



De ICDH en de NANDA, NIC en NOC

Fokje Hellema
September 2002

Begripsdefinitie:

ICIDH:	International Classification of Functioning and Disability
NANDA:	North American Nursing Diagnosis Association
NIC:	Nursing Intervention Classification
NOC:	Nursing Outcomes Classification

Inleiding

Voor de beschrijving en uitbreiding van de verpleegkundige kennis is de laatste tien á twintig jaar veel aandacht besteed aan het standaardiseren van verpleegkundige terminologie op basis van de classificaties van de NANDA, NIC en NOC. Bij het verschijnen van de ICIDH binnen de horizon van de verpleegkundige beroepsgroep, ligt de vraag voor de hand wat deze voor haar kan betekenen. Om antwoord op deze vraag te geven zijn van september 2000 – september 2002 in een landelijk project de toepassingsmogelijkheden van de ICIDH in de verpleegkunde onderzocht. Deze notitie maakt daar onderdeel van uit. Korte uitleg van de classificaties;

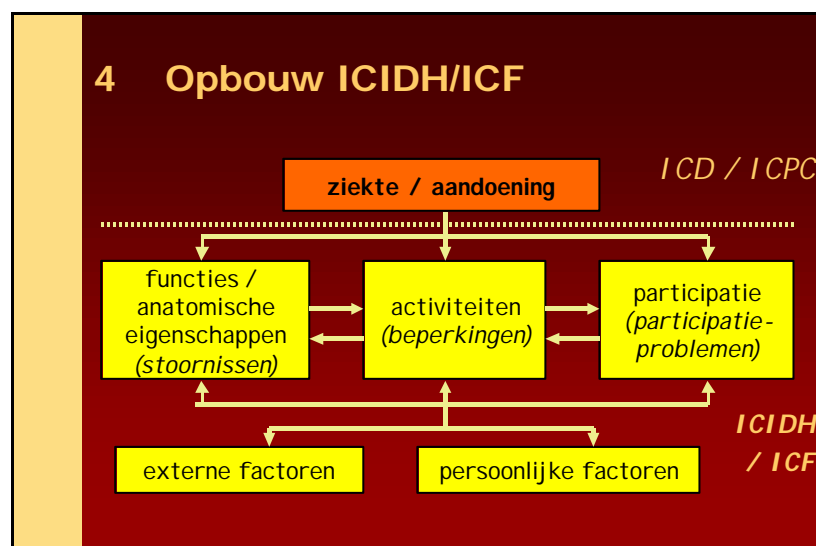
1. Samenvatting;
2. Ervaringen vanuit genoemd project en deelprojecten (volgt later).

1. Korte uitleg van de classificaties

1.1 *De internationale classificatie van het menselijk functioneren*

De ICIDH is een classificatie van het menselijk functioneren. De ICIDH ordent op systematische wijze aspecten van de functionele gezondheidstoestand van de mens, die verband houden met gezondheidsproblemen. De classificatie bevat de termen, die nodig zijn voor het beschrijven van de gezondheidstoestand van de mens op drie verschillende dimensies: de dimensie van het menselijk organisme, de dimensie van het menselijk handelen en de dimensie van deelname aan het maatschappelijk leven. 'Het menselijk functioneren' is uitgangspunt geweest voor de drie dimensies. De ICIDH kan gezien worden als een raamwerk van begrippen, een woordenboek, ten behoeve van het verzamelen van gegevens over het functioneren van de patiënt.

Figuur ICIDH/ICF (dr. Yvonne Heerkens in AMC, jan. 2002)



Het grote belang van de ICIDH (ICF) is de gemeenschappelijke taal voor het beschrijven van de functionele gezondheidstoestand van een patiënt door meerdere disciplines in de

gezondheidszorg. Doel van de ICDH is een bijdrage te leveren aan eenduidig taalgebruik en communicatie op interdisciplinair en internationaal niveau. Daarnaast is het mogelijk gegevens in de tijd en uit verschillende landen, vakgebieden en sectoren met elkaar te vergelijken en bevat een systematisch codestelsel voor digitale informatiesystemen in de gezondheidszorg. De ICDH (ICF) is een betekenisvol en praktisch systeem dat bruikbaar is voor ontwikkelaars van gezondheidsbeleid, kwaliteitsbewaking en evaluatie van resultaten.

Toepassingen van de ICDH zijn bijvoorbeeld:

- Een basis voor het verzamelen en vastleggen van gegevens ten behoeve van het opstellen van statistieken;
- Een basis voor het ontwikkelen van onderzoeksinstrumenten;
- Een basis voor het ontwikkelen van klinische instrumenten;
- Een basis voor het ontwikkelen van instrumenten voor sociaal beleid;
- Een basis voor het ontwikkelen van onderwijsinstrumenten.

De ICDH levert als het ware de bouwstenen voor gebruikers om verschillende aspecten van het proces van het menselijk functioneren te bestuderen. Het is in zijn huidige vorm niet geschikt om direct te gebruiken in de patiëntenzorg. In het landelijk project 'Toepassingen van de ICDH in de verpleegkunde' worden op basis van de ICDH instrumenten, anamneses, standaard verpleegplannen, verpleegkundige diagnoses en zorgpaden ontwikkeld, zowel monodisciplinair als multidisciplinair.

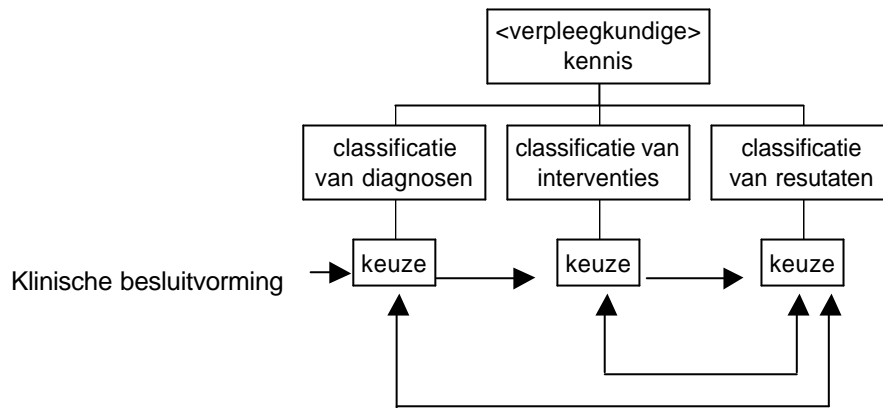
Eind 2001 is de herziening van de ICDH-2 gereed gekomen. De ICDH wordt voortaan ICF genoemd, de International Classification of Human Functioning. Deze bevat een aantal inhoudelijke verbeteringen, maar er zijn geen principiële veranderingen t.o.v. de ICDH.

1.2 Verpleegkundige diagnoses, interventies en resultaten

Inleiding

De NANDA, de NIC en de NOC zijn classificaties van verpleegkundige verschijnselen: diagnoses, interventies en zorgresultaten. Ter verduidelijking van het verband tussen deze drie classificaties wordt het *verpleegkundig kennis- en besluitvormingsmodel* van McClosky & Bulechek genoemd, waarin deze drie groepen gegevens als volgt worden geordend.

De relatie tussen classificaties van verpleegkundige kennis en de klinische besluitvorming (uit: McClosky, Bulecheck, 1997)



Dit model visualiseert het ontstaan van de drie groepen verschijnselen: via een proces van klinisch redeneren worden diagnoses, interventies en zorgresultaten als verpleegkundige verschijnselen geïdentificeerd, gedefinieerd, gestandaardiseerd en geklasseerd. Hierdoor wordt specifiek verpleegkundige kennis *eenduidig* benoemd en worden voorwaarden geschapen voor verdere ontwikkeling en stabilisering van verpleegkundige kennis. Dit besluitvormingsmodel verheldert zowel de plaats van het klinisch besluitvormingsproces (klinisch redeneren) binnen de classificaties van diagnoses, interventies en zorgresultaten als de relatie tussen diagnoses, interventies en zorgresultaten (van der Bruggen, 1998).

1.3 De North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)

De NANDA classificeert de labels van de diagnoses. Verpleegkundige diagnoses zijn samengesteld uit een label of naam (P), een definitie, samenhangende factoren of oorzaken (E) en de belangrijkste bepalende kenmerken(S). Deze elementen vormen tezamen de PES-structuur.

Voorbeeld (overgenomen uit: NANDA, verpleegkundige diagnoses. Definities en classificatie 1997-1998. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, 1997)

Label:	Beslisconflict
Definitie:	Onzekerheid over de te kiezen handelwijze wanneer de keus risico's nadelige effecten of beproevingen met zich mee brengt.
Oorzakelijk factoren:	<ul style="list-style-type: none">• onduidelijke persoonlijke waarden/opvattingen• subjectief ervaren bedreiging van het waardesysteem• gebrek aan ervaring met of ingrijpen bij het nemen van beslissingen• gebrek aan relevante informatie;• mantelzorgtekort• verschillende of tegenstrijdige informatiebronnen.
Bepalende Kenmerken	
Primair:	<ul style="list-style-type: none">• verwoorde onzekerheid over keuzen• verwoording van ongewenste gevolgen van overwogen alternatieve acties;• weifeling bij keuze tussen alternatieven;• trage besluitvorming.
Secundair	<ul style="list-style-type: none">• verwoorde bezorgdheid bij de poging tot een besluit te komen;• op zichzelf gericht zijn;• lichamelijke verschijnselen van bezorgdheid of stress;• twijfel aan persoonlijke waarden en opvattingen bij de poging tot een besluit te komen

Elke twee jaar houdt de North American Nursing Diagnosis Association in de VS een conferentie voor het vaststellen van nieuwe verpleegkundige diagnoses. Het jaar waarin de diagnose door de algemene vergadering is geaccepteerd staat achter de diagnose vermeld. In 2002 wordt in plaats daarvan een gecombineerde conferentie gehouden van de NANDA, NIC en NOC onder het motto ' *Working Together for Quality Nursing Care. Together we can continue to influence language development globally and guide advances in practice, education and research*' (uit de aanmeldingsfolder).

De NANDA is dus een organisatie, die de ontwikkeling, vaststelling en herziening van verpleegkundige diagnoses beheert. De organisatie heeft een hoofdbestuur en verschillende commissies, waaronder het *diagnosis review committee*, dat de verdere ontwikkeling van verpleegkundige diagnoses behartigt. Voor het indienen van verpleegkundige diagnoses zijn voorschriften en criteria voor plaatsing ontwikkeld en de verschillende ontwikkelingsstadia van verpleegkundige diagnoses worden beschreven.

De verpleegkundige diagnoses zijn geordend in de classificatie van de NANDA. De taxonomie omvat vier abstractieniveaus. In volgorde van het hoogste naar het laagste abstractieniveau zijn dit de domeinen, klassen, diagnostische concepten en diagnoses. De tweede, herziene taxonomie is onlangs verschenen en ziet er als volgt uit.

Taxonomie II: domeinen, klassen, diagnostische concepten, diagnosen

Domeinen: (uit: NANDA, Nursing diagnoses: definitions and classification 2001-2001, North American Nursng Diagnoses Association, Philadelphia)

Domein 1: gezondheidsbevordering
Domein 2: voeding
Domein 3: uitscheiding
Domein 4: activiteit/rust
Domein 5: perceptie/cognitie
Domein 6: zelfperceptie
Domein 7: rol en relatie
Domein 8: seksualiteit
Domein 9: coping en stresstolerantie
Domein 10: waarden en normen
Domein 11: veiligheid en bescherming
Domein 12: comfort/welbevinden
Domein 13: groei en ontwikkeling

Voorbeeld van de vier abstractieniveaus van de taxonomie

Niveau I: domein 12:	comfort/welbevinden
Niveau II: klasse:	lichamelijk comfort
Niveau III:diagnostisch concept:	pijn
Niveau IV:diagnosen:	acute pijn, chronische pijn

1.4 Nursing Intervention Classification (NIC)

De NIC classificeert 'elke behandeling die een verpleegkundige op grond van haar deskundig oordeel en klinische kennis uitvoert ten behoeve van een patiënt. Een verpleegkundige interventie kan de directe of indirecte zorg betreffen, een autonoom verpleegkundige behandeling, een gedelegeerde medische behandeling of een door andere zorgverleners voorgeschreven behandeling' (McClosky & Bulechek, 1997). Een interventie bestaat uit een label of naam, een definitie en een overzicht van activiteiten die een verpleegkundige uitvoert. Niet alle activiteiten behoeven uitgevoerd te worden, de verpleegkundige beslist op basis van deskundigheid en betreffende patiënt welke acties relevant zijn. De NIC omvat 433 interventies.

Voorbeeld uit de nursing intervention classification' (McClosky & Bulechek, 1997)

Interventie: Zorg bij bedrust 0740

Definitie: bevorderen van het comfort en de veiligheid en voorkomen van complicaties bij de patiënt die bedrust moet houden

Activiteiten:

- Leg de patiënt uit waarom hij bedrust moet houden.
- Help de patiënt op een geschikte therapeutische matras/bed.
- Help de patiënt in een goede houding
- Gebruik geen ruw beddengoed.
- Zorg voor schoon en droog beddengoed en voorkom plooiën in het linnengoed.
- Zet een voetensteun op het bed.
- Maak gebruik van beschermende hulpmiddelen (bijvoorbeeld hielbescherming).
- Gebruik hulpmiddelen om contracturen te voorkomen.
- Breng zonodig zijhekkens aan.
- Zorg ervoor dat de patiënt de bedschakelaar binnen handbereik heeft.
- Zorg ervoor dat de patiënt de bel binnen handbereik heeft.
- Plaats het nachtkastje zo dat de patiënt er gemakkelijk bij kan.
- Installeer zonodig een papegaaï.
- Draai de patiënt al naar gelang de huidconditie.
- Pas bij de immobiele patiënt ten minste om de twee uur wisselgigging toe volgens een specifiek schema.
- Controleer geregeld de conditie van de huid.
- Leer de patiënt zonodig oefeningen die hij in bed kan doen.
- Help de patiënt zonodig bij geringe houdingsveranderingen.
- Help de patiënt zonodig bij passieve en/of actieve bewegingsoefeningen.
- Help de patiënt met hygiënische verzorging.
- Help de patiënt met de activiteiten van het dagelijks leven.
- Help de patiënt zonodig elastische kousen aan te trekken.
- Controleer op obstipatie.
- Bewaak de nier- en blaasfunctie.
- Bewaak de ademhaling.

Voorbeeld uit 'Nursing Intervention Classification' (McClosky & Bulechek, 1997)

Interventie: Ondersteuning bij de besluitvorming 5250

Definitie: informatie verstrekken aan en ondersteunen van de patiënt die een besluit moet nemen over de zorg/behandeling

Activiteiten:

- Ga na of er verschillen zijn tussen de wijze waarop de patiënt zijn toestand ziet en de mening van de zorgverleners.
- Bespreek alternatieve standpunten en oplossingen met de patiënt.
- Help de patiënt de voor- en nadelen van elke optie op een rij te zetten.
- Zorg vanaf het begin van de opname voor een goede communicatie met de patiënt.
- Help de patiënt zorgdoelen te formuleren.
- Vraag de patiënt indien van toepassing de nodige uitleg om toestemming voor de behandeling.
- Moedig een gezamenlijke besluitvorming aan.
- Zorg ervoor dat u goed op de hoogte bent van de beleidslijnen en procedures van de instelling.
- Respecteer het recht van de patiënt om informatie al dan niet te ontvangen.
- Verstrek de informatie waar de patiënt om vraagt.
- Help de patiënt zonodig zijn beslissingen aan anderen uit te leggen.
- Treed op als bemiddelaar tussen de patiënt en zijn familie.
- Treed op als bemiddelaar tussen de patiënt en andere zorgverleners.
- Verwijs de patiënt zonodig door voor rechtsbijstand.
- Verwijs de patiënt zonodig door naar een lotgenoten- of zelfhulpgroep.

De NIC bevat een gemakkelijk te gebruiken ordeningsstructuur met domeinen, klassen, interventies en activiteiten. De taxonomie is gevalideerd en gecodeerd; alle interventies hebben een plaats gekregen, overeenkomstig hun relatie met gelijksoortige interventies. De taxonomie helpt de verpleegkundige een interventie te vinden en te kiezen en biedt een mogelijke structuur voor leerplanontwikkeling. De cijfercodes maken automatisering van de NIC mogelijk. De NIC interventies zijn gecategoriseerd in een taxonomie, die drie niveaus omvat. Op het

meest abstracte niveau worden zes domeinen onderscheiden (genummerd van 1 tot 6). Elk domein wordt onderverdeeld in klassen (in totaal 27, gecodeerd met de letters van het alfabet). Elke klasse vormt een groep gerelateerde interventies (met een viercijferige code), die het derde niveau van de taxonomie vertegenwoordigen. In de taxonomie worden alleen de interventielabels genoemd. De uitwerking van de interventie bevat de definitie en activiteiten. Alle interventies zijn van cijfercodes voorzien ten behoeve van automatiseringsdoeleinden.

NIC-taxonomie

De zes domeinen	
Domein 1:	elementair fysiologische functies
Domein 2:	complex fysiologische functies
Domein 3:	gedrag
Domein 4:	veiligheid
Domein 5:	gezin en familie
Domein 6:	gezondheidszorgstelsel

Voorbeeld van de taxonomie in de vier niveaus

Niveau 1: Domeinen	Domein 1: Elementair fysiologische functies gericht op de ondersteuning van de functionele gezondheidstoestand
Niveau 2: Klassen	Klasse C: zorg bij immobiliteit Interventies gericht op bewegingsbeperking en de zorg voor de gevolgen hiervan:
Niveau 3: Interventies	Interventies: - Fixeren - Positionering - Positionering: rolstoel - Spalken - Vervoer - Verzorging van een gipsverband: droog - Verzorging van een gipsverband: nat - Zorg bij bedrust - Zorg bij tractie/immobilisatie
Niveau 4: Acties	Acties bij zorg bij bedrust: o.a. - Leg patient uit waarom hij bedrust moet houden - Help patient in een goede houding - Controleer geregeld conditie van de huid - Enz.

De taxonomie is theorieneutraal: de interventies kunnen binnen elk theoretisch kader en werkveld worden toegepast. Ook kunnen de interventies goed samen met andere diagnostische classificaties worden gebruikt, zoals de NANDA, ICD of DSM. (N.B. De ICDH wordt hier niet genoemd)

Er is een koppeling gemaakt tussen de NIC interventies en de NANDA diagnoses. Het kan handig zijn om vanuit een bepaalde verpleegkundige diagnose aanwijzingen te krijgen voor mogelijke interventies. Daarnaast worden suggesties gegeven voor zorgresultaten (koppeling van de NIC en de NOC).

Het belang van het gebruik van de NIC komt in het volgende tot uitdrukking:

- Door de schriftelijke verslaglegging in standaardterminologie kan de effectiviteit van de zorg tussen verschillende verpleegkundigen en in verschillende werkvelden beoordeeld en vergeleken worden;
- Het gebruik van gestandaardiseerde terminologie helpt de essentie van verplegen duidelijk te maken aan anderen;
- de zorg te verbeteren door onderzoek;
- Het levert een bijdrage aan de verpleegkundige kennisontwikkeling;
- Het levert een bijdrage aan het verkrijgen van meer invloed in de beleidsvorming in de

Samenvatting

Sinds 1987 heeft een groot onderzoeksteam van de University of Iowa een gestandaardiseerde terminologie voor verpleegkundige behandelingen (de NIC) geconstrueerd, gevalideerd en geïmplementeerd. Via een inductieve benadering zijn de interventies ontstaan, op basis van brononderzoek uit de bestaande praktijk. Vervolgens was er een ordenende structuur nodig. In het (huidige) veldonderzoek wordt de relatie tussen diagnoses, interventies en zorgresultaten onderzocht. Wanneer verpleegkundigen beter in staat zijn het verband te leggen tussen diagnoses, interventies en zorgresultaten, zullen ook de beschrijvende theorieën van de verpleegkundige beroepspraktijk zich verder ontwikkelen.

Op dezelfde universiteit is de NOC ontwikkeld, de classificatie van zorgresultaten, met medewerking van veel leden van het NIC-team.

1.5 Verpleegkundige zorgresultaten of Nursing Outcomes Classification (NOC)

De NOC is een classificatie van zorgresultaten. Verpleegkundige zorgresultaten beschrijven de toestand, gedragingen, opvattingen of belevingen van een patiënt die het gevolg zijn van verpleegkundige interventies. Een zorgresultaat bestaat uit een label of begrip, een definitie, een lijst van indicatoren waaraan de toestand van de patiënt kan worden getoetst en een schaal waarop deze toetsing gescoord kan worden.

Donabedian omschrijft zorgresultaten als volgt: 'Zorgresultaten zijn de gunstige of ongunstige veranderingen in de feitelijke of potentiële gezondheidstoestand van personen, groepen of gemeenschappen die kunnen worden toegeschreven aan de eerder of gelijktijdig verleende zorg'

De definitie van een verpleegkundig zorgresultaat is:

Een variabele en meetbare toestand, gedragingen of opvattingen van de patiënt of de mantelzorgverlener die in belangrijke mate ontvankelijk is voor en beïnvloed is door een verpleegkundige interventie. Een verpleegkundig zorgresultaat is een begrip op conceptueel niveau. Het zorgresultaat wordt gemeten aan de hand van een reeks meer specifieke indicatoren. Het beschrijft de algemene toestand, gedragingen of opvattingen van een patiënt die voortvloeit uit een verpleegkundige interventie.

Er is geen sprake van zorgresultaten wanneer:

- Een gezondheidstoestand van de patiënt wordt beoordeeld, zonder dat er een interventie op volgt;

Verder dient een verpleegkundig zorgresultaat onderscheiden te worden van:

- Een verpleegkundige anamnese, deze levert informatie op, die nodig is om feitelijke en dreigende gevolgen van gezondheidsproblemen te onderkennen en verpleegkundige diagnoses te stellen, interventies en zorgresultaten te selecteren.
- Een verpleegkundige diagnose, deze beschrijft de toestand van de patiënt die minder positief is dan wenselijk en dient te worden verbeterd.
- Verpleegdoelen, die vooraf gesteld worden, deze worden dan ook beoogde zorgdoelen genoemd. Zorgresultaten zijn *neutrale* concepten die de *feitelijke toestand* van de patiënt weergeven, *niet de gewenste toestand!* Er kunnen wel doelen worden geformuleerd met behulp van en in de vorm van zorgresultaten, door de gewenste toestand op de beoordelingsschaal aan te wijzen.
- Een verpleegkundige interventie, deze beschrijft de gedragingen van verpleegkundigen;

Een zorgresultaat beschrijft dus de toestand van de patiënt *die volgt op* een interventie en waarschijnlijk onder invloed daarvan tot stand is gekomen.

Een verpleegkundig zorgresultaat is opgebouwd uit de volgende componenten: een resultaatlabel, een definitie, resultaatindicatoren (of kortweg indicatoren) en een beoordelingsschaal.

Voorbeeld verpleegkundig zorgresultaat (Johnson, Maas, 1999)

Label: Mobiliteitsniveau						
Definitie: vermogen om doelbewust te bewegen						
Indicatoren:						
Evenwicht		1	2	3	4	5
Lichaamspositionering		1	2	3	4	5
Spierbeweging	1	2	3	4	5	
Gewrichtsbewegelijkheid	1	2	3	4	5	
Verplaatsingsvermogen	1	2	3	4	5	
Ambulatie: lopen	1	2	3	4	5	
Ambulatie: rolstoel	1	2	3	4	5	
Overige (specificeer)		1	2	3	4	5
Totaal:		1	2	3	4	5

1= afhankelijk, kan niet meewerken, 2=behoeft ondersteuning van een zorgverlener en een hulpmiddel, 3= behoeft hulp van een zorgverlener, 4= zelfstandig met hulpmiddel, 5= volkomen zelfstandig.

Het label bestaat uit een concept, dat op een continuüm variërend van een negatieve toestand tot een positieve toestand kan worden gemeten. De zorgresultaten zijn geformuleerd in termen die doorgaans door verpleegkundigen worden gebruikt en die gebruikelijk zijn in de verpleegkundige literatuur. De concepten zijn *neutraal* geformuleerd, in plaats van decubitus is bijvoorbeeld als zorgresultaat 'weefselconditie: huid en slijmvliezen' gesteld. Er zijn echter ook enkele labels die een ongewenste toestand weergeven, omdat deze als zodanig ingeburgerd zijn en niet adequaat in neutrale termen kunnen worden gesteld, bijvoorbeeld pijn en infectie.

Met de indicatoren worden de specifieke toestanden van patiënten aangeduid die kunnen variëren, kunnen worden vergeleken met een uitgangswaarde, het meest ontvankelijk zijn voor verpleegkundige interventies en waarvoor meetprocedures kunnen worden samengesteld. Het zorgresultaat wordt gemeten met behulp van de indicatoren.

De meeste zorgresultaten worden niet door één enkele discipline bewerkstelligd. Ook niet de resultaten van de medische zorg. Zo leveren de arts, de verpleegkundige en de fysiotherapeut op verschillende momenten in de zorg elk een bijdrage tot het zorgresultaat *mobiliteit*. Zo kan de fysiotherapeut gebruik maken van indicatoren die betrekking hebben op de vorderingen in het gebruik van hulpmiddelen. De specifieke indicatoren van zorgresultaten zijn slechts te beïnvloeden door de interventies van een bepaalde discipline. Bij de ontwikkeling van verpleegkundige zorgresultaten is dan ook nagegaan, welke indicatoren het meest ontvankelijk zijn voor verpleegkundige interventies.

Om variabele toestanden te kunnen weergeven bij de patiënt, zijn beoordelingsschalen ontworpen met een vijfpunts Likert-schaal, met aan het ene uiteinde een negatieve toestand en aan het andere een positieve toestand. Het vijfde punt geeft de meest wenselijke toestand weer. De classificatie bevat 16 beoordelingsschalen (bijvoorbeeld: ernstig verstoord – niet verstoord, ernstig afwijkend – niet afwijkend, afhankelijk – zelfstandig). Deze zijn in pilotstudies en veldonderzoek gebruikt, maar dienen nog te worden getoetst op betrouwbaarheid en validiteit. Zo is het bijvoorbeeld van belang te weten in hoeverre elke indicator noodzakelijk is voor het vaststellen van het zorgresultaat.

Criteria voor indicatoren zijn, dat ze kwantificeerbaar zijn en psychometrisch deugdelijk, zodat bruikbare, geautomatiseerde gegevensbestanden kunnen ontstaan, die geschikt zijn voor het beoordelen van de doelmatigheid en doeltreffendheid van de verpleegkundige interventies.

Er zijn 190 zorgresultaten ontwikkeld, met definities, indicatoren en beoordelingsschalen. Dit zijn nog niet alle mogelijke resultaten die van belang kunnen zijn in de verpleging.

Het gebruik van verpleegkundige zorgresultaten in de verpleegkundige praktijk

Het verpleegplan

Een verpleegkundig zorgresultaat is de toestand van een patiënt die voortvloeit uit een verpleegkundige interventie op basis van een verpleegkundige diagnose. Er is een koppeling gemaakt van de NANDA verpleegkundige diagnosen met mogelijke zorgresultaten. Het is echter aan het oordeel van de verantwoordelijke verpleegkundige, welk zorgresultaat wordt geselecteerd voor de betreffende patiënt. Of aan het collectieve oordeel van de zorgverleners bij het ontwerpen van een zorgpad voor een bepaalde patientenpopulatie. Wanneer de zorgresultaten meer algemeen (en abstract) van aard zijn, zijn ze niet noodzakelijkerwijs gekoppeld aan een specifieke diagnose, bijvoorbeeld het zorgresultaat *kwaliteit van leven* is niet aan één specifieke diagnose voorbehouden.

Het resultaatlabel en de definitie zijn de gestandaardiseerde onderdelen van het zorgresultaat, deze formulering dient gehandhaafd te blijven. De beoordelingsschaal wordt nog op betrouwbaarheid en validiteit getoetst. De formulering van de indicatoren dienen zoveel

mogelijk gestandaardiseerd te blijven. Het kan echter wenselijk zijn in bepaalde situaties andere relevante indicatoren aan de lijst toe te voegen of bepaalde indicatoren nader te specificeren. Naarmate verpleegkundigen meer ervaring opdoen met het gebruik van zorgresultaten, en meer bekend raken met de indicatoren, is het waarschijnlijk niet meer nodig te scoren op de afzonderlijke indicatoren, omdat dan bij het beoordelen van het zorgresultaat men rekening houdt met alle relevante indicatoren (expert verpleegkundige). Het bepalen van de score hangt samen met het type indicator. Ieder type indicator geeft aanwijzingen voor de wijze van gegevens verzamelen: observatie, lichamelijk onderzoek of gericht vragen stellen aan de patiënt naar ervaringen, bevindingen en/of opvattingen.

Het tijdstip van meten

Het meest geschikte moment om een zorgresultaat te meten, is afhankelijk van het zorgresultaat: sommige reageren snel op interventies, andere komen pas na langere tijd tot stand. Bijvoorbeeld: het resultaat van gezondheidsbevordering zal waarschijnlijk na langere tijd merkbaar zijn, terwijl interventies om de voedselinname te verbeteren al direct resultaat kunnen hebben. In ieder geval dient het zorgresultaat bij aanvang en bij beëindiging van de zorg te worden bepaald. Bij aanvang om de uitgangswaarde te bepalen, bij beëindiging om het resultaat bij ontslag of overdracht van zorg te bepalen. Het tijdstip van meting dient te worden genoteerd.

Er dient tevens een meetmoment te worden bepaald dat snel genoeg na de interventie komt om redelijkerwijs vast te stellen dat de verandering een gevolg is van de interventie, maar dat er ook voldoende tijd is verstreken om een meetbare verandering te kunnen laten optreden. Dit moment wordt door de verantwoordelijke verpleegkundige bepaald, op grond van haar klinisch oordeel. In de geneeskunde is men zich steeds meer gaan richten op *tussentijdse resultaten*. De indicatoren kunnen dienen voor het meten van tussentijdse resultaten. Van belang is dat het gehele concept van de verpleegkundige zorgresultaten (=label + aantal indicatoren) *herhaaldelijk* worden gemeten. De timing en de periode ertussen zijn van groot belang.

Gebruik van beoordelingsschalen

Door de vijfpunts Likert schaal ontstaat een continuüm, waarop de verpleegkundige de toestand kan aangeven en de vorderingen of achteruitgang (of anders) kan volgen en daarop de interventies kan bijstellen en aanpassen. Voor specifieke aandoeningen, interventies en verwachte zorgresultaten dienen deze aspecten nog te worden bepaald.

De zorgresultaten zijn geschikt voor alle verpleegsituaties. Sommige indicatoren zijn echter in de ene setting meer van toepassing dan in een andere.

Het gebruik van de NOC in verpleegkundig onderzoek, verpleegkundig onderwijs en beleid wordt hier niet nader uitgewerkt.

Taxonomie van Verpleegkundige Zorgresultaten

De voorlopige taxonomie bestaat uit vier niveaus van abstractie:

• Niveau 1:	domeinen van zorgresultaten,
• Niveau 2:	klassen van zorgresultaten, ieder domein bevat een aantal groepen zorgresultaten.
• Niveau 3:	resultaatlabel,
• Niveau 4:	resultaatindicatoren en meetschalen.

Voorbeeld uit de taxonomie

Niveau 1: domein:	Functionele gezondheid				
Niveau 2: klasse:	Mobiliteit				
Niveau 3: label:	Mobiliteitsniveau				
Niveau 4: indicatoren en meetschaal:	Ambulatie: lopen	1	2	3	4

Er zijn 6 domeinen geïdentificeerd en vastgesteld

I	functionele gezondheid
II	fysiologische gezondheid,
III	psychosociale gezondheid,
IV	gezondheid: kennis en gedrag,
V	waarneembare gezondheid,
VI	gezondheid: gezin en familie

Samenvatting

In bovenstaande wordt niet ingegaan op de aard van de classificatie en de categorievorming. De NANDA, NIC en NOC bieden concrete uitwerkingen van diagnoses, interventies en zorgresultaten, direct toepasbaar voor de verpleegkundige praktijkbeoefening. De onderliggende classificaties zijn niet direct nodig voor het verlenen van verpleegkundige zorg, maar wel belangrijk voor het begrijpen van het geheel van het verpleegkundig domein.

2. Algehele samenvatting

Bovenstaande kan gezien worden als een theoretische oefening om meer helderheid te verkrijgen over enkele, voor de verpleegkunde actuele, classificaties. Wat bij deze analyse van classificaties opvalt is het gevaar van spraakverwarring en misverstanden. Deze ontstaan door verschillende interpretaties van de genoemde classificaties. Wanneer in de verpleegkundige beroepsgroep gesproken wordt over de NANDA, NIC en NOC, dan wordt bedoeld de diagnoses, interventies en zorgresultaten. Wanneer we spreken over de ICDH of ICF, dan wordt bedoeld de classificatie met dimensies, begrippen, definities, qualifiers en codes. De diagnoses, interventies en resultaten zijn reeds 'producten' van betreffende classificatie. Zo zijn bijvoorbeeld door het inductief ontwikkelingsproces eerst de diagnoses geformuleerd en is vervolgens de classificatie van de NANDA ontworpen en herzien. Op dezelfde manier zijn de interventies en de zorgresultaten ontwikkeld. Vergelijking van classificaties is dus niet aan te bevelen.

De analyse in schema gebracht:

Classificatie? kenmerk?	ICIDH – ICF	NANDA	NIC	NOC
<i>Classificeert</i>	het menselijk functioneren	verpleegkundige diagnoses	verpleegkundige interventies	verpleegkundige zorgresultaten
<i>Methode van ontwikkeling</i>	deductief	inductief	inductief	inductief en deductief
<i>Inhoud classificatie</i>	4dimensies, begrippen, definities, codes en qualifiers	13 domeinen, klassen, diagnostische concepten, diagnoses	6 domeinen, klassen, interventies en acties	6 domeinen, klassen, resultaatlabels, resultaatindicatoren en meetschalen
<i>Gebruikte taalvorm</i>	neutrale termen	beschrijving van problemen	beschrijving van gewens te verpl. interventie + acties	beschrijving in neutrale termen van resultaten +

				indicatoren
<i>Kennisdomein</i>	universeel toepasbaar	vakspecifiek	vakspecifiek	vakspecifiek

Alle aspecten van de ICDH zijn nog niet duidelijk. Juist door het uitvoeren van verschillende experimenten in verschillende zorgverleningsituaties waarbij de ICDH wordt toegepast, zal meer duidelijkheid kunnen worden gegeven over zowel de ordening als de taal als over de toepasbaarheid in de diverse zorgverleningsituaties.

3. Ervaringen vanuit de projecten

Deze ervaringen worden later toegevoegd, wanneer de resultaten bekend zijn.

Bronvermelding

Albersnagel-Thijssen, Els, Brug, Ype van der, Diagnosen, resultaten en interventies. Wolters-Noordhoff Groningen, 1997.

Bruggen, Harry van der, Verpleegkundige classificaties. KAVANAH, Dwingeloo, 1998.

Carpenito, Lynda Juall, Zakboek verpleegkundige diagnosen. Wolters-Noordhoff, Groningen, 1998.

McClosky, Joanne C., Bulecheck, Gloria M., Verpleegkundige interventies. De Tijdstroom, Utrecht, 1997.

NANDA verpleegkundige diagnoses. Definities en classificatie 1997. Bohn Stafleu en Van Loghum, Houten, 1997.

NANDA, Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2001-2002. North American Nursing Diagnosis Association, Philadelphia, 2001.

Johnson, Marion, Maas, Meridean, Verpleegkundige Zorgresultaten. Elsevier/De Tijdstroom, Maarsen, 1999.

Fokje Hellema
September 2002

Met dank aan:

Theo van Achterberg, Isaac Bos, Ype van der Brug, Carla Frederiks, John Kinds en Gabriel Roodbol, Anke Persoon