**CZCZ.1.07/3.2.07/04.0065**

**Podpora rozvoje dalšího vzdělávání ve zdravotnictví**

**v Moravskoslezském kraji**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Popis: OPVK_hor_zakladni_logolink_RGB_cz |

**LÉČEBNÁ VÝŽIVA**

**V OBLASTI**

**NEUROLOGIE**

***pracovní sešit***

**Obsah**

[Úkoly k jednotlivým kapitolám 2](#_Toc396735054)

[Výživová doporučení 2](#_Toc396735055)

[Týmová spolupráce v péči o výživový stav pacienta/klienta 4](#_Toc396735059)

[Organizační struktura Oddělení léčební výživy a stravování,](#_Toc396735060)

[popřípadě Oddělení klinické výživy 6](#_Toc396735060)

### Úkoly k jednotlivým kapitolám

**Úkoly:**

1. **Připomeňte si přečtením článku stanovení základních výživových doporučení a zamyslete se, zda znáte jejich aktuální konkrétní hodnoty.**

### Výživová doporučení

## Doporučené dávky výživových složek

Základem správné výživové politiky státu je stanovení optimální potřeby výživových složek pro jednotlivé skupiny obyvatelstva. Stanovení takových dávek se provádí tak, aby byly dostačující pro 90% jedinců příslušné skupiny. Vždy se však najdou jedinci, pro které je doporučená dávka nedostačující nebo nadbytečná. Individuální rozdíly nelze stoprocentně odstranit.

Při stanovení výživových doporučení zohledňujeme:

* Pohlaví
* Věk
* Fyzickou a duševní aktivitu
* Podnebí
* Další aspekty: těhotenství, kojení, nemoci,…

Mezinárodní komise WHO stanoví složky výživy a jejich doporučené dávky. Národní komise, u nás jmenovaná MZ, tento soubor upřesní s ohledem na místní podmínky. Jsou vydány směrnice s doporučeným množstvím živin, které mají být přijímány v určitém časovém intervalu.

Některé mikronutrienty nemají stanoveny doporučené dávky, protože:

* není znám jejich nezbytný příjem
* předpokládá se, že jejich příjem ve stravě je bezpečný

Dietologové stanoví další speciální požadavky na výživu pro další - menší skupiny:

* Osoby s metabolickými poruchami
* Stoupenci alternativních výživových směrů
* Specifické profese (např. práce s jedy)

Stanovení doporučených dávek může být komplikováno dvěma aspekty:

* + Využitelností živin
  + Ztrátami živin při technologických úpravách

Při stanovení výživových doporučení se vychází ze zdravotního stavu obyvatelstva, současné výživové situace a znalostí dalších výživových problémů. Je nutné provést kvalifikovaný odhad, jaký pozitivní či negativní vliv bude mít dlouhodobý příjem výživových složek a jejich skupin.

## Doporučené dávky poživatin

Většina populace si nedokáže vypočítat, kolik výživových složek ve své stravě přijímá, zvláště ve vztahu k delšímu časovému období. Proto se v praxi stanoví doporučené dávky poživatin. Je potřeba brát do úvahy, že je rozdíl ve vyjádření:

* Jak nakoupeno
* Jak snědeno

Při zpracování doporučených dávek poživatin se vychází z průměrného složení poživatin, berou se ohledy na místní zvyklosti a dostupnost poživatin, včetně finanční dostupnosti. Je potřeba si uvědomit, že složení poživatin se mění, stejně jako stravovací preference.

Příkladem výživového doporučení je výživová pyramida profesorky Brázdové. Tato je různě modifikována pro různé stravovací kategorie. Jednotlivé skupiny poživatin jsou udávány v porcích, což může být zavádějící. Proto je nezbytné, aby byly jednotlivé porce definovány.

## Další výživová doporučení

Někdy jsou vydávána výživová doporučení bez udání dávek poživatin. Například:

* Omezte přísun živočišných tuků
* Omezte nadměrné solení
* Jezte pestrou stravu
* Zvyšte přísun ovoce a zeleniny

I tato doporučení mají svůj význam, neboť naznačují trendy, jak by se měla spotřeba potravin měnit. Dále je lze využívat ve vztahu k výživovému stavu jedince.

Výslednicí využívání výživových doporučení je **diferencovaná výživa**.

Kritéria pro diferencované stravování:

* Energetické nároky
* Potřeba základních živin
* Stravovací zvyklosti
* Zdravotní stav
* Osobní přesvědčení a tabu
* Chuťové a sociální preference
* Finanční možnosti a přání spotřebitele

1. **Přečtěte si příspěvek a zamyslete se nad svými kompetencemi. Využíváte jich v plném rozsahu? Je Vaše spolupráci s lékaři a ostatními nelékařskými profesemi plnohodnotně naplňována?**

### Týmová spolupráce v péči o výživový stav pacienta/klienta

České zdravotnictví je v současné době na vysoké odborné úrovni, která je výslednicí působení erudovaného personálu v kombinaci s dokonalou přístrojovou technikou. Aby však byly léčebné postupy maximálně efektivní, nesmí být také opomíjena žádná ze složek běžné ošetřovatelské péče. O významu optimálního výživového stavu pacienta/klienta není pochyb. Mnoho studií posledních let potvrzuje, že pokud je výživový stav nedostatečný (malnutriční), vede tato skutečnost ke zhoršení průběhu některých chorob, zvyšuje riziko jejich komplikací a mortality. S tím velmi úzce souvisí prodlužování hospitalizace, vyšší nároky na ošetřovatelský personál a v neposlední řadě i větší ekonomické zatížení našeho zdravotnictví.

V mnoha zdravotnických či sociálních zařízeních je tato problematika řešena sestavením nutričního týmu, který zabezpečuje péči o výživový stav a předchází tak malnutricím, včetně iatrogenních, popřípadě je operativně řeší. Stále však existuje a vždy bude existovat celá řada nemocnic, ústavů sociální péče, léčeben dlouhodobě nemocných a jiných zařízení, kde z různých důvodů sestavení nutričního týmu není možné. Tato skutečnost však neznamená, že v těchto zařízeních by měl být výživový stav pacientů/klientů opomíjen. I zde musí být zachována mezioborová spolupráce, především mezi nutričními terapeuty, všeobecnými sestrami a ošetřujícími lékaři. Každé zařízení má stanoven Standard ošetřovatelské péče. Jeho součástí je také zabezpečování optimálního způsobu stravování, vypracované v souladu se „Standardy léčebné výživy“ a „Metodickým pokynem zabezpečujícím organizaci klinické výživy hospitalizovaných nemocných v nemocničních zařízeních v České republice“. Zajištění kvalifikované klinické výživy je podmínkou pro akreditaci zařízení určitého typu.

Pro realizaci fungující spolupráce je nutné, aby všeobecné sestry byly seznámeny s nabídkou služeb, které nutriční terapeut poskytuje v rámci svých kompetencí. Vzhledem ke skutečnosti, že každodenní kontakt s pacientem/klientem udržují především sestry, jsou na ně kladeny v této věci určité nároky. Do popředí vstupuje lidský faktor, který je velmi důležitý pro organizované poskytování nutriční péče. Její úroveň je závislá na znalostech a zájmu obou zúčastněných stran i konkrétních ošetřujících lékařů. Ti se mnohdy orientují na léčbu základní choroby a výživa pacienta/klienta pro ně zpravidla nebývá prioritou, pokud není významným léčebným prostředkem.

Nutriční terapeut by měl jasně formulovat své požadavky a představu o spolupráci. Především je potřeba stanovit kdo a pomocí jakých metod bude zodpovědný za včasný záchyt jedinců, ohrožených malnutricí na počátku hospitalizace i v jejím průběhu. Rovněž by mělo být zřejmé, které diety jsou v daném zařízení poskytovány, jak mají být správně indikovány a kombinovány. Z vlastní zkušenosti vím, že v této oblasti dochází mnohdy ke zbytečným chybám. Nelze stanovit dietu na základě dotazu „Máte cukrovku?“. Dieta by měla být indikována až po zjištění anamnézy, provedení vstupního vyšetření a v souladu se zjištěnými skutečnostmi ošetřovatelské dokumentace. Kromě nevhodných indikací, je nejčastější chybou nedodržení optimálního dietního postupu, či ponechání pacienta zbytečně dlouho na neplnohodnotné stravě. Mnohdy nejsou diety indikovány v optimální návaznosti, popřípadě není zvolena nejvhodnější forma výživy.

I když jsou základní metody ke zjišťování výživového stavu časově a finančně nenáročné, nebývá jich plně využíváno. Někdy není objektivně zjištěna ani tělesná hmotnost a výška, obvodové míry jako malnutriční ukazatel také nejsou příliš využívány. Otázkou zůstává, jakou pozornost věnují lékaři výsledkům laboratorních vyšetření ve smyslu určení výživového stavu. Uznávaný a všeobecně přijatý způsob zjišťování neuspokojivého nutričního stavu není stanoven. A to je další důvod pro mezioborovou spolupráci a rozdělení jednotlivých kompetencí. Souhra mezi nutričním terapeutem a sestrou je nutná především při zajišťování nutriční dokumentace. Zvláště v zařízeních, kde není nutriční terapeut stabilně přítomen na oddělení, je věcí domluvy, kdo pomocí jednoduchého dotazníku zjistí nutriční skórepacienta/klienta a nutriční anamnézu. Nejpravděpodobnější je, že to budou právě sestry, které také na základě zjištěných výsledků povolají nutričního terapeuta k další intervenci. Proto musí být seznámeny s používanou dokumentací a motivovány k jejímu vhodnému využívání. Ideální se jeví pořádání ústavních seminářů, nebo pracovních schůzek, na kterých je domluvena forma vzájemné spolupráce sester a nutričních terapeutů. Takto mohou společně předcházet poškozování pacienta poskytováním nesprávné či nedostatečné výživy a naplňovat tak jednu ze stěžejních etických zásad. Jedním z požadavků na práci pracovníků pomáhajících profesí je zabezpečení maximálního prospěchu pacienta/klienta, s cílem

minimalizovat jeho poškození, utrpení, frustraci, apod. Tento požadavek neznamená nic jiného, než snahu o dosažení maximálního prospěchu pacienta/klienta v rámci daných možností.

Zařízení, ve kterých není nutriční terapeut interním zaměstnancem, by měla navázat alespoň externí spolupráci, založenou na jeho pravidelných návštěvách. Především se jedná o zabezpečení vhodných jídelních lístků pro jednotlivé diety, poskytování edukačních služeb v oblasti výživy a poradenství v případě obtíží spojených s výživou jednotlivců. Takový typ spolupráce je možné využívat také v ambulantní sféře, kde takto poskytované služby mohou být mnohdy záležitostí primární a sekundární prevence. Především se jedná o pacienty, u nichž byly nově zjištěny některé skutečnosti, například měnící se hmotnost, zvýšené hladiny některých ukazatelů (především tukových složek), problematika nechutenství, nově zjištěných onemocnění, která budou nadále léčena ambulantně a jsou dietně ovlivnitelná, a další. I zde je věcí domluvy v jakém rozsahu a jakým způsobem bude probíhat vzájemná spolupráce.

Myšlenky tohoto příspěvku nejsou zdaleka vyčerpány. Jedná se pouze nástin možné mezioborové spolupráce a laskavé připomenutí věcí samozřejmých, ale mnohdy opomíjených. Výživa patří mezi populární témata, o kterých je diskutováno na různých úrovních odborně i laicky. Přesto zůstává i nadále důležitým léčebným prostředkem, stejně jako je jednou z významných determinant zdraví.

1. **Přečtěte si příspěvek o organizaci stravovacího provozu a nutričním týmu a zamyslete se, zda je ve Vašem zařízení plnohodnotně zajištěny tyto zdravotnické služby.**

### Organizační struktura Oddělení léčební výživy a stravování, popřípadě Oddělení klinické výživy

Léčebná (klinická) výživa je součástí komplexní léčebné péče.

Pracují zde kvalifikovaní odborníci, především diplomovaní nutriční terapeuti a nutriční asistenti.

Je zaměstnán dostatečný počet odborníků ve výživě.

Zařízení má stanoven vlastní Dietní systém, který odpovídá jeho potřebám.

Setkávání stravovací komise, popřípadě nutriční komise je pravidelné a řeší vzniklé problémy.

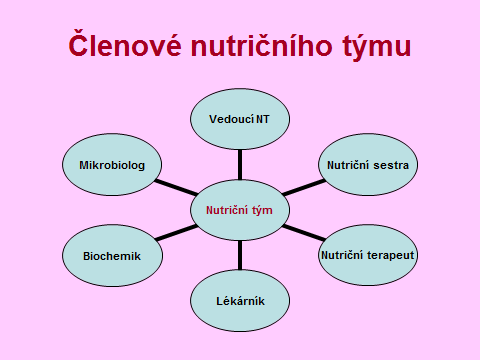
Organizační členění Oddělení léčebné výživy a stravování nebo Oddělení klinické výživy je součástí organizačního uspořádání nemocnice.

V systému nutriční péče v zařízení je funkční část technologická a část klinická.

Ústavní dietolog metodicky řídí OLVS, je předsedou stravovací (nutriční) komise.

Členy stravovací komise jsou hlavní sestra, ústavní dietolog, vedoucí nutriční terapeut, vedoucí stravovacího provozu, zástupci klientů, popřípadě jiní členové.

**Podílí se ve Vašem zařízení na zajištění optimálního výživového stavu jednotlivých klientů nutriční tým?**

****

**Úkoly nutričního týmu**

Vyhledávat nemocné ohrožené malnutricí a těžkým katabolismem.

Zajišťovat jejich nutriční podporu.

Pravidelně konzultovat nejvhodnější postup nutriční podpory.

Vést dokumentaci nutriční podpory.

Kontrolovat dodržování ordinací nutriční podpory.

Dohlížet na racionální využití prostředků nutriční podpory.

V případě potřeby zajistit pokračování nutriční podpory i v domácím léčení.

Podílet se na výuce studentů v oblasti výživy.

Podílet se na zavádění nových poznatků do praxe.

Spolupracovat na využití finančních prostředků určených na výživu nemocných.

**Vedoucí nutričního týmu**

Lékař se specializací na klinickou výživu a metabolickou péči.

Zajišťuje spolupráci mezi členy nutričního týmu a ostatním personálem (lékaři, sestry).

Dohled nad centrálními intravenózními katétry, perkutánními sondami.

Rozhoduje o umělé výživě pacientů v těžkých stavech.

Zajišťuje kontinuitu práce nutričního týmu.

Zodpovídá za vedení dokumentace.

**Nutriční sestra**

Aplikace speciálních přípravků parenterální výživy.

Monitoruje klinický stav nemocného a vyhledává možné komplikace.

Odebírá a uchovává materiál pro biochemická vyšetření.

Podílí se na vedení klinické dokumentace.

Asistuje při speciálních výkonech.

Dohled nad katétry, sondami.

Spolupracuje s lékárnou, biochemickou laboratoří, lékaři, sestrami.

**Nutriční terapeut**

Primárně zodpovědný za nutriční stav nemocného.

Zodpovídá za kombinace perorálního příjmu a jiných forem výživy.

Vyhodnocuje příjem jednotlivých složek výživy, energie.

Získává data pro indikace přechodu na jinou formu výživy.

Vyhledává pacienty ohrožené malnutricí.

Vede výživovou dokumentaci.

Dohlíží na dodržování dietních standardů v nemocnici.

**Farmaceut**

Zodpovědný za přípravu nutričních směsí.

Konzultuje s lékařem vhodné komponenty do nutričních směsí.

Radí v ekonomických otázkách přípravků parenterální a enterální výživy.

Spolupracuje s lékaři.

Dohlíží na správné aplikace přípravků a jejich komponent.

**Biochemik**

Zajišťuje laboratorní testy.

Sleduje správné využití biochemických vyšetření.

Podílí se na správné interpretaci výsledků.

**Mikrobiolog**

Zajišťuje dostupnost kultivačních výsledků.

Předchází s ostatními členy týmu katétrové sepsi a zbytečnému odstranění katétru.

1. **Přečtěte si pojednání o tekuté dietě a zrevidujte její využití ve Vašem zařízení.**

### dieta 0 – tekutá

**Doporučené denní dávky**

6 000kJ 60g B 45g T 200g S  50mg vit. C

**Indikace**

Obecně lze říci, že se podává při poruchách polykání.

Podává se v prvních dnech po operaci dutiny ústní, ale i dalších oddílů GIT.

Po tonzilektomii.

Při chorobách dutiny ústní, hltanu a jícnu, když je ztíženo polykání.

Při zúžení jícnu.

Přechodně - při těžších horečnatých onemocněních, při některých otravách.

V krátkodobé předoperační přípravě za účelem vyprázdnění trávicího traktu.

Obvykle se podává kratší dobu, ojediněle na delší čas.

**Charakteristika**

Dieta je energeticky a biologicky neplnohodnotná, to znamená, že při dlouhodobém podávání ji doplňujeme sippingem, modulárními dietetiky, bílkovinnými přídavky. Klient bývá převeden na dietu 1S.

Denní dávka vitamínu C je nízká z důvodu zúženého výběru ovoce a zeleniny, které bývá většinou tepelně a mechanicky upraveno. Pokud je potřeba, suplementujeme tento vitamin medikamentózně.

Dieta je především mechanicky, ale také termicky a chemicky šetřící. Má 5 denních jídel, všechna zpracována do tekuté podoby, což výrazně zužuje výběr potravin. Strava je lehce stravitelná, nenadýmavá.

Do sondy se v dnešní době aplikuje výjimečně, pokrmy je nutno přecedit.

**Technologie přípravy pokrmů**

Používáme pouze povolené potraviny. Před tepelnou úpravou odstraňujeme slupky, tuhé části, kosti a podobně. Maso opékáme na sucho.

Používáme vaření a dušení, včetně vaření a dušení v páře, v konvektomatu.

Pokrmy zahušťujeme na sucho opraženou moukou, zátřepkou, vždy dobře povaříme.

Poté, pomocí vhodné tekutiny (například vývar, mléko, ovocná šťáva), uvedeme pokrmy do tekuté formy. Základem jídelního lístku jsou polévky, omáčky, kaše, koktejly, šlehané pěny, nápoje. Po rozmixování je nutné opětovně doladit chuť pokrmu. Tuk vkládáme do hotových pokrmů.

Je zvýšen požadavek na organoleptické hledisko diety, především barevnost. Vždy je potřeba zvážit kombinaci společně mixovaných potravin!

**Výběr potravin**

**Maso, vnitřnosti a masné výrobky**

Jateční druhy masa, kuře, krůta, rybí filé na polévku, játra.

Šunka drůbeží i vepřová – omáčky, pěny.

**Mléko a mléčné výrobky**

Mléka sladká i kysaná, smetana, šlehačka – pěny, šlehané jogurty bez zrníček, šlehaný tvaroh, pribináček, tvarohové sýry. Mléko a mléčné výrobky využíváme denně – nápoje, koktejly, polévky, omáčky, kaše.

**Vejce**

Do pokrmů.

**Tuky**

Máslo, margaríny, kvalitní oleje – do pokrmů.

**Obiloviny**

Především do polévek, omáček, kaší. Bílá mouka, bílá rýže, ovesné vločky lisované, kroupy, krupky lisované.

Bílé pečivo – rohlíky, housky, veka, vánočka bez posypu, piškoty, suchary – v případě potřeby rozmícháme v malém množství mléčného nápoje.

**Ovoce**

Podáváme pyré, kysely, rosoly, džusy, ovocné šťávy, džemy, do koktejlů. Používáme jablka, banány, meruňky, broskve, nektarinky, citrusové ovoce.

**Zelenina**

Podáváme polévky, omáčky, zeleninová pyré. Používáme mrkev, celer, petržel, špenát, rajčatový protlak a šťávu, dýni, brokolici, zeleninové natě.

**Příkrmy**

Nejvhodnější je šlehaná bramborová kaše.

**Sladidla**

Sladíme cukrem, glukopurem, medem, džemem.

**Nápoje**

Čaj, čaj s mlékem, švédský čaj, bílá káva, mléko, smetana, kakao, koktejly, ovocné šťávy, džusy.

Neperlivé minerální vody, stolní vody.

**Koření**

Mírně solit, vývar z kmínu, citrónová a pomerančová šťáva, zelené natě.

**Orientační šablona pro tvorbu jídelního lístku diety 0**

|  |  |
| --- | --- |
| Snídaně | Teplý mléčný nápoj  Pečivo rozmixované v malém množství mléčného nápoje  Máslo, margarín – možno vmixovat k pečivu nebo použít na přípravu pěny  Bílkovinná potravina nebo sacharidová potravina - pěna  (Na přípravu pěny lze místo másla použít ušlehanou šlehačku) |
| Přesnídávka | Ovoce nebo zelenina nebo mléčný výrobek - v povolené úpravě |
| Oběd | Polévka – vývarová nebo mixovaná  Omáčka – masová, zeleninová, mléčná  Příkrm – šlehaná bramborová kaše, nebo kombinace dvou omáček  Další variantou hlavních pokrmů jsou kaše a pyré |
| Svačina | Mléko, mléčný nápoj, mléčný výrobek, puding  Pečivo rozmixované v malém množství mléčného nápoje |
| Večeře | Omáčka – masová, zeleninová, mléčná  Příkrm – šlehaná bramborová kaše  Další variantou jsou husté polévky, kaše, pyré |