

Warszawa, dn. 14 października 2022 r.

Szanowny Pan
Waldemar Kraska
Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia

Szanowny Pan
Łukasz Schreiber
Przewodniczący Stałego
Komitetu Rady Ministrów

S T A N O W I S K O

**w sprawie konieczności zaadresowania potrzeb żywieniowych pacjentów onkologicznych
w ramach prac nad projektem ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej (numer z wykazu: UD 303)**

W imieniu

Stowarzyszenia na Rzecz Żywienia Medycznego w Polsce,

Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu,

Polskiego Towarzystwa Żywienia Klinicznego,

Polskiego Towarzystwa Żywienia Klinicznego Dzieci,

w związku z trwającymi w rządzie pracami nad projektem ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej¹ (dalej: „**Projekt ustawy**”), który przewiduje przeorganizowanie systemu leczenia onkologicznego, zwiększenie jakości oraz skuteczności diagnostyki i terapii pacjentów onkologicznych,

apelujemy o rozszerzenie Projektu ustawy o regulacje mające na celu uregulowanie problemu odżywiania pacjentów onkologicznych tj. poprzez:

- doprecyzowanie zasad przeprowadzania przesiewowej oceny stanu odżywienia oraz pogłębionej oceny żywieniowej, w tym w szczególności wskazanie, że ocena stanu odżywienia powinna być dokonana po raz pierwszy na etapie diagnostyki pogłębionej,
- nałożenie bezpośredniego obowiązku odnotowywania wyników ww. badań w dokumentacji medycznej,
- zobowiązanie podmiotów wykonujących działalność leczniczą do zapewnienia pacjentom leczenia żywieniowego adekwatnego do potwierdzonego stanu klinicznego.

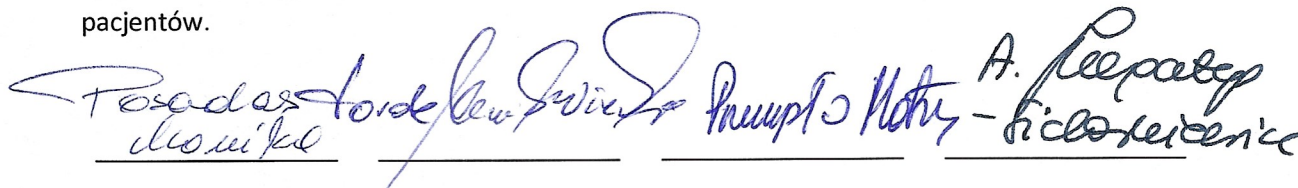
¹ Numer UD303 w Wykazie prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów.

Szczegółowa propozycja poprawki do Projektu ustawy stanowi załącznik nr 1 do niniejszego Stanowiska.

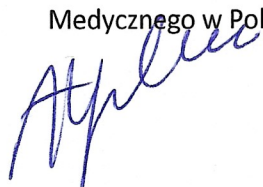
Podobnie jak Minister Zdrowia widzimy potrzebę zmian systemowych w obszarze onkologii. Zgodnie z uzasadnieniem do Projektu ustawy, Krajowa Sieć Onkologiczna ma w szczególności zapewnić kompleksową opiekę onkologiczną, a także ma sprawić aby „realizacja etapów leczenia przebiegała według ściśle określonych standardów, przy współpracy specjalistów różnych dziedzin. Priorytetem jest zapewnienie każdemu pacjentowi niezależnie od miejsca zamieszkania opieki onkologicznej opartej o jednakowe standardy diagnostyczno-terapeutyczne. Pozwolą na to jednolicie zdefiniowane ścieżki pacjenta i elastyczna odpowiedź systemu na potrzeby pacjentów.”²

Mając na względzie, że obecnie Projekt ustawy nie wskazuje bezpośrednio szczegółowych wymagań dotyczących żywienia pacjentów onkologicznych, nasza propozycja pomoże odpowiedzieć na te braki, realizując tym samym postulat projektodawcy w zakresie wprowadzenia ściśle określonych standardów i zdefiniowania ścieżki pacjenta. **Tym samym apelujemy o uwzględnienie zaproponowanej poprawki i wprowadzenie jej do Projektu ustawy, w tym w części zmieniającej przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Pomoże to zapewnić odpowiednią, kompleksową terapię dla pacjentów onkologicznych.**

Poniżej przedstawiony jest syntetyczny opis proponowanych zmian oraz szczegółowe uzasadnienie wskazujące na konieczność wprowadzenia do Projektu ustawy określonych modyfikacji. Jednocześnie pragniemy zadeklarować chęć współpracy ze stroną rządową w celu wypracowania optymalnych rozwiązań, które w najwyższym możliwym stopniu będą realizowały interes pacjentów.



Stowarzyszenie na
Rzecz Żywnienia
Medycznego w Polsce



Polskie Towarzystwo
Żywnienia
Pozajelitowego,
Dojelitowego
i Metabolizmu

Polskie Towarzystwo
Żywnienia Klinicznego

Polskie Towarzystwo
Żywnienia Klinicznego
Dzieci

Do wiadomości: Szanowny Pan Adam Niedzielski, Minister Zdrowia

² Uzasadnienie do Projektu ustawy

UZASADNIENIE

1. Wstęp

Zagadnienie żywienia pacjentów, w tym w szczególności pacjentów onkologicznych, nie zostało jak dotąd kompleksowo uregulowane, w szczególności w aktach podstawowych dla polskiego systemu ochrony zdrowia, takich jak Ustawa o świadczeniach³. Tym samym – potrzeby tych pacjentów nie są obecnie odpowiednio zabezpieczone. Warto podkreślić przy tym, że żywienie stanowi integralną część procesu leczniczego i współdecyduje o poprawie zdrowia pacjentów, dlatego też w swych założeniach powinno być zgodne z zasadami prawidłowego żywienia⁴. Przy realizacji tych zasad kluczowe jest rzetelne dokonanie oceny stanu odżywienia pacjentów oraz dostosowanie ich diety do wyników oceny. Tymczasem w praktyce proces takiej oceny nie zawsze jest przeprowadzany lub jego przeprowadzenie nie przekłada się na dostosowanie żywienia do indywidualnych potrzeb pacjenta.

Mając na względzie powyższe, konieczne jest podjęcie przez ustawodawcę działań, mających na celu zapewnienie odpowiedniego żywienia pacjentów onkologicznych. Ze względu na prowadzenie obecnie prac nad regulacjami dotyczącymi Krajowej Sieci Onkologicznej (dalej: „KSO”), jest to odpowiedni moment, aby zaadresować przedmiotowy problem.

2. Syntetyczny opis zaproponowanych poprawek

Proponowane zmiany, mają na celu uregulowanie kwestii odpowiedniego odżywiania pacjentów onkologicznych, w szczególności poprzez doprecyzowanie zasad przeprowadzania przesiewowej oceny stanu odżywienia oraz pogłębionej oceny żywieniowej.

Zaproponowane zmiany dotyczą m. in.:

- bezpośredniego wskazania, że przesiewowa ocena stanu odżywienia dokonywana jest po raz pierwszy na etapie diagnostyki pogłębionej;
- nałożenia obowiązku dokonania przesiewowej oceny stanu odżywienia przy każdej kolejnej wizycie pacjenta, z jednoczesnym wskazaniem, że świadczeniodawca może zrezygnować z poddania pacjenta przesiewowej ocenie stanu odżywienia, jeżeli od dnia ostatniej wizyty nie upłynęło więcej niż 7 dni;
- doprecyzowania katalogu osób, które mogą dokonywać przesiewowej oceny stanu odżywienia (lekarz, pielęgniarka, dietetyk);
- zapewnienia pacjentom, których wynik przesiewowej oceny stanu odżywienia wskazuje na zwiększone ryzyko niedożywienia, poddania ich pogłębionej ocenie żywieniowej;

³ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 z późn. zm.; [„Ustawa o świadczeniach”]).

⁴ M. Jarosz (red.), *Zasady prawidłowego żywienia chorych w szpitalach*, Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa 2011.

- zagwarantowania pacjentowi onkologicznemu (świadczeniobiorcy), przyjętemu do szpitala, rzeczywistego zapewnienia leczenia żywieniowego, adekwatnego do potwierdzonego stanu klinicznego;
- nałożenia na świadczeniodawców obowiązku opracowania i wdrożenia procedur leczenia żywieniowego, co ma nie tylko usprawnić ten proces, ale jednocześnie umożliwić jego dostosowanie do sytuacji, możliwości i warunków panujących u poszczególnych świadczeniodawców;
- wprowadzenia obowiązku odnotowywania wyników przesiewowej oceny stanu odżywienia, pogłębionej oceny żywieniowej a także informacji o wdrożonym leczeniu żywieniowym, w dokumentacji medycznej;
- zagwarantowania, aby w składzie Krajowej Rady Onkologicznej zapewnić obecność lekarza zajmującego się leczeniem żywieniowym.

Wprowadzenie przedmiotowych regulacji powinno pozwolić na realną poprawę sytuacji pacjentów onkologicznych, co wpłynie nie tylko na jakość leczenia onkologicznego, ale również zwiększy szanse pacjentów na wyjście z choroby nowotworowej. Nie ulega więc wątpliwości, że proponowane zmiany zaadresują problematykę braku odpowiedniej regulacji i w bardziej kompleksowy sposób pomogą zrealizować cel postawiony przez projektodawcę Projektu Ustawy.

3. Szczegółowe uzasadnienie zmian

a. Realizacja konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia

Zgodnie z art. 68 ust. 1 Konstytucji RP⁵, każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Zgodnie z doktryną, „treścią prawa do ochrony zdrowia nie jest naturalnie abstrakcyjnie określony stan zdrowia poszczególnych jednostek, ale możliwość korzystania z systemu ochrony zdrowia, funkcjonalnie ukierunkowanego na zwalczanie i zapobieganie chorobom, urazom i niepełnosprawności.”⁶

Zawarte w niniejszej propozycji uregulowanie problemu odżywiania pacjentów onkologicznych w Projekcie ustawy, poprzez doprecyzowanie zasad przeprowadzania przesiewowej oceny stanu odżywienia oraz pogłębionej oceny żywieniowej, jak i zobowiązanie podmiotów wykonujących działalność leczniczą do zapewnienia leczenia żywieniowego adekwatnego do potwierdzonego stanu klinicznego, ma za zadanie podnieść jakość opieki nad pacjentem onkologicznym. Nie ulega więc wątpliwości, że wprowadzenie takiego uregulowania będzie realizowało konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia, zapewniając wyższy poziom opieki dla pacjenta onkologicznego, stanowiąc wsparcie w odpowiedniej terapii, a tym samym – będzie pomagać w efektywnym korzystaniu z systemu ochrony zdrowia.

⁵ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.; [„Konstytucja RP”]).

⁶ Art. 68; M. Safjan, L. Bosek (red.), Konstytucja RP. Tom I. Komentarz do art. 1–86, Warszawa 2016

Oprócz zasadności wprowadzenia takiej zmiany (pod kątem merytorycznym), uzasadnione jest również wprowadzenie go w ramach procedowanej obecnie regulacji dot. KSO. Celem projektodawcy był bowiem wzrost efektywności leczenia chorób nowotworowych. Zgodnie z uzasadnieniem do Projektu ustawy „Ustanowienie KSO ma na celu realizację przyjętej Narodowej Strategii Onkologicznej, jak również osiągnięcie jak najlepszej organizacji opieki onkologicznej, w szczególności zapewnienie poprawy jakości i bezpieczeństwa diagnostyki i leczenia onkologicznego, a także wzrostu poziomu satysfakcji pacjenta i optymalizacji kosztów opieki onkologicznej”⁷. Przedmiotowa regulacja jest tym samym odpowiednim obszarem, mając na względzie system prawny, do zaadresowania problemu żywienia pacjentów onkologicznych. Wprowadzanie zmian prawnych na poziomie ustawy (których celem jest wprowadzenie rozwiązań stanowiących rozwinięcie konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia), jest również aprobowane przez doktrynę: „zasadniczą rolę w kształtowaniu struktury i treści prawa do ochrony zdrowia odgrywa ustawodawca. Podkreślił to TK w wielokrotnie już cytowanym wyr. z 7.1.2004 r. (K 14/03, OTK-A 2004, Nr 1, poz. 1), stwierdzając, że Konstytucja RP nie gwarantuje jakiegoś abstrakcyjnego dobrostanu, lecz możliwość korzystania z systemu ochrony zdrowia. Ustawa wyznacza w konsekwencji granice prawa do ochrony zdrowia, ustrój podmiotów leczniczych, system organów odpowiedzialnych za zdrowie, a w szczególności zasady udzielania świadczeń opieki zdrowotnej i finansowania tej opieki.”⁸ Tym samym nie ulega wątpliwości, że Projekt ustawy jest odpowiednim miejscem na zaadresowanie zmian zmierzających do podniesienia jakości opieki nad pacjentem onkologicznym, a proponowane przez nas zmiany, realizować będą konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia.

b. Proporcjonalność zaproponowanych rozwiązań

Zasada proporcjonalności posiada swoje źródło w Konstytucji RP (art. 31 ust. 3). Ponadto wywodzona jest ona również z zasady demokratycznego państwa prawnego, którą statuuje art. 2 Konstytucji RP. Zgodnie z doktryną „Zasada proporcjonalności jest niewątpliwie znaczącą zasadą państwa prawnego. W świetle dotychczasowego orzecznictwa TK spośród możliwych środków działania należy wybierać możliwie najmniej uciążliwe dla podmiotów, wobec których mają być zastosowane, lub dolegliwe w stopniu nie większym niż jest to niezbędne dla osiągnięcia założonego celu”⁹. Ponadto wyraża się ona „w zakazie arbitralnego traktowania jednostek oraz szerszej kwestii, zakazu nadmiernej ingerencji państwa w stosunki społeczne”¹⁰.

Do zasady proporcjonalności odwołuje się również ustawodawca w art. 67 Prawa przedsiębiorców¹¹. Zgodnie z przepisem „Opracowując projekt aktu normatywnego określającego zasady podejmowania, wykonywania lub zakończenia działalności gospodarczej, należy kierować się zasadami

⁷ Uzasadnienie do Projektu ustawy

⁸ Art. 68; M. Safjan, L. Bosek (red.), Konstytucja RP. Tom I. Komentarz do art. 1–86, Warszawa 2016

⁹ Art. 2; M. Safjan, L. Bosek (red.), Konstytucja RP. Tom I. Komentarz do art. 1–86, Warszawa 2016

¹⁰ Art. 2; M. Zubik, W. Sokolewicz [w:] Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz. Tom I, wyd. II, red. L. Garlicki, Warszawa 2016, art. 2.

¹¹ Ustawa z dnia 6 marca 2018 r. - Prawo przedsiębiorców (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 162 z późn. zm.; [„Prawo przedsiębiorców”]).

proporcjonalności i adekwatności, a w szczególności: [...] dążyć do nienakładania nowych obowiązków administracyjnych, a jeżeli nie jest to możliwe, dążyć do ich nakładania jedynie w stopniu koniecznym do osiągnięcia ich celów [...]”.

Odnosząc powyższe do niniejszej propozycji legislacyjnej należy wskazać, że zaproponowane regulacje nie są sprzeczne z zasadą proporcjonalności. Po pierwsze, wprowadzenie regulacji z całą pewnością polepszy sytuację pacjentów onkologicznych, zapewniając im dostęp do odpowiedniego żywienia. Po drugie, jest ona niezbędna dla pełniejszej realizacji konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia, ponieważ podnosić będzie istotnie jakość opieki onkologicznej. Po trzecie zaś, rezultaty wprowadzanej regulacji będą pozostawać w odpowiedniej proporcji do ciężarów nakładanych na podmioty prowadzące podmioty lecznicze, w szczególności ze względu na fakt, że nie powinny być one zbyt uciążliwe (w tym w odniesieniu do obowiązków administracyjnych). Tym samym, jeżeli ustawodawca wprowadzi zaproponowaną regulację, nie doprowadzi ona do nadmiernej ingerencji państwa w stosunki społeczne. Należy więc uznać, że niniejsze propozycje zmian będą proporcjonalne i odpowiednie dla założonych celów (poprawy jakości żywienia pacjentów onkologicznych).

c. Realizacja celów Narodowej Strategii Onkologicznej¹²

W 2019 roku uchwalona została Ustawa o Narodowej Strategii Onkologicznej¹³. Zgodnie z jej preambułą, parlament przyjął przedmiotową regulację biorąc pod uwagę „obecny i prognozowany wzrost zachorowań na choroby nowotworowe oraz wynikające z tego skutki w postaci dużej śmiertelności, poważnych konsekwencji społecznych, w tym pogorszenia jakości życia chorych i ich rodzin, oraz znacznych obciążeń finansowych związanych z leczeniem tych chorób dla obywateli i finansów publicznych”. Narodowa Strategia Onkologiczna przyjęta została przez Radę Ministrów w 2020 roku. Stanowi ona program wieloletni, w rozumieniu art. 136 ust. 2 Ustawy o finansach publicznych¹⁴. Zgodnie z art. 2 Ustawy o Narodowej Strategii Onkologicznej, celami strategii są m. in.:

- poprawa profilaktyki, wczesnego wykrywania, diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych (pkt 2),
- rozwój systemu opieki zdrowotnej w obszarze onkologii przez koncentrację działań wokół chorego i jego potrzeb, ze szczególnym uwzględnieniem poprawy jakości życia chorych i ich rodzin (pkt 3),
- zapewnienie równego dostępu do wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej w obszarze onkologii, udzielanych zgodnie z aktualną wiedzą medyczną (pkt 4),
- opracowanie i wdrożenie zmian organizacyjnych, które zapewnią chorym równy dostęp do koordynowanej i kompleksowej opieki zdrowotnej w obszarze onkologii (pkt 5).

¹² Uchwała nr 10 Rady Ministrów z dnia 4 lutego 2020 r. w sprawie przyjęcia programu wieloletniego pn. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020-2030 (t.j. M. P. z 2022 r. poz. 814; [„Narodowa Strategia Onkologiczna”]).

¹³ Ustawa z dnia 26 kwietnia 2019 r. o Narodowej Strategii Onkologicznej (Dz. U. poz. 969; [„Ustawa o Narodowej Strategii Onkologicznej”]).

¹⁴ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1634 z późn. zm. [„Ustawa o finansach publicznych”]).

Zaproponowane zmiany zaproponowane przez realizować będą każdy ze wskazanych powyżej celów. Pomogą one w prowadzeniu terapii pacjentów onkologicznych oraz poprawie jakości ich życia. Ponadto zapewnią dostęp do wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej, udzielanych zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. W końcu – umożliwią wdrożenie zmian organizacyjnych, zapewniających kompleksową opiekę zdrowotną dla pacjentów onkologicznych. Przyjęcie zaproponowanych zmian umożliwi także przyczynienie się do wyeliminowania negatywnych zjawisk krytykowanych w Narodowej Strategii Onkologicznej, takich jak fragmentacja opieki. Tym samym – wprowadzenie zaproponowanych modyfikacji jest jednoznacznie uzasadnione pod kątem systemowym.

d. Wprowadzenie jasnej ścieżki podejścia do żywienia pacjenta onkologicznego

Zaproponowane zmiany mają podnieść jakość opieki nad pacjentem onkologicznym – proponują wprowadzenie nowego, wyższego standardu żywienia pacjentów onkologicznych w ramach systemu Krajowej Sieci Onkologicznej.

Dzięki wprowadzeniu jednorodnego systemu dla świadczeniodawców, jasna będzie ścieżka i postępowanie wobec pacjenta onkologicznego pod kątem jego żywienia. Świadczeniodawca będzie miał obowiązek opracowania i wdrożenia procedury leczenia żywieniowego, co ma usprawnić ten proces a z drugiej strony, jednocześnie umożliwić jego dostosowanie do sytuacji, możliwości i warunków panujących u poszczególnych świadczeniodawców.

Warto podkreślić, że określenie sfery proceduralnej i organizacyjnej w Projekcie ustawy tj. na płaszczyźnie ustawowej, jest uzasadnione i pożądane również z punktu widzenia Konstytucji RP. Jak wskazał Trybunał Konstytucyjny, „Treść art. 68 ust. 1 i ust. 2 Konstytucji nie daje podstaw do konstruowania jakiejś materialnej definicji pojęcia "ochrona zdrowia". W szczególności nie jest więc możliwe na gruncie Konstytucji precyzyjne dookreślenie rodzajów bądź kategorii świadczeń mieszczących się w zakresie prawa gwarantowanego przez art. 68. Ciężar gwarancji konstytucyjnych przenosi się tym samym na płaszczyznę proceduralną. Newralgicznego znaczenia nabiera w związku z tym prawidłowe określenie przez ustawodawcę sfery organizacyjnej, związanej z precyzyjnym, jednoznacznym i funkcjonalnym skonstruowaniem systemu ochrony zdrowia. Wiąże się to ściśle z właściwym podziałem kompetencji przyznawanych instytucjom realizującym zadania publiczne w sferze ochrony zdrowia. W ślad za tym idzie prawidłowe określenie zasad ich funkcjonowania, gwarantujących niezbędną transparentność działań, skuteczne ich nadzorowanie, jak również jasne, czytelne i jednoznaczne zasady ponoszonej odpowiedzialności.”¹⁵

Konkludując – niniejsze propozycje regulacyjne pomogą zapewnić większą spójność systemu żywienia pacjentów onkologicznych. Warto również podkreślić, że będzie mógł to być pierwszy krok do zapewnienia lepszej jakości opieki pod kątem żywienia, również dla pacjentów cierpiących na inne choroby – tym samym, nowy system adresowany do pacjentów onkologicznych, będzie mógł zostać

¹⁵ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r., K 14/03

potraktowany jako swoisty pilotaż, na podstawie którego oceny będzie można formułować rekomendacje dot. innych obszarów terapeutycznych.

e. Standaryzacja danych wskazywanych w dokumentacji medycznej

Niniejsze propozycje legislacyjne będą umożliwiać rozliczalność procesu oceny żywieniowej pacjenta oraz dostosowania żywienia do jego indywidualnych potrzeb.

Przewidują bowiem obowiązkowe odnotowywanie wyników przesiewowej oceny stanu odżywienia, pogłębionej oceny żywieniowej oraz informacji o wdrożonym leczeniu żywieniowym w dokumentacji medycznej. Tym samym informacja ta będzie przechowywana przez okres 20 lat (por. art. 29 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹⁶), umożliwiając kontrolę poprawności spełniania nowych obowiązków, w tym w szczególności dalszego postępowania z pacjentem. Jest to istotną korzyścią nie tylko z punktu widzenia zapewnienia pacjentowi dostępu do odpowiedniej terapii, ale jest też istotną korzyścią z systemowego punktu widzenia.

Ponadto utrwalanie tego typu informacji będzie miało dodatkowo wartość naukową, dane te będą mogły być bowiem potencjalnie wykorzystywane przy badaniach naukowych i pracach badawczo-rozwojowych i porównywane z wynikami zdrowotnymi pacjenta.

f. Realizacja szczególnych potrzeb pacjentów onkologicznych

Pacjenci onkologiczni stanowią grupę pacjentów charakteryzującą się szczególnymi potrzebami, które powinny zostać zrealizowane podczas procesu leczenia. Należy także podkreślić, że choroby onkologiczne cechuje najczęściej duża dynamika zmian oraz szybko postępujący proces nowotworowy. Do tej pory ustawodawca zapewnił pacjentom, co do których istnieje podejrzenie nowotworu konieczność dostępu do szybkiej diagnostyki i leczenia, poprzez wprowadzenie tzw. pakietu onkologicznego.¹⁷

U pacjentów onkologicznych zmianie ulegają nie tylko potrzeby żywieniowe, ale również możliwość przyjmowania pokarmów i zdolność przyswajania zawartych w nich składników, dlatego dieta stanowi dla nich istotną funkcję w przebiegu leczenia oraz rekonwalescencji¹⁸. Zaburzenia stanu odżywienia są częstym objawem u chorych na raka. Niedożywienie występuje nawet u 80% pacjentów onkologicznych, wzrasta wraz z zaawansowaniem choroby.

Zarówno zapobieganie niedożywieniu, jak i jego leczenie stanowi ważną część opieki nad pacjentami onkologicznymi. Wyznaczenie metod, które pozwalają na odpowiednio wczesne

¹⁶ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1876; [„Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta”]).

¹⁷ <https://pacjent.gov.pl/system-opieki-zdrowotnej/pakiet-onkologiczny#przypis-1>

¹⁸ <https://www.zwrotnikraka.pl/dieta-dla-pacjentow-onkologicznych/>

rozpoznanie zagrożenia wystąpienia niedożywienia, czy stopnia jego nasilenia jest istotne w leczeniu oraz dietetyce onkologicznej¹⁹.

Niepodjęcie odpowiednich działań (włączenie leczenia żywieniowego) zmierzających do poprawy odżywienia chorego może prowadzić nawet do zgonu. Uznaje się, że utrata 40%–50% masy ciała, skutkuje śmiercią²⁰.

Podkreślenia wymaga więc, że zły stan odżywienia może mieć bezpośredni, negatywny wpływ na tolerancję leczenia przeciwnowotworowego i w konsekwencji na rokowanie. U nawet do 30% chorych, którzy w momencie hospitalizacji są w stanie prawidłowego odżywienia, rozwija się niedożywienie po przyjęciu do szpitala. Natomiast w grupie chorych z niedożywieniem stwierdzanym już w momencie przyjęcia nasila się ono w trakcie hospitalizacji u ok. 70%. Najważniejsze przyczyny niedożywienia pacjentów to m.in. dieta szpitalna. Stąd tak ważne jest odpowiednio wczesne przeprowadzenie przesiewowej oceny stanu odżywienia lub oceny żywieniowej²¹.

A. Pierceles
- S. Sidorowicz
Janeta Chlebicka
Przemysław Motus
A. Kuciel
Poznań 2017

¹⁹ Pertkiewicz M. (red.), Korta T. (red.), Książek J. i wsp., 2. Standardy żywienia pozajelitowego i żywienia dojelitowego, PZWL, Warszawa, 2005, 32-34, 36-37 oraz Kłęk S., Leczenie żywieniowe w onkologii, Onkol. Prakt.3. Klin., 2011, 7, 5, 269-273

²⁰ <https://www.mp.pl/pacjent/dieta/niedozywienie/110095,niedozywienie-pacjentow-onkologicznych>

²¹ Jagielska B., et al., Leczenie żywieniowe – czy jest istotne u chorych z nowotworami głowy i szyi?, Współczesna Onkologia, 2004, vol. 8; 1, 33-37