

DRF:s Användarkonferens

Lund, 29 oktober 2012

I Dietistaktuellt nr 6.12 publicerades en första del av ett referat från DRF:s uppskattade Användarkonferens. I huvudsak behandlades förmiddagspassen i referatet som bl a ägnades åt det gemensamma fackspråket, olika begrepps- och klassifikationssystem som ICF och Snomed CT. Men mest centralt för konferensen var att utbilda i NCP och IDNT. Förmiddagens utbildningsblock presenterade grunderna för modellen och dess teoretiska överbyggnad medan eftermiddagen ägnades åt tillämpade praktikfall. (Läs gärna den första artiklen innan du tar del av texten nedan.)

EFTERMIDDAGEN INLEDDES MED att dietist **Elin Lövenstam**, doktorand vid Institutionen för kostvetenskap, Uppsala universitet, presenterade sitt forskningsprojekt kring dietistens journaldokumentation och journalgranskningsinstrument. Något vi hoppas kunna återkomma till i en egen, utförligare artikel under våren.

Att omsätta teori i praktik är som bekant inte alltid helt oproblematiskt. Ideala omständigheter, byts ut mot realitetens nycker och svåra gränsdragningar. Men som alltid övning, ger färdighet, och allteftersom man internaliserar det nya sätt att tänka och resonera som NCP till stora delar innebär, blir också strukturen tydligare och PES-uttalandena samt nutritionsdiagnoser mer självklara.

Det exempel dietist **Lena Martin**, en av huvudföreläsarna, utgick ifrån i var en bristfällig, dock typisk journalanteckning för en överviktig man gjord vid ett nybesök [se ruta sid 37]. Hon uppmanar auditoriet att isolera vad som kan betraktas som nutritionsproblem, orsak till problemet och utröna huruvida det

finns några bevis för att problemet faktiskt föreligger. Många föreslog att problemet var ett för högt energiintag och en för låg energiutgift. Andra ansåg att den personliga assistenten utgjorde ett problem. Men Lena Martin påpekade att det alltid är patienten som har nutritionsproblemet. Även om det är den personliga assistenten som "tvingar" patienten att ta påbackning så är det inte problemet i sig, men väl en bidragande orsak.

Diskussionen kom nu att handla om bristerna i journalen och att den lämnar mycket öppet för gissningar och spekulation: Hur länge har patienten varit rullstolsbunden? Kan han äta själv? Är assistenten ny? Viktuppgången under 6 månader känns osäker, etc.

– Vi saknar alltså en hel del information i utredningen, menar Lena Martin vidare, och det stämmer till en ökad medveten om att vi måste bli tydligare i vår dokumentation. Men vi har trots allt fått fram några rimliga förslag på nutritionsproblem som för högt energiintag, för stort oralt intag samt bristande kunskap om mat, näring och övervikt.

Vad är det då för skillnad mellan ett för högt energiintag och ett för stort oralt intag? För att kunna ställa den förra diagnosen krävs att man kan kvantifiera energiintaget, vilket inte det senare gör anspråk på.

Man beslutar sig sålunda för ett för stort oralt intag. Problembeskrivningen har en motsvarande skrivning i IDNT:s referensblad:



Magnus Forslin
Dietistaktuellt
forslin@dietistaktuellt.com

Excessive Oral Intake (NI-2.2)

Definition: Oral food/beverage intake that exceeds estimate energy needs, established reference standards, or recommendations based on physiological needs.

– Tycker vi att detta kan stämma in på vår patient? undrar Lena Martin. Det kan vi kontrollera genom att se om ett eller flera faktorer återfinns i etiologin på samma referensblad:

Etiology (cause/Contribution Risk Factors)

Factors gathered during the nutrition assessment process that contribute to the existence or the maintenance of pathophysiological, situational, developmental, cultural, and/or environmental problems:

- Unsupported beliefs/attitudes about food, nutrition, and nutrition-related topics
- Food- and nutrition-related knowledge deficit concerning appropriate oral food/beverage intake
- Lack of or limited access to healthful food choices, e. g. healthful food choices not provided as an option by caregiver or parent, homeless
- Lack of value for behaviour change, competing values
- Inability to limit or refuse offered foods
- Lack of food planning, purchasing, and preparation skills
- Loss of appetite awareness
- Medications that increase appetite, e. g., steroids antidepressants
- Psychological causes such as depression and disordered eating
- Unwilling or disinterested in reducing intake



Dietist Lena Martin

EXEMPEL

NYBESÖK

Frågeställning: Övervikt

Kontakorsak: Kommer med pers ass på kostråd-givning

Socialt: Personlig assistent. Ja

Tid/nuv sjukdomar: Drabbades av stroke för nio år sedan. Därefter flera fall och frakturer, bl a i axel och knä.

Sjukdomsförlopp: orörlig och rullstolsburen

Fysisk aktivitet, aktuell: Ingen

Alkohol: Nej

Mätvärden:

Vikt: Nu 90 kg enligt patienten. Normalvikt tidigare 74 kg. Viktuppgång senaste 6 månader enligt patienten

Längd: 176 cm. **BMI:** 29

Kostanamnes: Äter regelbundet. Lagas lunch och middag. Ingenting på kvällen. Tar gärna fika med kaka på em. Pers ass lagar och lägger upp maten. Stora portioner (enligt portionsguiden, SLV) och tar ofta om.

Problem: Patient med svårighet att göra av med energi då rörelseförmågan är nedsatt

Väsentliga åtgärder: Ger patienten muntliga och skriftliga kostråd för viktminskning. Rekommenderar små förändringar som att ta mindre portioner, mer grönsaker och att äta långsamt. Föreslår även att patientens ansöker om att vara med i korttidsrehab vilket han gärna vill.

Planering: Meddelar sig om att han tar kontakt med patienten för korttidsrehab.

Etiologin tycktes ligga i linje med diagnos, t ex ”Inability to limit or refuse offered foods”. Nästa steg då vi söker formulera ett PES-uttalande är att se om även Symptom och tecken stämmer, vilket minst ett symptom eller tecken måste göra:

Signs/Symptoms (Defining Characteristics)

A typical cluster of subjective and objective signs and symptoms gathered during the nutrition assessment process that provide evidence that a problem exists; quantify the problem and describe its severity.

Nutrition Assessment Category	Potential Indicators of this Nutrition Diagnosis (one or more must be present)
Biochemical Data, Medical Tests and procedures	
Anthropometric Measures	• Weight gain not attributed to fluid retention or normal growth
Nutrition-Focused Physical Findings	
Food/Nutrition-Related History	Reports or observations of: <ul style="list-style-type: none"> • Intake of high caloric-density foods/beverages (juice, soda, or alcohol) at meals and/or snacks

- Intake of large portions of foods beverages, food groups, or specific food items
- Estimated intake that exceeds estimated or measured energy needs
- Highly variable estimated daily energy intake
- Binge eating patterns
- Frequent, excessive fast food or restaurant intake

– Onekligen är det så att flera av dessa symptom stämmer överens med befintlig nutritionsutredning, fortsätter Lena Martin, t ex intag av mat med högt energiinnehåll, stora portioner, ett intag större än behovet. Med andra ord fungerar denna nutritionsdiagnos alldeles utmärkt.

Med dessa fakta borde ett komplett och giltigt PES-uttalande kunna formuleras. Ett förslag som ges är: "Ett för stort oralt intag *relaterat till* stora portioner och fika på eftermiddagen, oförmåga att begränsa portioner, nedsatt fysisk aktivitet, *vilket yttrar sig som* BMI 29 och viktuppgång, 20% på sex månader".

För att kontrollera detta PES-uttalande måste man först fråga sig om nutritionsdiagnosen kan försvinna eller åtminstone förbättras genom nutritionsåtgärd av dietist. Svaret är tvevelsutant "ja". Är angiven etiologi verkligen grundorsak? Mot

bakgrund av det befintliga journalunderlaget kan nog detta anses bekräftat.

Vi tycker alltså ha en fungerande nutritionsdiagnos med ett giltigt PES-uttalande. Men, som påpekats, är inte alltid verkligheten otvetydig. Här kan finnas alternativa vägar och tolkningar. "Nedsatt fysisk aktivitet" (Physical Inactivity (NB-2.1 i referensbladet) skulle kunna utgöra en annan problemformulering, varmed vi även får ett annat PES-uttalande och en annan nutritionsåtgärd. Om avsikten är att komma åt patientens orörighet, är den diagnosen mer tillämplig. Det finns alltså inga absoluta sanningar kring rätt och fel, utan möjligtvis mer eller mindre goda och effektiva nutritionsdiagnoser.

– Dessutom är det fullt möjligt att ha flera PES-uttalanden parallellt, menar Lena Martin, men fler än två eller tre nutritionsdiagnoser samtidigt är i allmänhet svårt för patienten att hantera. Visserligen ser vi som dietister ofta flera problem samtidigt, men i överlag handlar det om att isolera och åtgärda det vi bedömer som mest angeläget. När vi fullföljt nutritionsbehandlingsprocessen kan det bli aktuellt att växla till ny nutritionsdiagnos. Antingen för att den första är avhjälpst eller för att den visade sig vara av mindre betydelse.

NCP är en kontinuerlig process där omvärdering mot bakgrund av aktuell data är ett nödvändigt inslag. Detta göra att NCP löpande korrigerar bedömning och behandling, samtidigt som den är instruerande. Dessa viktiga faktorer är så att säga inbyggt i processen.

DA

Järntillskott vid låg födelsevikt kan förhindra ADHD

I den barnmedicinska tidskriften *Pediatrics* konstaterar en grupp forskare vid Umeå universitet att barn med låg födelsevikt kan skyddas från beteendeproblem senare i livet genom att få järntillskott under det första levnadshalvåret.

Att barn som föds med låg vikt har ökad risk för neuropsykiatriska problem som ADHD senare i livet har varit känt sedan tidigare. Som förklaring har man antagit att påfrestningarna under de första levnadsveckorna och det ökade antalet komplikationer vid förlossningen skadar hjärnan i ett tidigt skede. Men nu föreslår Umeåforskarna att en minst lika viktig bidragande faktor kan vara lindrig järnbrist under de första levnadsveckorna, en riskfaktor som i så fall enkelt kan förebyggas.

I studien ingår 285 barn med marginellt låg födelsevikt (2 000-2 500 g). De lotades slumpmässigt till att få en låg dos

järntillskott eller ett verkningslöst medel (placebo) från sex veckors till sex månaders ålder. I den studie som nu publiceras har man undersökt barnen tre år senare. Då konstateras att risken för ADHD-liknande problem var fyrdubblad hos de barn som inte fått järntillskott. Genom standardiserade enkätfrågor rapporterades att över 12% av de barn som fått placebo hade ökade problem med uppmärksamhet och aggressivitet, men också mer oro och ängslighet. Hos dem som fått järntillskott var andelen bara 3%, samma nivå som i en jämförelsegrupp av barn med normal födelsevikt.

Förklaringen till de ökade beteendeproblemen tror forskarna är att barn med låg födelsevikt snabbare än normalviktiga förbrukar sitt medfödda förråd av järn. Därmed ställs de utan en viktig byggsten i hjärnans utveckling, eftersom det järn som småbarn får från kosten inte är tillräckligt.

Resultaten väntas få stor betydelse för framtida rekommendationer om järntillskott. De öppnar också dörren för fortsatt forskning om sambandet mellan järnbrist och beteendeproblem.

Studien, som är ett samarbete med Karolinska Institutet, leds av docent **Mag-nus Domellöf** och med dr **Staffan Berglund** (bilden), båda verksamma som forskare vid Institutionen för klinisk vetenskap, Umeå universitet, och läkare vid barnkliniken, Norrlands universitetssjukhus.

Referens

SK Berglund, B Westrup, B Hägglöf, O Hernell, M Domellöf: *Effects of Iron Supplementation of LBW Infants on Cognition and Behavior at 3 Years Pediatrics*. Jan. 2013, Published online: Dec. 10 2012 <http://pediatrics.aappublications.org/> DOI: 10.1542/peds.2012-0989

Källa: Umeå Universitet