

Leczenie żywnieniowe i korzyści dla szpitala



Co mówią eksperci?

Jak duże znaczenie dla **ekonomii szpitala** ma właściwe prowadzenie żywienia klinicznego? Przeczytaj opinie prof. Stanisława Kłęka oraz prof. Przemysława Matrasa i **zastosuj dobre rady** w swojej placówce!



**FRESENIUS
KABI**

Eksperci: leczenie żywieniowe przynosi korzyści dla chorych i szpitala

rynekzdrowia.pl, 03.11.2023

W szpitalach obowiązuje przesiewowa ocena stanu odżywienia pacjenta, a mimo to wielu rozwija niedożywienie. U takich chorych ryzyko wystąpienia powikłań infekcyjnych jest o ok. 30 proc. większe, maleje skuteczność leczenia. - Podjęcie leczenia żywieniowego daje korzyści zarówno dla pacjenta, jak i dla szpitala - mówi prof. Stanisław Kłęk, kierownik Kliniki Chirurgii Onkologicznej w Narodowym Instytucie Onkologii - Państwowym Instytucie Badawczym, Oddział w Krakowie.

- Na niedożywienie są szczególnie narażeni pacjenci z chorobami, które powodują zaburzenia w połykaniu posiłków lub brak apetytu
- Badania naukowe dowiodły, że chory niedożywiony, ze względu na powikłania i powolniejszy proces zdrowienia pozostaje w szpitalu średnio o około jeden tydzień dłużej niż pacjent z tą samą chorobą, który otrzymywał żywienie kliniczne

- Wdrożenie żywienia klinicznego jest tańsze niż opieka nad pacjentem, który z powodu niedożywienia rozwinął powikłania - podkreśla prof. Przemysław Matras prezes Polskiego Towarzystwa Żywienia Klinicznego
- Leczenie żywieniowe dojelitowe i pozajelitowe jest finansowane przez NFZ i opłacalne dla szpitala - zaznacza prof. Stanisław Kłęk, kierownik Kliniki Chirurgii Onkologicznej w Narodowym Instytucie Onkologii - Państwowym Instytucie Badawczym, Oddział w Krakowie

Niedożywienie pacjenta zwiększa ryzyko powikłań

Jak podkreśla prof. Przemysław Matras z Oddziału Chirurgii Ogólnej i Leczenia Żywieniowego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, kierownik Zakładu Żywienia Klinicznego UM w Lublinie, prezes Polskiego Towarzystwa Żywienia Klinicznego, przyczyną niedożywienia, które rozwija się u pacjenta hospitalizowanego nie jest zła jakość posiłków szpitalnych. Ten problem kliniczny występuje we wszystkich krajach, nawet w bogatych tam, gdzie w szpitalach pacjenci mają możliwość wyboru dań.

- Niedożywienie to wynik choroby oraz braku świadomości personelu medycznego jakie następstwa niesie ono dla pacjentów - zaznacza prezes PTŻK.



W przypadku stwierdzenia niedożywienia konieczne jest wprowadzenie leczenia żywieniowego. Wg zaleceń Polskiego Towarzystwa Żywnienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu POLSPEN u pacjentów, u których stwierdza się niedożywienie, a nie mogą w wystarczającym zakresie odżywiać się drogą doustną, należy wdrożyć odżywianie dojelitowe (za pomocą zgłębnika). Lekarz z szeregu dostępnych na rynku diet przemysłowych (standardowe, wzbogacane w błonnik, peptydowe, bogatobiałkowe, specjalne) wybiera preparat najlepszy dla chorego.

Jeżeli nie ma dostępu do przewodu pokarmowego lub pacjent nie toleruje żywienia dojelitowego, lub doszło do wystąpienia niewydolności przewodu pokarmowego, wtedy należy rozważyć leczenie pozajelitowe poprzez dostęp do naczyń krwionośnych (najczęściej przez naczynia podobojczykowe, szyjne) za pomocą specjalnego cewnika. Drogą naczyniową choremu podawane są wszystkie niezbędne do życia i leczenia składniki odżywcze, w specjalnej sterylnej mieszaninie odżywczej - wieloskładnikowej kroplówce.

Jak tłumaczy prof. Przemysław Matras, na niedożywienie są szczególnie narażeni pacjenci z chorobami nowotworowymi - zwłaszcza głowy i szyi, i górnego odcinka przewodu pokarmowego, a także z choro-

bami neurologicznymi, gdyż powodują zaburzenia w połykaniu posiłków. Choroby onkologiczne, w tym ich leczenie, doprowadzają często do zaburzenia apetytu. Niedożywieniu sprzyjają choroby zapalne przewodu pokarmowego, choroba Leśniowskiego Crohna i wrzodziejące zapalenie jelita grubego, które mogą powodować niewydolność układu pokarmowego.

Niedożywienie pacjenta zwiększa ryzyko owikłań. U pacjentów operowanych dochodzi m.in. do dłuższego gojenia ran, zespołów przewodu pokarmowego. Pacjent pozostaje dłużej w szpitalu, co przekłada się na wzrost kosztów.

Leczenie żywieniowe. Kiedy wdrażać?

W przypadku niedożywienia pogarsza się skuteczność leczenia choroby podstawowej.

- U pacjentów onkologicznych niedożywienie, ze względu na wywołane nim osłabienie organizmu, może wymusić przerwanie chemioterapii lub radioterapii, a także zmniejszenie ich dawek, co doprowadza do gorszego wyniku leczenia - podaje jeden z przykładów prof. Stanisław Kłęk, kierownik Kliniki Chirurgii Onkologicznej w Narodowym Instytucie Onkologii - Państwowym Instytucie Badawczym, Oddział w Krakowie.

Jak tłumaczy, wyniki badań naukowych dowodzą, że chory niedożywiony, ze względu na powikłania i powolniejszy



proces zdrowienia pozostaje w szpitalu średnio o około jeden tydzień dłużej niż pacjent z tą samą chorobą, który otrzymywał żywienie kliniczne. To przekłada się na zwiększone koszty hospitalizacji. U operowanych pacjentów z niedożywieniem ryzyko wystąpienia powikłań infekcyjnych jest o ok. 30 proc. większe.

Polskie Towarzystwo Żywienia Klinicznego zwraca uwagę na znaczenie monitoringu masy ciała pacjenta oraz objętości i jakości spożywanych pokarmów. Szczególnie jest to ważne podczas przygotowywania pacjentów do interwencji medycznej, np. do zabiegów operacyjnych. Towarzystwo zaleca, by pacjenci byli ważeni przy każdym kontakcie z jednostkami opieki zdrowotnej.

- Jeżeli pacjent straci 10 proc. masy ciała w ciągu 3- 6 miesięcy, to znaczy, że jest niedożywiony i trzeba go z tego powodu leczyć. Często pierwszym objawem dostrzeganym przez pacjentów jest utrata siły mięśniowej. Zauważają np. że męczy ich wchodzenie po schodach, po których wcześniej poruszali się swobodnie. - Jeśli pacjent zgłasza taki objaw, warto pomyśleć o kontroli masy oraz tego co pacjent zjada - mówi prezes PTŻK.

W placówkach ochrony zdrowia od 2012 r. obowiązuje przesiewowa ocena stanu odżywienia pacjenta, a mimo to nadal

wielu rozwija niedożywienie w szpitalu. - W naszych realiach wynika to m.in. stąd, że lekarze i pielęgniarki, przy niedoborach kadrowych są obciążeni wieloma innymi zadaniami, ale prawdą jest również, że niewiedza o konsekwencjach niedożywienia jest powszechna - ocenia prof. Przemysław Matras.

Leczenie żywieniowe jest opłacalne dla szpitali

Prof. Stanisław Kłęk podkreśla: - Leczenie żywieniowe dojelitowe i pozajelitowe jest opłacalne dla szpitala. Ta procedura jest finansowana przez NFZ w sposób bezpośredni i odpowiednio wyceniona. Podjęcie leczenia żywieniowego daje korzyści zarówno dla pacjenta, który zdrowieje szybciej, jak i dla szpitala, gdyż koszt leczenia pacjenta niepowikłanego jest zdecydowanie niższy niż w wypadku, gdy wystąpią komplikacje, których ryzyko rośnie wraz z niedożywieniem.

Fakt, że leczenie żywieniowe jest opłacalne dla systemu i dla szpitali udowodniły już polskie badania prowadzone tuż po 2007 roku, gdy NFZ rozpoczął refundowanie domowego leczenia dojelitowego. - Mielismy możliwość porównania kosztów leczenia pacjentów przed i po wdrożeniu tego systemowego rozwiązania - mówi prof. Stanisław Kłęk, który był współautorem badań.





- Przeanalizowaliśmy lata przed 2007 rokiem i lata 2007-2010. Średnia oszczędność w przeliczeniu na pacjenta wyniosła wówczas ok. 700 dolarów. Wynikała ze skrócenia czasu hospitalizacji i zmniejszonej liczby hospitalizacji ponownych na przykład z powodu zapalenia płuc, oskrzeli, dróg moczowych. Pacjenci mniej chorowali, szybciej zdrowieli - opisuje profesor.

Niedożywienie, to stan w którym zasoby energetyczne - i tak już uszczuplone przez chorobę - organizm przeznacza przede wszystkim na utrzymanie życia, a nie np. na gojenie się ran pooperacyjnych czy zapewnienie odporności. Dochodzi do zużywania endogennych zasobów białka, którego rezerwuarem są mięśnie stąd, spadek ich masy i siły. Niedożywienie zaburza produkcję białych krwinek biorących udział w reakcjach immunologicznych, produkcję przeciwciał, ale także nieswoistych białek odpornościowych. Pacjent jest bardziej narażony na wszelkiego rodzaju powikłania septyczne.

- To właśnie w związku z tymi mechanizmami niedożywiony pacjent dłużej leży w szpitalu, częściej dochodzi u niego do różnego rodzaju powikłań, co zwiększa koszty leczenia. Np. mała masa mięśniowa powoduje trudności w odkrztuszaniu, a następnie w oddychaniu.



Zaleganie wydzieliny w drogach oddechowych i zaburzenia odporności występujące w niedożywieniu, prowadzą do zapalenia płuc, a często do niewydolności oddechowej i konieczności respiratoroterapii - mówi prof. Przemysław Matras.

- Dochodzi do sytuacji, w której musimy przy dużym nakładzie kosztów ratować życie, podczas gdy pacjent był przyjęty do szpitala z powodu innej zasadniczej choroby - zauważa, podkreślając, że wdrożenie żywienia klinicznego jest tańsze niż opieka nad pacjentem, który z powodu niedożywienia rozwinął powikłania.

Dietetycy potrzebni przy łóżku chorego

Również zaznacza: - Żywienie kliniczne jest refundowane przez NFZ w stopniu wystarczającym dla szpitali. Jest ujęte jako tzw. procedura do sumowania, do procedur wchodzących w ryczałt. W chirurgii onkologicznej czy w przypadku chorób onkologicznych, w których procedury są nielimitowane leczenie żywieniowe też nie podlega limitom.

Niedożywienie, jak wynika z badań naukowych, dotyczy 30 proc. pacjentów. W oddziałach chirurgii onkologicznej stwierdza się je nawet u połowy pacjentów.

Do niedawna wskazywano na interdyscyplinarne zespoły żywieniowe, jako te struktury organizacji szpitala,



w ramach których ma odbywać się monitorowanie stanu odżywienia pacjenta. Obecnie to podejście podlega ewolucji. Szczególna rola przypada dietetykom.

- Z moich doświadczeń wynika, że w szpitalu zespoły interdyscyplinarne sprawdzają się na etapie prowadzenia już specjalistycznego leczenia dojelitowego i pozajelitowego. Natomiast na etapie oceny i rozpoznawania niedożywienia pacjentów zasadniczą rolę odgrywają dietetycy. To dietetyk powinien przeprowadzać ocenę przesiewową stanu odżywienia pacjenta, wyciągać z niej wnioski. Jeżeli jest to możliwe powinien sam wdrożyć interwencję żywieniową, a w przypadku konieczności leczenia dojelitowego lub pozajelitowego dać lekarzowi konkretne wskazówki co do działania - mówi prezes PTŻK.

Tłumaczy: - W szpitalu, w którym pracuję utworzyliśmy dział dietetyczny. Takie działy są w wielu szpitalach, ale my postawiliśmy dietetyka niejako przy łóżku pacjenta. Jeśli stwierdza ryzyko niedożywienia bądź niedożywienie interweniuje, powiadamia lekarza. Oczywiście każdy pacjent dostaje informację na temat odżywiania się w jego chorobie, natomiast uważna ocena i monitoring prowadzony przez dietetyków pozwala skupić się lekarzom na tych pacjentach, którzy rozwijają niedożywienie. Dodaje: - Dla nas to ważne, bo niedo-

żywienie oznacza drogą medycynę, dłuższe pobyty pacjentów, zajmowanie łóżek intensywnej opieki, czyli najdroższych; także zmniejszenie skuteczności interwencji medycznych. Istnieje m.in. badanie hiszpańskie, z którego wynika, że 1 euro wydane na dietetyka zatrudnionego przy łóżku chorego przynosi 52 euro oszczędności dla systemu i szpitala - podkreśla prof. Przemysław Matras.

Zaznacza: - Aby dietetycy mogli spełniać swoją rolę, jeden powinien przypadać na 50 łóżek. Dzisiaj są to specjaliści z ukończonymi studiami wyższymi, posiadający odpowiednią wiedzę a ich miejscem pracy nie jest kuchnia - jak zwykło się jeszcze sądzić - ale szpitalny oddział.

Dla najlepszych certyfikaty dobrej praktyki żywienia klinicznego

Takie podejście do roli dietetyka w szpitalu nie jest niestety powszechne, gdyż porady dietetyków nie są osobno finansowane przez NFZ, co ogranicza możliwość ich zatrudniania.

W trosce o jakość leczenia żywieniowego Polskie Towarzystwo Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu nadaje szpitalom certyfikaty dobrej praktyki żywienia klinicznego. Trafiając do placówek z takim certyfikatem pacjent ma pewność, że w razie

niedożywienia otrzyma odpowiednie leczenie.

W procesie certyfikacji analizowanych jest 15 składowych dobrej opieki żywieniowej. Wymagania ujęte certyfikatem to między innymi: posiadanie przez szpital opisanych procedur żywienia klinicznego, zatrudnianie dietetyków w oddziałach, dostępność do odpowiedniego sprzętu i preparatów w ramach leczenia żywieniowego, przygotowywanie mieszanin do żywienia pozajelitowego przez wyspecjalizowaną pracownię w aptece szpitalnej, utworzenie poradni gwarantującej pacjentom opiekę w zakresie żywienia przed i po wyjściu ze szpitala.

Żywienie dojelitowe i pozajelitowe jest uznawane dzisiaj za procedurę bezpieczną dla pacjenta. - Powikłania, które mogą wystąpić przy żywieniu dojelitowym, to

biegunki albo wzdęcia brzucha, które ustępują po zmianie diety. W przypadku leczenia pozajelitowego, konieczna jest umiejętne utrzymywanie dostępów żylnych, jak przy wszystkich tego typu dostęпах. Ten rodzaj leczenia może wywoływać zaburzenia metaboliczne, z tym, że są one dość łatwo korygowalne - wyjaśnia profesor.

W tym roku weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia, które wśród wielu umiejętności jakie mogą, obok specjalizacji, nabywać lekarze wymienia leczenie żywieniowe. PTŻK i POLSPEN przygotowują program kursów. Uznano, że tę umiejętność będzie mógł zdobyć każdy lekarz. - Mamy nadzieję, iż fakt powstania takiej umiejętności spowoduje, że za kilka lat pojawi się rzesza lekarzy z dobrą znajomością leczenia żywieniowego, pracujących w wielu szpitalach - podsumowuje prof. Przemysław Matras.



FRESENIUS
KABI

**Twoje
źródło
wiedzy
i inspiracji**



**Zeskanuj kod QR i zaobserwuj nasze
social media:**

LinkedIn "Fresenius Kabi Polska"



Facebook "Żywnienie ma znaczenie"



YouTube "Fresenius Kabi Polska"



Facebook "Fresenius Kabi Polska"



**FRESENIUS
KABI**