

# NCP

## NCP som metode til dokumentation og kvalitetssikring

### -med afsæt i journalføringsbekendtgørelsen

Af Luise Persson Kopp, for FaKD, klinisk diætist, lk@diatist.dk

I 2019 har mange kliniske diætister haft tilsyn af Styrelsen for Patientsikkerhed (STPS), og i den sammenhæng er der kommet positive tilbagemeldinger på brugen af NCP i journalføringen. Dette er en utrolig glædelig nyhed, og jeg ser frem til at læse styrelsens endelige erfaringsopsamlingsrapport, når denne udkommer senere i år.

NCP er en oplagt metode at anvende i dokumentationen af ernæringsbehandlingen: både til systematisk og reflekterende tænkning, men især også som skabelon og struktur i journalen.

NCP-modellens fire trin består af 1) ernæringsudredning, 2) ernæringsdiagnose, 3) ernæringsintervention, og 4) ernæringsmonitorering- og evaluering. I ernæringsudredning indsamles og vurderes data for at afklare årsager og symptomer til de ernæringsrelaterede problemer. Herefter kan en ernæringsdiagnose/et ernæringsproblem stilles ved at gruppere, analysere og sammenfatte de indsamlede data. Dette fører til interventionen, der dækker over to processer; planlægning og implementering. Her er samarbejdet mellem den ernæringsprofessionelle og patienten/borgeren/klienten og dennes netværk i centrum, for at skabe en realistisk plan med mulighed for løbende ændringer. Sidste trin er monitorering og evaluering af processen, for at sikre fremskridt, forbedring og kvalitet.

I det følgende vil jeg kort redegøre for udvalgte dele af journalføringsbekendtgørelsen og autorisationsloven, for at kombinere disse med NCP.

#### Autorisationsloven LBK nr. 1141 af 13/09/2018

§ 21. [...] kliniske diætister [...] skal føre patientjournaler over deres virksomhed [...]

#### Journalføringsbekendtgørelsen BEK nr. 530 af 24/05/2018

§ 1.

Stk. 2. Ved behandling forstås undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient.

Her er også omfattet holdundervisning, gruppeforløb og lignende aktiviteter.

#### Patientjournal

§ 2. Ved en patientjournal forstås optegnelser, som oplyser om patientens tilstand, den planlagte og udførte behandling m.v., herunder hvilken information, der er givet, og hvad patienten på den baggrund har tilkendegivet.

Stk. 2. Omfattet af patientjournalen er sundhedsfaglige erklæringer, diagrammer og hjælpeark, udskrivningsbreve (epikriser), hen- og tilbagevisninger, røntgenbilleder/beskrivelser, kliniske fotos, modeller samt resultatet af undersøgelses- og behandlingsforløb, i det omfang de har betydning for behandling m.v.

Herunder også kostanamneser.

Stk. 4. Patientjournalen skal af hensyn til patientsikkerheden danne grundlag for information og behandling af patienten, dokumentere den udførte behandling, fungere som det nødvendige interne kommunikationsmiddel mellem det personale, der deltager i behandlingen af patienten, sikre kontinuitet i behandlingen samt danne grundlag for tilsyn.

§ 3. For hver patient oprettes én patientjournal på hvert enkelt sygehus, klinik, praksis, kommunalt sundhedscenter, plejehjem, bosted m.v., [...]

#### Journalføring

§ 8. En patientjournal kan føres elektronisk og på papir.

Stk. 2. Hvis patientjournalen føres delvis som papirjournal delvis elektronisk, skal det klart fremgå af begge, hvilke oplysninger der føres i den elektroniske patientjournal, og hvilke oplysninger der føres i papirjournalen.

Husk at angive i journalen, hvis der er optaget en kostanamnese på papir og denne opbevares fx i et aflåst skab.

Stk. 2. Patientjournalen skal indeholde oplysninger om, hvem der har foretaget journalnotatet og hvornår (fulde navn, titelbetegnelse, afdelingstilknytning, dato og om nødvendigt klokkeslæt for kontakten (konsultationen, behandlingen, telefonkontakten, sygebesøget m.v.) samt for indlæggelse og udskrivning. Stk. 3. Journalføringen skal ske i forbindelse med eller snarest muligt efter patientkontakten. Optegnelserne skal stå i kronologisk rækkefølge i journalen, jf. dog stk. 4.

§ 10. Patientjournalen skal indeholde patientens navn og personnummer.

Dette er gældende i alle former for diætetisk praksis. Det er vigtigt, at personfølsomme oplysninger opbevares sikkert. I privat praksis, hvor man ikke har et sikkert IT-system tilgængeligt, kan det fx være på et USB-stik i et aflåst arkivskab.

### Information og samtykke m.v.

§ 13. Det skal fremgå af patientjournalen hvilken mundtlig og eventuel skriftlig information, der er givet til patienten, de pårørende eller en værge ved stedfortrædende samtykke til behandling, og hvad patienten/de pårørende/værgen på denne baggrund har tilkendegivet. Det samme gælder, når der er tale om indhentning og videregivelse af helbredsoplysninger m.v.

§ 15. [...] kliniske diætister [...] skal opbevare deres patientjournaler i mindst 10 år (opbevaringsperioden), jf. dog stk. 5.

Stk. 3. Opbevaringsperioden løber fra den seneste optegnelse i patientjournalen.

Stk. 4. Opbevaringsperioden gælder, selv om patienten måtte være afgået ved døden.

Stk. 5. Patientjournaler af betydning for en klage-, tilsyns-, eller erstatningssag skal opbevares, så længe vedkommende sag verserer efter opbevaringsperiodens udløb.

### Anvendelse af NCP i journalnotatet

Trin 1: ernæringsudredning. Her indsamles og verificeres data. Der kan ofte være tvivl om hvor meget der skal skrives i notatet, og her understreger STPS, at de informationer, der skal indgå i journalen, skal være relevante for behandlingen. Udfordringen her kan være dobbelt-dokumentation, for hvornår er det relevant for nærværende behandling, og hvornår kan der blot søges efter informationerne andre steder? Det relevante må være de informationer der indsamles under ernæringsudredningen, dvs.:

- Kost- og ernæringsrelateret anamnese
- Antropometriske målinger
- Biokemiske data, medicinske prøver og undersøgelser
- Ernæringsrelaterede fysiske fund
- Klientanamnese

Hvis der er uddybende informationer andre steder i journalen, der kan henvises til, og disse kan findes uden problemer, er det også en mulighed.

Eksempel: BMI angives i dit journalnotat, mens højde og vægt er registreret som standard et andet sted i journalen. Hvis vægttabet er i fokus, er det også relevant at skrive vægten i dit notat.

Blodprøveværdier og andre undersøgelser kan være relevante for behandlingen, men fremfor at skrive en længere redegørelse, er det oplagt med en opsummering i dit notat. Hvis det giver mening for forståelsen, kan der henvises til det notat hvorfra informationerne kommer.

Fx kan der skrives følgende: *behandling med CPAP med begrænset effekt, der henvises til notat af 24. juni 2017.*

I dette eksempel har patienten, der behandles for overvægt fortalt

om CPAP behandlingen, givet udtryk for søvnproblemer og deraf overspisning.

Jf. §2 i Journalføringsbekendtgørelsen, omkring patientens tilkendegivelser samt §13 om information om samtykke, er trin 3, ernæringsintervention, oplagt, når dette skal dokumenteres:

- Målsætning og prioritering
- Ernæringsanbefaling
- Vejledt i/undervist i
- Aftaler
- Opfølgning

### Målsætning og prioritering

Ernæringsdiagnoser skal prioriteres, hvis der er flere oplagte, i samarbejde med patienten. Drøftelser omkring ernæringsproblemerne og patient-fokuserede effektmål, hvor patienten aktivt inddrages, fremmer både patientens autonomi men giver også patienten mulighed for at være en del af beslutningerne for behandlingen. Dermed kan man opnå bedre compliance, men også opdage, at nogle ernæringsproblemer fylder mere end andre. Dette er vigtigt, da der kan fremkomme informationer, som blev overset i udredningen, men som kan vise sig at være afgørende for hvorvidt ernæringsinterventionen kan lykkes.

Dokumentér patientens tilkendegivelser og måden hvorpå patienten er blevet inddraget.

Fx

*Pt. ønsker at fokusere på korrekt selvadministration af diabetesmedicin før der arbejdes med kosten.*

*Borgeren giver udtryk for bekymring over at skulle igangsætte et vægttab i de kommende måneder, pga. psykosociale faktorer. Vi prioriterer derfor kostmønster og har fokus på mellemåltider.*

### Vejledt i/undervist i

Det skal også dokumenteres, hvad der er vejledt/undervist i, samt hvilke materialer der er udleveret. Hvis patienten/pårørende har givet udtryk for bekymring ift. det vejledte, fx om det er svært at huske, kan det være en god idé at dokumentere dette og samtidig angive, at der på den baggrund er udleveret en kopi af materialet samt de punkter der er vejledt i.

### Aftaler

Aftaler er også vigtige at dokumentere, især ift. at patienten er informeret. Det gøres ret enkelt, fx:

- *det er aftalt med pt. at medbringe kostregistreringer*
- *efter aftale med pt. sendes henvisning til Sundhedscenter*

Dette har været en kort introduktion til hvordan NCP støtter op omkring korrekt journalføring jf. Journalføringsbekendtgørelsen. Jeg har kun givet udvalgte eksempler fra bekendtgørelsen, hvorfor jeg vil anbefale alle, der er i tvivl om reglerne, at læse bekendtgørelsen. Som medlem af Kost og Ernæringsforbundet og FaKD har man adgang til det online NCP-materiale. Udfyld formularen her: <https://www.kost.dk/faa-licens-til-encpt> .

Du kan endvidere finde forskelligt NCP-materiale til journalføring på <https://www.kost.dk/viden-0>.

### Referencer

1. Academy of Nutrition and Dietetics. Nutrition Care Process. 2019. ([www.ncpro.org](http://www.ncpro.org), feb. 2019)
2. Kopp, LP. NCP – Trin 1, ernæringsudredning. Diætisten 2018; 155: 17-19.
3. Kopp, LP. Trin 4: opfølgning og indikatorer. Diætisten 2018; 152: 22-23
4. Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.) BEK nr 530 af 24/05/2018
5. Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed) LBK nr 1141 af 13/09/2018