



## IZKUŠNJE BOLNIKOV V BOLNIŠNIČNI OBRAVNAVI ALI KAKO BOLNIKI OCENJUJEJO PREHRANO

mag. Brigita Skela Savič, univ.dipl.org.  
Denis Mlakar Mastnak, dipl.m.s., spec. klinične dietetike  
mag. Nada Rotovnik Kozjek, dr.med.

Onkološki inštitut Ljubljana  
bskelasavic@onko-i.si

### 1. DEFINICIJA IN CILJ KAZALNIKA

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 zadeva pomembno število hospitaliziranih bolnikov. Rezultati raziskav so pokazali, da je približno 40 % hospitaliziranih bolnikov podhranjenih, ne glede na starost ali njihovo obolenje, ob odpustu iz bolnišnice pa celo 70 % bolnikov. (Holmes, 2003; v Mlakar Mastnak, Rotovnik Kozjek, 2005). Pravica slehernega bolnika je, da bodo v obdobju hospitalizacije njegove prehranske potrebe zagotovljene. Dobra prehranska podpora in oskrba, ki zagotavlja individualne bolnikove prehranske potrebe, pomembno vpliva na izid zdravljenja, pomembnega indikatorja kvalitete zdravstvene oskrbe hospitaliziranih bolnikov (Ovesen, 2001; v Mlakar Mastnak, Rotovnik Kozjek, 2005).

Na Onkološkem inštitutu Ljubljana smo 6.12.2004 in 7.12.2004 izvedli presečno raziskavo prehranskega presejanja bolnikov. Poglavitna namena presečne raziskave 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 predvsem izpostavile kadrovske in časovne težave, za začetek izvajanja rutinskega prehranskega presejanja hospitaliziranih bolnikov Onkološkega inštituta (Mlakar Mastnak, Rotovnik Kozjek, 2005). Tako smo pričeli z ukrepi za celovito reševanje problema ustrezne prehranjenosti bolnikov tako na strokovni, kot organizacijski ravni:

- oblikovanja prehranskega tima medicinskih sester in izvajanje merjenja ogroženosti bolnikov;
- merjenja izkušenj in zadovoljstva bolnikov v zvezi s prehrano.

V nadaljevanju prikazujemo rezultate merjenja izkušenj in zadovoljstva bolnikov v zvezi s prehrano na Onkološkem inštitutu Ljubljana.

### 2. METODE

#### 2.1. Način zbiranja

Na Onkološkem inštitutu Ljubljana od novembra 2003 izvajamo raziskave merjenja izkušenj bolnikov s storitvami v bolnišnični dejavnosti. Prehranjenost bolnika, ki se zdravi s specifičnim onkološkim zdravljenjem je eden izmed ključnih dejavnikov za uspeh zdravljenja, zato na Onkološkem inštitutu Ljubljana temu posvečamo posebno pozornost.



V okviru letošnjega kazalca kakovosti prikazujemo izkušnje bolnikov v zvezi s prehrano. Presečno študijo smo izvedli v novembru 2005, podatke bomo primerjali z rezultati raziskave v prejšnjih obdobjih. V zadnji presečni študiji smo dodali nekaj trditvev, ker smo pri bolnikih, ki jim zagotavljamo hrano iz Kliničnega centra v obliki tablet sistema, opazili večje nezadovoljstvo v zvezi s prehrano, kar so bolniki vpisali v zvezke pohval in pritožb na oddelkih, prav tako so naslovili pisma na vodstvo inštituta.

## 2.2. Opis kazalnika

V anketni vprašalnik za bolnike smo zapisali 22 trditvev oziroma kazalcev kakovosti iz področja celovite storitve prehrane bolnikov (tabela 1).

## 2.3. Izvor podatkov in demografski podatki

V presečni raziskavi, ki je potekala en teden (od ponedeljka do petka) novembra 2005 je sodelovalo 283 bolnikov. Povprečno število hospitaliziranih bolnikov na dan je 243, tako da analizirani vzorec predstavlja 23,3% vseh hospitalizacij v tem tednu. Sodelovalo je 160 žensk in 119 moških, 4 bolniki rubrike za spol niso izpolnili. Raziskava je zajela 4 od 6 bolnišničnih oddelkov. 88 (35,6%) bolnikov je bilo hospitaliziranih prvič, za 159 (64,4%) bolnikov je bil to ponovni sprejem.

Povprečna starost anketirancev je bila 58,34 let.

## 3. REZULTATI

V tabeli 2 so prikazane povprečne vrednosti odgovor na trditve. Pri vseh trditvah, ki jih spremljamo v treh letih, opažamo trend upadanja zadovoljstva bolnikov v zvezi s postavljenimi kazalci kakovosti. Del prehrane bolnikov smo v jeseni leta 2004 pričeli zagotavljati iz Kliničnega centra Ljubljana. Tako smo spremenili način serviranja hrane in kuhinjo, kjer se hrana pripravlja.

## 4. ZAKLJUČKI IN OMEJITVE RAZISKAVE

Rezultati raziskave niso spodbudni, vendar je pri razumevanju teh rezultatov potrebno upoštevati dejstva:

- da je padec zadovoljstva bolnikov v zvezi s prehrano povezan z dvema sočasnima spremembama, saj smo zamenjali način delitve hrane (prej porcioniranje na oddelku pred bolniško sobo, 2004 smo prešli na tablet sistem na štirih od sedmih oddelkov) in dobavitelja hrane, saj smo del storitev oddali kuhinji Kliničnega centra;
- da je odločitev za prehod na tablet sistem bila povezana s selitvijo v nove prostore, kjer so oddelki z vsemi funkcionalnimi prostori prirejani na tovrstni način delitve hrane;
- da je odločitev o opustitvi lastne kuhinje, kjer imamo možnosti vzpostavitve linije za delitev hrane po tablet sistemu bila opuščena kot investicija Ministrstva za zdravje, ker je Klinični center imel dovolj kapacitet za naše potrebe po dnevnem številu obrokov.



Tabela 1: Primerjava rezultatov za obdobje treh let\*

Trditve:	Rezultati 2005 november		Rezultati 2004 november		Rezultati 2003	
	Povprečna vrednost N=283	Standardni odklon	Povprečna vrednost N=197	Standardni odklon	Povprečna vrednost N=181	Standardni odklon
Hrana ustreza potrebam bolnika na zdravljenju.	<b>3,23</b>	1,325				
Hrana v bolnišnici je okusna.	<b>3,14</b>	1,272	<b>3,74</b>	1,09	<b>3,97</b>	1,10
Hrana ni preveč začinjena.	<b>3,79</b>	1,358				
Hrana je vedno topla.	<b>3,78</b>	1,098	<b>3,90</b>	0,97	<b>4,31</b>	0,98
Jedilniki so raznoliki in pestre sestave.	<b>3,14</b>	1,309	<b>3,78</b>	1,08	<b>4,16</b>	1,09
Število obrokov je primerno.	<b>3,78</b>	1,132	<b>4,26</b>	0,83	<b>4,79</b>	0,51
Med obroki ne čutim potrebe po dodatni hrani.	<b>3,58</b>	1,234	<b>3,97</b>	1,18	<b>4,63</b>	0,91
V bolnišnici nikoli nisem lačen/a, ker je hrana dobra.	<b>3,16</b>	1,364				
V bolnišnici nikoli nisem lačen/a, ker je hrane dovolj.	<b>3,43</b>	1,299	<b>4,30</b>	0,83	<b>4,76</b>	0,52
Ker sem v bolnišnici lačen/ mi hrano nosijo od doma.	<b>2,54</b>	1,428				
Individualne potrebe v zvezi s prehrano lahko izrazim in se tudi upoštevajo.	<b>3,31</b>	1,323	<b>3,68</b>	1,27	<b>4,16</b>	1,26
Način serviranja hrane je sodoben in primeren za bolnika.	<b>3,81</b>	1,114	<b>4,08</b>	0,98	<b>4,50</b>	0,87
Servirna posoda in jedilni pribor so čisti.	<b>4,10</b>	,832				
Servirna posoda in jedilni pribor so ohranjeni.	<b>3,90</b>	1,019				
Servirni pladnji in servirna posoda so estetski.	<b>3,59</b>	1,163				
Za bolnike, ki so na zdravljenju je glede prehrane dobro poskrbljeno.	<b>3,42</b>	1,253				
Na voljo je dovolj napitkov.	<b>3,67</b>	1,150	<b>4,15</b>	0,98	<b>4,35</b>	1,05
Napitki so raznovrstni.	<b>3,19</b>	1,277	<b>3,63</b>	1,21	<b>3,94</b>	1,20
Enolončnice mi za večerjo ustrezajo.	<b>3,43</b>	1,271				
Ribje jedi so pripravljene zelo okusno.	<b>2,79</b>	1,411				
Izbira dodatkov kot so jogurti, pudingi ipd je zelo pestra.	<b>3,23</b>	1,277				
Sadja in zelenjave je dovolj.	<b>3,25</b>	1,133				

\*Metoda merjenja: Likertova lestvica od 1 do 5, kjer 1 pomeni nikakor se ne strinjam s trditvijo in 5 popolnoma se strinjam s trditvijo;  
N=število anketirancev



#### **4.1. Opis pomena kazalnika za klinično delo**

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 (v Mlakar Mastnak, Rotovnik Kozjek, 2005). Iz tega vidika je pomen prehrane onkološkega bolnika potrebno jemati ne zgolj kot stroškovno kategorijo, ampak kot dejavnik, ki lahko pomembno vpliva na kakovost obravnave onkoloških bolnikov, njihovo preživetje in ima pomemben vpliv na komplikacije zdravljenja ter s tem povezane stroške.

Zato odločitev, da je dovolj ena kuhinja za celotno bolnišnično področje Zaloške ceste ni bila dovolj strokovno pretehtana iz vseh vidikov pomena prehrane za bolnika z rakom. Problem velikih kuhinj je slabša fleksibilnost glede na potrebe bolnika.

#### **4.2. Predlagane izboljšave**

Naša nadaljnja prizadevanja bodo usmerjena v to, da v neposredno prakso vpeljemo prehransko presejanje za vse hospitalizirane in ambulantne bolnike.

V bolnišnici smo za hospitalizirane bolnike oblikovali prehranske standarde in izdelali navodila za uporabo prehranskih farmacevtskih dodatkov za bolnike, kjer prehransko presejanje pokaže, da tovrstno podporo potrebujejo. Ob tem izvajamo spremljanje in beleženje količine zaužite hrane in pijače, v načrtu zdravstvene nege mora predvideti poti povezovanja z ostalimi člani širšega prehranskega tima: zdravnik, ki bolnika zdravi, klinični dietetik, kuhinja, psiholog, socialna služba in lekarna (Mlakar Mastnak, Rotovnik Kozjek, 2005). Presejanje izvajajo medicinske sestre, v izdelavo celovitega načrta obravnave bolnika z ugotovljenim prehranskim deficitom vključujemo specialista dietetika, ki izvaja tudi svetovanje bolnikom in svojcem.

Potrebno je načrtovati adaptacijo lastne kuhinje za potrebe bolnikov, ki se zdravijo zaradi rakave bolezni na Onkološkem inštitutu Ljubljana.

#### Literatura:

Mlakar Mastnak D, Rotovnik Kozjek N. Identifikacija bolnikov s prehranskimi težavami – vloga medicinske sestre, 32. strokovni seminar Sekcije medicinskih sester v onkologiji, Rogla, 29.-30.9.2005; 47-57.