

2020. EüK. 14. szám EMMI szakmai irányelv 3

(hatályos: 2020.08.05 -)

Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve a terápiás/klinikai dietetikus tevékenységeiről az alap- és szakellátásban

Típusa: Klinikai egészségügyi szakmai irányelv

Azonosító: 001485

Érvényesség: 2023. 07. 15.

I. IRÁNYELVFEJLESZTÉSBEN RÉSZT VEVŐK

Társszerző Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

1. Dietetika, humán táplálkozás (szakdolgozói) Tagozat

Henter Izabella dietetikus, egészségügyi menedzser, tagozatvezető, társszerző

Fejlesztő munkacsoport tagjai:

Horváth Zoltánné dietetikus, okleveles élelmiszermérnök, társszerző

Szűcs Zsuzsanna dietetikus, okleveles táplálkozástudományi szakember, társszerző

Véleményező Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

1. Ápolás és szülésznői (szakdolgozói) Tagozat

Mészáros Magdolna szülésznő, egészségügyi szakoktató, egészségügyi menedzser, tagozatvezető, véleményező

2. Belgyógyászat, endokrinológia, diabétesz és anyagcsere-betegségek Tagozat

Prof. Dr. Karádi István belgyógyász, diabetológus, tagozatvezető, véleményező

3. Csecsemő- és gyermekgyógyászat Tagozat

Prof. Dr. Balla György csecsemő- és gyermekgyógyász, tagozatvezető, véleményező

4. Gyermekek alapellátása (házi gyermekorvostan, ifjúsági és iskolaorvoslás) Tagozat

Dr. Póta György csecsemő- és gyermekgyógyász, tagozatvezető, véleményező

5. Házi orvostan Tagozat

Dr. Szabó János házi orvos, tagozatvezető, véleményező

6. Védőnői (területi, iskolai, kórházi, családvédelmi) Tagozat

Bábiné Szottfried Gabriella védőnő, tagozatvezető, véleményező

„Az egészségügyi szakmai irányelv készítése során a szerzői függetlenség nem sérült.”

„Az egészségügyi szakmai irányelvben foglaltakkal a fent felsorolt egészségügyi szakmai kollégiumi tagozatok vezetői dokumentáltan egyetértenek.”

Az irányelvfejlesztés egyéb szereplői

Betegszervezet(ek) tanácskozási joggal:

Nem került bevonásra.

Egyéb szervezet(ek) tanácskozási joggal:

Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Dietetika Tagozat

Szakmai társaság(ok) tanácskozási joggal:

Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége

Független szakértő(k):

Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Táplálkozástudományi és Dietetikai Intézet

Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar Dietetikai és Táplálkozástudományi Tanszék

II. ELŐSZÓ

A bizonyítékokon alapuló egészségügyi szakmai irányelvek az egészségügyi szakemberek és egyéb felhasználók döntéseit segítik meghatározott egészségügyi környezetben. A szisztematikus módszertannal kifejlesztett és alkalmazott egészségügyi szakmai irányelvek, tudományos vizsgálatok által igazoltan, javítják az ellátás minőségét. Az egészségügyi szakmai irányelvben megfogalmazott ajánlások sorozata az elérhető legmagasabb szintű tudományos eredmények, a klinikai tapasztalatok, az ellátottak szempontjai, valamint a magyar egészségügyi ellátórendszer sajátosságainak együttes figyelembevételével kerülnek kialakításra. Az irányelv szektorsemleges módon fogalmazza meg az ajánlásokat. Bár az egészségügyi szakmai irányelvek ajánlásai a legjobb gyakorlatot képviselik, amelyek az egészségügyi szakmai irányelv megjelenésekor a legfrissebb bizonyítékokon alapulnak, nem pótolhatják minden esetben az egészségügyi szakember döntését, ezért attól indokolt esetben dokumentáltan el lehet térni.

III. HATÓKÖR

Egészségügyi kérdéskör: dietetika, táplálásterápia, táplálkozási intervenció

Ellátási folyamat szakasza(i): szűrés, diagnosztika, terápia, gondozás, megelőzés

Érintett ellátottak köre: kóros tápláltsági állapotú és/vagy megváltozott összetételű, illetve konzisztenciájú étrendet igénylő, egészségügyi ellátásban részesülő betegek, valamint a táplálkozásfüggő megbetegedések rizikójával rendelkezők, akik dietetikai szolgáltatásban részesülnek az alap- és szakellátásban, beleértve a magán szolgáltatást igénybevevőket is

Érintett ellátók köre

Szakterület: 7600 diétetika

Ellátási forma: A1 alapellátás

F1 fekvőbeteg-szakellátás

az irányelv az egészségügyi alap- és szakellátás valamennyi progresszivitási szintjén, a kliensek/betegek számára a diétetikusok és diétetikai szolgálatok által nyújtott gyógyélelmezés, táplálás- és dieteoterápiás tevékenység területére vonatkozik

Progresszivitási szint: I–II–III. szint

Egyéb specifikáció: nincs

IV. MEGHATÁROZÁSOK

1. Fogalmak

Dietetikus: a dietetikus a táplálkozástudomány és a diétetika területén szerzett felsőfokú végzettséggel rendelkező személy. A dietetikus a táplálkozástudományt egészséges és beteg egyének, valamint csoportok élelmezési ellátása, gyógyítása és egészségnevelése céljából alkalmazza. Feladata a betegélelmezésen és közétkeztetésen túl táplálkozási tanácsadás a gyógyítás különböző területein, valamint a táplálkozással és életmóddal összefüggő betegségek megelőzése, vagyis a korszerű, kiegyensúlyozott táplálkozás megismertetése a lakossággal.

Tápláltsági állapot: a test összetételére és tápanyagokkal való ellátottságára vonatkozó adatok összessége, mely meghatározza az egészségi állapotot is.

Kóros tápláltsági állapot (malnutrició): olyan tápláltsági állapotot jelent, ami a testösszetétel kedvezőtlen megváltozása miatt funkcióromláshoz vezet és csökkenti a betegségek legyőzésének esélyét. A malnutrició magában foglalja az alultápláltságot és a túltápláltságot.

Alultápláltság (mennyiségi és/vagy minőségi): a kóros tápláltsági állapot azon formája, amely az elégtelen energiabevitelnek, illetve egy vagy több fontos tápanyag hiányának a következménye.

Túltápláltság (mennyiségi és/vagy minőségi): a kóros tápláltsági állapot azon formája, amely a túlzott energia-bevitel, illetve egy vagy több fontos tápanyag nem megfelelő hasznosulásának következményeként alakul ki.

Malnutrició rizikószűrés: egy olyan gyors, validált szűrőmódszer, mellyel beazonosíthatók a táplálkozási kockázattal rendelkező egyének.

Tápláltsági állapot felmérése: tápláltsági állapot részletes mennyiségi felmérése és értékelése. A szűrés során veszélyeztetettnek talált betegek körében javasolt elvégezni.

Táplálkozási anamnézis: a diétetikai munka kiindulópontja. Az életmódra, étkezési szokásokra vonatkozó adatok, valamint az antropometriai és biokémiai paraméterek és az egészségi állapot, kórtörténet szisztematikus felvétele. Az egyén táplálkozását meghatározó objektív és szubjektív tényezők feltárása mellett magában foglalja a táplálkozási szokások potenciális egészségi állapotot befolyásoló hatásának beazonosítását.

Dietetikai diagnózis: olyan táplálkozási probléma és annak okának beazonosítása, melynek megoldása, kezelése a dietetikus felelősségi körébe tartozik. Nem azonos az orvosi diagnózissal. A dietetikai diagnózis a megváltozott táplálékfogyasztással, a nem megfelelő táplálkozási ismeretekkel, vagy a nem megfelelő és a táplálkozást aktívan befolyásoló környezeti tényezőkkel/attitűddel áll összefüggésben.

Dietoterápia (Medical Nutrition Therapy/MNT): Táplálkozásra, táplálásra vonatkozó speciális szolgáltatás a betegségek kezelése céljából, amelyet regisztrált dietetikus végez a gyógyító folyamat szerves részeként, amely magában foglalja a táplálásterápiát és a táplálkozási intervenciót. A szervezet kedvező tápláltsági állapota megőrzésének vagy kialakításának, illetve az anyagcsere-folyamatok hatékonyságának, optimalizálásának befolyásolása megfelelően összeállított és betanított étrend útján. [1, 2]

Táplálkozási intervenció (Nutrition Care Process/NCP): tervezetten megvalósuló, pontosan definiált táplálkozási probléma megoldását célul kitűző, a terápia részét képező vagy a betegségek megelőzését szolgáló, meghatározott lépésekből álló étrendi beavatkozás. A szervezet kedvező tápláltsági állapota megőrzésének vagy kialakításának, illetve az anyagcsere folyamatok hatékonyságának optimalizálása a táplálkozási szokások megváltoztatása útján. [2, 36, 37, 38]

Táplálásterápia: a gyógyító folyamat szerves része. A szervezet kedvező tápláltsági állapota megőrzésének vagy kialakításának, illetve az anyagcsere-folyamatok hatékonyságának, optimalizálásának táplálással történő befolyásolása.

2. Rövidítések

ADA: American Dietetic Association, Academy of Nutrition and Dietetics/Amerikai Dietetikusok Szövetsége

BMI: Body Mass Index/Testtömeg index

BDA: British Dietetic Association/Brit Dietetikusok Szövetsége

EFAD: European Federation of Dietetic Associations/Európai Dietetikusok Társasága

ELEF: Európai Lakossági Egészségfelmérés

ESPEN: The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism/Európai Mesterséges Táplálási Társaság

FFQ: Food Frequency Questionnaire/Élelmiszer-fogyasztási gyakoriságot felmérő kérdőív

FAQ: Frequently Asked Questions/Gyakran ismételt kérdések

IBS: Irritábilis Bél Szindróma

LDL: Low density lipoprotein/Alacsony denzitású lipoprotein szint

low FODMAP diet: Fermentable Oligo-, Di- and Monosaccharides and Polyols Diet/Fermentábilis oligo- és diszacharidokat, polioloikat korlátozó étrend

MDOSZ: Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége

MNA: Mini Nutritional Assessment/Idősek tápláltsági állapotának validált szűrő és felmérő eszköze

MNA-SF: Mini Nutritional Assessment Short-Form/Idősek tápláltsági állapotának validált szűrő és felmérő eszköze rövidített változata

MNT: Medical Nutrition Therapy/Dietoterápia

MUST: Malnutrition Universal Screening Tool/Univerzális Malnutríción rizikószűrő módszer

NCP: Nutrition Care Process/Táplálkozási intervenció folyamata

NEFI: Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

NRS2002: Nutritional Risk Screening/Táplálkozási rizikószűrő módszer

RCT: Randomised Controlled Trial(s)/Randomizált, kontrollált klinikai vizsgálat(ok)

SGA: Subjective Global Assessment/Szubjektív tápláltsági állapotfelmérés: SZTF

STRONGkids: Screening Tool for Risk of Impaired Nutritional Status and Growth/Malnutríción rizikóját szűrő teszt csecsemők és gyermekek részére

STAMP: Screening Tool for the Assessment of Malnutrition in Pediatrics/Malnutríción rizikószűrő és felmérő módszer gyerekeknél

OENO: Orvosi Eljárások Nemzetközi Osztályozása

OTÁP: Országos Táplálkozás és Tápláltsági Állapot Vizsgálat

OGYÉI: Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet

WHO: World Health Organization/Egészségügyi Világszervezet

3. Bizonyítékok szintje

A bizonyítékokat az U.S. Preventive Services Task Force módszertanának adaptált rendszerével soroltuk be, amely a bizonyítékok megbízhatóságának mértékét határozza meg.

Erősen megbízható

A bizonyítékok összessége a kérdésre választ adó, jó minőségű tanulmányokból származik, nem valószínű, hogy a jövőben végzett kutatás megváltoztatja.

Elfogadhatóan megbízható

A bizonyítékok összessége a kérdésre választ adó, limitált minőségű tanulmányokból származik, az alábbi hibák, hiányosságok lehetnek a forrástanulmányokban:

- a vizsgálati minta mérete (betegszám), a tanulmány lefolytatásának minősége,
- nem eléggé egybehangzó eredmények,
- az eredmények nem teljesen alkalmazhatók a hazai környezetben.

A jövőben folyó kutatások eredményeinek nagysága vagy iránya lehet eltérő is olyan mértékben, hogy az megváltoztathatja a konklúziót.

Nem vagy alig megbízható

A bizonyíték elégtelen ahhoz, hogy annak alapján következtetés levonható lenne.

Okok:

- a vizsgálati minta mérete (betegszám), a támogató tanulmányok száma alacsony,
- alapvető hiba a vizsgálati elrendezésben, módszertanban,
- inhomogenitás a forrástanulmányok között,
- az eredmények nem általánosíthatók,
- nincs információ fontos kimeneti eredményekre vonatkozóan,
- csak szakértői véleményeken alapul.

További kutatások nagy eséllyel megváltoztathatják a bizonyítékot.

4. Ajánlások rangsorolása

A fent bemutatott bizonyítékbesorolásra alapozva, a New Zealand Guidelines Group (NZGG) által alkalmazott módszer alapján került kialakításra az egészségügyi szakmai irányelvben használt ajánlás rangsorolási rendszer. [3]

Ajánlások szintje

Ajánlások (New Zealand Guidelines Group)

szint

Az ajánlást erősen megbízható bizonyítékok támasztják alá

Számos olyan hiteles vizsgálaton alapul, amelyek klinikailag relevánsak, nem ellentmondóak és hasonló hatást mutatnak, saját populációra, hazai környezetre alkalmazhatók. Várhatóan újabb kutatás nem módosítja.

A

Az ajánlást elfogadhatóan megbízható bizonyítékok támasztják alá

Hiteles vizsgálatokon alapul, azonban a vizsgálatok nagyságát, relevanciáját, az eredmények egybehangzóságát és/vagy saját populációra, hazai környezetre alkalmazhatóságát illetően bizonytalanság merül fel, de várhatóan újabb kutatás nem módosítja.

B

Az ajánlást egységesen elfogadott nemzetközi szakértői vélemények támasztják alá

Megegyező tudományos bizonyíték hiányában kiemelkedő nemzetközi szakértők konszenzusán alapul, amely a saját populációra, hazai

C

környezetre alkalmazható, de kutatási eredmény módosíthatja.

Az ajánlást hazai szakértői vélemények támasztják alá

Megbízható tudományos bizonyíték vagy nemzetközi konszenzus hiányában, vagy ha ezek saját populációra, hazai környezetre nem alkalmazhatók, a hazai „legjobb gyakorlat” meghatározása az irányelvfejlesztő csoport tagjainak tapasztalatán vagy konzultációval szerzett szakmai visszajelzéseken alapul. Kutatási eredmény módosíthatja. D

A bizonyítékok mérlegelése a dietetikusi döntéshozatalnak csak egy komponensét jelenti. A beteg/egyén egyedi sajátosságai (társuló betegségek, életkor, várható élettartam, iskolázottsági szint, szocioökonómiai státusz, mozgáskorlátozottság, az étkezését meghatározó külső és belső tényezők, egyéni szükségletek, preferenciák) olyan körülmények, amelyek az ajánlásokban megfogalmazott kezelési céloktól és terápiás stratégiától való eltéréshez vezethetnek.

A bizonyítékok elsődleges forrásai a közvetlen klinikai eredményekre alapozott randomizált kontrollált tanulmányok, az RCT-k (Randomised Controlled Trial). A táplálkozástudományi kutatások kivitelezése, a táplálkozás egészségre gyakorolt hatásának vizsgálata rendkívül összetett megközelítést igényel. A gyógyszerkutatásoknál alkalmazott kettősvak placebo kontrollált vizsgálatokkal nem lehet az étrend egy kiemelt elemét tanulmányozni, hiszen a táplálkozásban nem pusztán az egyes ételek, tápanyagok határozzák meg az élettani következményeket, hanem az étrend és életmód egésze. Emiatt a tényeken alapuló gyakorlat elvének érvényesülése és a tudományos kutatás a dietetikusi munkában egy speciális megközelítést igénylő folyamat.

Fontos szem előtt tartani, hogy nem lehet minden dietetikai beavatkozás vagy táplálásterápia létjogosultságát randomizált, (placebo) kontrollált klinikai vizsgálattal alátámasztani.

A szakmai irányelv sohasem egy adott betegre/egyénre vonatkozó, mérlegelés nélkül alkalmazandó útmutatás. A beteg individuális tulajdonságaira mindig tekintettel kell lenni, s a szakmai irányelvtől adott esetben – megfelelő indok alapján és dokumentált módon – el is lehet térni. A bizonyítékon alapuló dietetikai ellátási folyamat, táplálkozási intervenció sohasem iktathatja ki a gondos dietetikusi mérlegelés szükségességét.

V. BEVEZETÉS

1. A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indokolása

A 2014-es Európai Lakossági Egészségfelmérés (ELEF) hazánkra vonatkozó adatai alapján az egészségtelen étrend okozta a legnagyobb egészségvesztést a felnőttek körében, az összes veszteség negyedét. A krónikus betegségek kialakulásában kiemelkedő szerepet játszó egészségtelen életmód a magyarok jelentős többségére jellemző. A felnőtt lakosság több mint fele súlytöbblettel él, csak minden 6. felnőtt végez a WHO ajánlásainak megfelelő testmozgást, minden 20. alkoholfogyasztása már egészségkárosító, és minden harmadik dohányzik. A NEFI 2015-ös Egészségjelentésében a vizsgált táplálkozási tényezők közül az elégtelen zöldség- és gyümölcsfogyasztásnak, a magas sóbevitelnek, valamint az olajos magvak és diófélék elégtelen fogyasztásának tulajdonítanak komoly szerepet az egészségvesztések kialakulásában. A felmérés

adatai alapján a 15 évnél idősebb magyar lakosság kétharmada (66,8%) fogyasztott naponta valamilyen zöldséget vagy gyümölcsöt, mely jelentős csökkenés a 2009-es 75,5%-hoz képest. [4]

A 2017-es Hazai egészség-pillanatkép szerint a kockázati tényezőkhöz köthető veszteségi rangsor alapján megállapítható, hogy kiemelten az egészséges táplálkozás, valamint az aktívabb életmód előmozdítása, a dohányzás és az alkoholfogyasztás visszaszorítása csökkentené legnagyobb mértékben a hazai egészségveszteségeket. [5]

Az iskoláskorúak egészségmagatartását vizsgálva az eredmények még rosszabb képet mutatnak: a tanulók 32,6%-a válaszolta, hogy napi rendszerességgel fogyaszt gyümölcsöt. Mindössze 18,2% a naponta többször is fogyasztók hányada, és több mint 10% azoknak az aránya, akik még heti gyakorisággal sem esznek gyümölcsöt. A táplálkozási szokásokban tapasztalt változások, az előző felmérésekkel összevetve, jó irányba mutatnak, de az adatok (étkezések rendszeressége, táplálék-összetétel) még mindig nagyon kedvezőtlennek mondhatók. Hazánkban sok fiatal érintett a túlsúlyosságban, a testképproblémákban, testképzavarokban, a fogyókúrázásban, valamint a magyar fiatalok fizikai aktivitása sem kielégítő mértékű. [6]

A NETFIT 2015/16 tanévben végzett felmérése alapján az 5–12. évfolyamos tanulók 25,8%-a (a fiúk 28%-a és a lányok 23,8%-a) került a túlsúlyos (fejlesztés szükséges) vagy elhízott (fokozott fejlesztés szükséges) kategóriákba. Kiemelt figyelmet érdemel, hogy a 2014/15-ös tanévhez viszonyítva 1,8–2 százalékponttal nőtt a magas BMI-vel rendelkezők aránya. Az értékek kedvezőtlen irányú alakulása felhívja a figyelmet az optimális testtömeg elérésének fokozott szükségességére, hiszen 4–6-szor nagyobb eséllyel jelentkezik a metabolikus szindróma a normál testtömegindexű társaikhoz képest azon fiataloknál, akik a túlsúlyos vagy elhízott kategóriákba tartoznak és megközelítőleg 8–17-szer nagyobb az elhízott tanulóknál. [7, 8]

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) állásfoglalása alapján a krónikus, nem fertőző megbetegedések megelőzésében és kezelésében legnagyobb jelentőségű az életmód, ennek részeként pedig az étrend megváltoztatása. Az Amerikai Dietetikus Társaság (ADA) állásfoglalása szerint a táplálkozási intervenciónak és az életmódváltásnak az elsőként választandó beavatkozásnak kell lennie. [9-11]

Az OTÁP 2009 vizsgálatban a felnőtt magyar lakosság közel kétharmada (61,8%) volt a testtömeg index alapján túlsúlyos vagy elhízott. A BMI átlaga a felnőtt lakoságnál 27,3 kg/m² volt, melynek alapján a lakosság a túlsúlyos kategóriába tartozott. Minden harmadik felnőtt túlsúlyos és további 28,5% elhízott volt. Soványnak a felnőtt lakosság mindössze 1,8%-a volt mondható. Férfiaknál (63%) és nőknél (61%) volt a túlsúly és elhízás együttes előfordulási aránya. [12]

A legutóbbi, 2014-es reprezentatív Országos Táplálkozás és Tápláltsági Állapot Vizsgálat (OTÁP) eredményei alapján a magyarok táplálkozási szokásai nem felelnek meg az egészséges táplálkozásra vonatkozó ajánlásoknak (a magyarok a javasoltnál több, és főleg állati eredetű zsírt, kevés teljes kiőrlésű gabonafélét fogyasztanak, gyümölcs- és zöldségfogyasztásuk ugyanakkor nem kielégítő). Egy magyar felnőtt naponta több mint öt órát ül, csak 7000 lépést tesz meg, és mindössze 10 percet sportol. 2014-ben Magyarországon három felnőttből kettő túlsúlyos vagy elhízott volt. [13]

Folyamatban van az OGYÉI újabb, reprezentatív vizsgálata, melynek keretében felméri a felnőtt magyar lakosság táplálkozási szokásait, fizikai aktivitását és pontos mérések segítségével

meghatározzák, milyen gyakori hazánkban a túlsúly, elhízás vagy épp az alultápláltság előfordulása a felnőttek körében. [14]

A hazai kórházakban a betegek tápláltságának felmérése, tápláltsági állapotukból adódó veszélyeztetettségük értékelése jelenleg még nem általános gyakorlat. A malnutrició bizonyítottan rontja a gyógyulási esélyeket, növeli a kórházi tartózkodás idejét és költségét, a beteg életkilátásait és életminőségét. A megfelelő tápláltsági állapot elősegíti a beteg gyógyulását, csökkentheti kezelési költségeit.

A kórházba kerülő betegek körében az alultápláltak aránya magas. [15] A rutinszerűen végzett szűrővizsgálatok, a kompetenciák, felelősök nem meghatározottak, pedig a szűrés gazdasági és egészségi előnyei kimutatottak. [16, 17] Egy 2012 nyarán, közel 50 intézményben, 1755 betegen elvégzett tápláltsági állapot rizikószűrés eredményei szerint a kórházi kezelésben részesülő felnőtt betegek 64%-ánál volt megállapítható olyan tápláltsági állapot, aminek szakszerű dietoterápiás vagy táplálásterápiás befolyásolása nélkül az alapbetegség gyógyulásának esélyei csökkennek, a beteg későbbi életminősége romlik, a szövődmények száma pedig nagy valószínűséggel emelkedni fog. [18]

A malnutriciónak az alapellátásban és a kórházakban rutinszerűen elvégzett komplex szűrésével a kóros tápláltsági állapotú betegek beazonosíthatóak lennének. A tápláltsági állapotnak megfelelően alakított dietoterápia, ill. táplálásterápia számos egészségügyi előny mellett komoly költségkímélő hatással is járna. A dietetikus által kivitelezett komplex táplálkozási intervenció, dietoterápia nélkülözhetetlen eleme a kezelésnek. Az Európai Unió tagállamai Egészségügyi Minisztériumainak képviselői még 2009-ben megfogalmazták a legfontosabb teendőket a malnutricióval kapcsolatban. Ebben szerepelt, hogy minden ellátási formában biztosítani kell, hogy mindenkinek a legjobb táplálást és táplálásterápiát lehessen felajánlani. [18]

A témaválasztás indoka

Extrém magas és növekvő prevalencia figyelhető meg számos olyan megbetegedés esetében, melyek diétával/meghatározott vagy szabályozott táplálkozással megelőzhetőek lennének, vagy a terápiának fontos eleme az étrend.

A dietetikus jelenléte a járó- és fekvőbeteg-ellátásban szabályozott, míg az alapellátásban nem. [19]

Az alapellátásból hiányoznak az olyan dietetikusok, akik a klasszikus alapellátási feladatok elvégzésében részt vállalva, a hagyományos szolgáltatásokat meghaladó, lakhelyközeli szolgáltatást nyújthatnának. Az életmódváltást segítő szakembereknek az alapellátásba történő bevonása tehermentesíthetné az egészségügyi ellátórendszer felsőbb szintjeit, segítene megelőzni az életmódváltással, táplálkozási intervencióval befolyásolható, olyan népegészségügyi jelentőséggel bíró megbetegedéseket, mint pl. az elhízás, metabolikus szindróma, 2-es típusú diabétesz, kardiovaszkuláris megbetegedések és egyes daganatok.

A dietetikus és háziorvos együttműködésének célja: [20]

- képessé tenni a pácienszt az önmenedzselésre,
- a háziorvosi ellátás időtartamát csökkenteni,
- a megelőzés lehetőségének növelése,

- a gyógyszeres kezelések hatékonyságának és eredményességének támogatása,
- a költséges szakellátás, illetve a kórházi kezelés igényének redukálása,
- a technológiai lehetőségek hatékony hasznosítása,
- az alapellátás multidiszciplinaritása, a területi egyenlőtlenségek, a dietetikai ellátáshoz való hozzáférés javítása.

Az alapellátásba bevont dietetikusok az életmódváltást, a táplálkozással összefüggő kockázatok felmérését és csökkentését célzó szolgáltatások elérhetőségének szélesítésével, szakmailag eredményesen tudnának bekapcsolódni az alapellátás megelőzést előtérbe helyező szemléletének megerősítésébe. [21, 22] Hasonlóan a nemzetközi gyakorlathoz a dietetikus a lakosságközei ellátásba több területen is bekapcsolódhat. [34, 35]

A dietetikus lehetséges egyéb együttműködései az alapellátáshoz kapcsolódóan [23–25]

- egészségfejlesztő irodák/EFI,
- házi orvos csoport praxis, praxisközösség,
- önkormányzati egészségfejlesztő programok, -intézmények,
- iskolaegészségügy,
- védőnői szolgálatok,
- foglalkozás-egészségügy,
- élelmiszer-kereskedelem,
- közétkeztetés (oktatási intézmények, szociális ellátás, munkahelyi ételmezés),
- felnőtt- és gyermekfogászat,
- egészségvédő, egészségfejlesztő célú alapítványok, médiumok,
- betegszervezetek,
- alapellátáshoz kapcsolódó szakmai szervezetek.

A minimumfeltételek megvalósulása a mindennapokban nem kielégítő. A MDOSZ által 2015-ben, 54 egészségügyi szakellátás intézményben végzett felmérés adatai szerint a dietetikusokra vonatkozó személyi minimumfeltételek csupán az intézmények 61%-ánál valósultak meg. [26]

Az alapellátásban megoldatlan a regisztrált dietetikus által végzett táplálkozási tanácsadás, a fekvőbeteg-ellátásban pedig sok területen alulreprezentált a dietetikusok jelenléte, emiatt nő a veszélye annak, hogy sérül az ellátás színvonala. [27]

A nem egységes dokumentáció és hivatásgyakorlás nem tudja megfelelően biztosítani a jól nyomon követhető intervenciót, monitorozást és a betegbiztonságot.

A kórházakban esetleges, nem szabályozott a tápláltsági állapot rizikószűrése, illetve a táplálkozási anamnézis felvételének és dokumentálásának módja.

A kóros tápláltsági állapot egységes irányelvek mentén történő kezelése lerövidíti a kórházi tartózkodást, növeli a gyógyulás esélyét, csökkenti a mortalitást és a költségeket. A tápláltsági állapot rendezésével, illetve az adekvát dietoterpia biztosításával jelentős egészségjavulás érhető el. [28-31]

A megfelelő ellátás csak szisztematikusan átgondolt és kivitelezett dietoterapiás/táplálásterapiás folyamattal valósítható meg, ami egységes alapelvek szerint dokumentálva a dietetikus munka minőségjelzője is lehet. [32, 33]

Az irányelv a dietetikusok tevékenységének összehangolásához és az általuk összegyűjtött adatok, illetve az elvégzett munka értékeléséhez nyújt segítséget, egyúttal új alapokra helyezve a dietetikusok működését és helyzetüket az egészségügyi ellátásban.

Az irányelv céljai:

- Meghatározni a dietetikusok tevékenységének alapvető lépéseit, és az azokhoz tartozó kompetenciákat az alapellátásban és a szakellátásban.
- A tápláltsági állapotuk miatt veszélyeztetett vagy más okból szabályozott étrendet igénylő betegek dietetikai ellátása egységes, hatékony és biztonságos szakmai elvek mentén történjen.
- A jelenlegi, nem egységesen dokumentált, alapvetően a tapasztalatokon alapuló helyes hivatásgyakorlatot szükséges egy minőségbiztosítási keretrendszerbe foglalni. Az új irányelv, a szakmai felügyelet ellenőrzési tevékenységének alapjául is szolgálhat.
- A dietetikus szakma szabályozott, dokumentált működése lehetőséget nyújt az adatok elemzésére, tendenciák, következtetések levonására a döntéshozók számára.
- Az idült nem fertőző betegségek, a táplálkozással összefüggő betegségek rohamos növekedésének visszaszorítása és a rizikótenyezők csökkentése (pl. magas vérnyomás és vércukorszint, elhízás stb.) érdekében elengedhetetlen a dietetikai szolgáltatás elérhetősége és hatékonyabb működése.

2. Felhasználói célcsoport

Az alap- és szakellátásban dolgozó dietetikusok, akik az általuk ellátott betegek táplálkozási rizikó felmérésével, a dietetikai problémák feltárásával, a betegek táplálás/dietoterapiás kezelésével, táplálkozási intervenciójával, dietetikai betegegyüttműködéssel, valamint a diétát igénylő betegek gondozásával továbbá a kóros tápláltsági állapot kialakulásának és a táplálkozásfüggő megbetegedések megelőzésével foglalkoznak.

3. Kapcsolat a hivatalos hazai és külföldi szakmai irányelvekkel

Egészségügyi szakmai irányelv előzménye:

Hazai egészségügyi szakmai irányelv ebben a témakörben még nem jelent meg.

Kapcsolat külföldi szakmai irányelv(ek)kel:

Jelen irányelv ajánlásait az eredeti bizonyítékok feldolgozásával fogalmazták meg, nincs kapcsolata külföldi irányelvekkel.

Kapcsolat hazai egészségügyi szakmai irányelv(ek)kel:

Jelen irányelv nem áll kapcsolatban más hazai egészségügyi szakmai irányelvvvel.

VI. AJÁNLÁSOK SZAKMAI RÉSZLETEZÉSE

Ajánlás 1

A táplálkozási rizikó szűrésének rutinszerű elvégzése minden egészségügyi ellátásba kerülő betegnél szükséges (A)

A legtöbb szerv akut vagy krónikus megbetegedése befolyással lehet a táplálékfelvételre vagy hasznosulásra és az anyagcsere-folyamatokra. Az így kialakuló, fokozott katabolizmussal járó, táplálkozásfüggő állapotok növelik a morbiditást és kedvezőtlenül befolyásolhatják a mortalitást is. [39, 40]

Az elhízott vagy túlsúlyos betegek ellátásának költsége 2012-ben legalább 207 milliárd Ft volt, ami a teljes E-Alap kiadásainak 11,6%-át és a bruttó hazai termék 0,73%-át tette ki. A betegek hozzájárulása a kezeléshez legkevesebb 22 milliárd Ft-ot igényelt. Figyelembe véve az elhízottaknál nagyobb arányban kialakuló és nagyobb kezelési költséget jelentő betegségeket, továbbá az esetlegesen magasabb incidenciát, a valódi költségek ennél lényegesen nagyobbak lehetnek (az összes egészségügyi közkiadás 5–18%-a, illetve a bruttó hazai termék legalább 1%-a). [41, 42, 43]

Számítások szerint az alultápláltság hazánkban évente legalább 135 milliárd forint többletkiadást okoz, többek közt a hosszabb kórházi tartózkodások, több szövődmény és a lassabb gyógyulási folyamatok miatt.

Szakértők szerint az alapellátásban és a kórházakban néhány perc alatt elvégezhető komplex tápláltsági állapotvizsgálat segítségével a malnutrició minden formája (mennyiségi és/vagy minőségi) minden életkorban kellő biztonsággal felismerhető. Így elkerülhető a malnutrició számos káros következménye. [18, 44, 45]

Az éhezés, a betegség, valamint az előrehaladott életkor (80 év felett) önmagában is malnutricióhoz vezethet, és a kockázatot csak fokozza a fenti tényezők együttes fennállása. [39]

A malnutrició rizikószűrés egy olyan gyors módszer, mellyel beazonosíthatók a táplálkozási kockázattal rendelkező egyének. A szűrést megfelelő validált eszközzel, 24–48 órán belül el kell végezni minden, az egészségügyi ellátásba jelentkező személynél. Az eredménytől függően, a szűrést ezt követően rendszeres időközönként meg kell ismételni.

A kóros tápláltsági állapot rutinszerű szűrése elengedhetetlen ahhoz, hogy a fokozott kockázatú betegeket időben megfelelő táplálásterápiában, táplálkozási intervencióban részesíthessük. [46]

Ajánlás 2

A szűrőmódszerek kiválasztása

A szűrőmódszerek kiválasztásánál kívánatos, hogy validált módszert használjunk. (B)

Ezek az eszközök felnőttek esetében a mért testmagasság és testtömeg, az ebből számított BMI, az akaratlan testtömegváltozás, a táplálékfelvételben bekövetkezett változások, a betegség súlyossága és az életkor figyelembevételével becsülik meg a táplálkozási kockázatot.

A gyermekkorban használatos szűrőmódszerek (amilyen pl. a STRONGkids, a STAMP) figyelembe veszik a malnutrícióval járó alaphbetegség jelenlétét vagy várható nagyműtétet, a gyermekon megfigyelhető, alutápláltságra utaló külső jegyeket, illetve a fokozott tápanyagvesztésre vagy elégtelen bevitelre utaló körülményeket. További kockázatjelző tényező egyéves kor alatt a súlygyarapodásban való elmaradás vagy súlyvesztés. [47-49]

A nemzetközi gyakorlatban kórházi körülmények között felnőtteknél a NRS2002 vagy a MUST használata terjedt el. Ezt a két módszert javasolja a 2016-os ESPEN ajánlás is. [39]

Idős korban a MNA, vagy annak rövidített változata az MNA-SF javasolható.

Speciális esetekben a SGA (Subjective Global Assessment, Szubjektív Tápláltsági állapot Felmérés: SZTF) is alkalmazható. [50, 51]

Ajánlás 3

A szűrést végzők körének meghatározása

A szűrést végezhetik mindazok az egészségügyi szakdolgozók, akik részt vesznek az ellátásban, elsősorban ápolók, védőnők, asszisztensek, orvosok. (D)

A táplálkozási rizikószűrés speciális szakértelmet nem igényel, a legtöbb validált módszer gyorsan elvégezhető, csupán néhány kérdésből áll, melyhez megfelelő kitöltési útmutatók állnak rendelkezésre. **Elsődleges szempont, hogy lehetőség szerint az egészségügyi ellátórendszerbe kerülő minden személy szűrésre kerüljön, és annak eredménye megjelenjen a betegdokumentációban.**

Önszűrés

Az alap- és járóbeteg-ellátásba érkezők gyakran idő- és kapacitáshiány miatt nem kerülnek tápláltsági állapot rizikószűrésre. Erre a problémára jelenthet megoldást a betegek önszűrésének módszere, mely összehasonlítva a szakemberek által végzett szűrés eredményeivel, kellő egyezést mutat, így jó alternatívát jelenthet az idő- és szakemberhiánnyal küzdő ellátásokban. **(C)** [52]

A szűrés eredményének értékelése a legtöbb módszernél egyszerűen, azonnal elvégezhető, és a nagy rizikóval rendelkezők dietetikus szakemberhez történő irányításával a megfelelő dietoterápia időben elkezdhető.

Ajánlás 4

A szűrés eredményeinek dokumentálása.

Az elvégzett szűrés eredményeit, a szűrést végző személy megnevezésével együtt a betegdokumentációban fel kell tüntetni oly módon, hogy az a beteg ellátását végző team tagjai, kiemelten a dietetikus számára is hozzáférhető lehessen. (C)

Ajánlás 5

A helyi eljárásrend szerint a dietetikushoz szóló beutalóval dokumentált betegút javítja a teammunkát és a betegbiztonságot. (D)

A szűrés elvégzésének ténye és eredménye a dietetikai dokumentáció részét képezi. A dokumentálásra került adatoknak a vonatkozó adatvédelmi jogszabályoknak is meg kell felelniük. [96]

Ajánlás 6

A kiszűrt betegek (szisztematikus folyamat keretében végzett) dietetikai ellátásban részesítése jelentős egészségjavulást eredményez. Javítja a kezelés eredményességét, csökkentheti a rossz tápláltsági állapot miatt kialakuló szövődményeket és mérsékelheti az ellátás költségeit. (B) [41, 53, 54, 55, 56, 94]

A kóros tápláltsági állapot szűrésének akkor van értelme, ha a beazonosított, táplálkozási kockázattal rendelkező egyéneket a szűrést követően táplálkozási intervencióban, táplálás-, illetve dietoterápiában részesítjük. [57] A rizikóval rendelkezők tápláltsági állapot felmérése, a táplálkozási probléma beazonosítása, táplálási terv (célok) meghatározása és a táplálkozási intervenció (NCP) vagy a dietoterápia (MNT) tervezetten történő kivitelezése, meghatározott időközönkénti felülvizsgálata dietetikus kompetencia.

Ajánlás 7

Szakirodalmi adatok támasztják alá, hogy a dietetikus által végzett intervenció hatásossága jobb, mint a más egészségügyi szakemberek által nyújtott étrendi útmutatás. (B) [53, 55, 58–64]

Egy tanulmány szerint a frissen diagnosztizált 2-es típusú cukorbetegéknél a dietetikus által végzett intenzív táplálásterápiás intervenció a HbA1c értéket 2 százalékponttal, míg a hosszabb betegségtartammal élő cukorbetegéknél 1 százalékponttal csökkentette. A dietetikus által végzett betegedukáció eredményeként a vizsgálatba bevont személyeknél a betegségről biztosabb tudást és az önmenedzselésre nagyobb motivációt tapasztaltak. [53, 61, 65]

A dietetikus által 2–12 alkalommal végzett dietetikai konzultációk (első 60 perc a kontrollok 20–45 perc) prediabetes esetén szoros összefüggést mutattak a testtömeg, a BMI, a haskörfogat, az éhomi vércukor, az össz koleszterin az LDL, és a triglicerid szint csökkenéssel.

2-es típusú diabeteses betegeknek az intenzív dietoterápia bizonyítottan elősegítette a HbA1c csökkenés fenntartását, illetve javítását 12 hónapig. A felnőtt betegeknek javította az emocionális kondíciót, a vércukorszintet és a mért antropometriai értékeket, az optimális farmakoterápia mellett emelkedett HbA1c értékek esetén is. [65]

A kórházi diéta előírása, megrendelése szignifikánsan kevesebb tévesztéssel és gyorsabban zajlott egy kanadai retrospektív vizsgálat szerint akkor, ha dietetikus végezte, összehasonlítva az ápolók vagy asszisztensek által leadott rendelésekkel. [66]

A dietetikus által végzett intervenció 9,5%-kal csökkentette a kórházi és 23,5%-kal az orvosi beavatkozás szükségességét diabeteses betegcsoportban. [67, 68]

A dietetikai tevékenység, konzultáció hatékonysága az alapellátásban abban nyilvánult meg, hogy javult a táplálkozás minősége, a cukorbetegség eredményei (vércukorszint, glikolizált hemoglobin), a fogyás mértéke (testtömeg, derékkörfogat), és mérséklődött a várandósság alatti testtömeggyarapodás. [69]

A dietetikus munkája hatékony a Low FODMAP étrend oktatásában az irritábilis bél szindróma (IBS) kezelésében és a bizonyítékok azt mutatják, hogy hatásos és gazdaságos szolgáltatás. A nem dietetikus vezette megvalósítás veszélyeket rejt magában, mivel nincs evidencia az ezzel kapcsolatos klinikai hatékonyságra vagy kockázatokra. A dietetikus személye a klinikai gyakorlatban az IBS-ben fokozott figyelmet érdemel. A dietetikusok azok az egészségügyi szakemberek, akik a táplálkozási és táplálási problémák kezelésére a bizonyítékon alapuló terápiát alkalmazzák. Ők etikai kódex alapján dolgoznak, és kutatásokat végeznek az IBS dietetikai kezelésének fejlődő területén. [70]

Ajánlás 8

A táplálkozási intervenció (NCP) folyamata: a táplálkozási anamnézis felvétele, dietetikai diagnózis felállítása, táplálásterápiás/táplálkozási intervenció terv (célok) meghatározása, a táplálásterápia/táplálkozási intervenció kivitelezése, monitorozása, elemzése. (A)

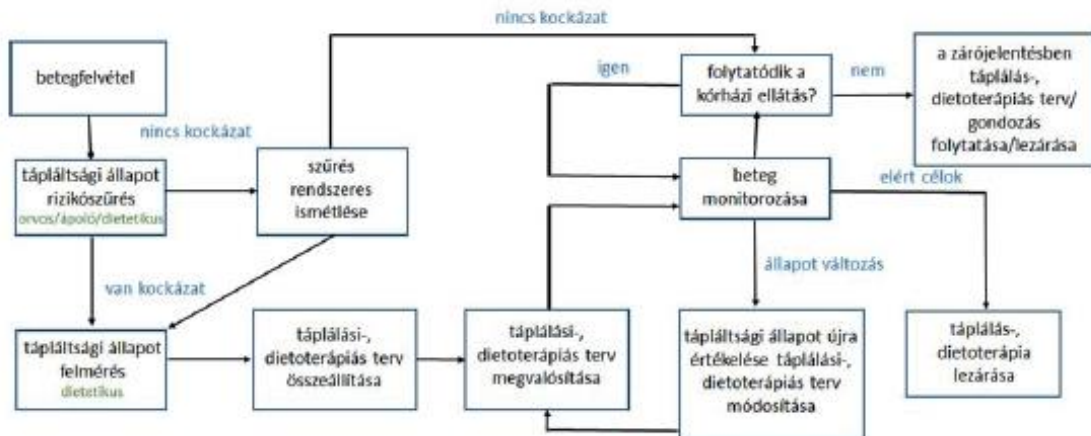
A táplálkozási anamnézis felvétele

A részletes táplálkozási anamnézis felvétele kitér a beteg táplálkozási szokásainak és az azokat befolyásoló tényezőkre a feltárására. Felvétele a dietetikus további munkájának kiindulópontja.

A táplálkozási anamnézisz felvétel javasolt elemei:

- személyes adatok felvétele,
- szocioökonómiai státusz megítélése, önellátás szintjének meghatározása, az önálló étkezést nehezítő, akadályozó tényezők feltárása,
- betegségekhez/állapothoz kapcsolódó, táplálkozást befolyásoló adatok, vizsgálati eredmények, gyógyszeres kezelés áttekintése,
- étkezési szokások és táplálkozási ismeretek felmérése, ételkészítési szokások kikérdezése,
- attitűd felmérése (étrend változtatására vonatkozó motiváció, lehetőség, hajlandóság).

1. számú ábra: A dietetikai ellátás folyamatának algoritmus [84]



Forrás: Nutrition Care Process (Mueller C. et al. ábrája alapján adaptálva)

Ajánlás 9

A tápláltsági állapot, a tápanyagbevitel, valamint a táplálkozással összefüggő betegségek kockázati tényezőinek feltárása.

Antropometriai adatfelvétel (a dokumentációs elvárásoknak megfelelően)

Minden ellátásba kerülő beteg esetében szükséges legalább a testmagasság, testtömeg megmérése, vagy meghatározása és dietetikai dokumentációban is történő dokumentálása. (C)

Ajánlás 10

A testösszetétel meghatározása fontos kiegészítője a tápláltsági állapot meghatározásának. (A)

Számos tanulmány rámutat arra, hogy a tápláltsági állapotnak pusztán a testtömegindex (BMI) alapján történő megítélése nem ad pontos képet az egyén valós tápláltsági állapotáról, a fokozott kockázattal bíró egyéneknél szükséges a testösszetétel meghatározása is. [71–74]

Ajánlás 11

Az étrend felmérésére szolgáló módszerek kiválasztását a rendelkezésre álló idő, a beteg állapota, körülményei határozzák meg. Lehetőség szerint validált módszerek alkalmazására kell törekedni. (FFQ, FAQ, 24 órás recall, étrendi napló) (C)

A dietetikai állapotfelmérés fontos eleme az étrend feltérképezése. Arra kell törekedni, hogy választott módszer lehetőleg validált legyen, alkalmazkodjon a beteg/kliens állapotához. A módszer kiválasztásakor szükséges továbbá mérlegelni az egyes eszközök előnyeit és korlátait, időigényét és azt, milyen részletességű és pontosságú adatokra van szükség a táplálkozási probléma beazonosításához. Az étrend vizsgálata adatokat szolgáltat a dietoterápia szükségességének meghatározásához, a táplálkozási problémák azonosításához, melyek ismeretében a táplálási, étrendi célok is meghatározhatók.

Ajánlás 12

A környezeti tényezők, motiváció, tudásszint és attitűd feltérképezése segít a táplálkozási probléma felderítésében, figyelembevétele nélkülözhetetlen a dietetikai tanácsadás során. (D)

A táplálkozási probléma okának megismeréséhez szükség van mindazon környezeti, tudás- és attitűdbeli tényezők és a motiváció feltérképezésére, melyek a probléma okaként kerülhetnek a dietetikai diagnózisban meghatározásra, és a terápiás terv felállításakor ezek figyelembevételével határozhatók meg az elérni kívánt változások, eredmények.

Ajánlás 13

A táplálkozást befolyásoló egészségügyi adatok áttekintése, a vizsgálati eredmények és tervezett terápiás beavatkozások ismerete a dietetikai anamnéziszfelvétel része, ezért biztosítani kell az alap- és szakellátásban is a dietetikus részére a hozzáférést az egészségügyi dokumentációhoz. (A)

A dietetikus számára nélkülözhetetlen információkat sokszor az egészségügyi dokumentáció azon adatai (részei) szolgáltatják, melyet nem saját maga vesz fel, illetve határoz meg. Ilyenek pl. a különféle elrendelt gyógyszerek, tervezett vagy elvégzett terápiás vagy diagnosztikus beavatkozások, vizsgálati eredmények, kórállapotok. Kívánatos, hogy a dietetikus ezekhez az adatokhoz hozzáféréssel rendelkezzen.

Ajánlás 14

A dietetikai diagnózis megfogalmazásakor azonosítani kell a táplálkozási problémát, annak okát és az alátámasztását (meglétét) igazoló tüneteket, eredményeket. (A)

A dietetikai diagnózis a megváltozott táplálékfogyasztással, a nem megfelelő táplálkozási ismeretekkel, vagy a nem megfelelő és a táplálkozást aktívan befolyásoló környezeti tényezőkkel/attitűddel áll összefüggésben.

A dietetikai diagnózis felállításához sor kerül mindazon táplálkozási problémák feltárására és beazonosítására, melyek az egyén fizikai, mentális vagy szociális jóllétét befolyásolhatják és megoldásuk a dietetikus kompetencia körébe tartozik. A diagnózis reflektálhat egy objektíven alátámasztott, meglévő, vagy egy feltételezhetően bekövetkező (pl. táplálkozást befolyásoló orvosi beavatkozás következményeként) táplálkozási problémára. Továbbá meghatározhatja azokat a potenciális táplálkozási problémákat, melyek táplálkozási intervencióval megelőzhetik az egészségi állapot romlását, illetve megőrizhetik az egészséget. [32]

Ajánlás 15

A táplálkozási probléma adódhat a szükséglethez viszonyított tényleges energia- és tápanyagbevitel eltéréseiből, a táplálkozást vagy a szükségletet befolyásoló klinikai vagy fizikai állapotból, illetve előállhat a környezeti hatások, nem megfelelő ismeret és attitűd miatt. [32] (B)

Ajánlás 16

Javasolt a dietetikai diagnózist strukturáltan megfogalmazni: probléma etiológia-alátámasztó tünetek, jelek. (A)

A dietetikai diagnózis javasolt felépítésénél az információkat alapvetően három klaszterbe érdemes csoportosítani, melyek a kliens táplálkozását befolyásoló probléma meghatározása, a probléma

feltételezett okának definiálása és azoknak az objektív és szubjektív jeleknek, vizsgálati eredményeknek a megfogalmazása, melyek a probléma fennállását, kialakulását igazolják. Az ilyen módon struktúrált diagnózis támpontja lehet a táplálási terv meghatározásának és a célok, indikátorok kiindulópontjaként is szolgálhat.

Az ilyen módon struktúráltan megfogalmazott dietetikai diagnózis használatára az egységes szakmai nomenklatúra hazai adaptációját ajánljuk. (1. számú melléklet)

Ajánlás 17

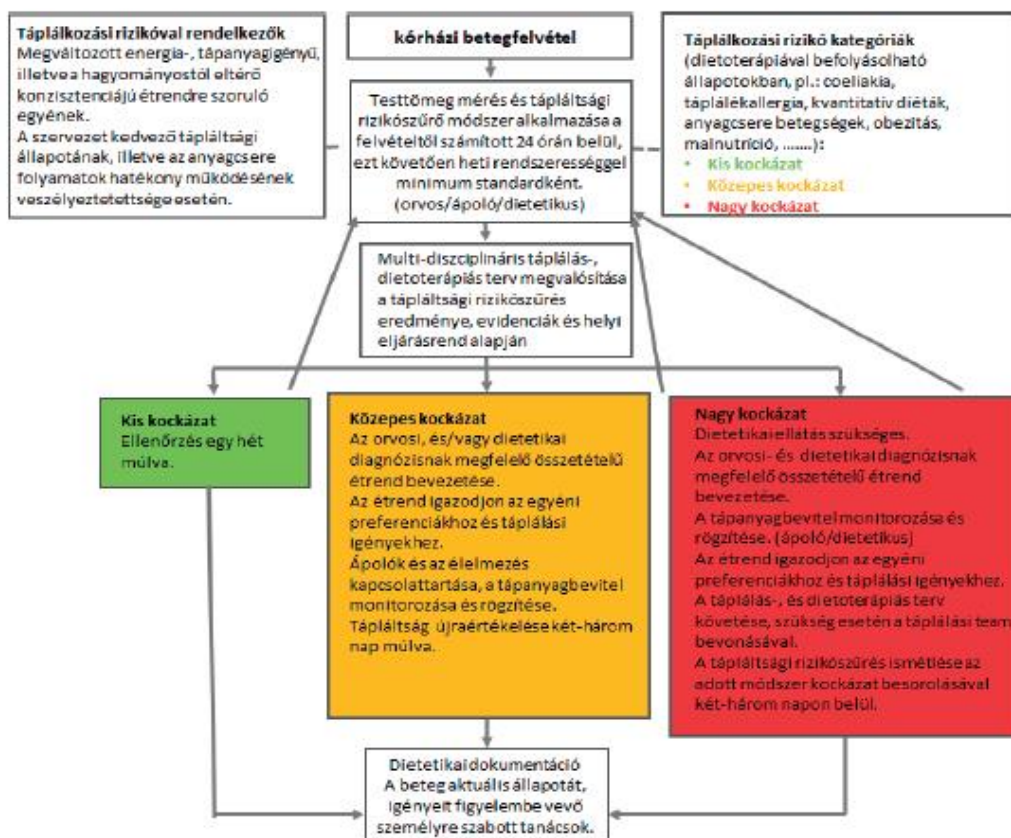
A személyre szabott dietoterápiás terv meghatározása (figyelembe véve a páciens egyéni szükségleteit, speciális igényeit, preferenciáit, ismereteit, lehetőségeit, prioritásait) az alábbi struktúrában javasolt: célok, indikátorok, ütemezés. (A)

A dietoterápiás terv a dietetikai diagnózisban megfogalmazott problémákra vonatkozóan, a feltárt és befolyásolható okok megoldására vagy javítására irányuló lépések meghatározását jelenti. A világosan megállapított célok, az azok elérését jelző paraméterek, indikátorok definiálása, az egyes elemek ütemezése nélkülözhetetlen részei a folyamatnak.

Különös figyelmet kell szentelni a dietetikai diagnózisban megfogalmazott attitűdre, ismeretre, életkörülményekre, melyekhez a tervezett lépéseknek, azok ütemezésének alkalmazkodnia kell. Az indikátorok a tervben megfogalmazott célok elérését, az intervenció hatékonyságát objektíven leíró adatok lehetnek (pl. elérni kívánt testtömeg, energia- vagy tápanyagbeviteli érték, étkezési gyakoriság, étkezési attitűd változása, tudásszintnövelés).

A gondozás, kontroll esetén a dietetikus kompetenciája, hogy a NCP folyamatát milyen részletességgel alkalmazza az egyén állapotának és a kitűzött célok magvalósulásának függvényében.

2. számú ábra: A dietetikai gondozás folyamata fekvőbeteg-intézményben [95]



Forrás: A gyógyélelmezés/dietetikai gondozás folyamata fekvőbeteg-intézményben (A. C. Cymru: Hospital Catering and Patient Nutrition, a Review ábrája alapján adaptálva)

Ajánlás 18

A táplálkozási intervenció megvalósítása

Az alap- és szakellátásban a táplálkozási rizikósűrés alapján a nagy rizikójú egyének dietoterápiáját, dietetikai edukációját dietetikus szakember végezze. (A) [39, 69]

Egyéni tanácsadás

Az egyéni tanácsadás a betegoktatás leghatékonyabb formája, mert a dietetikus könnyebben tudja a pácienssel megismertetni és elfogadtatni a szükséges diétát, azonnal tud válaszolni felmerülő kérdésekre, illetve közvetlenebbül bevonhatók a gondozók, családtagok. [75]

Az egyéni tanácsadásnál figyelembe kell venni a betegséget (illetve betegségeket), a beteg státuszát (pl. betegség szakasza, hatása az életvitelre, fizikai/mentális/pszichés állapotra, cselekvési képességre), a megfogalmazott tanácsoknak illeszkedniük kell az alkalmazott terápiákhoz (pl. gyógyszeres vagy műtéti kezelés, radioterápia, mozgásterápia), a beteg specifikus igényeihez (pl. életkor, iskolázottság, szociális helyzet). A hatékony tanácsadás kellően személyre szabott, gyakorlatias legyen.

Az egyéni tanácsadás során beszélni kell az ételmyszer-választék megítéléséről, a nyersanyagválogatás szempontjairól, beszerzés lehetőségeiről és a javasolt konyhatechnológiai eljárásokról.

A táplálkozási napló vezetésének betanítása elengedhetetlen olyan esetekben, amikor az étrend pontosabb megítélésére, kvantitatív elemzésére van szükség, illetve a táplálkozással összefüggő tünetek beazonosítását tűzzük ki célul.

Az egyéni tanácsadás keretében kerülhet sor a beteg képességeihez, igényeihez igazodó módon, az előírt kvantitatív étrendek számolásának betanítására is.

A beteg által vezetett táplálkozási napló elemzéséhez segítségül szolgálhatnak az étrendelemző szoftverek. Ezek hiányában az általános tendenciák megfigyelését, becsléseket lehet végezni a vezetett napló alapján.

Csoportos tanácsadás

A csoportos dietetikai tanácsadás azonos betegségben szenvedő betegek kis, vagy nagy csoportjainak szervezhető.

Lehet egy alkalmas, vagy több alkalmas, tanfolyamjellegű.

A több alkalmas, tanfolyamjellegű oktatás lehet – meghatározott tematika szerinti – elméleti (2–6 alkalom), vagy gyakorlati (1-2 alkalom, tankönyv) jellegű. [75, 76]

A csoportos foglalkozások esetén nagyon fontos a közérthetőség, a tananyag logikus felépítése, figyelembe kell venni a hallgatóság eltérő műveltségi és kulturális szintjét, illetve szociális helyzetét, életkori és egyéb sajátosságait. [77]

Azok a dietetikai tevékenységek, amelyeknek jelenleg van OENO kódja, illetve a tervezet az új szolgáltatásokra, valamint az, hogy mindezek a 7600-as dietetikai szakmakóddal elszámolhatók legyenek a 2. számú mellékletben található.

Ajánlás 19

A dietetikai edukáció és reedukáció a krónikus megbetegedéseknél a terápia nélkülözhetetlen eleme. (B)

A legfontosabb a viselkedés megváltoztatása, a betegnek az elméletben megszerzett tudást a gyakorlatban készségi szinten is tudnia kell alkalmazni. [78, 79] A viselkedés tartós módosítása több vizsgálat szerint is hatékonyabb volt, mint a konkrét tudás megszerzése. [80]

Megfelelő tájékoztatás, edukáció hiányában a beteg az étrendjére vonatkozó „saját terápiás döntését” ösztönösen, elsősorban benyomásokra, családi hagyományokra, felkapott divatirányzatokra alapozva hozza meg. Az edukáció hatására a beteg tájékozott döntést hozhat.

A dietetikus által végzett edukációnak fontos eleme a páciensek ételkészítési és étrend-összeállítási, -vásárlási, valamint a számára szükséges táplálkozási, dietetikai ismereteinek, készségeinek fejlesztése. Célja képessé tenni őket az étrendjükkel, táplálkozásukkal kapcsolatos tudatos döntések meghozatalára.

A dietetikai tanácsadások során fontos a gyakorlatiasság szem előtt tartása, fontos az ételmeiszer- és ételalapú megközelítés. [81]

A hatékony betegedukáció feltétele, hogy megfelelő idő álljon rendelkezésre ahhoz, hogy a beteg a saját ritmusában tudja elsajátítani a számára szükséges ismereteket, készségeket.

A dietetikus betegoktató tevékenységének sikeréhez alapvetően szükséges az orvos-dietetikus együttműködés. Fontos, hogy az orvos segítséget nyújtson a beteg motiválásában, hogy felhívja a figyelmét az étrendváltoztatás fontosságára, gyógyulást elősegítő hatására, és biztatást adjon a diétás célok megvalósításához.

Kívánatos, hogy az edukáció a kezelőorvos javaslatára, támogatásával történjen, olyan praxisközösségek kialakításával, ahol dietetikus is alkalmaznak.

Ajánlás 20

A táplálkozási intervenció a krónikus betegségek primer prevenciójának elengedhetetlen eleme (A)

Az étrend minősége minden életszakaszban meghatározó eleme az egyén egészségi állapotának. Szerepe a krónikus, nem fertőző betegségek kialakulásában ma már kellően bizonyított, éppen ezért a táplálkozás területén, a dietetikus által megvalósított intervenció nélkülözhetetlen eleme a prevenciónak. [45, 82]

Ajánlás 21

A betegélelmezésben a szakma szabályait szem előtt tartva, az ellátottak szükségleteihez illeszkedő étlapok tervezése, felülvizsgálata, ellenőrzése és dokumentálása dietetikus kompetencia, lehetőség szerint megfelelő informatikai eszközök és szoftver alkalmazásával történjen. (A)

A fekvőbeteg-ellátásban dolgozó dietetikus az élelmezés folyamatában is részt vesz. Feladatai közé étlaptervezési, étlap-ellenőrzési feladatok is tartoznak.

Az ételkészítés folyamatának és a technológiai fegyelem betartásának ellenőrzése, az elkészített étel minőségi és mennyiségi ellenőrzése és dokumentálása, a kiadásra kerülő ételek azonosságának és azonosíthatóságának ellenőrzése a minőségi betegélelmezés kulcsfontosságú része. Ennek nélkülözhetetlen eleme a helyi sajátosságokra adaptált minőségbiztosítási rendszer kidolgozása.

Az adagolás és tálalás folyamatának ellenőrzését a pontosság, a minőség, a higiéniai szempontok figyelembevételével, a minőségbiztosítási rendszer irányelveinek alkalmazásával kell végezni a folyamatot végig követve a kiszolgálótól a fogyasztóig. [83]

Ajánlás 22

A monitorozás, felülvizsgálat/kontrollvizsgálat kulcsfontosságú a minőségbiztosításhoz, ellenőrizhetőséghez (A)

Az intervenció hatására bekövetkezett változások, eredmények összegyűjtésével és dokumentálásával a dietetikusok által végzett dietoterápiás beavatkozás, a betegellátás minősége és a kliensek életminősége egyaránt magasabb színvonalúvá válik. A kimeneti eredményekben bekövetkezett változások detektálása és dokumentálása meghatározza a további terápiás beavatkozásokat és a betegedukáció további lépéseit. A táplálásterápia, táplálkozási intervenció egyes lépéseinek és eredményességének dokumentálása továbbá adatot szolgáltat a finanszírozóknak is az elvégzett tevékenységekről is. A dietetikusok által végzett beavatkozások

hatásosságát csak a folyamat lépéseinek és kimeneti pontjainak (eredményeinek, indikátorainak) következetes használata teszi mérhetővé. [59, 67]

Ajánlás 23

Dietetikai dokumentáció

Kívánatos, hogy az adatok egységes szerkezetben és módon, a társszakmák számára is elérhetőek lehessenek, a zárójelentésben is megjelenjenek. (A)

A dietetikai dokumentáció kötelező elemeit a szakmai minimumfeltételek határozzák meg. [85]

Javasolt az MDOSZ által kidolgozott dokumentációs rendszer bevezetése. [86, 87]

Ellátási folyamat algoritmus (ábrák):

1. számú ábra A dietetikai ellátási folyamata algoritmus
2. számú ábra A dietetikai gondozás folyamata fekvőbeteg-intézményben

VII. JAVASLATOK AZ AJÁNLÁSOK ALKALMAZÁSÁHOZ

1. Az alkalmazás feltételei a hazai gyakorlatban

- létszám, szakképzettség,
- eszköz (antropometriai mérésekhez, tápanyagszámításhoz),
- kompetenciák meghatározása (szűrés, tanácsadás, ételrendelés),
- dokumentáció,
- táplálási team,
- alapellátás (minimumfeltételek).

1.1. Ellátók kompetenciája (pl. licence, akkreditáció stb.), kapacitása

Rendelkezésre állnak a megfelelően képzett szakemberek BSc dietetikusi kompetenciák.

Három egyetem képez dietetikust, évente több, mint 100 fő végez.

2022-ben lesz 100 éves Magyarországon a dietetikusképzés.

A minimumfeltételek teljesülésének megvalósulására és a 7600 szakmakóddal elszámolható dietetikai szolgáltatások bevezetésére szükség van. [88]

1.2. Speciális tárgyi feltételek, szervezési kérdések (gátló és elősegítő tényezők, és azok megoldása)

- tárgyi feltételek: mérőeszközök, iroda, számítógép, szoftver,
- alap tápláltsági állapot rizikószűrés után dietetikushoz irányítás,

- dietetikusok létszáma (alapelv: 1 dietetikus naponta 10 beteget láthat el, egy egyéni tanácsadás min. 30 perc lásd minimumfeltételek),
- alapellátásban jelenleg hiányzik, praxisközösségek a társszakmák bevonásával megoldást jelenthet,
- dokumentációnál az MDOSZ által kidolgozott minta bevezetése (informatikai ellátottság, kompatibilitás),
- a járóbeteg-ellátásnál gyakorlatilag nincs szakmakódhoz rendelt kompetencia (OENO kódkarbantartás szükséges),
- adminisztrációs munkatárs/asszisztens hiánya,
- valid és aktuális adatokkal tápanyag-adatbázis.

1.3. Az ellátottak egészségügyi tájékozottsága, szociális és kulturális körülményei, egyéni elvárásai

- lakosság táplálkozási alapismeretei hiányosak, felszínesek, sok a megtévesztő információ, ami szabályozásra szorul (betegségdiagnózis esetén kizárólag dietetikus végzettségű szakember végezze a dietoterápiát),
- preventív táplálkozási egészségnevelés, prevenció feladatai: külön szabályozást igényel,
- egészségügyi dolgozóknak sem tudatosul kellően, hogy a táplálás-/dietoterápia a kezelés egyik fontos eleme
- egészségügyi dolgozók szemléletváltása: a dietetikai ellátás is a terápia része.

Az ellátáshoz való egyenlő hozzáférés javítása szükséges a hátrányos helyzetű régiótól a nagyvárosig, a primer prevenció-/ és edukációtól a súlyos beteg klinikai, mesterséges táplálásig, beleértve a fogyatékkal élőket is.

Közismert, hogy a hazai lakosság egészségi állapota rosszabb, mint Európa más országaiban. Az egészség szempontjából jelentős szerepe van az életmódnak, a táplálkozásnak és az egészséges testtömeg megtartásának. Egészséges életmóddal a szív- és érrendszeri betegségek közel háromnegyede és a daganatos betegségek egyharmada megelőzhető. [89] A lakosság 80,5%-a véli úgy, hogy nagyon sokat tehet az egészségéért. [90] A dietetikusoknak szerepe van a megfelelő, bizonyítékon alapuló ismeretek átadásában, ami hozzájárul a lakosság egészség-magatartásának javításához.

1.4. Egyéb feltételek

Nincs

2. Alkalmazást segítő dokumentumok listája

2.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok

Nincsenek.

2.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

Nincsenek.

2.3. Táblázatok

Nincsenek.

2.4. Algoritmusok

1. számú ábra: A dietetikai ellátási folyamata algoritmus
2. számú ábra: A dietetikai gondozás folyamata fekvőbeteg-intézményben

2.5. Egyéb dokumentumok

1. számú melléklet: Dietetikai diagnózisok
 2. számú melléklet: Dietetikai tevékenységek
 3. A gyakorlati alkalmazás mutatói, audit kritériumok
- minden kórházba kerülő beteg testtömegmérése,
 - elvégzett malnutrició rizikószűrés (kívánalom: 100%) 24–28 órán belül,
 - a validált módszer alapján a nagy rizikóval rendelkező kiszűrt betegek dietetikai ellátásba kerülésének aránya (kívánalom 100%),
 - dokumentált dietoterápiás eljárások, dietetikai diagnózisok, intervenciók tervei,
 - alapellátásban az egészségállapot-felmérés és a törzskarton alapján indikált esetekben dietetikushoz irányítás [91].

VIII. IRÁNYELV FELÜLVIZSGÁLATÁNAK TERVE

Az egészségügyi szakmai irányelvvel kapcsolatos aktuális szakirodalom és hazai ellátó környezet nyomon követéséért, a változások azonosításáért és az aktualizálás elvégzéséért (ha szükséges) az Egészségügyi Szakmai Kollégium Dietetika, humán táplálkozás (szakdolgozói) Tagozata felel.

Tervezett felülvizsgálat: a szakmai irányelv érvényességének lejártakor.

Az aktuális irányelv kidolgozásában részt vevő, fejlesztő csoporttagok folyamatosan követik a szakirodalomban megjelenő, illetve a hazai ellátó környezetben bekövetkező változásokat. A tudományos bizonyítékokban, valamint az ellátó környezetben bekövetkező jelentős változás esetén a fejlesztő munkacsoport konszenzus alapján dönt a hivatalos változtatás kezdeményezéséről és annak mértékéről.

A felülvizsgálat során elemezni kell a betegforgalomban, diagnosztikus és terápiás gyakorlatban mutatkozó változásokat vagy azok hiányát. Az Irányelv fejlesztői részére biztosítani kell a releváns statisztikai adatokat.

Soron kívüli felülvizsgálat: a szakmai irányelv érvényességén belül bármikor, ha a szakmai irodalomban, vagy az ellátói környezetben olyan mértékű változás következne be, amely indokolná azt, hogy a felülvizsgálatra a tervezett felülvizsgálat időpontjánál korábban kerüljön sor.

IX. IRODALOM

1. Weenen TC, Commandeur H, Claassen E: A critical look at medical nutrition terminology and definitions. *Trends in Food Science & Technology*. 2014;38(1):34–46.
2. Academy of Nutrition and Dietetics. Nutrition Care Process. <https://www.eatrightpro.org/payment/coding-and-billing/mnt-vs-nutrition-education>. Accessed November 24, 2019.
3. New Zealand Guidelines Group (NZGG): Management of Early Colorectal Cancer. 2011; Appendix 1: Guideline development Evidence and recommendation grading system p. 102.
4. Vitrai J et al. Egészségjelentés 2015. Információk a hazai egészségveszteség csökkentéséhez. Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet (NEFI). Budapest, 2015.
5. Vitrai J., Bakacs M., Varsányi P.: Hazai egészség-pillanatkép, 2017. *Egészségfejlesztés*, 2017;58(4):59–75.
6. Németh Á., Költő A.: Egészség és egészségmagatartás iskoláskorban 2014. Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet (NEFI). Budapest, 2016. ISBN: 9786158042208.
7. Laurson KR, Saint-Maurice PF, Karsai I, Csányi T: Cross-Validation of FITNESSGRAM® Health-Related Fitness Standards in Hungarian Youth, *Res. Q. Exerc. Sport*, 2015;86(1):S13–20. doi: 10.1080/02701367.2015.1042800.
8. Kaj M., Vass Z., Király A., Hernádi Á., Csányi T.: A magyar 10–18 éves tanulók egészségközpontú fizikai fittségi állapota (2016). Kutatási jelentés a Nemzeti Egységes Tanulói Fittségi Teszt (NETFIT®) 2015/2016. tanévi országos eredményeiről. Budapest: Magyar Diáksport Szövetség; 2017.
9. World Health Organization (WHO): Global Status Report on noncommunicable diseases 2014. World Health Organization, Geneva, 2014.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1. Accessed November 24, 2019.
10. World Health Organization (WHO): Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020.
https://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/. World Health Organization. Geneva. Accessed November 24, 2019.
11. American Dietetic Association (ADA): Position of the American Dietetic Association: integration of medical nutrition therapy and pharmacotherapy. *J. Am. Diet. Assoc.*, 2003;103(10):1363–1370.
12. Országos Táplálkozás és Tápláltsági Állapot Vizsgálat (OTÁP 2009) https://www.ogyei.gov.hu/otap_2009/. Letöltve: 2019. november 24.

13. Országos Táplálkozás és Tápláltsági Állapot Vizsgálat (OTÁP 2014)
https://www.ogyei.gov.hu/otap_2014/. Letöltve: 2019. november 24.
14. Országos Táplálkozás és Tápláltsági Állapot Vizsgálat (OTÁP 2019)
<https://www.ogyei.gov.hu/otap2019>. Letöltve: 2019. november 24.
15. Sorensen J, Kondrup J, Prokopowicz J, Schiesser M, Krahenbuhl L, Meier R, et al: EuroOOPS: an international, multicentre study to implement nutritional risk screening and evaluate clinical outcome. *Clin. Nutr.*, 2008;27:340–9.
16. Rasmussen, Henrik Hřjgaard et al.: A method for implementation of nutritional therapy in hospitals. *Clin. Nutr.*, 2006;25(3):515–523.
17. Tappenden KA, Quatrara B, Parkhurst ML, Malone AM, Fanjiang G, Ziegler TR: Critical role of nutrition in improving quality of care: an interdisciplinary call to action to address adult hospital malnutrition. *J. Acad. Nutr. Diet.*, 2013;113(9):1219–37.
18. Magyar Mesterséges Táplálási Társaság (MMTT): A magyar kórházakban fekvők 64%-ának tápláltsági állapota kóros.

<http://mmtt.hu/cikkek/a-magyar-korhazakban-fekvok-64-anak-taplaltsagi-allapota-koros>.

Letöltve: 2016. december 14.
19. 60/2003. (X. 20.) ESZCSM rendelet Az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről.
20. British Dietetic Association (BDA): Dietitians in Primary Care.

https://www.bda.uk.com/professional/influencing/dietitians_primary_care. Birmingham, 2017.

Accessed November 24, 2019.
21. Henter I.: Egészséges táplálkozást segítő programok, dietetikai tanácsadás az alapellátás szintjén. In: Ádány R., Papp M.: *Prevenció az alapellátásban*. Debrecen: Debreceni Egyetem; 2017. p. 201–220. ISBN: 9789632266220.
22. Hyden M: When benefits outweigh costs: Integrating dietitian services improves patient outcomes. *MGMA Connec.*, 2014;14(2):34–36.
23. Dietitians of Canada: The role of dietitians in collaborative primary health care mental health programs.

<https://www.dietitians.ca/Downloads/Public/role-of-RDs-in-primary-health-care-mental-health-p.aspx>.

Toronto, 2006. Accessed November 24, 2019. ISBN: 9781897268209.
24. Dietitians of Canada: Dietitians in Primary Health Care.

<https://www.dietitians.ca/Downloads/Public/Dietitians-in-Primary-Health-Care-bilingual.aspx>.

Toronto, 2017. Accessed November 24, 2019.

25. Crustolo AM: Integrating nutrition services into primary care: Experience in Hamilton, Ont. *Can Fam Physician*. 2005;51(12):1647–1653.
26. Szűcs Zs., Bartha K.: Személyi minimumfeltételek megvalósulása a fekvő- és járóbeteg-szakellátásban. *Új Diéta*, 2015;5:5–7.
27. Erdélyi-Sipos A., Bartha K.: A dietetikai tevékenység értékelése fekvőbeteg-ellátó intézményekben a személyi minimumfeltételek teljesülése tükrében. *Új Diéta*, 2017;4:2–5.
28. Suárez-Llanos JP, Benítez-Brito N, Vallejo-Torres L, Delgado-Brito I, Rosat-Rodrigo A, Hernández-Caraballo C et al. Clinical and cost-effectiveness analysis of early detection of patients at nutrition risk during their hospital stay through the new screening method CIPA: a study protocol. *BMC Health Serv. Res.*, 2017;17(1):292.
29. Baldwin C, Parsons TJ: Dietary advice and nutritional supplements in the management of illness-related malnutrition: systematic review. *Clin. Nutr.*, 2004;23(6):1267–79.
30. Ordoñez AM, Madalozzo Schieferdecker ME, Cestonaro T, Cardoso Neto J, Ligoeki Campos AC: Nutritional status influences the length of stay and clinical outcomes in patients hospitalized in internal medicine wards. *Nutr. Hosp.*, 2013;28(4):1313–20.
31. Elia M, Normand C, Norman K, Laviano A: A systematic review of the cost and cost effectiveness of using standard oral nutritional supplements in the hospital setting. *Clin. Nutr.*, 2016;35(2):370–380.
32. British Dietetic Association (BDA): Model and Process for Nutrition and Dietetic Practice, The British Dietetic Association, Birmingham, 2016.
33. British Dietetic Association (BDA): Nutrition and dietetic care process. The British Dietetic Association, Birmingham, 2009.
34. European Federation of the Associations of Dietitians (EFAD): A Dietetika Európai Oktatási és Hivatásgyakorlási Irányelvei. 2005
http://www.efad.org/media/1438/efad_benchmarkjune2005_h.pdf. Accessed October 5, 2019.
35. European Federation of the Associations of Dietitians (EFAD): Európai Dietetikusi Kompetenciák és a dietetikus alkalmassági körének hat területe (EDK) Az Európai Dietetikus Szövetség (EFAD) állásfoglalása. 2016.

<https://mdosz.hu/hun/wp-content/uploads/2017/12/Eur%C3%B3pai-Dietetikusi-Kompetenci%C3%A1k-%C3%A9s-a-dietetikus-alkalmass%C3%A1g%C3%A1nak-hat-ter%C3%BClete.pdf>. Accessed October 5, 2019.
36. Swan WI, Vivanti A, Hakel-Smith NA, Hotson B, Orrevall Y, Trostler N, Howarter KB, Papoutsakis C: Nutrition Care Process and Model Update: Toward Realizing People-Centered Care and Outcomes Management. *J. Acad. Nutr. Diet.*, 2017; 117(12):2003–2014.

37. American Dietetic Association (ADA). Nutrition Care Process Part II: Using the International Dietetics and Nutrition Terminology to Document the Nutrition Care Process. *J. Am. Diet. Assoc.*, 2008;108(8):1287–1293. doi: 10.1016/j.jada.2008.06.368. Accessed October 25, 2019.
38. European Federation of the Associations of Dietitians (EFAD): Professional Practice Committee (PPC). Vision paper. The implementation of a Nutrition Care Process (NCP) and Standardized Language (SL) among dietitians in Europe.
http://www.efad.org/media/1186/ncp-sl_vision_paper_final_mar_2014.pdf. Accessed October 25, 2019.
39. Cederholm T, Barazzoni R, Austin P, Ballmer P, Biolo G, Bischoff SC et al. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clin. Nutr.*, 2017;36(1) 49–64. doi:10.1016/j.clnu.2016.09.004.
40. Reber E, Gomes F, Vasiloglou MF, Schuetz P, Stanga Z: Nutritional Risk Screening and Assessment. *J. Clin. Med.*, 2019;8(7):1065.
41. Iski G, Rurik I: The estimated economic burden of overweight and obesity in Hungary. *Orv. Hetil.*, 2014;155(35):1406–1412.
42. Erdei G., Kovács V.A., Bakacs M., Martos É.: Országos Táplálkozás és Tápláltsági Állapot Vizsgálat 2014. I. A magyar felnőtt lakosság tápláltsági állapota. *Orv. Hetil.*, 2017;158(14):533–540.
43. Rurik I., Ungvári T., Szidor J., Torzsa P., Móczár Cs., Jancsó Z., et al. Elhízó Magyarország. A túlsúly és az elhízás trendje és prevalenciája Magyarországon, 2015. *Orv. Hetil.*, 2016;157(31):1248–1255.
44. Tangvik RJ, Tell GS, Eisman JA, Guttormsen AB, Henriksen A, Nilsen RM et al. The nutritional strategy: Four questions predict morbidity, mortality and health care costs. *Clin. Nutr.*, 2014;33(4):634–41.
45. Swinburn BA, Krakk VI, Allender S, Atkins VJ, Baker PI, Bogard JR et al. The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. *Lancet.*, 2019;393(10173):791–846. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32822-8.
46. Brotherton A, Simmonds N, Stroud M. on behalf of BAPEN's Quality Group (2012): Malnutrition Matters. Meeting Quality Standards in Nutritional Care. www.bapen.org.uk. ISBN: 978-1-899467-86-0. Accessed April 8, 2017.
47. Hartman C, Shamir R, Hecht C, Koletzko B: Malnutrition screening tools for hospitalized children. *Curr. Opin. Clin. Nutr. Metab. Care.* 2012;15(3):303–9.
48. Teixeira AF, Viana KD: Nutritional screening in hospitalized pediatric patients: a systematic review. *J Pediatr. (Rio J).* 2016;92(4):343–52.
49. Beser OF, Cokugras FC, Erkan T, Kutlu T, Yagci RV, TUHAMAR Study Group. Evaluation of malnutrition development risk in hospitalized children. *Nutrition.* 2018;48:40–47.

50. van Bokhorst-de van der Schueren MA, Guitoli PR, Jansma EP, de Vet HC: Nutrition screening tools: does one size fit all? A systematic review of screening tools for the hospital setting. *Clin. Nutr.* 2014;33(1):39–58.
51. Reber E, Gomes F, Vasiloglou MF, Schuetz P, Stanga Z: Nutritional Risk Screening and Assessment. *J. Clin. Med.*, 2019;8(7):1065.
52. McGurk P, Jackson JM, Elia M: Rapid and reliable self-screening for nutritional risk in hospital outpatients using an electronic system. *Nutrition.* 2013;29(4):693–6.
53. Raynor HA, Davidson PG, Burns H, Nadelson MDH, Mesznik S, Uhley V et al. Medical Nutrition Therapy and Weight Loss Questions for the Evidence Analysis Library Prevention of Type 2 Diabetes Project: Systematic Reviews. *J. Acad. Nutr. Diet.*, 2017;117(10):1578–1611.
54. Marincic PZ, Hardin A, Salazar MV, Scott S, Fan SX, Gaillard PR: Diabetes Self-Management Education and Medical Nutrition Therapy Improve Patient Outcomes: A Pilot Study Documenting the Efficacy of Registered Dietitian Nutritionist Interventions through Retrospective Chart Review. *J. Acad. Nutr. Diet.*, 2017;117(8):1254–1264.
55. Williams LT, Barnes K, Ball L, Ross LJ, Sladdin I, Mitchell LJ: How Effective Are Dietitians in Weight Management? A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Healthcare (Basel)*. 2019;7(1):20.
56. Braunschweig CA, Sheean PM, Peterson SJ: Examining the role of nutrition support and outcomes for hospitalized patients: putting nutrition back in the study design. *J. Am. Diet. Assoc.*, 2010;110(11):1646–49.
57. Gallagher-Allred CR, Voss AC, Finn SC, Mccamish MA: Malnutrition and clinical outcomes: the case for medical nutrition therapy. *J. Am. Diet. Assoc.*, 1996;96(4):361–369.
58. Pastors JG, Warshaw H, Daly A, Franz M, Kulkarni K: The evidence for the effectiveness of medical nutrition therapy in diabetes management. *Diabetes Care.* 2002;25(3):608–613.
59. Franz MJ, Monk A, Barry B, McClain K, Weaver T, Cooper N, et al. Effectiveness of medical nutrition therapy provided by dietitians in the management of non-insulin-dependent diabetes mellitus: A randomized, controlled clinical trial. *J. Am. Diet. Assoc.*, 1995;95(9):1009–1017.
60. Delehanty L, Simkins SW, Camelon K: Expanded role of the dietitian in the Diabetes Control and Complications Trial: implications for practice. The DCCT Research Group. *J. Am. Diet. Assoc.*, 1993;93(7):758–767.
61. Lemon CC, Lacey K, Lohse B, Hubacher DO, Klawitter B, Palta M: Outcomes monitoring of health, behavior, and quality of life after nutrition intervention in adults with type 2 diabetes. *J. Am. Diet. Assoc.*, 2004;104(12):1805–15.
62. Lammers M, Kok L: Cost-benefit analysis of dietary treatment. Commissioned by the Dutch Association of Dietitians, Amsterdam, 2012. ISBN: 978-90-6733-668-0.

63. American Dietetic Association (ADA): Comparative Effectiveness of MNT Services, Evidelce Analysis Library, 2009. <https://www.andel.org/topic.cfm?menu=3949&cat=3676>. Accessed June 20, 2017.
64. Aboueid S, Bourgeault I, Giroux I: Nutrition and obesity care in multidisciplinary primary care settings in Ontario, Canada: Short duration of visits and complex health problems perceived as barriers. *Prev. Med. Rep.* 2018;10:242–247.
65. Briggs Early K, Stanley K: Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: The Role of Medical Nutrition Therapy and Registered Dietitian Nutritionists in the Prevention and Treatment of Prediabetes and Type 2 Diabetes. *J. Acad. Nutr. Diet.*, 2018;118(2):343–353.
66. Imfeld K, Keith M, Stoyanoff L, Fletcher H, Miles S, McLaughlin J: Diet order entry by registered dietitians results in a reduction in error rates and time delays compared with other health professionals. *J. Acad. Nutr. Diet.*, 2012;112(10):1656–61.
67. Jonnalagadda SS: Effectiveness of medical nutrition therapy: Importance of documenting and monitoring nutrition outcomes. *J. Am. Diet. Assoc.*, 2004;104(12):1788–92.
68. Sheils JF, Rubin R, Stapleton DC: The estimated costs and savings of medical nutrition therapy: the Medicare population. *J. Am. Diet. Assoc.*, 99(4):428–35.
69. Mitchell LJ, Ball LE, Ross LJ, Barnes KA, Williams LT: Effectiveness of Dietetic Consultations in Primary Health Care: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *J. Acad. Nutr. Diet.*, 2017;117(12):1941–1962.
70. O’Keeffe M, Lomer MC: Who should deliver the low FODMAP diet and what educational methods are optimal: a review. *J. Gastroenterol. Hepatol.*, 2017;32(S1):23–26.
71. Thibault R, Genton L, Pichard C: Body composition: Why, when and for who? *Clin. Nutr.*, 2012;31(4):435–47.
72. Calcaterra V, Pelizzo G, Cena H: BMI Is a Poor Predictor of Nutritional Status in Disabled Children. What Is the Most Recommended Method for Body Composition Assessment in This Pediatric Population? *Front. Pediatr.*, 2019;7:226.
73. Reber E, Gomes F, Vasiloglou MF, Schuetz P, Stanga Z: Nutritional Risk Screening and Assessment. *J. Clin. Med.*, 2019;8(7):1065.
74. Gurunathan U, Myles PS: Limitations of body mass index as an obesity measure of perioperative risk. *Br. J. Anaesth.*, 2016;116(3):319–321.
75. Bozóné KR, Lelovics Zs: A kardiológiai rehabilitáció dietetikai protokollja. Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége (MDOSZ). Budapest, 2007.
76. Olendzki B, Speed C et al. Nutritional assessment and counseling for prevention and treatment of cardiovascular disease. *Am. Fam. Physician.*, 2006;73(2):257–264.
77. Csabai M., Trinn Cs., Molnár P.: Terápiás betegoktatás és közös döntéshozatal. In: Pilling J: Orvosi kommunikáció. Budapest: Medicina Kiadó; 2005. p. 97–118.

78. Hídvégi T.: Fórum – A páciens edukáció elmélete és gyakorlata. *Diabetológia Hungarica*. 2005;13(3):195–196.
79. Hídvégi T.: Oktatólevél – Csoportos vagy egyéni terápiás betegedukáció? *Diabetológia Hungarica*. 2005;13(3):207–209.
80. Veress G., Berényi I., Simon A.: Életen át tartó program – Kardiológiai rehabilitáció. *Kórház*. 2008;4:54–59.
81. Domonkos A.: Dietoterápia a cardiovascularis szekunder prevencióban 1. *Családorvosi Fórum*. 2005;10:45–50.
82. World Health Organization (WHO): Healthy diet. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>. World Health Organization. Accessed October 25, 2019.
83. 16/2019. (VII. 30.) EMMI rendelet az egészségügyi szolgáltatók szakfelügyeletéről.
84. Mueller C, Compher C, Ellen DM: A.S.P.E.N. (American Society for Parenteral and Enteral Nutrition) Clinical guidelines: Nutrition screening, assessment, and intervention in adults. *JPEN J. Parenter. Enteral. Nutr.*, 2009;35(1):16–24.
85. 1/2012. (V. 31.) EMMI rendelet Az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003. (X. 20.) ESZCSM rendelet és az egészségügyi szolgáltatók és működési engedélyük nyilvántartásáról, valamint az egészségügyi szakmai jegyzékről szóló 2/2004. (XI. 17.) EüM rendelet módosításáról. *Magyar Közlöny*, 2012;64:10526–10258.
86. Soltész E.: A dietetikai dokumentáció fejlesztése a hazai fekvőbeteg-intézményekben 2. rész. *Új Diéta*, 2014;4:11–13.
87. Kubányi J.: A dietetikai tevékenység dokumentációja. Diplomamunka. PTE, Táplálkozástudományi és Dietetikai Tanszék, 2013.
- <http://mdosz.hu/hun/wp-content/uploads/2016/09/2014-4-dietetikai-informacio-1.pdf>.
- Letöltve: 2019. november 24.
88. European Federation of the Associations of Dietitians (EFAD): Revised dietetic competence and the six domains of dietetic competency in Europe. Attained at the point of qualification and entry to the profession of dietetics (European Dietetic Competence or EDC), 2016. <http://www.efad.org/media/1418/revised-dietetic-competence-and-6-domains-of-competency.pdf>. Letöltve: 2019. október 3.
89. General Meeting of the WHO Global Coordination Mechanism for the prevention and control of noncommunicable diseases (GCM/NCD). Geneva, 2018. <https://www.who.int/global-coordination-mechanism/events/2018-gcm-general-meeting/en/>. Accessed November 24, 2019.
90. Központi Statisztikai Hivatal (KSH): Európai lakossági egészségfelmérés, 2014, *Statisztikai Tükör*, 2015;29:1–9.

91. 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról.
92. <http://finanszirozás.neak.gov.hu/szabalykonyv/index.asp?strInput=91312> Letöltve: 2019. 11.30.
93. American Dietetic Association 2006 Nutrition Diagnosis: A Critical Step in the Nutrition Care Process
<https://www1.cgmh.org.tw/intr/intr4/c83k0/Nutrition%20Diagnosis%20from%20ADA%5B1%5D.pdf>
Letöltve: 2019. 12. 15.
94. European Federation of the Association of Dietitians Nutrition as a Smart Investment for Europe 2019. Sustainable Health Through Life Span. <http://www.efad.org/media/1832/efad-sustainable-health-through-life-span-2019.pdf> Letöltve: 2020. 02. 15.
95. A. C. Cymru: Hospital Catering and Patient Nutrition, a Review of Progress Memorandum for the Public Accounts Committee 2016. page 10.
<https://www.audit.wales/system/files/publications/469A2016-hospital-catering-eng.pdf> Letöltve: 2019. 12. 15.
96. Az európai parlament és a tanács (EU) 2016/679 rendelete a természetes személyeknek a személyes adatok kezelése tekintetében történő védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról, valamint a 95/46/EK rendelet hatályon kívül helyezéséről Letöltve: 2020. 02. 15.

X. FEJLESZTÉS MÓDSZERE

1. Fejlesztőcsoport megalakulása, a fejlesztési folyamat és a feladatok dokumentálásának módja

A szakmai irányelv kidolgozását kezdeményezte az Egészségügyi Szakmai Kollégium Dietetika, humán táplálkozás (szakdolgozó) Tagozata a témaválasztási javaslat dokumentum kitöltésével és továbbításával. Ezt követően az irányelvfejlesztői csoport kialakítása történt meg, valamint az összeférhetetlenségi és egyetértési nyilatkozatok kitöltése. Az irányelv kialakítása a tagok egyéni munkáján és többszöri konzultáción keresztül valósult meg:

- tájékozódás a hazai dietetikai ellátás sajátosságairól, jelenleg alkalmazott lépésekről, dokumentált tevékenységekről (az Egészségügyi Szakmai Kollégium Dietetika, humán táplálkozás (szakdolgozó) Tagozata és Tanácsa, valamint az MDOSZ tagjainak bevonásával),
- társszakták szakmai irányelveinek tanulmányozása,
- Dietetika Európai Oktatási és Hivatásgyakorlási Irányelveinek áttanulmányozása, a képzési, kimeneti követelmények, kompetenciák összegyűjtése, összehasonlítása a külföldi gyakorlattal,
- irodalomkutatás: külföldi példák gyűjtése a dietetikai ellátás folyamatáról, az NCP bevezetésének tapasztalatairól,
- további kapcsolódó szakirodalom felkutatása,

- a szakmai irányelv struktúrájának kialakítása-szerkezeti vázlat kidolgozása a szakirodalmi adatok felhasználásával,
- konzultációk a szakmai szervezetek képviselőivel, az elkészült anyag véleményezése, javaslatok megfogalmazása,
- az Irányelv tervezet részletes megfogalmazása, kiegészítése a megfogalmazott javaslatok figyelembevételével,
- az elkészült irányelv szélesebb körű szakmai véleményezésre bocsátása [MDOSZ vezetőségi ülésén, Egészségügyi Szakmai Kollégium Dietetika, humán táplálkozás (szakdolgozó) Tagozata Tanács ülésén].

2. Irodalomkeresés, szelekció

Az irodalomkutatás idejének lezárása: 2019. november.

Irodalomkutatás történt a Web of Science, Medline és PubMed motorok segítségével az alábbi kulcsszavak használatával: nutrition care process, dietetic process, process for nutrition, nutritional support, nutritional needs, malnutrition screening, dietetic practice, nutritional assesment, dietetic diagnosis, nutritional care, nutritional intervention, medical nutrition therapy.

A fejlesztőcsoport az angol nyelvű randomizált kontrollált tanulmányokból származó bizonyítékok mellett a magyar nyelvű hivatkozások esetén jogszabályok, reprezentatív, validált módszertanon alapuló kutatások eredményeit, diplomamunkákat, szakkönyveket, szakfolyóiratokat, cikkeket is felhasználta az iránylevhez.

3. Felhasznált bizonyítékok erősségének, hiányosságainak leírása (kritikus értékelés, „bizonyíték vagy ajánlás mátrix”), bizonyítékok szintjének meghatározási módja

A felhasznált bizonyítékokat a fejlesztőcsoport kritikus szemmel értékelte, kitérve az adott vizsgálat módszertanára, elemszámára, jellegére, tartamára és klinikai relevanciájára. A besorolást (bizonyítékok szintje) ezek alapján konszenzussal állapítottuk meg.

4. Ajánlások kialakításának módszere

Az ajánlások besorolása az azokat alátámasztó bizonyítékokon alapul. Jelen irányelv hatókörének megfelelő ajánlások azoknak a hazai ellátó környezetre (ellátott populáció jellemzői, preferenciái, egészségkultúrája és költségterhelhetősége, jogszabályi környezet) történő adaptálásával kerültek átvételre. Az irányelvben szereplő ajánlások minősítése a bizonyítékháttér alapján történt. A fejlesztőcsoport nemzetközi irányelvek ajánlás rangsorolását (A, B, C és D erősségű ajánlás) követte, ami a hazai, szakmai konszenzuson alapuló szakértői véleményt tükrözi. A végső döntés konszenzuson alapult.

5. Véleményezés módszere

A különböző fejezetek megírása, valamint a részfolyamatok befejezése során a szerzők egymás munkáit többlépcsős folyamat során véleményezték és módosításokra tettek javaslatot, mely korrigálását követően újabb véleményezésre, majd pontosításra került sor, ezt követően került az irányelv véglegesítésre. Az irányelv szakmai tartalmának összeállítását követően, a dokumentum

megküldésre került a fejlesztőcsoport véleményezői szakmai tagozatoknak. A visszaérkező javaslatok beillesztésre kerültek az irányelv szövegébe, vagy azok alapján módosításra került a dokumentum szerkezete, amennyiben az irányelvfejlesztők egyetértettek azok tartalmával. A vezető szerző irányításával a fejlesztőcsoport konszenzusos véleményt alakított ki a véleményezőikkel. Nem volt olyan ajánlás, melyet az egyeztetés végén ne fogadott volna el valamennyi érintett szakterület. Minden vélemény kialakítása konszenzuson alapult.

6. Független szakértői véleményezés módszere

Független szakmai szakértő nem véleményezte az irányelvet, a fejlesztésben az MDOSZ és az SE ETK Dietetikai és Táplálkozástudomány Tanszék munkatársai vettek részt. A módszertani szempontoknak való megfelelést a fejlesztési folyamat leírásával teljesítette a fejlesztőcsoport.

XI. MELLÉKLET

1. Alkalmazást segítő dokumentumok

1.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok

Nem készült.

1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

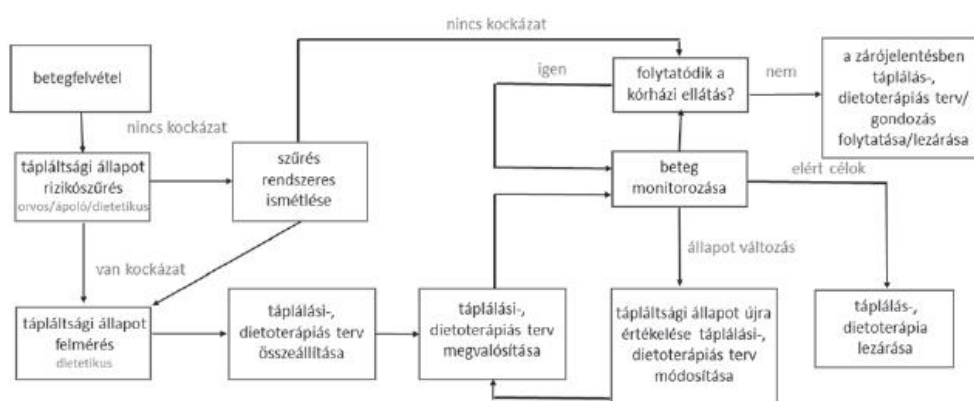
Nem készült.

1.3. Táblázatok

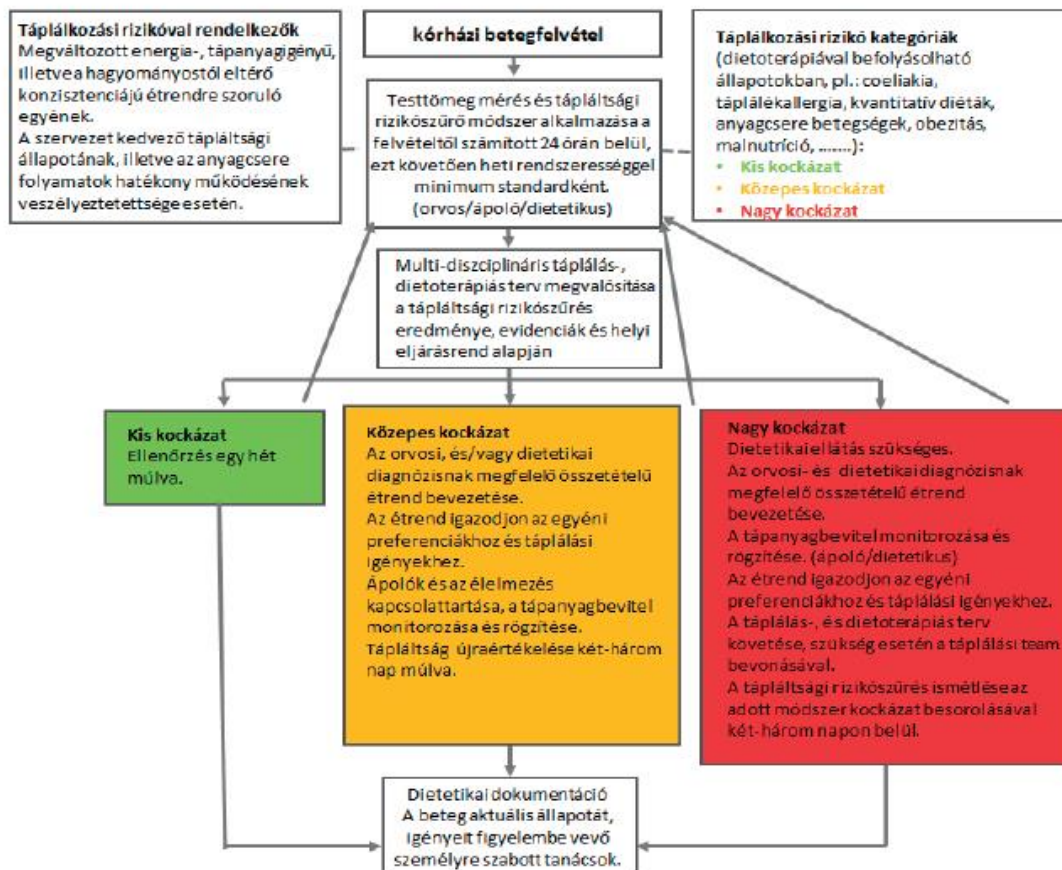
Nem készült.

1.4. Algoritmusok

1. számú ábra: A dietetikai ellátási folyamata algoritmusa



2. számú ábra: A dietetikai gondozás folyamata fekvőbeteg-intézményben



1.5. Egyéb dokumentumok

1. számú melléklet Dietetikai diagnózisok [93]

Meghatározott, aktuálisan meglévő problémák az energia, tápanyagok, folyadékok és bioaktív szubsztrátok bevitelével a per os diéta, illetve a kiegészítő mesterséges táplálás során

Energia-egyensúly

(Meghatározott vagy becsült változások az energiatartalomban – kcal.)

- c Fokozott energiaszükséglet
- c Fokozott energiafelhasználás
- c Csökkent energiaszükséglet
- c Elégtelen energiabevitel
- c Túlzott energiabevitel

Orális vagy kiegészítő táplálás

(A tényleges, vagy becsült étel- és folyadékfogyasztás szájon át, illetve a mesterséges táplálásból származó bevitel összehasonlítása a beteg szükségleteivel.)

- c Elégtelen étel-, italfogyasztás
- c Túlzott étel- /italfogyasztás
- c Elégtelen enterális /parenterális tápanyagbevitel
- c Túlzott enterális/parenterális tápanyagbevitel
- c Helytelen összetételű vagy nem megfelelően kivitelezett enterális /parenterális bevitel/beadás (körültekintéssel alkalmazzuk)

Folyadékbevitel

(A tényleges, vagy becsült folyadékbevitel összehasonlítása a beteg szükségleteivel.)

- c Elégtelen folyadékbevitel
- c Túlzott folyadékbevitel

Bioaktív szubsztrátok bevétele

(A bioaktív anyagok tényleges, vagy becsült bevétele, beleértve a funkcionális élelmiszer-komponenseket (egy vagy több komponensű), étrend-kiegészítőket, alkoholt.)

- c Nem megfelelő/elégtelen bioaktív szubsztrátbevitel
- c Túlzott bioaktív szubsztrátbevitel
- c Túlzott alkoholbevitel

Tápanyagbevitel

(Speciális tápanyagcsoportok, és egyes tápanyagok tényleges, vagy becsült bevétele összehasonlítva a kívánatos szinttel.)

- c Fokozott tápanyagigény határozza meg
- c Bizonyított fehérje-energia malnutrícia
- c Elégtelen fehérje-energia bevitel
- c Csökkent tápanyagszükséglet határozza meg:
- c Tápanyagok kiegyensúlyozatlan aránya

Zsír és koleszterin

- c Elégtelen zsírbevitel
- c Túlzott zsírbevitel

c Ételekből származó zsírok/zsírsvak helytelen bevitele határozza meg

Fehérje

c Elégtelen fehérjebevétel

c Túlzott fehérjebevétel

c Helytelen aminosav-bevétel

határozza meg

Szénhidrát

c Elégtelen szénhidrátbevétel

c Túlzott szénhidrátbevétel

c Nem megfelelő típusú szénhidrátok bevitele határozza meg

c Nem megfelelően ütemezett szénhidrátbevétel a nap folyamán (nem egyenletes szénhidrátbevétel)

c Elégtelen rostbevétel

c Túlzott rostbevétel

Vitamin

c Nem megfelelő/elégtelen vitaminbevétel

c Túlzott vitaminbevétel

határozza meg:

c A c B₁ c B₂ c B₆ c Niacin c Folát c C c D c E c K c Egyéb, és pedig: _____

Ásványi anyag

c Elégtelen ásványianyag-bevétel

határozza meg:

c Kalcium c Kálium c Vas c Cink c egyéb, és pedig.....

c Túlzott ásványianyag-bevétel

határozza meg:

c Kalcium c Kálium c Vas c Cink c Nátrium c egyéb, és pedig: _____

Klinikai táplálás

(Meghatározott táplálási problémák, amelyek a beteg egészségügyi és fizikai állapotát befolyásolják: tápszerválasztás, adagolás mennyisége, módja, sebessége.)

Funkcionális

(Meghatározott fizikai vagy mechanikai változás, amely gátolja, vagy megakadályozza a megfelelő táplálkozást, tápanyagfelvételt.)

- c Nyelési nehezítettség
- c Rágási problémák (rágóizom)
- c Szoptatási nehézségek
- c Megváltozott gyomor-bélrendszeri funkciók

Biokémiai

(A kezelés – gyógyszerek, műtét – következtében kialakult, meghatározott metabolikus változások és a laboratóriumi paraméterek eltérései.)

- c Csökkent tápanyag-hasznosulás
- c Táplálkozással összefüggő megváltozott laboratóriumi értékek határozza meg
- c Gyógyszerdiéta-interakció

Testtömeg

(Krónikus eltérés vagy változás a normál vagy tervezett testtömeghez képest.)

- c Alultáplált, sovány
- c Akarattól független fogyás
- c Túlsúly/elhízás
- c Akarattól független hízás

Viselkedés/Környezet

(Táplálkozási eltérések, problémák, amelyeket az ismeretek, viselkedési formák, attitűdök, hiedelmek, hitek, környezeti hatások, az étkeztetés, illetve az élelmiszer-biztonság befolyásol.)

Táplálkozási ismeretek és hiedelmek

(Aktuális táplálkozási ismeretek és hiedelmek, amiről a páciens beszámol vagy dokumentált.)

- c Hiányos élelmiszer- és táplálkozási ismeretek
- c Veszélyes hitek/viselkedés az ételekkel és táplálkozással kapcsolatos területen (óvatosan kezelendő)

- c Nincs készen a diéta- és életmód-változtatásra
- c Önellenőrzés hiánya, elégtelensége
- c Eltérő táplálkozási szokás, „divatdiéta”
- c Minimális hajlam az ajánlások betartására
- c Nem az ajánlásoknak megfelelő ételválasztás

Fizikai aktivitás és funkció

(A fizikai aktivitás, az önellátás és az életminőség problémái, amelyről a páciens beszámol, vagy szemmel látható, illetve dokumentált.)

- c Fizikai inaktivitás
- c Túlzott fizikai aktivitás
- c Az önellátás képtelensége, illetve hiánya
- c Az ételkészítés, étkezés csökkent képessége
- c Életminőség romlása/gyengeség
- c Táplálkozás nehézsége/nehezítettsége

Élelmiszer-biztonság és hozzáférés az ételekhez

Az élelmiszerekhez való hozzáférés tényleges problémái és élelmiszer-biztonság.)

- c Nem biztonságos ételek bevitele
- c Korlátozott hozzáférés az ételekhez

2. számú melléklet Dietetikai tevékenységek

Tervezetek a dietetikusok által a 7600 szakmakódon elszámolható OENO tevékenységmódosításokra. A meghatározások a dietetikai szolgáltatások kódolásához és finanszírozásához felhasználható javaslatok, az egységes adatgyűjtéshez, illetve a tendenciák, eredmények megállapításához, valamint a döntések előkészítéséhez szükségesek és hiánypótlók. [92]

A meglévő, a dietetikához kapcsolódó OENO kódoknál a tevékenységek módosítását 2019-ben az Egészségügyi Szakmai Kollégium Belgyógyászat, endokrinológia, diabétesz és anyagcserebetegségek Tagozata elfogadta.

91311 módosított

A tevékenység megnevezése: Krónikus beteg dietetikus által végzett dietetikai alapoktatása (diabetológia, belgyógyászat, anyagcsere, endokrinológia, gasztroenterológia, nefrológia, kardiológia, tüdőgyógyászat, klinikai onkológia, allergológia és klinikai immunológia,

csecsemő- és gyermekgyógyászat, szülészeti-nőgyógyászat, sebészet, rehabilitációs medicinához kapcsolódó betegségek esetén, valamint a tápláltsági állapot rizikószűrés elvégzésekor nagy tápláltsági rizikójúnak bizonyult egyének esetén)

A tevékenység definíciója: Frissen felfedezett anyagcsere- vagy egyéb krónikus betegségben szenvedő, valamint táplálkozási szempontból nagy rizikójú beteg dietetikai ismereteinek megalapozása, dietetikus által végzett alapoktatás keretében. Részletes táplálkozási anamnézis felvétele, táplálkozási probléma beazonosítása, táplálási terv meghatározása, betegedukáció.

Tervezet, javaslat

A tevékenység megnevezése: Krónikus beteg dietetikus által végzett dietetikai gondozása/kontrollja

(diabetológia, belgyógyászat, anyagcsere, endokrinológia, gasztroenterológia, nefrológia, kardiológia, tüdőgyógyászat, klinikai onkológia, allergológia és klinikai immunológia, csecsemő- és gyermekgyógyászat, szülészeti-nőgyógyászat, sebészet, rehabilitációs medicinához kapcsolódó betegségek esetén, valamint a tápláltsági állapot rizikószűrés elvégzésekor nagy tápláltsági állapot rizikójúnak illetve a táplálkozási szempontjából veszélyeztetettnek bizonyuló egyének esetén.)

A tevékenység definíciója: Anyagcsere- vagy egyéb krónikus betegségben szenvedő, valamint táplálkozási szempontból nagy rizikójú beteg dietetikus által végzett kontrollja. A táplálkozási anamnézis aktualizálása, a vezetett táplálkozási napló elemzése, a felmerült táplálkozási problémák és akadályok beazonosítása, a táplálási terv szükséges módosítása, ezek alapján egyénre szabott dietetikai tanácsadás. Eredményeképpen a beteg személyre szabott dieteoterápiás javaslatot kap.

91312 módosított

A tevékenység megnevezése: 1. típusú diabeteses beteg alapoktatása

A tevékenység definíciója: A frissen felfedezett 1. típusú diabeteses beteg dietetikai és az inzulinkezeléssel kapcsolatos alapismereteinek (szénhidrát- és energiafelvétel, étkezések gyakorisága, inzulinbeadás módja és ideje) megalapozása szakorvos, dietetikus, szakápoló alkotta team közreműködésével. A dietetikus oktatja a táplálkozási, diétára vonatkozó ismereteket.

91313 módosított

A tevékenység megnevezése: Az inzulinkezelésben részesülő cukorbeteg

anyagcsere-állapotának időszakos elemzése

A tevékenység definíciója: Az inzulinkezelésben részesülő cukorbeteg anyagcsere-állapotának rendszeres ellenőrzése. Ennek keretében az orvos áttanulmányozza a vércukornaplót, felfedi a lehetséges problémákat, megbeszéli a szükséges diétás- és inzulin dózis változtatásokat. A dietetikus tanítja be a szükséges étrendi módosításokat.

91315 módosított

A tevékenység megnevezése: Csoportos dietetikai tanácsadás krónikus betegség esetén

A tevékenység definíciója: Dietetikus által 5–15 beteg részére tartott dietetikai tanácsadás. Azonos betegségben szenvedők csoportja részére a diéta alapelveinek megismertetése, a gyakorlati megvalósítás lehetőségeinek interaktív módon történő megbeszélése.

91316 módosított

A tevékenység megnevezése: Inzulinkezelés alatt álló diabeteses betegek oktatása tanfolyam keretében

A tevékenység definíciója: Szakorvos, dietetikus és szakápoló alkotta team által tartott 2-2,5 napos tanfolyam, melynek keretében inzulinkezelés alatt álló diabeteses betegek elsajátíthatják az önkezelésükkel és önellenőrzésükkel kapcsolatos összes ismeretet és begyakorolhatják az alkalmazásukhoz szükséges készségeket. Dietetikus által végzett oktatás a táplálkozásra, diétára vonatkozóan.

91317 módosított

A tevékenység megnevezése: Várandós vagy gyermekvállalás előtt álló cukorbeteg nő alapoktatása

A tevékenység definíciója: Szakorvos, dietetikus és szakápoló alkotta team készíti fel az 1. típusú diabeteses nőt a kívánt terhesség előtt (prekonceptcionálisan) illetve a várandós gondozásba vétel alkalmával a számára optimális anyagcsere-állapot eléréséhez szükséges teendőkre, amely magában foglalja az étkezéssel, gyógyszeres vagy inzulinkezeléssel, életmóddal kapcsolatos változtatásokat. Dietetikus által végzett edukáció az étkezésre, diétára vonatkozóan.

91319 módosított

A tevékenység megnevezése: Inzulinpumpával kezelt beteg alapoktatása

A tevékenység definíciója: Szakorvos, dietetikus és szakápoló alkotta team

elemzi az inzulinpumpa-kezelésre áttérő diabeteses beteg bázis és bólus inzulinigényét és beállítja a bazális inzulinadagolás első 24 órás programját. Megtanítják a beteget a pompa helyes kezelésére, a napi 6–10-szeri vércukor-önmeghatározás és az egyéni étkezési igények függvényében alkalmazandó prandiális inzulinadagolás módjaira, valamint az esetenként szükséges korrekciós inzulin adagolására. Dietetikus által végzett edukáció az étkezésre, diétára vonatkozóan.

Tervezet, javaslat

A tevékenység megnevezése: Dietetikai tanfolyam, vagy tankönyha

A tevékenység definíciója: Dietetikus által vezetett csoportos dietetikai elméleti és gyakorlati oktatás 5–15 fő részére betegség/ek esetén (pl. kardiológiai rehabilitáció, PKU, Coeliákia) és prevenció céljával (gyermek, várandós, időskor)

Tanfolyam = 2–6 alkalom

Tankönyha = 1–2 alkalom

Tervezet, javaslat

A tevékenység megnevezése: Tápláltsági állapot rizikószűrése

A tevékenység definíciója: Elsősorban ápolók, asszisztensek által alkalmazott EBM alapú tápláltságállapot rizikószűrő módszer

MUST, NRS2002, STRONG, MINI Nutritional Assessment, az alultápláltság/malnutrició kiszűrésére, a nagy tápláltsági kockázatú betegek táplálási teamhez és/vagy dietetikushoz történő irányítása céljából

Tervezet, javaslat

A tevékenység megnevezése: Energia- és tápanyagszámítás megtanítása

A tevékenység definíciója: Dietetikus által végzett tevékenység: energia- és tápanyagszámítás megtanítása obezitás, klinikai enterális táplálás, anyagcsere-betegségek PKU, szükség esetén enzim szubsztitúció mellett (pl. Cf), szénhidrát-anyagcserezavarban, fruktózintoleranciában, krónikus vesebetegség-predialízis stádiumában.

Tervezet, javaslat

A tevékenység megnevezése: Dokumentált dietetikai tanácsadás telefonon, emailen, skype-on

A tevékenység definíciója: Gondozott kliens vagy beteg saját kezdeményezésére konzultál a dietetikussal az étrendjével kapcsolatban,

vagy állapotának, vagy gyógyszeres kezelésének megváltozása miatt felmerült kérdésekben. Gyermek esetében a tanácsadás a gyermek családtagjával, gondviselőjével történhet.