

The Nutrition Care Process del IV

Internationell dietetik och nutritionsterminologi

Ett standardiserat språk speciellt utarbetat för dietistens arbete oavsett verksamhetsområde



av Ylva Orrevall,
med dr, leg dietist
Dietistkliniken och
Gastrocentrum, Ka-
rolinska Universi-
tetsjukhuset,
Stockholm

VID DRFs KONGRESS 4-5 april 2011 kommer dietister i Sverige ha möjlighet att ta del av ADA:s arbete med att utarbeta det standardiserade språket, *International Dietetics & Nutrition Terminology-Standardized Language for the Nutrition Care Process*. Detta standardiserade språk är direkt anpassat för att passa dietistens yrkesutövning. Esther Myers från *American Dietetic Association (ADA)*, som är en av de dietister som har arbetat med att utarbeta vårt eget standardiserade språk, är inbjuden att presentera ADA:s arbete (se info på www.drf.nu).

För att göra det möjligt för svenska dietister att börja implementera ADA:s arbete krävs att vissa delar av terminologin översätts. Därför tecknade Dietistkliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm och DRF ett gemensamt avtal med ADA i december förra året. Vi innehar nu rättigheten att översätta och publicera centrala delar av den tredje upplagan av Internationella dietetik och nutritionsterminologi som publicerades i augusti 2010. Jenny McGreevy, som sedan många år är dietist vid Nyköpings lasarett men engelskfödd och utbildad dietist i England, kommer att ansvara för översättningen. Hennes översättning kommer sedan att granskas och diskuteras av implementeringsgruppen för Nutritionsbehandlingsprocessen på Karolinska Universitetssjukhuset samt av DRF:s arbetsgrupp för terminologi. Den svenska översättningen kommer att vara klar i samband med DRF-kongressen i april. Det standardiserade språket består av ca 400 termer som var och en finns definierad och beskrivna i terminologin (se exempel intill på en av de 70 nutritions diagnoser som finns i IDNT).

Vart och ett av de fyra stegen i dietistens nutritionsbehandlingsprocess har sina specifika termer.

Alla som deltar i kongressen kom-

mer att få ett exemplar av den svenska terminologin samt online access till den fullständiga engelska *International Dietetics & Nutrition Terminology-Standardized Language for the Nutrition Care Process*. Med dessa verktyg kan sen den dietist som så vill påbörja implementeringsarbetet i sin egen verksamhet med hela eller delar av IDNT.

Dietistutbildningen i Sverige

I Sverige har flera av dietistutbildningarna börjat inkludera ADA:s arbete i sin undervisning och alla utbildningsorter har beställt översättningar av den svenska terminologin till sina studenter. Det kommer att bli en utmaning för dietiststudenter och deras praktikhandledare då vi under några år kan komma att vara i en övergångsperiod där det som lärs ut på utbildningarna kanske inte alltid överensstämmer med hur dietisternas handledare arbetar på praktikplatsen. Dietister som arbetat under många år kan komma att behöva sätta sig in i ett nytt sätt att tänka och göra sig förtrogna med ADA:s modell för nutritionsbehandlingsprocessen för att få kunskap om vad som krävs i de olika stegen i processen, och hur de standardiserade språket kan användas för att tydliggöra dietistens nutritionsbehandling och förbättra dokumentationen.

Det bästa sättet för alla kliniskt verksamma dietister att få inblick i ADA:s arbete och få möjlighet till att själva implementera hela eller delar av detta arbetssätt är att anmäla sig till DRF kongressen (se info på www.drf.nu se även sida).

* * *

Mer information om ADA:s arbete hittar du här: www.eatright.org/HealthProfessionals/content.aspx?id=7077. Tidigare artiklar införda i Dietistaktuell hittas du på: www.dietistaktuellt.com



IDNT 3rd edition

Svensk version av IDNT ingår i avgiften till DRFs kongress

Inadequate* Oral Intake (NI-2.1)

Definition

Oral food/beverage intake that is less than established reference standards or recommendations based on physiological needs.

Note: This nutrition diagnosis does not include intake via orogastric tube.

May not be an appropriate nutrition diagnosis when the goal is weight loss, during end-of-life care, upon initiation of feeding, or during combined oral/EN/PN therapy.

Whenever possible, nutrient intake data should be considered in combination with clinical, biochemical, anthropometric information, medical diagnosis, clinical status, and/or other factors as well as diet to provide a valid assessment of nutritional status based on a totality of the evidence. (Institute of Medicine. Dietary Reference Intakes: Applications in Dietary Assessment. Washington, DC: National Academies Press; 2000.)

Etiology (Cause/Contributing Risk Factors)

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

- Physiological causes increasing nutrient needs, e.g., due to prolonged catabolic illness
- Decreased ability to consume sufficient energy, e.g., increased nutrient needs due to prolonged catabolic illness
- Lack of or limited access to food, e.g., economic constraints, restricting food given to elderly and/or children
- Limited food acceptance due to physiological or behavioral issues, aversion, or harmful beliefs/attitudes
- Cultural practices that affect ability to access food
- Food- and nutrition-related knowledge deficit concerning appropriate oral food/beverage intake
- Psychological causes such as depression and disordered eating

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 Measurements	<ul style="list-style-type: none"> • Weight loss, insufficient growth velocity
Nutrition-Focused Physical Findings	<ul style="list-style-type: none"> • Dry skin, mucous membranes, poor skin turgor • Anorexia, nausea, or vomiting • Change in appetite or taste • Clinical evidence of vitamin/mineral deficiency
Food/Nutrition-Related History	<p>Reports or observations of:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estimates of insufficient intake of energy or high-quality protein from diet when compared to requirements • Economic constraints that limit food availability • Excessive consumption of alcohol or other drugs that reduce hunger • Medications that cause anorexia • Limited food/beverage intake inconsistent with nutrition reference standards for type, variety, diet quality • Inappropriate reliance on foods, food groups, supplements or nutrition support

**If a synonym for the term "inadequate" is helpful or needed, an approved alternate is the word "suboptimal."*

Intake Domain – Oral or Nutrition Support Intake

Inadequate* Oral Intake (NI-2.1)

Client History

- Conditions associated with a diagnosis or treatment of catabolic illness such as AIDS, tuberculosis, anorexia nervosa, sepsis or infection from recent surgery, depression, acute or chronic pain
- Protein and/or nutrient malabsorption

References

1. Burklow KA, Phelps AN, Schultz JR, McConnell K, Rudolph C. Classifying complex pediatric feeding disorders. *J Pediatr Gastro and Nutr.* 1998;27:143-147.
2. Chatoor, I. Feeding disorders in infants and toddlers: diagnosis and treatment. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2002;11:163-183.
3. Dumitz-Scheer M, Levine A, Roth Y, Krasky E, Beckenbach H, Braegger C, Hauer A, Wilken M, Wittenberg J, Trabi T, Scheer PJ. Prevention and treatment of tube dependency in infancy and early childhood. *J Child, Child, & Adolescent Nutrition.* 2009;1:72-82.
4. Falgout GA, Couch SC, Siem Gribble L, Pabst SM, Frank R. Food neophobia in childhood affects dietary variety. *J Amer Diet Assoc.* 2000;100:1474-1481.
5. Galloway AT, Lee Y, Birch LL. Predictors and consequences of food neophobia and pickiness in young girls. *J Amer Diet Assoc.* 2003;103:692-698.
6. Miller CK. Updates on pediatric feeding and swallowing problems. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2009;17:194-199.
9. Rommel N, De Meyer A, Feenstra L, Veereman-Wauters G. The complexity of feeding problems in 700 infants and young children presenting to a tertiary care institution. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2003;37:75-84.
10. Schwarz SM, Corredor J, Fisher-Medina J, Cohen J, Rabinowitz S. Diagnosis and treatment of feeding disorders in children with developmental disabilities. *Pediatrics.* 2001;108(3):671-676.
11. Skinner JD, Carruth BR, Bounds W, Ziegler PJ. Children's food preferences: a longitudinal analysis. *J Amer Diet Assoc.* 2002;102:1638-1647.
12. Wardle J, Carnell S, Cooke L. Parental control over feeding and children's fruit and vegetable intake: how are they related? *J Amer Diet Assoc.* 2005;105:227-232.

Updated: 2011 Edition

**If a synonym for the term "inadequate" is helpful or needed, an approved alternate is the word "suboptimal."*

NCP Model and Reference Sheet Examples ©2011 American Dietetic Association. Reprinted with permission.

The Nutrition Care Process del V – Examensarbete



STINA FRANZÉN

leg dietist
stina.franzen@karolinska.se

NCP Chart Check tar pulsen på dietistens arbetsprocess och journaldokumentation

Nutritionsbehandlingsprocessen och hur den dokumenteras i patientjournalen kommer att genomgå stora förändringar framöver vid Karolinska Universitetssjukhusets dietistklinik. Dietist Stina Franzén har gjort ett uppmärksammat examensarbete kring detta och ger här en utförlig redogörelse.

Dietistens journaldokumentation är främst ett kommunikationsverktyg. Den är även ett viktigt led i marknadsföringen av dietistyrket gentemot övrig vårdpersonal och mot landstingen i deras roll som beställare av vårdtjänster. Nutritionsbehandlingsprocessen – dietistens arbetsprocess – och hur den journalförs hänger intimt samman. Man kan uttrycka det så att strukturen i dokumentationen och dess innehåll speglar hur nutritionsbehandlingsprocessen ser ut och vilken kvalitet den håller. Patientjournalens struktur, form och innehåll har alltså stor betydelse för den bild man som journalförelse ger av sig själv och sina arbetsinsatser. Här har vi dietister möjlighet att på ett tydligt sätt precisera vårt bidrag i vårdkedjan och vårt unika yrkeskunnande i form av välgrundade, evidensbaserade behandlingsrekommendationer och tydliga behandlingsresultat. Detta är ett realistiskt framtidsmål, men hur ser vår journaldokumentation ut idag?

Karolinska tar täten

Våren 2009 tillsatte Dietistklinikens ledningsgrupp en utvecklingsgrupp, vars första och prioriterade uppdrag var att kartlägga, utveckla och kvalitetssäkra den då rådande nutritionsbehandlingsprocessen vid sjukhusets dietistklinik. Gruppens medlemmar, dietisterna Lena Martin, Ylva Orrevall och Veronica Eriksson, senare

ersatt av Susanne Nilsson, inledde sitt arbete med att söka efter en lämplig befintlig arbetsmodell att utgå ifrån. Gruppen fastnade för den internationellt mest beprövade och strukturerade modellen för nutritionsarbete, *Nutrition Care Process and Model* (NCPM), som tagits fram av de amerikanska dietisternas intresseorganisation ADA (*American Dietetic Association*).

NCP-modellen, som enligt DRF:s terminologi kallas ADA:s Nutritionsbehandlingsprocess, vann gehör hos ledningsgruppen. Implementeringen av den nya arbetsmodellen påbörjades våren 2010. Inledningsvis valde man att utbilda samtliga kliniskt verksamma medarbetare i modellens steg 2, *nutritionsdiagnostik*. Detta steg prioriterades eftersom det utgjorde ett helt nytt moment i det dåvarande sättet att arbeta.

För att utvecklingsgruppen senare skulle kunna utvärdera sina utbildningsinsatser ville de kartlägga hur klinikens dietister arbetade och journalförde sitt arbete innan implementeringen av ADA:s Nutritionsbehandlingsprocess påbörjades. För denna uppgift behövdes ett journalgranskningsinstrument. Ett sådant utformades, validerades och reliabilitetstestades utifrån innehållet i och kopplingen mellan de fyra stegen i NCPM (se figur). Instrumentet fick namnet *NCP Chart Check*. Hur detta tog form finns närmare beskrivet i magisteruppsatsen "NCP Chart Check – ett nytt instrument för granskning av

dietisters journaldokumentation". Där presenteras även resultatet av den ovan nämnda kartläggningen som gjordes med NCP Chart Check på uppdrag av utvecklingsgruppen vid Karolinska Universitetssjukhuset. En kort sammanfattning av uppsatsens inledande avsnitt och journalgranskningsstudien huvudsakliga resultat följer här nedan:

Ett välkommet arbetsverktyg

ADA har länge arbetat för att strukturera, effektivisera och evidensbasera nutritionsbehandlingsprocessen. Målsättningen med dessa strävanden har varit att höja dietistyrkets status, stimulera forskningsinsatser inom nutritionsområdet och att säkerställa effekten av den kliniska dietistens arbete. 1998 grundade ADA *the Health Service Research Task Force*, vars uppdrag var att kartlägga forskningsläget inom medicinsk nutritionsterapi och den evidens som då fanns tillgänglig. Detta initiativ resulterade i att man identifierade ett antal hinder för forskning och utveckling inom dietistens arbetsområde. Framförallt handlade dessa begränsningar om inkonsekvens i dietisternas sätt att arbeta och att dokumentera sina insatser.

Ytterligare något som försvårade forskning var att gemensamma begrepp och definitioner för nutritionsarbete och dess effekter saknades. Man såg att det var svårt att motivera vårdens behov

av dietisttjänster, framförallt på grund av brist på evidens. ADA:s målmedvetna arbete med att kvalitetsutveckla nutritionsbehandlingsprocessen resulterade i *Nutrition Care Process and Model*. Modellen presenterades första gången 2003 och antogs samma år av ADA:s högsta beslutande organ. Därefter har den successivt reviderats och fick sin nuvarande utformning 2008.

I USA håller NCP successivt på att ersätta de många olika modeller för nutritionsbehandling som tidigare tillämpats vid landets vårdinrättningar. Sedan 2009 undervisas den på samtliga dietistutbildningar i USA och målet är att den ska vara fullt implementerad år 2014. Det som särskilt utmärker NCPM framför andra liknande modeller, är att den är kopplad till ett standardiserat språk för nutritionsbehandling och en enhetlig terminologi där varje term är definierad.

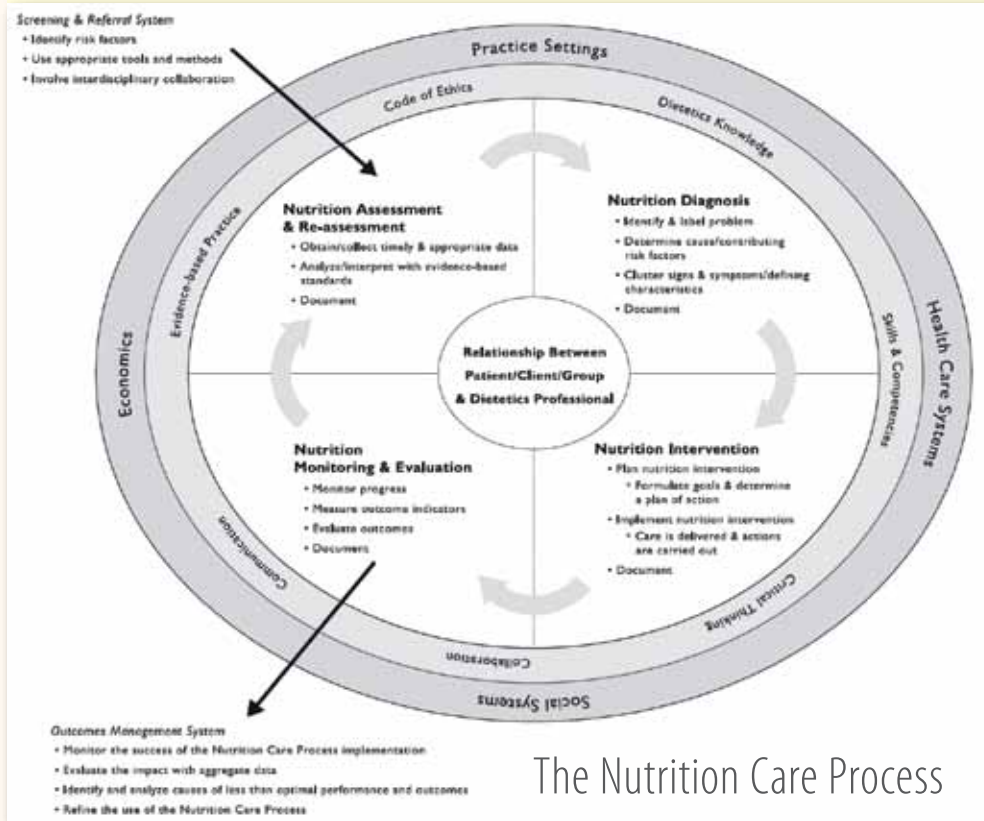
I flera länder, däribland Sverige, har andra discipliner inom hälso- och sjukvården redan etablerat egna arbetsprocesser som liknar ADA:s Nutritionsbehandlingsprocess. Framförallt sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster bedriver ett omfattande kvalitetsutvecklingsarbete inom detta område. I USA har sjuksköterskekåren arbetat med sin omvårdnadsprocess och terminologi sedan 1960-talet. Sveriges dietister har legat långt efter i detta sammanhang. Skälet till det är möjli-

gen att yrket är ungt, att antalet dietister är förhållandevis lågt och att resurser för liknande kvalitetsutvecklingsarbete saknats eller hittills inte prioriterats. Men nu blåser alltså förändringens vindar och Dietistkliniken vid Karolinska Universitetssjukhusets är först ut i Sverige med att implementera ADA:s Nutritionsbehandlingsprocess i sin originalform.

Granskning med NCP – Chart Check Med hjälp av det nya journalgranskningsinstrument NCP Chart Check gjordes en kartläggning av Karolinska Universitetssjukhusets dietisters journaldokumentation. Instrumentet består av 10 frågor med tillhörande granskningsanvisningar. Det uppvisade god innehållsvaliditet och hög grad av reliabilitet när det användes av olika granskare. Själv journalgranskningen baserades på 60 journalanteckningar, skrivna av dietister vid Karolinska Universitetssjukhusets dietistklinik under mars månad 2009. Alla dietister som var i tjänst under denna period representerades av en eller två anteckningar var. De inkluderade journalanteckningarna avsåg ett nybesök eller en första utredande kontakt med patienten själv, annan vårdgivare (oftast sjuksköterska eller läkare) eller anhörig.

Bristande journaldokumentation inom vården
Utfallet av NCP Chart Check-granskningen bekräftade resultatet av tidigare internationella studier där brister i dietisters och andra vårdkategoriers journalföring uppmärksammats. Liksom ADA:s kartläggning från 1998, visade den generellt att det förekom ottydlighet och inkonsekvens i dietistens arbetsprocess och i dokumentationen av denna. Andra problemområden som uppmärksammades var diffus beskriven nutritionsproblematik, avsaknad av nutritionsmål, knapphändiga eller alltför detaljrika och/eller ostrukturerade journalanteckningar. Stora skillnader mellan hur enskilda dietister dokumenterade sitt arbete i patientjournalen noterades. Journaldokumentationen bedömdes dock hålla relativt god, och bitvis mycket god kvalitet, avseende innehåll och struktur med tanke på att dietisterna på Karolinska Universitetssjukhuset hittills inte erbjudits någon undervisning i journaldokumentation.

Avsaknad av nutritionsmål och otillräckliga utredningsdata
Mätbara mål för insatta nutritionsåtgärder är sällsynta i de granskade journalanteckningarna.



The Nutrition Care Process

Även om de olika stegen i ADA:s Nutritionsbehandlingsprocess bygger på varandra är processen inte linjär. Kritiskt tänkande och strävan efter att lösa problem kräver att dietisten med jämna mellanrum går tillbaka till föregående steg för att exempelvis omvärdera en nutritionsdiagnos, lägga till eller justera insatta nutritionsåtgärder (S), därav modellens cirkelform.

Nutritionsutredning
I det första steget i nutritionsbehandlingsprocessen samlar dietisten in sådan nutritionsrelaterad information, t.ex. kost-/nutritionsanames, biokemiska data, antropometriska värden, resultat från medicinska undersökningar/test etc., som behövs för en adekvat nutritionsbedömning och planering av lämpliga nutritionsinsatser. Följande moment ingår:
• Samla in ändamålsenliga data/uppgifter om patienten avseende nutrition.
• Ställningstagande till eventuell behov av ytterligare information, och samla in sådan.
• Val av lämpliga bedömningsvariabler och arbetsmetoder, samt att tillämpa dessa på ett adekvat sätt.
• Urskilja relevanta från irrelevanta data.
• Validera data. Detta steg utgör underlag för beslut om lämplig nutritionsdiagnos.

Nutritionsdiagnos
Nutritionsdiagnosen är dietistens aktuella uppfattning om och bedömning av patientens tillstånd. Denna kan under behandlingens gång behöva omformuleras allt eftersom ny information blir tillgänglig och patientens tillstånd förändras. Patienten kan ha fler än en nutritionsdiagnos, men även bedömningen att ingen

nutritionsdiagnos är aktuell kan göras. Utifrån en noggrann utredning och bedömning formulerar dietisten en nutritionsdiagnos, som uttrycks i form av ett stringent uttalande, ett så kallat PES-uttalande. Detta utgörs av en syntetisering av data från dietistens utredning och är koncentrerad i en beskrivning av patientens Problem (nutritionsproblem), problemets Etiologi (orsak/bidragande faktorer) och Symtom och tecken (hur problemet yttrar sig kliniskt).
Nutritionsdiagnosen ska inte förväxlas med medicinsk diagnos. Den medicinska diagnosen ställs av läkaren och nutritionsdiagnosen av dietisten. Medicinsk diagnos och nutritionsdiagnos är inte självklart parallella företeelser: Dietisten kan t.ex. få nutritionsdiagnosen att förbättras eller försvinna, även om inte den medicinska gör det. En cancersjukdom kan exempelvis vara obotlig, men de eventuella nutritions-svårigheter som patienten fått på grund av sin sjukdom eller behandlingen av denna, kan i vissa fall avhjälpas eller förbättras med nutritionsåtgärder.
Det sista steget i formuleringen av ett PES-uttalande är att fastställa hur det aktuella nutritionsproblemet yttrar sig i form av tecken (objektiva) och symptom (subjektiva). Dessa svar på frågan om hur dietisten kommit fram till att patienten har det/de nutritionsproblem som identifierades i steg ett (Problem).
De standardiserade fraserna "relaterat till" och "vilket yttrar sig som" länkar samman nutritionsproblemet med dess etiologi respektive etiologi med dess symptom och tecken. Det är med vägledning av etiologin (E) som dietisten fattar beslut om lämpliga nutritionsåtgärder, eller väljer att avstå från behandling. Nedan följer ett exempel på ett PES-uttalande som

avser en patient som inkommit till en geriatrisk avdelning. Patienten är uttorkad, mager och har ett nedsatt allmäntillstånd. Under vårdtiden har även sväljsvårigheter konstaterats:
"Otillräckligt intag av mat och dryck (P), relaterat till oförmåga att inta tillräckliga mängder normalkost p.g.a. sväljsvårigheter (E), vilket yttrar sig som >10% viktredgång det senaste halvåret och undervikt motsvarande BMI 19 (S)."
Dietistens uppgift blir här att inrikta sig på patientens oförmåga att inta normalkost (E). Nutritionsbehandlingen kan exempelvis bestå i att patienten erbjuds konsistensanpassad kost under ett antal dagar. Hur väl behandlingen faller ut bedöms utifrån eventuell följande viktförändring och ökning eller minskning av BMI (S). För en ändamålsenlig uppföljning är det således nödvändigt att angivna symptom och tecken är mätbara.
Nutritionsåtgärd
En nutritionsåtgärd är en uppsättning aktiviteter och insatser som görs för att hantera det aktuella nutritionsproblemet. Det handlar här om avsiktliga och planerade handlingar, vilka har ett specifikt ändamål och är utformade i syfte att förändra ett nutritionsrelaterat beteende, eventuella riskfaktorer, hälsoaspekter eller miljöpåverkan. I denna fas formuleras även mål för de åtgärder som sedan sätts in och avstämning av dessa sker i följande steg, se "Uppföljning och utvärdering".
Uppföljning och utvärdering
Detta avslutande steg ger dietisten information om i vilken omfattning patienten/klienten har uppnått de uppsatta nutritionsmålen från föregående steg. Denna information utgör sedan underlag för vidare beslut om eventuell fortsatt nutritionsbehandling och/eller justering av denna. DA

Utan definierade mål är det svårt att utvärdera sitt arbete. Bevis för att de behandlingsmetoder vi dietister använder gör nytta är en förutsättning för utveckling inom vår yrkeskompetens. Då krävs att vi sätter upp mål och utvärderar resultatet av våra åtgärder i förhållande till dessa.

Det förekom fall där beslut om en viss nutritionsregim fattats utan stöd av exempelvis antropometrisk värden, labbdata, resultat från kostregistrering, uppgifter om patientens fysiska förmåga eller mentala status, etc. Om det inte framgår i journaltexten vad dietisten grundar sitt val av nutritionsåtgärder på finns det risk att det uppfattas som godtyckligt. Det logiska resonemanget bakom dietistens nutritionsbedömning bör finnas med för att ge tyngd och trovärdighet åt journaltextens innehåll.

Betydelsen av nutritionsdiagnostik

När det gäller de granskade journalanteckningarnas innehåll var det framförallt dietistens beskrivning av den aktuella nutritionsproblematiken som många gånger var otydlig eller diffus. Detta är anmärkningsvärt eftersom identifiering av patientens nutritionsproblematik är grunden för dietistens nutritionsbedömning och åtföljande val av nutritionsbehandling. I de flesta fall hade dietisten med största sannolikhet ringat in patientens nutritionsproblem, men inte journalfört vilka fakta bedömningen grundade sig på. Citatet nedan är ett utdrag från en av de granskade journalanteckningarna. Uppgifterna som ges här är de enda i just denna journalanteckning som skulle kunna ge vägledning om vilket/vilka nutritionsproblem dietisten haft för avsikt att behandla: "Pt är magerlagd, albumin 31, planerad behandling mot cancersjukdom."

Jämfört med tydligheten i ett PES-uttalande enligt NCPM (se faktaruta) säger denna formulering i princip ingenting om vilken dietistens uppgift är. Ett PES-uttalande skulle i det här fallet kunna formuleras på följande sätt, vilket dock förutsätter en mer noggrann nutritionsutredning: "Malnutrition relaterad till nedsatt aptit och oftast 2 små måltider per dag, vilket yttrar sig som viktnedgång ca 8 kilo (15%) de senaste 6 månaderna, vikt motsvarande BMI 16 och ca 30% av rekommenderat dagligt intag per os."

Exemplet belyser vikten av att dietisten samlar in tillräckligt med information i nutritionsutredningen för att kunna formulera sitt

uppdrag på ett tydligt sätt. Som synes är cancersjukdomen i sig inte av intresse här, utan endast de nutritions svårigheter som den bidrar till. Flera mätvärden har angivits, vilka kan följas upp vid ett eventuellt återbesök, i detta fall grad av vikt förlust, BMI och intag per os.

Studien visade att dietistens åtgärdsplan ofta var vag. I vissa fall kunde den uppfattas mer som ett försiktigt förslag än som en tydlig rekommendation utifrån en välgrundad bedömning. I de granskade journalanteckningarna intog dietisten ofta en försiktig hållning och beskrev patientens nutritionsproblem i allmänna termer. Detta står i stark kontrast till de tydliga och vägledande uttalande som NCPM uppmanar till och ger förutsättningar för i form av nutritionsdiagnoser och PES-uttalanden (se faktaruta).

Rätten att ställa diagnos är inte reglerad i någon författning, vilket innebär att all hälso- och sjukvårdspersonal kan ställa diagnos inom ramen för sin yrkeskompetens. Här skulle dietisten kunna använda sin unika kompetens till att lägga mer tyngd bakom sina nutritionsordinationer.

För många ord... eller för få

ADA:s Nutritionsbehandlingsprocess motiverar en stringent och

strukturerad journaldokumentation eftersom irrelevanta uppgifter tynger journalen och viktig information då riskerar att "försvinna" i ordmassan. I flera av de granskade journalanteckningarna förekom text, vars innehåll inte hade betydelse för den aktuella nutritionsbedömningen eller de rekommenderade nutritionsåtgärderna. Vissa av journalanteckningarna var ostrukturerade eller omfattande på ett sätt som gjorde det svårt att orientera sig i journaltexten. Andra gånger var journaltexten däremot alltför knapphändig och uppfattades som intetsägande. Risken är att brister som dessa gör det svårt både för kolleger och annan vårdpersonal att snabbt få en tydlig uppfattning om dietistens avsikt med insatt behandling, vilka åtgärder som ska vidtas och av vem och hur dessa ska följas upp. I slutändan är det patientsäkerheten som blir lidande.

Dokumentera för patientsäkerhet och vårdkvalitet

Karolinska Universitetssjukhusets dietister är långt ifrån ensamma bland vårdpersonal om att uppvisa brister i sin journalföring. I en rapport av *Grufman Reje Management* beskrivs resultatet av en omfattande journalgranskningsstudie som gjordes på ett antal sjukhus i södra och västra Sverige i början

av 2000-talet. Man konstaterade bland annat att många journaler inte uppfyllde kraven på patientsäkerhet, ändamålsenlighet eller legalitet. Journalerna var genomgående dåligt strukturerade, vilket försvårade tillgängligheten och effektiv kommunikation av innehållet. Den intellektuella bearbetningen; bedömning, prognos, sammanfattning o dyl, var i de flesta fall obefintlig eller ofullständig. Många gånger saknades viktig information i patientjournalen, samtidigt som ovidkommande information förekom i stor omfattning. Dessa brister ger konsekvenser både för patientsäkerhet och för vårdeffektivitet.

Sveriges dietister har definitivt mycket att vinna på att arbeta evidensbaserat och att konsekvent tillämpa en standardiserad terminologi och ett strukturerat arbetssätt. Mot bakgrund av erfarenhet från andra områden, framförallt omvårdnad och arbetsterapi, finns anledning att tro att ett sådant skulle underlätta forskning också inom nutritionsområdet. Det kan även förväntas förenkla kommunikationen med annan vårdpersonal, förbättra patientsäkerheten, och förhoppningsvis ytterligare höja kvaliteten på dietistens insatser och bidra till att dietistyrkets status stärks.

Resultatet av den journalgranskningsstudie som gjordes med det nya granskningsinstrumentet NCP Chart Check talar för att ADA:s Nutritionsbehandlingsprocess kommer att leda Karolinska Universitetssjukhuset, och förhoppningsvis även övriga dietister i Sverige så småningom, mot en mer effektiv journaldokumentation och ett ökat inflytande i vårdkedjan – för patientens bästa.

Referenser

- Splett P, Myers E.** A proposed model for nutrition care. *J Am Diet Assoc.* 2001;101(3):357-363.
- Hakel-Smith N.** A standardized nutrition care process and language are essential components of a conceptual model to guide and document nutrition care and patient outcome. *J Am Diet Assoc.* 2004;104:1878-1884.
- Bueche J, Charney P, Pavlinac J, Skipper AL, Thompson E, Myers E.** Nutrition Care Process and Model Part I: The 2008 Update. *J Am Diet Assoc.* 2008;108:1113-1117.
- Lacey K, Pritchett E.** Nutrition Care Process and Model: ADA adopts road map to quality care and outcomes management. *J Am Diet Assoc.* 2003; 103: 1061-1071.
- Grufman Reje Management, Stockholm 2002:** Ändamålsenlig vårdokumentation [rapport], tillgänglig på <<http://www.skane.se/upload/Webbplatser/Revisionen/Dokument/Granskningsrapporter/Slutrapport145.pdf>>, hämtad 100802. **DA**

NCP Chart Check – ett instrument för granskning av dietisters journaldokumentation

ABSTRACT

Författare: Stina Franzén, leg dietist

Handledare: Agneta Andersson, leg dietist, med dr, Institutionen för kostvetenskap, Uppsala universitet **Externa sakkunniga:** Lena Martin, leg dietist, med dr och Ylva Orrevall, leg dietist, med dr, Karolinska Universitetssjukhuset

Bakgrund: ADA:s (the American Dietetic Association) modell för en effektiv och en mer evidensbaserad nutritionsbehandlingsprocess – NCPM (the Nutrition Care Process and Model) är framtagen i syfte att höja dietistyrkets status, stimulera forskningsinsatser inom nutritionsområdet och för att säkerställa effekten och patientnyttan av den kliniska dietistens arbete. Föreliggande arbete ingår som ett led i implementeringen av ADA:s Nutritionsbehandlingsprocess och -modell (NCPM) vid Karolinska Universitetssjukhusets dietistklinik.

Syfte: Att ta fram ett journalgranskningsinstrument för kartläggning av nutritionsbehandlingsprocessen vid Karolinska Universitetssjukhusets dietistklinik och hur denna dokumenterades i patientjournalen innan implementeringen av ADA:s Nutritionsbehandlingsprocess.

Metod och material: Ett journalgranskningsinstrument med tillhörande granskningsanvisningar utformades med utgångspunkt från de fyra stegen i ADA:s Nutritionsbehandlingsprocess och fick namnet NCP Chart Check. Frågorna validerades och reliabilitetstestades. 60 journalanteckningar, skrivna av dietister vid Karolinska Universitetssjukhuset

inkluderades i studien. Samtliga avsåg ett nybesök eller en första utredande kontakt med patienten själv eller en anhörig, alternativt en annan vårdgivare.

Resultat och diskussion: NCP Chart Check bedömdes tillfredsställande avseende validitet och reliabilitet. Aktuellt granskningsresultat gav ett medelvärde på 10,92 och ett medianvärde på 11 av max 19 poäng per journal. Huvudsakliga problemområden var diffus beskriven nutritionsproblematik och avsaknad av målsättning med aktuell nutritionsbehandling. Även knapphändiga eller alltför detaljrika och/eller ostrukturerade journalanteckningar förekom.

Slutsats: NCP Chart Check uppvisar god validitet och reliabilitet för granskning av dietisters journaldokumentation utifrån ADA:s Nutritionsbehandlingsprocess (NCPM). De brister som här uppmärksamats har framförallt att göra med avsaknad av gemensam arbetsstruktur och enhetlig journaldokumentation. Implementeringen av ADA: Nutritionsbehandlingsprocess väntas bidra till att strukturera och effektivisera dietisternas arbetsprocess och dokumentationen av denna. **DA**