Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

NEstárniBLBĚ

Analýza nutričního specialisty v oblasti stravování, příjmu potravy či výživy – **Centrum sociálních služeb Praha 2**

Číslo projektu:
OPZ/2.2/099/0015316

Název projektu:
Zvýšení kvality sociálních služeb v domovech pro seniory v Praze

NEstárniBLB**Ě**, z.s., Družstevní 580, 345 06 Kdyně

Obsah

1. Úvod ... 3

2. Faktory, ovlivňující možnosti nutrice ... 4

3. Základní data a komparace se situací v zahraničí ... 5

4. Specifika výživy seniorů ... 6

4.1 Zásady pro správnou stravu seniorů ... 7

Tyto zásady lze shrnout do následujících bodů ... 7

4.2 Faktory výživy seniorů ... 8

4.3 Obecné cíle sledování výživy u seniorů ... 9

4.4 Konkrétní cíle sledování výživy u seniorů: ... 9

5. Aktuální zjištěná situace CSSP2 ... 10

5.1 Dostupnost informací ... 10

5.2 Technické a personální zabezpečení ... 12

5.3 Zpětná vazba a kontrola ... 13

5.4 Sestavení obědového jídelníčku ... 14

6 Závěrečná doporučení ... 15

6.1 Zastoupení ovoce a zeleniny ... 15

6.2 Úprava pokrmů ... 15

6.3 Mixovaná a mletá strava ... 15

6.4 Dobře vypadající jídlo ... 16

Prameny ... 18

1. Úvod

Malnutrice (a zejména v pobytových zařízeních) bývá ve stáří často nerozpoznána nebo podceněna. Přitom jde o zásadní nepříznivý faktor, který přímo vede ke zhoršení fyzické aktivity, horší soběstačnosti a ve svém důsledku také zvyšuje náklady na péči o seniory a úmrtnost.

Počet malnutričních pacientů, seniorů, narůstá společně se stárnutím populace. Příčiny nedostatečné výživy jsou u starších osob různé a podílí se na nich více skutečností. Je jistě rozdíl mezi seniory žijícími v domácím prostředí, hospitalizovanými anebo žijícími dlouhodobě v pobytovém zařízení sociálních služeb (domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem). Podvýživa není přitom žádným ojedinělým jevem. V nemocnicích se v ohrožení malnutricí nachází dokonce jedna třetina až jedna polovina pacientů. Nejrizikovější jsou v tomto ohledu senioři a malé děti. Ve vysokém riziku se nacházejí chronicky nemocní (např. pacienti s onemocněním dýchacích cest, s idiopatickými střevními záněty, nemocní po cévní mozkové příhodě, nemocní v kritickém stavu a pacienti s nádorovým onemocněním) a tzv. polymorbidní pacienti (polymorbidní = s více různými onemocněními, nejčastěji senioři).

Zásadní je včas reagovat na zprvu nenápadné změny (omezení sortimentu potravin, „odbývání se", neúčast na společných jídlech, velká část nesnědená, nechutenství), včas zjistit pokles tělesné hmotnosti (volnější oblečení). Důležitou informací je i souvislost s případným onemocněním, akutním, ale zejména chronickým.

Obecně se má za to, že významný je považován úbytek o více než 10 % za posledních 6 měsíců nebo 5% za poslední měsíc. Dalším významným ukazatelem je příjem stravy v posledních 1–2 týdnech. Srovnává se s obvyklým celodenním příjmem stravy v době, kdy normálně jedl a držel svou hmotnost. Rizikové je snížení o 30% a více.

Mezi hlavní důsledky malnutrice seniorů patří snížení obranyschopnosti (zvýšená náchylnost k infekcím), zhoršení chronických onemocnění (například zhoršení dýchání), úbytek svalové hmoty (tzv. sarkopenie), která vede ke snížení celkové fyzické výkonnosti, zhoršení pohyblivosti a soběstačnosti. Tím se zvyšuje například i riziko pádu, a poranění, která se následně špatně hojí.

2. Faktory, ovlivňující možnosti nutrice

Definice malnutrice Definice malnutrice vychází ze současných evropských doporučených postupů vydaných v roce 2006 (©2006 ESPEN Guidelines in ESPEN 2021). Malnutrice je stav výživy definován nadbytkem nebo nedostatkem energie, proteinů a dalších nutrietů, což způsobuje vedlejší účinky na tkáně, funkce a výsledný klinický stav. Jedná se o oblast špatné výživy, do které spadá jednak podvýživa a jednak obezita. Dříve malnutrice označovala pouze podvýživu. Dělila se na proteinokalorickou malnutrici (marantický typ) a na malnutrici s převažujícím deficitem proteinů (kwashiorkový typ). (Grofová, 2007). Visíme primárně dva typy základních chyb ve výživě, obezitu a malnutrici. Druhý typ je častější, přesto je třeba zmínit i ten první.

Obezita je definována jako nahromadění tukové tkáně, které je důsledkem pozitivní energetické bilance. Pokud člověk přijímá více energie, než je schopen spotřebovat, ukládá se tato energie ve formě zásobního tuku. Tento proces označujeme jako pozitivní energetickou bilanci. Obezita je klasifikována dle hodnot celosvětově uznávaného měřítka BMI (body mass index). Rizikovým faktorem mnoha dalších chorob je právě obezita, která představuje druhou největší příčinu úmrtí. S obezitou je spojen metabolický syndrom definovaný jako stav inzulinové rezistence, hypertenze, diabetu mellitu 2. typu a dyslipoproteinémie. Jeho průměrný výskyt v Evropě je kolem 25-30 % a stoupá s věkem a hmotností. Vysoké riziko hlavně kardiovaskulárních onemocnění má mužský typ obezity, který také vede k rozvoji metabolického syndromu a diabetu 2. typu. Cílem léčby je snížit celkový energetický příjem a navýšit pohybovou aktivitu. Vše ale závisí na vlastním přičinění pacienta. Omezením tuků, sacharidů a alkoholu lze velmi dobře dosáhnout snížení energetického příjmu. Naopak je vhodné zvýšit příjem tekutin, zeleniny, ovoce a bílkoviny. Dalšími možnostmi jsou léčba farmakologická nebo chirurgická. Do farmakologické léčby patří použití léků, které buď snižují vstřebávání tuku, nebo tlumí pocit hladu v CNS. Mechanicky omezuje příjem stravy bandáž žaludku, ale je nutná spolupráce pacienta.

Naopak podvýživa je druhým pólem malnutrice a je významným rizikovým faktorem. Podvýživa je definována abnormálním složením těla spojeným s poruchou funkce orgánů z důvodu akutní nebo chronické poruchy příjmu. Podvýživa je charakterizována hodnotami BMI pod 18,5. Jasným obrazem podvýživy je ztráta tukové a svalové tkáně. Dělí se na dvě skupiny: na hladovění (marastický typ) a na proteinovou malnutrici (kwashiorkový typ). Častý výskyt podvýživy je u hospitalizovaných osob a u terminálních stádií chorob, dále pak u pacientů, kteří nepřijímají potravu (anorexie), nebo ji nemohou přijímat. Pokles obranyschopnosti, svalová slabost, pokles vitální kapacity

plic, narušení termoregulace a zhoršení nálady jsou projevy, které vznikají při poklesu tělesné hmotnosti o 5-8 % a zhoršují se při poklesu hmotnosti o 10 %.

Hladovění neboli marastický typ podvýživy, je definováno jako nedostatečný přívod energie i bílkovin. Nepřijímání dostatečného množství energie a substrátů vede k podvýživě. K tomu mohou vést somatické, psychické i sociální důvody. Charakteristické je zachování adaptačních mechanismů organismu, zpomalení metabolismu a spotřebování podkožní tukové zásoby. Typický je kachektický vzhled při normální koncentraci albuminu v plazmě a zachovalé imunoreaktivitě. Proteinová malnutrice – kwashiorkový typ podvýživy Tento typ podvýživy je způsoben stresovým hladověním s výrazným katabolismem nebo nedostatečným přívodem hodnotných bílkovin. Rychle se rozvíjí u nemocných v akutních katabolických stavech, pokud nejsou zajištěni umělou výživou. Dochází k čerpání energie z proteinových zásob (plazmatické, viscerální a svalové proteiny), protože sacharidy a lipidy jsou využívány neefektivně. Pacient dělá dojem dobře živeného, protože tuková zásoba zůstává nezměněna a vlivem retence tekutin není snížena ani hmotnost. Špatně se hojí rány, tvoří se dekubity a vznikají infekční komplikace.

3. Základní data a komparace se situací v zahraničí

Velmi rozsáhlý výzkum malnutrice seniorů v pobytových zařízeních provedly výzkumnice Lukšová a Vrublová. Cílem výzkumu bylo zjistit stav výživy seniorů ve vybraných institucích a to prostřednictvím škály pro hodnocení stavu výživy. Na základě tohoto výzkumu trpí v Čechách podvýživou 30 % seniorů v institucionální péči a 38 % seniorů je podvýživou ohroženo. Podobné výsledky byly uvedeny v zahraničních studiích. Ve Švédsku bylo zjištěno na základě MNA, že 36 % seniorů v institucionální péči trpí podvýživou. Výzkum, prováděný v Helsinkách v domovech s pečovatelskou službou pomocí MNA (Mini-Nutritional Assesment[1]) odhalil, že 29 % seniorů je podvyživených. Dle tohoto výzkumu bylo 60 % seniorů ohroženo podvýživou, což se výrazně lišilo od našich výsledků výzkumu. V Helsinkách byla prováděná popisná průřezová studie v institucionální péči u 1043 seniorů a to také pomocí MNA. Závěry ukázaly že, 57 % seniorů je podvyživených. Průřezová studie prováděná ve Španělsku u 22 007 seniorů odhalila, že 43 % seniorů je podvyživených a 25 % je podvýživou ohroženo. Tento španělský výzkum byl prováděn také pomocí MNA. Na základě výzkumu byl zjištěn statisticky významný rozdíl ve stavu výživy ve vztahu k instituci.. V našem výzkumu byl zaznamenán výskyt podvýživy u 16 % seniorů hospitalizovaných v nemocnici. Prevalence podvýživy u klientů oddělní rehabilitace byla 50,5 %, v nemocnici 38,7 %, v domově s pečovatelskou službou 13,8

[1] Volně dostupné z WWW: https://www.szsuo.cz/attachments/article/482/MNA.pdf

%. Obdobný výzkum byl proveden v České republice a to u 100 seniorů v léčebnách dlouhodobě nemocných, v tomto výzkumu bylo zjištěno, že ve stavu dobré výživy je 36 seniorů, v riziku podvýživy 36 a podvýživou trpělo 28 seniorů. Do výzkumu v léčebnách pro dlouhodobě nemocné bylo zařazeno celkem 90 seniorů, z celkového počtu bylo ve stavu dobré výživy 27 seniorů, v riziku podvýživy 44 a podvýživou trpělo 19 seniorů. Získané výsledky se ve srovnání s výzkumem Kozákové a kol. lišily. Dle výzkumu byli senioři v léčebnách pro dlouhodobě nemocné nejčastěji v riziku podvýživy. U výsledků výzkumu nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl ve stavu výživy u žen a mužů. Cílem bylo analyzovat hodnoty BMI u seniorů u sledované populace. U seniorů je doporučená normální hodnota o něco vyšší než u osob ve středním věku, tedy 20–24 (4). Na základě výzkumu byly průměrné hodnoty BMI vyšší a byl zjištěn statisticky významný rozdíl v hodnotách BMI ve vztahu ke sledovaným institucím. V průměru dosahovali nejvyšších hodnot BMI senioři v nemocnicích 28,5 a v léčebnách pro dlouhodobě nemocné 26,3, což ukazuje na nadváhu zkoumané populace. Hodnoty BMI≥23 byly zaznamenány u 130 seniorů (65 %). Pokud by byl stav výživy hodnocen pouze na základě BMI mohli bychom dojít k závěrům, že stav výživy seniorů je ve většině případů v domácím prostředí dobrý. Ale stav výživy seniorů dle MNA to vyvrací. Zmiňovaný výzkum v Helsinkách z roku 2009 poukazuje, že dle MNA bylo podvyživených 56,7 % seniorů, ale sestry považovaly za podvyživené pouze 15, 2 % seniorů.

4. Specifika výživy seniorů

Výživa seniorů se vyznačuje řadou zvláštností, které souvisí se zdravotním stavem starých lidí. V tomto věku jsou časté poruchy chrupu, znemožňující jíst některé potraviny, snížený pocit žízně a chuťových vjemů. Objevují se také poruchy funkce trávicí trubice a s tím spojená menší schopnost vstřebávat určité látky. Navíc klesá klidový metabolismus a celková tělesná aktivita, klesá i množství přijímané stravy. Často pak dochází k tomu, že starým lidech chybí určité látky, které nemohou dostatečně vstřebat, nebo kterých prostě nejsou schopni sníst dostatečné množství. Proto jsou nároky na kvalitní a nutričně hodnotnou stravu v tomto věku obzvlášť vysoké (Grofová, 2007).

Potřeba organismu na některé nutrienty ve stáří stoupá. Senioři potřebují denně asi 1,0 gram kvalitních bílkovin (dospělí v aktivním věku asi 0,8 g). Vyšší příjem bílkovin zpomaluje odbourávání svalových a kosterních bílkovin, které se s věkem zvyšuje. Roste potřeba organismu na příjem vápníku a navíc schopnost organismu vstřebávat vápník z potravy s věkem klesá. Staří lidé by tak měli denně přijmout až 1,5 g vápníku. Mírně stoupá také potřeba organismu na vitaminy skupiny B (vitamin B1, B2, B6, B12 a kyselina listová). Vzhledem k tomu, že ve stáří se snižuje schopnost syntetizovat vitamin D v kůži po oslunění a senioři se také méně vystavují slunci, mají často nedostatek

tohoto vitaminu. Denně potřebují přijmout asi 10 µg vitaminu D. Potřebují také více vitaminu E, asi 12 mg denně. Zvyšuje se také potřeba některých minerálních látek, již zmiňovaného vápníku a zinku. Naopak klesá potřeba organismu na vitamin A. Vzhledem ke snížené činnosti trávicí trubice je vhodný vyšší přívod vlákniny.

4.1 Zásady pro správnou stravu seniorů

Tyto zásady lze shrnout do následujících bodů:

- Příjemné prostředí, přítomnost ostatních spolustolovníků, lákavě upravené a chutné jídlo pomáhají seniorům upevnit stravovací návyky a posilují jejich pocit sounáležitosti.
- Konzumovaná strava má být pestrá a střídmá, kuchyňská úprava jídel má být šetrná, aby se zamezilo ztrátě vitaminů.
- Jíst alespoň pětkrát denně menší porce, nehladovět a nepřejídat se. Nezapomínat na svačiny, večerní jídlo nejpozději dvě k hodiny před spaním.
- Strava má obsahovat minimum živočišných tuků a tučných potravin, kvalitní máslo (25g denně) je zdrojem vitaminu A, rostlinné tuky (20 g denně) zdrojem vitaminu E a n-6 nenasycených mastných kyselin. Týdně je vhodné jíst dvakrát rybí maso (300g), které je zdrojem n-3 nenasycených mastných kyselin, jodu a vitaminu D.
- Málo solit, omezit spotřebu cukru (sacharózy, sladkého pečiva, dortů apod.).
- Zvýšit příjem vlákniny, denně sníst alespoň pět porcí celozrnného chleba nebo pečiva, polévky zahušťovat ovesnými vločkami, dávat přednost celozrnným těstovinám, neloupané rýži, jíst syrovou zeleninu a ovoce.
- Ovoce (200g denně) a zelenina (300g denně) jsou hlavním zdrojem některých vitaminů, karotenoidů, minerálních látek a antioxidantů.
- Jíst dostatek kvalitních bílkovin, v jídelníčku by nemělo chybět maso (drůbeží, libové vepřové) a vejce (oboje asi 3 x týdně), mléko a mléčné výrobky (denně tři porce), luštěniny, včetně soji.
- Nezapomínat na pravidelné a časté pití, s věkem se snižuje schopnost pociťovat žízeň. Denně vypít asi dva litry tekutin. Nezapomínat na polévky, vhodné jsou lehké zeleninové vývary.
- Stravu doplnit po konzultaci s lékařem o potravní doplňky, určené pro seniory. Nejčastěji se jedná o vyrovnání nedostatku vápníku a některých vitaminů. Naopak problematické jsou preparáty obsahující více vitaminu A, D a železa.

4.2 Faktory výživy seniorů

Tyto faktory nutrice zdravých a soběstačných seniorů (Burianová, 2008) můžeme shrnout takto:

Tělesná hmotnost	Je důležité udržovat dlouhodobou optimální tělesnou hmotnost, monitorovat rychlé úbytky váhy.
Prostředí – jídlo jako společenská událost	Příjemné prostředí, přítomnost ostatních spolustolovníků, lákavě upravené a chutné jídlo pomáhají seniorům upevnit stravovací návyky a posilují jejich pocit sounáležitosti.
Pravidelná ,vyvážená strava	Konzumovaná strava má být pestrá a střídmá s dostatečným zastoupením rostlinných i živočišných zdrojů – pětkrát denně menší porce, nepřejídat se a nehladovět.
Denní rytmus	Večerní jídlo mít nejpozději dvě hodiny před spaním a v pravidelný čas.
Nutriční hodnoty	Strava má obsahovat minimum živočišných tuků a tučných potravin a být nutričně vyvážená
Zařazení ryb	Je vhodné jíst dvakrát týdně rybí maso (pozitivní vliv na tlak, hladinu HDL cholesterolu atd).
Sůl a cukr	Zbytečně nepřisolovat, omezit spotřebu cukru – častý problém při postupné ztrátě chutě!
Vápník a vláknina	Mít dostatečný přísun vápníku a vlákniny. Nezapomínat také na dostatek vitaminu D.
Bílkoviny	Klást důraz na dostatečný příjem kvalitních a lehce stravitelných bílkovin.
Pitný režim	Dodržovat pravidelný pitný režim, s věkem se snižuje schopnost pociťovat žízeň. Denně vypít alespoň 1,5 až 2 litry tekutin.
Doplňky stravy	Stravu doplnit po konzultaci s lékařem o doplňky stravy, určené pro seniory ve formě multiminerálových a multivitamínových preparátů s běžnými denními dávkami.

Je zřejmé, že jedním z hlavních úkolů je včasný záchyt potencionálně ohrožených pacientů podvýživou a pacientů se signifikantními známkami rozvinuté malnutrice s cílem zahájit nutriční podporu co nejdříve. Evropská společnost klinické výživy a metabolismu - ESPEN vypracovala jednoduchý screening jako „guidelines“ v široké klinické praxi. V praxi se setkáváme s jeho modifikacemi či využitím jiných screeningových dotazníků.

4.3 Obecné cíle sledování výživy u seniorů

- Předcházet nevyváženosti výživy a projevům malnutrice
- Včasná detekce nemocných, kteří jsou ohrožení poruchami výživy, nebo se nacházejí ve fázi rozvinuté poruchy příjmu potravy
- Objektivně hodnotit vývoj a výsledky podávání nutriční podpory, která by neměla nahrazovat běžnou stravu, ale měla by být pouze jejím doplňkem (tzv. sipping).

4.4 Konkrétní cíle sledování výživy u seniorů:

- Vyhledávat pacienty s malnutricí a s potencionálním rizikem jejího vzniku.
- Zabezpečit adekvátní aplikaci stravy či umělé výživy
- Monitorovat stav výživy
- Zhodnotit stav výživy před propuštěním pacienta do přirozeného domácího či sociálního prostředí

5. Aktuální zjištěná situace CSSP2

5.1 Dostupnost informací

Kuchyně vaří jídla 6x denně. Webové stránky obsahují jednoduše srozumitelný text, který charakterizuje stravovací provoz a režim jako takový[2]:

Jídlo, které připravujeme ve vlastní kuchyni, podáváme šestkrát denně. Skladba obědů a večeří je velmi pestrá. Můžete si vybrat z nabídky několika pokrmů, a to dle dietního režimu nebo chuti. Po celý den máte k dispozici různé nápoje. Stravu podáváme ve společné jídelně nebo na pokoji, každý týden vaříme oběd na přání jednoho z našich obyvatel. K těmto důležitým informacím (frekvence, výběr, možnosti úpravy dle lékařského doporučení) K dispozici je také ceník a aktuální jídelníček.

Pro klienty zásadní informace, které v textu najdeme, jsou zejména tyto:

- Frekvence jídel – frekvence jídel je nastavena v dostatečné frekvenci až 6x denně snídaně/přesnídávka/oběd/svačina/večeře. Odpovídá také požadavku dle §15 odst. (1) písmene b) vyhlášky 505/2006 Sb., kde jsou stanovena minimálně 3 jídla denně. Jako námět z dobrých praxí však doporučujeme uvážit, zda by bylo přínosné zařazení malé odpolední svačiny (např. cottage sýr a celozrnným pečivem, jogurt, ovocné smoothie, apod.).
- Možnost výběru – jídelníček uvádí možnost výběru od pondělí do pátku ze 2 jídel, o víkendu pak výběr jídelníček neuvádí. Jako námět dobré praxe doporučujeme ke zvážení dvě možnosti inovace:
    - Možnost výběru hlavních jídel je ze 3, přičemž jedno má být bezmasé. Nemusí jít nutně o zdravotní důvody indikované specialistou, ale jsou také možné osobní preference klienta, jako např. vegetariánství (ať už z jakýchkoliv důvodů – osobních, etických, spirituálních,…).

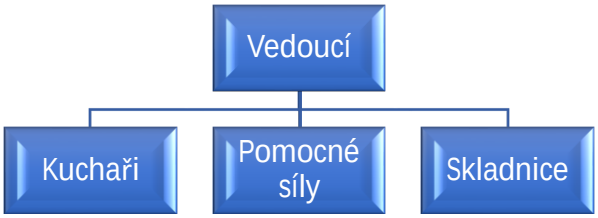
[2] https://cssp2.cz/domov-pro-seniory/

- Zvážit možnost tohoto výběru také o víkendech – pokud je možné vybírat si jídlo v běžných dnech, může být dobrým námětem tuto možnost zachovat také v sobotu a v neděli.

- Možnosti úpravy stravy dle lékařského doporučení – v dnešní době zásadní a zároveň důležitý moment, kdy jsou diety klientů upravovány dle zdravotních potřeb klientů – ať se jedná o diabetes, celiakii a další onemocnění).
- Cena – ceny podle zveřejněného ceníku odpovídají maximální výši denní úhrady dle §15 odst. (2) písmene b) vyhlášky 505/2006 Sb. v platném znění za celodenní stravování.
- Snídaně jsou většinou jednoduché, lehké a odpovídají dietním potřebám seniorů. Námětem k pozitivní změně však může být širší zastoupení ovoce a jeho složek – např. v jídelníčku 3.5. – 9.5. je zastoupení ovoce ke snídani pouze 1 ve formě ovocného jogurtu. Existuje celá řada možností, jak ovoce zahrnout – ovocné saláty, doplnění o smoothie apod.
- Svačiny jsou denně ovocné, což chválíme jako dobrou praxi a doporučujeme v tom pokračovat. Díky tomu mají senioři denně zastoupenou ovocnou složku ve stravě.
- Při pohledu do jídelníčku obědů zmíněnou vůli zaměstnanců ke změně rovněž chválíme – některá jídla (z jídelníčku např. klobásy, zapečené brambory s uzeným a houbami, houbové rizoto, prejt,...) mohou být hůře stravitelná či svým charakterem neodpovídají ideálu zdravé výživy (zejm. z hlediska obsahu tuků, sacharidů a solí) . Avšak zaměstnanci zmínili důležitý rozměr – preference klientů. Senioři velmi často nechtějí „nová jídla“ a mají rádi typ stravy, na který byli zvyklí celý život.
- Co se týká večeří, většinou vidíme výběr ze dvou možností, což je velmi dobré a dodává seniorovi možnost volby. Námět ke zvážení se shoduje s výše popsaným – širší zastoupení zeleniny v jídelníčku. Např. v jídelníčku nalezneme na večeři ob den kousek ovoce či zeleniny, avšak množství a celková povaha večeří výraznější zastoupení ovoce a zeleniny nemá.
- Klientská strava je momentálně kompletně podávána ošetřujícím personálem na patrech (před covidem docházelo do centrální jídelny cca 35 klientů).
- Servírování mixovaného či jinak mechanicky upraveného jídla probíhá tak, že strava odchází z kuchyně v gastronádobách jednotlivě (maso, omáčka, příloha jsou mixovány zvlášť s přídavkem vývaru). Na odděleních by měli být talíře s dělenými poli, které jsou vhodné na podávání mixované stravy.

5.2 Technické a personální zabezpečení

Co se týče personálního zabezpečení, dle sdělení personálu v kuchyni je aktuální personální obsazení dostatečné. Aktuální Struktura provozu:



Dle sdělení personálu fungují jako tým dobře, pozice „šéfkuchař“ není nutná. Personál reflektuje, že vedoucí je velmi dobře orientována v problematice a je velmi ochotná a sdílná. Samotná vedoucí pak reflektuje jako výbornou také spolupráci na vertikální úrovni, tj. komunikaci s paní ředitelkou. Dle svých slov cítí od vedení podporu.

Zaměstnanci zmiňovali jako námět, že vedoucí je dlouhodobě nezastupitelná, nicméně ona sama reflektovala, že na nezbytné úkony zaučuje skladnici (učí ji normovat porce) a při případ akutní potřeby může vypomoci kolegyně, která je již v důchodu, ale ochotná „zaskočit“.

Vedoucí se snaží psát jídelní lístky tak, aby především vyhovovaly klientům a jejich věkové kategorii. Občas cítí tlak (ovšem nevnímá ho negativně) na zařazení jídel modernějších a zdravějších, což není pro danou klientelu příliš vhodné. Poměrně typicky tak můžeme sledovat určité dilema mezi stravou „zažitou“, kterou jsou klienti zvyklí konzumovat (a která velmi často nespadá do kategorie „zdravá strava“) a stravou modernější, které lépe splňuje nutriční potřeby.

Stravovací provoz je také otevřen veřejnosti. Stravování formou obědů je zajištěno celoročně. Poobědvat lze prostředí jídelny, která je otevřená široké veřejnosti. Oběd si můžete samozřejmě i odnést domů. Pokrmy jsou vařené denně z čerstvých, kvalitních surovin. Obědové menu je složené z polévky, hlavního jídla a přílohy, případně moučníku, salátu či kompotu. V jídelníčku si můžete vybrat ze tří nabídek (pro stravu normální, diabetickou a žlučníkovou). Po celou dobu oběda je volně k dispozici teplý nápoj (sladký, hořký), je možné si zakoupit i nápoje studené, a to jak alkoholické, tak nealkoholické.

Obědy připravuje kolektiv zkušených kuchařek a kuchařů. Oblast stravování v Domově pro seniory Máchova byla oceněna Značkou kvality v rozsahu pěti hvězdiček, které uděluje Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR.

5.3 Zpětná vazba a kontrola

Kontrola nutričního stavu pomocí MNA dotazníku probíhá nepravidelně (1-2x za rok). Zde vidíme prostor ke zlepšení (mít lepší přehled o nutričním stavu klientů). Nicméně jednou měsíčně probíhá vážení – to je reflektováno jako dostatečné. Jak bylo řečeno v úvodu, změny váhy mohou mít zásadní vypovídací hodnotu o úrovni stravování, zdravotním stavu či kvalitě jídla od dodavatele. Dodavatelé jsou pravidelně vyhodnocováni a dělá se cenové srovnáni.

Dále 2x ročně dochází lékařka z FTN a předepisuje nutriční výživu. Vedoucí stravovacího provozu (která je zároveň nutriční terapeutka) kontroluje každý měsíc váhové úbytky, přírůstky a komunikuji s odděleními, když se mně něco nezdá. Zaměstnanci jsou zvyklí vedoucí kontaktovat, když klient špatně jí, vrátí se z nemocnice hubený apod.

Co se týče softwarového rozhraní, je využíván program Cygnus 2. Vedoucí se může kdykoliv podívat a stav vyhodnotit, domluvit se s ošetřujícím personálem na postupu a také domluvit v případě potřeby nutriční výživu mimo návštěvu lékařky.

5.4 Sestavení obědového jídelníčku

Jako příklad jídelníčku jsme použili jídelníček na období od 13.12 do 19.12.2021.

CENTRUM SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRAHA 2

JÍDELNÍ LÍSTEK NA OBDOBÍ OD 13.12.2021 DO 19.12.2021

D3-bez dietních omezení, D4-žlučníková dieta, D9-vhodné pro diabetiky

Den	Výběr 1	Výběr 2	Výběr 3
Po 13.12.	**D3** Hrášková polévka s pórkem, Uzené maso 100 g, Špenát dušený, Bramborové knedlíky 5 ks (1,3,7,9)	**D3** Hrášková polévka s pórkem, Hovězí maso zadní vařené 100 g, Pažitková omáčka, Brambory vařené 200 g (1,3,7,9)	**D3, D4, D9, D9/4** Polévka zeleninová s krupicí, Kuřecí plátek přírodní 100 g, Těstoviny 200 g (1,3,7,9)
Út 14.12.	**D3, D4, D9, D9/4** Polévka zelná, Rýžový nákyp s DIA ovocem 300 g, DIA kompot (1,3,7,9)	**D3** Polévka zelná, Houbový karbanátek 120 g, Brambory vařené 200 g, Mrkvový salát s jablkem (1,3,7,9)	**D3, D4, D9, D9/4** Karotkový krém, Aljašská treska přírodní 150 g, Bramborová kaše 250 g (1,3,4,7,9)
St 15.12.	**D3** Polévka sýrová s pórkem, Pštrosí vejce 100 g, Pažitkové brambory 200 g (1,3,7,9)	**D3** Polévka sýrová s pórkem, Hovězí na majoránce s česnekem a žampiony 100 g, Bramborová kaše 250 g (1,3,7,9)	**D3, D4, D9, D9/4** Polévka cuketová, Přírodní kuřecí nudličky 100 g, Špecle 200 g (1,3,7,9)
Čt 16.12.	**D3** Polévka z uzených žeber s krupkami, Závitek z mletého masa s párkem a slaninou 120 g, Mačkané brambory 200 g (1,3,7,9)	**D3** Polévka z uzených žeber s krupkami, Domácí lívance se skořicí 250 g, Kompot (1,3,7,9)	**D3, D4, D9, D9/4** Polévka krémová petrželová, Krůtí nudličky na žampionech 100 g, Těstoviny 200 g (1,3,7,9)
Pá 17.12.	**D3** Polévka frankfurtská, Smažené žampiony 120 g, Brambory vařené 200 g, Tatarská omáčka 1 ks (1,3,7,9)	**D3** Polévka frankfurtská, Záhorácký závitek 100 g, (vepřové maso, zelí, slanina, cibule), Rýže dušená 200 g (1,3,7,9)	**D3, D4, D9, D9/** Polévka vločková, Kus-kus se zeleninou, sýrem a dietní uzeninou 350 g, Jablkový kompot (1,3,7,9)
So 18.12.	**D3** Polévka pekařská, Pečená vepřová krkovice 100 g, Zelí dušené bílé, Houskové knedlíky 4 ks (1,3,7,9)	**D3, D4, D9, D9/4** Polévka hovězí se sýrovým kapáním, Kuřecí nudličky s pórkem 100 g, Těstoviny 200 g (1,3,7,9)	
Ne 19.12.	**D3** Polévka kapustová, Halušky s brynzou 350 g (1,3,7,9)	**D3, D4, D9, D9/4** Polévka slepičí s kapáním, Vepřové kostky na rajčatech 100 g, Tarhoňa 200 g (1,3,7,9)	

Alergeny: 1 - lepek, 2 - korýši, 3 - vejce, 4 - ryby, 5 - arašídy, 6 - sója, 7 - mléko a mléčné výrobky, 8 - ořechy, 9 - celer, 10 - hořčice, 11 - sezamová semena, 12 - oxid siřičitý a siřičitany, 13 - vlčí bob, 14 - měkkýši a výrobky z nich.

Váha masa je v jídelním lístku uvedena v syrovém stavu (tzn. před tepelnou úpravou). Teplé pokrmy jsou určeny k okamžité spotřebě.

Změna jídelního lístku vyhrazena.

Uvedený jídelníček je částí jídle, které sdílí CSSP2 s veřejností, proto nejsou zahrnuty snídaně. Můžeme konstatovat, že:

- Obědy jsou relativně pestré
- Zastoupení ovoce a zeleniny v rámci oběda je poměrně malé
- Stane se, že není na výběr „bezmasá“ varianta. Pro vegetariány či pro lidi, kteří z jakýchkoliv důvodů maso nemohou.
- Je zřejmé velké zastoupení vepřového masa (vařeno takřka denně), naopak menší zastoupení je hovězího (specificky optimální prr klienty, trpící dnou) či dietního kuřecího.
- Bezmasé pokrmy jsou zastoupeny méně a pokud, zpravidla jde o sladká jídla.
- Jídla jsou často uzená a „těžká“.
- Ryby jsou zastoupeny zcela minimálně

6 Závěrečná doporučení

Problematika vztahu výživy a zdraví je předmětem mnoha odborných publikací, a přesto stále zůstává otevřeným problémem. Výživa ovlivňuje naše vnímání, prožívání a většinou jsou to tak velké emoční projevy, že se zapomíná, jak strava ovlivňuje fyziologické procesy v těle. Každý senior s určitou diagnózou má specifické požadavky a průběh nemoci se u každého něčím liší. Naše doporučení se proto týkají především 2 oblastí; mixované a mleté stravy (často pojmenovávaný problém) a vizuální stránka jídla.

6.1 Zastoupení ovoce a zeleniny

Obecně je vhodnější výraznější zastoupení ovoce a zeleniny. Výživové doporučení MZ ČR ohledně konzumace zeleniny a ovoce pro obyvatelstvo ČR z roku 2005 uvádí:

> „Jezte různé druhy ovoce a zeleniny, alespoň 400 g denně, přednostně čerstvé a místního původu.“ V potravinové pyramidě Ministerstva zdravotnictví je doporučeno konzumovat 3–5 porcí zeleniny a 2–4 porce ovoce za den (viz obrázek 5). Minimální doporučené množství odpovídá nejméně 5 porcím denně – za jednu porci je považován například 1 kus ovoce nebo zeleniny (100 g), 1 miska drobného ovoce nebo zeleninového salátu (150–200 ml), sklenice neředěné ovocné nebo zeleninové šťávy (250–300 ml), 125 g vařené zeleniny nebo brambor.“

Inovovaná výživová doporučení pro Českou republiku, která předložila v roce 2012 Společnost pro výživu (nejedná se tedy o oficiální doporučení MZČR, ale o náměty z dobré praxe), uvádí:

> „Zvýšení spotřeby zeleniny a ovoce včetně ořechů (vzhledem k vysokému obsahu tuku musí být příjem ořechů v souladu s příjmem ostatních zdrojů tuku, aby nedošlo k překročení celkového příjmu tuku) se zřetelem k přívodu ochranných látek, významných v prevenci nádorových i kardiovaskulárních onemocnění, ale též ve vztahu ke snižování přívodu energie a zvýšení obsahu vlákniny ve stravě. Denní příjem zeleniny a ovoce by měl dosahovat 600 g, včetně zeleniny tepelně upravené, přičemž poměr zeleniny a ovoce by měl být cca 2:1.“.

6.2 Úprava pokrmů

Z pohledu tepelné úpravy pokrmů (je-li nezbytná) doporučujeme především vaření, dušení a zapékání. Smažení a grilování je lepší se jeví jako méně vhodné.

6.3 Mixovaná a mletá strava

- Mixovaná strava odchází z kuchyně v gastronádobách jednotlivě (maso, omáčka, příloha jsou mixovány zvlášť s přídavkem vývaru). Na odděleních by měli být talíře s dělenými poli, které jsou vhodné na podávání mixované stravy.

- Mletá strava – příloha zůstává standartní. Mele se jen maso. Není zapotřebí např. z rýže nebo těstovin, které jsou měkké, mlít vše dohromady s omáčkou a masem. Taková praxe může být pro klienty diskomfortní a ani vizuální stránka jídla pak není atraktivní.

- Většina klientů na mixované stravě má jako přídavek enterální výživu nebo bílkovinný přídavek. Její kontrola a optimalizace je pravidelně sledována viz výše. Tuto praxi doporučujeme zachovat a považujeme ji za dobrou.

- Jako diskutované téma se také objevil občasný problém zhoustnutí nebo zřídnutí mixované stravy než dorazí na oddělení. Zde doporučujeme přípravky upravující strukturu a vlastnosti pro klienty s dysfagií a řídit se relevantními doporučeními (např. velmi dobře zpracovaná a volně dostupná metodika nemocnice Agel Ostrava – Vítkovice[3]).

6.4 Dobře vypadající jídlo

Klientská strava je momentálně kompletně podávána ošetřujícím personálem na patrech (před covidem docházelo do centrální jídelny cca 35 klientů). Na jednáních jsme probrali možnosti přízdob na talíři (petrželka, jarní cibulka, cibule, kapie atd.) pro klienty, kteří netrpí disfagií (tam jsou přízdoby nevhodné) případně varianty další úpravy jídla.

Pojmenovali jsme také téma lepšího servírování na talíř (neumazaný okraj talíře atd.), přičemž používané tácy takového příjemné servírování umožňují.

Příkladem nevzhledně vypadající stravy z nejmenovaného provozu poskytovatele pobytových zdravotních a sociálních služeb (ČR) může být například obrázek níže; není rozeznatelné, co se na talíři vlastně nachází, s obtížemi identifikujeme hrách a mrkev. Maso (je-li to maso) je namleté a ponořené do suspektivně květákové omáčky. Doplňuje bramborová kaše „z pytlíku“. Úroveň servírování neinspiruje ke konzumaci ani zdravého člověka.

[3] Metodika je volně dostupná z WWW: https://nemocniceostravavitkovice.agel.cz/pracoviste/ambulance/logopedicke-ambulance/logopedicka-ambulance-1/ke-stazeni/dysfagie.pdf

Naopak příkladem dobrého stravování se vzhledným servírováním může být následující obrázek z nejmenované pobytové sociální služby v rámci nemocnice (rovněž v ČR), včetně přízdoby a upravené zeleniny.

Prameny

BURIANOVÁ, T. 2008. Výživa seniorů [online]. 2008, [cit. 2021-12-10] Dostupné na internetu: http://www.ordinace.cz/clanek/vyziva-senioru/

ESPEN guideline: Clinical nutrition in surgery Clinical Nutrition, ESPEN Guidelines & Consensus Papers, 2021 40- 4745-4761

GROFOVÁ, Zuzana, Nutriční podpora – praktický rádce pro sestry, vyadání 1. Praha; Grada Publishing 2007, ISBN 8024718685, 9788024718682

Společnost pro výživu ČR [online], Výživová doporučení pro obyvatelstvo ČR, dostupné z WWW: https://www.vyzivaspol.cz/vyzivova-doporuceni-pro-obyvatelstvo-ceske-republiky/

VRUBLOVÁ, LUKŠÍKOVÁ, The Nutritional Status of the Elderly in Institutional Care, Ústav ošetřovatelství a porodní asistence Lékařská fakulta Ostravská univerzita v Ostravě, 2014, dostupné z WWW: https://hygiena.szu.cz/pdfs/hyg/2014/01/06.pdf