



UPPSALA
UNIVERSITET

Examensarbete

D-uppsats, avancerad nivå 15hp
2010

NCP Chart Check

*Ett instrument för granskning av dietisters
journaldokumentation*

Av Stina Franzén

Institutionen för kostvetenskap
Box 560
Besöksadress: BMC, Husargatan 3
751 22 Uppsala



UPPSALA UNIVERSITET

Institutionen för kostvetenskap Examensarbete D 15 ECTS, 2010

Titel: NCP Chart Check – Ett instrument för granskning av dietisters journaldokumentation

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

Sammanfattning

Bakgrund: ADA:s Nutritionsbehandlingsprocess (NCPM) är en modell som beskriver dietistens arbetsprocess – nutritionsbehandlingsprocessen. Den har utarbetats av ADA (the American Dietetic Association) i syfte att effektivisera och evidensbasera dietistens arbetsprocess för att på så sätt höja dietistyrkets status, stimulera forskningsinsatser inom nutritionsområdet och säkerställa effekten och patientnyttan av den kliniska dietistens arbete. Föreliggande arbete ingår som ett led i implementeringen av ADA:s Nutritionsbehandlingsprocess (NCPM) vid ett svenskt universitetssjukhus.

Syfte: Att ta fram ett journalgranskningsinstrument för granskning av dietistjournaler, samt att med detta instrument kartlägga nutritionsbehandlingsprocessen vid sjukhusets dietistklinik och hur denna journalfördes innan ADA:s Nutritionsbehandlingsprocess implementerades.

Metod och material: Ett journalgranskningsinstrument med tillhörande granskningsanvisningar utformades med utgångspunkt från de fyra stegen i ADA:s Nutritionsbehandlingsprocess. Frågorna validerades och inter- respektive intrabedömarreliabilitetstestades. 60 journalanteckningar som skrivits av sjukhusets dietister inkluderades i studien. Samtliga avsåg ett första besök, polikliniskt eller på en vårdavdelning, eller en första utredande kontakt angående patienten med annan vårdgivare, patient eller anhörig.

Resultat och diskussion: Granskningsinstrumentet 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. Problemområden som identifierades var otillräckligt med utredningsfakta, diffust beskriven nutritionsproblematik och avsaknad av målsättning nutritionsbehandlingen. Knapphändiga eller alltför detaljrika och/eller ostrukturerade journalanteckningar var också vanligt förekommande.

Slutsats: NCP Chart Check uppvisar god validitet och reliabilitet och kan användas för granskning av dietisters journaldokumentation utifrån ADA:s Nutritionsbehandlingsprocess (NCPM). De problemområden som identifierades vid den aktuella journalgranskningen hade framförallt att göra med frånvaro av gemensam arbetsstruktur och enhetlig journaldokumentation. Konsekvent tillämpning av NCPM vid sjukhusets dietistklinik förväntas bidra till förbättrad kvalitet på såväl dietistens arbetssätt som journaldokumentation.

UPPSALA UNIVERSITY

Department of Food, Nutrition and Dietetics
Master Thesis 15 ECTS credit points, 2010

Title: NCP Chart Check – A new instrument for auditing dieticians' chart notes

Author: Stina Franzén, RD (registered dietician)

Supervisor: Agneta Andersson, RD, MD, Department of food, Nutrition and Dietetics, Uppsala University

External supervisors: Lena Martin, RD, MD and Ylva Orrevall, RD, MD, Karolinska University Hospital

Abstract

Background: The American Dietetic Association has designed a model, the *Nutrition Care Process and Model* (NCPM) that aims to support an efficient and evidence based nutrition care process. The goal is to enhance the registered dietician's (RD) professional status, to stimulate scientific research within the nutrition field and to establish the results and patient benefits of the dietician's clinical efforts. The current study form part of the NCPM implementation at the dietetic ward at a Swedish university hospital.

Objectives: To design a chart audit instrument in order to map the nutrition care process and the way it was documented in the patient record at the hospital's dietetic ward before the implementation of the NCPM.

Method and material: A chart audit instrument with supplementary audit instructions was designed by using the conceptual framework of the four-step Nutrition Care Process (NCPM) by ADA. The questions were validated and tested for interrater- and test-retest reliability. 60 dietitian's chart notes were included in the study. All notes covered an initial investigative interaction with the patient, a relative or another care giver.

Result: The new chart audit NCP Chart Check turned out satisfying with respect to both validity and reliability. The audit resulted in a mean value of 10, 92 points and the median value was 11 points, both out of 19 points maximum per patient. Indistinctly described patients' nutritional problems, no or incomplete goals for the nutritional treatment and too detailed or unstructured chart notes were common findings.

Conclusion: NCP Chart Check possesses appropriate validity and good reliability as an instrument to audit registered dieticians' nutrition care process and its' documentation in the patient record according to ADA's Nutrition Care Process. The main problems identified in this study were lack of a common nutrition care process and uniform chart recording, which the implementation of NCPM is expected to solve.

Tack!

Varmt tack till Agneta Andersson för kloka råd och kommentarer kring det forskningsmetodiska upplägget. Tack Ylva och Lena för er aldrig sinande entusiasm och uppmuntran och för att ni så generöst delat med er av era kunskaper inom NCP! Ett stort tack också till verksamhetschef Lotta Härberg-Klinge och sektionschef Christina Sollenberg vid Karolinska Universitetssjukhusets dietistklinik för det stöd jag fått under arbetets gång!

Stina

Mariefred, december 2010

"Words are powerful. They allow us to communicate ideas and experiences to others so they may share our understanding."

NANDA (North American Nursing Diagnosis Association)

Innehållsförteckning

1. Inledning	1
2. Bakgrund	1
Nutritionsbehandlingsprocessens fyra steg	2
Standardiserad terminologi	4
Evidensbaserad nutritionsbehandling	4
Fokus på arbetsprocesser inom vård och omsorg.....	5
Dokumentation – ett viktigt led i nutritionsbehandlingsprocessen	5
Otillräcklig information kontra dubbeldokumentation i patientjournalen	5
Sveriges dietister dokumenterar	6
Journalgranskning	7
3. Syfte	7
4. Material	7
Inklusionskriterier	8
5. Metod	8
Validitet	9
Reliabilitet	9
Forskningsetiska överväganden	10
6. Resultat	11
NCP Chart Check	11
Journalgranskningsresultat	11
7. Diskussion	15
NCP Chart Check	15
Avsaknad av gemensam arbetsprocess och enhetlig journalföring.....	15
Diffust beskriven nutritionsproblematik	16
Bristfälligt underlag för nutritionsuppföljning	16
Behov av nutritionsmål	16
För mycket information... eller för lite?	17
Bifynd - betydelsen av sökord	18
Framtida kvalitetsarbete	19
Författarens avslutande reflektioner	20
8. Slutsats	20
Referenser	21-22

1 Inledning

Ett av Sveriges universitetssjukhus hade år 2009 som övergripande mål ”förbättrad kvalitet och patientsäkerhet i varje led” (1). I linje med detta tillsattes samma år en utvecklingsgrupp, vars första och prioriterade uppdrag var att kartlägga, utveckla och kvalitetssäkra rådande nutritionsbehandlingsprocess vid sjukhusets dietistklinik. Utvecklingsgruppen beslutade att introducera *The Nutrition Care Process and Model (NCPM)* på kliniken, en arbetsmodell för dietister som utarbetats och under flera år förfinats av de amerikanska dietisternas intresseorganisation ADA (*the American Dietetic Association*). I Sverige benämns modellen ADA:s Nutritionsbehandlingsprocess eller enbart Nutritionsbehandlingsprocessen (2). Dietistklinikens ledningsgrupp planerar att tillsammans med utvecklingsgruppen stegvis implementera denna modell vid sjukhusets dietistklinik. Föreliggande journalgranskningsstudie ingår som ett led i detta arbete. Resultatet är avsett att utgöra utgångspunkt för framtida kvalitetsförbättring av nutritionsbehandlingsprocessen och av rådande dokumentationsmetodik. Det är även tänkt att fungera som underlag för utvärdering och uppföljning av det nya sätt att arbeta som införandet av ADA:s Nutritionsbehandlingsprocess kommer att innebära på sjukhusets dietistklinik.

2 Bakgrund

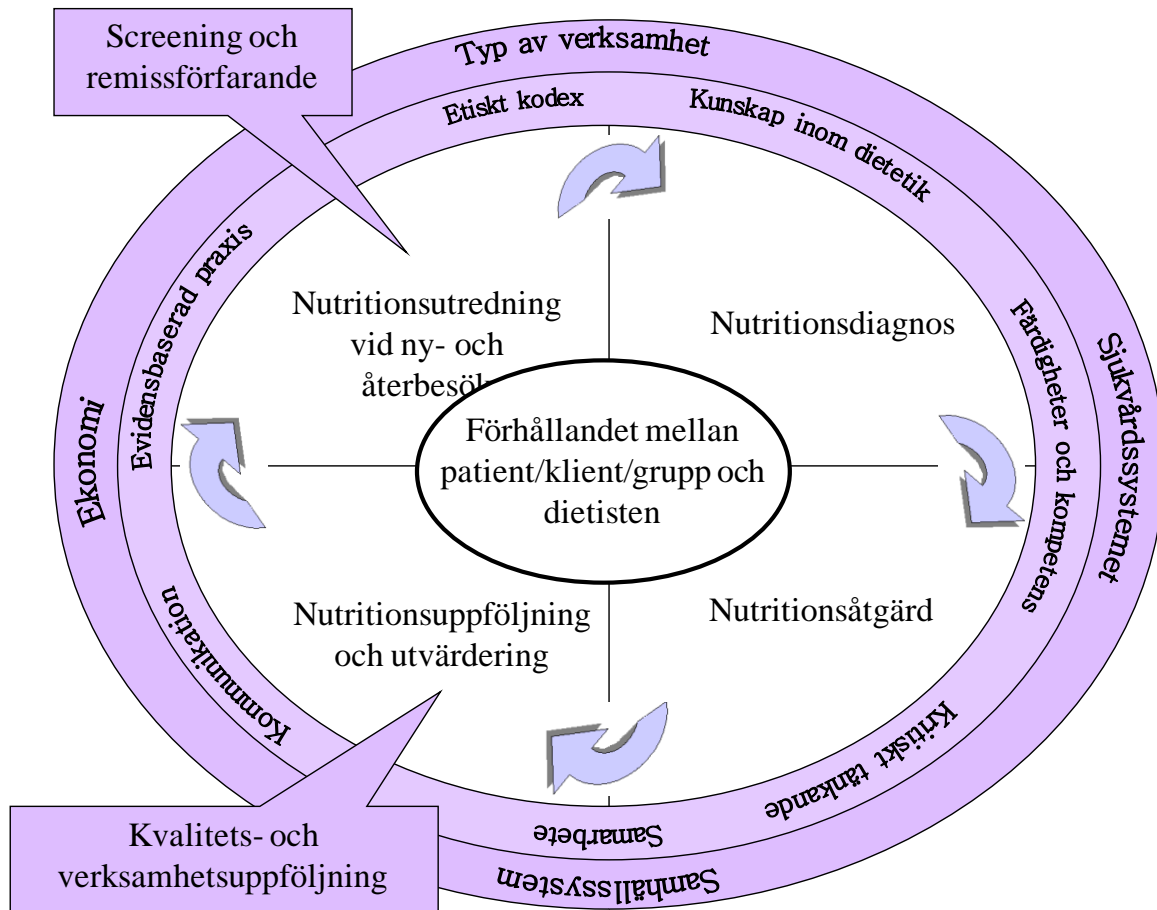
ADA har länge arbetat för att strukturera, effektivisera och evidensbasera dietisternas arbetsprocess – nutritionsbehandlingsprocessen – i syfte att höja yrkets status, stimulera forskningsinsatser inom nutritionsområdet, och säkerställa effekten och patientnyttan av den kliniska dietistens arbete (3,4). 1998 grundade ADA *the Health Service Research Task Force* i syfte att kartlägga forskningsläget inom medicinsk nutritionsterapi och den evidens som då fanns tillgänglig (3). I samband med detta identifierades ett antal hinder för forskningsinsatser och utveckling inom dietistens arbetsområde. Dessa hade framförallt att göra med otydlighet och inkonsekvens i dietistens sätt att arbeta och att dokumentera sitt arbete.

Även gemensamma begrepp och definitioner för nutritionsinsatser och deras effekt saknades, vilket försvårade forskning inom nutritionsområdet. Man såg att det var svårt att motivera världens behov av dietisttjänster, framförallt på grund av brist på evidens. ADA påbörjade då ett målmedvetet arbete med att kvalitetsutveckla nutritionsbehandlingsprocessen, vilket resulterade i *the Nutrition Care Process and Model (NCPM)*. NCPM erbjuder den enskilda dietisten en systematisk och logisk modell för hur kost- och nutritionsbehandling kan utformas på grupp-, populations-/samhälls- och individnivå, grundat på kritiskt tänkande och bästa möjliga vetenskapliga evidens (5,6). 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 (6).

I USA håller NCPM successivt på att ersätta de många olika arbetsmodeller för nutritionsbehandling som tidigare tillämpats på vårdinrättningar runt om i landet (5). Sedan 2009 undervisas den på samtliga dietistutbildningar i USA och målet är att den ska vara fullt implementerad år 2014 (7). Det som särskilt utmärker NCPM framför andra modeller är att man även kopplat den till ett standardiserat språk för nutritionsbehandling och en gemensam terminologi (IDNT).

Nutritionsbehandlingsprocessens fyra steg

Nutritionsbehandlingsprocessen är huvudprocessen i dietistens yrkesutövande och anger ramar för hur dietisten bör utföra och dokumenterar sitt arbete. I ADA:s version utgörs den av fyra tydligt avgränsade steg, som alla är relaterade till varandra och inbördes sammanlänkade (7). Den grafiska illustrationen av modellen, se nedan, omfattar även de olika inre och yttre faktorer som påverkar processen (8):



Figur 1: ADA:s Nutritionsbehandlingsprocess (NCPM). Översättning till svenska av Lena Martin och Ylva Orrevall.

Även om de olika stegen 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 (5), därav modellens cirkelform.

Nedanstående beskrivning av de fyra stegen i ADA:s Nutritionsbehandlingsprocess utgår ifrån ADA:s egna huvudartiklar om NCPM (4,5,6,7).

Nutritionsutredning

I det första steget i nutritionsbehandlingsprocessen samlar dietisten in sådan nutritionsrelaterad information, t.ex. kost-/nutritionsanamnes, biokemiska data, antropometriska värden, resultat från medicinska undersökningar/test etc., som behövs för en adekvat nutritionsbedömning och planering av lämpliga nutritionsinsatser. Följande moment ingår:

- Insamlande av nutritionsrelaterade data/uppgifter om patienten.
- Ställningstagande till eventuellt behov av ytterligare information/uppgifter om patienten och samla in sådan.
- Val av lämpliga bedömningsvariabler och arbetsmetoder och att tillämpa dessa adekvat.
- Urskilja relevanta från irrelevanta data.
- Validera data.

Nutritionsutredningen utgör underlag för beslut om lämplig *nutritionsdiagnos*.

Nutritionsdiagnos

Nutritionsdiagnosen är dietistens aktuella uppfattning om och bedömning av patientens tillstånd. Den kan under behandlingens gång behöva omformuleras allteftersom 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. Diagnosen uttrycks i form av ett stringent uttalande, ett så kallat PES-uttalande. Detta utgörs av ett koncentrat av ändamålsenliga data från dietistens nutritionsutredning och ger 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 nutritionssvårigheter 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 svarar på frågan om hur dietisten kommit fram till att patienten har det/de nutritionsproblem som identifierades i det första steget (Problem).

De standardiserade fraserna ”relaterat till” och ”vilket yttrar sig som” länkar samman nutritionsproblemet med dess etiologi, respektive etiologin 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, avmagrad och har ett nedsatt allmäntillstånd. Under vårdtiden har även sväljsvårigheter konstaterats:

”Malnutrition (P), relaterat till sväljsvårigheter och oförmåga att inta normalkost (E), vilket yttrar sig som >10% viktnedgång det senaste halvåret samt undervikt motsvarande BMI 17 (S).”

Dietistens uppgift blir här att ordinera en nutritionsregim som är anpassad till graden av aktuella sväljningsvårigheter (E). Nutritionsbehandlingen kan exempelvis bestå i att patienten sätts in på konsistensanpassad kost eller artificiell nutrition. Hur väl behandlingen faller ut

bedöms sedan utifrån eventuell viktförändring och ökning eller minskning av patientens BMI (S). För en ändamålsenlig uppföljning är det således nödvändigt att angivna symtom och tecken är *mätbara*.

Nutritionsåtgärd

En nutritionsåtgärd är en uppsättning aktiviteter och insatser som görs för att hantera patientens nutritionsproblem. Det handlar här om avsiktliga och planerade handlingar, vilka har ett specifikt ändamål och som 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 underlag för vidare beslut om eventuell fortsatt nutritionsbehandling och/eller justering av denna.

Standardiserad terminologi

”Begrepp och termer måste vara entydiga och enhetliga, till skydd för enskilda, för verksamhetsuppföljning och planering, samt för insamling av hälsodata, kvalitetsdata m.m.”

Socialstyrelsen (9)

Enligt ADA är en standardiserad terminologi en av förutsättningarna för att dietisten ska kunna bedriva ett effektivt och evidensbaserat nutritionsarbete i samverkan med annan vårdpersonal (7). När en standardiserad terminologi används för att formulera och dokumentera kliniska nutritionsbedömningar, har man sett att skriftlig och muntlig kommunikation mellan medlemmarna i vårdteamet kring patienten förbättras (10).

I Sverige har ”en patient, en journal” i flera år varit ett strategiskt mål för hälso- och sjukvården. Om vi ska nå dit måste, enligt Socialstyrelsen, journalens struktur och innehåll bli tvärprofessionellt och omfatta ett gemensamt språkbruk för journaldokumentation. Patientjournalen utgör därför en viktig grund för kommunikation mellan olika yrkesgrupper inom vården (10). Det är nödvändigt att använda ett gemensamt språk vid dokumentation av nutritionsbehandlingsprocessen för att främja ett så patientsäkert och smidigt sätt att arbeta som möjligt. Inom vården råder det emellertid brist på definierade begrepp för nutritionsbehandling och dess effekter idag (2). För dietistens del utgör detta ett hinder för en enhetlig dokumentation av nutritionsinsatser, och risk finns för att professionens bidrag i vårdkedjan blir osynligt (4).

Som en logisk förlängning av arbetet med Nutritionsbehandlingsprocessen har ADA utvecklat en standardiserad terminologi, som på ett tydligt och konsekvent sätt beskriver dietistens specifika insatser avseende nutritionsutredning, fastställande av nutritionsdiagnos, samt åtföljande åtgärder, nutritionsuppföljning och utvärdering. Dessa termer med förklaringar finns samlade i skriften *International Dietetics and Nutrition Terminology (IDNT) Reference Manual* (8).

En enhetlig terminologi för dokumentation av nutritionsbehandling och dess effekter är avgörande för att (2):

- utvärdera och samordna behandling
- påvisa typen av, nivån på och komplexiteten i aktuell nutritionsbehandling

- generera ny kunskap om effekten av nutritionsbehandling.

Sammanfattningsvis bidrar ett standardiserat språk till att dietistens unika funktion och expertkunskaper inom nutritionsområdet synliggörs (5).

Evidensbaserad nutritionsbehandling

Evidensbaserat kliniskt arbete innebär att medvetet och systematiskt grunda sina beslut och åtgärder på bästa tillgängliga kunskap (11). En samlad kunskapsbank för evidensbaserad nutritionsbehandling har hittills saknats för dietister i Sverige. Många kostråd som ges, och flera av de nutritionsbehandlingar som tillämpas idag, saknar vetenskapligt bevisad effekt. ADA:s mångåriga arbete med att ta fram vetenskapligt underlag för nutritionsbehandling finns samlat i deras on line-tjänst *Evidence Analysis Library*, som presenterar evidensbaserade behandlingsalternativ vid olika nutritionsdiagnoser.

Standardisering av nutritionsbehandlingsprocessen har bland annat till syfte att motivera dietister att bedriva nutritionsbehandling utifrån ett vetenskapligt och holistiskt perspektiv. Strukturen i ADA:s Nutritionsbehandlingsprocess överensstämmer med vetenskaplig metod för problemlösning eftersom den bygger på ett antal steg med en inbördes bestämd ordning. Med denna förstärks således den vetenskapliga grunden i dietistens arbete (4,5).

Fokus på arbetsprocesser inom vård och omsorg

I flera länder, däribland Sverige, har andra discipliner inom hälso- och sjukvården redan etablerat egna arbetsprocesser, liknande ADA:s Nutritionsbehandlingsprocess med tillhörande standardiserade terminologi. Framförallt sjuksköterskor och arbetsterapeuter bedriver ett omfattande kvalitetsutvecklingsarbete på detta område (12,13). I USA har sjuksköterskorna arbetat med sin omvårdnadsprocess och tillhörande terminologi sedan 1960-talet. Deras arbete har utgjort bas för ADA:s utformning av en modell för dietistens arbetsprocess – ADA:s Nutritionsbehandlingsprocess (3).

Dokumentation – ett viktigt led i nutritionsbehandlingsprocessen

Ett första steg mot att arbeta kvalitetsmedvetet är att dokumentera sitt arbete. Enligt den svenska patientdatalagen finns ingen given struktur för hur informationen i patientjournalen ska organiseras, men det är vanligt att strukturen anger den aktuella arbetsprocessen (14). Nutritionsbehandlingsprocessen och hur den dokumenteras hänger intimt samman. För att samtliga steg i en nutritionsbehandlingsplan ska kunna genomföras behövs ofta samordning med annan vårdpersonal. För att koordinera nutritionsinsatserna i förhållande till planen krävs också att alla moment dokumenteras, d.v.s. förs in i patientens journal. Journaldokumentationen är därför en viktig komponent i nutritionsbehandlingsprocessen och en förutsättning för att dietisten ska kunna länka samman sin nutritionsbedömning med utredningsfynd, mål och behandlingsstrategier. Man kan uttrycka det så att strukturen i dokumentationen och dess innehåll speglar hur nutritionsbehandlingsprocessen ser ut och vilken kvalitet den håller (3). ADA:s Nutritionsbehandlingsprocess är ett verktyg som i studier har visat sig åstadkomma förbättringar av både dietistens arbetsprocess och journaldokumentation (15).

Otillräcklig information kontra dubbeldokumentation i patientjournalen

Patientjournalen ska enligt Patientdatalagen innehålla de uppgifter som krävs för att ge patienten en god och säker vård (16). Den ska kunna läsas och förstås av annan hälso- och sjukvårdspersonal, liksom av patienten själv. Rutinerna för dokumentation av patientuppgifter ska

säkerställa att uppgifter så långt möjligt dokumenteras med hjälp av fastställda begrepp och termer, klassifikationer och kodverk (17). Dokumentation i patientjournalen används i första hand av vårdpersonal för att följa förändringar i patientens hälsotillstånd och funktionsförmåga i syfte att se vad som gjorts tidigare och för att bedöma effekten av insatta åtgärder. Numera förväntas innehållet även kunna användas som underlag för verksamhetsutveckling, tillsyn och forskning (18).

I samband med att informationshanteringen inom vård och omsorg idag genomgår grundläggande förändringar där nya strukturer för verksamhetsöverskridande processer införs, har betydande brister i dokumentationen uppmärksammats. Detta har visat sig få konsekvenser för såväl patientsäkerhet som vårdeffektivitet (19). Många gånger saknas viktig information i patientjournalen, samtidigt som dubbeldokumentation förekommer i stor omfattning. Dubbeldokumentation beskrivs som ett återkommande problem som både är tidsödande och tynger journalen, samtidigt som överskådligheten försämras (20). Dubbeldokumentation definieras som att samma information återkommer i patientjournalen, antingen genom att olika yrkeskategorier för in samma uppgifter om patienten på olika ställen i journalen, eller att olika personer inom samma yrkeskategori gör det (19,21,22).

I en rapport av Grufman Reje Management (19) beskrivs resultatet av en omfattande journalgranskning som gjordes på ett antal sjukhus i södra och västra Sverige i början av 2000-talet. Man fann bland annat att många journaler inte uppfyllde kraven på patientsäkerhet, ändamålsenlighet och legalitet. De granskade journalerna var genomgående dåligt strukturerade, vilket försvårade tillgängligheten och effektiv kommunikation av innehållet. Den intellektuella bearbetningen (bedömning, prognos, sammanfattning etc.) saknades i de flesta fall eller var ofullständigt.

Sveriges dietister dokumenterar

Personal som är verksam inom hälso- och sjukvårdens område och har legitimation eller särskilt förordnande att utöva ett visst yrke är skyldig att föra journal (18). Sveriges dietister fick yrkeslegitimation 2006 och ålades då också journalföringsplikt. Dessförinnan hade dietisten endast skyddad yrkestitel. Då gällde dokumentationsskyldighet, vilket innebar att dietistens dokumentation inte reglerades av Patientdatalagen.

Någon mer omfattande granskning av dietisters journaldokumentation har tidigare inte gjorts i Sverige, enligt samtal med Dietisternas Riksförbunds (DRF) ordförande Elisabet Rothenberg, 100520. Hur svenska dietister som grupp har dokumenterat sitt arbete är i ett historiskt perspektiv därför okänt. Enligt Elisabet Rothenberg förekommer sannolikt stora lokala och individuella skillnader, men i vilken omfattning är ovisst.

Vid det svenska universitetssjukhus, där föreliggande kartläggning av dietisters journaldokumentation gjordes, var det först i samband med införandet av elektroniska patientjournaler i mitten av 1990-talet som man började arbeta med dokumentationens struktur (enligt Dietistklinikens dokumentationsansvariga, Linda Mann Knutas). 2004 övergick Dietistkliniken till att använda det elektroniska journalföringssystemet Take Care. En gemensam journalmallstruktur med ett antal definierade sökord togs fram i samband med detta. Inledningsvis gavs utbildning till samtliga klinikens dietister i journalföring med hjälp av definierade sökord. En av sjukhusets fyra dietistsektioner hade under en period återkommande diskussioner kring sökorden och dess användning utifrån avidentifierade journalanteckningar. I övrigt har uppföljande insatser på området i princip saknats. Hittills har nyanställda på Dietistkliniken inte regelmässigt erbjudits utbildning i dokumentation och sökordsanvändning. På grund av att

inte heller någon löpande fortbildning i journalföring erbjudits sjukhusets dietister har (enligt Dietistklinikens dokumentationsansvariga Linda Mann Knutas, 101017) påtagliga individuella skillnader i dokumentationsteknik med tiden etablerats de enskilda dietisterna emellan.

Journalgranskning

Journalgranskning möjliggör jämförelser av den egna verksamheten över tid. Det är även ett sätt att få en uppfattning om vad som behöver förändras eller förbättras och kan användas som diskussionsunderlag i samband med förändringsarbete (24). Svenska sjuksköterskor är en yrkesgrupp med lång erfarenhet av kvalitetsutveckling med hjälp av journalgranskning. Sedan 1960-talet i USA (3) och sedan 1970-talet i Sverige, har de arbetat med och utvecklat sin omvårdnadsprocess och dokumentationen av denna. Björvell konstaterar att granskning av sjuksköterskornas journaldokumentation är viktig eftersom man därigenom kan identifiera potentiellt undermålig bedömning, bristfällig struktur och dålig omvårdnadsplanering (12). Vidare kan journalgranskning, enligt Björvell, utgöra underlag för utvärdering av journaldokumentation i kvalitetsförbättrande syfte. Journaldokumentation av hög kvalitet anses vara en förutsättning för säker och effektiv vård. Journalgranskning bör därför göras regelbundet för att möjliggöra upprätthållande av en god journalföringsstandard .

Med undantag av enstaka mindre insatser har journalgranskning i kvalitetsutvecklande syfte inte förekommit på Dietistkliniken vid det universitetssjukhus där denna studie gjorts. I en icke publicerad intern utredning som gjordes av Dietistklinikens utvecklingsgrupp hösten 2009, uppgav de tillfrågade dietisterna att de varit tvungna att utarbetat egna system för journalföring på grund av avsaknad av klinikgemensamma dokumentationsriktlinjer. Flera dietister menade att det var svårt att dokumentera i patientjournalen och att de ofta kände sig osäkra på om de dokumenterade ”rätt eller fel”. Många nämnde också att de inte kände sig säkra på hur de skulle använda sökorden i det elektroniska journalföringssystemet. Med implementeringen av ADA:s Nutritionsbehandlingsprocess förväntar sig Dietistklinikens ledningsgrupp att man successivt ska komma till rätta med denna problematik.

3 Syfte

Syfte med detta arbete är att utforma, validera och reliabilitetstesta ett journalgranskningsinstrument utifrån innehållet i och kopplingen mellan de fyra stegen i ADA:s Nutritionsbehandlingsprocess, samt att med detta kartlägga rådande arbetsprocess och journalföringsmetodik vid universitetssjukhusets dietistklinik inför implementeringen av ADA:s Nutritionsbehandlingsprocess.

4 Material

Studien baseras på 60 journalanteckningar, skrivna av dietister vid universitetssjukhusets dietistklinik under mars månad 2009. Samtliga journalanteckningar är således dokumenterade innan utvecklingsgruppen i april samma år fick uppdraget att utveckla dietistklinikens nutritionsbehandlingsprocess. Aktuella journalanteckningar identifierades via sökning i Take Care, vilket är det datasystem som används för journaldokumentation på det aktuella sjukhuset.

Inklusionskriterier

Samtliga journalanteckningar som inkluderades i studien avsåg ett polikliniskt nybesök eller en första kontakt på vårdavdelning, alternativt per telefon med annan vårdpersonal, patienten eller anhörig. Detta kriterium valdes eftersom det i regel är vid denna första kontakt som en

mer genomgående nutritionsutredning görs och samtliga nutritionsbehandlingsprocessens delmoment dokumenteras. Undantaget är dock steget ”Uppföljning”, som endast kan planeras vid detta tillfälle. Dokumentation som uteslutande avsåg kost- eller nutritionsinformation/-utbildning exkluderades ur studien i de fall där denna inte krävt någon nutritionsbedömning eller plan för nutritionsbehandling.

Författaren är själv verksam vid det aktuella sjukhusets dietistklinik, varför egna journalanteckningar inte granskats eller på annat sätt ingått i materialet.

5 Metod

Inledningsvis satte författaren samman ett journalgranskningsinstrument utifrån de fyra stegen i ADA:s Nutritionsbehandlingsprocess (se bilaga 1 och 3). Instrumentet utgjordes dels av ett formulär med tio frågor, dels av en manual med granskningsanvisningar. Frågorna avsåg att spegla de olika aspekterna av ADA:s Nutritionsbehandlingsprocess och att visa i vilken utsträckning de olika stegen kopplats samman på ett logiskt sätt. Som utgångspunkt för frågeformuleringen använde författaren en granskningsmall som utarbetats av ADA (se bilaga 3). För en utförligare beskrivning av granskningsmetodiken, se bilaga 4.

Granskningsanvisningar till respektive fråga togs fram för att minimera det subjektiva inslaget i granskningsförfarandet, för att underlätta granskning och uppnå bästa möjliga samstämmighet (interbedömarreliabilitet) när flera personer granskar samma journaler.

Frågor delades in i fem sektioner: utredning, PES-uttalande, åtgärder, uppföljning/avslutande åtgärder och övrigt. De två frågorna under ”Övrigt” avsåg att belysa textens tydlighet och stringens. Dessa faktorer utgör inte något faktiskt steg i ADA:s Nutritionsbehandlingsprocess. De är dock viktiga kvalitetsmässiga komponenter och följer naturligt av en strikt tillämpning av modellen, varför frågorna bedömdes vara berättigade.

Samtliga granskningsmallens tio frågor, med undantag av fråga 9, gav 2 poäng för ett jakande svar, 1 poäng för ”delvis” och 0 poäng för ett nekande svar. På fråga 9 fanns endast svarsalternativen ”ja” och ”nej”. Det visade sig att alternativet ”delvis” inte var relevant i detta sammanhang p.g.a. att ingen av de granskade journalanteckningarna krävde detta alternativ för en rättvisande bedömning. Högre poäng för denna fråga ansågs dessutom ge den allför stor tyngd i förhållande till övriga frågor. För fråga 9 och 10 tillämpades omvänd poängttilldelning, vilket innebär att ett nekande svar gav högre poäng än ett jakande då ett sådant var det mest önskvärda här (se granskningsanvisningarna, bilaga 1). För fråga 9 gavs 1 poäng för ”nej”- och 0 poäng för ”ja”-alternativet. På fråga tio var maxpoängen 2 för ett nekande svar, för ”delvis” 1 poäng och för ”ja” 0 poäng.

För att hålla studiens omfattning på en rimlig nivå lades betoningen på de granskade journalanteckningarnas struktur, förekomst av basal information utifrån innehållet i ADA:s Nutritionsbehandlingsprocess och textens tydlighet och stringens. Journaltexternas språkliga nivå, kvaliteten på och riktighet i de bedömningar som gjorts och de åtgärder som satts in eller rekommenderats bedömdes inte. I diskussionsavsnittet förs dock ett resonemang kring den rådande journalföringsmetodikens möjliga förbättringspotential med utgångspunkt från bifynd i form av kvalitetsmässiga brister som gjorts under granskningsarbetets gång.

Granskningsanvisningarna för tolkning av svaren på de enskilda frågorna (se bilaga1) utformades så att förförståelse och expertkunskaper inom området nutrition inte skulle krävas av journalgranskaren. Dock förutsätts grundläggande kunskaper i ADA:s Nutritionsbehandlingsprocess, sjukdomslära, fysiologi, nutrition samt gedigen erfarenhet av elektronisk journaldokumentation i datasystemet Take Care.

De första journalanteckningarna som inkluderades i studien utgjordes av samtliga nybesök/första kontakter, journalförda av dietistklinikens medarbetare under vecka 10, 2009. Därefter sökte författaren systematiskt bakåt i tiden efter journalanteckningar som uppfyllde de i förväg angivna inklusionskriterierna, se ovan. En så jämn fördelning som möjligt eftersträvades mellan dietistklinikens sektioner och de dietister som var i tjänst under aktuell tidsperiod. Sökandet avslutades när var och en av dessa dietister representerades av 1-2 patientjournaler. 72 % av de inkluderade journalanteckningarna var skrivna av vuxen- och 28 % av barndietister. Under den aktuella perioden var 42 dietister i tjänst, varav drygt hälften (23 stycken) arbetade heltid och resterande deltid. 69 % av dessa var vuxen- och 31 % var barndietister. Ett mindre antal av klinikens dietister (5 stycken) skrev vid det aktuella tillfället under andra kliniker än Dietistkliniken, vilket gjort att deras anteckningar inte varit tillgängliga för granskning. Undantag utgjordes dock av en dietist vid Gastrocentrum, för vilken tillstånd för åtkomst av journaldokumentation söktes separat enligt denna kliniks önskemål.

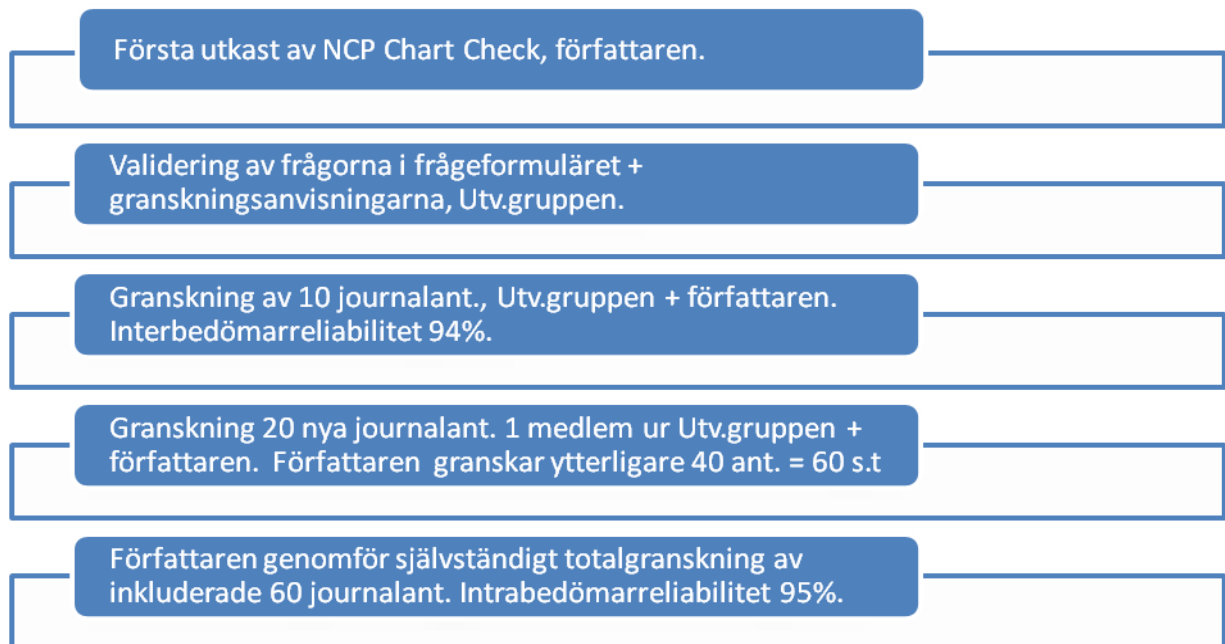
Validitet

Granskningsmallens frågor innehållsvaliderades (25) av utvecklingsgruppens tre medlemmar, varav samtliga är väl förtrogna med ADA:s nutritionsbehandlingsprocess och dess kliniska tillämpning. Utvecklingsgruppen tog då ställning till huruvida frågorna speglade innehållet i aktuell journaldokumentation på ett adekvat sätt i förhållande till stegen i ADA:s Nutritionsbehandlingsprocess. För test av tydligheten i granskningsmallens frågeformulering och användbarheten av instrumentets granskningsanvisningar, granskades totalt tio journalanteckningar vid två tillfällen av författaren och de tre sakkunniga gemensamt. Ändringarna avsåg omformulering och förtydligande av frågor. Även granskningsanvisningarna korrigerades utifrån dessa ändringar av författaren.

Reliabilitet

Efter den inledande granskningen av frågeformulering och granskningsanvisningar granskade författaren och de tre sakkunniga ytterligare tio journalanteckningar (kopior av aidentifierade utskrifts från Take Care), denna gång oberoende av varandra. Grad av interbedömarreliabilitet beräknades genom att antalet likvärdigt bedömda frågor dividerades med antalet likvärdigt bedömda frågor + antalet ej likvärdigt bedömda frågor.

Författaren och en av de sakkunniga granskade därefter de första 20 inkluderade journalanteckningarna, först enskilt och därefter gemensamt. Ingen av tidigare granskade journalanteckningar ingick i denna granskning. De fall där granskarnas poängsättning skilde sig åt diskuterades och konsensus uppnåddes i samtliga fall. Efter denna kalibrerande process granskade författaren självständigt resterande 40 journalanteckningar. Åtta veckor senare genomförde författaren på egen hand ännu en granskning av samtliga inkluderade journalanteckningar och **intra**bedömarreliabilitet (test-retestreliabilitet) beräknades.



Figur 2: Metodprocess, NCP Chart Check

Forskningsetiska överväganden

Innan arbetet påbörjades ställdes en skriftlig formell förfrågan till dietistklinikens verksamhetschef för tillstånd att granska journalanteckningar som skrivits av dietistklinikens kliniskt verksamma medarbetare under den aktuella tidsperioden. En separat ansökan ställdes även till Gastrocentrum, enligt deras eget önskemål, för åtkomst av deras dietistjournaler. Godkännande erhöles från båda parter.

Journalgranskningsförfarandet har inneburit att patientdata och andra känsliga uppgifter hanterats. De journalanteckningar som ingått i studien har behandlats konfidentiellt, både avseende patientuppgifter och journalförande dietist.

Syftet med denna studie var inte att granska enskilda dietisters dokumentationsfärdigheter, utan hur sjukhusets dietister som grupp journalför sina patientkontakter. Mot bakgrund av detta bedömde sjukhusets jurist Mats Gustafsson (091203) att den granskning av kollegors journaldokumentation som författaren här avsåg göra var etiskt hållbar.

Någon forskningsetisk ansökan har inte gjorts enligt Lagen om etikprövning av forskning som avser människor (2003:460) eftersom lagen inte omfattar studier som utförs inom ramen för högskoleutbildning på grundnivå eller avancerad nivå.

6 Resultat

NCP Chart Check

Det journalgranskningsinstrument som togs fram har fått namnet *NCP Chart Check* (se bilaga 1 och 3). Instrumentets totalt tio frågor med tillhörande granskningsanvisningar innehållsvaliderades av utvecklingsgruppens tre sakkunniga och bedömdes vara relevanta utifrån sitt syfte och aktuellt ämnesområde.

NCP Chart Check visade på hög grad av reliabilitet när den användes av olika granskare. Den inledande granskningen av totalt tio journalanteckningar, vilken författaren och de tre sakkunniga genomförde oberoende av varandra, gav en **interbedömarreliabilitet** på 94 %. Vid författarens *re-test* av de 60 inkluderade journalanteckningarna, åtta veckor efter den första totalgranskningen, uppgick **intrabedömarreliabiliteten** (test-retestrelabilitet) till 95 %. Enligt Polit och Tatano Beck (26) anses en interbedömarreliabilitetskoefficient i närheten av 70 % vara tillfredsställande.

Journalgranskningsresultat

Resultatredovisningen nedan baseras på resultatet av den första totalgranskningen, d.v.s. den som inleddes med att författaren och en av Utvecklingsgruppens medlemmar genomförde en kalibrerande granskning av 20 journalanteckningar, vilken författaren sedan avslutade genom att självständigt granska resterande 40 journalanteckningar. Frågeformulärets maxpoäng var 19. Genomsnittet för de granskade patientjournalerna uppgick till 10,78 poäng, medianvärdet 11 poäng och standardavvikelsen var 3,04. Tillsammans erhöll de granskade journalanteckningarna totalt 57 % av antalet möjliga poäng. Se tabell 1 för redovisning av resultatet per fråga i % av maxpoäng.

Tabell 1: Fördelning mellan respektive svarsalternativ per fråga, samt summa lpoäng per fråga av samtliga granskade journaler (n=60) i procent av total maxpoäng per fråga för samtliga journaler. För fråga 1-8 ger ja-svar 2 poäng, delvis 1 poäng nej svar 0 poäng (maxpoäng per fråga 2x60=120poäng). För fråga 9 och 10 gäller omvänd poäng-tilldelning. Nej-svar på fråga 9 ger 1 poäng och ja-svar 0 poäng (maxpoäng för denna fråga, alla journaler 1x60=60 poäng). För fråga 10 ges 2 poäng för nej-svar, 1 poäng för "delvis" och 0 poäng för ja-svar (maxpoäng 2x60=120 poäng).

Resultat frågor (antal)				% av maxpoäng	
Fråga	Ja	Delvis	Nej	Fråga	% av maxpoäng
Fråga 1	35	23	2	Fråga 1	78 %
Fråga 2	24	28	8	Fråga 2	63 %
Fråga 3	21	27	12	Fråga 3	58 %
Fråga 4	0	0	60	Fråga 4	0 %
Fråga 5	39	20	1	Fråga 5	82 %
Fråga 6	24	32	4	Fråga 6	67 %
Fråga 7	4	9	47	Fråga 7	14 %
Fråga 8	45	6	9	Fråga 8	80 %
Fråga 9	13		47	Fråga 9	78 %
Fråga 10	12	17	31	Fråga 10	66 %

Förklaring till tabell 1

Fråga 1: Har ett eller flera nutritionsproblem identifierats?

Fråga 2: Har faktisk eller förmodad orsak/etiologi till nutritionsproblemet angivits?

Fråga 3: Om förekomst av nutritionsproblem, finns stöd för detta/dessa i journalanteckningen i form av hänvisning till tecken (objektiva) och symtom (subjektiva)?

Fråga 4: Finns ett PES-uttalande?

Fråga 5: Har någon nutritionsåtgärd satts in/planerats, eller finns kommentar om varför nutritionsåtgärder inte varit aktuella?

Fråga 6: Finns uppgifter i journalanteckningen som ger stöd för eller förklaring till valda nutritionsåtgärder, alternativt beslut att inte vidta nutritionsåtgärder?

Fråga 7: Finns ett eller flera nutritionsmål angivna?

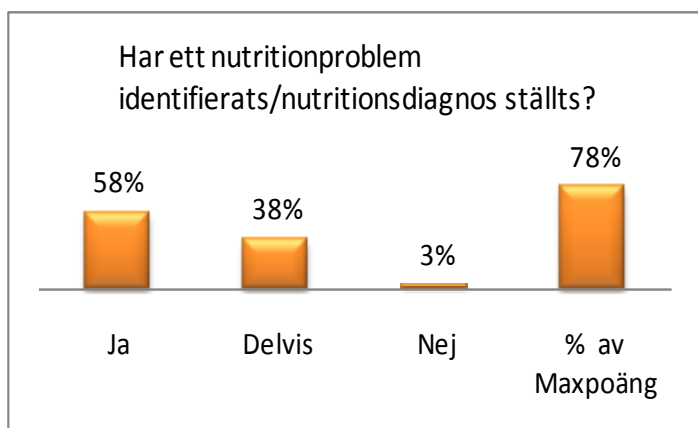
Fråga 8: Finns uppgift om huruvida patienten avslutats och/eller överrapporterats, alternativt om uppföljning planerats och i så fall genomförts?

Fråga 9: Förekommer relevanta uppgifter i nutritionsutredningen/anamnesen som inte får någon återkoppling i nutritionsbedömningen och/eller nutritionsåtgärderna?

Fråga 10: Förekommer överflödigt information i journaltexten som inte har något att göra med de angivna nutritionsåtgärderna/-bedömningen, eller beslut om att inte vidta någon nutritionsåtgärd?

Nutritionsutredning och PES-uttalande

Den första frågan gällde huruvida dietisten identifierat ett nutritionsproblem och/eller om en nutritionsdiagnos ställts. I drygt hälften (58 %) av de granskade journalanteckningarna var detta fallet och problemet/diagnosen hade dessutom uttryckts på ett klart och tydligt sätt, dock inte i enlighet med ADA:s standardiserade form (se ”Nutritionsdiagnos”, sid 3). I 23 av 60 journalanteckningar (38 %) var nutritionsproblemet endast indirekt eller otydligt uttryckt. Indirekt innebar här exempelvis att patientens nutritionsproblematik endast angivits i form av en medicinsk diagnos, vilken i sig skulle kunna innebära nutritionssvårigheter, t.ex. KOL (ökat energibehov p.g.a. försvårat andningsarbete), dysfagi (sväljsvårigheter som kan innebära minskat intag av mat och dryck), IBD (försämrat upptag av näringsämnen) etc. Ett nutritionsproblem bedömdes även vara otydligt uttryckt om texten var så osammanhängande eller oklart skriven att läsaren hade svårt att uppfatta vilket/vilka nutritionsproblem dietisten eventuellt identifierat.



Figur 3: Fråga 1 (n=60). I de flesta av de granskade journalanteckningarna hade ett nutritionproblem identifierats. Dock förekom att nutritionsproblemet endast uttryckts indirekt, t.ex. i form av en medicinsk diagnos, eller på annat sätt beskrivits på ett otydligt sätt (se "Delvis")

En tydlig beskrivning av det aktuella nutritionproblemets orsak/etiologi hade dokumenterats i 40 % av de granskade journalanteckningarna. På frågan om nutritionproblemets faktiska eller förmodade orsak/etiologi angivits i journalanteckningen var svaret "Delvis" i knappt hälften av fallen (47 %). "Delvis" står här för att etiologin endast är indirekt uttryckt, t.ex. som medicinsk diagnos, eller att etiologin inte angivits för *samtliga* identifierade nutritionproblem.

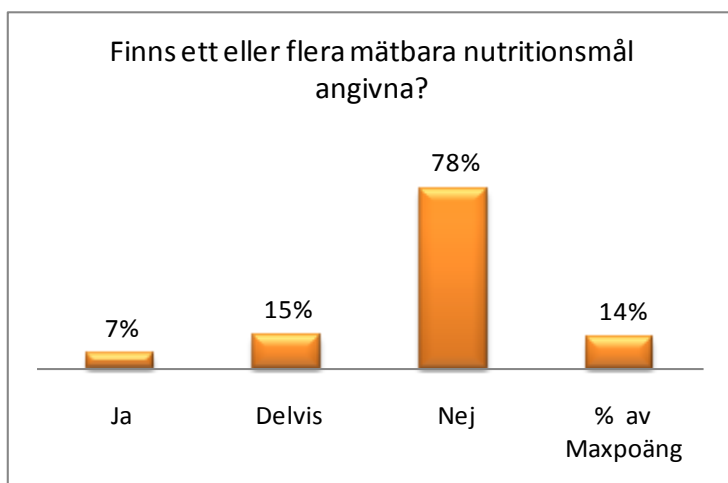
I 35 % av fallen hade tecken och/eller symtom angivits för samtliga identifierade nutritionproblem. I 45 % av journalanteckningarna hade dietisten dokumenterat symtom och/eller tecken för något eller några av aktuella nutritionproblem, men inte för samtliga. Delvis omfattar även de fall där symtom och tecken inte har kopplats till aktuell nutritionproblematik i journaltexten, se "Delvis". I 20% av journalanteckningarna hade inga symtom eller tecken dokumenterats.

Frågan som avsåg förekomst av PES-uttalande fick i samtliga fall 0 poäng eftersom sjukhusets dietister ännu inte tillämpade PES-uttalande då de inkluderade journalanteckningarna i denna studie skrevs.

Nutritionsåtgärder, nutritionsmål och uppföljning/avslutande åtgärder

Dietisterna identifierade ofta flera olika nutritionproblem hos patienten. I 65 % av journalanteckningarna fanns uppgifter som stödde samtliga dietistens val av åtgärder. Det förekom dock att endast något eller några av nutritionproblemen blev föremål för åtgärd och att övriga lämnades utan kommentar. Bedömningsalternativet "Delvis" omfattar dessa journalanteckningar (33%).

I fyra av de 60 granskade journalanteckningarna (7 %) hade dietisten angivit tydliga och mätbara mål för sina planerade nutritionsåtgärder. Cirka fyra femtedelar (78 %) av journalanteckningarna saknade däremot en klart uttryckt målsättning för den behandling som rekommenderats.

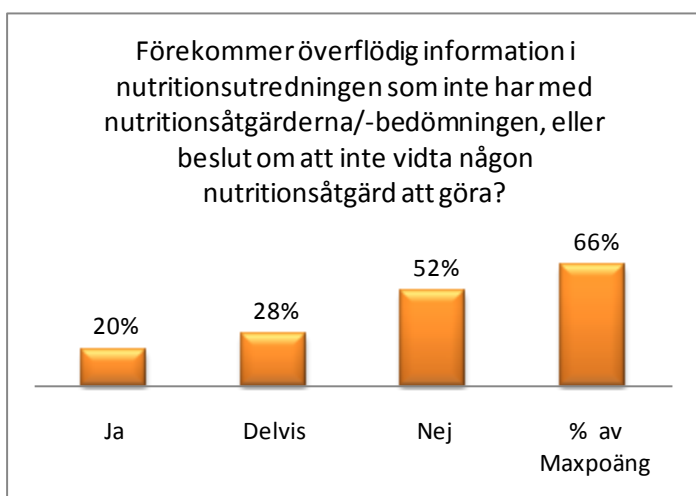


Figur 4: Fråga 7 (n=60). Mätbara mål för insatt nutritionsbehandling saknades eller var otydligt uttryckta i så gott som samtliga granskade journalanteckningar ("Nej" 78%, "Delvis" 15% = 93%).

De flesta patienter (75 %) hade erhållit nutritionsuppföljning där sådan bedömts nödvändig. I 10 % av journalanteckningarna fanns en plan för uppföljning, men ingen uppföljning hade gjorts. Resterande 15 % av patienterna hade planerats för en uppföljande kontakt men inte fått en sådan, alternativt saknades plan för uppföljning eller kommentar om att patienten avslutats.

Övrigt – journaltextens tydlighet och stringens

De kompletterande frågorna nio och tio var avsedda att fånga journaldokumentationens stringens och tydlighet. Full poäng på fråga nio krävde att samtliga upplysningar som angavs i journalanteckningens nutritionsutredningsdel och som var av betydelse för patientens nutritionsproblematik/nutritionsstatus fick återkoppling eller kommenterades i dietistens nutritionsbedömning. I ca 20 % av anteckningarna saknades en sådan återkoppling eller kommentar. Resultatet för fråga tio visad att det i hälften av de granskade journalanteckningarna förekom information som inte var relevant för dietistens insats, d.v.s. inte var kopplad till dietistens nutritionsbedömning eller de nutritionsåtgärder som planerades. Det rörde sig här således om överflödigt text som belastade journaltexten och som försämrade tillgängligheten av dess innehåll.



Figur 5: Fråga 10 (n=60). Överflödigt information i journaltexten förekom i cirka hälften av de granskade dietistanteckningarna ("Ja" 20% + "Delvis" 28% = 48%).

7 Diskussion

NCP Chart Check

Denna studie har resulterat i ett instrument för granskning av dietisters journaldokumentation – NCP Chart Check. Granskning av patientjournaler inbegriper alltid ett visst mått av subjektivitet (27), så för att minimera denna påverkan på resultatet har det aktuella granskningsverktyget reliabilitetstestats vid flera tillfällen under arbetets gång. Bäst bedömarkonsensus uppnåddes när granskarna först gick igenom granskningsmallen tillsammans och därefter genomförde en gemensam, mindre omfattande kalibrerande granskning innan det faktiska granskningsarbetet påbörjades.

För att en journalanteckning som granskats med NCP Chart Check ska bedömas vara av tillfredsställande kvalitet bör, enligt författaren, minst 15 av 19 möjliga poäng uppnås. Denna siffra baseras på de journalanteckningar i föreliggande journalgranskningsstudie som inkluderade samtliga steg i ADA:s Nutritionsbehandlingsprocess (förutom PES-uttalande) och där olika stegen kopplats samman på ett logiskt sätt. För att möjliggöra jämförelser med resultatet av eventuella framtida NCP Chart Check-granskningar vid sjukhusets dietistklinik, tilldelades dessa journalanteckningar ytterligare 2 poäng, vilka de hade fått om de även inkluderat PES-uttalanden. 17 av de 60 granskade journalerna (28 %) bedömdes vara av tillfredsställande kvalitet utifrån dessa kriterier. Detta anser författaren vara ett tillfredsställande resultat med tanke på att sjukhusets dietister hittills inte fått någon utbildning i hur en journaltext ska skrivas, vilka uppgifter den ska innehålla o.s.v. Trots det har alltså ett flertal enskilda dietister utvecklat ett logiskt och ändamålsenligt sätt att dokumentera sitt arbete.

Avsaknad av gemensam arbetsprocess och enhetlig journalföring

Den journalgranskning som gjorts här med hjälp av NCP Chart Check bekräftar resultaten av tidigare nationella och internationella studier där brister i dietisters och annan vårdpersonals journalföring uppmärksammats (3,22,30). Liksom ADA:s kartläggning från 1998 (3) visar den att det generellt förekommer otydlighet och inkonsekvens i dietistens arbetsprocess och i dokumentationen av denna.

Utifrån ADA:s tes att dietistens dokumentation i patientjournalen speglar den aktuella nutritionsbehandlingsprocessen, förekommer betydande skillnader mellan sjukhusets dietisters respektive sätt att arbeta. Ett flertal journalanteckningar fick, som ovan nämnts, tillfredsställande poäng vid granskning med NCP Chart Check. Andra uppvisade dock en journalföring som var helt eller delvis ofullständig, otydlig och/eller innehöll ovidkommande information, vilket gjorde texten svårläst. Oliketerna i dokumentationsfärdighet kan sannolikt bero på avsaknad av fortlöpande utbildning i dokumentationsteknik och i hur sökorden i det elektroniska journalföringssystemet ska användas.

Diffust beskriven nutritionsproblematik

När det gäller dietistens beskrivning av aktuella nutritionssvårigheter i patientjournalen, är den många gånger otydlig eller diffus. Detta är anmärkningsvärt eftersom identifiering av patientens nutritionsproblematik är en förutsättning för dietistens nutritionsbedömning och åtföljande beslut om nutritionsbehandling. I de flesta fall har troligtvis dietisten fört ett sådant resonemang, men inte journalfört den intellektuella bearbetningsprocessen.

Uppgifterna i exemplet nedan är de enda förekommande i den aktuella journalanteckningen som skulle kunna ge vägledning om vilket/vilka nutritionsproblem dietisten tänkt sig att behandla:

”Pt är magerlagd, alb 31, planerad behandling mot cancersjukdom.”

Jämfört med tydligheten i ett PES-uttalande säger denna formulering i princip ingenting om vad dietistens uppgift består i. Ett PES-uttalande skulle i detta fall kunna formuleras på följande sätt, vilket dock förutsätter att en mer noggrann nutritionsutredning gjorts:

”Undervikt relaterat till nedsatt aptit och få infrekventa små måltider, 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 ovan 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 inte cancersjukdomen i sig av intresse här, utan de nutritionssvårigheter den bidrar till. I exemplet finns flera mätvärden angivna, vilka kan följas upp vid ett återbesök för utvärdering av insatt nutritionsbehandling; grad av viktförlust, BMI och intag per os.

Bristfälligt underlag för nutritionsåtgärder

Granskningen visade att dietistens åtgärdsplan ofta var vag. I vissa fall kunde den uppfattas mer som ett förslag än som en tydlig nutritionsordination utifrån en välgrundad bedömning. Många gånger intog dietisten en försiktig hållning och beskrev de aktuella nutritionsproblemen i allmänna termer, snarare än koncentrerat i ett klart och vägledande uttalande på det vis ADA:s Nutritionsbehandlingsprocess anger. 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 (28). Här skulle således dietisten kunna använda sin unika kompetens till att lägga mer tyngd bakom sina nutritionsordinationer.

I de granskade dietistjournalerna förekommer fall där nutritionsbehandling satts in och kostråd givits utan att det funnits stöd för dessa åtgärder i journaltexten, t.ex. i form av antropometriska värden, labbdata, resultat från kostregistrering/kalorimätning, uppgift om patientens fysiska förmåga, mentala status etc. För övrig vårdpersonal som är inblandad i patientens nutritionsomhändertagande kan det vara avgörande att veta på vilka grunder dietistens behandlingsförslag vilar för att förstå värdet i att föreslagna åtgärder verkligen vidtas.

Behov av nutritionsmål

Något som är särskilt påtagligt i denna studie är bristen på mätbara mål för insatta nutritionsåtgärder. Utan definierade mål är det svårt att utvärdera sitt arbete och dess resultat. En allvarlig konsekvens av detta har historiskt sett varit att forskning inom nutritionsområdet försvårats, vilket resulterat i brist på vetenskaplig evidens. Det har i sin tur fått som följd att dietistyrkets utvecklingsmöjligheter begränsats (3).

I de allra flesta fall följdes patienterna upp av dietist när så överenskommit. Orsaken till att ett fåtal av patienterna inte fått någon nutritionsuppföljning, trots att så planerats, kan vara tidsbrist, hög arbetsbelastning och krav på att prioritera nybesök/första kontakter. I enstaka fall saknades av okänd anledning en plan för uppföljning, och i ett fåtal av journalanteckningarna var det oklart när uppföljning skulle ske och av vem. Sammantaget tycks dock dietisterna ha utarbetat väl fungerande system för uppföljning.

För mycket information... eller för lite?

Enligt journalgranskningen som gjordes med hjälp av NCP Chart Check var det relativt vanligt att dietistens journaldokumentation var ostrukturerad eller omfattande på ett sätt som gjorde det svårt att hitta relevanta uppgifter i journaltexten. Andra gånger var journaltexten å andra sidan alltför knapphändig. Det finns risk för att brister som dessa gör det svårt, både för kollegor och för annan vårdpersonal, att snabbt få en tydlig uppfattning om dietistens avsikt med insatt behandling, vilka åtgärder som ska vidtas, av vem, och hur dessa ska följas upp etc.

I flera av de granskade journalanteckningarna förekom information och upplysningar som inte hade koppling till eller betydelse för aktuell nutritionsbedömning eller rekommenderade nutritionsåtgärder. Sådan överflödigt text tynger journalanteckningen och texten kan då upplevas rörig och ostrukturerad och viktig information riskerar att försvinna i textmassan:

”Pt:s son undrar över sjukresekort, alternativt färdtjänst. Jag tar frågan vidare till ssk NN.”

”Pt har ju fått en PICC-line och tanken med den är väl att pt ska fortsätta få nutrition även i hemmet? Dr NN är inte på avd och jag måste på väg på möte resten av dagen.”

Några av de journaler som granskades upplevde författaren som ”pratiga” och onödigt detaljerade:

”Hon äter ju alldeles för lite grönsaker. Jag ger förslag på att hon kan köpa djupfrysta grönsaker att värma i mikron. Detta går snabbt. Råa salladsgrönsaker är också bra som hon kan göra till hela familjen. Grönsaker som serveras på jobbet bör hon absolut ta. Frukt blir heller inte av att äta, men hon ska äta minst 1-2 st/d.”

Något som är iögonenfallande i denna journalgranskningsstudie är dietisternas ibland detaljrika beskrivning av de råd som de gett patienten. Dessa kan till viss del ofta hänvisas till sedvanliga råd vid aktuellt nutritionsrelaterat tillstånd, varför sådan information får anses överflödigt. Detta gäller under förutsättning att sedvanliga kostråd vid olika nutritionsproblem är standardiserade och att de finns tillgängliga för övrig vårdpersonal som är involverad i patientomhändertagandet.

Exemplet nedan avser en patient med GI-besvär:

”Bör äta fler små portioner över dagen. Frukost, lunch och middag samt 2-3 mellanmål i form av frukt eller grönsaker. Bör då välja icke gasbildande grönsaker. Bör få in mer gélbildande fibrer som kan fungera stabiliserande vid både diarré och förstoppning. Testa att äta havregrynsgröt till frukost. Prova probiotika som ProViva eller Sempers magdroppar. Bör vara observant på att mycket baljväxter som bönor och linser ger gasbesvär.”

Detta är sannolikt helt adekvata och korrekta kostråd för en person med aktuella magtarmbesvär. Frågan är hur lämpligt det är att samtliga dessa inkluderas i dietistens journaldokumentation eftersom den då blir tidsödande både att läsa och att skriva. Många gånger är standardinformation som denna mycket värdefull för annan vårdpersonal, men bör istället finnas tillgänglig på annan plats än i patientjournalen. Dietistens uppgift blir då istället att individanpassa dessa allmänna råd så att de blir individanpassade och det är dessa justeringar som bör vara av intresse.

Det är vanligt, och i de flesta fall nödvändigt, att dietisten tar en noggrann kostanamnes i samband med ett patientbesök. Alltför ofta saknas dock en kommentar till eller bedömning av denna. I dessa fall utgör den dokumenterade kostanamnesen överflödigt information och bör, enligt författaren, inte uppta utrymme i journalen.

Dubbeldokumentation i patientjournaler förekommer i stor omfattning vid landets sjukhus och andra vårdinrättningar (21,23). I de journalanteckningar som granskats här bedöms dock inte detta vara något utbrett problem. Det är vanligtvis bara är *en* dietist som är inkopplad per patient, till skillnad från det stora antal sjuksköterskor som patienten oftast möter under en sjukhusvistelse. Ju fler personer inom en och samma yrkeskategori som är inblandade i vården av en patient, desto större bör risken logiskt sett vara för att likartad information dokumenteras vid flera tillfällen i patientjournalen.

I likhet med resultaten från tidigare studier (3,19,23) fanns, enligt resultatet av denna journalgranskningsstudie, bland sjukhusets dietister en motsatt tendens till dubbeldokumentation, nämligen att viktiga uppgifter utelämnades. Det innebär att den som läser anteckningen måste söka efter information på andra ställen i patientjournalen för att få en fullständig bild av patientens nutritionsmässiga situation, vilket kan vara mycket tidskrävande. Författarens åsikt är att likväl som onödig text ska undvikas, får inte journalanteckningen bli torftig eller intetsägende på grund av rädsla för att dubbeldokumentera eller att skriva för mycket.

På det aktuella sjukhuset förs idag omfattande diskussioner kring dokumentationen i patientjournalen och hur den ska utformas på ett mer ändamålsenligt sätt i framtiden. Enligt samtal med kvalitetssamordnare Catrin Björvell (101109) bör det dock i nuläget vara rimligt att samtliga uppgifter som ligger till grund för dietistens bedömning och åtföljande åtgärder finns tillgängliga i dietistens egen journaldokumentation kring en patient. Framförallt är detta viktigt för att dietisten ska klargöra vilka fakta den gällande nutritionsbedömningen baseras på och på vilka grunder aktuell nutritionsbehandling valts.

Bifynd – betydelsen av sökord

De journalanteckningar som i denna studie uppfattats som bäst strukturerade och lättlästa är de där dietisten använt sökorden korrekt. Författaren fann att sökorden i sig tycks vara en hjälp för dietisten att få med relevanta upplysningar i sin journaldokumentation och strukturera dessa på ett logiskt och lättläst sätt. Sökorden verkar vara vägledande för vilka steg i nutritionsbehandlingsprocessen som ska tas och vilken information som ska inkluderas. På detta vis styr sökorden nutritionsbehandlingsprocessen som sådan, d.v.s. dietistens arbetssätt. Eftersom det tidigare inte förekommit någon definierad nutritionsbehandlingsprocess vid sjukhusets dietistklinik, drar författaren slutsatsen att sökorden haft denna strukturerande funktion, både för dokumentationen i sig och för själva nutritionsbehandlingsprocessen. Under granskningsarbetets gång krävdes dock i vissa fall tidsödande sökande efter uppgifter under olika sökord i journaltexten för att få en komplett bild av den aktuella nutritionsproblematiken.

Att den som för journal använder sig av sökord är av stor betydelse, t.ex. i forskningssammanhang. Ofta behandlas då stora material, vilket kräver en enhetlig struktur i journaltexten (9). Att skriva under rätt sökord är nödvändigt för att den som läser snabbt ska kunna orientera sig i texten och hitta den information som eftersöks. Dock kan texten bli svåröverskådlig om inte sökorden används på ett enhetligt och korrekt sätt, och/eller om alltför mycket text skrivs under varje sökord.

Författarens åsikt är att definierade sökord för journaldokumentation strukturerar och kvalitetssäkrar nutritionsbehandlingsprocessen genom att fungera som ”checklista”. Risken för att något moment av misstag utelämnas eller glöms bort minskar på detta sätt. Det som dokumenteras i patientjournalen är så att säga ”kvittot” på den vård och behandling patienten fått. Patientsäkerheten ökar och bilden av dietisten som en betydelsefull medspelare i vårdarbetet kring patienten tydliggörs.

Ett alltför strikt användande av sökord, vilket framförallt är av avgörande betydelse för att underlätta forskningsarbete, kan dock ge journaldokumentationen en fragmenterad karaktär. En sammanfattande bedömning/nutritionsbedömning av patientens nutritionsproblematik, dess etiologi, hur den tar sig uttryck och vilka åtgärder dietisten föreslår/ordinerar är därför, enligt författaren, nödvändig för att underlätta kommunikationen med annan vårdpersonal som är involverad i patientomhändertagandet, och för att motivera ordinerad nutritionsbehandling. Sådan information är PES-uttalandet avsett att ge. Möjligen behöver PES-uttalandet kompletteras med en mer allmän beskrivning av patientens situation för att täcka in samtliga aspekter av aktuell nutritionsproblematik.

Under journalgranskningsarbetets gång noterade författaren att en av sjukhusets fyra dietistsektioner utmärkte sig genom att dietisterna där över lag tillämpade ett mer konsekvent användande av sökord. Det var också på denna sektion som man tidigare arbetat mest med sökord och där man haft återkommande utbildning i och diskussioner kring användandet av dessa. Trots att det kvalitetsarbetet avslutades för flera år sedan tycks resultatet till viss del bestå. Möjligen är detta ett uttryck för att utbildning i journalföring lönar sig och är någonting som sjukhusets dietistklinik bör lägga resurser på och ägna sig åt framöver.

Framtida kvalitetsarbete

I denna studie har tyngdpunkten främst lagts på *strukturen* i de granskade journalanteckningarna. I nästa steg av utvecklingsarbetet kring dietisternas journaldokumentation bör tyngdpunkten läggas mer på kvalitativa aspekter av journaltextens innehåll, t.ex. vilka utredningsfakta dietisten grundat sin bedömning på, riktigheten i valda nutritionsåtgärder, huruvida PES-uttalanden är korrekt formulerade etc. Ett nytt granskningsinstrument eller ett modifierat NCP Chart Check bör tas fram utifrån de då aktuella förutsättningarna.

Sökorden i sjukhusets elektroniska journalföringssystem har i denna studie visat sig ha en viktig strukturerande funktion genom att de styr såväl själva nutritionsbehandlingsprocessen som dokumentationen av denna. I samband med implementeringen av ADA:s Nutritionsbehandlingsprocess bör därför sökorden som dietisterna använder i sin journalföring anpassas till denna nya arbetsmodell.

Författarens avslutande reflektioner

Enligt författaren kommer nutritionsbehandling i framtiden kunna profilera sig som ett kostnadseffektivt komplement, och även alternativ, till avsevärt dyrare medicinsk terapi. Förutsättningen är då att det finns evidens för värdet av dietistens insatser och att denna presenteras på ett tydligt och välformulerat sätt, bl.a. i patientjournalen. Sveriges dietister bör definitivt ha mycket att vinna på att arbeta evidensbaserat, att konsekvent använda en standardiserad terminologi och ett strukturerat arbetssätt. Mot bakgrund av erfarenheter inom andra områden inom vårdsektorn (12,13) finns anledning att tro att detta skulle underlätta forskning inom nutritionsområdet, bidra till förbättrad kommunikation med annan vårdpersonal, ökad patientsäkerhet och förhoppningsvis ökad status och kvalitet på dietistens insatser.

Dietistens journaldokumentation är ett viktigt kommunikationsverktyg och utgör ett värdefullt led i ”marknadsföringen” av dietistyrket gentemot övrig vårdpersonal och mot landstingen i deras roll som beställare av vårdtjänster. Patientjournalens struktur, form och innehåll har därför stor betydelse. Här har dietisten möjlighet att på ett tydligt sätt precisera sitt bidrag i vården och sitt unika yrkeskunnande, exempelvis i form av välgrundade och välformulerade nutritionsdiagnoser, behandlingsrekommendationer och behandlingsresultat.

8 Slutsats

Det nya journalgranskningsinstrumentet NCP Chart Check uppvisade god innehållsvaliditet och hög interbedömarreliabilitet. Det bedömdes vara lämpligt för granskning av dietisters journaldokumentation utifrån de fyra definierade stegen i ADA:s Nutritionsbehandlingsprocess.

Den granskade journaldokumentationen bedömdes generellt hålla god kvalitet utifrån rådande förutsättningar. Stora individuella skillnader mellan enskilda dietister förekom dock. Avsaknad av gemensam arbetsprocess och enhetlig journalföringsmetodik vid sjukhusets dietistklinik påvisades. Problemområden som särskilt uppmärksammades var förekomst av diffust beskriven nutritionsproblematik, brist på mål för insatta nutritionsåtgärder, knapphändiga eller alltför detaljrika och/eller ostrukturerade journalanteckningar.

Referenser

1. Karolinska Universitetssjukhuset. Kvalitetsbokslut 2009. Tillgänglig på <http://www.karolinska.se/upload/Omv%C3%A5rdnadsenheten/kvalitetsbokslut%202009/Kvalitetsbokslut%202009.pdf> [hämtad 100802].
2. Dietisternas Riksförbund. DRF Terminologi Nutrition 2009. Tillgänglig på http://www.drf.nu/Etiska_papper/terminologi.pdf [hämtad 100731].
3. Splett P, Myers E. A proposed model for nutrition care. *J Am Diet Assoc.* 2001;101(3):357-363.
4. 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.
5. 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.
6. American Dietetic Association. Writing Group of the Nutrition Care Process/Standardized Language Committee. Nutrition Care Process and Model Part I: The 2008 Update. *J Am Diet Assoc*, 2008; 108:1113-1117.
7. American Dietetic Association. Writing Group of the Nutrition Care Process/Standardized Language Committee. Nutrition Care Process and Standardized Language Part II. *J Am Diet Assoc*, 2008; 108 (8): 1287-1293.
8. International Dietetic and Nutrition Terminology (IDNT) Reference Manual: Standardized Language for the Nutrition Care Process, 3rd ed. Chicago (IL):American Dietetic Association;2010.
9. Socialstyrelsen: Normerad användning av begrepp och termer och en enhetlig informationsstruktur inom vård och omsorg. Skrivelse, 2006-107-6.
10. Socialstyrelsen: Nationellt fackspråk för vård och omsorg – strategiska frågor för fortsatt arbete. Lägesrapport, juli 2009 [hämtad 101029]. Tillgänglig på http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/2009-126-206_rev2.pdf.
11. SBU - Kunskapscentrum för hälso- och sjukvården: Vad innebär evidensbaserad vård? <http://www.sbu.se/sv/Evidensbaserad-var/Vad-innebar-evidensbaserad-var> [hämtad 101030].
12. Björvell C, Thorell Ekstrand I, Wredling R. Development of an audit instrument for nursing care plans in the patient record. *Qual Health Care* 2000; 9: 6-13.
13. Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter. Dokumentation av arbetsterapiprocessen. Tillgänglig på: www.fsa.akademikerhuset.se/profession/begrepp_och_termer/Sidor/dokumentation_av_arbetsterapiprocessen.aspx [hämtad 100908].
14. Ehnfors E, Ehrenberg A, Thorell-Ekstrand I. VIPS-boken. Stockholm: Vårdförbundet; 2008.
15. Hakel-Smith N. Evaluation of the nutrition care process in two high-risk populations. [Doktorsavhandling]. Nebraska. Faculty of The Graduate College at the University of Nebraska; 2004.
16. Socialstyrelsen. Patientdatalagen, 2008:355.

17. Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering i hälso- och sjukvård, SOFS 2008:14.
18. Socialdepartementet. Proposition 2007/2008:126.
19. Ändamålsenlig vårddokumentation [rapport]. Stockholm: Grufman Reje Management:2002. Tillgänglig på <http://www.skane.se/upload/Webbplatser/Revisionen/Dokument/Granskningsrapporter/Slutrapport145.pdf> [hämtad 100802]
20. Patientdatalagen i praktiken. Sveriges kommuner och landsting, 2009-01-30. Tillgänglig på http://www.lj.se/info_files/infosida36823/patientdatalagen_i_praktiken.pdf [hämtad 101029].
21. Björvell C. Sjuksköterskans journalföring – en praktisk handbok. Lund: Studentlitteratur, 2001.
22. Hassler K, Krakau I. Journalen – bristfällig informationskälla om patienter som vårdats för stroke. *Läkartidningen* 2005;102:2226-2229.
23. Akner G. Stort behov av generalistorienterad, analysstödjande hälsoinformation. *Läkartidningen* 2007; 34:2356-2358.
24. Griffiths P, Debbage S, Smith A. A comprehensive audit of nursing records. *Br J Nurs*, 2007;21: 1324-1327.
25. Olsson H, Sörensen S. Forskningsprocessen – Kvalitativa och kvantitativa perspektiv. Första upplagan. Stockholm: Liber AB, 2001. Sid. 74.
26. Polit D, Tatano Beck C. Nursing Research: Principles and Methods, 8th ed. Lipincott, Williams & Wilkins; 2008: sid. 421.
27. Essentials of Nursing Research; Appraising Evidence for Nursing Practice, 7th Edition. Lipincott, Williams & Wilkins. 2010. Sid. 557.
28. Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården? Socialstyrelsen 2004. Artikelnr 2004-101-5. Tillgänglig på http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10267/2004-101-5_20041015.pdf [hämtad 101108].

Bilaga 1

MANUAL TILL GRANSKNINGSMALL

I. UTREDNING

Fråga 1: Har ett eller flera nutritionsproblem identifierats?

Ja = 2 poäng

Det framgår tydligt att dietisten har identifierat ett nutritionsproblem.

Delvis = 1 poäng

Ett nutritionsproblem finns men det är endast indirekt uttryckt, t.ex. som medicinsk diagnos, vilken i sig kan innebära nutritionsproblem. 1 poäng ges även om nutritionsproblemet är otydligt uttryckt, vilket exempelvis kan innebära att det inte tydligt framgår vilket av flera omnämnda nutritionsproblem dietisten valt att fokusera på, och varför just denna prioritering gjorts. Nutritionsproblematiken bedöms även otydligt uttryckt om de enskilda nutritionsproblemen finns beskrivna under olika sökord i journalanteckningen, utan en sammanfattande nutritionsbedömning i vilken samtliga nutritionsproblem tas upp.

Alternativt: Orsak/etiologi har inte angivits till samtliga identifierade nutritionsproblem.

Nej = 0 poäng

2. Har faktisk eller förmodad orsak/etiologi till nutritionsproblemet angivits?

Ja = 2 poäng

Det framgår tydligt i journaltexten att det finns en koppling mellan ett eller flera tydligt definierade nutritionsproblem och deras orsak/etiologi.

Delvis = 1 poäng

Orsak/etiologi finns angiven, men är endast indirekt uttryckt, t.ex. i form av medicinsk diagnos som i sig kan innebära nutritionsproblem, *och/eller* orsak/etiologi till samtliga identifierade nutritionsproblem saknas. Även om dietisten kopplat aktuell nutritionsproblematik till dess orsak/etiologi ges endast 1 poäng om denna endast är indirekt uttryckt, t.ex. som medicinsk diagnos.

Nej = 0 poäng

3. Om förekomst av nutritionsproblem, finns stöd för detta/dessa i journalanteckningen i form av hänvisning till tecken (objektiva) och symptom (subjektiva)?

Ja = 2 poäng

I journaltexten anges tydligt en koppling mellan nutritionsproblemet och dess symtom och/eller tecken.

Delvis = 1 poäng

I journaltexten finns symtom och/eller tecken angivna, men dessa är otydligt/indirekt uttryckta (t.ex. i form av viktangivelse som inte kommenterats – övervikt?/undervikt?/ onormal viktförändring?) och/eller har inte kopplats till aktuellt nutritionsproblem.

Alternativt: Symtom och/eller tecken har inte kopplats till samtliga identifierade nutritionsproblem.

Nej = 0

Hänvisning till symtom och tecken saknas.

II. PES-UTTALANDE

4. Finns ett PES-uttalande?

Ja = 2 p

PES-uttalandet uttrycks enligt den vedertagna formeln; P relaterat till E, vilket tar sig uttryck som S (exakt ordningsföljd är inte nödvändig).

Delvis = 1 poäng

PES-uttalandet är ofullständigt och saknar ett eller flera led.

Nej = 0 poäng

PES-uttalande saknas

III. ÅTGÄRD

5. Har någon nutritionsåtgärd satts in/planerats, eller finns kommentar om varför nutritionsåtgärder inte varit aktuella?

Ja = 2 poäng

Nutritionsbehandling har satts in och denna är tydligt kopplad till aktuellt nutritionsproblematik.

Delvis = 1 poäng

Förslag på nutritionsbehandling finns för något, men inte för samtliga identifierade nutritionsproblem *eller* är inte kopplad till aktuell nutritionsproblematik.

Nej = 0 poäng

Förslag på nutritionsbehandling saknas, liksom kommentar om varför sådan inte satts in.

6. Finns uppgifter i journalanteckningen som ger stöd för eller förklaring till valda nutritionsåtgärder, alternativt beslut att inte vidta nutritionsåtgärder?

Ja = 2 poäng

Det framgår tydligt på vilka grunder aktuella nutritionsåtgärder valts, eller beslut tagits om att inte vidta åtgärder.

Delvis = 1 poäng

Det finns uppgifter som stöder valet av en eller flera av de insatta eller föreslagna nutritionsåtgärderna, men inte samtliga.

Alt 1: Det finns uppgifter som stöder en eller flera av de föreslagna nutritionsåtgärderna, men dessa har inte tydligt kopplats till aktuell nutritionsproblematik.

Alt 2: Stödet för föreslagna nutritionsåtgärder utgörs endast av hänvisning till medicinsk diagnos, utan kommentar kring eventuella nutritionssvårigheter som denna kan medföra.

Nej = 0 Poäng

Nutritionsåtgärd har inte satts in och kommentar till detta saknas.

7. Finns ett eller flera nutritionsmål angivna?

Ja = 2 poäng

Samtliga mål är tydligt angivna, samt mätbara.

Delvis = 1 poäng

Mål finns, men samtliga är inte mätbara, och/eller målet är otydligt eller endast indirekt uttryckt.

Nej = 0 poäng

Mål saknas.

IV. UPPFÖLJNING/AVSLUTANDE ÅTGÄRDER

8. Finns uppgift om huruvida patienten avslutats och/eller överrapporterats, alternativt om uppföljning planerats och i så fall genomförts?

Ja = 2 poäng

Patienten har avslutats och/eller överrapporterats efter första besöket, alternativt har överenskommelse gjorts om att patienten själv hör av sig vid eventuellt behov.

Full poäng ges även om plan för uppföljning finns och om denna har genomförts.

Delvis = 1 poäng

Plan finns men uppföljning saknas, alternativt har uppföljning gjorts men inte avseendede nutritionsproblem som varit aktuella vid föregående besök/kontakt.

Nej = 0 poäng

Plan för uppföljning saknas och ingen uppföljning har gjorts.

ÖVRIGT

9. Förekommer relevanta uppgifter i nutritionsutredningen/anamnesen som inte får någon återkoppling i nutritionsbedömningen och/eller nutritionsåtgärderna?

Ja = 0 poäng

Nej = 1 poäng

10. Förekommer överflödigt information i journaltexten som inte har något att göra med de angivna nutritionsåtgärderna/-bedömningen, eller beslut om att inte vidta någon nutritionsåtgärd?

Ja = 0 poäng

Flera överflödiga uppgifter/ovidkommande information finns i journalanteckningen.

Delvis = 1 poäng

Enstaka ovidkommande uppgifter förekommer.

Nej = 2 poäng

Inga ovidkommande uppgifter förekommer.

Bilaga 2

Exempelgranskning

Besöksorsak:	Remiss från dr NN, kostråd r.t. ileus/subileusstillstånd.
Anamnes:	Oro över matintag efter upprepade subileusbesvär. ¹ Kräks dagligen stora volymer. ² Har även smärtproblematik, fibromyalgi och hepatit C i anamnesen. ³
Bedömning:	Bör kunna äta av det mesta, men alltid med försiktighet. Pt har en bra matordning med 3+3 mål per dag. Håller med viss svårighet vikten efter hemgång. Kan behöva komplettera med berikning under pågående cytostatikakur. ⁴
Åtgärd:	Går noga igenom måltidsrutiner och livsmedelsval. Ordnar förskrivning av Calshake 1/dag under två månader. ^{5 6}

RESULTAT: 8 poäng

¹ **Fråga 1:** Ett nutritionsproblem finns definierat (oro över matintag), men är otydligt uttryckt (hur yttrar sig besvären?) Koppling finns mellan nutritionsproblemet och dess uttryck (oro över matintag efter upprepade subileusbesvär), vilket dock endast är uttryckt som en medicinsk diagnos (ileus/subileusbesvär) = 1 poäng.

Fråga 2: Det framgår tydligt i journaltexten att det finns en koppling mellan nutritionsproblemet och dess orsak/etiologi (oro över matintag efter upprepade ileus-/subileusbesvär) = 2 poäng.

Fråga 3: I journaltexten finns symtom och/eller tecken angivna, men dessa är otydligt/indirekt uttryckta. (Problemet är oro över matintag, men hur påverkar detta kosthålllet? – Alltför litet eller ensidigt matintag, uteslutande av vissa livsmedel? Vilka nutritionella risker är kopplade till detta? = 1 poäng.

² **Fråga 9:** Volyminösa kräkningar omnämns, men ingen åtgärd avseende dessa har föreslagits. Ur nutritionssynpunkt är detta dock en viktig uppgift och bör följas upp i åtgärder, eller utelämnas om inga åtgärder vidtagits/föreslagits = 1 poäng.

³ **Fråga 10:** Enstaka överflödiga uppgifter förekommer i texten. Uppgifter om smärtproblematik, fibromyalgi etc. är endast motiverade om de har någon inverkan på patientens nutritionsproblematik/-status = 1 poäng.

⁴ **Fråga 4:** PES-uttalande saknas = 0 poäng.

Fråga 6: Det finns uppgifter som stöder en eller flera av de föreslagna nutritions-åtgärderna, men dessa har inte tydligt kopplats till aktuell nutritionsproblematik: Genomgång av måltidsrutiner och livsmedelsval, men för vilka besvär? Koppling till nutritionsproblematiken saknas. Varför har just Calshake som berikning valts? = 1 poäng.

⁵ **Fråga 5:** Det finns förslag på nutritionsåtgärder, men dessa är inte logiskt kopplade i texten till aktuell nutritionsproblematik. = 1 poäng.

⁶ **Fråga 7:** Mål för vald nutritionsbehandling saknas = 0 poäng.

Fråga 8: Plan för uppföljning saknas och ingen uppföljning har gjorts = 0 poäng.

Bilaga 3

Adapting Evaluation Tool for the Chart Note ⁷

1. Was a nutrition problem/diagnosis identified Yes ___ No ___
If yes: **Evidence for Assessment and Nutrition Diagnosis:**
 2. Is there initial documented evidence in the Assessment portion of the note to support Yes ___ No ___
 - a nutrition diagnosis Yes ___ No ___
 - a related etiology Yes ___ No ___
 3. Does the PES diagnostic statement show clear relationship among nutrition diagnosis, etiology, and signs and symptoms? Yes ___ No ___
 4. Is extraneous information included in the note that is not Related to the identified Diagnosis of Interest? Yes ___ No ___
 5. **Goal**
 - For a documented patient goal is there a related documented nutrition diagnosis? Yes ___ No ___
 - Documented nutrition etiology? Yes ___ No ___
 - Goal not recorded? ___
 6. **Intervention**

For each patient goal is there a related documented plan for an intervention or actual intervention? Yes ___ No ___

Not recorded ___
 7. Does intervention section include summary of actual intervention already implemented to date? Yes ___ No ___
 8. Does intervention section include Plan for Monitoring and Evaluating Progress toward patient goals? Yes ___ No ___
 9. **Monitoring and Evaluating**

Not a follow up note ___ or

Follow-up notes does the Assessment section include a documented patient outcome as indicated In previous note that is related to a documented patient goal? Yes ___ No ___

Not recorded ___
 10. Does the follow-up note in the Assessment section include a statement that identifies the progress toward patient goals? Yes ___ No ___

Not recorded ___
-

⁷ ©2010 American Dietetic Association

Tillgänglig på: http://www.eatrightneda.org/EscottStump_Handout.pdf, citerad 101228.

Bilaga 4

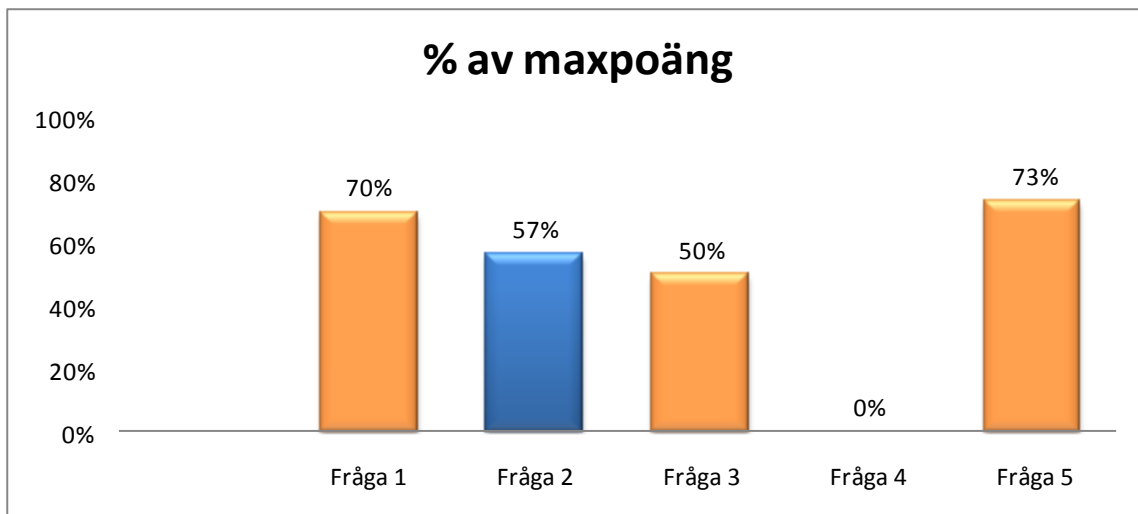
1. NCP Chart Check: Utdrag ur granskningspresentation. Här har 15 journaler granskats.

	Fråga 1	Fråga 2	Fråga 3	Fråga 4	Fråga 5
	Har ett eller flera nutritionproblem identifierats? Ja = 2 poäng Delvis = 1 poäng Nej = 0 poäng	Har faktisk eller förmodad orsak/etiologi till nutritionsproblemet angivits? Ja = 2 poäng Delvis = 1 poäng Nej = 0 poäng	Om förekomst av nutritionsproblem, finns något stöd för detta i journalanteckningen i form av hänvisning till tecken (objektiva) och/eller symtom (subjektiva)? Ja = 2 poäng Delvis = 1 poäng Nej = 0 poäng	Finns ett PES-uttalande? Ja = 2 poäng, Delvis = 1 poäng Nej = 0 poäng	Har någon nutritionsåtgärd satts in/planerats, eller finns kommentar om varför nutritionsåtgärder ej varit aktuella? Ja = 2 poäng Delvis = 1 poäng Nej = 0 poäng
Journal					
1	2	2	1	0	2
2	2	1	2	0	1
3	1	1	1	0	1
4	1	1	1	0	1
5	1	0	0	0	1
6	1	1	1	0	2
7	1	1	0	0	1
8	1	1	0	0	1
9	1	1	1	0	2
10	1	1	1	0	0
11	2	1	1	0	2
12	2	2	2	0	2
13	2	1	1	0	2
14	1	1	1	0	2
15	2	2	2	0	2
Total	21	17	15	0	22

2. Räkneverk samt resultat av de 15 granskade journalerna (Obs! resultat för samtliga 10 frågor)

Resultat Journaler	
Antal granskade journaler*	15
Medelpoäng (av max 19 poäng)	10,13
Medel % av Maxpoäng	53%
Median	11
Std avvikelse	2,92

3. Resultatgraf för utdraget i punkt 1 (5 av 10 frågor, 15 journaler)



4. Resultatgraf för utdraget i punkt 1 (samtliga 10 frågor, 15 journaler)

