Kategoria: Polityka Zdrowotna
Opublikowano: środa, 11, kwiecień 2018 21:18
Sylwia Cyrankiewicz-Gortyńska
Odsłony: 973

Jak informuje Najwyższa Izba Kontroli, system ochrony zdrowia nie gwarantuje prawidłowego żywienia pacjentów w szpitalach. Przepisy nie określają norm żywieniowych pacjentów, jakości produktów, zasad kontroli usług żywienia szpitalnego, czy zasad zatrudniania dietetyków na oddziałach. Dostarczane produkty nie usprawniają funkcjonowania organizmu, a czasem mogą szkodzić - wskazała w raporcie NIK.

W większości kontrolowanych przez Izbę szpitali pacjenci otrzymywali posiłki nieadekwatne do stanu zdrowia. Były one przygotowywane z surowców niskiej jakości, o niewłaściwych wartościach odżywczych. Bywało, że jadłospisy diety podstawowej nie pokrywały się z danymi deklarowanymi przez producentów na etykietach produktów.

Badania próbek posiłków szpitalnych przeprowadzonych na zlecenie NIK przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej i Inspekcji Handlowej, wykazały niedobory składników odżywczych, mogących powodować uszczerbek na zdrowiu pacjentów, jak np.: odwapnienie, zmiękczenie i zniekształcenie kośćca, niedokrwistość, niedotlenienie tkanek , nadmierną pobudliwość mięśniową , drżenie i bolesne skurcze mięśni, stany lękowe, bezsenność, nadciśnienie czy zaburzenia w funkcjonowaniu nerek.

Niedoborom tym towarzyszyła zwiększona podaż, np. witaminy A, która w nadmiarze może być toksyczna. **W większości szpitali stwierdzono ponadto zbyt duży udział soli w posiłkach (od 142% do 374% normy), a także zaniżaną (od 3% do 28%), bądź zawyżaną (od 13% do 50%) wartość kaloryczną posiłków**.

Pacjentom serwowano zbyt mało warzyw i owoców, za dużo mięsa czerwonego, tłustych przetworów mięsnych, tłustych wędlin, w tym gorszej jakości. Podawano potrawy trudnostrawne i bogate w nasycone kwasy tłuszczowe, ryby konserwowe lub hodowane w rejonach zanieczyszczonych, a także substytuty deklarowanych w jadłospisie produktów: zamiast „masła" - „tłuszcz mleczny do smarowania", zamiast „sera" - suszony hydrolizat białkowy o smaku sera i aromacie sera. Nie dostawali jogurtu lub mleka acidofilnego, a ryb morskich stanowczo za mało.

O skuteczności leczenia pacjentów w szpitalach decyduje nie tylko właściwie prowadzony przez personel medyczny proces leczniczy, ale także prawidłowe żywienie chorych oraz edukacja żywieniowa.

Organy odpowiedzialne za nadzór nad żywieniem zbiorowym pacjentów szpitali nie dysponują żadnymi instrumentami prawnymi w zakresie metod oceny jakości posiłków pod kątem m.in. składu surowcowego, urozmaicenia, zawartości składników mineralnych i odżywczych oraz zasad kontroli tych usług. W rezultacie stwierdzane przez Państwową Inspekcję Sanitarną nieprawidłowości w zakresie jakości żywienia przekazywane były szpitalom i firmom kateringowym w formie pism intencyjnych. Wdrożenie przez władze szpitali zaleceń z oceny stanu żywienia miało więc wyłącznie charakter dobrowolny i - jak wykazała niniejsza kontrola - nie zawsze było realizowane.

Prawo nie reguluje zasad zatrudniania dietetyków, co daje pełną swobodę kierownikom szpitali przy planowaniu zatrudnienia. Część szpitali nie widziała potrzeby udziału dietetyka w procesie żywienia pacjentów. Nie zawsze też zatrudnienie dietetyka oznaczało, że każdy pacjent otrzymywał właściwą opiekę dietetyczną. Przy przypadających na jednego dietetyka nawet 740 pacjentach i dodatkowo kierowaniu dietetyków do innych zadań (pomoc kuchenna, archiwista, magazynier), trudno było taką opiekę sprawować właściwie. Wskutek nadmiaru zadań zatrudnieni dietetycy ustalali jadłospisy

Phoca PDF

nierzetelne i niewiarygodne, a zatem źle zbilansowane i przez to nieadekwatne do stanu danego pacjenta.

Prawie w połowie szpitali korzystających z usług firm kateringowych nie było dietetyka. Nie prowadzono tam analiz i nie weryfikowano, bądź nierzetelnie weryfikowano jadłospisy przekazywane przez te firmy.

W umowach z dostawcami produktów spożywczych i firmami kateringowymi stosowano nieprecyzyjne zapisy dotyczące jakości zamawianych produktów i posiłków. W efekcie do przygotowywania posiłków stosowano środki spożywcze o niskiej jakości, tj. wędliny zawierające niewielki procent mięsa lub mięso oddzielone mechanicznie, podroby, pasztety, parówki oraz produkty zawierające szereg substancji dodatkowych wzmacniających, konserwujących, przeciwutleniaczy, wzmacniaczy smaku itp.

W szpitalach brakuje też formalnego, ogólnopolskiego systemu dietetycznego, który regulowałby kwestie rodzajów i przygotowywania diet w poszczególnych jednostkach chorobowych, a także ujednoliconej nomenklatury diet. Brak jednolitych norm żywieniowych dla osób chorych pozwalał szpitalom na pewną dowolność w określaniu wartości energetycznej posiłków, które w kontrolowanych szpitalach dla diety podstawowej wynosiły od 1800 kcal do 3200 kcal.

W kontrolowanych szpitalach stosowano od 6 do 38 rodzajów diet o niejednolitych nazwach i różnych charakterystykach. Planując diety, opracowując ich charakterystyki oraz receptury dań i potraw, posługiwano się różnymi publikacjami oraz informacjami pochodzącymi z Internetu. Część z tych publikacji jednak straciła na ważności. Na przestrzeni lat bowiem nastąpiły znaczne zmiany w zasadach żywienia człowieka.

Żywienie pacjentów w szpitalu jest finansowane w ramach kontraktów zawieranych z Narodowym Funduszem Zdrowia na leczenie szpitalne, które obejmują zarówno świadczenia medyczne, jak i towarzyszące. Dzienną stawkę żywieniową w szpitalu ustala kierownik podmiotu leczniczego. Koszty leczenia wraz ze świadczeniami towarzyszącymi są jednak niejednokrotnie wyższe niż wartość kontraktu. Zmusza to świadczeniodawców do ograniczenia kosztów i często są to właśnie ograniczenia kosztów wyżywienia pacjentów.

Wszystkie szpitale zapewniły środki finansowe w ilości gwarantującej pokrycie kosztów usług żywienia. Niskie były jednak nakłady finansowe przeznaczane przez kierowników szpitali na ten cel. **Średni dzienny koszt wyżywienia w kontrolowanych szpitalach w latach 2015-2017 kształtował się na poziomie od 9,55 zł do 17,99 zł, zaś średni koszt surowców użytych do przygotowania posiłków wynosił jedynie od 3,70 zł do 8,46 zł.** Dane o kosztach „wsadu do kotła" możliwe były do oszacowania jedynie w szpitalach prowadzących własne kuchnie. W szpitalach korzystających z usług firm kateringowych takich danych nie było. W zawartych umowach określano jedynie ogólną wartość umowy lub ogólną cenę osobodnia.

Wadliwie funkcjonował system nadzoru szpitali nad firmami kateringowymi. **Część szpitali nie zabezpieczyła w umowach prawa do przeprowadzania kontroli u wykonawcy usługi. Nie wszystkie szpitale, które dokonały takiego zabezpieczenia korzystały jednak z takiej możliwości. Nie zawsze też przeprowadzane kontrole były skuteczne (te same nieprawidłowości powtarzały się kilka razy z rzędu)**.

Nie we wszystkich szpitalach i firmach kateringowych przygotowujących posiłki dla kontrolowanych

Phoca PDF

szpitali zachowano odpowiednie warunki sanitarno-higieniczne przy przygotowywaniu i dystrybucji posiłków. Stwierdzono przypadki złego stanu technicznego i braku bieżącej czystości części pomieszczeń i sprzętu produkcyjnego. **W dwóch szpitalach stwierdzono obecność insektów.**

Jako że żywienie w szpitalach stanowi integralną część procesu leczniczego, to w swych założeniach powinno być zgodne z zasadami prawidłowego żywienia. W tym celu niezbędne zatem jest współistnienie wielu czynników, w tym:

- rzetelna ocena stanu odżywienia pacjentów w momencie ich przyjmowania do szpitala,

- dostosowanie diety do jednostki chorobowej,

- przygotowywanie posiłków z surowców wysokiej jakości i z zachowaniem wymogów sanitarno-higienicznych zarówno w procesie produkcji, jak i transportu oraz dystrybucji,

- zapewnienie właściwych wartości energetycznych i odżywczych posiłków, a także ich regularności,

- zapewnienie fachowej pomocy dietetycznej pacjentom wymagającym zmiany nawyków żywieniowych i trybu życia w związku z przebytą chorobą,

dostosowanie organizacji żywienia do potrzeb chorych niesamodzielnych lub o ograniczonej samodzielności.

W niniejszej kontroli pozytywnie wypadła jedynie ocena wywiązywania się szpitali z obowiązku dokonywania przesiewowej oceny stanu żywienia chorych przyjmowanych do szpitala oraz dostosowanie organizacji żywienia w kontrolowanych szpitalach do potrzeb pacjentów niesamodzielnych lub o ograniczonej samodzielności.

Poprawa jakości żywienia wymaga więc rozwiązań systemowych w celu nadania problematyce żywienia pacjentów odpowiedniej rangi. **Porównując wyniki kontroli przeprowadzonej przez NIK w 2008 r. z wynikami niniejszej kontroli, stwierdzić należy, że w żadnym stopniu nie poprawiło się żywienie pacjentów w szpitalach. Konieczne jest zatem dofinansowanie szpitali lub innych podmiotów udzielających świadczeń w trybie stacjonarnym i całodobowym w celu podniesienia zarówno jakości wyżywienia, jak i jakości opieki żywieniowej nad pacjentem, a także zagwarantowania należytych standardów technicznych i sanitarno-higienicznych bloków żywienia.** Niezbędne jest także wprowadzenie uregulowań dotyczących zasad racjonalnego żywienia w podmiotach leczniczych, precyzyjnych mechanizmów nadzoru nad realizacją żywienia w szpitalach, jak i odpowiednich sankcji w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w zakresie stanu żywienia pacjentów.

Wskazać przy tym należy, że od 2006 r., tj. od wejścia w życie ustawy o bezpieczeństwie żywności i żywienia, **Minister Zdrowia nie skorzystał z możliwości prawnego uregulowania wymagań obowiązujących przy prowadzeniu żywienia zbiorowego w szpitalach**, jaką dawał art. 72 ust. 6 tej ustawy.

Wymagania w zakresie wyżywienia określone zostały np. dla osadzonych w zakładach karnych i aresztach śledczych. **W rozporządzeniu Minister Sprawiedliwości wskazał nie tylko rodzaje posiłków i napojów, ale także wartość odżywczą i energetyczną oraz minimalny dzienny koszt**

Phoca PDF

wyżywienia. Możliwa do określenia była również ilościowa zawartość warzyw i owoców w posiłkach.

Biorąc powyższe pod uwagę Najwyższa Izba Kontroli wnioskuje zatem:

do Ministra Zdrowia o:

- wydanie rozporządzenia na podstawie art. 72 ust. 6 ustawy o bezpieczeństwie żywności i żywienia określającego wymagania obowiązujące przy prowadzeniu żywienia zbiorowego w szpitalach, uwzględniające normy żywienia oraz wymagania zdrowotne, w tym minimalny dzienny koszt posiłków i napojów,

- podjęcie działań mających na celu uregulowanie metod oceny jakości i zasad kontroli usług żywienia w szpitalach wraz z sankcjami za stwierdzone nieprawidłowości,

- uregulowanie obowiązku zatrudniania w szpitalach dietetyków w liczbie zapewniającej optymalną opiekę żywieniową i poradnictwo dietetyczne,

- prowadzenie działań edukacyjnych w zakresie żywienia w podmiotach leczniczych;

do dyrektorów szpitali o:

- korzystanie z fachowej wiedzy dietetyka przy określaniu szczegółowych warunków zamówienia na usługi żywienia pacjentów realizowane w szpitalach przez firmy kateringowe,

- obowiązkowe określanie w umowach zawieranych z firmami kateringowymi:

- zasad nadzoru nad realizacją usługi, ze szczególnym uwzględnieniem kontroli w miejscu produkcji posiłków,

- szczegółowych wymogów dotyczących jakości posiłków,

- zasad transportu posiłków,

- zasad reklamacji,

- minimalnych kosztów produktów niezbędnych do przygotowania posiłków;

do Głównego Inspektora Sanitarnego o:

uwzględnienie w Wytycznych do planowania działalności Państwowej Inspekcji Sanitarnej, na podstawie analizy ryzyka:

- badań laboratoryjnych próbek posiłków szpitalnych w zakresie składu surowcowo-jakościowego,

- obowiązku dokonywania ocen stanu żywienia pacjentów w szpitalach.

Phoca PDF

Kategoria: Polityka Zdrowotna
Opublikowano: środa, 11, kwiecień 2018 21:18
Sylwia Cyrankiewicz-Gortyńska
Odsłony: 973

Źródło: NIK

Phoca PDF