



Rola Zespołu Leczenia Żywnościowego

MAGDALENA ŚWIDER

POLSKIE TOWARZYSTWO ŻYWIENIA KLINICZNEGO DZIECI

KLINIKA ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII Z OŚRODKIEM OSTRYCH ZATRUĆ, RZESZÓW

WROCŁAW, 30 WRZEŚNIA – 1 PAŹDZIERNIKA 2022

THE FIGHT AGAINST MALNUTRITION

- Ogólnościwiatowy program mający na celu walkę z niedożywieniem
 - WHO, UNICEF, ONZ ...
 - towarzystwa naukowe
 - organizacje pozarządowe i rządy wielu krajów

- Wyodrębnił się nurt mający na celu walkę z niedożywieniem związanym z chorobą, w szczególności z niedożywieniem u chorych hospitalizowanych

THE FIGHT AGAINST MALNUTRITION FINAL DECLARATION

Warszawa 06.10.2011 - Pałac Kultury i Nauki

- 6 października 2011r., w czasie polskiej prezydencji w UE odbyła się w Warszawie Konferencja pt. Fight Against Malnutrition
- Przedstawiciele Parlamentu Europejskiego, Ministerstwa Zdrowia, ESPEN, POLSPEN, ENHA i wielu innych towarzystw naukowych opublikowali wspólną deklarację mającą na celu rozpoczęcie walki z niedożywieniem związanym z chorobą



THE FIGHT AGAINST MALNUTRITION FINAL DECLARATION

Deklaracja określała 4 główne kierunki działania w walce z niedożywieniem związanym z chorobą:

- skuteczne wykrywanie niedożywienia
- edukacja środowiska medycznego
- wzrost świadomości społecznej
- zapewnienie możliwości bezpłatnego leczenia

THE FIGHT AGAINST MALNUTRITION FINAL DECLARATION

Narzędzia służące do skutecznego wykrywania niedożywienia związanego z chorobą:

- wprowadzenie rutynowej oceny stanu odżywienia pacjentów we wszystkich krajach Unii Europejskiej
- ocena stanu odżywienia powinna być dokonana u wszystkich osób przebywających w szpitalach, zakładach długoterminowej opieki zdrowotnej, domach opieki społecznej
- wyniki oceny powinny zostać umieszczone w dokumentacji medycznej pacjenta

THE FIGHT AGAINST MALNUTRITION FINAL DECLARATION

Edukacja medyczna

- wszystkie osoby związane z ochroną zdrowia powinny przejść szkolenie z zakresu leczenia żywieniowego
- kursy te powinny stać się podstawową częścią programu nauczania nie tylko wydziałów dietetyki, ale także kierunków lekarskich, pielęgniarских, farmaceutycznych i innych związanych z ochroną zdrowia

THE FIGHT AGAINST MALNUTRITION FINAL DECLARATION

Zapewnienie możliwości bezpłatnego leczenia

- Zobowiązanie systemów zdrowotnych krajów UE do finansowania leczenia żywieniowego
- Polska:
 - ogólne zasady realizacji świadczeń medycznych określają akty prawne wydawane przez Ministerstwo Zdrowia
 - zasady kontraktowania i rozliczania świadczeń określają zarządzenia Prezesa NFZ

Rozporządzenie MZ z dnia 15 września 2011r. &5a

1. Świadczeniodawca udzielający świadczeń w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej poddaje **wszystkich świadczeniobiorców przyjmowanych do leczenia, z wyłączeniem szpitalnego oddziału ratunkowego, przesiewowej ocenie stanu odżywienia (SGA lub NRS 2002 — u dorosłych, na siatkach wzrastania u dzieci i młodzieży)**, zgodnie z zasadami określonymi w „Standardach żywienia pozajelitowego i żywienia dojelitowego” Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego lub, w przypadku dzieci, **zgodnie z zasadami określonymi przez Polskie Towarzystwo Żywienia Klinicznego Dzieci.**
2. Świadczeniobiorcy, u których stwierdzono na podstawie oceny, o której mowa w ust. 1, zwiększone ryzyko związane ze stanem odżywienia, powinni być poddani ocenie żywieniowej.
3. Świadczeniodawca udzielający świadczeń w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej, prowadzący leczenie żywieniowe, jest obowiązany do **formalnego powołania zespołu żywieniowego** oraz stosowania zasad, o których mowa w ust. 1.
4. **W skład zespołu żywieniowego, o którym mowa w ust. 3, wchodzi co najmniej: lekarz, pielęgniarka, farmaceuta i dietetyk, którzy posiadają zaświadczenia o ukończeniu kursu z zakresu żywienia pozajelitowego i dojelitowego.**

Rozporządzenie MZ z dnia 22 listopada 2013 r. § 6.

Obwieszczenie MZ z dnia 10 listopada 2017 r.

w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego

1. Świadczeniodawca udzielający świadczeń w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej poddaje wszystkich świadczeniobiorców przyjmowanych do leczenia, **z wyłączeniem szpitalnego oddziału ratunkowego, przesiewowej ocenie stanu odżywienia** (SGA lub NRS 2002 – u dorosłych, na siatkach wzrastania u dzieci i młodzieży), zgodnie z zasadami określonymi w „Standardach żywienia pozajelitowego i żywienia dojelitowego” Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego lub, w przypadku dzieci, **zgodnie z zasadami określonymi przez Polskie Towarzystwo Żywienia Klinicznego Dzieci.**

2. U świadczeniobiorców, u których **nie** jest dokonywana ocena stanu odżywienia, o której mowa w ust. 1,

**Znika obowiązek powoływania
Szpitalnych Zespołów Żywniowych**

3. U świadczeniobiorców poddanych hospitalizacji, u których trwa hospitalizacja trwającej jeden dzień przesiewowa ocena stanu odżywienia jest dokonywana w przypadku spadku masy ciała w okresie ostatnich 6 miesięcy przekraczającego 5% zwykłej masy ciała.

4. Przesiewowa ocena stanu odżywienia **nie jest dokonywana w oddziałach okulistycznych, otorynolaryngologicznych, alergologicznych oraz ortopedii i traumatologii narządu ruchu, jeżeli hospitalizacja pacjenta trwa krócej niż 3 dni.**

5. Świadczeniobiorców, u których stwierdzono na podstawie oceny, o której mowa w ust. 1, zwiększone ryzyko związane ze stanem odżywienia, poddaje się ocenie żywieniowej.

Przesiewowa ocena stanu odżywienia

➤ Nie jest dokonywana

- w szpitalnych oddziałach ratunkowych
- u pacjentów w oddziałach
 - otolaryngologii
 - ortopedii i traumatologii n. ruchu
 - okulistycznych
 - alergologicznych

jeżeli hospitalizacja trwa krócej niż 3 dni

➤ Powtarzalna hospitalizacja

- przy pierwszej hospitalizacji
- następnie nie rzadziej niż co 14 dni

➤ Hospitalizacja jednodniowa

- tylko jeżeli nastąpił spadek masy ciała przekraczający 5% zwykłej m.c. w ciągu ostatnich 6 m-cy

Zespół leczenia żywieniowego

➤ Zespół leczenia żywieniowego wypełnia zadania

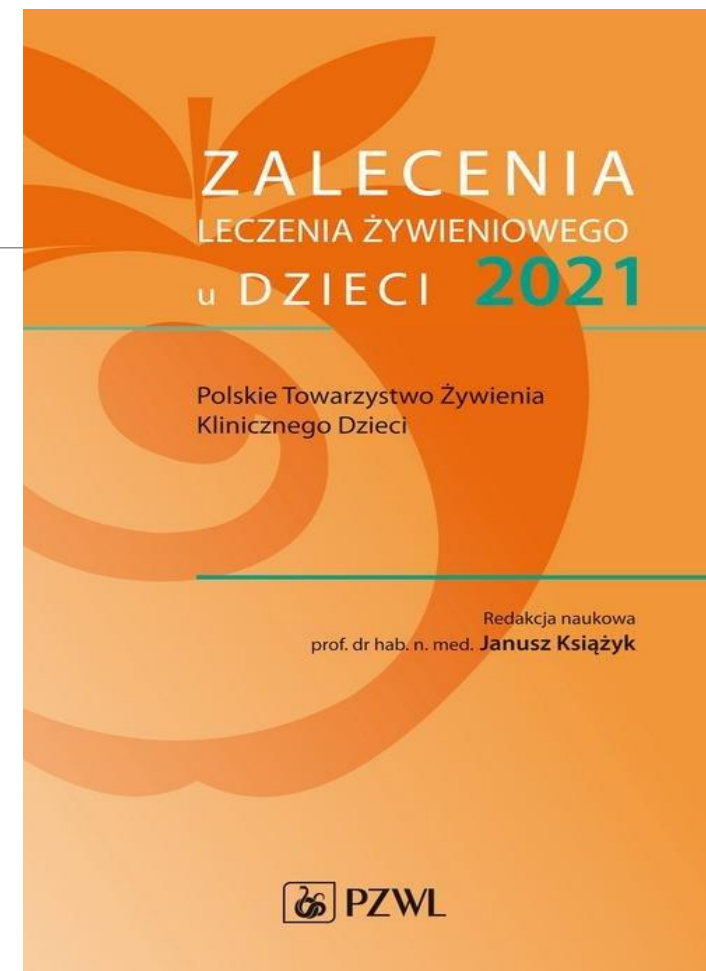
- organizacji
- prowadzenia
- monitorowania leczenia żywieniowego.

➤ W jego podstawowym składzie znajdują się

- lekarze
- pielęgniarki
- farmaceuci
- dietetycy

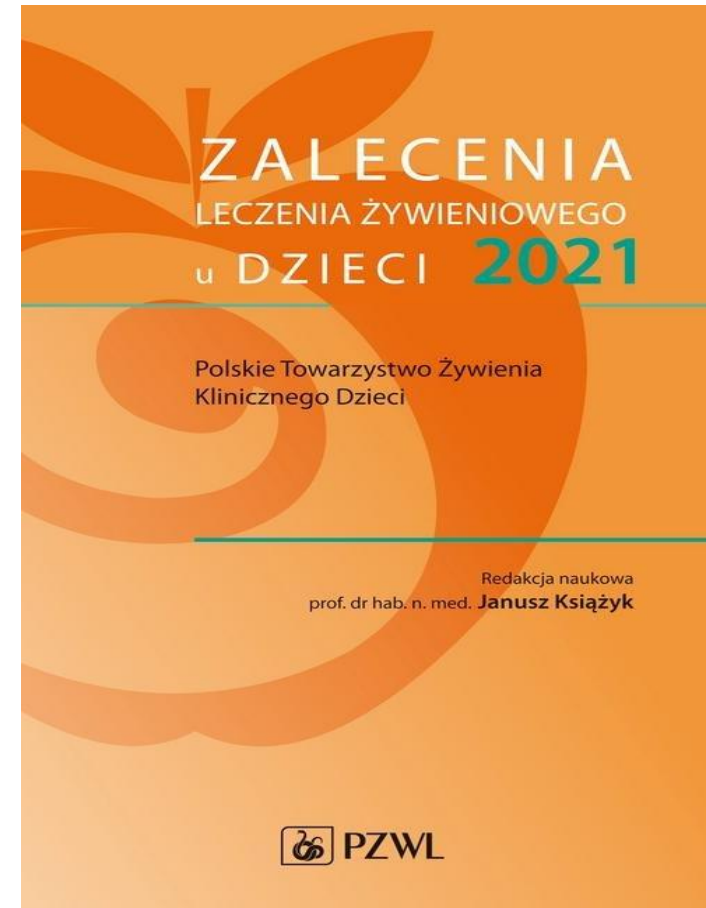
a w składzie rozszerzonym, także psycholog, rehabilitant, logopeda, pracownik socjalny i inni pracownicy medyczni pomocni w realizacji zadań zespołu

❖ *STANDARDY LECZENIA ŻYWIENIOWEGO W PEDIATRII 2021*



Zespół Leczenia Żywniowego

- Leczenie żywieniowe jest realizowane zgodnie z aktualnymi zasadami określonymi w Zaleceniach Leczenia Żywniowego u Dzieci 2021
- Członkowie Zespołu Leczenia Żywniowego
 - powinni znać w/w zasady
 - posiadać wiedzę i doświadczenie w leczeniu żywieniowym potwierdzone stosownymi certyfikatami
- Zespołem powinien kierować lekarz posiadający wiedzę umożliwiającą samodzielne prowadzenie żywienia pozajelitowego i dojelitowego potwierdzoną certyfikatem umiejętności



Zespół Leczenia Żywniowego organizacja

- Współpraca ze wszystkimi Oddziałami Szpitalnymi
 - wyznaczenie w każdym oddziale osoby/osób do współpracy z Zespołem (tzw. osób łącznikowych)
 - organizowanie spotkań i szkoleń z udziałem „łączników”
 - wizyty szkoleniowe w oddziałach, podkreślanie znaczenia prawidłowego odżywienia chorych dla wyników leczenia
- Współpraca z Dyrekcją, Apteką, Działem Zaopatrzenia
 - obniżenie kosztów leczenia
 - dostęp do odpowiednich preparatów i sprzętu (udział w przetargach)

Zespół Leczenia Żywniowego

prowadzenie terapii żywieniowej

- Opracowanie i nowelizacja procedur terapii żywieniowej obowiązujących w szpitalu
- Szkolenie personelu medycznego w zakresie procedur leczenia żywieniowego
- Opracowanie zasad posługiwania się cewnikami naczyniowymi i zgłębnikami do żywienia enteralnego oraz standardów opieki nad przetokami odżywczymi
- Ocena zgodności leczenia żywieniowego z aktualnie obowiązującymi standardami towarzystw naukowych
- Prowadzenie konsultacji żywieniowych w Oddziałach
- Ocena jakości prowadzonej dokumentacji oraz jej zgodności z wymaganiami NFZ

Zespół Leczenia Żywniowego prowadzenie terapii żywieniowej

- Przesiewowa ocena stanu odżywienia przeprowadzona przy przyjęciu do szpitala
- Identyfikacja dzieci niedożywionych lub prezentujących ryzyko niedożywienia

FORMULARZ przesiewowej oceny stanu odżywienia

Imię, nazwisko

Płeć: M ; Ż Data urodzenia: (dzień/mies./rok/... /..... Wiek: (lata, mies.):

masa ciała..... kg centyle.....* wysokość ciała cm centyle* masa-do-długości (wysokości) dla dzieci 2-5 lat: centyle:* BMI centyle:* Obwód głowy: cm; centyle:* (dotyczy niemowląt)*

UWAGA: należy podać źródło: 1. The WHO Child Growth Standards: <http://www.who.int/childgrowth/standards/en/> 2. Kułaga Z. i wsp. Standardy Medyczne 2010;4(7):690-700 (BMI dla dzieci 7-18 lat) 3. Growth reference data for 5-19 years (BMI i wysokość-do-wieku i masa ciała-dowieku): <http://www.who.int/growthref/en/> 4. Inne: ... (proszę wpisać źródło, np. polskie siatki wzrastania)

ROZPOZNANIE (ICD 10):

.....

.W planach włączenie do programu leczenia żywieniowego w trakcie obecnej hospitalizacji:

pozajelitowego TAK NIE

dojelitowego TAK NIE

Uwagi:

.....

podpis i pieczęć lekarza

Zespół Leczenia Żywniowego

prowadzenie terapii żywieniowej

- Identyfikacja pacjentów z ryzykiem zaburzeń stanu odżywienia
- Kwalifikacja do leczenia żywieniowego
 - rozpoznanie (ICD 10)
 - uzasadnienie rozpoczęcia leczenia żywieniowego
- Przygotowanie planu leczenia żywieniowego
 - ustalenie drogi podaży
 - ustalenie zapotrzebowania energetyczno-białkowego
- Decyzja o ewentualnym objęciu dziecka programem żywienia domowego
 - przygotowanie dziecka i opiekunów do kontynuacji leczenia w warunkach domowych
- Uwagi:
 - rodzaj dostępu, rozmiar i długość zgłębnika/ cewnika i.v, rozmiar PEG, G-Tube, Nutriportu

KARTA KWALIFIKACJI DZIECI DO LECZENIA ŻYWIENIOWEGO

(nie dotyczy noworodków)

DOTYCZY ŻYWIENIA: POZAJELITOWEGO

DROGĄ PRZEWODU POKARMOWEGO

LUB ŁĄCZNIE POZAJELITOWEGO

I DROGĄ PRZEWODU POKARMOWEGO

Imię i nazwisko:

.....

Płeć: M ; Ż

Data urodzenia (dzień/mies./rok):/...../.....; wiek (lata, mies.):

Masa ciała: kg; centyle:

Wysokość ciała: cm; centyle:

Masa-do-długości (wysokości) dla dzieci 2–5 lat (WHO Child Growth Standards):

centyle:

BMI:; centyle:

Obwód głowy: cm; centyle: (dotyczy niemowląt)

UWAGA! należy stosować siatki wzrastania wg:

1. Kułaga Z. i wsp. Standardy Medyczne 2015; 12 (1) Suplement 1 lub:

2. <http://www.who.int/growthref/en/> lub

3. Inne:

(proszę wpisać inne źródło)

ROZPOZNANIE (ICD 10):

.....

.....

.....

UZASADNIENIE dla ROZPOCZĘCIA leczenia żywieniowego:

.....

.....

.....

Planowanie żywienia:

pozajelitowego; całkowitego; częściowego; immunomodulacyjnego

drogą przewodu pokarmowego; całkowitego; częściowego

OKREŚLENIE 100 % DZIENNEGO ZAPOTRZEBOWANIA ENERGETYCZNEGO

U LECZONEGO PACJENTA: kcal (kJ)

UWAGA: Orientacyjne potrzeby energetyczne u dzieci, uwzględniające podaż białka

(CAŁKOWITE):

– wiek 0–1 lat: 90–100 kcal/kg mc./dobę

– wiek 1–7 lat: 75–90 kcal/kg mc./dobę

– wiek 7–12 lat: 60–75 kcal/kg mc./dobę

– wiek 12–18 lat: 30–60 kcal/kg mc./dobę

ZALECONA podaż drogą przewodu pokarmowego – % Dziennego Zapotrzebowania Energetycznego:

0% ; < 50% ; > 50%

ZALECONA podaż drogą pozajelitową – % Dziennego Zapotrzebowania Energetycznego:

0% ; < 50% ; > 50%

W planach włączenie do programu domowego żywienia:

pozajelitowego TAK NIE

drogą przewodu pokarmowego TAK NIE

Uwagi:

.....

.....

Zespół Leczenia Żywniowego: monitorowanie, ocena efektów leczenia, identyfikacja powikłań

KARTA MONITOROWANIA LECZENIA ŻYWIENIOWEGO DZIECI w szpitalu/w domu. Nie dotyczy noworodków.

DOTYCZY ŻYWIENIA:

POZAJELITOWEGO DROGĄ PRZEWODU POKARMOWEGO LUB ŁĄCZNIE POZAJELITOWEGO I DROGĄ PRZEWODU POKARMOWEGO

Imię i nazwisko:

Płeć: M ; Ż Data urodzenia (dzień/mies./rok):/...../.....; wiek (lata, mies.):

ROZPOZNANIE (ICD 10):

OKREŚLENIE DOCELOWEGO 100% DZIENNEGO ZAPOTRZEBOWANIA ENERGETYCZNEGO U LECZONEGO PACJENTA: kcal/kg mc.

UWAGA: Orientacyjne potrzeby energetyczne u dzieci, uwzględniające podaż białka (CAŁKOWITE): – wiek 0–1 lat: 90–100 kcal/kg mc./dobę – wiek 1–7 lat: 75–90 kcal/kg mc./dobę – wiek 7–12 lat: 60–75 kcal/kg mc./dobę – wiek 12–18 lat: 30–60 kcal/kg mc./dobę

ZALECONA DOCELOWA podaż drogą przewodu pokarmowego w leczeniu żywieniowym – % Dziennego Zapotrzebowania Energetycznego:

0% ; < 50% ; > 50%

ZALECONA DOCELOWA podaż drogą pozajelitową – % Dziennego Zapotrzebowania Energetycznego:

0% ; < 50% ; > 50%

Uwagi:

OCENA DYNAMICZNA LECZENIA ŻYWIENIOWEGO I ODŻYWIENIA

Masa ciała (kg)*

Długość ciała (cm)*

Podaż energii drogą pozajelitową kcal/kg mc./d

Podaż energii drogą dojelitową kcal/kg mc./d**

Całkowita podaż energii kcal/kg mc./d**

Częstość pomiaru zależy od stanu klinicznego: w warunkach szpitalnych ok. 1 x/tydz., w warunkach leczenia domowego co 1–6 mies. (w zależności od wieku dziecka). W przypadku niemowląt nie rzadziej niż co 6 mies., u dzieci > 1. roku życia co 6–12 mies. do czasu zakończenia wzrastania. Nie dotyczy dzieci z malformacjami anatomicznymi.

** Ocena na początku i po istotnych zmianach podaży.

Uwaga: Wyniki badań laboratoryjnych są zawarte w historii choroby.

KARTA KWALIFIKACJI DO ŻYWIENIA POZAJELITOWEGO I/LUB DROGĄ PRZEWODU POKARMOWEGO NOWORODKÓW

Imię i nazwisko: Data urodzenia (dzień/mies./rok):

wiek (dni):.....Tydzień ciąży:

Rozpoznanie (ICD 10):

UZASADNIENIE dla ROZPOCZĘCIA leczenia żywieniowego:

noworodek z masą < 1500 g

noworodek z masą ≥ 1500 g, u którego nie jest spodziewane osiągnięcie tolerancji pełnych porcji pokarmu drogą doustną w ciągu 3 dni

Ocena wieku płodowego noworodka:

donoszony (≥ 37 t.c.) niedonoszony (≤ 36 + 6 t.c.)

z małą urodzeniową masą ciała (< 2500 g) z bardzo małą urodzeniową masą ciała (< 1500 g) z ekstremalnie małą masą ciała (< 1000 g)

Masa ciała: kg; obwód głowy: cm; długość: Cm

Ocena stanu odżywienia: hipertroficzny (> 97 centyla) hipertroficzny (> 90 centyla) eutroficzny (pomiędzy 10–90 centylem) hipotroficzny (< 10 centyla) hipotroficzny (< 3 centyla)

Wymaga żywienia:

pozajelitowego: całkowitego częściowego

drogą przewodu pokarmowego: całkowitego; częściowego

KARTA MONITOROWANIA LECZENIA ŻYWIENIOWEGO NOWORODKÓW

Imię i nazwisko:

Data urodzenia (dzień/mies./rok):/...../.....

Sposób żywienia:

Żywienie pozajelitowe: całkowite; częściowe

Data rozpoczęcia żywienia:

Data zakończenia żywienia:.....

Powód:.....

Żywienie dojelitowe: całkowite; częściowe

Data rozpoczęcia żywienia:

Data zakończenia żywienia:

Powód:

Dostęp do przewodu pokarmowego:

zgłębnik żołądkowy;

zgłębnik dojelitowy;

gastrostomia;

jejunostomia

Rodzaj pokarmu: pokarm kobiecy; mieszanka mleczna; mieszane; mieszanka specjalistyczna

Monitorowanie badań lab.: wykonane badania (wyniki w historii choroby).

....., dn.r

Program - Leczenie przez żywienie –dobra praktyka żywienia klinicznego w szpitalu *POLSPEN, PTŻKD*

- W szpitalu działa Zespół Leczenia Żywieniowego składający się z personelu medycznego posiadającego niezbędne kwalifikacje, który koordynuje prowadzenie terapii żywieniowej
- Personel medyczny jest cyklicznie szkolony z zakresu leczenia żywieniowego
 - certyfikaty potwierdzające udział personelu realizującego terapię żywieniową w kursach z zakresu leczenia żywieniowego organizowanych lub autoryzowanych przez towarzystwa naukowe: POLSPEN, PTŻK, PTŻKD, PTFarm
- W szpitalu działają procedury stosowania żywienia klinicznego
 - zgodność procedur ze standardami i wytycznymi towarzystw naukowych

Finansowanie procedur leczenia żywieniowego

- Żywnienie pozajelitowe i żywienie dojelitowe **przez sztuczny dostęp do przewodu pokarmowego z zastosowaniem środków specjalnego przeznaczenia medycznego** (diety przemysłowej) jest świadczeniem medycznym gwarantowanym czyli finansowanym przez NFZ w całości
- Procedury te powinny być dostępne
 - bezpłatnie
 - dla wszystkich ubezpieczonych w NFZ pacjentów, jeżeli ich stan kliniczny wymaga zastosowania leczenia żywieniowego

Leczenie żywieniowe jako świadczenie gwarantowane

➤ Może być prowadzone u pacjentów:

- hospitalizowanych (z wyłączeniem leczenia „jednego dnia”)
- objętych opieką stacjonarnych oddziałów i zakładów rehabilitacji
- przebywających w domu (HEN)
- objętych opieką stacjonarnych zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych
- w oddziałach paliatywnych i stacjonarnych hospicjach
- objętych programem zdrowotnym wybudzania ze śpiączki

Finansowanie świadczeń gwarantowanych

Zarządzenie Nr 184/2019/DSOZ Prezesa NFZ
z dnia 31 grudnia 2019 r.

- Procedury „żywieniowe” można sumować ze wszystkimi zakresami świadczeń **tylko w trybie hospitalizacji** (nie w trybie jednodniowym i ambulatoryjnym)
- Nie sumują się w OIT – tu rozliczenie wchodzi w zakres skali TISS, wg której pacjent oceniany jest codziennie

NFZ - finansowanie

Procedury do sumowania (katalog 1c)	Pkt. za 1 dzień (1 pkt.=1 PLN)	Kwota za 1 dzień w PLN
Żywienie dojelitowe	108	108
Żywienie dojelitowe mlekiem z banku mleka kobiecego lub odciągniętym mlekiem matki	185	185
Żywienie dojelitowe mlekiem modyfikowanym	44	44
Żywienie pozajelitowe immunomodulujące	324	324
Kompletne żywienie pozajelitowe	216	216
Częściowe niekompletne żywienie pozajelitowe	108	108

NFZ – finansowanie żywienia dojelitowego mlekiem matki lub modyfikowanym

- Procedura jest finansowana za każdy dzień żywienia dojelitowego
 - wcześniaków do ukończenia 4 tygodnia życia wieku skorygowanego
 - chorych noworodków do 4 tygodnia życia, które nie mogą być karmione piersią

Rehabilitacja : stacjonarne oddziały i zakłady rehabilitacji

Zarządzenie Nr 195/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11.12.2020 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką

- Dopuszcza się łączne rozliczanie świadczeń żywienia pozajelitowego oraz żywienia dojelitowego ze świadczeniami rehabilitacyjnymi realizowanymi w warunkach stacjonarnych (**od 1 października 2019r.**)
- Należy prowadzić dokumentację dodatkową, zgodnie ze wzorami określonymi w załącznikach nr 7 i 8 do w/w zarządzenia

UWAGA!

Dokumentacja jest taka sama dla dorosłych jak i dla dzieci i inna niż w pozostałych oddziałach !

Karta kwalifikacji do leczenia żywieniowego

Nazwisko i imię pacjenta:	PESEL:	Wiek:
Data badania: dzień: miesiąc: rok:		

Rozpoznanie (wg ICD – 10):		
1.	Przesiewowa ocena stanu odżywienia	NRS lub SGA
2.	Szczegółowa ocena stanu odżywienia	
	Utrata masy ciała w ciągu ostatnich 3 miesięcy	<input type="checkbox"/> powyżej 10% masy ciała wyjściowej <input type="checkbox"/> poniżej 10% masy wyjściowej
	Białko całkowite	<input type="checkbox"/> poniżej normy <input type="checkbox"/> norma
	Albumina	<input type="checkbox"/> poniżej normy <input type="checkbox"/> norma
	Cholesterol całkowity	<input type="checkbox"/> poniżej normy <input type="checkbox"/> norma
Możliwe skuteczne odżywianie doustne		<input type="checkbox"/> nie Leczenie żywieniowe dojelitowe wypełnić pkt. 3, 4, 7 – 9
Możliwe skuteczne żywienie drogą przewodu pokarmowego		<input type="checkbox"/> nie Leczenie żywieniowe pozajelitowe wypełnić pkt. 5 – 9
3.	Wskazania do leczenia żywieniowego dojelitowego	<input type="checkbox"/> dysfagia <input type="checkbox"/> niedrożność górnej części przewodu pokarmowego <input type="checkbox"/> śpiączka niemetaliczna <input type="checkbox"/> inne
4.	Dostęp dojelitowy	zgiębnik: <input type="checkbox"/> nosowo – żołądkowy, <input type="checkbox"/> nosowo – dwunastniczy, <input type="checkbox"/> nosowo – jelitowy <input type="checkbox"/> gastrostomia <input type="checkbox"/> jejunostomia
5.	Wskazania do leczenia żywieniowego pozajelitowego	<input type="checkbox"/> niedożywienie <input type="checkbox"/> okres okołoperacyjny u dorosłych <input type="checkbox"/> wyniszczenie (BMI <17) <input type="checkbox"/> niedożywienie (BMI 17-19) bez możliwości wykorzystania przewodu pok. > 5 dni <input type="checkbox"/> BMI ≥ 19 bez możliwości wykorzystania przewodu pok. > 7 dni <input type="checkbox"/> powikłania pooperacyjne bez możliwości skutecznego odżywiania doustnego <input type="checkbox"/> reoperacja w okresie 30 dni po poprzedniej operacji <input type="checkbox"/> niewydolność przewodu pokarmowego ostra lub przewlekła <input type="checkbox"/> inne
6.	Dostęp pozajelitowy	<input type="checkbox"/> żyły obwodowe, <input type="checkbox"/> PICC, <input type="checkbox"/> żyła centralna <input type="checkbox"/> cewnik nietunelizowany, <input type="checkbox"/> port <input type="checkbox"/> cewnik permanentny, typ cewnika
7.	Cel leczenia żywieniowego:	<input type="checkbox"/> utrzymanie stanu odżywienia, <input type="checkbox"/> poprawa stanu odżywienia, <input type="checkbox"/> leczenie choroby podstawowej lub jej powikłań
8.	Ocena ryzyka powikłań metabolicznych lub zespół ponownego odżywienia :	<input type="checkbox"/> małe <input type="checkbox"/> duże
9.	Dni leczenia żywieniowego:	żywienie dojelitowe w rehabilitacji dni kompletne żywienie pozajelitowe w rehabilitacji dni.....

nadruk lub pieczęć zawierająca imię i nazwisko lekarza kwalifikującego, numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis

Karta leczenia żywieniowego

Nazwisko i imię pacjenta:	PESEL:	Wiek:
---------------------------	--------	-------

I.	Data																		
	Dieta przemysłowa* (nazwa) lub Mieszanina żywieniowa gotowa (nazwa) lub Worek indywidualny**																		
	**Aminokwasy (g)																		
	**Glukoza (g)																		
	**Tłuszcze (g)																		
	Objętość (ml)																		
	Droga podawania pozajelitowego Żyła centralna/żyła obwodowa																		
	Dostęp do przewodu pokarmowego (zgiębnik/gastrostomia/jejunostomia)																		
	Sposób podawania diety przemysłowej (bolus/wlew ciągły-szybkość)																		
II.	Dodatki - nazwa preparatu	Dawka																	
	Witaminy																		
	Pierwiastki śladowe																		
	Sód																		
	Fosforany																		
	Magnez																		
	Wapń																		
	Potas																		
	Witamina B1																		
	Inne																		
	Insulina jedn.																		
	nadruk lub pieczęć zawierająca imię i nazwisko lekarza, numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis																		

* brak konieczności wypełniania II części tabeli w przypadku braku dodatków do diety przemysłowej

**w przypadku dołączenia recepty na worek indywidualny – brak konieczności wypełniania II części tabeli

III.	Nazwa badania	Data																	
Podstawowe badania kontrolne *** zaznaczyć / wykonać (+/-)	Białko całkowite/Albumina																		
	Cholesterol całkowity/triglicerydy																		
	WBC/RBC/Hb																		
	Na mmol/ K mmol																		
	Ca mmol/Mg P																		
	Bilirubina/Asp/Ala/Ala																		
	Kreatynina/mocznik																		
	Glikemia																		
	Iron																		
	Bilans Na/ 24h																		

*** wyniki badań laboratoryjnych należy dołączyć do historii choroby

Leczenie żywieniowe w oddziałach rehabilitacji

- Możliwa jest kontynuacja leczenia żywieniowego w oddziale rehabilitacji dla pacjentów przyjętych bezpośrednio z oddziałów szpitalnych
- Możliwe jest rozpoczęcie leczenia żywieniowego w trakcie trwania rehabilitacji stacjonarnej
- Kwalifikacja musi być zewnętrzna – (lekarz rehabilitacji nie ma prawa zakwalifikować dziecka do leczenia żywieniowego)
 - przez lekarza z oddziału przekazującego dziecko do o. rehabilitacji
 - w przypadku rozpoczęcia leczenia żywieniowego w o. rehabilitacji lub przyjęcia dziecka objętego leczeniem żywieniowym w warunkach domowych – konieczna kwalifikacja lekarza z innego oddziału szpitalnego (neurologia, pediatria, gastroenterologia...)

Leczenie żywieniowe w oddziałach rehabilitacji w warunkach stacjonarnych - finansowanie

RODZAJ ŻYWIENIA	PUKTACJA	KWOTA W PLN
Żywienie dojelitowe	108	max. 108 (1 pkt.= max. 1 PLN)
Kompletne żywienie pozajelitowe	216	max. 216 (1 pkt.= max. 1 PLN)

Rehabilitacja ogólnoustrojowa, rehabilitacja po leczeniu operacyjnym, pulmonologiczna, neurologiczna, kardiologiczna, kardiologiczna - telerehabilitacja hybrydowa

Korzyści z istnienia Zespołu Leczenia Żywnieniowego

- Poprawa jakości leczenia
 - zmniejszenie śmiertelności
 - skrócenia czasu pobytu dziecka w szpitalu
- Obniżenie kosztów leczenia
- Zwiększenie szansy na uzyskanie akredytacji
 - poprawa warunków finansowania w szpitalu

Przydatność szpitalnego zespołu żywieniowego, jako wydzielonej komórki organizacyjnej, w rozpoznawaniu i leczeniu niedożywienia.

Cezary Adamiec i in. Pediatr Med Rodz 2018, 14 (3), p. 306–309

Rodzaj leczenia żywieniowego	Liczba dni żywienia	Liczba dni żywienia
	Brak SzZŻ	Obecny SzZŻ
	2012-2014 (I)	2014(II)-2016
Pozajelitowe	999	1412
Dojelitowe	1 032	7479
Suma hospitalizowanych pacjentów	48 150	48 884

Porównanie liczby pacjentów żywionych pozajelitowo i dojelitowo w zależności od obecności Szpitalnego Zespołu Żywieniowego (SzZŻ)



DZIĘKUJĘ ZA UWAGĘ