

Identifikacija bolnikov s prehranskimi težavami - vloga medicinske sestre

Denis Mlakar-Mastnak in Nada Rotovnik Kozjek

Uvod

Prehrana od postavitve diagnoze dalje predstavlja pomemben člen v procesu zdravljenja in zdravstvene nege bolnika. Različne raziskave zadnjih let so pokazale, da je podhranjenost bolnikov v bolnišnicah resen problem, ki zajema pomembno število hospitaliziranih bolnikov. Rezultati raziskav so pokazali, da je približno 40 % hospitaliziranih bolnikov podhranjenih, in sicer ne glede na starost ali njihovo obolenje, ob odpustu iz bolnišnice pa celo 70 % bolnikov (Holmes, 2003) .

Potek, odziv in izid zdravljenja ter kakovost bolnikovega življenja so zelo odvisni od njegovega prehranskega stanja. Prav tako podhranjenost bolnikov poveča tveganje za umrljivost, podaljša obdobje hospitalizacije in poveča stroške bolnišničnega zdravljenja (Holmes, 1998). Raziskave kažejo, da se prehransko stanje bolnikov med hospitalizacijo pogosto poslabša, da so informacije v zvezi s prehranjevanjem bolnikov zelo redko zabeležene in le malo bolnikov je deležnih poglobljene prehranske obravnave (Holmes, 1998).

Pravica slehernega bolnika je, da bodo v obdobju hospitalizacije njegove prehranske potrebe zagotovljene. Dobra prehranska podpora in oskrba, ki zagotavlja zadovoljevanje bolnikovih prehranskih potreb, pomembno vpliva na izid zdravljenja, pomembnega indikatorja kakovosti zdravstvene oskrbe hospitaliziranih bolnikov (Ovesen, 2001).

Prav tako obstaja le malo dvomov, da je motivirano zdravstveno osebje, z osvojenim znanjem o prehrani bolnikov zelo pomembno pri preprečevanju in zdravljenju podhranjenosti bolnikov (Holmes, 1998).

Značilnosti bolnišnične podhranjenosti bolnikov

Proteinsko-energijska podhranjenost, ki je značilna predvsem za hospitalizirane bolnike nastopi kadar bolnik s prehrano ne zadosti svojim potrebam po beljakovinah in energiji (Dudek, 2000).

*Denis Mlakar-Mastnak, dipl.m.s., spec.klin.diet.,
mag. Nada Rotovnik Kozjek, dr.med., spec. anesteziolog
Onkološki inštitut Ljubljana*

Vzroki za podhranjenost hospitaliziranih bolnikov so lahko različni: premajhno posvečanje pozornosti zdravstvenega osebja prehrani in prehranjevanju bolnikov, bolezen, zdravljenje, psihološki, kulturni, čustveni in duhovni dejavniki.

Kratkotrajno pomanjkljivo prehranjevanje pri zdravem odraslem človeku z normalno telesno težo bistveno ne ogrozi njegovega zdravja. Pri hipermetaboličnem in hiperkataboličnem bolniku pa je celo kratkotrajno prehranjevanje, ki ne zadosti povečanih potreb po hranilih in energiji, zelo škodljivo (Dudek, 2001).

Nezadovoljene hranilne in energijske potrebe vodijo v izgubo puste (funkcionalne) mišične mase in kasneje še v izgubo maščobnih rezerv. Fizična moč in zmogljivost bolnikov in zmogljivost njihovega imunskega sistema se poslabša. Zaradi tega se dokazano poveča število komplikacij in poslabša se delovanje vseh organskih sistemov. Posledice podhranjenosti prav tako povečajo stroške zdravljenja in hospitalizacije, pri podhranjenih bolnikih je več zapletov bolnišničnega zdravljenja in večji je odstotek ponovnih hospitalizacij (Holmes, 2003).

Vloga medicinske sestre pri prehranski podpori hospitaliziranih bolnikov

Vsaka medicinska sestra je član širšega multidisciplinarnega prehranskega tima, ki spremlja prehransko stanje in planira prehransko podporo bolnikov med hospitalizacijo (Dhoot, 1996).

Dhoot in sodelavci (1996) so v svoji raziskavi ugotavljali pozitivne učinke, ki jih ima ustanovitev prehranskega tima. Njihovi zaključki so zelo optimistični:

- prehransko presejanje in ocena prehranskega stanja bolnikov se izvede že ob sprejemu v bolnišnico, kar omogoči identifikacijo bolnikov, pri katerih je podhranjenost že prisotna,
- dnevno poteka spremljanje prehranjevanja, prehranjevalnih potreb, problemov in prehranskega stanja bolnikov na različnih nivojih, kar omogoča zagotavljanje ciljane prehranske podpore hospitaliziranih bolnikov,
- z multidisciplinarnim timskim pristopom se zagotovi učinkovita prehranska podpora za bolnike s prehranskim tveganjem,
- izboljša se kakovost zdravstvene oskrbe hospitaliziranih bolnikov,
- zmanjša se število zapletov med zdravljenjem, kar zmanjša stroške zdravljenja in skrajša ležalno dobo bolnikov,
- ker se upoštevajo individualne potrebe in želje bolnikov, je zato ostankov hrane manj, kar se kaže v zmanjšanju stroškov prehranske oskrbe bolnikov.

S projektom Priprava programa in formalnih postopkov za prehransko oskrbo in podporo podhranjenih bolnikov, ki ga je potrdilo Ministrstvo za zdravje Slovenije,

poteka na Onkološkem inštitutu Ljubljana izobraževanje in usposabljanje zaposlenih v zdravstveni negi.

30. 11. 2004 smo izvedli prvi - Uvodni tečaj, katerega končni cilj je bil usposobiti skupino zaposlenih v zdravstveni negi, za samostojno izvedbo presečne študije Prehranskega presejanja vseh hospitaliziranih bolnikov na Onkološkem inštitutu Ljubljana. Ob tem smo oblikovali prehranski tim medicinskih sester, določili njegovo temeljno vlogo in vlogo njegovih članov.

Vloga prehranskega tima medicinskih sester je (Best, 2001):

1. Osvojitev znanja in veščin prehranske podpore bolnikov z rakom, ter razumevanje njenega pomena.
2. Širjenje zavesti v stroki zdravstvene nege o pomenu dobre prehranjenosti onkoloških bolnikov.
3. Implementacija in uvajanje prehranskega presejanja in novih prehranskih smernic na bolnišničnih oddelkih.
4. Sodelovanje pri oblikovanju prehranskih standardov in protokolov hranjenja.
5. Posredovanje in razreševanje prehranskih problemov hospitaliziranih bolnikov in težav pri uvajanju prehranske podpore.
6. Predlaganje možnih ukrepov za reševanje problemov v zvezi s prehransko podporo bolnikov.
7. Povezovanje članov prehranskega tima medicinskih sester in širšega prehranskega tima.

Model prehranske oskrbe v zdravstveni negi, ki vključuje ustanovitev prehranskega tima v zdravstveni negi, zagotovi prisotnost članice prehranskega tima – veznega člana na vsakem bolnišničnem oddelku (Best, 2001). Odgovornost vsake medicinske sestre je zagotavljanje ustrezne prehranske oskrbe in podpore hospitaliziranih bolnikov (Bond, 1998a). Pomembno je, da se medicinske sestre zavedajo pomena te svoje vloge in da osvojijo znanja in veščine, ki jim bodo omogočile uspešno izvajanje prehranske zdravstvene nege. Le ta obsega:

- Naročanje hrane in hranjenje bolnikov.
- Spremljanje in dokumentiranje količine zaužite hrane in pijače ter spodbujanje bolnika k hranjenju.
- Identifikacija bolnikov s težavami v zvezi z prehrano in prehranjevanjem, razreševanje težav in evalvacija ukrepov.
- Sodelovanje z drugimi člani prehranskega tima pri reševanju bolnikovih težav v zvezi s prehrano.
- Prehranska zdravstvena vzgoja bolnikov in svojcev.

Identifikacija bolnikov s prehranskimi težavami

Britansko združenje za enteralno in parenteralno prehrano (BAPEN - British Association for Enteral and Parenteral Nutrition) je oblikovalo prehranske standarde za uporabo pri hospitaliziranih bolnikih (McLaren, 1998). V svojih standardih predlagajo, da bi morali prehransko stanje oceniti pri vsakem hospitaliziranem bolniku ob sprejemu v bolnišnico in ga v obdobju hospitalizacije ponavljati v časovnih intervalih. Vsak bolnišnični oddelek bi moral imeti navodila, kako naj ocenjuje prehransko stanje bolnikov, in negovalna dokumentacija bi morala vključevati oceno prehranskega stanja bolnikov. Ocena prehranskega stanja bi morala vključevati telesno višino, telesno težo, izgubo telesne teže, apetit, težave z žvečenjem in s požiranjem, kronično utrujenost in druge dejavnike tveganja. Prav tako poudarjajo pomen spremljanja prehranskega stanja bolnikov v obdobju hospitalizacije s spremljanjem telesne teže, količine zaužite hrane in balance tekočine.

Za medicinsko sestro je pomembno, da zna prepoznati tveganja za razvoj podhranjenosti in v načrtu zdravstvene nege določi bolnike:

1. pri katerih obstaja veliko tveganje za razvoj podhranjenosti;
2. pri katerih so težave v zvezi s prehrano že izražene.

Prehransko presejanje hospitaliziranih bolnikov, ki ga izvajamo s pomočjo ustreznega vprašalnika, pomaga identificirati bolnike, pri katerih obstaja tveganje za razvoj slabe prehranjenosti (McLaren, 1998), zgodnji ukrepi prehranske podpore lahko preprečijo razvoj podhranjenosti. Poleg tega nam pomaga identificirati bolnike, pri katerih je slaba prehranjenost že prisotna (McLaren, 1998) in ukrepi prehranske podpore lahko izboljšajo prehransko stanje bolnika. V bolnišnicah moramo oblikovati prehranske standarde, ki bodo upoštevali, da moramo prehransko presejanje izvesti ob sprejemu bolnika v bolnišnico in ga v obdobju hospitalizacije ponoviti (Scott, 1998).

Da bi medicinske sestre lahko izvajale prehransko presejanje, je izoblikovanih več orodij (McLaren, 1998). Orodja, s katerimi se izvaja prehransko presejanje, morajo biti prilagojena ciljni skupini, pri kateri ga izvajamo. Pomembno je, da jih preizkusimo, preden jih dokončno vpeljemo v prakso, prav tako je pomembno, da za izvajanje prehranskega presejanja osebje ustrezno usposobimo (Bond, 1998a). Prehranskemu presejanju mora slediti natančna ocena prehranskega stanja bolnika, ki z uporabo različnih metod vključuje pridobivanje podatkov o (Bond, 1998a): bolnikovem vzorcu prehranjevanja, navadah, etičnih in kulturnih stališčih, priljubljeni hrani in hrani, ki je bolnik ne mara, telesni višini, telesni teži, izgubi telesne teže, telesni in psihični kondiciji, zdravju ustne votline ter stanju zob in o drugih dejavnikih tveganja, kot so: infekcije, bolezni, bolečina ipd.

Prehranskemu presejanju in oceni prehranskega stanja morajo slediti aktivnosti, ki jih opredeljujejo prehranski protokoli in navodila. Ko medicinska sestra identificira bolnike s prehranskimi motnjami in težavami, mora v procesu zdravstvene nege opredeliti individualne prehranske probleme bolnika, planirati ukrepe za njihovo reševanje, izvajati načrtovane ukrepe in jih vrednotiti. Ob tem mora pričeti z aktivnim spremljanjem in beleženjem količine zaužite hrane in pijače, v načrtu zdravstvene nege mora predvideti poti povezovanja z ostalimi člani širšega prehranskega tima, ki so: zdravnik, ki bolnika zdravi, klinični dietetik, kuhinja, psiholog, socialna služba in lekarna (McLaren, 1998).

Rezultati presečne raziskave prehranskega presejanja na Onkološkem inštitutu Ljubljana

Na Onkološkem inštitutu Ljubljana smo 6. in 7. 12. 2004 izvedli presečno raziskavo prehranskega presejanja bolnikov. Poglavitna namena sta bila validacija vprašalnika prehranskega presejanja, Nutritional risk screening NRS 2002 (Kondrup, 2002), preden ga dokončno vpeljemo v prakso, in ugotovitev stanja potreb hospitaliziranih bolnikov po prehranski podpori. Rezultati so pokazali, da 45 % vseh hospitaliziranih bolnikov trenutno potrebuje prehransko podporo, medicinske sestre so vprašalnik pozitivno ocenile, ob tem pa izpostavile predvsem kadrovske in časovne težave za začetek izvajanja rutinskega prehranskega presejanja hospitaliziranih bolnikov Onkološkega inštituta Ljubljana.

Zaključek

Za preprečevanje bolnišnične podhranjenosti je pomembno, da tudi v zdravstveni negi vsakega hospitaliziranega bolnika obravnavamo kot bolnika, pri katerem obstaja tveganje za razvoj bolnišnične podhranjenosti. Zagovarjati moramo timski pristop pri prehranski obravnavi hospitaliziranih bolnikov, ki omogoči ohranjanje ali izboljšanje prehranskega stanja bolnikov. Prehrana mora postati integralni in centralni del pri obravnavi hospitaliziranih bolnikov, na prehranjevanje ne smemo več gledati kot na dopolnilno dejavnost kliničnemu zdravljenju, ampak kot na centralno dejavnost kliničnega zdravljenja.

Medicinska sestra, ki ima znanje o prehrani bolnikov in ki prevzame odgovornost za prehranjevanje bolnikov, lahko v prehranski podpori prevzame aktivno vlogo pri preprečevanju bolnišnične podhranjenosti (Holmes, 1998).

Kakorkoli že, prehranska podpora bolnikov ni samo odgovornost medicinskih sester. Brez interdisciplinarnega pogleda na prehrano hospitaliziranih bolnikov, ki vključuje: oskrbo bolnikov s hrano, ki ustreza hranilnim in energijskim potrebam

posameznih skupin hospitaliziranih bolnikov in, ki omogoča individualno obravnavo bolnikovih potreb; organizacijo bolnišničnih dejavnosti tako, da so v času obrokov izključeni nenujni medicinskotehnični posegi, postopki in preiskave; organizacijo dela na bolnišničnih oddelkih tako, da bo v času obrokov na voljo dovolj negovalnega kadra za hranjenje bolnikov in oceno prehranskega stanja bolnikov, lahko medicinske sestre same opravijo le del poti (Bond, 1998).

Literatura:

- Best C., Sue T. Improving practice with a nurse nutrition team. Nurs Stand 2001; 15: 41-44.
- Bond S. Why eating matters. Nurs Stand 1998; 12: 26-27.
- Bond S. Eating matters-improving dietary care in hospitals. Nurs Stand 1998a; 12: 41-41.
- Dhoot R., Georgieva C., Grottrup T. in sod. The management of clinical nutrition in NHS hospitals. J Clin Nurs 1996; 5: 399-400.
- Dudek S. Malnutrition in hospitals: Who's assessing what patients eat?. Am J Nurs 2000; 100: 36-43.
- Dudek S. Nutrition essentials for nursing practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2001: 661-92.
- Holmes S. Undernutrition in hospital patients. Nurs Stand 2003; 17: 45-52.
- Holmes S. Food for thought. Nurs Stand 1998; 12: 23-27.
- Kondrup J, Allison S P, Elia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN guidelines for nutrition screening. Clinician nutrition 2003; 22: 415-21.
- McLaren S., Green S. Nutritional screening and assessment. Nurs Stand 1998; 12: 26-29.
- Ovensen L. Council of Europe report and guidelines on food and nutritional care in hospitals. V: European forum: food and nutritional care in hospitals: acting together to prevent undernutrition. Strasbourg: Council of Europe, 2001: 35-43.
- Scott A, Hamilton K. Nutritional screening: an audit. Nurs Stand 1998; 12: 46-47.