

A KÓRHÁZBÓL TÁVOZÓ BETEGEK TÁPLÁLTSÁGI ÁLLAPOTA ÉS OTTHONI TÁPLÁLÁSA

Tamási Péter dr.

*Központi Aneszteziológiai
és Intenzív Terápiás Osztály,
Péterfy Kórház-Rendelőintézet
és Manninger Jenő Országos
Traumatológiai Intézet,
Budapest*



A cikk online változata
megtalálható a
www.olo.hu weboldalon.

Kiemelt jelentőségű lenne a kórházból otthonukba bocsátott betegek tápláltsági állapotának követése és a betegek megfelelő otthoni táplálásának biztosítása. Az irodalmi áttekintés bemutatja, hogy ez a kérdés világszerte problémákkal terhelt. A bajok már a kórházban kezdődnek, mert itt sem megfelelő sok esetben a táplálásterápia, az elbocsátáskor pedig sokszor nem megfelelő az erre vonatkozó dokumentáció. Hiányos a kórházi orvosok képzése, a dietetikusok pedig nem kapnak kellő szerepet.

Magyarországon is azonosak a problémák a külföldön tapasztaltakkal, ezért szükség lenne mind a graduális, mind a posztgraduális orvosképzésben a táplálás megfelelő oktatására. Az alapellátásban a túlterhelt orvosokra hárul ez a feladat is, ezért a területi dietetikusrendszer sokat segíthetne.

BEVEZETÉS

Világszerte – így hazánkban is – fokozódó nyomás nehezedik a fekvőbeteg-gyógyintézetekre, hogy az ott ápolott betegeket, minél előbb, ahogy állapotuk javulása ezt lehetővé teszi, otthonukba bocsássák. Ugyanakkor, irodalmi adatok szerint, a betegek 20-45%-a már a kórházi felvételkor alultáplált, és legtöbbször ugyanilyen tápláltsági állapotban távoznak (1). Vannak közöttük olyanok is (egyes adatok szerint kb. 20%-uk), akiknek tovább romlik a tápláltságuk (1), de keveset tudunk a kórházból történt távozás utáni táplálási helyzetükről.

A TÁPLÁLTSÁGI ÁLLAPOT JELENTŐSÉGE

Ahhoz, hogy a különböző forrásokból származó tápláltsági adatokat értelmezni, illetve összehasonlítani tudjuk, elengedhetetlen a malnutrició egységes definíciójának alkalmazása. Ezért nagy jelentőségű a GLIM-projekt (2), amelynek során a világ vezető táplálási társaságainak vezetői és képviselői létrehoz-

ták a malnutrició jeleinek, illetve okainak egységes értelmezési rendszerét.

A rendszerben fenotípusra vonatkozó és etiológiai kritériumok szerepelnek.

A fenotípus kritériumai az akaratlan fogyás, az alacsony BMI és a validált eszközzel mért izomtömeg-csökkenés – az etiológiai kritériumok között pedig a csökkent tápanyagbevitel és a háttérben álló akut vagy krónikus megbetegedés szerepel. A malnutrició diagnózisának kimondásához az említett fenotípus-kritériumok egyike, valamint az etiológiai kritériumok egyike szükséges, azok mértéke alapján a tápláltsági zavar lehet enyhe, közepes, illetve súlyos fokú.

A KÓRHÁZI ELBOCSÁTÁS KÖRÜLMÉNYEI

A kórházból otthonukba távozott betegek tápláltságára és táplálkozására vonatkozóan érdekes adatokat szolgáltat egy kanadai vizsgálat (more-2-eat) (1), amelynek részeként a hazabocsátás után 30 nappal telefonon keresték meg a betegeket, illetve esetenként azok



közeli hozzátartozóját. A megkérdezettek kb. negyede számolt be további fogyásról, ami hangsúlyozza az otthoni táplálás jelentőségét. A fogyás okaként az étvágytalanságot jelölték meg rendszerint, de volt, aki az elbocsátáskor megjelölt „speciális” diétára hivatkozott.

A probléma megoldására dietetikus tanácsának igénybevételét, illetve ONS (oral nutritional supplement, iható kiegészítő tápszer) fogyasztását javasolták a vizsgálók. Megemlítették továbbá, hogy a bevezetőben leírt rövid ápolási idő is megnehezíti a betegek hazabocsátása előtti megfelelő táplálási tanácsadást. Ennek azért van jelentősége, mert a felmérés során kiderült, hogy otthonában csak a betegek 7%-a került dietetikussal kapcsolatba, míg 72%-uk járt családorvosánál, aki azonban nem foglalkozott részletesen a tápláltsági/táplálási problémával, ugyanis legtöbbjük megfelelő képzettsége hiányzik. A vizsgálat során viszont megállapították, hogy jobb állapotban voltak azok a betegek, akik ONS-t fogyasztottak, de ehhez is megfelelő beteg-educáció szükséges.

NEMZETKÖZI TAPASZTALATOK: A MEND-STUDY

A hazabocsátott betegek táplálásával kapcsolatos másik érdekes vizsgálat az USA-ban végzett MEND-study (meals enhancing nutrition after discharge, tápláltságot javító ételek a hazabocsátást követően) (3). A vizsgálatban 65 évesnél idősebb, értelmi szempontból intakt, kommunikációra képes, kórházból elbocsátott személyek vettek részt, akiknek szív-, illetve tüdőbetegségük volt. Két csoportra osztották őket: az egyik rész csak táplálkozási tanácsokat kapott, a másik tagjainak otthonába ételt is szállítottak 10 napon át, napi háromszori étkezéshez. Az „ön-ellátó” betegek átlagosan napi 1200 kcal-t fogyasztottak, míg a másik csoport 1600-at, de a résztvevők alacsony száma miatt az ismételt kórházi felvételben nem volt szignifikáns különbség kimutatható. Ez jellegében ún. pilot study volt csupán, de bizonyította, hogy megvalósítható ez az otthoni táplálási segítség.

A Health Affairs blog felületén (4) jelent meg (ugyancsak az USA-ban) ebben az évben egy érdekes közlés, ami bizonyítja a probléma aktualitását. „A kórházból haza: miért számít a táplálás” című tanulmányban leírják, hogy míg 2017-ben 3,5 trillió dollárt költöttek egészségügyre, az egészség egyik meghatáro-

zó tényezője, addig a megfelelő táplálkozás nem kap kellő hangsúlyt az egészségügyi személyzet képzése során.

Míg az adatok szerint az USA kórházaiban ápolott betegek 50%-ánál mutatható ki malnutrició, vagy annak rizikója, addig csak az esetek 8%-ában szerepel az ápolási diagnózisok között az alultápláltság, így a betegeket nem is táplálják megfelelően. Ennek következtében lassul a gyógyulásuk, gyakoribb a fertőződésük, hosszabb a kórházi tartózkodásuk és többen kerülnek újra kórházba. A probléma a hazabocsátást követően is fennáll, mert – bár az otthoni táplálás lehetőségei elvileg adottak – a betegek nem kapnak kellő táplálási támogatást. Azoknál sem volt megfelelő az ellátás, akik a kórházban kielégítő nutríciót kaptak, mert az információ nem jutott el az alapellátásba.

MI A MEGOLDÁS?

A kórházi és alapellátási vezetők odafigyelése: ismerjék fel a táplálás jelentőségét!

Kellő dokumentáció: szerepeljenek a tápláltságra és a táplálásra vonatkozó adatok a beteg elektronikus dokumentációiban.

A finanszírozás: a táplálás költségei az ellátás költségeinek részeként szerepelnek, nem kap kellő hangsúlyt a táplálás költséghatékonysága. Az elbocsátás kellően legyen tervezve, és a zárójelentésben szerepeljenek a táplálásra vonatkozó információk. Az orvosok kellő képzése a malnutricióval és táplálással kapcsolatban mind az egyetemi képzés, mind a posztgraduális képzés során.

Figyelemre méltó, hogy ezek a problémák a világ egyik legfejlettebbnek tartott egészségügyi rendszerében fennállnak, így megoldási javaslatokat egytől egyig alkalmazásra javasolom a hazai rendszerben is!

AKADÁLYOK AZ ALAPELLÁTÁSBAN

Egy másik közlemény is (5) a betegek kórházból otthonukba bocsátásakor észlelhető akadályokkal foglalkozik. Elemzi, hogy miért nem valósul meg a kellő táplálás az alapellátásban. A vizsgálat eszközéül interjúk sorát választották.

► A kórházi nővérek elmondták, hogy bár a betegek rendszerint a kórházban megfelelő táplálásban részesültek, elbocsátásukkor nem készült további táplálásukra vonatkozó részletes terv és tanácsadás. Ők

is jelezték a rövid ápolási idő akadályozó hatását, ha pedig készült ilyen terv, az nem mindig volt kellően részletes és világos.

- Az orvosok szerint is hasonló a probléma, ráadásul úgy érezték, hogy a táplálásban történő részvételük egyéni érdeklődésük függvénye.
- A kórházi dietetikusok részt vettek a táplálás tervezésében, de megítélésük szerint ennek sokkal gyakrabban kellett volna megtörténnie.
- A megkérdezett háziorvosok arról számoltak be, hogy nem volt idejük kellően foglalkozni a betegekkel táplálásukkal kapcsolatban, legfeljebb táplálási kiegészítőket rendeltek szükség esetén.

A beszélgetők valamennyien úgy érezték, hogy sokkal több betegnek lenne szüksége otthoni táplálási intervencióra. Javító tényezőként a megfelelő képzést és a szervezést tartják legfontosabbnak emellett, hogy a beteg, a kórházból való távozásakor, világos és részletes táplálási tervet vigyen az alapellátásba.

Azt gondolom, hogy az iménti néhány irodalmi hivatkozás elegendően igazolja, hogy világszerte jelentős problémával állunk szemben, de vannak megoldási lehetőségek.

A HAZAI HELYZET

A magyar kórházi osztályok egy részében a felvételnél a nővérek felmérlik a beteg tápláltsági állapotát. Ennek során mérik a beteg testtömegét, kikérdezik az esetleges testtömegvesztésről, étvágyának, táplálékfogyasztásának változásáról. Erősen változó azonban, hogy ezeket az adatokat a továbbiakban mennyire használják fel. Legszerencsésebb, ha az alapbetegség indokolja a táplálási intervenciót (például diabétesz vagy gasztroenterológiai megbetegedés esetében). A daganatos és a műtétre kerülő betegek ellátásában már nagyok a különbségek, az intenzív osztályokon rendszerint hangsúlyt kap a táplálás.

Nagy problémának érzem, hogy a kiváló képzésben részesülő dietetikusok csak ritkán vesznek részt a kórházi táplálási tevékenységben, a táplálási teamek pedig csak igen kis számban tevékenykednek.

MI TÖRTÉNIK A BETEG HAZABOCSÁTÁSAKOR?

Az elkészülő zárójelentés csak a már említett speciális esetekben (diabéteszes, gasztroenterológiai, főleg gyulladással járó bélbetegségekben szenvedők részére) tartalmaz táplálási tanácsokat, amelynek elkészítésében, a táplálásra vonatkozó tervezésében csak ritkán vesznek részt a dietetikusok.

Az egyébként is túlterhelt háziorvosok pedig, kevés kivételtől eltekintve, nem jutnak hozzá ahhoz, hogy a beteg otthoni táplálásával foglalkozzanak, a szakorvos által javasoltakat végrehajtják, és ha indokolt, iható kiegészítő tápszereket is rendelnek.

Néhány olyan funkcionális jellegű mérés esetleg megoldható lenne, amely a beteg izomerejére vonatkozó információt adna (pl. a kéz szorítóerejének mérése, székről felállás és kis távolság megtételének sebessége).

MIT LEHETNE (KELLENE) TENNI?

Ugyanazok az eszközök, módszerek, mint az USA-ban leírtaknál:

- részletes, a táplálási tervre is kitérő zárójelentés;
- a háziorvos asszisztensének kellene foglalkoznia a beteg mérésével, kikérdezésével. Akadály: zsúfolt rendelő, időhiány, képzetlenség.
- szoba jönne esetleg a területen dolgozó dietetikusok segítségével, de ez jelentős szervezési, anyagi ráfordítást igényelne.

Végezetül néhány pozitívumot is megemlítek.

A táplálás területén működő nagy gyógyszer-cégek (Fresenius, Nutricia) rendelkeznek otthoni táplálást segítő szolgálattal, amelyek könnyen elérhetőek, igénybevitelük javasolt.

Egy érdekes megfigyelés: a sok bajt okozó COVID-19-járvány kapcsán önkéntesek és önkormányzatok is megmozdultak, az idősek számára bevásárolnak, megfizethető áron melegételt is szállítanak otthonukba. Jó lenne, ha ez a járvány megszűnése után is folytatódna...

IRODALOM

Az irodalom megtalálható a szerkesztőségben, valamint a www.olo.hu oldalon.