

PODPORA SPRÁVNÉ VÝŽIVY V PÉČI O SENIORY

Jak se dát na cestu správné výživy v domovech pro seniory





Podpora správné výživy v péči o seniory

Jak se dát na cestu správné výživy v domovech pro seniory

European Ageing Network

Vydala Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR

Vančurova 2904, 390 01 Tábor

Česká republika

www.apsscr.cz

Vydání 1., 2022

ISBN: 978-80-88361-22-0

OBSAH

PŘEDMLUVA	4
ÚVOD	8
SOCIÁLNÍ ASPEKTY STRAVOVÁNÍ	12
VLIV KULTURY NA VÝŽIVU	16
EKONOMICKÉ ASPEKTY SPRÁVNÉ VÝŽIVY	20
LÉKAŘSKÉ ASPEKTY A KLINICKÉ POKYNY	25
NUTRIČNÍ TERAPIE V PALIATIVNÍ PÉČI	39
ROLE A ZOPOVĚDNOST	44
SEZNAM ZKRATEK	49

PŘEDMLUVA

Jedním z hlavních cílů Evropské sítě pro stárnutí (dále jen EAN) je přispět ke zlepšení kvality dlouhodobé péče o seniory. Důležitou součástí této kvality je správná výživa, která podporuje plnohodnotný život, jenž samozřejmě úzce souvisí se zdravím.

Proto je důležité si tuto skutečnost nejen uvědomit a učinit z výživy součást komplexního přístupu ke starším lidem, ale také sdílet příklady dobré praxe, znalosti, doporučení a inovativní řešení.

Evropská síť pro stárnutí požádala odborníky na výživu z celé Evropy, aby na toto téma založili pracovní skupinu a vytvořili manuál a pokyny. Ty mohou být každodenním nástrojem a pomocníkem na cestě k optimální péči o seniory prostřednictvím správné výživy.

Výsledku, který držíte ve svých rukou, by nebylo možné dosáhnout bez iniciativy našich partnerů a členů, ale také všech odborníků, kteří na tomto manuálu pracovali více než rok.

Doufáme, že tento dokument pomůže poskytovatelům dlouhodobé péče splnit jejich hlavní poslání, kterým je umožnit starším lidem prožívat kvalitní a důstojný život plný radosti a štěstí.

Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MBA

prezident

Evropská síť pro stárnutí



EVROPSKÁ SÍŤ PRO STÁRNUTÍ

10 000

**POSKYTOVATELŮ
PÉČE O SENIORY**

EAN se na evropském kontinentu skládá z více než 10 000 poskytovatelů péče o seniory. Členové organizace zastupují všechny typy organizací i jednotlivců pomáhajících starším osobám a všechny typy vlastnictví těchto organizací, včetně organizací ziskových, neziskových a vládních. Jejich vizí a posláním je zlepšení kvality života starších osob. Tím, že jim poskytují kvalitní bydlení, služby i péči, jim pomáhají, aby plnohodnotně prožili každý den.

27

**EVROPSKÝCH
ZEMÍ**

EAN se nachází ve 27 evropských zemích. Společně s agenturou EAHSA, hojně zastoupenou v severozápadní Evropě, a s agenturou E.D.E., nacházející se na jihovýchodě Evropy, je EAN skutečně celoevropskou organizací. Není ale sama, kdo prosazuje své vize, hodnoty a poslání. Je přidružená ke Globální síti pro stárnutí (GAN), která sídlí ve Washingtonu D. C. EAN a GAN sdružují odborníky z celého světa, organizují vzdělávací akce a poskytují prostor pro inovativní nápady, které zlepšují péči o seniory. Vytvářejí podmínky pro vylepšení zavedených postupů péče o seniory tak, aby starší lidé po celém světě mohli žít nezávisleji, zdravěji a naplno.

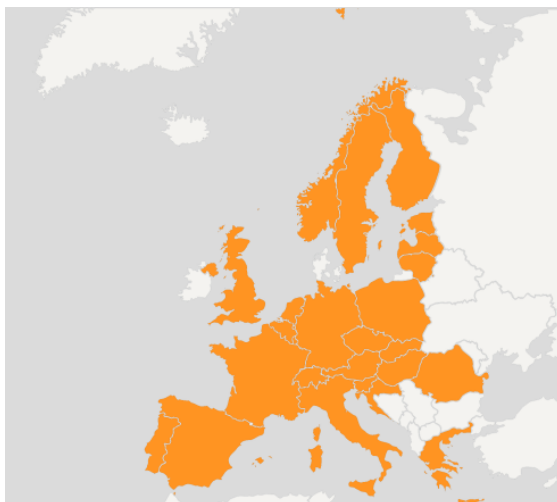
1 000 000

**SENIORŮ, KTERÝM
JE POSKYTOVÁNA
PÉČE**

Členové EAN se starají o více než 1 milion seniorů v Evropě. Dlouhověkost je jedním z největších úspěchů moderní společnosti. Evropané žijí déle než kdykoli předtím a očekává se, že tento vývoj bude pokračovat, a to díky nebyvalému pokroku v lékařství a díky zlepšení životní úrovně. V roce 2020 bylo čtvrtině Evropanů více než 60 let. Spolu s nízkou mírou porodnosti to bude vyžadovat významné změny ve struktuře evropské společnosti, což bude mít dopad na naši ekonomiku, systémy sociálního zabezpečení a zdravotní péče, trh práce a mnoho dalších oblastí našich životů.



Jako odborníci se snažíme zlepšovat kvalitu péče o starší osoby a také zdokonalujeme kontrolu této péče. Společná školení, vzájemné návštěvy a předávání zkušeností, kongresy a sympozia, to vše podporuje zvyšování profesionality ředitelů domovů pro seniory a zlepšuje porozumění různým druhům péče a podpory. Vytváření humánních životních a pracovních podmínek v našich domovech je vizí, o kterou se všichni v EAN snažíme.



Belgie
Bulharsko
Česká republika
Estonsko
Finsko
Francie
Chorvatsko
Itálie
Litva
Lotyško
Lucembursko
Malta
Maďarsko
Německo
Nizozemí
Norsko
Polsko
Portugalsko
Rumunsko
Rakousko
Řecko
Slovensko
Slovinsko
Španělsko
Švédsko
Švýcarsko
Velká Británie

ÚVOD

Pracovní skupinu pro výživu vytvořil EAN za účelem vypracování pokynů, jak se v zařízeních sociálních služeb pro starší osoby o tuto oblast starat. Pokyny se zaměřují na výživu seniorů a zahrnují klíčové zásady, postupy a procesy, dobrou praxi, příklady a řešení. Podporují správnou výživu a mohou být užitečné pro manažery, pečovatele i kuchaře. Také podněcují diskuzi týkající se zlepšování chuti tak, aby to obyvatelům těchto zařízení prospělo.

Pracovní skupina se zaměřila na mnoho aspektů problematiky výživy a své názory a návrhy založila na diskuzích o:

- problematice podvýživy u starších osob: shrnutí problému, prevalence (zejména v pečovatelských zařízeních pro seniory, jako jsou domovy pro seniory, domovy s asistenční službou a komunitní centra), zavedená opatření a systémy označování, osvědčené postupy;
- různých relevantních aspektech podvýživy u starších osob: proč jsou starší lidé podvyživení, jaké jsou klíčové faktory podvýživy, co je příčinou podvýživy a kdo má odpovědnost za její vyřešení;
- o tom, jak nejlépe mohou starší lidé a poskytovatelé péče o seniory podvýživu eliminovat: sdílením příkladů dobré praxe, inovacemi, novými jídly, pohostinstvím, kulturou a využitím volného času, dostupností, ekonomikou atd.;
- o tom, jak poskytnout návod ke zvýšení povědomí o problémech a jak tato řešení implementovat na všech úrovních.

OD PODVÝŽIVY K PROSPÍVÁNÍ

Pokud člověk nedostává dostatek jídla nebo nedostává ten správný druh, může se podvýživa brzy projevit. V této publikaci podvýživa poukazuje na nedostatek, přebytek nebo nerovnováhu v příjmu energie anebo živin. Slovo podvýživa zahrnuje dvě široké skupiny zdravotního stavu. Prvním z nich může být nadváha, obezita a nenakažlivé nemoci související se stravou (jako jsou srdeční choroby, mrtvice, cukrovka a rakovina). Druhým zdravotním stavem je podvýživa, která zahrnuje zakrnění (na určitý věk nízká výška), syndrom chřadnutí (na určitou výšku nízká hmotnost), podváhu (na určitý věk nízká hmotnost) a nedostatek mikroživin (nedostatek důležitých vitamínů a minerálů). Nejvíce jsou podvýživou ohroženy starší osoby. Chybí jim síla potřebná k jídlu nebo prostě chuť jíst vůbec nemají.

Cílem pracovní skupiny je nastavení systému správné výživy a pomoci bojovat proti podvýživě. Činí tak optimální kombinací výživových, lékařských, ekonomických, kulturních a organizačních aspektů, které podporují starší osoby v tom, aby se v zařízeních pečujících o seniory cítily dobře. Dosahují toho také výběrem vhodného jídla, nápojů a osobním přístupem. Tato publikace se však nebude zabývat pouze biomedicínskými aspekty stravování, ale pozornost bude věnovat také všem dalším relevantním oborům správné výživy. Kromě kapitoly o lékařských a klinických aspektech pokrývá publikace také tyto oblasti: ekonomické náklady a přínosy, sociální a kulturní aspekty stravování a potěšení z jídla, role a zodpovědnost v organizacích pečujících o seniory. V samostatné kapitole je zvláštní pozornost věnována paliativní výživové péči.

Z diskuzí a výzkumů, které jsme provedli, vyplynula jedna věc: správná výživa vyžaduje povědomí o problematice podvýživy a multidisciplinární přístup k jejímu řešení.

PRACOVNÍ METODA

Pracovní skupina zahájila svou činnost v únoru roku 2020 těsně před vypuknutím pandemie onemocnění covid-19. Po jediném osobním setkání proběhly všechny následující pracovní schůzky a diskuze on-line, to však produktivě skupiny nijak nebránilo.

Základ každé kapitoly položily předběžné diskuze a výzkum prováděný členskými skupinami. Společně pak navrhly náplň kapitol této publikace, všechny jednotlivé části poté přezkoumali a projednali všichni členové. Výsledkem je publikace, kterou držíte v rukách.

ČLENOVÉ PRACOVNÍ SKUPINY

Pracovní skupina pro výživu EAN se skládá z následujících odborníků:

AGNETA HÖRNELL

Profesorka, dietoložka, Institut for Kostvetenskap, Umeå Universitet

AMALIA TSAGARI

Klinická dietoložka, KAT General Hospital/lektorka klinické výživy, Aegean College/vedoucí Evropské sítě dietologických specialistů pro starší dospělé spadající pod Evropskou federaci asociací dietologů, Atény, Řecko

BARBARA TROESCH

Globální vedoucí vědecká pracovnice zabývající se výživovou vědou a prosazováním lékařské výživy a farmacie, DSM Nutritional Products, Kaiseraugst, Švýcarsko

BIRGIT MATITSCHKA

Dietoložka a projektová manažerka, Trh výživy seniorů, SODEXO Německo, Rakousko, Švýcarsko

HELENA HALBWACHS

Vedoucí kvality péče – Česká republika, Chorvatsko, Slovinsko, SeneCura Group, Rakousko, odborná asistentka pro ošetřovatelství a sociální gerontologii, Alma Mater Europaea-ECM, Slovinsko

IVANA PRAŽANOVÁ

RD, ředitelka české Aliance pro nutriční péči

JIŘÍ HORECKÝ

Prezident Evropské sítě pro stárnutí a Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR

LAURE CLOAREC BLANCHARD

Lékařská ředitelka, Adef Residences, FNAQPA

MALIN SKINNARS JOSEFSSON

Dietoložka ve stravovacích službách, katedra potravinářských studií, Výživa a dietetika, Uppsala University, Sweden/vedoucí Evropské sítě dietologických specialistů pro stravovací služby spadající pod Evropskou federaci asociací dietologů

MARCEL SMEETS

Výkonný konzultant Evropské sítě pro stárnutí a zmocněnec ENHA (Evropská aliance výživy pro zdraví)

SUSANNE BAYER

Dietoložka v „Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser“, delegována z „Lebenswelt Heim - Bundesverband“, Vídeň

PODĚKOVÁNÍ

EAN by rád poděkoval všem členům pracovní skupiny za jejich cenné příspěvky a velmi ceněnou spolupráci. Díky sekretariátu EAN se všichni tito dobrovolníci mohli setkat, plánovat a spolupracovat. Zvláštní uznání a poděkování patří společnosti DSM, která podpořila logistiku a schůzky skupiny.

SOCIÁLNÍ ASPEKTY STRAVOVÁNÍ

Strava a stravování je fenoménem v tom smyslu, že má univerzální schopnost vytvářet smysl sociální interakce mezi lidmi. Komenzalita, tedy praxe společného stravování, v sobě zahrnuje sociální aspekt jako jednu z hlavních charakteristik stravování. Proto dáváme přednost stravování ve společnosti a „rodinné jídlo“ je považováno za archetyp komenzality. Složení rodiny se však může v průběhu života měnit a snížením počtu členů domácnosti může docházet ke klesající úrovni komenzality.

PŘÍJEMNÝ ZÁŽITEK

Ukázalo se, že sociální odloučení a subjektivní pocit osamělosti u starších osob jsou rizikovými faktory podvýživy, protože starší lidé mají tendenci jíst méně, pokud jedí o samotě. V literatuře je popsán význam příprav, vaření a podávání jídel ženami v důchodovém věku (což byla pro mnoho žen patřících ke starší generaci samozřejmost). Zjištění ukázala, že hlubokým smyslem této práce bylo zejména udělat něco pro ostatní. Proto, když ženy ovdověly, přišly o smysl této práce a mohlo se u nich objevit riziko špatného příjmu potravy. Je známo, že pokud starší lidé jedí ve společnosti druhých lidí, snědí více, než když jedí sami. Zvýšený příjem stravy souvisí také s tím, jestli jsou lidé, se kterými osamělí starší lidé společně jedí, jejich dobří známí. Jídlo s přáteli totiž podporuje pocit soudržnosti a dovoluje skupině lidí rozvíjet se způsobem, který odpovídá jejich potřebám a touhám.

Sociální potřeby a přání spojená s jídlem mohou vznikat na základě jednotlivých kulturních aspektů, jako jsou zvyky a tradice. Kulturní aspekty proto mohou ovlivnit nejen to, s kým

chce senior sdílet jídlo, ale také způsob, jak má být jídlo servírováno. Ve studii, která se zaměřila na to, co jídlo pro starší osoby a zdravotníky znamená, bylo jídlo, až na výjimky, považováno za příjemný zážitek. Zdravotničtí pracovníci také zdůrazňovali, že sociální aspekt jídla je dokonce významnější než aspekt nutriční.

TIPY PRO PRAXI A ORGANIZACI PÉČE O VÝŽIVU

- Pečlivě zvažte, s kým chce senior jíst.
- Zajistěte, aby senioři nebyli v době jídla sociálně izolováni.
- Zavedte během jídla postupy, které jídlo příjemní.
- Dbejte na to, aby se strava, která je součástí péče o seniory, stávala zdrojem, který vytváří prostředí se sociálním přesahem.
- Společná jídla by měla být významnou součástí péče o seniory.
- Pravidelně školte své zaměstnance tak, aby dovedli rozpoznávat sociální aspekty.
- Používejte takový nábytek, který umožňuje hostit proměnlivé skupiny strávníků.
- Nabízejte osamělým starším lidem kurzy vaření nebo pro ně vytvářejte kuchařské kluby tak, aby se minimalizovalo sociální odloučení a aby se něčemu také přiučili.
- Nabídněte k využití místa, kde se senioři mohou setkávat, a pořádejte zájmové akce, které zapojí starší osoby do společenských aktivit.

ZAJÍMAVÝ PŘÍPAD ZE ŠVÉDSKA

V jednom malém městečku měli lidé snahu čelit sociálnímu osamocení starších lidí při jídle. Cílem projektu bylo najít pro ně „parťáky ke stolu“. Na začátku byl zájem o pomoc obrovský a mnoho lidí se nadšeně přihlásilo, aby tyto společníky dělali. Senioři však příliš zájmu neprojevovali. Ukázalo se, že jim scházel blízký vztah; neměli totiž zájem jíst s někým cizím. Příběh ale skončil dobře. Jakmile se všichni u stolu vzájemně poznali, projekt byl úspěšný.



ODKAZY NA LITERATURU

- Qualitätsstandard für die Verpflegung in stationären Senioreneinrichtungen. Fit im Alter (Pages 29-30) / DGE (Deutsche Gesellschaft für Ernährung), (2025)
- Weight increase in patients with dementia, and alteration in meal routines and meal environment after integrity promoting care / Mamhidir, A.G. Karlsson, (2007)
- Health Effect of Improved Meal Ambiance in a Dutch Nursing Home: a 1-Year Intervention Study / Mathey M.F. (2001)
- Nursing home standards / CANR (California Advocates for nursing home reform) (2008)
- National Standards for Residential Care Settings for Older People in Ireland (2016)
- Promoting mealtime function in people with dementia: a systematic review of studies undertaken in residential aged care / D. Fetherstonhaugh, (2019)
- Wissenschaftliche Aufbereitung für Empfehlungen "Ernährung im Alter in verschiedenen Lebenssituationen" (Page 93) / Bundesministerium für Gesundheit Österreich, (2013)
- ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics (Page 10), Clinical Nutrition (2018)
- Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege (Pages 87-90), / DNQP, (2017)
- Boulos, C., Salameh, P., and Barberger-Gateau, P. (2017) Social isolation and risk for malnutrition among older people. *Geriatr Gerontol Int*, 17: 286– 294. doi: 10.1111/ggi.12711.
- Boyer, K., Orpin, P. and King, A.C. (2016). 'I come for the friendship': Why social eating matters. *Australasian Journal on Ageing*, 35: E29-E31. doi:10.1111/ajag.12285
- Cheng, S.-L., Olsen, W., Southerton, D. and Warde, A., (2007), The changing practice of eating: evidence from UK time diaries, *The British Journal of Sociology*, 58 (1): 39–61.
- Martin, C.T., Kayser-Jones, J., Stotts, N., Porter, C. and Froelicher, E.S. (2005), Factors Contributing to Low Weight in Community-Living Older Adults. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 17: 425-431. doi:10.1111/j.1745-7599.2005.00073.x
- McHugh, J., Lee, O., Lawlor, B., and Brennan, S. (2015) The meaning of mealtimes: social and nutritional needs identified among older adults attending day services and by healthcare professionals, *Int J Geriatr Psychiatry*, 30, 325– 329, doi: 10.1002/gps.4248.
- Ruddock, H.K., Brunstrom, M.J., Vartanian, R.L., Higgs, S. a systematic review and meta-analysis of the social facilitation of eating, *The American Journal of Clinical Nutrition*, Volume 110, Issue 4, October 2019, Pages 842–861, <https://doi-org.ezproxy.its.uu.se/10.1093/ajcn/nqz155>
- Sidenvall, B., Nydahl, M., & Fjellström, C. (2000). The meal as a Gift—The meaning of cooking among retired women. *Journal of Applied Gerontology*, 19(4), 405-423. doi:10.1177/073346480001900403
- Sobal, J., Bove, C.F. and Rauschenbach, B.S., (2002), Commensal careers at entry into marriage: establishing commensal units and managing commensal circles, *The Sociological Review*, 50 (3): 378–397.
- Sobal J, Nelson MK (2003) Commensal eating patterns: a community study. *Appetite* 41(2): 181– 190

VLIV KULTURY NA VÝŽIVU

Není pochyb o tom, že k životu na Zemi potřebujeme vodu a jídlo. Během milionů let lidské evoluce jsme si však vytvořili extrémně rozmanité náhledy a zvyky související s touto problematikou – a všechny jsou ovlivněny naším kulturním prostředím. Výběr potravin se u jednotlivých kultur může lišit z důvodu odlišných zeměpisných poloh, kulturních a náboženských zvyků a medicínských filozofií. Faktory, jako jsou socioekonomický status, pohlaví, věk, vzdělání, zaměstnání, osobnost a chutě, mohou také do již tak rozmanitých kultur přidat na různorodosti.

Tato rozmanitost se odráží ve společnosti, u starších lidí, a tedy i v zařízeních pečujících o seniory. To je ve výživě obzvláště důležité, protože návyky nelze snadno změnit. Uvědomění si výjimečně hlubokých kořenů stravovacích návyků je obzvláště důležité, když pomáháme starším lidem s kognitivními poruchami. Tito lidé nemusí být schopni sdílet své specifické kulturní stravovací preference. Při poskytování optimální péče o výživu je nezbytně nutné dbát na znalost a porozumění individuálním potřebám a na preferenci specifických potravin.

KULTURNĚ ERUDOVANÍ ZAMĚSTNANCI

Domovy pro seniory se stávají stále pestřejšími místy, a to nejen kvůli různé skladbě obyvatel, ale také díky různorodosti zaměstnanců. Sociální a zdravotničtí zaměstnanci pracující v těchto domovech potřebují znát jednotlivé kultury, aby mohli efektivně pracovat s lidmi s různými kulturními zvyky, náboženským přesvědčením, etnikem a mluvícími různými jazyky. Kulturní erudovanost lze popsat jako určité stejné chování, postoje a názory, které se vyskytují v určitém systému nebo mezi jednotlivci, což umožňuje tomuto systému nebo

jednotlivcům úspěšně spolupracovat v mezikulturní situaci. V oblasti výživy a dietetiky se tedy kulturní erudovaností rozumí umět vhodně zasáhnout u lidí s odlišnou kulturou a rozvíjet pružný přístup k seniorům.

NĚKOLIK TIPŮ PRO PRAXI

Kulturní erudovanost je považována za jednu z nejvýznamnějších výzev, se kterou se setkáváme při zajišťování ideálního stravování v domovech pečujících o seniory. Jedná se o proces celoživotního vzdělávání založený na uvědomění si sebe sama a kritické sebereflexi. Stavební pilíře pro růst erudovanosti zaměstnanců v oblasti kultury jsou:

- udržování otevřenosti v přístupu k různým kulturním, náboženským a individuálním pohledům na výživu;
- poskytování podrobných hodnocení výživy, včetně kulturních pohledů na výživu a v případě potřeby zapojení rodiny a přátel;
- stanovení plánu výživy s ohledem na kulturní zázemí, zvyky a přesvědčení obyvatel domovů pro seniory.

Kulturní erudovanost není jen otázkou zajištění personálu, ale důležitá je také pro samotnou organizaci pečovatelské činnosti.

Organizace péče o seniory by měla:

- nabídnout určité zásady, postupy a jejich filozofii, které zaměstnance povzbudí a umožní jim, aby jednali a reagovali s ohledem na různorodost kultur;
- zajistit pro víceoborové zaměstnance v oblasti kultury pravidelná školení, vzdělávání a sebezpoznavací aktivity;
- hodnotit a řešit erudovanost domovů pro seniory v oblasti kultury pomocí jednoho z normovaných nástrojů sebehodnocení.

ZAJÍMAVÝ PŘÍPAD Z RAKOUSKA

V jednom rakouském domově pro seniory začala jistá turecká dáma s demencí odmítat jídlo a výrazně hubla. Vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nebyla klientka schopna sdělit důvod svého odmítání a ani vyjádřit, jakému jídlu dává přednost. Bylo to uprostřed „covidové“ krize a domov byl v důsledku karantény uzavřen pro návštěvy.

Na svých každodenních setkáních zaměstnanci tuto alarmující situaci probírali a dospěli k závěru, že dáma ztratila chuť k jídlu, protože byla smutná, že se už nevidá se svou rodinou. Později si však jedna sestra vzpomněla, že jí před karanténou členové rodiny často nosili jídlo z domova. Vzhledem k jejímu původu začali někteří turečtí zaměstnanci přinášet vlastní jídla. Výsledkem bylo, že dáma začala znovu s chutí jíst. Protože domov pro seniory má vlastní kuchyň a připravuje jídla pro své obyvatele přímo na místě, zaměstnanci a kuchař pro tuto konkrétní klientku jídlo upravili.

ODKAZY NA LITERATURU

- Cai, D.Y., 2016. a concept analysis of cultural competence. *International Journal of Nursing Sciences*, 3(3), pp.268-273.
- Campinha-Bacote, J., 2002. The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: a model of care. *Journal of transcultural nursing*, 13(3), pp.181-184.
- Cross, T.L., Bazron B.J., Dennis K.W., and Isaacs M.,R., 1989. Towards a culturally competent system of care. Monograph. Washington DC: CASSP Technical Assistance center.
- Curry, K.R., 2000. Multicultural competence in dietetics and nutrition. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 100(10), p.1142.
- Hallpike, B., 2008. Promoting good nutrition in patients with dementia. *Nursing Standard*, 22(29).
- Helman, C. G., 2007. Culture, health and illness. London, UK: Hodder Arnold.
- Hofstede, G., 2011. Dimensionalizing cultures: The Hofstede model in context. *Online readings in psychology and culture* 2 (1), 8, p. 3-26.
- Jongen, C., McCalman, J., Bainbridge, R., Clifford, A., 2018. Cultural Competence in Health: a review of evidence. Singapore: SpringerBriefs in Public Health.
- Moffat, T. and Prowse, T. eds., 2010. Human diet and nutrition in biocultural perspective: past meets present (Vol. 5). Berghahn Books.
- Parker, V.A. and Geron, S.M., 2007. Cultural competence in nursing homes: Issues and implications for education. *Gerontology & Geriatrics Education*, 28(2), pp.37-54.
- Purnell, L. D., 2012. Transcultural health care: a culturally competent approach. Philadelphia: FA Davis Company.
- Reddy, S. and Anitha, M., 2015. Culture and its influence on nutrition and oral health. *Biomedical & Pharmacology Journal*, 8(SpecialOct), p.613-620



EKONOMICKÉ ASPEKTY SPRÁVNÉ VÝŽIVY

Výživa není jen otázkou vaření a stravování, ale má také ekonomický aspekt. Dobré jídlo něco stojí a může tedy mít dopad na rozpočet. Podvýživa má negativní dopad na zdraví, a tudíž i na rozpočet na zdravotní péči. Správná výživa může naopak náklady ušetřit. Podávání vyvážené stravy v domovech pro seniory je totiž dle dosavadních poznatků ekonomicky výhodné. Správná výživa totiž neznamená jen více jídla. Jde o optimální kombinaci kvality, množství a individuálního přístupu.

NÁKLADY NA PODVÝŽIVU

Víme, že 5 % běžné populace trpí podvýživou, v domovech pro seniory je to však až 30 %. Výzkumy ukázaly, že celkové náklady spojené s touto skupinou jsou podstatně vyšší než náklady na klienty, kteří mají vyváženou stravu. Podvýživa může způsobit například sarkopenii, která vede ke ztrátě svalové hmoty, a tedy k pádům, zlomeninám a tělesnému postižení. Hlavními příčinami nákladů na péči o podvyživené osoby jsou návštěvy praktického lékaře, hospitalizace a další ošetření. Tyto dodatečné náklady představují v péči o seniory značnou zátěž.

PÉČE O VÝŽIVU JAKO INVESTICE

Prevenici podvýživy v zařízeních pečujících o seniory lze tedy považovat za investici. Optimální výživa je součástí zdravého životního stylu a snižuje riziko mnoha chorob souvisejících se stravou, jako je obezita, cukrovka a kardiovaskulární onemocnění. Existují důkazy, že zásahy vedoucí ke snížení podvýživy, jako je podávání doplňků stravy, vedou ke snížení počtu hospitalizací a návštěv u lékaře.

K dispozici je pouze málo průzkumů, jak vyvážená strava ovlivňuje náklady, příjmy a nákladovou efektivitu. Jedna studie uvádí, že za každé 1 euro vynaložené na stravovací poradenství se společnosti vrátí výnos 14–63 eur. Další studie uvádí, že návratnost investic do kvalitní výživy u podvyživených starších pacientů je 120–190 %.

VYVARUJTE SE PLÝTVÁNÍ POTRAVINAMI

Investice do dobrého jídla je jedna věc, ale vyhýbání se plýtvání potravinami je věc druhá. Podle Organizace pro výživu a zemědělství (FAO) spadající pod Organizaci spojených národů se ročně zbytečně vyhazuje jedna třetina světové produkce potravin určených k lidské spotřebě. Sektor pohostinství a stravovacích služeb je odpovědný za vyhození 920 000 tun potravin ročně, z nichž 75 % je stále vhodných ke spotřebě.

Oblast péče o seniory by si zasloužila změny. Plýtvání potravinami se v péči o seniory objevuje zcela běžně. Přibližně 40 % potravin nakupovaných v nemocnicích a domovech pro seniory, většinou zelenina, končí v koši. Existuje pro to několik důvodů. Kromě nepřesného plánování a nadměrné opatrnosti, aby bylo potravin dostatek, se ukázala jako jedna z hlavních příčin plýtvání „jídla vystavená na ukázkou“. Jak ukázaly studie, vystavená jídla přijdou domov pro seniory v průměru až na 20 000 eur. Například výměna vystavených jídel za vysoce kvalitní fotografie stále umožňuje klientům nabízená jídla vidět. Chyby v objednávkách jsou druhým důvodem plýtvání. Objednávky přijaté u stolu jsou někdy nesprávně předány zaměstnancům kuchyně. Špatný rukopis, nesprávná interpretace, alergie a preference potravin, které nejsou přesně zaznamenány, to vše může vést k dodávkám potravin, o které klient nežádal, nechce je jíst, nebo je dokonce jíst nemůže.

SNIŽOVÁNÍ PLÝTVÁNÍ POTRAVINAMI

Plýtvání potravinami lze snížit malými provozními kroky, například rozšířením sortimentu a nabídkou kvalitnějších potravin. Úspory lze také dosáhnout tím, že si klienti objednají jídlo těsně před ním. Výzkum zjistil, že si pak objednají přesně to, na co mají chuť a jaké množství jsou schopni sníst. Vytvoření přesného inventáře a jeho průběžná aktualizace může pomoci lépe porozumět tomu, jaké zásoby jsou potřeba. A v neposlední řadě pečlivě určená velikost porce může lépe odpovídat různým potřebám a touhám obyvatel.

Lze však podniknout i razantnější strategické kroky. Níže uvádíme některé body vycházející ze zkušeností odborníků na stravování. Týkají se překážek, kterým čelí současné strategie zaměřené na snižování plýtvání potravinami:

- přezkoumání postojů a návyků;
- posílení vnitřního povědomí;
- přehodnocení vnitřních priorit;
- spolupráce a komunikace všech zúčastněných stran, které se stravováním zabývají;
- definování a převzetí odpovědnosti;
- přizpůsobení a přednastavení porcí;
- rutinní monitorování.

ZAJÍMAVÝ PŘÍPAD Z NIZOZEMÍ

Nizozemská studie poskytuje zajímavý pohled na investice do výživy v domovech pro seniory:

- Normální náklady na výživu v nizozemském sektoru pečovatelských domů jsou 319 milionů eur ročně.
- Dodatečné náklady na pomoc obyvatelům ohrožených podvýživou žijících v domovech pro seniory jsou 8 000 eur na klienta a 10 000 eur na podvyživeného klienta.
- Za léčbu chorob souvisejících s podvýživou utratily domovy pro seniory v průměru 10 600 eur na podvyživeného klienta.
- Užívání lékařské výživy u nemocných a podvyživených starších osob vede k čistým úsporám 1,43 až 3,10 euro na osobu. Za každé 1 euro investované do léčby podvyživené osoby společnost celkově ušetří mezi 1,90 až 4,20 eury.



ODKAZY NA LITERATURU

O'Brien D., Malnutrition in the elderly, www.NHDMag.com July 2016 - Issue 116

Pedro Abizanda MD, PhD, Alan Sinclair MD, FRCP, Núria Barcons RDN, Luis Lizán MD, Leocadio Rodríguez-Mañas MD, PhD, Costs of Malnutrition in Institutionalized and Community-Dwelling Older Adults: a Systematic Review, *JAMDA* 17 (2016) 17e23

Judith M.M. Meijers, Ruud J.G. Halfens, Lisa Wilson, Jos M.G.A. Schols, Estimating the costs associated with malnutrition in Dutch nursing homes, *Clinical Nutrition* xxx (2011) 1e4

EFAD, Sustainable Health Through the Life Span - Nutrition as a Smart Investment for Europe, 2019

Freijer, K., Nutrition Economics Disease related malnutrition & the economic health care value of medical nutrition, Thesis, 2014

Delegate, Food waste in hospitals and care homes are critical, 2019

J. Snels, H. Soethoudt, Wageningen University & Research, White Paper – Food wastage in health care



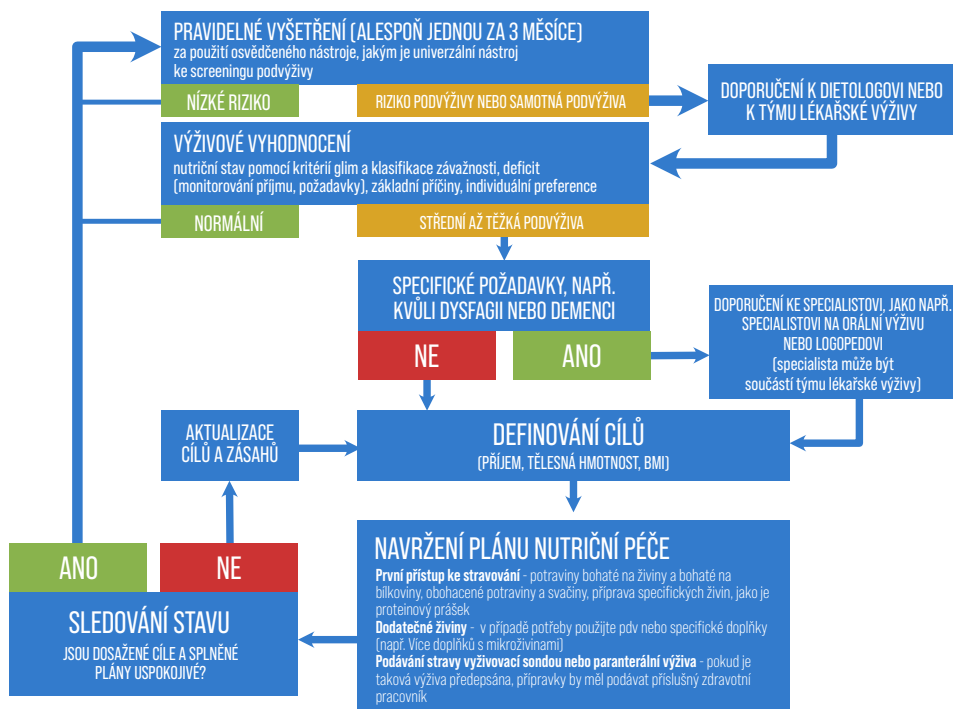
LÉKAŘSKÉ ASPEKTY A KLINICKÉ POKYNY

Pro starší osoby je dosažení přiměřeného příjmu energie a základních živin náročné, protože se jim mění fyziologie gastrointestinálního traktu, hladina hormonů a metabolismus, nejsou tak fyzicky aktivní a některé živiny jsou pro ně hůře biologicky dostupné. Je také méně pravděpodobné, že přijmou potřebné množství energie a základních živin, a to kvůli takzvané „anorexii stárnutí“.

Je známo, že podvýživa se u samostatně žijících starších osob obecně vyskytuje u méně než 10 % z nich. U starších osob, které jsou v nemocnicích hospitalizované na akutních a rehabilitačních odděleních, se však podvýživa vyskytuje u více než 60 %. Podvýživa je spojena se zvýšeným rizikem fyzického oslabení, sarkopenie, pádů, závislosti na pomoci při každodenních činnostech, hospitalizací a delšího pobytu ve zdravotnických zařízeních, špatného hojení ran a dalších komplikací při zranění, předčasné úmrtnosti a špatné kvality života. Proto je důležité správně vyhodnotit, udržovat a v případě potřeby upravit výživu u starších lidí v zařízeních pečujících o seniory.

NUTRIČNÍ VYŠETŘENÍ, VYHODNOCENÍ A PLÁNOVÁNÍ

Přední globální iniciativa zabývající se podvýživou (GLIM) definuje podvýživu jako subakutní nebo chronický stav výživy, ve kterém kombinace různých stupňů podvýživy nebo nadvýživy a zánětů vedou ke změnám ve složení těla a sníženým tělesným funkcím. Podle kritérií GLIM je podvýživa potvrzena, pokud je přítomno alespoň jedno fenotypové kritérium (tj.



nedobrovolná ztráta hmotnosti, nízký index tělesné hmotnosti nebo snížené množství svalové hmoty) a jedno etiologické kritérium (tj. snížený příjem potravy nebo její asimilace, zánět nebo přítěž v podobě nemoci).

Abychom odhalili podvýživu u starších osob nebo její riziko, společnost GLIM doporučuje, aby byly pravidelně vyšetřeny pomocí ověřeného nástroje (viz obrázek Univerzální nástroj ke screeningu podvýživy, který najdete na str. 35). Toto vyšetření by se mělo provádět alespoň jednou za tři měsíce u klientů v dlouhodobé péči, kteří jsou ve stabilním stavu, a alespoň jednou ročně u starších lidí žijících doma. Po diagnostikování podvýživy by mělo následovat systematické vyhodnocení, individualizovaný plán, monitorování a odpovídající úprava stravy.

Cílem klinické výživy u starších osob je poskytnout jim dostatečné množství energie, bílkovin, mikroživin a tekutin tak, aby byly splněny nutriční požadavky, a tím udržen nebo zlepšen stav výživy. Dietní omezení, která omezují příjem mléčných výrobků, jsou potenciálně škodlivá a je třeba se jim vyhnout. Pro dlouhodobější zdraví je důležitá optimální tělesná hmotnost. Je však třeba mít na paměti, že u starších lidí může být prospěšný mírně vyšší index tělesné hmotnosti (BMI), protože BMI v rozmezí 23,0 až 29,9 je spojen s optimální dlouhověkostí a rozsah všeobecně považovaný za nadváhu, tj. 25,0 až 29,9, není spojen s nepříznivými zdravotními následky.

Při plánování výživy je třeba brát v úvahu řadu faktorů, jako jsou komorbidita (neboli současný výskyt několika nemocí), přání a preference dotyčné osoby. Aby se snížilo riziko podvýživy, a s tím související ztráty beztučné hmoty a ztráty některých funkcí těla, osvědčila se klinická praxe spočívající v liberalizaci dietních omezení u starších osob.

STRUČNÝ PŘEHLED POŽADAVKŮ NA VÝŽIVU

Následující doporučení expertů by měla být použita jako základ pro individualizovaný plán nutriční péče, protože je nemožné, anebo nepraktické definovat požadavky na výživu pro každého jednotlivce. Jejich zakomponování do individualizovaných stravovacích plánů pak vyžaduje úzkou spolupráci multidisciplinárního týmu zaměřeného na lékařskou výživu a širší plánování v domově pro seniory (viz kapitola o rolích a zodpovědnosti). Směrodatná hodnota pro příjem energie u starších osob je 30 kcal na 1 kg tělesné hmotnosti na den. Tato hodnota by měla být individuálně upravena s ohledem na hodnoty živin v těle, úroveň fyzické aktivity, zdravotní stav a odolnost.

Příjem bílkovin u starších osob by měl být alespoň 1 g na 1 kg

tělesné hmotnosti na den. Tato hodnota by měla být opět individuálně upravena s ohledem na hodnoty živin v těle, úroveň fyzické aktivity, zdravotní stav a odolnost. Některé týmy odborníků navrhují u zdravých starších osob i vyšší denní dávky bílkovin. v případě nemoci mohou být požadavky na bílkoviny dokonce ještě zvýšeny, např. v důsledku zánětu (včetně tzv. inflammaging – zánět postihující starší lidi), infekcí a ran – avšak do jaké míry, to je obtížné posoudit. O potřebném množství bílkovin u křehkých a nemocných starších lidí se ví velmi málo. Vědecké důkazy, např. z intervenčních studií, jsou v současné době nedostatečné na to, aby z nich mohla být odvozena konkrétní čísla. U starších lidí s akutním nebo chronickým onemocněním se doporučuje denní příjem bílkovin v rozmezí 1,2 až 1,5 g na 1 kg tělesné hmotnosti na den a v případě těžkého onemocnění, úrazu nebo podvýživy až 2,0 g na 1 kg tělesné hmotnosti na den.

Pro normální laxaci u dospělých lidí všech věkových skupin je považován za dostatečný denní příjem 25 g vlákniny – tuto hodnotu lze považovat za výchozí hodnotu pro denní příjem vlákniny u starších osob. Z tohoto důvodu je pro normální funkci střev důležitý výběr jídel, která odpovídají tomuto doporučení. Osoby s enterální výživou by produkty obsahující vlákninu měly užívat pravidelně, avšak pouze za předpokladu, že mají zdravá střeva.

Pokud starší osoba netrpí žádnými závažnými chorobami, měla by přijímat mikroživiny podle příslušných národních doporučení pro starší zdravé osoby. Odpovídající příjem mikroživin je nezbytný pro udržení kostní a svalové hmoty a zachování její plné funkčnosti snížením negativních dopadů postupujícího věku na imunitní systém. Je známo, že prevence nebo léčba podvýživy je důležitým opatřením, které snižuje komplikace, jako například infekce. Nedávné odborné prohlášení ESPEN

proto doporučuje užívání doplňků stravy, které zranitelným skupinám v současné pandemii covidu-19 zajistí přiměřený denní příjem všech vitamínů a minerálů.

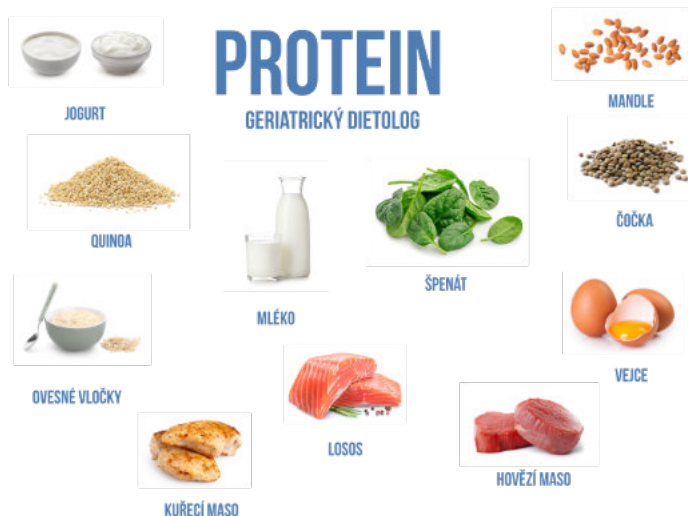
Nedávná publikace pojednávající o vlivu živin na dobré fungování imunitního systému u běžné populace doporučuje denní příjem vitamínu C ≥ 200 mg. Podle institutu Linuse Paulinga je obzvláště důležité, aby starší osoby s chronickým onemocněním souvisejícím s věkem přijímaly nejméně 400 mg vitamínu C denně. Tyto hodnoty stále spadají do rozmezí příjmu vitamínu C, které považuje za bezpečné organizace EFSA.

Je prokázáno, že vitamín E kompenzuje vliv věku na imunitní systém. Aby imunitní systém u starších osob fungoval optimálně, tělo potřebuje až 200 mg vitamínu E denně. I když tato hodnota výrazně převyšuje současná doporučení, stále je v horní části rozmezí doporučení (což je 200–1 000 mg denně) a lze ji považovat za bezpečnou.

UDRŽOVÁNÍ SVALOVÉ A KOSTNÍ HMOTY, PREVENCE OSTEOPORÓZY, SARKOPENIE A FYZICKÉHO OSLABENÍ

U starších lidí často dochází ke ztrátě hmotnosti na úkor svalové hmoty, což je spojeno se zhoršenou fyzickou funkcí. Nízká pohybová aktivita a s tím související nezatěžování svalů i doba, kdy starší lidé odpočívají na lůžku, mohou dále zhoršovat degradaci svalové hmoty a síly. Evropská pracovní skupina pro sarkopenii u starších lidí definuje sarkopenii jako progresivní a generalizovanou poruchu kosterního svalstva, která se projevuje zrychlením ztráty svalové hmoty a její funkce.

Sarkopenii může výrazně zhoršit i menší chronický zánět objevující se ve vyšším věku. Výživové doplňky s omega-3 polynenasycenými mastnými kyselinami s dlouhým řetězcem



DHA a EPA mají potenciál tento zánět vyřešit, a proto jejich užívání může pomoci snížit úbytek svalové hmoty související s věkem. Užívání těchto suplementů, spolu se správnou výživou a cvičením, je součástí komplexního plánování režimu klienta. Endogenní syntéza EPA a DHA je u většiny lidí omezená a je ovlivněna řadou faktorů, jako je věk, pohlaví, genetika a nemoc. Proto je u starších osob, které často trpí inzulinovou rezistencí nebo jinými onemocněními, které omezují endogenní syntézu, důležitý adekvátní příjem DHA a EPA. Nyní se všeobecně uznává, že pro optimální výživu je nutný příjem 250 až 500 mg EPA a DHA denně, což je stále v rozmezí obecně považovaném za bezpečné.

Navíc bylo také zjištěno, že suplementace vitamínem D má u starších lidí příznivý účinek na svalovou hmotu. Kromě toho je důležité udržovat pevné kosti, a v důsledku toho Mezinárodní nadace pro osteoporózu doporučuje osobám starším 60 let denní příjem 20 až 25 µg vitamínu D. Endokrinní společnost však uvádí, že k dosažení adekvátní hladiny vitamínu D v séru může být vyžadován denní příjem doplňkového vitamínu D

alespoň 37,5 až 50 µg denně. Doporučená hladina vitaminu D je vyšší než většina současných doporučených denních dávek (např. příjem v zemích DACH u osob starších 65 let je 20 µg denně), ale stále je v rozmezí, které EFSA považuje za bezpečné. Kromě doplňků vitaminu D doporučuje Mezinárodní nadace pro osteoporózu příjem 1 200 mg vápníku denně k udržení silných kostí.

Velmi důležité je povzbuzovat starší osoby s podvýživou nebo s rizikem podvýživy k fyzické aktivitě a cvičení tak, aby si udržely nebo i zlepšily svou svalovou hmotu a tělesné funkce. Před zahájením cvičení je třeba vyhodnotit zdravotní stav klienta a úroveň jeho fyzického výkonu. Vyloučí se tak kontraindikace cvičení a stanoví se vhodný typ tréninku, jeho intenzita a počáteční úroveň.

PLÁNOVÁNÍ STRAVOVÁNÍ

Abychom dosáhli požadovaného příjmu živin, je důležité připravovat stravu s vysokým obsahem živin. Za překážku, proč nelze takovou stravu připravovat, je často považován omezený rozpočet. Potraviny bohaté na mikroživiny jsou často dražší než potraviny energeticky vydatné. Mléko a mléčné výrobky jsou však dobrým zdrojem vápníku a bílkovin. Zrovna tak fazole a vejce jsou vysoce kvalitní jídla dostupná za rozumné ceny. Kromě toho čerstvé pomeranče nebo mrkev, ale také konzervovaná nebo mražená zelenina, jako jsou rajčata nebo zelený hrášek, poskytují stravu za přiměřenou cenu a s vysokým obsahem živin.

V ideálním případě můžeme dostatečného příjmu živin dosáhnout konzumací vyvážené a rozmanité stravy. To je však výzva i pro běžnou populaci a u starších osob je ještě méně pravděpodobné, že přijmou potřebné množství energie a mikroživin, protože často trpí anorexií spojenou

s pokročilejším věkem. Kromě toho je nepravděpodobné, že by požadavek na množství specifických živin u starších osob, jako jsou vitamin D a omega-3 polynenasycené mastné kyseliny s dlouhým řetězcem, splnila samotná strava. Obohacené potraviny a doplňky stravy jsou účinným způsobem, jak dosáhnout přiměřeného příjmu mikroživin, a měly by být považovány za bezpečný a nákladově efektivní prostředek ke zlepšení stavu výživy u starších osob.

ÚPRAVA POTRAVIN A DOPLŇKY VÝŽIVY PODÁVANÉ ÚSTNĚ

Starším osobám s podvýživou nebo s rizikem podvýživy by mělo být nabízeno obohacené jídlo, jakož i další občerstvení nebo svačinky tak, aby byl ve stravě zajištěn dostatečný příjem živin. Obohacení jídla nebo obohacení stravy může zvýšit energetickou a proteinovou hodnotu jídel a nápojů například použitím přírodních potravin, jako je olej, smetana, máslo a vejce, nebo pomocí speciálních výživových přípravků, jako je maltodextrin a proteinový prášek. To umožní zvýšený příjem živin při konzumaci stejného množství jídla.

Dietologové a další zdravotničtí pracovníci tradičně používají ke zlepšení příjmu energie a živin u starších lidí řadu dietních strategií. Patří mezi ně zařazení svačinek mezi jídly, a to zejména u lidí, kteří mají potíže s používáním příborů nebo setrváním u stolu.

Starší lidé s podvýživou nebo s rizikem podvýživy, kteří jsou chronicky nemocní, by měli, pokud jsou hospitalizováni nebo po propuštění z nemocnic, dostávat perorální doplňky výživy (PDV). Ty jsou také důležité, pokud dietní poradenství a obohacení jídla na zvýšení denního příjmu živin a dosažení nutričních cílů nestačí. V takových případech by PDV měly poskytovat alespoň 400 kcal denně, včetně 30 g nebo více bílkovin denně. Typ, chuť,

struktura a doba konzumace jídla by měly být přizpůsobeny chuti a stravovacím schopnostem klienta. Příjem PDV by měl pokračovat po dobu nejméně jednoho měsíce a jednou měsíčně by se měl přehodnotit.

Pro lidi, kteří vykazují známky orofaryngeální dysfagie nebo problémů se žvýkáním, mohou být obohacené potraviny s upravenou strukturou součástí kompenzačních strategií na podporu dostatečného příjmu potravy. Informace o těchto strategiích najdete v Mezinárodní iniciativě pro standardizaci stravy pro lidi s dysfagií (IDDSI), kde najdete různé jídelníčky obsahující potraviny s upravenou strukturou.

Jídlo dovážené do domácností starších lidí s podvýživou nebo s rizikem podvýživy by mělo být energeticky vydatné, anebo obsahovat další potraviny, které zajistí dostatečný příjem živin.

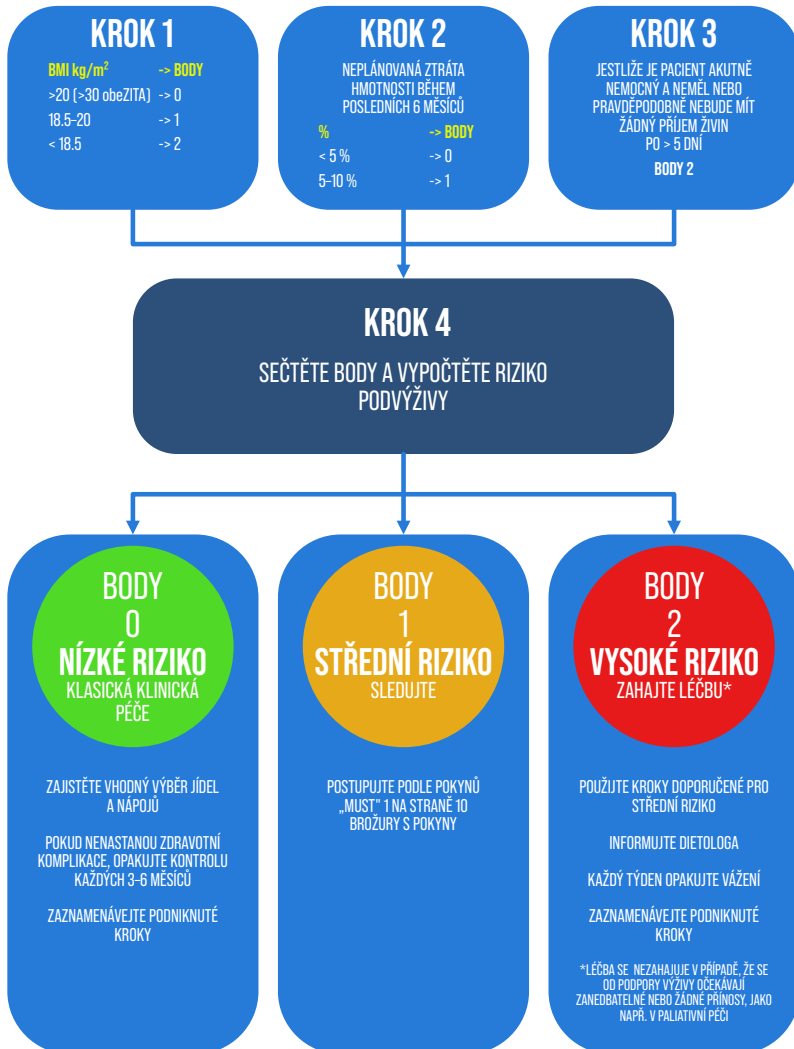
DOPORUČENÍ V KOSTCE

Výživová opatření	Doporučení
Energie	Přibližně 30 kcal na 1 kg tělesné hmotnosti denně, upravit podle individuálního výživového stavu, úrovně fyzické aktivity, stavu onemocnění a odolnosti
Bílkoviny	• Zdraví lidé ≥ 1 g na 1 kg tělesné hmotnosti denně • Starší lidé s akutním nebo chronickým onemocněním 1,2 až 1,5 g na 1 kg tělesné hmotnosti denně • V případě vážného onemocnění, poranění nebo podvýživy až 2 g na 1 kg tělesné hmotnosti denně
Vláknina	Množství 25 g denně se považuje za dostatečné
Vitamíny a minerály	Zajistěte dostatečný příjem, nejlépe vyváženou stravou bohatou na živiny, a pokud je to nutné, pomocí PDV nebo doplňků stravy
Vitamin C	Zdraví starší lidé nejméně 200 mg denně
Vitamin D	• 20 až 25 μg denně • Pokud je sérová hladina vitamínu D nízká, může být k dosažení adekvátního stavu zapotřebí 50 μg denně
Vitamin E	Doporučuje se doplňkový příjem 200 mg denně
Vápník	Denní příjem 1 200 mg
DHA a EPA	Denní příjem až 500 mg
Cvičení	Každodenní cvičení v souladu s individuálním zdravotním stavem a úrovní fyzického výkonu

ZAJÍMAVÝ PŘÍPAD Z NĚMECKA

Před třemi lety se jedna 80letá dáma přistěhovala do zařízení dlouhodobé péče. Před 10 lety jí byl diagnostikován diabetes mellitus, ale podařilo se jí mít svůj zdravotní stav pod kontrolou pomocí úpravy stravy. Během několika měsíců po přistěhování začala mít potíže s polykáním a byla jí předepsána dieta s upravenou strukturou stravy. Zhubla 10 kg a byla jí diagnostikována podvýživa. Zaměstnanci se rozhodli jí podávat po celý den jídlo obohacené o živiny a svačiny s vhodnou strukturou tak, aby zajistili dostatečný příjem jídla. Navíc jí byly předepsány 2 PDV poskytující energii 400 kcal a 30 g bílkovin denně. Typ, struktura jídla, chuť a doba konzumace byly přizpůsobeny potřebám této dámy. Po měsíci každodenního vyhodnocování, zda je příjem PDV v souladu s jejím zdravotním stavem, se jí podařilo přibrat 1 kg. Bylo rozhodnuto, že se v podávání obohaceného jídla, svačin a PDV bude pokračovat a byla naplánována měsíční kontrola léčby podvýživy.

UNIVERZÁLNÍ NÁSTROJ KE SCREENINGU PODVÝŽIVY – „MUST“



TENTO NÁSTROJ VÁM POMŮŽE VE VYHODNOCOVÁNÍ. POKUD SI NEJSTE JISTÍ, POUŽIJTE SVŮJ PROFESIONÁLNÍ ÚSUDEK.

ODKAZY NA LITERATURU

- Rémond D, Shahr DR, Gille D, Pinto P, Kachal J, Peyron M-A, et al. Understanding the gastrointestinal tract of the elderly to develop dietary solutions that prevent malnutrition. *Oncotarget*. 2015;6(16):13858-98.
- Landi F, Calvani R, Tosato M, Martone AM, Ortolani E, Saveria G, et al. Anorexia of Aging: Risk Factors, Consequences, and Potential Treatments. *Nutrients*. 2016;8(2):69-.
- Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, Uter W, Guigoz Y, Cederholm T, et al. Frequency of malnutrition in older adults: a multinational perspective using the mini nutritional assessment. *J Am Geriatr Soc*. 2010;58(9):1734-8.
- Cereda E, Pedrollo C, Klersy C, Bonardi C, Quarleri L, Cappello S, et al. Nutritional status in older persons according to healthcare setting: a systematic review and meta-analysis of prevalence data using MNA®. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*. 2016;35(6):1282-90.
- Volkert D, Beck AM, Cederholm T, Cruz-Jentoft A, Goisser S, Hooper L, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clinical Nutrition*. 2019;38(1):10-47.
- Keller H, de van der Schueren MAE, Jensen GL, Barazzoni R, Compher C, Correia M, et al. Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM): Guidance on Validation of the Operational Criteria for the Diagnosis of Protein-Energy Malnutrition in Adults. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2020;44(6):992-1003.
- Van Bokhorst-de van der Schueren MA, Guaitoli PR, Jansma EP, de Vet HC. Nutrition screening tools: does one size fit all? a systematic review of screening tools for the hospital setting. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*. 2014;33(1):39-58.
- Cederholm T, Jensen GL, Correia M, Gonzalez MC, Fukushima R, Higashiguchi T, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - a consensus report from the global clinical nutrition community. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*. 2019;38(1):1-9.
- Porter Starr KN, Bales CW. Excessive Body Weight in Older Adults. *Clinics in geriatric medicine*. 2015;31(3):311-26.
- Baum JJ, Kim I-Y, Wolfe RR. Protein Consumption and the Elderly: What Is the Optimal Level of Intake? *Nutrients*. 2016;8(6):359.
- Nowson C, O'Connell S. Protein Requirements and Recommendations for Older People: a Review. *Nutrients*. 2015;7(8):6874-99.
- Bauer J, Biolo G, Cederholm T, Cesari M, Cruz-Jentoft AJ, Morley JE, et al. Evidence-Based Recommendations for Optimal Dietary Protein Intake in Older People: a Position Paper From the PROT-AGE Study Group. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2013;14(8):542-59.
- Deutz NEP, Bauer JM, Barazzoni R, Biolo G, Boirie Y, Bosy-Westphal A, et al. Protein intake and exercise for optimal muscle function with aging: recommendations from the ESPEN Expert Group. *Clinical nutrition*. 2014;33(6):929-36.
- EFSA NDA Panel. Scientific opinion on Dietary Reference Values for carbohydrates and dietary fibre. *EFSA Journal*. 2010;8(3):1462.
- Calder PC, Carr AC, Gombart AF, Eggersdorfer M. Optimal Nutritional Status for a Well-Functioning Immune System Is an Important Factor to Protect against Viral Infections. *Nutrients*. 2020;12(4):1181.
- Barazzoni R, Bischoff SC, Breda J, Wickramasinghe K, Krznaric Z, Nitzan D, et al. ESPEN expert statements and practical guidance for nutritional management of individuals with SARS-CoV-2 infection. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*. 2020;39(6):1631-8.
- Linus Pauling Institute. Linus Pauling Institute Recommendation Vitamin C 2020 [Available from: <https://lpi.oregonstate.edu/mic/vitamins/vitamin-C>].

- Scientific Committee on Food, Scientific Panel on Dietetic Products NaA. Tolerable upper intake levels for vitamins and minerals. 2006.
- Meydani SN, Lewis ED, Wu D. Perspective: Should Vitamin E Recommendations for Older Adults Be Increased? *Adv Nutr*. 2018;9(5):533-43.
- Institute of Medicine. Dietary reference intakes of vitamin C, vitamin E, selenium, and carotenoids. Washington, DC: National Academic Press; 2000.
- Newman AB, Lee JS, Visser M, Goodpaster BH, Kritchevsky SB, Tylavsky FA, et al. Weight change and the conservation of lean mass in old age: the Health, Aging and Body Composition Study. *Am J Clin Nutr*. 2005;82(4):872-8; quiz 915-6.
- Ritchie CS, Locher JL, Roth DL, McVie T, Sawyer P, Allman R. Unintentional weight loss predicts decline in activities of daily living function and life-space mobility over 4 years among community-dwelling older adults. *The journals of gerontology Series A, Biological sciences and medical sciences*. 2008;63(1):67-75.
- Kortebein P, Ferrando A, Lombeida J, Wolfe R, Evans WJ. Effect of 10 days of bed rest on skeletal muscle in healthy older adults. *JAMA*. 2007;297(16):1772-4.
- Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, Boirie Y, Bruyère O, Cederholm T, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age and ageing*. 2019;48(1):16-31.
- Calder PC, Bosco N, Bourdet-Sicard R, Capuron L, Delzenne N, Doré J, et al. Health relevance of the modification of low grade inflammation in ageing (inflammageing) and the role of nutrition. *Ageing Research Reviews*. 2017;40:95-119.
- Troesch B, Eggersdorfer M, Laviano A, Rolland Y, Smith AD, Warnke I, et al. Expert Opinion on Benefits of Long-Chain Omega-3 Fatty Acids (DHA and EPA) in Aging and Clinical Nutrition. *Nutrients*. 2020;12(9):2555.
- Baker EJ, Miles EA, Burdge GC, Yaqoob P, Calder PC. Metabolism and functional effects of plant-derived omega-3 fatty acids in humans. *Prog Lipid Res*. 2016;64:30-56.
- Food and Agricultural Organization. Fats and fatty acids in human nutrition- Report of an expert consultation. Rome: Food and Agricultural Organization,; 2010.
- Chinese Nutrition Society. Chinese Dietary Reference Intakes Summary (2013). Beijing, China: People's Medical Publishing House; 2013.
- Institute of Medicine. Dietary Reference Intakes: The Essential Guide to Nutrient Requirements. Otten JJ, Hellwig JP, Meyers LD, editors. Washington, DC: The National Academies Press; 2006. 1344 p.
- EFSA NDA Panel. Scientific opinion on the Tolerable Upper Intake Level of eicosapentaenoic acid (EPA), docosahexaenoic acid (DHA) and docosapentaenoic acid (DPA). *EFSA Journal*. 2012;10(7):1-48.
- Beaudart C, Buckinx F, Rabenda V, Gillain S, Cavalier E, Slomian J, et al. The effects of vitamin D on skeletal muscle strength, muscle mass, and muscle power: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Clin Endocrinol Metab*. 2014;99(11):4336-45.
- International Osteoporosis Foundation. Calcium and vitamin D 2018 [cited 2020 November 9]. Available from: <https://www.nof.org/patients/treatment/calciumvitamin-d/>.
- Holick MF, Binkley NC, Bischoff-Ferrari HA, Gordon CM, Hanley DA, Heaney RP, et al. Evaluation, Treatment, and Prevention of Vitamin D Deficiency: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2011.
- Chodzko-Zajko WJ, Proctor DN, Fiatarone Singh MA, Minson CT, Nigg CR, Salem GJ, et al. American College of Sports Medicine position stand. Exercise and physical activity for older adults. *Med Sci Sports Exerc*. 2009;41(7):1510-30.
- Blumberg J. Nutritional needs of seniors. *J Am Coll Nutr*. 1997;16(6):517-23.

Drewnowski A. Concept of a nutritious food: toward a nutrient density score. *Am J Clin Nutr.* 2005;82(4):721-32.

Drewnowski A, Darmon N. The economics of obesity: dietary energy density and energy cost. *Am J Clin Nutr.* 2005;82(1 Suppl):265S-73S.

Drewnowski A. The contribution of milk and milk products to micronutrient density and affordability of the U.S. diet. *J Am Coll Nutr.* 2011;30(5 Suppl 1):422S-8S.

Darmon N, Darmon M, Maillot M, Drewnowski A. a Nutrient Density Standard for Vegetables and Fruits: Nutrients per Calorie and Nutrients per Unit Cost. *Journal of the American Dietetic Association.* 2005;105(12):1881-7.

Saternus R, Vogt T, Reichrath J. a Critical Appraisal of Strategies to Optimize Vitamin D Status in Germany, a Population with a Western Diet. *Nutrients.* 2019;11(11).

Fulgoni VL, Keast DR, Bailey RL, Dwyer J. Foods, Fortificants, and Supplements: Where Do Americans Get Their Nutrients? *The Journal of Nutrition.* 2011;141(10):1847-54.

The British Dietetic Association, The Food Services Specialist Group. *The Nutrition and Hydration Digest.* 2019.



NUTRIČNÍ TERAPIE V PALIATIVNÍ PÉČI

Výživa v péči o seniory nabývá v paliativní fázi života na významu. Jelikož je obtížné určit začátek této poslední fáze života, je sporné, kdy se nutriční péče mění z péče podporující život na péči zajišťující spokojené dožití. Výživa může ztratit svou funkci podpory života, a proto se mohou změnit výživové plány.

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje paliativní péči jako přístup, který zlepšuje kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožujícím onemocněním. Toho lze dosáhnout prevencí a zmírněním utrpení, a to pomocí včasné diagnostiky, správného posouzení a léčby bolesti a dalších problémů – fyzických, psychosociálních a duchovních. Jedná se o přístup, který podporuje a udržuje optimální kvalitu života až do smrti. V paliativní péči je umírání považováno za normální proces, který by neměl být urychlován, neměly by se mu klást překážky nebo by neměl být prodlužován.

RŮZNÉ POHLEDY, RŮZNÉ NÁZORY

Zejména v geriatrické medicíně je poskytována paliativní péče lidem s neurologickými nebo srdečními chorobami, plicními nebo ledvinovými problémy nebo jinými onemocněními. Ale co to znamená? Mnoho faktorů omezuje život a je jasné, že život spěje ke konci. Otázkou je, kdy se tak stane. A je také otázkou, kdy uplatnit konkrétní nutriční plán. Jaké jsou cíle a jaké jsou potřeby? Podávat stravu až do konce, nebo nedělat nic? Proto je velmi důležité vycházet ze sebekritiky a zamyslet se nad otázkou

nutriční péče v paliativní fázi. Bez ohledu na to, že jsou na tuto problematiku různé názory, je třeba jí věnovat velkou pozornost.

CÍLEM PALIATIVNÍ PÉČE JE CÍTIT SE DOBŘE

Zejména v závěrečné fázi života může k úlevě a ke kvalitě života přispět vhodná výživa. Výživová doporučení v terminální fázi života se značně liší od doporučení v dřívějších fázích. Výživa jako prostředek k udržení života ztrácí v této chvíli svůj význam. Plány výživy ve fázi umírání vyžadují pečlivý a individuální přístup. Cílem paliativní péče již není udržování optimálního stavu výživy a fungování těla, ale poskytování pohodlí a pohody.

V poslední fázi života by se lidé měli podporovat v tom, aby jedli a pili, pouze pokud to dokáží nebo chtějí. Když postupně začnou méně jíst a pít, příbuzní to mohou přijímat obtížně. Zásadní je, aby s nimi zaměstnanci více komunikovali a poskytovali psychosociální podporu nejen umírající osobě, ale i jim. V této fázi nemusí být poskytována výživa přínosná, protože člověk často nepocituje hlad ani žízeň. Živiny se nepřeměňují tak, jak tomu bylo v dřívějších stadiích života. Umělá výživa se nedoporučuje a umělá hydratace je povolena pouze ve výjimečných případech. Na druhou stranu: umírající lidé často pocítují příznaky nepohodlí, jako je sucho v ústech, nevolnost nebo zhoršená chuť. V těchto případech lze příznaky zmírnit ošetřením, jako je péče o rty a ústa.

Konečným cílem jakéhokoli nutričního zásahu v paliativní péči by mělo být zachování pohody. Nejdůležitější je respekt, stejně jako pochopení skutečnosti, že léčebná a paliativní výživová péče vychází z měnící se rovnováhy, která vyplývá ze zdravotního stavu, podmínek, potřeb a požadavků.

CO DĚLAT, KDYŽ JIŽ NEEXISTUJE ZPŮSOB, JAK POMOCI?

Nutriční péče v paliativní fázi má významnou vyrovnávací funkci a jejím cílem by mělo být zachování pohody. Ale co lze dělat, pokud již neexistuje způsob, jak pomoci? Odborníci na výživu se jako součást multidisciplinárního paliativního ošetřování mohou spolehnout na následující body:

- zachování individuálního výživového stavu. Cílem by nemělo být dosáhnout ideálního stavu výživy nebo potřebného množství živin, ale uspokojit potřeby a přání dotyčných osob;
- zachování individuální a subjektivní kvality života. Klíčem k poznání a porozumění potřebám umírajících osob je komunikace mezi nimi, zaměstnanci a příbuznými. Podporujte otevřenou komunikaci mezi všemi zúčastněnými lidmi. Úkony a zásahy vyžadují plánování a komunikaci;
- respekt k autonomii. Při plánování nutričních zásahů v paliativní fázi je nutno zajistit a respektovat právo na samostatnost každé osoby. Také je nutné plnit osobní preference týkající se požadavků na jídlo a pití a zároveň řešit alarmující příznaky ovlivňující příjem jídla a tekutin;
- spolehněte se na své znalosti o výživě. Vyvarujte se stravy, která není podložena důkazy ani nezvyšuje kvalitu života;
- prevence a léčba proleženin. Podvýživa má negativní vliv na kvalitu života a je důležité ji léčit. Nemělo by se již nadále zaměřovat na stravovací cíle, jako jsou optimální hladina cukru v krvi, cholesterol a další metabolické parametry;

- poradenská pomoc. Multidisciplinární tým paliativní péče může radit ohledně alternativ pro splnění nutričních potřeb, jako je léčba nevolnosti, nechutenství, problémy s trávením a potíže se žvýkáním a polykáním;
- začátek a konec výživy. Vždy vyhledejte odborníky na výživu a konzultujte s nimi individuální rozhodnutí ohledně zahájení, přizpůsobení nebo ukončení enterální nebo parenterální výživy;
- pružnost přístupu. Je důležité zaujmout otevřený postoj ke konkrétním potřebám a podporovat rozvoj adekvátních odpovědí;
- vzdělávání a odborná příprava. Odbornost v oblasti výživy podléhá neustálým změnám a novým poznatkům. Výživa v paliativní péči by měla být součástí každého odborného školení.



ODKAZY NA LITERATURU

- WHO. 2020. WHO Definition of Palliative Care. <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> Accessed 11.10.2020
- England, N.H.S., 2014. Leadership Alliance for the Care of Dying People. NHS England.
- Carter, A.N., 2020. To What Extent Does Clinically Assisted Nutrition and Hydration Have a Role in the Care of Dying People?. *Journal of Palliative Care*, pp. 209-216.
- Orrevall, Y., 2015. Nutritional support at the end of life. *Nutrition*, 31(4), pp.615-616.
- Druml, C., Ballmer, P.E., Druml, W., Oehmichen, F., Shenkin, A., Singer, P., Soeters, P., Weimann, A. and Bischoff, S.C., 2016. ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. *Clinical Nutrition*, 35(3), pp.545-556.
- Frühwald T., 2008. Frailty. in: Böhmer F., Füsgen, I.: *Geriatric. Der ältere Mensch mit seinen Besonderheiten*, Böhlau Verlag.
- Volkert D. 2015. *Ernährung im Alter*. Walter de Gruyter GmbH, Berlin/Boston, pp. 155-161
- Domkar, S. 2015. *Ernährungstherapie in der palliativ Care. Die Rolle der Diaetologin/ des Diaetologen im interdisziplinären Team*. Masterthesis, FH Campus Wien.
- Klarare, A., Hagelin, C., CJ, F., & Fossum, B. 2013. Team interactions in specialized palliative Care teams: a qualitative study. *J Palliat Med*, 16(9), pp. 1062–1069.

ROLE A ZOPOVĚDNOST

Plánování péče o výživu v zařízeních pečujících o seniory je velkou výzvou. Cesta od podvýživy ke správné výživě je dlouhá a obtížná a je do ní zapojeno mnoho lidí. Prvním krokem plánování je rozvoj strategie zaměřené na správnou výživu. Druhým důležitým krokem je určení a zavedení rolí a zodpovědností tak, aby bylo možné strategii realizovat. Správná výživa při péči o seniory je multidisciplinárním úkolem, který může být úspěšný pouze tehdy, pokud bude teorie dobře převedena do praxe. Za tímto účelem je důležité jasně definovat postupy a propojení každodenních činností, spolupráce a komunikace.

KDO MÁ CO NA STAROSTI?

Správná výživa není jen záležitostí šéfkuchařů a kuchařů. Přizvání odborníka na výživu nestačí k tomu, aby multidisciplinární tým fungoval. Počet zúčastněných stran přesahuje rámec „běžných zúčastněných“:

MANAŽER

Manažeři v zařízeních péče o seniory mají hlavní zodpovědnost za vytváření vhodného prostředí a vypracování jasné strategie. Ta se zaměřuje na výživu z hlediska investice a na vliv správné výživy na zdraví a pohodu obyvatel. V souladu s tím je management zodpovědný za rozvoj vhodného prostředí. V tomto prostředí uvádějí tuto strategii do praxe všichni, kdo se podílejí na výživové péči: ošetrovatelský management, řízení lidských zdrojů a školící management, management domu s pečovatelskou službou a management kvality. Management by si měl uvědomit, že péče o výživu je multidisciplinární, a tomu přizpůsobit strategii a komunikaci.

KUCHAR

Kuchaři a zaměstnanci kuchyně jsou zodpovědní za zajištění toho, aby nabídka jídel a nápojů odpovídala potřebám a požadavkům obyvatel. Proto se u nich vyžadují odborné znalosti v oblasti výživy a znalosti specifických požadavků na výživu u starších osob. Jídlo musí být samozřejmě chutné, vypadat atraktivně a být vkusně servírováno. Zaměstnanci kuchyně nestojí na začátku výživového řetězce, ale jsou jeho zásadním prvkem, který je třeba zohlednit při plánování, výrobě a podávání stravy. Zaměstnanci kuchyně hrají klíčovou roli při zohledňování stále se měnících potřeb, nároků a požadavků, které musí převést do praxe a přizpůsobit stravu aktuálními potřebám. Proto musí být zaměstnanci kuchyně kreativní a flexibilní.

(EXTERNÍ) KUCHAR

Vzhledem k tomu, že mezi interním dodavatelem a externím dodavatelem, který dodává jídlo do zařízení, je malý rozdíl, je důležité, aby ve smlouvě o poskytování služeb byly jasně definovány jak služby, tak jednotlivé odpovědnosti. Dodavatel by měl být považován za partnera v oblasti nutriční péče, a ne jen za dodavatele potravin. Klíčová je komunikace mezi stravovacím zařízením, vedením domova a výživovým personálem.

DIETOLOG

Dietolog, jako odborník na požadavky a možnosti výživy, propojuje obyvatele s kuchyní a je zároveň koordinátorem multidisciplinárního týmu. Jeho úkoly jsou velmi různorodé, počínaje tvorbou a vyhodnocováním výživových protokolů a zajištěním dostatečného přísunu a příjmu potravy konče. Součástí povinností dietologa je účast na interdisciplinárních diskuzích a tvorba vzdělávacích kurzů pro ošetrovatelský

a kuchyňský personál. Ke zvládnutí těchto povinností je zapotřebí několik let odborné praxe.

V některých zemích existují dietologové, kteří poskytují stravovací služby. V domovech jednotlivých obcí jsou zodpovědní za vše, co souvisí se stravováním, například co se týče veškerého kuchyňského personálu, kvality jídel (výživy, chutě, kvality produktů, stravy atd.), jakož i ekonomických aspektů, jako jsou nákupy, rozpočet, vybavení a doprava.

OŠETŘOVATELÉ

Jelikož je ošetřující a pečující personál obvykle v každodenním osobním kontaktu s obyvateli, má všechny předpoklady pro to, aby mohl hrát roli zprostředkovatele informací a signalizovat měnící se potřeby a požadavky. V závislosti na své kvalifikaci je ošetřující personál odpovědný za pravidelnou kontrolu, vyhodnocování, plánování, zavádění opatření a hodnocení ošetřovatelské péče, která zahrnuje řadu výživových aspektů. Zásadní význam má úzká spolupráce s odborníky na výživu a s dalšími členy multidisciplinárního týmu, správná aplikace výživových postupů a plánů. Ošetřovatelé jsou zodpovědní za práci s klienty, měli by správně uplatnit všechny postupy a plány. Proto je potřeba ošetřovatele na téma „různé aspekty podvýživy“ pravidelně školit.

TERAPEUT

Logopedi, fyzioterapeuti a další terapeuti hrají důležitou roli, protože mohou pomoci lépe porozumět členům multidisciplinárního týmu. Mohou jim také pomoci při řešení příčin jak sníženého příjmu potravy, tak podvýživy.

LÉKAŘ

Zdravotnický personál, jako je praktický lékař a gerontolog, by měl, co se týče podvýživy, pravidelně vyplňovat zdravotnickou dokumentaci klienta a informovat multidisciplinární tým domova o měnících se okolnostech a základním zdravotním stavu klienta.

STRAVOVACÍ KOMISE

V některých organizacích existuje tzv. stravovací komise, nebo také referenční skupina, která zastupuje požadavky nebo přání obyvatel. Tato komise společně s výživovým multidisciplinárním personálem diskutuje a sestavuje konkrétní jídelní lístky a začleňuje výživové prvky, které nejlépe splňují očekávání a přání klientů.

KLIENT DOMOVA S PEČOVATELSKOU SLUŽBOU

Samotný klient by měl být součástí procesu výživy a měl by být co nejlépe informován o svém stavu, příležitostech i rizicích výživy a plánovaných opatřeních.

Příbuzní, rodina, přátelé, neformální pečující, sociální pracovníci, dobrovolníci a všechny ostatní osoby doprovázející klienta mají za úkol informovat o jeho stavu, pocitech, požadavcích a potřebách a měli by otevřeně komunikovat se zaměstnanci domova.

ZAJÍMAVÝ PŘÍPAD Z NĚMECKA

V jednom pečovatelském domě v Německu multidisciplinární tým rozhodl, že klient s podvýživou potřebuje speciální, vysoce kalorický nápoj. Kuchař, jako člen týmu, sdílel tyto informace se svými zaměstnanci v kuchyni a také tyto informace umístil na kuchyňskou nástěnku. Během několika příštích dnů zaměstnanci nápoj připravili. Nicméně během příští schůzky týmu si zdravotní sestra stěžovala, že se na nápoj zapomnělo. Co se stalo? Zaměstnanci kuchyně označili nápoj interní kuchyňskou zkratkou a doručili jej do společenské místnosti. Obsluhující personál ale speciální nápoj nepoznal a dal ho někomu jinému. Naštěstí zaměstnanci při setkání týmu důvod, proč chyba nastala, odhalili, a od té doby jsou všechny speciální potraviny označovány nejen jménem klienta, ale také jejich přesným obsahem.

SEZNAM ZKRATEK

BMI	Index tělesné hmotnosti
DACH	Německo-Rakousko-Švýcarsko
DHA	kyselina dokosahexaenová (omega-3 polynenasycená mastná kyselina s dlouhým řetězcem)
EAN	Evropská síť pro stárnutí
EFSA	Evropský úřad pro bezpečnost potravin
EPA	kyselina eikosapentaenová (omega-3 polynenasycená mastná kyselina s dlouhým řetězcem)
ESPEN	Evropská společnost pro klinickou výživu a metabolismus
GLIM	Přední globální iniciativa zabývající se podvýživou
GP	Praktický lékař
FAO	Organizace OSN pro výživu a zemědělství
PDV	Perorální doplňky výživy
IDDSI	Mezinárodní iniciativa pro standardizaci dysfagické diety
WHO	Světová zdravotnická organizace

SPECIÁLNÍ PŘÍCHUTĚ VYBRANÉ PACIENTY¹

Široká nabídka příchutí pomáhá pacientovi v užívání enterální výživy,
v dosahování nutričního příjmu a podporuje zlepšení klinických výsledků.^{2,3}



HŘEJIVÝ ZÁZVOR

Jediný přípravek na trhu
s hřejivým efektem.⁴



CHLADIVÉ ČERVENÉ OVOCE

Jediný přípravek na trhu
s chladivým efektem.⁴



NEUTRÁLNÍ PŘÍCHUŤ

Univerzální příchut' při
přecitlivlosti na chutě a pachy,
vhodná pro přípravu jídel.

Referencie: 1. De Haan JJ, Moshage Y, Kluijthoof D, et al. Impact of taste alterations during systemic anti-tumour therapy on the liking of oral nutritional supplements with adapted flavours. *Ann Oncol.* 2018 Oct; 29(8):viii603-viii640. 2. Stratton RJ, Elia M. Encouraging appropriate, evidence-based use of oral nutritional supplements. *Proc Nutr Soc.* 2010; 69(4):477-487. 3. Ravasco P, Monteiro-Grillo I, Vidal PM, et al. Dietary counseling improves patient outcomes: a prospective, randomized, controlled trial in colorectal cancer patients undergoing radiotherapy. *J Clin Oncol.* 2005; 23(7):1431-1438. 4. <http://www.sukl.cz/sukl/seznam-cen-a-uhrad-lp-pzlu-k-1-8-2020>. Accessed August 8, 2020.



ONS21HOSSPE12CZ | Nutridrink Compact Protein je potravina pro zvláštní výživu – potravina pro zvláštní lékařské účely pro řízenou dietní výživu při podvýživě související s nemocí. Určeno k užívání pod dohledem lékaře. Materiál je určen pouze pro odbornou veřejnost – není určen pro pacienty ani širokou veřejnost.

Infolinka: 800 110 001 (Po-Pá 8:30-16:00)
www.e.nutricia.cz



www.ean.care

EUROPEAN
AGEING
NETWORK

PARTNEŘI:



EAN asbl
c/o Résidence Grande Duchesse Joséphine Charlotte
11, avenue Marie-Thérèse
L-2132 Luxembourg