



ACENDIO 2002

SKUPNI JEZIK PRAKSE ZDRAVSTVENE NEGE

PREGLED KLASIFIKACIJSKEGA SISTEMA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA NA DOMU (HHCC)

OVERVIEW OF HOME HEALTH CLASSIFICATION SYSTEM (HHCC)

Virginia K. Saba, Ed.D., R.N., F.A.A.N.

Smotri:

- Zagotoviti pregled preteklosti, sedanjosti in prihodnosti sistema HHCC
- Opisati značilnosti dveh besednjakov sistema HHCC
- Razpravljati o uporabah dveh besednjakov sistema HHCC

Ključne besede:

- klasifikacija patronažnega zdravstvenega varstva (HHCC) HHCC negovalnih diagnoz
- HHCC intervencij zdravstvenega varstva, osrednje sestavine, patronažno zdravstveno varstvo

Izvleček:

Sistem HHCC, ki je sestavljen iz negovalnih diagnoz in intervencij zdravstvene nege ter je klasificiran po dvajsetih osrednjih komponentah olajša dokumentiranje zdravstvene nege pacientov z računalnikom na mestu zdravstvene nege, za razliko od tradicionalne metode zapisovanja na papir. Besednjaka sistema HHCC ne omogočata samo ocenjevanja in dokumentiranja, ampak tudi kodiranje, indeksiranje, klasificiranje, povezovanje in preslikavanje procesa zdravstvene nege glede na dvajset osrednjih komponent. Ta inovativna besednjaka zagotavljata strukturi za kodiranje in dvajsetim osrednjim komponentam okvir za računalniške kartoteke pacientov; identificirata minimalni podatkovni niz za zdravstveno nego ter sledita zdravstveno nego preko časa, različnih okolij in geografskih lokacij. Ko so podatki enkrat zbrani, se lahko uporabijo večkrat, kar omogoča boljše dokumentiranje in bolj učinkovito analizo.

Besednjaka sistema HHCC se lahko vključi v katerikoli sistem zdravstvenega varstva na domu ter elektronsko poveže s katerikoli sistemom računalniških kartotek pacientov, ki je namenjen zbiranju podatkov, potrebnih za poročanje o zdravstvenem varstvu na federalni ravni. Uporabljata se lahko za:

- izboljševanje učinkovitosti ocenjevanja in dokumentiranja zdravstvene nege na domu,
- razvijanje elektronskih poti,
- zagotavljanje strategije za ocenjevanje kakovosti in merjenje rezultatov zdravstvene nege, in

- razvijanje metode vrednotenja učinkov po stroških za nadomestila in izplačila.

Besednjaka sistema HHCC sta na voljo na internetu, ponujena združenjem zdravstvene nege po celem svetu kot sredstvo za upravljanje in spremljanje klinične prakse zdravstvene nege. Poglejte <http://www.sabacare.com>.

Uvod

To poglavje ponuja pregled preteklosti, sedanjosti in prihodnosti sistema klasifikacije patronažnega zdravstvenega varstva (HHCC). Opisuje dejavnosti, ki so vplivale na njegov razvoj. Sistem HHCC sestavljata dva medsebojno povezana besednjaka: HHCC negovalnih diagnoz in HHCC intervencij zdravstvene nege, oba sta klasificirana z dvajsetimi osrednjimi komponentami. Dva besednjaka in dvajset komponent zdravstvene nege se uporabljajo za dokumentiranje patronažne klinične prakse zdravstvene nege. Ne uporabljata se samo za kodiranje, indeksiranje in klasificiranje, ampak tudi za ročno ali elektronsko dokumentiranje, sledenje in analiziranje patronažnega zdravstvenega varstva v času, skozi okolja in geografske lege.

Preteklost

Tehnologija

HHCC sistem je nastal iz raziskovanja in razvoja z napredkom tehnologije in zato, ker se je zdravstvena nega osredotočila bolj na pacienta. Odkar so se v petdesetih letih pojavili računalniki, so bili dosežki pri strojni in programski opreми ter komunikacijskih omrežjih revolucionarni. Strojna oprema je napredovala glede obsega, hitrosti, hranilne in procesne zmogljivosti. Programska oprema je napredovala od kodiranja bitov in bajtov do uporabe generičnih programov in uporabniku prijaznih ikon. Tudi računalniška komunikacija je napredovala od trajno povezanih lokalnih omrežij do interneta, ki ponuja neomejen do-

stop do virov svetovnega spleta ter elektronske pošte po vsem svetu.

Zdravstvena nega

Napredek zdravstvene nege pri upravljanju klinične prakse zdravstvene nege je zahteval dokaz, da »ima početje medicinskih sester dejansko pozitiven učinek«. Podatke v zdravstveni negi je bilo treba identificirati, da se je izmerila zdravstvena nega pacientov. Podatke je bilo treba predelati v informacije zdravstvene nege ter na koncu v znanje zdravstvene nege, ki razvija znanost zdravstvene nege. Podatki, podatkovni standardi, klasifikacije in/ali besednjaki so bili bistvenega pomena za integracijo tehnologije na področju zdravstvene nege. Tehnologija je bila in še vedno je odločilnega pomena pri zagotavljanju vidnosti in obstoja poklica medicinske sestre.

Klasifikacije in besednjaki

Za klasifikacije in/ali besednjake se je izkazalo, da so ključnega pomena za upravljanje z informacijsko tehnologijo (IT). Klasifikacije so hierarhično strukturirane nomenklature, ki so kategorizirane in kodirane po določenih pravilih in kriterijih. Besednjaki so sezname pojmov ali slovarji, ki se uporabljajo za specifičen namen, poklic, predmet ali področje; če jih uredimo v hierarhično obliko, pa postanejo klasifikacije.

Sistemi klasifikacij zdravstvene nege

Za sisteme klasifikacij zdravstvene nege se je izkazalo, da so odločilnega pomena za napredek poklica. Predstavljali so temelje za sistem enotnega jezika zdravstvene nege (UNLS) ter so bili predlagani kot osnova za računalniške kartoteke pacientov (CPR) in sisteme računalniških kartotek pacientov. Računalniške kartoteke pacientov so bile razvite, da se zbere, shrani, obdeluje, prikaže, poišče in prenaša ažurne podatke in informacije v službah zdravstvenega varstva in med njimi. Zahtevale so, da se podatke zbere kot ločena dejstva (podatki na atomski ravni), shrani v relacijske zbirke podatkov, obdela in preoblikuje v uporabne informacije.

Inštitut za računalniške kartoteke pacientov, ki je bil ustanovljen leta 1992, je priporočil, da naj se oblikujejo računalniške kartoteke pacientov, ki se bodo uporabljale pri upravljanju z viri in storitvami za paciente (CPRI, 1994). Inštitut je priporočil tudi to, da naj se razvije standardizirane besednjake in nabore znakov, ki uporabljajo enolično strukturo. Niso si zamislili enega samega besednjaka, ampak obsežno skupino besednjakov in/ali naborov znakov, ki bi bila zasnovana na enolični strukturi in bi se uporabljala za vsa področja specializacij, vključno z zdravstveno nego. Ta predlog je okrepil delo Ameriške zveze medicinskih sester (ANA) v zvezi s standardi.

Sodelovanje Ameriške zveze medicinskih sester

Ameriška zveza medicinskih sester je več let opozarjala na potrebo po klasifikacijskih sistemih, ki bi podpirali prakso klinične zdravstvene nege, in podatkih, ki bi merili proces zdravstvene nege. Že leta 1980 je Ameriška zveza medicinskih sester predstavila dokument *Zdravstvena nega: izjava o socialni politiki*, ki je priporočal, naj proces zdravstvene nege služi kot okvir za dokumentiranje zdravstvene nege pacientov (ANA, 1980). Leta 1992 je Ameriška zveza medicinskih sester sprejela *Standarde prakse klinične zdravstvene nege* (posodobljen leta 1998), ki opisujejo zdravstveno nego, kot jo kaže proces zdravstvene nege (ANA, 1991, 1998). Poleg tega je Ameriška zveza medicinskih sester leta 1990 objavila resolucijo, s katero je sprejela Minimalni podatkovni niz zdravstvene nege (NMDS) kot osrednji podatkovni niz, ki ga je treba uporabljati pri upravljanju informacij v računalniških kartotekah pacientov ter vključiti v nacionalne podatkovne zbirke. Ameriška zveza medicinskih sester je nadalje dala soglasje za *Popravljenno Klasifikacijo I Severnoameriške zveze za negovalne diagnoze* (NANDA) ter jo leta 1991 tudi »potrdila« (NANDA, 1991). Leta 1989 je Ameriška zveza medicinskih sester ustanovila Usmerjevalni odbor za podatkovne zbirke, ki so v pomoč praksi klinične zdravstvene nege (trenutno se imenuje Odbor za informacije prakse zdravstvene nege). Opravljal je veliko aktivnosti, ena od njih je bila prepoznavanje klasifikacijskih sistemov in/ali besednjakov za podporo prakse zdravstvene nege. Leta 1991 je Odbor za podatkovne zbirke »prepoznal« prve štiri klasifikacijske sisteme pod okriljem NMDS in jih potrdil kot standarde za podatke zdravstvene nege (McCormick et al., 1994). Ti so bili: Potrjeni seznam negovalnih diagnoz NANDA, sistem Omaha, Klasifikacija negovalnih diagnoz (NIC) in Klasifikacija patronažnega zdravstvenega varstva (HHCC). Kasneje je Ameriška zveza medicinskih sester »prepoznala« pet drugih klasifikacijskih sistemov: Klasifikacijo rezultatov zdravstvene nege (NOC), Podatkovni niz zdravstvene nege nege pacientov (PCDS), Podatkovni niz perioperativne zdravstvene nege in mednarodno klasifikacijo prakse zdravstvene nege (ICPN) (Saba & McCormick, 2001).

Zdravstveno varstvo na domu

Zdravstveno varstvo na domu je sestavni del patronažnega zdravstvenega varstva, ki se odziva na zdravstvene potrebe skupnosti tako, da identificira zdravstvene probleme, opravlja intervencije, promovira zdravje in preprečuje bolezni. Natančneje povedano – zdravstveno varstvo na domu zagotavlja velik izbor storitev služb zdravstvene nege, zdravstvenega varstva in socialnih služb, ki so potrebne v okolju doma za akutno bolne, okrevajoče, invalidne ali kronično

bolne osebe. Zdravstveno varstvo na domu se nanaša na vse zagotovljene storitve in uporabljene izdelke za obnavljanje, vzdrževanje in promoviranje telesnega, duševnega in čustvenega zdravja pacientov na njihovih domovih (Spradley & Dorsey, 1985).

Zakonodaja v zvezi z zdravstvenim varstvom na domu

Leta 1966, ko je bila sprejeta zakonodaja *Medicare & Medicaid (Public Law 89-97)*, je plačevanje za storitve zdravstvenega varstva na domu razširilo obseg storitev zdravstvenega varstva na domu ter tudi povečalo število služb zdravstvenega varstva na domu. Leta 1983 se je začelo zgodnejše odpušcanje pacientov iz bolnišnic po sistemu »bolj bolni-bolj hitro« zaradi sprejetja sistema pričakovanih plačil, ki uporablja razvrščanje pacientov po diagnozah* kot metodo za plačevanje storitev, ki jih bolnišnice nudijo uporabnikom programa Medicare.** Zaradi tega so se službe zdravstvenega varstva na domu še vedno širile; vendar pa je primanjkovalo enotnih podatkov o virih zdravstvene nege na domu, storitvah in plačilnih praksah. Poleg tega so dvomnosti v terminologiji in politikah ter pomanjkanje standardiziranih definicij med finančnimi posredniki vplivali na doseg storitev, ki so jih zagotavljale službe zdravstvenega varstva na domu.

Leta 1998 je bila uveljavljena podatkovna skupina *Outcome and Assessment Information Set (OASIS)* kot pogoj za sodelovanje služb Medicare (Shaughnessy, Crisler, & Schienker, 1997). OASIS je bil uveljavljen kot nov samostojen inštrument, ki ga je sestavljalo devetinsedemdeset osrednjih skupin podatkovnih postavk za ocenjevanje stanja pacientov in merjenje rezultatov pri pacientih. OASIS je namenjen merjenju rezultatov v zdravstvenem stanju od sprejema do odpusta oziroma med dvema ali več točkami.

Leta 2000 je bil dodan Sistem predvidenih plačil (PPS) kot še en pogoj za udeležbo. Ta metoda plačevanja uporablja dvajset podatkovnih postavk iz osrednje skupine OASIS, ki služijo kot vir razvrščanja v skupine in plačevanja storitev v času epizode zdravstvene nege na domu. Ta dva nova inštrumenta sta povišala zahteve po poročanju o storitvah zdravstvenega varstva na domu, zaradi česar so zahteve po dokumentiranju močno obremenile poklicne dobavitelje.

Klasifikacija zdravstvenega varstva na domu

Sredi osemdesetih je postalo očitno, da je glavni problem pri zdravstvenem varstvu na domu odsotnost enotnih in uporabnih metod, ki bi predvidevale zahteve glede virov in merile rezultate pri pacientih. Zaradi tega je leta 1987 je Saba s sodelavkami na Visoki šoli za zdravstveno nego v Georgetownu dobila od Uprave za financiranje zdravstvenega varstva (HCFA) dobila nalogo, »da razvije metodo klasificiranja zdravstvenega varstva na domu za predvidevanje zahtev po virih in merjenje rezultatov.«

Raziskovalni tim je domneval, da je mogoče z zbiranjem velike količine podatkov (nacionalni vzorec) o pacientih v programu Medicare in o virih, ki se porabijo za njihovo oskrbo na domu, oblikovati sistem, s katerim se bo napovedovalo zahteve varstva. Na začetku so izvedle pilotsko študijo, oblikovale okvir, določile metodologijo, naredile povzetek iz triinsedemdesetih predhodno kodiranih spremenljivk in izbrale nacionalni študijski vzorec. Dejansko zbiranje raziskovalnih podatkov za nazaj, ki so bili zbrani iz evidenc pacientov za celotno epizodo oskrbe (od sprejetja do odpusta) je trajalo dve leti. Raziskovalne podatke so zbrale iz 8.967 primerov, ki jih hranilo 646 služb zdravstvene nege na domu v okviru programa Medicare (Saba, 1991). Raziskovalnih podatkov niso sestavljali samo predhodno kodirani podatkovni elementi, ampak tudi dve skupini pripovednih pisnih izjav, ki so se osredotočale na probleme pacientov in/ali negovalne diagnoze ter intervencije zdravstvene nege. Zbranih je bilo približno 40.000 pripovednih izjav, ki so predstavljale probleme pacientov in/ali diagnostične izjave, ter 72.000 storitev zdravstvene nege, obravnav, dejanj in izjav o intervencijah iz epizod zdravstvene nege. Da bi se kodiralo pripovedne izjave, je bilo treba razviti nove klasifikacijske sheme, ker nobena od obstoječih ni bila ustrezna. Več tisoč izjav je bilo vnesenih v računalnike in analiziranih, s pomočjo permutiranih vrst ključnih besed se jih je obdelalo, analiziralo in testiralo. Na ta način se je v Klasifikaciji zdravstvenega varstva na domu empirično razvilo besednjake negovalnih diagnoz in intervencij zdravstvene nege, ki so bili razvrščeni po dvajsetih komponentah zdravstvene nege. Uporabljali so se za kodiranje in analiziranje pripovednih izjav, kar je omogočilo, da so se predvidele storitve zdravstvenega varstva na domu in potrebe po virih ter merili rezultati. Eno od glavnih odkritij raziskave je pokazalo, da so bi-

* *Diagnosis-related group (DRG)* – skupina pacientov, ki se klasificira z namenom izmeriti nego, ki jo je zagotovila zdravstvena služba. Klasifikacije, ki se uporabljajo za določanje plačil programa Medicare za oskrbo pacientov v bolnišnici, so zasnovane na primarnih in sekundarnih diagnozah, primarnih in sekundarnih postopkih, starosti in dolžini hospitalizacije (op. prev.).

** *Medicare* – na nacionalni ravni financiran program zdravstvenega zavarovanja za starejše od petinšestdeset let. Program se izvaja v dveh delih. Del A zagotavlja osnovno zaščito pred stroški medicinske, kirurške in psihiatrične oskrbe v bolnišnicah. Del B je prostovoljno zdravstveno zavarovanje, ki se delno financira iz zveznih virov, delno pa iz premij od ljudi, ki so vključeni v program (op. prev.).

li kombinirani podatki o diagnozah in posegih najbolj-
ši napovedovalci porabljenih virov (Saba, 1991; Saba
& McCormick, 2001).

Sedanjest

Zdravstveno varstvo na domu

Danes je zdravstvena nega na domu ekonomična
alternativa institucionalni zdravstveni negi. Z rastjo
zdravstvene nege paciente odpuščajo iz bolnišnic »bolj
bolni-bolj hitro«, to pa povečuje povpraševanje po
akutnih, kompleksnih storitvah zdravstvenega var-
stva na domu. Zaradi tega se je povečalo število in
obseg služb zdravstvenega varstva na domu, leta 2000
je bilo v okviru programa Medicare/Medicaid približ-
no 10.000 potrjenih služb zdravstvenega varstva na
domu (NAHC, 2000).

Računalniški sistemi za evidence pacientov v zdravstvenem varstvu na domu

Računalniške evidence pacientov v zdravstvenem
varstvu na domu so ključnega pomena za zagotavlja-
nje prakse zdravstvene nege na domu, upravljanje stor-
itev zdravstvene nege in določanje virov zdravstvene
nege. Računalniške evidence pacientov v zdravstvenem
varstvu na domu so nastale zato, da obdelujejo
federalne zahteve glede sodelovanja v nacionalnih pro-
gramih. Uporabljajo se tudi za upravljanje kontinu-
uma zdravstvene nege od bolnišnic do doma in sku-
pnosti. Te računalniške evidence pacientov v zdrav-
stvenem varstvu na domu potrebujejo podatke zdrav-
stvene nege, ki jih je mogoče identificirati, kodirati in
obdelati z računalnikom. Zahtevajo podatkovne stan-
darde, ki zagotavljajo, da se lahko primerja kje, zakaj
in kdaj so podatki zbrani, obdelani in združeni preko
sistemov, okolij in geografskih populacij.

Zakonodaja v zvezi z zdravstvenim varstvom na domu

Trenutno metodo poročanja in plačevanja služb
zdravstvenega varstva na domu za uporabnike progra-
mov Medicare in Medicaid ureja Center za službe Me-
dicare in Medicaid (CMS), ki je bil prej znan pod ime-
nom Uprava za financiranje zdravstvenega varstva
(HCFA). Danes mora vsak pacient Medicare, ki je za-
radi storitev zdravstvenega varstva na domu sprejet v
katerokoli potrjeno službo zdravstvenega varstva na
domu, izpolniti stare in nove obrazce, da lahko se lah-
ko vključi v program. Obrazci vsebujejo:

- HCFA 485: potrdilo zdravstvenega varstva na do-
mu in obrazec za načrt zdravljenja,
- HCFA 486: ažurni zdravniški podatki in informaci-
je o pacientu,
- inštrument za skupino informacij o rezultatih in oce-
nah (OASIS),

- inštrument za sistem predvidenih plačil OASIS,
- obrazce za evidenco obiskov in računov,
- načrt zdravstvene nege za dokumentiranje obiskov
na domu.

Klasifikacijski sistem zdravstvenega varstva na domu (HHCC)

Sistem HHCC, ki ga je razvila Sabova s sodelavka-
mi, je oblikovan posebej za dokumentiranje zdravstve-
ne nege pacientov v zdajšnje računalniške kartoteke
pacientov. Sestavljata ga dva standardizirana in med-
sebojno povezana besednjaka: HHCC negovalnih dia-
gnoz in HHCC intervencij zdravstvene nege. Ta dva
besednjaka sta klasificirana po dvajsetih osrednjih
komponentah zdravstvene nege, ki služijo kot stan-
dardiziran okvir za dokumentiranje klinične prakse
zdravstvene nege na domu. Ne uporabljata se samo za
kodiranje, indeksiranje in klasificiranje zdravstvene-
ga varstva na domu, ampak tudi za dokumentiranje,
sledenje in analiziranje klinične zdravstvene nege na
domu po času, prek okolij in geografskih lokacij (Sa-
ba, 1994a) (gl. **Dodatek A**).

Klasifikacija negovalnih diagnoz v HHCC

Klasifikacija negovalnih diagnoz v HHCC je sestav-
ljena iz 145 enot (50 glavnih kategorij z dvema štev-
kama in 95 podkategorij s tremi števki), ki ponar-
zarjajo negovalne diagnoze in/ali probleme pacientov.
Negovalna diagnoza je definirana kot »klinična sodba
o odzivu posameznika, družine ali skupnosti na dejans-
ke ali potencialne zdravstvene probleme/življenjske
processe. Negovalne diagnoze zagotavljajo podlago za
izbiranje intervencij zdravstvene nege, s katerimi se
doseže rezultate, za katere je odgovorna medicinska
sestra« (NANDA, 1992).

Ta besednjak se razširi z uporabo treh prikrojeval-
cev (izboljšano, stabilizirano, poslabšano). Ti prikro-
jevalci povečajo sposobnost vsakega diagnostičnega
poimenovanja, da kodira pričakovane in/ali dejanske
rezultate.

Klasifikacija intervencij zdravstvene nege v HHCC

Klasifikacija intervencij zdravstvene nege v HHCC
je sestavljena iz 160 enot (60 glavnih kategorij z dve-
ma števki in 100 podkategorij s tremi števki), ki
ponazarjajo intervencije – posege, postopke, obravna-
vo, aktivnosti in/ali storitve zdravstvene nege. Posa-
mežno dejanje zdravstvene nege je namenjeno dose-
ganju rezultata pri diagnozi (zdravniški/negovalni), za
katerega je odgovorna medicinska sestra. Ta besed-
njak se razširi z uporabo štirih prikrojevalcev (oceni/
spremljaj, neguj/izvedi, poučuj/nadzoruj, upravljaj/na-
poti), ki predstavljajo specifično vrsto dejanja inter-
vencije. Ti prikrojevalci stopnjujejo in povečajo vsa-

ko intervencijo tako, da kodirajo specifično dejanje. Na ta način je klasifikacija intervencij zdravstvene nege sestavljena iz 640 edinstvenih poimenovanj.

Dvajset osrednjih komponent

Dvajset komponent zdravstvene nege v HHCC predstavlja gručo elementov, ki predstavlja vzorec zdravstvene nege: zdravstveni, vedenjski, funkcionalni, fiziološki in psihološki. Te komponente so: (1) aktivnost, (2) praznjenje črevesja, (3) delovanje srca (4) kognicija, (5) obvladovanje, (6) količina tekočin, (7) zdravstvena vedenja, (8) medikacija, (9) metabolizem, (10) prehranjevanje, (11) fizična regulacija, (12) respiracija, (13) odnosi med vlogami, (14) varnost, (15) samooskrba, (16) samopodoba, (17) čuti, (18) integriteta kože, (19) perfuzija tkiva, (20) izločanje urina (Saba, 1994b, 1995; Saba & Sparks, 1998).

Dvajset komponent zdravstvene nege zagotavlja standardizirani okvir za vsakega od dveh medsebojno povezanih besednjakov HHCC. Uporabljajo se za računalniško obdelovanje in statistično analizo zdravstvene nege. Za dvajset komponent zdravstvene nege smo odkrili, da so klinično najbolj pomembni ocenjevalni razredi, najboljši napovedovalci zahtev po virov zdravstvenega varstva na domu ter najbolj ustrezni okviri za klasificiranje negovalnih diagnoz in intervencij zdravstvenega varstva na domu (Holzemer, 1997).

Struktura za kodiranje

Dva besednjaka HHCC sta kodirana s pomočjo črkovno-številčne kode s petimi znaki, ki je zasnovana na Mednarodni klasifikaciji bolezni in zdravstvenih težav (ICD-10-CM) in Zdravstveni negi za postopke pri pacientih v bolnišnici (ICD-10-CM-PCS). Dvajset komponent zdravstvene nege je podobnih poglavjem, ki so uporabljena v ICD-10-CM (WHO, 1992). Vsako poimenovanje v besednjaku je sestavljeno iz petih znakov črkovno-številčne kode:

- Prvo mesto: en črkovni znak za osrednjo komponento.
- Drugo in tretje mesto: dve številčni kodi za osrednji podatkovni element (glavna kategorija), ki jima sledi decimalna pika.
- Četrto mesto: ena številčna koda za podkategorijo (če se uporablja).
- Peto in zadnje mesto: ena številčna koda za prirojevalec/kvalifikator.

Struktura za kodiranje olajša računalniško obdelavo, zagotavlja povezave in/ali preslikavanje sredstev med dvema besednjakoma in drugimi besednjaki zdravstvenega varstva. Olajša tudi oblikovanje kliničnih poti, podpore odločanju in na dognanjih utemeljenih sistemov. Ta lastnost je bistvenega pomena za razvijanje podpore odločanju in/ali strokovnih sistemov.

Priznavanje

Leta 1991 je dva besednjaka HHCC (za negovalne diagnoze in intervencije zdravstvene nege) »priznala« Ameriška zveza medicinskih sester kot primerna za dokumentiranje prakse zdravstvene nege v računalniške kartoteke pacientov. Registrirana sta kot jezika HL7; vnesena sta v Logična opazovanja, identifikatorji, imena in kode (LOINC), v Sistematizirano nomenklaturu terminologije človeških in veterinarskih medicinskih referenc (SNOMED RT0) in v Metatezaver sistema enotnega medicinskega jezika (UMLS) Nacionalne medicinske knjižnice (NLM); indeksirana sta v Zbirni indeks zdravstvene literature (CINAHL); uporabljena sta tudi kot osnova za Mednarodno klasifikacijo prakse zdravstvene nege (ICNP), ki jo je razvil mednarodni svet medicinskih sester. Besednjaka sta bila potrjena tudi za Inštitut za ameriške nacionalne standarde – Odbor za standarde informatike v zdravstvenem varstvu (ANSI HISB) ter navedena v njunem seznamu *Standardov za klinične informacije* kot potrjen nabor znakov za zvezni zakon, ki se imenuje *Health Insurance Portability and Accountability Act* iz leta 1996 (Public Law 104–191). Besednjaka HHCC so prevedli v nizozemščino, kitajščino, portugalsščino, španščino, finščino, nemščino, korejščino itn.

Prihodnost

Besednjaka sistema HHCC se bosta še naprej uporabljala za ročno in/ali elektronsko dokumentiranje zdravstvenega varstva na domu v računalniških kartotekah pacientov. Služila bosta kot jezik zdravstvenega varstva in drugih izvajalcev zdravstvenega varstva (fizična, poklicna in govorna terapija, zdravstveni socialni delavec in pomočnik v zdravstvenem varstvu na domu). Uporabljala se bosta tudi za raziskovanje, v izobraževalne namene in za elektronske poti.

Zakaj HHCC?

Obstaja pet glavnih razlogov, zakaj se bo besednjaka klasifikacij negovalnih diagnoz in intervencij zdravstvenega varstva tudi v prihodnosti vključevalo v računalniške kartoteke pacientov v zdravstvenem varstvu na domu (Saba, 1997). In sicer:

1. Ker dokumentirata zdravstveno nego pacientov z računalnikom ter omogočata *elektronsko dokumentacijo* na mestu, kjer se zagotavlja zdravstvena nega, za razliko od tradicionalne metode na papirju.
2. Ker uporabljata okvir dvajsetih osrednjih komponent za klasificiranje dveh besednjakov. Dvajset komponent zdravstvene nege predstavlja štiri različne vzorce zdravstvenega varstva na domu, ki se osredotočajo na holistični pristop k zdravstveni negi pacientov.
3. Ker ju tvorijo ločeni podatki na *atomske ravni*, ki uporabljajo prirojevalec/kvalifikatorje, da pove-

čajjo in razširijo druge razsežnosti podatkovnih elementov. Ko so enkrat zbrani, se podatki uporabijo večkrat in v več namenov, kar omogoča bolj učinkovito združevanje, povzemanje in analiziranje podatkov.

4. Ker uporabljata *strukturo za kodiranje* s petimi črkovno-številčnimi števki za preslikavanje sredstev in povezovanje dveh besednjakov – med seboj in z drugimi besednjaki. Kode omogočajo dostopanje, dokumentiranje in sledenje podatkov o procesu zdravstvene nege v času obiskov in med njimi.
5. Ker sta *fleksibilna*, prilagodljiva in se ju lahko razširi. Sta v javni sferi in za ročno in/ali elektronsko uporabo na razpolago vsem.

Poti HHCC

Poti HHCC se razvijajo in se bodo razvijale za elektronsko dokumentiranje klinične prakse zdravstvene nege v računalniških kartotekah. Poti HHCC (ročne ali elektronske) uporabljajo dvajset komponent zdravstvene nege kot okvir za holistično dokumentiranje, sledenje in merjenje zdravstvene nege na domu za eno epizodo bolezni in/ali za dobrobit skozi čas, preko okolij in skupin prebivalstva. Uporabljajo dva standardizirana sistema besednjakov HHCC, da:

- ocenijo in diagnosticirajo potrebe po zdravstveni negi ob sprejetju;
- dokumentirajo in sledijo zdravstveno nego v času obiskov/srečanj in med njimi;
- ovrednotijo in merijo rezultate zdravstvene nege ob odpustu za eno epizodo bolezni.

Elektronska pot je metoda ali delovni zvezek s povzetki, ki ga je mogoče kompjuterizirati za dokumentiranje klinične prakse zdravstvene nege. Običajno medicinska sestra, ki upravlja s primerom, oblikuje načrt zdravstvene nege pacienta in spremlja potek intervencij in obravnave. Elektronska oblika omogoča, da sledimo intervencijam in obravnavi, obenem pa dovoljuje fleksibilnost ter individualizirano zdravstveno nego, medtem ko spremljamo, če so pričakovani rezultati doseženi. Elektronska oblika poenostavlja popravljanje ter povečuje kakovost zdravstvene nege pacientov v procesu zdravstvene nege. Elektronske poti pomagajo pri upravljanju s primeri pri zdravstveni negi pacientov, ker zagotavljajo celostno, usklajeno in ekonomično zdravstveno nego (Zander, 1988; Spath, 1993).

Poti HHCC identificirajo klinična dejanja in dogodke za celotno epizodo ter za vsak obisk specifično določajo pacienta, družino in vire, ki so potrebni za proces zdravstvene nege. Dogodki in dejanja na poti so zasnovani na oceni ob sprejetju pacienta po komponenti ter se jim potem sledi med posameznimi obiski na domu. Uporabljajo se za merjenje kakovosti, zago-

tavljanje dognanj za na dognanjih zasnovano prakso, odločanje, primerjanje in merjenje rezultatov. Poleg tega se jih lahko sumira za epizodo, da zagotavlja klinične, finančne in raziskovalne informacije.

Poti HHCC se razvija z namenom povezati inštrumente OASIS, inštrumente za sistem predvidenih plačil in obrazce administracije za financiranje zdravstvenega varstva z oceno pacienta ob sprejemu. Prvenstveno so namenjene dokumentiranju, sledenju in povezovanju zdravstvene nege za eno epizodo zdravstvene nege. Poti HHCC se razvija za upravljanje, določanje virov in merjenje rezultatov za zdravstveno varstvo na domu.

Viri

1. American Nurses Association (1980). Nursing: Social Policy Statement. Kansas City, MO: ANA.
2. American Nurses Association (1991, 1998). Standards of Clinical Nursing Practice. Washington, DC: ANA.
3. Computer-Based Patient Record Institute (1994). Proposal to Accelerate Standards Development for Computer-Based Patient Record System. Chicago, IL: CPRI.
4. Holzemer, W.L., Henry, S.B., Dawson, C., Sousa, K., Bain, C., & Hsieh, S-F. (1997). An evaluation of the utility of the Home Health Care Classification for categorizing patient problems and nursing interventions from the hospital setting. V U. Gerdin, M. Tallberg, P. Wainwright (Ured.). NI'99: Nursing Informatics: The Impact of Nursing Knowledge on Health care Informatics (str. 21–26). Stockholm, Švedska: IOS Press.
5. McCormick, K.A., Lang, N., Zielstorff, R., Milholland, D.K., Saba, V.K., Jacox, A. (1994, nov/dec). Toward standard classification schemes for nursing languages: Recommendations of the American Nurses Association Steering Committee on Databases to Support Clinical Nursing Practice. Journal of the American Medical Informatics Association (JAMIA), 1 (6), 421–427.
6. National Association for Home Care (2000, oktober). Basic Statistics About Home Care, 2000. Washington, DC: NAH are Classification (HHCC) of Nursing Diagnoses and Interventions. (popravljen). Washington, DC: Avtor.
7. Saba, V.K. (1991, feb.) Home Health Care Classification Project. Washington, DC: Georgetown University (NTIS Pub # PB92-177013/AS).
8. Saba, V.K. (1994b) Twenty nursing diagnoses home health care components. V R.M. Carroll-Johnson, & M. Paquette (Ured.). Classification of Nursing Diagnoses: Proceedings of the Tenth Conference (str. 301). Philadelphia: J.B. Lippincott.
9. Saba, V.K. (1997, marec/april) Why the Home Health Care Classification is a recognized nomenclature. Computers in Nursing, 15 (20), S67–S73.
10. Saba, V.K., & McCormick, A. (2001). Essentials of Computers for Nurses: Informatics in the new Millennium, tretja izdaja. New York City, NY: McGraw-Hill.
11. Saba, V.K., & Sparks, S.M. (1998). Twenty care components: An educational strategy to teach nursing science. V B. Cesnik, A.T. McCray, & J.R. Scherrer (Ured.). Medinfo '98: Proceedings of the Ninth World Congress on Medical Informatics (str. 756–759). Amsterdam, Nizozemska: IOS Press.
12. Shaughnessy, P.W., Crisler, K.S., & Schienker, R.R. (1997). Medicare's OASIS: Standardization Outcome and Assessment Information Set for Home Health care: OASIS B, marec 1997. Denver, CO: Center for health Services and Policy Research.
13. Spath, P. (1993). Succeeding with Critical paths. Forest Grove, OR: Spath & Associates.
14. Spradley, B.W., & Dorsey, B. (1985). Home health care. V B.W. Spradley (ured.), Community Health Nursing. Boston, MA: Little, Brown & Co.
15. World Health organization (1992). ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: Tenth revision: Volume 1. Ženeva, Švica: WHO.

16. Zander, K. (1988). Nursing case management: Strategic management of cost and quality outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 18, 23–30.

Bibliografija

1. Campbell, J.R., & Payne, T.H. (1994). A comparison of four schemes for codification of problem lists. V J. Ozbolt (Ured.). Symposium for Computer Applications in Medical Care (str. 201–205). Philadelphia: Hanley & Belfus.
2. Chute, C.G., Cohn, S.P., Campbell, K.E., Oliver, D.E., Campbell, J.R., (1996). The content coverage of clinical classifications. *Journal of the American Medical Informatics Association (JAMIA)*, 3 (3), 224–233.
3. CINAHL Information Systems (1998). CINAHL Subject Heading List. Glendale, CA: Avtor.
4. Dick, R.S., & Steen, E.B. (Ured.) (1991). *The Computer-based Patient Record: An Essential Technology for Health Care*. Washington DC: Institute of Medicine-National Academy Press.
5. Hardiker, N.R., & Rector, A.L. (1998, jan/feb). Modeling nursing terminology using the GRAIL representation language. *Journal of the American Medical Informatics Association (JAMIA)*, 5 (1), 120–130.
6. Henry, S.M., Warren, J.J., Lange, L., & Button, P. (1998, jul/avg). A review of major nursing vocabularies and the extent to which they have the characteristics required for implementation in computer-based systems. *Journal of the American Medical Informatics Association (JAMIA)*, 5 (4), 321–328.
7. Henry, S.B., Holzemer, W.L., Randell, C., Hsieh, S.F., & Miller, T.J. (1997). Comparison of nursing interventions classification and Current Procedural Terminology codes for categorizing nursing activities. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 29, 328–251.
8. Henry, S.H., Holzemer, W.L., Reilly, C.A., & Campbell, J.R. (1994). Terms used by nurses to describe patient problems: Can SNOMED III represent nursing concepts in the patient record? *Journal of the American Medical Informatics Association (JAMIA)*, 1, 61–74.
9. Henry, S.H., & Mead, C.N. (1997, maj/junij). Nursing classifications systems; Necessary but not sufficient for representing »What Nurses Do« for inclusion in computer-based patient record system. *Journal of the American Medical Informatics Association (JAMIA)*, 4 (3), 222–232.
10. Lamberts, H., & Wood, M. (Ured.). (1987). *International Classification of Primary Care (ICPC)*. New York: Oxford University Press.
11. Lange, L. (1996). Representation of everyday clinical nursing language in UMLS and SNOMED. V J.J. Cimino (Ured.). 1996 AMIA Annual Fall Symposium (str. 140–144). Washington DC: Hanley & Belfus.
12. McCormick, K.A., & Jones, C.B. (1998). Is one taxonomy needed for health care vocabularies and classifications? *Online Journal of Issues in Nursing*. Na voljo na <http://www.nursingworld.org/ojin/tpc7-2.html>.
13. Mortensen, R.A. & Nielsen, G.H. (1996). *International Classification of Nursing Practice (ICNP) (Verzija 0.2)* Ženeva, Švica: Mednarodni svet medicinskih sester.
14. Mortensen, R.A., Mantas, J., Manuela, M., Sermeus, W., Nielsen, G.H., & McAvinue. (1994). Telematics for health care in the European Union. V S.J. Brobe, & E.S.P. Ployter-Wentig (Ured.). *Nursing Informatics: An International Overview for Nursing in a Technological Era* (str. 750–752). Amsterdam: Elsevier.
15. National Library of Medicine (1997, januar). *Unified medical Language Systems: UMLS Knowledge Sources 10th Edition*. Rockville, MD: NLM.
16. Nielsen, G.H. & Mortensen, R.A. (1996). The architecture for and International Classification for Nursing Practice (ICNP). *International Nursing Review*, 43, 175–182.
17. *Nursing Information & Data Set Evaluation center* (1997). NIDSEC: Standards and Scoring Guidelines. Washington, DC: American Nurses Association.
18. Omnibus Budget Reconciliation Act of 1987 (OBRA, 1987). *Homecare: Omnibus Budget Reconciliation Act of 1987*. Public Law 100–203. Washington, DC.
19. Ozbolt, K. Fruchtnicht, J.N., Hayden, J.R. (1994). Toward data standards for clinical nursing information. *Journal of the American Medical Informatics Association (JAMIA)*, 1, 175–185.
20. Parlocha, P.K. (1995) *Defining a Critical Path for Psychiatric Home Care patients with a diagnosis of Mayor Depressive Disorder* (doktorska disertacija). San Francisco, CA: University of California. San Francisco.
21. Parlocha, P.K., & Henry, S.B. (1998). The usefulness of the Georgetown Home Health Care Classification system for coding patient problems and nursing interventions in Psychiatric home care. *Computers in Nursing*, 16 (1), 45–52.
22. Saba, V.K. (1992a, marec). The classification of home health nursing diagnoses and interventions. *Caring*, 10 (3), 50–57.
23. Saba, V.K. (1992c, maj). Home health care classification. *Caring*, 10 (5), 58–60.
24. Saba, V.K., & Zuckerman, A.E. (1992, oktober). A new home health care classification method. *Caring*, 10 (10), 27–34.
25. Zielstorff, R.D., Cimino, C., Barnett, G.O., Hassan, L., & Blewett, D.R. (1993). The representation of nursing terminology in the UMLS meta-thesaurus: A pilot study. V M.E. Frisse (Ured.). Symposium on Computer Applications in Medical Care (392–396). New York: McGraw-Hill.
26. Zielstorff, R.D., Lang, N.M., Saba, V.K., McCormick, K.A., & Milholland, D.K. (1995). Toward a uniform language for nursing in the US: Work of the American Nurses Association Steering Committee on Databases to Support Clinical Nursing Practice. V R.A. Greenes, H.E. Peterson, & Protti, D.J. (Ured.). *MEDINFO '95 Proceedings* (1362–1366). Edmonton, Canada: Healthcare Computing & Communications Canada, Inc.
27. Zielstorff, R.D., Tronni, C., Basque, J., Griffin, L.R., Welebob, E.M. (1998). Mapping nursing diagnosis nomenclatures for coordinated care. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 30 (4), 369–373.
28. Zielstorff, R.D., Hudgings, C.I., & Grobe, S.J. (1993). *Next-Generation Nursing Information Systems: Essential Characteristics for Professional Practice*. Washington, DC: ANA.

Dodatek A

Celoten opis negovalnih diagnoz in intervencij zdravstvene nege HHCC z dvajsetimi komponentami zdravstvene nege in njihovimi definicijami je na voljo na Internetu. Naslov: <http://www.sabacare.com>

Klasifikacija zdravstvene nege na domu (HHCC) – komponente in kode

Razvila jih je dr. Virginia K. Saba s sodelavkami.

Tab. 4-1. *Klasifikacija zdravstvene nege na domu – dvajset komponent nege: abecedni indeks in kode.*

A	Komponenta aktivnosti,
B	Komponenta praznjenja črevesja,
C	Komponenta delovanja srca
D	Komponenta kognicije
E	Komponenta obvladovanja
F	Komponenta količine tekočin
G	Komponenta zdravstvena vedenja
H	Komponenta medikamentov
I	Komponenta metabolizma
J	Komponenta prehranjevanja
K	Komponenta fizične regulacije
L	Komponenta respiracije
M	Komponenta odnosov med vlogami
N	Komponenta varnosti
O	Komponenta samooskrbe
P	Komponenta samopodobe
Q	Komponenta čutov

R	Komponenta integritete kože
S	Komponenta perfuzije tkiva
T	Komponenta izločanja urina

Klasifikacija zdravstvene nege na domu (HHCC) – Negovalne diagnoze in pričakovani rezultati/cilji s strukturo za kodiranje

Struktura za kodiranje negovalnih diagnoz in pričakovanih rezultatov/ciljev v Klasifikaciji zdravstvene nege na domu (HHCC). Struktura za kodiranje je sestavljena iz petih črkovno-števnih znakov:

- Komponente zdravstvene nege na domu: prva črkovna koda A–T
- Glavna kategorija negovalnih diagnoz: druga/tretja številka: 01–05
- Podkategorija negovalnih diagnoz: četrta decimalna številka: 1–9
- Stanje ob odpustu/cilj: peta številka: 1–3 (uporabite samo enkrat) 1 = izboljšano, 2 = stabilizirano, 3 = poslabšano

Tab. 4-2. *Klasifikacija zdravstvenega varstva na domu – negovalne diagnoze in kodirna shema – petdeset glavnih kategorij in petindevetdeset podkategorij (prirejeno po NANDA: Taksonomija I: Popravljen 1990).*

Indeks	Koda/Komponenta
A	– Komponenta aktivnosti
01	Sprememba aktivnosti
01.1	Nesposobnost za aktivnost
01.2	Tveganje glede nesposobnosti za aktivnost
01.3	Pomanjkanje več aktivnosti
01.4	Utrujenost
01.5	Poslabšana fizična mobilnost
01.6	Motnje vzorca spanja
02	Mišično-skeletne spremembe
B	– Komponenta praznjenja črevesja
03	Spremembe pri praznjenju črevesja
03.1	Inkontinenca
03.2	Zaprtje
03.3	Driska
03.4	Zadržitev črevesja
03.5	Opaženo zaprtje
03.6	Nespecificirano zaprtje
04	Gastrointestinalne spremembe
C	– Komponenta delovanja srca
05	Spremembe kardialnega outputa
06	Kardiovaskularne spremembe
0.61	Spremembe krvnega tlaka
D	– Komponenta kognicije
07	Cerebralne spremembe
08	Pomanjkanje znanja
08.1	Pomanjkanje znanja o diagnostičnem testu
08.2	Pomanjkanje znanja prehranjevalnem režimu
08.3	Pomanjkanje znanja o bolezenskem procesu
08.4	Pomanjkanje znanja o količini tekočin
08.5	Pomanjkanje znanja o režimu medikacije
08.6	Pomanjkanje znanja o varnostnih ukrepih
08.7	Pomanjkanje znanja terapevtskem režimu
09	Spremembe procesa mišljenja

E	– Komponenta obvladovanja
10	Proces umiranja
11	Težave družine pri soočanju s smrtjo
11.1	Težavno soočanje s smrtjo
11.2	Nezmožnost soočanja s smrtjo
12	Težavno soočanje posameznika
12.1	Pomanjkljivo prilagajanje
12.2	Negotovost v zvezi z odločitvami
12.3	Obrambno obvladovanje
12.3	Zanikanje
13	Potravmatski odziv
13.1	Sindrom travme po posilstvu
14	Spremembe duhovnega stanja
14.1	Duhovna stiska
F	– Komponenta količine tekočin
15	Spremembe količine tekočin
15.1	Premajhna količina tekočin
15.2	Možnost premajhne količine tekočin
15.3	Prevelika količina tekočin
15.4	Možnost prevelike količine tekočin
G	– Komponenta zdravstvenega vedenja
16	Spremembe pri rasti in razvoju
17	Spremembe pri vzdrževanju zdravja
18	Spremembe pri vedenju v smeri zdravja
19	Spremembe pri vzdrževanju doma
20	Zavračanje
20.1	Zavračanje diagnostičnega testa
20.2	Zavračanje prehranjevalnega režima
20.3	Zavračanje količine tekočin
20.4	Zavračanje režima medikacije
20.5	Zavračanje varnostnih ukrepov
20.6	Zavračanje terapevtskega režima
H	– Komponenta medikacije
21	Tveganje pri medikaciji
21.1	Polifarmacija
I	– Komponenta metabolizma
22	Endokrine spremembe
23	Imunološke spremembe
23.1	Spremembe v zaščiti
J	– Komponenta prehranjevanja
24	Spremembe prehranjevanja
24.1	Pomanjkljivo prehranjevanje
24.2	Možnost pomanjkljivega prehranjevanja
24.3	Preobsežno prehranjevanje
24.4	Možnost prevelikega prehranjevanja
K	– Komponenta fizične regulacije
25	Sprememba fizične regulacije
25.1	Disrefleksija
25.2	Hipertermija
25.3	Hipotermija
25.4	Poslabšanje termoregulacije
25.5	Tveganje okužbe
25.6	Nespecificirana okužba
L	– Komponenta respiracije
26	Sprememba respiracije
26.1	Poslabšan pretok zračnih poti
26.2	Poslabšanje vzorca dihanja
26.3	Poslabšanje izmenjave plinov
M	– Komponenta odnosov med vlogami
27	Sprememba uspešnosti vlog
27.1	Konflikt starševskih vlog
27.2	Sprememba starševstva
27.3	Spolna disfunkcija

- 28 Poslabšanje komunikacije
 - 28.1 Poslabšanje govora
- 29 Sprememba družinskih procesov
- 30 Žalovanje
 - 30.1 Žalovanje vnaprej
 - 30.2 Nefunkcionalno žalovanje
- 31 Sprememba vzorcev spolnosti
- 32 Sprememba socializacije
 - 32.1 Sprememba socialne interakcije
 - 32.2 Socialna izolacija
- N – Komponenta varnosti
- 33 Tveganje poškodb
 - 33.1 Tveganje aspiracije
 - 33.2 Sindrom mirovanja
 - 33.3 Tveganje zastrupitve
 - 33.4 Tveganje zadušitve
 - 33.5 Tveganje poškodbe
 - 33.6 Tveganje nasilja
- O – Komponenta samooskrbe
- 35 Pomanjkljivo umivanje/higiena
- 36 Pomanjkljivo oblačenje/negovanje
- 37 Pomanjkljiva prehrana
 - 37.1 Poslabšano dojenje
 - 37.2 Poslabšano požiranje
- 38 Pomanjkljiva samooskrba
 - 38.1 Spremembe v dejavnostih vsakodnevnega življenja
 - 38.2 Spremembe v instrumentalnih dejavnostih vsakodnevnega življenja
- 39 Pomanjkljiva uporaba stranišča
- P – Komponenta samopodobe
- 40 Zaskrbljenost
- 41 Strah
- 42 Spremembe v osmišljanju življenja
 - 42.1 Obupanost
 - 42.2 Nebogljenost
- 43 Spremembe samopodobe
 - 43.1 Motnje telesne podobe
 - 43.2 Motnje osebne identitete
 - 43.3 Motnje kroničnega pomanjkanja samozavesti
 - 43.4 Motnje situacijske samozavesti
- Q – Komponenta čutov
- 44 Spremembe čutne zaznave
 - 44.1 Spremembe sluha
 - 44.2 Spremembe okušanja
 - 44.3 Kinestetične spremembe
 - 44.4 Spremembe vohanja
 - 44.5 Spremembe otipa
 - 44.6 Unilateralno zanemarjanje
 - 44.7 Spremembe vida
- 45 Spremembe udobja
 - 45.1 Akutna bolečina
 - 45.2 Kronična bolečina
 - 45.3 Nespecificirana bolečina
- R – Komponenta integritete kože
- 46 Spremembe integritete kože
 - 46.1 Poslabšanje ustne sluznice
 - 46.2 Poslabšanje integritete kože
 - 46.3 Tveganje poslabšanja kože
 - 46.4 Vrez kože
- 47 Periferne spremembe
- S – Komponenta perfuzije tkiva
- 48 Spremembe perfuzije tkiva

- T – Komponenta izločanja urina
- 49 Spremembe uriniranja
 - 49.1 Funkcionalna inkontinenca urina
 - 49.2 Refleksna inkontinenca urina
 - 49.3 Stresna inkontinenca urina
 - 49.4 Popolna inkontinenca urina
 - 49.5 Nagonska inkontinenca urina
 - 49.6 Retencija urina
- 50 Renalne spremembe

Klasifikacija zdravstvenega varstva na domu (HHCC) – Intervencije zdravstvene nege ter vrsta obravnave in struktura za kodiranje

Struktura za kodiranje za Klasifikacijo intervencij zdravstvene nege in vrste obravnave. Strukturo za kodiranje sestavljaj pet črkovno-števnih znakov:

- Komponenta zdravstvenega varstva na domu: prva črkovna koda A-T
- Glavna kategorija intervencije zdravstvene nege: druga/tretja številka: 01-06
- Podkategorija posega zdravstvene nege: četrta decimalna številka: 1-9
- Vrsta intervencije : peta številka: 1-4 (uporabite vse, ki pridejo v poštev) 1 = Oceniti, 2 = Negovati, 3 = Poučevati, 4 = Upravlјati

Tab. 4-3. *Klasifikacija zdravstvenega varstva na domu: intervencije zdravstvene nege in struktura za kodiranje – šestdeset glavnih kategorij in sto podkategorij (prirejeno po NANDA: Taksonomija I, popravljena 1990).*

Indeks	Koda/Komponenta
A –	Komponenta aktivnosti
01	Aktivnost zdravstvene nege
01.1	Kardialna rehabilitacija
01.2	Ohranjanje energije
02	Oskrba zlomov
02.1	Mavec
02.2	Imobilizacija
03	Terapija za gibljivost
03.1	Terapija hoje
03.2	Terapija s podporno napravo
03.3	Zdravstvena nega v zvezi z gibanjem
04	Nadzor vzorca spanja
05	Rehabilitacijska zdravstvena nega
05.1	Obseg gibanja
05.2	Rehabilitacijske vaje
B –	Komponenta praznjenja črevesja
06	Zdravstvena nega črevesja
06.1	Vadba črevesja
06.2	Odstranjevanje črevesne zapore
06.3	Enema
07	Ostium
07.1	Irigacija ostium
C –	Komponenta obvladovanja
12	Svetovalna služba
12.1	Podpora pri obvladovanju
12.2	Kontrola stresa
13	Čustvena podpora
13.1	Duhovna tolažba
14	Zdravstvena nega ob umiranju

- 14.1 Podpora ob izgubi bližnjega
14.2 Ukrepi ob umiranju/smrti
14.3 Organizacija pogreba
- F – Komponenta količine tekočin
15 Terapija tekočin
15.1 Status hidracije
15.2 Vnos/Iznos
- 16 Zdravstvena nega Infuzijskega sistema
16.1 Zdravstvena nega intravenskega katetra
16.2 Zdravstvena nega z venskim katetrom
- G – Komponenta zdravstvenega vedenja
17 Posebni programi v skupnosti
17.1 Dnevna zdravstvena nega odraslih
17.2 Hospic
17.3 Dostava kosil
17.4 Drugi posebni programi v skupnosti
- 18 Nega v zvezi z upoštevanjem
18. Upoštevanje diete
18. Upoštevanje količine tekočin
18. Upoštevanje medicinskega režima
18. Upoštevanje režima medikacij
18. Upoštevanje varnostnih ukrepov
18. Upoštevanje terapevtskega režima
- 19 Stik z medicinsko sestro
19.1 Pravice
19.2 Koordinacija zdravstvene nege
19.3 Poročilo zdravstvene nege o stanju
- 20 Stik z zdravnikom
20.1 Odredbe medicinskega režima
20.2 Zdravniško poročilo o stanju
- 21 Strokovne/Pomožne storitve
21.1 Storitve pomočnika zdravstvenega varstva
21.2 Storitve medicinskega socialnega delavca
21.3 Storitve medicinske sestre specialista
21.4 Storitve terapevta medicine dela
21.5 Storitve fizičnega terapevta
21.6 Storitve govornega terapevta
21.7 Druge pomožne storitve
21.8 druge strokovne storitve
- H – Komponenta medikacije
22 Kemoterapevtska zdravstvena nega
23 Dajanje injekcij
23.1 Injekcija inzulina
23.2 Injekcija vitamina B12
- 24 Dajane zdravil
24.1 Dejanja medikacije
24.2 Priprava medikacij
24.3 Stranski učinki medikacij
- 25 Zdravstvena nega radiacijske terapije
- I – Komponenta metabolizma
26 Zdravstvena nega alergijskih reakcij
27 Zdravstvena nega diabetikov
- J – Komponenta prehranjevanja
28 Zdravstvena nega z gastrostomijo/nazogastrično sondo
28.1 Gastrostomija/vstavljanje nazogastrične sonde
28.2 Gastrostomija/irigacija z nazogastrično sondo
- 29 Prehranjevalna zdravstvena nega
29.1 Peroralno/parenteralno prehrana
29.2 Tehnika hranjenja
29.3 Redna prehrana
29.4 Posebna prehrana – dieta
- K – Komponenta fizičnega uravnavanja
30 Nadzor okužb
30.1 Splošni varnostni ukrepi
- 31 Fizična zdravstvena nega
31.1 Anamneza
31.2 Promoviranje zdravja
31.3 Fizični pregled
31.4 Fizične meritve
- 32 Analiza vzorcev
32.1 Analiza vzorcev krvi
32.2 Temperatura
32.3 Utrip
32.4 Dihanje
- 34 Nadzorovanje telesne teže
- L – Komponenta dihanja
35 Zdravstvena nega s kisikovo terapijo
36 Zdravstvena nega dihal
36.1 Dihalne vaje
36.2 Fizioterapija prsi
36.3 Inhalacijska terapija
36.4 Nega z ventilatorjem
- 37 Zdravstvena nega s traheostomijo
- M – Komponenta odnosov med vlogami
38 Zdravstvena nega s komunikacijo
39 Psihosocialna analiza
39.1 Analiza položaja doma
39.2 Analiza medosebne dinamike
- N – Komponenta varnosti
40 Nadzor nad zlorabami
41 Zdravstvena nega nujnih primerov
42 Varnostni ukrepi
42.1 Varnost okolja
42.2 varnost opreme
42.3 Varnost posameznika
- O – Komponenta samooskrbe
43 Osebna nega
43.1 Aktivnosti vsakodnevnega življenja
43.2 Inštrumentalne aktivnosti vsakodnevnega življenja
- 44 Zdravstvena nega pacientov, ki so v postelji
44.1 Pozicijska terapija
- P – Komponenta samopodobe
45 Zdravstvena nega duševnega zdravja
45.1 Anamneza duševnega zdravja
45.2 Promocija duševnega zdravja
45.3 Presejanje duševnega zdravja
45.4 Zdravljenje duševnih motenj
- 46 Obvladovanje nasilja
- Q – Komponenta čutov
47 Nadzor nad bolečino
48 Zdravstvena nega za zagotavljanje udobja
49 Zdravstvena nega ušes
49.1 Zdravstvena nega s slušnimi pripomočki
49.2 Odsranjevanje ušesnega masla
- 50 Zdravstvena nega oči
50.1 Zdravstvena nega katarakte
- R – Komponenta integritete kože
51 Zdravstvena nega ležečega pacienta
51.1 Ležalna stopnja 1
51.2 Ležalna stopnja 2
51.3 Ležalna stopnja 3
51.4 Ležalna stopnja 4
- 52 Nadzor edeme

- 53 Zdravstvena nega ust
 - 53.1 Zdravstvena nega zobne proteze
 - 54 Zdravstvena nega kože
 - 54.1 Nadzor nad motnjami kože
 - 55 Zdravstvena nega ran
 - 55.1 Zdravstvena nega z odvodnim katetrom
 - 55.2 Previjanje
 - 55.3 Zdravstvena nega incizije
 - S – Komponenta perfuzije tkiva
 - 56 Zdravstvena nega stopal
 - 57 Perinealna zdravstvena nega
 - T – Komponenta urinskega katetra
 - 58 Zdravstvena nega mehurja
 - 58.1 Instilacija mehurja
 - 58.2 Vadba mehurja
 - 59 Dializna zdravstvena nega
 - 60 Zdravstvena nega pacienta z urinskim katetrom
 - 60.1 Vstavljanje urinskega katetra
 - 60.2 Irigacija urinskega katetra
-

Kontakt

Dr. Virginia K. Saba
Priznana znanstvenica
2332 South Queen Street
Arlington, VA 22202
Telefon: 703-521-6132
Telefaks: 703-521-3866
Elektronska pošta: saba@worldnet.att.net

Prevedel Primož Trobevšek