

prof. dr hab. med. Jan Dzieniszewski

## **Zasady prawidłowego żywienia w szpitalach**

Żywienie szpitalne to nie tylko dostarczanie przebywającym pacjentom żywności zabezpieczającej ich całodobowe zapotrzebowanie na energię i składniki odżywcze, lecz także cały system różnych działań mających na celu wspomaganie procesu leczniczego. Winno ono uwzględniać aktualną sytuację zdrowotną pacjenta: musi być dostosowane zarówno do określonej choroby, jak i uwzględniać możliwości przyswojenia spożytych produktów. Ponadto okres pobytu w szpitalu, ale też i inne kontakty z fachowymi pracownikami ochrony zdrowia, winny pełnić rolę edukacyjną dla pacjenta w zakresie zasad prawidłowego żywienia, a w razie potrzeby prowadzić do zmiany nawyków żywieniowych osoby przebywającej w szpitalu. Jest to ważne szczególnie u tych osób, u których nieprawidłowe żywienie w warunkach pozaszpitalnych może negatywnie wpływać na stan zdrowia pacjenta, inicjować lub nasilać istniejące schorzenia, osłabiając lub niwecząc wyniki terapeutyczne osiągnięte w leczeniu szpitalnym.

Wiele dowodów naukowych wskazuje, że przy prawidłowym rozpoznaniu potrzeb żywieniowych pacjenta (ocena stanu odżywienia) i odpowiednim zaplanowaniu jego żywienia (w różnych formach: doustnie, drogą przewodu pokarmowego czy pozajelitowo) zwiększa się szanse na wyzdrowienie tak w leczeniu zachowawczym, jak i chirurgicznym, skraca się przebieg choroby i okres pobytu w szpitalu, zmniejsza się możliwość wystąpienia powikłań, obniża się też istotnie koszty leczenia.

Stany niedożywienia występujące u około 40% chorych przyjmowanych do szpitali na całym świecie (nawet w najbardziej zamożnych krajach), a u części pacjentów pogłębiające się w trakcie pobytu w szpitalu, nierozpoznane przy przyjmowaniu chorych do szpitala, jak i w okresie pobytu chorych w szpitalu oraz nieodpowiednio leczone (złe leczenie żywieniowe), są jednym z najczęstszych powodów złych wyników leczenia, powikłań np. po leczeniu zabiegowym, szerzenia się zakażeń śródszpitalnych. Powoduje to nie tylko wzrost kosztów leczenia (np. kolejnymi terapiami antybiotyków), wydłuża okres leczenia szpitalnego, lecz także zwiększa śmiertelność.

Dla przeciwdziałania tym negatywnym trendom, w prosty sposób zależnym od stanu odżywienia i żywienia chorych w szpitalach, może zapobiec odpowiednio zorganizowane żywienie szpitalne oraz wczesne rozpoznanie chorych z objawami niedożywienia lub zagrożonych niedożywieniem. W tym celu wprowadzono przed 2 laty do rutynowej dokumentacji kliniczną kartę oceny stanu odżywienia chorego. Nie ma jednak badań, które by wykazały, w jakim stopniu jest ona wykorzystywana w bieżącej ocenie stanu odżywienia pacjentów hospitalizowanych.

Prawidłowa organizacja żywienia szpitalnego musi spełniać szereg warunków obejmujących elementy organizacyjne pionu żywienia, nadzór merytoryczny nad żywieniem chorych oraz niezbędne warunki ekonomiczne. Żywienie w szpitalach może być zorganizowane w różnej formie, jako:

- blok żywieniowy w strukturze organizacyjnej szpitala,
- zlecenie usług zewnętrznej firmie (catering) z wdzierżawieniem infrastruktury bloku żywieniowego szpitala,
- zlecenie usług firmie zewnętrznej (catering) dysponującej własną infrastrukturą do przygotowywania i dystrybucji posiłków w szpitalu (outsourcing).

Istotne dla szpitala mającego własny blok żywieniowy jest zapewnienie odpowiedniego jego usytuowania, zarówno kuchni centralnej, jak i jej wyposażenia, przestrzeganie wymogów sanitarnych, lokalizacja magazynów żywności i jej wstępnej obróbki, ciągów technologicznych przygotowania odpowiednich diet, transportu na oddziały i zapewnienie odpowiedniej temperatury posiłków i ich porcjowania dla pacjentów, odbioru resztek po spożyciu. System typu cateringowego lub outsourcingowego, zmniejsza co prawda obciążenie dyrekcji szpitali zarządzaniem tym obszarem działalności, ale – jak wynika z praktyki – często również zmniejsza nadzór nad realizacją żywienia pod względem wartości odżywczej, energetycznej i sensorycznej. Praktyka wykazuje, że często w obu systemach organizacji żywienia brakuje systematycznej kontroli zarządu szpitala (lub odpowiednich jednostek szpitala np. zespołu szpitalnego ds. żywienia) nad jakością stosowanego żywienia i realizacji norm dla poszczególnych grup pacjentów.

Podstawą prowadzenia żywienia chorych w szpitalach winny być modelowe diety lecznicze i oparte na nich diety specjalne. Instytut Żywności i Żywienia proponuje następujący zestaw takich diet: 1) podstawowa, 2) bogatopozostawowa, 3) łatwostrawna, 4) łatwostrawna z ograniczeniem tłuszczu, 5) łatwostrawna z ograniczeniem substancji pobudzających wydzielanie soku żołądkowego, 6)

łatwostrawna o zmienionej konsystencji (papkowata, płynna, płynna wzmocniona, do żywienia przez zgłębnik lub przetokę), 7) ubogoenergetyczna, 8) łatwostrawna bogatobiałkowa, 9) z ograniczeniem łatwo przyswajalnych węglowodanów i nasyconych kwasów tłuszczowych, 10) łatwostrawna niskobiałkowa. W ten sposób praktycznie pokrywane jest zapotrzebowanie dietetyczne w najczęściej występujących stanach chorobowych leczonych w szpitalu. Diety specjalne (np. w chorobie trzewnej, wrodzonych zaburzeniach metabolicznych, jak fenyloketonuria, chylomikronemia itp.) winny być układane indywidualnie przez dietetyków oddziałowych lub w mniejszych jednostkach przez dietetyków szpitalnych. Nie zaleca się używania dla diet nazw narządowych lub określonych chorób (np.: wątrobowa, trzustkowa, żołądkowa, cukrzycowa), ponieważ różne schorzenia lokalizowane w poszczególnych narządach często wymagają odmiennego leczenia dietetycznego.

Istotne znaczenie dla prawidłowego funkcjonowania pionów żywienia w szpitalach, również w systemie cateringowym, ma odpowiednia fachowa kadra planująca, wytwarzająca i nadzorująca dystrybucję na oddziałach szpitalnych. W systemie tym istotną rolę powinien odrywać dietetyk oddziałowy i zespół obsługujący kucharki oddziałowe oraz zespół ds. żywienia szpitalnego wchodzący w skład struktury szpitala. Dietetycy powinni być zatrudnieni na oddziałach chorób wewnętrznych, chorób metabolicznych, gastroenterologii, endokrynologicznych, chirurgicznych i pediatrycznych. We współpracy z zespołem pielęgniarskim dietetycy powinni pełnić podstawową rolę w bezpośrednim kontakcie pomiędzy personelem leczniczym a pacjentami w zakresie żywienia. Ich obecność jest niezbędna przy dystrybucji posiłków, sporządzaniu propozycji diet specjalnych oraz nadzorowaniu i prowadzeniu specjalnych form leczenia żywieniowego drogą przewodu pokarmowego (np. przez zgłębnik lub stomię). Zespół ds. Żywienia Szpitalnego winien śledzić i nadzorować realizację norm żywienia dla poszczególnych grup pacjentów, prowadzić wewnętrzną kontrolę nad jakością żywienia, jego wartością odżywczą, kaloryczną i bezpieczeństwem zdrowotnym, oceniać sposób żywienia poszczególnych grup chorych oraz prowadzić poradnictwo dietetyczne (przy udziale dietetyków oddziałowych) dla pacjentów związane z problematyką żywieniową poszczególnych chorób, aby pacjenci mogli kontynuować leczenie żywieniowe po opuszczeniu szpitala.

Specjalne formy leczenia żywieniowego – leczenie drogą przewodu pokarmowego przy pomocy zgłębników i przetok (stomii), przy pomocy diet

specjalnych, przemysłowych, a szczególnie leczenie żywieniowe pozajelitowe – prowadzone są przez wyspecjalizowany personel pielęgniarski i lekarski i nadzorowane przez zespół ds. żywienia szpitalnego.