

LECZENIE ŻYWIENIOWE DOJELITOWE I POZAJELITOWE W WARUNKACH DOMOWYCH I SZPITALNYCH ASPEKTY KLINICZNE I EKONOMICZNE

– wybrane zagadnienia z raportu

Raport przygotowany przez Instytut Arcana Sp. z o.o. na zlecenie
Nutrimed Sp. z o.o. Data zakończenia analizy: 10 września 2019 r.
Redakcja dokumentu: 7 października 2019 r.



1. OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO

Niedożywienie związane z chorobą obejmuje zespół objawów niedoboru podstawowych składników odżywczych, spowodowany ich niedostateczną podażą (w sytuacji normalnego lub zwiększonego zapotrzebowania), zaburzeniami wchłaniania lub ich nadmierną utratą. Procesy te nasila, towarzysząca większości chorób oraz patologicznym stanom klinicznym reakcja zapalna.

Niedożywienie dotyczy pacjentów we wszystkich grupach wiekowych, aczkolwiek najbardziej narażeni na jego występowanie są pacjenci starsi (powyżej 65 roku życia). Szacuje się, że w Europie ryzyko niedożywienia dotyczy aż 33 mln osób¹.

Następstwa niedożywienia są wielopłaszczyznowe i dotyczą praktycznie wszystkich narządów i układów. Negatywne konsekwencje obejmują zwiększenie częstości występowania powikłań, w tym pooperacyjnych, zwiększenie śmiertelności, częstości oraz długości czasu hospitalizacji, co z kolei wiąże się ze wzmożonym zużyciem zasobów systemu służby zdrowia i zwiększeniem kosztów leczenia.

Niedożywienie w wybranych jednostkach chorobowych:

• Choroby nowotworowe

Objawy niedożywienia lub wyniszczenia występują u 30-85% chorych. Najczęściej towarzyszą chorobie w stadium uogólnienia, a u 5-20% chorych wyniszczenie jest bezpośrednią przyczyną zgonu w terminalnym okresie choroby². Utrata masy ciała w okresie przed włączeniem chemioterapii przyczynia się do zwiększenia liczby powikłań i działań niepożądanych w czasie stosowanej terapii, zmniejszenia odsetka odpowiedzi na leczenie oraz obniżenia jakości życia³.

• Choroby neurologiczne

Niedożywienie występuje nawet u 62% pacjentów z udarem mózgu, u 70% po ciężkim urazie głowy, do 24% w chorobie Parkinsona oraz 16% pacjentów ze stwardnieniem zanikowym bocznym. W efekcie szanse na skuteczne leczenie i przeżycie istotnie maleją. Niedożywienie stanowi negatywny czynnik rokowniczy i wpływa na zwiększenie ryzyka wystąpienia odleżyn i zakażeń (szczególnie układu oddechowego), a także czas pobytu w szpitalu i zmniejszenie skuteczności rehabilitacji, która jest kluczowym elementem opieki nad pacjentem z chorobą neurologiczną⁴.

• Pacjenci geriatryczni

Według jednego z badań ponad 55% pacjentów po 65 roku życia jest w ryzyku niedożywienia lub niedożywionych^{5,6}. Niedożywienie powoduje niepełnosprawność życiową, utratę niezależności oraz zwiększa zapotrzebowanie na usługi publicznej służby zdrowia. Około połowa osób w podeszłym wieku nie przyjmuje odpowiedniej ilości składników odżywczych w swojej diecie⁷.

2. ODPOWIEDŹ NA PROBLEM ZDROWOTNY – LECZENIE ŻYWIENIOWE

Leczenie żywieniowe to leczenie wspierające, które można prowadzić drogą przewodu pokarmowego (żywienie dojelitowe, enteralne, EN, ang. *enteral nutrition*) lub pozajelitowe (żywienie parenteralne, PN, ang. *parenteral nutrition*), gdy żywienie przez przewód pokarmowy jest niewystarczające lub niewskazane. Żywienie pozajelitowe cechuje się niższym profilem bezpieczeństwa i węższym zastosowaniem, niż ma to miejsce w przypadku EN⁸. **W żywieniu dojelitowym stosuje się gotowe diety przemysłowe i tylko tak prowadzone leczenie żywieniowe jest finansowane przez NFZ w ramach różnych rodzajów świadczeń¹.**

U pacjentów wymagających długotrwałego żywienia dojelitowego, których stan kliniczny pozwala na wypis do domu, zaleca się planowe włączanie do procedury „Żywienie dojelitowe w warunkach domowych”⁹. W ramach procedury pacjenci otrzymują bezpłatnie diety i sprzęt do leczenia żywieniowego, a wyspecjalizowany personel zajmuje się monitorowaniem i modyfikowaniem leczenia, a także leczeniem jego ewentualnych powikłań.

3. ANALIZA SYTUACJI – POTRZEBY, WYTTCZNE I WPŁYW NIEDOŻYWIENIA NA SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ

Niedożywienie związane z chorobą jest poważnym wyzwaniem dla zdrowia publicznego na całym świecie. Pomimo faktu, że jest ono bezpośrednią przyczyną zwiększonego ryzyka powikłań, przedłużonego pobytu w szpitalu, wyższego kosztu leczenia i częstszych powtórnych hospitalizacji czy również śmiertelności, rzadko jest rozpoznawane, a przy tym jeszcze rzadziej leczone. **Terapia żywieniowa powinna być uwzględniana w procedurach medycznych wielu chorób, ponieważ bezpośrednio wpływa na wyniki leczenia i rokowania pacjenta.**

Zgodnie z obowiązującym od 2011 roku Rozporządzeniem Ministra Zdrowia (z późniejszymi zm.), na wszystkich oddziałach szpitalnych (z wyjątkiem szpitalnych oddziałów ratownictwa oraz oddziałów psychiatrycznych) obowiązkowe jest wykonanie u wszystkich hospitalizowanych pacjentów przesiewowej oceny stanu odżywienia z użyciem ankiet SGA lub NRS 2002. Ocena musi zostać wykonana na początku hospitalizacji, aby w razie potrzeby jak najszybciej wdrożyć leczenie żywieniowe. Stan odżywienia pacjenta powinien być monitorowany co 14 dni. Wymagane jest też udokumentowanie oceny w każdej historii choroby¹⁰.

Wyniki raportu „Ocena terapii żywieniowej w polskich szpitalach” Polskiego Towarzystwa Żywności Pozajelitowej, Dojelitowej i Metabolizmu wskazują, że 60 proc. pacjentów badanych skalą NRS2002 nie otrzymało zalecanego żywienia, natomiast 30 proc. wyszło ze szpitala niedożywionych¹¹. Z innych danych POLSPEN'u wynika, że u 70 proc. pacjentów niedożywionych już w momencie przyjęcia do szpitala stan ten w czasie hospitalizacji się pogłębia¹². W 2016 r. opublikowano wyniki badań obejmujących grupę ponad 100 tys. pacjentów, w tym 2 830 chorych z Polski z okresu 2006-2012 r.¹³ Wyniki wskazują, że polskie szpitale wypadają gorzej na tle innych krajów, zarówno pod względem utraty masy ciała chorych, jak i spadku podaży pożywienia. Pomimo stwierdzenia niedożywienia u około połowy pacjentów, nie podjęto żadnych działań, które mogłyby poprawić stan odżywienia chorych.

Niedożywienie związane z chorobą jest jednym z istotnych czynników wpływających na koszty hospitalizacji. **Korelując z większą liczbą powikłań i wydłużoną hospitalizacją, skutkuje 2-3 krotnym zwiększeniem kosztów leczenia w porównaniu do kosztów leczenia osoby z tą samą chorobą, ale prawidłowo odżywioną¹⁴. Roczny koszt nieleczzonego niedożywienia wynosi 1,5 mld PLN, natomiast wliczając koszty pośrednie, takie jak opieka nad pacjentem, absencja w pracy, utrzymanie rodzin – sięga 11 mld PLN.** Rosnące koszty są także wynikiem terapii innych, będących skutkiem niedożywienia, schorzeń, m.in. niegojących się ran, w tym odleżyn¹⁵. Według danych zebranych w badaniach porównujących stan odżywienia i występowania powikłań pacjenci nieodpowiednio odżywieni, w porównaniu do hospitalizowanych chorych bez oznak niedożywienia, przebywali w szpitalu średnio o 7 dni dłużej, a koszt ich leczenia wyniósł w przybliżeniu 300% kosztu leczenia osób prawidłowo odżywionych^{16,17}.

Jako powód obecnego stanu rzeczy wskazuje się niewystarczające standardy podczas kształcenia przyszłych lekarzy. Bardzo ważna jest identyfikacja pacjentów potencjalnie narażonych na niedożywienie albo tych, u których to niedożywienie już występuje i kolejno wdrożenie zindywidualizowanego leczenia żywieniowego¹⁴.

4. ŚWIADCZENIE ŻYWIENIE DOJELITOWE W WARUNKACH DOMOWYCH

Badanie reprezentujące kilkuletnią perspektywę, opisującą żywienie dojelitowe i pozajelitowe w warunkach domowych w Polsce od momentu wprowadzenia finansowania publicznego przez pięć kolejnych lat wskazuje, że liczba pacjentów znacząco wzrosła między 2008 a 2013 rokiem – z 196 do 2842 pacjentów. Częstość występowania domowego żywienia dojelitowego wzrosła z 5,4 / 1 mln osób do 47,6 w ciągu zaledwie pięciu lat¹⁸. Aktualne dane z NFZ pokazują, że w 2016 roku osób żywionych w ten sposób było 9 416 (łącznie zrealizowano 1 051 790 osobodni), a w roku 2018 roku liczba ta wzrosła do 12 623 (1 432 705 osobodni).

Jednocześnie od kilku lat obserwuje się problemy w dostępie do świadczenia żywienia dojelitowe w warunkach domowych (głównie osób dorosłych bez wskazań onkologicznych) w 13 województwach. Wyjątek stanowią województwa podkarpackie, śląskie oraz warmińsko-mazurskie, w których pacjenci przyjmowani są bez zwłoki. **W skali pełnego roku rozliczeniowego w kolejce oczekuje około 2 521 chorych.**

5. ANALIZA EKONOMICZNA ŻYWIENIA DOJELITOWEGO W SZPITALU I W WARUNKACH DOMOWYCH

W oparciu o przegląd **dowodów klinicznych**, jak i danych dotyczących niezapokojonej potrzeby medycznej oraz jakości życia związanej ze zdrowiem, określono korzyści wynikające z zastosowania ocenianych interwencji u pacjentów ze wskazaniami do podaży żywienia drogą inną niż doustną, o składzie dostosowanym do potrzeb chorego.

Wykonana **analiza kosztowa**, uwzględniająca dwie perspektywy – płatnika publicznego (NFZ) oraz świadczeniodawców (szpitale) – opiera się na obowiązujących zarządzeniach Prezesa NFZ, statystykach płatnika, jak i udostępnionych danych przez dwa podmioty publiczne¹⁹ oraz największego świadczeniodawcę w zakresie żywienia dojelitowego w warunkach domowych w Polsce – Nutrimed²⁰. W obliczeniach wzięto pod uwagę koszty pracy personelu medycznego i bezpośrednie koszty związane ze świadczeniem (np. transport sanitarny dla pacjenta, dostarczanie diet, transport personelu na wizyty kontrolne). Uzyskane dane kosztowe zestawiono z korzyściami zdrowotnymi i wynikami oceny jakości życia.

W analizie ekonomicznej z perspektywy płatnika publicznego zdecydowano się na przeprowadzenie analizy wpływu na system ochrony zdrowia (ang. Budget Impact Analysis; **BIA**), natomiast w przypadku perspektywy świadczeniodawcy wykonano analizę wydajności kosztów (ang. Cost-Benefit Analysis; **CBA**).

W ramach analizy BIA porównano dwa scenariusze sytuacyjne:

- **Scenariusz „istniejący”** zakładający limitowany kontraktami z NFZ dostęp do żywienia dojelitowego w warunkach domowych
- **Scenariusz „nowy”** zakładający zgodnie z propozycją **Rzecznika Praw Pacjenta** nielimitowane stosowanie żywienia dojelitowego w warunkach domowych.

W przypadku analiz CBA dokonano porównania dwóch scenariuszy sytuacyjnych:

- **Scenariusz „istniejący”** – brak realnie działającego dedykowanego szpitalnego zespołu żywieniowego;
- **Scenariusz „nowy”**: utworzenie specjalnego zespołu ds. żywienia w szpitalu (**NST**, ang. *Nutrition Support Team*) umożliwiającego optymalizację posiadanych zasobów i dostępnych środków z NFZ.

Wyniki analizy BIA – perspektywa płatnika publicznego (NFZ)

W tabeli poniżej przedstawiono wyniki analizy ekonomicznej BIA z perspektywy płatnika publicznego.

Tabela 1. Wyniki analizy BIA – wariant podstawowy

Rok	Liczebność populacji docelowej		Liczba osób leczonych		Liczba osób w „kolejce” NFZ		Koszty leczenia pacjentów [PLN]*		
	dorośli	dzieci	dorośli	dzieci	dorośli	dzieci	dorośli	dzieci	łącznie
Scenariusz istniejący									
2020	12 745	3 004	10 224	3 004	2 521	0	166 792 380	54 326 918	221 119 298
2021	12 813	3 020	10 292	3 020	2 521	0	167 613 249	54 614 527	222 227 776
Scenariusz nowy									
2020	12 745	3 004	12 745	3 004	0	0	155 055 196	54 326 918	209 382 113
2021	12 813	3 020	12 813	3 020	0	0	155 876 064	54 614 527	210 490 591
2020	Różnica w kosztach pomiędzy scenariuszem nowym a scenariuszem istniejącym						-11 737 185	0	-11 737 185
2021							-11 737 185	0	-11 737 185

* Suma kosztów w modelu BIA u pacjentów leczonych HEN oraz kosztów dodatkowych u chorych oczekujących na świadczenia z modelu BIA.

W przypadku uwzględnienia nielimitowanego dostępu do świadczenia HEN dla pacjentów wymagających terapii prawdopodobne oszczędności płatnika publicznego wyniosą około **11,7 mln PLN** w skali roku. Dodatkowo **wprowadzenie nielimitowanych świadczeń przyczyni się do skrócenia czasu oczekiwania w kolejkach NFZ i tym samym do ograniczenia potencjalnych kosztów płatnika publicznego na żywieniu pacjentów w ramach dodatkowych hospitalizacji.**

Wyniki analizy CBA – perspektywa świadczeniodawcy (szpital)

W tabeli poniżej przedstawiono wyniki analizy CBA z perspektywy świadczeniodawcy (przy założeniu średniej wielkości szpitala – 19 618 pacjentów w skali roku).

Interwencja	Koszty związane z interwencją				Korzyści związane z interwencją (m.in. rozliczenie hospitalizacji z NFZ)			CBA
	EN*	PN	Koszt zespołu NST	Łącznie	EN**	PN	Łącznie	
Scenariusz istniejący	173 861	250 017	0	423 878	27 917	342 982	370 899	0,88
Scenariusz nowy	164 110	250 017	124 914	539 041	209 374	342 982	552 357	1,02

* Uwzględniono zarówno koszty żywienia EN, jak i koszty rehospitalizacji w grupie osób prawidłowo żywionych oraz grupie chorych (dotyczy tylko scenariusza istniejącego) niezakwalifikowanej do EN pomimo konieczności włączenia interwencji żywieniowej²¹

** Uwzględniono korzyści w postaci rozliczonych z NFZ osobodni żywienia EN²¹

W przypadku inwestycji polegającej na utworzeniu realnie działającego zespołu ds. żywienia szpital może zyskać zarówno na lepszej wycenie hospitalizacji (zysk rządu kilkudziesięciu złotych na pojedynczym osobodniu żywienia EN), jak również na ograniczeniu zbędnych rehospitalizacji generujących koszty po stronie świadczeniodawcy (w przypadku powrotu pacjenta w okresie 14 dni od wypisu ze szpitala NFZ nie zwraca kosztów leczenia).

6. WNIOSKI

Wczesne rozpoczęcie żywienia dojelitowego zarówno w warunkach szpitalnych (tj. <24 h po przyjęciu), jak i domowych gwarantuje ograniczenie ryzyka wystąpienia poważnych powikłań. Dodatkowo wykazano wyraźne zmniejszenie czasu trwania hospitalizacji w przypadku prawidłowej interwencji żywieniowej w szpitalu, jak również częstości hospitalizacji w przypadku prowadzenia procedury żywienia dojelitowego w warunkach domowych. Równocześnie zgodnie z danymi NFZ aktualny średni czas oczekiwania na świadczenie to 180 dni, co w prostej estymacji przekłada się na znaczący wzrost kosztów zarówno płatnika publicznego, jak i świadczeniodawcy. Co więcej, nawet kilka dni zwłoki w rozpoczęciu żywienia może mieć katastrofalne skutki: śmiertelność w grupie osób oczekującej na leczenie w porównaniu z grupą osób niezwłocznie objętych żywieniem dojelitowym w domu jest istotnie statystycznie wyższa²². Istnieją województwa borykające się z problemem kolejek do świadczeń, stąd należałoby rozważyć znaczące podniesienie kwoty kontraktu w celu wyrównania dysproporcji w dostępie do świadczeń.

W oparciu o przedstawione aspekty klinicznej oraz wyniki analizy ekonomicznej wydaje się wysoce zasadne:

- Wprowadzenie obowiązkowego utworzenia realnie działających zespołów ds. żywienia w każdym szpitalu w celu prawidłowej diagnozy oraz wdrożenia leczenia żywieniowego u pacjentów wymagających wczesnej interwencji żywieniowej;
- Umożliwienie (zgodnie z propozycją Rzecznika Praw Pacjenta) nielimitowanego stosowania żywienia dojelitowego dietą przemysłową w warunkach domowych (HEN).

¹ Medical Nutrition International Industry (MNI). Better care through better nutrition: Value and effects of Medical Nutrition. SUMMARY, BOOKLET, 2018

² Kłęk S, Jankowski M, Kruszewski WJ, Fijuth J, Kapata A, Kabata P, Wysocki P, Krzakowski M, Rutkowski P. Standardy leczenia żywieniowego w onkologii. Onkol Prak Klin 2015; 11(4):173-190.

³ Kłęk S, Kapata A. Nutritional treatment. Oncol Clin Pract 2018; 14

⁴ Członkowska A. Żywnienie dojelitowe i pozajelitowe u udarzonego mózgu – stanowisko Grupy Ekspertów Sekcji Chorób Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, Polski Przegląd Neurologiczny 2013, tom 9, 4, 141–145. Wydawca: VM Media sp z o.o. VM Group spk.

⁵ Söderström L, Rosenblad A, Adolffson ET, Saletti A. Nutritional status predicts death in older people: A prospective cohort study. Clin. Nutr., 2014; 33: 291–295

⁶ Szczygieł B. Żywnienie w Geriatrii. <https://www.mmp.pl/geriatria/wytyczne/124752zywnienie-w-geriatrii>

⁷ Milne AC, Potter J, Vivanti A, Avenell A. Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition. Cochrane Database Syst Rev. 2009 Apr 15;(2)CD003288. doi: 10.1002/14651858.CD003288.pub3

⁸ Czuczwar M, Potręć B, et al. Interwencja żywieniowa na oddziale intensywnej terapii w świetle najnowszych wytycznych. Anestezjologia Intensywna Terapii, 2018, suplement 2

⁹ Zmarzły A, Dzierzanowski T, Filipczak-Bryniarska, Sobocki J, Ciatkowska-Rysz A, Kizakowski M, Rydzewska G, Mastalerz-Migas A, Drobnik, Traczyk I, Urbanowicz K, Rudzki S, Matras P, Kunecki M, Matysiak K, Majewska K, Kaptacz I, Konik N. Leczenie żywieniowe u dorosłych pacjentów z nowotworem objętych opieką. Medycyna Paliatywna 2018; 10(3): 95-114

¹⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2011 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (z późn. zm.)

¹¹ <http://www.wynkzdrowia.pl/Uslugi-medyczne/Co-najmniej-30-proc-pacjentow-w-polskich-szpitalach-jest-niedożywionych;1850758.html>, data dostępu 04.04.2019. Na podstawie publikacji Polskiego Towarzystwa Żywnienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu i Towarzystwa Chirurgów Polskich „Ocena terapii żywieniowej w polskich szpitalach” z czerwca 2019 r.

¹² <https://polspen.pl/dla-pacjent%c3%b3w/po-co-leczenie-zywieniowe>, data dostępu: 30.09.2019

¹³ Matras J (studentka V roku dr n. farm. Magdalena Makarewicz-Wujec, opiekun naukowy). Leczenie żywieniowe. Zakład Farmacji Klinicznej i Opieki Farmaceutycznej Wydział Farmaceutyczny Warszawski Uniwersytet Medyczny

¹⁴ Szczygieł B. Najnowsze tendencje w leczeniu żywieniowym. Medycyna Praktyczna Onkologia;4:2016:76-80

¹⁵ <http://www.whccongress.pl/2019/pl/wiadomosci/eksperti-system-i-pacjenci-traca-na-utrudnieniach-w-dostepie-do-leczenia-zywieniowego;183203.html>, data dostępu: 23.05.2019

¹⁶ Adamiec C, Nowak T, Wołyńska-Szkuclarek A, Bobula M, Lubas A, Witek P, Dyrła P. Przydatność szpitalnego zespołu żywieniowego, jako wydzielonej komórki organizacyjnej, w rozpoznawaniu i leczeniu niedożywienia. Pediatr Med Rodz 2018, 14 (3), p. 306–309 DOI: 10.15557/PIMR.2018.0035

¹⁷ Correia MI. The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. Clinical Nutrition (2003) 22(5): 235–239 doi:10.1016/S0261-5614(02)00215-7

¹⁸ Kłęk S, et al. The evolution of home. Exclusive enteral nutrition (HEN) in Poland during five years after implementation: a multicentre study. Nutr Hosp. 2015;32(1):196-201

¹⁹ Dane z dwóch ośrodków (w tym jednej poradni przyszpitalnej) w Polsce leczących pacjentów z EN, PN (data on file)

²⁰ Dane udostępnione przez firmę Nutrimed (data on file)

²¹ Odwołanie do rozdziału 6.3 w pełnej wersji Raportu: „Leczenie żywieniowe dojelitowe i pozajelitowe w warunkach domowych i szpitalnych” (data on file)

²² Dzwiszek G, et al., Analiza śmiertelności dla chorych oczekujących na leczenie żywieniem domowym w warunkach domowych w Polsce. Dane z Nutrimed Sp. z o.o. i Stomed Sp. z o.o. za 2015 rok. Prezentacja wyników 03.06.2016 r. podczas XVIII Zjazdu i XXX Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Polskiego Towarzystwa Żywnienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu.