

Co nowego w ESPEN?

1. ESPEN. The International Declaration on the Human Right to Nutritional Care 2022
2. ESPEN. Action Plan. The International Declaration on the Human Right to Nutritional Care 2022

Anna Ukleja

Zakład Dietetyki Klinicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Adres do korespondencji:

dr n. med. Anna Ukleja
Zakład Dietetyki Klinicznej,
Warszawski Uniwersytet
Medyczny
ul. Erazma Ciołka 27, 01-445
Warszawa
e-mail: ania.ukleja@wp.pl
Postępy Żywienia Klinicznego
2023, tom 18, 29–31
DOI: 10.5603/PZK.2023.0005
ISSN 1896–3706
Copyright © 2023 Via Medica

W 2022 roku najważniejszym wydarzeniem w dziedzinie leczenia żywieniowego był 44. Kongres Europejskiego Towarzystwa Żywienia Klinicznego i Metabolizmu (ESPEN, *The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism*), który odbył się w Wiedniu w dniach 3–6 września z udziałem ponad 4,5 tysiąca uczestników z całego świata. Kongres uchwalił przygotowaną wcześniej przez światowe towarzystwa żywieniowe (ASPEN [*American Society for Parenteral and Enteral Nutrition*], ESPEN [*European Society for Clinical Nutrition and Metabolism*], FELANPE [*Federation Latinoamericana de Terapia Nutricional*]) „Międzynarodową deklarację o prawach człowieka do opieki żywieniowej”, której tekst zamieszczono poniżej.

MIĘDZYNARODOWA DEKLARACJA O PRAWACH CZŁOWIEKA DO OPIEKI ŻYWIENIOWEJ

The International Declaration on the Human Right to Nutritional Care

PREAMBUŁA

Powszechnie wiadomo, że:

Każdy człowiek ma prawo do życia w warunkach spełniających najwyższe standardy zdrowia, dotyczy to zwłaszcza żywności i żywienia.

Zapewnienie dostępu do zdrowej żywności dotyczy także osób chorych wymagających hospitalizacji, dla których odpowiednie żywienie jest niezbędne, a głodzenie szkodliwe.

Niedożywienie związane z chorobą, towarzyszące większości chorób, pogarsza przebieg choroby i jakość życia, wydłuża czas pobytu w szpitalu, zwiększa częstość powikłań i zgonów oraz koszty leczenia. Dlatego w każdym przypadku musi być wdrożone leczenie żywieniowe prowadzone przez doświadczony i kompetentny zespół, w którego skład wchodzi: lekarz, dietetyk i pielęgniarka oraz ewentualnie inne osoby w zależności od sytuacji klinicznej pacjenta.

W szpitalach prawo pacjenta do otrzymywania pokrywającego zapotrzebowanie,

dobrej jakości pożywienia często jest lekceważone, co sprawia, że znaczna liczba dzieci i dorosłych cierpiących na niedożywienie związane z chorobą nie otrzymuje niezbędnego leczenia.

Podstawę prawną i naukową przedstawionych niżej zaleceń stanowią:

Artykuł 25 Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka z 10 grudnia 1948 roku, który mówi, że każdy człowiek „ma prawo do takiego standardu życia, który zapewnia zdrowie, dobre samopoczucie i dostęp do żywności jemu i rodzinie”.

Artykuł 11 Międzynarodowego paktu praw gospodarczych, społecznych i kulturalnych (ICESCR, *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*) (1966), który stwierdza, że każdy człowiek i jego rodzina mają prawo do życia w zdrowiu, co obejmuje szeroki zakres czynników socjoekonomicznych, w tym nieskrępowany dostęp do żywności i żywienia.

Rezolucja Res (2003) 2 Komitetu Ministrów Rady Europy z 12 listopada 2003 roku zawiera-

jąca 142 zalecenia dla rządów dotyczące żywności i żywienia w szpitalach, która postuluje „opracowanie i wdrożenie do praktyki narodowych rekomendacji obejmujących wymagania dotyczące żywności i opieki żywieniowej w szpitalach”.

Artykuł 14 UNESCO z 2005 roku głoszący, iż „postęp w nauce i technologii powinien zapewnić społeczeństwu dostęp do żywności i wody”.

Międzynarodowa Deklaracja FELANPE z 2008 roku dotycząca żywienia w szpitalach, która stwierdza, że „wszyscy pacjenci mają prawo do optymalnego leczenia żywieniowego stosowanego przez wykwalifikowany personel”.

Podsumowanie obrad FAO-WHO II Międzynarodowej Konferencji o Żywieniu (ICN 2) z 2014 roku, w którym stwierdzono, że „niedożywienie, niedobór mikrośladków odżywczych, nadwaga i otyłość nie tylko pogarszają jakość życia, sprawność fizyczną i umysłową, ale również obniżają odporność, zwiększają ryzyko zachorowania na choroby zakaźne i niezakaźne, a także zmniejszają wydajność pracy, co ma konsekwencje rodzinne i ekonomiczne, i w tych kategoriach należy je rozpatrywać, zapobiegać im i je leczyć”.

Podobne do powyższych zalecenia, które zostały zawarte w United Nations Sustainable Development Goals w 2015 roku oraz zalecenia wydane przez ESPEN w roku 2016.

„Międzynarodowa deklaracja o zwalczaniu zaburzeń odżywiania i prawie do opieki żywieniowej”, znana jako „Declaration of Cartagena” wydana przez FELANPE w roku 2019, w której zapisano, że „każdy człowiek ma prawo do zdrowia i żywności, co oznacza, że wszyscy pacjenci mają prawo do opieki żywieniowej, a w szczególności do oceny stanu odżywienia i optymalnego leczenia żywieniowego w celu zmniejszenia częstości występowania niedożywienia związanego z chorobą i towarzyszącej mu chorobowości i śmiertelności.

Uchwała ESPEN z 2020 roku wzywająca rządy i władze uczelni medycznych do wprowadzenia edukacji żywieniowej do programu kształcenia studentów medycyny.

Uchwała ASPEN z 2021 roku o aspektach etycznych sztucznego żywienia i nawadniania.

Uchwała Międzynarodowej Grupy Specjalistów z 2021 roku o prawie pacjentów do opieki żywieniowej obejmującej ocenę stanu odżywienia, oraz zapobieganie, rozpoznanie i leczenie niedożywienia poprzez żywienie medyczne mające na celu zmniejszenia wysokiej częstości występowania niedożywienia szpitalnego i związanej z nim chorobowości i śmiertelności.

Wyżej podane zasady, uchwały i deklaracje skłaniają nas do opartego na badaniach naukowych apelu do autorytetów publicznych, instytucji rządowych i samorządowych oraz medycznych towarzystw naukowych o współdziałanie w upowszechnianiu opieki żywieniowej i walki z niedożywieniem związanym z chorobą, które — mimo że jest zjawiskiem zagrażającym zdrowiu i życiu — nie budzi większego zainteresowania przedstawicieli ochrony zdrowia. Upoważnia to nas do sformułowania poniższych zaleceń.

ARTYKUŁ 1. ZAKRES DZIAŁANIA

Oświadczamy, że niezbywalnym prawem każdego człowieka jest dostęp do opieki żywieniowej będącej ważnym elementem prawa do zdrowia. Oznacza to, że każdy pacjent z niedożywieniem związanym z chorobą musi mieć zastosowane leczenie żywieniowe zarówno w szpitalu, jak i poza szpitalem.

Oświadczenie to jest skierowane do każdej naukowej i zawodowej organizacji, w tym do administracji szpitali i innych jednostek zajmujących się zdrowiem, o czynne uczestnictwo w promowaniu i wdrażaniu opieki żywieniowej i zwalczaniu niedożywienia związanego z chorobą, które powinno być traktowane jako rozpoznanie kliniczne choroby wymagającej zapobiegania, rozpoznania i leczenia zgodnego z obowiązującymi zasadami.

Deklaracja ta powinna być traktowana jako dokument programowy, którego poszczególne stwierdzenia stanowiąc będą bazę dla rozwoju i wdrażania do praktyki klinicznej założeń opieki żywieniowej jako ważnego elementu zdrowia pojedynczych osób i całych społeczeństw.

ARTYKUŁ 2. CEL

Celem deklaracji jest:

2.1. Uznanie prawa każdego człowieka do opieki żywieniowej obejmującej zapobieganie, wczesne rozpoznanie i właściwe leczenie ryzyka niedożywienia lub niedożywienia związanego z chorobą.

2.2. Opracowanie ramowych zasad, które będą służyły jako podstawa (baza) dla praktycznych działań podejmowanych i wdrażanych przez krajowe towarzystwa naukowe zajmujące się żywieniem klinicznym i metabolizmem.

2.3. Upowszechnianie celów, znaczenia i zasad żywienia klinicznego w celu podnoszenia poziomu i jakości opieki nad chorymi w szpitalach.

2.4. Podnoszenie poziomu świadomości i wiedzy pracowników ochrony zdrowia na temat zagrożeń, jakie niesie niedożywienie związane z chorobą i brak opieki żywieniowej w szpitalach i innych jednostkach ochrony zdrowia, w tym w podstawowej opiece zdrowotnej.

ARTYKUŁ 3. ZASADY

Towarzystwa i organizacje, do których ta Deklaracja jest skierowana, powinny podejmować zalecane działania dotyczące upowszechnienia żywienia klinicznego, przestrzegając następujących zasad:

3.1. Polityka zdrowotna państwa musi uwzględniać prawo do opieki żywieniowej, która jest podstawą walki z niedożywieniem związanym z chorobą.

3.1.1. Żywienie kliniczne musi być włączone do polityki zdrowotnej państwa na zasadach równości i rachunku ekonomicznego.

3.1.2. Klinicyści, naukowcy i politycy powinni wspólnie opracować zasady włączenia do polityki zdrowotnej państwa leczenia żywieniowego opartego na wynikach badań naukowych.

3.1.3. Aby osiągnąć zamierzone cele, leczeniem żywieniowym muszą być objęci także pacjenci z ryzykiem niedożywienia, w tym kobiety w ciąży, dzieci, osoby dorosłe, osoby w wieku podeszłym i osoby chore na choroby niezakaźne.

3.1.4. Polityka zdrowotna państwa powinna uwzględnić opiekę żywieniową jako ważny element holistycznego podejścia do pacjenta, uwzględniającego zapobieganie i leczenie niedożywienia związanego z chorobą i poprawę wyników leczenia chorych.

3.2. Nauczanie żywienia klinicznego i prowadzenie badań naukowych w tym zakresie stanowi fundament opieki żywieniowej.

3.2.1. Edukacja żywieniowa i znajomość zasad opieki żywieniowej jest niezbędna dla wszystkich pracowników medycznych zatrudnionych w ochronie zdrowia, a kształcenie w tym zakresie powinno być obowiązkowe we wszystkich uniwersytetach medycznych i innych uczelniach kształcących kadry dla ochrony zdrowia.

3.2.2. Studenci wydziałów lekarskich, farmacji, dietyki i pielęgniarstwa powinni w programie studiów mieć obowiązkowe zajęcia z żywienia człowieka obejmujące 3 główne działy: podstawy żywienia, dietetyka stosowana i żywienie kliniczne.

3.2.3. Z uwagi na to, że oparte na wynikach badań naukowych decyzje będą miały wpływ na zdrowie i jakość życia ludzi, ważne jest, aby brane pod uwagę badania naukowe dotyczące leczenia żywieniowego były wysokiej jakości i pochodziły z uznanych ośrodków badawczych.

3.3. Żywienie kliniczne powinno być prowadzone z uwzględnieniem zasad etycznych.

3.3.1. Warunkiem sztucznego żywienia i nawadniania jest istnienie wskazań do tego rodzaju terapii i zgoda pacjenta.

3.3.2. Prowadzący leczenie żywieniowe mają etyczny obowiązek wyboru optymalnej metody żywienia i składu mieszaniny odżywczej.

3.3.3. Finanse przeznaczone na leczenie żywieniowe powinny być wydawane zgodnie z uzasadnionym zapotrzebowaniem pacjenta i stanem klinicznym.

3.3.4. Wybór metody sztucznego żywienia (dojelitowe, pozajelitowe, kombinowane) może stwarzać problemy etyczne, dlatego w wyborze należy kierować się przyjętymi przez międzynarodowe organizacje aktualnymi wskazaniami, popartymi wynikami leczenia.

3.3.5 W realizacji leczenia żywieniowego należy przestrzegać zasady poszanowania godności pacjenta i jego prawa do uzyskania wszechstronnej informacji na temat proponowanego leczenia.

3.4. Sprawowanie skutecznej opieki żywieniowej wymaga wielodyscyplinarnego zespołu.

3.4.1. Rozpoczynając leczenie żywieniowe w szpitalu, należy mieć przygotowany plan i sposób realizacji dalszego żywienia po wypisaniu chorego ze szpitala. Plan musi obejmować: program żywienia, sposób realizacji, monitorowanie, postępowanie w przypadku powikłań oraz adres i telefon ośrodka, który sprawuje opiekę nad pacjentem po wypisaniu do domu. Powinien to być ten ośrodek w którym rozpoczęto leczenie żywieniowe.

3.4.2. Zespół leczenia żywieniowego powinien mieć charakter interdyscyplinarny, ponieważ postęp w nauce o żywieniu, sprzęcie i procesie produkcji składników odżywczych jest tak znaczący i szybki, że dla opanowania i praktycznego wykorzystania tej wiedzy potrzebni są specjaliści z różnych dziedzin pozamedycznych.

3.5. Zainteresowanie pacjenta i jego aktywny udział w leczeniu są kluczem do sukcesu.

3.5.1. Światowa Organizacja Zdrowia podkreśla, że zainteresowanie pacjenta własnym zdrowiem i jego aktywny udział w leczeniu stanowią niezbędny warunek poprawy jakości ochrony zdrowia. Pacjenci zainteresowani odpowiadają lepiej na leczenie, a jego wyniki są lepsze niż u niezainteresowanych i niewspółpracujących z zespołem terapeutycznym.

3.5.2. Zainteresowanie oznacza odpowiedzialność i wiedzę, a wiedza jest równa wolności. Pacjenci zainteresowani czynnie uczestniczą w procesie leczenia i czują się współodpowiedzialni za jego przebieg.

3.5.3. Współodpowiedzialność pacjentów i ich rodzin za niedożywienie związane z chorobą, jego wczesne rozpoznanie, poszukiwanie przyczyny i właściwe leczenie może przyczynić się do wzrostu świadomości społeczeństwa na temat zagrożeń, jakie niesie niezamierzone chudnięcie, szczególnie jeżeli włączą się do tego media.

Wiedeń, 44 Kongres ESPEN, 3–6 września 2022 roku
I co dalej?

Konflikt interesów: Nie zgłoszono.

Finansowanie: Brak.