



# NCP

## TYPE 1 DIABETES OG KULHYDRATTÆLLING

Af Sofie Wendelboe, Formand for FaKD,  
klinisk diætist og NCP-nord. sw@diaetist.dk

De gange, jeg har undervist i NCP, har jeg flere gange fået spørgsmålet, om modellen kan bruges ved kulhydrattælling når patienten/borgeren egentlig spiser som anbefalet. Og som I nok kan regne ud, så er svaret, at selvfølgelig kan NCP det.

### BEHOV FOR VIDEN

Ved diabetespatienter er årsagen til den første henvisning ofte noget med behov for viden. Enten en nydiagnosticeret patient, som aldrig tidligere har hørt noget om diætprincipperne ved diabetes, eller en patient, som ikke tidligere er undervist i kulhydrattælling. I begge tilfælde vil ernæringsdiagnosen "Behov for viden om mad og ernæring" kunne bruges, men det kan også være "Ændrede ernæringsrelaterede blodprøver (HbA1c)".  
Eksempel: Behov for viden om mad og ernæring, relateret til nydiagnosticeret med type 1 diabetes, der derfor ikke tidligere haft behov for vejledning omkring dette, dokumenteret ved pt.s egne oplysninger om ikke at kende til diætprincipperne og ønske om at vide mere.  
Eksempel: Ændrede ernæringsrelaterede blodprøver (svingende BS-værdier), relateret til at pt. ikke ved, hvilke fødevarer der påvirker blodsukkeret, dokumenteret ved ofte hypo- og hyperglykæmi, og at pt. fortæller, at det er svært at vurdere, hvor meget insulin, der skal tages til det enkelte måltid, samt ønske om at lære kulhydrattælling for bedre at kunne styre BS.

### VED ALT, MEN FØLGER IKKE ANBEFALINGERNE

For diabetespatienter, som ved alt om, hvad der er det rigtige at spise, men som ikke gør det af den ene eller anden årsag, er der flere måder, det kan gribes an på. Enten ved at se på den indtagelse, der er af forskellige fødevarer (fx mængde, type eller fordeling af

kulhydrat), ved at se på det kliniske (ændrede ernæringsrelaterede blodprøver) eller ved at se på adfærd (manglende selvmonitorering, begrænset adhærence).

### VÆLG DEN VIGTIGSTE ERNÆRINGSDIAGNOSE

Hvis flere problemstillinger er lige vigtige, vælges fra kategorien "Indtagelse", MEN hvis det største problem er, at patienten ikke måler blodsukker og ernæringsdiagnosen er manglende selvmonitorering, vil det ikke give mening at vælge noget, som har med det, patienten spiser, at gøre. I bund og grund kan det være, at denne patient egentlig spiser fornuftigt, men at der ikke tages insulin i rette mængder, fordi der ikke måles blodsukker. Eksempel: Manglende selvmonitorering (blodsuktermåling), relateret til at pt. glemmer det sammen med veninder, fordi hun bare vil være som andre teenagere, dokumenteret ved at pt. kun måler BS ved symptomer på hypo- og hyperglykæmi og derfor ikke tilpasser mængde af insulin til BS, men kun til mængde af kulhydrat i måltidet.

Det kan så diskuteres, om dette er et problem, som den kliniske diætist skal behandle, eller om det er en sygeplejeopgave, men som med så meget andet vil det ofte være en tværfaglig opgave.

### HVORFOR X 5

Den stærkeste ernæringsdiagnose fås kun ved at få mere at vide om den patient, vi sidder overfor. Det er svært ud fra oplysninger eller en case at vide præcis, hvad det er, der betyder noget. Vi skal hele tiden spørge ind til den primære årsag, vi skal spørge "hvorfor", indtil vi finder den mest grundlæggende årsag til, at ernæringsdiagnosen eksisterer. Husk, at du kan bruge netværksforummet om NCP på fakd.dk, hvis du har spørgsmål til NCP og ernæringsdiagnosen. Del gerne dine erfaringer om brug af NCP ved diabetespatienter og alle andre.



Tænk på, at NCP ikke kun er en måde at dokumentere på, men en metode som tvinger dine tanker og spørgsmål til at få den mest grundlæggende årsag til problemet frem.