



foto: iStockphoto.com

## Leczenie żywniowe pacjentów to obowiązek, nie przywilej

Leczenie żywieniowe wraz z preparatami do żywienia poza- i dojelitowego w praktyce klinicznej wprowadzono już ponad 30 lat temu. Bezspornie odgrywa ono ważną rolę i powinno stanowić nieodłączny element procesu leczniczego. Wpływa bowiem bezpośrednio na wyniki leczenia oraz rokowanie chorego. Tymczasem, nie tylko w Polsce, problem niedożywionych pacjentów szpitalnych wciąż jest aktualny, a jego następstwa często są bagatelizowane przez lekarzy i system.

Sprawą zajęli się m.in. Włosi, którzy przeprowadzili wielośrodkowe badania polegające na ocenie stanu odżywienia 705 chorych w dniu przyjęcia oraz po 15 dniach hospitalizacji. Niedożywienie w dniu przyjęcia do szpitala stwierdzono u ponad 19 proc. osób, a po 15 dniach leczenia na oddziałach wewnętrznych i chirurgicznych już u 60 proc. Badania na ten temat przeprowadził również Zakład Żywienia Człowieka Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Okazało się, że ze stu osób przyjętych do szpitala uniwersyteckiego 56 proc. było niedożywionych. Jednocześnie ocenione retrospektywnie średnie koszty ich leczenia były dwukrotnie wyższe niż chorych prawidłowo odżywionych. Smutne wnioski płyną ponadto z innej pracy, w której oceniono stan odżywienia chorych w 20 szpitalach amerykańskich. Choć niedożywienie stwierdzono u 2485 chorych, tylko u 32 proc. zastosowano interwencję żywieniową.

Na problem leczenia żywieniowego w szpitalach zwraca także uwagę Polskie Towarzystwo Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu, które informuje m.in., że od kiedy do praktyki klinicznej wprowadzono ocenę stanu odżywienia – a było to pod koniec lat 60. XX wieku – różnego stopnia niedożywienie stwierdza się u połowy chorych leczonych w szpitalach. Polskie Towarzystwo Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu wskazuje, że niedożywienie występuje najczęściej u pacjentów w wieku podeszłym (50 proc.), u osób z chorobami układu oddechowego (45 proc.), z chorobami zapalnymi jelit (80 proc.) oraz z nowotworami złośliwymi (85 proc.). Przypomina także, że u 30 proc. chorych prawidłowo odżywionych niedożywienie rozwija się po przyjęciu do szpitala, a u 70 proc. niedożywionych w momencie przyjęcia niedożywienie pogłębia się w trakcie hospitalizacji. Ekspertki zwracają uwagę, że jakość i ilość pokarmów spożywanych przez chorego oraz stopień pokrycia rzeczywistego zapotrzebowania białkowo-energetycznego powinny być tak samo kontrolowane, korygowane i odnotowywane jak podawane leki.

Trzeba pamiętać o tym, że zapewnienie odpowiedniej ilości kalorii i materiałów budulcowych jest dla ciężko chorego tak samo istotne jak utrzymanie np. krążenia krwi i oddychania. Polskie Towarzystwo Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu przypomina, że podstawą działania narządów wewnętrznych, obrony przeciwko zakażeniu, krzepnięcia krwi i gojenia ran jest prawidłowa przemiana materii. Gdy nie uwzględni się tego podczas leczenia, nie wyrówna się niedoborów pokarmowych, wydłuży się okres zdrowienia oraz mogą wystąpić ciężkie powikłania. A wydłużający się czas pobytu pacjenta w szpitalu znacząco zwiększa koszty. Z danych Europejskiego Towarzystwa Żywienia Klinicznego i Metabolizmu (ESPEN) wynika, że prowadząc prawidłowo leczenie żywieniowe, można zaoszczędzić około miliona euro rocznie w szpitalu średniej wielkości.

„Lekarze z różnych powodów nie traktują niedożywienia szpitalnego z należytą uwagą”



for: IZ3RF

„Pacjent, który jest wyniszczony z powodu niedożywienia, nie tylko nie dochodzi do zdrowia, co niweczy starania lekarzy i personelu medycznego, lecz także ma gorsze rokowania na wyzdrowienie”

To czysta ekonomia – lepiej jest utrzymywać pacjenta w dobrej kondycji niż ponosić koszty z tytułu następstw zdrowotnych z powodu niedożywienia. Ekspertki podkreślają, że niedożywienie szpitalne to często dodatkowa choroba pojawiająca się u osób hospitali-



foto: 123RF

„Niedożywienie szpitalne to często dodatkowa choroba pojawiająca się u osób, które są hospitalizowane z innych przyczyn, ale także wymaga leczenia”

zowanych z powodu innej choroby, ale także wymaga leczenia. Tymczasem lekarze, z różnych powodów, nie traktują niedożywienia szpitalnego z należytą uwagą. A wiadomo, że osoba przebywająca w szpitalu, często w ciężkim stanie, musi być odżywiana zgodnie z zapotrzebowaniem oraz możliwościami przyjmowania pokarmów. Pacjent wyniszczony z powodu niedożywienia nie tylko długo nie dochodzi do zdrowia, co niweczy starania lekarzy i personelu medycznego, lecz także ma gorsze rokowania na wyzdrowienie.

Prezes PTZPDiM dr hab. med. Stanisław Kłęk, lekarz praktyk ze Szpitala Specjalistycznego im. Stanleja Dudricka w Skawinie, w pracy przeglądowej „Leczenie żywieniowe w onkologii” zauważa, że niedożywienie występuje nawet u 80 proc. chorych na nowotwory i zawsze prowadzi do zwiększenia liczby powikłań. Akcentuje, że nowotwory niemal zawsze wiążą się z za-

burzeniami stanu odżywienia. Ekspert podkreśla, że w wypadku chorych z niedożywieniem bardzo ważna jest precyzyjna identyfikacja problemu i szybkie rozpoczęcie interwencji leczniczej. Wśród najczęstszych przyczyn zaburzeń odżywiania chorych na nowotwory wymienia niedostateczne odżywianie naturalną drogą doustną, zwiększoną utratę substancji odżywczych, zwiększone zapotrzebowanie związane z obecnością (rozwojem) nowotworu oraz gorączką lub zakażeniem.

„Niestety, samo leczenie również może pogłębiać stan niedożywienia, przykładem mogą być niepożądane działania chemio- i radioterapii, które mogą obniżać łaknienie, wywoływać nudności i wymioty czy biegunki. Dlatego leczenie żywieniowe w związku z wymienionymi okolicznościami jest bardzo ważnym, a nawet podstawowym elementem postępowania w onkologii” – uczula dr hab. med. Stanisław Kłęk. Zauważa też, że niedożywienie zawsze pogarsza wynik leczenia. Przytacza ponadto: „Nie ma żadnych wiarygodnych danych wskazujących na to, że leczenie żywieniowe ma jakikolwiek wpływ na wzrost nowotworu. Jest natomiast pewne, że głódówka nie tylko nie zahamuje rozwoju nowotworu, ale w sposób znamieny pogorszy stan organizmu pacjenta”.

Leczenie żywieniowe jest wskazane u chorych, którzy nie mogą przyjmować substancji odżywczych

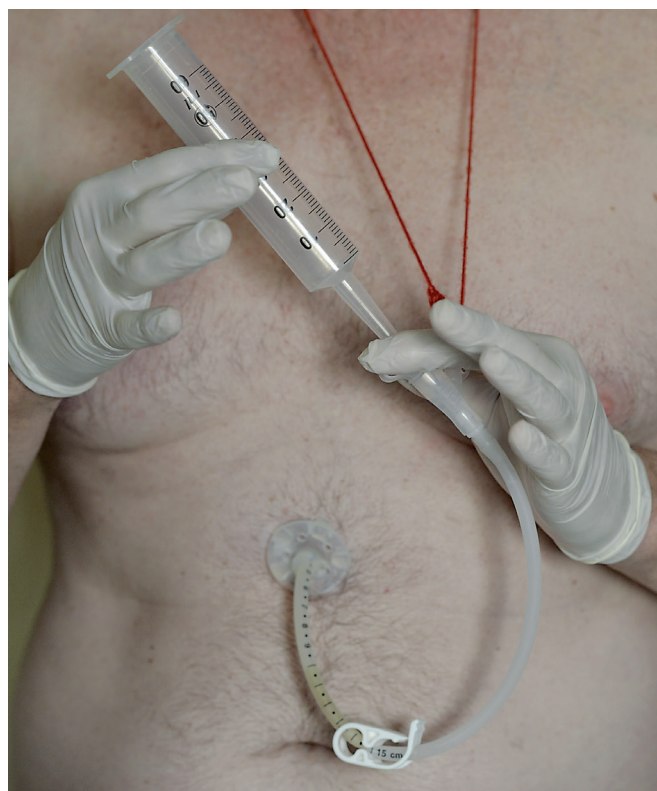
w wystarczającej ilości drogą naturalną. Można je skutecznie prowadzić w zasadzie w każdych warunkach i u każdego pacjenta, który tego potrzebuje. Podstawę stanowi ocena stanu zdrowia chorego, jego potrzeb i dobór formy odżywiania. Eksperti do spraw leczenia żywieniowego zwracają uwagę, by nie stawiać na równi niedożywienia szpitalnego z kuchnią szpitalną. Bowiem są to dwa odległe zagadnienia.

Leczenie żywieniowe polega na dostarczaniu pacjentowi wszystkich niezbędnych składników pokarmowych, budulcowych i energetycznych, tj. białek, cukrów, tłuszczów, składników mineralnych i witamin, których ze względu na stan zdrowia nie może on przyjąć w sposób naturalny. W leczeniu żywieniowym stosuje się gotowe diety przemysłowe lub płyny dożylnie, których skład ustala się indywidualnie w zależności od potrzeb chorego. Tego typu żywienie uznawane jest za część procesu leczniczego, ponieważ niedożywienie osłabia odporność i prowadzi do wielu groźnych dla życia powikłań, ponadto prawidłowo prowadzone leczenie żywieniowe znacznie przyspiesza proces leczenia.

Leczenie żywieniowe stosowane jest na zlecenie i pod nadzorem lekarza. Często zasady kontraktowania, realizacja i rozliczanie świadczeń leczenia żywieniowego są niezrozumiałe dla środowiska medycznego. Przyczynia się do tego m.in. mnogość przepisów, brak przejrzystości czy pojawiające się z dużą częstotliwością zmiany w tym zakresie. Lekarze mówią otwarcie, że mają kłopoty z jednoznaczną interpretacją przepisów.

Zdaniem dr. hab. med. Stanisława Kłęka lekarze nie stosują powszechnie leczenia żywieniowego, choć mają taki obowiązek, a żywność medyczna jest dostępna, nie ze względu na skomplikowane procedury, ale dlatego, że brakuje im wiedzy o konsekwencjach niedożywienia i znaczeniu interwencji żywieniowej dla wyniku leczenia pacjenta.

– *To nie jest tylko polski problem, mamy z nim do czynienia właściwie na całym świecie. Z tego powodu nasze towarzystwo prowadzi wiele działań edukacyjnych dla lekarzy wszystkich specjalności, a także dla farmaceutów, dietetyków i pielęgniarek. Moim zdaniem w ostatnich latach sytuacja powoli, ale systematycznie się poprawia* – mówi ekspert. Zapytany, co dla lekarzy i dyrektorów szpitali stanowi największy problem w rozliczeniach z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie stosowania leczenia żywieniowego, odpowiada: – *Niemalże wszyscy zapytani o to lekarze podkreślają, że głównym problemem jest ilość i złożoność dokumentacji, jaka jest wymagana do uzyskania refundacji – chodzi tu o kartę kwalifikacji do leczenia żywieniowego oraz kartę monitorowania. Moim zdaniem nie ma jednak możliwości zmiany tych wymogów z uwagi na to, że znacząca grupa ośrodków prowadziła leczenie żywieniowe w sposób nieprawidłowy. Celem takiej, a nie innej dokumentacji jest uzyskanie poprawy jakości leczenia. Trzeba również dodać, że wymogi w zakresie dokumentacji dotyczą także innych dziedzin medycyny, szczególnie tych, w których wydatki płatnika są wysokie, i nie są niczym*



„Dzięki staraniom PTZPDiM od 1 stycznia 2012 r. każdy szpital zobowiązany jest do przeprowadzania oceny stanu odżywienia pacjenta”

*niezwykłym. Rzetelność w medycynie to także rzetelność w prowadzeniu dokumentacji.*

To, czy świadczenie finansowane jest przez NFZ, określają tzw. rozporządzenia koszykowe opracowane przez resort zdrowia. Zasady kontraktowania i szczegółowe zasady rozliczania świadczeń ustala natomiast prezes NFZ w swoich zarządzeniach. Ogólne zasady realizacji leczenia żywieniowego w szpitalach zawarto w stosownym rozporządzeniu ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. Z kolei w załączniku do tego rozporządzenia określono, że NFZ finansuje leczenie żywieniowe pozajelitowe i dojelitowe za pomocą diet przemysłowych po spełnieniu określonych warunków. Co istotne, dzięki staraniom PTZPDiM od 1 stycznia 2012 r. każdy szpital zobowiązany jest do przeprowadzania oceny stanu odżywienia pacjenta. Do rozliczenia leczenia żywieniowego dorosłego pacjenta na oddziale szpitalnym potrzebne są prawidłowe zakwalifikowanie – karta kwalifikacyjna (załącznik nr 2 do zarządzenia nr 4/2014/

”Niedożywienie występuje nawet u 80 proc. chorych na nowotwory i zawsze prowadzi do zwiększenia liczby powikłań”

DSOZ prezesa NFZ z 4 lutego 2014 r.) oraz prawidłowe monitorowanie – karta leczenia żywieniowego dorosłych (załącznik nr 3 do zarządzenia nr 4/2014/DSOZ prezesa NFZ z 4 lutego 2014 r.). W wypadku żywienia pozajelitowego, gdy pacjent ma założony cewnik centralny, dodatkowo potrzebna jest karta obserwacji centralnego cewnika naczyniowego (załącznik nr 6b do zarządzenia nr 89/2013/DSOZ prezesa NFZ z 19 grudnia 2013 r.).

Z uwagi na to, że w rozliczeniach często pojawiają się błędy, przez co placówki realizujące leczenie żywieniowe mają kłopoty, poprosiliśmy centralę NFZ o udzielenie odpowiedzi na najbardziej nurtujące środowisko medyczne pytania. Chcieliśmy m.in. wiedzieć, czy możliwe jest rozliczenie jako żywienia dojelitowego podaży diety szpitalnej zmiksowanej dojelitowo poprzez sztuczny dostęp (z głębnik, stomia). Odpowiedziano, że nie jest możliwe rozliczenie żywienia taką dietą jako żywienia dojelitowego.

W załączniku 6a do zarządzenia nr 89/2013/DSOZ prezesa NFZ z 19 grudnia 2013 r., zmienionym następnie przez rozporządzenie 4/2014/DSOZ z 4 lutego 2014 r. występuje rubryka „cholesterol całkowity” i są dwie możliwości odpowiedzi: „poniżej normy” lub „norma”, podobnie jest przy rubrykach „białko całkowite” i „albuminy”. W tym przypadku chcieliśmy wiedzieć, co zaznaczyć, gdy te wartości są powyżej normy. Odpowiedziano następująco: „W karcie kwalifikacji dorosłych do leczenia żywieniowego wymienione są substancje, których poziom jest jednym ze wskaźników niedożywienia. Jeżeli jednak poziom którejkolwiek z nich przekracza normę, nic nie stoi na przeszkodzie, by to zaznaczyć. Interpretacja należy do lekarza leczącego”.

Ważne jest, by placówki medyczne chętniej korzystały z leczenia żywieniowego, bo mają ku temu narzędzia i systemowe rozwiązania. Umiejętnie i konsekwentnie stosowane oraz rozliczane leczenie żywieniowe, dzięki możliwościom rozliczenia oferowanym przez NFZ, nie obciąża budżetu szpitala i przynosi korzyści zdrowotne dla pacjenta, poprawiając rokowanie, skracając czas pobytu w szpitalu, ograniczając liczbę nierzadko bardzo kosztownych powikłań. A to pacjent i jego potrzeby są najważniejsze – o czym często się zapomina.

*Kamilla Gębska*

Pod adresem [www.termedia.pl](http://www.termedia.pl) przez 24 godziny na dobę, siedem dni w tygodniu ukazują się najświeższe doniesienia naukowe i aktualności dotyczące systemu ochrony zdrowia: ekonomiczne, polityczne i inne

**Termedia sp. z o.o.**  
 ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań  
 tel./faks +48 61 656 22 00  
[www.termedia.pl](http://www.termedia.pl)