

# NUTRITION

N

ROČNÍK 5

E

ČÍSLO 2

W

DECEMBER 2021

S

KOMUNIKÁCIA  
S ONKOLOGICKÝM  
PACIENTOM

12 str.

VYBRANÉ PRÁVNE  
OTÁZKY PRESKRIPCIE  
ENTERÁLNEJ VÝŽIVY

16 str.





# Nutrition News

Editoriál Júlia Slezáková .....	4
Nemocnica v Rimavskej Sobote sa ako prvá na Slovensku zúčastnila na celosvetovej iniciatíve Nutrition Day Júlia Slezáková, Richard Hrubý .....	5
Komunikácia s onkologickým pacientom Lucia Vasilková .....	12
Vybrané právne otázky preskripcie enterálnej výživy Ivan Humeník, Lenka Kavarníková .....	16

## | Tiráž

Vydavateľ: We Make Media Slovakia s.r.o. | IČO: 47 943 661

Adresa: Bárdošova 2/A, 831 01 Bratislava, Slovenská republika | Konateľka: MUDr. Ivana Kaderková

Tel.: +421 948 422 117 | E-mail: info@wemakemedia.sk | www.wemakemedia.sk | Elektronická verzia dostupná na: www.worldmednet.sk

Členovia redakčnej rady: MUDr. Jana Haščíková, MUDr. Juraj Krivuš, doc. MUDr. Lubomír Marko, PhD., MUDr. Zuzana Pribulová, MUDr. Tomáš Šálek, MUDr. Andrea Škripeková, PhD., MUDr. Miroslav Tomáš, PhD. | Zodpovedná redaktorka: Veronika Lazarová, vlazarova@wemakemedia.sk

Jazyková redaktorka: Mgr. Anetta Letková | Zlom a grafická úprava: We Make Media Slovakia s.r.o.

Akékoľvek kopírovanie a šírenie celého obsahu alebo časti tohto časopisu, či už v tlačenej, alebo elektronickej podobe, je bez výslovného súhlasu vydavateľa prísne zakázané. Vydavateľ nepreberá zodpovednosť za údaje či názory autorov jednotlivých článkov a obsah inzerátov.

Vychádza 2× ročne | 5. ročník | ISSN (tlačné vydanie): 2585-7711/ISSN (online vydanie): 2644-7002

Registované pod evidenčným číslom MK SR EV 5562/17

**Nutrition**  
**NEWS**



## Vážení čitatelia,

dovoľte mi predstaviť vám najnovšie číslo Nutrition News, ktoré sa naplnilo rôznorodými témami so spoločným centrom záujmu – klinickou výživou.

Vo Všeobecnej nemocnici v Rimavskej Sobote sa na klinickú výživu zamerali z viacerých pohľadov. Ako prvá a zatiaľ jediná nemocnica na Slovensku sa zúčastnila na celosvetovom audite Nutrition Day, ktorého cieľom je zlepšiť bezpečnosť pacientov a kvalitu starostlivosti zvyšovaním povedomia a úrovne vedomostí o podvýžive súvisiacej s chorobou. Absolvovaním auditu môžu zdravotnícke zariadenia získať celé spektrum ukazovateľov na posúdenie podvýživy súvisiacej s hospitalizáciou a v konečnom dôsledku na jej minimalizáciu. Rimavskosobotské oddelenia OAIM, vnútorného lekárstva, chirurgie, onkológie, dlhodobých chorých, neurológie a psychiatrie vyhodnotili postupy diagnostiky nutričného stavu a liečby malnutricie a preskúmali charakteristiky hospitalizovaných pacientov. Svoje závery prezentujú v porovnaní s celosvetovými údajmi.

Prítomnosť závažnej choroby a všetko, čo s ňou súvisí, sa odráža nielen v psychike chorého, ale i v psychike jeho najbližších. Komunikačné postupy majú nepochybne pozitívny vplyv na zvýšenú schopnosť pacientov vyrovnávať sa s nádorovou chorobou, viac dôverovať ošetrovateľskému personálu, akceptovať náročnú terapiu a redukovať emocionálny stres a psychosociálnu záťaž. Príspevok od pani doktorky Vasilkovej z Národného onkologického ústavu v Bratislave rozoberá možnosti interpersonálnej komunikácie ako súčasť podpornej liečby v onkológii.

Núdzový stav si vyžiadala viaceré obmeny v predpisovaní liečiv, zdravotníckych pomôcok a výrazne podporil možnosti telemedicíny. Predpisovanie enterálnej výživy je stále podmienené potvrdením rizika vzniku alebo už prítomnej podvýživy, vypísaním protokolu iniciálnej indikácie ambulantnej enterálnej výživy, pravidelnými kontrolami



Júlia Slezáková

efektivity liečby a vedením presnej zdravotnej dokumentácie. V právnej poradni sa od odborníkov dozvieme, ako sa zmenili podmienky predpisovania diietických potravín a enterálnej výživy a podrobnosti o dodržiavaní indikačných a preskripčných obmedzení a o možných sankciách.

Časopisu Nutrition News prajem neutíchajúci entuziazmus v prinášaní nových článkov, štúdií, poznatkov, výskumov týkajúcich sa výživy a vám, jeho čitateľom, nech je každé číslo inšpiráciou vo vašej práci aj v novom roku 2022.

### MUDr. Júlia Slezáková

Oddelenie vnútorného lekárstva, Oddelenie radiačnej a klinickej onkológie, Centrum pre domácu parenterálnu výživu, Všeobecná nemocnica Rimavská Sobota, Svet zdravia, a.s.

E-mail: [julia.slezakova@svetzdravia.com](mailto:julia.slezakova@svetzdravia.com)

# Nemocnica v Rimavskej Sobote sa ako prvá na Slovensku zúčastnila na celosvetovej iniciatíve Nutrition Day

## The general hospital in Rimavská Sobota was the first in Slovakia to participate in the Nutrition Day worldwide initiative

| Júlia Slezáková, Richard Hrubý

Oddelenie vnútorného lekárstva, Oddelenie radiačnej a klinickej onkológie, Centrum pre domácu parenterálnu výživu, Všeobecná nemocnica Rimavská Sobota, Svet zdravia, a.s.

### SÚHRN

Nutrition Day (nDay) je celosvetová iniciatíva zameraná na boj proti podvýžive v zdravotníckych zariadeniach. V konkrétny deň každý rok majú nemocničné oddelenia a opatrovatelské ústavy na celom svete možnosť zúčastniť sa na jednodňovom prierezovom audite, ktorý hodnotí stav výživy hospitalizovaných pacientov. Všeobecná nemocnica Rimavská Sobota sa ako prvá nemocnica na Slovensku zapojila do iniciatívy nDay, ktorý sa konal v roku 2019. Všetky participujúce oddelenia nemocnice splnili požiadavky a získali certifikát, ktorý potvrdzuje, že prispeli informáciami na udržanie a zlepšenie kvality nutričnej starostlivosti v nemocniciach po celom svete. Opakovaná účasť na audite nDay predstavuje jedinečnú príležitosť monitorovať a porovnávať výživovú starostlivosť inštitúcií na medzinárodnej úrovni a zvyšovať povedomie o podvýžive súvisiacej s chorobou, bezpečnosť a kvalitu zdravotnej starostlivosti.

**Kľúčové slová:** iniciatíva Nutrition Day, malnutrícia spojená s chorobou

### SUMMARY

Nutrition Day (nDay) is a worldwide initiative to fight malnutrition in health care institutions. On a specific day every year hospital wards and nursing homes around the world have the opportunity to participate in a one-day cross-

sectional audit, which evaluates the nutritional status of hospitalized patients. General Hospital Rimavská Sobota became the first hospital in Slovakia to join the nDay initiative in 2019. All participating wards fulfilled criteria to obtain a certificate confirming that they contributed information to maintain and improve the quality of nutritional care in hospitals around the world. The annual nDay check constitutes a unique chance to monitor and compare the institutions' nutrition care on an international level and to raise awareness of disease-related malnutrition, safety and quality of the health care.

**Key words:** Nutrition Day initiative, disease related malnutrition.

### Iniciatíva Nutrition Day

Nutrition Day (nDay) je celosvetová iniciatíva zameraná na boj proti podvýžive v zdravotníckych zariadeniach. Každý rok v konkrétny deň sa môžu nemocničné oddelenia a opatrovatelské ústavy na celom svete prihlásiť do jednodňového prierezového auditu. Zhromažďujú sa v ňom anonymizované údaje o stave výživy hospitalizovaných pacientov, odovzdávajú a vyhodnocujú sa v databáze nDay. Reporty z auditu sú dostupné každému oddeleniu na vlastné využitie pri nutričnej starostlivosti a zvyšovanie povedomia o podvýžive súvisiacej s chorobou. Účasť na audite nDay predstavuje jedinečnú príležitosť monitorovať

a porovnávať výživovú starostlivosť inštitúcií na národnej a medzinárodnej úrovni.(1)

Naša nemocnica využila túto možnosť a ako prvá na Slovensku sa zúčastnila 7. 11. 2019 na nDay audite. Všetky participujúce oddelenia a nemocnica ako taká splnili požiadavky a získali certifikát, ktorý potvrdzuje, že prispeli informáciami na udržanie a zlepšenie kvality nutričnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach po celom svete (obrázok č. 1). Naším cieľom bolo účasťou v tomto programe zvyšovať povedomie o podvýžive súvisiacej s chorobou, a tým zvyšovať bezpečnosť a kvalitu zdravotnej starostlivosti.

Obrázok č. 1: Certifikát nDay pre Všeobecnú nemocnicu v Rimavskej Sobote



Zdroj: archív autorky

Nutrition Day vo Všeobecnej nemocnici Rimavská Sobota Audit vykonávali v stanovený deň (7. 11. 2019) zamestnanci jednotlivých oddelení pod vedením člena nutričného tímu a hlavného nemocničného koordinátora. Pri prvom zapojení sa do celosvetovej iniciatívy nDay Všeobecná nemocnica Rimavská Sobota zaradila do auditu 174 pacientov zo štandardných oddelení a 21 pacientov z oddelenia anesteziológie a intenzívnej medicíny. Zúčastnili sa na ňom hospitalizovaní dospelí pacienti, ktorí poskytli informovaný súhlas so zaradením do auditu (tabuľka č. 1).

Dotazník vyplňaný personálom a následne aj pacientom sledoval viaceré položky, z ktorých výsledky nás informovali o:

- charakteristike nemocnice, počte lôžok, personáli, nutričných stratégiách v nemocnici,
- počte hospitalizovaných pacientov, participujúcich pa-

Tabuľka č. 1: Pacienti zaradení do nDay

Oddelenie	Počet pacientov s informovaným súhlasom (z celkového počtu hospitalizovaných)
Odd. vnútorného lekárstva	35 (49)
Neurológia	30 (31)
Chirurgia	31 (66)
Oddelenie dlhodobochorých	24 (25)
Psychiatria	35 (58)
Onkológia	19 (19)
OAIM	21

Zdroj: archív autorky

cientov, veku, pohlaví, hmotnosti, výšky, indexe telesnej hmotnosti (BMI),

- diagnóze, ktorá spôsobila prijatie pacienta do nemocnice, ostatných komorbidítach, terminálnom stave choroby, predchádzajúcich operačných výkonoch, pobyte na jednotke intenzívnej starostlivosti,
- počte užívaných liekov, príjme tekutín, type stravy, typoch žilových a gastrointestinálnych prístupov,
- o tom, aké úkony boli realizované v deň prijatia a v ďalšom priebehu hospitalizácie s cieľom zhodnotenia výživy,
- stave výživy v deň auditu z pohľadu viacerých položiek, hodnotených personálom aj pacientom,
- tom, ako hodnotil svoj zdravotný stav pacient v porovnaní s dňom prijatia do nemocnice,
- po 30 dňoch od auditu sa hodnotilo, či je pacient naďalej v nemocnici, v inom zdravotníckom zariadení, na oddelení dlhodobochorých, prepustený do ambulantnej starostlivosti, alebo znova hospitalizovaný, či už plánovane, neplánovane, pre tú istú chorobu, prípadne či umrel.

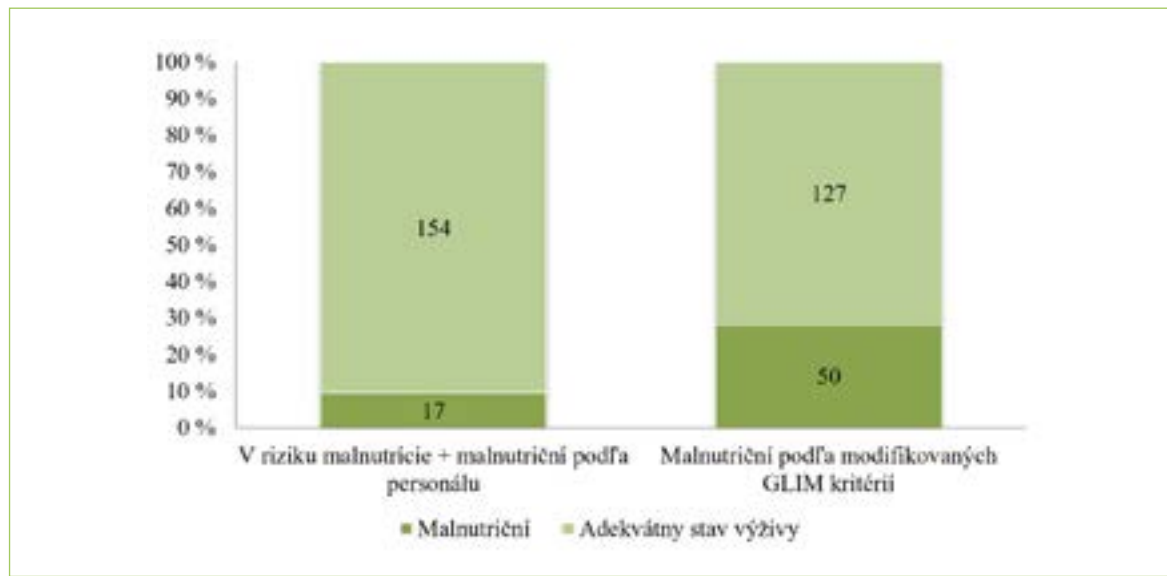
Za každé oddelenie boli z dotazníkov vytvorené tabuľky a graficky spracované reporty. Výsledky nášho pracoviska (VN RS) sa porovnávali s celkovými výsledkami nDay zo všetkých participujúcich krajín za posledné 3 roky (v tabuľkách uvedené ako „referenčná skupina“).

#### Všeobecné údaje zistené pri audite nDay

Do auditu sme zaradili 174 pacientov s priemerným vekom 66 (55 – 77) rokov. Ženy tvorili 58,6%. Základný problém odhalený pomocou nDay auditu je nedostatočne rozpoznaná malnutícia. Počet malnutričných pacientov iden-



Graf č. 1: Malnutriční pacienti identifikovaní personálom a GLIM kritériami



Zdroj: archív autorok

tifikovaných personálom predstavoval menej ako 10%, ale až 28% podľa definície modifikovaných kritérií GLIM (Global Leadership Initiative on Malnutrition) (graf č. 1). Za dôvod nedostatočného rozpoznania pacientov s neadekvátnou výživou sme považovali sarkopenickú obezitu a vysoké priemerné BMI pacientov, ktoré v našej skupine dosiahlo až  $27,1 \pm 6$ . Na porovnanie, v referenčnej skupine nDay mali pacienti BMI  $25,5 \pm 5,9$  (tabuľka č. 2).

Tabuľka č. 2: Základná charakteristika pacientov

	VN RS	Referenčná skupina
Počet	174	27 195
Vek v rokoch	66 (55 – 77)	67 (53 – 78)
Ženy	102 (58,6%)	49,7%
BMI	$27,1 \pm 6$	$25,5 \pm 5,9$

Zdroj: archív autorok

Pacientov zaradených do auditu sme hospitalizovali akútne v 55,7% (N 97), plánovane v 42,5% (N 74) prípadov a u 3 pacientov sme údaj neuviedli. Najčastejšími diagnózami, ktoré spôsobili hospitalizáciu, boli problémy s kostrovo-svalovou sústavou, poruchami hybnosti v 39,1% (N 68) prípadov, choroby kardiovaskulárneho systému v 36,8% (N 64), psychiatrické problémy v 28,7%, neurologické, endokrinné, nutričné a metabolické choroby, ochorenia tráviaceho traktu a malignity (tabuľka č. 3).

Tabuľka č. 3: Diagnózy pri prijatí v sledovanom súbore a referenčnej skupine

DG pri prijatí (choroby)	VN RS	Referenčná skupina
Infekčné	13 (7,5%)	9%
Nádorové	32 (18,4%)	17,9%
Hematologické	15 (8,6%)	6,3%
Endokrin., nutričné, metabol.	44 (25,3%)	12%
Psychiatrické	50 (28,7%)	4,5%
Neurologické	36 (26,4%)	9,2%
Oftalmologické	2 (1,1%)	1,2%
Kardiovaskulárne	64 (36,8%)	20,7%
Respiračné	30 (17,2%)	15,5%
Gastrointestinálne	33 (19,9%)	25,2%
Dermatologické	13 (7,5%)	4,6%
Muskuloskeletálne	68 (39,1%)	15,6%
Genitourinárne	16 (9,2%)	10,3%
Šestonedelie	1 (0,57%)	0,13%
Abnorm. lab. parametre	4 (2,3%)	4,9%
Úraz, otrava	6 (3,47%)	2,7%

Zdroj: archív autorok

Pred dňom auditu podstúpilo 10,3% (N 18) pacientov plánovaný a 9,2% (N 16) akútny operačný výkon. Operáciu plánovalo v najbližších dňoch absolvovať 7,4% (N 13) pacientov. Pobytu na štandardnom oddelení predchádzala hospitalizácia na oddelení intenzívnej medicíny v 4% (N 7) prípadov. Z celkového počtu 174 pacientov bolo terminálne chorých 3,4% (N 6).

Nutričný príjem sme zabezpečovali pacientom viacerými spôsobmi. Najčastejšie išlo o bežnú nemocničnú stravu (82,8 %). Orálne nutričné suplementy a enterálnu výživu dostávalo 13,8% pacientov, parenterálnu výživu 1,7% pacientov. V porovnaní s referenčnou skupinou je pomer nutričnej podpory nízky. Oproti tomu je množstvo pacientov bez nutričného príjmu výrazne nižšie (tabuľka č. 4).

Tabuľka č. 4: Nutričný príjem

Nutričný príjem	VN RS	Referenčná skupina
Bežná nemocničná strava	144 (82,8%)	58,1%
Obohatená nemocničná strava	2 (1,1%)	11,5%
Orálne nutričné suplementy	7 (4%)	14,8%
Enterálna výživa	17 (9,8%)	4,8%
Parenterálna výživa	3 (1,7%)	4,7%
Špeciálna diéta	38 (21,8%)	32,5%
Žiadny	3 (1,7%)	4,7%

Zdroj: archív autorky

V deň auditu pacienti hodnotili svoj zdravotný stav v porovnaní s dňom prijatia do nemocnice. V 60,9% (N 106) prípadov uviedli zlepšenie pocitu zdravia, v 7,5% zhoršenie, v 25,3% prípadov opísali svoj zdravotný stav ako rovnaký. V termíne auditu bol pacient priemerne hospitalizovaný jedenásť dní (tabuľka č. 5).

Tabuľka č. 5: Hodnotenie zdravotného stavu pacientom

Zdravotný stav subjektívne	VN RS	Referenčná skupina
Zlepšený	106 (60,9%)	47,2%
Zhoršený	13 (7,5%)	5,3%
Rovnaký	44 (25,3%)	25,9%
Pacient bol dnes prijatý	11 (6,3%)	6,2%
Neviem	-	9,8%
<b>Hospitalizačný deň</b>	<b>11 (7 – 25)</b>	<b>12 (6 – 23)</b>

Zdroj: archív autorky

Po 30 dňoch sme kontrolovali, či pacienti pokračovali v nejakej forme ústavnej starostlivosti. Stále v nemocnici sa nachádzalo 5,2% (N 9) pacientov. Do inej nemocnice sme preložili 0,57% (N 1) pacientov, na oddelenia dlhodobo chorých 3,4% (N 6) pacientov. Do ambulancie starostlivosti sme prepustili 84,5% (N 147) pacientov. Zomrelo 4,6% (N 8) pacientov. V priebehu 30 dní sme 8% (N 13) pacientov rehospitalizovali, neplánovane však len 3,7% (N 6) (tabuľka č. 6).

Tabuľka č. 6: Výsledný stav po 30 dňoch od auditu

Výsledný stav	VN RS	Referenčná skupina
Stále v nemocnici	9 (5,2%)	9,6%
Preložení do inej nemocnice	1 (0,57%)	2,1%
Preložení na OLDCH	6 (3,4%)	4,1%
Rehabilitačné oddelenie	-	4,5%
Prepustení domov	147 (84,5%)	74,1%
Exitus	8 (4,6%)	3,1%
<b>Rehospitalizácia do 30 dní</b>		
Nie	144 (88,9%)	75,8%
Áno, rovnaká nemocnica plánovane	7 (4,3%)	6,9%
Áno, rovnaká nemocnica akútne	6 (3,7%)	6,1%
Chýbajúce	1 (0,62%)	6,7%

Zdroj: archív autorky

### Vyhodnotenie onkologických pacientov

Osobitne boli vyhodnotené údaje o 31 onkologických pacientoch, z toho 19 hospitalizovaných na onkologickom oddelení, 12 na oddelení vnútorného lekárstva a oddelení dlhodobo chorých. Onkologickí pacienti s priemerným vekom 69 rokov mali BMI  $25,1 \pm 7,1$  (tabuľka č. 7). Onkologická terapia s kuratívnym cieľom tvorila skupinu 51,6% (N 16) prípadov, s paliatívnym 32,3% (N 10). V terminálnom štádiu choroby sa nachádzalo 6,45% (N 2) pacientov (tabuľka č. 8).

Išlo o rakovinu orofaryngu 26,3% (N 5), gynekologickú 21,1% (N 4), prsnej žľazy 15,8% (N 3), hrubého čreva 10,5%, pažeráka/žalúdka 10,5%, pľúc 10,5% (á N 2) a semenníkov 5,26% (N 1). Medzi štádiami vo viac ako v polovici prípadov (51,6%, N 16) prevládalo metastatické štádium choroby (tabuľka č. 9).



Tabulka č. 7: Základná charakteristika onkologických pacientov

	Onkologickí pacienti	Referenčná skupina
Počet pacientov	31	3 278
Vek	69 (29 – 94)	64 (18 – 102)
Ženy	19 (61,3%)	43,8%
BMI	25,1 ± 7,1	23,9 ± 4,9

Zdroj: archív autorok

Tabulka č. 9: Štádium rakoviny

Štádium rakoviny	Onkologickí pacienti	Referenčná skupina
0 – Carcinoma in situ	-	4,64%
I – Lokalizované	6 (19,4%)	20%
II – Skoré lokalizované, pokročilé	3 (9,68%)	17,8%
III – Neskoré lokalizované, pokročilé	3 (9,68%)	16%
IV – Metastázujúce	16 (51,6%)	11,3%
Chýbajúci údaj	3 (9,68%)	11,3%

Zdroj: archív autorok

Nutričnú starostlivosť onkologických pacientov sme obohatovali najčastejšie (31,56%, N 6) orálnymi nutričnými suplementmi, parenterálnu výživu dostával 1 pacient (tabulka č. 10).

### Vyhodnotenie pacientov z oddelenia anestéziológie a intenzívnej medicíny

Audit na oddelení anestéziológie a intenzívnej medicíny sa podľa odporúčaní nDay realizoval vo viacerých dňoch. V priebehu sledovaných dní sme zaradili do súboru 21 pacientov s priemerným vekom 67 rokov, BMI 25 ± 6. SOFA skóre (Sequential Organ Failure Assessment), ktoré sa používa na určenie orgánových funkcií a miery ich zlyhania, dosiahlo hodnotu 4 ± 4. SAPS 2 skóre (Simplified Acute Physiology Score 2) určujúce závažnosť klinického stavu bolo 48 ± 13, SAPS 3 predikujúce mortalitu malo hodnotu 43 ± 24. Uvedené skórovacie nástroje ohodnotili významnú závažnosť klinického stavu, podobnú s referenčnými údajmi (tabulka č. 11). Od umelej pľúcnej ventilácie záviselo 76,2% (N 16) pacientov. Najčastejšie dôvody prijatia na OAIM predstavovali kardiálne a pľúcne komorbidity (tabulka č. 12). Zo súboru 21 pacientov zomrelo v priebehu predĺženého sledovaného obdobia 76,2% (N 16) pacientov.

Tabulka č. 8: Cieľ onkologickej liečby

Cieľ terapie	Onkologickí pacienti	Referenčná skupina
Kuratívny	16 (51,6%)	59,8%
Paliatívny	10 (32,2%)	33,3%
Terminálny stav	2 (6,45%)	4,67%
Chýbajúci údaj	3 (9,68%)	2,29%

Zdroj: archív autorok

Tabulka č. 10: Nutričná starostlivosť o onkologických pacientov

Nutričná starostlivosť	Onkologickí pacienti	Referenčná skupina
Bežná nemocničná strava	19 (79%)	40,5%
Individualizovaný diétny plán	1 (5,26%)	29,7%
Orálne nutričné suplementy	6 (31,56%)	19%
Enterálna výživa	-	5,61%
Parenterálna výživa	1 (5,26%)	9,52%
Iné	1 (5,26%)	4,03%

Zdroj: archív autorok

Tabulka č. 11: Základná charakteristika pacientov OAIM

	OAIM	Referenčná skupina
Počet pacientov	21	3 561
Vek	67 (20 – 87)	65 (18 – 111)
Ženy	12 (57,1%)	38,9%
BMI	25 ± 6	26 ± 6
Závažnosť klinického stavu	OAIM	Referenčná skupina
SOFA	4 ± 4	5 ± 4
SAPS 2	48 ± 13	41 ± 83
SAPS 3 – predikcia mortality	43 ± 24	32 ± 28
Dĺžka hospitalizácie	OAIM	Referenčná skupina
Na OAIM	7 (3 – 46)	10 (1 – 151)
Celkovo v nemocnici	9 (4 – 46)	21 (1 – 243)

Zdroj: archív autorok

Tabuľka č. 12: Dôvod hospitalizácie na OAIM

Dôvod pre OAIM (choroby)	OAIM	Referenčná skupina
Abdominálne	1 (0,48 %)	18,1 %
Kardiálne	8 (38,1 %)	23,6 %
Neurologické	5 (23,8 %)	15,8 %
Pneumologické	6 (28,6 %)	24,8 %
Iné	2 (0,95 %)	17,8 %

Zdroj: archív autorok

Pacientov sme živili v 81 % enterálnou cestou. Najčastejším dôvodom, pre ktorý sme nemohli podávať stravu perorálne, bola sedácia pacienta a nemožnosť prehĺtať (tabuľka č. 13). Priemerný kalorický príjem na deň dosahoval  $581 \pm 277$  kcal. Súvisí to s krátkym obdobím od začatia enterálnej výživy, v priemere 2 dni, a teda od postupného zvyšovania kalorického príjmu pacientov v akútnom stave (tabuľka č. 14).(2)

Tabuľka č. 13: Nutričná starostlivosť pacientov na OAIM

Nutričná starostlivosť	OAIM	Referenčná skupina
Orálne	3 (14,3 %)	40,6 %
Enterálne	17 (81 %)	37,9 %
Parenterálne	1 (0,48 %)	20,9 %
<b>Per os strava nemožná pre:</b>	<b>OAIM</b>	<b>Referenčná skupina</b>
Pacient je sedovaný	7 (43,8 %)	36,6 %
Nesmie jesť	2 (12,5 %)	42,1 %
Nie je možné prehĺtať	8 (50 %)	25,8 %
Recentne aspiroval	2 (12,5 %)	2,58 %
Iné	2 (0,95 %)	17,8 %

Zdroj: archív autorok

Tabuľka č. 14: Kalorický príjem OAIM

Kalorický príjem	OAIM	Referenčná skupina
Enterálne	$581 \pm 277$	$1\ 218 \pm 634$
Parenterálne	2 000 (N1)	$1\ 137 \pm 612$
Trvanie EV v dňoch	2 (1 – 10)	6 (1 – 120)
Deň začatia EV	0 (0 – 2)	1 (0 – 97)
Trvanie PV v dňoch	2 (1 – 3)	4 (1 – 110)
Deň začatia PV	1 (1 – 7)	2 (0 – 108)

Zdroj: archív autorok

## Diskusia

Podvýživa je nezávislým rizikovým faktorom vyššej chorobnosti, dlhšieho pobytu v nemocnici, vyššej miery rehospitalizácií, oneskoreného zotavenia sa, komplikácií, nižšej kvality života, ako aj vyšších nemocničných nákladov a vyššej úmrtnosti.(3) Relatívne riziko vzniku komplikácií u malnutričného pacienta je 1,60, relatívne riziko mortality dokonca až 2,6. Hospitalizácia malnutričného pacienta sa priemerne predlžuje takmer na 2-násobok, čo všetko vplýva na zvýšenie finančných nákladov na viac ako 300 %.(4)

Komplexné štúdie o stave malnutricie hospitalizovaných pacientov na Slovensku chýbajú. Čiastkové údaje sú k dispozícii z multicentrickej štúdie publikovanej v roku 2013 z piatich nemocníc. Nutričné tímy hodnotili vstupný nutričný stav prijatých. Vyhodnotili 6 610 pacientov a identifikovali vývoj malnutricie s prevalenciou 16,51 % (od 11,63 do 21,47 %). Podľa závažnosti malnutricie i ochorenia posudzovali výšku rizika negatívneho vplyvu na priebeh hospitalizácie. U pacientov s vysokým a so stredným rizikom hodnotili ordinovanú nutričnú liečbu. Z nich menej ako polovica dostávala podpornú alebo kompletnú enterálnu alebo parenterálnu výživu. Touto štúdiou chceli autori poukázať na potrebu nutričného skríningu pacientov pri prijatí pacienta do nemocnice a následné poskytnutie nutričnej podpory ako štandardného postupu.(5)

Celosvetová iniciatíva Nutrition Day stavia na podobnom základe – identifikovať a liečiť malnutričných pacientov alebo osoby v riziku vzniku malnutricie. Podľa odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o organizácii klinickej výživy sa v zariadeniach ústavnej zdravotnej starostlivosti poskytuje diferencovaná nutričná starostlivosť, prispôbená nutričnému stavu a nutričným potrebám, morfológickému a funkčnému stavu tráviaceho traktu a veku pacienta. S cieľom jednotného, odborne kompetentného a ekonomicky racionálneho používania jednotlivých typov klinickej výživy sa zriaďujú vo fakultných nemocniciach a v špecializovaných nemocniciach nutričné tímy, ktoré vedie lekár menovaný riaditeľom nemocnice.(6) Napriek tomu, že odborné usmernenie neukladá našej nemocnici povinnosť zriadiť nutričný tím, pred zapojením sa do iniciatívy nDay sme založili v nemocnici nutričný tím. Spolupracuje v ňom lekár a sestra z každého oddelenia nemocnice. Na začiatok našej práce sme chceli zistiť, aký

je stav nutričnej starostlivosti v našej nemocnici. Následne bolo našim cieľom stanoviť si návrhy, ako zlepšiť stav výživy hospitalizovaných pacientov, častejšie počas hospitalizácie monitorovať stav výživy, neodkladať nutričnú intervenciu a skoro začínať nutričnú podporu, prípadne enterálnu sondovú výživu. V prípade nemožnosti alebo nedostatočnej enterálnej výživy skoro pristupovať k parenterálnej výžive. Ďalším našim cieľom je v dohľadnom čase opakovať audit Nutrition Day v našej nemocnici, čím by sme si overili efektívnosť našich intervencií v praxi.

### Záver

Vyhodnotenie auditu Nutrition Day, na ktorom sa Všeobecná nemocnica v Rimavskej Sobote zúčastnila ako prvá na Slovensku, ukázalo mnohé špecifiká o stave výživy hospitalizovaných pacientov. Vo viacerých údajoch sme sa s referenčnými výsledkami značne zhodli, v niektorých ďalších parametroch je priestor na zlepšenie, minimálne však na adekvátne doplnenie údajov. Opakovaným absolvovaním nDay chceme podporovať víziu celosvetovej iniciatívy v boji proti podvýžive asociovanej s chorobou a významný vplyv by malo aj zapojenie viacerých slovenských nemocníc.

Korešpondujúca autorka:

MUDr. Júlia Slezáková

Oddelenie vnútorného lekárstva, Oddelenie radiačnej a klinickej onkológie, Centrum pre domácu parenterálnu výživu, Všeobecná nemocnica Rimavská Sobota, Svet zdravia, a.s.

E-mail: [julia.slezakova@svetzdravia.com](mailto:julia.slezakova@svetzdravia.com)

### LITERATÚRA

1. Nutrition Day worldwide.  
Dostupné na <https://www.nutritionday.org/en/about-nday/index.html>.
2. Slovakia National report nDay. Dostupné na [https://www.nutritionday.org/cms/upload/pdf/6\\_about\\_nutritionDay/6.9.1.national\\_report\\_2019/SK\\_country\\_Report\\_onco\\_2019\\_en.pdf](https://www.nutritionday.org/cms/upload/pdf/6_about_nutritionDay/6.9.1.national_report_2019/SK_country_Report_onco_2019_en.pdf).
3. STRATTON, R. J., GREEN, C. J., ELIA, M.: Disease-related malnutrition: an evidence-based approach to treatment. CAB International 2003, 823 s.
4. CORREIA, M. I., WAITZBERG, D. L.: The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. Clin Nutr. 2003;22(3):s. 235 – 239.
5. KISSOVÁ, V., PALKO, M., POPÁLENÁ, J., et.al.: Nutričný rizikový skrining (NRS) – výsledky multicentrickej štúdie. Gastroenterológia pre prax, Téma čísla: Klinická výživa pre prax 12/2013, s. 7 – 12.
6. 1/2009 Vestník MZ SR. Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorým sa mení a dopĺňa odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 13168/2006 – OZS organizácie klinickej výživy. Dostupné na [https://www.health.gov.sk/Zdroje?Sources/dokumenty/vestniky\\_mz\\_sr/2009/vestnik01\\_03\\_2009.pdf](https://www.health.gov.sk/Zdroje?Sources/dokumenty/vestniky_mz_sr/2009/vestnik01_03_2009.pdf)

PREDPLAŤTE SI ČASOPIS



## Nutrition News

Na stránkach časopisu Nutrition News nájdete novinky, odborné články i kazuistiky z oblasti klinickej výživy.

Časopis vychádza 2× ročne.

Objednávky na:

We Make Media Slovakia s. r. o., Bárdošova 2/A, 831 01 Bratislava,  
Tel.: +421 948 462 929, E-mail: [info@wemakemedia.sk](mailto:info@wemakemedia.sk)

Elektronická verzia dostupná na: [www.worldmednet.sk](http://www.worldmednet.sk)

Predplatné celkovo 4 čísel je 14 eur vrátane DPH a poštovného.

# Komunikácia s onkologickým pacientom

† Lucia Vasilková

Ambulancia klinickej psychológie I, Národný onkologický ústav, Bratislava

## Abstrakt

Komunikácia s onkologickým pacientom vyžaduje od zdravotníka, aby upokojil pred začiatkom rozhovoru v prvom rade sám seba a upravil svoje psychické tempo na podobné tempo pacienta. Cieľom rozhovorov totiž nie je len oznamovanie informácií, ale rovnako aj znižovanie strachu a úzkosti, ktoré informácie vyvolávajú. Potvrdenie onkologickej diagnózy je veľkou psychickou záťažou pre každého jedinca. V súčasnosti už vieme, že onkologické ochorenia patria medzi ochorenia s najväčšou psychickou záťažou, preto je dôležité dbať na to, ako lekár oznámi úvodné informácie. Práve úvodným rozhovorom sa začína obdobie, keď sa pacientovi výrazne zmení kvalita života na dlhší čas alebo natrvalo.

**Kľúčové slová:** komunikácia, (ne)iatrogenizácia, vzťah pacient – lekár, nádej

Po oznámení onkologickej diagnózy dochádza u ľudí k šoku. Objaví sa množstvo pocitov a emócií, ako je napríklad smútok, hnev, bezmocnosť, neistota, strach z neznáma, liečby, bolesti a utrpenia a v neposlednom rade strach zo smrti a zomierania, ktoré v sebe nesú veľký potenciál pre vznik anxiózneho ladenia. Pacienti sú po oznámení diagnózy často neschopní sústrediť sa na ďalšie informácie, často dôjde až k tzv. myšlienkovej paralýze. Pacienti sú schopní si z úvodného rozhovoru zapamätať asi len jednu tretinu informácií, preto je vhodné, aby k úvodnému rozhovoru bol prizvaný aj blízky človek pacienta.(2, 3) Pri komunikácii s pacientmi je dôležité uvedomiť si, že do rozhovoru vstupujú aj iné faktory, ktoré ovplyvňujú pacientove reakcie. Patria sem napríklad osobnostné črty (nízka sebaúcta, neprispôbitosť, úzkostnosť), psychiatrická anamnéza, abúzus drog, alkoholu, biologické faktory (cerebrálne tumory, metastázy v CNS, infekcie, hepatálne zlyhávanie, nežiaduce účinky liekov a i.), tiež nedostatok alebo chýbajúca podpora rodiny alebo iné životné udalosti, ktoré priamo nesúvisia s rakovinou (napríklad

nedávne úmrtie blízkeho človeka, strata zamestnania, rozvod, ochorenie dieťaťa, existenciálne problémy a i.).

Dôležitou súčasťou liečebného procesu je vzťah medzi lekárom a pacientom, ktorý zároveň ovplyvňuje aj priebeh a výsledok samotnej liečby a pacientovo spracovanie negatívnych informácií týkajúcich sa jeho zdravia a prognózy. Schopnosť lekára komunikovať s pacientom aj o nepriaznivých aspektoch liečby, ktorá minimalizuje iatrogenizáciu, je založená najmä na ľudských kvalitách (empatia a prirodzená autorita) a na komunikačných zručnostiach. Pacient by mal byť vždy pravdivo informovaný o svojom zdravotnom stave a liečbe, ktorú podstupuje. Pravdivo však neznamená necitlivo a neempaticky. Spôsob podania informácií by mal byť primeraný mentálnemu, telesnému a emočnému stavu pacienta. Je dôležité nepoužívať cudzie slová alebo latinské výrazy, vyhýbať sa odbornému slovníku, neoznamovať informácie, keď pacient plače, má bolesti alebo je zjavné, že nevníma. Výsledky mnohých štúdií ukázali, že pacienti si želajú úprimné a empatické oznámenie pravdy.(1 – 9) (tabuľka č. 1)

Tabuľka č. 1

94 % onkochirurgických pacientov chcelo byť informovaných o spôsobe, možnostiach a dôsledkoch liečby

85 % vyžadovalo informácie o rizikách liečby, operácie, spôsobe uskutočnenia a oznámenie výsledkov

100 % žiadalo ústne informovanie, NIE letáky

73 % vyžadovalo informácie kvôli zabezpečeniu rodinných a súkromných vecí

67 % vyžadovalo súkromie pri rozhovore s lekárom  
33 % pacientov by vyžadovalo pri rozhovore blízkeho príbuzného

91 % malo strach a depresiu z neznámeho prostredia a operácie (Jandík, 2005)

Zdroj: archív autorky

Tabuľka č. 2

Ako môžeme vhodne reagovať na najčastejšie reakcie pacientov	
Reakcia pacienta	Intervencia lekára
ŠOK – pacient je zahltený emóciami, nie je schopný robiť rozhodnutia	Nechajte niekoľko minút na prejavenie emócií, vhodné je použiť empatickú reakciu, napríklad: „Chápem, že som vás touto informáciou zaskočil/a.“
POPRETIE – pacient je presvedčený, že to nie je pravda, že sa stala chyba...	Akceptujte pacientove ťažkosti, nesnažte sa ho presvedčať a doprajte mu čas. Popretie sa časom oslabí a nastúpia zrelšie obranné mechanizmy.
PLAČ A SLZY – často prejav bolesti, strachu, smútku...	Pokúste sa identifikovať emóciu, ktorá je za slzami, a empaticky na ňu reagovať, napríklad: „Mohol/-la by som vedieť, čo vás rozplakalo?“ Alebo: „Úplne rozumiem vášmu plaču a je to v poriadku.“ Alebo: „Chápem, že táto situácia je ťažká. Teraz budeme robiť všetko pre to, aby sme zlepšili váš zdravotný stav.“
HNEV – onkologickí pacienti sa často môžu hnevať – na chorobu, stratu kontroly, bezmocnosť, Boha, rodinu či na lekárov... Hnev však býva veľmi často spojený so strachom.	Nikdy neberte hnev pacientov osobne. Je vhodné občas sa skúsiť pozrieť na danú situáciu z ich pohľadu. Ako by som sa cítil/a ja v tejto situácii? Skúste nereagovať spätne hnevom. Zostaňte pokojný/-á. „Chápem, že ste nahnevaný/-á. Aj ja by som bol/a na vašom mieste.“
STRACH – môže byť viazaný ku konkrétnemu objektu, situácii alebo je difúzný, tzv. anxieta	Snažte sa identifikovať príčinu strachu. Neuistujte pacienta, že sa nemá čoho báť. Dovoľte mu cítiť to, čo cíti. Ponúknite informácie, ktoré by mohli redukovať strach a anxiету, napríklad: „Chápem, že sa bojíte. Pred operáciou je to úplne prirodzené. Môžem vám teraz povedať k operácii viac, aby ste boli pokojnejší.“ Alebo: „Rozumiem, že máte strach zo zavedenia kavalu, väčšina našich pacientov sa bojí, lebo to ešte nezažili. Vysvetlím vám, ako to prebieha.“

Zdroj: archív autorok

### Pravda alebo falošná nádej?

Často diskutovanou a zároveň citlivou témou je, či a do akej miery povedať pacientovi pravdu, alebo mu dávať „falošnú nádej“, prípadne klamať. Niektorí lekári majú obavy, že negatívnymi informáciami by mohli zhoršiť psychický stav pacienta. Rovnako aj rodina zvykne občas poprosiť lekárov, aby nepovedali chorému celú pravdu, pretože sa obávajú jeho reakcie. Lekár aj rodina sa snažia s dobrým úmyslom ochrániť pacienta od sklamaní, bolesti a bezmocnosti. Zachovanie nádeje je síce pre každého pacienta dôležité, avšak neznamená to, že ho budeme zavádzať alebo udržiavať v mylnej predstave. Pacienti vo väčšine prípadov vycítia, že sa niečo zmenilo, či už je to spôsobené zhoršením somatického stavu, alebo tým, ako sa zmenila verbálna a neverbálna komunikácia s nimi. Práve takéto situácie zhoršujú pacientom psychický stav, pretože vedú k väčšej úzkosti. Pre mnohých pacientov je predstava, že im lekár zatajuje dôležité informácie, znepokojujúca, a oberá ich tak o dôveru nielen v lekára, ale aj v liečbu, preto je dôležité informovať pacienta o zdravotnom stave citlivo a pravdivo (tabuľka č. 2). To však neznamená, že musíme všetko povedať pri jednom stretnutí. Niektorým pacientom pomáha postupné „dávkovanie“ informácií.(1, 2, 3, 7)

### Ako (ne)oznamovať?

Vzhľadom na to, že od kvality komunikácie sa odvíja aj kvalita života pacientov a kvalita spolupráce, čoraz častejšie sa objavujú nielen výskumy s touto problematikou, ale aj odporúčania na vhodnú komunikáciu.(1 – 10)

1. Onkologická diagnóza by mala byť ako prvému oznámená pacientovi. Vždy pamätajte, že povedané neznameňaná počuté a porozumené neznamená pochopené, preto si v priebehu rozhovoru overujte kontrolnými otázkami, ako vám pacient rozumie, napríklad: „Môžete mi, prosím, povedať, ako rozumiete tomu, čo som vám povedal/a?“ Pred oznámením negatívnej správy je vhodné pacienta pripraviť, aby sa aktivovali jeho obranné mechanizmy a nezaškočili sme ho, napríklad: „Pani Anxiózná, obávam sa, že nemám pre vás dobrú správu.“

2. Informácie o diagnóze, progresii, vyčerpaných možnostiach liečby a i. podáva vždy lekár. Je vhodné podávať informácie o chorobe a liečbe opakovane, nestačí jednorazový rozhovor. Pacienti si totiž z prvého rozhovoru pamätajú len málo. Je dobré napísať im podstatné informácie na papier alebo do správy.

3. Rozhovor musí vždy prebehnúť v čo najtichšom prostredí, bez prítomnosti cudzích osôb. Je nevhodné oznamovať diagnózu alebo informácie napríklad o progresii ochorenia telefonicky, e-mailom alebo inou formou nepersonálnej komunikácie.

4. Lekár je povinný informovať pacienta o ochorení, možnostiach liečby a o všetkých nálezochoch, ktoré sú v danom čase k dispozícii. Zásadou je nezverejňovať svoje dojmy alebo predpoklady, ak ochorenie nie je verifikované.

5. Pri rozhovore s pacientom, ktorého vidíte prvýkrát, je vhodné pred oznámením informácií zistiť, čo už pacient vie o svojej chorobe a liečbe, napríklad: „Čo vám už povedali o vašej chorobe?“ Alebo: „Skúste mi, prosím, v skratke povedať, ako rozumiete svojej chorobe a čo sa s vami deje.“ Alebo: „Čo by ste chceli ešte vedieť o vašej chorobe, prípadne liečbe.“

6. S podstatou choroby, vyšetovacími a terapeutickými postupmi oboznámete pacienta ešte pred začiatkom liečby. Je nutné vysvetliť pacientom aj najčastejšie nežiaduce účinky a riziká. Nikdy nepredpokladajte, že pacient ich už pozná.

7. Zdôrazňujte možnosti liečby, ale nesľubujte vyliečenie.

8. Informácie o prognóze z hľadiska času prežitia podávajúte uvážlivo. Ani v situáciách, keď poznáte medián prežitia pacientov, nemôžete vedieť, ako bude ochorenie prebiehať

u konkrétneho pacienta. Vyvarujte sa oznamovaniu konkrétnych časových údajov, dátumov, skôr načrtnite určitý časový rámec (týždne, mesiace, roky). Zdôraznite odchýlky oboma smermi od obvyklého priebehu, napríklad: „Pani Anxiózna, naozaj vám neviem odpovedať na vašu otázku, pretože každý pacient je iný a reaguje na liečbu inak. Sú pacienti, ktorí sa dožijú viac ako polroka, a sú pacienti, ktorí sa dožijú menej ako polroka. Je to veľmi individuálne.“

9. V prípade pokročilého ochorenia nesmie byť pacientovi vzatá nádej na zlepšenie, respektíve stabilizovanie zdravotného stavu. Je vhodné zdôrazňovať pacientovi iné, pozitívne alternatívy, akými sú suportívna či paliatívna liečba, liečba bolesti, možnosti stabilizácie ochorenia a i. Zachovanie nádeje je pre každého pacienta dôležité, avšak to neznamená, že ho budeme udržiavať v klamlivej predstave.

10. Pacienti môžu byť často zdržanliví a nehovoria s lekárom o svojom psychickom prežívaní, preto je vhodné pri manažmente psychosociálneho distresu komunikovať aj s psychológmi a so psychiatrami. Indikácie k psychologickej a psychiatrickej intervencii uverejňujem v tabuľke č. 3.

**Záver**

Medzilidská komunikácia je náročná v každom okamihu, no v momente oznamovania takých negatívnych informácií, ako je onkologické ochorenie, progresia a vyčerpané možnosti liečby, sa komunikácia stáva jedným z najťaž-

Tabuľka č. 3

Indikácie psychologickej a psychiatrickej intervencie(10)	
Pacient trpel psychickými ťažkosťami pred onkologickým ochorením (ochorenie a následná liečba môžu viesť k dekompenzácií stavu)	Ak je pacient psychiatricky liečený a svojvoľne prerušil liečbu
Pretrváva neprimerane smutný, úzkostný alebo depresívny stav, pocity beznádeje a bezmocnosti, lakrimozita či časté striedanie nálad	Pri strate záujmu o aktivity a činnosti, objavila sa hypohedónia, anhedónia, izolácia od okolia
Pacient trpí dlhodobou alebo neprimerane veľkou únavou	Zhoršili sa kognitívne funkcie – najmä pamäť a pozornosť
Pri hyposomnii, insomnii, desivých snoch, nočných morách	Pri zmenách chuti do jedla, respiračných, kardiovaskulárnych, GIT ťažkostiach, ktoré <b>NEMAJÚ</b> somatogénny podklad
Pri suicidálnych myšlienkach	Pri pocitoch insuficiencie, menejcennosti, sebaobviňovaní
Pacient hľadá úľavu v alkohole alebo iných drogách	
Indikácia výlučne psychiatrickej intervencie	
Pri delirantných stavoch a zmenených stavoch vedomia, pri ťažkých organických poruchách	Pri hlbokoj depresii, pri pokuse o suicídium (akútne), pri psychózach

Zdroj: archív autorky



ších okamihov práce. Pacientovi sa v danom okamihu mení celý život, vnímanie seba a sveta, preto je povinnosťou lekára primeraným spôsobom informovať pacienta, avšak pacient sám môže určiť rozsah informácií, ktoré chce dostať, a tiež má právo rozhodnúť, či bude o jeho zdravotnom stave informovaná rodina. Oznamovanie citlivých informácií by malo prebehnúť vždy v súkromí. Práve komunikácia s pacientom vytvára dobrý vzťah medzi lekárom a pacientmi, ktorý významne vplýva aj na ich compliance a často aj na zvládnutie nežiaducich účinkov liečby.

PhDr. Vasilková Lucia

Ambulancia klinickej psychológie I,  
Národný onkologický ústav, Bratislava  
E-mail: lucia.vasilkova@nou.sk

#### Literatúra

1. Holland, J., et al.: Psycho-oncology. New-York: Oxford University Press, 1998.
2. Andrášiová, M.: Keď do života vstúpi rakovina. Bratislava: Effectivity, 2009.
3. Andrášiová, M., Bendářík, A.: Budem k Vám úprimný... Bratislava: Slov. onkopsychol. spoloč., 2015.
4. Adam, Z., Klimeš, J. et al.: Maligní onemocnění, psychika a stres. Praha: Grada, 2019.
5. Okamura, H., Uchitomi, Y., Sasako, M. et al.: Guidelines fortelling the truth to cancer patients. In J Clin Oncol 1998; 28(1): 1 – 4.
6. Jandík, P.: Sonda do psychologické situace onkochirurgického pacienta. In. Klinická onkologie. 2005; 18(3): 107 – 109.
7. Gilligan, T. et al.: Patient-clinician communication: American Society of clinical oncology Consensus Guideline. J Clin Oncol. 2017, 35(31): 3618 – 3632.
8. Thomas, T. H. et al.: Communication Differences between Oncologists and Palliative Care Clinicians: A Qualitative Analysis of Early, Integrated Palliative Care in Patients with Advanced Cancer. J Palliat Med. 2019; 22(1): 41 – 49.
9. Vasilková, L.: Psychika je podstatnou pre zvládnutie choroby a liečby. In Bedeker zdravia – Onkológia. 2017. 71 – 72.
10. Vasilková, L., Tisovská, K.: Psychoterapia a psychofarmakoterapia v onkológii. In Onkológia. 2017. 12(1): 1 – 4.

# Vybrané právne otázky preskripcie enterálnej výživy

| Ivan Humeník, Lenka Kavarníková (stav právnej úpravy k 29. 11. 2021)

h&h PARTNERS, advokátska kancelária s.r.o., Košice

## Dietetické potraviny a enterálna výživa

Legálnu definíciu pojmu dietetická potravina môžeme nájsť v zákone č. 363/2011 Z. z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej ako „zákon č. 363/2011 Z. z.“). Tento zákon pod pojmom dietetická potravina rozumie (cit.) „... potravínu indikovanú lekárom, určenú na osobitné výživové alebo medicínske účely, ktorá má špeciálne zloženie, je upravená alebo vytvorená na diétny režim

1. pacientov s obmedzenou, poškodenou alebo narušenou schopnosťou prijímať, stráviť, vstrebávať, metabolizovať alebo vylučovať potraviny na bežnú spotrebu, živiny alebo metabolity vrátane dojčiat a detí alebo
2. pacientov, ktorých iné lekárom stanovené výživové a liečebné potreby nemožno dosiahnuť úpravou prirodzenej stravy“.

Medzi dietetické potraviny zaraďujeme aj potraviny určené na enterálnu výživu. Enterálnu výživu je možné vymedziť ako umelú výživu, ktorá je určená na podanie do tráviaceho systému. Enterálna výživa sa podáva viacerými spôsobmi: sondou, ústami, popíjaním ako doplnok stravy. V rámci enterálnej výživy existujú dve formy: nutričná podpora a plná enterálna výživa. Nutričná podpora slúži ako „prídavok“ k prirodzenej výžive človeka a, naopak, plná výživa je určená na celkovú (nie doplnkovú) výživu.

## Úhrada na základe verejného zdravotného poistenia

Nie všetky dietetické potraviny uhrádzajú zdravotné poisťovne. Kritériom na rozlíšenie, či daná dietetická potravina je/nie je uhrádzaná zo zdrojov verejného zdravotného poistenia, respektíve je len čiastočne uhrádzaná, je **kategorizácia**. Zákon č. 363/2011 Z. z. hovorí, že (cit.) „na základe verejného zdravotného poistenia sa plne alebo čiastočne

uhrádzajú dietetické potraviny poskytované v rámci ambulantnej alebo lekárenskej starostlivosti zaradené v Zozname kategorizovaných dietetických potravín, ktoré sú predpísané a použité v súlade s preskripčnými obmedzeniami, indikačnými obmedzeniami, množstvovými limitmi, finančnými limitmi a obmedzeniami úhrady zdravotnej poisťovne na jej predchádzajúci súhlas uvedenými v tomto zozname“.(1) V zmysle zákona č. 363/2011 Z. z. tiež platí, že (cit.) „na základe verejného zdravotného poistenia sa plne alebo čiastočne uhrádzajú dietetické potraviny predpísané a použité pri indikáciách zodpovedajúcich účelu určenia dietetickej potraviny uvedenému na jej obale“.(2)

Ak daná dietetická potravina zaradená do Zoznamu kategorizovaných dietetických potravín nespĺňa preskripčné alebo indikačné obmedzenie alebo ak je predpísaná nad rámec množstvého či finančného limitu, neznamená to automaticky, že ju zdravotná poisťovňa neuhradí. V takomto prípade úhrada takejto dietetickej potraviny **podlieha súhlasu zo strany zdravotnej poisťovne** podľa § 88 zákona č. 363/2011 Z. z.

Podľa aktuálneho **Zoznamu kategorizovaných dietetických potravín** vydaného Ministerstvom zdravotníctva SR (ďalej ako „Zoznam kategorizovaných dietetických potravín“), konkrétne podľa časti B – indikačné obmedzenia, sa predchádzajúci súhlas zdravotnej poisťovne **nevyžaduje** pri hradenej liečbe pri plnej výžive nazogastrickou sondou alebo perkutánnou endoskopickou alebo chirurgickou gastrostómiou alebo jejunostómiou.

Taktiež platí, že pre deti do veku 18 rokov a 365 dní sa hradená liečba jednotlivými druhmi enterálnej výživy poskytuje bez potreby predchádzajúceho súhlasu zdravotnej poisťovne. Dokonca v danom prípade sa na dietetické potraviny nevzťahuje ani množstvový limit uvedený v Zozname kategorizovaných dietetických potravín pod L7 a L8.

### Predpisovanie dietetických potravín

Tak ako lieky a zdravotnícke pomôcky, aj dietetické potraviny podliehajú prísnyim pravidlám preskripcie, ktoré musí predpisujúci lekár dodržiavať. Pravidlá preskripcie sú uvedené v zákone č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej ako „zákon o liekoch“).

Kompetentným na predpísanie dietetických potravín, a teda aj potravín slúžiacich na enterálnu výživu, je **lekár**, ktorý poskytuje zdravotnú starostlivosť:

- na základe licencie na výkon samostatnej zdravotníckej praxe na inom mieste ako v zdravotníckom zariadení (napríklad v domácom prostredí pacienta),
- v zdravotníckom zariadení na základe povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia (v nemocnici, ambulancii),
- v pracovnoprávnom vzťahu alebo obdobnom pracovnom vzťahu k poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti (napríklad lekár – zamestnanec v nemocnici).(3)

Pandémia priniesla určité novinky aj v pravidlách predpisovania liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín zaradených do kategorizačného zoznamu, a to konkrétne v § 119 ods. 26 a ods. 27 zákona o liekoch. Tento paragraf si určite zapamätajte, pretože hovorí, že počas krízovej situácie vyhlásenej v súvislosti s ohrozením verejného zdravia II. stupňa z dôvodu ochorenia COVID-19 spôsobeným koronavírusom SARS-CoV-2 na území Slovenskej republiky môže dietetické potraviny zaradené do Zoznamu kategorizovaných dietetických potravín v počte balení potrebných na liečbu pacienta v trvaní najviac 90 dní **predpisovať aj sestra**, ak je v pracovnoprávnom vzťahu alebo obdobnom pracovnom vzťahu k poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti a získala vysokoškolské vzdelanie:

- a) prvého stupňa v bakalárskom študijnom programe v študijnom odbore ošetrovateľstvo alebo
- b) druhého stupňa v magisterskom študijnom programe v študijnom odbore ošetrovateľstvo, ak vysokoškolské vzdelanie prvého stupňa bolo získané v študijnom odbore ošetrovateľstvo.

Preskripčné oprávnenie má sestra počas krízovej situácie nielen vo vzťahu k dietetickým potravinám, ale aj vo vzťahu k liekom a zdravotníckym pomôckam (musia byť zaradené do príslušného kategorizačného zoznamu). Pokiaľ chce sestra v praxi toto oprávnenie realizovať, mala by vždy vyhodnocovať, či je predpísanie dietetickej potraviny

vo vzťahu k danému pacientovi postupom *lege artis*, čo v istých situáciách môže byť problematické, pretože komplexné posúdenie tejto otázky môže spadať do odbornej kompetencie lekára.

Tak ako pri liekoch, aj tu predpisuje lekár (počas krízovej situácie aj sestra) dietetickú potravinu na **lekársky predpis**.

### Zmluvný verus nezmluvný lekár

Vo všeobecnosti platí, že dietetickú potravinu, ktorá sa má uhrádzať alebo čiastočne uhrádzať z verejného zdravotného poistenia, má právo predpísať lekár, ktorý má s príslušnou zdravotnou poisťovňou, v ktorej je pacient poistený, uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti alebo ktorý poskytuje zdravotnú starostlivosť v pracovnoprávnom vzťahu k poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, ktorý má uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s príslušnou zdravotnou poisťovňou, v ktorej je pacient poistený(4) (**zmluvný lekár**).

Predpísať dietetickú potravinu uhrádzanú na základe verejného zdravotného poistenia môže aj **nezmluvný lekár**, t. j. lekár, ktorý nemá uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti so zdravotnou poisťovňou, v ktorej je pacient poistený(5), avšak len v prípade poskytovania neodkladnej zdravotnej starostlivosti, pričom túto skutočnosť musí lekár náležite vyznačiť na rubovej (zadnej) strane lekárskeho predpisu poznámkou NEODKLADNÁ ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ.(6) Ak nejde o poskytovanie neodkladnej zdravotnej starostlivosti, nezmluvný lekár je v takomto prípade povinný napísať na rubovú stranu lekárskeho predpisu poznámkou HRADÍ PACIENT A NEZMLUVNÝ LEKÁR.(7)

### Ktoré dietetické potraviny môže predpisovať všeobecný lekár?

Môže vystaviť všetky lekárske predpisy na enterálnu výživu len všeobecný lekár? Nie. Špecializácia lekára oprávneného na predpis konkrétnej dietetickej potraviny určenej na enterálnu výživu závisí od tzv. preskripčného obmedzenia, ktoré je upravené priamo v Zozname kategorizovaných dietetických potravín. Zo Zoznamu kategorizovaných dietetických potravín vyplýva, že všeobecný lekár má kompetenciu predpísať skupiny enterálnej výživy vedené pod č. V06EA (štandardné polymérne diéty) a V06EB (štandardné polymérne diéty pre deti) vrátane ich podskupín. Ostatné skupiny patriace pod enterálnu výživu (t. j. V06EC – oligomérne diéty, V06EE – hepatálne diéty,

V06EF – diabetické diéty, V06EG – renálne diéty, V06EH – diéty pri respiračných ochoreniach, V06EI – imunomodulačné a roborujúce diéty) môže predpísať špecialista uvedený pri danej skupine v Zozname kategorizovaných dietetických potravín.

Všeobecný lekár nemôže „svojuľne“ predpísať dietetickú potravinu, ktorá patrí do kompetencie odborného lekára (špecialistu). Všeobecný lekár pre deti a dorast a všeobecný lekár pre dospelých sú pri predpisovaní dietetických potravín obmedzení – môžu predpísať dietetickú potravinu, ktorá je viazaná na odbornosť lekára (napríklad geriatra, vnútorné lekárstvo, gastroenterológia), **iba na základe písomného odporúčania odborného lekára** (špecialistu). Bez tohto odporúčania predpis takejto dietetickej potraviny nie je možný.

Špecialista v tomto odporúčaní pre všeobecného lekára musí uviesť, **ako dlho** má všeobecný lekár dietetickú potravinu predpisovať, pričom táto **lehota nesmie presiahnuť 12 mesiacov**. Po uplynutí stanoveného času musí pacient znova navštíviť svojho odborného lekára s cieľom opätovného vystavenia písomného odporúčania pre všeobecného lekára. Všeobecný lekár je povinný opäť zaznačiť túto skutočnosť na rubovú stranu lekárskeho predpisu s poznámkou NA ODPORÚČANIE ODBORNÉHO LEKÁRA spolu s označením mena, priezviska a kódu špecialistu, názvu, sídla a kódu poskytovateľa zdravotnej starostlivosti a dátumom lekárskej správy, v ktorej odporúčal predpísanie dietetickej potraviny.(8) Podotýkame, že odporúčanie odborného lekára nemá povahu lekárskeho predpisu. Ide o osobitný druh dokladu, ktorý je podmienkou na to, aby všeobecný lekár mohol následne vydať daný lekársky predpis.

Vyššie spomínaný Zoznam kategorizovaných dietetických potravín stanovuje, aby lekár (či už všeobecný, alebo špecialista) pri predpise enterálnej výživy uviedol na zadnú stranu lekárskeho predpisu formu enterálnej výživy (nutričná podpora alebo plná enterálna výživa) alebo značku množstvomého limitu pre príslušnú formu enterálnej výživy (L7 alebo L8).

Zavedením eZdravia je predpisujúci lekár povinný okrem iného aj pri predpise dietetických potravín **vytvoriť preskripčný záznam** podpísaný elektronickým podpisom v elektronickej zdravotnej knižke.(9) Cieľom eZdravia je zjednodušenie poskytovania informácií medzi zdravotníkmi pracovníkmi, uľahčenie prístupu pacientov

k údajom o ich zdravotnom stave, ako aj obmedzenie a zjednodušenie niektorých administratívnych úkonov. Vo vzťahu k preskripcii by sa klasický „papierový recept“ mal nahradiť elektronickým. Je možné konštatovať, že vo všeobecnosti každé predpísanie lieku, zdravotnickej pomôcky a dietetickej potraviny prebieha elektronicky. Ak však pacient požiadajú o vyhotovenie „papierového receptu“, predpisujúci lekár je povinný mu takýto „papierový“ lekársky predpis vystaviť.(10)

### Záznam do zdravotnej dokumentácie

Zaznamenanie predpisanej dietetickej potraviny do zdravotnej dokumentácie pacienta patrí medzi základné povinnosti predpisujúceho lekára(11), pričom okrem názvu predpisanej dietetickej potraviny sa musia v zdravotnej dokumentácii uviesť i ostatné náležitosti, ktoré sa uvádzajú na lekárskom predpise(12), a to:

- meno, priezvisko, adresa bydliska a rodné číslo pacienta,
- kód zdravotnej poisťovne, ak ide o dietetickú potravinu uhrádzanú na základe verejného zdravotného poistenia,
- kód dietetickej potraviny,
- počet balení/dávok, ak sa predpisuje viac ako jedno balenie dietetickej potraviny,
- diagnóza,
- dávkovanie, časový režim užívania dietetickej potraviny a spôsob jej podania,
- dátum vystavenia lekárskeho poukazu,
- kód poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, kód predpisujúceho lekára, podpis predpisujúceho lekára,
- kód poskytovateľa zdravotnej starostlivosti a kód odborného lekára, ktorý odporúčal všeobecnému lekárovi predpísať dietetickú potravinu,
- ak ide o dietetickú potravinu, ktorej úhrada na základe verejného zdravotného poistenia podlieha schváleniu zdravotnou poisťovňou pacienta, na zadnej strane lekárskeho predpisu sa vyznačí súhlas príslušnej zdravotnej poisťovne
- a ďalšie.

### Určenie lekárne na výber dietetickej potraviny

Lekár má pri predpisovaní dietetickej potraviny zakázané určiť pacientovi lekárňu, do ktorej si má ísť vybrať danú dietetickú potravinu.(13) Toto rozhodnutie záleží na pacientovi, ktorý si dietetickú potravinu môže vybrať v ktorejkoľvek lekární na Slovensku.

### Aké sankcie hrozia?

V súvislosti s predpisovaním dietetických potravín (t. j. aj enterálnej výživy) môže zo strany predpisujúceho lekára

dôjsť k porušeniu právnych predpisov, a tým k vzniku tzv. administratívnoprávnej (správnej) zodpovednosti.

Predpisujúci lekár sa dopustí **správneho deliktu**(14), ak napríklad:

- predpisuje dietetickú potravinu na iný účel určenia, ako je uvedený v návode na použitie(15),
- nezaznamenáva v zdravotnej dokumentácii alebo v liekovej knižke pacienta, ak ju pacientovi vydala zdravotná poisťovňa, predpísanie dietetickej potraviny(16),
- určí pacientovi pri predpisovaní dietetickej potraviny, v ktorom zariadení na poskytovanie lekárskej starostlivosti si má vybrať predpísanú dietetickú potravinu(17),
- vyžaduje od pacienta, aby sa pred predpísaním dietetickej potraviny preskripčným záznamom zaregistroval na webovej stránke tretej osoby(18),
- pri predpisovaní dietetickej potraviny nevytvorí preskripčný záznam(19).

Oprávneným subjektom na uloženie pokuty je **Štátny ústav na kontrolu liečiv**, ktorý môže uložiť túto pokutu až do výšky 35 000 eur(20), pričom v prípade opakovaného porušenia zákonných povinností môže zvýšiť pokutu až dvojnásobne.

Ak došlo k porušeniu povinností, pričom „porušiteľ“ tieto povinnosti **nemohol splniť v dôsledku okolností hodných osobitného zreteľa, ktoré nemohol ovplyvniť svojím konaním** (napríklad pre vyhlásenie mimoriadnej situácie, prírodnú katastrofu a pod.), a ak tieto okolnosti náležite preukáže, zbaví sa zodpovednosti, čo však neznamená, že dodatočne nemusí túto povinnosť splniť – práve naopak, musí, a to hneď po zaniknutí dôvodov, na základe ktorých sa zbavil zodpovednosti.(21)

#### A teraz si to zhrňme...

Preskripcia dietetických potravín je neopomenuteľným nástrojom správneho poskytovania zdravotnej starostlivosti. V rámci predpisovania dietetických potravín, ktoré sú plne alebo čiastočne uhrádzané z prostriedkov verejného zdravotného poistenia, je potrebné dodržiavať tzv. indikačné a preskripčné obmedzenia. Indikačné obmedzenia pre enterálnu výživu sú uvedené v časti B Zoznamu kategorizovaných dietetických potravín a preskripčné obmedzenia je možné nájsť v časti A.

Dôležitou súčasťou predpisovania dietetickej potraviny je aj vyznačenie preskripcie v zdravotnej dokumentácii pa-

cienta, ako aj založenie vyplneného indikačného protokolu do zdravotnej dokumentácie (ide o základnú podmienku hradenej liečby). Právne predpisy, a to hlavne zákon o liekoch, si dodržiavanie zákonných ustanovení upravujúcich pravidlá predpisovania dietetických potravín, ako aj povinností predpisujúceho lekára, podmieňujú hrozbou vzniku administratívnoprávnej zodpovednosti v prípade ich porušenia, čo môže viesť až k uloženiu pokuty do výšky 35 000 eur.

JUDr. Ivan Humeník, PhD.

E-mail: [humenik@hhpartners.eu](mailto:humenik@hhpartners.eu)

h&h PARTNERS, advokátska kancelária s.r.o.

Mgr. Lenka Kavarníková

E-mail: [kavarnikova@hhpartners.eu](mailto:kavarnikova@hhpartners.eu)

h&h PARTNERS, advokátska kancelária s.r.o.

Odkazy na jednotlivé právne predpisy a ustanovenia sú na [vyžiadanie v redakcii](#).

Kontaktný email [info@wemakemedia.sk](mailto:info@wemakemedia.sk)

