبخشی باید اذعان نمود استاندارد در این خصوص وجود ندارد. لیکن سیستم‌های مختلفی در مراکز اعتباردهی شده از سوی CARF مورد استفاده قرار می‌گیرد. همانطور که در جدول ۳ نشان داده شده است، طبق بررسی انجام شده رایج‌ترین سیستم‌های طبقه‌بندی در مراکز توانبخشی به گروه‌بندی علت شناسی (Etiology) آسیب، تشخیص ناتوانی، وضعیت عملکردی، اقدامات یا مداخلات انجام شده و بازپرداخت هزینه‌ها می‌پردازند (۲۹-۲۴).

جدول ۱۱: سیستم های طبقه بندی استاندارد در موضوعات متلف مرتبط با توانبخشی

موضوع	نام سیستم طبقه بندی	ویژگی سیستم طبقه بندی
* اتیلوژی ناتوانی	۱. ویرایش دهم طبقه بندی بین المللی بیماریها، صدمات و عوامل موثر بر بهداشت (ICD-10)	گروه بندی هر گونه بیماری یا صدمه منجر به ناتوانی و کاهش عملکردهای مختلف فرد و عوارض و مشکلات همراه
	۲. ویرایش نهم طبقه بندی بین المللی بیماریها (ICD-9-CM)	گروه بندی هر گونه بیماری یا صدمه منجر به ناتوانی، عوارض و مشکلات همراه
تشخیص ناتوانی	۱. طبقه بندی بین المللی عملکرد ناتوانی و بهداشت (ICF)	طبقه بندی های آسیب ساختار و عملکرد، فعالیت و مشارکت، فاکتورهای زمینه ای سه طبقه بندی مجزای آسیب، ناتوانی و عقب ماندگی
	۲. طبقه بندی بین المللی آسیبها، ناتوانیها و عقب ماندگیها	عقب ماندگی
	۳. ویرایش دوم طبقه بندی بین المللی آسیبها، ناتوانیها و عقب ماندگیها	طبقه بندی آسیب، فعالیت، مشارکت و فاکتورهای زمینه ای
اقدامات	۱. سیستم کدگذاری اقدامات براساس ویرایش دهم طبقه بندی بیماریها (ICD-10-PCS)	چند محوره: براساس نوع اقدام، روش، موضع آناتومیکی و تجهیزات بکار رفته
	۲. طبقه بندی بین المللی اقدامات در پزشکی (ICPM)	دارای ۲۰ گروه اقدام کلی در توانبخشی
بازپرداخت	۱. گروههای آسیب عملکردی (FRG)	یک سیستم case-mix که خدمات توانبخشی را براساس منابع مورد نیاز و نتایج مورد انتظار گروه بندی می کند
وضعیت عملکردی	۱. شاخص استقلال عملکردی (FIM)	۷ سطح استقلال در ۱۸ حیطه عملکردی فیزیکی و ادراکی

* علت: (بیماری، جراحت یا صدمه) که منجر به بروز ناتوانی یا کاهش عملکردی شده است.

۱) استانداردهای عملی برای ارائه دهندگان خدمات توانبخشی که از سوی دولت استرالیا به عنوان بخشی از قانون امنیت، توانبخشی و غرامت استرالیا در سال ۲۰۰۶ مصوب گردید. اگرچه این مجموعه استانداردهای حرفه ای متخصصان توانبخشی را مشخص نموده لیکن در متن این مجموعه که از دو بخش استانداردهای نتیجه و استانداردهای مربوط به

استانداردهای مدیریت اطلاعات در ارزیابی

برنامه های توانبخشی استرالیا

در بررسی های انجام گرفته مشخص گردید که دو مجموعه استاندارد به صورت مجزا از سوی دو مرجع متفاوت به منظور ارزیابی خدمات توانبخشی استرالیا تعیین شده است.

(Health care accreditation program) و اعتبار بخشی و توسعه پرونده های بهداشتی (Accreditation & development of health records program) بصورت داوطلبانه وجود دارد بررسی ها حاکی از آن است که برنامه های مذکور در زمینه خدمات توانبخشی فعالیت قابل توجه ندارند. به هر حال یکی از فعال ترین نهادهای داوطلبانه در زمینه ارزیابی خدمات توانبخشی در انگلستان انجمن طب توانبخشی بریتانیا (British society of rehabilitation medicine) می باشد که استانداردهای حرفه ای را در ۱۰ محور برای متخصصان توانبخشی تعیین نموده است. بررسی ها نشان می دهد که اصول مرتبط با فرایندهای مدیریت اطلاعات در مجموعه استانداردهای منتشر شده این انجمن به صورت پراکنده و غیر منسجم مطرح شده است. بطور کلی BSRM به منظور ایجاد هماهنگی تیم توانبخشی وجود سیستمی برای یکپارچگی اطلاعات پرونده چند تخصصی (Multi-disciplinary) را یکی از اساسی ترین نیازمندیهای مراکز توانبخشی محسوب می کند. در مجموعه استانداردهای BSRM محتوای پرونده فرد باید دربرگیرنده گزارشی از نیازهای توانبخشی، خلاصه ای از خدمات ارائه شده در مراکز دیگر، اطلاعات مربوط به منابع حمایتی فرد، نتایج ارزیابی های دوره ای در مورد وضعیت عملکردهای حرکتی و فیزیولوژیکی؛ ارتباطی و اجتماعی؛ ادراکی و ذهنی، طرح درمان، گزارش ترخیص و توصیه ها باشد (۳۲).

بحث

یافته های پژوهش بیانگر این مطلب است که فرایندهای مدیریت اطلاعات از گردآوری داده ها، ثبت و مستندسازی، سازماندهی و طبقه بندی تا ذخیره سازی، بازیابی و اشاعه اطلاعات در مراکز توانبخشی

خدمات تشکیل شده است بر لزوم استفاده از سیستمی جهت نگهداری و مدیریت پرونده های افراد تحت پوشش، مستندسازی صحیح ارزیابی ها و تمامی اطلاعات مربوط به فرد تاکید شده است (۳۰).

۲) استانداردهای انجمن علمی طب توانبخشی استرالیا (Australasian Faculty of Rehabilitation Medicine) که شامل ۵ مجموعه استاندارد در محورهای مدیریت مراکز توانبخشی، نیروی کار، تسهیلات و امکانات، مدیریت کیفیت و رویه ها و خط مشی ها می باشد. AFRM استانداردهای مرتبط با فرایندهای مدیریت اطلاعات را در محور رویه ها و خط مشی ها بصورت دو گروه مجزای محتوای پرونده و مدیریت پرونده، طبقه بندی و معرفی نموده است. در استاندارد محتوای پرونده الزاماتی در خصوص مستندسازی موارد ذیل به صورت کلی تعیین گردیده است:

- مشکلات و نیازهای بیمار
 - ارزیابی های اولیه و مداوم وضعیت عملکردی بیمار
 - اهداف برنامه توانبخشی و طرح برنامه
 - گزارش های حاصل از جلسات دوره ای تیم توانبخشی
- در رابطه با سیر پیشرفت وضعیت بیمار
- بعلاوه AFRM بر وجود سیستمی که در تعامل با پایگاه داده ملی نتایج توانبخشی ها (Australian Rehabilitation Outcome Center) باشد به عنوان یک استاندارد تاکید دارد. در گروه استانداردهای مدیریت پرونده نیز وجود تدابیر مناسب جهت حفظ امنیت و محرمانگی پرونده ها را یکی از موارد مهم در فرایند ارزیابی مراکز توانبخشی محسوب می کند (۳۱).

استانداردهای مدیریت اطلاعات در ارزیابی برنامه های توانبخشی انگلستان

اگرچه در انگلستان دو برنامه اعتباربخشی مستقل تحت عناوین اعتباربخشی مراقبت بهداشتی

مدیریت پرونده (امنیت، محرمانگی، اصول بازیابی و افشای اطلاعات) بررسی گردید، یافته‌ها نشان داد که از نظر توجه به موضوعات فوق استانداردهای CARF بیشترین موارد را پوشش داده است (۳۳).

نتایج پژوهش با یافته‌های این مطالعه مطابقت دارد. همچنین نتایج بررسی‌ها نشان می‌دهد اگرچه سیستم‌های طبقه بندی مطرح شده جهت طبقه بندی اطلاعات فرایندهای تشخیصی، ارزیابی، علت شناسی و اقدامات توانبخشی کاربرد دارند اما تاکنون هیچ یک به عنوان یک سیستم استاندارد طبقه بندی توانبخشی شناخته نشده و بصورت اختیاری و بر اساس نیاز از چنین سیستم‌هایی استفاده می‌شود.

با توجه به اینکه توانبخشی دامنه وسیعی از خدمات بهداشتی، آموزشی، اجتماعی را در برمی‌گیرد و برحسب گروه‌های سنی افراد آسیب دیده (همچون سالمندان، کودکان و...) و انواع ناتوانی‌ها متفاوت می‌باشد، به نظر می‌رسد استانداردهای فرایندهای مدیریت اطلاعات نیز مطابق با نوع برنامه توانبخشی متفاوت باشد. با این وجود در پژوهش حاضر استانداردها بدون توجه به نوع برنامه‌های توانبخشی بررسی گردیده‌اند. بنابراین پیشنهاد می‌شود در راستای تعیین استاندارد نخست جنبه‌های مدیریت اطلاعات انواع خدمات توانبخشی مورد بررسی قرار گیرد و پس از شناخت ویژگی‌های منحصر بفرد و نیازهای اطلاعاتی خاص آنها استانداردهایی درخصوص موارد ذیل مشخص گردد:

- حداقل داده‌های مورد نیاز که به منظور تعیین هویت، وضعیت بهداشتی و عملکردی و حمایتی مالی، تشخیص مسائل و نیازمندیهای بیمار ضروری خواهد بود.
- محتوای پرونده بیمار در طول برنامه توانبخشی

نیز باید مطابق با استانداردهای مورد نظر سازمان ارزیابی کننده انجام گیرند. با این وجود استانداردهای یکسان و جامعی بدین منظور در سطح بین المللی وجود ندارد بطوریکه نهادهای مختلف فعال در زمینه اعتباربخشی و ارزیابی خدمات توانبخشی با دامنه و سطح جزئیات متفاوتی به تدوین استانداردهایی در این خصوص پرداخته‌اند. همانطور که اشاره شد کمیسیون اعتباربخشی مراکز توانبخشی معتبرترین نهاد ارزیابی کننده مراکز توانبخشی محسوب شده که دامنه فعالیت‌های آن علاوه بر مراکز توانبخشی ایالات متحده امریکا، مراکز توانبخشی کانادا، سوئد و برخی دیگر از کشورهای جهان را در بر می‌گیرد.

یافته‌ها نشان می‌دهد CARF بطور دقیق الزامات داده‌ای را جهت گردآوری مشخص نموده است حال آنکه این الزامات در مجموعه استانداردهای نهادهای دیگر مشخص نگردیده‌اند. از جنبه مستند سازی، محتوای اطلاعاتی پرونده و محرمانگی نیز اگرچه تمامی نهادها به تعیین اصول و ضوابطی اقدام نمودند اما CARF اصول مزبور را بصورت کاملتر، شفاف‌تر و منسجم‌تر مشخص نموده است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که استانداردهای CARF در مقایسه با سایر نهادهای مورد بررسی اکثریت محورهای مدنظر را پوشش داده‌اند.

در مطالعه‌ای که در استرالیا بر روی پیشنویس استانداردهای انجمن علمی طب توانبخشی استرالیا در مقایسه با استانداردهای مشابه بین المللی انجام شد، مشخص گردید تمامی استانداردهایی که از سوی CARF به منظور ارزیابی ابعاد مختلف خدمات توانبخشی منتشر گردیده است در مقایسه با AFRM و BCRM از جامعیت کافی برخوردار می‌باشد. در مطالعه مذکور که در آن استانداردهای مدیریت اطلاعات در دو گروه مدیریت اطلاعات (زیرساخت‌ها، گردآوری داده و مستندسازی) و

طولانی‌تر بودن فرایند مراقبتی و لزوم تداوم برنامه توانمند سازی به اطلاعات و فرایندهای مدیریت آن نیاز حیاتی دارد. به همین اساس لازم است جهت افزایش هماهنگی و اثربخشی، استانداردهایی در این خصوص ایجاد شود. به علت وسعت دامنه و مقبولیت ارزیابی‌های کمیسیون اعتباربخشی مراکز توانبخشی در سطح بین‌المللی و نیز جامعیت استانداردهای آن نسبت به سایر نهادهای ارزیابی کننده خدمات توانبخشی میتوان استانداردهای این سازمان را هم به عنوان الگویی برای اجرای فعالیتهای استانداردسازی در کشور و هم به عنوان معیاری جهت ارزیابی عملکرد مراکز توانبخشی محسوب نمود.

- نحوه و زمان مستند سازی گزارش‌های خاص نظیر طرح درمانی، سیر پیشرفت وضعیت بیمار، ارزیابی‌های دوره‌ای، طرح ترخیص و توصیه‌ها
- حفظ محرمانگی اطلاعات، امنیت و مدت زمان نگهداری پرونده‌ها
- استفاده از هر گونه سیستم طبقه بندی که به منظور تسهیل فرایندهای پژوهشی، آماری و گزارش دهی ضروری به نظر می‌رسد.

نتیجه گیری

اهمیت مدیریت اطلاعات موجب می‌شود تا همواره یکی از جنبه‌های ارزیابی مراکز ارائه دهنده خدمات بهداشتی محسوب گردد. خدمات توانبخشی نیز نه تنها از این امر مستثنی نمی‌باشد بلکه به علت

منابع

1. World Health Organization. Rehabilitation [Monograph on the internet].2007. Available from: <http://www.who.int/topics/en>, Accessed at Jul 13, 2008.
2. Development fourth program rule. Regulation 91 [Monograph on the internet].2006; 1-3. Available from: <http://rc.majlis.ir/fa/law/show/135080#law-text>, Accessed at Aug 21, 2008.
3. Deputy research of TUMS. A Case study from development of the information system for strategic management. Homaye Salamat 2005 Apr-May; 1(6): 17-25[Article in Persian].
4. Safdari R, Gazisaidi M, Davarpanah A. Health Care Information Management. Tehran: Mirmah; 2005. p. 258[Book in Persian].
5. Young H, Belanger T. The ALA Glossary of Library and Information Science. USA: American Library Association; 1983. p. 179.
6. Abdelhak M. Health information management; strategic resource. 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders Company; 2001. p. 50,119.
7. Safdari R, Tabibi SJ, Ebadi Fardazar F, Hagavi A, Meidani Z. Healthcare Information Management Standards. Tehran: Ebadifar; 2003. p. 16-18[Book in Persian].
8. Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities [Monograph on the internet].2007. Available From: <http://www.carf.org/consumer.aspx?content=content/About/News/facts.htm>, Accessed at March 24, 2007.

9. Stavert D, Boon B. Listening to consumers... CARF Canada opens [Monograph on the internet]. 2003; 16(3): 1-9. Available from: <http://www.emeraldinsight.com/Insight/ViewContentServlet?Filename=Published/EmeraldFullTextArticle/Articles/2110160301.html>, Accessed at Mar 19, 2008.
10. Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities. The 2006 Survey Process [Monograph on the internet]. 2006; 7-12. Available From: <http://www.carf.org/pdf/PerIndMo.pdf>, Accessed at Oct 5, 2007.
11. Wilkerson DL. How to build a performance improvement system in your organization, CARF connection Bulletin [Monograph on the internet]. 2005 Jul-Aug; 3-5. Available from: <http://www.carf.org/Providers.aspx?content=content/Publications/Online/eConnection/JulAug05/TOC.htm>, Accessed at Apr 6, 2008.
12. Wilkerson DL. Accreditation and the use of outcomes-oriented information systems. Arch Phys Med Rehabil 1997 Aug; 78(8): 31-35.
13. Joel D, Bruce T. Rehabilitation Medicine Principle and Practice. 3rd ed. New Yourk: Philadelphia; 1999. p. 299-300.
14. Glueckauf RL. Program evaluation guidelines for the rehabilitation professional. Advanced Clinical Rehabilitation 1990; 3:250-266.
15. Cohen BA, Grigonis AM, Topper ME, Morrison MH. The Development of an Outcomes Management System for acute medical rehabilitation. Am J Med Qual 1997 ; 12(1):28-32.
16. Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities. 1996 standards manual and interpretative guidelines for medical rehabilitation. Tucson: Author; 1996. p. 11-15.
17. Terrie B, Pamela R. Preparing for successful CARF accreditation. Rehabil Nurs 2001 Nov-Dec; 26(6): 208-214.
18. Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities. 2001 Standards manual for medical rehabilitation. Tucson: Author; 2001. p. 17-21.
19. Manger JB. Documentation requirements in non acute care facilities and organization. London and New Yourk: Parthenon Publishing Group Inc; 2002. p. 173-176.
20. Fletchre D. Measuring up- CARF: The Rehabilitation Accreditation Commission. JAIMA 1997 Feb; 46(3):12-15.
21. Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities. Survey report for Dakota Boys and Girls Ranch Association [Monograph on the internet]. 2006 June; 4-15. Available from: <http://www.dakotaranch.org/media/about/CARF%20accreditation%20report.pdf>, Accessed at Mar19, 2008.
22. Collins J. Reduce your organization risk. CARF connection Bulletin [Monograph on the internet]. 2005 Sept-Oct; 2-5. Available from: <http://www.carf.org/Providers.aspx?content=content/Publications/Online/eConnection/SeptOct05/TOC.htm>, Accessed at Mar 21, 2008.
23. Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities. Survey report for Dakota Boys and Girls Ranch Association, CARF international [Monograph on the internet]. 2006 June; 16-17. Available from: <http://www.dakotaranch.org/media/about/CARF%20accreditation%20report.pdf>, Accessed at Mar19, 2008.
24. Safdari R. Nomenclature and classification systems of diseases and presenting a model for Iran. Tehran: Mirmah; 2003. p. 112-114 [Book in Persian].

25. Vergil S. ICD-10 Procedure Coding System [Monograph on the internet]. 1998; 3-7. Available from: <http://www.tringa.com/icd-10-pc.pdf> 10-14-1998, Accessed at Feb 14, 2008.
26. World Health Organization. International Classification of Procedure in Medicine. Geneva; 1978. p. 7-10.
27. Department of Health and Human Services. International Classification of Diseases 9th Revision Clinical Modification. 3rd ed. USA: DHHS; 1979. p. 988-999.
28. Safdari R, Meidani Z, Mohammadzadeh N. A guide to international classification of functioning, disability and health. Tehran: Mirmah; 2007. p. 36-41, 66-70, 89 [Book in Persian].
29. Stineman M, Granger C. A Modular case-mix classification system for medical rehabilitation illustrated. Health Care Financing Review 1997; 19(1):87-104.
30. Australian Government. Operational standards for rehabilitation program providers. Australia: Comcare; 2006.p. 9-11.
31. Australasian Faculty of Rehabilitation Medicine. Standards 2005 adult rehabilitation medicine services in public and private hospitals. Australia : NSW; 2000. p. 6-12.
32. British society of rehabilitation medicine. Standards for specialist in-patient and community rehabilitation services [Monograph on the internet]. 2002 May; 1-8. Available From: <http://www.bsrm.co.uk/ClinicalGuidance/standards.pdf>, Accessed at Nov 18, 2007.
33. Graham KS, Cameron DI, Dickson GH. Analysis of draft Australian rehabilitation service standards: comparison with international standards [Monograph on the internet]. 2008 Jun; 5:15-23. Available from: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/portal/utils/pagereolver.fcgi?log\\$=activity&recordid=1271763279041193](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/portal/utils/pagereolver.fcgi?log$=activity&recordid=1271763279041193), Accessed at Dec 28, 2009.