



POLSKIE TOWARZYSTWO DIETETYKI

Adres do korespondencji

Ul. Medyków 14

40-752 Katowice

Katowice / 14.04.2022

POLSKIE TOWARZYSTWO DIETETYKI

02-770 Warszawa, ul. Szolc-Rogozińskiego 4

NIP: 6782968752 REGON: 351319416

KRS: 0000222643

Szanowny Pan

WALDEMAR KRASKA

SEKRETARZ STANU

Ministerstwo Zdrowia

Ul. Miodowa 15

00-952 Warszawa

Szanowny Panie Ministrze

Określenie zasad i wymagań przy prowadzeniu żywienia zbiorowego w szpitalu jest niezwykle istotne zarówno dla pacjentów, którzy wymagają podaży odpowiedniej ilości energii i składników odżywczych ale również dla dietetyków odpowiedzialnych za planowanie bądź nadzorowanie procesu żywienia pacjentów.

Niestety proponowane rozporządzenie w tym zakresie jest bardzo nieprecyzyjne.

Polskie Towarzystwo Dietetyki po wnikliwej analizie Załącznika nr 2 do rozporządzenia, pragnie zauważyć, że zawiera ono wiele błędów merytorycznych, zaleceń które są ze sobą sprzeczne lub się nawzajem wykluczają oraz sformułowań nieprecyzyjnych. Określone wymagania w odniesieniu do opisu środków spożywczych mających zastosowanie w dietach są zbyt ogólne, pozostawiające realizatorom żywienia zbiorowego pełną dowolność zarówno co do liczby podawanych posiłków jak i stosowaniu produktów bardzo niskiej jakości. W związku z tym proponowane zapisy nie poprawią sytuacji żywieniowej w szpitalach.

Rezolucja Rady Europy nr 3/2003 w sprawie żywienia w szpitalach oraz opublikowane raporty z kontroli prowadzonych przez instytucje kontrolujące żywienie w szpitalach, wskazują że powinno ono stanowić integralną część procesu leczniczego i nie może być prowadzone bez stałego nadzoru ze strony dietetyka. Niestety proponowane rozwiązanie prawne nie reguluje tej istotnej kwestii. Polskie Towarzystwo Dietetyki, wnosi o uzupełnienie projektu (zgodnie z sugestią skierowaną do MZ w ramach konsultacji publicznych ustawy o niektórych zawodach medycznych), o zapis gwarantujący zatrudnienie w szpitalu dietetyka tzw. administracyjnego odpowiedzialnego za nadzór nad realizacją żywienia szpitalnego oraz dietetyka tzw. klinicznego odpowiedzialnego za sprawowanie prawidłowej opieki żywieniowej w oddziałach szpitalnych.

Polskie Towarzystwo Dietetyki stoi na stanowisku, że żywienie szpitalne wzorem prowadzonego przez Ministerstwo Zdrowia programu pilotażowego „Standard żywienia szpitalnego kobiet w ciąży i okresie poporodowym – Dieta Mamy”, powinno być odrębnie finansowane w ramach kontraktu z NFZ jako świadczenie opieki zdrowotnej a świadczeniodawcy powinni być zobowiązani do zapewnienia świadczeniobiorcom wyżywienia zgodnego z wymaganiami, które będą zawarte w przedmiotowym rozporządzeniu. Postulujemy ponadto o określenie minimalnej stawki żywieniowej liczonej w koszcie użytych do realizacji jadłospisu środków spożywczych.

Kolejna kwestia, na którą pragniemy zwrócić uwagę to brak wskazania personelu odpowiedzialnego za wypełnienie kart żywienia szpitalnego. Polskie Towarzystwo Dietetyki stoi na stanowisku, że najlepsze kwalifikacje do realizacji tego zadania posiada dietetyk tzw. kliniczny, a porada dietetyczna powinna być odrębnie kontraktowana jako świadczenie medyczne finansowane ze środków publicznych. Ponadto w karcie brak jest miejsca na autoryzację dokumentu przez osobę ją wypełniającą.

Proponowane rozporządzenie, mające na celu poprawę jakości, nie wskazuje jednocześnie źródeł finansowania żywienia szpitalnego. Koszty wdrożenia w życie rozporządzenia będą ponosić szpitale, dla których zmiana systemu żywienia stanowić będzie istotne obciążenie finansowe.

Projekt rozporządzenia nie przewiduje żadnych sankcji karnych dla szpitali, które będą realizować żywienie pacjentów w sposób niezgodny z wymaganiami rozporządzenia.

Brak jest także przewidzianej nomenklatury i charakterystyki diet obejmującej żywienie dzieci w szpitalach i oddziałach pediatrycznych.

Proponujemy rozważenie uproszczenia zaproponowanej nomenklatury diet poprzez wdrożenie zaleceń Rezolucji Rady Europy 3/2003 w sprawie żywienia w szpitalach. Przedstawiamy opracowany przez Polskie Towarzystwo Dietetyki prosty i przejrzysty system dietetyczny oparty na następujących kategoriach diet:

- a. podstawowa,
- b. łatwostrawna,
- c. o zwiększonej wartości energetycznej i zawartości białka,
- d. łatwostrawna o zmniejszonej zawartości tłuszczu, błonnika i soli,
- e. z ograniczoną wartością energetyczną, nasyconych kwasów tłuszczowych oraz łatwo przyswajalnych węglowodanów, o zwiększonej zawartości błonnika pokarmowego,
- f. o zmienionej teksturze (konsystencji): mielona, papka, płynna,
- g. eliminacyjne (bezlaktozowa, bezglutenowa, bezmleczna, itp.),
- h. dziecięce,
- i. specjalne, indywidualne (inne ze względu na stan zdrowia oraz diety laktoowo-wegetariańskie, semiwegetariańskie).

Zgodnie z opublikowanym Stanowiskiem Komitetu Nauki o Żywieniu Człowieka PAN w sprawie stosowania diet wegetariańskich z roku 2019 uważamy, że ze względów na bezpieczeństwo zdrowotne szczególnie wrażliwych grup populacyjnych, w żywieniu szpitalnym powinny być dopuszczone do stosowania dwa warianty diety wegetariańskiej: laktoowo-wegetariańska oraz semiwegetariańska. Przy przyjęciu do szpitala pacjenta deklarującego w wywiadzie, stosowanie restrykcyjnych form diety wegetariańskiej takich jak weganizm, frutarianizm, witarianizm; lekarz prowadzący powinien zlecić wykonanie badań biochemicznych krwi w celu zidentyfikowania potencjalnych niedoborów pokarmowych, a w przypadku ich potwierdzenia zlecić suplementowanie diety środkami żywieniowymi specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz konsultację dietetyka.

Biorąc pod uwagę podobieństwo w zakresie doboru produktów spożywczych stosowanych w dietach oraz planowanie produkcji posiłków w zakładach żywienia zbiorowego, proponowane przez nas rozwiązanie wpłynie istotnie na poprawę organizacji pracy dietetyków odpowiedzialnych za planowanie żywienia szpitalnego, personelu kuchni oraz zmniejszy ryzyko pomyłek podczas zamawiania diet, ekspedycji i wydawania gotowych posiłków w oddziałach szpitalnych.

Poniżej przedstawiamy zastosowanie diet wg zaproponowanej przez PTD nomenklatury.

Zastosowanie diety	Nomenklatura diet wg MZ	Nomenklatura diet wg PTD
Pacjenci nie wymagający diet leczniczych	podstawowa	podstawowa
Modyfikacja żywienia podstawowego polegająca na zmianie obróbki technologicznej oraz wyłączeniu produktów ciężko strawnych i długo zalegających w przewodzie pokarmowym	łatwostrawna	łatwostrawna
Ostre i przewlekłe zapalenie wątroby, trzustki, przewlekłe zapalenie pęcherzyka i dróg żółciowych, kamica żółciowa,	łatwostrawna z ograniczeniem tłuszczu	łatwostrawna o zmniejszonej zawartości tłuszczu, błonnika i soli
Choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy	łatwostrawna z ograniczeniem substancji pobudzających wydzielanie soku żołądkowego	
Wyniszczenie organizmu, silne oparzenia lub zranienia, choroby gorączkowe, niedożywienie, ryzyko niedożywienia	bogatobiałkowa	o zwiększonej wartości energetycznej i zawartości białka
Nadwaga i otyłość	ubogoenergetyczna	z ograniczoną wartością energetyczną, zawartością nasyconych kwasów tłuszczowych oraz łatwo przyswajalnych węglowodanów, o zwiększonej zawartości błonnika pokarmowego
Zaparcia, zaburzenia czynnościowe jelit	bogatoresztkowa	
Cukrzyca, insulinooporność	z ograniczeniem łatwo przyswajalnych węglowodanów	
Choroby układu sercowo-naczyniowego, podwyższone stężenie cholesterolu, trójglicerydów, miażdżyca	o kontrolowanej zawartości nasyconych kwasów tłuszczowych	
Schorzenia jamy ustnej, przełyku, brak możliwości gryzienia lub połykania pokarmów stałych	łatwo strawna o zmienionej konsystencji (papka, płynna, płynna wzmocniona, do żywienia przez zgębnik/przetokę)	o zmienionej konsystencji (mielona, papka, płynna)
Alergie i nietolerancje pokarmowe	eliminacyjne, specjalne	eliminacyjna (bezglutenowa, bezlaktozowa)
Specjalne, indywidualne	niskobiałkowa, wegetariańskie, inne	specjalna (niskobiałkowa) Laktoowegetariańska, semiwegetariańska
Dzieci	-	dieta małego dziecka do 1 r.ż. dieta dziecka od 1 r.ż. do 3 r.ż. dieta dziecka powyżej 3 r.ż.



Żywnienie szpitalne powinno być stale monitorowane przy zastosowaniu prostych metod oceny organoleptycznej oraz oceny jakościowej punktowej. W związku z tym Polskie Towarzystwo Dietetyki wnosi o uzupełnienie rozporządzenia o następujące załączniki „Kartę Oceny Organoleptycznej podstawowych parametrów” oraz „Ocenę jakościową punktową jadłospisu szpitalnego”.

Wnioskujemy także o uzupełnienie rozporządzenia o załącznik określający schemat żywienia pacjenta z wymaganą liczbą porcji produktów spożywczych w każdym posiłku, pochodzących z poszczególnych grup produktów spożywczych. Na przykład, śniadanie dla diety podstawowej powinno się składać z: 2 porcji z grupy mleko i produkty mleczne, 1 porcji z grupy mięso i produkty mięsne, 1 porcji z grupy warzywa i owoce, 1 porcji z grupy tłuszcze oraz 2 porcji z grupy produktów zbożowych.

Opracowanie schematu żywienia pacjenta ułatwi dietetykom tzw. administracyjnym planowanie jadłospisów, nadzór nad żywnieniem szpitalnym oraz istotnie wpłynie na poprawę jakości posiłków i zapewnienie realizacji norm na żywnienie. Wprowadzenie schematu pozwoli także na ujednoczenie sposobu żywienia we wszystkich szpitalach w Polsce.

Przykład schematu żywienia w szpitalu opracowanego przez Polskie Towarzystwo Dietetyki dla diety podstawowej przedstawiamy poniżej.

Grupa produktów spożywczych	Minimalna rekomendowana ilość porcji w diecie podstawowej	
Mleko i produkty mleczne, nabiał,	2 porcje	Śniadanie – 1 lub 2 II śniadanie – 1 lub 2 Kolacja – 0 lub 1 porcja
Mięso i produkty mięsne, ryby, jaja	2 porcje	Śniadanie – 0 lub 1 porcja Obiad – 0 lub 1 porcja Kolacja – 0 lub 1 porcja
Warzywa lub owoce (bez ziemniaków)	4 porcje (3 porcje warzyw i 1 porcja owoców)	Śniadanie – 1 porcja II śniadanie – 0 lub 1 porcja Obiad – 1 lub 2 porcja Podwieczorek – 0 lub 1 porcja Kolacja – 1 porcja
Produkty zbożowe	5 porcji	Śniadanie – 2 porcje Obiad – 2 porcje Kolacja - 1 porcja



POLSKIE TOWARZYSTWO DIETETYKI

Adres do korespondencji

Ul. Medyków 14

40-752 Katowice

W związku z powyższym, zwracamy się z wnioskiem do Pana Ministra o powołanie i włączenie do grupy ekspertów tworzących zapisy rozporządzenia w sprawie określenia wymagań obowiązujących przy prowadzeniu żywienia w szpitalach, dietetyków praktyków – przedstawicieli Polskiego Towarzystwa Dietetyki. Pozwoli to na wypracowanie szczegółowych zapisów, które realnie wpłyną na poprawę jakości żywienia w szpitalach.

Analizując zapisy przedstawionego do konsultacji rozporządzenia oraz bazując na wieloletnim doświadczeniu zawodowym dietetyków, członków naszego Towarzystwa, zatrudnionych w podmiotach leczniczych, przedstawiamy w załączonej tabeli nasze uwagi wraz z proponowanymi rozwiązaniami.

Z wyrazami szacunku

PREZES
POLSKIEGO TOWARZYSTWA DIETETYKI
Grzegorz Kostecki
dr n. o zdr. Grzegorz Kostecki



L.p.	Podmiot zgłaszający	Jednostka redakcyjna	Treść uwagi	Uzasadnienie	Proponowane rozwiązanie
1	POLSKIE TOWARZYSTWO DIETETYKI	Rozporządzenie §1 ust.2 pkt 2	zmiana brzmienia	Użycie sformułowań „rekomendowane” oraz „przeciwwskazane” nie jest równoznaczne z określeniem produktów wymaganych i zabronionych. Użycie takiego sformułowania nie spowoduje poprawy jakości żywienia.	Należy zastąpić sformułowanie „rekomendowane” oraz „przeciwwskazane” środki spożywcze wyrażeniem wymagane (bez ograniczeń oraz w ograniczonej ilości) i zabronione środki spożywcze wykorzystywane w poszczególnych rodzajach diet oraz wartość odżywczą i energetyczną stosowanych diet szpitalnych.
2	POLSKIE TOWARZYSTWO DIETETYKI	Uwaga ogólna do Rozporządzenia	Uzupełnienie treści rozporządzenia	Przedmiotowe rozporządzenie mające na celu poprawę jakości żywienia w szpitalach będzie dla podmiotów leczniczych dodatkowym, istotnym obciążeniem finansowym powodującym wzrost kosztów przeznaczonych na żywienie pacjentów. Przykładem dobrej praktyki w tym zakresie jest wydane przez Ministerstwo Zdrowia rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego „Standard żywienia szpitalnego kobiet w ciąży i w okresie poporodowym – Dieta Mamy.”, które nakładało na szpitale wymóg odrębnego kontraktowania z NFZ żywienia jako świadczenia	Należy wskazać w rozporządzeniu źródło finansowania kosztów żywienia szpitalnego. Należy również rozważyć w tym zakresie odrębne kontraktowanie żywienia szpitalnego jako gwarantowanego świadczenia opieki zdrowotnej finansowanego ze środków publicznych (NFZ).
3	POLSKIE TOWARZYSTWO DIETETYKI	Uwaga ogólna do Rozporządzenia	Uzupełnienie treści rozporządzenia	Pozostawienie dowolności w liczbie posiłków (od 3 do 5) nie wpłynie na poprawę sytuacji żywieniowej w szpitalach.	Należy określić konkretną, stałą liczbę posiłków wymaganą w żywieniu szpitalnym w zależności od diety.
4	POLSKIE TOWARZYSTWO DIETETYKI	Uwaga ogólna do Rozporządzenia	Uzupełnienie treści rozporządzenia	W uzasadnieniu do rozporządzenia przywołano wyniki kontroli żywienia w szpitalach przeprowadzonych przez NIK oraz inne instytucje. W tychże dokumentach wskazano, że żywienie pacjentów powinno być prowadzone pod nadzorem dietetyka zatrudnionego w szpitalu.	Należy dodać do rozporządzenia wymóg zatrudnienia dietetyka tzw. administracyjnego do nadzoru nad realizacją żywienia szpitalnego i zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego żywności i żywienia. Należy rozważyć w tym zakresie określenie wymagań dotyczących personelu (dietetyka) w umowach na całodobowe świadczenia zdrowotne z zakresu szpitalnego pomiędzy Świadczeniodawcami a NFZ.

L.p.	Podmiot zgłaszający	Jednostka redakcyjna	Treść uwagi	Uzasadnienie	Proponowane rozwiązanie
5	POLSKIE TOWARZYSTWO DIETETYKI	Uwaga ogólna do Rozporządzenia	Uzupełnienie treści rozporządzenia	Zgodnie z systemem rozliczania świadczeń zdrowotnych, pierwsza i ostatnia doba pobytu pacjenta liczona jest jako jeden osobodzień. W związku z tym określenia wymagają zasady żywienia pacjentów w pierwszej i ostatniej dobie hospitalizacji.	Należy określić zasady prowiantowania pacjentów w pierwszej i ostatniej dobie hospitalizacji. Proponujemy dodać zapis, który będzie zgodny z powyższą zasadą: jeżeli pacjent w dniu planowanego przyjęcia do szpitala otrzymuje obiad i kolację to w ostatnim dniu pobytu otrzymuje tylko śniadanie. Natomiast jeżeli pacjent rozpoczyna hospitalizację od kolacji to w ostatnim dniu pobytu prowiantowany jest do śniadania i obiadu, chyba że wypis pacjenta sporządzony będzie przed obiadem wówczas pacjent otrzymuje tylko śniadanie
6	POLSKIE TOWARZYSTWO DIETETYKI	Uwaga ogólna do Rozporządzenia	Uzupełnienie treści rozporządzenia	Określenie tzw. kosztu wsadu do kotła liczonego w cenach artykułów spożywczych zużytych do realizacji jadłospisu dziennego, będzie mieć istotny wpływ na poprawę żywienia szpitalnego.	Należy określić, dla szpitali posiadających w strukturach własnych kuchnię szpitalną, minimalną stawkę żywieniową na żywienie pacjenta. Dla szpitali korzystających z usług firm cateringowych należy określić procentowy i kwotowy udział kosztu tzw. wsadu do kotła liczonego w cenach artykułów spożywczych w cenie całodennej usługi
7	POLSKIE TOWARZYSTWO DIETETYKI	Uwaga ogólna do Rozporządzenia	Uzupełnienie treści rozporządzenia	Diety alternatywne, zgodnie z Rezolucją Rady Europy nr 3/2003 w sprawie żywienia w szpitalach nie powinny być stosowane ze względu na istotne ryzyko niedoborów pokarmowych. Polskie Towarzystwo Dietetyki podtrzymuje stanowisko Komitetu Nauki o Żywieniu Człowieka PAN w sprawie wartości odżywczej i bezpieczeństwa stosowania diet wegetariańskich z roku 2019. W żywieniu szpitalnym powinny być dopuszczone do stosowania tylko dwa warianty diety wegetariańskiej: laktoowoowegetariańskie oraz semiwegetariańskie.	W rozporządzeniu należy zastrzec, że diety alternatywne mogące mieć negatywny wpływ na zdrowie pacjenta nie mogą być stosowane w żywieniu szpitalnym a lekarz lub dietetyk mają obowiązek edukacji pacjenta w tym zakresie. Diety alternatywne mogą mieć zastosowanie tylko ze wskazań medycznych. Należy doprecyzować rodzaje diet wegetariańskich mogące mieć zastosowanie w żywieniu szpitalnym. . Przy stosowaniu przez pacjenta restrykcyjnych form wegetarianizmu takich jak weganizm, frutarianizm, witarianizm lekarz powinien zlecić badania biochemiczne krwi w celu zidentyfikowania potencjalnych niedoborów pokarmowych, a w przypadku ich zdiagnozowania lekarz powinien zlecić odpowiednie środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz konsultację dietetyka.

L.p.	Podmiot zgłaszający	Jednostka redakcyjna	Treść uwagi	Uzasadnienie	Proponowane rozwiązanie
8	POLSKIE TOWARZYSTWO DIETETYKI	Rozporządzenie §2	zmiana brzmienia	Jadłospisy okresowe (7 lub 10 dniowe) planuje się z wyprzedzeniem, a podstawą do ich planowania w zakładach żywienia zbiorowego typu zamkniętego jest średnioważona norma na energię i składniki odżywcze dla całej populacji szpitalnej bez względu na płeć. Nie planuje się oddzielnie jadłospisów dla mężczyzn i kobiet. Podczas sporządzania dokumentacji produkcyjnej posiłków nie jest znana liczba pacjentów w podziale na płeć.	Należy doprecyzować zapis dotyczący stosowania norm żywienia w szpitalu
9	POLSKIE TOWARZYSTWO DIETETYKI	Załącznik nr 1	Uzupełnienie treści Załącznika nr 1	Uproszczenie diet i dostosowanie nomenklatury do zaleceń Rezolucji Rady Europy nr 3/2003 w sprawie żywienia w szpitalach. Brak nomenklatury i kodów dla diet mających zastosowanie w żywieniu dzieci i młodzieży w szpitalach. Dodatek drugiego śniadania oraz podwieczorku powinien być obligatoryjny w żywieniu szpitalnym a nie dobrowolny.	Należy rozważyć uproszczenie nomenklatury diet poprzez wdrożenie proponowanej przez PTD. Należy również uzupełnić nomenklaturę i kody o diety stosowane w żywieniu dzieci.
10	POLSKIE TOWARZYSTWO DIETETYKI	Załącznik nr 2	Opracowanie nowego załącznika nr 2	Określone w załączniku nr 2 wymagania w odniesieniu do produktów rekomendowanych w dietach są zbyt ogólne, pozostawiające realizatorom żywienia zbiorowego szpitalnego pełną dowolność, w tym również do stosowania produktów bardzo niskiej jakości np. seropodobnych, mięsa garmazeryjnego oddzielnego mechanicznie, przetworów rybnych itp. Załącznik nr 2 nie zawiera opracowanych diet i zaleceń dietetycznych mających zastosowanie w żywieniu dzieci od 0 -1 r. ż., dzieci powyżej 1 r.ż. oraz młodzieży w szpitalach. Żywnienie w tym okresie ma istotny wpływ na zapewnienie prawidłowego rozwoju umysłowego i fizycznego W zaleceniach diet wskazane jest „podawanie każdego dnia co najmniej 1 porcji z grupy mięso, jaja, nasiona roślin strączkowych i/lub przetwory nasion roślin	Należy ponownie opracować Załącznik nr 2 ro rozporządzenia. Proponujemy powołanie i włączenie do grupy ekspertów tworzących zapisy niniejszego rozporządzenia, dietetyków praktyków z Polskiego Towarzystwa Dietetyki. Pozwoli to na wypracowanie szczegółowych zapisów, które realnie wpłyną na poprawę jakości żywienia w szpitalach. Należy określić w załączniku bardzo szczegółowe wymagania jakościowe dla produktów spożywczych wchodzących w skład poszczególnych grup środków spożywczych, które mogą być stosowane w żywieniu szpitalnym.



L.p.	Podmiot zgłaszający	Jednostka redakcyjna	Treść uwagi	Uzasadnienie	Proponowane rozwiązanie
				<p>strączkowych i inne zamienniki białka zwierzęcego”.</p> <p>Natomiast w tabeli zawierającej grupy środków spożywczych grupy te występują oddzielnie. Należałoby zatem oddzielić wymienione grupy stosując pomiędzy nimi partykułę „lub”. Pozostawienie zapisu w takim brzmieniu będzie wymagało podaży codziennie 1 porcji z grupy mięso, 1 porcji z grupy jaja, 1 porcji z grupy nasiona roślin strączkowych. Podawanie codziennie produktów z grupy nasiona roślin strączkowych stoi w sprzeczności z kolejnym punktem zaleceń, z których wynika, że „nasiona roślin strączkowych i/lub ich przetwory należy uwzględnić co najmniej 3 razy w jadłospisie dekadowym”. Z kolei ten zapis jest sprzeczny z zapisem „o wskazanym ograniczeniu potraw ciężkostrawnych i wzdymających”.</p> <p>Szpitala, zwłaszcza w okresie letnim rezygnują z podawania potraw wykonanych z nasion roślin strączkowych ze względu na bezpieczeństwo mikrobiologiczne. Również wydana przez IŻŻ oraz MZ monografia „Zasady prawidłowego żywienia chorych w szpitalach” wskazuje, że ze szpitalnej diety podstawowej należy ograniczyć potrawy z suchych nasion roślin strączkowych</p>	
				Nie ma uzasadnienia ograniczenie zabielenia zup śmietaną w diecie podstawowej. Śmietanka jest tłuszczem łatwostrawnym, dobrze przyswajalnym	
				W zaleceniach dla wszystkich diet występuje sformułowanie „dodatek dozwolonych warzyw lub owoców do każdego posiłku (minimum 400g)” należy doprecyzować że jest to minimalna gramatura, do której nie wliczane są „ziemniaki i bataty”	
				W zaleceniach diety podstawowej dozwoloną techniką kulinarną jest smażenie (3 razy w dekadzie) przy	



L.p.	Podmiot zgłaszający	Jednostka redakcyjna	Treść uwagi	Uzasadnienie	Proponowane rozwiązanie
				<p>jednoczesnym wykluczeniu wcześniejszego obsmażania dla potraw duszonych</p> <p>W diecie podstawowej mogą być podawane zarówno sery chude jak i półtłuste w związku z tym należy zastąpić „i” słowem „lub”</p> <p>W diecie podstawowej nie ma potrzeby ograniczania ilości tłuszczu, tak więc zakres podaży powinien odpowiadać referencyjnemu spożyciu określone w normach żywienia , tj. 20-35% energii</p> <p>W żywieniu szpitalnym dotychczas nie stosuje się jagnięciny i królika ze względu na cenę tychże surowców. W związku z wprowadzeniem tych produktów należy znacząco zwiększyć finansowanie żywienia szpitalnego</p> <p>Należy szczegółowo doprecyzować jakość wędlin poprzez dopuszczenie do stosowania w żywieniu szpitalnym tylko wędlin tzw. wędzonek, wykonanych z jednego kawałka mięśniowego: schabu, szynki i łopatki wieprzowej oraz fileta z piersi indyka. Należy również dookreślić minimalną zawartość mięsa w wędlinach. Tylko taki zapis zagwarantuje wysoką jakość podawanych wysokogatunkowych chudych wędlin</p> <p>Zapis „należy eliminować cukry proste” jest zapisem nieprecyzyjnym wskazującym na konieczność wykluczenia z jadłospisów np. owoców – zawierających naturalnie w swoim składzie cukry proste. Należy zmodyfikować zapis i sformułowanie „cukry proste” zastąpić wyrażeniem „należy ograniczyć cukry dodane, zgodnie z rekomendacjami WHO”</p> <p>W żywieniu zbiorowym typu szpital ze względu na organizację pracy w kuchni czy firmie cateringowej a następnie proces ekspedycji i transportu, nie jest możliwe podawanie produktu typu: pomidor bez skóry, ogórek kiszony bez skóry bez straty walorów organoleptycznych i</p>	



L.p.	Podmiot zgłaszający	Jednostka redakcyjna	Treść uwagi	Uzasadnienie	Proponowane rozwiązanie
				<p>estetycznych. Produktów takich zwłaszcza w żywieniu cateringowym nie stosuje się</p> <p>„Tłusta śmietana” jest pojęciem nieprecyzyjnym, należy dookreślić % zawartość tłuszczu. Nieprecyzyjne jest też określenie „tłuste ryby” czy „chude ryby” – wymaga to dodatkowej specyfikacji lub podania gatunków ryb</p> <p>Warzywa i owoce nie zawierają witaminy D (poza grzybami) należy zatem zmienić zapis dotyczący podaży warzyw i owoców</p> <p>W diecie łatwostrawnej dozwolone warzywa i owoce w postaci surowej tolerowane przez pacjentów to warzywa i owoce w postaci soków, przecierów, surówek drobno startych z delikatnych warzyw i dojrzałych owoców – co nie zostało doprecyzowane</p> <p>W diecie łatwostrawnej nie ma przeciwwskazań do podawania świeżego jaja gotowanego na twardo</p> <p>W charakterystyce diety łatwostrawnej z ograniczeniem substancji pobudzających wydzielenie soku żołądkowego należy wykreślić wyrażenia „smaku, kolorystyki”. Dieta nie powinna smakiem, zapachem i kolorem pobudzać czynności wydzielniczej żołądka</p> <p>W zaleceniach dietetycznych dla niektórych diet wskazano że „temperatura posiłków powinna być umiarkowana”. Taki zapis jest nieprecyzyjny i doprowadzi do sytuacji, że szpitale i firmy cateringowe będą mogły dostarczać posiłki do oddziałów o zaniżonej temperaturze, co jest niezgodnością w systemie bezpieczeństwa żywności HACCP ze względu na wysokie ryzyko mikrobiologiczne. Należy ten zapis zmodyfikować i nadać mu treść „temperatura dostarczanych posiłków gorących powinna wynosić minimum 60 stopni C, natomiast z uwagi na specyfikę diety pacjent może</p>	

L.p.	Podmiot zgłaszający	Jednostka redakcyjna	Treść uwagi	Uzasadnienie	Proponowane rozwiązanie
				<p>spożywać posiłek przestudzony, o temperaturze umiarkowanej, zbliżonej do temperatury ciała człowieka”</p> <p>Dieta łatwostrawna z ograniczeniem tłuszczu jest również dietą z ograniczoną ilością błonnika. Należałoby ten zapis doprecyzować</p> <p>We wskazaniach do stosowania diety łatwostrawnej z ograniczeniem tłuszczu należy dodać „w okresie zaostrzenia choroby Leśniowskiego-Crohna”.</p> <p>W diecie łatwostrawnej z ograniczeniem tłuszczu nieprecyzyjne jest określenie dla podaży nasyconych kwasów tłuszczowych „jednak nie więcej niż 7% En 10% En”</p> <p>W diecie łatwostrawnej z ograniczeniem substancji pobudzających wydzielanie soku żołądkowego w produktach zbożowych przeciwwskazanych należy dodać „pieczywo na zakwasie”. Dodatkowo w tej diecie nie powinny być podawane kiszone ogórki, jak również inne kiszone warzywa. Natomiast do warzyw dobrze tolerowanych należą warzywa liściaste (sałaty) czy dyniowate. Z napojów niezalecane są również napary mięty, sok pomidorowy, soki cytrusowe oraz intensywne wywary</p> <p>W żywieniu zbiorowym w szpitalach nie podaje się produktów alkoholowych, zatem uwzględnianie ich w produktach przeciwwskazanych nie jest konieczne</p> <p>W zaleceniach dla diety bogatoresztkowej oraz dla diety z ograniczeniem łatwo przyswajalnych węglowodanów minimalna ilość warzyw dziennie wynosi tyle samo co w diecie podstawowej czy łatwostrawnej – 400 g. Ilość warzyw w tych dietach powinna być zdecydowanie większa</p> <p>W zaleceniach dla diety z ograniczeniem łatwo przyswajalnych węglowodanów widnieje mało precyzyjny</p>	



L.p.	Podmiot zgłaszający	Jednostka redakcyjna	Treść uwagi	Uzasadnienie	Proponowane rozwiązanie
				<p>zapis o treści „modyfikacja diety polega na ograniczonej podaży glukozy, fruktozy i sacharozy”. Należałoby go zmodyfikować i nadać mu nowe brzmienie „modyfikacja diety polega na ograniczeniu podaży produktów i potraw będących źródłem glukozy, fruktozy i sacharozy oraz o wysokim indeksie glikemicznym”</p> <p>W zaleceniach dla diety z ograniczeniem łatwo przyswajalnych węglowodanów nie ma potrzeby oddzielnego zapisu dotyczącego fruktozy. Należy ona do cukrów prostych, a dla tych istnieje zapis „nie więcej niż 10% En”. Natomiast warto sprecyzować, że pojęcie „cukry proste” dotyczy nie tylko glukozy i fruktozy ale również sacharozy</p> <p>W diecie z ograniczeniem łatwo przyswajalnych węglowodanów do produktów rekomendowanych warto dodać pieczywo niskowęglowodanowe</p> <p>W diecie o kontrolowanej zawartości kwasów tłuszczowych należy wykreślić określenie „białe” przy rekomendowanym pieczywie pszennym</p> <p>Diety bogatoresztkowej nie stosuje się w zaburzeniach czynności jelit. Należy w zastosowaniu diety doprecyzować, że dietę stosuje się w chorobach z nadmierną pobudliwością jelita grubego, z postacią zaparciową</p> <p>Wartość energetyczna diety ubogoenergetycznej powinna wynosić od 1400 do 1800 kcal</p> <p>W diecie ubogoenergetycznej wśród produktów rekomendowanych nie powinny znajdować się ciasta czy desery typu budyni czy kisiel – nawet bez cukru</p> <p>Diety bogatobiałkowej nie stosuje się w przewlekłej niewydolności krążenia</p> <p>W przypadku diety bogatobiałkowej należy zwrócić uwagę na pacjentów z niedożywieniem energetyczno-</p>	



L.p.	Podmiot zgłaszający	Jednostka redakcyjna	Treść uwagi	Uzasadnienie	Proponowane rozwiązanie
				białkowym, co obok zwiększenia poziomu białka wymaga również zwiększenia ilości energii	
				W zaleceniach nie powinny znajdować się nazwy konkretnych produktów, np. Nutridrink. Są to środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego o określonej specyfikacji	
				Diety niskobiałkowej nie stosuje się w chorobach pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych, oraz w fenyloketonurii. W chorobach pęcherzyka żółciowego białko zaleca się w normie fizjologicznej, natomiast w fenyloketonurii ogranicza się tylko jeden aminokwas – fenyloalaninę (nie ma podstawy do ograniczenia wszystkich aminokwasów)	
				W fenyloketonurii oraz innych zaburzeniach metabolizmu aminokwasów kontroluje się zawartość białka naturalnego, pacjenci mają indywidualnie ustaloną podaż tego składnika, ten rodzaj diety wymaga oddzielnej specyfikacji.	
				Błędem merytorycznym jest określenie dla diety niskobiałkowej wartości referencyjnej wynoszącej 15–25% energii – czyli większej ilości niż w przypadku diety podstawowej. W diecie niskobiałkowej, białko powinno pokrywać zapotrzebowanie energetyczne w ok. 10%. Błędem jest również podana norma na białko wynosząca 0,8-1,0 g/kg m.c./d. Jest to zalecenie dla diet normobiałkowych	
				W diecie niskobiałkowej wartość referencyjna dla sodu została zwiększona do poziomu 2000- 2500 mg/dobę, podczas gdy w diecie niskobiałkowej stosowanej w zaawansowanych chorobach nerek i wątroby sól (będącą źródłem sodu) należy ograniczyć	
				Diety do żywienia przez sondę lub przetokę nie stosuje się w przypadku martwicy przewodu pokarmowego. Ponadto	



L.p.	Podmiot zgłaszający	Jednostka redakcyjna	Treść uwagi	Uzasadnienie	Proponowane rozwiązanie
				<p>opracowana tabela dla tej diety charakteryzuje się dużymi ograniczeniami w produktach. Proponowane produkty nie zabezpieczą wartości energetycznej diety oraz zapotrzebowania na białko, tłuszcze, węglowodany i pozostałe składniki. Niezrozumiałe jest dopuszczenie do stosowania w tej diecie tylko dwóch gatunków mięs tj. wołowiny, którą ze względu na trudną do zmiksowania strukturę niestosuje się do żywienia przez sondę, oraz wątroby wieprzowej, która z uwagi na wysoką zawartość cholesterolu i witaminy A powinna być podawana w ograniczonych ilościach.</p> <p>W żywieniu dojelitowym powinny być stosowane głównie środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego (preparaty przemysłowe). W przypadku wskazań medycznych lekarz w porozumieniu z dietetykiem tzw. klinicznym może podjąć decyzję o podawaniu przez sondę diety kuchennej o zmodyfikowanej konsystencji.</p> <p>Przyprawa uniwersalna zawiera duże ilości soli, nie powinna być rekomendowana</p> <p>W rekomendowanych technikach kulinarnych nie powinno być grillowania ze względu na powstawanie związków o właściwościach nowotworczych</p> <p>W opisach diet występują niedokończone, urwane zdania np. „dieta powinna być prawidłowo zbilansowana i urozmaicona pod kątem”</p>	

L.p.	Podmiot zgłaszający	Jednostka redakcyjna	Treść uwagi	Uzasadnienie	Proponowane rozwiązanie
11	POLSKIE TOWARZYSTWO DIETETYKI	Rozporządzenie §1 ust.2 pkt 3 oraz Załącznik nr 3 do rozporządzenia	Uzupełnienie treści rozporządzenia oraz opracowanie nowego załącznika nr 3	<p>W rozporządzeniu należy wskazać grupy pacjentów, dla których prowadzony będzie monitoring spożycia żywności w Karcie Żywienia Szpitalnego (KŻS). Niektóre informacje wymagane na KŻS jak np. wskaźnik BMI zawarte są w innej dokumentacji medycznej pacjenta. Z uwagi na standardową długość pobytu pacjenta w szpitalach brak jest zasadności do codziennego obliczania wskaźnika BMI. Ponadto nie stosuje się go u dzieci i młodzieży. Tę grupę pacjentów ocenia się na podstawie siatek centylowych. Brakuje informacji czy ocenę spożycia żywności dokonuje się na podstawie deklaracji pacjenta, czy na podstawie jego obserwacji. Należy wziąć również pod uwagę ryzyko przekłamania informacji zawartych w karcie w odniesieniu do żywności i płynów faktycznie spożywanych przez pacjenta a pochodzących z innych źródeł niż żywność szpitalna np. posiłki i płyny dostarczone przez rodzinę, produkty zakupione przez pacjenta. Dokumentacja medyczna pacjenta powinna być prowadzona w wersji elektronicznej.</p>	<p>Karta Żywienia Szpitalnego (KŻS) powinna być stosowana tylko w przypadku tych pacjentów, u których na podstawie oceny stanu odżywienia przy przyjęciu do szpitala stwierdzono niedożywienie, oraz u pacjentów którzy nie są samodzielni w spożywaniu posiłków lub u których rozpoznano chorobę onkologiczną. Do KŻS należy opracować sposób postępowania z pacjentami, u których na podstawie KŻS stwierdzono niewielkie lub żadne spożycie żywności, w celu zapobieżenia wystąpienia niedożywienia szpitalnego, zwłaszcza niedożywienia białkowo-energetycznego. W rozporządzeniu należy wskazać personel odpowiedzialny za wypełnienie KŻS. Odpowiednim rozwiązaniem tej sytuacji byłoby, aby wpisy do karty żywienia szpitalnego dokonywane były na podstawie dokonanej obserwacji pacjenta. Najlepsze kwalifikacje do realizacji tych zadań posiada dietetyk tzw. kliniczny, który po wejściu w życie przedmiotowego rozporządzenia powinien być zatrudniony w każdym oddziale, a porada dietetyczna powinna być odrębnie kontraktowana jako świadczenie medyczne gwarantowane ze środków publicznych. Z karty należy usunąć informacje na temat BMI w trakcie hospitalizacji oraz o ilości wypijanych płynów w trakcie doby.</p>
12	POLSKIE TOWARZYSTWO DIETETYKI	Uwaga ogólna do Rozporządzenia	Uzupełnienie treści rozporządzenia poprzez dodanie załącznika nr 4	<p>Opracowanie schematu żywienia pacjenta jako narzędzia określającego liczbę posiłków oraz częstotliwość podawania produktów spożywczych. Wpłyne to istotnie na poprawę żywienia szpitalnego oraz umożliwi sprawną kontrolę jego realizacji.</p>	<p>Należy dodać załącznik nr 4 określający schemat żywienia pacjenta z wymaganą liczbą porcji produktów spożywczych z każdej grupy, w podziale na poszczególne posiłki. Należy także określić gramaturę dla każdej porcji produktu i potrawy wchodzącej w skład posiłku wraz z zamiennikami tych produktów</p>



L.p.	Podmiot zgłaszający	Jednostka redakcyjna	Treść uwagi	Uzasadnienie	Proponowane rozwiązanie
13	POLSKIE TOWARZYSTWO DIETETYKI	Uwaga ogólna do Rozporządzenia	Uzupełnienie treści rozporządzenia o załącznik nr 5 i 6	Żywnienie szpitalne (wg określonych kryteriów) powinno być stale monitorowane przy zastosowaniu prostych metod oceny organoleptycznej oraz oceny jakościowej punktowej. Wpłynie to istotnie na poprawę żywienia szpitalnego.	Należy uzupełnić rozporządzenie o wymóg prowadzenia przez Szpitale weryfikacji jadłospisów. W tym celu należy opracować do rozporządzenia jako załącznik nr 5 „Kartę Oceny Organoleptycznej podstawowych parametrów” oraz załącznik nr 6 „Ocenę jakościową punktową jadłospisu szpitalnego”. Osobą odpowiedzialną za ocenę żywienia szpitalnego na podstawie zaproponowanych kart powinien być zatrudniony w każdym szpitalu dietetyk tzw. administracyjny.

PREZES
POLSKIEGO TOWARZYSTWA DIETETYKI
Grzegorz Kostecki
dr n. o zdr. Grzegorz Kostecki