

Model for individuel diætbehandling og kostvejledning

At give ernæringsydelse af høj kvalitet betyder at gøre det rigtige, på det rigtige tidspunkt, på den rigtige måde, for de rigtige personer og at opnå det bedst mulige resultat (1). En model kan være et vigtigt hjælperedskab for at opnå dette. Modellen, der beskrives i denne artikel, er en standardiseret disposition. En disposition, der resulterer i et individuelt behandlings- og vejledningsforløb af høj kvalitet, hvis den anvendes rigtigt.

Eva Winther



Baggrund

I 1998 nedsatte The American Dietetic Association (ADA) en arbejdsgruppe med det formål at beskrive diætbehandlings- og kostvejledningsprocessen. Diætbehandling omtales ofte som en del af behandlingen af forskellige sygdomme, men tit var processen meget overfladisk beskrevet. ADA konstaterede, at der manglede både begrebsmæssige afklaringer, procesmæssige beskrivelser og evidensbaserede effektmål (2). En arbejdsgruppe på 40 diætister blev nedsat og de påbegyndte det store arbejde, der i vekslende grupper lige siden har udviklet og beskrevet modellen samt defineret ord og begreber. Den første gruppe skulle bl.a. beskrive, hvad de fandt afgørende for at opnå den ønskede kostomlægning i et behandlingsforløb (2). Modellen er altså ikke en evidensbaseret disposition for et behandlingsforløb, men en erfaringsbaseret model, hvor en række enkelt-elementer er relateret til forskningsbaserede teorier og/eller praksiserfaring.

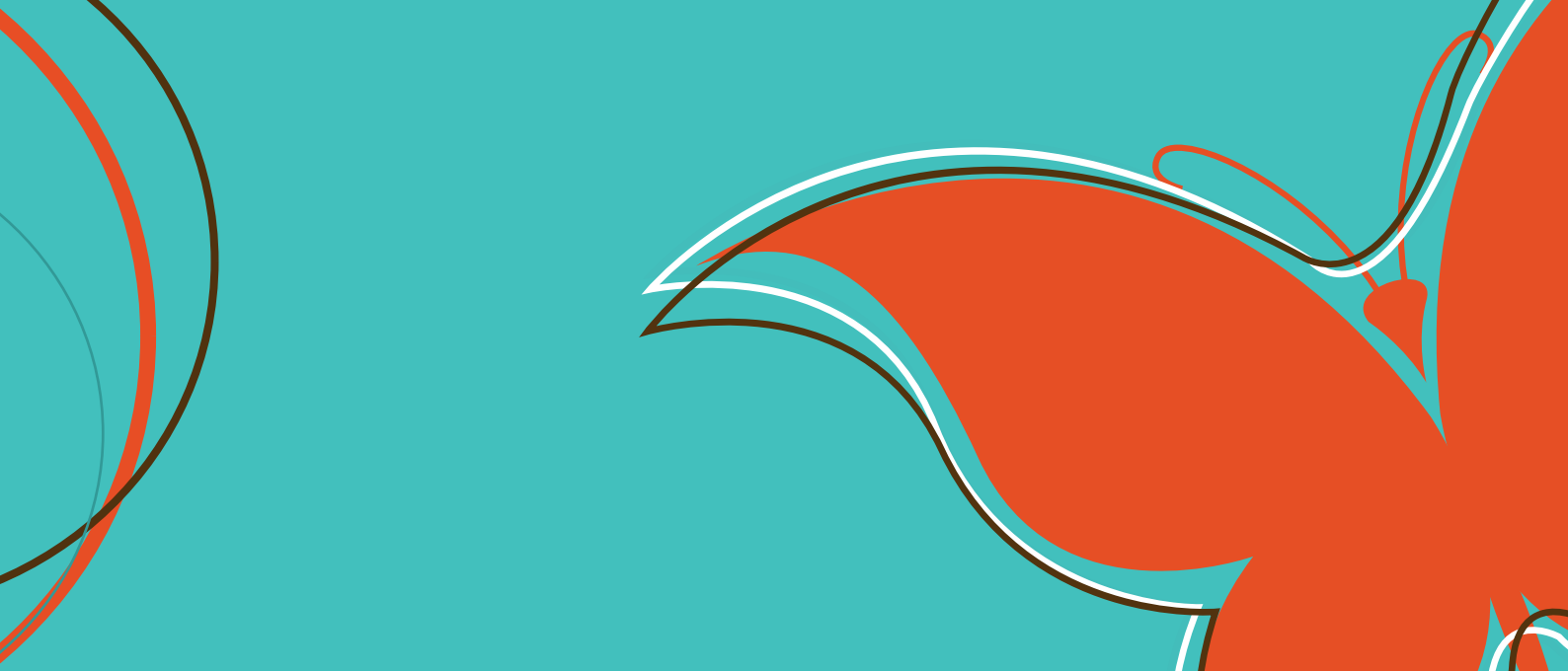
Den aktuelle model

Arbejdet siden 1998 har resulteret i en række publikationer, der løbende har gjort status over arbejdet med modeludviklingen. Splette & Myers præsenterede den første model i 2001 (2), og i 2003 kom Lacey & Pritchett med en model, der i struktur og opsætning ligner den, der anvendes i dag (2). I artiklerne Nutrition Care Process Model Part I (3) og Part II (4) beskrives det grundlag, der aktuelt er udgangspunktet for ADA's fortsatte arbejde.

Modellen og dens navn

Nutrition Care Process (NCP) er i denne artikel oversat til "Model for individuel eller gruppevis diætbehandling eller kostvejledning". Det er den oversættelse, der anvendes i undervisningen på VIA University College, da en direkte oversættelse ikke vil passe ind i dansk tradition. Dette gælder i øvrigt artiklen igennem. Der anvendes oversættelser, som er foretaget i forbindelse med undervisningen, og som ikke nødvendigvis er de ord og begreber, der skal anvendes, hvis fx danske ernæringsprofessionelle beslutter at lade sig inspirere af modellen i det daglige arbejde.

NCP er en cirkulær model, hvor relationen mellem den ernæringsprofessionelle og klienten er placeret som et samlende midtpunkt. Yderst i cirklen nævnes en række af de faktorer, der er en forudsætning for forløbet i det hele taget, fx et sundhedssystem, økonomi og lokaler. I den næste cirkel nævnes en række af de kvalifikationer, som modellen forudsætter, at den ernæringsprofessionelle, der arbejder efter modellen, har. Det er fx evidensbaserede kundskaber indenfor ernæring og diætetik, evne til kommunikation og samarbejde, faglig refleksion samt et etisk kodeks. Når alt dette er på plads, kan selve NCP begynde, og her opdeler modellen processen i fire trin.



Modellens fire trin

Beskrivelsen af det enkelte trin er næsten struktureret ens. Første afsnit er definition og formål, dernæst beskrives de data og redskaber, der kan anvendes, så følger nogle afsnit relateret direkte til det enkelte trins funktion, og afslutningsvis opstilles punkter for faglig refleksion og stikord til overvejelse af, om vejledningsforløbet skal fortsætte eller afsluttes (3). Figur 1 illustrerer de fire trin. Den originale model kan ikke gengives pga. ophavsretslige regler, men kan ses i fx reference 3.

Trin 1: Ernæringsvurdering

Ernæringsvurdering er en systematisk proces for indsamling og verificering af data med det formål at afdække arten af og årsagerne til de ernæringsrelaterede problemer. Typen af data, der skal indsamles, vil variere og afhænge af den konkrete kontekst. Fx henvisningen, klientens perspektiv (deres ønsker for vejledningsforløbet, præferencer, motivation og barrierer for forandring), klientens helbredsstatus, de effektmål, interventionen skal rettes mod, eller om det er en ny eller genhenvist klient, hvor man allerede har en række oplysninger i journalen.

Trin 2: Ernæringsdiagnose

Her sker en identifikation og en beskrivelse af et eller flere allerede eksisterende ernæ-

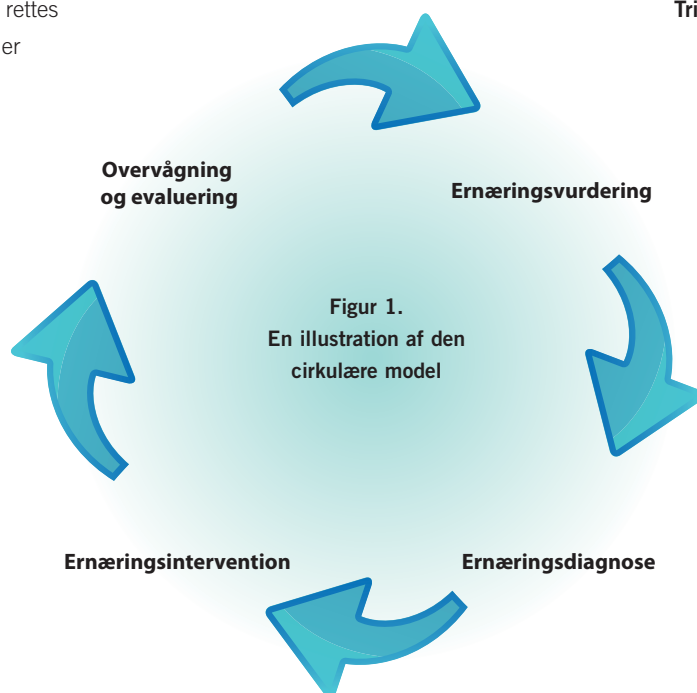
ringsproblemer eller risikoen for at udvikle ernæringsproblemer. Efter indsamlingen af data bliver de grupperet, analyseret og der formuleres en syntese, dvs. en sammenfatning af klientens konkrete ernæringsmæssige situation.

Trin 3: Intervention

Denne har to processer: planlægning af interventionen (herunder sundhedspædagogiske overvejelser og strategien for den ernæringsmæssige intervention) og implementering af interventionen. Den ernæringsprofessionelle samarbejder med klienten, dennes familie, netværk eller omsorgspersoner for at skabe en realistisk plan, hvor der er mulighed for at ændre på det/de årsager til problemer, der er beskrevet i diagnosefasen (trin 1 - 2). Ernæringsmæssig intervention er målrettede handlinger, hvis formål er at ændre den kostrelaterede adfærd og/eller risikofaktorer generelt (herunder adfærd relateret til rygning, alkohol og motion) samt styrke motivationen for disse ændringer.

Trin 4: Overvågning og evaluering

Formålet med overvågning og evaluering er løbende at vurdere graden af fremskridt og afslutningsvis vurdere, i hvor høj grad de fastsatte mål er nået samt sikre dokumentation af forløbet.



Det store og kontinuerlige arbejde, som de amerikanske diætister har lagt i modeludviklingen, afspejler sig i en lang række underpunkter for hvert afsnit i det enkelte trin. Underpunkterne skal opfattes som en hjælp til refleksion i forhold til, hvad der kan/skal gøres i det enkelte vejledningsforløb. Det vil helt afhænge af, hvilken patient/klient man har, om de foreslåede handlinger skal iværksættes.

Ny kontra gammel model

Ved et symposium i 1988 blev der i dansk kontekst præsenteret en cirkulær model for diætbehandling (5), og denne model har i mange år været udgangspunktet for undervisning af klinisk diætiststuderende i Aarhus. En model, der i overskrifter (dataindsamling, analyse, planlægning og handling) ligger tæt på den nye model. Overordnet set er den afgørende forskel introduktionen af ernæringsdiagnosen, der er beskrevet mere detaljeret i den efterfølgende artikel side 9-11.

Begrundelsen for at skifte til NCP i undervisningen er også, at de mange underpunkter, der er beskrevet for hvert enkelt trin, fungerer som "huskelister", som de studerende helt konkret kan forholde sig til, når de i undervisningen og i praktikken arbejder med henholdsvis cases og patienter. Det kan være meget overvældende for en novice at over- og gennemskue, hvilke punkter og aspekter, der er relevante at inddrage ved behandlingen af den enkelte patient/klient. Ved hjælp af underpunkterne i det enkelte trin kan den studerende systematisk gennemgå punkterne og vurdere, om punktet skal inddrages eller udelukkes. Det giver stor tryghed for nybegynderen, og det skaber en fælles professionsramme for den ernæringsprofessionelles arbejde.

Et andet, meget dominerende punkt i NCP relaterer sig til dokumentation og kvalitetssikring. To funktioner, der er centrale i det

amerikanske sundhedsvæsen, fordi fx betaling for sundhedsydelser og behandling sker via forsikringselskaber. De kræver præcis beskrivelse af ernæringsdiagnose, ernæringsordination og via kvalitetssikring en overvågning af de resultater, der opnås ved behandlingen. Arbejdet med gruppering, kategorisering og definition af bl.a. ernæringsdiagnoser har ud over at skulle imødekomme forsikringselskaberne, også har været et meget stort professionsudviklingsprojekt, der har styrket de ernæringsprofessionelle i USA (6).

Fremtiden

Vi anvender NCP og supplerende litteratur i undervisningen i faget "Individuel kostvejledning og diætbehandling" på studieretningen "sundhedsfremme, forebyggelse og formidling" samt på studieretningen "Klinisk diætetik" på modul 8 og efterfølgende moduler, hvor individuel diætbehandling/kostvejledning er et tema. Udgangspunktet er de originale artikler, og i undervisningen perspektiverer vi til danske forhold. Hvis modellen skal bruges i professionens praksis, forudsætter det en bearbejdning til danske forhold, herunder en debat om oversættelse af konkrete ord og begreber og en række definitioner. Det svenske Dietisternes Riksförbund har formidlet en oversættelse af NCP til svensk, og måske er tiden også inde til, at danske diætister overvejer, om ikke en nyfortolkning af den gamle model, inspireret af NCP, kunne styrke professionen.

ew@viauc.dk

Referencer

1. 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: 1061-1072.
2. Splett P & Myers EF. A proposed model for effective nutrition care. *J Am Diet Assoc* 2001;101:357-363.
3. American Dietetic Association. Nutrition Care Process and Model Part 1: The 2008 Update. *J Am Diet Assoc* 2008; 108: 1113-1117.
4. American Dietetic Association. Nutrition Care Process Part II. Using the International Dietetics and Nutrition Terminology to Document the Nutrition Care Process. *J Am Diet Assoc* 2008; 108: 1287- 1293.
5. Saaek A, Søndergaard K, Winther E. Model og metode ved diætbehandling. *Næringsforskning* 1989; 33: 54-58.
6. American Dietetic Association. International Dietetics & Nutrition Terminology (IDNT). Standardized Language for the Nutritional Care Process. 2. ed. American Dietetic Association, 2009.