

Promicanje pravilne prehrane u skrbi za starije osobe

Vodič za organizaciju prehrane u ustanovama za skrb o starijim osobama





Publikaciju je podržala grupa SeneCura
www.senecura.hr

Promicanje pravilne prehrane u skrbi za starije osobe

Preporuke za članove EAN-a

Vodič za organizaciju prehrane u ustanovama za skrb o starijim osobama

(C) 2021, European Ageing Network

ISBN: 978-80-88361-30-5 (online)

Izdavač:

Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky

Vančurova 2904, 390 01 Tábor

Czech Republic

www.apsscr.cz

Sadržaj

Predgovor	4
Europska mreža za starenje	6
Uvod	8
Društveni aspekti jela	12
Kulturni aspekti nutritivne skrbi	16
Poslovni slučaj za pravilnu prehranu	20
Medicinski aspekti i kliničke smjernice	24
Nutricionistička terapija u palijativnoj skrbi	38
Uloge i odgovornosti	42
Popis kratica	46

PREDGOVOR

Jedan je od glavnih ciljeva Europske mreže za starenje (EAN) pomoći u poboljšanju kvalitete dugotrajne skrbi. Prehrana je važan dio kvalitete skrbi za starije osobe, a pravilna prehrana općenito promiče kvalitetu života povezanu sa zdravljem.

Stoga je ne samo važno da budemo svjesni te činjenice i učinimo prehranu elementom kompleksnog pristupa starijim osobama, nego i da dijelimo primjere dobre prakse, znanje, preporuke i inovativna rješenja.

Europska mreža za starenje obratila se stručnjacima za prehranu u cijeloj Europi kako bi pokrenula EAN-ovu radnu skupinu za prehranu te izradila ovaj dokument i smjernice koji bi mogli biti svakodnevni alat i pomoćnici na putu prema optimalnoj skrbi s pomoću pravilne prehrane.

Ishod koji držite u rukama ne bi bio moguć bez inicijative naših partnera i članova, ali i svih stručnjaka koji su više od godinu dana pripremali ovaj dokument.

Nadamo se da će ovaj dokument pružateljima usluga dugotrajne skrbi pomoći ispuniti njihovu glavnu misiju – omogućiti starijim osobama visok stupanj kvalitete života, dostojanstvo, radost i sreću.

Dr. Jiří Horecký, MBA

Predsjednik, generalni direktor
European Ageing Network

Porast broja osoba starije životne dobi u Republici Hrvatskoj civilizacijski je doseg i posljedica poboljšanja životnog standarda i zdravstvene zaštite cjelokupnog stanovništva. Skrb o starijim i nemoćnim osobama postaje sve zahtjevnija društvena aktivnost u pogledu ljudskih i materijalnih resursa. Stariju životnu dob prate kompleksna zdravstvena i socijalna stanja pri čemu često dolazi do smanjenja funkcionalne sposobnosti uz poteškoće u samostalnom hranjenju, gutanju i žvakanju.

Institucije koje se skrbe o osobama starije životne dobi svojim korisnicima osiguravaju optimalnu prehranu obzirom na njihovu dob i zdravstveno stanje. Nutritivna skrb za korisnike domova optimalna je ako su obroci izbalansirani, osiguravaju dovoljno energije i hranjivih tvari i prilagođeni zdravstvenim potrebama. Pravilna prehrana ima važnu ulogu u očuvanju zdravlja i smanjenju rizika razvoja većine kroničnih bolesti.

Referentni centar Ministarstva zdravstva za zaštitu zdravlja starijih osoba, Nastavnog zavoda za javno zdravstvo "Dr. Andrija Štampar", uz eminentne hrvatske stručnjake i znanstvenike koji se bave zaštitom zdravlja starijih osoba, 2020. godine objavio je Priručnik "Prehrambeno-gerontološke norme/jelovnici u domovima za starije osobe i gerontološkim centrima". Prvi je takav priručnik u Hrvatskoj koji sveobuhvatno pristupa potrebama korisnika s konkretnim smjernicama za implementaciju. Priručnik "Prehrambeno-gerontološke norme/jelovnici u domovima za starije osobe i gerontološkim centrima" dostupan je na mrežnoj stranici:

https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/2020%20Vijesti/Prehrambeno-gerontološke%20norme_17.10.2020.%20.pdf

Uistinu je pohvalno da Ustanove SeneCura grupe, koje su višestruko nagrađivane u području kvalitete i inovacija, hrvatskom verzijom svog priručnika „Promoting well-nutrition in elderly care“ nastavljaju dobru praksu u promicanju zdrave prehrane u ustanovama za smještaj starijih osoba. Na taj način će svakako doprinijeti povećanju kvalitete prehrane svojih korisnika i njihovog cjelokupnog zdravlja, te osigurati preduvjete za aktivno zdravo starenje i omogućiti da svaka njihova ustanova bude primjer uspješne prakse u zdravstvenoj i socijalnoj skrbi za starije osobe.

Smjernice ovog Priručnika usklađene su s Priručnikom "Prehrambeno-gerontološke norme/jelovnici u domovima za starije osobe i gerontološkim centrima".

prof. prim. dr. sc. Branko Kolarić, dr. med. spec. epid.

Voditelj Referentnog centra MZ za zaštitu zdravlja starijih osoba

EUROPSKA MREŽA ZA STARENJE

Europska mreža za starenje (EAN) okuplja **više od 10 000 pružatelja usluga skrbi diljem europskog kontinenta**. Članovi predstavljaju sve vrste organizacija i pojedinaca koji se bave starijim osobama i sve vrste vlasništva, uključujući profitne, neprofitne i vladine organizacije. Njihove su vizija i misija poboljšati kvalitetu života starijih osoba i podržati ih tako da im svaki dan učine boljim pružanjem visokokvalitetnog smještaja, usluga i skrbi.

10.000
PRUŽATELJA
USLUGA
SKRBI

Europska mreža za starenje (EAN) prisutna je u 25 europskih zemalja. Uz dobro zastupljenu organizaciju EAHSa u sjeverozapadnoj Europi i E.D.E. na jugoistoku, ta kombinacija čini Europsku mrežu za starenje uistinu paneuropskom organizacijom. EAN nije sam u ostvarivanju svoje vizije, vrijednosti i misije. Povezan je s Global Ageing Network (GAN), globalnom mrežom s uredom u Washington D.C.-ju. EAN i GAN okupljaju stručnjake iz cijelog svijeta, predvode obrazovne inicijative i osiguravaju prostor za inovativne ideje u skrbi za starije osobe. Utiru put unaprjeđenju najboljih praksi u skrbi za starije kako bi stariji ljudi posvuda mogli živjeti zdravije, jače i neovisnije.

25
EUROPSKIH
DRŽAVA

Članovi Europske mreže za starenje (EAN) pružaju usluge **više od jednom milijunu starijih osoba u Europi**. Dugovječnost je jedno od najvećih dostignuća modernih društava. Europljani žive dulje nego ikad prije i očekuje se da će se taj obrazac nastaviti zbog neviđenog medicinskog napretka i poboljšanog životnog standarda. Do 2020. četvrtina Europljana bit će starija od 60 godina. U kombinaciji s niskom stopom nataliteta, to će zahtijevati znatne promjene u strukturi europskog društva koje će utjecati na naše gospodarstvo, sustave socijalnog osiguranja i zdravstva, tržište rada i mnoga druga područja našeg života.

1 MILIJUN
PRIMATELJA
USLUGA

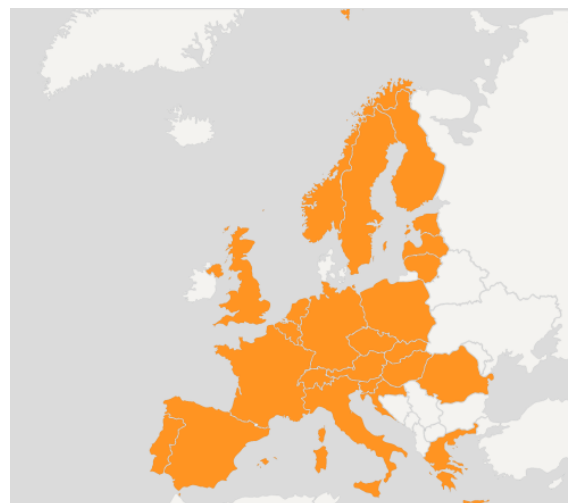


www.ean.care

EUROPEAN
AGEING
NETWORK

Kao profesionalci nastojimo poboljšati kvalitetu skrbi i nadzor. Zajednički standardi osposobljavanja, uzajamni posjeti i promatranja, kongresi i simpoziji promiču profesionalizam među ravnateljima domova za skrb i bolje razumijevanje različitih oblika skrbi i pomoći. Stvaranje humanih uvjeta za život i rad u našim domovima vizija je kojoj težimo svi u EAN-u.

Austrija	Nizozemska
Belgija	Njemačka
Češka republika	Norveška
Estonija	Poljska
Finska	Portugal
Francuska	Rumunjska
Grčka	Slovačka
Hrvatska	Slovenija
Italija	Španjolska
Latvija	Švedska
Litva	Švicarska
Mađarska	Velika Britanija
Malta	



UVOD

Radna skupina Europske mreže za starenje osnovana je kako bi osmislila smjernice za prehranu u ustanovama socijalne skrbi za starije osobe. Smjernice se usredotočuju na prehranu u skrbi za starije te uključuju ključna načela, postupke i procese, dobre prakse, primjere i rješenja. Smjernice promiču pravilnu prehranu i pomoći će ravnateljima, njegovateljima, kuharima i domaćinima u domovima za starije te potaknuti rasprave o podizanju apetita u korist štićenika.

Radna skupina usredotočila se na mnoge aspekte pitanja prehrane te je svoja mišljenja i prijedloge temeljila na raspravama o:

- problemu pothranjenosti starijih osoba u ustanovama skrbi: pregled problematike, raširenost (posebno u ustanovama za skrb o starijim osobama: smještaj, potpomognuto življenje, zajednica), politike i sustav označavanja, najbolje prakse;
- različitim relevantnim aspekti-

ma pothranjenosti kod starijih ljudi: što starije osobe čini pothranjenima, što su odrednice, što i tko je odgovoran za utvrđivanje rješenja za pothranjenost;

- najboljim načinima za rješavanje problema pothranjenosti, za starije ljude i za pružatelje skrbi za starije ljude: primjeri najbolje prakse, inovacije, nova hrana, prehrambeno-ugostiteljske usluge, kultura i upotreba, dostupnost, ekonomija itd.;
- tome kako pružiti smjernice o podizanju svijesti o problemima i provedbi rješenja na svim razinama.

OD POTHNANJENOSTI DO PRAVILNE PREHRANE

Kada osoba ne dobiva dovoljno hrane ili ne dobiva pravu vrstu hrane, pothranjenost je odmah iza ugla. U ovom izvješću pothranjenost se odnosi na nedostatke, neumjerenost ili neravnotežu u unosu energije i/ili hranjivih tvari. Pojam pothranjenosti obuhvaća dvije široke skupine stanja. Jedna ozna-

čava prekomjernu tjelesnu težinu, pretilost i nezarazne bolesti povezane s prehranom (kao što su bolesti srca, moždani udar, dijabetes i rak). Druga je „neishranjenost“ što obuhvaća zaostajanje u razvoju (niska visina za dob), smanjenje težine (mala težina za visinu), premalu tjelesnu težinu (mala težina za dob) i manjak ili nedostatak mikronutrijenata (nedostatak važnih vitamina i minerala). Starije osobe posebno su podložne pothranjenosti. Nedostaje im snage za jelo ili jednostavno nemaju apetit.

Cilj je radne skupine pomoći u borbi protiv pothranjenosti i pripremiti za pravilnu prehranu optimalnu mješavinu prehranbenih, medicinskih, ekonomskih, kulturnih i organizacijskih aspekata za podršku starijima da se dobro osjećaju u ustanovama za skrb o starijim osobama – s odgovarajućom hranom i pićima te individualnim pristupom kao polazišnom točkom. Ovo se izvješće, međutim, neće baviti samo biomedicinskim aspektima prehrane, već će obratiti pozornost i na sve druge relevantne discipline pravilne prehrane. Osim poglavlja o medicinskim i kliničkim aspektima, izvješće uključuje poglavlja o eko-

nomskim troškovima i koristima, društvenim i kulturnim aspektima jedenja i uživanja u hrani te ulogama i odgovornostima unutar organizacija za skrb o starijima. Posebna pažnja posvećena je palijativnoj nutritivnoj skrbi u zasebnom poglavlju.

Jedna stvar postala je jasna iz provedenih rasprava i istraživanja: pravilna prehrana zahtjeva osvješćivanje o problemu pothranjenosti i multidisciplinarni pristup njegovom rješavanju.

METODA RADA

Radna skupina započela je s radom u veljači 2020., neposredno prije izbijanja pandemije bolesti COVID-19. Nakon samo jednog sastanka uživo, svi sljedeći radni sastanci i rasprave odvijali su se digitalno. To nije omelo produktivnost skupine.

Temelj za poglavlja postavljen je kroz prethodnu raspravu i istraživanja skupine članova. Zajedno su predložili sadržaj za različita poglavlja ovog izvješća. Zatim su svi članovi pregledali i raspravljali o svim odvojenim dijelovima, što je dovelo do ovog zajedničkog izvješća.

ČLANOVI RADNE SKUPINE

Radna skupina za prehranu EAN-a sastojala se od sljedećih stručnjaka:

AGNETA HÖRNELL

Profesorica, registrirana dijetetičarka, Institut for Kostvetenskap,
Umeå Universitet

AMALIA TSAGARI

Klinička dijetetičarka, Opća bolnica KAT / predavačica kliničke prehrane,
Aegean College / voditeljica ESDN-a za starije odrasle osobe unutar EFAD-a,
Atena, Grčka

BARBARA TROESCH

Globalno vodeća znanstvenica za znanost o prehrani i zagovaranje medicinske prehrane i farmacije, DSM Nutritional Products, Kaiseraugst, Švicarska

BIRGIT MATITSCHKA

Dijetetičarka i voditeljica projekata,
Food Solutions Senior Market, SODEXO DE/AT/CH

HELENA HALBWACHS

Voditeljica kvalitete skrbi CZ/HR/SI, SeneCura grupa, Austrija
Viša predavačica zdravstvene njege i socijalne gerontologije, Alma Mater
Europaea-ECM, Slovenija

IVANA PRAŽANOVÁ

Registrirana dijetetičarka, direktorica Češkog saveza za nutritivnu skrb

JIŘÍ HORECKÝ

Predsjednik EAN-a

LAURE CLOAREC BLANCHARD

Stručna direktorica Adef Residences, FNAQPA

MALIN SKINNARS JOSEFSSON

Opskrbna dijetetičarka, Odjel za studije o hrani, prehrani i dijetetici, Sveučilište Uppsala, Švedska/voditeljica Food Service ESDN-a unutar EFAD-a

MARCEL SMEETS

Izvršni konzultant EAN-a za EU i povjerenik Europskog saveza prehrane za zdravlje (ENHA)

SUSANNE BAYER

Dijetetičarka u „Odboru upravitelja bečkih domova za umirovljenike“, delegirana iz „Lebenswelt Heim – Savezne udruge“, Beč

ZAHVALA

EAN želi zahvaliti svim članovima radne skupine na njihovom dragocjenom doprinosu i iznimno cijenjenoj suradnji. Zavaljujući sekretarijatu EAN-a svi volonteri mogli su se susresti, planirati i raditi zajedno. Posebnu zahvalu upućujemo DSM-u koji je pristao podržati logistiku i sastanke skupine.



DRUŠTVENI ASPEKTI JELA

Obroci su univerzalni u smislu da su važan fenomen za stvaranje značenja u socijalnoj interakciji između ljudi. Komenzalnost, praksa zajedničkog jedenja, podrazumijeva društveni aspekt kao jednu od glavnih značajki jedenja. Zato radije jedemo u društvu, a obiteljski obrok smatra se arhetipom komenzalnosti. Međutim, konstelacija obitelji može se tijekom života promijeniti, a smanjenje veličine kućanstva može biti povezano sa smanjenjem razine komenzalnosti.

UGODNO ISKUSTVO

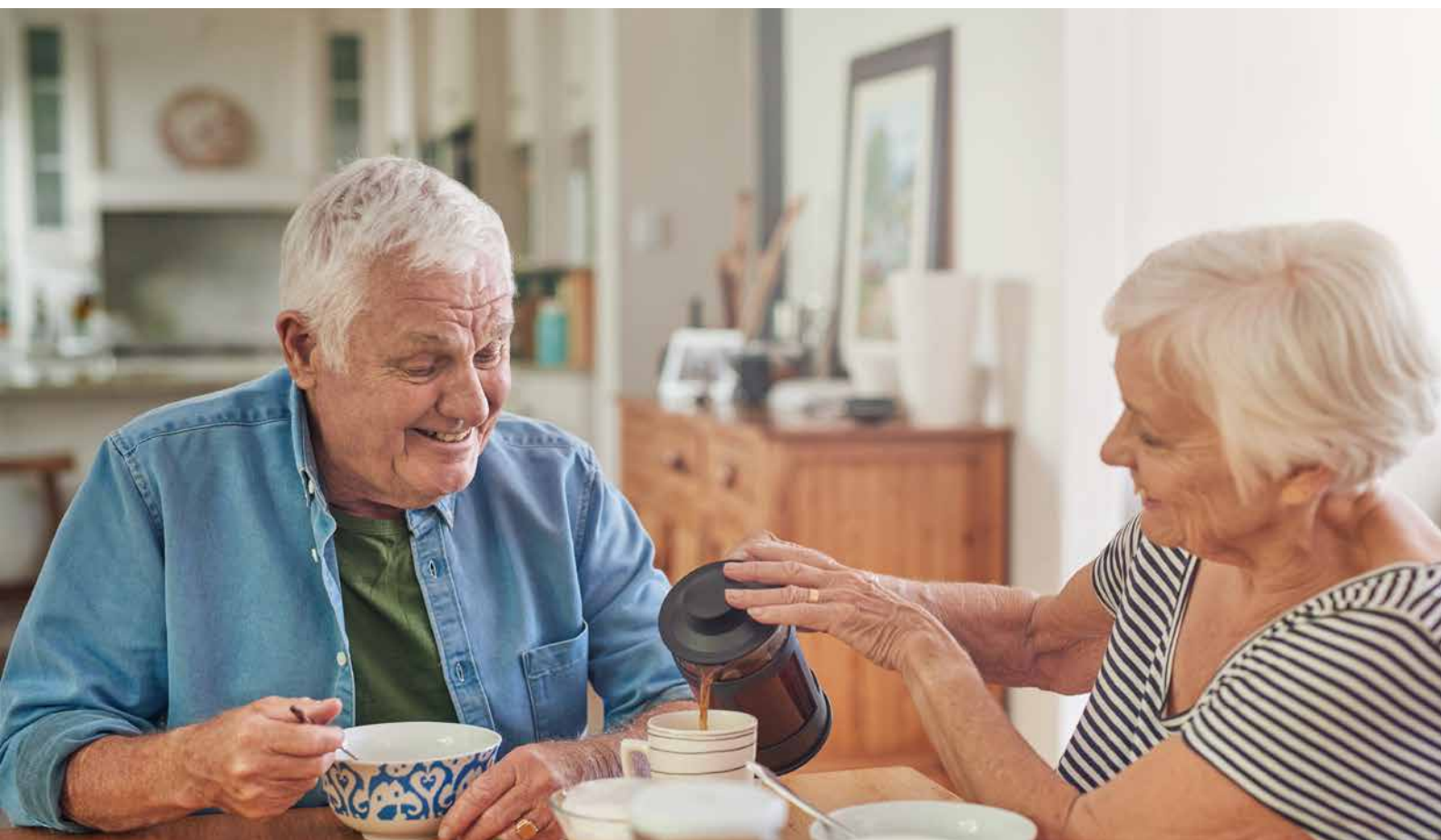
Utvrđeno je da su socijalna izolacija i subjektivna usamljenost među starijim osobama čimbenici rizika za pothranjenost, budući da postoji tendencija da jedemo manje kada jedemo sami. U literaturi je pokazano značenje pripremanja, kuhanja i posluživanja jela među umirovljenicima (to je bila dužnost mnogih žena starije generacije). Rezultati su pokazali da je duboko značenje tog posla bilo učiniti nešto za druge. Za udovice je izgubljeno cjelokupno značenje kuhanja i jedenja u komenzalnosti te je stoga kod

tih žena bio očigledan rizik od lošeg unosa hranjivih tvari. Poznato je da jedenje s drugima povećava unos hrane kod starijih ljudi u usporedbi s obrocima koje jedu sami. Međutim, povećani unos hrane također je povezan s bliskošću grupe ljudi koja jede zajedno jer jelo s prijateljima njeguje osjećaj zajedništva i omogućuje grupi da se razvije na način koji odgovara njenim potrebama i željama.

Individualni kulturni aspekti, kao što su navike i tradicije, mogu igrati važnu ulogu kod određivanja socijalnih svojstava potreba i želja povezanih s obrocima. Stoga će kulturni vidici ne samo utjecati na društvenu konstelaciju u kojoj pojedinac voli jesti, već i na način na koji se hrana poslužuje. U studiji o tome što su obroci značili starijim ljudima i zdravstvenim radnicima obroci su se, uz neke iznimke, smatrali ugodnim iskustvima. Također, zdravstveni su djelatnici naglasili da društveni aspekt obroka po važnosti nadmašuje čak i nutritivni aspekt.

SAVJETI ZA PRAKSU I ORGANIZACIJU

- Pažljivo razmotrite osobne preferencije svakog stanara prema druženju za vrijeme obroka.
- Osigurajte da ne dolazi do neželjene društvene izolacije za vrijeme obroka.
- Uspostavite dobru rutinu povezanu s obrocima kako biste ih učinili ugodnima.
- Razmotrite obrok kao dio skrbi koja se koristi kao resurs za stvaranje društveno značajnog okruženja.
- Zajednički obroci trebali bi biti značajan dio skrbi za starije osobe.
- Redovito obučavajte osoblje da obrati pozornost na društvene aspekte.
- Koristite namještaj koji olakšava fleksibilne grupe osoba koje jedu zajedno.
- Ponudite tečajeve kuhanja ili organizirajte klubove kuhanja za samostalne starije osobe koje žive same radi suzbijanja društvene izolacije i u svrhu podučavanja.
- Ponudite sastajališta i preventivne akcije koje uključuju starije odrasle osobe u društvene aktivnosti.



ZANIMLJIV SLUČAJ IZ ŠVEDSKE

U malom gradu zajednica je imala ambiciju da se za vrijeme obroka suprotstavi društvenoj izolaciji starijih osoba koje žive u zajednici. Cilj projekta bio je da za njih pronađu „partnere za obrok“. Kad je projekt započeo, interes da se pomogne bio je ogroman i mnogi su se ljudi rado prijavili biti „partneri za obrok“. Međutim, stariji ljudi nisu pokazivali isti interes. Ispostavilo se da je problem što nema uspostavljenog odnosa – nisu bili zainteresirani da jedu sa strancem. Priča ima sretan završetak: kad su se „partneri“ upoznali, projekt je bio uspješan.

LITERATURA

- 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

KULTURNI ASPEKTI NUTRITIVNE SKRBI

Nema sumnje da su nam za preživljavanje potrebne hrana i voda. Međutim, tijekom milijuna godina evolucije čovječanstva, razvili smo iznimno različite poglede i navike povezane s tim pitanjem – a sve to pod utjecajem našeg kulturnog okruženja. Izbor hrane može se razlikovati među kulturama zbog geografije, kulturnih i religijskih normi te medicinskih filozofija. Uz to, čimbenici kao što su socioekonomski status, spol, dob, obrazovanje, zapošljavanje, osobnost i ukus mogu pridonijeti raznolikosti unutar već različitih kultura.

Ta se raznolikost odražava u društvu, kod starijih osoba, a time i ustanovama za skrb o starijim osobama. To je osobito važno u odnosu na prehranu jer se navike ne mogu lako ili prisilno promijeniti. Prepoznavanje iznimno dubokih korijena prehrambenih navika posebno je važno kada poslužujemo starije osobe s kognitivnim poremećajima koje možda neće moći iznijeti svoje specifične kulturne sklonosti kod prehrane. Razvijena svijest i razumi-

jevanje individualnih prehrambenih potreba i preferencija od ključne je važnosti kod pružanja optimalne nutritivne skrbi.

KULTURNO KOMPETENTNO OSOBLJE

Domovi za starije postaju sve raznolikiji, ne samo s obzirom na štićenike, već i zbog različitosti osoblja. Socijalni i zdravstveni radnici koji rade u tim okruženjima moraju usvojiti kulturne kompetencije da bi mogli učinkovito raditi izvan granica različitih kulturnih običaja, vjerskih uvjerenja, etničkih grupa i jezika.

Kulturna kompetencija može se definirati kao skup odgovarajućih ponašanja, stavova i politika koji se spajaju u sustav ili međusobni odnos pojedinaca, što tom sustavu ili pojedincima omogućuje da učinkovito rade u međukulturnom okruženju. U području prehrane i dijetetike kompetentnost znači preuzimanje zadatka učenja o različitim kulturama i razvijanje fleksibilnosti u pristupu tako da na

raspolaganju ostaju različite potencijalne mjere.

NEKOLIKO SAVJETA ZA PRAKSU

Kulturna kompetencija smatra se jednim od najznačajnijih izazova u osiguravanju optimalne prehrane u ustanovama za skrb o starijim osobama. To je proces cjeloživotnog učenja koji se temelji na samosvijesti i kritičkoj samorefleksiji. Temelji za nadgradnju kulturne kompetencije osoblja su sljedeći:

- otvorenost u pogledu različitih kulturnih, vjerskih i individualnih pogleda na prehranu;
- pružanje detaljnih nutritivnih procjena, uključujući kulturne aspekte prehrane i uključivanje obitelji i prijatelja po potrebi;
- planiranje nutritivnih intervencija uzimajući u obzir kulturno porijeklo, navike i uvjerenja stanovnika.

Kulturna kompetencija nije samo pitanje kadrova, već je važna i na organizacijskoj razini. Kako bi se osoblju omogućilo da razvijaju kulturnu kompetenciju, potrebno je da organizacije za skrb o starijim osobama učine sljedeće:

- uspostaviti filozofiju, politike i postupke koji omogućuje i potiču osoblje da djeluje i reagira na kulturno kompetentan način;
- osigurati redovito osposobljavanje, obrazovanja i aktivnosti samorefleksije u kulturnim pitanjima za multidisciplinarno osoblje;
- procijeniti i razmatrati kulturnu kompetenciju organizacije korištenjem jednog od standardiziranih alata za samoprocjenu.



ZANIMLJIV SLUČAJ IZ AUSTRIJE

U jednom austrijskom domu turska štićenica s umjerenom demencijom počela je odbijati obroke i značajno je gubila na težini. Zbog svog stanja nije mogla verbalizirati nijedan razlog za odbijanje niti izraziti bilo kakvu želju za hranom. Bilo je to usred COVID krize, a ustanove za skrb o starijim osobama nisu bile otvorene zbog nacionalnog zatvaranja.

Na svakodnevnom sastanku osoblje je razgovaralo o alarmantnoj situaciji i zaključilo da je gospođa izgubila apetit jer je tužna što više ne viđa svoju obitelj. Međutim, kasnije se jedna medicinska sestra sjetila da su joj prije zatvaranja članovi obitelji često donosili domaću hranu. S obzirom na njezino porijeklo, neki turski djelatnici počeli su joj donositi domaća jela. Zbog toga je ponovno počela jesti bez imalo oklijevanja. Kako dom ima vlastitu kuhinju i priprema obroke za svoje štićenike, osoblje i kuhar razgovarali su o mogućim prilagodbama za tu štićenicu.

LITERATURA

- 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

POSLOVNI SLUČAJ ZA PRAVILNU PREHRANU

Prehrana nije samo stvar kuhanja i jedenja. Ima i ekonomski aspekt. Dobra hrana ima svoju cijenu i može imati učinak na proračun. Loša prehrana negativno utječe na zdravlje, a time i na proračun za zdravstvo. Pravilnom prehranom, naprotiv, moguće je uštedjeti zbog dobrog zdravlja. Postoji dovoljno dokaza koji opravdaju poslovni model optimalne prehrane u ustanovama za skrb o starijim osobama. A pravilna je prehrana mnogo više od količine. Riječ je o optimalnom spoju kvalitete, kvantitete i individualnosti.

TROŠKOVI POTHRANJENOSTI

Dok se navodi da je 5 % opće populacije pothranjeno, u domovima za skrb ta je brojka 30 %. Istraživanja su pokazala da su ukupni troškovi koji prate tu skupinu znatno veći u usporedbi s dobro uhranjenim štićenicima. Na primjer, pothranjenost može uzrokovati sarkopeniju, što dovodi do gubitka mišićne snage i mase, a time i do više padova, prijeloma i tjelesnog invaliditeta. Više posjeta liječniku

opće prakse, hospitalizacije i više liječenja glavni su čimbenici troškova kod skupine pothranjenih. Ovi dodatni troškovi pothranjenosti veliku su teret za sektor skrbi za starije osobe.

NUTRITIVNA SKRB KAO INVESTICIJA

Prevenција pothranjenosti u ustanovama za skrb o starijim osobama može se smatrati ulaganjem. Optimalna prehrana kao dio zdravog načina života smanjuje rizik od mnogih bolesti povezanih s prehranom, kao što su pretilost, dijabetes i kardiovaskularne bolesti. Postoji dokaz da intervencije za smanjenje pothranjenosti, kao što su dodaci prehrani, dovode do smanjenja bolničkih prijema i liječničkih posjeta.

Postoji malo istraživanja o troškovima i koristima te isplativosti nutritivne skrbi. Jedna studija navodi da za svaki euro potrošen na savjetovane o prehrani, društvo dobije povrat između 14 i 63 €. Druga studija izvještava o povratu ulaganja

ja u pothranjene starije pacijente od 120 do 190 %.

IZBJEGAVANJE OTPADNE HRANE

Ulaganje u dobru hranu je jedno, a izbjegavanje bacanja hrane druga je stvar. Godišnje se prema Organizaciji za hranu i poljoprivredu (FAO) Ujedinjenih naroda trećina svjetske hrane namijenjene prehrani baca u otpad. Sektor ugostiteljstva i prehrane odgovoran je za bacanje 920 000 tona hrane godišnje, od čega je još 75 % i dalje pogodno za konzumaciju.

Sektor za skrb o starijim osobama također bi se mogao posvetiti promjenama. Rasipanje hrane čini se prilično uobičajenim u tom sektoru. Oko 40 % kupljene hrane, uglavnom povrća, završava u kanti za otpad u bolnicama i domovima. Za to postoji nekoliko razloga. Osim netočnog predviđanja i prevelikog opreza da se ne naruči dovoljno, ispostavilo se da su izložbeni tanjuri jedan od glavnih razloga. Studije su pokazale da izložbeni tanjuri u prosjeku koštaju do 20 000 € po ustanovi. Zamjena izložbenih tanjura visokokvalitetnim slikama, na primjer, i dalje omogućuje štićenici-

ma da vide jela u ponudi. Pogreške s narudžbom hrane drugi su razlog. Narudžbe primljene za stolom ponekad se netočno priopćavaju kuhinjskom osoblju. Rukopis, pogrešno tumačenje, alergije i prehrambene sklonosti koje nisu točno zabilježene mogu dovesti do dostave hrane koju štićenik nije tražio ili ne želi jesti ili čak ne može jesti.

SMANJENJE RASIPANJA HRANE

Smanjenje rasipanja hrane moguće je u malim operativnim koracima, primjerice proširenjem asortimana i ponudom hrane bolje kvalitete. Uštede se također mogu ostvariti ako štićenici mogu naručiti obroke samo prije jela. Istraživanja su pokazala da će onda ljudi naručiti upravo ono što žele jesti u smislu okusa i veličine porcije. Stvaranje točnog popisa i njegovo ažuriranje može pomoći boljem razumijevanju potrebnih zaliha. I na kraju, ali ne najmanje važno, pažljivo promišljanje veličine porcije može dovesti do zaključka da bi diferencijacija u veličini mogla biti odgovor na različite potrebe i želje štićenika.

Mogu se poduzeti i značajniji strateški koraci. U nastavku navodimo neke elemente koji se odnose

na iskustva ugostiteljskih stručnjaka i uočene prepreke s kojima se susreću trenutne strategije za smanjenje rasipanja hrane:

- preispitivanje stavova i navika,
- jačanje unutarnje svijesti,
- ponovno razmatranje internih prioriteta,
- suradnja i komunikacija sa svim sudionicima prehrane i između njih,
- definiranje i preuzimanje odgovornosti,
- predviđanje i fleksibilnost porcija,
- rutinsko praćenje.

ZANIMLJIV SLUČAJ IZ NIZOZEMSKE

Nizozemska studija daje zanimljiv pogled na ulaganja u nutritivnu skrb u domovima za starije osobe:

- normalni troškovi prehrane u nizozemskom sustavu godišnje iznose 319 milijuna eura;
- dodatni troškovi za zbrinjavanje štićenika koji su u opasnosti od pothranjenosti su 8 000 € po pacijentu i 10 000 € po pothranjenom pacijentu;
- domovi u prosjeku troše 10 600 € po pothranjenom pacijentu na rješavanje pothranjenosti uzrokovane bolestima;
- korištenje medicinske prehrane kod bolesnih i pothranjenih starijih osoba donosi neto koristi između 1,43 € i 3,10 € po osobi. Na svaki uloženi euro u liječenje pothranjene osobe društvo u cjelini uštedi između 1,90 € i 4,20 €.

LITERATURA

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



MEDICINSKI ASPEKTI I KLINIČKE SMJERNICE

Za starije osobe postizanje adekvatnog unosa energije i esencijalnih hranjivih tvari postaje izazov zbog promijenjene gastrointestinalne fiziologije, razine hormona, metabolizma, smanjenja tjelesne aktivnosti i niže bioraspoloživosti nekih hranjivih tvari. Uz to, manje je vjerojatno da će unijeti potrebne količine energije i esencijalnih hranjivih tvari zbog takozvane anoreksije starenja.

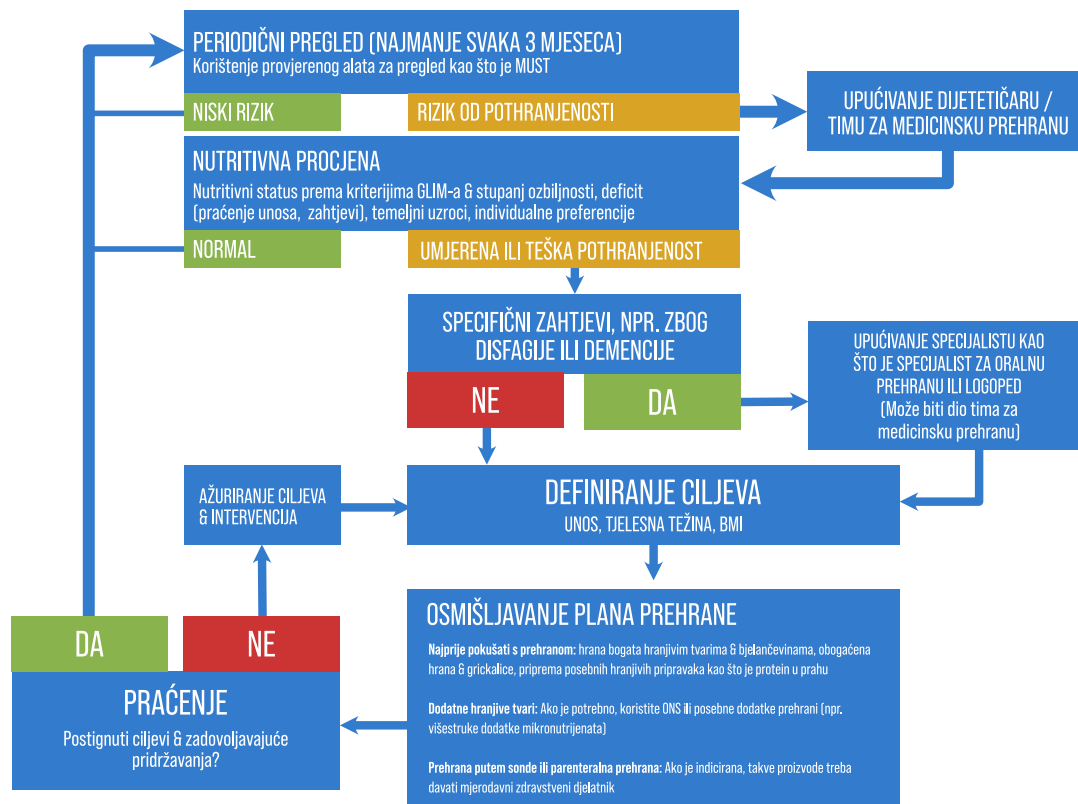
Prijavljene stope pothranjenosti općenito su ispod 10 % kod starijih osoba koje žive samostalno. Ipak, prevalencija pothranjenosti raste na više od 60 % kod starijih osoba koje žive u bolnicama za akutnu skrb i rehabilitaciju. Pothranjenost je povezana s povećanim rizikom od krhkosti, sarkopenije, padova, ovisnosti u aktivnostima svakodnevnog života, hospitalizacija i dužeg boravka, uz lošije cijeljenje rana i više komplikacija, povećanu smrtnost i lošu kvalitetu života. Stoga je važno procijeniti, održavati i po potrebi korigirati nutritivni status starijih osoba u ustanovama za

skrb o starijim osobama.

NUTRICIONISTIČKI PREGLED, PROCJENA I PLANIRANJE

Globalna liderska inicijativa za pothranjenost (GLIM) definira pothranjenost kao subakutno ili kronično stanje prehranjenosti kod kojeg je kombinacija različitih stupnjeva neishranjenosti ili prekomjerne prehrane i upalne aktivnosti dovela do promjena u sastavu tijela i smanjenja funkcije. Prema kriterijima GLIM-a, pothranjenost je potvrđena ako postoji barem jedan fenotipski kriterij (tj. nevoljni gubitak težine, nizak indeks tjelesne mase ili smanjena mišićna masa) i jedan etiološki kriterij (tj. smanjeni unos hrane ili asimilacija, upala ili teret bolesti).

Kako bi se identificirale starije osobe s pothranjenošću ili u opasnosti od pothranjenosti, GLIM preporuča da se rutinski pregledavaju provjerenim alatom (pogledajte primjer MUST u dodatku). Taj bi se pregled po mogućnosti trebao odvijati barem svaka tri mjeseca za



osobe na dugotrajnoj skrbi u stabilnom stanju, a najmanje jednom godišnje u općoj praksi za starije osobe koje žive kod kuće. Utvrđenoj pothranjenosti treba slijediti sustavna procjena, individualizirana intervencija, praćenje i odgovarajuća prilagodba intervencija.

Cilj je kliničke prehrane starijih osoba osigurati adekvatnu količinu energije, bjelanjčevina, mikronutrijenata i tekućine kako bi se zadovoljile prehrambene potrebe, a time i održao ili poboljšao nutritivni status. Ograničenja u prehrani s kojima se mogu smanjiti dnevni unosi potencijalno su štetna i potrebno ih je izbjegavati. Optimalna tjelesna težina važna je

za dugoročno zdravlje. Ipak, treba imati na umu da za starije osobe nešto viši indeks tjelesne mase (BMI) može biti koristan jer je BMI u rasponu od 23,0 do 29,9 povezan s optimalnom dugovječnošću, dok raspon koji se općenito kategorizira kao prekomjerna tjelesna težina, tj. 25,0 do 29,9, nije povezana s štetnim zdravstvenim ishodima.

Kontrola prehrane treba uzeti u obzir niz čimbenika kao što su komorbiditeti te želje i sklonosti pojedine osobe. Liberaliziranje ograničenja u prehrani kod starijih osoba dobra je klinička praksa kako bi se smanjio rizik od pothranjenosti i povezanog gubitka mase bez masti i opadanja funkcija.

PREHRAMBENE POTREBE UKRATKO

Sljedeće preporuke stručnih tijela trebale bi poslužiti kao temelj za individualizirani plan prehrane jer je nemoguće i/ili nepraktično definirati prehrambene potrebe za svakog pojedinca. Njihovo prenošenje u individualizirane planove obroka tada zahtjeva blisku suradnju unutar multidisciplinarnih timova za medicinsku prehranu kao i šire organizacije doma za skrb o starijim osobama (vidi poglavlje o ulogama i odgovornostima). Orijentacijska vrijednost za unos energije je 30 kcal na kg tjelesne težine dnevno. Tu vrijednost potrebno je individualno prilagoditi s obzirom na nutritivni status, razinu tjelesne spremnosti, stanje bolesti i toleranciju.

Unos bjelančevina kod starijih osoba treba biti najmanje 1 g bjelančevina po kg tjelesne težine dnevno. Tu vrijednost potrebno je individualno prilagoditi s obzirom na nutritivni status, razinu tjelesne spremnosti, stanje bolesti i toleranciju. Više stručnih skupina predložilo je veće dnevne količine za zdrave starije osobe. U slučaju bolesti, potrebe za bjelančevinama

mogu se čak i dodatno povećati, npr. zbog upale (uključujući upale zbog starenja), infekcija i rana, no teško je procijeniti u kojoj mjeri. Vrlo malo se zna o potrebama za bjelančevinama slabih i bolesnih starijih osoba. Znanstveni dokazi, npr. iz intervencijskih studija, trenutačno su nedostatni za donošenje konkretnih brojki. Dnevne količine bjelančevina od 1,2 do 1,5 g po kg tjelesne težine dnevno predlažu se za starije osobe s akutnim ili kroničnim bolestima i do 2,0 g po kg tjelesne težine dnevno u slučaju teške bolesti, ozljede ili pothranjenosti.

Dnevna količina od 25 g vlakana smatra se dovoljnom za normalnu laksaciju kod odraslih osoba svih dobni skupina i može se smatrati orijentacijskom vrijednosti za starije osobe. Slijedom toga, izbori jelovnika koji slijede ovoj preporuci važni su kako bi doprinijeli normalnoj funkciji crijeva. Kod osoba koje se hrane enteralno, proizvode koji sadrže vlakna potrebno je koristiti rutinski, osim ako je funkcija crijeva ugrožena.

Mikronutrijenti, pod uvjetom da ne postoji specifičan nedostatak, trebaju se opskrbiti

prema odgovarajućoj nacionalnoj preporuci za zdrave starije osobe. Odgovarajući unos mikronutrijenata neophodan je za održavanje koštane i mišićne mase i funkcije te za suzbijanje učinka starenja na imunološki sustav. Pretpostavlja se da je prevencija ili liječenje pothranjenosti važna mjera za smanjenje komplikacija potencijalne infekcije. Nedavna izjava stručnjaka ESPEN-a stoga preporučuje korištenje dodatka prehrani kako bi se osigurao odgovarajući dnevni unos svih vitamina i minerala za ranjive skupine u trenutačnoj pandemiji COVID-19.

U nedavnoj publikaciji o hranjivim tvarima za podržavanje dobrog funkcioniranja imunološkog sustava u općoj populaciji, dodatne su preporuke bile ≥ 200 mg dnevno vitamina C. Prema Institutu Linus Pauling unos vitamina C od najmanje 400 mg dnevno može biti osobito važan za starije osobe s kroničnim stanjima povezanim s dobi. Te razine su još uvijek unutar raspona unosa koji EFSA smatra sigurnima.

Na temelju dokaza o kompenzacijskom djelovanju vitamina E na učinke povezane s dobi na imunološki sustav, sugerirano je da bi razine vitamina E čak i do 200 mg

dnevno mogle biti potrebne za optimalnu imunološku funkciju kod starijih osoba. Iako su znatno iznad trenutačnih preporuka, još uvijek su dobro unutar gornje razine (1000 mg dnevno) i mogu se smatrati sigurnima.

ODRŽAVANJE MIŠIĆNE KOŠTANE MASE, PREVENCIJA OSTEOPOROZE, SARKOPENIJE I KRHKOSTI

Kod starijih osoba, gubitak tjelesne težine često se događa na uštrb mišićne mase i povezan je s oštećenjem tjelesne funkcije. Nekorištenje mišića i razdoblje mirovanja u krevetu mogu dodatno pogoršati degradaciju mišićne mase i snage. Europska radna skupina za sarkopeniju kod starijih osoba definira sarkopeniju kao progresivan i opći poremećaj skeletnih mišića koji uključuje ubrzani gubitak mišićne mase i funkcije.

Kronična upala niskog stupnja povezana sa starošću može znatno doprinijeti sarkopeniji. S obzirom na potencijal za rješavanje upale dopuna omega-3 dugolančanim polinezasićenim masnim kiselinama DHA i EPA može pomoći u smanjenju gubitka mišićne mase uzrokovane starenjem kao dio sveobuhvat-

nog režima upravljanja, uključujući prehranu i tjelovježbu. Endogena sinteza EPA i DHA ograničena je u većine ljudi i pod utjecajem je niza čimbenika kao što su dob, spol, genetika i bolest. Stoga je odgovarajući unos DHA i EPA važan kod starijih ljudi, koji često pate od inzulinske rezistencije ili drugih značajki koje ograničavaju endogenu sintezu. Danas je opće prihvaćeno da je za optimalnu prehranu potreban unos od 250 do 500 mg EPA i DHA dnevno, što je još dobro unutar raspona koji se smatra sigurnim.

Štoviše, pokazalo se da dopuna vitamina D također ima povoljni učinak na mišićnu snagu kod starijih ljudi. Osim toga važno je održavati jake kosti, stoga Međunarodna zaklada za osteoporozu preporučuje dnevni unos od 20 do 25 µg za osobe od 60 godina ili starije. Međutim, Endocrine Society navodi da bi dnevni unos od najmanje 37,5 do 50 µg dnevno mogao biti potreban da bi se postigla odgovarajuća serumska razina vitamina D. Preporučena razina vitamina D je iznad razine trenutačno preporučenih dnevnih unosa (npr. na području DACH-a za osobe od 65 godina ili starije 20 µg dnevno), ali je još uvijek unutar ono-

ga što EFSA smatra sigurnim. Osim dodatka vitamina D Međunarodna zaklada za osteoporozu preporuča unos od 1200 mg kalcija dnevno za održavanje jakih kostiju.

Važno je da se starije osobe s pothranjenošću ili rizikom od pothranjenosti potiču na tjelesnu aktivnost i vježbanje kako bi održali ili poboljšali mišićnu masu i funkciju. Prije početka tjelovježbe potrebno je procijeniti zdravstveno stanje i razinu fizičke spremnosti osobe kako bi se isključile kontraindikacije za vježbanje te utvrdila odgovarajuća vrsta treninga, intenzitet i početna razina.

PLANIRANJE OBROKA

Da bi se postigli potrebni unosi važno je pripremiti hranu s visokom gustoćom hranjivih tvari. Ekonomska ograničenja često se vide kao prepreka takvoj prehrani. Hrana bogata mikronutrijentima često je skuplja od energetske bogatih opcija. Međutim, mlijeko i mliječni proizvodi dobar su izvor kalcija i bjelancevina. Oni su, poput graha i jaja, visokokvalitetna hrana dostupna po razumnim cijenama. Štoviše, svježe naranče i mrkva, ali i konzervirano i smrznuto povrće, kao što



su rajčica ili zeleni grašak, također pružaju razumne cijene i doprinose prehrani bogatoj hranjivim tvarima.

U idealnom slučaju, unos hranjivih tvari postiže se konzumacijom dobro uravnotežene i raznolike prehrane. Međutim, to je izazov i u općoj populaciji, dok je kod starijih osoba još manje vjerojatno da će unijeti potrebne količine energije i mikronutrijenata zbog anoreksije starenja. Štoviše, zahtjevi za specifičnim hranjivim tvarima, kao što su vitamin D i dugolančane omega-3 polinezasićene masne kiseline su u rasponu za koji je malo vjerojatno da će se, osobito kod starijih ljudi, zadovoljiti samo prehranom. Obogaćena hrana i dodaci učinkoviti su

način za postizanje odgovarajućeg unosa mikronutrijenata te ih treba smatrati sigurnim i isplativim sredstvom za poboljšanje nutritivnog statusa kod starijih ljudi.

PRILAGODBA HRANE I ORALNI DODACI PREHRANI

Starijim ljudima s pothranjenošću ili rizikom od pothranjenosti potrebno je ponuditi obogaćenu hranu i dodatne grickalice ili zalogajčiće kako bi se podržao odgovarajući unos hrane. Obogaćena hrana može povećati energetska i proteinska gustoća obroka i pića, primjerice upotrebom prirodnih namirnica, kao što su ulje, vrhnje, maslac i jaja ili specifičnih hranjivih pripravaka, kao što su maltodekstrin

i proteinski dodaci u prahu. To će omogućiti povećani unos jedenjem sličnih količina hrane.

Dijetetičari i drugi zdravstveni djelatnici tradicionalno koriste brojne prehrambene strategije kako bi poboljšali unos energije i hranjivih tvari kod starijih osoba. To uključuje korištenje grickalica između obroka i zalogajčića, pogotovo kod osoba koje imaju poteškoće s korištenjem pribora za jelo ili ostajanjem za stolom.

Starijim ljudima s pothranjenošću ili rizikom od pothranjenosti s kroničnim stanjima kod hospitalizacije ili nakon otpusta treba ponuditi oralne dodatke prehrani (ONS). Korisni su i kada savjetovanje o prehrani i obogaćivanje hrane nisu dovoljni za povećanje dnevnog unosa i postizanje prehrambenih ciljeva. U tim slučajevima ONS bi trebao osigurati barem 400 kcal dnevno, uključujući 30 g ili više bjelančevina dnevno. Vrsta, okus, tekstura i vrijeme konzumacije trebaju biti prilagođeni ukusima i prehrambenim

moogućnostima osobe. ONS treba nastaviti najmanje mjesec dana i procjenjivati mjesečno.

Za ljude koji pokazuju znakove orofarijealne disfagije ili imaju probleme sa žvakanjem, obogaćena hrana s modificiranom teksturom može biti dio kompenzacijskih strategija za potporu odgovarajućeg unosa hrane. Za takve strategije pogledajte International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI), međunarodnu inicijativu za standardizaciju prehrane kod disfagije u kojoj možete naći izbornik menija s modificiranom teksturom.

Obroci na kotačima koji se nude starijim osobama s pothranjenošću ili rizikom od pothranjenosti koje borave kod kuće trebaju biti energetske bogati i/ili uključivati dodatne obroke kako bi se osigurao odgovarajući unos.

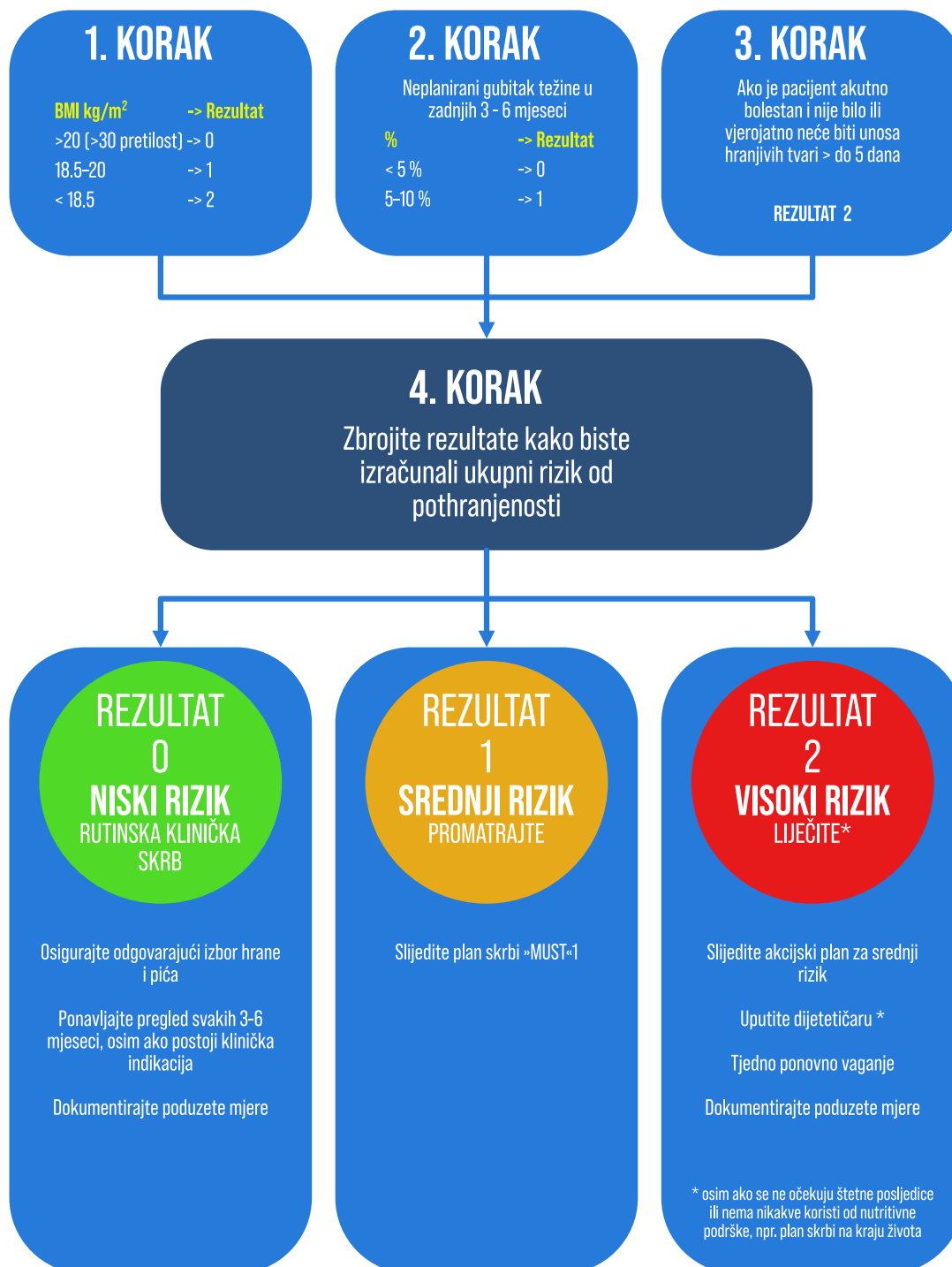
PREPORUKE UKRATKO

Intervencija	Preporuka
Energija	Oko 30 kcal po kg tjelesne težine dnevno, prilagođava se individualnom nutritivnom statusu, razini tjelesne spremnosti, stanju bolesti i toleranciji
Bjelančevine	Općenito zdravi ljudi ≥ 1 g po kg tjelesne težine dnevno Starije osobe s akutnim ili kroničnim stanjima 1,2 do 1,5 g po kg tjelesne težine dnevno U slučaju teške bolesti, povrede ili pothranjenosti do 2 g po kg tjelesne težine dnevno
Prehrambena vlakna	Dnevne količine od 25 g smatraju se adekvatnima
Vitamini i minerali	Osigurajte odgovarajući unos, po mogućnosti uravnoteženom prehranom, bogatom hranjivim tvarima, i ako je potrebno putem ONS-a ili dodataka prehrani
Vitamin C	Zdrave starije osobe dnevno unose najmanje 200 mg dnevno
Vitamin D	Dnevni unos od 20 do 25 μg dnevno 50 μg dnevno može biti potrebno za postizanje odgovarajućeg statusa ako su serumske razine vitamina D niske
Vitamin E	Preporuča se dopunski unos od 200 mg dnevno
Kalcij	Dnevni unos od 1200 mg dnevno
DHA i EPA	Dnevni unos do 500 mg dnevno
Tjelovježba	Svakodnevna tjelovježba u skladu s individualnim zdravstvenim stanjem i razinom tjelesne spremnosti

ZANIMLJIV SLUČAJ IZ NJEMAČKE

Prije tri godine 80-godišnja žena uselila se u ustanovu za dugotrajnu skrb. Prije deset godina dijagnosticiran joj je diabetes mellitus i uspjela je kontrolirati svoje stanje prehranom. Tijekom nekoliko mjeseci počela je imati poteškoće s gutanjem i propisana joj je dijeta s promijenjenom teksturom. Smršavjela je 10 kg i dijagnosticirana joj je pothranjenost. Osoblje je odlučilo da joj tijekom dana ponudi obogaćenu hranu i grickalice prikladne strukture kako bi se podržao odgovarajući prehrambeni unos. Osim toga, propisana su joj dva ONS-a koja dnevno osiguravaju 400 kcal i 30 gr bjelančevina. Vrsta, tekstura, okus i vrijeme konzumacije prilagođeni su njezinim potrebama. Nakon što su mjesec dana svakodnevno ocjenjivali pridržavanje konzumacije ONS-a, uspjela je dobiti 1 kg. Dogovoren je nastavak obogaćene hrane, dodatnih grickalica i ONS-a, te je zakazan mjesečni pregled protokola liječenja pothranjenosti.

ALAT – „MUST”



OVAJ ALAT VAM POMAŽE U PROCJENI. U SLUČAJU NEDOUMLICE UPOTRIJEbite SVOJU PROFESIONALNU PROSUDBU.

LITERATURA

- Rémond D, Shahar 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, Pedrolli 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 JI, 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.



NUTRICIONISTIČKA TERAPIJA U PALIJATIVNOJ SKRBI

Prehrana u skrbi za starije dobiva dodatnu dimenziju u palijativnoj fazi. S obzirom na to da je teško odrediti početak te zadnje faze, sporno je kada nutritivna skrb s podrške za život prijeđe na olakšavanje života. Funkcija prehrane može izgubiti svoju kliničku funkciju, pa se stoga prehrambene smjernice mogu promijeniti.

Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) definira palijativnu skrb kao pristup koji poboljšava kvalitetu života pacijenata i njihovih obitelji suočenih s problemima povezanim sa životno ugrožavajućim bolestima kroz prevenciju i olakšavanje patnje putem ranog otkrivanja, besprijekorne procjene te liječenja boli i drugih problema – fizičkih, psihosocijalnih i duhovnih. To je pristup afirmacije života s ciljem promicanja i održavanja optimalne kvalitete života do smrti. U palijativnoj skrbi na umiranje se gleda kao normalan proces koji se ne smije ubrzavati niti ometati ili produžiti.

RAZLIČITI POGLEDI, RAZLIČITA MIŠLJENJA

Osobito u gerijatrijskoj medicini, osobe s neurološkim ili srčanim bolestima, problemima s plućima ili bubrezima ili drugim stanjima primaju palijativnu skrb. Ali što to znači? Mnoga stanja ograničavaju život i jasno je da se približava kraj. Pitanje je kada je taj kraj činjenica. Time i kada je specifična nutritivna intervencija relevantna? Koji su ciljevi, a koje potrebe? Hraniti do kraja ili ne učiniti ništa? Stoga je najvažnije biti samokritičan i razmišljati o pitanju nutritivne skrbi u palijativnoj fazi. Neovisno o činjenici da se mišljenja razlikuju, barem je jasno da je ovom pitanju potrebno posvetiti pažnju.

DOBROBIT KAO AMBICIJA PALIJATIVE

Pogotovo u završnoj fazi života, odgovarajuća prehrana može doprinijeti olakšanju patnje i kvaliteti života. Prehrambene preporuke u terminalnoj fazi znatno se razlikuju od onih u ranijim fazama života. Prehrana kao intervencija koja

održava život i podupire terapiju gubi smisao. Nutritivne intervencije u fazi umiranja zahtijevaju pažljivo promišljen i individualiziran pristup. Cilj se preusmjerava od održavanja nutritivnog statusa i funkcioniranja na pružanje udobnosti i dobrobiti.

U posljednjoj fazi života ljude je potrebno podržati da jedu i piju dokle god mogu ili žele. Kada postupno počnu manje jesti i piti, to može biti teško za rodbinu te osobe. Sveobuhvatna komunikacija između osoblja i rodbine i psiho-socijalna podrška umirućoj osobi i rodbini od ključnog su značenja. U toj fazi nutritivna podrška možda neće donijeti koristi jer osoba često ne osjeća glad ili žeđ. Hranjive se tvari također ne metaboliziraju kao u ranijim fazama života. Umjetna se prehrana ne preporuča, a umjetna hidracija samo u iznimnim slučajevima. S druge strane, ljudi koji umiru često imaju simptome nelagode kao što su suha usta, mučnina ili poremećen osjećaj okusa. U tim slučajevima olakšanje mogu donijeti mjere kao što su njega usta i usne šupljine.

Krajnja ambicija provedbe bilo kakve nutritivne intervencije u palijativnoj skrbi trebala bi biti usmjer-

ena na očuvanje dobrobiti. Poštovanje je ključno, kao i razumijevanje činjenice da kurativna i palijativna nutritivna skrb idu ruku pod ruku s promjenjivom ravnotežom ovisno o stanju, uvjetima, potrebama i zahtjevima.

ŠTO UČINITI AKO SE VIŠE NIŠTA NE MOŽE UČINITI?

Čin dragocjene ravnoteže kod nutritivne skrbi u palijativnoj fazi trebao bi započeti s ambicijom očuvanja dobrobiti. No, što se može učiniti kada se ništa više ne može učiniti? Nutricionisti, kao dio multidisciplinarnog tima za palijativnu skrb, mogu se osloniti na sljedeće smjernice:

- Očuvanje individualnog nutritivnog statusa. Cilj ne bi trebao biti postizanje savršenog nutritivnog statusa ili izračunate potrebe, već zadovoljavanje potreba i želja osoba.
- Očuvanje individualne i subjektivne kvalitete života. Komunikacija između umiruće osobe, osoblja i rodbine ključna je za poznavanje i razumijevanje njihovih potreba. Potaknite otvorenu komunikaciju između svih uključenih osoba. Mjere i

intervencije zahtijevaju planiranje i komunikaciju.

- Poštivanje autonomije. Osigurajte i poštuju pravo na autonomiju svake osobe pri planiranju nutritivnih intervencija u palijativnoj fazi i ispunite osobne preferencije u pogledu zahtjeva za hranom i pićem, istodobno obraćajući pažnju na uznemirujuće simptome koji utječu na unos hrane i pića.
- Oslonite se na nutricionističko stručno znanje. Budite svjesni dijeta koje nisu utemeljene na dokazima niti doprinose kvaliteti života.
- Prevencija i terapija dekubitusa. Pothranjenost negativno utječe na kvalitetu života i važno ju je liječiti. No, ciljevi prehrane poput optimalnog šećera u krvi, kolesterola i drugih metaboličkih parametara više ne bi trebali biti u fokusu.
- Savjetodavna pomoć. Multidisciplinarni tim za palijativnu skrb može savjetovati o alternativama za zadovoljavanje prehranbenih potreba kao što

su liječenje mučnine, gubitak apetita, problemi s probavom i poteškoće sa žvakanjem i gutanjem.

- Početak i kraj prehrane. Uvijek zatražite nutricionističku stručnu potporu i savjetujte se o individualnim odlukama za početak, prilagodbu ili završetak enteralne ili parenteralne prehrane.
- Fleksibilnost. Važno je zauzeti otvoren stav prema specifičnim potrebama i podržati razvoj adekvatnih odgovora.
- Obrazovanje i osposobljavanje. Nutricionističko stručno znanje podložno je stalnim promjenama i novim spoznajama. Prehrana u palijativnom kontekstu trebala bi biti dio svakog stručnog osposobljavanja.

LITERATURA

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.



ULOGE I ODGOVORNOSTI

Upravljanje nutritivne skrbi u ustanovama za starije osobe priličan je izazov. Put od pothranjenosti do pravilne prehrane je dug i težak te uključuje puno ljudi. Razvijanje strategije za pravilnu prehranu prvi je korak. Drugi je važan element utvrđivanje i provedba uloga i odgovornosti kako bi se strategija mogla provesti. Pravilna prehrana u skrbi za starije osobe multidisciplinarni je zadatak koji može biti uspješan samo ako se teorija pretoči u praksu. U tu svrhu važno je jasno definirati procese i sučelja u svakodnevnom poslovanju, suradnji i komunikaciji.

TKO ŠTO RADI?

Pravilna prehrana nije samo stvar kuhara. Uključivanje djetetačara nije dovoljno za uspjeh multidisciplinarnog tima. Broj dionika dobro nadilazi „uobičajene osumnjičenike“:

RAVNATELJ

Ravnatelj ustanova za skrb o starijim osobama prije svega su odgovorni za stvaranje kulture i ra-

zvoj jasne strategije koja se usredotočuje na prehranu kao investiciju te na učinak pravilne prehrane na zdravlje i dobrobit štićenika. U skladu s tim, vodstvo je odgovorno za razvoj poticajnog okruženja unutar kojeg mogu svi koji su uključeni u nutritivnu skrb provesti tu strategiju: upravljanje njegom, upravljanje ljudskim resursima i osposobljavanjem, upravljanje objektima i upravljanje kvalitetom. Vodstvo bi trebalo shvatiti da je nutritivna skrb multidisciplinarna te u skladu s tim organizirati procese i komunikaciju.

KUHAR

Kuhari i kuhinjsko osoblje odgovorni su za to da cjelokupna ponuda obroka i pića udovolji potrebama i zahtjevima štićenika. Stoga su potrebne stručne vještine u prehrani starijih osoba i njihovih specifičnih prehrambenih potreba. Naravno, hrana mora biti dobrog okusa, izgledati atraktivno i biti ukusno servirana. Kuhinjsko osoblje nije početak, već ključni element u prehrambenom lancu koji treba uzeti u

obzir kod planiranja prehrane, proizvodnje i dostave. S ključnom ulogom u prijenosu stalno promjenjivih potreba, zahtjeva i potraživanja, u praktičnoj i mogućoj prehrani, kuhinjsko osoblje mora biti kreativno i fleksibilno.

(VANJSKI) UGOSTITELJ

Kako postoji mala razlika između ugostitelja u objektu i vanjskog ugostitelja koji dostavlja obroke u objekt, važno je da temeljni ugovor o pružanju usluga bude jasan u definiciji usluga i odgovornosti. Ugostitelja je potrebno promatrati kao partnera u nutritivnoj skrbi, a ne samo kao dobavljača hrane. Komunikacija između ugostitelja, vodstva ustanove i nutricionističkog osoblja je ključna.

DIJETETIČAR

Dijetetičar kao stručnjak za prehrambene potrebe i mogućnosti predstavlja sponu između štićenika i kuhinje te koordinatora multidisciplinarnog tima. Njegovi su zadaci vrlo raznoliki: od razvoja i ocjenjivanja prehrambenih protokola do osiguravanja odgovarajuće isporuke i unosa. Sudjelovanje u interdisciplinarnim raspravama o slučajevima i razvoj tečajeva osposobljavanja za

sestrinsko i kuhinjsko osoblje dio su zaduženja dijetetičara. Za ispunjenje tih odgovornosti potrebno je nekoliko godina radnog iskustva.

U nekim zemljama postoje opskrbeni dijetetičari. Odgovorni su za ustanove u općini, na primjer cjelokupno kuhinjsko osoblje, kvalitetu obroka (hranu, okus, kvalitetu proizvoda, dijetete itd.) i za ekonomske aspekte kao što su nabava, proračun, nabava i transport.

MEDICINSKA SESTRA

Kako su obično u svakodnevnom osobnom kontaktu sa štićenicima, sestrinsko osoblje i njegovatelji dobro su pozicionirani da odigraju ulogu posrednika informacija i signaliziraju promjenjive potrebe i zahtjeve. Ovisno o svojim kvalifikacijama, medicinsko osoblje odgovorno je za redoviti pregled, procjenu, planiranje, provedbu i evaluaciju zdravstvene njege, što obuhvaća niz nutricionističkih aspekata. Bliska suradnja sa stručnjacima za prehranu i drugim članovima multidisciplinarnog tima te pravilna primjena nutricionističkih postupaka i protokola od ključne su važnosti. Medicinske sestre odgovorne su za rad sa štićenicima i

potrebno je da pravilno primjenjuju sve postupke i protokole. Stoga postoji potreba za redovitim osposobljavanjem o različitim aspektima pothranjenosti.

TERAPEUT

Logopedi, fizioterapeuti i drugi terapeuti imaju važnu ulogu jer mogu pomoći kod boljeg razumijevanja i savjetovati multidisciplinarni tim o temeljnim pitanjima koja objašnjavaju uzroke smanjenog kapaciteta unosa i pothranjenosti.

LIJEČNIK

Medicinsko osoblje, poput liječnika opće prakse i gerontologa, treba redovito primjenjivati protokole pregleda za otkrivanje pothranjenosti i obavještavati multidisciplinarni tim ustanove o promjenjivim okolnostima i osnovnom zdravstvenom stanju štićenika.

„ODBOR ZA HRANU“

U nekim organizacijama postoji odbor za hranu ili referentna skupina koja predstavlja molbe i zahtjeve štićenika. Te skupine, zajedno s multidisciplinarnim nutricionističkim osobljem, raspravljaju i razvijaju specifične menije i nutri-

cionističke elemente koji najbolje zadovoljavaju očekivanja i želje štićenika.

ŠTIĆENIK

Potrebno je da je sam štićenik dio procesa prehrane te što bolje informiran o svom statusu, mogućnostima, rizicima prehrane i mjerama koje se planiraju.

ROĐACI, OBITELJ, PRIJATELJI, NEFORMALNI NJEGOVATELJI, SOCIJALNI RADNICI I VOLONTERI

Sve druge osobe u pratnji štićenika imaju ulogu i odgovornost kao izvori informacija o statusu, osjećajima, zahtjevima i potrebama štićenika te trebaju komunicirati osobno s osobljem ustanove.

ZANIMLJIV SLUČAJ IZ NJEMAČKE

Multidisciplinarni tim u ustanovi za skrb raspravljao je o potrebi za posebnim visoko kaloričnim pićem za pothranjenog štićenika. Kuhar je kao član tima podijelio informaciju sa svojim kuhinjskim osobljem i objavio informaciju na oglasnoj ploči u kuhinji. U narednih nekoliko dana osoblje je pripremalo posebno visokokalorično piće. No, tijekom sljedećeg sastanka tima medicinska sestra požalila se da je visokokalorično piće zaboravljeno. Što se dogodilo? Kuhinjsko je osoblje piće označilo internom kuhinjskom skraćenicom i dostavilo ga u dnevni boravak. Poslužitelji nisu prepoznali posebno piće i dali su ga nekom drugom. Na sreću, djelatnici su nakon sastanke tima otkrili razlog pogreške te je od tada sva posebna hrana bila označena ne samo imenom štićenika, već i njezinim točnim sadržajem.

POPIS KRATICA

BMI	Indeks tjelesne mase
DACH	Njemačka – Austrija – Švicarska
DHA	Dokozaheksaenska kiselina (dugolančana omega-3 polinezasićena masna kiselina)
EAN	Europska mreža za starenje
EFSA	Europska agencija za sigurnost hrane
EPA	Eikozapentaenska kiselina (dugolančana omega-3 polinezasićena masna kiselina)
ESPEN	Europsko društvo za kliničku prehranu i metabolizam
GLIM	Globalna leaderska inicijativa za pothranjenost
GP	Liječnik opće prakse
FAO	Organizacija za hranu i poljoprivredu Ujedinjenih naroda
ONS	Oralni dodaci prehrani
IDDSI	Međunarodna inicijativa za standardizaciju prehrane kod disfagije
WHO	Svjetska zdravstvena organizacija

SJEDIŠTE EAN-A

EAN asbl

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

URED EAN-a

Ing. Karel Vostrý
Izvršni direktor
Na Pankráci 1618/30
CZ-140 00 Praha 4

info@ean.care

www.ean.care

Promicanje pravilne prehrane u skrbi za starije osobe

Preporuke za članove EAN-a

Vodič za organizaciju prehrane u ustanovama za skrb o starijim osobama

(C) 2021, European Ageing Network

ISBN: 978-80-88361-27-5

ISBN: 978-80-88361-30-5 (online)



www.ean.care



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