

Spodbujanje dobre prehranjenosti pri oskrbi starejših

Vodnik za organiziranje prehranjenosti v okolju varstva starejših





Objavo je podprla skupina SeneCura
www.senecura.si

Spodbujanje dobre prehranjenosti pri oskrbi starejših

Priporočila za člane EAN

Vodnik za organiziranje prehranjenosti v okolju varstva starejših

(C) 2021, European Ageing Network

ISBN: 978-80-88361-31-2 (online)

Izdal:

Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky

Vančurova 2904, 390 01 Tábor

Czech Republic

www.apsscr.cz

Kazalo

Predgovor	4
Evropska mreža za staranje	6
Uvod	8
Socialni vidiki uživanja hrane	12
Kulturni vidiki prehranske oskrbe	16
Poslovni model za dobro prehranjenost	20
Zdravstveni vidik in klinične usmeritve	24
Prehranska terapija v paliativni oskrbi	38
Vloge in odgovornosti	42
Seznam kratic	46

PREDGOVOR

Evropska mreža za staranje (European Ageing Network - EAN) si je kot enega glavnih ciljev zadala pomoč pri krepitevi kakovosti dolgotrajne oskrbe in nege. Prehrana je pomemben del kakovosti oskrbe starejših in dobra prehrana spodbuja splošno zdravje, ki je povezano s kakovostjo življenja.

Zaradi tega je pomembno, da se zavedamo tega dejstva in vključimo prehranjevanje v kompleksni pristop do starejših, kot tudi med sabo delimo primere dobre prakse, znanje, priporočila in inovativne storitve.

Evropska mreža za staranje se je povezala s strokovnjaki za prehrano iz celotne Evrope ter vzpostavila EAN Delovno skupino za prehranjenost in ustvarila dokument ter vodila, ki so na voljo kot vsakodnevno orodje in podpirajo pot v smeri optimalne dobre prehranjenosti v oskrbi.

Izsledki, ki so pred vami, ne bi bili možni brez pobude naših partnerjev in članov ter vseh strokovnjakov, ki so delali preko enega leta na pripravi tega dokumenta.

Upamo, da bo ta dokument pomagal ponudnikom dolgotrajne nege in oskrbe pri uresničitvi njihovega glavnega poslanstva - starejšim zagotavljati visoko kakovost življenja z dostojanstvom, veseljem in srečo.

Dr. Jiří Horecký, MBA
Predsednik, direktor
European Ageing Network

Skupnost socialnih zavodov Slovenije pozdravlja prizadevanja združenja EAN pri cilju zagotavljanja kakovostno dolgotrajno oskrbo, del katere je zagotovo tudi skrb za kakovostno prehrano starejših.

Hrana ima mnogotere vloge – od povsem fizioloških, družbenih, kulturnih, do osebnih, povezanih z rituali, običaji in spomini. Kulturno vlogo hrane na naših tleh že od leta 2012 utrjujemo s t. i. dnevom slovenske hrane vsak tretji petek v mesecu novembru. V okviru dneva slovenske hrane poteka tudi projekt Tradicionalni slovenski zajtrk, v katerega je vključena velika večina domov za starejše. V letu 2020 so izšle še Smernice za organizirano prehransko oskrbo starejših, ki v naboru receptov posebno pozornost namenjajo značilni slovenski prehrani.

Vedno znova pa smo veseli novih, sodobnih ugotovitev in dobrih praks, ki omogočajo primerljivost tudi z drugimi državami in vključujejo prispevke strokovnjakov s sorodnih področij. Prepričani smo, da bodo smernice več državam pomagale uokviriti nenehno zagotavljanje hrane vse boljše kakovosti v dobrobit uporabnikov dolgotrajne oskrbe.

Denis Sahernik

sekretar Skupnosti socialnih zavodov Slovenije

EVROPSKA MREŽA ZA STARANJE

Evropska mreža za staranje (EAN) združuje **več kot 10.000 ponudnikov oskrbe in nege na evropski celini**. Člani predstavljajo vse vrste organizacij in posameznikov aktivnih za starejše in vse oblike lastništva, vključno z zasebnimi, neprofitnimi in vladnimi organizacijami. Njihova vizija in poslanstvo sta izboljšanje kakovosti življenja za starejše in podpora zanje pri tem, da bo vsak dan boljši dan za zagotavljanje visokokakovostnega bivanja, storitev, oskrbe in nege.

Evropska mreža za staranje (EAN) je zastopana v 25 evropskih državah. Z združenjem EAHA je mreža dobro zastopana v severozahodni Evropi in z E.D.E. na jugovzhodu; ravno ta kombinacija omogoča Evropski mreži za staranje, da lahko zase trdi, da je resnično pan-evropska organizacija. EAN ni edina, ki si prizadeva uresničiti svojo vizijo, vrednote in poslanstvo. Vključena je v Svetovno mrežo za staranje (Global Ageing Network - GAN), ki ima svoj urad v Washingtonu D.C. EAN in GAN združujeta strokovnjake iz celega sveta, vodita izobraževalne pobude ter zagotavljata prostor za inovativne ideje pri skrbi za starejše. Mreži si prizadevata stalno izboljševati najboljše prakse pri oskrbi in negi starejših, tako da bi starejši vsepovsod lahko živeli bolj zdravo, bili močnejši in vodili bolj neodvisno življenje.

Člani Evropske mreže za staranje (EAN) skrbijo za preko 1 milijon starejših v Evropi. Dolgoživost je eden izmed največjih dosežkov sodobnih družb. Evropejci živijo dlje kot kdaj koli poprej in pričakovati je, da se bo ta vzorec nadaljeval zaradi neprimerljivega napredka zdravstva in zaradi izboljšanih pogojev za življenje. Do leta 2020 bo četrtnina Evropejcev starih 60 ali več. Povezano z nizko rodnostjo bo to zahtevalo bistvene spremembe v strukturi evropske družbe, ki bodo vplivale na naše gospodarstvo, socialno varnost in zdravstvene sisteme, na trg dela ter številna druga področja našega življenja.

10.000
PONUDNIKOV
OSKRBE
IN NEGE

25
EVROPSKIH
DRŽAV

STORITVE
ZA 1 MILIJON
STAREJŠIH

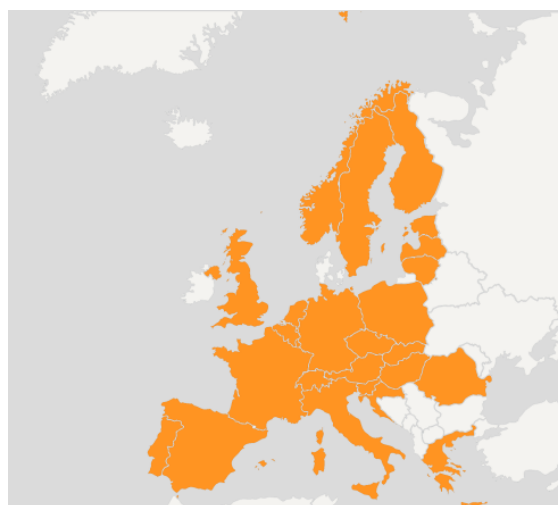


www.ean.care

EUROPEAN
AGEING
NETWORK

Kot profesionalci si prizadevamo izboljšati kakovost oskrbe in nadzor. Skupni izobraževalni standardi, medsebojni obiski in opazovanje, kongresi in simpoziji spodbujajo profesionalizem med direktorji domov za starejše in prispevajo k večjemu razumevanju različnih oblik oskrbe, nege in podpore. Vizija vseh znotraj EAN je, da si prizadevamo za ustvarjanje človeka vrednih pogojev za življenje in bivanje v naših domovih.

Avstrija	Nemčija
Belgija	Norveška
Češka republika	Poljska
Estonija	Portugalska
Finska	Romunija
Francija	Slovaška
Grčija	Slovenija
Hrvaška	Španija
Italija	Švedska
Latvija	Švica
Litva	Velika Britanija
Madžarska	
Malta	
Nizozemska	



UVOD

Delovna skupina za prehranjenost pri Evropski mreži za staranje je bila ustanovljena z namenom pripraviti smernice za prehransko oskrbo v ustanovah socialnega varstva za starejše. Smernice so usmerjene na zagotavljanje prehrane pri negi in oskrbi starejših ter vključujejo ključna načela, postopke in procese, dobre prakse, primere in rešitve. Smernice promovirajo dobro prehranjenost in bi naj bile v pomoč vodilnim, osebju v zdravstveni negi in socialni oskrbi, kuharjem in zaposlenim v gospodinjski oskrbi v ustanovah za starejše ter bi naj spodbudile razpravo o izboljšanju apetita, kar bi koristilo stanovalcem.

Delovna skupina se je posebej posvetila številnim vidikom teme prehranjenosti in je svoja mnenja in priporočila zasnovala na razpravah o:

- temi neustrezne prehranjenosti pri starejših v institucionalni oskrbi: ugotavljanje stanja, pojavnost (še posebej v okoljih oskrbe in nege starejših - domovi, varovana stanovanja, skupnostne oblike), politike in uvedeni

sistemi označevanja, najboljše prakse;

- različnih pomembnih vidikov neustrezne prehranjenosti pri starejših: zakaj pride do nepravilnega vnosa hranilnih snovi pri starejših, kaj so odločilni faktorji, kaj in kdo je odgovoren za identificiranje rešitev neustrezne prehranjenosti?
- najboljših načinov, kako obravnavati neustrezno prehranjenost pri starejših in pri negovalnem osebju starejših: primeri najboljših praks, inovacije, nova hrana, način pogostitve, kultura in raba, dostopnost, ekonomski vidiki, itd.
- kako ponuditi usmeritve za ozaveščanje o težavah in izvajati rešitve na vseh ravneh.

OD NEUSTREZNE DO DOBRE PREHRANJENOSTI

Ko oseba ne dobi dovolj hrane ali ne dobi dovolj pravilne vrste hrane, je neustrezna prehranjenost oddaljena samo še korak. V tem poročilu z neustrezno prehranjenostjo mislimo pomanjkanje, preobilico ali neravnovesje pri vnosu energije in/ali hranilnih snovi pri določeni ose-

bi. Pojem neustrezne prehranjenosti pokriva dve široki skupini stanj. Ena je prekomerna teža, debelost in s prehrano povezane nenalezljive bolezni (kot so bolezni srca, možganska kap, sladkorna bolezen in rak). Druga je "podhranjenost", ki obsega zaostajanje v rasti (nizka višina za starost), hiranje (nizka teža za višino), prenizka telesna teža (nizka teža za starost) in pomanjkanje mikrohranil ali insuficienc (pomanjkanje pomembnih vitaminov in mineralov). Starejši so še posebej ogroženi zaradi neustrezne prehranjenosti. Nimajo moči za zaužitje hrane ali enostavno ne čutijo apetita po hrani.

Ambicija delovne skupine je pomagati pri boju proti neustrezni prehranjenosti in pri zasnovi dobre prehranjenosti: ponuditi želi optimalno mešanico prehranskih, ekonomskih, kulturoloških in organizacijskih vidikov, ki podpirajo starejše pri dobrem počutju in bivanju v okolju oskrbe in nege starejših - in to s primerno hrano in pijačami ter z individualnim pristopom kot začetno točko. Vendar to poročilo ne bo obravnavalo samo bio-medicinskih vidikov prehranjevanja, ampak bo upoštevalo tudi vse druge pomembne panoge znotraj dobre prehranjenosti. Poleg poglavja o

medicinskih in kliničnih vidikih to poročilo vsebuje tudi poglavja o ekonomskih stroških in koristih, o družbenih in kulturnih vidikih prehranjevanja in uživanja ob hrani ter o vlogah in odgovornostih znotraj organizacij za oskrbo in nego starejših. V ločenem poglavju se še posebej posvečamo temi paliativne prehranske oskrbe.

Na osnovi izvedenih razprav in raziskav je postalo jasno naslednje: dobra prehranjenost zahteva ozaveščenost o temi neustrezne prehranjenosti in o multidisciplinarnem pristopu pri njeni obravnavi.

METODA DELA

Delovna skupina je s svojim delom začela februarja 2020, tik pred izbruhom virusa COVID-19. Po samo enem srečanju v živo so vsa delovna srečanja in razprave potekale digitalno. To nikakor ni oviralo produktivnosti skupine.

Osnova za posamezna poglavja je bila podana v okviru predhodnih razprav in raziskovanj posameznih skupin članov. Skupaj so predlagali vsebine za različna poglavja tega poročila. Vse ločene dele so nato pregledali in o njih razpravljali vsi člani ter tako je nastalo to skupno poročilo.

ČLANI DELOVNE SKUPINE

EAN delovna skupina za prehranjenost je bila sestavljena iz naslednjih strokovnjakov:

AGNETA HÖRNELL

Profesor, cert. dietetik, Institut for Kostvetenskap, Umeå Universitet

AMALIA TSAGARI

Klinični dietetik, KAT General Hospital / predavateljica za klinično prehranjenost, Aegean College / Lead ESDN Older Adults of EFAD, Atene, Grčija

BARBARA TROESCH

Globalna vodilna znanstvenica Nutrition Science and Advocacy for Medical Nutrition and Pharma,
DSM Nutritional Products, Kaiseraugst, Švica

BIRGIT MATITSCHKA

Dietetik in projektni vodja,
Food Solutions Senior Market, SODEXO DE/AT/CH

HELENA HALBWACHS

Vodja kakovosti CZ/HR/SI, SeneCura Group, Avstrija
Višja predavateljica za zdravstveno nego in socialno gerontologijo, Alma Mater Europaea-ECM, Slovenija

IVANA PRAŽANOVÁ

RD, direktorica češke zveze za prehransko oskrbo

JIŘÍ HORECKÝ

EAN predsednik

LAURE CLOAREC BLANCHARD

Zdravstveni direktor, Adef Residences, FNAQPA

MALIN SKINNARS JOSEFSSON

Dietetik storitev za hrano, Oddelek za študije hrane, prehranjenost in dietetiko, Uppsala University, Švedska/Lead ESDN Food Service of EFAD

MARCEL SMEETS

EAN EU Executive Consultant and Trustee of the European Nutrition for Health Alliance (ENHA)

SUSANNE BAYER

Dietetik pri "Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser", delegirana s strani "Lebenswelt Heim - Bundesverband ", Dunaj

ZAHVALA

EAN se želi zahvaliti vsem članom delovne skupine za njihov dragoceni prispevek ter njihovo cenjeno sodelovanje. Zahvaljujoč sekretariatu EAN je bilo možno, da so se vsi ti prostovoljci srečali, načrtovali in delali skupaj. Posebno zahvalo izrekamo DSM, ki je bil pripravljen, da podpre logistični del in srečanja skupine.



SOCIALNI VIDIKI UŽIVANJA HRANE

Obroki so univerzalni v smislu, da bistveno izražajo osmišljanje socialne interakcije med ljudmi. Druženje ob hrani, dejavnost skupnega uživanja hrane nakazuje socialni vidik kot eno glavnih značilnosti uživanja hrane. To pomeni, da ljudje raje jemo v družbi in družinski obrok velja za arhetip druženja ob hrani. Vendar se sestava družine lahko tekom življenja spreminja in zmanjšanje velikosti gospodinjstva je lahko povezano z zmanjšanimi stopnjami druženja ob hrani.

PRIJETNA IZKUŠNJA

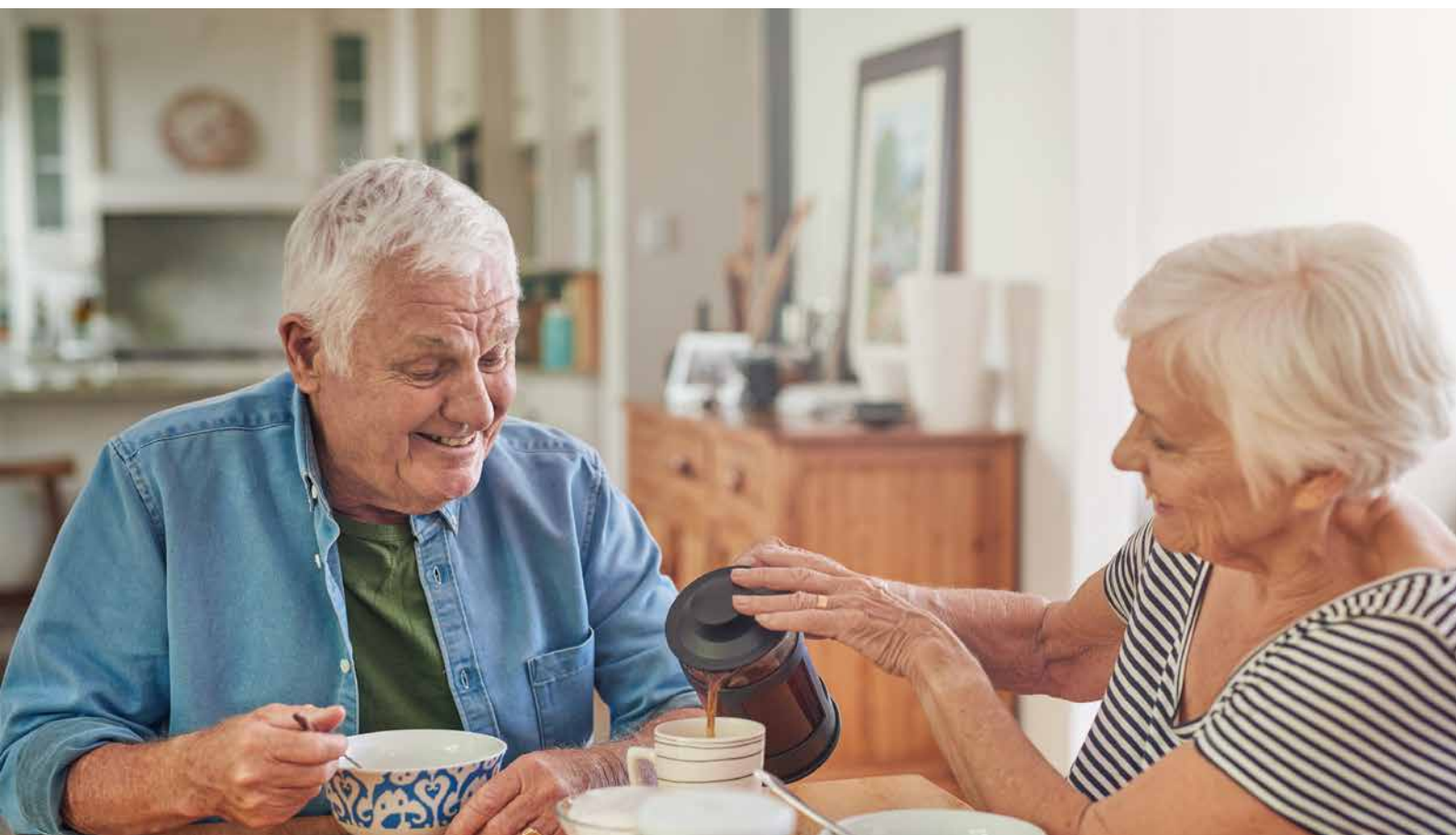
Ugotovljeno je bilo, da sta socialna izolacija in subjektivno občutenja osamljenost faktorja tveganja za neustrezno prehranjenost pri starejših, saj so nagnjeni k temu, da jedo manj, če so sami. V literaturi je predstavljen pomen priprave, kuhanja in postrežbe obrokov med ženskami v pokoju (to je bila dolžnost številnih žensk, ki so bile del starejše generacije). Ugotovitve so pokazale, da je bil bistveni pomen tega dela, da naredijo nekaj za druge. To je za vdove pomenilo, da se je izgubil celotni pomen kuhanja in uživanja hrane v neki družbi

in posledično je prišlo do tveganja slabega vnosa prehrane pri teh ženskah. Znano je, da skupno uživanje hrane povečuje vnos hrane med starejšimi v primerjavi, če ti ljudje jedo sami. Vendar je povečan vnos hrane povezan tudi s poznavanjem in zaupnostjo znotraj skupine ljudi, ki jedo skupaj, saj skupni obroki s prijatelji spodbujajo občutek pripadnosti skupnosti in omogočajo skupini, da se razvija na načine, ki ustrezajo njenim potrebam in željam.

Pomembno vlogo pri določanju socialnih značilnosti potreb in želja, vezanih na obroke, lahko igrajo individualni kulturološki vidiki, kot so navade in tradicije. To pomeni, da bodo verjetno kulturni vidiki vplivali ne samo na socialno sestavo, v kateri nek posameznik raje uživa hrano, ampak tudi na način postrežbe hrane. Študija o tem, kaj pomenijo obroki starejšim in strokovnemu zdravstvenemu kadru, je pokazala, da so z nekaj izjemami, obroki obravnavani kot prijetne izkušnje. Prav tako je strokovni zdravstveni kader izpostavil socialni vidik obrokov kot bolj pomemben od prehranskega vidika.

NAPOTKI ZA PRAKTIČNO IZVEDBO IN ORGANIZACIJO

- Bodite skrajno pozorni pri osebnih preferencah vsakega stanovalca glede druženja v času obrokov
- Poskrbite, da ne bo prišlo do neželene socialne izolacije v času obrokov
- Imejte utrjene rutine glede obrokov zato, da bodo časi obrokov prijetno druženje
- Obravnavajte obrok kot del nege in oskrbe, ki ga uporabljate kot vir za ustvarjanje socialno pomembnega okolja
- Skupni obroki bi morali biti bistveni del nege in oskrbe starejših
- Redno usposablajte zaposlene, da so bolj pozorni na socialne vidike
- Uporabljajte pohišstvo, ki olajša prilagajanje skupine za skupno obedovanje
- Ponujajte kuharske tečaje, ali organizirajte kuharske krožke za neodvisne starejše ljudi, ki živijo sami, da bi tako premostili socialno izolacijo in za namene učenja
- Ponujajte srečevanja in preventivne aktivnosti, ki vključujejo starejše v socialnih aktivnostih



ZANIMIV PRIMER IZ ŠVEDSKE

V majhnem mestu si je skupnost zadala, da želijo delovati proti socialni izolaciji starejših, ki živijo v tej skupnosti in sicer v času obrokov. Namen projekta je bil zanje poiskati »prijatelje ob hrani«. Ko se je projekt začel, je bilo zanimanje za pomoč ogromno in številni ljudje so se z veseljem prostovoljno javili, da bi bili »prijatelji ob hrani«. Vendar starejši niso kazali podobnega interesa. Izkazalo se je, da je manjkal vzpostavljen odnos med ljudmi - niso bili zainteresirani, da bi jedli s tujcem. Zgodba se je dobro zaključila: ko so se »prijatelji« med sabo spoznali, je bil projekt uspešen.

SEZNAM LITERATURE

- 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 Lebens-situationen" (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 VIDIKI PREHRANSKE OSKRBE

Nedvournno je, da za preživetje potrebujemo vodo in hrano. Vendar je človek skozi evolucijo več milijonov let razvil izredno raznolike poglede in navade, vezane na to temo - na vse vpliva naše kulturno okolje. Izbira hrane se lahko razlikuje med kulturami zaradi geografije, kulturnih in verskih standardov ter zaradi medicinskih filozofij. Na raznolikost kultur še dodatno vplivajo faktorji, kot so družbeno-gospodarski status, spol, starost, izobrazba, zaposlitev, osebnost in okus.

Ta raznolikost se kaže v družbi, pri starejših in posledično v okolju oskrbe in nege starejših. To je še posebej pomembno v zvezi s prehransko oskrbo, saj navad ne moremo na hitro ali na silo spremeniti. Pri priznavanje globoke zakoreninjenosti prehranjevalnih navad je še zlasti pomembno pri pripravi hrane starejšim s kognitivnimi omejitvami, ki morda ne morejo deliti njihove osebne in specifične preference pri prehranjevanju. Ozaveščenost in razumevanje individualnih potreb pri prehranjevanju ter preference

pri hrani so nujni, če želimo zagotoviti optimalno prehransko oskrbo.

KULTURNO KOMPETENTNI ZAPOSLENI

Domovi za starejše postajajo vedno bolj raznolike sredine, ne samo iz vidika stanovalcev, ampak tudi zaradi raznolikosti med zaposlenimi. Strokovni socialni in zdravstveni kader, ki dela v tem okolju, mora razpolagati s kulturno kompetenco, da bi tako učinkovito delali preko raznolikih kulturnih navad, verskih prepričanj, etničnih pripadnosti in jezikov.

Kulturno kompetenco lahko definiramo kot skupek skladnega vedenja, drže in politik, ki so združeni v sistem ali obstajajo med posamezniki, ki omogoča, da ta sistem ali ti posamezniki delajo učinkovito v situaciji, ki presega kulturološke meje. Na področju prehrane in dietetike kulturna kompetenca pomeni nalogo učenja o različnih kulturah in razvoj fleksibilnosti pri pristopu s tem, da imamo na voljo cel skupek potencialnih intervencij.

NEKAJ NAPOTKOV ZA PRAKSO

Kulturna kompetenca je eden največjih izzivov pri zagotavljanju optimalne prehrane znotraj oskrbe starejših. To je vseživljenjski proces učenja, ki je zasnovan na samozavedanju in kritični samorefleksiji. Gradniki, ki omogočajo razvoj kulturne kompetence med zaposlenimi, so:

- Biti odprt do različnih kulturnih, verskih in individualnih pogledov o prehranjevanju;
 - Zagotavljanje podrobnih ocen prehranjenosti, vključno s kulturnimi vidiki prehranjenosti ter po potrebi vključevanje družine in prijateljev;
 - Načrtovanje prehranskih intervencij s hkratnim upoštevanjem kulturnega ozadja, navad in prepričanj stanovalcev.
- Kulturna kompetentnost ne zadeva le osebja, ampak je pomembna tudi iz organizacijskega vidika. Če želimo omogočiti, da bodo zaposleni širili svojo kulturno kompetenco, bi ustanova za oskrbo starejših morala:
- Zagotavljati filozofijo, politike in postopke, ki bodo omogočili in spodbujali sodelavce, da bodo delovali ter se odzivali na kulturološko kompetentni način;
 - Zagotavljati redna izobraževanja, usposabljanja in aktivnosti za samorefleksijo o kulturoloških zadevah znotraj multidisciplinarnega kroga zaposlenih;
 - Oceniti in obravnavati organizacijsko kulturno kompetenco z uporabo enega izmed standardiziranih orodij za samoocenjevanje.



ZANIMIV PRIMER IZ AVSTRIJE

V nekem domu za starejše v Avstriji je turška gospa z zmerno obliko demence začela zavračati obroke in je bistveno izgubljala na telesni teži. Zaradi njenega stanja stanovalka ni bila sposobna z besedami izraziti svoje zavračanje, niti ni bila sposobna izraziti svoje preference glede hrane. To se je dogajalo v času krize s COVID-19 in domovi za starejše so bili zaprti za obiske kot posledica vse-splošnega zaprtja države.

Pri svojih vsakodnevnih srečanjih so zaposleni razpravljali o perečem položaju ter zaključili, da je starejša gospa izgubila apetit, ker je bila žalostna, ker več ni videla svoje družine. Vendar se je kasneje ena izmed negovalk spomnila, da so pred zaprtjem člani družine pogosto s sabo prinesli doma pripravljeno hrano. Z upoštevanjem njenega ozadja so nekateri sodelavci, ki so turškega porekla, začeli prinašati svoje doma pripravljene obroke. Posledično je gospa ponovno začela jesti in to brez oklevanja. Ker ima ta ustanova svojo kuhinjo in svoje obroke za stanovalce sami pripravljajo, je vodja kuhinje skupaj s sodelavci razpravljal o možnih prilagoditvah pri pripravi hrane za to specifično stanovalko.

SEZNAM LITERATURE

- 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 MODEL ZA DOBRO PREHRANJENOST

Prehrana ni zgolj kuhanje in uživanje hrane. Upoštevati moramo tudi ekonomski vidik. Dobra hrana ima svojo ceno in ima lahko tudi učinke na proračun. Neustrezna prehranjenost ima negativni učinek na zdravje in tako tudi na proračun za zdravstveno varstvo. Dobra prehranjenost na drugi strani lahko pomeni prihranke na račun dobrega zdravja. Obstaja dovolj dokazov, ki govorijo v prid poslovanju z upoštevanjem optimalne prehranjenosti v okoljih oskrbe starejših. Dobra prehranjenost pomeni veliko več kot pa samo količina hrane. Gre za optimalno mešanico kakovosti, količine in individualnosti.

STROŠKI NEUSTREZNE PREHRANJENOSTI

Medtem ko bi se naj 5 odstotkov splošnega prebivalstva neustrezno prehranjevalo, velja to za okoli 30 % v domovih za starejše. Raziskave ugotavljajo, da so stroški pri tej skupini ljudi bistveno višji kot pa stroški pri stanovalcih, ki se primerno prehranjujejo. Recimo, neustrezna prehranjenost lahko povzroči sarkopenijo, ki vodi do iz-

gube mišične moči in mase ter na ta način povzroča več padcev, zlomov in telesno invalidnost. Več obiskov pri osebnem zdravniku, hospitalizacije in več obravnav so glavni vzroki za povišane stroške za skupino ljudi z neustrezno prehranjenostjo. Ti dodatni stroški neustrezne prehranjenosti predstavljajo bistveno obremenitev za področje oskrbe starejših.

PREHRANSKA OSKRBA KOT NALOŽBA

Preventivo pred neustrezno prehranjenostjo v okolju oskrbe starejših lahko obravnavamo kot naložbo. Optimalna prehranjenost kot del zdravega načina življenja zmanjšuje tveganje za številna obolenja povezana s prehrano, kot so debelost, sladkorna bolezen in srčno-žilna obolenja. Obstajajo dokazi, da intervencije, ki zmanjšujejo neustrezno prehranjenost, kot so prehranski dodatki, pomenijo zmanjšanje števila sprejemov v bolnišnico in manj zdravstveno pogojenih obiskov.

Na voljo je le malo raziskav vezanih na koristi in stroške ter

učinkovitost stroškov povezanih s prehransko oskrbo. Ena študija navaja, da za vsak evro, ki ga porabimo za prehransko svetovanje, prejme družba kot celota povračilo med 14 € in 63 €. Druga študija poroča, da znaša donosnost, če delujemo proti neustrezni prehranjenosti pri starejših bolnikih, med 120 in 190 %.

IZOGIBANJE OSTANKOM HRANE

Naložba v dobro hrano je eno - in izogibanje ostankom hrane je drugo. Na letni ravni se ena tretjina vse hrane, ki jo proizvedemo na svetu za zaužitje ljudi, zavrže, navaja Organizacija Združenih narodov za prehrano in kmetijstvo (FAO). Gostinska dejavnost in dejavnosti povezane s pripravo hrano so odgovorne za to, da se letno zavrže 920.000 ton hrane, od katere bi 75 % še vedno bilo primernih za uživanje.

Prav tako bi se lahko področje oskrbe starejših zavezalo, da naredi določene spremembe. Ostajanje hrane je nekaj običajnega na področju oskrbe starejših. Okoli 40 % kupljene hrane, večinoma zelenjava, se znajde v koših za odpadke v bolnišnicah in domovih za oskrbo starejših. Za to obstaja več razlogov. Poleg nenatančnih napovedi

in pretirane zaskrbljenosti, da bo naročeno premalo, so predstavitveni krožniki eden glavnih razlogov. Kot so pokazale študije, stanejo predstavitveni krožniki do 20,00 € na stanovalca v povprečju. Če zamenjamo predstavitvene krožnike z visoko kakovostnimi slikami, to stanovalcem še vedno omogoča, da vidijo, kateri obroki so ponujeni. Drugi razlog so napake pri naročilu hrane. Naročila, ki so prevzeta ob mizi, se včasih napačno posredujejo naprej osebju v kuhinji. Zapis z roko, napačna razlaga, alergije in preference glede hrane, ki niso pravilno zabeležene, lahko vodijo do napačno dostavljene hrane, za katero stanovalec ni prosil, ali je ne želi ali ne je, oziroma je morda niti ne sme jesti.

ZMANJŠANJE OSTANKOV HRANE

Zmanjšanje ostankov hrane je možno doseči z majhnimi koraki pri operativnem delu, na primer z razširitvijo obsega in ponudbe hrane boljše kakovosti. Prihranke lahko ustvarimo tudi, če lahko stanovalci svoje obroke naročijo šele pred zaužitjem. Raziskave so ugotovile, da bodo ljudje v tem primeru naročili natančno tisto, kar si želijo jesti, kar zadeva okus in velikost obroka. Če

ustvarimo natančen popis oziroma inventar ter ga posodablamo, lahko tako pridobimo boljše razumevanje o tem, kolikšne zaloge potrebujemo. Na koncu bi lahko preudarno razmišljanje o velikosti porcij vodilo do zaključka, da bi diferenciranje pri velikosti lahko pomenilo upoštevanje raznolikih potreb in želja stanovalcev.

Prav tako lahko izvedemo večje strateške korake. V nadaljevanju je navedenih nekaj elementov, ki so jih ugotovili strokovnjaki iz področja priprave hrane in zaznane ovire, s katerimi se ukvarjajo trenutne strategije za zmanjšanje ostankov hrane:

- pregled odnosa in navad
- krepitev notranje ozaveščenosti
- ponovna preučitev internih prednostnih nalog
- sodelovanje med in komunikacija z vsemi deležniki na področju prehrane
- definiranje in prevzemanje odgovornosti
- napovedovanje in fleksibilnost porcij
- redno spremljanje

ZANIMIV PRIMER IZ NIZOZEMSKÉ

Nizozemska študija nudi zanimiv vpogled v investicije v prehransko oskrbo v domovih za starejše:

- Običajni stroški za prehrano v nizozemskih domovih za starejše znašajo 319 milijonov € letno;
- Dodatni stroški za obravnavo stanovalcev v domovih za starejše, ki so v nevarnosti zaradi neustrezne prehranjenosti, znašajo 8.000 € na pacienta in 10.000 € na pacienta z neustrezno prehranjenostjo;
- Domovi za starejše v povprečju porabijo 10.600 € na eno osebo z neustrezno prehranjenostjo, ko obravnavajo neustrezno prehranjenost zaradi obolenj;
- Uporaba medicinske prehrane pri bolnih ali starejših z neustrezno prehranjenostjo pomeni neto prihranka na osebo med 1,43 € in 3,10 €. Za vsak evro, ki je vložen v zdravljenje osebe z neustrezno prehranjenostjo, družba kot celota prihrani med 1,90 € in 4,20 €.

SEZNAM LITERATURE

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



ZDRAVSTVENI VIDIK IN KLINIČNE USMERITVE

Za starejše postaja vedno večji izziv doseganje primerne vnosa energije in bistvenih hranilnih snovi. To je pogojeno s spreminjajočo fiziologijo prebavil, ravnmi hormonov, metabolizmom, zmanjšano fizično aktivnostjo in nižjo biološko razpoložljivostjo nekaterih hranil. Prav tako obstaja večja verjetnost, da ne bodo zaužili zahtevanih količin energije in osnovnih hranil zaradi tako imenovane anoreksije staranja.

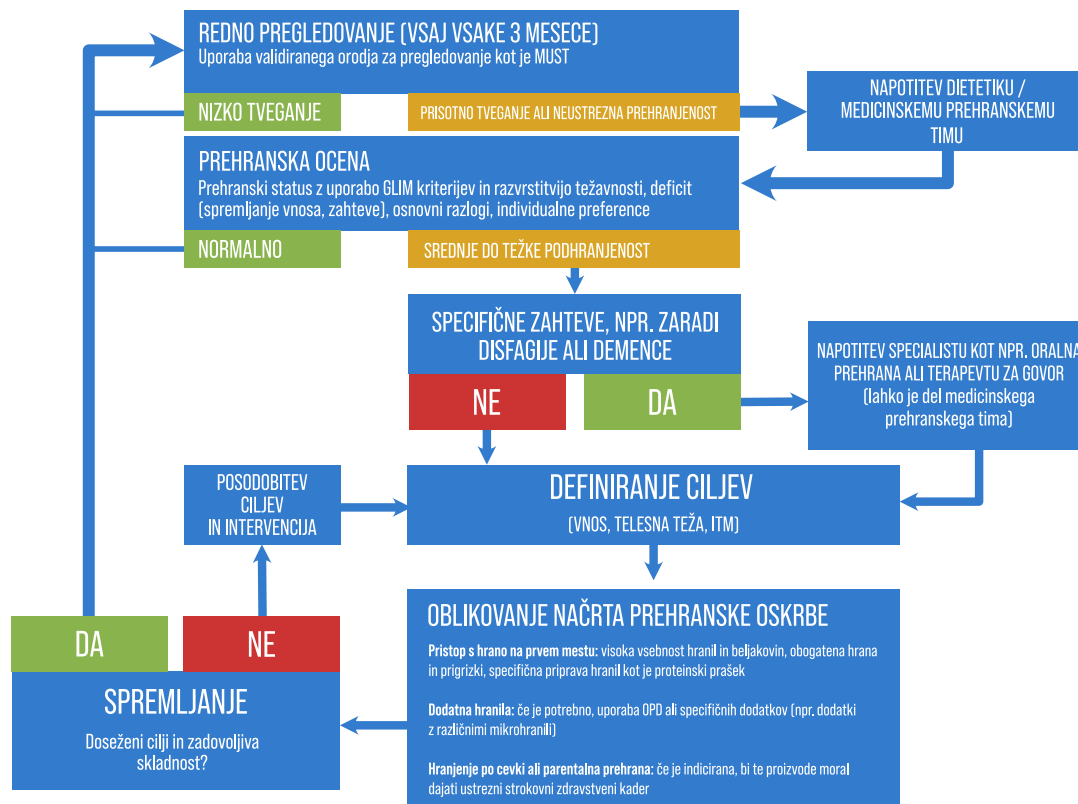
Pri starejših, ki živijo samostojno, se poroča o pojavnosti neustrezne prehranjenosti na splošno na ravni pod 10 %. Vendar se pojavnost neustrezne prehranjenosti viša na raven več kot 60 % pri starejših, ki se nahajajo v ustanovah za akutno oskrbo in nego ter rehabilitacijo. Neustrezna prehranjenost je povezana s povišanim tveganjem za krhkost, sarkopenijo, padce, odvisnost pri vsakodnevnih aktivnostih, za sprejem v bolnišnico in daljšim bivanjem, s slabim celjenjem ran in več zapleti, povečano smrtnostjo in s slabo kakovostjo življenja. Zaradi

ttega je pomembno oceniti, ohraniti in po potrebi popraviti stanje prehranjenosti pri starejših v okolju oskrbe starejših.

PREGLED, OCENA IN NAČRTOVANJE PREHRANE

Svetovna pobuda za usmerjanje neustrezne prehranjenosti (Global Leadership Initiative on Malnutrition - GLIM) definira neustrezno prehranjenost kot sub-akutno ali kronično stanje prehranjenosti, kjer je kombinacija različnih stopenj podhranjenosti ali prehranjenosti ter vnetnih procesov vodila do sprememb pri zgradbi in zmanjšani funkcionalnosti telesa. V skladu z GLIM-kriteriji je neustrezna prehranjenost potrjena, če je prisoten vsaj en fenotipski kriterij (tj. nenamerna izguba teže, nizek indeks telesne mase ali zmanjšana mišična masa) in en etiološki kriterij (tj. zmanjšan vnos hrane ali asimilacija, vnetje ali obremenitev zaradi bolezni).

Za namene identificiranja starejših, za katere obstaja tveganje



za neustrezno prehranjenost, GLIM priporoča redne preglede z validiranimi orodji (glej primer MUST v prilogi). Bilo bi najbolje, če bi takšen pregled opravljali vsaj vsake tri mesece za stanovalce v dolgotrajni oskrbi in negi, katerih položaj je stabilen in vsaj enkrat letno v okviru splošne zdravniške službe za ljudi, ki živijo doma. Pozitivnemu pregledu za neustrezno prehranjenost bi morala slediti sistematična ocena, individualizirana intervencija, spremljanje ter ustrezne prilagoditve intervencije.

Namen klinične prehrane pri starejših je zagotoviti primerne količine energije, beljakovin, mikrohranilnih snovi ter tekočine z name-

nom zadostiti prehranske zahteve in tako ohraniti ali izboljšati stanje pri prehranjevanju. Omejitve pri dietah, ki vključujejo omejitve mlečnih izdelkov, so potencialno škodljive in bi se jim morali izogibati. Optimalna telesna teža je pomembna za dolgotrajno zdravje. Kljub temu bi morali upoštevati, da je za starejše ljudi bolj ugoden malo višji indeks telesne mase ITM (Body Mass Index - BMI), ki se nahaja v razponu med 23,0 in 29,9 ter je povezan z optimalnim dolгим življenjem in da vrednosti, ki so na splošno kategorizirane kot prekomerna telesna teža, tj. 25,0 do 29,9, niso povezane z škodljivimi vplivi na zdravje.

Upravljanje prehranjenosti mora upoštevati celo vrsto faktorjev, kot so pridružena obolenja ter želje in preference osebe, ki jo obravnavamo. Dobra klinična praksa je, da sprostimo prehranske omejitve pri starejših, da bi tako zmanjšali tveganje za neustrezno prehranjenost in s tem povezano izgubo nemaščobne mase in upad funkcionalnosti.

HITRI PREGLED PREHRANSKIH ZAHTEV

Naslednja priporočila strokovnih odborov naj služijo kot osnova za individualizirani prehranski načrt oskrbe, saj ni mogoče, niti ni praktično definirati prehranskih zahtev za vsakega posameznika. Njihov prenos v individualizirane načrte obrokov posledično zahteva tesno sodelovanje znotraj multidisciplinarnega tima zdravstvene prehrane ter znotraj širše organizacije doma za starejše (glej poglavje o vlogah in odgovornostih). Vodilo za vnos energije pri starejših je 30 kcal na kilogram telesne teže na dan. To vrednost bi morali individualno prilagoditi z upoštevanjem prehranskega statusa, stopnjo fizične aktivnosti, stanjem bolezni in tolerance.

Vnos beljakovin pri starejših bi moral znašati najmanj 1 g proteina na kg telesne teže na dan. To vrednost bi morali individualno prilagoditi z upoštevanjem prehranskega statusa, stopnjo fizične aktivnosti, stanjem bolezni in tolerance. Več skupin strokovnjakov priporoča višje dnevne količine za zdrave starejše ljudi. V primeru bolezni je možno zahteve po beljakovinah še povišati, npr. zaradi vnetnih procesov (vključno s kroničnimi starostno pogojenimi vnetji), infekcij in ran - vendar je težko oceniti do katere mere. Zelo malo je poznano o potrebah po beljakovinah pri starejših, ki jih pesti krhkost ali so bolni. Znanstveni dokazi iz npr. intervencijskih študij so trenutno še nezadostni, da bi lahko iz tega izpeljali konkretne številke. Na dnevni ravni se priporoča med 1,2 do 1,5 g na kg telesne teže na dan beljakovin za starejše z akutnimi ali kroničnimi obolenji in do 2,0 g na kg telesne teže na dan v primeru težkih obolenj, poškodb ali neustrezne prehranjenosti.

Dnevna količina 25 g vlaknin se obravnava kot primerna za normalno odvajanje pri odraslih vseh starosti in to količino lahko upošte-

vamo kot vodilo pri starejših. Posledično je pomembno izbrati takšne jedilnike, ki bodo sledili tem priporočilom, da bi tako spodbudili normalno delovanje črevesja. Za osebe na enteralni prehrani bi morali redno uporabljati proizvode z vlakninami, razen če je ovirano normalno delovanje črevesja.

Mikrohranilne snovi bi morale dodajati v skladu z nacionalnimi priporočili za zdrave starejše ljudi, razen če ni prisotno posebno pomanjkanje. Primerni vnos mikrohranilnih snovi je bistven za ohranjanje kostne in mišične mase/funkcije in deluje proti učinkom staranja imunskega sistema. Obstaja mnenje, da preprečevanje ali obravnava neustrezne prehranjenosti predstavlja pomemben ukrep za zmanjšanje komplikacij pri potencialnih infekcijah. Nedavno je ESPEN objavil strokovno mnenje, kjer priporoča uporabo prehranskih dodatkov za zagotavljanje primerne dnevnega vnosa vseh vitaminov in mineralnih snovi za ranljive skupine znotraj trenutne pandemije s COVID-19.

V nedavni publikaciji o hranilnih snoveh za dobro delovanje imunskega sistema pri splošnem prebivalstvu priporočajo dodatno

≥200 mg vitamina C na dan. Linus Pauling Institut navaja, da je vnos najmanj 400 mg vitamina C na dan še posebej pomemben za starejše ljudi s starostno pogojenimi kroničnimi stanji. Te stopnje so še vedno bistveno znotraj mejnih vrednosti za vnos, ki jih EFSA navaja kot varne.

Na osnovi dokazov za kompenzacijski učinek vitamina E na starostno pogojene posledice za imunski sistem je bilo izdano priporočilo, da so za optimalno delovanje imunskega sistema pri starejših potrebne vrednosti tudi do 200 mg vitamina E na dan. Čeprav je to bistveno nad trenutnimi priporočili, je to še vedno znotraj zgornje meje (1.000 mg na dan) in lahko upoštevamo kot varno.

OHRANJANJE MIŠIČNE IN KOSTNE MASE, PREVENTIVA PRED OSTEOPOROZO, SARKOPENIJO IN KRHKOSTJO

Pri starejših se izguba telesne teže pogosto zgodi zaradi upada mišične mase in je povezana z moteno fizično funkcijo. Neuporaba mišic in obdobja počivanja v postelji lahko nadalje poslabšajo razgradnjo mišične mase in moči. Evropska delovna skupina o sarkopeniji pri sta-

rejših definira sarkopenijo kot progresivno in generalizirano motnjo skeletnih mišic, ki vključuje pospešeno izgubo mišične mase in funkcije.

Starostno pogojena nizko-stopenjska vnetja lahko pomembno vplivajo na sarkopenijo. Če upoštevamo njihov potencial pri reševanju vnetnih procesov, lahko dodajanje dolgoverižnih Omega 3 večkrat nenasičenih maščobnih kislin DHA in EPA pomaga pri starostno pogojeni izgubi mišične mase kot del celostnega režima obravnavanja, ki vsebuje prehrano in telesno vadbo. Endogena sinteza EPA in DHA je pri večini ljudi omejena in nanjo vpliva cela vrsta faktorjev, kot so starost, spol, genetika in obolenja. Zaradi tega je primeren vnos DHA in EPA pomemben pri starejših, ki jih pogosto pesti inzulinska rezistenca ali drugi pojavi, ki omejujejo endogeno sintezo. Sedaj je splošno sprejeto, da je vnos 250 do 500 mg EPA in DHA na dan potrebnih za optimalno prehrano in je še vedno znotraj količin, ki na splošno veljajo kot varne.

Nadalje je bilo ugotovljeno, da dodajanje vitamina D ugodno vpliva na mišično moč pri starejših. Do-

datno je pomembno ohraniti močne kosti in posledično Mednarodna fundacija za osteoporozo priporoča dnevni vnos 20 do 25 µg za ljudi v starosti 60 let in več. Združenje za endokrinologijo navaja, da bi bil nujen dnevni vnos med najmanj 37,5 do 50 µg na dan dodatka vitamina D, če želimo doseči primerne stopnje serumskega vitamina D. Priporočena stopnja vitamina D je nad večino trenutno priporočenih dnevnih vnosov (npr. za ljudi v regiji DACH v starosti nad 65 let je 20 µg na dan), vendar še vedno znotraj mejnih vrednosti, ki jih kot varne definira EFSA. Dodatno z dodajanjem vitamina D Mednarodna fundacija za osteoporozo priporoča vnos 1.200 mg kalcija na dan za ohranjanje močnih kosti.

Pomembno je, da bi starejše ljudi z neustrezno prehranjenostjo, ali če obstaja tveganje za neustrezno prehranjenost, spodbujali k fizični aktivnosti in telesni vadbi, da bi tako ohranili ali izboljšali mišično maso ter funkcijo. Preden začnemo z intervencijo z vadbo, bi morali oceniti zdravstveno stanje in fizično sposobnost posameznika, da bi tako izključili kontraindikacije za telesno vadbo in identificirali primerno vrsto vadbe, intenzivnost in



jogurt

Beljakovine

Geriatриčni dietetik



mandeljni



kvinoja



mleko



špinača



leča



ovseni kosmiči



jajca



piščanec



losos



govedina

začetno stopnjo.

cenah.

JEDILNIKI

Če želimo doseči zahtevani vnos, moramo pripraviti prehrano z visoko gostoto hranilnih snovi. Ekonomske omejitve pogosto predstavljajo oviro za takšno vrsto prehrane. Hrana, ki je bogata z mikrohranili, je pogosto dražja od hrane, bogate z energijo. Nadalje velja, da so mleko in mlečni izdelki dober vir kalcija in beljakovin. Prav tako obstaja visoko kakovostna hrana, kot so fižol in jajca, ki so na voljo po zmernih cenah. Tudi sveže pomaranče ali korenje, ali pa zelenjava v konzervah ter zamrznjena zelenjava, kot so paradižniki in grah, so dodatki k prehrani z visoko vsebnostjo hranil, ki so na voljo po zmernih

Idealno bi vnos hranil dosegli z uživanjem dobro uravnotežene in raznolike prehrane. Vendar je to izziv že pri splošnem prebivalstvu, pri starejših pa še obstaja večja verjetnost, da ne bodo zaužili zahtevanih količin energije in mikrohranil zaradi tako imenovane anoreksije staranja. Zahteve za določena hranila, kot je vitamin D in dolgorižne Omega 3 večkrat nenasičene maščobne kisline, so znotraj količin, ki jih z majhno verjetnostjo lahko dosežemo samo s prehrano, kar še posebej velja za starejše. Obogatena hrana in dodatki so učinkovit način, da dosežemo primerni vnos mikrohranil in bi jih morali upoštevati kot varen in stroškovno učinkovit način za izboljšanje prehranjenosti

pri starejših ljudeh.

MODIFIKACIJE HRANE IN ORALNI PREHRANSKI DODATKI

Starejšim ljudem z neustrezno prehranjenostjo ali s tveganjem za neustrezno prehranjenost bi morali ponuditi obogateno prehrano ter dodatne prigrizke ali finger food, da bi tako podprli primerni vnos prehrane. Obogatitev prehrane lahko poveča gostoto energije in beljakovin v obrokih in pijačah, na primer z uporabo naravnih živil, kot so olje, smetana, maslo in jajca, ali s posebnimi prehranskimi pripravki, kot je maltodekstrin ali proteinski prašek. To bo omogočilo povišan vnos iz zaužitja podobnih količin hrane.

Dietetiki in drugi zdravstveni strokovnjaki tradicionalno uporabljajo celo vrsto prehranskih strategij za izboljšanje vnosa energije in hranil pri starejših ljudeh. Ti vključujejo uporabo prigrizkov med obroki ali finger food, še posebej za ljudi, ki imajo težave pri uporabi pribora ali ne morejo obsedeti za mizo.

Starejšim ljudem z neustrezno prehranjenostjo ali s tveganjem za neustrezno prehranjenost s kroničnimi stanji bi morali ob bivanju v bolnišnici ali ob odpustu ponuditi oralne prehranske dodatke (OPD).

Ti dodatki so tudi koristni, ko prehransko svetovanje in obogatitev hrane nista dovolj, da bi povečali dnevni vnos in doseganje prehranskih ciljev. V takšnih primerih naj bi z OPD zagotovili vsaj 400 kcal na dan vključno s 30 g ali več beljakovin na dan. Vrsto, okus, teksturo in čas zaužitja bi morali prilagoditi okusu in sposobnosti zaužitja hrane posameznika. OPD bi morali dodajati vsaj en mesec in mesečno preveriti.

Za ljudi, ki kažejo znake orofaringalne disfagije ali težave pri žvečenju, lahko obogatena hrana s spremenjeno teksturo predstavlja del strategij za kompenzacijo, s katerimi podpremo primerni vnos prehrane. Mednarodna pobuda za standardizacijo prehrane pri disfagiji (International Dysphagia Diet Standardisation Initiative - IDDSI) navaja takšne strategije ter opisuje možnosti za jedilnike s hrano, prilagojeno v svoji teksturi.

Pri dostavi hrane na dom starejšim ljudem z neustrezno prehranjenostjo ali s tveganjem za neustrezno prehranjenost bi morali upoštevati takšne energetske goščene obroke in/ali bi morali upoštevati dodatne obroke za primerno podporo vnosa.

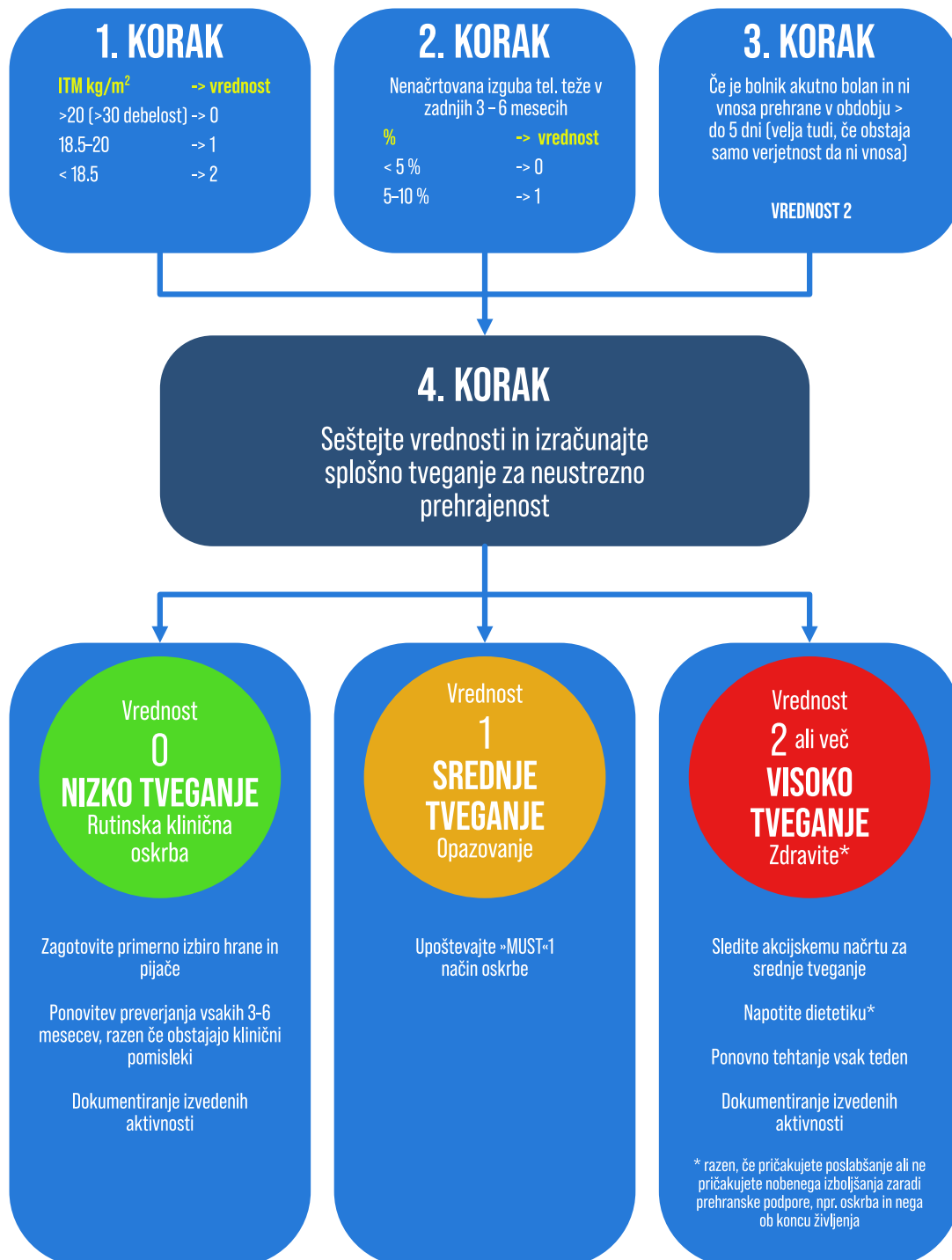
PREGLED PRIPOROČIL

Intervencija	Priporočilo
Energija	Približno 30 kcal na kg telesne teže na dan, prilagojeno individualnemu prehranskemu stanju, stopnji fizične aktivnosti, statusu obolenj in toleranci
Beljakovine	Ljudje z dobrim splošnim zdravjem ≥ 1 g na kg telesne teže na dan Starejši ljudje z akutnimi ali kroničnimi stanji 1,2 do 1,5 g na kg telesne teže na dan V primeru težkih obolenj, poškodb ali neustrezne prehranjenosti do 2 g na kg telesne teže na dan
Prehranske vlaknine	Dnevna količina 25 g velja kot zadostna
Vitaminski in mineralni	Zagotovite primeren vnos prednostno preko uravnotežene prehrane z zgoščeno vsebnostjo hranil in če je potrebno preko OPD ali z dodatki.
Vitamin C	Dnevni vnos za zdrave starejše ljudi znaša najmanj 200 mg na dan
Vitamin D	Dnevni vnos med 20 in 25 μg na dan 50 μg na dan bo morda nujnih za zagotovitev primerne stanja, če je raven seruma vitamina D nizka
Vitamin E	Priporoča se dodatni vnos 200 mg na dan
Kalcij	Dnevni vnos 1.200 mg na dan
DHA in EPA	Dnevni vnos 500 mg na dan
Telesna vadba	Dnevna telesna vadba v skladu z zdravstvenim stanjem posameznika in stopnjo telesne obremenitve

ZANIMIV PRIMER IZ NEMČIJE

Pred tremi leti se je 80-letna gospa preselila v ustanovo za dolgotrajno oskrbo in nego. 10 let pred tem so ji diagnosticirali sladkorno bolezen in svoje stanje je uravnavala preko prehrane. V obdobju nekaj mesecev so se ji začele pojavljati težave pri požiranju in predpisali so ji prehrano s prilagojeno teksturo. Izgubila je 10 kg telesne teže in pri njej so diagnosticirali podhranjenost. Zaposleni so se odločili, da ji bodo preko dneva ponudili obogateno hrano in prigrizke v primerni teksturi, da bi tako podprli primerni vnos hranil. Nadalje so ji predpisali 2 OPD, ki sta zagotavljala 400 kcal in 30 g proteina dnevno. Vrsta, tekstura, okus in čas zaužitja so bili prilagojeni potrebam te gospe. Po enem mesecu dnevnega pregleda uporabe in zaužitja OPD je gospa pridobila 1 kg telesne teže. Dogovorili so se za nadaljevanje dajanja obogatene hrane, dodatnih prigrizkov in OPD ter določili mesečni pregled protokola obravnave neustrezne prehranjenosti.

ORODJE – „MUST”



To orodje služi kot podpora vašemu preverjanju. Če dvomite, sledite vaši strokovni presoji.

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.



PREHRANSKA TERAPIJA V PALIATIVNI OSKRBI

Prehrana pri oskrbi starejših pridobi še dodatno razsežnost v paliativni fazi. Ker je težko določiti začetek te zadnje faze, ni jasno, kdaj prehranska oskrba preide iz podpore za življenje na lajšanje življenja. Funkcija prehrane morda izgubi svojo klinično funkcijo in zato se morebiti spremenijo vodila prehranjenosti.

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) definira paliativno oskrbo kot pristop, ki izboljša kakovost življenja bolnikov in njihovih družin, ko se soočajo s težavami, povezanimi z življenjsko ogrožajočimi boleznimi. Ukvarja se s preprečevanjem in lajšanjem trpljenja s pomočjo zgodnjega identificiranja in doslednega ocenjevanja ter obravnave bolečine ter drugih težav - fizičnih, psiho-socialnih in duševnih. Govora je o pristopu, ki potrjuje življenje z namenom spodbujanja in ohranjanja optimalne kakovosti življenja do smrti. Pri paliativni oskrbi obravnavamo umiranje kot normalni proces, ki ga naj ne bi pospeševali, niti ga naj ne bi ovirali ali podaljševali.

RAZLIČNI POGLEDI, RAZLIČNA MNENJA

Ljudje z nevrološkimi ali srčnimi obolenji, težavami s pljuči ali ledvicami ali drugimi stanji prejema-jo paliativno oskrbo, še posebej v geriatrični medicini. Vendar, kaj to pomeni? Številna stanja omejujejo človeško življenje in jasno je, da bo prišlo do konca. Vprašanje je, kdaj bo ta konec postal dejstvo. Posledično, kdaj bo postala relevantna specifična prehranska intervencija? Kaj so cilji in katere potrebe obstajajo? Hraniti do konca, ali ne narediti ničesar? Zaradi tega je najbolj pomembno, da smo samokritični in da reflektiramo o temi prehranske oskrbe v paliativni fazi. Kljub dejstvu, da se mnenja razlikujejo, je vsaj jasno, da bi se bilo vredno tej temi posvetiti.

DOBROBIT KOT PALIATIVNA AMBICIJA

Še posebej v končni fazi življenja lahko primerna prehrana prispeva k lajšanju in kakovosti življenja.

Prehranska priporočila v terminalni fazi se bistveno razlikujejo od priporočil v prejšnjih fazah življenja. Prehrana kot intervencija, ki ohranja življenje in podpira terapijo, izgubi svoj pomen. Prehranske intervencije v fazi umiranja zahtevajo skrbno razmišljanje in individualiziran pristop. Cilj se spremeni od ohranjanja prehranskega stanja in aktivnosti pri ljudeh do zagotavljanja udobja in dobrega počutja.

V zadnji fazi življenja bi ljudi morali podpirati v tem, da jedo in pijejo, kolikor dolgo so sposobni in voljni. Ko postopoma začnejo jesti in piti manj, je to lahko težavno za njihove svojce, ki tega ne morejo sprejeti. Bistvenega pomena je obsežna komunikacija med zaposlenimi in svojci, prav tako pa tudi psihosocialna pomoč za umirajočo osebo in njene svojce. V tej fazi prehranska podpora morda ne zagotavlja nobenih prednosti, saj oseba pogosto ne doživlja niti lakote niti žeje. Prav tako se hranilne snovi ne prebavljajo, kot bi se v prejšnjih življenjskih obdobjih. Umetna prehrana ni priporočljiva in umetna hidracija samo v izrednih slučaji. Na drugi strani umirajoča oseba pogosto doživlja simptome neugodja kot so

suha usta, slabost ali moten okus. V teh primerih lahko lajšanje dosežemo z negovalnimi ukrepi, kot sta nega ustnic in ust.

Končna ambicija izvajanja katere koli prehranske intervencije v paliativni oskrbi bi se morala posvetiti ohranjanju dobrobiti. Spoštovanje je ključno, kakor tudi razumevanje dejstva, da morata biti kurativna in paliativna prehranska oskrba skladna s spreminjajočim ravnoesjem, ki je odvisno od statusa, stanja, potreb in zahtev.

KAJ NAREDITION, ČE NI VEČ MOČ NAREDITION NIČESAR?

Prehranska oskrba kot dragoceeno dejanje lajšanja paliativne faze bi se naj začela s težnjo ohranitve dobrobiti. Vendar kaj narediti, če ni več moč narediti ničesar? Dietetiki bi se kot del multidisciplinarnega tima paliativne oskrbe lahko oprli na naslednje točke:

- Ohranjanje prehranskega statusa posameznika. Cilj naj ne bi bil doseči popolno prehransko stanje ali izračunane potrebe, ampak zadovoljitev potreb in želja ljudi, ki jih obravnavamo;
- Ohranjanje individualne in subjektivne kakovosti življenja.

Komunikacija med umirajočo osebo, zaposlenimi in svojci je ključnega pomena za poznavanje in razumevanje njihovih potreb. Spodbujanje odprte komunikacije med vsemi vključenimi je nujno. Aktivnosti in intervencije zahtevajo načrtovanje in komunikacijo;

- Spoštovanje avtonomije. Zagotovitev in spoštovanje pravice do avtonomije za vsakega posameznika, ko načrtujemo prehranske intervencije v paliativni fazi in izpolnjevanje osebnih preferenc glede izbire hrane in pijače, medtem ko hkrati obravnavamo neprijetne simptome, povezane z vnosom hrane in pijač;
- Zanesti se na strokovno znanje o prehrani. Bodite previdni pri dietah, ki niso niti podprte z dokazi niti ne dodajajo h kakovosti življenja;
- Preventiva in terapija razjed zaradi pritiska. Neustrezna prehranjenost negativno vpliva na kakovost življenja in pomembno je, da jo zdravimo.

Vendar prehranski cilji, kot optimalna raven krvnega sladkorja, holesterol ali drugi presnovni parametri, naj več ne bi bili v središču pozornosti;

- Pomoč pri svetovanju. Multidisciplinarni tim za paliativno oskrbo lahko svetuje o alternativah pri izpolnjevanju prehranskih potreb, kot na primer zdravljenje slabosti, izguba apetita, prebavne težave in težave pri žvečenju in požiranju;
- Začetek in konec prehrane. Vedno se obrnite na prehranskega strokovnjaka ter se posvetujte o individualnih začetkih, prilagoditvi ali prenehanju enteralne ali parenteralne prehrane;
- Prilagodljivost. Pomembno je, da je naše stališče odprto za specifične potrebe in da podpira razvoj primernih odgovorov;
- Šolanje in izobraževanje. Strokovno znanje o prehrani je predmet stalnih sprememb in novih vpogledov. Prehrana v paliativnem kontekstu bi morala biti del vsakega strokovnega izobraževanja.

SEZNAM LITERATURE

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.



VLOGE IN ODGOVORNOSTI

Upravljanje prehranske oskrbe pomeni izziv v okolju oskrbe starejših. Pot od neustrezne do dobre prehranjenosti je dolga in polna ovir, vanjo je vključenih veliko ljudi. Razvoj strategije v smeri uravnotežene prehrane je prvi korak. Drugi pomembni element je identificiranje in izvajanje vlog in odgovornosti, da bi lahko uresničili zadano strategijo. Dobra prehranjenost pri oskrbi starejših je multidisciplinarna naloga, ki je lahko uspešna samo, če teorijo na dober način prenesemo v prakso. V ta namen je pomembno jasno definirati procese in stične točke pri vsakodnevnem delu, sodelovanju in komunikaciji.

KDO NAREDI KAJ?

Dobra prehranjenost ne zadeva samo vodij kuhinj in kuharjev. Vključevanje dietetika ni dovolj, da bo multidisciplinarni tim lahko opravil svoje delo. Število deležnikov zdaleč presega »le običajne krivce«:

DIREKTOR USTANOVE

Direktorji domov za oskrbo starejših so prvi in v največji meri

odgovorni za ustvarjanje kulture in razvoj jasne strategije, ki daje jasen poudarek prehrani kot naložbi in učinku dobre prehranjenosti na zdravje in dobrobit stanovalcev. V skladu s tem je vodstvo ustanove odgovorno za razvoj podpornega okolja, znotraj katerega lahko vsi, ki so vključeni v prehransko oskrbo, izvajajo strategijo: vodstvo zdravstvene nege in oskrbe, upravljanje in izobraževanje kadrov, upravljanje stavbe in upravljanje kakovosti. Vodstvo bi moralo priti do zaključka, da je prehranska oskrba multidisciplinarna zadeva in bi moralo v skladu s tem organizirati procese ter komunikacijo.

KUHAR

Vodje in zaposleni v kuhinji so odgovorni, da celotna ponudba obrokov in pijač zadosti potrebam in zahtevam stanovalcev. Zaradi tega je potrebno strokovno znanje o prehrani za starejše in o njihovih posebnih prehranskih zahtevah. Seveda mora hrana biti okusna, izgledati privlačno ter mora biti postrežena na okusni način. Zaposleni v

kuhinji niso začetek, so pa ključni element v prehranski verigi, ki ga moramo upoštevati pri načrtovanju, proizvodnji in dostavi prehrane. Osebe v kuhinji mora biti kreativno in prilagodljivo, saj izvajajo ključno vlogo pri prenosu stalno spreminjajočih potreb, zahtev in želja v praktično in izvedljivo proizvodnjo prehrane.

(ZUNANJA) PRIPRAVA HRANE

Ker obstaja le majhna razlika med pripravo hrane v ustanovi in izven nje, kjer se obroki samo dostavijo, je pomembno, da je veljavna pogodba za izvajanje storitev jasna v svoji definiciji storitev in odgovornosti. Izvajalca za pripravo hrane bi morali obravnavati kot partnerja v prehranski oskrbi in ne zgolj kot dobavitelja hrane. Komunikacija med izvajalcem za pripravo hrane in vodstvom ustanove za oskrbo ter osebjem v okviru prehrane je bistvena.

DIETETIK

Kot strokovnjak za prehranske potrebe in možnosti je dietetik glavni vezni člen med stanovalci in kuhinjo ter koordinator multidisciplinarnega tima. Njegove naloge so zelo raznolike in segajo od razvoja

ter evalvacije prehranskih protokolov do zagotavljanja primerne dostave in vnosa. Del nalog dietetika je sodelovanje pri razpravi o interdisciplinarnih primerih in razvoj izobraževanj za zaposlene v oskrbi in negi ter za kuhinjsko osebje. Da bi lahko bil kos tej odgovornosti je potrebnih več let strokovnih izkušenj.

V nekaterih državah obstajajo posebno usposobljeni dietetiki za storitve prehrane. Odgovorni so za ustanove v neki občini in na primer za celotno kuhinjsko osebje, za kakovost obrokov (hranila, okus, kakovost proizvodov, diete itd.), prav tako pa tudi za ekonomske vidike kot je nabava, proračun, oprema in transport.

OSEBJE V ZDRAVSTVENI NEGI

Ker so običajno v vsakodnevem osebnem stiku s stanovalci, so zaposleni v oskrbi in negi na dobrem položaju, da lahko igrajo vlogo posrednika informacij ter sporočajo spremenjene potrebe in zahteve. Odvisno od njihove kvalifikacije, je negovalno osebje odgovorno za redne preglede, ocene, načrtovanje, izvajanje in evalvacijo nege in oskrbe, ki vsebuje tudi različne vi-

dike prehrane. Tesno sodelovanje s strokovnjaki za prehrano in drugimi člani multidisciplinarnega tima ter pravilno izvajanje prehranskih postopkov in protokolov so bistvenega pomena. Zaposleni v zdravstveni negi in oskrbi so odgovorni za delo s stanovalci in bi naj izvajali vse postopke ter protokole na pravilni način. Zaradi tega obstaja potreba po rednem izobraževanju o različnih vidikih neustrezne prehranjenosti.

OSTALI ZDRAVSTVENI DELAVCI

Terapevti za jezik in govor, fizioterapevti, logopedi in drugi terapevti igrajo pomembno vlogo, saj lahko pomagajo izboljšati razumevanje in lahko svetujejo multidisciplinarnemu timu o prisotnih vzrokih za zmanjšane sposobnosti vnosa in za neustrezno prehranjenost.

ZDRAVNIK

Medicinsko osebje, kot sta osebni zdravnik in gerontolog, bi moralo redno izvajati protokole za pregled neustrezne prehranjenosti in obveščati multidisciplinarni tim ustanove o spremenjenih okoliščinah in o osnovnih zdravstvenih stanjih stanovalcev.

»PREHRANSKI ODBOR«

V nekaterih organizacijah obstaja odbor za prehrano ali referenčna skupina, ki predstavlja prošnje ali zahteve stanovalcev. Te skupine skupaj z multidisciplinarnim osebjem za prehranjenost razpravljajo in razvijajo specifične jedilnike in prehranske elemente, ki na najboljši način zadovoljijo pričakovanja in želje ljudi.

STANOVALEC

Sam stanovalec bi moral biti del procesa prehrane in bi moral biti karseda dobro obveščen o svojem stanju, o priložnostih in tveganjih povezanih s prehrano ter o načrtovanih aktivnostih.

SVOJCI, DRUŽINA, PRIJATELJI, NEFORMALNI NEGOVALCI, SOCIALNI DELAVCI IN PROSTOVOLJCI

Vse druge skupine, ki spremljajo stanovalca, imajo vlogo in odgovornost kot viri informacij o stanju, občutkih, potrebah in željah stanovalca ter bi morali odkrito komunicirati z zaposlenimi v ustanovi.

ZANIMIV PRIMER IZ NEMČIJE

Multidisciplinarni tim v ustanovi za oskrbo in nego je razpravljal o potrebi po posebnem visoko kaloričnem napitku za stanovalca z neustrezno prehranjenostjo. Vodja kuhinje je kot član tima to informacijo delil s svojimi zaposlenimi v kuhinji in je informacijo obesil na oglasni deski v kuhinji. V naslednjih dneh so zaposleni v kuhinji pripravili poseben visoko kaloričen napitek. Vendar se je med naslednjim timskim sestankom medicinska sestra pritoževala, da so pozabili na visoko kaloričen napitek. Kaj se je zgodilo? Zaposleni v kuhinji so napitek označili z internimi kraticami iz kuhinje ter ga dostavili v bivalno enoto. Zaposleni, ki so postregli s hrano, niso prepoznali posebnega napitka in so ga dali nekomu drugemu. Na srečo so zaposleni po sestanku odkrili razlog za napako in od takrat dalje na specialni hrani ni označeno le ime stanovalca, ampak dodatno tudi natančna vsebina.

SEZNAM KRATIC

BMI	Indeks telesne mase
DACH	Nemčija-Avstrija-Švica
DHA	Dokozaheksaenojska kislina (dolgoverižna Omega 3 večkrat nenasičena maščobna kislina)
EAN	Evropska mreža za staranje
EFSA	Evropska agencija za varnost hrane
EPA	Eikozapentaenojska kislina (dolgoverižna Omega 3 večkrat nenasičena maščobna kislina)
ESPEN	Evropsko združenje za klinično prehrano in metabolizem
GLIM	Svetovna pobuda za usmerjanje neustrezne prehranjenosti
GP	Osebni zdravnik
FAO	Organizacija Združenih narodov za prehrano in kmetijstvo
OPD	Oralni prehranski dodatki
IDDSI	Mednarodna pobuda za standardizacijo prehrane pri disfagiji
SZO	Svetovna zdravstvena organizacija

EAN SEDEŽ

EAN asbl

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

URAD EAN-a

Ing. Karel Vostrý

Izvršni direktor

Na Pankráci 1618/30

CZ-140 00 Praha 4

Češka republika

info@ean.care

www.ean.care

Spodbujanje dobre prehranjenosti pri oskrbi starejših

Priporočila za člane EAN

Vodnik za organiziranje prehranjenosti v okolju varstva starejših

(C) 2021, European Ageing Network

ISBN: 978-80-88361-28-2

ISBN: 978-80-88361-31-2 (online)



www.ean.care



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