



Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej

Kryteria kwalifikacji do świadczenia gwarantowanego żywienie dojelitowe w warunkach domowych

Opracowanie analityczne

Nr: WS.422.8.2025

Data ukończenia: 13.06.2025 r.

KARTA NIEJAWNOŚCI

Dane zakreślone **kolorem żółtym** stanowią informacje publiczne podlegające wyłączeniu ze względu na tajemnicę przedsiębiorcy (nazwa wnioskodawcy).

Zakres wyłączenia jawności: nie dotyczy.

Podstawa prawna wyłączenia jawności: art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2022r., poz.902) w zw. z art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz. U. z 2022 r., poz. 1233), art. 35 ust. 4a - 4b ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2023 r., poz. 826 z późn. zm.)¹ i art. 35a ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2023 r., poz. 826 z późn. zm.)².

Organ dokonujący wyłączenia jawności: Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Podmiot w interesie którego dokonano wyłączenia jawności: nie dotyczy.

Dane zakreślone **kolorem czarnym** stanowią informacje publiczne podlegające wyłączeniu ze względu na tajemnicę przedsiębiorców (nazwy przedsiębiorców innych niż wnioskodawca).

Zakres wyłączenia jawności: nie dotyczy.

Podstawa prawna wyłączenia jawności: art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2022 r., poz.902) w zw. z art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz. U. z 2022 r., poz. 1233) i art. 35 ust. 4a - 4b ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2023 r., poz. 826 z późn. zm.)¹ i art. 35a ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2023 r., poz. 826 z późn. zm.)².

Organ dokonujący wyłączenia jawności: Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Podmiot w interesie którego dokonano wyłączenia jawności: nie dotyczy.

Dane zakreślone **kolorem szarym** stanowią informacje publiczne podlegające wyłączeniu ze względu na tajemnicę przedsiębiorców (nazwy przedsiębiorców innych niż wnioskodawca).

Zakres wyłączenia jawności: nie dotyczy

Podstawa prawna wyłączenia jawności: art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2022 r., poz.902) w zw. z art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz. U. z 2022 r., poz. 1233) i art. 35 ust. 4a - 4b ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2023 r., poz. 826 z późn. zm.)¹ i art. 35a ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2023 r., poz. 826 z późn. zm.)².

Organ dokonujący wyłączenia jawności: Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Podmiot w interesie którego dokonano wyłączenia jawności: nie dotyczy.

Dane zakreślone **kolorem czerwonym** stanowią informacje publiczne podlegające wyłączeniu ze względu na prywatność osoby fizycznej.

Zakres wyłączenia jawności: dane osobowe. Podstawa prawna wyłączenia jawności: art. 5 ust.1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2022 r., poz. 902) w zw. z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE.L. z 2016 r.119.1).

Organ dokonujący wyłączenia jawności: Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Podmiot w interesie którego dokonano wyłączenia jawności: nie dotyczy.

¹ podstawa prawna zakreśleń danych objętych tajemnicą przedsiębiorcy będącego wnioskodawcą w rozumieniu ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U.2024.0.930)

² podstawa prawna zakreśleń w analizie weryfikacyjnej Agencji danych objętych tajemnicą przedsiębiorcy będącego wnioskodawcą w rozumieniu ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U.2024.0.930)

Wykaz wybranych skrótów

Agencja, AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
ACI	ang. <i>Agency for Clinical Innovation</i>
ASPEN	ang. <i>American Society for Parenteral and Enteral Nutrition</i>
BMI	ang. <i>Body Mass Index</i>
DŻD	Domowe żywienie dojelitowe
EN	Dojelitowe żywienie (ang. <i>enteral feeding</i>)
ESPEN	ang. <i>European Society for Clinical Nutrition and Metabolism</i> , Europejskie Towarzystwo Żywienia Klinicznego i Metabolizmu
GRADE	<i>The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation</i> (Klasyfikacja Ocen Zaleceń, Rozwoju oraz Ewaluacji)
HEN	ang. <i>home enteral nutrition</i> . domowe żywienie dojelitowe
ICD-10	Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych
ICD-9	Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych
KK	Konsultant Krajowy
MZ	Ministerstwo Zdrowia
NDI	Zaburzenia neurorozwojowe (ang. <i>neurodevelopmental impairment</i>)
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
NICE	<i>The National Institute for Health and Care Excellence</i> (Narodowy Instytut Zdrowia i Doskonałości Klinicznej)
OIOM	Oddział intensywnej opieki medycznej
PEG	gastrostomiia metodą endoskopową
PTN	Polskie Towarzystwo Neonatologiczne
PTŻKD	Polskie Towarzystwo Żywienia Klinicznego Dzieci
PTŻPDIM	Polskie Towarzystwo Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu
RCT	Randomizowane kontrolowane badania kliniczne (ang. <i>randomized controlled trial</i>)
Rozporządzenie MZ AOS	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 lipca 2013 r. (z póź. zm.) w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.
Rozporządzenie MZ LSZ	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. (z póź. zm.) w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego
Zarządzenie Prezesa NFZ	Zarządzenie nr 167/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 listopada 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie.
Zarządzenie Prezesa NFZ LSZ	Zarządzenie nr 37/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 marca 2024 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne
ŻD	Żywienie dojelitowe

Spis treści

Wykaz wybranych skrótów	3
1. Podstawowe informacje o zleceniu.....	5
2. Streszczenie raportu.....	6
3. Przedmiot i historia zlecenia.....	12
4. Problem decyzyjny	13
4.1. Opis ocenianej technologii medycznej	13
4.2. Problem zdrowotny	15
4.3. Aktualny stan realizacji i finansowania ze środków publicznych	17
4.4. Wcześniejsze oceny Agencji związane z przedmiotowym zleceniem.....	19
4.5. Rekomendacje i wytyczne kliniczne	19
5. Rozwiązania organizacyjne i refundacyjne funkcjonujące w innych krajach	31
5.1. Przegląd odnalezionych informacji	32
5.1.1. Australia	32
5.1.2. Belgia	33
5.1.3. Dania.....	34
5.1.4. Francja	34
5.1.5. Hiszpania	36
5.1.6. Irlandia	38
5.1.7. Litwa.....	39
5.1.8. Nowa Zelandia	41
5.1.9. Wielka Brytania	43
5.1.10. Stany Zjednoczone.....	43
5.2. Podsumowanie	43
6. Opinie ekspertów klinicznych.....	45
7. Propozycja kryteriów kwalifikacji i dyskwalifikacji do żywienia dojelitowego w warunkach domowych	54
8. Bibliografia	56
9. Spis tabel	58
10. Załączniki	59
10.1. Karty kwalifikacji i monitorowania do leczenia żywieniowego	59

1. Podstawowe informacje o zleceniu

Data wpłynięcia zlecenia do AOTMiT (DD-MM-RRRR) i znak pisma zlecającego:
zlecenie Ministra Zdrowia z dnia 15 kwietnia 2025 r., znak: DLR.7001.110.2024.AK

Pełna nazwa świadczenia opieki zdrowotnej (z pisma zlecającego):

Żywienie dojelitowe w warunkach domowych

Typ zlecenia:

- ☐ zakwalifikowanie jako świadczenie gwarantowane, wraz z określeniem poziomu finansowania w sposób kwotowy albo procentowy lub sposobu jego finansowania, lub warunków jego realizacji (art. 31c ustawy o świadczeniach)
- ☐ usunięcie świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych albo dokonanie zmiany poziomu lub sposobu finansowania, lub warunków realizacji świadczenia gwarantowanego (art. 31e-f ustawy o świadczeniach)
- ☒ **realizacja innych zadań zleconych przez Ministra właściwego do spraw zdrowia (art. 31n pkt 5 ustawy o świadczeniach)**

Zlecenie dotyczy świadczenia gwarantowanego z zakresu:

- ☐ podstawowej opieki zdrowotnej
- ☒ **ambulatoryjnej opieki specjalistycznej**
- ☐ leczenia szpitalnego
- ☐ opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień
- ☐ rehabilitacji leczniczej
- ☐ świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej
- ☐ leczenia stomatologicznego
- ☐ lecznictwa uzdrowiskowego
- ☐ ratownictwa medycznego
- ☐ opieki paliatywnej i hospicyjnej
- ☐ świadczeń wysokospecjalistycznych
- ☐ programów zdrowotnych

Wnioskodawca: Minister Zdrowia

Producent / podmiot odpowiedzialny dla ocenianego świadczenia:

Nie dotyczy

2. Streszczenie raportu

Problem decyzyjny

Przedmiotem niniejszego raportu jest opracowanie kryteriów kwalifikacji do leczenia dojelitowego w warunkach domowych, realizowanego jako świadczenie gwarantowane w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS).

Procedura żywienia dojelitowego w warunkach domowych została ujęta jako świadczenie gwarantowane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. 2016 poz. 357 z późn. zm.), w załączniku nr 5: „Wykaz świadczeń gwarantowanych w przypadku innych świadczeń ambulatoryjnych oraz warunki ich realizacji”

Obowiązujące przepisy nie precyzują szczegółowych kryteriów kwalifikacji pacjentów do tego świadczenia. W związku z tym istnieje potrzeba opracowania jasnych i jednoznacznych zasad, które umożliwią:

- jednolitą interpretację warunków realizacji świadczenia,
- zapewnienie równego dostępu pacjentów do leczenia,
- poprawę jakości i efektywności opieki.

Oceniana technologia medyczna

Żywienie dojelitowe (enteralne) to forma żywienia sztucznego, polegająca na dostarczaniu składników odżywczych bezpośrednio do przewodu pokarmowego. Stosuje się je u pacjentów, którzy nie mogą przyjmować pokarmów doustnie, ale ich układ pokarmowy zachowuje zdolność wchłaniania.

W praktyce klinicznej wykorzystuje się w tym celu diety przemysłowe – specjalistyczną żywność medyczną, zawierającą wszystkie niezbędne składniki odżywcze: białka, tłuszcze, węglowodany, witaminy i minerały, zapewniające prawidłowe funkcjonowanie organizmu. Preparaty te są pełnowartościowe i mogą stanowić jedyne źródło pożywienia. Podawane są do żołądka lub jelita cienkiego za pomocą:

- zgłębnika (np. nosowo-żołądkowego),
- przetoki odżywczej (np. gastrostomii).

Żywienie dojelitowe w warunkach domowych

U pacjentów niewymagających hospitalizacji żywienie dojelitowe może być kontynuowane w warunkach domowych. W sytuacji, gdy chory nie jest w stanie samodzielnie realizować zaleceń terapeutycznych, obsługę zgłębnika i podawanie mieszanek odżywczych mogą przejąć odpowiednio przeszkoleni opiekunowie – w tym członkowie rodziny.

Problem zdrowotny

Populacja docelowa żywienia dojelitowego

Żywienie dojelitowe stosuje się przede wszystkim u pacjentów niedożywionych lub zagrożonych niedożywieniem. Choć obecnie nie funkcjonuje jedna, powszechnie przyjęta definicja niedożywienia, jego rozpoznanie może opierać się na obniżonym wskaźniku masy ciała (BMI poniżej 18,5 kg/m²), zestawie kryteriów fenotypowych i etiologicznych, opracowanych w ramach Światowej Inicjatywy Liderów na rzecz Zwalczania Niedożywienia (ang. *Global Leadership Initiative on Malnutrition*, GLIM), a także narzędziu Mini Nutritional Assessment (MNA), powszechnie stosowanym w populacji osób starszych.

Kryteria rozpoznawania niedożywienia według GLIM, łączą:

- kryteria fenotypowe (znacząca niezamierzona utrata masy ciała, niska wartość wskaźnika BMI, zmniejszenie masy mięśniowej),
- kryteria etiologiczne (zmniejszone spożycie lub wchłanianie pokarmu, stan zapalny).

Rozpoznanie niedożywienia możliwe jest również poprzez stwierdzenie jednocześnie niezamierzonej utraty masy ciała (warunek konieczny) oraz co najmniej jednego z następujących parametrów: obniżonego BMI lub niskiego wskaźnika masy beztłuszczowej (FFMI).

Narzędzia przesiewowe rekomendowane przez ESPEN do oceny ryzyka niedożywienia

Europejskie Towarzystwo Żywienia Klinicznego i Metabolizmu (ESPEN) zaleca stosowanie następujących narzędzi do oceny ryzyka niedożywienia, które mogą być wykorzystywane zarówno w szpitalach, placówkach opieki długoterminowej, jak i w środowisku lokalnym (ang. *community settings*):

- NRS-2002 (ang. *Nutritional Risk Screening 2002*) – dla pacjentów hospitalizowanych,
- MNA-SF (ang. *Mini Nutritional Assessment – Short Form*) – skrócona wersja MNA, szczególnie dla osób starszych,
- MUST (ang. *Malnutrition Universal Screening Tool*) – uniwersalne narzędzie przesiewowe, stosowane w różnych grupach populacyjnych.

Kryteria rozpoznawania ryzyka niedożywienia według NICE

Zgodnie z wytycznymi National Institute for Health and Care Excellence (NICE), ryzyko niedożywienia rozpoznaje się u pacjentów, którzy spełniają jedno lub więcej z poniższych kryteriów:

- spożywali niewielką ilość pokarmu lub nic nie jedli przez ponad 5 dni, lub istnieje prawdopodobieństwo, że przez kolejne 5 dni lub dłużej będą spożywać niewielką ilość pokarmu lub wcale,
- występują zaburzenia wchłaniania składników odżywczych (np. w przebiegu chorób przewodu pokarmowego),
- obserwuje się znaczne straty składników odżywczych (np. w wyniku przewlekłych biegunk, przetok lub ran sączących)
- zapotrzebowanie na składniki odżywcze jest zwiększone (np. w stanach katabolicznych, takich jak ciężkie infekcje, urazy czy choroby nowotworowe).

Wytyczne praktyki klinicznej

Na potrzeby opracowania przeanalizowano sześć wytycznych międzynarodowych i krajowych instytucji, dotyczących kryteriów kwalifikacji do żywienia dojelitowego w warunkach domowych: ESPEN (2022), PTŻK (2019), PTŻKD (2017), NICE (2017), ASPEN (2014), ACI (2012).

Zgodnie z wytycznymi, żywienie dojelitowe w warunkach domowych, powinno być rozważane u pacjentów, którzy:

- cierpią na schorzenia uniemożliwiające utrzymanie prawidłowego bilansu białkowo-energetycznego (PTŻK 2019),
- są niedożywieni lub zagrożeni niedożywieniem (ESPEN 2022, NICE 2017, ASPEN 2014, ACI 2012),
- nie są w stanie pokryć zapotrzebowania żywieniowego drogą doustną, mimo zachowanej czynności przewodu pokarmowego (ESPEN 2022, PTŻKD 2017, ACI 2012),
- nie wymagają hospitalizacji i mogą być leczeni w warunkach domowych (ESPEN 2022, PTŻKD 2017, ACI 2012),
- wyrażają świadomą zgodę na terapię i są w stanie ją realizować samodzielnie lub z pomocą opiekuna (ESPEN 2022, ACI 2012).

Proces kwalifikacji pacjenta do żywienia dojelitowego w warunkach domowych obejmuje:

- ustalenie wskazań do leczenia żywieniowego,
- wykluczenie przeciwwskazań do żywienia dojelitowego,
- potwierdzenie wydolności przewodu pokarmowego umożliwiającej osiągnięcie celów żywieniowych,

- ocenę efektywnego dostępu do przewodu pokarmowego (wygodny i drożny dostęp do funkcjonującej części przewodu pokarmowego),
- ocenę zgodności z zasadami etycznymi tej terapii żywieniowej (PTŻK 2019).

Ocena możliwości prowadzenia żywienia dojelitowego w warunkach domowych

Przed rozpoczęciem domowego żywienia dojelitowego (DŻD) należy dokładnie ocenić zarówno możliwości kliniczne, jak i warunki środowiskowe pacjenta. Zgodnie z wytycznymi (PTŻK 2019, PTŻKD 2017, ACI 2012), proces kwalifikacji powinien obejmować:

- potwierdzenie stabilności metabolicznej i wydolności narządów, które umożliwią bezpieczny pobyt pacjenta poza szpitalem (w domu),
- ocenę warunków socjalnych i rodzinnych chorego, w tym dostępności opiekuna oraz możliwości zapewnienia odpowiedniego środowiska domowego,
- weryfikację umiejętności pacjenta lub opiekuna w zakresie: umiejętności obsługi sprzętu do żywienia dojelitowego, przygotowania i podawania mieszanek odżywczych w domu oraz rozpoznawania objawów mogących świadczyć o powikłaniach (np. zakażenia, niedrożność zgłębnika),
- potwierdzenie gotowości do współpracy i przestrzegania zaleceń terapeutycznych.

Rozwiązania organizacyjne i refundacyjne przyjęte w innych krajach

Zidentyfikowano i przeanalizowano informacje dotyczące kryteriów kwalifikacji do żywienia dojelitowego w 10 krajach: Australia, Belgia, Dania, Francja, Hiszpania, Irlandia, Litwa, Nowa Zelandia, Wielka Brytania, Stany Zjednoczone.

Wspólne elementy systemów opieki zdrowotnej obejmują:

- Wskazania do terapii – żywienie dojelitowe jest zalecane w przypadku stwierdzonego niedożywienia lub wysokiego ryzyka jego wystąpienia;
- Kryteria rozpoznania niedożywienia różnią się w zależności od kraju, ale najczęściej obejmują:
 - utratę masy ciała,
 - wskaźnik BMI,
 - wyniki narzędzi przesiewowych, takich jak MNA (Mini Nutritional Assessment).

Przed zakwalifikowaniem do żywienia dojelitowego należy wykazać, że inne strategie żywieniowe (np. wzbogacanie posiłków, zwiększenie częstotliwości spożycia) były nieskuteczne lub niemożliwe do zastosowania.

Warunkiem prowadzenia terapii żywieniowej w warunkach domowych, jest samodzielność pacjenta lub wsparcie opiekuna (jeśli pacjent lub jego opiekun potrafi bezpiecznie podawać żywienie dojelitowe lub ma do tego zapewnione odpowiednie wsparcie). Istotne jest również, by otoczenie domowe było przystosowane do bezpiecznego przechowywania i podawania preparatów żywieniowych.

Opinie ekspertów klinicznych

W toku prac wystąpiono do ekspertów klinicznych z prośbą o ocenę propozycji kryteriów włączenia i wykluczenia, opracowanych na podstawie wytycznych praktyki klinicznej i rozwiązań organizacyjnych w innych krajach. Do dnia przekazania niniejszego opracowania analitycznego uzyskano opinie od 8 ekspertów klinicznych: Konsultantów Krajowych, Prezesów Towarzystw Naukowych, Kierowników Ośrodków Żywienia Klinicznego.

Część ekspertów, oprócz odniesienia się do zaproponowanych kryteriów kwalifikacji, przekazała również uwagi ogólne dotyczące organizacji i zasad prowadzenia domowego żywienia dojelitowego.

W opinii ekspertów, kwalifikacja pacjentów do żywienia dojelitowego w warunkach domowych powinna opierać się na podstawowych kryteriach, takich jak:

- obecność niedożywienia (np. ocenianego zgodnie z kryteriami GLIM) lub istotne ryzyko jego wystąpienia,
- brak wskazań do hospitalizacji,
- stabilny dostęp do przewodu pokarmowego,
- odpowiedni stan ogólny pacjenta lub zapewniona opieka ze strony przeszkolonego opiekuna.

Jeden z ekspertów zwrócił uwagę, że dokumentacja pacjenta kwalifikowanego do domowego żywienia dojelitowego powinna zawierać m.in. informacje dotyczące:

- stanu zdrowia i braku możliwości żywienia doustnego,
- stabilności klinicznej,
- dostępu do leczenia,
- przeszkolenia pacjenta lub opiekuna,
- planu leczenia,
- możliwości logistycznych związanych z realizacją terapii.

Trzech ekspertów podkreśliło również znaczenie odpowiedniego przygotowania merytorycznego personelu medycznego odpowiedzialnego za kwalifikację oraz opiekę nad pacjentami objętymi leczeniem żywieniowym.

Propozycja kryteriów kwalifikacji do leczenia dojelitowego w warunkach domowych

Na podstawie analizy rekomendacji i wytycznych praktyki klinicznej dotyczących kryteriów kwalifikacji do żywienia dojelitowego w warunkach domowych, rozwiązań refundacyjnych i organizacyjnych funkcjonujących w 10 krajach, w których dostępne były informacje dotyczące kryteriów kwalifikacji do żywienia dojelitowego w warunkach domowych oraz opinii ekspertów klinicznych, opracowano propozycję kryteriów kwalifikacji (włączenia) i dyskwalifikacji (wyłączenia) do leczenia dojelitowego w warunkach domowych. Proponowane kryteria zostały zweryfikowane i dostosowane do aktualnych zapisów odnoszących się do warunków realizacji świadczenia ujętych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Poniżej przedstawiono ujednoliconą propozycję brzmienia zapisów dotyczących warunków realizacji świadczenia żywienie dojelitowe w warunkach domowych, określonych w załączniku nr 5 „Wykaz świadczeń gwarantowanych w przypadku innych świadczeń ambulatoryjnych oraz warunki ich realizacji”. Dla przejrzystości proponowane kryteria włączenia i wyłączenia oraz doprecyzowanie warunków organizacyjnych udzielania świadczenia oznaczono kolorem czerwonym.

Tabela 1. Propozycja brzmienia warunków realizacji świadczenia żywienie dojelitowe w warunkach domowych, uwzględniająca kryteria kwalifikacji i dyskwalifikacji pacjentów

Lp.	Kod ICD-9	Nazwa świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń
5	99.87	Żywienie dojelitowe w warunkach domowych: Żywienie dojelitowe	Wymagania formalne
			1) dostęp do apteki szpitalnej; 2) poradnia prowadząca leczenie pacjentów żywionych dojelitowo w warunkach domowych.
			Personel
			1) lekarze - lekarz specjalista w dziedzinie medycyny, w której program szkolenia do uzyskania specjalizacji obejmuje żywienie dojelitowe, posiadający zaświadczenie o ukończeniu kursu z zakresu żywienia dojelitowego w warunkach domowych, a w przypadku leczenia dzieci - lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii, posiadający zaświadczenie o ukończeniu kursu z zakresu żywienia dojelitowego w warunkach domowych, lub udokumentowany dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie pediatrii, posiadającego zaświadczenie o ukończeniu kursu z zakresu żywienia dojelitowego w warunkach domowych; 2) pielęgniarki - posiadające zaświadczenie o ukończeniu kursu z zakresu żywienia dojelitowego; 3) farmaceuta - posiadający zaświadczenie o ukończeniu kursu z zakresu żywienia dojelitowego w warunkach domowych; 4) dietetyk.
		Kryteria włączenia i wyłączenia	Kwalifikacja pacjenta do leczenia dojelitowego następuje w warunkach szpitalnych lub w poradni prowadzącej leczenie żywieniowe. Świadczenie dotyczy pacjentów, u których ze względu na brak możliwości podaży odpowiedniej ilości substancji odżywczych drogą naturalną (doustną),

Lp.	Kod ICD-9	Nazwa świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń
		do świadczenia	niezbędnych do podtrzymania podstawowych funkcji życiowych, zachodzi konieczność długotrwałego stosowania żywienia dojelitowego z wykorzystaniem diet przemysłowych. Kryteria włączenia do terapii żywienia dojelitowego: 1) występowanie zaburzeń funkcji lub anatomii przewodu pokarmowego, które uniemożliwiają prawidłowe trawienie lub wchłanianie składników odżywczych z diety doustnej; 2) brak możliwości pokrycia zapotrzebowania żywieniowego drogą doustną, pomimo stosowania diety naturalnej lub wspomaganej żywnością specjalnego przeznaczenia medycznego; 3) stwierdzone niedożywienie lub istotne ryzyko jego wystąpienia, potwierdzone na podstawie co najmniej jednego z poniższych kryteriów: – wskaźnika BMI < 18,5 kg/m², lub – co najmniej 1-go kryterium fenotypowego* (utrata masy ciała, niski BMI, zmniejszona masa mięśniowa) i 1-go etiologicznego* (zmniejszone spożycie lub wchłanianie, obecność stanu zapalnego), * według standardów GLIM - <i>Global Leadership Initiative on Malnutrition</i>), – znaczącej, niezamierzonej utraty masy ciała (utrata >5% w ciągu ostatnich 6 miesięcy lub >10% w czasie dłuższym niż 6 miesięcy), lub – innych wskaźników klinicznych lub wyników przesiewowych oceny niedożywienia np. według narzędzia <i>Mini Nutritional Assessment</i> (MNA). W przypadku dzieci: przewlekły brak lub niedostateczny przyrost masy ciała, spadek masy ciała, nieprawidłowe wskaźniki antropometryczne lub utrzymująca się niemożność przyjmowania odpowiedniej ilości pokarmu doustnie. 4) dostęp do wydolnego i drożnego przewodu pokarmowego, umożliwiającego realizację celów żywieniowych; 5) brak wskazań do hospitalizacji - pacjent wykazuje stabilność metaboliczną i wydolność narządową, pozwalającą na bezpieczne leczenie w warunkach domowych. Kryteria wyłączenia z żywienia dojelitowego: 1) brak możliwości uzyskania skutecznego dostępu do przewodu pokarmowego; 2) występowanie stanów klinicznych wymagających hospitalizacji lub stanowiących przeciwwskazanie do żywienia dojelitowego, w szczególności: ciężka psychoza, całkowita niedrożność przewodu pokarmowego, ostre krwawienie z przewodu pokarmowego, ostry brzuch, perforacja przewodu pokarmowego, wstrząs, zapalenie otrzewnej; 3) istnienie ograniczeń prawnych lub społecznych, takich jak: brak świadomej zgody pacjenta lub jego opiekuna prawnego, znaczna niesprawność fizyczna lub intelektualna przy braku zapewnionej opieki ze strony opiekunów.
		Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną	1) zgłębniki nosowo-żołądkowe, nosowo-jelitowe; 2) sprzęt do założenia/ naprawy/wymiany przetoki odżywczej; 3) pompy do żywienia dojelitowego.
		Zapewnienie realizacji badań	1) laboratoryjnych: jonogram, glikemia, mocznik i kreatynina w surowicy, białko i albuminy, bilirubina, AspAT, AlAT, GGTP, AP, morfologia, stężenie triglicerydów, cholesterolu, CRP, układ krzepnięcia, badanie ogólne moczu - co najmniej raz na kwartał; 2) pozostałych: a) diagnostyka obrazowa, w tym USG, b) diagnostyka mikrobiologiczna - według potrzeb.
		Pozostałe wymagania – organizacja udzielania świadczenia	Dostęp do badań i procedur medycznych: 1) laboratorium diagnostyki laboratoryjnej (biochemicznej), czynnego całą dobę; 2) laboratorium mikrobiologicznego z możliwością wykonywania posiewów krwi w kierunku bakterii i grzybów; 3) zakładu radiologii diagnostyki obrazowej, czynnego całą dobę; 4) pracowni endoskopii przewodu pokarmowego; 5) współpracującego oddziału szpitalnego, zapewniającego możliwość hospitalizacji pacjenta w przypadku pogorszenia stanu klinicznego lub wystąpienia powikłań.

Lp.	Kod ICD-9	Nazwa świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń
			Żywienie dojelitowe w warunkach domowych polega na podawaniu pacjentowi - w jego miejscu zamieszkania - substancji odżywczych innych niż dieta naturalna, w ilości pokrywającej dobowe zapotrzebowanie energetyczne i odżywcze, z zastosowaniem drogi innej niż doustna (przez przetokę odżywczą lub zgłębnik wprowadzony do żołądka, dwunastnicy bądź jelita cienkiego), wraz z kompleksową opieką nad pacjentem, wynikającą z choroby podstawowej i prowadzonego leczenia, obejmującą: - ocenę stanu klinicznego i żywieniowego pacjenta, przeprowadzaną przed rozpoczęciem terapii oraz w trakcie jej trwania. - przygotowanie pacjenta lub opiekunów do prowadzenia żywienia dojelitowego w warunkach domowych, obejmujące; - szkolenie z zakresu obsługi sprzętu i technik żywienia dojelitowego, - przekazanie wiedzy na temat objawów mogących świadczyć o wystąpieniu powikłań związanych z terapią, - nabycie umiejętności reagowania na drobne problemy techniczne i kliniczne związane z terapią, - zobowiązanie do niezwłocznego kontaktu z ośrodkiem żywieniowym lub personelem medycznym w przypadku wystąpienia trudności lub sytuacji nagłych; - zapewnienie ciągłego kontaktu telefonicznego z pacjentem lub jego opiekunami, umożliwiającego bieżące wsparcie i konsultacje; - realizację programu badań kontrolnych, zgodnie z ustalonym terminarzem wizyt oraz według potrzeb w: - poradni prowadzącej leczenie pacjentów żywionych dojelitowo w warunkach domowych, lub - miejscu zamieszkania pacjenta - co najmniej raz na kwartał; - dostarczanie do miejsca zamieszkania pacjenta preparatów do żywienia dojelitowego, sprzętu medycznego (w tym nieodpłatne wypożyczanie pomp do żywienia dojelitowego – w przypadku wskazań medycznych) i niezbędnych materiałów opatrunkowych; - zapewnienie możliwości hospitalizacji w przypadku podejrzenia lub wystąpienia powikłań związanych z terapią żywieniową, a także w innych sytuacjach klinicznych wymagających leczenia szpitalnego; - wykonywanie czynności związanych z utrzymaniem drożności i prawidłowego funkcjonowania zgłębnika lub przetoki, w tym: udrożnienie lub poprawa mocowania zgłębnika, naprawa zgłębnika lub przetoki - według potrzeb, kontrola RTG położenia zgłębnika - według potrzeb klinicznych; - organizacja transportu medycznego pacjenta do ośrodka w celu wykonania badań diagnostycznych lub hospitalizacji – w przypadku wskazań do transportu medycznego.

3. Przedmiot i historia zlecenia

Przedmiotem niniejszego raportu jest „opracowanie kryteriów kwalifikacji do świadczenia gwarantowanego z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS): żywienie dojelitowe w warunkach domowych.

Podstawa prawna i historia zlecenia: Pismem z dnia 15 kwietnia 2025 r., znak: DLR.7001.110.2024.AK Minister Zdrowia, na podstawie art. 31n pkt 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz.U. z 2024 r., poz. 146, z późn. zm.), zlecił Prezesowi AOTMiT opracowanie kryteriów kwalifikacji do świadczenia gwarantowanego: żywienie dojelitowe w warunkach domowych, określonego w Załączniku 5 lp. 5 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 357 ze zm.) w terminie 60 dni od otrzymania zlecenia.

Historia korespondencji

Eksperci kliniczni

Dnia 29.05.2025 r. wystąpiono o opinie do wybranych ekspertów klinicznych, w tym do Konsultantów Krajowych w dziedzinach związanych z leczeniem żywieniowym. W tabeli poniżej przedstawiono zestawienie korespondencji kierowanej do ekspertów klinicznych. Do dnia przekazania opracowania analitycznego otrzymano łącznie odpowiedzi od 8 ekspertów.

Tabela 2. Zestawienie korespondencji do ekspertów klinicznych.

Lp.	Ekspert	Funkcja	Uwagi
1.	prof. dr hab. n. med. Jarosław Reguła	Konsultant Krajowy w dziedzinie gastroenterologii	Do dnia przekazania opracowania nie otrzymano odpowiedzi.
2.	prof. dr hab. n. med. Mieczysława Leokadia Czerwionka-Szaflarska	Konsultant Krajowy w dziedzinie gastroenterologii dziecięcej	Odpowiedź otrzymano 09.06.2025 r.
3.	prof. dr hab. Katarzyna Kotfis	Konsultant Krajowy w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii	Do dnia przekazania opracowania nie otrzymano odpowiedzi.
4.	dr hab. n. med. Tomasz Mroczek	Konsultant Krajowy w dziedzinie intensywnej terapii	Do dnia przekazania opracowania nie otrzymano odpowiedzi.
5.	prof. dr hab. Jerzy Sieńko	Konsultant Krajowy w dziedzinie chirurgii ogólnej	Do dnia przekazania opracowania nie otrzymano odpowiedzi.
6.	prof. dr hab. n. med. Wojciech Zegarski	Konsultant Krajowy w dziedzinie chirurgii onkologicznej	Do dnia przekazania opracowania nie otrzymano odpowiedzi.
7.	lek. med. Artur Pakosz	Konsultant Krajowy w dziedzinie medycyny paliatywnej	Do dnia przekazania opracowania nie otrzymano odpowiedzi.
8.	prof. dr hab. Jarosław Władysław Peregud-Pogorzelski	Konsultant Krajowy w dziedzinie pediatrii	Do dnia przekazania opracowania nie otrzymano odpowiedzi.
9.	prof. dr hab. n. med. Jan Roman Styczyński	Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej	Odstąpiono od przygotowania opinii, ponieważ zdaniem Konsultanta nie mieści się w zakresie jego działalności
10.	prof. dr hab. n. med. Maciej Jerzy Krzakowski	Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej	Do dnia przekazania opracowania nie otrzymano odpowiedzi.
11.	dr hab. n. med. i n. o zdr. Małgorzata Pasek	Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego	Odpowiedź otrzymano 08.06.2025 r.
12.	prof. Przemysław Matras	Prezes Polskiego Towarzystwa Żywienia Klinicznego	Odpowiedź otrzymano 09.06.2025 r.
13.	prof. dr hab. n. med. Agnieszka Szlagatys-Sidorkiewicz	Prezes Polskiego Towarzystwa Żywienia Klinicznego Dzieci	Odpowiedź otrzymano 06.06.2025 r.
14.	dr hab. med. Dorota Mańkowska-Wierzbicka	Prezes Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu	Odpowiedź otrzymano 08.06.2025 r.
15.	prof. dr hab. n. med. Stanisław Kłęk	Przewodniczący Europejskiego Towarzystwa Żywienia Klinicznego i Metabolizmu (ESPEN)	Odpowiedź otrzymano 06.06.2025 r.
16.	dr n. o zdr. Krystyna Majewska	Kierownik Poradni Dla Chorych Leczonych Pozajelitowo i Dojelitowo w Warunkach Domowych Szpitala im. prof. Witolda Orłowskiego w Warszawie	Odpowiedź otrzymano 06.06.2025 r.
17.	dr n. med. Anna Zmarzły	Kierownik Ośrodka Żywienia Klinicznego w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu	Odpowiedź otrzymano 08.06.2025 r.

4. Problem decyzyjny

Przedmiotem niniejszego raportu jest opracowanie kryteriów kwalifikacji do leczenia dojelitowego w warunkach domowych, realizowanego jako świadczenie gwarantowane w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS).

Procedura żywienia dojelitowego w warunkach domowych została ujęta jako świadczenie gwarantowane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. 2016 poz. 357 z późn. zm.), w załączniku nr 5: „Wykaz świadczeń gwarantowanych w przypadku innych świadczeń ambulatoryjnych oraz warunki ich realizacji”

Obowiązujące przepisy nie precyzują szczegółowych kryteriów kwalifikacji pacjentów do tego świadczenia. W związku z tym istnieje potrzeba opracowania jasnych i jednoznacznych zasad, które umożliwią:

- jednolitą interpretację warunków realizacji świadczenia,
- zapewnienie równego dostępu pacjentów do leczenia,
- poprawę jakości i efektywności opieki.

W ramach realizacji prac analitycznych dokonano przeglądu i oceny następujących obszarów:

- 1) obowiązujących regulacji prawnych, w szczególności aktualnych warunków realizacji świadczenia gwarantowanego „żywienie dojelitowe w warunkach domowych”, określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.
- 2) rekomendacji i wytycznych klinicznych, odnoszących się do kryteriów kwalifikacji pacjentów do przedmiotowego świadczenia.
- 3) rozwiązań refundacyjnych i organizacyjnych stosowanych w wybranych krajach, w zakresie żywienia dojelitowego w warunkach domowych.
- 4) opinii ekspertów klinicznych, posiadających doświadczenie w zakresie leczenia żywieniowego.

4.1. Opis ocenianej technologii medycznej

Leczenie żywieniowe – żywienie dojelitowe

Żywienie dojelitowe (enteralne) to forma żywienia sztucznego, polegająca na dostarczaniu składników odżywczych bezpośrednio do przewodu pokarmowego. Stosuje się je u pacjentów, którzy nie mogą przyjmować pokarmów doustnie, ale ich układ pokarmowy zachowuje zdolność wchłaniania.

[Gośliński 2021]

W praktyce klinicznej wykorzystuje się w tym celu diety przemysłowe – specjalistyczną żywność medyczną, zawierającą wszystkie niezbędne składniki odżywcze: białka, tłuszcze, węglowodany, witaminy i minerały, zapewniające prawidłowe funkcjonowanie organizmu. Preparaty te pełnowartościowe i mogą stanowić jedyne źródło pożywienia. Podawane są do żołądka lub jelita cienkiego za pomocą zgłębnika (np. nosowo-żołądkowego) lub przez wytworzoną przetokę odżywczą (np. gastrostomii).

Sposób podawania diety dojelitowej jest dostosowywany do czasu jej stosowania. W przypadku żywienia krótkoterminowego (do 30 dni) stosuje się zgłębnik wprowadzony przez nos, natomiast gdy czas żywienia przekracza 30 dni, preferowane jest stosowanie zgłębnika wprowadzonego poprzez przetokę żołądkową lub jelitową. Przetoki żołądkowe lub jelitowe tworzone są za pomocą technik endoskopowych lub chirurgicznych. W przypadku zakładania gastrostomii metodą endoskopową (PEG), lekarz wykonuje nacięcie na skórze, przez które wprowadzany jest zgłębnik, służący do podawania diety.

[Brzózka 2024, PTŻK]

Prawidłowa interwencja żywieniowa powinna składać się z następujących etapów:

- ocena stanu odżywienia i rodzaju zaburzeń,

- ocena wskazań do leczenia i zapotrzebowania na składniki odżywcze,
- wybór drogi interwencji: przewodu pokarmowego (dojelitowa), dożylna lub mieszana,
- przygotowanie programu żywienia,
- podawanie składników odżywczych,
- monitorowanie przebiegu leczenia i jego wyników.

[Klęk 2014]

Żywienie dojelitowe stosuje się u pacjentów, którzy nie są w stanie przyjmować pokarmów doustnie, ale ich przewód pokarmowy nadal może wchłaniać składniki odżywcze. To leczenie znajduje zastosowanie w wielu sytuacjach klinicznych, takich jak:

- choroby neurologiczne – pacjenci po udarze mózgu, z uszkodzeniem układu nerwowego lub chorobami neurodegeneracyjnymi, które uniemożliwiają przełykanie;
- nowotwory głowy, szyi lub przełyku – kiedy pacjent nie może jeść z powodu trudności z połykaniem spowodowanych nowotworem lub jego leczeniem, np. radioterapią;
- choroby przewodu pokarmowego – pacjenci z poważnymi schorzeniami, takimi jak choroba Leśniowskiego-Crohna, u których doustne przyjmowanie pokarmów nie jest możliwe, ale przewód pokarmowy nadal działa prawidłowo;
- terapie pooperacyjne – po operacjach w obrębie przewodu pokarmowego, gdy przez pewien czas nie jest możliwe przyjmowanie pokarmów doustnie.

Żywienie dojelitowe niesie za sobą wiele korzyści, które mają pozytywny wpływ na zdrowie pacjenta:

- dostarczenie wszystkich składników odżywczych – mieszanki dojelitowe są zaprojektowane tak, aby w pełni pokryć zapotrzebowanie na kalorie, białko, witaminy i minerały, co pozwala na utrzymanie prawidłowego stanu odżywienia pacjenta;
- wsparcie organizmu w trudnych stanach – u pacjentów ciężko chorych, żywienie dojelitowe wspiera procesy regeneracji organizmu, przyspiesza gojenie się ran i wspomaga układ odpornościowy;
- unikanie powikłań związanych z niedożywieniem – regularne dostarczanie odpowiednich ilości składników odżywczych zapobiega niedożywieniu, które może prowadzić do poważnych komplikacji zdrowotnych, takich jak osłabienie odporności czy trudności w gojeniu ran;
- bezpieczeństwo – żywienie dojelitowe, w porównaniu do żywienia pozajelitowego, jest mniej inwazyjne i wiąże się z mniejszym ryzykiem powikłań, takich jak zakażenia cewnika.

[PTŻK]

U pacjentów niewymagających hospitalizacji żywienie dojelitowe może być kontynuowane w warunkach domowych. W sytuacji, gdy chory nie jest w stanie samodzielnie realizować zaleceń terapeutycznych, obsługę zgłębnika i podawanie mieszanek odżywczych mogą przejąć odpowiednio przeszkoleni opiekunowie – w tym członkowie rodziny.

Założenie zgłębnika lub przetoki wiąże się z koniecznością przeszkolenia pacjenta oraz jego opiekunów w zakresie pielęgnacji sprzętu, podawania mieszanek odżywczych oraz zapobiegania powikłaniom. W warunkach domowych żywienie dojelitowe może być kontynuowane przy pełnym wsparciu zespołu medycznego. Mieszanki odżywcze dostarczane są w formie gotowych preparatów, co ułatwia ich przechowywanie oraz stosowanie, zapewniając wygodę i bezpieczeństwo terapii.

[BAPEN, PTŻK]

Czas trwania żywienia dojelitowego jest uzależniony od stanu klinicznego pacjenta i nie da się go jednoznacznie określić. Terapia może mieć charakter krótkoterminowy, trwający od kilku dni do kilku tygodni, jak również długoterminowy, obejmujący miesiące, a nawet lata.

Decyzję o wdrożeniu żywienia dojelitowego podejmuje lekarz prowadzący, kierując się indywidualnymi potrzebami chorego. Warto zaznaczyć, że metoda ta znajduje zastosowanie niezależnie od wieku pacjenta – umożliwia odpowiednie wsparcie żywieniowe zarówno dzieciom, jak i osobom starszym.

[Brzózka 2024]

4.2. Problem zdrowotny

Populacja docelowa żywienia dojelitowego

Żywienie dojelitowe stosuje się przede wszystkim u pacjentów niedożywionych i zagrożonych niedożywieniem.

Niedożywienie

Obecnie nie funkcjonuje jedna, powszechnie przyjęta definicja niedożywienia.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) jako niedożywienie określa stan wynikający z niedoboru, nadmiaru lub braku równowagi w spożyciu energii i/lub składników odżywczych. Termin ten obejmuje dwie szerokie grupy zaburzeń. Pierwsza z nich to niedożywienie, które obejmuje zahamowanie wzrostu (niski wzrost w stosunku do wieku), wyniszczenie (niska waga w stosunku do wzrostu), niedowagę (niską masę ciała względem wieku) oraz niedobory mikroelementów (niedostateczne spożycie kluczowych witamin i minerałów). Drugą grupę stanowią nadwaga, otyłość oraz dietozależne choroby niezakaźne (takie jak choroby serca, udar, cukrzyca i nowotwory).

[WHO 2025]

Zgodnie z konsensusem Europejskiego Towarzystwa Żywienia Klinicznego i Metabolizmu (ESPEN) wypracowano jednomyślne stanowisko dotyczące dwóch możliwych kryteriów diagnozowania niedożywienia.

- 1) Pierwsze z nich opiera się na wskaźniku masy ciała (BMI) $< 18,5 \text{ kg/m}^2$ jako jednoznacznym kryterium rozpoznania niedożywienia.
- 2) Drugie kryterium wymaga jednoczesnego stwierdzenia niezamierzonej utraty masy ciała (warunek konieczny) oraz co najmniej jednego z następujących parametrów: obniżonego BMI lub niskiego wskaźnika masy beztłuszczowej (FFMI).

Utrata masy ciała definiowana jest jako spadek o $> 10\%$ w nieokreślonym czasie lub $> 5\%$ w ciągu ostatnich 3 miesięcy. Za obniżony wskaźnik BMI uznaje się wartości $< 20 \text{ kg/m}^2$ u osób poniżej 70. roku życia oraz $< 22 \text{ kg/m}^2$ u osób starszych. Niski wskaźnik FFMI definiuje się jako $< 15 \text{ kg/m}^2$ u kobiet oraz $< 17 \text{ kg/m}^2$ u mężczyzn.

[Cederholm 2015]

W 2019 roku opublikowano zestaw kryteriów fenotypowych i etiologicznych służących do diagnozowania niedożywienia, opracowany w ramach Światowej Inicjatywy Liderów na rzecz Zwalczania Niedożywienia (ang. *Global Leadership Initiative on Malnutrition*, GLIM). Jednym z kluczowych członków tej inicjatywy było Europejskie Towarzystwo Żywienia Klinicznego i Metabolizmu (ESPEN). Działania GLIM miały na celu opracowanie jednolitych standardów rozpoznawania niedożywienia na skalę międzynarodową. Zgodnie z kryteriami GLIM, diagnoza niedożywienia powinna opierać się na jednoczesnym uwzględnieniu co najmniej jednego kryterium fenotypowego oraz jednego kryterium etiologicznego.

[Cederholm 2019]

Poniższa tabela przedstawia zestaw kryteriów fenotypowych i etiologicznych, opracowany w ramach GLIM.

Tabela 3. Kryteria fenotypowe i etiologiczne GLIM

Kryteria fenotypowe	Utrata masy ciała (%)	$>5\%$ w ciągu ostatnich 6 miesięcy lub $>10\%$ powyżej 6 miesięcy
	Niska wartość wskaźnika BMI (kg/m^2)	<20 jeśli <70 lat, lub <22 jeśli >70 lat
	Zmniejszenie masy mięśniowej	Zmniejszenie potwierdzone za pomocą zweryfikowanych metod pomiaru składu ciała (np. wskaźnik masy beztłuszczowej (FFMI, kg/m^2))

Kryteria etiologiczne	Zmniejszone spożycie lub wchłanianie pokarmu	≤50% zapotrzebowania energetycznego przez >1 tydzień lub jakiekolwiek zmniejszenie przez >2 tygodnie, lub jakikolwiek przewlekły stan żołądkowo-jelitowy, który negatywnie wpływa na przyswajanie lub wchłanianie pokarmu
	Stan zapalny	Ostra choroba/uraz (np. poważne infekcje, oparzenia) lub choroba przewlekła (np. choroby nowotworowe, przewlekła obturacyjna choroba płuc, niewydolność serca)

Źródło: Cederholm 2019

Mini Nutritional Assessment (MNA) jest powszechnie stosowanym narzędziem przesiewowym, które umożliwia wczesną identyfikację niedożywienia u osób starszych. Podstawowym celem oceny stanu odżywienia jest skuteczna identyfikacja pacjentów wymagających wsparcia żywieniowego. Niemniej jednak czułość narzędzia MNA bywa kwestionowana ze względu na ryzyko nadmiernego rozpoznawania niedożywienia.

Istnieją dwie wersje tego narzędzia:

- skrócona wersja (MNA-SF), składająca się z 6 pytań, służy jako wstępne narzędzie przesiewowe,
- pełna wersja, zawierająca 18 pytań, stosowana do dokładnej oceny stanu odżywienia.

Wynik pełnej wersji MNA mieści się w zakresie od 0 do 30 punktów i interpretuje się go następująco:

- <17 pkt – niedożywienie,
- 17–23,5 pkt – ryzyko niedożywienia,
- 24–30 pkt – prawidłowy stan odżywienia.

W przypadku skróconej wersji (MNA-SF) ryzyko niedożywienia diagnozuje się przy wyniku poniżej 12 punktów, natomiast niedożywienie przy wyniku poniżej 8 punktów.

[Cereda 2012]

Ryzyko niedożywienia

Narzędzia przesiewowe rekomendowane przez ESPEN do oceny ryzyka niedożywienia

ESPEN zaleca, aby osoby zagrożone niedożywieniem były identyfikowane przy użyciu zwalidowanych narzędzi przesiewowych, a następnie odpowiednio oceniane i objęte właściwym postępowaniem terapeutycznym. Podkreśla się również potrzebę nadania ryzyku niedożywienia odrębnego kodu w klasyfikacji ICD.

Ponadto, ESPEN zaleca stosowanie następujących narzędzi do oceny ryzyka niedożywienia, które mogą być wykorzystywane zarówno w szpitalach, placówkach opieki długoterminowej, jak i w środowisku lokalnym (ang. *community settings*):

- NRS-2002 (ang. *Nutritional Risk Screening 2002*) – dla pacjentów hospitalizowanych,
- MNA-SF (ang. *Mini Nutritional Assessment-Short Form*) – skrócona wersja MNA, szczególnie dla osób starszych,
- MUST (ang. *Malnutrition Universal Screening Tool*) – uniwersalne narzędzie przesiewowe, stosowane w różnych grupach populacyjnych.

[Cederholm 2015]

Kryteria rozpoznawania ryzyka niedożywienia według NICE

Zgodnie z wytycznymi National Institute for Health and Care Excellence (NICE), ryzyko niedożywienia rozpoznaje się u pacjentów, którzy spełniają jedno lub więcej z poniższych kryteriów:

- spożywali niewielką ilość pokarmu lub nic nie jedli przez ponad 5 dni, lub istnieje prawdopodobieństwo, że przez kolejne 5 dni lub dłużej będą spożywać niewielką ilość pokarmu lub wcale,
- występują zaburzenia wchłaniania składników odżywczych (np. w przebiegu chorób przewodu pokarmowego),

- obserwuje się znaczne straty składników odżywczych (np. w wyniku przewlekłych biegunek, przetok lub ran sączących),
- zapotrzebowanie na składniki odżywcze jest zwiększone (np. w stanach katabolicznych, takich jak ciężkie infekcje, urazy czy choroby nowotworowe).

[NICE 2017]

U osób starszych ryzyko niedożywienia może wystąpić, jeśli spożycie doustne jest znacznie zmniejszone (np. poniżej 50% zapotrzebowania przez ponad trzy dni) lub jeśli występują czynniki ryzyka, które mogą zmniejszyć spożycie pokarmu lub zwiększyć zapotrzebowanie (np. ostra choroba, problemy neuropsychologiczne, unieruchomienie, problemy z żuciem, problemy z połykaniem).

[Volkert 2019]

4.3. Aktualny stan realizacji i finansowania ze środków publicznych

Procedura żywienia dojelitowego, będąca przedmiotem niniejszego opracowania, jest ujęta jako świadczenie gwarantowane w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U.2016.357 ze zm.) w załączniku nr 5 „Wykaz świadczeń gwarantowanych w przypadku innych świadczeń ambulatoryjnych oraz warunki ich realizacji”. Aktualne warunki realizacji nie określają kryteriów kwalifikacji pacjentów do udzielenia świadczenia.

Szczegółowe informacje przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 4. Wykaz świadczeń gwarantowanych w przypadku innych świadczeń ambulatoryjnych oraz warunki ich realizacji w zakresie żywienia dojelitowego.

Lp.	Kod ICD-9	Nazwa świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń
5	99.87	Żywienie dojelitowe w warunkach domowych: Żywienie dojelitowe	Wymagania formalne
			1) dostęp do apteki szpitalnej; 2) poradnia prowadząca leczenie pacjentów żywionych dojelitowo w warunkach domowych.
			Personel
			1) lekarze - lekarz specjalista w dziedzinie medycyny, w której program szkolenia do uzyskania specjalizacji obejmuje żywienie dojelitowe, posiadający zaświadczenie o ukończeniu kursu z zakresu żywienia dojelitowego w warunkach domowych, a w przypadku leczenia dzieci - lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii, posiadający zaświadczenie o ukończeniu kursu z zakresu żywienia dojelitowego w warunkach domowych, lub udokumentowany dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie pediatrii, posiadającego zaświadczenie o ukończeniu kursu z zakresu żywienia dojelitowego w warunkach domowych; 2) pielęgniarki - posiadające zaświadczenie o ukończeniu kursu z zakresu żywienia dojelitowego; 3) farmaceuta - posiadający zaświadczenie o ukończeniu kursu z zakresu żywienia dojelitowego w warunkach domowych; 4) dietetyk.
			Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną
			1) zgłębniki nosowo-żołądkowe, nosowo-jelitowe; 2) sprzęt do założenia/ naprawy/wymiany przetoki odżywczej; 3) pompy do żywienia dojelitowego.
		Zapewnienie realizacji badań	1) laboratoryjnych: jonogram, glikemia, mocznik i kreatynina w surowicy, białko i albuminy, bilirubina, AspAT, AlAT, GGTP, AP, morfologia, stężenie triglicerydów, cholesterolu, CRP, układ krzepnięcia, badanie ogólne moczu - co najmniej raz na kwartał; 2) pozostałych: a) diagnostyka obrazowa, w tym USG, b) diagnostyka mikrobiologiczna - według potrzeb.
		Pozostałe wymagania	Dostęp do badań i procedur medycznych: 1) laboratorium diagnostycznego biochemicznego, czynnego całą dobę; 2) laboratorium mikrobiologicznego z możliwością wykonywania posiewów krwi w kierunku bakterii i grzybów; 3) zakładu radiologii diagnostyki obrazowej, czynnego całą dobę;

Lp.	Kod ICD-9	Nazwa świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń
			4) pracowni endoskopii przewodu pokarmowego; 5) współpracującego oddziału szpitalnego. Kwalifikacja pacjenta do leczenia dojelitowego następuje w warunkach szpitalnych lub w poradni prowadzącej leczenie żywieniowe. Świadczenie dotyczy pacjentów, którzy z powodu braku możliwości podaży substancji odżywczych w ilości wystarczającej do utrzymania przy życiu drogą naturalną, wymagają długotrwałego podawania substancji odżywczych (diet przemysłowych) w sposób inny niż drogą doustną. Żywienie dojelitowe w warunkach domowych polega na podawaniu - w domu pacjenta - substancji odżywczych innych niż naturalne, w dawce pokrywającej dobowe zapotrzebowanie na energię, w sposób inny niż doustnie (przetoka odżywcza, zgłębnik wprowadzony do żołądka, dwunastnicy lub jelita cienkiego), wraz z kompleksową opieką nad pacjentem, wynikającą z choroby podstawowej i prowadzonego leczenia, obejmującą: 1) przygotowanie pacjenta lub opiekunów do leczenia w warunkach domowych; 2) zapewnienie ciągłego kontaktu telefonicznego z pacjentem lub opiekunami; 3) program badań kontrolnych zgodnie z terminarzem wizyt oraz według potrzeb w: a) poradni prowadzącej leczenie pacjentów żywionych dojelitowo w warunkach domowych lub b) domu pacjenta - co najmniej raz na kwartał; 4) dostarczanie preparatów, sprzętu (w tym nieodpłatne wypożyczanie pomp do żywienia dojelitowego w przypadku wskazań) i niezbędnych środków opatrunkowych do domu pacjenta; 5) zapewnienie hospitalizacji w przypadku podejrzenia lub wystąpienia powikłań leczenia oraz innych wskazań wymagających leczenia szpitalnego związanych z leczeniem żywieniowym; 6) udrożnienie lub poprawę mocowania zgłębnika lub naprawę zgłębnika lub przetoki - według potrzeb, kontrolę RTG położenia zgłębnika - według potrzeb; 7) transport pacjenta do ośrodka w celu badań lub hospitalizacji w przypadku wskazań do transportu medycznego.

Źródło: Załącznik nr 5 „Wykaz świadczeń gwarantowanych w przypadku innych świadczeń ambulatoryjnych oraz warunki ich realizacji” do RMZ z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U.2016.357 t.j.)

Zasady finansowania żywienia dojelitowego w warunkach domowych ze środków publicznych określa Zarządzenie nr 167/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 listopada 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie (z późn. zm). Aktualne warunki finansowania określone są w *Katalogu zakresów świadczeń w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie* – stanowiącym załącznik nr 1 do Zarządzenia Nr 10/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 lutego 2025 r.

Tabela 5. Katalog zakresów świadczeń w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie żywienia dojelitowego

L.p.	Kod i nazwa zakresu	Kod i nazwa produktu	Jednostka rozliczeniowa	Wartość pkt produktu rozliczeniowego	Warunki wykonania	Uwagi
					Świadczenie wykonywane w warunkach domowych	
11	11.0000.048.02 żywienie dojelitowe w warunkach domowych	5.10.00.0000050 Żywienie dojelitowe w warunkach domowych	punkt	92,00	x	za osobodzień

Źródło: opracowanie własne na podstawie Załącznika Nr 1 do zarządzenia Nr 10/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 lutego 2025 r.

Leczenie szpitalne

Zgodnie z obowiązującymi warunkami realizacji świadczenia, kwalifikacja pacjenta do leczenia żywieniem dojelitowym odbywa się w warunkach szpitalnych lub w poradni prowadzącej leczenie żywieniowe.

Zarządzenie nr 37/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 marca 2024 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne, określa wzory kart kwalifikacyjnych i monitorujących, służących do dokumentowania procesu leczenia żywieniowego.

Karty kwalifikacji i monitorowania pacjentów stanowią odrębne załączniki, które przedstawiono w załącznikach do niniejszego opracowania:

- Karta kwalifikacji dorosłych do leczenia żywieniowego,
- Karta leczenia żywieniowego dorosłych,
- Karta kwalifikacji dzieci do leczenia żywieniowego (nie dotyczy noworodków),
- Karta monitorowania leczenia żywieniowego dzieci,
- Karta kwalifikacji do żywienia pozajelitowego i/lub drogą przewodu pokarmowego noworodków,
- Karta monitorowania leczenia żywieniowego noworodków.

4.4. Wcześniejsze oceny Agencji związane z przedmiotowym zleceniem

Dotychczas Agencja nie dokonywała oceny kryteriów kwalifikacji do leczenia żywieniem dojelitowym w warunkach domowych w ramach świadczenia gwarantowanego z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

4.5. Rekomendacje i wytyczne kliniczne

W dniach 22-25.04.2025 r. przeprowadzono przegląd dostępnych wytycznych praktyki klinicznej dotyczących kryteriów kwalifikacji do żywienia dojelitowego w warunkach domowych. W ramach analizy przeszukano następujące źródła:

- Polskie Towarzystwo Żywienia Klinicznego (PTŻK): <https://ptzk.pl/> ;
- Polskie Towarzystwo Żywienia Klinicznego Dzieci (PTŻKD): <https://ptzkd.org/>;
- European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN): <https://www.espen.org/>;
- The National Institute for Health and Care Excellence (NICE): <https://www.nice.org.uk/guidance>
- The American Academy of Pediatrics (AAP): <https://www.aap.org/>,
- Canadian Paediatric Society (CPS): <https://cps.ca/>,
- The American Gastroenterological Association (AGA): <https://gastro.org/>,
- World Health Organization (WHO): <https://www.who.int/>,
- Guidelines International Network (GIN): www.g-i-n.net/,
- Trip DataBase: www.tripdatabase.com.

Dodatkowo wykonano wyszukiwanie wolnotekstowe za pomocą ogólnodostępnych wyszukiwarek internetowych. W wyszukiwaniu użyto słów kluczowych: *home enteral nutrition, enteral nutrition, guidelines, recommendations, leczenie żywieniowe, żywienie dojelitowe, wytyczne, rekomendacje*.

Zidentyfikowano sześć wytycznych praktyki klinicznej odnoszących się do kryteriów kwalifikacji do żywienia dojelitowego w warunkach domowych, opracowanych przez następujące towarzystwa i instytucje: PTŻK (2019), PTŻKD (2017), ESPEN (2022), NICE (2017), ASPEN (2014), ACI (2012).

Tabela 6. Wytyczne kliniczne dotyczące kryteriów kwalifikacji do żywienia dojelitowego w warunkach domowych

Nazwa dokumentu	Zalecenia
PTŻK 2019 Polska <u>Metodyka:</u> opinie ekspertów <u>Źródła finansowania:</u> brak zewnętrznych źródeł finansowania <u>Konflikt interesów:</u> Autorzy nie zgłosili konfliktu interesów	<u>Wytyczne dot. kryteriów kwalifikacji do żywienia dojelitowego w warunkach domowych dla dorosłych</u> - Kwalifikacja do zastosowania domowego żywienia dojelitowego (DŻD) wymaga: ustalenia wskazań do leczenia żywieniowego, potwierdzenia braku przeciwwskazań do ŻD, potwierdzenia wydolności przewodu pokarmowego (PP) umożliwiającej osiągnięcie celów żywieniowych, posiadania efektywnego dostępu (wygodny i drożny dostęp do funkcjonującej części PP), zgodności z zasadami etycznymi tej terapii żywieniowej. - Należy ocenić możliwości i bezpieczeństwo prowadzenia ŻD w warunkach domowych. Wymagane jest potwierdzenie stabilności metabolicznej i wydolności narządów, umożliwiającej bezpieczny pobyt chorego w domu, oceny warunków socjalnych i rodzinnych chorego, potwierdzenia opanowania przez chorego lub jego opiekuna umiejętności prowadzenia ŻD w domu oraz znajomości objawów, mogących świadczyć o powikłaniach. - Kwalifikacja może być przeprowadzona: podczas hospitalizacji (metoda zalecana) lub w warunkach ambulatoryjnych – w ośrodku prowadzącym DŻD lub w domu pacjenta przez zespół. U chorego przebywającego w szpitalu decyzja o włączeniu do procedury ŻD wynika z planu leczenia. Przejęcie opieki nad chorym przez świadczeniodawcę prowadzącego DŻD następuje w sposób ciągły. Chory jest wypisywany ze szpitala i przekazywany do procedury DŻD po uprzednim porozumieniu lekarza prowadzącego i ustaleniu terminu ze świadczeniodawcą DŻD. Kwalifikacja negatywna zwykle jest skutkiem stwierdzenia istotnych przeciwwskazań do ŻD, takich jak: niewydolność PP, brak możliwości uzyskania dostępu do PP, terminalne stadium choroby nowotworowej, bardzo krótki przewidywany okres przeżycia, brak zgody chorego na leczenie. Przeciwwskazania do żywienia w warunkach domowych: niepowodzenie leczenia (wypisanie pacjentów w takim stanie zdrowia do domu nie jest zalecane, gdyż może stanowić zagrożenie dla ich zdrowia oraz generować znaczne obciążenie dla ośrodka prowadzącego leczenie), bardzo złe warunki bytowe, chorzy samotni, niesprawni fizycznie i/lub intelektualnie w stopniu uniemożliwiającym samodzielne prowadzenie leczenia. Wskazaniem do ŻD w warunkach domowych są patologie uniemożliwiające utrzymanie prawidłowego bilansu białkowo-energetycznego przy odżywianiu doustnym u chorych z zachowaną czynnością absorpcyjną jelita, niewymagających hospitalizacji. Wskazania do ŻD w warunkach domowych obejmują jednostki chorobowe zaliczane do grup takich jak: ciężkie zaburzenia połykania uniemożliwiające utrzymanie stanu odżywienia, zwiększenie zapotrzebowania na składniki odżywcze, niedające się pokryć dietą i drogą naturalną, zaburzenia trawienia i wchłaniania, a także inne sytuacje kliniczne, w których pacjent odniesie istotną korzyść. Etapy kwalifikacji do DŻD: 1) Kwalifikacja do odpowiedniego leczenia żywieniowego; 2) Uzyskanie świadomej zgody chorego na DŻD; 3) Ocena kliniczna z oszacowaniem potrzeb żywieniowych, anatomii i funkcji przewodu pokarmowego; 4) Przygotowanie planu leczenia i programu żywienia; 5) Wybór i wykonanie dostępu do długotrwałego ŻD lub ocena istniejącego dostępu; 6) Określenie planu monitorowania przebiegu leczenia; 7) Określenie potrzeb chorego dotyczących rehabilitacji (nie jest to warunek konieczny); 8) Szkolenie chorego i/lub opiekuna w zakresie prowadzenia DŻD; 9) Rozpoczęcie ŻD w domu. - Kwalifikacja nie determinuje miejsca realizacji leczenia. Wybór ośrodka, w którym zostanie udzielone świadczenie, zależy między innymi od miejsca zamieszkania pacjenta oraz dostępności danego ośrodka do przyjęcia kolejnej osoby wymagającej leczenia. <i>Nie wskazano siły zaleceń ani jakości dowodów naukowych.</i>
PTŻKD 2017 Polska <u>Metodyka:</u> opinie ekspertów <u>Źródła finansowania:</u> brak informacji <u>Konflikt interesów:</u> brak informacji	Leczenie żywieniowe polega na podaży pozajelitowej mieszaniny żywieniowej lub diety przemysłowej drogą przewodu pokarmowego, które pokrywają całkowicie lub częściowo potrzeby energetyczne i zawierają w swoim składzie źródło białka, węglowodany, tłuszcze oraz elektrolity, witaminy, pierwiastki śladowe i inne składniki odżywcze odpowiednie dla aktualnych potrzeb żywieniowych, wraz z oceną tolerancji i dostosowania podaży i jej metody do aktualnego stanu metabolicznego chorego. Leczenie żywieniowe drogą przewodu pokarmowego obejmuje zarówno podaż diet przemysłowych przez zgłębnik, jak i doustne stosowanie specjalnych preparatów żywieniowych w szczególnych sytuacjach medycznych. Żywnienie drogą przewodu pokarmowego tradycyjnie definiowane jest jako dostarczanie pokarmu do przewodu pokarmowego przez zgłębnik lub przetokę odżywczą do żołądka lub pozaodźwiernikowo (ang. <i>tube feeding</i>). <u>Organizacja leczenia żywieniowego w domu:</u> - Zalecenie 1: Chorzy wymagający leczenia żywieniowego, a których stan kliniczny umożliwia wypisanie ze szpitala, powinni być żywieni drogą przewodu pokarmowego lub/i pozajelitowo w warunkach domowych lub – w szczególnych przypadkach – w placówkach opiekuńczych. - Zalecenie 2: Leczenie żywieniowe w warunkach domowych wymaga odpowiedniego przygotowania chorego (zapewnienie bezpiecznego dostępu do przewodu pokarmowego lub/i żylnego), przeszkolenia opiekunów w zakresie zasad dotyczących opieki nad dostępem

Nazwa dokumentu	Zalecenia
	do przewodu pokarmowego lub/i żylnego, podłączania i przetaczania mieszaniny żywieniowej oraz umiejętności rozpoznania zagrożenia i właściwej reakcji na niebezpieczne zdarzenia. Kwalifikacja środowiskowa do domowego leczenia żywieniowego opiera się na następujących czynnikach: – ocenie, czy środowisko domowe dziecka jest odpowiednie dla bezpiecznego stosowania leczenia żywieniowego, pod kątem warunków sanitarnych, lokalowych i możliwości poświęcenia czasu przez opiekunów na opiekę nad dzieckiem; – ocenie zdolności rodziców/opiekunów do przyswojenia zasad opieki nad dzieckiem leczonym żywieniowo w domu; – opracowanie planu edukacji rodziców/opiekunów – zależnego od ich indywidualnych możliwości poznawczych. • Zalecenie 3: Kwalifikacja do leczenia żywieniowego w warunkach domowych (pozajelitowego i drogą przewodu pokarmowego) odbywa się w warunkach szpitalnych w ośrodku prowadzącym domowe leczenie żywieniowe. • Organizacja leczenia żywieniowego w warunkach domowych obejmuje: – wybór dostępu do przewodu pokarmowego (żywienie dojelitowe) lub dostępu naczyniowego (żywienie pozajelitowe); – określenie potrzeb żywieniowych odpowiednich dla wieku, rozpoznania podstawowego i stanu klinicznego; – określenie celu leczenia żywieniowego, przewidywanego czasu jego prowadzenia i warunków zakończenia; – wybór rodzaju diety do podawania do przewodu pokarmowego lub/i przygotowanie programu żywienia pozajelitowego; – wybór sprzętu dodatkowego (np. pomp infuzyjnych) i środków medycznych (np. środków opatrunkowych, płynów dezynfekcyjnych itd.); – określenie sposobu dostawy diet lub/i mieszanin do żywienia pozajelitowego, składników do żywienia pozajelitowego oraz sprzętu w domowym leczeniu żywieniowym; – konieczność monitorowania – pod względem skuteczności leczenia żywieniowego – pacjenta żywionego pozajelitowo lub dojelitowo w warunkach domowych w Poradni Leczenia Żywieniowego, z modyfikacją planu leczenia i wykonywaniem niezbędnych badań i konsultacji; – przeszkolenie rodziców/opiekunów w zakresie opieki nad dzieckiem wymagającym leczenia żywieniowego. • Zalecenie 4: Leczenie żywieniowe w warunkach domowych drogą przewodu pokarmowego lub/i pozajelitowo jest prowadzone w poradni zajmującej się leczeniem żywieniowym, która ma możliwość skierowania chorego do leczenia szpitalnego, w razie wskazań do hospitalizacji. • Zalecenie 5: Członkowie zespołu leczenia żywieniowego (lekarz, pielęgniarka, dietetyk) powinni mieć doświadczenie (specjalistyczną wiedzę) w prowadzeniu pacjentów wymagających żywienia drogą przewodu pokarmowego lub/i pozajelitowego, potwierdzone zaświadczeniem o ukończeniu kursu z zakresu leczenia żywieniowego w warunkach domowych organizowanego przez właściwe towarzystwo naukowe (statutowo uprawnione do prowadzenia działalności edukacyjnej). • Zalecenie 6: W leczeniu żywieniowym drogą przewodu pokarmowego u dzieci konieczne jest stosowanie pomp do podawania diet, jeżeli nie stosuje się podaży w postaci porcji. • Zalecenie 7: Warunkiem kwalifikacji chorego do programu domowego leczenia żywieniowego jest przeprowadzenie szkolenia rodziców (opiekunów), w zakresie bezpieczeństwa takiego postępowania, potwierdzone pisemnym zaświadczeniem. <u>Wskazania do podjęcia żywienia drogą przewodu pokarmowego u dzieci:</u> • Podaż doustna jest niewystarczająca do pokrycia zapotrzebowania energetycznego; • U dzieci do 2 roku życia upośledzenie wzrastania lub przyrostu masy ciała utrzymuje się dłużej niż miesiąc; • U dzieci powyżej 2 roku życia brak przyrostu masy ciała lub utrata masy ciała trwająca dłużej niż trzy miesiące; • Stwierdza się odchylenie masy ciała w stosunku do wieku lub wysokości ciała poniżej dwóch kanałów centylowych. <u>Najczęstsze przyczyny wdrożenia żywienia drogą przewodu pokarmowego:</u> • Wcześnieństwo; • Zaburzenia neurologiczne: encefalopatia niedotlenieniowa, mózgowie porażenie dziecięce, ciężka padaczka; • Zespół krótkiego jelita; • Choroba Leśniowskiego i Crohna; • Mukowiscydoza; • Stany po operacji wad wrodzonych serca; • Jadłowstręt psychogeny (anorexia nervosa);

Nazwa dokumentu	Zalecenia
	• Choroby nowotworowe. W klasyfikacji chorego do leczenia żywieniowego niezbędna jest ocena stanu odżywienia. Ma ona na celu identyfikację zaburzeń stanu odżywienia, przez które rozumiane jest zarówno niedostateczne wzrastanie z niedoborami masy ciała i wysokości, jak i nadmierne przyrosty masy ciała. W antropologicznej ocenie stanu odżywienia należy uwzględnić następujące dane: • Wiek; • Masa ciała (centyle dla wieku); • Wysokość ciała (centyle dla wieku); • Stosunek masy do długości (wysokości) (centyle); • BMI (ang. body mass index, współczynnik masy ciała) (centyle) • Obwód głowy u niemowląt (centyle). U pacjentów z nieprawidłowościami budowy ciała uwzględnia się tzw. wiek wzrostowy. Jest to wiek, dla którego 50. centyl normy wysokościowej odpowiada aktualnej wysokości badanego dziecka. W analizie rozwoju dziecka istotne jest także: • Monitorowanie tempa wzrastania; • Monitorowanie dynamiki przyrostów masy ciała; • Ocena pokwitania według skali Tannera. U dzieci powyżej 6. roku życia należy rozważyć wykonanie badania densytometrycznego – DXA (ang. dual X-ray absorptiometry, absorpcjometria energii promieniowania rentgenowskiego) – dla oceny minimalnej gęstości kości całkowitej i kręgosłupa. U dzieci należy odnosić się do wartości standaryzowanych (Z-score), stosowanych dla płci i wieku. Badanie takie należy wykonywać w okresach nie krótszych niż rok. Jest to badanie szczególnie ważne przy przewlekłym leczeniu żywieniowym. Leczenie żywieniowe drogą przewodu pokarmowego jest zalecane u chorych z wydolnym przewodem pokarmowym w takim zakresie, który gwarantuje przyswojenie zalecanej objętości diety. W niektórych sytuacjach klinicznych konieczne może być połączenie żywienia drogą przewodu pokarmowego i pozajelitowego, nawet w przypadku zachowanej wydolności przewodu pokarmowego. Największą grupę wymagającą stosowania żywienia drogą przewodu pokarmowego (60-70%) stanowią dzieci z przewlekłymi schorzeniami OUN. Stany chorobowe wymagające stosowania żywienia drogą przewodu pokarmowego (wskazania do leczenia żywieniowego drogą przewodu pokarmowego u dzieci): <u>Niedostatecznie spożycie pokarmu drogą doustną</u> 1. Zaburzenia żucia i połykania: • Wcześnieństwo; • Uszkodzenia OUN (zaburzenia wrodzone – metaboliczne, neurodegeneracyjne, mózgowe porażenie dziecięce, wtórna encefalopatia – pourazowa, niedokrwienno-niedotlenieniowa, guzy OUN). 2. Guzy: • Jamy ustnej; • Głowy i szyi; 3. Urazy – twarzoczaszki i wielonarządowe 4. Chemiczne oparzenia przewodu pokarmowego (przełyk, żołądek) 5. Pacjenci OITD (Oddział Intensywnej Terapii Dziecięcej): • Wentylacja mechaniczna; 6. Ciężki GERD (choroba refluksowa przełyku) 7. Awersje pokarmowe, anoreksja, depresja 8. Ostre zapalenie trzustki 9. Wrodzone wady górnego odcinka przewodu pokarmowego: • Przetoka tchawiczo-przełykowa; <u>Zaburzenia trawienia i wchłaniania</u> 1. Mukowiscydoza 2. Zespół krótkiego jelita 3. Enteropatia w przebiegu alergii na pokarmy: • Alergia na białko mleka krowiego; • Alergia wieloważna na pokarmy; 4. Przewlekła/ niepoddająca się leczeniu biegunka niemowląt 5. Ciężkie pierwotne lub nabyte niedobory odporności 6. Przewlekła choroba wątroby 7. Choroba przeszczep przeciwko gospodarzowi <u>Zaburzenia motoryki żołądkowo-jelitowej</u>

Nazwa dokumentu	Zalecenia
	1. Zespół rzekomej niedrożności jelit 2. Choroba Hirschsprunga 3. Okres pooperacyjny <u>Zwiększone zapotrzebowanie na składniki pokarmowe lub nadmierne straty</u> 1. Mukowiscydoza 2. Przewlekła niewydolność narządowa (nerek, serca, wątroby) 3. Nieswoiste zapalenia jelit – choroba Leśniowskiego i Crohna 4. Urazy wielonarządowe, rozległe oparzenia <u>Zaburzenia wzrastania, przewlekłe niedożywienie (uzupełniając do powyższych wskazań)</u> 1. Jadłowstręt psychiczny 2. Nieorganiczne zaburzenia wzrastania 3. Choroba Leśniowskiego i Crohna – indukcja remisji 4. Choroby metaboliczne 5. Zaburzenia stanu odżywienia z zahamowaniem wzrastania. Przeciwwskazania do leczenia żywieniowego drogą przewodu pokarmowego <u>Bezwzględne przeciwwskazania do żywienia drogą przewodu pokarmowego obejmują:</u> • Niedrożność mechaniczną i porażenną; • Perforację przewodu pokarmowego; • Martwicze zapalenie jelit; <u>Do względnych przeciwwskazań należą:</u> • Zaburzenia motoryki jelitowej; • Toksyczne poszerzenie/ rozdęcie okrężnicy; • Zapalenie otrzewnej; • Krwawienie z przewodu pokarmowego; • Przetoki z dużą utratą płynów; • Ciężkie wymioty; • Oporna na leczenie ciężka biegunka. <u>Przeciwwskazania bezwzględne do wytworzenia przetoki odżywczej (gastrostomia/ jejunostomia) obejmują:</u> • Zaburzenia koagulologiczne (INR > 1,5, APTT > 50 s, płytki < 50 000); • Zapalenie otrzewnej; • Ciężkie wodobrzusze; • Schyłkowa faza życia (terapia uporczywa); • Ciężka psychoza; • Brak świadomej zgody pacjenta/ przedstawiciela ustawowego. <i>Nie wskazano siły zaleceń ani jakości dowodów naukowych.</i>
ESPEN 2022 Europa <u>Metodyka:</u> przegląd systematyczny literatury, ocena dowodów wg. skali SIGN oraz konsensus ekspertów, zgodnie ze standardową procedurą ESPEN <u>Źródła finansowania:</u> finansowanie przez ESPEN i UEG. <u>Konflikt interesów:</u> Autorzy zgłosili potencjalne konflikty interesów, jednak żaden z nich nie musiał zostać wykluczony z prac nad wytycznymi.	<u>Wytyczne dot. kryteriów kwalifikacji do żywienia dojelitowego w warunkach domowych dorosłych</u> • DŻD powinno być rozważane u pacjentów z ryzykiem niedożywienia lub już niedożywionych, którzy nie są w stanie pokryć zapotrzebowania żywieniowego drogą doustną, posiadają zachowaną czynność PP, mogą być leczeni poza oddziałem intensywnej opieki medycznej oraz wyrażają zgodę na terapię i są w stanie ją realizować (<i>stopień rekomendacji: GPP; siła zgodności: silna zgodność – 97%</i>). • Przed wypisaniem ze szpitala pacjentów zagrożonych niedożywieniem (np. pacjentów z chorobami neurologicznymi, urazami głowy, nowotworami głowy i szyi, chorobami nowotworowymi układu pokarmowego oraz innymi nowotworami, nienowotworowymi chorobami przewodu pokarmowego, w tym zespołami złego wchłaniania), należy rozważyć zastosowanie doustnych suplementów żywieniowych lub DŻD (<i>stopień rekomendacji: B; siła zgodności: silna zgodność – 96%</i>). • W przypadku, gdy przewidywana długość życia pacjenta wynosi mniej niż jeden miesiąc, zazwyczaj nie powinno się rozpoczynać DŻD (<i>stopień rekomendacji: GPP; siła zgodności: zgoda – 78%</i>). • DŻD nie powinno być stosowane u pacjentów z przeciwwskazaniami, takimi jak ciężkie zaburzenia w funkcjonowaniu jelit, niedrożność PP, krwawienie z PP, ciężka malabsorpcja lub poważne zaburzenia metaboliczne (<i>stopień rekomendacji: GPP; siła zgodności: zgoda – 84%</i>). • DŻD nie powinno być stosowane, jeśli pacjent i/lub jego opiekunowie prawni nie wyrażają zgody na program lub istnieje małe prawdopodobieństwo, że będą w stanie go realizować, bądź występują problemy organizacyjne/logistyczne, których nie można rozwiązać (<i>stopień rekomendacji: GPP; siła zgodności: silna zgodność – 97%</i>). • Szpitale wypisujące pacjentów z zaleceniem DŻD powinny zatrudniać co najmniej jedną specjalistyczną pielęgniarkę ds. żywienia lub dietetyka. Optymalnie, w strukturze tych placówek

Nazwa dokumentu	Zalecenia
	powinien funkcjonować Zespół Żywniowy w ramach obowiązującego systemu nadzoru klinicznego (<i>stopień rekomendacji: B; siła zgodności: silna zgodność – 96%</i>). DŹD powinno być standaryzowane i koordynowane przez wielodyscyplinarny Zespół Żywniowy (lekarz, pielęgniarka, dietetyk, farmaceuta), ponieważ taka organizacja postępowania poprawia jakość opieki, zmniejsza częstość powikłań, a tym samym znacząco wpływa na poprawę jakości życia pacjentów oraz efektywność kosztową terapii (<i>stopień rekomendacji: B; siła zgodności: silna zgodność – 96%</i>). <i>Poziom dowodów</i> 1++ wysokiej jakości metaanalizy, przeglądy systematyczne RCT lub RCT o bardzo niskim ryzyku błędu systematycznego 1+ dobrze przeprowadzone metaanalizy, przeglądy systematyczne lub RCT o niskim ryzyku błędu systematycznego 1- metaanalizy, przeglądy systematyczne lub RCT o wysokim ryzyku błędu systematycznego 2++ wysokiej jakości przeglądy systematyczne badań kliniczno-kontrolnych lub kohortowych. Wysokiej jakości badania kliniczno-kontrolne lub kohortowe z bardzo niskim ryzykiem zaktóżeń lub błędu systematycznego oraz wysokim prawdopodobieństwem związku przyczynowego 2+ dobrze przeprowadzone badania kliniczno-kontrolne lub kohortowe o niskim ryzyku wystąpienia zaktóżeń lub błędu systematycznego oraz umiarkowanym prawdopodobieństwem związku przyczynowego 2- badania kliniczno-kontrolne lub kohortowe o wysokim ryzyku wystąpienia zaktóżeń lub błędu systematycznego oraz o znacznym ryzyku braku związku przyczynowego 3 badania nieanalityczne, np. raporty przypadków, serie przypadków 4 opinie ekspertów <i>Stopień rekomendacji</i> A – co najmniej jedna metaanaliza, przegląd systematyczny lub RCT ocenione na poziomie 1++, mające bezpośrednie zastosowanie do populacji docelowej lub zbiór dowodów naukowych składający się głównie z badań ocenionych na poziomie 1+, również odnoszących się bezpośrednio do populacji docelowej i wykazujących ogólną spójność wyników B – zbiór dowodów obejmujący badania ocenione na poziomie 2++, mające bezpośrednie zastosowanie do populacji docelowej; lub zbiór dowodów obejmujący badania ocenione na poziomie 2+, bezpośrednio odnoszące się do populacji docelowej i wykazujące ogólną spójność wyników lub dowody ekstrapolowane z badań ocenionych na poziomie 1++ lub 1+ 0 – poziom dowodów 3 lub 4 lub dowody ekstrapolowane z badań ocenionych na poziomie 2++ lub 2+ GPP – zalecana najlepsza praktyka oparta na doświadczeniu klinicznym grupy opracowującej wytyczne <i>Siła zgodności:</i> Silna zgodność – zgoda >90% uczestników Zgoda – zgoda >75–90% uczestników Zgoda większościowa – zgodność >50–75% uczestników Brak zgody – Zgoda <50% uczestników [poziom dowodów, stopień rekomendacji i siła zgodności z wersji wytycznych ESPEN z 2020 r.; Wytyczne ESPEN z 2022 r. stanowią zaktualizowaną wersję wytycznych z 2020 r.]
NICE 2017 Wielka Brytania <u>Metodyka:</u> na podstawie dowodów naukowych i konsensusu ekspertów <u>Źródła finansowania:</u> brak informacji <u>Konflikt interesów:</u> brak informacji	<u>Wytyczne dot. kryteriów kwalifikacji do żywienia dojelitowego w warunkach domowych dorosłych</u> - Przesiewowe badania w kierunku niedożywienia oraz ryzyka jego wystąpienia powinny być przeprowadzane przez pracowników ochrony zdrowia posiadających odpowiednie kwalifikacje i przeszkolenie. - Wszyscy pacjenci hospitalizowani powinni być poddani przesiewowej ocenie stanu odżywienia przy przyjęciu, a pacjenci ambulatoryjni – podczas pierwszej wizyty. W przypadku hospitalizacji ocenę należy powtarzać co tydzień, natomiast u pacjentów ambulatoryjnych oraz mieszkańców placówek opiekuńczych – w razie wskazań klinicznych. Do wskazań klinicznych zaliczono m.in.: niezamierzony spadek masy ciała, delikatną skórę, słabe gojenie ran, apatię, utratę masy mięśniowej, słaby apetyt, zmieniony smak, upośledzenie połykania, zmiany w rytmie wypróżnień, zbyt luźne ubrania lub długotrwałą chorobę współistniejącą. - Badanie przesiewowe powinno oceniać wskaźnik masy ciała (BMI) i procent niezamierzonej utraty wagi, a także czas, w którym spożycie składników odżywczych zostało niezamierzenie zmniejszone i/lub prawdopodobieństwo przyszłego zaburzenia spożycia składników odżywczych. - Oddziały mogą odstąpić od przesiewu w grupach pacjentów o niskim ryzyku niedożywienia, pod warunkiem zastosowania formalnej procedury zatwierdzonej w ramach lokalnego nadzoru klinicznego, z udziałem specjalistów ds. żywienia. - Wsparcie żywieniowe powinno być rozważone u osób niedożywionych, definiowanych na podstawie któregośkolwiek z następujących kryteriów: wskaźnik masy ciała (BMI) poniżej 18,5 kg/m², niezamierzona utrata masy ciała przekraczająca 10% w ciągu ostatnich 3–6 miesięcy, BMI poniżej 20 kg/m² oraz jednoczesna niezamierzona utrata masy ciała przekraczająca 5% w tym samym okresie. - Wsparcie żywieniowe powinno być rozważone u osób zagrożonych niedożywieniem, definiowanych jako osoby, które: spożywały niewielką ilość pokarmu lub nic nie spożywały przez ponad 5 dni i/lub istnieje prawdopodobieństwo, że będą spożywać niewielką ilość pokarmu lub nic nie będą spożywać przez 5 dni lub dłużej, mają słabą zdolność wchłaniania składników odżywczych i/lub wysokie straty składników odżywczych i/lub zwiększone zapotrzebowanie na składniki odżywcze z powodu takich przyczyn jak katabolizm. - Wsparcie żywieniowe w postaci żywienia dojelitowego powinno być rozważone przez profesjonalistów medycznych u osób niedożywionych lub zagrożonych niedożywieniem, które charakteryzują się niewystarczającym lub niebezpiecznym przyjmowaniem pokarmu drogą doustną oraz posiadają funkcjonujący i dostępny układ pokarmowy.

Nazwa dokumentu	Zalecenia
	• Przy rozważaniu wsparcia żywieniowego należy uwzględnić ewentualne trudności w połykaniu. • Pracownicy służby zdrowia powinni zapewnić, że wszyscy pacjenci wymagający wsparcia żywieniowego otrzymają skoordynowaną opiekę od zespołu wielodyscyplinarnego. Skład tego zespołu może różnić się w zależności od miejsca i lokalnych ustaleń. • Wszystkie szpitale w ramach systemu opieki szpitalnej powinny zatrudniać co najmniej jednego specjalistę pielęgniarstwa wsparcia żywieniowego. • Wszystkie szpitale powinny posiadać komitet ds. żywienia działający w ramach systemu zarządzania jakością kliniczną. • Rozpoczęcie wsparcia żywieniowego powinno wiązać się z uzyskaniem zgody pacjenta, jeśli jest on w stanie ją wyrazić, lub działaniem w jego najlepszym interesie, jeśli nie jest w stanie wyrazić zgody. <i>NICE stosuje słowny opis siły i poziomu zaleceń:</i> <i>Can be used – może być stosowane</i> <i>Can be used during either – może być stosowane w trakcie: okresu kontrolowanego dostępu (w przypadku ocen technologii medycznych oraz technologii wysoko wyspecjalizowanych) lub okresu gromadzenia danych (w przypadku technologii medycznych, diagnostyki, wczesnych ocen wartości oraz procedur interwencyjnych)</i> <i>More research is needed – wymagane są dalsze badania</i> <i>Should not be used – nie powinno być stosowane</i>
ASPEN 2014 USA <u>Metodyka:</u> standardy opracowane przez zespół ASPEN Home and Alternate Site Care Standards Task Force, poddane przeglądowi przez Komitet Praktyki Klinicznej ASPEN oraz zatwierdzone przez Radę Dyrektorów ASPEN. <u>Źródła finansowania:</u> brak zewnętrznych źródeł finansowania <u>Konflikt interesów:</u> autorzy nie zgłosili konfliktu interesów	<u>Wytyczne dot. kryteriów kwalifikacji do żywienia dojelitowego w warunkach domowych dorosłych</u> Wymagana jest interdyscyplinarna opieka żywieniowa prowadzona zgodnie z procedurami instytucji, obejmująca ocenę żywieniową pacjenta i diagnozę niedożywienia według standardowych kryteriów. Wymagane jest przeprowadzenie subiektywnej i obiektywnej oceny aktualnego stanu odżywienia pacjenta oraz jego wymagań. Subiektywna ocena stanu odżywienia powinna obejmować historię skoncentrowaną na aspektach żywieniowych. Elementy, które powinny zostać udokumentowane w ramach subiektywnej oceny, obejmują: 1. Ostatnie zmiany w żywieniu doustnym i dojelitowym (zarówno ilościowe, jak i jakościowe). 2. Objawy związane z przeżuwaniem, połykaniem, funkcjonowaniem układu pokarmowego oraz eliminacją, w tym zapalenie jamy ustnej, nudności, wymioty, biegunka, zaparcia oraz anoreksja. 3. Preferencje żywieniowe wynikające z uwarunkowań kulturowych i etnicznych. 4. Alergie, nadwrażliwości i nietolerancje pokarmowe oraz lekowe. 5. Aktualny profil leków, obejmujący leki na receptę i bez recepty, suplementy witaminowe i mineralne, suplementy diety doustne lub ziołowe, środki zaradcze stosowane w domu oraz historię palenia tytoniu, spożywania alkoholu i zażywania narkotyków. 6. Obecny stan zdrowia oraz zmiany w zdolnościach funkcjonalnych, w tym mobilność, zatrudnienie, aktywność rekreacyjna, poziom energii i wytrzymałości, stan psychiczny oraz zdolność do wykonywania czynności życia codziennego. 7. Czynniki psychospołeczne, w tym wsparcie społeczne, zaburzenia odżywiania, bariery językowe oraz dynamika rodziny. 8. Preferencje i ograniczenia dietetyczne związane z kulturą, religią i pochodzeniem etnicznym. 9. Czynniki społeczno-ekonomiczne, takie jak sytuacja finansowa pacjenta i środowisko życia. 10. Preferencje pacjenta dotyczące intensywności i inwazyjności opieki. 11. Emocjonalna reakcja na chorobę lub diagnozę, w tym doświadczany ból. Problemy medyczne i chirurgiczne współistniejące z główną chorobą, mogące wpływać na wymagania żywieniowe i dostępne opcje wsparcia żywieniowego, w tym leki, alergie (pokarmowe, leki, lateks) oraz stosowanie domowych środków zaradczych. Ocena obiektywna stanu odżywienia powinna obejmować dane uzyskane z dokumentacji medycznej, badania fizykalnego (w tym badania fizykalnego ukierunkowanego na żywienie), pomiarów antropometrycznych, badań obrazowych, danych laboratoryjnych oraz zapisów dotyczących przyjmowania i wydalania. Elementy badania fizykalnego istotne dla stanu odżywienia powinny obejmować: 1. Stan jamy ustnej i uzębienia. 2. Trudności w połykaniu. 3. Utrata podskórnej tkanki tłuszczowej, zanik mięśni. 4. Obecność obrzęku, wodobrzusza. 5. Zmiany śluzówkowo-skórne, zmiany owłosienia i skóry. 6. Zmieniona integralność skóry, w tym ryzyko lub obecność odleżyn oraz ran, siła chwytu oraz wskaźniki specyficzne dla pacjenta, określone na podstawie subiektywnej części oceny żywieniowej. 7. Inne czynniki, takie jak funkcja oraz anatomiczna struktura przewodu pokarmowego, a także rozpoznanie przyjętej diagnozy lub diagnoz. 8. Choroby współistniejące oraz inne aspekty medyczne i chirurgiczne, które mogą wpływać na procesy wchłaniania i trawienia, wymagania dotyczące terapii wspomagającej odżywianie, a także dostępność anatomiczną dla dostępu dojelitowego lub naczyniowego.

Nazwa dokumentu	Zalecenia
	9. Alergie i/lub nietolerancje (pokarmowe, leki, lateks) oraz wskaźniki specyficzne dla pacjenta, określone na podstawie subiektywnej części oceny żywieniowej. Dane antropometryczne, które powinny być udokumentowane, obejmują zmierzoną wysokość/długość, obwód głowy (w przypadku, gdy jest to stosowne), zmienioną zależność między wzrostem a masą ciała, aktualną masę ciała, masę ciała idealną oraz masę ciała zwykle osiąganą, ostatnie zmiany masy ciała (wyrażone ilościowo: pomiary z ostatnich 30 dni, zmiana masy ciała o 5% w ciągu ostatnich 30 dni, zmiana masy ciała o 10% lub więcej w ciągu ostatnich 6 miesięcy) oraz wskaźnik masy ciała (BMI). Dane laboratoryjne, które powinny zostać poddane przeglądowi i udokumentowane, mogą obejmować m.in.: pełną morfologię krwi z rozmazem, elektrolity w surowicy (wapń, fosfor, potas, sód, magnez), azot mocznikowy i kreatyninę w surowicy, parametry równowagi kwasowo-zasadowej (stężenia chlorków i dwutlenku węgla), poziom glukozy, aminotransferazę alaninową (ALT) i asparaginianową (AST), fosfatazę alkaliczną, bilirubinę całkowitą oraz stężenie trójglicerydów. W przypadku podejrzenia niedoboru, nadmiaru lub konieczności monitorowania w trakcie terapii żywieniowej powinny być również zlecone oznaczenia mikroelementów i pierwiastków śladowych. W procesie oceny powinno się uwzględnić preferencje pacjenta oraz wcześniejsze wytyczne dotyczące zakresu i inwazyjności opieki, gdyż mogą one mieć istotny wpływ na decyzje o wdrożeniu i prowadzeniu terapii żywieniowej. Wymagane jest, aby w przypadku żywienia dojelitowego prowadzonego w warunkach domowych, lekarz, koordynator opieki i/lub inni wyznaczeni pracownicy ochrony zdrowia dokonywali oceny przydatności medycznej, potencjału rehabilitacyjnego, poziomu wykształcenia lub zdolności do nauki oraz źródła refundacji, aby określić dostępność odpowiednich zasobów przed rozpoczęciem terapii. Terapia powinna być klinicznie uzasadniona i zawierać wszelkie medyczne lub żywieniowe uzasadnienie stosowania specjalistycznych preparatów do żywienia dojelitowego (formuł/modułów), uzasadnienie dotyczące ilości energii dostarczanej w ramach żywienia dojelitowego, a także medyczną konieczność podawania żywienia dojelitowego za pomocą pompy, co może być wymagane przez płatników. Wymagane jest, aby dom pacjenta został uznany za odpowiedni do prowadzenia domowej terapii żywieniowej (np. pacjent powinien mieć czyste środowisko, dostęp do bieżącej wody spełniającej normy sanitarne, prąd, lodówkę, odpowiednią przestrzeń do przechowywania materiałów oraz dostęp do działającego telefonu). Wymagane jest, aby pacjent/opiekun był chętny i zdolny do prowadzenia domowego żywienia dojelitowego oraz związanych z nią procedur. W przypadku domowego żywienia dojelitowego pacjent/opiekun musi być w stanie rozpoznać powikłania związane z dostępem, w tym objawy infekcji związanej z cewnikiem oraz jego niedrożności, hiperglikemii, hipoglikemii lub zaburzeń gospodarki płynowej; wykonać pomiar glukozy we krwi z palca lub test moczu na glukozurię, a także diagnozować i usuwać usterki lub problemy związane z działaniem pompy. Jeśli pacjent nie ma odpowiednich wskazań do domowego żywienia dojelitowego lub pacjent/opiekun nie chce lub nie jest w stanie zarządzać terapią, pacjent może wymagać alternatywnej terapii lub zmiany miejsca świadczenia opieki. Wymagane jest, aby pacjent/opiekun byli w stanie rozwiązywać drobne problemy lub wezwać pomoc, gdy wystąpią komplikacje. Wymagane jest, aby pacjent/opiekun byli odpowiednio poinformowani i posiadali wiedzę na temat uzasadnienia terapii, celów terapeutycznych i dostępnych opcji, ryzyka, korzyści oraz obowiązków (opieka, finanse i inne) związanych z terapią dojelitową w warunkach domowych, a także wymaga się, aby wyrazili zgodę na uczestnictwo w terapii. Wymagane jest, aby pacjent/opiekun mieli prawo do komunikacji z lekarzem prowadzącym, lekarzem lub wyznaczonym przedstawicielem lekarza w sprawie zarządzania terapią żywienia dojelitowego. Rozpoczęcie terapii domowego żywienia dojelitowego może być rozważane u pacjentów, którzy są klinicznie stabilni, mają odpowiednie wskazanie, mogą zostać ocenieni w warunkach domowych, mają dostęp do opieki pielęgniarstwa w domu oraz są w stanie zostać przeszkoleni w zakresie bezpiecznego stosowania terapii. Wymagane jest, aby rozpoczęcie terapii w domu było rozważane tylko wtedy, gdy ocena potwierdzi, że korzyści zdecydowanie przewyższają ryzyko. Wymagane jest, aby przeprowadzić przegląd historii medycznej i społecznej pacjenta, wieku, danych laboratoryjnych oraz wskazań do żywienia dojelitowego. Dane laboratoryjne powinny zostać uzyskane przed rozpoczęciem terapii domowego żywienia dojelitowego. Częstsza ocena danych laboratoryjnych może być wymagana w celu promowania skuteczności i zapobiegania powikłaniom związanym z terapią domowego żywienia dojelitowego. Dane laboratoryjne mogą wymagać dostosowania w przypadku pacjentów pediatrycznych. Do grupy pacjentów wysokiego ryzyka, którzy mogą nie kwalifikować się do rozpoczęcia domowego żywienia dojelitowego, należą m.in. osoby zagrożone zespołem ponownego odżywienia, niemowlęta, pacjenci z cukrzycą, zaburzeniami gospodarki wodno-elektrolitowej lub kwasowo-

Nazwa dokumentu	Zalecenia								
	zasadowej oraz z ciężką niewydolnością narządową. W przypadku tych chorych konieczne może być częstsze monitorowanie i ocena kliniczna, które wykraczają poza możliwości realizacji w warunkach domowych. Wymagane jest, aby wyniki oceny stanu odżywiania były w sposób przejrzysty podsumowywane i dokumentowane. Powinno się stosować system klasyfikacji ryzyka żywieniowego, oparty na wynikach zarówno subiektywnej, jak i obiektywnej oceny stanu odżywiania. Diagnoza niedożywienia powinna być oparta na przyczynach (etiologii) i odpowiednio udokumentowana. Wymagane jest, aby potrzeby żywieniowe pacjenta były określone na podstawie wyników pełnej oceny żywieniowej. Podsumowanie powinno uwzględniać właściwą drogę podaży oraz zapotrzebowanie na płyny, białko, energię, elektrolity, makro- i mikrośladniki. Regularna ponowna ocena powinna być przeprowadzana zgodnie z polityką placówki lub wcześniej – w przypadku zmiany stanu klinicznego pacjenta. Wymagane jest, aby ocena stanu odżywiania pacjentów objętych terapią żywieniową, zarówno w ramach opieki długoterminowej, jak i domowej zawierała uzasadnienie medycznej konieczności zastosowania tej formy wsparcia. <i>Terminologia zawarta w standardach:</i> <i>Wymagane jest</i> – wskazuje standardy, które muszą być ściśle przestrzegane <i>Powinno się</i> – wskazuje, że spośród kilku możliwości jedna jest szczególnie właściwą drogę podaży lub wymieniania innych, lub że określony sposób postępowania jest preferowany, ale niekoniecznie wymagany <i>Może</i> – wskazuje sposób postępowania, który jest dozwolony w ramach zalecanej praktyki.								
ACI 2012 Australia <u>Metodyka:</u> opracowane przez grupę referencyjną ds. wytycznych dla HEN, oparte na najlepszych dostępnych dowodach. <u>Źródła finansowania:</u> brak informacji <u>Konflikt interesów:</u> brak informacji	<u>Dobór pacjentów do HEN (dorośli i dzieci)</u> Domowe leczenie żywieniowe należy stosować u pacjentów, u których normalna dieta nie jest w stanie zaspokoić zapotrzebowania na składniki odżywcze, u których przewód pokarmowy funkcjonuje prawidłowo i którzy mogą otrzymywać terapię poza oddziałem intensywnej opieki. <u>Inne rozważania</u> Ważne jest również, aby: 1. Jakość życia była utrzymywana/poprawiana dzięki wsparciu żywieniowemu. 2. Pacjent był w stanie przestrzegać i tolerować terapię żywieniową. 3. Pacjent i opiekun byli w stanie poradzić sobie ze zmianami w stylu życia narzuconymi przez rozpoczęcie HEN. 4. Pacjent i/lub opiekun byli w stanie wykazać zdolność do wykonywania procedur zgodnie z akceptowalnymi standardami. Bliska osoba lub odpowiednio przeszkolony pracownik służby zdrowia będzie dostępny, aby zapewnić leczenie, jeśli pacjent nie będzie w stanie samodzielnie wykonywać niezbędnych czynności. 5. Dom pacjenta powinien być odpowiednio przygotowany do podawania HEN; np. pacjent powinien mieć czyste środowisko, zaopatrzenie w wodę, prąd, lodówkę i dostęp do telefonu. 6. Zapasy mogły być dostarczane i przechowywane w dogodnym dla pacjenta miejscu. 7. Pacjent i opiekun rozumieli koszt wsparcia żywieniowego i byli świadomi odpowiedzialności finansowej. 8. Pacjentom, którzy nie są uważani za kandydatów do HEN, należy przedstawić alternatywne wybory/miejsca otrzymywania wsparcia żywieniowego. Tabela 1. Przykładowe wskazania do żywienia dojelitowego <table> <tr> <th>Ograniczona zdolność przyswajania składników odżywczych:</th><th>Zaburzone wchłanianie składników odżywczych</th></tr> <tr> <td> • Guzy gardła i przełyku • Zaburzenia neurologiczne, np. udar naczyniowy mózgu, stwardnienie rozsiane, choroba neuronu ruchowego, uraz, porażenie mózgowe </td><td> • Resekcja chirurgiczna/bypass, np. gastrektomia, resekcja jelita cienkiego • Nowotwór złośliwy przewodu pokarmowego, np. rak trzustki • Choroby zapalne, np. choroba Leśniowskiego-Crohna • Zespół krótkiego jelita • Przetoki żołądkowo-jelitowe • Popromienne zapalenie jelit </td></tr> <tr> <th>Zaburzenia połykania</th><th>Zwiększone/specjalistyczne wymagania żywieniowe</th></tr> <tr> <td> • Dysfagia gardłowo-ustna np. w udarze, chorobach neurodegeneracyjnych, nowotworach głowy i szyi </td><td> • Przewlekła choroba płuc, np. mukowiscydoza • Przewlekła niewydolność nerek • Jadłowstręt psychiczny • HIV/AIDS • Zaburzenia metaboliczne i hematologiczne • Uraz </td></tr> </table>	Ograniczona zdolność przyswajania składników odżywczych:	Zaburzone wchłanianie składników odżywczych	• Guzy gardła i przełyku • Zaburzenia neurologiczne, np. udar naczyniowy mózgu, stwardnienie rozsiane, choroba neuronu ruchowego, uraz, porażenie mózgowe	• Resekcja chirurgiczna/bypass, np. gastrektomia, resekcja jelita cienkiego • Nowotwór złośliwy przewodu pokarmowego, np. rak trzustki • Choroby zapalne, np. choroba Leśniowskiego-Crohna • Zespół krótkiego jelita • Przetoki żołądkowo-jelitowe • Popromienne zapalenie jelit	Zaburzenia połykania	Zwiększone/specjalistyczne wymagania żywieniowe	• Dysfagia gardłowo-ustna np. w udarze, chorobach neurodegeneracyjnych, nowotworach głowy i szyi	• Przewlekła choroba płuc, np. mukowiscydoza • Przewlekła niewydolność nerek • Jadłowstręt psychiczny • HIV/AIDS • Zaburzenia metaboliczne i hematologiczne • Uraz
Ograniczona zdolność przyswajania składników odżywczych:	Zaburzone wchłanianie składników odżywczych								
• Guzy gardła i przełyku • Zaburzenia neurologiczne, np. udar naczyniowy mózgu, stwardnienie rozsiane, choroba neuronu ruchowego, uraz, porażenie mózgowe	• Resekcja chirurgiczna/bypass, np. gastrektomia, resekcja jelita cienkiego • Nowotwór złośliwy przewodu pokarmowego, np. rak trzustki • Choroby zapalne, np. choroba Leśniowskiego-Crohna • Zespół krótkiego jelita • Przetoki żołądkowo-jelitowe • Popromienne zapalenie jelit								
Zaburzenia połykania	Zwiększone/specjalistyczne wymagania żywieniowe								
• Dysfagia gardłowo-ustna np. w udarze, chorobach neurodegeneracyjnych, nowotworach głowy i szyi	• Przewlekła choroba płuc, np. mukowiscydoza • Przewlekła niewydolność nerek • Jadłowstręt psychiczny • HIV/AIDS • Zaburzenia metaboliczne i hematologiczne • Uraz								

Nazwa dokumentu	Zalecenia
	Wskazania pediatryczne (oprócz schorzeń wymienionych powyżej) • Brak rozwoju • Niektóre zaburzenia genetyczne • Refluks żołądkowo-przełykowy Ocena pacjentów wymagających HEN powinna obejmować, ale nie ograniczać się do: <u>Historia kliniczna</u> 1. Choroba podstawowa 2. Współistniejące problemy medyczne i chirurgiczne, które mogą mieć wpływ na zapotrzebowanie na składniki odżywcze 3. Wiek 4. Zapotrzebowanie metaboliczne, w tym zapotrzebowanie na wzrost 5. Zapotrzebowanie na płyny 6. Utrata tkanki podskórnej, zanik mięśni, obecność obrzęku, wodobrzusza, włosów, integralności skóry i obecność ran <u>Leki i suplementy</u> 1. Należy rozważyć sposób podawania leków i suplementów. 2. Pacjenci HEN powinni przejść przegląd leków, aby upewnić się, czy obecna formuła leku, droga i czas podawania pozostają odpowiednie i nie ma przeciwwskazań do schematu żywienia lub procesu połykania. <u>Ocena stanu odżywienia</u> Należy użyć sprawdzonego narzędzia do oceny stanu odżywienia w celu diagnozy niedożywienia białkowego (np. PG SGA, SGA, MNA). Dietetyk ocenia zapotrzebowanie żywieniowe pacjenta, w tym: 1. Ostatnie zmiany w spożyciu pokarmów (ilościowe i jakościowe) 2. Objawy żołądkowo-jelitowe i wydalnicze (w tym zapalenie jamy ustnej, nudności, wymioty, biegunka, zaparcia i anoreksja) 3. Indywidualne zapotrzebowanie na składniki odżywcze <u>Antropometria</u> Oceniana pomiarów antropometrycznych: 1. Waga, wzrost, wskaźnik masy ciała (BMI = waga/wzrost²) 2. Historia wagi: typowa waga ciała; zmiany wagi 3. Dane dotyczące wzrostu procentowego niemowląt, dzieci i nastolatków. 4. Obwód głowy u niemowląt i małych dzieci. 5. Jeśli nie można zmierzyć masy ciała, należy uzyskać szacunkową ocenę masy ciała od rodziny lub opiekuna. 6. Jeśli nie można zmierzyć wzrostu, szacunkową ocenę wzrostu można uzyskać, używając np. wysokości kolan, półrozępięści. <u>Dane biochemiczne</u> Ocena danych biochemicznych: 1. Funkcja wątroby, funkcja nerek 2. Elektrolity w surowicy (w tym wapń, fosfor i magnez), mocznik, kreatynina, glukoza; i trójglicerydy. <u>Rozważania społeczne</u> Należy ocenić środowisko domowe i zdolność pacjenta lub opiekuna do radzenia sobie z niezbędnymi procedurami. 1. Czynniki psychospołeczne (np. wsparcie społeczne; zaburzenia odżywiania, bariery językowe; dynamika rodziny; osobiste, etniczne, kulturowe lub religijne zalecenia dietetyczne; nadużywanie substancji; zaburzenia psychiczne) 2. Czynniki społeczno-ekonomiczne (np. osobista sytuacja finansowa i źródła refundacji) 3. Preferencje i wytyczne pacjenta dotyczące intensywności i inwazyjności opieki; reakcja emocjonalna na obecną chorobę 4. Środowisko domowe pacjenta 5. Poziom wykształcenia lub zdolność uczenia się <u>Schemat aktywności i styl życia</u> Styl życia pacjenta będzie brany pod uwagę, w tym jego wpływ na schemat żywienia w domu, obecny stan i ostatnie zmiany w zakresie zdolności funkcjonalnych (np. chodzenie, zatrudnienie, rekreacja, wytrzymałość, stan psychiczny). <u>Ocena dysfagii</u> 1. Pacjenci, u których występują jakiekolwiek wskaźniki dysfagii lub zaburzeń karmienia u dzieci, powinni zostać skierowani do logopedy w celu diagnozy, oceny i leczenia zaburzeń połykania. 2. Pacjenci z dysfagią powinni przejść przegląd leków, aby ustalić, czy obecna formuła leku, droga i czas podawania są nadal odpowiednie i nie ma przeciwwskazań do schematu karmienia lub procesu połykania.

Nazwa dokumentu	Zalecenia
	3. Logopeda powinien regularnie monitorować i ponownie oceniać pacjentów z dysfagią, którzy otrzymują zmodyfikowane pokarmy i płyny, aż do momentu ustabilizowania się ich stanu. <i>Nie wskazano siły zaleceń ani jakości dowodów naukowych.</i>

Skróty: ALT, alanine aminotransferase, aminotransferaza alaninowa; AST, aspartate aminotransferase, aminotransferaza asparaginianowa; BMI, Body Mass Index, wskaźnik masy ciała; DŻD, domowe żywienie dojelitowe; ESPEN, European Society for Clinical Nutrition and Metabolism, Europejskie Towarzystwo Żywienia Klinicznego i Metabolizmu; GPP, good practice points/expert consensus, punkty dobrej praktyki/zgoda ekspertów; HEN, home enteral nutrition; PP, przewód pokarmowy; RCT, Randomized Controlled Trial, randomizowane badanie kontrolowane; SIGN, Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Szkocka Sieć Wytycznych Interkollegialnych; UEG, United European Gastroenterology, Zjednoczone Europejskie Towarzystwo Gastroenterologiczne; ŻD, żywienie dojelitowe

Podsumowanie

Przeanalizowano sześć wytycznych międzynarodowych i krajowych instytucji, dotyczących kryteriów kwalifikacji do żywienia dojelitowego w warunkach domowych: ESPEN (2022), PTŻK (2019), PTŻKD (2017), NICE (2017), ASPEN (2014), ACI (2012).

Zgodnie z wytycznymi, żywienie dojelitowe w warunkach domowych, powinno być rozważane u pacjentów, którzy:

- cierpią na schorzenia uniemożliwiające utrzymanie prawidłowego bilansu białkowo-energetycznego (PTŻK 2019),
- są niedożywieni lub zagrożeni niedożywieniem (ESPEN 2022, NICE 2017, ASPEN 2014, ACI 2012),
- nie są w stanie pokryć zapotrzebowania żywieniowego drogą doustną, mimo zachowanej czynności przewodu pokarmowego (ESPEN 2022, PTŻKD 2017, ACI 2012),
- nie wymagają hospitalizacji i mogą być leczeni w warunkach domowych (ESPEN 2022, PTŻKD 2017, ACI 2012),
- wyrażają świadomą zgodę na terapię i są w stanie ją realizować samodzielnie lub z pomocą opiekuna (ESPEN 2022, ACI 2012).

Proces kwalifikacji pacjenta do żywienia dojelitowego w warunkach domowych obejmuje:

- ustalenie wskazań do leczenia żywieniowego,
- wykluczenie przeciwwskazań do żywienia dojelitowego,
- potwierdzenie wydolności przewodu pokarmowego umożliwiającej osiągnięcie celów żywieniowych,
- ocenę efektywnego dostępu do przewodu pokarmowego (wygodny i drożny dostęp do funkcjonującej części przewodu pokarmowego),
- ocenę zgodności z zasadami etycznymi tej terapii żywieniowej (PTŻK 2019).

Ocena możliwości prowadzenia żywienia dojelitowego w warunkach domowych

Przed rozpoczęciem domowego żywienia dojelitowego (ŻD) należy dokładnie ocenić zarówno możliwości kliniczne, jak i warunki środowiskowe pacjenta. Zgodnie z wytycznymi (PTŻK 2019, PTŻKD 2017, ACI 2012), proces kwalifikacji powinien obejmować:

- potwierdzenie stabilności metabolicznej i wydolności narządów, które umożliwią bezpieczny pobyt pacjenta poza szpitalem (w domu),
- ocenę warunków socjalnych i rodzinnych chorego, w tym dostępności opiekuna oraz możliwości zapewnienia odpowiedniego środowiska domowego,
- weryfikację umiejętności pacjenta lub opiekuna w zakresie: umiejętności obsługi sprzętu do żywienia dojelitowego, przygotowania i podawania mieszanek odżywczych w domu oraz rozpoznawania objawów mogących świadczyć o powikłaniach (np. zakażenia, niedrożność zgłąbniaka),
- potwierdzenie gotowości do współpracy i przestrzegania zaleceń terapeutycznych.

Zagrożenie niedożywieniem definiuje się jako:

- spożywanie niewielkiej ilości pokarmu lub brak spożycia przez ponad 5 dni lub istnieje prawdopodobieństwo spożywania niewielkiej ilości pokarmu lub braku spożycia przez 5 dni lub dłużej,
- słabą zdolność wchłaniania składników odżywczych i/lub wysokie straty składników odżywczych i/lub zwiększone zapotrzebowanie na składniki (NICE 2017).

Niedożywienie definiuje się na podstawie któregośkolwiek z następujących kryteriów:

- wskaźnik masy ciała (BMI) poniżej 18,5 kg/m²,
- niezamierzona utrata masy ciała przekraczająca 10% w ciągu ostatnich 3–6 miesięcy,
- BMI poniżej 20 kg/m² oraz jednoczesna niezamierzona utrata masy ciała przekraczająca 5% w tym samym okresie (NICE 2017).

Wskazania do żywienia dojelitowego w warunkach domowych obejmują jednostki chorobowe zaliczane do grup takich jak:

- ciężkie zaburzenia połykania lub motoryki żołądkowo-jelitowej uniemożliwiające utrzymanie stanu odżywienia,
- niedostatecznie spożycie pokarmu drogą doustną,
- zwiększone zapotrzebowanie na składniki odżywcze,
- ograniczona zdolność przyswajania składników odżywczych niedającą się pokryć dietą i drogą naturalną,
- zaburzenia trawienia i wchłaniania,
- zaburzenia wzrastania u dzieci,
- inne sytuacje kliniczne, w których pacjent odniesie istotną korzyść. (PTŻK 2019, PTŻKD 2017, ACI 2012).

Kwalifikacja negatywna zwykle jest skutkiem stwierdzenia istotnych przeciwwskazań do żywienia dojelitowego, takich jak:

- niewydolność przewodu pokarmowego,
- brak możliwości uzyskania dostępu do przewodu pokarmowego,
- terminalny okres choroby nowotworowej,
- bardzo krótki przewidywany czas przeżycia,
- brak zgody chorego na leczenie,
- bardzo złe warunki bytowe,
- chorzy samotni, niesprawni fizycznie i/lub intelektualnie w stopniu uniemożliwiającym samodzielne prowadzenie leczenia. (ESPEN 2022, PTŻK 2019, PTŻKD 2017).

Wytyczne ACI 2012 nie wskazują wymienionych powyżej czynników jako przeciwwskazań, jednak podkreślają ich istotność w podejmowaniu decyzji o kwalifikacji pacjenta do DŻD.

5. Rozwiązania organizacyjne i refundacyjne funkcjonujące w innych krajach

W celu pozyskania informacji na temat rozwiązań organizacyjnych i refundacyjnych stosowanych w innych krajach w zakresie kryteriów kwalifikacji do żywienia dojelitowego w warunkach domowych, w dniach 27–31 maja 2024 r. przeprowadzono wyszukiwanie wolnotekstowe z wykorzystaniem ogólnodostępnych wyszukiwarek internetowych (w tym <https://www.google.com>).

Wyszukiwanie prowadzono z użyciem odpowiednio dobranych słów kluczowych w języku angielskim oraz – w miarę możliwości – w innych językach, takich jak: (*home enteral nutrition, enteral nutrition, criteria, indications, qualification*, w połączeniu z *funding, organisation, list of benefits, legislation*)

Dodatkowo, przeszukano zasoby dostępne na następujących stronach internetowych:

- Australia (<http://www.health.gov.au> <http://www.mbsonline.gov.au/> <http://www.sahealth.sa.gov.au/>),
- Belgia (<https://kce.fgov.be/en>),
- Chorwacja (<https://www.hzzo.hr/zdravs.tveni-sustav-rh/popis-ugovorenih-zdravs.tvenih-partnera-usluga/>),
- Czechy (<https://www.sukl.cz/> ; <https://www.mzcr.cz/> ; <https://www.vzp.cz/>),
- Estonia (<https://www.riigiteataja.ee/akt/122122015054>),
- Francja (<http://www.has-sante.fr/>),
- Hiszpania (<https://avalia-t.sergas.es>),
- Kanada (<http://www.cadth.ca/> oraz <http://www.pcodr.ca> <https://hpr-rps.hres.ca/>),
- Litwa (<https://e-seimas.lrs.lt/portal/documentSearch/lt>),
- Niderlandy (<http://www.zorginstituutnederland.nl/> <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgesondheid-welzijn-en-sport>),
- Niemcy (<https://www.g-ba.de/> oraz <https://www.iqwig.de/>),
- Norwegia (<https://nyemetoder.no/>),
- Nowa Zelandia (<http://www.pharmac.health.nz>, <http://www.healthsac.net/publications/publications.php>),
- Portugalia (<https://www.sns.gov.pt/>)
- Słowacja (<https://www.health.gov.sk/?zkszm>, <https://www.uvzsr.sk/en>),
- Słowenia (<https://www.uradni-list.si/>)
- Stany Zjednoczone (<https://www.cms.gov/>, <https://www.ahrq.gov/>),
- Szwajcaria (<https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19950275/201910010000/832.112.31.pdf>),
- Wielka Brytania (<http://www.nice.org.uk/>; <https://www.gov.uk/> ; www.nhs.uk),
- Szkocja (<http://www.scottishmedicines.org.uk>, <https://www.nss.nhs.scot/>),
- Walia (<http://www.wales.nhs.uk/>, <https://awttc.nhs.wales/>, <https://whssc.nhs.wales/>),
- Irlandia (<http://www.ncpe.ie/>), <https://www.hiqa.ie/>, <https://www.hse.ie/eng/>, <https://www.gov.ie/en/>),
- Włochy (<https://www.aifa.gov.it/en/web/guest/home>, <https://www.iss.it/web/iss-en/health-technology-assessment>, <https://www.salute.gov.it>),
- Dania (<http://www.sst.dk/English/DACEHTA.aspx>),
- Szwecja (<https://www.tlv.se/>, <http://www.sbu.se/sv/Publicerat/>, <https://www.socialstyrelsen.se/>),
- Finlandia (<https://stm.fi/etusivu> <https://finlex.fi/fi/>),
- Rumunia (<https://legislatie.just.ro/>),
- Węgry (<https://ogyei.gov.hu/nyitooldal>).

Do analizy włączono informacje pochodzące z 10 krajów (Australia, Belgia, Dania, Francja, Hiszpania, Irlandia, Litwa, Nowa Zelandia, Wielka Brytania, Stany Zjednoczone), w których identyfikowano dane dotyczące kryteriów kwalifikacji do żywienia dojelitowego w warunkach domowych.

Poniżej przedstawiono zestawienie odnalezionych informacji.

5.1. Przegląd odnalezionych informacji

5.1.1. Australia

Na stronie rządowej agencji zdrowia w Queensland w Australii odnaleziono wytyczne dotyczące domowego żywienia dojelitowego dla pacjentów ambulatoryjnych.

Kwalifikacja kliniczna ustalana jest przez dietetyka na podstawie oceny stanu odżywienia.

Aby pacjent ambulatoryjny mógł zostać zakwalifikowany do programu, konieczne jest spełnienie wszystkich poniższych kryteriów klinicznych:

- produkty do żywienia dojelitowego są niezbędne do pokrycia zapotrzebowania żywieniowego pacjenta,
- podjęto wszelkie uzasadnione i klinicznie wskazane próby zaspokojenia potrzeb żywieniowych poprzez zwiększenie częstości posiłków i/lub wzbogacanie żywności i płynów („podejście żywienie przede wszystkim”),
- istnieje jasno określony cel leczenia, w którym żywienie dojelitowe stanowi istotny element procesu terapeutycznego, a dalszy udział dietetyka z Queensland Health jest niezbędny,
- osoba przepisująca terapię odnotowuje w dokumentacji medycznej cel leczenia, uzasadnienie kliniczne oraz oczekiwane korzyści,
- pacjent potrafi samodzielnie i bezpiecznie podawać sobie żywienie dojelitowe w warunkach domowych lub ma dostęp do odpowiedniego wsparcia umożliwiającego podawanie żywienia w domu.

Jeśli istnieją wątpliwości co do skuteczności wsparcia żywieniowego w osiągnięciu określonego celu terapeutycznego, należy zaproponować próbne leczenie domowym żywieniem dojelitowym na poniższych zasadach:

- okres próbny maksymalnie do trzech miesięcy,
- pierwsza kontrola w ciągu miesiąca od rozpoczęcia terapii,
- pacjent oceniany jest pod kątem odpowiednich, mierzalnych wyników klinicznych oraz przestrzegania zaleceń dotyczących domowego żywienia dojelitowego,
- jeśli pacjent nie przestrzega zaleceń dotyczących domowego żywienia dojelitowego pomimo zapewnienia odpowiedniego wsparcia lub nie obserwuje się postępów w kierunku zdefiniowanego celu leczenia, finansowanie domowego żywienia dojelitowego przez Queensland Health zostaje zakończone.

Żywienie dojelitowe w warunkach domowych powinno być kontynuowane wyłącznie wtedy, gdy:

- istnieje ciągłe kliniczne wskazanie do stosowania żywienia dojelitowego w celu pokrycia zapotrzebowania żywieniowego pacjenta,
- istnieją dowody na to, że pacjent osiąga lub czyni postępy w realizacji zdefiniowanego celu (celów) leczenia,
- pacjent samodzielnie i bezpiecznie stosuje domowe żywienie dojelitowe zgodnie z zaleceniami.

Aby otrzymywać dalsze recepty na domowe żywienie dojelitowe, pacjent musi spełniać wszystkie powyższe kryteria kwalifikacyjne. W przypadku zmiany sytuacji pacjenta może on utracić prawo do jego finansowania.³

³ <https://www.health.qld.gov.au/system-governance/policies-standards/guidelines/guideline-for-home-enteral-nutrition-service-hens-for-outpatients> [pobrano: 13.05.2025 r.]

5.1.2. Belgia

Na stronie Krajowego Instytutu Ubezpieczeń Zdrowotnych i Inwalidzkich (INAMI) odnaleziono dokument zawierający listę chorób i innych schorzeń, w przypadku których od 1 lutego 2025 r. przewidziano refundację żywienia dojelitowego. Artykuł 1. tego dokumentu określa zasady przyznawania zwrotu kosztów ubezpieczenia dla osób uprawnionych. Refundacja przysługuje pacjentom, u których układ trawienny funkcjonuje w wystarczającym stopniu, jednak ich zapotrzebowanie na składniki odżywcze nie może zostać zaspokojone wyłącznie drogą doustnego przyjmowania pokarmów. W takich przypadkach konieczne jest zastosowanie żywienia dojelitowego za pomocą sondy, z wykorzystaniem odpowiednich preparatów odżywczych.

Uprawnionych do zwrotu kosztów podzielono na następujące kategorie:

- 1) Osoby cierpiące na niedożywienie lub zagrożone niedożywieniem w wyniku choroby nowotworowej, problemów neurologicznych, problemów żołądkowo-jelitowych, inwazyjnego zabiegu lub dziedzicznych chorób metabolicznych;
- 2) Osoby powyżej 18. roku życia, cierpiące na niedożywienie lub zagrożone niedożywieniem, opisane zgodnie z kryteriami Światowej Inicjatywy Liderów na rzecz Zwalczenia Niedożywienia (ang. Global Leadership Initiative on Malnutrition, GLIM), wynikające z innej przyczyny medycznej;
- 3) Osoby w wieku do 17 lat, znajdujące się w fazie wzrostu, cierpiące na schorzenie powodujące poważne niedożywienie, mające negatywny wpływ na rozwój długości i masy ciała.⁴

Ponadto na stronie Belgijskiego Centrum Wiedzy o Opiece Zdrowotnej (ang. *Belgian Health Care Knowledge Centre*, KCE) odnaleziono dokument dotyczący organizacji i refundacji żywienia dojelitowego i pozajelitowego w szpitalu i poza szpitalem w Belgii. Dokument ten zawiera listę schorzeń, w przypadku których przewidziany jest zwrot kosztów domowego żywienia dojelitowego.

Lista schorzeń, w przypadku których przewidziana jest refundacja dla osób dorosłych w Belgii:

- 1) Patologie należące do jednej z następujących grup:
 - ciężkie schorzenia neurologiczne z brakiem lub zaburzeniem koordynacji odruchu połykania,
 - następstwa zabiegów chirurgicznych i/lub radioterapii w obrębie jamy ustnej, gardła lub krtani,
 - niedrożność części ustno-gardłowej, przełyku lub żołądka,
 - dziedziczne choroby metaboliczne.
- 2) Tymczasowa lub trwała niewydolność jelit, będąca wynikiem:
 - idiopatycznych chorób zapalnych jelit (choroba Leśniowskiego-Crohna, wrzodziejące zapalenie jelita grubego), opornych na leczenie farmakologiczne i obejmujących rozległe odcinki jelita,
 - rozległych resekcji jelit,
 - bardzo ciężkiego zespołu złego wchłaniania jelitowego, będącego następstwem:
 - popromiennego zapalenia jelit (radioenteritis),
 - całkowitego zaniku kosmków jelitowych,
 - chłoniaków jelitowych,
 - nawracającego przewlekłego zapalenia trzustki,
 - mukowiscydozy,
 - wtórnego zakażenia przewodu pokarmowego u pacjentów z zespołem nabytego niedoboru odporności (AIDS).
- 3) Dzieci i młodzież do 17. roku życia, znajdujące się w fazie wzrostu, cierpiące na schorzenie prowadzące do poważnego deficytu żywieniowego, mającego negatywny wpływ na rozwój.⁵

⁴https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/nutrition_medicale_alimentation_enterale_sonde_AR_KB_20211123_medische_voeding_enterale_sondevoeding_20250201.pdf [pobrano: 13.05.2025 r.]

⁵ https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_315_Enteral_and_parenteral_nutrition_Report.pdf [pobrano: 13.05.2025 r.]

5.1.3. Dania

Zgodnie z art. 159 ustawy o zdrowiu, pacjenci są uprawnieni do dofinansowania w wysokości 60% do refundowanych produktów żywieniowych przepisanych przez lekarza w związku z chorobą lub poważnym uszczerbkiem na zdrowiu. Przepisywanie preparatów żywieniowych wymaga oceny lekarza, że u pacjenta ze względu na chorobę lub poważny uszczerbek na zdrowiu występuje konieczność stosowania preparatów żywieniowych jako zamiennika lub uzupełnienia regularnej diety.⁶

Zgodnie z wytycznymi do grupy pacjentów zalicza się, m.in.:

- Osoby z poważną chorobą, co oznacza, że pacjenci nie mogą połykać ani wchłaniać normalnego jedzenia, np. osoby z rakiem jamy ustnej, gardła lub krtani, rakiem przełyku i żołądka oraz osoby z zaburzeniami neurologicznymi, np. po udarze oraz pacjenci z SLA i inne grupy pacjentów (np. pacjenci z AIDS i inni z przewlekłymi chorobami, z ciężką anoreksją lub upośledzoną funkcją wchłaniania w jelitach) potrzebujący dodatkowego odżywiania.
- Osoby z poważnym uszczerbkiem na zdrowiu, przez które rozumie się stany, które mogą być poprzedzone ciężką chorobą, w przypadku których, zdaniem lekarza, dana osoba nie jest w stanie spożywać zwykłej żywności w ilościach wystarczających do pokrycia zapotrzebowania na składniki odżywcze i w przypadku których wskazane jest przyjmowanie preparatów odżywczych doustnie lub przez sondę przez pewien czas. Zazwyczaj są to osoby, które przeszły długotrwałe leczenie szpitalne w związku ze stresującą chemio- lub radioterapią, poważnymi lub powtarzającymi się zabiegami chirurgicznymi lub ciężkimi infekcjami, którym towarzyszy lub grozi utrata masy ciała związana z chorobą o ponad 10 % w ciągu 3-6 miesięcy.

Preparaty żywieniowe mogą być podawane doustnie lub przez zgłębnik. Są one dostępne w stanie płynnym lub w postaci proszku do wymieszania.

Dopóki pacjent jest hospitalizowany, koszt preparatów żywieniowych pokrywa szpital.⁷

5.1.4. Francja

Rozporządzenie z dnia 19 lutego 2010 r. (*Arrêté du 19 février 2010 rectifiant l'arrêté du 9 novembre 2009 relatif à la modification de la procédure d'inscription et des conditions de prise en charge de l'alimentation non physiologique et prestations associées et des dispositifs médicaux d'administration par voie entérale et au changement de distributeur des produits de nutrition entérale de la société Celia Clinical Nutrition et des Laboratoires DHN inscrits à la section 5, chapitre 1er, titre 1er, de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale*), korygujące rozporządzenie z dnia 9 listopada 2009 r. dotyczące zmiany procedury wpisu oraz warunków refundacji żywienia niefizjologicznego i świadczeń powiązanych, a także wyrobów medycznych do podawania drogą dojelitową, określa kryteria kwalifikacji do żywienia dojelitowego.

Refundacja produktów do żywienia dojelitowego w warunkach domowych dla osób dorosłych przysługuje pacjentom z prawidłową funkcją jelit, którzy spełniają kryteria niedożywienia:

1) Dorośli poniżej 70. roku życia:

- utrata masy ciała $\geq 5\%$ w ciągu 1 miesiąca lub $\geq 10\%$ w ciągu 6 miesięcy lub
- wskaźnik masy ciała (BMI) $\leq 18,5$ kg/m² (z pominięciem szczupłości na tle genetycznym (fr. hors maigre constitutionnelle)).

2) Dorośli powyżej 70. roku życia:

- utrata masy ciała $\geq 5\%$ w ciągu 1 miesiąca lub $\geq 10\%$ w ciągu 6 miesięcy lub

⁶ <https://laegemiddelstyrelsen.dk/da/tilskud/ernaeringspraeparater-med-tilskud/tilskud-til-ernaeringspraeparater/#:~:text=Vejledning%20om%20%C3%A6gens%20ordination%20af%20ern%C3%A6ringspr%C3%A6parater%20fremg%C3%A5r%20af,%28sondeern%C3%A6ring%20mv.%29.%20Se%20ogs%C3%A5%20Lister%20over%20tilskudsberettigede%20ern%C3%A6ringspr%C3%A6parater> [pobrano: 13.05.2025 r.]

⁷ <https://www.retsinformation.dk/eli/mt/2006/115> [pobrano: 13.05.2025 r.]

- BMI ≤ 21 kg/m² lub
- wynik w skróconym narzędziu oceny stanu odżywienia (ang. Mini Nutritional Assessment, MNA) ≤ 17 (na 30 możliwych punktów) lub
- stężenie albuminy we krwi < 35 g/l.⁸

W przywołanym rozporządzeniu wskazano również ogólne kryteria kwalifikacji dzieci do domowego żywienia dojelitowego. Szczegółowe zasady w tym zakresie zostały jednak określone w Rozporządzeniu z dnia 23 lutego 2010 r. (*Arrêté du 23 février 2010 relatif à l'inscription des produits de nutrition orale et entérale destinés aux enfants à la section 5, chapitre 1er, titre 1er de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale*), które precyzuje zasady kwalifikowania produktów do żywienia doustnego i dojelitowego przeznaczonych dla dzieci, a także ich wpisu na listę świadczeń refundowanych w ramach francuskiego systemu ubezpieczeń zdrowotnych.

Refundacja produktów do żywienia doustnego i dojelitowego w warunkach domowych przeznaczonych dla dzieci poniżej szesnastego roku życia jest możliwa w przypadku pacjentów z prawidłową funkcją jelit, którzy są niedożywieni zgodnie z następującymi kryteriami niedożywienia:

- 1) Stosunek masy ciała do wzrostu $< 90\%$ lub stosunek wzrostu do wieku $< 95\%$,
- 2) Stagnacja masy ciała w danej grupie wiekowej według następujących kryteriów:

Klasa wiekowa i ilościowe kryteria stagnacji masy ciała:

- 0-6 miesięcy: przyrost masy ciała < 500 g/miesiąc przez ≥ 1 miesiąc,
- 6-12 miesięcy: przyrost masy ciała < 300 g/miesiąc przez ≥ 2 miesiące,
- 12-36 miesięcy: przyrost masy ciała < 150 g/miesiąc przez ≥ 3 miesiące,
- 3-6 lat: brak przyrostu masy ciała przez ≥ 3 miesiące lub utrata masy ciała przez ≥ 2 miesiące,
- 6-16 lat: brak przyrostu masy ciała przez ≥ 6 miesięcy lub utrata masy ciała przez ≥ 2 miesiące.

Dotyczy dzieci z istotnym ryzykiem niedożywienia wynikającym z niemożności pokrycia zapotrzebowania żywieniowego z powodu jednego lub kilku z poniższych mechanizmów:

- 1) Spontaniczna podaż pokarmu niewystarczająca w stosunku do zapotrzebowania (szacowanego lub mierzonego);
- 2) Hipermetabolizm i/lub hiperkatabolizm;
- 3) Zespół złego wchłaniania.

W przypadku niepowodzenia doustnej suplementacji żywieniowej, rozważa się zastosowanie żywienia dojelitowego.

Żywnienie dojelitowe jest wskazane jako postępowanie pierwszego wyboru w przypadku przeciwwskazań do podaży pokarmu drogą ustno-przełykową oraz przy chorobach jelit wymagających podaży w sposób ciągły.

Zasady stosowania mają charakter ogólny i nie przewidują z góry określonego czasu trwania leczenia ani sztywnych dawek do podania, ponieważ ich standaryzacja nie jest możliwa. Parametry te powinny być dostosowane indywidualnie i zależą od:

- wieku, wzrostu i etapu dojrzewania płciowego,
- stanu odżywienia,
- ryzyka żywieniowego,
- choroby podstawowej,
- tolerancji zastosowanego leczenia.⁹

⁸ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000021865820> [pobrano: 13.05.2025 r.]

⁹ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000021889337> [pobrano: 13.05.2025 r.]

5.1.5. Hiszpania

Na stronie hiszpańskiego Ministerstwa Zdrowia opublikowano „Przewodnik po żywieniu dojelitowym w krajowym systemie opieki zdrowotnej”¹⁰

Pacjent kwalifikujący się do żywienia dojelitowego w domu musi przejść wstępne badanie, obejmujące m.in. wywiad historii choroby, pomiary antropomorficzne, badania biochemiczne, analiza zapotrzebowania żywieniowego.

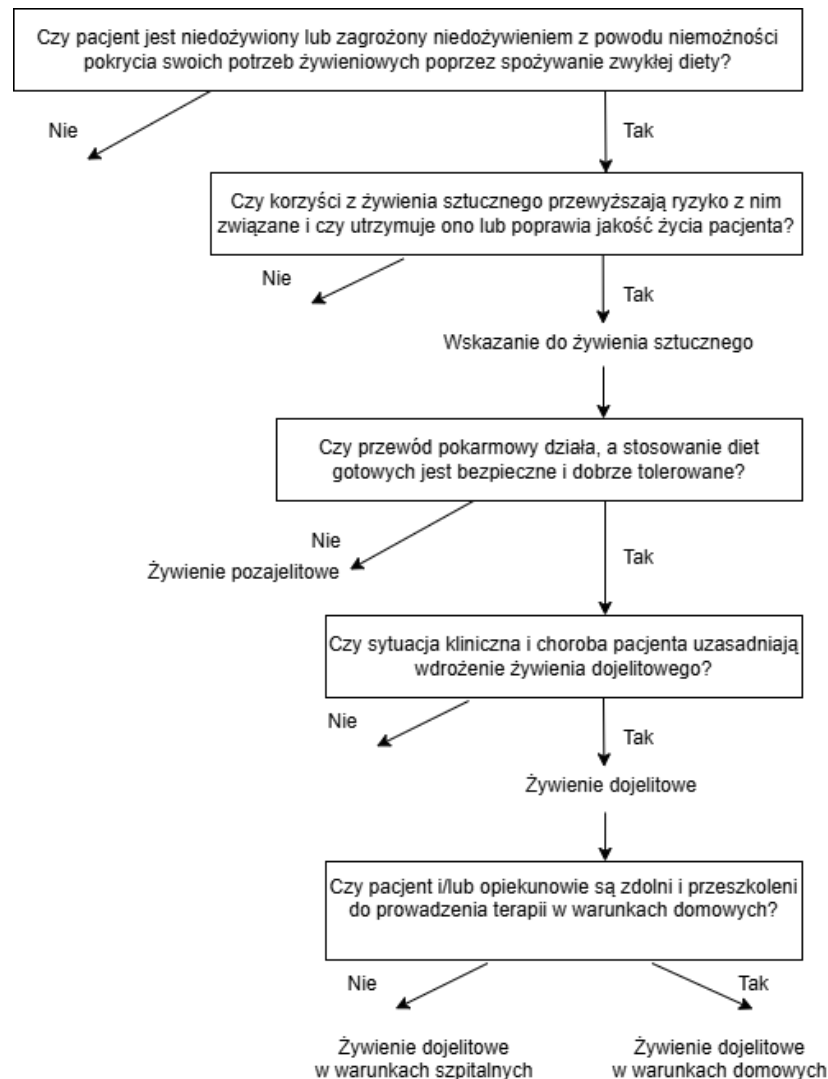
Aby domowe żywienie dojelitowe mogło być finansowane przez Narodowy System Zdrowia, spełnione muszą być wszystkie poniższe wymagania.

- 1) Pacjent musi mieć jedno z rozpoznań lub patologii wymienionych w załączniku (przedstawiono poniżej).
- 2) Obraz kliniczny musi obejmować występowanie niektórych z następujących sytuacji klinicznych, które uzasadniają potrzebę leczenia żywieniowego:
 - mechaniczne zaburzenia połykania lub pasażu, objawiające się ciężką afagią lub dysfagią i wymagające użycia zgłębnika. Wyjątkowo, w przypadkach ciężkiej dysfagii i gdy istnieją przeciwwskazania do stosowania zgłębnika, można zastosować żywienie dojelitowe bez zgłębnika, pod warunkiem przedstawienia raportu od lekarza odpowiedzialnego za wskazanie do leczenia;
 - zaburzenia neuromotoryczne, które uniemożliwiają połykanie lub przechodzenie pokarmu i wymagają użycia zgłębnika;
 - specjalne zapotrzebowanie na energię i/lub składniki odżywcze;
 - sytuacje kliniczne związane z ciężkim niedożywieniem.
 - Ponadto w przypadku pacjentów z dysfagią neurologiczną lub wyjątkowo – ruchową, którzy są w stanie przyjmować pokarmy stałe bez ryzyka zachłyśnięcia, ale cierpią na ryzyko zachłyśnięcia się pokarmami płynnymi, których nie można zagęścić za pomocą powszechnie dostępnych środków spożywczych, mogą zostać przepisane produkty zagęszczające, aby spróbować uniknąć lub opóźnić użycie zgłębnika lub gastrostomii.
- 3) Spełniony jest każdy z następujących wymogów:
 - zapotrzebowanie organizmu na składniki odżywcze nie może być pokryte zwykłą żywnością;
 - podawanie żywienia dojelitowego pozwala na poprawę jakości życia pacjenta lub możliwość powrotu do zdrowia po procesie zagrażającym życiu;
 - wskazanie opiera się na kryteriach zdrowotnych, a nie społecznych,
 - korzyści płynące z żywienia dojelitowego przewyższają ryzyko,
 - leczenie ocenia się okresowo.

Ponadto, aby pacjent mógł zostać zakwalifikowany do żywienia dojelitowego w warunkach domowych, muszą zostać spełnione następujące okoliczności:

- stan kliniczny pozwalający na przewiezienie pacjenta do domu;
- ustabilizowana patologia (rozpoznanie) lub taka, którą można kontrolować za pomocą opieki domowej;
- akceptacja leczenia przez pacjenta lub osobę odpowiedzialną;
- odpowiednie przeszkolenie pacjenta i/lub jego opiekunów od momentu wystąpienia wskazania;
- odpowiednie warunki domowe: możliwość przechowywania produktu, warunki higieniczne, itp.
- wcześniejsze testy tolerancji: przed wypisaniem pacjenta ze szpitala należy sprawdzić tolerancję preparatu i wymagany schemat jego podawania.

¹⁰ <https://www.sanidad.gob.es/eu/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/docs/guiaNED.pdf> [pobrano: 13.05.2025 r.]



Rysunek 1. Algorytm kwalifikacji pacjenta do żywienia dojelitowego w warunkach domowych w Hiszpanii

Załącznik – rozpoznania/patologie kwalifikujące się do domowego żywienia dojelitowego

- 1) Pacjenci z mechanicznymi zaburzeniami połykania lub pasażu, u których występuje ciężka afagia lub dysfagia i którzy wymagają zastosowania sondy:

- guzy głowy i szyi,
- nowotwory układu pokarmowego (przełyku, żołądka),
- chirurgia laryngologiczna i szczękowo-twarzowa,
- nienowotworowe zwężenie przełyku.

Wyjątkowo, w przypadkach ciężkiej dysfagii i gdy istnieją przeciwwskazania do stosowania zgłębnika, można zastosować żywienie dojelitowe bez zgłębnika, pod warunkiem przedstawienia raportu od lekarza odpowiedzialnego za wskazanie do leczenia.

- 2) Pacjenci z zaburzeniami neuromotorycznymi utrudniającymi połykanie lub pasaż pokarmu i wymagający zastosowania zgłębnika:

- choroby neurologiczne objawiające się ciężką afagią lub dysfagią: stwardnienie rozsiane, stwardnienie zanikowe boczne, zespoły miasteniczny, zespół Guillaina-Barrégo, następstwa chorób zakaźnych lub pourazowych ośrodkowego układu nerwowego, ciężkie upośledzenie umysłowe, ciężkie procesy zwyrodnieniowe ośrodkowego układu nerwowego;

- udar mózgu;
 - guzy mózgu;
 - mózgowe porażenie dziecięce;
 - śpiączka neurologiczna,
 - ciężkie zaburzenia motoryki jelit: rzekoma niedrożność jelit, gastropareza cukrzycowa.
- 3) Pacjenci ze szczególnymi wymaganiami energetycznymi i/lub odżywczymi:
- ciężkie zespoły nieprawidłowego wchłaniania: ciężki zespół krótkiego jelita, nieuleczalna biegunka o podłożu autoimmunologicznym, chłoniak, stolce tłuszczowe po gastrektomii, rak trzustki, resekcja trzustki, niewydolność naczyń kręgowych, amyloidoza, twardzina, eozynofilowe zapalenie jelit;
 - choroby neurologiczne, które można leczyć dietą ketogeniczną: padaczka oporna na leczenie u dzieci, niedobór transportera glukozy typu I, niedobór kompleksu dehydrogenazy pirogronianowej;
 - rozpoznana alergja lub nietolerancja białek mleka krowiego u niemowląt, do drugiego roku życia, jeśli występują zaburzenia odżywiania;
 - niedożywieni pacjenci, poddawani planowym, dużym zabiegom chirurgicznym lub przeszczepom;
 - pacjenci z przewlekłą encefalopatią wątrobową i nietolerancją białek w diecie;
 - pacjenci z adrenoleukodystrofią sprzężoną z chromosomem X, neurologicznie bezobjawowi.
- 4) Sytuacje kliniczne, w których występuje ciężkie niedożywienie:
- choroby zapalne jelit: wrzodziejące zapalenie jelita grubego i choroba Leśniowskiego-Crohna;
 - wyniszczenie nowotworowe spowodowane przewlekłym zapaleniem jelit wywołanym przez chemioterapię i/lub radioterapię;
 - zakaźna patologia medyczna obejmująca ciężkie zaburzenia wchłaniania: AIDS;
 - mukowiscydoza;
 - przetoki jelitowo-skinne o niskim przepływie;
 - niewydolność nerek w dzieciństwie, upośledzająca wzrost pacjenta.

5.1.6. Irlandia

Krajowe wytyczne dotyczące domowego żywienia dojelitowego dorosłych w sposób ogólny określają, że Home Enteral Nutrition (HEN) odnosi się do odżywiania dostarczanego przez sondę żywieniową bezpośrednio do przewodu pokarmowego, gdy dana osoba nie może bezpiecznie przyjmować, żuć ani połykać pokarmu, ale może trawić i wchłaniać składniki odżywcze. Nie wskazano szczegółowych kryteriów kwalifikacji pacjentów.

Wskazuje się, że elementami Planu Opieki Żywieniowej są:

- ocena stanu odżywienia,
- historia związana z żywnością/odżywianiem,
- pomiary antropometryczne,
- dane biochemiczne, pomiary medyczne i procedury,
- ustalenia fizyczne dotyczące odżywiania,
- historia pacjenta,
- ocena wymagań żywieniowych.

W przypadku opracowywania planu opieki żywieniowej w domu, podsumowanie stanu odżywienia pacjenta, w tym masy ciała i wskaźnika BMI (w stosownych przypadkach), oraz plan opieki żywieniowej powinny być

zawarte w piśmie wypisującym ze szpitala do lekarza rodzinnego, wraz z ustaleniami dotyczącymi działań następczych i monitorowania po wypisie. Dietetyk szpitalny powinien współpracować z pacjentem/opiekunem w celu opracowania schematu żywienia dostosowanego do konkretnych warunków domowych i rutyny rodzinnej.¹¹

5.1.7. Litwa

Odnaleziono dokument proceduralny Ministra Zdrowia z 23.06.2017 r. w sprawie opisu sposobu organizacji i udzielania świadczeń z zakresu terapii żywieniowej w zakładach stacjonarnej indywidualnej opieki zdrowotnej oraz opisu sposobu organizacji i udzielania świadczeń z zakresu ambulatoryjnej, domowej terapii żywieniowej¹².

W rozdziale III wskazano wskazania i przeciwwskazania do ambulatoryjnej terapii żywieniowej w warunkach domowych.

- 1) Żywnienie dojelitowe lub pozajelitowe w domu jest zalecane pacjentom, którzy ze względu na chorobę nie mogą zapewnić sobie pełnego żywienia doustnego (energii, białka i innych składników odżywczych) poprzez żywność lub specjalne suplementy diety, ale brak jest wskazań do hospitalizacji pacjenta.
- 2) Wskazania do domowej terapii żywieniowej dojelitowej:
 - choroby układu nerwowego (udar mózgu, stwardnienie rozsiane, urazy głowy i inne) schorzenia neurologiczne charakteryzujące się długotrwałymi zaburzeniami połykania);
 - zaburzenia anatomii lub czynności przewodu pokarmowego (zwężenie/niedrożność przełyku różnego pochodzenia; zwężenie/niedrożność żołądka różnego pochodzenia; przetoki bliższej części przełyku, żołądka, dwunastnicy i jelita czczego, inne przetoki jelitowe z dobowym upustem treści o objętości co najmniej 500 ml; zespół krótkiego jelita; zespół złego wchłaniania; dysfunkcja żołądka/jelita cienkiego po zabiegu operacyjnym);
 - zaburzenia rozwojowe i umysłowe (mózgowe porażenie dziecięce);
 - choroby metaboliczne;
 - zaburzenia psychiczne (demencja);
 - choroba Leśniowskiego-Crohna, alergię pokarmowe i nietolerancje pokarmowe.
- 3) Podstawowe zasady żywienia dojelitowego u noworodków i dzieci są takie same jak u osób dorosłych. Wskazania do stosowania terapii żywieniowej dojelitowej u noworodków i dzieci określono w Metodyce Terapii Żywieniowej opracowanej przez Litewskie Towarzystwo Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego, opublikowanej na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia Republiki Litewskiej
- 4) Terapia żywieniowa pozajelitowa jest stosowana u pacjentów, których zapotrzebowania na składniki odżywcze nie można zaspokoić doustnie lub za pomocą żywienia dojelitowego i u których można stosować terapię żywieniową w warunkach ambulatoryjnych.
- 5) Przeciwwskazania do żywienia dojelitowego i pozajelitowego u dorosłych i dzieci określa Metodyka Terapii Żywieniowej.
- 6) Dokonuje się całościowej oceny ryzyka niedoboru składników odżywczych i niedoboru składników odżywczych oraz określa konieczność stosowania terapii żywieniowej zgodnie z Metodyką Terapii Żywieniowej.

¹¹ https://assets.hse.ie/media/documents/ncr/National_Guideline_on_Adult_Home_Enteral_Nutrition.pdf [pobrano 13.05.2025 r.]

¹² <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/a823ff21572411e78869ae36ddd5784f?jfwid=hyntnejx5> [pobrano 14.05.2025 r.]

W oficjalnym dokumencie Metodyki Terapii Żywieniowej¹³ z 2017 r. wskazano następujące kryteria kwalifikacji pacjentów do terapii żywieniowej.

Terapia żywieniowa wskazana jest w przypadku:

- pacjentów, u których występują niedobory żywieniowe;
- kiedy stan pacjenta, choroba lub procedury lecznicze stwarzają ryzyko niedoborów składników odżywczych;
- gdy pacjent nie może otrzymać doustnie wystarczającej ilości pożywienia w zwykły sposób (dla dorosłych i dzieci powyżej 12 r.ż. > 500 kcal/dobę przez okres dłuższy niż 5-7 dni, dla dorosłych pacjentów OIOM-u - 24-48 godzin; dla wcześniaków - 0-12 godzin, dla noworodków - 24-48 godzin, dla niemowląt - 2-4 dni, dla dzieci poniżej 12 r.ż. - 3-4 dni, w zależności od zapotrzebowania energetycznego danego wieku).

Wskazania do żywienia dojelitowego i pozajelitowego w domu.

- pacjentom, którzy nie tolerują żadnego pokarmu lub specjalnej diety, zaleca się długotrwałe, całkowite lub częściowe żywienie dojelitowe lub pozajelitowe;
- stosowanie suplementów odżywczych nie zapewnia pełnego odżywiania doustnego (energii, białka i innych składników odżywczych) (patrz wskazania do terapii żywieniowej dojelitowej i pozajelitowej), ale nie ma innych wskazań do hospitalizacji.

Przeciwwskazania do terapii żywieniowej

1) Ogólne przeciwwskazania

- niestabilny, krótkotrwały stan pacjenta po zabiegu operacyjnym lub urazie, wymagający korekty homeostazy;
- ciężki wstrząs dowolnego pochodzenia z ciężką dysfunkcją narządów
- pacjent umierający;
- stężenie mleczanu w surowicy > 3 mmol/l;
- ciężka kwasica pH < 7,2;
- niedotlenienie $paO_2 < 50$ mmHg;
- hiperkapnia $paCO_2 > 75$ mmHg;

2) Przeciwwskazania do żywienia doustnego (żywienia uzupełniającego):

- zaburzenia połykania (różnego pochodzenia), w których pacjent się krztusi, stwarzają ryzyko zachłystowego zapalenia płuc.
- takie same jak przeciwwskazania do żywienia dojelitowego.

3) Przeciwwskazania do żywienia dojelitowego:

- definitywne: ostry brzuch, perforacja jelita, ostre krwawienie z przewodu pokarmowego, całkowita niedrożność jelit, zapalenie otrzewnej rozlane lub całkowite, wstrząs organizmu;
- względne: (możliwa jest zmiana położenia sondy, zastosowanie korekcji żywienia dojelitowego itp.):
 - niedrożność porażenna jelit
 - objętość zalegająca w żołądku > 500 ml u dorosłych (żywienie z dostępu do żołądka lub możliwe żywienie z dostępu do jelita cienkiego), noworodków i dzieci – w zależności od wieku;
 - niekontrolowane wymioty;

13

https://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/Veiklos_sritys/Asmens_sveikatos_prieziura/Diagnostikos_metodikos_ir_rekomendacijos/Metodikos/Mitybos%20metodika_2017-02-21.pdf [pobrano: 14.05.2025 r.]

- przetoka jelitowo-skórna, gdy u dorosłych uwalnia się > 500 ml treści na dobę, u noworodków i dzieci – w zależności od wieku i ilości pokarmu;
- nadciśnienie wewnątrzbrzuszne (ciśnienie ≥ 15 mm Hg);
- biegunka > 10 stolców dziennie;
- niewydolność wielonarządowa z zaburzoną pracą jelit;
- ciężkie zapalenie trzustki;
- zapalenie jelit wywołane promieniowaniem lub chemikaliami
- zespół jelita drażliwego (IBS) (nie jest przeciwwskazaniem do stosowania minimalnego żywienia dojelitowego).

5.1.8. Nowa Zelandia

Na stronie nowozelandzkiej agencji rządowej PHARMAC odnaleziono formularz dotyczący wniosków o dofinansowanie żywienia dojelitowego. Dokument ten zawiera szczegółowe kryteria kwalifikacyjne, podzielone według różnych grup pacjentów.

W tabeli poniżej zawarto szczegółowe warunki kwalifikacji do żywienia dojelitowego na podstawie formularza SA1859, z podziałem na grupy pacjentów.¹⁴

Tabela 7. Kryteria kwalifikacyjne do żywienia dojelitowego (formularz SA1859) według grup pacjentów

Rodzaj wniosku i grupa docelowa	Uprawnienie do składania wniosku i ważność zgody	Wymagania wstępne
Wniosek początkowy – dzieci – wskazania inne niż wyłączone żywienie dojelitowe w chorobie Leśniowskiego-Crohna	Dowolny uprawniony specjalista; 1 rok	1. Wiek poniżej 18 lat oraz występowanie schorzenia powodującego zaburzenia wchłaniania lub niewystarczający przyrost masy ciała/ brak prawidłowego rozwoju (ang. <i>failure to thrive</i>) lub zwiększone zapotrzebowanie na składniki odżywcze oraz 2. Ustalony cel żywieniowy (np. osiągnięcie określonej masy ciała lub wskaźnika BMI).
Przedłużenie wniosku – dzieci – wskazania inne niż wyłączone żywienie dojelitowe w chorobie Leśniowskiego-Crohna	Dowolny uprawniony specjalista; 1 rok	1. Wiek poniżej 18 lat oraz 2. Leczenie pozostaje zasadne i przynosi korzyści oraz 3. Ustalony cel żywieniowy (np. osiągnięcie określonej masy ciała lub wskaźnika BMI).
Wniosek początkowy – dzieci – wyłączone żywienie dojelitowe w leczeniu choroby Leśniowskiego-Crohna	Wyłącznie gastroenterolog lub dietetyk na zlecenie gastroenterologa; 3 miesiące	1. Wiek poniżej 18 lat oraz 2. Stosowanie jako wyłączone żywienie dojelitowe w leczeniu choroby Leśniowskiego-Crohna oraz 3. W przypadku dietetyków wymagane jest podanie nazwiska gastroenterologa zalecającego leczenie oraz daty kontaktu z gastroenterologiem.
Przedłużenie wniosku – dzieci – wyłączone żywienie dojelitowe w leczeniu choroby Leśniowskiego-Crohna	Dowolny uprawniony specjalista na zlecenie gastroenterologa; 3 miesiące	1. Wiek poniżej 18 lat oraz 2. Stosowanie jako wyłączone żywienie dojelitowe w leczeniu choroby Leśniowskiego-Crohna oraz 3. W przypadku lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i dietetyków należy podać nazwisko gastroenterologa zalecającego leczenie oraz datę kontaktu z gastroenterologiem.
Wniosek początkowy – dorośli	Dowolny uprawniony specjalista; 3 miesiące	1. Pacjent jest niedożywiony: wskaźnik masy ciała (BMI) poniżej 18,5 kg/m ² lub niezamierzona utrata masy ciała powyżej 10% w ciągu ostatnich 3–6 miesięcy lub wskaźnik masy ciała (BMI) poniżej 20 kg/m ² oraz niezależna utrata masy ciała powyżej 5% w ciągu ostatnich 3–6 miesięcy oraz 2. Brak poprawy po zastosowaniu podstawowych interwencji dietetycznych przez okres 4 tygodni, takich jak: zwiększenie częstotliwości spożywania posiłków (np. przekąski między posiłkami) lub stosowanie produktów wysokokalorycznych (np. koktajle mleczne, pełnotłuste mleko, masło, śmietana, ser, cukier itp.) lub stosowanie dostępnych bez recepty suplementów diety (np. Complan) oraz

¹⁴ <https://schedule.pharmac.govt.nz/2025/05/01/SA1859.pdf> [pobrano: 14.05.2025 r.]

Rodzaj wniosku i grupa docelowa	Uprawnienie do składania wniosku i ważność zgody	Wymagania wstępne
		3. Ustalony cel żywieniowy (np. osiągnięcie określonej masy ciała lub wskaźnika BMI).
Przedłużenie wniosku – dorośli	Dowolny uprawniony specjalista; 6 miesięcy	1. Ustalono cel żywieniowy (np. osiągnięcie określonej masy ciała lub BMI) oraz 2. Występuje niedożywienie: wskaźnik masy ciała (BMI) poniżej 18,5 kg/m ² lub niezamierzona utrata masy ciała przekraczająca 10% w ciągu ostatnich 3–6 miesięcy lub wskaźnik masy ciała (BMI) poniżej 20 kg/m ² i niezamierzona utrata masy ciała przekraczająca 5% w ciągu ostatnich 3–6 miesięcy.
Wniosek początkowy – krótkoterminowy stan chorobowy	Dowolny uprawniony specjalista; 1 rok	1. Żywienie przez sondę nosowo-żołądkową lub planowane wprowadzenie sondy do żywienia lub 2. Nowotwór, w przypadku którego istnieje prawdopodobieństwo rozwoju niedożywienia lub 3. Przeszczep szpiku kostnego lub 4. Zabieg chirurgiczny w obrębie stawu skroniowo-żuchwowego lub glossektomia lub 5. Ciąża oraz wczesna ciąża (<13 tygodni) z ciężką postacią kliniczną niepowściągliwych wymiotów ciężarnych wymagającą hospitalizacji, przy jednoczesnym wysokim ryzyku niewystarczającego pokrycia zapotrzebowania żywieniowego z powodu utrzymujących się wymiotów lub utrzymujące się niepowściągliwe wymioty ciężarnych po 13. tygodniu ciąży, z obawą, że masa ciała nie osiągnie zaleceń przyrostu masy według <i>Institute of Medicine (1990)</i> lub brak przyrostu masy ciała powyżej wartości wyjściowej/sprzed ciąży lub ciąża mnoga pod opieką zespołu położniczego, który uznaje, że zapotrzebowanie żywieniowe nie jest odpowiednio zaspokajane.
Przedłużenie wniosku – krótkoterminowy stan chorobowy	Dowolny uprawniony specjalista; 1 rok	1. Żywienie przez sondę nosowo-żołądkową lub 2. Nowotwór, w przypadku którego istnieje prawdopodobieństwo rozwoju niedożywienia lub 3. Przebyty przeszczep szpiku kostnego lub 4. Zabieg chirurgiczny w obrębie stawu skroniowo-żuchwowego lub glossektomia lub 5. Ciąża oraz wczesna ciąża (<13 tygodni) z ciężką postacią kliniczną niepowściągliwych wymiotów ciężarnych wymagającą hospitalizacji, przy jednoczesnym wysokim ryzyku niewystarczającego pokrycia zapotrzebowania żywieniowego z powodu utrzymujących się wymiotów lub utrzymujące się niepowściągliwe wymioty ciężarnych po 13. tygodniu ciąży, z obawą, że masa ciała nie osiągnie zaleceń przyrostu masy według <i>Institute of Medicine (1990)</i> lub brak przyrostu masy ciała powyżej wartości wyjściowej/sprzed ciąży lub ciąża mnoga, przy jednoczesnej opiece zespołu położniczego, który ocenia, że zapotrzebowanie żywieniowe nie jest odpowiednio zaspokajane.
Wniosek początkowy – długoterminowy stan chorobowy	Dowolny uprawniony specjalista; Bezterminowa (chyba że zostanie wydane inne powiadomienie)	1. Żywienie przez sondę lub planowane wprowadzenie sondy do celów żywieniowych (nie dotyczy sondy nosowo-żołądkowej) lub 2. Mukowiscydoza lub 3. Choroba wątroby lub 4. Przewlekła niewydolność nerek lub 5. Nieswoiste zapalenie jelit lub 6. Przewlekła obturacyjna choroba płuc z hiperkapnią lub 7. Zespół krótkiego jelita lub 8. Przetoka jelitowa lub 9. Ciężkie przewlekłe schorzenia neurologiczne lub 10. Pęcherzowe oddzielanie się naskórka (<i>epidermolysis bullosa</i>) lub 11. AIDS (liczba komórek CD4 < 200 komórek/mm ³) lub 12. Przewlekłe zapalenie trzustki.
Przedłużenie wniosku – choroba przewlekła LUB żywienie dojelitowe u pacjentów, którzy wcześniej otrzymywali finansowanie w ramach formularzy <i>Special</i>	Dowolny uprawniony specjalista; Bezterminowa (chyba że zostanie wydane inne powiadomienie)	1. Żywienie przez sondę lub planowane wprowadzenie sondy do celów żywieniowych (nie dotyczy sondy nosowo-żołądkowej) lub 2. Mukowiscydoza lub 3. Choroba wątroby lub 4. Przewlekła niewydolność nerek lub 5. Nieswoiste zapalenie jelit lub

Rodzaj wniosku i grupa docelowa	Uprawnienie do składania wniosku i ważność zgody	Wymagania wstępne
Authority SA0702 lub SA0583		6. Przewlekła obturacyjna choroba płuc z hiperkapnią lub 7. Zespół krótkiego jelita lub 8. Przetoka jelitowa lub 9. Ciężkie przewlekłe schorzenia neurologiczne.

Skróty: AIDS, Acquired Immunodeficiency Syndrome, zespół nabytego niedoboru odporności; BMI, Body Mass Index, wskaźnik masy ciała

5.1.9. Wielka Brytania

W wytycznych NICE dotyczących wsparcia żywieniowego dla dorosłych określono kryteria kwalifikacji do żywienia dojelitowego w warunkach domowych. Szczegółowe informacje znajdują się w rozdziale 4.5 *Rekomendacje i wytyczne kliniczne*.

5.1.10. Stany Zjednoczone

Koszty żywienia dojelitowego są pokrywane w przypadku beneficjenta, który wymaga karmienia za pomocą urządzenia do dostępu dojelitowego w celu zapewnienia wystarczającej ilości składników odżywczych do utrzymania masy ciała i siły proporcjonalnej do ogólnego stanu zdrowia i ma trwałe:

- całkowite lub częściowe zaburzenie czynności lub chorobę struktur, które normalnie umożliwiają dotarcie pokarmu do jelita cienkiego; LUB
- chorobę, która upośledza trawienie i/lub wchłanianie diety doustnej, bezpośrednio lub pośrednio, przez jelito cienkie.

Typowe przykłady stanów związanych z brakiem funkcji lub chorobą struktur, które umożliwiają dotarcie pożywienia do jelita cienkiego, które kwalifikują się do pokrycia kosztów, to rak głowy i szyi wymagający operacji rekonstrukcyjnej oraz choroba ośrodkowego układu nerwowego prowadząca do zakłócenia nerwowo-mięśniowych mechanizmów przyjmowania pokarmu o takim nasileniu, że doustne żywienie nie jest wystarczające do utrzymania funkcji organizmu.

Typowe przykłady stanów związanych z upośledzonym trawieniem i/lub wchłanianiem diety doustnej przez jelito cienkie, które mogą kwalifikować się do pokrycia kosztów, obejmują zapalną chorobę jelit, chirurgiczną resekcję jelita cienkiego, mukowiscydozę, przewlekłe zapalenie trzustki i zaawansowaną chorobę wątroby.¹⁵

Dokument nie wskazuje jednoznacznie, czy kryteria obejmują także leczenie w warunkach domowych.

5.2. Podsumowanie

Zidentyfikowano i przeanalizowano informacje dotyczące kryteriów kwalifikacji do żywienia dojelitowego w 10 krajach: Australia, Belgia, Dania, Francja, Hiszpania, Irlandia, Litwa, Nowa Zelandia, Wielka Brytania, Stany Zjednoczone.

Wspólne elementy systemów opieki zdrowotnej:

- Wskazania do terapii - żywienie dojelitowe jest zalecane w przypadku stwierdzonego niedożywienia lub wysokiego ryzyka jego wystąpienia.
- Kryteria rozpoznania niedożywienia różnią się w zależności od kraju, ale najczęściej obejmują:
 - utratę masy ciała,
 - wskaźnik BMI,
 - wyniki narzędzi przesiewowych, takich jak MNA (Mini Nutritional Assessment).

Przed zakwalifikowaniem do żywienia dojelitowego należy wykazać, że inne strategie żywieniowe (np. wzbogacanie posiłków, zwiększenie częstotliwości spożycia) były nieskuteczne lub niemożliwe do zastosowania.

¹⁵ <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/view/lcd.aspx?LCDId=38955> [pobrano: 13.05.2025 r.]

Warunkiem prowadzenia terapii żywieniowej w warunkach domowych, jest samodzielność pacjenta lub wsparcie opiekuna (jeśli pacjent lub jego opiekun potrafi bezpiecznie podawać żywienie dojelitowe lub ma do tego zapewnione odpowiednie wsparcie). Istotne jest również, by otoczenie domowe było przystosowane do bezpiecznego przechowywania i podawania preparatów żywieniowych.

We wszystkich krajach konieczna jest szczegółowa ocena stanu pacjenta, zaistnienie wskazania medycznego oraz niemożność pokrycia zapotrzebowania żywieniowego drogą doustną. Refundacja jest zależna od spełnienia określonych kryteriów i czasem wymaga okresowej oceny skuteczności terapii.

W przypadku pacjentów pediatrycznych niektóre kraje (Francja, Belgia, Hiszpania) wprowadzają oddzielne kryteria oceny niedożywienia i wskazań do terapii żywieniowej. Uwzględniane są, m.in. dynamika wzrostu, przyrosty masy ciała i wpływ schorzeń na rozwój dziecka.

6. Opinie ekspertów klinicznych

Dnia 29.05.2025 r. wystąpiono z prośbą o wydanie opinii do wybranych ekspertów klinicznych, w tym do Konsultantów Krajowych w dziedzinach związanych z leczeniem żywieniowym.

Mając na uwadze, że zgodnie z obowiązującymi przepisami kwalifikacja pacjenta do leczenia żywieniem dojelitowym odbywa się w warunkach szpitalnych lub w poradni prowadzącej leczenie żywieniowe, zakres konsultacji rozszerzono o specjalistów reprezentujących dziedziny takie jak: anestezjologia i intensywna terapia, onkologia i hematologia dziecięca, medycyna paliatywna oraz inne obszary medycyny istotne z punktu widzenia praktyki klinicznej.

Do dnia przekazania niniejszego opracowania analitycznego (26.06.2024 r.) uzyskano odpowiedzi od 8 ekspertów klinicznych. Należy zaznaczyć, że nie wszyscy eksperci odnieśli się do każdego z przedstawionych do zaopiniowania kryteriów kwalifikacyjnych.

Zestawienie przekazanych opinii przedstawiono w tabelach poniżej.

Tabela 8. Ocena ekspercka zasadności uwzględnienia kryteriów kwalifikacji (włączenia) do żywienia dojelitowego w warunkach domowych

Lp.	Kryterium kwalifikacji do udzielenia świadczenia (źródło)	Zasadność w opinii eksperta		Dodatkowe uwagi ekspertów (liczba ekspertów)
		TAK (zbiorcza liczba opinii)	NIE (zbiorcza liczba opinii)	
Ogólne				
1.	Całkowite lub częściowe zaburzenie czynności lub choroba struktur, które normalnie umożliwiają dotarcie pokarmu do jelita cienkiego (USA)	8	0	Zasadne byłoby doszczegółowienie których struktur i czynności dotyczą zaburzenia (1)
2.	Opanowanie przez chorego lub jego opiekuna umiejętności prowadzenia żywienia dojelitowego w domu (PTŻK 2019, PTŻKD 2017, ASPEN 2014, ACI 2012, Hiszpania)	8	0	brak
3.	Pacjent może być leczony poza oddziałem szpitalnym (ESPEN 2022, PTŻKD 2017, ACI 2012)	8	0	brak
4.	Wydolność przewodu pokarmowego (PP) umożliwiająca osiągnięcie celów żywieniowych (PTŻK 2019)	8	0	brak
5.	Niedożywienie (ESPEN 2022, NICE 2017, ASPEN 2014, ACI 2012, Belgia, Francja)	7	1	Nie jako kryterium obligatoryjne, leczenie może być rozpoczynane u pacjentów z prawidłowym stanem odżywienia (1)
6.	Ryzyko niedożywienia (ESPEN 2022, NICE 2017, ASPEN 2014, ACI 2012, Belgia, Francja)	7	1	Jak wyżej
7.	Normalna dieta nie jest w stanie zaspokoić zapotrzebowania na składniki odżywcze (PTŻK 2019, NICE 2017, ACI 2012, Belgia, Dania, Hiszpania)	7	1	Zapis należy zmienić na: naturalna dieta podawana drogą doustną lub naturalna dieta podawana drogą doustną podawana z doustną żywnością medyczną (ONS/FSMP) (1)
8.	Produkty do żywienia dojelitowego są niezbędne do pokrycia zapotrzebowania żywieniowego pacjenta (Australia)	6	2	Zaproponowano modyfikację zapisu na „Brak możliwości dostarczenia niezbędnych składników odżywczych za pomocą doustnej diety” (1)
9.	Wskazanie opiera się na kryteriach zdrowotnych, a nie społecznych (Hiszpania)	6	2	Wskazano indywidualną ocenę sytuacji pacjenta (1), podkreślono że przyczyny społeczne mogą nasilać niedożywienie związane z chorobą (1).
10.	Istnieje jasno określony cel leczenia, w którym żywienie dojelitowe stanowi istotny element procesu terapeutycznego (Australia)	5	3	Eksperci (2), którzy uznali kryterium za niezasadne wskazali, że cel leczenia żywieniowego jest jeden – poprawa odżywienia pacjenta
11.	Korzyści płynące z żywienia dojelitowego przewyższają ryzyko (Hiszpania)	5	3	Eksperci, którzy uznali kryterium za niezasadne wskazali, że stosunek korzyści do ryzyka na początku terapii może być nieoczywisty (1), brak jednolitych kryteriów w tym zakresie (1) oraz na konieczność indywidualnej oceny pacjenta (1)
12.	Pacjent/opiekun jest w stanie rozpoznać powikłania związane z DŻD (np. infekcja, niedrożność, hiperglikemia, zaburzenia gospodarki płynowej) (ASPEN 2014)	5	3	Zaproponowano modyfikację brzmienia uwzględniającą przeszkolenie pacjenta/opiekuna (2).
13.	Pacjent/opiekun jest w stanie rozwiązywać drobne problemy lub wezwać pomoc, gdy wystąpią komplikacje (ASPEN 2014)	5	3	Zaproponowano modyfikację brzmienia uwzględniającą przeszkolenie pacjenta/opiekuna (1) i zobowiązanie do kontaktu z odpowiednim ośrodkiem w celu poinformowania o problemach lub wezwania pomocy (1).

Lp.	Kryterium kwalifikacji do udzielenia świadczenia (źródło)	Zasadność w opinii eksperta		Dodatkowe uwagi ekspertów (liczba ekspertów)
		TAK (zbiorcza liczba opinii)	NIE (zbiorcza liczba opinii)	
14.	Podjęto wszelkie uzasadnione i klinicznie wskazane próby zaspokojenia potrzeb żywieniowych poprzez zwiększenie częstości posiłków i/lub wzbogacanie żywności i płynów (Australia)	5	3	Wskazano, że żywienie dojelitowe jest najskuteczniejszą terapią pacjentów niedożywionych (1), modyfikację zapisu poprzez uzupełnienie zapisu „o ile stan kliniczny pacjenta pozwolił na takie próby”, wskazano również, że kryterium jest zbyt ogólne (1)
15.	Posiadanie efektywnego dostępu (wygodny i drożny dostęp do funkcjonującej części PP) (PTŻK 2019)	5	3	Zaproponowano usunięcie słowa wygodny, ważna jest efektywność i drożność PP (3)
16.	Stabilność metaboliczna i wydolność narządów, umożliwiająca bezpieczny pobyt chorego w domu (PTŻK 2019, PTŻKD 2017)	5	3	Wskazano, że kryterium ma zbliżone znaczenie do braku konieczności hospitalizacji (2), zaproponowano modyfikację na „Pacjent nie wymaga przebywania w szpitalu ze względu na zaburzenia metabolizmu lub niewydolność narządów” (1)
17.	Pacjent toleruje preparat do żywienia dojelitowego (Hiszpania)	4	4	Eksperci podkreślili konieczność weryfikacji tolerancji preparatu, ewentualnej modyfikacji terapii oraz indywidualizacji terapii (3).
18.	Dostępność przeszkolonego pracownika ochrony zdrowia w celu wsparcia w leczeniu, jeśli pacjent nie będzie w stanie samodzielnie wykonywać niezbędnych czynności związanych z domowym żywieniem dojelitowym (ACI 2012, Australia)	3	5	Wskazano na dostępność opiekuna (2) oraz przeszkolenia opiekuna przez personel medyczny (1). Podkreślono kryteria merytoryczne pracownika ochrony zdrowia/opieki społecznej (1).
Specyficzne dla osób dorosłych (1 ekspert nie udzielił odpowiedzi dotyczących osób dorosłych)				
1.	Niedożywienie - <70. r.ż.: wskaźnik masy ciała (BMI) $\leq 18,5 \text{ kg/m}^2$ (Francja)	7	0	Wskazano, że brak potrzeby doszczegółowienia niedożywienia poprzez m.in. BMI lub ubytek masy ciała (2)
2.	Niedożywienie - >70. r.ż.: wskaźnik masy ciała (BMI) $\leq 21 \text{ kg/m}^2$ (Francja)	7	0	brak
3.	Niedożywienie - >70. r.ż.: wynik w skróconym narzędziu oceny stanu odżywienia (ang. Mini Nutritional Assessment, MNA) ≤ 17 (na 30 możliwych punktów) (Francja)	7	0	brak
4.	Niedożywienie – BMI < 18,5 kg/m ² (NICE 2017, Nowa Zelandia, Francja)	7	0	brak
5.	Niedożywienie - BMI < 20 kg/m ² oraz jednoczesna niezamierzona utrata masy ciała przekraczająca 5% w ciągu ostatnich 3–6 miesięcy (NICE 2017)	7	0	brak
6.	Niedożywienie - niezamierzona utrata masy ciała przekraczająca 10% w ciągu ostatnich 3–6 miesięcy (Nowa Zelandia)	7	0	brak
7.	Niedożywienie - powyżej 70. r.ż.: stężenie albuminy we krwi < 35 g/l (Francja)	4	3	Stężenie albuminy jako dodatkowe kryterium (2)
8.	Niedożywienie - utrata masy ciała $\geq 10\%$ w ciągu 6 miesięcy (NICE 2017)	7	0	brak
9.	Niedożywienie - utrata masy ciała $\geq 5\%$ w ciągu 1 miesiąca (Francja)	7	0	brak
10.	Niedożywienie lub ryzyko niedożywienia - niewystarczające lub niebezpieczne przyjmowanie pokarmu drogą doustną (ESPEN 2022, PTŻKD 2017, NICE 2017, ACI 2012)	7	0	brak
11.	Pacjent nie może otrzymać doustnie wystarczającej ilości pożywienia w zwykły sposób (dla dorosłych > 500 kcal/dobę przez okres dłuższy niż 5-7 dni, dla dorosłych pacjentów OIOM-u - 24-48 godzin) (Litwa)	2	5	Kryterium dotyczy leczenia żywieniowego w szpitalu (4) lub ogólnie leczenia żywieniowego (1)

Lp.	Kryterium kwalifikacji do udzielenia świadczenia (źródło)	Zasadność w opinii eksperta		Dodatkowe uwagi ekspertów (liczba ekspertów)
		TAK (zbiorcza liczba opinii)	NIE (zbiorcza liczba opinii)	
12.	Ryzyko niedożywienia – pacjent spożywał niewielką ilość pokarmu lub nic nie spożywał przez ponad 5 dni (NICE 2017)	6	0	Kryterium dotyczy leczenia żywieniowego w szpitalu (1). Należy doprecyzować „przewiduje się, że stan będzie długotrwały (1). Ryzyko niedożywienia to spożywanie poniżej 60% zapotrzebowania (1)
13.	Ryzyko niedożywienia - prawdopodobieństwo, że pacjent będzie spożywać niewielką ilość pokarmu lub nic nie będzie spożywać przez 5 dni lub dłużej (NICE 2017)	7	0	Kryterium dotyczy leczenia żywieniowego w szpitalu (1). Należy doprecyzować „przewiduje się, że stan będzie długotrwały (1).
14.	Ryzyko niedożywienia - słaba zdolność wchłaniania składników odżywczych (NICE 2017)	7	0	brak
15.	Ryzyko niedożywienia - wysokie straty składników odżywczych (NICE 2017)	7	0	brak
16.	Ryzyko niedożywienia - zwiększone zapotrzebowanie na składniki odżywcze z powodu takich przyczyn jak katabolizm (NICE 2017)	7	0	brak
Specyficzne dla dzieci (5 ekspertów nie udzieliło odpowiedzi dotyczących dzieci)				
17.	Do 2 r.ż. upośledzenie wzrastania lub przyrostu masy ciała utrzymuje się dłużej niż miesiąc (PTŻKD 2017)	2	1	Zaproponowano wykorzystanie kryteriów ESPGHAN włączenia do żywienia dojelitowego (1)
18.	Dzieci i młodzież znajdujące się w fazie wzrostu, cierpiące na schorzenie prowadzące do poważnego deficytu żywieniowego, mającego negatywny wpływ na rozwój (Belgia)	2	1	Zaproponowano: dzieci z chorobami przewlekłymi, w sytuacji, kiedy nie jest możliwe pokrycie zapotrzebowania energetycznego i na składniki odżywcze drogą żywienia dojelitowego (1)
19.	Niedożywienie – 0-6 mies.: przyrost masy ciała < 500 g/mies. przez ≥ 1 miesiąc (Francja)	2	1	Definicja zahamowania tempa rozwoju fizycznego, a nie niedożywienia (1)
20.	Niedożywienie – 6-12 mies. przyrost masy ciała < 300 g/mies. przez ≥ 2 miesiące (Francja)	2	0	brak
21.	Niedożywienie – 12-36 mies.: przyrost masy ciała < 150 g/mies. przez ≥ 3 miesiące (Francja)	2	0	brak
22.	Niedożywienie – 3-6 lat: brak przyrostu masy ciała przez ≥ 3 miesiące lub utrata masy ciała przez ≥ 2 miesiące (Francja)	2	0	brak
23.	Niedożywienie – 6-16 lat: brak przyrostu masy ciała przez ≥ 6 miesięcy lub utrata masy ciała przez ≥ 2 miesiące (Francja)	2	0	brak
24.	Niedożywienie – poniżej 16 r.ż.: stosunek masy ciała do wzrostu < 90% (Francja)	2	0	brak
25.	Niedożywienie – poniżej 16 r.ż.: stosunek wzrostu do wieku < 95% (Francja)	2	0	brak
26.	Odchylenie masy ciała w stosunku do wieku lub wysokości ciała poniżej dwóch kanałów centylowych (PTŻKD 2017)	3	0	brak
27.	Pacjent nie może otrzymać doustnie wystarczającej ilości pożywienia w zwykły sposób: - dzieci powyżej 12 r.ż. > 500 kcal/dobę przez okres dłuższy niż 5-7 dni, - dzieci poniżej 12 r.ż. - 3-4 dni, w zależności od zapotrzebowania energetycznego danego wieku) (Litwa)	2	1	Kryterium dotyczy leczenia żywieniowego w szpitalu (1). Wskazanie do wdrożenia żywienia dojelitowego w trybie ostrym, w żywieniu dojelitowym domowym prognozowany stan braku możliwości pokrycia zapotrzebowania wynosi ok 4-6 tygodni (1).
28.	Powyżej 2 r.ż. brak przyrostu masy ciała lub utrata masy ciała trwająca dłużej niż trzy miesiące (PTŻKD 2017)	3	0	brak

Eksperci wskazali, że kryteria kwalifikacji (włączenia) do żywienia dojelitowego w warunkach domowych nie powinny, oprócz ww. zaproponowanych kryteriów, być doszczegółowione rozpoznaniem klinicznymi/jednostkami chorobowymi.

7 ekspertów odniosło się do zaproponowanych kryteriów dyskwalifikacji (wyłączenia) do udzielenia świadczenia żywienia dojelitowego w warunkach domowych. Wskazane kryteria przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 9. Ocena ekspercka zasadności uwzględnienia kryteriów dyskwalifikacji (wykluczenia) do żywienia dojelitowego w warunkach domowych

Lp.	Kryteria dyskwalifikacji	Zasadność w opinii eksperta		Uwagi
		TAK (zbiorcza liczba opinii)	NIE (zbiorcza liczba opinii)	
Ogólne				
1.	Brak możliwości uzyskania dostępu do przewodu pokarmowego (PTŻK 2019)	7	0	brak
2.	Ostre krwawienie z przewodu pokarmowego (Litwa)	7	0	Zasadne: ogólne przeciwwskazanie do żywienia dojelitowego, nie tylko domowego (2);
3.	Ciężka psychoza (PTŻKD 2017)	7	0	brak
4.	Całkowita niedrożność jelit (Litwa)	6	0	jeden z ekspertów wskazał, że to ogólne przeciwwskazanie do żywienia dojelitowego, nie tylko domowego
5.	Brak zgody pacjenta i/lub jego opiekunów prawnych (PTŻK 2019, PTŻKD 2017)	6	1	Niezasadne: w przypadku, gdy chory nie może stanowić sam o sobie (ze względu na stan chorobowy) należy wystąpić o zgodę do stosownego sądu lub rozważyć konsyliarną zgodę 2 lekarzy – ŻD można traktować w takich sytuacjach jako środek warunkujący przeżycie chorego
6.	Niesprawność fizyczna i/lub intelektualna w stopniu uniemożliwiającym samodzielne prowadzenie leczenia, przy jednoczesnym braku wsparcia opiekunów (PTŻK 2019)	6	1	Zasadne: brak przeszkolonego opiekuna lub pacjenta (1), Niezasadne: potrzebne wsparcie instytucjonalne (1)
7.	Ostry brzuch (Litwa)	6	1	Zasadne: ogólne przeciwwskazanie do żywienia dojelitowego, nie tylko domowego (1); Niezasadne: ogólne przeciwwskazanie do żywienia dojelitowego, nie tylko domowego (1)
8.	Perforacja jelita/ przewodu pokarmowego (PTŻK 2019, Litwa)	6	1	Zasadne: ogólne przeciwwskazanie do żywienia dojelitowego, nie tylko domowego (1); Niezasadne: ogólne przeciwwskazanie do żywienia dojelitowego, nie tylko domowego (1)
9.	Wstrząs organizmu (Litwa)	6	1	Niezasadne: ogólne przeciwwskazanie do żywienia dojelitowego, nie tylko domowego (1)
10.	Zapalenie otrzewnej rozlane (Litwa)	6	1	Niezasadne: ogólne przeciwwskazanie do żywienia dojelitowego, nie tylko domowego (1)
11.	Zapalenie otrzewnej (PTŻK 2019)	6	1	Zasadne: ogólne przeciwwskazanie do żywienia dojelitowego, nie tylko domowego (1); Niezasadne: ogólne przeciwwskazanie do żywienia dojelitowego, nie tylko domowego (1)
12.	Martwicze zapalenie jelit (PTŻKD 2017)	6	1	Niezasadne: ogólne przeciwwskazanie do żywienia dojelitowego, nie tylko domowego (1)
13.	Toksyczne poszerzenie/ rozdęcie okrężnicy (PTŻKD 2017)	6	1	brak
14.	Niedrożność porażenna jelit/ przewodu pokarmowego (PTŻKD 2017)	5	1	Zasadne: ogólne przeciwwskazanie do żywienia dojelitowego, nie tylko domowego (1); niezasadne: ogólne przeciwwskazanie do żywienia dojelitowego, nie tylko domowego (1)
15.	Zapalenie otrzewnej całkowite (Litwa)	5	1	Niezasadne: ogólne przeciwwskazanie do żywienia dojelitowego, nie tylko domowego (1)

Lp.	Kryteria dyskwalifikacji	Zasadność w opinii eksperta		Uwagi
		TAK (zbiorcza liczba opinii)	NIE (zbiorcza liczba opinii)	
16.	Ciężka malabsorpcja (ESPEN 2022)	5	2	Niezasadne: W pierwszej kolejności modyfikacja diety i sposobu podaży; zasadne: niewydolność PP (2), kryterium należy doszczegółowić, w części przypadków może być konieczne leczenie pozajelitowe, ale istnieje także szansa na poprawę funkcji trawiennych i absorpcyjnych i wtedy możliwe żywienie dojelitowe (1)
17.	Ciężkie zaburzenia w funkcjonowaniu jelit (ESPEN 2022)	5	2	Zasadne: Należy określić jakie zaburzenia (2), niezasadne: niewydolność jelit (1), w pierwszej kolejności modyfikacja diety i sposobu podaży, wskazana hospitalizacja, musi otrzymać min żywienie troficzne do przewodu pokarmowego (1)
18.	Krwawienie z przewodu pokarmowego (ESPEN 2022, PTŻKD 2017)	5	2	Niezasadne: przewlekłe krwawienie nie jest przeciwwskazaniem (2); zasadne: należy wykluczyć z tego kryterium część krwawień przewlekłych (1)
19.	Niewydolność przewodu pokarmowego (PTŻK 2019)	5	2	Zasadne: ogólne przeciwwskazanie do żywienia dojelitowego, nie tylko domowego (1), w pierwszej kolejności modyfikacja diety i sposobu podaży, wskazana hospitalizacja (1)
20.	Niewydolność wielonarządowa z zaburzoną pracą jelit (Litwa)	5	2	Niezasadne: ogólne przeciwwskazanie do żywienia dojelitowego, nie tylko domowego (1), w pierwszej kolejności modyfikacja diety i sposobu podaży, wskazana hospitalizacja (1)
21.	Zaburzenia gospodarki kwasowo-zasadowej (ASPEN 2014)	5	2	Zasadne: ogólne przeciwwskazanie do żywienia dojelitowego, nie tylko domowego (1); niewyrównane, zagrażające życiu, wymagające hospitalizacji (3); Niezasadne: należy uszczegółowić (m.in. ciężkie uniemożliwiające prowadzenie ŻD, łagodne mogące wystąpić w trakcie leczenia) (1), w przypadku zaburzeń o charakterze przewlekłym może być wymagana jednoczesna suplementacja wodorowęglanów, jednak nie wyklucza to DŻD
22.	Ciężka niewydolność narządowa (ASPEN 2014)	4	3	Niezasadne: DŻD jest możliwe w przypadku przewlekłej, stabilnej niewydolności narządu (2); ogólne przeciwwskazanie do żywienia dojelitowego, nie tylko domowego (1)
23.	Niedrożność przewodu pokarmowego (ESPEN 2022)	4	3	Zasadne: ogólne przeciwwskazanie do żywienia dojelitowego, nie tylko domowego (1); niezasadne: Niedrożność górnej części przewodu pokarmowego jest wskazaniem do żywienia dojelitowego np. niedrożność przełyku, żołądka (1), ogólne przeciwwskazanie do żywienia dojelitowego, nie tylko domowego (1)
24.	Poważne zaburzenia metaboliczne (ESPEN 2022)	4	3	Zasadne: ogólne przeciwwskazanie do żywienia dojelitowego, nie tylko domowego (1); Niezasadne: zbyt ogólne (2)
25.	Nierozwiązywalne trudności organizacyjno-logistyczne, w tym bardzo złe warunki bytowe (PTŻK 2019, ESPEN 2022)	4	3	Zasadne: brak przeszkolonego opiekuna lub pacjenta (1), Niezasadne: potrzebne wsparcie instytucjonalne (1)
26.	Bardzo krótki prognozowany czas przeżycia (1 miesiąc) (ESPEN 2022, PTŻK 2019)	3	4	Niezasadne: Nie jesteśmy w stanie obiektywnie tego ocenić (4), pacjent musi mieć dostarczone składniki odżywcze, chociaż w niewielkiej ilości (1); leczenie może przyczynić się do wydłużenia czasu przeżycia (2), dyskryminacja i skracanie czasu przeżycia (1)
27.	Biegunka >10 stolców dziennie (Litwa)	3	4	Zasadne: Niewydolność PP (2); niezasadne: w pierwszej kolejności modyfikacja diety i sposobu podaży, wskazana hospitalizacja (1)
28.	Oporna na leczenie ciężka biegunka (PTŻKD 2017)	3	4	Zasadne: Niewydolność PP (2); niezasadne: w pierwszej kolejności modyfikacja diety i sposobu podaży, wskazana hospitalizacja (1)

Lp.	Kryteria dyskwalifikacji	Zasadność w opinii eksperta		Uwagi
		TAK (zbiorcza liczba opinii)	NIE (zbiorcza liczba opinii)	
29.	Ciężkie zapalenie trzustki (Litwa)	3	4	Niezasadne: wskazanie do leczenia pozadwunastniczego (1), zasadne: należy dopisać ostre zapalenie trzustki (1), ogólne przeciwwskazanie do leczenia dojelitowego, nie tylko domowego (1)
30.	Ciężkie wymioty (PTŻKD 2017)	3	4	brak
31.	Ciężkie wodobrzusze (PTŻKD 2017)	3	4	Niezasadne: przeciwwskazanie do założenia gastrostomii (2)
32.	Niedrożność mechaniczna przewodu pokarmowego (PTŻKD 2017)	3	2	Zasadne: ogólne przeciwwskazanie do żywienia dojelitowego, nie tylko domowego (1); niezasadne: Niedrożność górnej części przewodu pokarmowego jest wskazaniem do żywienia dojelitowego np. niedrożność przełyku, żołądka (1), ogólne przeciwwskazanie do żywienia dojelitowego, nie tylko domowego (1)
33.	Zagrożenie zespołem ponownego odżywienia (ASPEN 2014)	2	5	Niezasadne: jest wskazaniem do bardzo powolnego wdrażania ŻD (1), leczenie należy rozpocząć w warunkach szpitalnych umożliwiających intensywne monitorowanie pacjenta, nie oznacza dyskwalifikacji do DŻD (3)
34.	Zapalenie jelit wywołane promieniowaniem lub chemikaliami (Litwa)	2	4	Niezasadne: w zależności od zajętego odcinka (1), łagodne formy zapalenia jelit w przebiegu m.in. leczenia onkologicznego nie wykluczają DŻD (1), w zależności od stopnia (1)
35.	Nadciśnienie wewnątrzbrzuszne (ciśnienie ≥ 15 mm Hg) (Litwa)	2	4	Zasadne: ogólne przeciwwskazanie do żywienia dojelitowego, nie tylko domowego (1); niezasadne: ogólne przeciwwskazanie do żywienia dojelitowego, nie tylko domowego (1), przy wodobrzuszu u pacjentów z nieoperacyjnymi nowotworami, prowadzi się żywienie dojelitowe (1)
36.	Zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej (ASPEN 2014)	1	4	Zasadne: ogólne przeciwwskazanie do żywienia dojelitowego, nie tylko domowego (1), ciężkie, wymagające hospitalizacji (1); Niezasadne: niewyrównane, zagrażające życiu (1), należy uszczegółowić (m.in. ciężkie uniemożliwiające prowadzenie ŻD, łagodne mogące wystąpić w trakcie leczenia) (1), mogą być korygowane w trakcie leczenia (1)
37.	Niekontrolowane wymioty (Litwa)	1	6	Niezasadne: Musi być ustalona przyczyna, jeżeli przyczyna jest neurologiczna to nie jest to przeciwwskazanie (1)
38.	Zaburzenia koagulologiczne (INR $> 1,5$, APTT > 50 s, płytki $< 50\ 000$) (PTŻKD 2017)	1	6	Niezasadne: zaburzenia mogą być skutkiem niedożywienia, leczenie może przynieść poprawę (1), przeciwwskazanie do założenia gastrostomii (1), przy założonym dostępie, żywienie można prowadzić, są to kryteria dyskwalifikacji z zabiegu (1)
39.	Cukrzyca (ASPEN 2014)	0	7	brak
40.	Chorzy samotni (bez wsparcia opiekunów) (PTŻK 2019)	0	7	Niezasadne: Zapewnienie pomocy instytucjonalnej (2), nie zawsze potrzebna opieka (4)
41.	Terminalne stadium choroby nowotworowej (PTŻK 2019)	0	7	Zasadne: ogólne przeciwwskazanie do żywienia dojelitowego, nie tylko domowego (1);
42.	Zespół jelita drażliwego (Litwa)	0	7	brak
Specyficzne dla dorosłych				
43.	Objętość zalegająca w żołądku > 500 ml (Litwa)	3	3	Niezasadne: możliwe żywienie poza odźwiernik (1), możliwe żywienie do jelita (1)
44.	Przetoka jelitowo-skórna z wydzielaniem > 500 ml treści na dobę (Litwa)	3	3	Zasadne: na czczo, bez obciążenia przewodu pokarmowego nawet płynami, przy pełnym obciążeniu straty muszą być poniżej 2000 ml niż podaż drogą przewodu pokarmowego (1); Niezasadne: można próbować poniżej przetoki (2), zależy od przyczyn (1)

Lp.	Kryteria dyskwalifikacji	Zasadność w opinii eksperta		Uwagi
		TAK (zbiorcza liczba opinii)	NIE (zbiorcza liczba opinii)	
Specyficzne dla dzieci				
45.	Objętość zalegająca w żołądku zależna od wieku dziecka (Litwa)	1	2	Niezasadne: parametr podlegający indywidualnej ocenie (1)
46.	Przetoka jelitowo-skórna z wydzielaniem treści uzależnionym od wieku dziecka (Litwa)	1	2	Niezasadne: parametr podlegający indywidualnej ocenie (1)
47.	Niemowlęta (ASPEN 2014)	0	3	Niezasadne: wiek nie jest przeciwwskazaniem (1)

Uwagi ogólne ekspertów

Część ekspertów, oprócz odniesienia się do zaproponowanych kryteriów, przekazała również uwagi ogólne dotyczące organizacji i zasad prowadzenia domowego żywienia dojelitowego.

W opinii ekspertów, kwalifikacja pacjentów do żywienia dojelitowego w warunkach domowych powinna opierać się na podstawowych kryteriach takie jak:

- obecność niedożywienia (np. ocenianego zgodnie z kryteriami GLIM) lub istotne ryzyko jego wystąpienia,
- brak wskazań do hospitalizacji,
- stabilny dostęp do przewodu pokarmowego,
- odpowiedni stan ogólny pacjenta lub zapewniona opieka ze strony przeszkolonego opiekuna.

Podkreślono, że decyzja o zakwalifikowaniu pacjenta do leczenia żywieniowego w warunkach domowych powinna każdorazowo wynikać z indywidualnej oceny jego sytuacji klinicznej.

Jeden z ekspertów zwrócił uwagę, że dokumentacja pacjenta kwalifikowanego do domowego żywienia dojelitowego powinna zawierać m.in. informacje dotyczące:

- stanu zdrowia i braku możliwości żywienia doustnego,
- stabilności klinicznej,
- dostępu do leczenia,
- przeszkolenia pacjenta lub opiekuna,
- planu leczenia,
- możliwości logistycznych związanych z realizacją terapii.

Zaznaczono również, że wiele z zaproponowanych kryteriów wykluczających odnosi się do ogólnych przeciwwskazań do żywienia dojelitowego, obowiązujących także w warunkach szpitalnych. W ocenie ekspertów, wskazanie, że pacjent nie wymaga hospitalizacji, może być wystarczającym kryterium wykluczającym z terapii domowej.

Ponadto, jeden z ekspertów zasugerował uproszczenie wskazań do terapii, wskazując, że są one zbliżone w przypadku większości jednostek chorobowych prowadzących do konieczności leczenia żywieniowego.

Trzech ekspertów podkreśliło również znaczenie odpowiedniego przygotowania merytorycznego personelu medycznego odpowiedzialnego za kwalifikację oraz opiekę nad pacjentami objętymi leczeniem żywieniowym.

7. Propozycja kryteriów kwalifikacji i dyskwalifikacji do żywienia dojelitowego w warunkach domowych

Poniżej przedstawiono propozycję kryteriów kwalifikacji i dyskwalifikacji do żywienia dojelitowego w warunkach domowych, opracowaną przez AOTMiT na podstawie:

- 6 dokumentów zawierających rekomendacje i wytyczne praktyki klinicznej dotyczące kwalifikacji do żywienia dojelitowego w warunkach domowych: PTŻK (2019), PTŻKD (2017), ESPEN (2022), NICE (2017), ASPEN (2014), ACI (2012);
- analizy rozwiązań refundacyjnych i organizacyjnych funkcjonujących w 10 krajach, w których dostępne były informacje dotyczące kryteriów kwalifikacji do żywienia dojelitowego w warunkach domowych: Australia, Belgia, Dania, Francja, Hiszpania, Irlandia, Litwa, Nowa Zelandia, Wielka Brytania, Stany Zjednoczone;
- opinii 8 ekspertów klinicznych, w tym Konsultantów Krajowych, Prezesów Towarzystw Naukowych oraz Kierowników Ośrodków Żywienia Klinicznego.

Tabela 10. Propozycja kryteriów włączenia do domowego żywienia dojelitowego

Kryteria kwalifikacji (włączenia)		
L.p.	Propozycja	Uzasadnienie
1.	Zaburzenia funkcji lub anatomii przewodu pokarmowego, które uniemożliwiają prawidłowe trawienie lub wchłanianie składników odżywczych z diety doustnej	- poparte wytycznymi praktyki klinicznej (PTŻK 2019, PTŻKD 2017, NICE 2017, ACI 2012); - uwzględnione w rozwiązaniach w innych krajach (USA, Hiszpania, Dania); - potwierdzone przez ekspertów klinicznych (8)
2.	Brak możliwości pokrycia zapotrzebowania żywieniowego drogą doustną, mimo stosowania diety naturalnej lub wspomaganej żywnością medyczną.	- poparte wytycznymi praktyki klinicznej (PTŻK 2019, NICE 2017, ACI 2012); - uwzględnione w rozwiązaniach w innych krajach (Belgia, Dania, Hiszpania, Australia); - potwierdzone przez ekspertów klinicznych (7).
3.	Stwierdzone niedożywienie lub ryzyko jego wystąpienia, potwierdzone na podstawie co najmniej jednego z poniższych kryteriów: - kryteriów według GLIM (Global Leadership Initiative on Malnutrition): fenotypowych (utrata masy ciała, niski BMI, zmniejszona masa mięśniowa) i etiologicznych (zmniejszone spożycie/wchłanianie, stan zapalny), lub - wskaźnika BMI < 18,5 kg/m², lub - znaczącej, niezamierzonej utraty masy ciała (takie jak 5% w ciągu ostatnich 6 miesięcy lub 10% w czasie dłuższym niż 6 miesięcy), lub - innych wskaźników klinicznych lub przesiewowych, takie jak narzędzia Mini Nutritional Assessment. U dzieci: przewlekły brak lub niedostateczny przyrost masy ciała, spadek masy ciała, nieprawidłowe wskaźniki antropometryczne lub utrzymująca się niemożność przyjmowania odpowiedniej ilości pokarmu doustnie.	- poparte wytycznymi praktyki klinicznej (ESPEN 2022, NICE 2017, ASPEN 2014, ACI 2012); - uwzględnione w rozwiązaniach w innych krajach (Belgia, Francja); - potwierdzone przez ekspertów klinicznych (7). Kryteria niedożywienia i ryzyka niedożywienia na podstawie dostępnej literatury i opinii eksperckich.
4.	Dostęp do wydolnego i drożnego przewodu pokarmowego, umożliwiającego realizację celów żywieniowych	- poparte wytycznymi praktyki klinicznej (PTŻK 2019); - potwierdzone przez ekspertów klinicznych (8).
5.	Brak wskazań do hospitalizacji - pacjent wykazuje stabilność metaboliczną i wydolność narządową, pozwalającą na bezpieczne leczenie w warunkach domowych	- poparte wytycznymi praktyki klinicznej (ESPEN 2022, PTŻK, PTŻKD 2017, ACI 2012); - uwzględnione w rozwiązaniach w innych krajach (Litwa); - potwierdzone przez ekspertów klinicznych (8).

Tabela 11. Propozycja kryteriów wykluczenia z domowego żywienia dojelitowego

Kryteria dyskwalifikacji (wyłączenia)		
L.p.	Propozycja	Uzasadnienie
1.	Brak możliwości uzyskania dostępu do przewodu pokarmowego	- poparte wytycznymi praktyki klinicznej (PTŻK 2019); - potwierdzone przez ekspertów klinicznych (7)
2.	Stany kliniczne wymagające hospitalizacji lub wykluczające żywienie dojelitowe, takie jak: ciężka psychoza, całkowita niedrożność jelit, ostre krwawienie z przewodu pokarmowego, ostry brzuch, perforacja przewodu pokarmowego, wstrząs, zapalenie otrzewnej;	- poparte wytycznymi w innych krajach (Litwa); - uwzględnione w wytycznych praktyki klinicznej (PTŻK 2019, PTŻKD 2017); - potwierdzone przez ekspertów klinicznych (6-7)
3.	Ograniczenia prawne lub społeczne, takie jak: brak zgody pacjenta lub jego opiekuna prawnego, znaczna niesprawność fizyczna lub intelektualna przy braku opiekunów.	- poparte wytycznymi praktyki klinicznej (PTŻK 2019, PTŻKD 2017); - potwierdzone przez ekspertów klinicznych (6)

Dodatkowo zaproponowano doprecyzowanie warunków realizacji świadczenia w zakresie przygotowania pacjenta lub jego opiekunów do prowadzenia leczenia żywieniowego w warunkach domowych, obejmujące:

- ukończenie szkolenia z zakresu obsługi systemu żywienia dojelitowego,
- znajomość objawów mogących świadczyć o wystąpieniu powikłań związanych z terapią,
- nabycie umiejętności reagowania na drobne problemy techniczne i kliniczne,
- zobowiązanie do niezwłocznego kontaktu z ośrodkiem żywieniowym lub personelem medycznym w przypadku wystąpienia trudności lub sytuacji nagłych.

8. Bibliografia

Rekomendacje i wytyczne kliniczne	
ACI 2012	Agency for Clinical Innovation, ACI Nutrition Network Guidelines for Home Enteral Nutrition (HEN) Services 2nd Edition, Źródło: https://aci.health.nsw.gov.au/_data/assets/pdf_file/0007/171817/ACI-Guidelines-for-HEN-services-2nd-Ed.pdf [pobrano: 06.05.2025 r.]
ASPEN 2014	American Society for Parenteral and Enteral Nutrition, A.S.P.E.N. Standards for Nutrition Support: Home and Alternate Site Care, Źródło: https://aspenjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1177/0884533614539017 [pobrano: 06.05.2025 r.]
ESPEN 2022	European Society for Clinical Nutrition and Metabolism, ESPEN practical guideline: Home enteral nutrition, Źródło: https://www.espen.org/files/ESPEN-Guidelines/ESPEN_practical_guideline_Home_enteral_nutrition.pdf [pobrano: 23.04.2025 r.] European Society for Clinical Nutrition and Metabolism, ESPEN guideline on home enteral nutrition, Źródło: https://www.espen.org/files/ESPEN-Guidelines/ESPEN_guideline_on_home_enteral_nutrition.pdf [pobrano: 23.04.2025 r.]
NICE 2017	NICE, Nutrition support for adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition, https://www.nice.org.uk/guidance/cg32/resources/nutrition-support-for-adults-oral-nutrition-support-enteral-tube-feeding-and-parenteral-nutrition-pdf-975383198917 [pobrano: 23.04.2025 r.]
PTŻK 2019	Polskie Towarzystwo Żywienia Klinicznego, Standardy żywienia dojelitowego dorosłych pacjentów w warunkach domowych, Źródło: https://ptzk.pl/wp-content/uploads/2024/09/Standardy-HEN-PTŻK_ebook.pdf [pobrano: 23.04.2025 r.]
PTŻKD 2017	Polskie Towarzystwo Żywienia Klinicznego Dzieci, Polskie Towarzystwo Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci. Polskie Towarzystwo Neonatologiczne, Standardy leczenia żywieniowego w pediatrii 2017, PZWŁ, Warszawa 2018
Rozwiązania organizacyjne w innych krajach	
CMS 2024	Centers for Medicare & Medicaid Services, Local Coverage Determination (LCD): Enteral Nutrition (L38955), https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/view/lcd.aspx?LCDId=38955 [pobrano: 13.05.2025 r.]
Dania 2025	Danish Medicines Agency, Tilskud til ernæringspræparater, https://laegemiddelstyrelsen.dk/da/tilskud/ernaeringspraeparater-med-tilskud/tilskud-til-ernaeringspraeparater/#:~:text=Vejledning%20om%20I%C3%A6gens%20ordination%20af%20ern%C3%A6ringspr%C3%A6parater%20fremg%C3%A5r%20af,%28sondeern%C3%A6ring%20mv.%29.%20Se%20ogs%C3%A5%20Lister%20over%20tilskudsberettigede%20ern%C3%A6ringspr%C3%A6parater [pobrano: 13.05.2025 r.]
Dania 2006	Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Vejledning om tilskud til lægeordnede ernæringspræparater (sondeernæring m.v.), VEJ nr 115 af 08/12/2006, https://www.retsinformation.dk/eli/mt/2006/115 [pobrano: 13.05.2025 r.]
Francja 2010	La ministre de la santé et des sports, Arrêté du 19 février 2010 rectifiant l'arrêté du 9 novembre 2009 relatif à la modification de la procédure d'inscription et des conditions de prise en charge de l'alimentation non physiologique et prestations associées et des dispositifs médicaux d'administration par voie entérale et au changement de distributeur des produits de nutrition entérale de la société Celia Clinical Nutrition et des Laboratoires DHN inscrits à la section 5, chapitre 1er, titre 1er, de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000021865820 [pobrano: 13.05.2025 r.]
Francja 2010b	La ministre de la santé et des sports, Arrêté du 23 février 2010 relatif à l'inscription des produits de nutrition orale et entérale destinés aux enfants à la section 5, chapitre 1er, titre 1er de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale, https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000021889337 [pobrano: 13.05.2025 r.]
HSE 2023	Health Service Executive, National Guideline on Adult Home Enteral Nutrition, https://assets.hse.ie/media/documents/ncr/National_Guideline_on_Adult_Home_Enteral_Nutrition.pdf [pobrano 13.05.2025 r.]
INAMI 2025 (Belgia)	Institut national d'assurance maladie-invalidité, Voici la liste des maladies et autres conditions dans lesquelles nous remboursons l'alimentation entérale à partir du 1er février 2025, https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/nutrition_medicale_alimentation_enteralesonde_A_R_KB_20211123_medische_voeding_enteralesondevoeding_20250201.pdf [pobrano: 13.05.2025 r.]
KCE 2019 (Belgia)	Mistiaen P., Cordon A., Devriese S. et al., Organization and reimbursement of enteral and parenteral nutrition in and outside the hospital in Belgium, Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_315_Enteral_and_parenteral_nutrition_Report.pdf [pobrano: 13.05.2025 r.]

Litwa 2017	Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. (2017). Dėl Mitybos terapijos paslaugų stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose organizavimo ir teikimo tvarkos aprašo ir Ambulatorinių mitybos terapijos paslaugų organizavimo ir teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo, https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/a823ff21572411e78869ae36ddd5784f?jfwid=hyntnejx5 [pobrano 14.05.2025 r.]
Litwa 2017b	Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Mitybos terapijos metodika, https://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/Veiklos_sritys/Asmens_sveikatos_prieziura/Diagnostikos_metodikos_ir_rekomendacijos/Methodikos/Mitybos%20metodika_2017-02-21.pdf [pobrano: 14.05.2025 r.]
Nowa Zelandia 2025	Ministry of Health, New Zealand, Application for Subsidy by Special Authority (Form SA1859), https://schedule.pharmac.govt.nz/2025/05/01/SA1859.pdf [pobrano: 14.05.2025 r.]
Queensland Australia 2024	Queensland Health, Guideline for Home Enteral Nutrition Service (HENS) for outpatients, https://www.health.qld.gov.au/system-governance/policies-standards/guidelines/guideline-for-home-enteral-nutrition-service-hens-for-outpatients [pobrano: 13.05.2025 r.]
SANIDAD 2008	Ministerio de Sanidad y Consumo, Guía de nutrición enteral domiciliaria en el Sistema Nacional de Salud, https://www.sanidad.gob.es/eu/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/docs/quiaNED.pdf [pobrano: 13.05.2025 r.]
Pozostałe publikacje	
BAPEN	The British Association for Parenteral and Enteral Nutrition, https://www.bapen.org.uk/education/nutrition-support/enteral-nutrition/home-enteral-nutrition/ [pobrano: 22.05.2025 r.]
Brzózka 2024	Brzózka P., https://www.medme.pl/artykuly/zywienie-dojelitowe-na-czym-polega-zasady-peg-w-domu,98795.html [pobrano: 22.05.2025 r.]
Cederholm 2015	T. Cederholm et al., Diagnostic criteria for malnutrition e An ESPEN Consensus Statement, Clinical Nutrition 34 (2015) 335-340, https://doi.org/10.1016/j.clnu.2015.03.001 [pobrano: 11.06.2025 r.]
Cederholm 2019	Cederholm T. et al., GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition – A consensus report from the global clinical nutrition community*, Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle (2019) 10: 207-217, https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6438340/pdf/JCSM-10-207.pdf [pobrano: 11.06.2025 r.]
Cereda 2012	Cereda E., Mini Nutritional Assessment, 15 (1): 29-41 (2012), https://journals.lww.com/co-clinicalnutrition/fulltext/2012/01000/mini_nutritional_assessment.6.aspx [pobrano: 22.05.2025 r.]
PTŻK	Polskie Towarzystwo Żywienia Klinicznego, https://ptzk.pl/czym-jest-zywienie-dojelitowe-i-jak-moze-pomoc/ [pobrano: 22.05.2025 r.]
Gośliński 2021	https://www.zwrotnikraka.pl/zywienie-dojelitowe-pozajelitowe/ [pobrano: 20.05.2025]
Klęk 2014	https://journals.viamedica.pl/nawotwory_journal_of_oncology/article/view/NJO.2014.0071/34054 [pobrano: 20.05.2025]
Volkert 2019	D. Volkert et al., ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics, Clinical Nutrition 38 (2019) 10-47, https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.05.024 [pobrano: 11.06.2025 r.]
WHO 2025	World Health Organization, Malnutrition, https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/malnutrition [pobrano: 11.06.2025 r.]

9. Spis tabel

Tabela 1. Propozycja brzmienia warunków realizacji świadczenia żywienie dojelitowe w warunkach domowych, uwzględniająca kryteria kwalifikacji i dyskwalifikacji pacjentów	9
Tabela 2. Zestawienie korespondencji do ekspertów klinicznych.	12
Tabela 3. Kryteria fenotypowe i etiologiczne GLIM	15
Tabela 4. Wykaz świadczeń gwarantowanych w przypadku innych świadczeń ambulatoryjnych oraz warunki ich realizacji w zakresie żywienia dojelitowego.....	17
Tabela 5. Katalog zakresów świadczeń w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie żywienia dojelitowego	18
Tabela 6. Wytyczne kliniczne dotyczące kryteriów kwalifikacji do żywienia dojelitowego w warunkach domowych.....	20
Tabela 7. Kryteria kwalifikacyjne do żywienia dojelitowego (formularz SA1859) według grup pacjentów	41
Tabela 8. Ocena ekspercka zasadności uwzględnienia kryteriów kwalifikacji (włączenia) do żywienia dojelitowego w warunkach domowych	46
Tabela 9. Ocena ekspercka zasadności uwzględnienia kryteriów dyskwalifikacji (wykluczenia) do żywienia dojelitowego w warunkach domowych	49
Tabela 10. Propozycja kryteriów włączenia do domowego żywienia dojelitowego.....	54
Tabela 11. Propozycja kryteriów wykluczenia z domowego żywienia dojelitowego	55

10. Załączniki

10.1. Karty kwalifikacji i monitorowania do leczenia żywieniowego

Rysunek 2. Karta kwalifikacji dorosłych do leczenia żywieniowego

Załącznik Nr 6a do zarządzenia Nr 37/2024/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 29 marca 2024 r.

Karta kwalifikacji dorosłych do leczenia żywieniowego

Nazwisko i imię pacjenta:		PESEL:	Wiek:
Data badania: dzień: miesiąc: rok:			
Rozpoznanie (wg ICD – 10):			
1.	Przesiewowa ocena stanu odżywienia	NRS lub SGA	BMI
2.	Szczegółowa ocena stanu odżywienia		
	Utrata masy ciała w ciągu ostatnich 3 miesięcy	☐ powyżej 10% masy ciała wyjściowej	☐ poniżej 10% masy wyjściowej
	Białko całkowite	☐ poniżej normy	☐ norma
	Albumina	☐ poniżej normy	☐ norma
	Cholesterol całkowity	☐ poniżej normy	☐ norma
Możliwe skuteczne odżywianie doustne		☐ nie	Leczenie żywieniowe dojelitowe wypełnić pkt. 3, 4, 7 – 9
Możliwe skuteczne żywienie drogą przewodu pokarmowego		☐ nie	Leczenie żywieniowe pozajelitowe wypełnić pkt. 5 – 9
3.	Wskazania do leczenia żywieniowego dojelitowego	☐ dysfagia ☐ niedrożność górnej części przewodu pokarmowego ☐ śpiączka niemetaboliczna ☐ inne	
4.	Dostęp dojelitowy	zgłębnik: ☐ nosowo – żołądkowy, ☐ nosowo – dwunastniczy, ☐ nosowo – jelitowy ☐ gastrostomia ☐ jejunostomia	
5.	Wskazania do leczenia żywieniowego pozajelitowego	☐ niedożywienie ☐ okres okołoperacyjny u dorosłych ☐ wyniszczenie (BMI <17) ☐ niedożywienie (BMI 17-19) bez możliwości wykorzystania przewodu pok. > 5 dni ☐ BMI ≥ 19 bez możliwości wykorzystania przewodu pok. > 7 dni ☐ powikłania pooperacyjne bez możliwości skutecznego odżywiania doustnego ☐ reoperacja w okresie 30 dni po poprzedniej operacji ☐ niewydolność przewodu pokarmowego ostra lub przewlekła ☐ inne	
6.	Dostęp pozajelitowy	☐ żyły obwodowe, ☐ PICC, ☐ żyła centralna ☐ cewnik nietunelizowany, ☐ port ☐ cewnik permanentny, typ cewnika	
7.	Cel leczenia żywieniowego:	☐ utrzymanie stanu odżywienia, ☐ poprawa stanu odżywienia, ☐ leczenie choroby podstawowej lub jej powikłań	
8.	Ocena ryzyka powikłań metabolicznych lub zespół ponownego odżywienia:	☐ małe ☐ duże	
9.	Dni leczenia żywieniowego:	żywienie dojelitowe dni kompletne żywienie pozajelitowe dorosłych dni częściowe (niekompletne) żywienie pozajelitowe dni leczenie żywieniowe immunomodulujące dni	

.....
 Nadruk lub pieczęćka zawierająca imię i nazwisko,
 numer prawa wykonywania zawodu oraz podpis lekarza

Rysunek 3. Karta leczenia żywieniowego dorosłych

Karta leczenia żywieniowego dorosłych

Nazwisko i imię pacjenta:		PESEL:		Wiek:	
---------------------------	--	--------	--	-------	--

I. Data										
Dieta przemysłowa* (nazwa)										
lub Mieszanka żywieniowa gotowa (nazwa)										
lub Worek indywidualny**										
**Aminokwasy (g)										
**Glukoza (g)										
**Tłuszcze (g)										
Objętość (ml)										
Droga podawania pozajelitowego										
Żyła centralna/żyła obwodowa										
Dostęp do przewodu pokarmowego										
(zgłębnik/gastrotomia/jejunostomia)										
Sposób podawania diety przemysłowej										
(bolus/wlew ciągły-szybkość)										
II. Dodatki - nazwa preparatu	Dawka									
Witaminy										
Pierwiastki śladowe										
Sód										
Fosforany										
Magnez										
Wapń										
Potas										
Witamina B1										
Inne										
Insulina jedn.										
Nadruk lub pieczęć zawierająca imię i nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu oraz podpis lekarza										

* brak konieczności wypełniania II części tabeli w przypadku braku dodatków do diety przemysłowej

**w przypadku dołączenia recepty na worek indywidualny – brak konieczności wypełniania II części tabeli

III.	Nazwa badania	Data									
Podstawowe badania kontrolne *** zaznaczyć wykonanie (+/-)	Radio kalcyton/Albumina										
	Cholesterol										
	Ca ²⁺ Totalny/Free										
	WBC/RBC/Hb										
	Na mmol/L K mmol										
	Ca mmol/dg P										
	Bilirubina/AspAT/AlAT										
	Kreatynina/moczniak										
	Glukoza										
	Inne										
Bilans Np: 24h											

*** wyniki badań laboratoryjnych należy dołączyć do historii choroby

Rysunek 4. Karta kwalifikacji dzieci do leczenia żywieniowego

Oznaczenie świadczeniodawcy*	Załącznik Nr 6c do zarządzenia Nr 37/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 marca 2024 r.
	Data badania (dzień/mies./rok):/...../..... Nr dok. med.: PESEL:

KARTA KWALIFIKACJI DZIECI DO LECZENIA ŻYWIENIOWEGO
(nie dotyczy noworodków)

DOTYCZY ŻYWIENIA: POZAJELITOWEGO ☐
DROGĄ PRZEWODU POKARMOWEGO ☐
LUB ŁĄCZNIE POZAJELITOWEGO ☐
I DROGĄ PRZEWODU POKARMOWEGO ☐

Imię i nazwisko:
Płeć: M ☐ ; Z ☐
Data urodzenia (dzień/mies./rok):/...../.....; wiek (lata, mies.):
Masa ciała: kg; centyle:
Wysokość ciała: cm; centyle:
Masa-do-długości (wysokości) dla dzieci 2–5 lat (WHO Child Growth Standards):
centyle:
BMI:; centyle:
Obwód głowy: cm; centyle: (dotyczy niemowląt)

UWAGA! należy stosować siatki wzrastania wg:

1. Kułaga Z. i wsp. Standardy Medyczne 2015; 12 (1) Suplement 1 **lub**
2. <http://www.who.int/growthref/en/> **lub**
3. Inne:

.....
(proszę wpisać inne źródło)

ROZPOZNANIE (ICD 10):
.....
.....

UZASADNIENIE dla ROZPOCZĘCIA leczenia żywieniowego:
.....
.....
.....

Planowanie żywienia:

- ☐ pozajelitowego: ☐ całkowitego; ☐ częściowego; ☐ immunomodulacyjnego
☐ drogą przewodu pokarmowego: ☐ całkowitego; ☐ częściowego

OKREŚLENIE 100 % DZIENNEGO ZAPOTRZEBOWANIA ENERGETYCZNEGO
U LECZONEGO PACJENTA: kcal (kJ)

UWAGA: Orientacyjne potrzeby energetyczne u dzieci, uwzględniające podaż białka
(CAŁKOWITE):

wiek 0–1 lat: 90–100 kcal/kg mc./dobę
wiek 1–7 lat: 75–90 kcal/kg mc./dobę
wiek 7–12 lat: 60–75 kcal/kg mc./dobę
wiek 12–18 lat: 30–60 kcal/kg mc./dobę

ZAŁECANA podaż drogą przewodu pokarmowego – % Dziennego Zapotrzebowania Energetycznego:

0% ☐ ; < 50% ☐ ; > 50% ☐

ZAŁECANA podaż drogą pozajelitową – % Dziennego Zapotrzebowania Energetycznego:

0% ☐ ; < 50% ☐ ; > 50% ☐

W planach włączenie do programu domowego żywienia:

pozajelitowego ☐ TAK ☐ NIE
drogą przewodu pokarmowego ☐ TAK ☐ NIE

Uwagi:
.....
.....
.....

.....
Nadruk lub pieczęć
zawierająca imię i nazwisko, numer
prawa wykonywania zawodu oraz podpis lekarza

Rysunek 5. Karta monitorowania leczenia żywieniowego dzieci

Załącznik Nr 6d do zarządzenia Nr 37/2024/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 29 marca 2024 r.

Oznaczenie świadczeniodawcy*

Data badania (dzień/mies./rok):/...../.....

Nr dok. med.:

PESEL:

KARTA MONITOROWANIA LECZENIA ŻYWIENIOWEGO DZIECI
w szpitalu/w domu. Nie dotyczy noworodków.

DOTYCZY ŻYWIENIA: POZAJELITOWEGO ☐
 DROGĄ PRZEWODU POKARMOWEGO ☐
 LUB ŁĄCZNIE POZAJELITOWEGO
 I DROGĄ PRZEWODU POKARMOWEGO ☐

Imię i nazwisko:

Płeć: M ☐ ; Z ☐

Data urodzenia (dzień/mies./rok):/...../.....; wiek (lata, mies.):

ROZPOZNANIE (ICD 10):

OKREŚLENIE DOCELOWEGO 100% DZIENNEGO ZAPOTRZEBOWANIA
ENERGETYCZNEGO U LECZONEGO PACJENTA: kcal/kg mc.

UWAGA: Orientacyjne potrzeby energetyczne u dzieci, uwzględniające podaż białka
 (CAŁKOWITE):

wiek 0–1 lat: 90–100 kcal/kg mc./dobę

wiek 1–7 lat: 75–90 kcal/kg mc./dobę

wiek 7–12 lat: 60–75 kcal/kg mc./dobę

wiek 12–18 lat: 30–60 kcal/kg mc./dobę

0% ☐ ; < 50% ☐ ; > 50% ☐**ZALECONA DOCELOWA** podaż drogą pozajelitową – % Dziennego Zapotrzebowania

Energetycznego:

0% ☐ ; < 50% ☐ ; > 50% ☐

Uwagi:

OCENA DYNAMICZNA LECZENIA ŻYWIENIOWEGO I ODŻYWIENIA:

Parametr	Początek Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:
Masa ciała (kg)*						
Długość ciała (cm)*						
Podaż energii drogą pozajelitową kcal/kg mc./d						
Podaż energii drogą dojelitową kcal/kg mc./d**						
Całkowita podaż energii kcal/kg mc./d**						

* Częstość pomiaru zależy od stanu klinicznego: w warunkach szpitalnych ok. 1 ×/tydz., w warunkach leczenia domowego co 1–6 mies. (w zależności od wieku dziecka). W przypadku niemowląt nie rzadziej niż co 6 mies., u dzieci > 1. roku życia co 6–12 mies. do czasu zakończenia wzrastania. Nie dotyczy dzieci z malformacjami anatomicznymi.

** Ocena na początku i po istotnych zmianach podaży.

Uwaga: Wyniki badań laboratoryjnych są zawarte w historii choroby.

.....
 Nadruk lub pieczęć
 zawierająca imię i nazwisko, numer
 prawa wykonywania zawodu oraz
 podpis lekarza

Rysunek 6. Karta kwalifikacji do żywienia pozajelitowego i/lub drogą przewodu pokarmowego noworodków

Załącznik Nr 6e do zarządzenia Nr 37/2024/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 29 marca 2024 r.

Oznaczenie świadczeniodawcy*	Data badania (dzień/mies./rok):/...../.....
	Nr dok. med.:
	PESEL:

**KARTA KWALIFIKACJI DO ŻYWIENIA POZAJELITOWEGO
I/LUB DROGĄ PRZEWODU POKARMOWEGO NOWORODKÓW**

Imię i nazwisko:

Data urodzenia (dzień/mies./rok):/...../.....; wiek (dni):

Tydzień ciąży:

Rozpoznanie (ICD 10):

.....

UZASADNIENIE dla ROZPOCZĘCIA leczenia żywieniowego:

- ☐ noworodek z masą < 1500 g
- ☐ noworodek z masą ≥ 1500 g, u którego nie jest spodziewane osiągnięcie tolerancji pełnych porcji pokarmu drogą doustną w ciągu 3 dni

Ocena wieku płodowego noworodka:

- ☐ donoszony (≥ 37 t.c.)
- ☐ niedonoszony (≤ 36 + 6 t.c.)
- ☐ z małą urodzeniową masą ciała (< 2500 g)
- ☐ z bardzo małą urodzeniową masą ciała (< 1500 g)
- ☐ z ekstremalnie małą masą ciała (< 1000 g)

Masa ciała: kg; obwód głowy: cm; długość: cm

Ocena stanu odżywienia:

- ☐ hipertroficzny (> 97 centyla)
- ☐ hipertroficzny (> 90 centyla)
- ☐ eutroficzny (pomiędzy 10–90 centylem)
- ☐ hipotroficzny (< 10 centyla)
- ☐ hipotroficzny (< 3 centyla)

Wymaga żywienia:

- | | | |
|--|---------------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ pozajelitowego: | ☐ całkowitego; | ☐ częściowego |
| ☐ drogą przewodu pokarmowego: | ☐ całkowitego; | ☐ częściowego |

W ŻYWIENIU DOJELITOWYM NOWORODKÓW STOSOWANE SĄ: POKARM NATURALNY (KOBIECY), MIESZANKI MODYFIKOWANE DLA NOWORODKÓW URODZONYCH PRZEDWCZEŚNIE I URODZONYCH O CZASIE. ŻYWIENIE TROFICZNE NIE JEST ŻYWIENIEM DOJELITOWYM.

.....
 Nadruk lub pieczętka
 zawierająca imię i nazwisko, numer
 prawa wykonywania zawodu oraz
 podpis lekarza

Rysunek 7. Karta monitorowania leczenia żywieniowego noworodków

Załącznik Nr 6f do zarządzenia Nr 37/2024/DSOZ
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 29 marca 2024 r.

Oznaczenie świadczeniodawcy:

Data badania (dzień/mies./rok):/...../.....

Nr dok. med.:

PESEL:

**KARTA MONITOROWANIA LECZENIA
ŻYWIENIOWEGO NOWORODKÓW**

Imię i nazwisko:

Data urodzenia (dzień/mies./rok):/...../.....

Sposób żywienia:

☐ Żywienie pozajelitowe: ☐ całkowite; ☐ częściowe

Data rozpoczęcia żywienia:

Data zakończenia żywienia:

Powód:

☐ Żywienie dojelitowe: ☐ całkowite; ☐ częściowe

Data rozpoczęcia żywienia:

Data zakończenia żywienia:

Powód:

Dostęp do przewodu pokarmowego:

☐ zgłębnik żołądkowy; ☐ zgłębnik dojelitowy; ☐ gastrostomia; ☐ jejunostomia

Rodzaj pokarmu:

☐ pokarm kobiecy; ☐ mieszanka mleczna; ☐ mieszane; ☐ mieszanka specjalistyczna

Monitorowanie badań lab.: wykonane badania (wyniki w historii choroby).

....., dn r.

Nadruk lub pieczęć zawierająca imię
i nazwisko, numer prawa
wykonywania zawodu oraz podpis
lekarza