

Så implementerar vi NCP/IDNT

Den 21 maj anordnade DRF en användarkonferens med anledning av nutritionsbehandlingsprocessen (NCP) och IDNT. Intresset bland landets dietister var mycket stort, vilket föranlett DRF att anordna ännu en konferens (se sid NN). Dagen var mycket uppskattad och vi refererar här några av föreläsarnas anföranden.



MAGNUS FORSLIN

Dietistaktuellt
forslin@dietistaktuellt.com

DAGEN VAR INDELAD i föreläsningar på förmiddagen och i fyra olika workshops under eftermiddagen, där deltagarna kunde välja aktivitet beroende på var någonstans man själv befanns sig kunskapsmässigt avseende implementering av och förståelse för nutritionsbehandlingsprocessen, t ex grunderna för novisen, och NCP och IDNT som en strategisk ledningsfråga för chefsdietister eller arbetsledare.

Vi skall här uppehålla oss vid förmiddagens framföranden som bl a kom att behandla implementeringen av det nya konceptet runt om i Sverige. Man har givetvis kommit olika långt och hanterat införandet på lite olika sätt, men gemensamt är att överallt finns ett stort engagemang och en genuin vilja att få detta att fungera.

Lena Martin, Karolinska sjukhuset

Först ut var Lena Martin från Karolinska Universitetssjukhuset; det var ju här som det hela började i Sverige. Hon ger en bakgrund till varför hon och hennes kolleger kom att titta på en alternativ modell att arbeta efter.

– Internationella studier visar att 25% av den vård som idag ges är verkningslös, och nästan hälften saknar evidens. Kritik är legio om att vården inte fungerar som den ska, och framför allt saknas det pengar. Men är det hela sanningen? Är mer pengar den enda lösningen? Kanske kan sättet vi arbetar på också bidra till en ökad effektivitet, och ett bättre fokus på vårt egentliga uppdrag.

Behovet av en översyn av arbetsstruktur på Karolinska blev påtagligt då en sammanslagning mellan tre olika "kulturer", tre olika dietistverksamheter på sjukhuset blev aktuell – Barn, Huddinge vx och Solna vx. Alla skulle inordnas under en chef och en klinik. Det behövdes givetvis riktlinjer för ett gemensamt sätt att arbeta, och en

metod för hur man får dessa verktyg att fungera i en samlad verksamhet.

– Under 2011 gick jag, och Ylva Orrevall en kurs i implementeringsforskning på Vårdahlsstiftelsen, fortsätter Lena Martin, och vi stötte på en modell vi tyckte var logisk och gick väl i hand med det vi önskade uppnå: KTA (*the Knowledge-to-Action Framework*).

Liksom NCP är KTA både ett analysverktyg och en processbeskrivning. I sin applikation är den tillräckligt generell för att kunna tillämpas på alla sjukhus och de flesta verksamheter, men samtidigt precis och tydlig för att konkret och effektivt kunna leda arbetet framåt. Den påminner också om NCP genom att utvecklingsprocessen är cyklisk. Lena Martin går igenom de olika stegen i KTA:

1. Identifiera ett problem. Det var också det uppdrag som Lena Martin, Susanne Nilsson och Ylva Orrevall hade fått av sin chef – att se om nutritionsbehandlingen var samstämmig på de olika enheterna. Vi fann att det saknades en effektiv modell som reglerar, effektiviserar och kvalitetssäkrar dietistens arbetsprocess, och som kunde samla de olika verksamheterna. Nästa steg blev sålunda:



Lena Martin, KS

2. Identifiera och välj ut kunskap. Man inledde ett intensivt sökande i litteraturen för att vad som fanns skrivet om formaliserad nutritionsbehandling. Det fanns inte särskilt mycket att tillgå och snart fastnade man för ADA:s Nutrition Care Process and Model. Inte minst för att den var "öppen" – både i bemärkelsen att den var flexibel, utvecklingsbar, och att ADA inbjöd till en internationell samverkan med sikte på att ta fram en globalt tillämpbar arbetsprocess. (ADA heter numera The Academy of Nutrition and Dietetics förkortas The Academy eller AND.)

3. Anpassa kunskapen till den lokala kontexten: Teamet på Karolinska beslöt sig sålunda för att matcha den amerikanska modellen efter svenska förhållanden, ett arbete som stadigt

pågår och som sker i interaktion med AND (se tidigare artiklar i DA:s serie om NCP/IDNT).

4. Undersök vilka hinder som finns för att använda den nya kunskapen. Lena Martin berättar att en stor tröskel var just översättningsarbetet, men att det ändå går och har gått mycket bra (det är en process som ständigt pågår). Det är inte bara termer och begrepp som skall översättas och anpassas, även mått och värden skiljer sig. Exempelvis ligger vi Europa "före" USA i vissa delar när det gäller så enkla saker som t ex laboratorievärden. Andra hinder som Lena Martin pekar på är brist på resurser, tid, support och utbildning eller kontraproduktiv verksamhetskultur, alternativt dåliga relationer och oengagerade chefer och bristande ledarskap.

– Har man inte ledningen med sig är det omöjligt att genomföra den här förändringen. Men vi hade vår chef Lotta Klinge-Härberg med oss fullt ut.

5. Välj, anpassa och genomför interventionen. Det här steget har för teamet på Karolinska Universitetssjukhuset bestått av flera moment. Det har handlat om att frigöra medel och tid, i diskussion med chefer, för att kunna anordna kurser, workshops och annan utbildning för alla dietister. I samarbete med DRF har arbetet med översättningen fortsatt. Här bör också de internationella insatserna nämnas där Ylva Orrevall gör ett viktigt drivande arbete i dietistorganisationerna EFAD och ICDA.

6. Följ upp hur kunskapen används och 7. Utvärdera resultatet. Utvärdering av gjorda insatser är givetvis alltid A och O för vidare steg i en process. Lena Martin tycker också att man lyckats bra med detta genom att underhand göra kvalitetsgranskningar och avstämningar.

– Det är ungefär här vid punkt 7 som vi idag befinner oss, anser Lena Martin. Resultat visar att vi har 25% skrivna nutritionsdiagnoser. Som väntat är en del dietister sk early adaptors, de som är riktigt taggade, och andra mer av laggards, de som upplever att det inte finns tillräckligt med tid för att tillfullo kunna engagera sig i implementeringen. Just tiden är onekligen en bristfaktor och vi får räkna med att alla inte kan ligga i fas med varandra. Spektret är stort, t ex skriver somliga PES-uttalanden kontinuerligt, andra inte alls.

Lena Martin berättar avslutningsvis att de nu dokumenterar nutritionsordinationer och att man arbetar vidare med hela journalanteckningen. Desto mer man arbetar med processen, desto enklare blir det. Sammanhangen och upplägg blir tydligare och konturerna skarpare.

– Bitarna faller allteftersom helt enkelt på plats, avslutar Lena Martin.

Ulrika Bentzer, Landstinget Sörmland

En annan dietist som tidigt varit med i arbetet att ta fram en svensk version av NCP/IDNT är Ulrika Bentzer, eftersom hon tillsammans med kollegan Jenny McGreevy engagerades i översättningen av dokumentet Internationell Dietetik och Nutritionsterminologi. Ett imponerande och tidskrävande arbete som Dietistaktuellt tidigare beskrivit.

– Som tack för insatsen erbjöds alla dietister i Sörmland, som utgör en dietistenhet, möjlighet att gå en grundkurs i nutritionsdiagnostik under två halvdagar i början av 2011. Det innebar också att alla var på banan samtidigt, vilket var en stor fördel och gav oss en flygande start i vår implementering.

Ulrika Bentzer berättar att hon och hennes kolleger köpte konceptet med "hull och hår", och de körde igång i stort sett direkt efter kursen.

– Idag använder vi IDNT-dokumentet vid journalföring och gör PES-uttalanden, berättar hon. Detta görs vid besök och telefonkontakter i öppenvården, och vid besöken i slutenvården. Men som på andra ställen, är det lite olika hur ofta det görs – somliga dietister gör det alltid, andra ibland.



För att hålla den initiala motivationen igång diskuterar de patientfall i samband med arbetsplatsmöten. Det sker tre gånger per termin då alla (drygt 20 dietister) träffas på enheten. Fallen är reella, men givetvis aidentifierade och samtalen kretsar kring vilken nutritionsdiagnostik som bör tillämpas.

– Mötena är oerhört lärorika, fortsätter Ulrika Bentzer. Det blir många intressanta infallsvinklar eftersom vi är så många som samtalar. Men vi har också brutit ned detta i fler möten i mindre, lokalt knuta grupper. Exempelvis har dietisterna på Mälarsjukhuset i Eskilstuna PES-luncher var 14:e dag, och dietisterna på Nyköpings lasarett och i Katrineholm träffas ett par halvdagar per termin då NCP/IDNT behandlas.

När man går igenom journalutdragen tas nutritionsdiagnos bort som tidigare ställts för att få igång en diskussion. Gruppen tittar på olika möjligheter utifrån dokumentation, väljer diagnos och jämför sedan med den ursprungliga. Den dietist som initialt ställt nutritionsdiagnosen förklarar sedan hur hon/han har resonerat.

– Min uppfattning är att dessa samtal och vårt införande av nutritionsbehandlingsprocessen har lett till en avsevärd kvalitetshöjning av vår verksamhet.

Ulrika Bentzer och hennes kolleger har nu arbetat med detta i drygt ett år, och en erfarenhet som hon gjort är att man bör lägga mycket av sitt krut på att göra goda nutritionsutredningar, istället för att vara så snabb till åtgärd, vilket man kanske var tidigare.

– Har man lite mer på fötterna innan man agerar, ökar säkerheten och åtgärden blir mer evident. Även det är en aspekt av kvalitetshöjningen. Jag upplever att vi ligger ganska långt framme i vårt implementeringsarbete och jag tror det till stor del beror på att vi alla stod samtidigt på startlinjen.

Diskussion är också enligt Ulrika Bentzer oerhört viktig för att kunna driva arbetet vidare – det här är inget man gör hemma på sin kammare, utan det måste växa fram i dialog och samarbete med kollegerna.

Vi har givetvis diskuterat patientfall tidigare, men nu har vi ett effektivt instrument att applicera detta på. Ett verktyg som tydliggör vår uppgift inte bara för oss själva, utan också för andra yrkesgrupper. När man skriver ned dessa PES-meningar i journalen för inläggande patienter, så blir det väldigt konkret vad dietisten gör – och inte minst varför.

Att ha en chef som uppmuntrar och medverkar i arbetet med implementeringen är också viktigt för hela arbetsgruppen och i Sörmland har vi en sådan chef.

På flera ställen i landet ställs idag nutritionsdiagnos i samband med nybesök



Ulrika Bentzer
Landstinget Sörmland



Lotta Copland, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Även tidigt ute med att införa nutritionsbearbetningsprocessen har Sahlgrenska Universitetssjukhuset varit. Det är framför allt dietist Lotta Copland som varit starkt engagerad och drivande. Hon är också huvudansvarig för arbetet påbörjats.

– Jag tror att det är viktigt att man utser en huvudansvarig, någon som kan hålla i takt pinnen och som fått tid och möjlighet att sätta sig in i vad NCP/IDNT är.

För dietisterna på Sahlgrenska blev DRF:s kongress hösten 2011 startskottet. En grupp om åtta av de ca 30 dietister som finns på arbetsplatsen deltog.

Efter kongressen anordnade vi regelbundna möten varannan vecka, fortsätter Lotta Copland, där gruppen tillsammans framförallt övade nutritionsdagnostik och PES-uttalanden. Vi gjorde oss bekanta med själva processen. Vid årsskiftet 2012, hölls sedan en introduktionsföreläsning för alla dietister på vår enhet. De åtta dietisterna fick ansvaret för lika många arbetsgrupper, som indelades diagnosspecifikt – kirurggrupp, obesitasgrupp, etc.

Grupperna träffades sedan regelbundet. Ett mål som ställdes var att då en dietist träffade en patient, inom öppen- och slutenvården, så skall det ställas en nutritionsdiaagnos och ett PES-uttalande göas. Dietisten ges sedan möjlighet att i sin grupp diskutera ett av patientfallen vid mötena. Det är ett uttalat krav att 100% av alla förstagångsbesöken skall diagnostiseras och ges ett PES-uttalande.

Lotta Copland berättar vidare att de här kraven emellertid inte har uppfattats som någon större sak.

Dels har det varit tydligt uttalat från enhetschefens sida att arbetet med NCP har högsta prioritet under 2012, när det gäller utvecklingsarbete, och det är oerhört viktigt med ledningens tydliga och uttalade stöd, dels har vi redan satt nutritionsdiaagnoser under snart tio års tid. Dock inte ADA:s, utan nutritionsdiaagnoser baserade på ICD 10. Därmed är inte själva processen i sig ny, men diaagnoserna och strukturen att tänka utifrån ett nutritionproblem.

Även på Sahlgrenska ses tiden som en begränsande faktor. Arbetsbelastningen ser olika ut för olika dietister och somliga har svårt att hinna med. Lotta Copland menar därför att utvecklingssamtalen är ett viktigt instrument för att chefen skall kunna göra en individuell bedömning och följaktligen kunna anpassa arbetssituationen för den enskilde dietisten. Införandet av NCP är sanktionerad från ledningen och då måste också förutsättningar ges över hela linjen för att möjliggöra detta.

– Jag ser dessa utvecklingssamtal som ett viktigt led i den gemensamma strävan att börja arbeta enligt NCP, menar Lotta Copland.

Återkoppling

En gång i månaden arrangeras ett stort möte där samtliga dietister träffas. Varje dietist föredrar för hela gruppen ett genuint patientfall där dietistens ”nybesöks”-anteckning ligger till grund.

Dietisten för sedan med stöd av Lotta, en diskussion med övriga: finns all data tillgänglig för att sätta aktuell nutritionsdiaagnos?

Vad händer när vi ställer de kritiska frågorna? Kunde det diagnostiska uttalandet sett annorlunda ut? Hur ser åtgärderna ut i förhållande till identifierat problem? Är de kliniska tecken och symtom som uttrycks i PES-uttalandet uppföljningsbara?

– De här mötena har flera positiva aspekter, menar Lotta Copland, utöver att de bidrar till att vi övar oss i själva processen, bidrar det till att vi får ett gemensamt ”tänk” – vi kommer att likrikta våra bedömningar och skapa en enad samsyn på diaagnoser och åtgärder.

Visserligen är det mesta i processen redan klart formulerat, men i praktiken är det mycket som vi behöver förhålla oss till och tydliggöra.

Mötena kan också vara lite utmanande; det kräver mod från var och en som skall hålla en föredragning. Det kan kännas som att man blir ifrågasatt, därför är det viktigt att det är högt i tak och det finns en trygghet i gruppen som främjar öppenhet.

Lotta Copland ser införandet av NCP och användandet av IDNT som en process som måste få ta sin tid, helt enkelt för att det kräver tid. Det handlar om tid för diskussioner, funderingar, experimenterande och mognad, en process som alltid måste finnas med men som förhoppningsvis NCP/IDNT kan hjälpa oss dietister att hålla levande.

– Allt detta förutsätter envishet och tålmodighet både från den enskilda dietisten men också från ledningens sida. Det vore allvarligt att plötsligt prioritera något annat innan användandet av NCP och IDNT satt sig.

Christina Walter, dietistenheten vid Sunderby sjukhus, Norrbotten

Även Christina Walter var med på kongressen 2011 och blev förtjust i det nya konceptet.

– Jag tyckte direkt att detta var ett imponerande arbetssätt, menar hon. Vårt arbete systematiseras, vi kan presentera statistik och vi kan metodiskt se vad som fungerar. Modellen klagör och det isolerar ett problem eller visar att det inte är ett problem som vi kan åtgärda.

Christina Walter kom tillbaka och berättade entusiastiskt om den nya nutritionsbearbetningsprocessen för sina kolleger som då var ganska förstämde. Man hade under fyra års tid utrett huruvida dietisterna skulle bli en egen länsenhet eller få en annan organisatorisk form. Ständig ovisshet hade lett till ett visst mått av modlöshet och motivationsbrist.

– Vår närmaste chef peppade och föreslog att vi borde söka projekt pengar för att implementera den här nya arbetsprocessen. Det skulle kunna bli en nystart. Vi sökte pengar från Vital i Norr, en landstingssatsning för personer över 65 år. ”Det här går aldrig”, tänkte jag.

Christina Walter tänkte fel. Man fick pengar och plötsligt blev det bråttom. Det behövdes k

”projektägare”. Christina och hennes kollega Emma-Maria Viklund fick gå en projektledarutbildning och blev ansvariga för det nya NCP-projektet. Samtidigt löste sig organisationsfrågan och dietisterna kom att ingå i en länsklinik. 14 dietister på 12,25 tjänster med en gemensam chef.

– Timingen var utmärkt. Vi blev en enhet som skulle bli samspelt och vi hade nu fått ett utmärkt verktyg att genomföra detta arbete med. Vårt problem är emellertid de stora avstånden i Norrbotten. Vi har haft NCP-träffar via videokonferens, men det blir inte riktigt samma kommunikation som när vi träffas på plats.

Christina Walter och Emma-Maria Viklund har därför rest runt en hel del till de olika arbetsplatserna för att utbilda och diskutera. De har haft med sig journalanteckningar med PES-meninger som dietisten på orten tidigare skickat in och man har gått igenom dessa – finns här tillräckligt med information? Är det en bra diaagnos som ställts? etc.

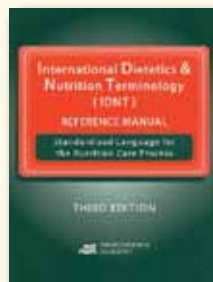
Många tycker att det kan vara svårt att sätta en nutritionsdiaagnos, och identifiera vad som är symptom och tecken. Inte minst om man skall göra det under tidspress. Det är också svårare på de ställen där dietisten är ensam och inte har någon kollega att samtala med. Är man stressad blir det lätt att man hoppar över eller skjuter upp diaagnosen till en senare tidpunkt då det är lite lugnare.

– Somliga menar att de inte hittar någon lämplig nutritionsdiaagnos, men då har man i alla fall försökt. Det är heller inte så lätt. Många av oss har arbetat under många år och har vissa rutiner som sitter i ryggraden. Nu gäller det att försöka lägga detta åt sidan och inpränta ett annorlunda sätt att tänka.

Men på det stora hela upplever ändå dietisterna i Norrbotten att NCP är ett bra sätt att arbeta som ger struktur, med till exempel betydligt bättre journalanteckningar.

– Vårt nästa steg är nu att göra om journalen med sökord som bygger på IDNT och att få hela enheten att arbeta efter NCP-snurren, avslutar Christina Walter.

DA



4e utgåvan av IDNT kommer till Höstmötet



Lotta Copland, SU



Du hittar tidigare publicerade artiklar om NCP och IDNT på: www.dietistaktuellt.com/sv/aktuellt/artikelserie/