

---

---

# Úvodní část k Doporučeným postupům ESPEN pro enterální výživu: Organizace pacientovy cesty enterální nutriční péči

**Klíčová slova:** Nutriční péče; Tým nutriční podpory (nutriční tým); Enterální výživa; Perorální nutriční doplňky; Sondová výživa; Organizace služeb; Nutriční hodnocení

**Souhrn:** Poskytování nutriční podpory se neděje náhodně. Klinický rozsah zahrnuje screening a hodnocení, odhad nároků, identifikaci cesty podávání výživy a následnou potřebu monitorace. Pacienti mohou potřebovat různé formy nutriční intervence v průběhu své nemoci. Dále mohou potřebovat jejich poskytování na různých místech podle změny svého klinického stavu. Pokud není poskytování nutriční podpory správně řízeno, potenciálně může být podávána nesprávná léčba. Klinické procesy mohou být efektivně zaváděny, je-li k dispozici řádná infrastruktura. Klinický tým potřebuje porozumět různým prvkům začleněným do systému poskytování efektivní služby, což spočívá ve spojení disciplin, které zřetelně v klinice nefigurují, včetně cateringu, financí a vysokého (TOP) managementu.

Vynikající komunikační schopnosti na všech úrovních, finanční povědomí a znalost fungování ostatních oddělení jsou pro úspěch klíčové. Praxe musí být stále prověřována a kreativita u všech aspektů poskytované služby je zásadní. Nakonec je důležité, aby byly klíčové osoby identifikovány a zapojeny tak, aby mohly podporovat každý úspěch a vývoj. To zvýší povědomí o prospěchu nutriční intervence a pomůže zajistit, aby byly v případě potřeby dostupné správné zdroje.

Plná verze článku je dostupná na [www.espen.org](http://www.espen.org).

Přeložila MUDr. Zuzana GROFOVÁ, text neprošel jazykovou ani odbornou korekturou, 2007.

© 2006 Evropská společnost klinické výživy a metabolismu. Všechna práva vyhrazena.

## Úvod

Nutriční péče je koncept, který zahrnuje několik různých aspektů a ty musí být organizovány bezvadným způsobem, aby se zajistilo, že správný pacient dostane správnou nutriční podporu ve správnou dobu a na správném místě. To se nestane náhodně a úspěch záleží na pečlivém managementu podporovaném efektivní infrastrukturou. Klíčové momenty, které k tomu přispívají jsou:

- začlenění základních rutinních postupů pro nutriční péči
- identifikace nutričních potřeb pacientů
- vhodné poskytování individualizované nutriční péče
- co nejvyšší využití nemocniční stravy
- výběr správných produktů
- mezioborová spolupráce
- komunikace a dokumentace
- organizace a logistika
- finanční management
- vzdělávání
- výcvik

## Začlenění základních rutinních postupů pro nutriční péči

Doporučené postupy pro nutriční screening, podporu, péči a dokumentaci mají být zavedeny na každém oddělení a stanici. K jejich podpoře musí být prováděny kontinuální výcvikové programy. Pravidelný audit zjistí nedostatky, které je třeba řešit.

## Identifikace nutričních potřeb pacientů

Nutriční deplece a riziko dalšího zhoršování nejsou často rozeznány nebo jsou připisovány základní chorobě, a tato situace není nová.<sup>1-3</sup> Nutriční screening je prvním krokem pro komplexnější proces nutričního hodnocení. Všichni pacienti musí projít screeningem k identifikaci potenciálního nutričního rizika, aby se zabránilo zbytečné depleci. Ideálně by se mělo začít už v zařízení komunitní péče<sup>4</sup> a opakovat screening po přijetí do nemocnice. Dostupná je řada jednoduchých screeningových nástrojů, které mohou být efektivně použity s minimálním výcvikem kýmkoliv ze zdravotnických pracovníků. Jako dva široce využívané příklady slouží NRS (2002) a MUST.<sup>5-13</sup> Metodologie, o niž se opírá mnoho nástrojů, je vylisována.<sup>14</sup> Existují některé základní požadavky na nutriční screening pacientů zahrnující:

- výsledek screeningu musí být jasně zapsán do pacientova chorobopisu
- v případě existujícího nebo očekávaného nutričního rizika musí být plánována další akce, která musí ob-

sahovat jasně profesní zodpovědnost, například zavolání dietní sestry (nutričního terapeuta) k úplnému nutričnímu zhodnocení

- screening má být opakován každé 1–2 týdny, aby byl monitorován prospěch nutriční intervence/zabránilo se jakémukoli zhoršení
- poskytování informací pacientovi a/nebo příbuzným
- nutriční informace mají tvořit nedílnou součást každé propouštěcí zprávy při předávání pacienta zpět do komunity. Potenciální potřeba opakovaného hodnocení má být zvyrazněna, je-li vhodná.

## Vhodné poskytování individualizované nutriční péče

Je zásadní, že nutriční péče je založena na individuálních nutričních potřebách a preferencích každého pacienta. Všichni pacienti, kteří jsou podvyživení nebo v riziku podvýživy, mají mít plán nutriční péče. Každý navrhovaný úkon nebo intervence má být plánován a dokumentován v plánu nutriční péče stejným způsobem, jako je zaznamenávána veškerá ostatní léčba v lékařské nebo sesterské dokumentaci.

## Vytěžit maximum z nemocniční stravy

Existuje mnoho důkazů o podvýživě u nemocničních pacientů<sup>3,15-19</sup> a bylo učiněno mnoho pokusů ji odstranit.<sup>20-26</sup> V některých případech podporují národní vlády iniciativy k zajištění toho, aby proaktivní nutriční management byl zakotven do programu klinické péče.<sup>27-30</sup> Evropský výbor také přijal rezoluci v tomto kontextu.<sup>31</sup> Tento dokument pokrývá všechny aspekty poskytování nutriční péče a uděluje důležitá doporučení pro nutriční screening, podávání stravy a nutriční podpory, rolích personálu v nutriční péči, komunikaci a zdravotnické ekonomice. Zdůrazňuje potřebu začlenit pacienta po celou dobu stejně jako důležitost edukace pro zdravotníky a veřejnost. Dále rezoluce stanoví:

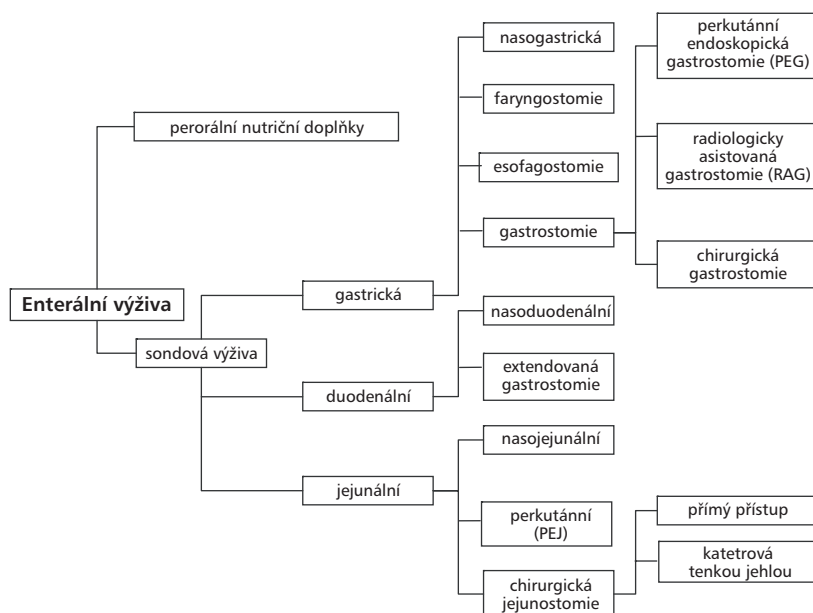
- Přístup k bezpečné a zdravé různorodé stravě je základním lidským právem.
- Správná stravovací služba a nutriční péče v nemocnicích mohou mít příznivý vliv na zotavování pacientů a jejich kvalitu života.
- Po celé Evropě je neakceptovatelné množství podvyživených lidí v nemocnicích.
- Podvýživa u hospitalizovaných pacientů vede k prodloužení pobytu v nemocnici, prolongované rehabilitaci, snížené kvalitě života a k nadbytečným výdajům na zdravotní péči.

Navzdory tomu všemu je pokrok pomalý a důkazy o přímé a okamžité prospěšnosti aktivního přístupu k výživě pacientů v nemocnicích jsou omezené jak

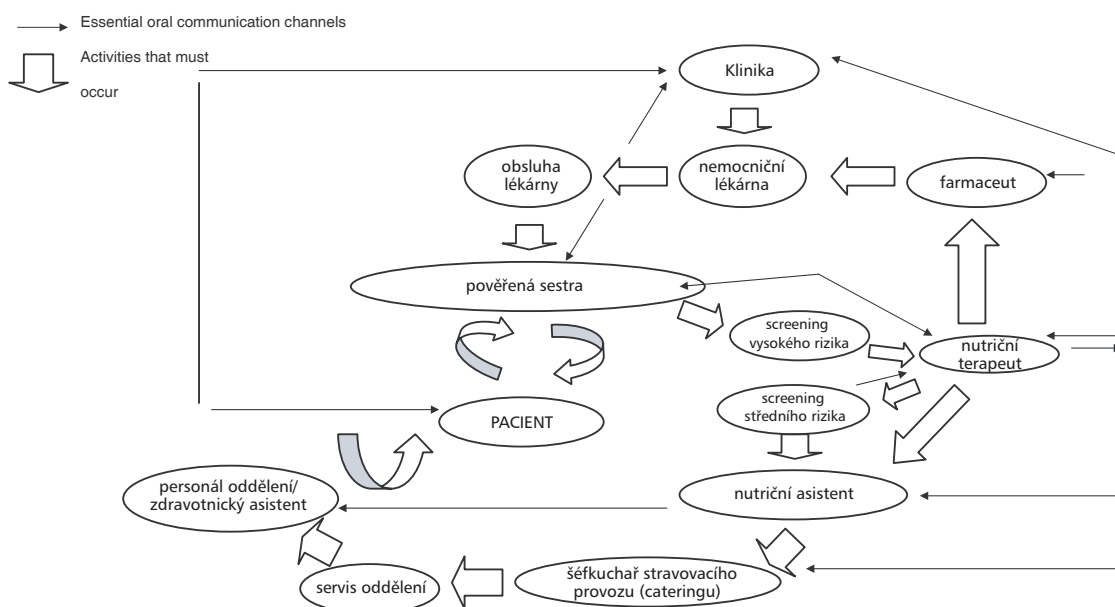
z důvodů začlenění etiky a zdrojů, tak pro nutně dlouhá časová rozmezí. Prostý selský rozum však říká, že jídlo je základ pro život. Naopak nedostatek stravy/výživy predisponuje k nežádoucím klinickým výsledkům včetně zvýšené závislosti a morbidity, vyšších výdajů na léky, většího využití intervencí špičkovými technologiemi a prodlouženého pobytu v nemocnici.<sup>32-35</sup>

Je mnoho způsobů, jak může být pacient živen prostřednictvím střeva (Obr. 1), ale normální strava má být vždy první volbou, za předpokladu, že budou touto cestou pokryty individuální nutriční nároky. Rezoluce o stravě a nutriční péči v nemocnicích vydaná Evropským výborem říká, „*Běžná strava podávaná ústy má být první volbou ke korekci nebo prevenci podvýživy pacientů. Výživa k popíjení nemá být po-*

*užívána jako náhrada za adekvátní poskytování běžné stravy a má být použita pouze, jsou-li jasně klinické indikace*“.<sup>31</sup> Cateringové (stravovací) provozy nemocnic jsou základní komponentou nutriční péče a mají být flexibilní a odpovídat na potřeby pacientů. Je zapojeno mnoho disciplin a každý musí mít jasno, jaká je jeho role ve složitém řetězci poskytování stravy (Obr. 2). Úzká vazba mezi personálem klinickým a personálem stravovacího provozu je životně důležitá, pokud mají pacienti dostávat to, co potřebují, když to potřebují a v takové formě, aby to mohli jíst.<sup>36-38</sup> To je třeba těsně monitorovat a přiměřeně financovat.<sup>39-41</sup> Při využívání služeb externího cateringu jsou dále třeba rady odborníka k ujištění, že nutriční stav všech hospitalizovaných pacientů je chráněn.



Obr. 1 Cesty enterální výživy.



Obr. 2 Nutriční řetězec. Autoři chtějí vyslovit uznání M. Page (Concept Nutrition).

Uspořádání na odděleních bude různé podle místních podmínek, existuje několik důkazů podporujících prospěšnost nutričních asistentů/koordinátorů<sup>22,42</sup> nutričních jednotek s připojenou kuchyňkou<sup>22</sup> podobně jako jednodušších opatření včetně chráněné doby jídla (kdy jsou oddělení uzavřena pro veškerý personál mimo toho, který podává stravu), 24 hodinové dostupnosti jídla a zavádění vozíků s drobným jídlem pro období mezi jídly hlavními.<sup>27,29</sup> Prostředí, kde se jídlo podává a způsob, jakým se servíruje, se také ukázaly jako důležité pro stimulaci chuti k jídlu a příjmu stravy.<sup>43–45</sup>

## Výběr správných produktů

Situace, kdy jídlo samotné není dostatečné k pokrytí individuálních nutričních nároků, nastanou a musí být zvažovány alternativní metody výživy. K dispozici je paleta přístupových cest a podobně i množství různých produktů, které je možno použít.

## Výběr produktu

Perorální nutriční doplňky (PND) a formule pro sondovou výživu se stále vyvíjejí, což vyžaduje pečlivé zhodnocení s ohledem na individuální potřeby a preference pacienta. Je třeba si uvědomit, že ani nejlevnější ani nejdražší přípravky nejsou nezbytně ty nejlepší. Zapojení mnoha profesí je povinné, má být praktické a co nekomplexnější, může to být tak dobře promyšleno, že se zapojí personál komunitní i nemocniční, zejména, pokud se předpokládá domácí sondová výživa.<sup>46</sup> Navíc se stále více uznává prospěšnost přiměřeného zastoupení pacientů/pečovatelů.<sup>47</sup> V každém případě je základem stále (znovu-)hodnocení produktů jako odpověď na měnící se klinické situace.

## Výkonnost (účinnost) produktu (efficacy)

Výkonnost (účinnost) produktu je nutriční odpověď specifického nutrientu/produktu v závislosti na dávce. Je ústředním bodem pro výběr vhodného PND nebo přípravku sondové výživy:

- Potřeba/důvod pro selektivní nutriční profil, např. peptidové formule a přípravky specifické pro nemoc.<sup>48</sup>
- Začlenění vlákniny do „standardních“ výživ.
- Ideální poměr energie/dusík – a pro které pacienty?

Z toho všeho je třeba vytvořit pečlivý přehled v kontextu publikovaných klinických studií a hlášení, místních klinických zkušeností a porozumění potřebám současného pacienta stejně tak jako předpokládanému vývoji služeb.

## Efektivnost produktu (effectiveness)

Efektivnost produktu je poskytování klinicky relevantních přípravků způsobem, který bude optimalizovat příjem a compliance (ochotu spolupracovat) a tudíž i výsledný stav. Efektivnost je měřítkem výsledného stavu, což může být korelováno s ekonomickými vklady v kontextu farmako-ekonomických šetření. V úvahu se má vzít sortiment přípravků (velikost balení, příchuti, koncentrace, apod.) chuť, požadavky na vybavení, které jsou s tím spojeny, a bezpečnost. Je také důležité identifikovat individuální nutriční cíle, čímž mohou být zdůvodněny nezbytné ad hoc nákupy od jiných dodavatelů.

## Efektivita produktu (efficiency)

Efektivita produktu se vztahuje k dostupnosti a kvalitě produktu během užívání. Může to být spojeno se smluvními ustanoveními a zárukou kvality. Pořízení a zásobování sondovou výživou a vybavením je komplexní časově náročný úkol, který je organizován různými způsoby v rámci Evropy. Jsou dostupné určité návody, které mohou pomoci v identifikaci mnoha bodů či kroků, jež mají být zváženy.<sup>49</sup> Zejména to zahrnuje klíčové osoby, které mají být zapojeny do specifikace kontraktu, a také identifikaci jednotlivých položek, které mají být zvažovány k začlenění do specifikace kontraktu.

## Spolupráce mnoha oborů

Mezioborová spolupráce je základem a týmová spolupráce je stejně důležitá na všech úrovních pacientovy cesty (Obr. 3). Ačkoli je dnes koncept klinických týmů nutriční podpory (nutriční tým, NT) jasně uznáván, ještě vždy v praxi neexistují. V podstatě jsou klíčovými rolami:

- Lékař/chirurg: Diagnostika a klinický management základní choroby včetně zodpovědnosti za začlenění vhodné nutriční podpory.
- Sestra: Péče o pacienta vztahující se k zamýšlené nutriční podpoře.
- Nutriční terapeut: Hodnocení nutričních nároků a nalezení vhodných způsobů výživy.
- Farmaceut: Poskytování vhodných formulí pro výživu a informací o nich, o správném nakládání s nimi, včetně souběžného podávání léků.

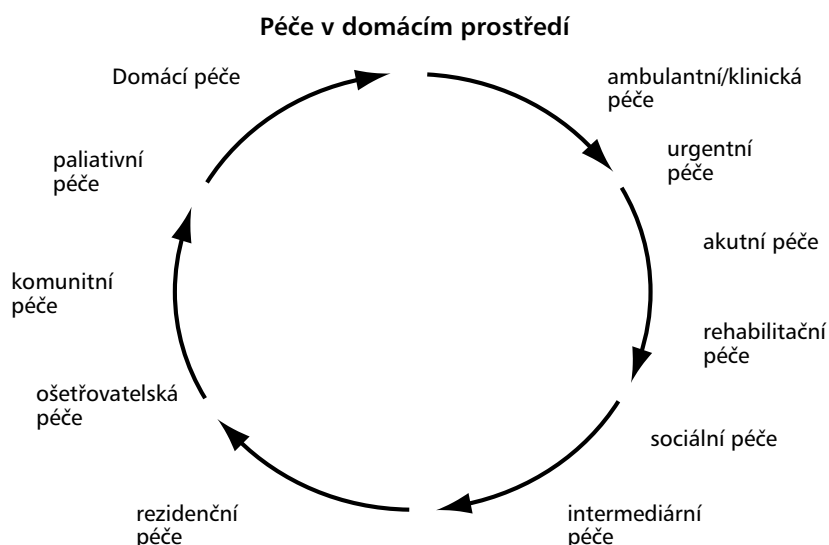
Potřeba pokračujícího monitorování a hodnocení je spojena s každou z těchto rolí. Dále závisí úspěšná organizace nutriční péče značně na ostatních klíčových profesionálech, kteří nemusí být členy NT. Může se jednat o manažera stravovacího provozu, reprezentanta managementu nemocnice, zásobování a financí

(Obr. 4). Způsob, jakým každé odvětví přispívá, bude různé podle stupně specifické expertízy, místních koncepcí a postupů. Selhání v konzultaci nebo začlenění těchto klíčových hráčů může způsobit zbytečné potíže. Další komplikace, kterým se lze vyhnout, se mohou objevit, pokud nejsou role, zodpovědnost a individuální programy jasně vymezeny.

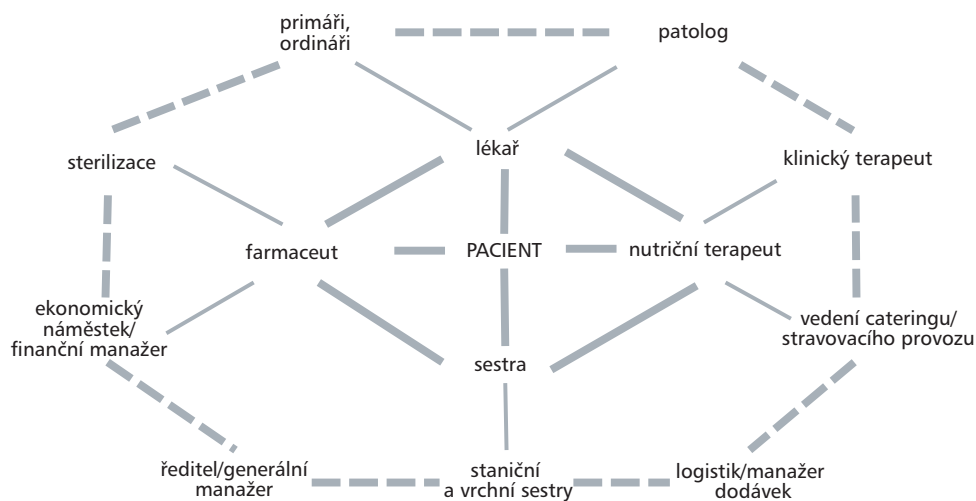
Přenesení konceptů do reality se nestane náhodně a vývoj efektivní týmové práce stojí čas a úsilí.<sup>50-52</sup> Úspěšný tým může být charakterizován svým/svou:

- Přístupem zaměřeným na pacienta.
- Závkem k nutriční podpoře při použití postupů založených na důkazech
- Konzistencí postupů založených na dobře propracovaných procesech a protokolech.
- Pozorností k zaznamenávání a monitorování pokroků a výsledného stavu.

- Komunikací, která je spojená, jasná a jednoznačná, zaznamenávaná v určitých intervalech, kompletní a konstruktivní (vit níže).
- Schopností maximalizovat individuální vlastnosti každého člena týmu, čímž umožní dosáhnout cíle týmu.
- Přístupem ke spolupráci na všech úrovních, počínaje jednotlivými pracovníky na odděleních až po spojení s ostatními klinickými týmy.
- Kreativitou v poskytování služeb, které jsou flexibilní a reagují jak na klinické tak na organizační změny. Toho se dosáhne kontinuálním monitoringem a přehledem způsobů poskytování služby v kontextu požadavků, které jsou na ni kladeny.
- Společnou a vzájemně akceptovanou/odsouhlasenou kulturou pro hlášení vedlejších příhod /chyb, aby se optimalizovala bezpečnost a efektivnost nutriční podpory.



**Obr. 3** Organizace pacientovy cesty enterální výživou.



**Obr. 4** Kdo řídí cestu pacienta enterální výživou?

## Komunikace

Komunikace musí být v centru poskytování péče jednoduše proto, že je tolik lidí zapojeno do možná velmi komplexního procesu. Pacienti (společně se svými příbuznými/pečovateli) se mohou pohybovat řetězcem nutričních intervencí poskytovaných na různých odděleních, které jsou řízeny různými klinickými týmy, než jsou propuštěni zpět do komunity. Mohou se objevit dohady, slovní doporučení mohou být zapomenuta nebo špatně interpretována a chyby se mohou stát na jakékoli úrovni pacientovy cesty. Předepsaná nutriční podpora je integrální součástí klinické péče a každá intervence musí být dokumentována a monitorována tak pečlivě jako ordinace léků nebo klinické výkony. To je zvláště důležité, je-li více než jeden zdravotník schopen předepisovat nutriční podporu jednotlivým pacientům. Pokaždé, když dojde ke změně poskytovatele péče, je nutno zpětně zjistit původní úmysl/předpis s následným porozuměním předepsané nutriční podpoře. Zvládnutí těchto rizik je velmi prosté, ale často je přehlíženo:

- Ujistí se, že víš, jaká je tvoje zodpovědnost s ohledem na psanou a slovní komunikaci.
- Nikdy se nespolehej jen na slovní zprávu když:
  - je navrhována změna nutriční léčby nebo péče
  - musí být sděleny důležité nutriční informace o pacientovi např. příjem nutrientů/energie
  - jsou zapojena další oddělení nebo agentury.
- Napiš všechny instrukce na vhodné odsouhlasené místo, kde budou přečteny osobou, které náleží.
- Zapoj pacienta do organizace jeho nutriční péče, kdykoli je to možné, poskytnutím adekvátní informace a vysvětlení.
- Ujistí se, že kontakty na tebe jsou známy pro případ dotazů a že tvůj podpis je čitelný.
- Zajisti, aby nebyly shromažďovány zbytečné informace a aby každý věděl, jak zapisovat údaje, o nichž je domluveno, že jsou zásadní.
- Pamatuj, že klinická dokumentace je právní dokument a „co není zapsáno, to se nestalo.“

Klinická dokumentace o enterální výživě (EV) může být často zjednodušena pomocí několika dobře zpracovaných formulářů. Musí se to však monitorovat, aby se zajistilo, že plány nutriční péče jsou prováděny a že se v nich pokračuje.

Komunikace mezi jednotlivci má být také jasná a konsistentní. Napomoci je tomu možno dodržováním určitých domluvených základních pravidel.<sup>53</sup>

## Organizace a logistika

Zdá se, že pacienti zřídka zůstávají na jednom místě z různých dobrých důvodů. Kontinuita péče se často bere automaticky, ale zajistit to může být extrémně

obtížné. Dalším aspektem poskytování nutriční podpory, která je často přehlížena (dokud není příliš pozdě), je potřeba mít správné dodávky na správném místě ve správný čas. To zahrnuje mnoho organizační činnosti, která musí být prováděna pravidelně, a zahrnuje aspekty jako přiměřené objednávací mechanismy, rotaci zásob a způsoby, jak získat pomoc a podporu v případě, že se vyskytnou problémy. Má-li být pacient propuštěn do komunitní péče s domácí enterální výživou (DEV), pak musí proces plánování začít, jakmile je to známo. Velmi pomůže psaný protokol nebo seznam. Důležitost efektivní oboustranné komunikace je opět velmi zdůrazňována, neboť se pacient pohybuje mezi různými poskytovateli péče. Zkušenosti ukázaly, že zajištění koordinátora je neocenitelné pro usnadnění tohoto komplexního programu. Jiným důležitým bodem je pamatovat na to, že pacientův stav je třeba pravidelně znovu hodnotit, zda je enterální výživa stále nutná. K zajištění hladkého přechodu na nový způsob nutriční podpory a monitorování jsou nezbytná značná organizační opatření. Pravidelný audit těchto procesů je velmi užitečný, k ošetření toho, aby všechny problematické oblasti byly v pravidelných intervalech označeny a řešeny.

## Finanční management

Nutriční podpora zahrnuje poskytování:

- Esenciálních živin k pokrytí základních požadavků těla
- Nutričních komponent s biochemickými a farmakologickými vlastnostmi, které modifikují tělesné poruchy a/nebo funkce.

Nutriční podpora pak tvoří důležitou součást klinické péče a léčby.

EV znamená spektrum intervencí a generuje mnoho různých výdajů, které mohou být účtovány mnoha způsoby. Systémy v různých zemích se značně liší. Normální nemocniční strava například může být počítána do stravovacího rozpočtu, zatímco PND a sondová výživa mohou být připsány buď lékárenskému nebo stravovacímu rozpočtu. Vybavení pro sondovou výživu (včetně enterálních pump) se někdy účtují jednotlivým stanicím nebo klinickým oddělením, ale mohou být také placeny odděleními servisními, podobně jako je to u sterilizačních služeb nebo lékařského inženýrství. V některých případech mohou být úplné nutriční služby poskytovány jednou nebo více externími agenturami/smluvními partnery. Čím více kroků je v procesu, tím je větší pravděpodobnost, že něco může jít (a asi půjde) špatně. Pokud jsou zde dále komplexní finanční ujednání, úsporná opatření vedoucí k dohodám o levnějším nákupu se nemusejí zrealizovat. Úspěšná nutriční služba pak bude muset mít transparentní a jednoduchý systém financování, který bude

snadno monitorovatelný a který bude flexibilní k měnícím se potřebám. Navíc náklady musí být vyrovnány s celosvětově dostupnými výsledky nutričních procesů a léčby, tj. cost benefits (náklady/výnosy). Podpora informovaného účetního může být neocenitelná, zvláště má-li být pacient propuštěn domů s výživovým režimem. Evropská smluvní ujednání mohou situaci dále komplikovat, pokud celková hodnota kontraktu překročí definovanou hodnotu, porada experta je zásadní, má-li být dosaženo co nejlepším způsobem potřeb pacienta.

Informace o aktivitách, stejně jako o nákladech (a přístup do dobrých informačních systémů) je základem k uvážlivému finančnímu managementu, a to je často opomíjeno. Každý servis by měl být schopen označit klíčové výdaje v několika skupinách, např.: vybavení (odděleně pumpy od materiálu k podávání, jako jsou sondy, a od pomocného materiálu, jako jsou stříkačky) a přípravky. Mnoho center bude také zajímat, jaké jsou relativní výdaje za děti a za dospělé a/nebo porovnání nákladů různých specialit. Je zde mnoho jiných takových proměnných. Navíc být schopen „stopovat“ pacienty je užitečná dovednost, takže komplikace a opakovaná přijetí do nemocnice se mohou začlenit do dlouhodobějších nákladů, stejně tak poskytnutí náhledu do současných trendů, které by mohly předpovídat budoucí změny v poskytování služby. Monitorování bude usnadněno, pokud by logistika poskytování nutriční podpory mohla být individualizována (na pacienta) a formálně zapsána/registrována určitým členem NT, obvykle farmaceutem nebo nutričním terapeutem.

Závěrečným bodem dokumentace, který by neměl být přehlédnut, je potřeba vyplňování národních databází. Některé již existují, například britská The British Artificial Nutrition Survey<sup>54</sup> prokázala už svou cenu určením trendů v EV, které na druhou stranu informují o budoucím vývoji služby a potenciální potřebě prostředků, které k tomu mají být vyčleněny. Pokud by bylo možno se shodnout na národní úrovni na takovém vývoji, potom management na lokální úrovni bude velmi zjednodušen, je však nutno se vždy vyhnout duplikovanému zavádění dat. Proces systematického porovnávání (bench-marking) také umožní hodnocení kvality a efektivitu nákladů místních služeb.

## Vzdělávání

Lékaři a sestry stejně jako ostatní zdravotnický personál mají být v klinické výživě kontinuálně vzděláváni.

Rezoluce Evropského výboru<sup>31</sup> obsahuje několik doporučení v tomto ohledu, včetně potřeby pregraduálních i postgraduálních programů. Dále je zdůrazněna důležitost vzdělávání nezdravotníků, například vedoucích stravovacích provozů, nutričních asistentů a personálu na odděleních, který se podílí na podávání stravy.

## Výcvik

Mají-li pacienti mít důvěru k systému, který je podporuje, je základem jednotná a bezpečná praxe. To znamená, že s místní úrovní praktik enterální výživy musí být obeznámen nejen veškerý personál nemocnice, ale také ~~to~~ ji musí znát pracovníci komunitních služeb, kteří se o pacienty starají po jejich propuštění z nemocnice. Výcvikové protokoly pro sondovou výživu mají obsahovat následující body jako minimum:

- Používání vybavení včetně enterálních pump a bezpečnosti výživy.
- Bezpečné zacházení s vybavením.
- Jak získat dodávky a jak s nimi bezpečně zacházet.
- Jak rozeznat a řešit komplikace sondové výživy.
- Koho kontaktovat v případě problémů (s kontaktním telefonním číslem).
- Základní ošetrovatelská péče, například výměna obvazu u pacienta s gastrotomií.
- Seznam umožňující organizovat a řídit domácí nutriční program, bezpečně a úspěšně podávání.

Posledním bodem, který je třeba mít na mysli, je to, že ačkoliv je pacient klinicky stabilní při propuštění, v praktické DEV/DPV musí být předpisy vytvořené v nemocnici často změněny, aby odpovídaly pacientovu životnímu stylu a zajistily compliance.

## Souhrn

Nutriční péče je základním komponentem klinické léčby a péče. Optimalizace kvality života současně s dosažením individuálních nutričních potřeb musí být cílem pro pacienty dostávající jakoukoli formu nutriční péče. Toho může být dosaženo pouze používáním nejlepších praktik<sup>55</sup> a zavedením integrovaného mezioborového přístupu k enterální výživě během pacientovy cesty.<sup>56</sup> Nutriční intervence bude úspěšnější, pokud bude i management nemocnice/zdravotní péče zapojen do vývoje takové strategie a bude se moci po dílet na jejím vlastnictví.

## Literatura

- Bistrian BR, Blackburn GL, Vitale J, Cochran D, Naylor J. Prevalence of malnutrition in general medical patients. *JAMA* 1976;235(15):1567-70.
- Hill GL, Pickford I, Young GA, et al. Malnutrition in surgical patients: an unrecognised problem. *Lancet* 1977; 689-92.
- McWhirter JP, Pennington CR. Incidence and recognition of malnutrition in hospital. *Brit Med J* 1994;308:945-8.
- Schwartz DB, Gudzin D. Preadmission nutrition screening: expanding hospital nutrition services by implementing earlier nutrition intervention. *J Am Diet Assoc* 2000; 100:81-7.
- Lennard-Jones JE, Arrowsmith H, Davison C, Denham AF, Micklewright A. Screening by nurses and junior doctors to detect malnutrition when patients are first admitted to hospital. *Clin Nutr* 1995;14:336-40.
- Reilly HM, Martineau JK, Moran A, Kennedy H. Nutritional screening-evaluation and implementation of a simple nutrition risk score. *Clin Nutr* 1995;14:269-73.
- Kovacevich DS, Boney AR, Braunschweig CL, Perez A, Stevens M. Nutrition risk classification: a reproducible and valid tool for nurses. *Nutr Clin Pract* 1997;12:20-5.
- Malnutrition universal screening tool (MUST). British Association for Parenteral and Enteral Nutrition 2003. [www.bapen.org.uk](http://www.bapen.org.uk).
- The MUST explanatory booklet: a guide to the malnutrition universal screening tool (MUST) for adults. British Association for Parenteral and Enteral Nutrition 2003. [www.bapen.org.uk](http://www.bapen.org.uk).
- Elia M. The MUST report-Nutritional screening of adults: a multi-disciplinary responsibility. British Association for Parenteral and Enteral Nutrition 2003. [www.bapen.org.uk](http://www.bapen.org.uk).
- Kondrup J, Rasmussen HH, Hamberg O, Stanga Z. An ad hoc ESPEN Working Group Nutritional Risk Screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. *Clin Nutr* 2003;22(3):321-36.
- Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN guidelines for nutritional screening 2002. *Clin Nutr* 2003; 22(4):415-21.
- Kruizenga HM, Seidell JC, de Vet HCW, Wiersman NJ, van Bokhorst-de van der Schueren MAE. Development and validation of a hospital screening tool for malnutrition: the short nutritional assessment questionnaire. (SNAQ) *Clin Nutr* 2005;24:75-82.
- Jones JM. The methodology of nutritional screening and assessment tools. *J Hum Nutr Diet* 2002;15:59-71.
- Naber THJ, Schermer T, de Bree A, et al. Prevalence of malnutrition in non surgical hospitalised patients and its association with disease complications. *Am J Clin Nutr* 1997;66:1232-9.
- Corish CA, Kennedy NP. Protein energy undernutrition in hospital inpatients. *B J Nutr* 2000;83:575-9.
- Kelly IE, Tessier A, Cahill SE, et al. Still hungry in hospital: identifying malnutrition in acute hospital admissions. *Q J Med* 2000;93:93-8.
- Rasmussen HH, Kondrup J, Staun M, Ladefoged K, Kristensen H, Wengler A. Prevalence of patients at nutritional risk in Danish hospitals. *Clin Nutr* 2004;23:1009-15.
- Planas M, Audivert S, Peñerz-Portabella C, et al. Nutritional status among adult patients admitted to a university-affiliated hospital in Spain at the time of genome. *Clin Nutr* 2004;23:1016-24.
- Lennard-Jones JE, editor. A positive approach to nutrition as treatment. London: Kings Fund Centre; 1992. [www.bapen.org.uk](http://www.bapen.org.uk). P. Howard et al. 194
- Olin AO, Osterberg P, Ha'dell K, Armyr I, Jernström S, Ljungqvist O. Energy-enriched hospital food to improve energy intake in elderly patients. *J Parent Ent Nutr* 1996;20:93-7.
- Allison SP, editor. Hospital food as treatment. British Association for Parenteral and Enteral Nutrition 1999. [www.bapen.org.uk](http://www.bapen.org.uk).
- Gall MJ, Grimble GK, Reeve NJ, Thomas SJ. Effects of providing fortified meals and between-meal snacks on energy and protein intake of hospital patients. *Clin Nutr* 1998; 17:259-64.
- Kondrup J, Johansen N, Plum LP. Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals. *Clin Nutr* 2002;21(6):461-8.
- Barton AD, Beigg CL, Macdonald IA, Allison SP. A recipe for improving food intakes in elderly hospitalised patients. *Clin Nutr* 2000;19:451-4.
- Odlund Olin A, Armyr I, Soop M, et al. Energy-dense meals improve energy intake in elderly residents in a nursing home. *Clin Nutr* 2003;22:125-31.
- Department of Health. Essence of Care. Department of Health 2001. [www.dh.gov.uk/publications](http://www.dh.gov.uk/publications).
- Food, fluids and nutritional care. NHS Quality Improvement Scotland 2003.
- The NHS plan. Department of Health 2000. [www.dh.gov.uk/publications](http://www.dh.gov.uk/publications).
- Food and nutrition for sick individuals in hospitals and community care. National food Administration, Sweden 2003.
- Resolution ResAP (2003) on food and nutritional care in hospitals. Council of Europe Committee of Ministers 2003. <http://wcm.coe.int/rsi/CM/index.jsp>.
- Allison SP. Malnutrition, disease and outcome. *Nutrition* 2000;16:590-3.
- Correlá MITD, Waitzberg D. The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. *Clin Nutr* 2003;22(3):235-9.
- Pichard C, Kyle UG, Morabia A, Perrier A, Vermulen B, Unger P. Nutritional assessment: lean body mass depletion at hospital admission is associated with an increased length of stay. *Am J Clin Nutr* 2004;79:613-8.
- Kyle U, Pirllich M, Lochs H, Shuetz T, Pichard C. Increased length of hospital stay in undernourished and overweight hospital patients at hospital admission: a controlled population study. *Clin Nutr* 2005;24:133-42.
- Donelan A. Dietitians and Caterers: an uncertain but critical relationship. *Nutr Food Sci* 2000;30(3):123-7.
- Schneider PJ, Bothe A, Bisognago M. Improving the nutrition support process: ensuring that more patients receive optimal nutrition support. *J Parenter Enteral Nutr* 1999;14(6):221-6.
- Stephen AD, Beigg CL, Elliot ET, Macdonald IA, Allison SP. A recipe for improving the nutritional intake in elderly hospital patients. *Proc Nutr Soc* 1997;57:89A.
- Dupertuis YM, Kossovsky MP, Kyle UG, Raguso CA, Genton L, Pichard C. Food intake in 1707 hospitalised patients: a prospective comprehensive hospital survey. *Clin Nutr* 2003;22(2):115-23.
- Ljungqvist O. Nutritional care in hospitals. *Clin Nutr* 2002; 21(6):449.
- Allison SP. Hospital food as treatment. *Clin Nutr* 2003; 22(2):113-4.
- Hayward J. Ward nutrition co-ordinators to improve patient nutrition in hospital. *Brit J Nurs* 2003;12(18): 1081-9.
- Elmstahl S, Blabolil V, Fex G, Kuller R, Steen B. Hospital nutrition in geriatric long-term care medicine. Effects of a changed meal environment. *Compr Gerontol* 1987; A1:29-33.
- Mathey MF, Vanneste VG, de Graaf C, De Groot LC, van Staveren WA. Health effect of improved meal ambience in a Dutch nursing home: a 1-year intervention study. *Prev Med* 2001;32:416-23.
- Sidenvall B, Fjellström C, Ek AC. Ritualized practices among caregivers at meals in geriatric care. *Scand J Caring Sci* 1996;10:53-61.
- Howard P, Bowen N. The challenges of innovation in the organisation of home enteral tube feeding. *J Hum Nutr Diet* 2001;14:3-11.
- Department of Health UK. Creating a patient-led NHS. Department of Health 2005. [www.dh.gov.uk/publications](http://www.dh.gov.uk/publications).
- Strickland A, Brogan A, Krauss J, Martindale R, Cresci G. Is the use of specialised nutritional formulations a cost effective strategy? A national database evaluation. *J Parent Ent Nutr* 2005;29:581-9.
- Enteral feeds and associated products: procurement guidance for the purchase of enteral feeds and associated products. NHS Purchasing and Supplies Agency; Reading, UK 2002. [www.pasa.gov.uk](http://www.pasa.gov.uk).
- Howard P. Organisational aspects of starting and running an effective nutritional service. *Clin Nutr* 2001;20(4):367-74.
- Webster J. Team working: understanding multi-professional working. *Nursing Older People* 2002;14(3):14-9.
- Barr O. Interdisciplinary teamwork: consideration of the challenges. *Brit J Nurs* 1997;6(17):1005-10.
- O'Grady T. Five rule of engagement for multidisciplinary teams. *ASPEN's Advisor for Nurse Executives* 1995; 10(12):8.
- Glencorse C, Meadows N, Holden C., editors. Trends in artificial nutrition support in the UK between 1996 and 2002. British Association for Parenteral and Enteral Nutrition 2003. [www.bapen.org.uk](http://www.bapen.org.uk).
- NHS National Institute for Health and Clinical Excellence. Nutrition Support in Adults: Oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition. National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006. [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk).
- Pennington CR. Nutritional management: when and how should we become involved. *Clin Nutr* 2002;21(3):191-4.