



ACENDIO 2002

SKUPNI JEZIK PRAKSE ZDRAVSTVENE NEGE

SISTEM OMAHA

THE OMAHA SYSTEM

Karen S. Martin, R.N., M.S.N., F.A.A.N.

Smoter:

To poglavje povzema razvoj, strukturo in vsebino, uporabo ter prihodnost sistema Omaha.

Ključne besede:

problemi pacientov; negovalne diagnoze; intervencije; rezultati; merila rezultatov; veljaven; zanesljiv; uporaben; avtomatizacija

Uvod

Sistem Omaha je na dognanjih zasnovana celostna klasifikacija, ki jo sestavljajo shema za klasifikacijo problemov, shema intervencij in lestvica ocenjevanja problemov za rezultate. Sistem Omaha se je začel razvijati leta 1970. V letih med 1975 in 1986 so člani Zveze patronažnih medicinskih sester (VNA) v Omahi izvedlo tri raziskovalne projekte, ki jih je financiral Oddelek za zdravstveno nego Ministrstva za zdravstvo ZDA. Namen raziskave je bil razviti in izboljšati sistem Omaha. V letih med 1989 in 1993 so potekale nadaljnje raziskave, ki so se lotile zanesljivosti, veljavnosti in uporabnosti; te raziskave so bile financirane iz sredstev, ki jih je zagotovil Nacionalni inštitut za raziskovanje v zdravstveni negi. V raziskovalnih projektih so dosledno uporabljali empirični pristop. Kliniki v praksi, ki jih je najela Zveza patronažnih medicinskih sester v Omahi, in osebje na sedmih različnih mestih iz ZDA, so zbirali osebne in družinske podatke pacientov, ki so jih oskrbovali oziroma negovali. V raziskavi so sodelovali številni drugi posamezniki in skupine kot člani svetovalnih odborov in svetovalci.

Sistem Omaha je zasnovan na dinamični, interaktivni naravi zdravstvene nege ali procesa reševanja problemov, odnosu med klinikom in pacientom ter na konceptih diagnostičnega sklepanja, klinične presoje ter izboljševanja kakovosti. Ker se sistem Omaha drži taksonomskih ali klasifikacijskih načel, ga sestavljajo izrazi in kode, ki so razvrščene od splošnih do specifičnih. Celoten sistem Omaha je bil že od začetka zamišljen kot čimbolj celosten in kratek, da bi ga tako lahko uporabljalo osebje različnih disciplin in raznovrstnih okolij ter da bi ga bilo mogoče avtomatizirati. Izrazi, ki so bili izbrani za vključitev, so bili enostavni, jasni, kratki in lahko razumljivi za izvajalce zdrav-

stvenega varstva in širšo javnost. Ti izrazi so ustrezni za paciente in družine vseh starosti, medicinskih diagnoz, socialnoekonomskih lastnosti, duhovnih prepričanj in kultur. Cilj projektnega osebja pri sistemu Omaha, testnih mest in virov financiranja je bil razviti klasifikacijo, ki bi zagotovila uporabno vodilo za prakso, metodo dokumentiranja in okvir za upravljanje z informacijami. Od začetka razvijanja sistema Omaha so v javni sferi obstajali izrazi, kode in definicije, tako da so enako dostopni praktikom, administratorjem, študentom, učnemu osebju visokih šol in drugim potencialnim uporabnikom.

V nadaljevanju predstavljam povzetek sistema Omaha.

Shema za klasifikacijo problemov

Urejena, odprta, vzajemno izključujoča se, na pacienta osredotočena klasifikacija področij, pri krojevalcev, problemov in znakov/simptomov, s katerimi imajo opravka medicinske sestre in drugi strokovnjaki zdravstvenega varstva. Štiri področja predstavljajo prioriteta mesta poklicnega delovanja in delovanja v zvezi z zdravjem pacientov. Vsak od štiridesetih problemov se lahko poveže s promocijo zdravja, zdravstvenim potencialom ali deficitom/poslabšanjem/dejanskim zdravstvenim stanjem, kot tudi s posameznikom ali družino. Dejanski problemi so opisani kot skupek znakov in simptomov. Kot odprt sistem izrazov in kod, se shema za klasifikacijo problemov uporablja kot celostna metoda za zbiranje, razvrščanje, klasificiranje, dokumentiranje in analiziranje podatkov o pacientih.

Področja in problemi sheme za klasifikacijo problemov

Področje I. – Okoljsko

Materialni viri, fizično okolje in snovi znotraj in zunaj pacienta, doma, soseske in širše skupnosti.

01. Prihodki
02. Skrb za zdravje
03. Prebivališče
04. Varnost v soseski/na delovnem mestu
05. Drugo

Področje II. – Psihosocialno

Vzorci vedenja, komunikacije, odnosov in razvoja.

06. Komunikacija z viri v skupnosti
07. Socialni stik
08. Sprememba vlog
09. Medosebni odnosi
10. Duhovnost
11. Žalovanje
12. Čustvena stanovitnost
13. Človeška spolnost
14. Varstvo/starševstvo
15. Zanemarjeni otrok/odrasla oseba
16. Zlorabljeni otrok/odrasla oseba
17. Rast in razvoj
18. Drugo

Področje III. – Fiziološko

Funkcionalni status procesov, ki vzdržujejo življenje.

19. Sluh
20. Vid
21. Govor in jezik
22. Zobovje
23. Kognicija
24. Bolečina
25. Zavest
26. Koža
27. Nevro-muskulo-skeletna funkcija
28. Respiracija
29. Cirkulacija
30. Prebava-hidracija
31. Črevesna funkcija
32. Genitourinarna funkcija
33. Ante partum/post partum
34. Drugo

Področje IV. – Z zdravjem povezana vedenja

Dejavnosti, ki vzdržujejo ali promovirajo dobrobit, spodbujajo okrevanje ali maksimirajo možnosti za okrevanje.

35. Prehrana
36. Spanje in vzorci počivanja
37. Fizična dejavnost
38. Osebna higiena
39. Uporaba substanc
40. Načrtovanje družine
41. Nadzor zdravstvenega varstva
42. Režim predpisanih medikacij
43. Tehnični postopek
44. Drugo

Kategorije in vmesni cilji sheme intervencij

I. Zdravstveno poučevanje, vodstvo in svetovanje

Dejavnosti, ki med drugim vključujejo dajanje informacij, predvidevanje problemov pacientov, spodbujanje dejanj in odgovornosti pacientov za samooskrbo in obvladovanje, pomoč pri odločanju ter reševanju problemov. Na kontinuumu prihaja do prekrivanja konceptov z variacijami zaradi klientovih zmožnosti, da se sam usmerja.

II. Obravnava in intervencije

Tehnične dejavnosti, ki so usmerjene v preprečevanje znakov in simptomov, identificiranje dejavnikov tveganja ter zgodnjih znakov in simptomov, zmanjševanje ali blaženje znakov in simptomov.

III. Management primera

Aktivnosti koordinacije, zagovorništva in napotitev. Vključuje zagotavljanje opravljanja storitev v imenu pacienta, komuniciranje z izvajalci zdravstvenega varstva in drugih storitev, promoviranje pacientovega samozavestnega komuniciranja ter usmerjanje pacienta pri uporabi ustreznih virov skupnosti.

IV. Nadzor

Aktivnosti odkrivanja, merjenja, kritične analize in spremljanja, ki pokažejo status pacienta v zvezi z določenim stanjem ali pojavom (gl. **Tab. 5-1**).

Tab. 5-1. Shema intervencij – Postavke kategorije IV. Nadzor.

01. Anatomija/fiziologija	33. Dajanje zdravil
02. Modifikacija vedenja	34. Priprava zdravil
03. Nega mehurja	35. Mobilnost/prenašanje
04. Povezovanje	36. Zdravstvena nega, dopolnilna
05. Nega črevesja	37. Prehrana
06. Bronhialna higiena	38. Nutricionist
07. Kardialna nega	39. Stomalna nega
08. Veščine	40. Drugi viri skupnosti
09. Nega z mavcem	42. Nameščanje
10. Komunikacija	43. Rehabilitacija
11. Veščine obvladovanja	44. Tehnike
12. Dnevna nega/nadomeščanje nege pacientovih domačih	45. Počitek/spanje
13. Disciplina	46. Varnost
14. Previjanje/nega ran	47. Presejanje
15. Trajna medicinska oprema	48. Nega pri boleznih/poškodbah
16. Izobraževanje	49. Znaki/simptomi – duševni/čustveni
17. Zaposlitev	50. Znaki/simptomi – fizični
18. Okolje	51. Nega kože
19. Telovadba	52. Socialno delo/svetovanje
20. Načrtovanje družine	53. Zbiranje vzorcev

21. Postopki hranjenja	54. Duhovna nega
22. Finance	55. Spodbuda/skrb za razvoj
23. Hrana	56. Obvladovanje stresa
24. Usposabljanje za hojo	57. Uporaba substanc
25. Rast/razvoj	58. Zaloge
26. Gospodinjstvo	59. Skupina za podporo
27. Stanovanje	60. Sistem podpore
28. Interakcija	61. Transport
29. Laboratorijski izvidi	62. Dobro počutje
30. Pravni sistem	63. Drugo
31. Medicinska/zobna nega	
32. Delovanje zdravil/stranski učinki	

Shema intervencij

Organiziran okvir, ki je namenjen reševanju specifičnih problemov pacienta ali negovalnih diagnoz ter ga sestavljajo tri ravni negovalnih dejanj ali aktivnosti. Štiri široke kategorije intervencij so dodatno razčlenjene po vmesnih ciljih ali po predmetih negovalnih dejanj in po za pacienta specifičnih informacijah, ki jih ustvari medicinska sestra ali drug strokovnjak. Ker je shema intervencij osnova za načrtovanje in izvajanje intervencij, strokovnjakom omogoča, da opišejo svojo prakso in te podatke posredujejo – izboljšanje ali obnavljanje zdravja, zmanjševanje poslabšanja ali preprečevanje bolezni.

Lestvica ocenjevanja problemov za rezultate

Lestvica ocenjevanja problemov za rezultate je lestvica Likertove vrste s petimi točkami za merjenje celotnega obsega intenzivnosti pri konceptih znanja, vedenja in statusa. Vsaka od treh podlestvic je kontinuum, ki zagotavlja ocenjevalni okvir za pregledovanje ocen za pacienta specifičnih problemov v rednih ali predvidljivih časovnih točkah. Med priporočene časovne točke sodijo: sprejem, specifične vmesne časovne točke in odpust. Ocene so vodilo za medicinsko sestro ali drugega strokovnjaka pri načrtovanju in zagotavljanju zdravstvene nege; ocene ponujajo metodo spremljanja napredka pri pacientu v času zagotavljanja storitev. Ko se lestvica ocenjevanja problemov za rezultate uporabi z drugima dvema shemama sistema Omaha, nastane celosten model za reševanje problemov.

Koncepti in ocene lestvice ocenjevanja problemov za rezultate (tab. 5-2)

Veliko veččin v zvezi z zdravstveno vzgojo, tehničnih veččin, veččin za upravljanje s primeri in komunikacijskih veččin, ki so potrebne v okolju prakse v skupnosti je podobnih tistim, ki so potrebne pri intenzivni zdravstveni negi in v rezidenčnih ustanovah za dolgoročno zdravstveno nego. Izzivi za klinike in administratorje se množijo, ker pri zagotavljanju zdravstvene nega varstva prihaja do premika od intenzivne zdrav-

stvene nege do zdravstvene nege v okoljih skupnosti, prevladuje tudi združevanje in filozofija kontinuiranega zdravstvenega varstva, obenem se zmanjšuje plačevanje in dolžina bivanja v ustanovah zdravstvenega varstva. Medicinske sestre in drugi izvajalci zdravstvene nega varstva morajo nujno razviti veščine, ki jim bodo omogočile, da funkcionirajo in/ali komunicirajo prek raznovrstnih okolij. Kliniki morajo biti kompetentni za ocenjevanje pacientov in za diagnoze, intervencije in merjenje rezultatov. Biti morajo kompetentni za zbiranje kliničnih podatkov, za dokumentiranje zdravstvene nege, za uporabo avtomatiziranih sistemov dokumentiranja na mestu zagotavljanja zdravstvene nege, preoblikovanje kliničnih podatkov v informacije ter posredovanje teh informacij drugim.

Ko se sistem Omaha uveljavi v praksi zdravstvene nege ali v izobraževalnih okoljih, postane model, ki lahko pomaga klinikom in administratorjem pri praksi, dokumentiranju in upravljanju z informacijami. Sistem se lahko uporabi za uvajanje novega osebja ali študentk v poklicno prakso s pomočjo standardiziranega, lahko razumljivega sistema problemov pacientov, intervencij in rezultatov pri pacientih. Za izkušeno osebje sistem Omaha ponuja serije namigov ali povratnih zank, ki opominjajo uporabnike o možnih problemih pacientov in intervencij ter o načinih za ovrednotenje učinka zagotovljene zdravstvene nege. Podatki, ki jih ustvari uporaba sistema Omaha v ročnih ali avtomatiziranih kartotekah pacientov, lahko klinikom, administratorjem in raziskovalcem zagotovijo bistvene informacije. Te klinične podatke se lahko spremeni v trende, ki se lahko uporabijo za izboljševanje prakse, omogočanje komunikacije, izdelovanje poročil, vključno s tistimi za plačnike tretje osebe, za doseganje zahtev v zvezi z akreditacijo, načrtovanje novih programov služb in za povezovanje z drugimi ne-kliničnimi informacijami v upravljalnem informacijskem sistemu službe. Povečan odstotek pacientov, za katere plačuje zdravstvena nega, ponazarja izzive, s katerimi se soočajo kliniki in administratorji. Podjetja za zdravstveno nego hočejo, da se pri njihovih stranka izboljša zdravje, prepreči bolezni in zmanjša obseg drage zdravstvene nege. Zato zdravstvena nega spreminja vrsto programov, ki jih ponujajo službe, spreminja se potreba po veljavnih in zanesljivih kliničnih podatkih ter vrsta pacientov, katerim služijo.

Sistem Omaha je obenem podoben in različen od drugih klasifikacijskih sistemov. Med razlike spadajo dolga zgodovina rasti in razvoja v okoljih prakse, enostavnost sistema, multidisciplinarna uporaba ter povečana in dosledna uporaba sistema s programsko opremo, ki je na voljo na trgu. Te lastnosti prispevajo k čedalje večji uporabi sistema Omaha v praksi, izobraževanju in raziskovanju doma in po svetu. Leta 2001 je potekala mednarodna konferenca v St. Paulu, Minnesota. Udeležilo se jo je več kot sto ljudi iz enaindvajsetih zveznih držav, Walesa, Nove Zelandije in Japonske. Podjetja za programsko opremo so

prikazala svoje rešitve za sistem Omaha. Naslednja konferenca bo leta 2003 v Milwaukeeju, Wisconsin. Oblikuje se spletna stran in »listserv« (spletno komunikacijsko orodje). Uvedeni so bili koraki za štetje uporabnikov in revizijo izrazov, kod in definicij. Popravki bodo vključeni v novo knjigo, ki predvidoma izide leta 2003.

Sistem Omaha je ena od dvanajstih klasifikacij, podatkovnih nizov in besednjakov, ki jih je potrdila Ameriška zveza medicinskih sester. Vključen je v metatezaver Nacionalne medicinske knjižnice, vključen pa bo tudi v SNOMED RT in HL7. Prihodnost sistema Omaha je svetla!

Viri

- American Nurses Association [na Internetu]. Recognized languages for nursing. 2001. Prenešeno s svetovnega spleta 9-14-01. Na voljo: www.nursingworlds.org/midsec/classst.htm
- Bowles KH (2000, april). Application of the Omaha System in acute care. *Research in Nursing and Health*, 23 (2), 93–105.
- Bowles KH (2000, april). Patient problems and nurse interventions during acute care and discharge planning. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 14 (3), 29–41.
- Clark J, Christensen J, Mooney G, Davies P, Edwards J, Fitchett L, Spowart B, Thomas P (2001, marec). New methods of documenting health visiting practice. *Community Practitioner*, 74 (3), 108–112.
- Doran K, Sampson B, Staus R, Ahern C, Schiro D (1997, januar). Clinical pathway across tertiary and community care after an interventional cardiology procedure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 11 (2), 1–14.
- Elfrink VL, Martin KS (1996, poletje). Educating for community nursing practice: Point of care technology. *Healthcare Information Management*, 10 (2), 81–89.
- Frenn M, Lundeen SP, Martin KS, Reisch SK, Wilson SA (1996, februar). Symposium on nursing centers: Past, present, and future. *Journal of Nursing Education*, 35 (2), 54–62.
- Jacobson JM, Eckstrom DL (1997, februar). Assessing homeless veterans using the Omaha assessment tool in a nontraditional home care setting. *Home Care Provider*, 2 (1), 22–27.
- Lowry LW, Martin KS (2000). Organizing frameworks applied to community health nursing. V M Stanhope, J Lancaster (ured.), *Community and Public Health Nursing* (peta izdaja) (str. 202–225). St. Louis: Mosby.
- Marek KD (1997, oktober/december). Measuring the effectiveness of nursing care. *Outcomes Management for Nursing Practice*, 1 (1), 8–13.
- Martin KS, Norris J, Leak GK (1999, januar/marec). Psychometric analysis of the Problem Rating Scale for Outcomes. *Outcomes Management for Nursing Practice*, 3, (1), 20–25.
- Martin KS, Gorski LA (1998, jesen). Managed care: Effects on home health providers and stroke survivors. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 5 (3), 11–24.
- Martin KS, Martin DL (1997). How can the quality of nursing practice be measured? V JC McCloskey, HK Grace (ured.), *Current Issues in Nursing* (peta izdaja) (str. 315–321) st. Louis: Mosby.
- Martin KS (1997). Nursing and outcomes measurement. V *Nursing and Patient Care Processes: Nursing Outcomes Measurement* (str. 17–34). Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.
- Martin KS, Scheet NJ (1992). *The Omaha System: Applications for Community Health Nursing in The Omaha System: A Pocket Guide for Community Health Nursing*. Philadelphia: Saunders.
- McGourthy RJ (1999, februar). Omaha and OASIS: A comparative study of outcomes in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Home Care Provider*, 4 (1), 21–25.
- Merrill AS, Hiebert V, Moran M, Weatherby F (1998, maj/junij). Curriculum restructuring using the practice-based Omaha System. *Nurse Educator*, 23 (3), 41–44.
- Monsen KA, Martin KS (v tisku). Developing an outcomes management program in a public health department. *Outcomes Management for Nursing Practice*.
- Naylor MD, Bowles KH, Brooten D (2000, marec/april). Patient problems and advanced practice nurse interventions during transitional care. *Public Health Nursing*, 17 (2), 94–102.
- Nightingale Tracker Field Test Nurse Team (1999, marec/april). Designing an information technology application for use in community-focused nursing education. *Computers in Nursing*, 17 (2), 73–81.
- Omaha System Website and Listserv. <http://con.ufl.edu/omaha>
- On-line Journal of Nursing Informatics, 3 (1). (1999, zima). 5 Omaha System articles. Na voljo: <http://cac.psu.edu-dxm12/ojni.html>
- Pearce K, Castleman J, Elfrink V (1999, junij). One nurse's experience with technology. *Home Healthcare Nurse*, 17 (6), 366–372.
- Plowfield LA, Raymond JE (2001, julij 30). Capturing nursing interventions and patient outcomes. *Advance for Nurses*, 3 (15), 21–22, 34.
- Resick LK (1999, avgust). Challenges in measuring outcomes in two community-based nurse-managed wellness clinics: The development of a chart auditing tool. *Home Health Care Management and Practice*, 11 (5), 52–59.
- Sampson BK, Doran KA. (1998, maj/junij). Health needs of coronary artery bypass graft surgery patients at discharge. *Dimensions in Critical Care Nursing*, 17 (3), 158–164.
- Slack MK, McEwen MM (1999, oktober). The impact of interdisciplinary case management on client outcomes. *Family and Community Health*, 22 (3), 30–48.
- Walker PH (1998, januar/marec). Costs of interdisciplinary practice in a school-based health center. *Outcomes Management for Nursing Practice*, 2 (1), 37–44.
- Wills EM, Sloan HL (1996, september). Assessing peripheral arterial disorders in the home. A multidisciplinary clinical guide. *Home Healthcare Nurse*, 14 (9), 669–682.

Kontakt

Karen S. Martin, magistrica zdravstvene nege, medicinska sestra prve ravni, članica Ameriške akademije za nevrologijo
2115 S. 130th St., Omaha NE 68144 USA
Telefon in telefaks: 402-333-1962 in 402-333-2091
Elektronska pošta: martinks@msn.com

Prevedel Primož Trobevšek