

ХАРЧОВА ІНФРАСТРУКТУРА ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

журнал громадської спілки «Академія харчування пацієнтів»

Випуск № 3



Академія
Харчування
Пацієнтів

США

Досвід, що формує
нове бачення

ПОЛЬЩА

Проект «Гарне харчування
в лікарні» — початок
реформи сфери

ПОРТУГАЛІЯ

Як перетворити кухню
лікарні на ефективний
логістичний центр

ТУРЕЧЧИНА

Поєднання традицій та
технологій задля ситості
та задоволеності пацієнтів

МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД ХАРЧУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ



Шановні читачі!

Харчування пацієнтів в Україні потребує змін. І робота над ними постійно триває.

Новітня якісна організація харчування в українських лікарнях вимагає, зокрема, знань про цю сферу на основі досвідів різних країн світу. Тож наша команда відвідала низку закордонних лікарень. І побачила на власні очі, як харчують пацієнтів, а також особисто зустрілася з менеджерами, відповідальними за харчування хворих, у цих медичних закладах.

Так ми переймаємо найкращий і найближчий нам досвід, щоб поетапно втілити його в новому форматі організації харчування українських пацієнтів.

У результаті декількох років роботи ділимося з вами усім ретельно зібраним матеріалом у цьому числі нашого видання.



Тетяна Коваль

Співзасновниця громадської спілки
«Академія харчування пацієнтів»

Це третій випуск журналу «Харчова інфраструктура закладу охорони здоров'я». Він містить низку розповідей і описів організації харчування пацієнтів у Польщі, Німеччині, Туреччині, Ізраїлі, Іспанії, Португалії, Швеції, Нідерландах, Данії, Великій Британії, США та Канаді. Також на сторінках цього числа ви знайдете корисну інформацію про фахівців України та світу, які безпосередньо відповідають за якісне харчування хворих, про діджиталізацію цієї ніші лікування та турботи про пацієнта, а також про невидимі проблеми сфери, які мають вельми видимі наслідки.

2025 © «Харчова інфраструктура закладу охорони здоров'я»

Всі права захищені. Копіювання матеріалів допускається лише з дозволу редакції.

Засновник: громадська спілка «Академія харчування пацієнтів». Головна редакторка: Новак А. І.

Відповідальна за видання: Лисак Я. Ф.

Видання № 3 від 28.11.2025. Наклад — 1000 прим. Безоплатно.

Адреса редакції: м. Київ, вул. Верхній Вал, буд. 18. Телефон редакції: +38 (063) 553-74-49.

Рішення щодо реєстрації суб'єкта у сфері друкованих медіа № 296 від 08.02.2024, видане Національною радою України з питань телебачення і радіомовлення. Ідентифікатор медіа R30-02680.

Надруковано: ТОВ «Видавничий будинок «Аванпост-Прим», м. Київ, вул. Дениса Монастирського, 3, кв. 3.

Відповідальність за зміст і правдивість рекламних матеріалів несуть рекламодавці.



ЗМІСТ

США	3
<i>Досвід, що формує нове бачення</i>	
Польща	7
<i>Перші кроки реформи організації харчування пацієнтів</i>	
Туреччина	10
<i>Поєднання традицій та технологій задля ситості та задоволеності пацієнтів</i>	
Нідерланди	12
<i>Принцип «Чим якісніша їжа – тим здоровіший пацієнт»</i>	
Діджиталізація харчування в лікарнях	15
Іспанія	18
<i>Доказовість і екологічність у харчуванні пацієнтів дитячої лікарні</i>	
Вегетаріанство в лікарнях: міжнародний досвід та перспективи для України	20
Німеччина	22
<i>Перехід на cook-and-chill та IT-автоматизація</i>	
Велика Британія	25
<i>Про виклики, технології та вдосконалення через помилки</i>	
Клінічне харчування в Україні: аналіз системних проблем та адаптація рекомендацій ESPEN щодо хірургічних пацієнтів	28
Португалія	32
<i>Перетворення кухні лікарні на ефективний логістичний центр</i>	
Ізраїль	34
<i>Покращене меню для військових пацієнтів та McDonald's у лікарні</i>	
Команда з організації харчування: хто насправді лікує їжею	35
Швеція	37
<i>Скандинавська простота та турбота на тарілці</i>	
Данія	40
<i>Цифрове меню та свобода як важливі складові лікування</i>	
Мальнутриція в клінічній практиці: виклики та сучасні підходи	42
Канада	44
<i>Від кейтерингу до самостійного керування харчуванням пацієнта</i>	



США

Досвід, що формує нове бачення

Софія Черненко
Членкиня ГС «Академія харчування пацієнтів»

Як фахівчиня у сфері лікувально-профілактичного харчування та харчових технологій я вивчаю суть і механіку сучасних моделей організації харчування пацієнтів у медичних закладах різних країн. Під час перебування в США ознайомила з роботою відділу харчування в одному з великих клінічних центрів і побачила, як реалізується персоналізоване харчування пацієнта, як працює команда під час кожного його етапу, якими інструментами забезпечується точність і безпека процесу.

У цій публікації я ділюся спостереженнями щодо практичних підходів і технологічних рішень для ефективного, безпечного й персоналізованого харчування пацієнтів у сучасних клініках США, адже ці напрацювання можуть стати орієнтиром для адаптації й розвитку систем лікарняного харчування в Україні.

Організація харчування пацієнтів у лікарні

Щойно хворий потрапляє до відповідного відділення медичного закладу, його дані автоматично з'являються в електронній системі. Відтак у відділенні харчування пацієнт одразу відображається в системі MyDining, де можна побачити номер палати та дієту, призначену лікарем.

MyDining від Compass USA — це спеціалізоване програмне забезпечення, яке використовується у лікарнях, клініках і закладах довготривалого догляду для ефективного управління харчуванням пацієнтів. Система є частиною екосистеми Compass Group USA — одного з найбільших постачальників кейтерингових та допоміжних послуг у сфері охорони здоров'я в США.

Програма MyDining:

- враховує індивідуальні дієтичні призначення лікаря (наприклад, дієту з низьким вмістом натрію, дієту для пацієнтів із цукровим діабетом або з обмеженням рідини);
- фіксує алергії та харчові непереносимості;
- відображає лише ті страви, які дозволені конкретному пацієнту.

За допомогою цієї програми клінічні дієтологи можуть оперативно коригувати меню відповідно до стану пацієнта, а персонал кухні бачить чіткі інструкції та обмеження щодо кожного замовлення, і може відстежувати їх за номерами палат та прізвищами пацієнтів.

The screenshot displays the MyDining software interface. It includes a 'Patient Notes' section with a table for diet orders (e.g., Bread, Butter, Light Fruit, etc.) and a 'Meal Tracking' section with a table for meal status (e.g., Breakfast, Lunch, Dinner, etc.). The interface is designed for healthcare professionals to manage patient nutrition orders and track meal consumption.

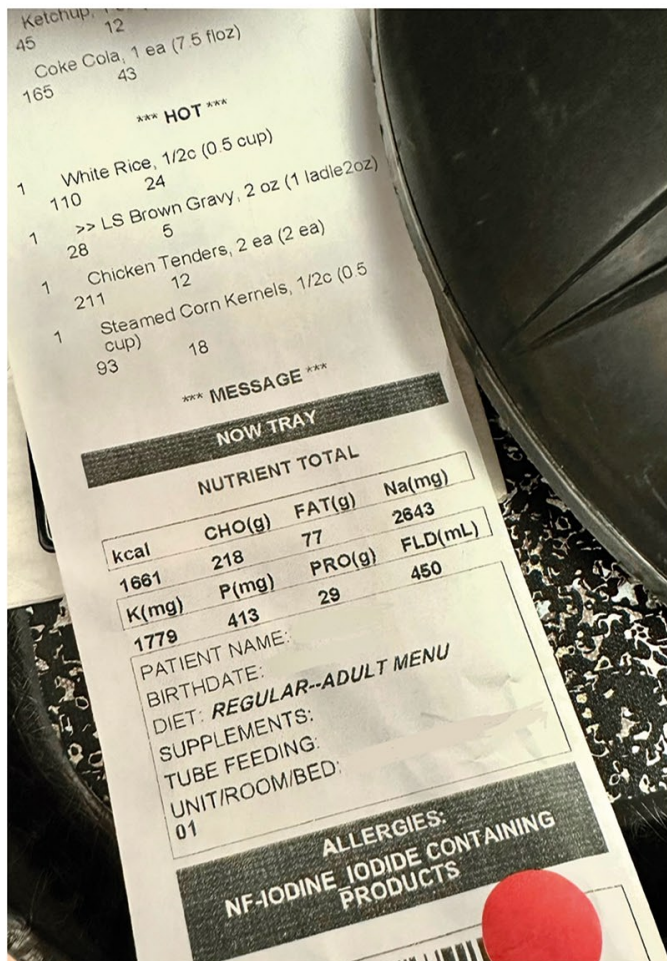
Приймання замовлень на харчування

Працівники служби лікарняного харчування здійснюють обхід палат чотири рази на день. Для підтвердження особи пацієнта цей персонал завжди уточнює ім'я хворого, прізвище та дату народження. Під час приймання замовлення координатори харчування пропонують пацієнтам два основні варіанти страв — Combo 1 та Combo 2. Це означає, що для кожного сніданку, обіду та вечері дієтологи та шеф-повар завчасно сформували комбінації страв до вибору. Наприклад, на сніданок пропонується яєчня з картоплею або панкейки з м'ясною котлетою; на обід — суп із м'ясним рулетом або риба з картопляним пюре й овочами; на вечерю — курка, тушковані овочі чи паста.

Якщо жодна з комбінацій пацієнтові не підходить, він може попросити Ala Carte Menu* та обрати інші доступні опції: сирну чи м'ясну кесалию, вегетаріанську лазанью з грибами, типалію в клярі чи без, грибний суп, бургер із картоплею фрі — на обід чи вечерю. А на сніданок — замість солодких грінок з корицею (french toast) — вівсяну, кукурудзяну (grits) або пшеничну (cream of wheat) кашу.

Бейгл або тост з пшеничного чи житнього хліба з маслом, арахісовою пастою, полуничним або виноградним джемом чи крем-сиром — ще один зі сніданків з меню Ala Carte. Також завжди пропонується мед і кленовий сироп. До речі, пацієнти-українці дуже часто цікавляться кисломолочним сиром із фруктами, а найчастіше замовляють вівсянку.

***Меню Ala Carte** надає пацієнтові можливість гнучкішого вибору страв, проте воно формується системою MyDining з урахуванням призначеної лікарем дієти та можливих обмежень. Додаткової оплати за замовлення з Ala Carte пацієнти не здійснюють, адже це частина їхнього лікарняного пакету харчування. Таким чином, кожен пацієнт має вибір, але тільки в межах дозволеного й без шкоди для лікувального процесу.



З напоїв пропонують каву (частіше до сніданку), чай, гарячий шоколад (з цукром і без), воду з електrolітами (Gatorade), газовані напої (з цукром і без), звичайне, знежирене та шоколадне молоко.

Серед десертів в меню Ala Carte є морозиво (з цукром і без), шоколадне та цукрове печиво (chocolate chip cookie), торт (Angel cake), йогурт, желе або фрукти — банани, яблука та апельсини. Щоденне меню «Combo» також включає десерт.

Коли замовлення зібрані, координатори харчування передають їх на кухню й розпочинають підготовку до формування підносів для пацієнтів. Спочатку друкуються індивідуальні картки пацієнтів, де вказані замовлені страви, дієтичні обмеження, алергії та особливості текстури їжі. Калорійність приймання їжі, її макронутрієнтний склад, кількість натрію, калію, фосфору та об'єм рідини також вказуються у картках пацієнтів. Підвищений дієтичний ризик або спеціальні потреби позначаються на картках червоними наліпками (RED DOT sticker), щоб персонал кухні дотримався усіх вимог безпеки.

Вміст підносів формується на лінії роздачі, де, відповідно до кожного пункту в картці пацієнта, працівники викладають замовлені страви на піднос у визначеному порядку. Після приготування гарячої страви, її порцію викладають на спеціальну тарілку,

яка входить до складу термоізолюваної системи подачі. Тарілку встановлюють на підігріту термобазу, (якщо використовується pellet-система), або на ізоляційне дно, яке зберігає температуру. Потім страву накривають герметичною купольною кришкою, щоб зберегти тепло та зафіксувати їжу під час транспортування. Зібрана система розміщується на підносі разом з іншими компонентами замовлення і прямує до пацієнта.



Коли всі замовлення зібрано у візок, кожен піднос перевіряється супервайзером на відповідність кожній картці. Особлива увага — карткам для пацієнтів із високим рівнем дієтичного ризику. Після перевірки координатори сповіщають відповідне відділення, що прямують із готовими стравами до пацієнтів.

Перелік високоризикових дієт, які позначаються наліпкою RED DOT:

- Дієта з обов'язковою перевіркою відповідності призначеній дієті (Accuracy Check Diet)
- Харчування, сформоване безпосередньо дієтологом (Dietitian Placing Meals)
- Дієтичні обмеження, пов'язані з особливими за побіжними заходами (EDP Precautions)
- Дієта з виключенням столових приборів — передбачає їжу руками (Finger Foods)
- Безглютенова дієта (Gluten Free Diet)
- Рідини нектарної консистенції за дисфагії (Nectar Thick Liquids)
- Рідини медової консистенції за важкої дисфагії (Honey Thick Liquids)
- Спеціалізований волокнистий раціон для пацієнтів з ілеостомією (Ileostomy Fiber Bundle)
- Механічно подрібнена дієта (Mechanical Soft)
- Дієта з мінімальним вмістом жиру (<5 г на добу)
- Безлактозна дієта (No Lactose)
- Педіатричний підрахунок вуглеводів (Pediatric Carb Count)
- Протерта дієта, пюреподібна (Puree)
- Безпечні підноси — з одноразовим посудом (Safety Tray — Disposable Dishes)
- Обмеження споживання рідини (Fluid Restriction Diets: 500 мл, 750 мл, 1000 мл, 1200 мл, 1500 мл, 1800 мл, 2000 мл)
- Будь-які харчові алергії (Any Food Allergy)



Підхід RED DOT sticker сприяє ефективній взаємодії між дієтологами, медичними сестрами, логопедами, гастроентерологами та іншими фахівцями, залученими до лікувального харчування. Усі дієтичні рекомендації програмуються в планшет, за допомогою якого приймаються замовлення. Вибір страв автоматично адаптується: з меню видаляються заборонені лікарем продукти та страви; відображаються обмеження щодо солі, рідини, макрота мікронутрієнтів (зокрема за обмеження натрію, калію, заліза тощо). Система блокує можливість додати заборонені інгредієнти (особливо у випадку алергій) або перевищити їхню допустиму кількість.



Ретельну продуманість опцій безпеки ілюструють, до прикладу, призначення обмежень «Finger foods» (без використання столових приборів):

- пацієнтам із когнітивними порушеннями, зокрема за деменції або хвороби Альцгеймера — такі пацієнти можуть не розуміти, як користуватись виделкою чи ложкою, але здатні їсти самостійно руками;
- дітям молодшого віку — у педіатричних відділеннях полегшує процес годування та розвиває навички самостійного харчування;

- пацієнтам із порушенням моторики рук або координації, наприклад, після інсульту, черепно-мозкових травм, під час парезів або тремору (Паркінсон, розсіяний склероз тощо);
- пацієнтам із психічними розладами, коли використання столових приборів може становити ризик для них чи оточення (наприклад, у психіатричних відділеннях);
- пацієнтам у післяопераційному періоді, коли їсти руками може бути легше;
- людям із втратою зору — їжа, яку можна брати руками, дозволяє зберігати самостійність у харчуванні.

Технології



Система внутрішньої комунікації за допомогою бейджів-рацій

Усі працівники лікарні — медсестри, лікарі, координатори харчування, менеджери, технічні працівники — забезпечені персональними бейдж-раціями, які використовуються для оперативного зв'язку. Систему внутрішньої комунікації розробила компанія, яка спеціалізується на рішеннях для медичної інфраструктури. Завдяки їй працівник може зв'язатися з потрібним дієтологом, медсестрою, лікарем або будь-яким іншим колегою безпосередньо в палаті пацієнта через звукову команду на спеціальний пристрій у форматі: «Зателефонувати [Ім'я Прізвище]».

Звертатися можна не лише до окремого колеги, а й до цілого відділення: фраза «Зателефонувати до педіатричного відділення» активує повідомлення для всіх працівників цієї команди. Це особливо зручно для загальних оголошень на зразок: «Сніданок для пацієнтів відділення вже в дорозі».

Ба більше — за допомогою цього пристрою працівники відділу харчування контактують із пацієнтами та навпаки. Наприклад, пацієнт може зателефонувати своєму координатору з проханням замінити страву. Або якщо координатор під час приймання замовлень не знайшов пацієнта в палаті, він може зателефонувати до палати та зробити це дистанційно.



Роботизований метод доставлення



Коридорами лікарні пересувається робот, здатний самостійно орієнтуватися у просторі між відділеннями. Його звали **Мохі**, і такі роботи вже не є рідкістю для американських клінік.

Мохі розроблений для підтримки медичного персоналу у виконанні логістичних завдань — транспортування медикаментів, лабораторних зразків, засобів індивідуального захисту, стерильних матеріалів і документації між різними підрозділами лікарні.

Робот обладнаний однією рукою, якою натискає кнопки, відкриває двері та самостійно користується ліфтами. Мохі аналізує маршрути, уникає перевантажених ділянок і, у разі аварійної зупинки, демонструє на екрані повідомлення з проханням допомогти. Доставленням їжі пацієнтам робот не займається. Виняток — суміші для перорального харчування до відділень, де перебувають пацієнти у несвідомому стані.



Замість висновків

Описана модель організації харчування демонструє ефективне поєднання технологій, клінічної раціональності та міждисциплінарної взаємодії. Використання програмних рішень, стандартизованих протоколів, інноваційної логістики та адаптованих дієтичних підходів дозволяє не лише забезпечити якісне харчування, але й підвищити загальний рівень безпеки та задоволеності пацієнтів у лікарняному середовищі.

Сьогодні, коли в Україні зруйновано багато медичних закладів, варто не просто відновлювати, а будувати нову, сучасну та якісну систему охорони здоров'я. Вивчення та застосування успішного іноземного досвіду може стати в цьому дуже помічним.



Польща

Перші кроки реформи організації харчування пацієнтів



Анастасія Матвійчук
Юрисконсульт, кандидатка юридичних наук
членкиня ГС «Академія харчування пацієнтів»

Харчування пацієнтів в Україні регулює урядовий наказ № 931, а чи є подібні нормативні акти в сусідній Польщі?

Організація лікарняного харчування у Польщі наразі перебуває у стані реформування. У 2017 році Вища палата контролю країни провела аудит сфери. Його результатом став звіт, в якому констатовано неналежну якість харчування у лікарнях, його незбалансованість і за КБЖВ, і в розрізі приймань їжі, а також виділено низку недоліків, зокрема:

- чинне законодавство Польщі не визначає стандартів харчування в лікарнях;
- відсутні середні норми харчування на одного пацієнта, які були б застосовні до всіх пацієнтів у всіх медичних закладах, а денну норму харчування в лікарні встановлює керівник лікувального закладу;
- недостатнє фінансування витрат на лікування змушує постачальників медичних послуг економити саме на харчуванні пацієнтів;
- лікарні не зобов'язані наймати дієтологів, тому часто цього не роблять, що є одним із факторів незбалансованого харчування пацієнтів.

У березні 2022 року МОЗ Польщі оприлюднило проект постанови про вимоги до харчування в лікарнях. Відтоді ведеться активна робота.

Нині за розпорядженням Міністра охорони здоров'я Польщі від 25.09.2023 в окремих лікарнях впроваджується пілотний проект «Гарне харчування в лікарні», в рамках якого розроблено рекомендації щодо дієт для дорослих пацієнтів, дітей і підлітків, а також вагітних і породіль під час лактації — усього 14 різних дієт з модифікаціями.

Дієти: базова, легкозасвоювана, легкозасвоювана з обмеженням жирів, легкозасвоювана з обмеженням стимуляторів шлункового соку, багата на вуглеводи, легкозасвоювана з обмеженням вуглеводів, дієта з контрольованим вмістом жирних кислот, низькокалорійна, високобілкова, низькобілкова, елімінаційна, крохмальна, рідка, збагачена рідка дієта.

Модифікації дієт: без яєць, безглютенова, безлактозна, без молочних продуктів, вегетаріанська, другий сніданок із добавкою, додатковий перекус, додаткова друга вечеря, індивідуальна модифікація.



Порівняння принципів організації польського та українського лікарняного харчування

За приклад зручно взяти базову дієту для дорослих, що розроблена в рамках проекту «Гарне харчування в лікарні». Ця дієта розрахована на людей, які не потребують спеціальних дієтичних модифікацій, і має відповідати всім умовам правильного харчування здорових людей.

Насамперед, звертає на себе увагу пряма заборона на перекуси між затвердженими прийманнями їжі — в Україні це питання не врегульоване, також відсутня і пряма заборона на вживання нелікарняної їжі.

На відміну від українських норм, в Польщі є обмеження на кількість доданого цукру в напоях, а саме — не більше 10 г на 250 мл рідини. В Україні натомість встановлено граничну добову норму споживання у розмірі 50 г. Підрахунки демонструють: якщо у польській лікарні напої (чай, какао, кавовий напій тощо) подаються тричі на день, то кількість доданого цукру не перевищуватиме 30 г.

Визначений добовий калораж для польських пацієнтів — 2000-2400 ккал, причому енергетична та харчова цінність раціону адаптується до маси тіла та фізіологічного стану пацієнта. Окрім напоїв, що входять до меню, пацієнт повинен мати постійний доступ до питної води — рекомендується наявність диспенсерів для води в кожній палаті.



Також акцентовано на необхідності включити до меню бобові та/або препарати бобових — щонайменше тричі в декадний (10-денний) раціон. Зауважимо, що чинний в Україні Наказ № 931 згадує бобові серед обов'язкових продуктів. Однак, бобові об'єднані в одну групу з крупами і для всієї групи визначено загальну денну норму споживання, тому крупи в лікарняному меню повністю витіснили бобові.



Молоко та молочні продукти, включаючи кисломолочні напої або збагачені рослинні продукти, що замінюють молочні продукти, повинні подаватися щонайменше двічі на день.

Риба та/або рибні продукти (переважно з морської риби) повинні бути включені до десятиденного раціону щонайменше тричі.

Є рекомендації і щодо способів кулінарної обробки їжі, а саме: традиційне або парове приготування, тушкування, запікання без додавання жиру (в алюмінієвій фользі, рукавах для запікання, пергаментному папері, жаротривкому посуді та конвекційній печі), смаження на грилі без додавання жиру (на сковороді-гриль або електричному грилі). Водночас смажену їжу необхідно обмежити до 3-х разів протягом декадної дієти.

Усі продукти поділені на рекомендовані та протипоказані. Причому перелік рекомендованих продуктів значно багатший за український. Для прикладу, серед рекомендованих продуктів знайдемо картоплю, кукурудзяне, рисове борошно (в обмеженій кількості), хліб з висівками та насінням, мюслі без додавання цукру чи цукрозамінників, макаронні вироби з борошна грубого помелу: гречаного, житнього, пшеничного твердих сортів (приготовані аль денте), заморожені овочі, фруктові джеми з низьким вмістом цукру (в обмеженій кількості) і навіть перелік рекомендованих десертів.



Значно ширший від українського й рекомендований асортимент м'яса та м'ясних продуктів, до якого увійшли: нежирне м'ясо птиці без шкіри (курятина, індичка), нежирна яловичина, телятина, баранина, кролятина, нежирні сорти свинини (філейна частина, корейка, шинка), запечені паштети з нежирного м'яса, нежирні сорти ковбас, холодець з птиці тощо.

На відміну від українського законодавства, яке визначає граничні норми споживання цілого асортименту продуктів, що на практиці трактується як вичерпний, польські правила таких жорстких обмежень не містять (за рідкісними винятками). Тож розробники конкретного меню відштовхуються від визначених добових значень КБЖВ, враховуючи рекомендації щодо частоти споживання тих чи інших продуктів.

Як адаптувати харчування до потреб пацієнта: сучасні підходи та рекомендації

У медичній практиці здавна очевидним фактом є важливість адаптованого харчування для пацієнтів із різним ступенем тяжкості захворювань. Однак, попри це, питання харчової підтримки часто залишається поза основними схемами лікування. У більшості клінічних протоколів відсутні чіткі вимоги щодо оцінки нутритивного статусу, контролю адекватності раціону чи його відповідності діагнозу та терапевтичній стратегії, що особливо важливо з огляду на індивідуальні особливості кожного пацієнта.

Однією з проблем сучасної клінічної практики є відсутність скоординованої взаємодії між лікарями різних спеціальностей. У результаті лікування проводиться комплексно, але питання фактичного споживання їжі часто залишається без належного контролю. Таким чином, навіть при високому рівні лікування, пацієнт нерідко залишається сам на сам із власним харчуванням, не усвідомлюючи його впливу на швидкість одужання, профілактику ускладнень і покращення якості життя — особливо у випадках паліативної допомоги.

Сучасні підходи у клінічному харчуванні все більше акцентують на понятті саркопенії, що розвивається внаслідок хронічного недоїдання або метаболічних порушень. Цей синдром формує передумови до розвитку хронічних захворювань і знижує здатність організму до відновлення. Вчасна харчова підтримка дозволяє мінімізувати ризики саркопенії та підтримати м'язову масу, функціональність і загальний стан пацієнта.

Важливою складовою доказового підходу є об'єктивна оцінка ефективності нутритивної підтримки. Традиційно, як індикатори, використовують рівень гемоглобіну, загального білка чи альбуміну плазми.

Проте ці показники не завжди відображають короткострокові зміни білкового обміну. Натомість більш інформативним є визначення рівня преальбуміну (транситретину), період напіврозпаду якого становить близько двох діб, що дозволяє швидше відслідковувати нутритивні зміни. Важливо враховувати, що результати визначення преальбуміну є достовірними лише за умов низької активності запального процесу (СРБ < 10 мг/л).

Метою дієтотерапії та ентеральної підтримки є стимуляція синтезу власного білка, збереження енергетичних і пластичних резервів, запобігання катаболізму. У клінічній практиці оцінюють динаміку маси тіла, сили, функціональних показників і лабораторних маркерів білкового обміну, що є ключовими індикаторами ефективності лікування.

Особливу роль у цьому процесі відіграють ентеральні суміші, які відповідають вимогам доказової медицини.

Реабілакт суппорт і Реабілакт компліт — це збалансовані суміші білків, вуглеводів, вітамінів, макро- і мікроелементів, амінокислот, жирних кислот для перорального та ентерального (зондового) прийому.

Використовуються для профілактики та корекції недостатності харчування до та після операцій, а також при:

- недостатній масі тіла або захворюваннях, пов'язаних з недостатністю харчування,
- низькому апетиті та станах, що супроводжуються значною втратою білка,
- відновлення під час та після хіміо- і променевої терапії,
- порушенні мікробіоти кишечника,
- пролонгованому ентеральному харчуванні.

Розведену водою суміш можна використовувати як самостійне харчування або доповнення до основного раціону. Завдяки формі порошку суміш легко дозувати під індивідуальні потреби хворого у раціоні на різних етапах лікування та реабілітації. **Особливістю білкового компонента суміші Реабілакт є використання концентрату сироваткового білка отриманого ультрафільтрацією.** Така технологія виробництва покращує засвоюваність і зберігає цінність біологічно активних структур (імуноглобуліни, глікомакропептиди).

Реабілакт компліт — це висококалорійний продукт з високим вмістом білка. До його складу входить комбінація ізоляту білків тваринного і рослинного походження, потужний антиоксидант сульфорофан (з екстракту броколі), амінокислоти: L-аргінін, L-глутамін, карнітин, комплекс пребіотиків. При цьому він не містить харчових волокон, що важливо для хворих, які змушені харчуватися невеликими порціями, а в окремих випадках — коли не бажано стимулювати моторику кишечника.

Реабілакт суппорт може застосовуватись як стартова суміш, адже білкова складова представлена виключно ізолятами сироваткового білка, з високим показником біодоступності, що особливо актуально для пацієнтів з порушеним гомеостазом. Трикомпонентні харчові волокна не змінюють калорій при збереженні властивостей уніфікованих для одужання хворих пацієнтів.

У сучасних підходах до терапії спеціальному медичному харчуванню приділяють належну увагу як особливому інструменту підтримки хворого під час лікування і реабілітації.

REABILAKT

ДЖЕРЕЛО ЖИТТЄВИХ СИЛ

ЗБАЛАНСОВАНЕ ХАРЧУВАННЯ ДЛЯ ЕНТЕРАЛЬНОГО ТА ПЕРОРАЛЬНОГО ЗБАГАЧЕННЯ РАЦІОНУ ПАЦІЄНТІВ



РЕКОМЕНДОВАНО ПРИ:

НЕДОСТАТНІСТЬ ХАРЧУВАННЯ

ЗНАЧНА ВТРАТА БІЛКУ

ОПЕРАЦІЙНЕ ВТРУЧАННЯ

ПОРУШЕННЯ МІКРОБІОТИ ШКТ

ХІМІО- ТА ПРОМЕНЕВА ТЕРАПІЯ

НИЗЬКИЙ АПЕТИТ



Туреччина

Поєднання традицій та технологій задля ситості та задоволеності пацієнтів

У минулому випуску журналу ми розповідали про заклади громадського харчування у стамбульській клініці «Меморіал Бахчелієвлер», що належить до мережі закладів Memorial Healthcare Group (надалі — Memorial). У цьому числі нашого видання знайомимо з організацією харчування пацієнтів у медичних закладах цієї приватної мережі закладів охорони здоров'я. Важливо, що харчування пацієнтів у приватних лікарнях Туреччини є не лише допоміжною послугою, натомість — невід'ємною частиною клінічного лікування. Тому воно здійснюється в рамках системи, що має законодавчу та наукову основу, і відповідає стандартам якості.

Формат організації харчування пацієнтів

Лікарні Memorial отримують послуги з організації харчування пацієнтів та персоналу від професійних кейтерингових компаній. Їх команди готують усю їжу безпосередньо на кухнях лікарень.

Масштаби, об'єми, кількості

Щодня Memorial Healthcare Group забезпечує харчуванням і сервісом в середньому 100 пацієнтів на день у своїх 11 лікарнях. А це три основні приймання їжі: сніданок, обід і вечеря, відповідно до дієти, визначеної лікарем в межах схеми лікування. Пацієнтам з відповідними медичними показаннями та потребами між основними прийманнями їжі подають ще й три перекуси, згідно з їхньою дієтою. Супровідники пацієнтів, які перебувають поруч, також отримують їжу тричі на день.



Процедура замовлення їжі

Компанія, що надає послуги харчування мережі Memorial, забезпечує достатню кількість їжі для кожного її працівника — на основі загальної кількості персоналу. Тож подавати заявки або замовляти їжу заздалегідь персонал потреби не має. Поїсти в їдальні працівники можуть, просто просканувавши ідентифікаційну картку.

Щодо пацієнтів, то після госпіталізації відповідальна медсестра надсилає замовлення про харчування хворого на основі дієти, призначеної лікарем, до кухні через програму Comed. Кухня, своєю чергою, готує страви, які перевіряються дієтологами і подаються до палати пацієнта офіціантами, котрі пройшли навчання у дієтологів. Ті ж офіціанти збирають залишки їжі після харчування пацієнта.

Команда з організації харчування

Команда мережі Memorial, яка відповідає за харчування пацієнтів, складається з бізнес-менеджера, помічника менеджера, дієтологів, контролерів якості та старших офіціантів. Команда кухні включає шеф-кухаря, кухарів, помічників кухарів і мийників посуду.

Меню для пацієнтів

Для підтримки лікування пацієнтів в клініках Memorial пропонуються різні меню — на основі дієтичних обмежень пацієнта, визначених його лікарем. Система Comed, яка оперує необхідною інформацією про пацієнтів, містить понад 100 різних дієт. Під час передачі замовлення постачальнику послуг харчування медсестри вибирають оптимальну дієту серед зазначених у системі. В примітках до замовлення вони також надають кейтеринговій компанії інформацію про алергени та будь-які особливі дієтичні уподобання. Пацієнтам без дієтичних обмежень офіціант пропонує широкий вибір меню.



Формат подачі їжі

Таця, підготовлена для кожного пацієнта, має штрих-код, що містить інформацію про раціон, номер палати, ім'я та прізвище, дату народження особи тощо. Відповідні страви, приготовані на основі дієти, вказаній на штрих-коді таці, викладаються на порцелянові тарілки. Кожна тарілка накривається кришкою і ставиться на тацю. Страви на тацях транспортуються до палат пацієнтів за допомогою візків, обладнаних пристроями для зберігання гарячих і холодних страв. Офіціанти перевіряють інформацію на штрих-кодів, а потім подають страви до палат пацієнтів.

Вартість харчування

Середня вартість харчування пацієнта, яке складається з трьох основних приймань їжі та трьох перекусів на день становить 26 євро.



Нормативно-правова база

Послуги з харчування пацієнтів, що надаються в приватних лікарнях Туреччини, регулюються комплексним законодавством та стандартами якості, встановленими Міністерством охорони здоров'я. Основними правовими основами в цій сфері є «Положення про приватні лікарні» та «Положення про функціонування стаціонарних лікувальних закладів». Обидва документи охоплюють все — від функціонування лікарняних кухонь і посадових інструкцій дієтологів до типів меню для пацієнтів і медичних дієтичних процесів.

Законодавство вимагає, щоб у всіх приватних лікарнях працював принаймні один ліцензований дієтолог. Залежно від потужності лікарні може бути призначено більше одного дієтолога — у цьому випадку головний дієтолог координує послуги з харчування в лікарні. Саме дієтологи готують індивідуальні плани харчування для пацієнтів на основі медичного діагнозу та рекомендацій лікаря, контролюють процес приготування їжі та регулярно стежать за станом харчування пацієнтів.

Меню для пацієнтів зазвичай поділяється на дві основні групи:

- Звичайні дієти: призначені для стандартних пацієнтів і складаються з трьох приймів їжі.
- Лікувальні дієти: призначені для пацієнтів з порушеннями ковтання, діабетом, нирковою недостатністю тощо. Ці дієти призначаються лікарем і контролюються дієтологом.

❗ Приносити їжу до лікарні ззовні суворо заборонено — задля контролю інфекцій і дотримання дієти.

Якість послуг із харчування також контролюється в мережі по всій Туреччині за стандартами якості охорони здоров'я HQS. Згідно з цими стандартами, всі пацієнти повинні пройти оцінку ризику харчування під час госпіталізації, а для пацієнтів із ризиком недоїдання — обов'язкове розроблення індивідуального плану спостереження та лікування. Цей процес зазвичай проводиться командою з підтримки харчування, що складається з лікаря, дієтолога, медсестри.

Крім того, рекомендації щодо впровадження харчування на зразок «Посібника з планування меню для систем громадського харчування», опублікований Міністерством охорони здоров'я, заохочують лікарняні кухні адаптувати свій підхід до надання необхідної енергетичної цінності, поживних речовин, контролю порцій і зразків меню. Дієти позначаються кодами: «Режим 1», «Режим 2», «Режим 3» та «М'яка дієта», і ця система кодування забезпечує стандартизацію на практиці.



Зона порціонування їжі для пацієнтів



Їжа подається в палату після перевірки номера палати пацієнта та отримання дозволу від пацієнта.



Нідерланди

Принцип «Чим якісніша їжа — тим здоровіший пацієнт»

Харчування пацієнтів у медичних закладах Нідерландів сьогодні давно перевершило формат «їдальня в лікарні». Тут їжа декларується як частина лікування, важливий інструмент одужання та комфорту пацієнта.

Харчування пропонується порційне, з можливістю вибору розміру страви. Її можна замовити через електронні системи, які враховують харчові алергії, дієти, індивідуальні особливості хворого. Страви, котрі не підходять конкретному пацієнтові, блокуються спеціальними програмами.

«Чим якісніша їжа — тим здоровіший пацієнт» — місцевий принцип. Лікарні активно впроваджують концепцію «їжа як медицина» та дбають, насамперед, не про кількість, натомість — про харчову цінність, функціональність і якість продуктів.

Графік приймання їжі:

- сніданок 7:20–7:30
- вечеря до 19:30

Найпопулярніші серед пацієнтів страви:

- боули з багатьма компонентами (в Україні не вважаються їжею для хворих);
- салати;
- сендвічі (в Україні не вважаються їжею для хворих);
- молочні продукти та напої;
- одна гаряча страва на день (в Україні — двічі-тричі).

Кухні в лікарнях — високотехнологічні, обладнані згідно з сучасними стандартами безпеки та гігієни. Використовуються:

- нагрівальні шафи для підтримки температури; програми фасування їжі з урахуванням дієтичних потреб;
- шапочки, форми, окремі зони для запобігання перехресному забрудненню.



Зменшення вмісту солі, контроль за якістю продуктів та скорочення харчових відходів — ключові аспекти системи харчування пацієнтів. Страви часто подаються у гарному посуді, естетично оформлені — лікарняна їжа не має виглядати «лікарняною».

Меню враховує національні особливості — страви різних кухонь світу, адаптовані до лікарняного раціону. Організація простору для харчування тут, здебільшого, відбувається за двома типами:

- чітке зонування для персоналу та пацієнтів;
- змішана система для всіх.

У таких зонах може діяти класичне обслуговування чи самообслуговування. Асортимент орієнтований на швидке, але поживне харчування:

- сендвічі та боули з різноманітними інгредієнтами;
- молочні продукти та коктейлі;
- функціональні продукти з додаванням протеїну;
- напої — від води до спеціальних поживних сумішей.

Таке харчування забезпечує баланс енергії, смаку та функціональності навіть для людей, які працюють чи лікуються в лікарні з високим навантаженням.

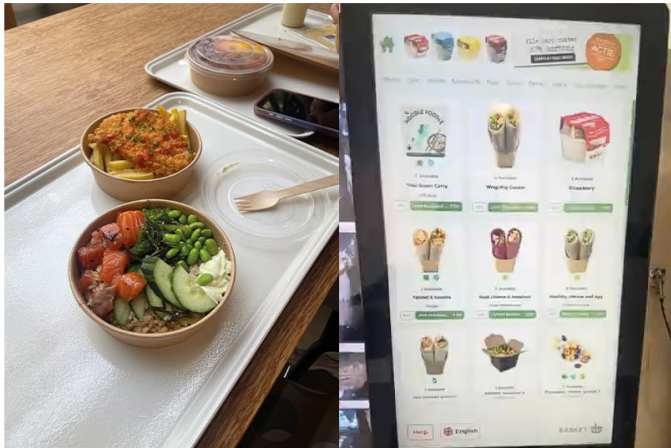


У командах кухонь працюють шефи, дієтологи, асистенти, які не лише готують їжу, а й допомагають хворим із вибором та супроводом харчування. Серед персоналу, дотичного до харчування пацієнтів, дуже поширеним форматом роботи є part-time. На кухнях і в команді працюють люди з різним національним і соціальним бекграундом: студенти, мами, працівники з частковою зайнятістю, люди з інвалідністю. Це сприяє соціальній інклюзії й ефективній зайнятості.





У Нідерландах немає чіткого нормативного документа, який регламентує харчування в лікарнях. Натомість є затверджені рекомендації, які кожен медичний заклад адаптує під себе. Шеф-кухар орієнтується на сучасні підходи до здорового харчування і розробляє меню спільно з нутриціологом.



Особливу увагу приділяють помірному споживанню: брати рівно стільки, скільки потрібно. Це сприяє ефективнішому контролю харчування та суттєвому зменшенню харчових відходів — одному з ключових принципів роботи місцевих лікарняних кухонь і кафе. Раціональний підхід до порцій, продумане меню та повага до їжі — частина культури, що формує здорове середовище та відповідальне ставлення до ресурсів.

Можемо підсумувати, що система харчування в лікарнях Нідерландів — це синтез медицини, гастрономії, етики та технологій. Водночас, повага до їжі, пацієнта та працівника, і розуміння: здоров'я починається з того, що ми їмо. Саме тому цей досвід — прикладна мотивація для реформи медичного харчування в інших країнах, зокрема — в Україні.

р.с. Однак, думка пацієнтки лікарні в Нідерландах дещо відрізняється:

З іншого боку — це лише один суб'єктивний досвід.



Закони, постанови, клінічні настанови, що регламентують харчування пацієнтів у Нідерландах

Під час візиту представників АХП до нідерландської лікарні її представники підтвердили, що одного документа-регулятора лікарняного харчування в країні немає, натомість є рекомендації. Їх перелік і суть команда спілки дослідила самостійно.

Профільне законодавство про харчування в лікарні

Minimale Eisen Gezonde Voeding in de Zorg (NVZ, 2023) — мінімальні вимоги до здорового меню в лікарнях у рамках програми «Goede Zorg Proef Je».

Національне законодавство

- Warenwet — закон про харчові продукти та товари
- Warenwetbesluit Hygiëne van levensmiddelen — постанова про гігієну харчових продуктів
- Warenwetregeling Hygiëne van levensmiddelen — регламент-деталізація
- Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) — закон про якість та безпечність медичної допомоги

Галузеві гігієнічні коди та стандарти

- Hygiëncode voor zorginstellingen, woonvormen en Defensie (2023)

Клінічні та професійні настанови

- Richtlijn Perioperatief Voedingsbeleid (версія 2022)
- Richtlijn Ondervoeding (2019 + аддендум 2021)
- Algemene Voedings- en Dieetbehandeling 3.0 (NVD)
- Zorgmodule Voeding (хворобонезалежний модуль, остання редакція)
- Minimale Eisen Gezonde Voeding in de Zorg (NVZ factsheet 2023)

Чинні акти ЄС, якими послуговуються в Нідерландах

- Regulation (EC) 852/2004 — гігієна харчових продуктів (HACCP)
- Regulation (EU) 1169/2011 — інформація про їжу та алергени
- Regulation (EU) 2016/128 — харчові продукти для спеціальних медичних цілей (FSMP)

Як це працює на практиці

Лікарні й будинки догляду застосовують Hygiëncode 2023 як готовий HACCP-план. Його виконання перевіряє NVWA.

Вибір меню, енергетичної та білкової щільності, форми подачі регламентують клінічні керівництва (Richtlijnen, Zorgmodule).

Дотримання Wkkgz означає, що нутритивний статус пацієнта входить до показників «якості догляду» та підлягає внутрішньому аудиту і зовнішньому інспектуванню.

Європейські регламенти діють без транспозиції — їх конкретизують постанови Нідерландів (Warenwetbesluit/-regeling).

На відміну від України у Нідерландах прописані та діють рекомендації дієтологів і деякі протоколи саме лікувального харчування.

FoodieSpace

мережа сучасних кафе та ресторанів



Понад 20 закладів по Україні



Створюймо разом
простори турботи про пацієнта

+38 063 336 19 79

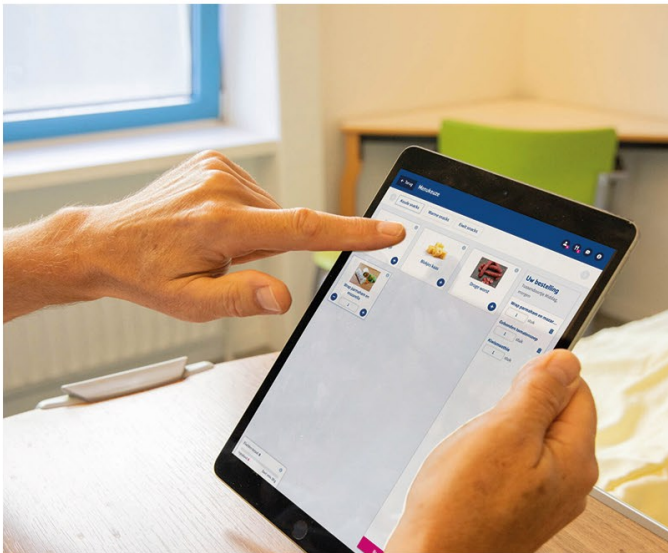


РЕКЛАМА



Діджиталізація харчування в лікарнях

У багатьох країнах світу лікарняне харчування припиняє бути стандартним «комплексним обідом за розкладом» і перетворюється на персоналізований цифровий сервіс. Одним із головних рушіїв цієї трансформації стали мобільні застосунки, які дозволяють пацієнтам замовляти їжу безпосередньо до палати, обирати страви згідно з медичними показаннями та навіть залишати відгуки про якість обслуговування.



Чому стандартного меню вже недостатньо?

Пацієнти у стаціонарі часто мають особливі потреби:

- суворе дотримання дієти за цукрового діабету чи ниркової недостатності;
- харчові алергії;
- релігійні чи культурні обмеження.

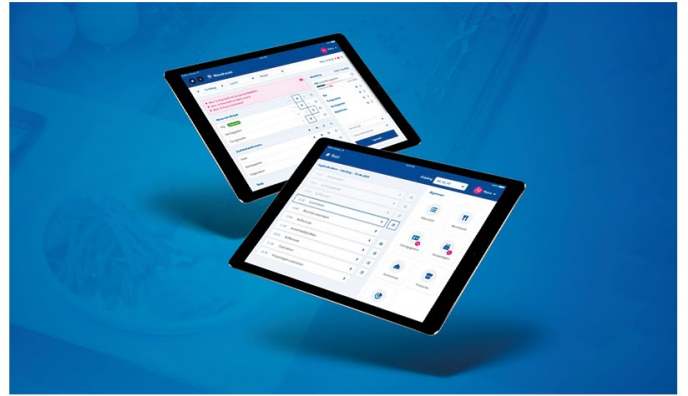
Стандартне меню, яке не враховує цих факторів, може погіршити стан пацієнта, ускладнити перебіг лікування чи подовжити термін госпіталізації. Цифрові рішення дозволяють враховувати індивідуальні нутритивні статуси, підвищувати залученість пацієнтів до процесу лікування та значно покращувати їхнє задоволення сервісом.

Як це працює:

Зазвичай пацієнт отримує доступ до мобільного застосунку або планшета, через який може:

- переглядати дозволене меню відповідно до медичних призначень;
- обирати страви та час подачі;
- отримувати їжу безпосередньо до палати;
- оцінювати якість харчування та залишати відгук.

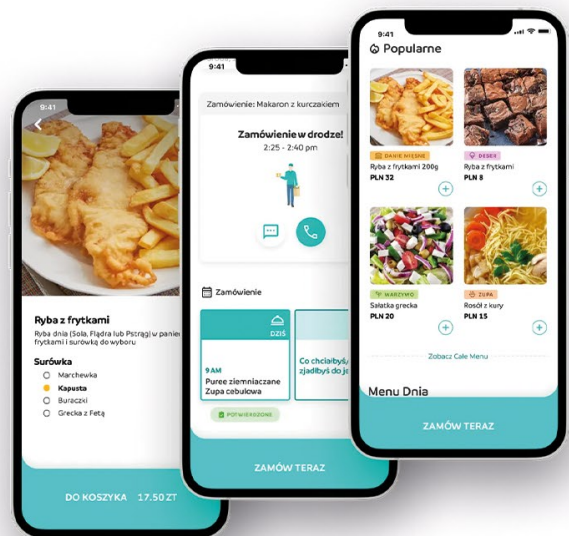
Додатки інтегруються з електронними медичними картками та автоматично фільтрують страви на основі показань і протипоказань.



Приклади сучасних програм і застосунків для організації харчування

Matilda (Ісландія)

Система, яка охоплює весь цикл пацієнтського харчування: від планування меню до доставки страв до палат. Matilda — це не просто програма для замовлення їжі, а інтегрована платформа, яка поєднує медицину, харчування, логістику та цифрові технології.



Головні особливості:

- повна інтеграція з електронною медичною системою лікарні;
- автоматичне створення індивідуального харчового профілю з урахуванням дієт, алергій, типу лікування;
- можливість гнучкого оновлення меню, навіть кілька разів на день;
- модулі планування поживності, енергетичної цінності та відповідності медичним показанням;
- етикетування підносів зі штрих-кодами;
- автоматизація логістики та звітність про спожиті продукти.



Важливі переваги:

- врахування не лише макронутрієнтів, але й вітамінів, мінералів, солей;
- особлива ефективність для онкологічних, гастро-ентерологічних і паліативних відділень;
- автоматизовані підказки для кухні щодо досягнення нутритивних цілей.

Результати впровадження у найбільшій лікарні Ісландії:

- зниження кількості помилок у замовленнях на 40%;
- пришвидшення складання меню — на 45 хв/день/відділення;
- зменшення харчових відходів на 20%;
- зростання задоволеності пацієнтів раціоном на 34%.

Culicart (Нідерланди та Бельгія)

Система, яка керує всім циклом управління пацієнтським харчуванням: від планування меню до контролю споживання.



Що показує інтерфейс:

- планшет для замовлень їжі пацієнтом або персоналом із фото та описами страв;
- панель для працівників: автоматична реєстрація харчування, перегляд історії замовлень, контроль логістики;
- використання штрих-кодів та сканерів для ідентифікації підносів.

Основні можливості:

- повна інтеграція з електронною медичною картою;
- гнучке меню та room service;
- автоматизоване управління виробництвом і запасами;
- система реєстрації спожитого.

Результати:

- повна цифровізація замовлень харчування у лікарні;
- зниження харчових ризиків завдяки інтеграції з профілем пацієнта;
- зменшення харчових втрат та підвищення ефективності логістики.

JedzApka (Польща)

Мобільна платформа для замовлення їжі у лікарнях.



Як працює:

- пацієнт входить через лікарняну мережу або QR-код;
- ознайомлюється з меню на день/тиждень, зокрема з калорійністю, алергенами, сумісністю з дієтою;
- система фільтрує страви відповідно до медичних показань;
- замовлення надсилається на кухню або до кейтерингового сервісу;
- доставка до палати або визначеної точки.

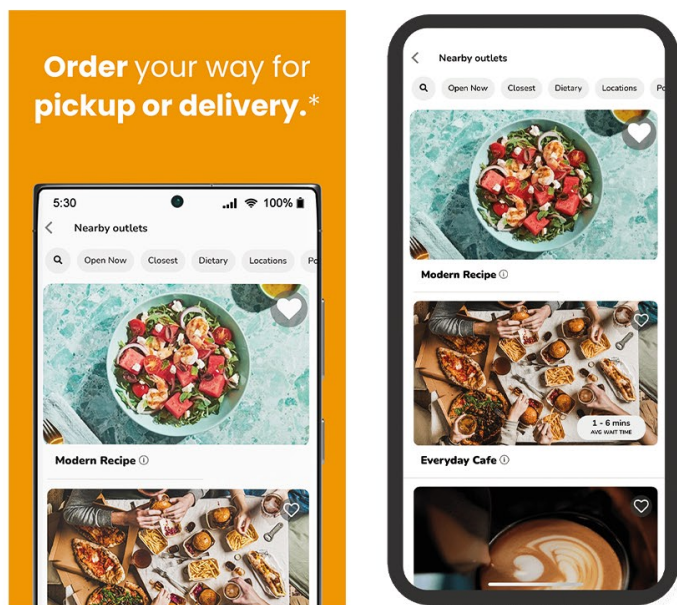
Зручні особливості:

- безконтактна оплата;
- відстеження статусу замовлення у реальному часі;
- можливість залишити відгук;
- зручність для пацієнтів з обмеженою мобільністю.



Sodexo MyMeals / Bite App (США, Франція та інші)

Міжнародне цифрове рішення для індивідуального вибору страв.



Можливості:

- фільтрація страв за алергенами та дієтами;
- вибір часу доставки;
- інтеграція з електронними медичними системами;
- зворотний зв'язок і аналітика задоволеності пацієнтів.

Результати:

- зниження ризику харчових помилок;
- оптимізація логістики;
- підвищення комфорту пацієнтів.

Hospedia Bedside System (Велика Британія)

Інтерактивний термінал біля ліжка, що поєднує розваги та медичні сервіси.

Функції:

- телебачення, фільми, інтернет;
- відео- та голосові дзвінки;
- замовлення їжі з урахуванням дієти;
- доступ до медичних даних і навчальних матеріалів.



CBORD Patient Solutions (США, Канада, Австралія)

Потужна система управління лікарняним харчуванням.



Можливості:

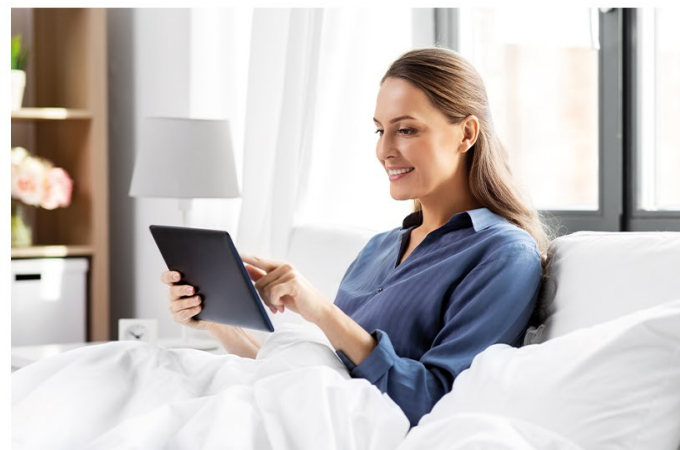
- персоналізовані замовлення;
- інтеграція з EMR — електронним медичним записом;
- підрахунок поживності та калорійності;
- попереднє замовлення;
- аналітика та звітність для кухні.

Переваги:

- зменшення часу між вибором і доставкою страв;
- повний контроль якості;
- підвищення задоволеності пацієнтів.

Висновок:

Персоналізоване лікарняне харчування — це не просто додатковий сервіс, а важливий компонент лікування. Цифрові платформи на кшталт [Matilda](#), [Culicart](#), [JedzApka](#), [Sodexo MyMeals](#), [Hospedia](#) та [CBORD](#) вже довели свою ефективність у світі через зменшення рівня помилок і харчових втрат та підвищення комфорту пацієнтів. В Україні, наразі, лише найпрогресивніші мережі кафе та ресторанів у лікарнях надають сервіс щодо замовлення харчування через QR-код та доставку їжі до палат і ординаторських. Однак у майбутньому цифрові застосунки та системи можуть стати стандартом і в наших медичних закладах, а це вже новий рівень безпеки, якості та комфорту харчування.



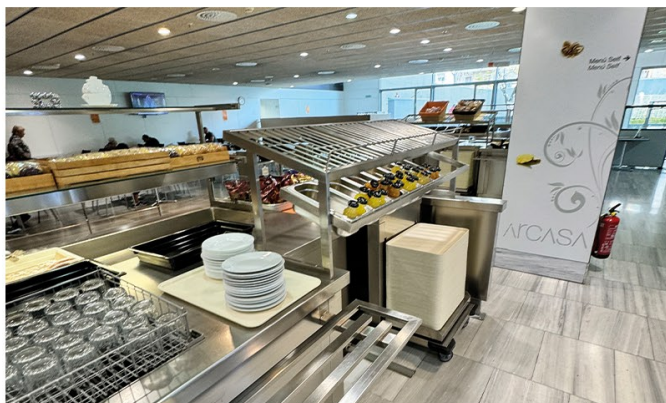


Іспанія

Доказовість і екологічність у харчуванні пацієнтів дитячої лікарні

Організація харчування для пацієнтів-дітей — особливо складне, делікатне, відповідальне та творче завдання. Дослідити цей процес команда АХП мала нагоду в Іспанії — під час відвідин дитячої лікарні Sant Joan de Déu Barcelona Hospital.

Кількість пацієнтів: 200 осіб/добу.



Відразу після госпіталізації пацієнта до стаціонара команда гастроентерологів лікарні вирішує, чи потребує він спеціального харчування. Якщо ні, то хворий передається команді лікарів-нутриціологів. Вони підбирають дієту — загальну чи одну з особливих: післяопераційну, халяльну, безлактозну, вегетаріанську. Меню коригується під пацієнта також і з огляду на алергії.

Розробка лікувального раціону передбачає дотримання рекомендацій, прописаних в нормативному документі *La alimentación saludable en la primera infancia* (Здорове харчування у ранньому дитинстві), принципів тарілки здорового харчування, та документу «Глобальні цілі сталого розвитку ООН».

Через шкоду навколишньому середовищу, спричинену тваринництвом, уряд країни рекомендує лікарні обмежити споживання червоного м'яса до 1 разу на тиждень, а білого — до 3 разів на тиждень.

Грамування обумовлюється віком хворого серед 4-х груп — від 2 до 18 років. Діти до 2-х років перебувають на грудному вигодовуванні та/або отримують спеціальні суміші. Перелік прийнятних сумішей визначається лікарями-гастроентерологами, закуповується лікарнею та видається пацієнту відповідно до визначеного грамування та інтервалів приймань — 3-4 рази на день. Важливо та особливо: склад грудного молока матері пацієнта перевіряється у спеціальній лабораторії задля повноцінного харчування малюка. Також поширене донорство грудного молока, яке передається на лабораторні аналізи в лікарні відразу після збору, і лише потім надходить до дітей.

Кількість працівників кухні : 40 осіб/тиждень.

Закупка та постачання продуктів харчування у Sant Joan de Déu Barcelona Hospital делегована аутсорс-компанії, яка, також, доповнює штат кухні медичного закладу своїми працівниками. Деякі продукти, до прикладу, картопля, доставляються на лікарняну кухню очищеними та вакуумованими. Облік продуктів і товарів на складі здійснюється спеціальною програмою, яка вираховує залишки та терміни їхньої придатності, дозволяє маркувати товари, що надійшли на склад, і видає список необхідних на добу продуктів згідно з меню.

Їжа для пацієнта проходить декілька етапів: приготування відповідно до всіх особливостей меню, фасування на лінії видачі (триває 2 години) та фінальний контроль від нутриціолога — перевірка страви на кухні після фасування.



Далі страви розкладаються на стелажах, поділених на температурні секції (гарячу та холодну). Ці стелажі переміщуються до кімнати із зарядними станціями, де приєднуються до них, завдяки чому їжа доводиться до необхідної температури. У визначений час стелаж піднімається на відповідний поверх і встановлюється у відведеному місці в коридорі. Асистент із роздачі їжі перевіряє, чи є на таці пацієнта всі страви, прописані в його меню, та передає їх хворому. Кожні 200 пацієнтів цього медичного закладу обслуговує 2 менеджери з роздачі їжі.

Нормативна база

Під час складання раціону для пацієнтів дитячих лікарень в Іспанії відповідальні за це спеціалісти дотримуються рекомендацій з нормативного документа «Здорове харчування у ранньому дитинстві», а також — принципів тарілки здорового харчування та програми «Глобальні цілі сталого розвитку ООН».

Документ «Здорове харчування у ранньому дитинстві» містить набір рекомендацій щодо організації харчування дітей з народження і до трьох років, хоча окремі рекомендації актуальні протягом усього дитинства.

У документі наполегливо рекомендується не пропонувати в дитячих меню цукор, джеми, цукрові напої, какао та шоколад, заварні креми та молочні десерти,



печиво, тістечка, підсолоджене та солоне дитяче харчування, м'ясні напівфабрикати тощо. Ці рекомендації актуальні для будь-якого віку. Зауважимо, що майже половину цього списку (зокрема, печиво, соки, хлібобулочні вироби, какао) нерідко можна знайти в меню українських дитячих лікарень.

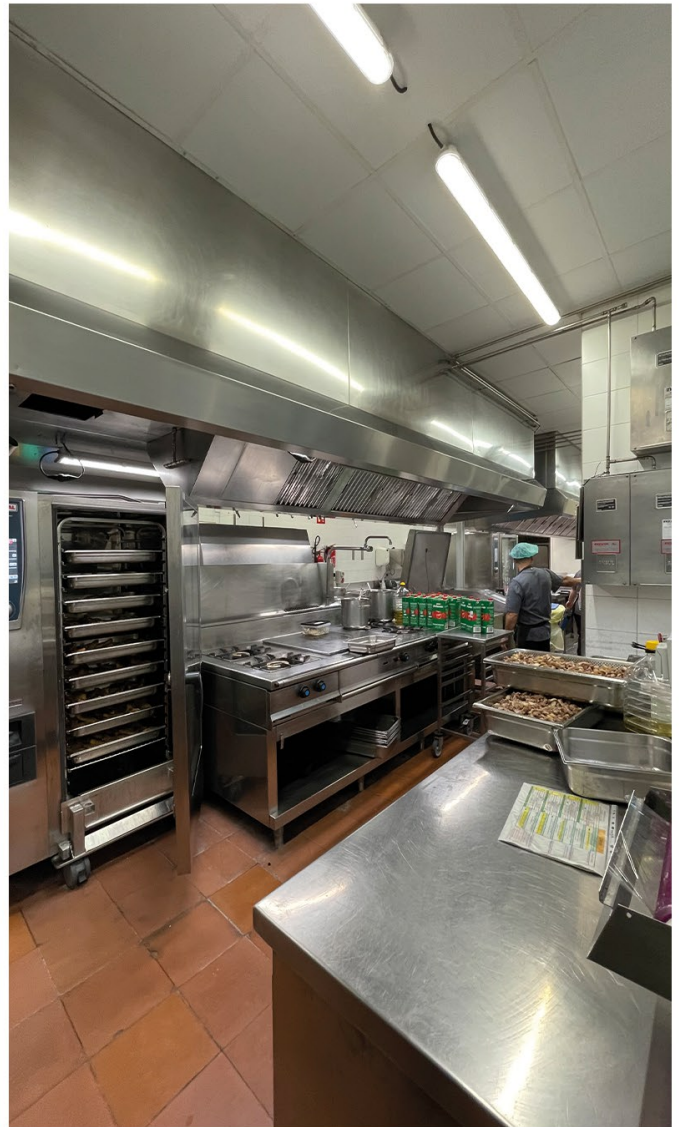
Мед для дітей до року пропонується взагалі виключити з раціону — через ризик зараження ботулізмом.

Акцентується, що кількість білкової їжі — м'яса, риби та яєць — має бути адекватно обмежена та пристосована до потреб дітей у білку. Особливо, у випадку з м'ясом, що пов'язано, зокрема, з підвищеним ризиком надмірної ваги у дитячому та підлітковому віці, а також потенційним витісненням споживання інших здорових продуктів харчування. Важливо, що рекомендовані добові норми споживання білка для дітей 1-3 років становлять 13 г, а 50 г курятини містять 11 г білка, 50 г хека — 9 г, 500 мл коров'ячого молока — 15 г. Тож норму білка дуже легко не лише виконати, але й перевиконати.

Документ наголошує і на структурі їжі, яка пропонується дітям. Наприклад, в усіх випадках має бути виключено ризик задухи, однак пюре пропонувати пюре після 9-10 місяців не варто — дитині потрібно активізувати жування.

Принципи здорового харчування у ранньому дитинстві:

- Діти не потребують більшої кількості солі, аніж апіорі містять продукти, тому рекомендується уникати доданої солі під час приготування їжі протягом усього дитинства.
- Джерела білка повинні бути диверсифіковані, бобові — пріоритет, щоб уникнути надмірного споживання м'яса.
- Хліб, макарони та крупи варто пропонувати у цільнозерновому вигляді, оскільки вони багатші на поживні речовини та клітковину.
- Вода — основний напій, а соків, навіть домашнього приготування, та інших солодких напоїв варто уникати.
- Коров'яче молоко не варто пропонувати дітям до 12 місяців.
- Дієтичні добавки рекомендуються всім дітям (вітамін D — до року, йодована сіль, а також залізо, якщо діагностовано анемію, — дуже поширене явище серед дітей) — з заданою регулярністю.



Також пропонується тарілка здорового харчування: $\frac{1}{2}$ — овочі, $\frac{1}{4}$ — білок, $\frac{1}{4}$ — жири (насамперед — оливкова олія першого віджиму). Наводяться приклади денного меню. Багато уваги приділяється попередженню переїдання (насамперед, через надмірне споживання м'яса).

Наведено рекомендації щодо частоти споживання різних продуктів — такі таблиці набагато зручніші за добові норми, адже дозволяють формувати меню одразу на тиждень.

Передбачено окремі рекомендації для дітей, які дотримуються вегетаріанської дієти (зокрема, щодо приймання додаткових харчових добавок: вітамінів групи B, багатих на залізо продуктів тощо).

Документ, також, зауважує найбільш поширені серед дітей харчові алергії — молоко і яйця, а також — непереносимість глютену, що потребує корекції раціону. У випадку з молоком і яйцями нерідко люди можуть споживати ці продукти, але лише в певних формах, хоча деякі категорії страждають на стійкі і гострі види алергії.

Іспанська модель харчування також наголошує на естетиці харчування, екологічності їжі, виборі місцевих продуктів і мінімізації харчових відходів.





Вегетаріанство в лікарнях: міжнародний досвід та перспективи для України

Вегетаріанське харчування стає дедалі популярнішою опцією для пацієнтів лікарень Європи, Північної Америки, Азії. Нині багато клінік уже впровадили спеціальні меню для хворих, які обирають рослинний раціон з етичних, релігійних або медичних причин. Хоча ще декілька десятиліть тому подібна практика вважалась чимось нетиповим.

В Україні попит на вегетаріанське харчування в лікарнях також поступово зростає, однак наразі воно не є обов'язковим. А меню в медичних закладах орієнтоване, здебільшого, на традиційний змішаний раціон. Водночас існує низка факторів, які свідчать про необхідність запровадження вегетаріанських опцій і у наших лікарнях:

- Зростає кількість людей, які обирають вегетаріанське або веганське харчування та спосіб життя.
- Деякі релігійні громади наполягають на альтернативних варіантах харчування.

Про веганство та вегетаріанство у лікарнях світу

Низка медичних установ у США, зокрема Mayo Clinic та Kaiser Permanente, активно впроваджують вегетаріанські та веганські варіанти харчування у лікарняних меню. Виключно рослинні меню, розроблені у співпраці з клінічними дієтологами, пропонують і пацієнтам деяких великих університетських клінік.

Національна служба охорони здоров'я Великобританії (NHS) зобов'язує лікарні забезпечувати пацієнтів різними пропозиціями харчування — вегетаріанськими та веганськими стравами зокрема. Ба більше — фахівці NHS розробляють спеціалізовані дієтичні рекомендації для пацієнтів з такою потребою, а також активно співпрацюють з організацією «The Vegan Society» — першою веганською організацією Британії, заснованою ще у 1944 році.

Державні лікарні Німеччини та скандинавських країн також дедалі частіше включають рослинні раціони в меню пацієнтів, адже вони є складовою сучасних медичних рекомендацій щодо здорового харчування. У Німеччині пацієнт під час госпіталізації зазвичай може обирати між кількома варіантами меню, веганське й вегетаріанське — серед них. Найцікавіше, що нині 33% пацієнтів у Німеччині віддають перевагу саме вегетаріанській дієті, і ця тенденція лише зростає. А у Швеції діє урядова програма зі зменшення споживання м'яса у громадських установах, зокрема й у лікарнях.

У Іспанії через шкоду навколишньому середовищу, спричинену тваринництвом, уряд країни рекомендує лікарні обмежити споживання червоного м'яса до 1 разу на тиждень, а білого — до 3 разів на тиждень.

Низка країн світу вже зобов'язала місцеві медичні заклади пропонувати пацієнтам вегетаріанські та веганські страви на законодавчому рівні:

- Португалія: у 2017 році уряд ухвалив закон, який зобов'язує всі державні установи, зокрема лікарні, школи та в'язниці, пропонувати веганське меню.
- Іспанія: у деяких регіонах лікарні повинні надавати пацієнтам альтернативні раціони на основі рослинних продуктів.
- Ізраїль: МОЗ країни, де частина населення дотримується кошерної дієти, рекомендує лікарням пропонувати пацієнтам окреме меню для вегетаріанців як стандарт харчового сервісу, оскільки рослинне харчування вважається корисним для здоров'я. Крім того, законодавчі ініціативи в цьому напрямі, як правило, пов'язані з правами пацієнтів на вільний вибір харчування відповідно до релігійних, етичних або медичних переконань.

Переваги практики вегетаріанського харчування:

- Споживання більшої кількості клітковини, що сприяє нормальному травленню та підтримці здорового мікробіому кишечника.
- Зменшення споживання насичених жирів та холестерину, що позитивно впливає на ліпідний профіль крові.
- Економічна вигода для лікарень — рослинні продукти можуть бути дешевшими від м'ясних.
- Зниження шкідливого впливу на довкілля через скорочення споживання м'яса та молочних продуктів.

Недоліки та потенційні ризики:

- Можливий дефіцит вітаміну B12, заліза, омега-3 жирних кислот та білка, особливо за неякісно збалансованої дієти.
- Вегетаріанські дієти можуть бути складними для дотримання за певних умов, зокрема — відсутності належної інфраструктури.
- У деяких випадках спостерігається підвищений ризик дефіциту кальцію, що може впливати на здоров'я кісток.
- Високий вміст клітковини може спричинити проблеми з травленням у людей із певними шлунково-кишковими захворюваннями.
- Брак кваліфікованих спеціалістів для складання збалансованих вегетаріанських меню.
- Необхідність адаптації лікарняної інфраструктури та постачальників продуктів.



А що в Україні?

Тема вегетаріанського харчування залишається для лікарень України відносно новою, хоча інтерес до неї зростає. Пацієнти дедалі частіше звертаються із запитом на харчування без м'яса або тваринних продуктів. Деякі приватні медичні заклади надають можливість обрати вегетаріанське меню в стаціонарі. Водночас в переважній більшості українських лікарень така опція залишається радше винятком. Серед причин — складність забезпечення збалансованого раціону, обмеженість ресурсів та відсутність нормативної бази.

Пацієнти молодого віку, з хронічними захворюваннями, а також ті, хто дотримується посту або релігійних обмежень — ті категорії, які найбільше цікавляться вегетаріанським меню в лікарнях. Про доцільність і безпечність такого харчування у період лікування чи реабілітації команда АХП поцікавилася у лікарки-неврологині, нутриціологині з 17-річним досвідом — **Ірини Підлубної**.



Чи вважаєте за доцільне включати вегетаріанські або веганські опції до стандартного лікарняного меню? Які аргументи «за» і «проти» ви б навели?

Я «за», адже є люди, для яких морально важливо мати такі опції, і тут йдеться про свободу вибору пацієнта, який вважає себе веганом чи вегетаріанцем. З іншого боку, такі меню часто є дефіцитними за поживними речовинами. Навіть пацієнти, які харчуються за класичним раціоном, нерідко мають виражені дефіцити. З мого досвіду, вегетаріанство та веганство часто супроводжуються проблемами: анеміями, латентним дефіцитом заліза, нестачею поліненасичених жирних кислот і білка. Це, зі свого боку, призводить до супутніх захворювань, зокрема щитоподібної залози та шлунково-кишкового тракту. Тому подібні ідеї не завжди актуальні та релевантні у лікарняному харчуванні. Якщо пацієнт дотримується веганських принципів, це його вибір, але раціон варто збалансовувати за допомогою додаткового харчування чи добавок. У стаціонарі харчування має бути повноцінним для оптимального відновлення.

Чи мали ви досвід роботи з пацієнтами, які дотримувались вегетаріанської дієти під час перебування у стаціонарі? Ваші висновки на основі спостережень.

У мене не було досвіду роботи саме з пацієнтами, які дотримувались веганства чи вегетаріанства у стаціонарі. Однак маю досвід роботи з такими пацієнтами загалом, і це дуже складні випадки. Часто вони мають власне бачення харчування, яке, на жаль, призводить до серйозних проблем та ускладнень, зокрема до безпліддя та неможливості виносити дитину.

Чи бачите ви медичні переваги рослинного харчування для певних груп пацієнтів — наприклад, після інсульту, під час нейродегенеративних захворювань, діабету?

Так, ми розуміємо ці переваги. Існує Гарвардська тарілка, яка передбачає, що 50% раціону складають овочі, ягоди та фрукти. Це корисно для мікробіому, імунітету та загального стану організму.

Водночас навіть за нейродегенеративних захворювань чи діабету потрібен дуже ретельний підхід із включенням до раціону корисних жирів, білків та цільнозернових продуктів. Для лікування таких станів важливо використовувати також продукти тваринного походження, морепродукти, яйця — як джерело корисних жирів, білків і мінералів. Тому для досягнення найкращих результатів у лікуванні варто дотримуватися класичної моделі харчування за принципом згаданої Гарвардської тарілки.

Які основні ризики вбачаєте у вегетаріанському харчуванні для госпіталізованих пацієнтів?

Для таких пацієнтів існує високий ризик отримати гірші результати лікування за використання лише вегетаріанської дієти. На мою думку, це не є здоровим підходом за таких умов.

Які головні бар'єри для впровадження вегетаріанських опцій у лікарняних меню в Україні?

Основним бар'єром є необхідність розробки спеціального меню. Якщо йдеться про веганський або вегетаріанський раціон, його варто створювати особливо ретельно, у співпраці з дієтологами та нутриціологами, щоб врахувати всі аспекти і забезпечити максимальну поживну цінність. Досягти цього значно складніше, ніж під час застосування класичної моделі харчування.

Чи потребують такі дієти спеціального супроводу дієтолога чи профільного лікаря?

Так, вони потребують супроводу під час планування та впровадження відповідних стандартів. Водночас, якщо існує готове меню, пацієнт може просто його дотримуватися, розуміючи, що це основа його здоров'я. Жодна дієта не є універсальною — кожна має свої нюанси, обмеження та побічні ефекти, а також може поглиблювати вже наявні дефіцити, які дедалі частіше зустрічаються серед українців.



Німеччина

Перехід на cook-and-chill та ІТ-автоматизація

Коли команда спілки отримала запрошення відвідати Університетську лікарню, відразу ним скористалася, щоб дізнатися про особливості організації харчування місцевих пацієнтів. Провела зустріч, розповіла про все та відповіла на наші запитання Сюзанна Білінські — радниця з кадрів, яка раніше була дієтологом і завідувачкою місцевої лікарняної кухні.

Медичний заклад налічує понад 1200 стаціонарних ліжок. Меню пацієнтів розробляється на 7 днів з наявних продуктів, і передбачає 2000 ккал на день, якщо хворий не потребує особливостей в дієті. Харчування триразове: 6:30 — сніданок, 11:30 — обід, 17:00 — вечеря.

У лікарні працюють дієтологи, котрі опікуються харчуванням. Також є помічники з обслуговування, які цікавляться харчовими вподобаннями пацієнта, подають йому страви, готують чай/каву та чистять холодильники в роздаткових. Однак, годувати хворого дозволяється лише медичним сестрам.

Коли ми мали візит до лікарні, на її харчоблоці тривав ремонт, тому установа використовувала заморожені страви, які постачала аутсорс-компанія. Їжа розігрівалася перед подачею пацієнтам. Після ремонту кухні її менеджери планували активно використовувати технологію cook-and-chill — приготування продуктів за теплової обробки з наступним швидким охолодженням до +5 °C. Саме ця технологія сприяє максимальному збереженню харчової цінності та високої якості страви.



За враженнями команди АХП, організація харчування пацієнтів у Німеччині значно поступається, до прикладу, португальській: пацієнти їдять повсякденну їжу, що не завжди сприяє одужанню, немає законодавчих обмежень щодо дієти тощо.

33% пацієнтів обирають вегетаріанську дієту, і ця тенденція лише зростає.

Проте, показовою місцевою особливістю є те, що в організації харчування лікарня використовує програмне забезпечення, яке автоматизує всі процеси, зокрема подачу заявок, розрахунок кількості пацієнтів за кожною дієтою, кількість продуктів, необхідних для закупівлі. Завдяки цій програмі лікарня в реальному часі може відслідковувати і кількість пацієнтів, яких треба нагодувати.

Пані Сюзанна відзначила, що харчування пацієнтів у Німеччині не регулюється законами чи нормами, натомість є лише рекомендації щодо цієї сфери. Однак вона б дуже хотіла, щоб такий закон існував і враховував особливості місцевої кухні та харчові уподобання пацієнтів, а також — щоб забезпечував належне насичення організму поживними речовинами, і водночас містив положення про фінансування кухонь.

Про нормативні рекомендації щодо харчування пацієнтів

В розумінні німецького законодавства дієтотерапія є одним з лікувальних засобів, які, відповідно до принципів, розроблених судовою практикою Федерального соціального суду (BSG), служать для усунення або полегшення симптомів хвороби під час лікування. Це означає, що право госпіталізованого пацієнта на лікування включає в себе дієтотерапію та дієтологічне консультування, необхідні для забезпечення успіху лікування, зокрема — повноцінне та раціональне харчування.

Водночас, лікувальний протокол харчування ухвалений лише для декількох захворювань — муковісцидозу і рідкісних вроджених метаболічних розладів, що закріплені в директиві щодо терапевтичних продуктів. В решті випадків організація лікарняного харчування спиратиметься на наукові рекомендації дієтологів — Посібник з нутриціології в клініці та практиці (LEKuP), Стандарт якості Німецького товариства харчування (DGE) для організації харчування в клініках, 10 правил DGE та Коло харчування DGE з урахуванням референтних значень споживання поживних речовин D-A-CH Німецького товариства харчування (DGE).

LEKuP та всі інші перелічені документи DGE не є директивою в сенсі регламентації, однак їх застосування вкрай рекомендоване для медичних закладів, що прагнуть підвищення якості харчування своїх пацієнтів.

Всі рекомендації, сформульовані лише для дорослих (референтна група у віці 25 до 51 року) в перерахунку «на кг маси тіла», належать до рекомендованого споживання, визначеного відповідно до нормальної ваги, ухваленої Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) (IMT 18,5-24,9 кг/м²).

На практиці, орієнтовне значення споживання енергії становить приблизно 1800 ккал/добу для пацієнтів у стаціонарах невідкладної допомоги та 2100 ккал/добу для пацієнтів у реабілітаційних клініках, причому для літніх людей ці значення є нижчими — відповідно 1630 та 1900 ккал.

Рекомендована кількість білків становить 0,8 г на 1 кг маси тіла (МТ) на добу. Білок повинен надходити з продуктів тваринного та рослинного походження. Кількість жирів має бути помірною, близько 30-35% енергетичної цінності, залежно від фізичної активності. Здорова змішана дієта повинна містити більше 50% споживаної енергії у вигляді вуглеводів. Багаті на клітковину продукти, особливо цільозернові продукти, овочі та фрукти, мають бути головним джерелом вуглеводів. Споживання клітковини — щонайменше 30 г/день.

Рекомендоване тижневе співвідношення КБЖВ за енергетичною цінністю:

Білки:	15 %
Жири:	30-35 %
Вуглеводи:	50-55 %

Допустимим є споживання вільних цукрів до 10% від загальної кількості енергії. Вільні цукри — це всі моно- і дисахариди, які додаються до продуктів харчування, а також цукри, які природним чином містяться в меді, сиропі, фруктових соках і концентратах фруктових соків. Споживання кухонної солі — не більше 6 г/добу, а використання йодованої та фторованої харчової солі має бути обережним.

Рекомендовано випивати близько 1,5 л води та низькокалорійних напоїв на день.

Посібник LEKuP також містить досить «нішеві» поради щодо допустимості певних продуктів. Наприклад, роз'яснюється, що для пацієнтів з непереносимістю лактози (мальабсорбція) допускається використання твердого сиру та йогурту, адже вміст лактози в продуктах, що не піддавалися термічній обробці, ферментованих або довго дозріваючих молочних продуктах, як правило, низький чи ледь помітний, тому переносяться вони краще від молока. Крім того, в документі надаються рекомендації щодо організації харчування пацієнтів з конкретними діагнозами чи харчовими статусами, з урахуванням перенесених операційних втручань, трансплантацій, хронічних захворювань, з метою дієтотерапії харчової алергії тощо.

Знайшли тут своє відображення окремі аспекти, які у законодавстві України ігноруються. Для прикладу, як і в практиці Португалії, акцентовано на релігійних особливостях харчування, які не підлягають стандартизації, (адже можуть сильно залежати від індивідуальної інтерпретації людини) і, оскільки є частиною віри людини, то не можуть бути відхилені без вагомої причини.

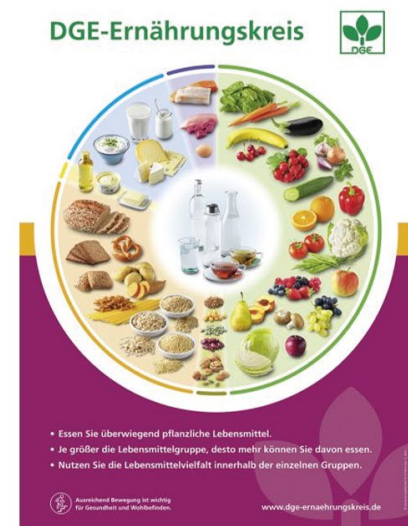
Зазначено і про важливість часу приймання їжі для певних категорій пацієнтів, як у випадку алкогольного стеатогепатиту, коли рекомендується пізня їжа, щоб скоротити фази голодування з катаболічним метаболізмом.

У 2023 році ухвалено Стандарт якості DGE для організації харчування в клініках. Це ще один документ в німецькій системі дієтології, який не має нормативної (юридичної) сили регуляторного акта, однак покликаний забезпечити пацієнтам «справедливе харчове середовище».

Згідно з цією концепцією харчове середовище є справедливим, коли, серед іншого, воно дозволяє пацієнтам робити здоровий і сталий вибір, перетворює цей вибір на легкий і підтримує хворих відповідним середовищем для харчування та пиття. Стандарт якості DGE для організації харчування в клініках містить Критерії, які описують оптимальну ситуацію з харчуванням, а також чек-лист, який дозволяє оцінити ступінь впровадження критеріїв для лікарні.

Згідно зі Стандартом відповідальність **за організацію харчування покладається не на уряд чи міністерства, які повинні досконало врегулювати цю сферу, а насамперед на лікарню. Першим важливим кроком у впровадженні Стандарту є розробка концепції харчування. Кожна клініка повинна розробити її для себе. Саме для себе. Концепція визначає специфічні для клініки вимоги до кейтерингу, описує асортимент пропонованих страв, діапазон дієт і кейтерингових послуг та враховує місцеві структури.** В рамках такої концепції кейтерингу Стандарт якості DGE визначає критерії здорового та сталого харчування і, таким чином, гарантує, що відповідна пропозиція буде доступна під час кожного приймання їжі. Концепція враховує не лише питання якості харчування (що їмо), але й атмосфери споживання (де і як їмо), соціальної відповідальності (споживай сезонне та місцеве), управління відходами (питання упаковки та зайвої їжі) і навіть захисту клімату (рослинна їжа vs тваринна).

Для побудови меню усі продукти у Стандарті поділені на відповідні групи та надано рекомендації щодо частоти споживання/пропонування тих чи інших продуктів протягом тижня (середня тривалість короткострокової госпіталізації) з урахуванням рекомендованих значень КБЖУ за LEKuP. Орієнтовні норми споживання за групами продуктів в грамах також наведені, зокрема — в Колі харчування DGE, однак досить загально, без зазначення конкретних продуктів та чітких грамів на добу, як це сьогодні застосовується в Україні.



СПЕЦІАЛІЗОВАНЕ МЕДИЧНЕ ХАРЧУВАННЯ

- СКОРОЧУЄ ТРИВАЛІСТЬ
ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ¹⁻²
- ЗНИЖУЄ ВАРТІСТЬ
ЛІКУВАННЯ¹⁻²
- ПОКРАЩУЄ РЕЗУЛЬТАТИ
ЛІКУВАННЯ: ЗНИЖУЄ
СМЕРТНІСТЬ ТА РИЗИК
УСКЛАДНЕНЬ²



ДЕТАЛЬНІШЕ ПРО
СПЕЦІАЛІЗОВАНЕ
МЕДИЧНЕ
ХАРЧУВАННЯ

EXPERT.NUTRICIA.UA



1. Chew, S. T. H., et al. (2021). Impact of specialized oral nutritional supplement on clinical, nutritional, and functional outcomes: A randomized, placebo-controlled trial in community-dwelling older adults at risk of malnutrition. *Clinical Nutrition*, 40(4), 1879-1892.
2. Quilliot, D., et al. (2021). Recommendations for nutritional care after bariatric surgery: Best practice and SOFFCO-MM/AFERO/SFNCM expert consensus. *Journal of Visceral Surgery*, 158(1), 51-61.

<https://doi.org/10.1002/ncp.11207>



Велика Британія

Про виклики, технології та вдосконалення через помилки



Софія Портухай
Членкиня ГС «Академія харчування пацієнтів»

Ремарка від авторки:

Ця стаття підготовлена на основі досвіду однієї з лікарень в Англії після інтерв'ю з керівником харчових послуг, менеджером з організації харчування й провідною дієтологінею лікарні та відділення інтенсивної терапії. З міркувань безпеки — у зв'язку з військовою агресією росії проти України та випадками кібератак на системи охорони здоров'я Великої Британії — лікарня не надала дозволу на розкриття своєї назви чи будь-яких інших ідентифікаційних даних.

Попри обмеження щодо публічності, працівники закладу з великою готовністю поділилися своїм досвідом, підкреслюючи, що щиро раді можливості зробити свій внесок у покращення умов харчування пацієнтів в українських лікарнях.

Організація харчування: від доставлення до роздачі

Лікарня використовує змішану модель організації харчування пацієнтів: приготування страв — зовнішнє, обслуговування — внутрішнє (персонал National Health System Trust — NHS Trust). Харчування забезпечують спеціалізовані кейтерингові компанії через приготування та доставлення страв. Ці компанії обираються під час відкритих тендерів, де враховується відповідність державним стандартам якості та безпеки харчових продуктів. В результаті обрання кейтерингова компанія отримує довгостроковий контракт із закладом.

Страви доставляються в лікарню у замороженому вигляді кілька разів на тиждень і зберігаються у морозильних камерах поруч із лікарняною кухнею. Безпосередньо перед подачею страви проходять регенерацію — розігрів у спеціальних печах, після чого працівники лікарні фасують порції та готують їх до подачі.

У кожному відділенні працюють кухарі-домогосподарі, які розвозять їжу на візках і роздають її безпосередньо пацієнтам. Лікарня щодня обслуговує близько 640 хворих, для яких готує 1900 порцій їжі. Додатково функціонують ресторан і два кафе для відвідувачів, персоналу та амбулаторних пацієнтів. Загальна кількість приготованих страв упродовж року становить близько 700 тисяч.

Як пацієнти замовляють їжу

У кожній палаті встановлено планшети з програмою «menuPick», яку використовують багато лікарень Великої Британії. Пацієнти чи працівники лікарні можуть обрати страву, переглянути її зображення та інформацію про алергени. Замовлення одразу надходить на кухню. Це дозволяє зменшити кількість помилок, покращити контроль залишків і знизити рівень харчових відходів.

Проте, за словами провідної дієтологіні закладу, відсутність паперових меню біля ліжка суттєво ускладнює ситуацію для пацієнтів, оскільки так вони позбавлені змоги ознайомитися з меню завчасно. Це особливо актуально для людей із порушеннями комунікації. Тож доступність меню в альтернативному форматі залишається критично важливою.



Команда з харчування

За організацію харчування відповідає мультидисциплінарна команда. Керівник харчових послуг відповідає за контракти, стандарти й бюджет. Менеджер з організації харчування контролює приготування їжі, забезпечення подачі страв та дотримання гігієнічних норм. Шеф-кухар відповідає за кухню, графіки персоналу, дотримання HACCP. Дієтологи працюють із меню, розробляють спеціальні дієти, проводять скринінг недоїдання за інструментом MUST.



До складу команди також входять кухарі, служба інфраструктури (estates), асистенти у відділеннях (hostesses), а в окремих відділеннях, (інтенсивної терапії, до прикладу), — медсестри. До харчування пацієнтів залучені і логопеди, які працюють із хворими, що мають труднощі з ковтанням.

Меню для різних груп пацієнтів

У лікарні функціонують три основні меню: стандартне, меню з модифікованою текстурою (відповідно до стандартів IDDSI — International Dysphagia Diet Standardisation Initiative) та меню, адаптоване до релігійних і культурних потреб. Система IDDSI стандартизує консистенцію їжі та рідин для осіб із порушенням ковтання. Вона поділяє продукти на вісім рівнів — від рідин до твердої їжі з різним ступенем модифікації.

Кейтерингова компанія надає такі варіанти меню:

- Стандартне меню для дорослих: щонайменше 500 ккал і 15 г білка на порцію.
- Мініменю: енергетично збагачений малопорційний раціон (500 ккал і 20 г білка).
- Їжа для пацієнтів із дисфагією (IDDSI рівні 4–6): модифікована текстура, наближена до звичної форми страв.
- Культурні та дієтичні варіанти: халяль, веганські, кошерні страви.
- Безалергенні страви: не містять 14 основних алергенів.
- Дитяче меню: пюре, «finger food» (не потребує приборів), більша кількість фруктів.

Визначення потреби щодо дієтологічного втручання

Дієтологи лікарні ухвалюють рішення щодо індивідуального плану харчування пацієнта на основі шкали MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) — універсального інструменту для виявлення ризику недоїдання. Обстеження проводиться для всіх пацієнтів із показником шкали 2 і вище. Дієтологи також працюють з особами, які отримують ентеральне чи парентеральне харчування або мають особливі дієтичні потреби після хірургічних втручань.

Після обстеження здійснюється повна оцінка харчового статусу, визначаються потреби пацієнта та шляхи їх задоволення. У разі потреби дієтологи можуть рекомендувати медикаментозне або інше медичне втручання, щоб допомогти задовольнити харчові потреби пацієнта і/або зменшити пов'язані з харчуванням симптоми (закрепи, діареї тощо).

Продукти та система кухні

Основна частина їжі — приготовлена та заморожена. Салати, фрукти та свіжі напої закуповуються окремо через державну закупівельну систему NHS Supply Chain.

Овочі — переважно заморожені; свіжі використовують здебільшого в загальній їдальні в обмеженому обсязі.

Система контролю температури та HACCP реалізуються в електронному форматі. Усі процедури задокументовані, а персонал проходить регулярне навчання.

Програми в системі харчування

У лікарні використовуються декілька електронних систем:

- menuPick — дає змогу пацієнтам обирати страви з ліжка, бачити склад та алергени;
- my.apetito — для замовлення страв і перегляду шаблонів меню;
- Micad CAFM — система для подачі заявок, обслуговування обладнання кухні; широко використовується в NHS.

Подача їжі пацієнтам

Гарячі страви подаються на порцелянових тарілках, які розміщують на зелених підносах. Для пацієнтів, які потребують допомоги під час приймання їжі, використовуються червоні підноси — таким чином персонал легко ідентифікує тих, кому необхідно допомогти. На одній тарілці зазвичай розміщують основну страву, гарнір і овочі; десерт подається окремо. У відділеннях цілодобово доступні легкі перекуси (сендвічі, супи, мюслі) — зокрема для тих, хто з певних причин пропустив основну їжу.

Харчування військових і ветеранів

Окреме харчування для військовослужбовців чи інших специфічних категорій населення не передбачене — вони отримують те ж меню, що й інші дорослі пацієнти. Розмір порції, калорійність і нутритивна поживність (зокрема підвищений вміст білка) визначаються індивідуально — відповідно до медичних показань. Халяльні, веганські опції, а також страви, адаптовані для осіб із труднощами жування, задовольняють більшість харчових потреб пацієнтів.

Вартість харчування одного пацієнта на добу

За даними з відкритих джерел, приблизна вартість раціону пацієнта на добу складає 9–10 фунтів (близько 550 грн). Ця сума включає вартість продуктів, витрати на посуд, логістику та оплату праці персоналу.





Регулювання лікарняного харчування в Англії

Рівень	Документ	Значення
Закон	Food Safety Act 1990, Food Hygiene Regs 2013	Санітарія, HACCP
Контракт NHS	Service Condition 19	Обов'язкове дотримання Національних стандартів
NHS England	National Standards for Healthcare Food & Drink (2022)	8 обов'язкових стандартів
Професійні стандарти	Nutrition and Hydration Digest (BDA, 2023)	Поживність, меню, кадрові норми
Закупівлі	Nutrition and Hydration Digest (BDA, 2023)	Стандарти щодо їжі та напоїв для закупівель у державному секторі
Інспекція	CQC, Regulation 14	Харчування та гідратація

Лікарня послуговується власною стратегією харчування та гідратації, яка базується на національних документах та є обов'язковою до виконання.

Дієтологиня медичного закладу зазначає, що дотримання рекомендацій із документа «Nutrition and Hydration Digest» Британської дієтологічної асоціації (BDA, 2023) — один із ключових орієнтирів, але більшості лікарень ще необхідно виконати значну роботу, щоб повністю відповідати його положенням, особливо у сфері сталого розвитку. Зокрема, йдеться про екологічні стандарти.

Облік харчових відходів

Кількість харчових відходів у лікарні — важливий показник якості харчування. Система подачі їжі безпосередньо у відділеннях, яка дозволяє індивідуальне розподілення порцій, добре підходить для контролю обсягів харчових відходів. У цій лікарні вони обліковуються окремо для відділень та ресторану. Зібрані дані використовуються для вдосконалення харчування, планування бюджету та стратегії на наступний рік.

Лікарня залучена до перетворення харчових відходів на енергію. У 2021–2023 роках команда медичного закладу провела профільне пілотне дослідження, а у 2024 році офіційно запустила відповідну програму. До процесу залучені і внутрішні команди лікарні, і зовнішня компанія, яка займається всіма видами відходів.

Працівники щодня сортують харчові залишки в окремі контейнери, після чого зовнішня компанія їх зважує і веде ретельний облік. Відходи проходять анаеробне бродіння: утворений біогаз очищається і використовується для генерації електроенергії або тепла, а дигестат застосовується як органічне добриво. Це забезпечує близько 15% потреб лікарні в теплі та гарячій воді. У планах — додатково включити відходи з лікарняних ресторану та кав'ярень.

Післямова від редакції

У 2013 році відомий британський шеф-кухар і телеведучий Джеймс Мартін підняв тему харчування у лікарнях Великої Британії у проєкті Operation Hospital Food — настільки негативно гострою вона стала на національному рівні. Звісно, робити великі висновки про разючі позитивні зміни у всій країні на основі досвіду однієї лікарні у Англії у 2025 році ми не можемо. Однак факт, що 12 років тому сфера потерпала від низки серйозних недоліків, але за зміну ситуації взялися медійні ентузіасти, наштовхує на думку про реалізовані реформи. Тож гарний приклад однієї лікарні сьогодні — це теж показово.





Клінічне харчування в Україні: аналіз системних проблем та адаптація рекомендацій ESPEN щодо хірургічних пацієнтів

Автори: Олександр Усенко, Роман Зацаринний, Олена Хоменко, Владислава Костик, Марина Чечель, Марина Варга

Недоїдання або мальнутриція, згідно з визначенням ESPEN (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism), — це стан, що виникає внаслідок недостатнього надходження або засвоєння поживних речовин, і призводить до зменшення білкового компоненту організму, впливає на зниження фізичних та психічних функцій, погіршення клінічних результатів. Недоїдання є поширеним за багатьох захворювань, особливо серед госпіталізованих пацієнтів, пацієнтів похилого віку в стаціонарах та пацієнтів із хронічними хворобами. Сучасні дослідження вказують на зв'язок мальнутриції з підвищеним ризиком розвитку печінкової енцефалопатії, сепсису, а також — із тривалим перебуванням пацієнтів в інтенсивній терапії, що негативно впливає на рівень виживаності. У клінічній практиці мальнутриція часто залишається недооціненою та не виявляється вчасно.

Харчування пацієнтів в Україні має нормативну базу, але постає перед системними викликами: недофінансуванням, складнощами логістики в умовах воєнного стану, нестачею спеціального клінічного харчування (ентерального/парентерального), а також розривом між локальною практикою й сучасними міжнародними рекомендаціями з клінічної нутриціології.

Організація харчування пацієнтів українських лікарень регламентується наказом МОЗ України № 931 від 29.10.2013 року — «Про удосконалення організації лікувального харчування та роботи дієтологічної системи в Україні».

Основні положення Наказу:

- Харчування має бути збалансованим, безпечним і відповідати енергетичним потребам пацієнтів.
- Для кожної категорії хворих передбачені лікувальні дієти (раніше №1–15, згідно з традиційною системою Певзнера, або новіші «столи» за нозологіями).
- В основі — калорійність, білки, жири, вуглеводи, вітаміни, мікроелементи у чітко визначених співвідношеннях.

Стандартні раціони для дорослих осіб розробляються на основі потреб хворого в енергії та нутрієнтах. Відповідно до індексу маси тіла усі пацієнти поділяються на три групи: хворі з гіпотрофією, нормотрофією та гіпертрофією. Індивідуалізація калорійності та хімічного складу дієти, залежно від трофологічного стану хворого, а також основного та супутнього діагнозів, досягається завдяки корекції стандартного раціону через збільшення чи зменшення у ньому кількості хліба, цукру та масла, підбір гарнірів —

зернових і овочевих, та використання нерегламентованого (домашнього) харчування відповідно до рекомендацій лікаря-дієтолога.

В умовах постійного розвитку сфери, появи нових міжнародних рекомендацій та оновлення гайдлайнів, у клінічній практиці виникає необхідність оцінки більшої кількості аспектів, ніж того вимагає Національний протокол. Основна увага українських рекомендацій сконцентрована на енергетичній цінності харчування, натомість міжнародні рекомендації дедалі більше акцентують на важливості білкового навантаження, жирового компоненту харчування, індивідуалізованій оцінці енергетичних потреб та достатньому отриманню не лише макро-, а і мікронутрієнтів.

Проблеми та виклики української системи клінічного харчування:

- Недостатнє фінансування — виділені кошти покривають лише базові продукти.
- Застарілі стандарти харчування (норми 1990-х років — не відповідають сучасним дієтологічним нормам) й застарілі меню без сучасного підходу до нутрієнтного складу.
- Невідповідність стандартів міжнародним рекомендаціям ESPEN, WHO (World Health Organization).
- Слабка інфраструктура харчоблоків — застаріле обладнання, відсутність системи контролю температури, стерильності та якості.
- Відсутність клінічних дієтологів у штаті більшості лікарень.
- Недостатня освіта персоналу щодо лікувального харчування, нутритивної підтримки після операцій, ентранального чи парентерального харчування.
- Обмежений доступ до спеціального клінічного харчування (ентранального, парентерального).



В Україні існує суттєвий розрив між практикою в багатьох стаціонарах та сучасними ESPEN-настановами для клінічної нутриції (наприклад, індивідуальний нутритивний скринінг, рання ентранальна підтримка, протоколи для полікоморбідних хворих). Частина провідних закладів запроваджує сучасні підходи, але це точково.



Порівняння харчування пацієнта стаціонару в державних клініках України та Європи

Показник	Україна	Європа
Кількість приймань їжі	Тричі/день (іноді без перекусів)	3–5 разів/день, обов'язкові перекуси або другий сніданок
Енергетична цінність	1600–2000 ккал/доба (фактично часто нижча)	2000–2500 ккал/доба (індивідуальний розрахунок)
Баланс нутриєнтів	Надлишок вуглеводів, дефіцит білка та клітковини	Збалансоване співвідношення Б:Ж:В ($\approx 1:1:4$)
Джерела білка	Крупи, яйця, обмежена кількість м'яса/риби	М'ясо, риба, бобові, молочні продукти — щодня
Овочі та фрукти	1–2 порції/день (часто консервовані або варені)	4–6 порцій/день, переважно свіжі
Спеціалізовані дієти	Формально за номером (№ 1, 5, 9 тощо), але часто не реалізуються в повному обсязі	Персоналізовані меню з урахуванням діагнозу, алергій, нутритивного статусу
Контроль якості	Нерегулярний, залежить від адміністрації лікарні	Системний моніторинг нутритивного статусу пацієнтів і харчової безпеки
Сервіс	Подача на металевих або пластикових тарілках мінімальна естетика	Індивідуальна подача, контроль температури, вибір страв

Вартість харчування одного пацієнта у хірургічному стаціонарі в Україні дуже відрізняється залежно від:

- рівня лікарні (районна, обласна, приватна);
- якості меню (стандартне, дієтичне, спеціалізоване);
- логістичних витрат, закупівель, вартості продуктів у регіоні.

У Чернівецькій області, наприклад, ціна харчування одного пацієнта складає $\approx 43,14$ грн/день. У лікарнях Полтави середня вартість харчування — близько 50 грн/день. У КП «Медоб'єднання Луцької громади» у 2025 році пацієнта харчують за 136,54 грн (трьохразове харчування). У компаніях з медичного кейтерингу, які працюють під брендом «Фудіцина», наголошують, що «рекомендований оптимальний» раціон, котрий пропонують на пацієнта в день, коштує 160 грн. Тож орієнтовна сума витрат на харчування пацієнта на день в стаціонарі державної лікарні складає 60–120 гривень (продукти + базові витрати). Водночас, для повноцінного меню за нормами наказу МОЗ рекомендовано витрачати щонайменше 150 грн/день на пацієнта.

Для порівняння, в Європі для державних лікарень з базовим меню вартість харчування одного пацієнта

є вдвічі і більше вищою (≈ 200 –400 грн). У більшості країн Західної Європи сума, що виділяється на харчування одного пацієнта, залежить від стандарту (державна лікарня або приватна), спеціалізації дієти (звичайне меню, післяопераційне чи спеціалізоване), а також включення інших послуг (персонал, послуги дієтолога тощо).

Країна	Орієнтовна вартість за день, євро	Орієнтовна вартість за день, грн	Джерело
Німеччина	5 – 6	240 – 290	Medscape (огляд харчування в німецьких лікарнях) medscape.co.uk
Велика Британія	$\approx 5 - 12$	$\approx 240 - 580$	FOI-звіт NHS, журналістські розслідування / Guardian University Hospitals of North Midlands
Швейцарія	$\approx 26 - 55$	$\approx 1250 - 2640$	Catering Benchmark of Swiss Hospitals Dashboard
Франція	≈ 20 євро	≈ 960	Офіційні огляди системи охорони здоров'я / DREES World Health Systems Facts

Вартість харчування пацієнта в Україні становить 60–120 грн/день ($\approx 1,25$ –2,5 євро), тоді як у більшості європейських країн витрати сягають 5–15 євро, а в Швейцарії — понад 30 євро на день. Вартість базового меню пацієнта в Східній Європі — Польщі чи Словаччині, до прикладу, орієнтовно становить 5–10 євро/день.

Це свідчить не лише про різницю в цінах, а й про суттєво нижчий рівень якості та нутритивного різноманіття українських лікарняних раціонів. Система лікарняного харчування в Україні залишається однією з найслабших ланок медичного забезпечення. Ба більше, системні індивідуальні рекомендації щодо харчування пацієнтам зазвичай не надаються. Це питання потребує вирішення шляхом створення спеціалізованих кабінетів нутритивної підтримки, де пацієнта можна якісно оцінити, надати персоналізовані рекомендації та проконтролювати їх ефективність під час наступного огляду.

Важливо зазначити, що в більшості українських лікарень відсутній якісний моніторинг фактичного споживання їжі: ми не знаємо, яку частку отриманої порції пацієнт реально з'їдає. Це значно ускладнює об'єктивну оцінку енергетичного та білкового забезпечення пацієнта і створює ризик прихованої мальнутриції.

За оцінкою аналітиків, у 2025 році доступність продуктів в Україні відновилась до $\approx 89\%$ довоєнного рівня; інфляція й додаткові логістичні витрати (транспорт, постачання у зоні бойових дій) обмежують бюджетні можливості лікарень щодо якісного харчування пацієнтів, що безпосередньо впливає на закупівлю свіжих продуктів та спеціалізованих ентеральних, парентеральних сумішей. Нестача кваліфікованих клінічних дієтологів/нутриціологів у державних закладах — серйозна проблема. Підготовка спеціалістів та впровадження клінічних маршрутів харчування відстають від потреб сучасної медицини.



Європейський досвід, який варто перейняти:

1. Індивідуалізація харчування

Кожний європейський стаціонар передбачає дієтолога, який визначає індивідуальні потреби пацієнта залежно від віку, діагнозу та стану.

2. Адекватне фінансування

Мінімальний рівень витрат (5–10 євро/день) забезпечує повноцінні раціони з якісними білками, овочами, молочними продуктами. В Україні фінансування потребує підвищення до щонайменше 150–200 грн/день, щоб досягти базового рівня європейських стандартів.

3. Сучасна логістика та аутсорсинг

У багатьох європейських країнах харчуванням займаються спеціалізовані компанії (hospital catering services), що гарантують якість, калорійність і безпечність страв. Для України можливий перехід на державно-приватне партнерство в організації харчування.

4. Контроль якості та нутритивного статусу

У країнах ЄС застосовуються протоколи ESPEN для оцінки стану пацієнтів. Міжнародні настанови ESPEN можуть бути адаптовані під український контекст. Зокрема, українським лікарням варто впровадити скринінг щодо виявлення пацієнтів з мальнутрицією або пацієнтів з групи ризику розвитку мальнутриції. Для своєчасного виявлення нутритивних порушень використовують різні шкали, які умовно поділяються на дві групи: скринінгові — які оцінюють ризик мальнутриції, та прогностичні — які дозволяють передбачити клінічні наслідки недостатнього харчування.

До скринінгових належать такі шкали: NRS-2002, MUST, CNS, NUFFE, DETERMINE, MNA-SF, PG-SGA SF. Вони застосовуються для пацієнтів, які готуються до оперативних втручань, хворих терапевтичного профілю, осіб похилого віку, а також — для моніторингу стану у динаміці.

NRS-2002 (Nutritional Risk Screening) — стандартизований інструмент для скринінгу нутритивного ризику, рекомендований ESPEN. Використовується для госпіталізованих пацієнтів, щоб визначити необхідність нутритивної підтримки. Допомогає своєчасно виявити пацієнтів з ризиком нутритивної недостатності та ухвалити рішення про початок нутритивної підтримки. Шкала оцінює IMT, втрату маси тіла, зниження споживання їжі та тяжкість основного захворювання. Додатковий бал додається пацієнтам віком понад 70 років. Бал ≥ 3 свідчить про наявність значного ризику мальнутриції та потребу у нутритивній підтримці.

MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) — універсальна шкала, яка широко використовується у клініках Європи. Вона включає оцінку IMT, втрати маси тіла та наявності гострого стану, що може призвести до тривалої відмови від їжі. Результати дозволяють класифікувати пацієнтів за групами низького, середнього і високого ризику мальнутриції. MUST використовується для амбулаторних та госпіталізованих пацієнтів, зокрема в онкології, геріатрії та паліативній медицині.

PG-SGA (Patient-Generated Subjective Global Assessment) — модифікація шкали SGA, спеціально розроблена для онкологічних пацієнтів. Вона включає самооцінку пацієнта та оцінку лікаря, дозволяючи виявити ранні стадії мальнутриції та її вплив на якість життя. PG-SGA рекомендується для застосування в онкології, паліативній допомозі та за хронічних захворювань.

До другої групи належать прогностичні шкали, які допомагають оцінити ризик несприятливих клінічних наслідків, тривалості перебування у ВІТ або ймовірність смертності у пацієнтів із тяжкими станами. Наприклад: NUTRIC (Nutrition Risk in Critically Ill), CONUT (Controlling Nutritional Status), PNI (Prognostic Nutritional Index), GNRI (Geriatric Nutritional Risk Index).

Беззаперечна актуальність тематики та наявність перешкод щодо впровадження чинних доказових методик скринінгу мальнутриції до клінічної практики на базі Національного наукового центру хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова зумовили проведення дослідження «Оцінка ризику мальнутриції у пацієнтів хірургічного профілю». Оцінка нутритивного статусу є критично важливим етапом у підготовці хірургічних пацієнтів до операції, оскільки 20–50% з них перебувають у групі ризику мальнутриції. Ігнорування цього факту призводить до негативних наслідків: недоїдання значно збільшує частоту післяопераційних ускладнень, подовжує тривалість госпіталізації, підвищує витрати на лікування та, що найважливіше, асоційована з вищим рівнем смертності. Своєчасна оцінка нутритивного статусу дозволяє виявити пацієнтів високого ризику і розпочати адекватну нутритивну підтримку щонайменше за 7–14 днів до операції, а це покращує прогноз, зменшує ускладнення та сприяє швидшому відновленню.

Для зазначеного дослідження були відібрані пацієнти, попередньо оцінені за допомогою анкетування. Спеціалісти центру розробили власну анкету, щоб оцінити, яка шкала підійде для дослідження найбільше. Обрана шкала поєднувала елементи шкал MST, NRS 2002, MUST, SNAQ, MNA-SF.

Під час дослідження його організатори опитали 89 хірургічних пацієнтів від 18 років, які готувалися до планових оперативних втручань. За результатами оцінки, 14 пацієнтів (16%) мали розвиток мальнутриції в передопераційному періоді за трьома з п'яти використаних шкал. Ця група була прицільно оцінена для аналізу ефективності корекції харчування, впливу на розвиток післяопераційних ускладнень, тривалість перебування в стаціонарі та смертність.

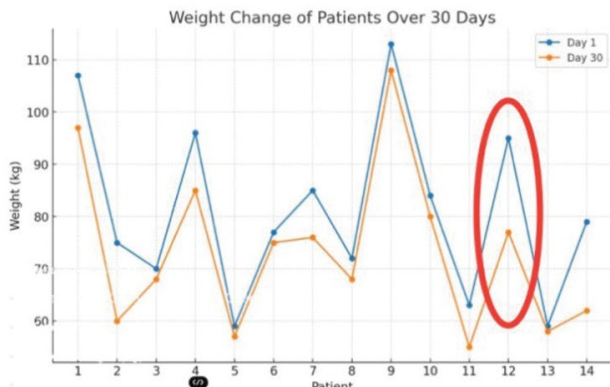
12 із 14 пацієнтів високого ризику отримали рекомендації щодо корекції харчування. При цьому 92% пацієнтів дотримувалися цих рекомендацій лише частково, попри те, що 64% підтвердили проведення лікарем передопераційної розмови про необхідність поліпшення нутритивного статусу.

Попри низький рівень повного дотримання рекомендацій, навіть часткова корекція харчування виявилася ефективною: на 30-ту добу після операції 58% пацієнтів продемонстрували ознаки покращення нутритивного статусу, а 33% — його підтримання без змін.



Це свідчить про те, що раннє виявлення ризику мальнутриції та мінімальне нутритивне втручання мають позитивний вплив на динаміку стану пацієнтів.

Result 2: Weight loss was reported in 47% pts (mean 6.6 ± 3.4 kg for women, 8.9 ± 9.0 kg in men).



Дослідження підтверджують, що рання діагностика нутритивного ризику та своєчасна корекція харчування є ключовими для покращення хірургічного прогнозу. Навіть часткове дотримання рекомендацій щодо нутритивної підтримки сприяє значному покращенню стану пацієнтів і, як наслідок, зниженню ризику післяопераційних ускладнень.

Впровадження протоколів ESPEN до практики українських закладів охорони здоров'я дозволить підвищити якість діагностики нутритивних розладів і забезпечити ефективну підтримку пацієнтів на всіх етапах лікування. Тож рання оцінка та корекція харчування повинні стати невід'ємними складовими клінічної маршрутизації пацієнтів.

Завдання та перспективи

1. Впровадити обов'язковий скринінг нутритивного статусу під час госпіталізації пацієнта (з простими алгоритмами для районних лікарень).
2. Забезпечити мінімальний стандартизований набір ентеральних сумішей для критичних відділень (через централізовані закупівлі або донорські програми).
3. Оновити національні стандарти лікувального харчування з урахуванням ESPEN-орієнтирів та локальних реалій (зміни до наказу № 931 або додаткові методичні рекомендації).
4. Розвивати роль клінічного дієтолога в мультидисциплінарних командах; включити профільні навчальні програми до медичної освіти.
5. Проводити навчальні вебінари/мобільні тренінги для медсестер і лікарів з базової клінічної нутриції.
6. Систематизувати збір даних про наявність ентеральних/парентеральних препаратів у медичних закладах.
7. Вдосконалити логістику постачання до прифронтових/віддалених закладів завдяки цільовим фондам.

Список літератури:

1. ESPEN Guidelines on Clinical Nutrition in Surgery. Clin Nutr. 2023.
2. ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in Hospitalized Patients. Clin Nutr. 2021.
3. WHO. Malnutrition Fact Sheet. 2023.
4. Наказ МОЗ України №931 від 29.10.2013 р. «Про удосконалення організації лікувального харчування та роботи дієтологічної системи в Україні».
5. Kondrup J. et al. Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. Clin Nutr. 2003.
6. Cederholm T. et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition – A consensus report. Clin Nutr. 2019.



Суспільне (Чернівці) —
Харчування: 22–250 грн/день



ЗМІСТ (Полтава) —
Скільки коштує день у стаціонарі



Сила Правди (Луцьк) —
Меню й ціни для пацієнтів-2025



LB.ua (Тетяна Коваль) —
Лікувальне харчування: як годують пацієнтів в лікарнях і скільки це коштує?



Португалія

Перетворення кухні лікарні на ефективний логістичний центр



Португалія стала першою країною Європи, яку члени спілки відвідали з метою дослідити харчування пацієнтів у лікарнях. Команді АХП випала нагода ознайомитися з двома підходами до організації лікувального харчування та поспілкуватися з представниками двох місцевих медичних закладів у містах — Фаро та Порто.

Лікарня Centro Hospitalar Universitário do Algarve у місті Фаро користується послугами аутсорс-компанії, яка займається приготуванням страв на лікарняній кухні, що є частою практикою і в Україні. Це широкопрофільний медичний заклад, тож має стаціонар на 500 ліжок. Пацієнти харчуються 5 разів на день, вартість харчування — 10 євро. Раціоном пацієнтів опікуються 4 нутриціологи, які складають варіативне меню на рік, котре потім виставляють на тендер, а також слідкують за пацієнтами впродовж їхнього перебування у лікарні та коригують раціон згідно з дієтою.

Лікарня Centro Hospitalar Universitário de São João в місті Порто, з організацією харчування у якій нас ознайомив інженер із харчування, — широкопрофільна університетська лікарня, що має стаціонар на понад 1000 ліжок. Пацієнти цього медичного закладу харчуються 5 разів на день, вартість харчування — 16 євро.

Установа співпрацює з аутсорс-компанією, яка нині готує на тимчасовій кухні за технологією cook-and-chill: приготування передбачає їх теплову обробку з наступним швидким охолодженням до 5 °C. Кухня працює в дві зміни. У ранкову зміну на кухні та інших суміжних приміщеннях (склад, роздавальні) працює близько 80 працівників. У денну/нічну зміну близько 40 працівників.

Їжа для обіду та вечері пацієнтів готується за день, охолоджується та поміщається в холодильні камери. За дві години до обіду чи вечері їжа накладається холодною на таці, завантажується в термошафи, які розділені на холодну та гарячу зони, і транспортується в роздавальні відділень. Далі в кожній роздавальній шафа приєднується до станції і за 40 хв до видачі пацієнтам розігрівається. Сніданок не готують на кухні, а фасують одразу готову продукцію в роздавальні: йогурт, сир, шинку, хліб, напої.



Водночас у Centro Hospitalar Universitário do Algarve будується нова кухня, яка централізує всі процеси з організації харчування. Завдяки цій кухні вдасться ліквідувати всі роздавальні, бо станції розігріву розташовуватимуться безпосередньо в просторі кухні — її розмір це дозволить. А термошафи транспортуватимуться звідти по всій лікарні — одразу до пацієнтів.

Керівники лікарні вважають харчування пацієнтів дуже важливим, тому у цьому закладі охорони здоров'я працює 28 нутриціологів. Вони опікуються харчуванням, складають меню, коригують дієту відповідно до процесу одужання пацієнтів. Транспортуванням термошаф, встановленням їжі на розігрів та видачею її пацієнтам займаються працівники, посада яких називається асистент.



Нормативна база харчування пацієнтів

Посібник з лікарняного харчування Manual de dietas hospitalares — монументальна праця 2021 року, яку цілком можна розглядати як португальський варіант українського урядового Наказу 931. Посібник охоплює основні організаційні моменти, методологію, набір різних типів стандартизованих дієт, принципи організації харчування.

Загалом Португалія прагне до уніфікації лікарняних раціонів і, що важливо, витрат на такі цілі. Принципова мета — не допустити лікарняного недоїдання, тож раціони складені так, щоб за максимального врахування харчових звичок забезпечити пацієнта усім необхідним — їжа ззовні не дозволяється. Водночас, що цікаво, добовий калораж на 20% менший від українського, а приймань їжі — більше (є полуденок і вечірній перекус), активно пропонуються фрукти і молочні продукти, акцентується увага на рибі в меню.

Зміст Посібника з лікарняного харчування:

- загальні міркування щодо організації харчування в лікарнях;
- рекомендації щодо складання меню та деяких операційних та інших умов;
- опис типів дієт, відповідних рівнів призначення, а також основні характеристики та показання для кожної дієти;
- методологія розробки дієт і раціонів харчування, враховані харчові потреби, а також алгоритм розрахунку нутрієнтного складу різних раціонів харчування;
- сітка для моніторингу та оцінки дотримання положень Посібника.

Про дієти португальських пацієнтів за Посібником із лікарняного харчування

Посібник включає набір різних типів стандартизованих дієт, які відповідають харчовим потребам значної частини пацієнтів, госпіталізованих до лікарень. Для кожної з описаних дієт надається детальна інформація, зокрема загальний опис, показання для призначення, характеристики, терапевтичні цілі, вказівки щодо планування меню, способи приготування страв, текстури, склад і порції на душу населення, пристосовані до харчових потреб пацієнтів та відповідно до клінічної ситуації (захворювання, непереносимість та фізичні стани) тощо.

Також документ визначає 2 рівні призначень. Перший включає стандартні дієти, стандартні педіатричні дієти, індивідуальні дієти та дієти з модифікованою текстурою. Другий — лікувальні дієти. Деякі з дієт, наведені у посібнику, мають однакові показання до призначення, тож рішення про оптимальну дієту згідно з клінічною ситуацією пацієнта, ухвалює лікар.

Під час призначення враховується алергія, непереносимість та харчові відрази, а також етнічні та релігійні звичаї пацієнта, зафіксовані під час його реєстрації в лікарні.

Якщо хворому не підходить жодна з дієт, описаних у цьому посібнику, то лікар-дієтолог складе йому індивідуальну. Запропоновані дієти, які призначаються лікарем-супровідником пацієнта, не потребують доповнення їжею ззовні.

Лікарняне харчування має за основу принципи здорового харчування і врахування специфіки кожної дієти. Важливо: забезпечення смачної та естетичної їжі, щоб сприяти апетиту та споживанню.

Калорійність раціонів, представлених у Посібнику, ґрунтується на еквівалентних порціях з Roda dos Alimentos або Харчового колеса — аналога української Тарілки здорового харчування.

План меню для лікарняних закладів повинен включати:

- 2 порції молока чи його еквівалента — щодня (1 порція — 250 мл);
- овочевий суп — під час усіх основних приймань їжі
- бобові — щодня, принаймні раз на день, окремо або в супі;
- зернові чи їх похідні продукти;
- рибні страви — в рівній або більшій кількості, ніж м'ясні;
- біле м'ясо — чотири рази на тиждень;
- жирна риба — двічі на тиждень;
- перероблене м'ясо/риба — до 2-х разів на місяць;
- різноманітні овочі — як супровід до всіх основних страв, рівна пропорція варених і сирих;
- 2 порції фруктів — щодня;
- фрукти, приготовані без додавання цукру, — до 2-х разів на тиждень;
- десерти (желе та фрукти в сиропі, зокрема) — раз на тиждень;
- хліб зі змішаного зерна чи з грубого борошна (до 1 г солі на 100 г хліба);
- менше солі — більше духмяних трав, сіль — лише йодована;
- 1 одиниця цукру (4 г) до гарячих напоїв — на прохання пацієнта, якщо немає клінічних протипоказань;
- способи приготування їжі варіюються, смаження — раз на тиждень.

Нормативні документи-регулятори харчування пацієнтів Португалії — приклад того, як ефективна стандартизація та адекватність лікарняних раціонів можуть дійсно допомагати фахівцям сфери в організації харчування пацієнтів у медичних закладах.



Ізраїль

Покращене меню для військових пацієнтів і McDonald's у лікарні

Дослідити тему харчування пацієнтів у Ізраїлі представникам громадської спільки іноземної країни — на практиці дуже непросто. Війна зумовлює закритість і неготовність представників Ізраїля розповідати, показувати та ділитися досвідом з закордонними колегами. Однак члени нашої спільки змогли отримати певну інформацію щодо того, як харчують хворих в місцевих медичних закладах, на прикладі однієї з онколікарень, назву котрої її представники попросили не вказувати.

Передусім: у державних лікарнях Ізраїля послуги пацієнтові, зокрема й харчування, надаються безкоштовно, бо діє медична страховка. Пацієнтам приватних клінік за все необхідно платити.

Лікарня, досвід якої нам описали, має власний харчоблок, що працює у 2-3 зміни, і надає пацієнтам трьохразове харчування. Меню закладу розробляє дієтолог — на основі дієт і набору продуктів, які постачаються до лікарні.

Традиційно пацієнту надають бланк, де він самостійно обирає, чим буде харчуватися. Зазвичай, сніданок пацієнту призначає лікар під час реєстрації в лікарні, а обід і вечерю хворий обирає самостійно. З цікавого — щоп'ятниці в меню завжди є щось кошерне.

Напівфабрикатів у меню цього медичного закладу немає. Всі страви подаються пацієнтам в оборотній тарі, виняток — супи, кефіри, йогурти та десерти, які хворі отримують у одноразовій тарі.

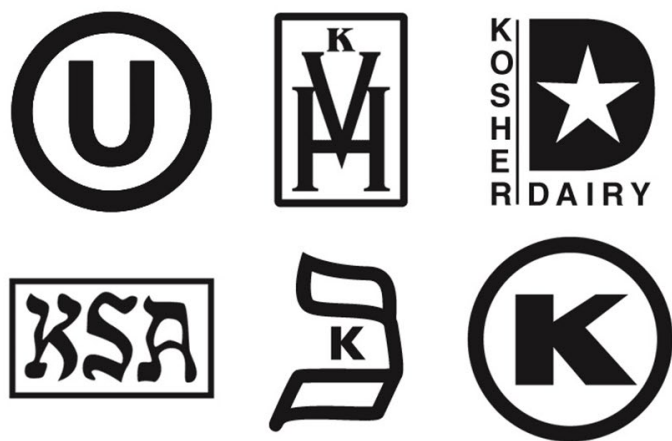
Для пацієнтів-військовослужбовців лікарня пропонує окреме меню — покращене, з більшими порціями м'яса та масла.

На території лікарні діють п'ять кафетеріїв та ресторан McDonald's. Окреме кафе обслуговує лише працівників лікарні, котрі харчуються там на пільгових умовах — частину харчування сплачує роботодавець.

Хоч отримати розгорнуте дослідження на тему харчування пацієнтів у клініках Ізраїлю нам, наразі, не довелося, хотілося б навести яскравий і зворушливий приклад чуйності, професійності та винахідливості ізраїльських лікарів, який стосується саме харчування пацієнтів.



Кошерне маркування страв



читайте тут



Команда з організації харчування: хто насправді лікує їжею

Якісне харчування — складова ефективного лікувального процесу. Саме тому в системі охорони здоров'я дедалі більшого значення набуває роль медичного персоналу, що займається організацією харчування пацієнтів. Ця професійна група включає дієтологів, нутриціологів, сестер медичних з дієтичного харчування, технологів та персонал кухні, які разом забезпечують індивідуалізований і безпечний підхід до харчування в медичних закладах.

Функціональні обов'язки медичних працівників, відповідальних за харчування пацієнтів в лікарнях України (відповідно до нормативних і рекомендаційних документів):

Дієтолог (лікар-дієтолог):

- Складає індивідуальні меню згідно з діагнозом пацієнта.
- Співпрацює з лікарями для визначення харчових потреб.
- Контролює дотримання режиму харчування.

Сестра медична з дієтичного харчування:

- Відповідає за роздачу їжі та контроль її споживання.
- Веде облік харчування.
- Спостерігає за реакцією організму пацієнта.

Кухарі та технологи:

- Готують їжу згідно з технологічними картами.
- Підпорядковуються санітарним нормам і стандартам дієтичного харчування.

Оскільки посада дієтолога в лікарнях України є не обов'язковою, а лише рекомендованою, то виконання перелічених для нього функцій є лише теоретичним. Ба більше — на практиці посада лікаря-дієтолога в наших лікарнях часто взагалі відсутня. І це не просто погано, а й критично для окремих категорій пацієнтів — з діабетом, серцево-судинними захворюваннями, ожирінням або післяопераційним станом, адже через відсутність дієтолога у штатному розписі лікарні ці хворі не отримують персоналізованої дієтичної підтримки. Тому ефективність їхнього лікування вагомо знижується, а реабілітація істотно подовжується.

Перераховані вище причини зумовлюють такий фактичний склад команди спеціалістів, які займаються харчуванням пацієнтів в Україні, а також такі їхні функції:

- **Сестра медична з дієтичного харчування (дієт-сестра)**

Фахівчиня з середньою медичною освітою, яка здебільшого виконує адміністративно-технічні функції. Хоча, трапляється, що й складає меню для пацієнтів лікарні.

• Персонал харчоблока

• Сімейний лікар

Надає загальні рекомендації щодо харчування, без вузькоспеціалізованої підготовки.

Функціональні обов'язки медичних працівників з харчування пацієнтів у інших країнах:

- Канада -

Registered Dietitian (RD / RDN):

- Має акредитацію та університетську освіту.
- Веде клінічну оцінку стану харчування, працює в тандемі з медичною командою.
- Часто бере участь у реабілітаційних планах та довгостроковому моніторингу пацієнтів.

Dietetic Technician (DTR):

- Працює під керівництвом дієтолога.
- Має право консультувати пацієнтів у межах стандартного плану харчування.

Nutrition Assistant / Foodservice Worker:

- Відповідає за логістику подачі їжі, дотримання порцій та спеціальних замовлень.

- Німеччина -

Клінічний дієтолог — Diätassistent:

- Має спеціальну освіту та акредитацію.
- Часто працює в команді з лікарями, фізіотерапевтами та соціальними працівниками.
- Обов'язкова присутність в реабілітаційних центрах, гериатричних і ендокринологічних відділеннях.

- США -

Клінічний дієтолог — Registered Dietitian Nutritionist (RDN):

- Обов'язкове закінчення акредитованої програми, стажування, складання національного іспиту.
- Інтеграція в усі рівні медичного обслуговування — від первинної ланки до спеціалізованих стаціонарів.
- У великих лікарнях може працювати кілька RDN + Dietetic Technicians (DTR), кожен з яких відповідає за конкретне відділення.



- Велика Британія -

Клінічний дієтолог — NHS Dietitian:

- Зареєстровані фахівці, які працюють у лікарнях чи амбулаторіях.
- Активно залучені в освітні програми, профілактику та лікування хронічних хвороб.

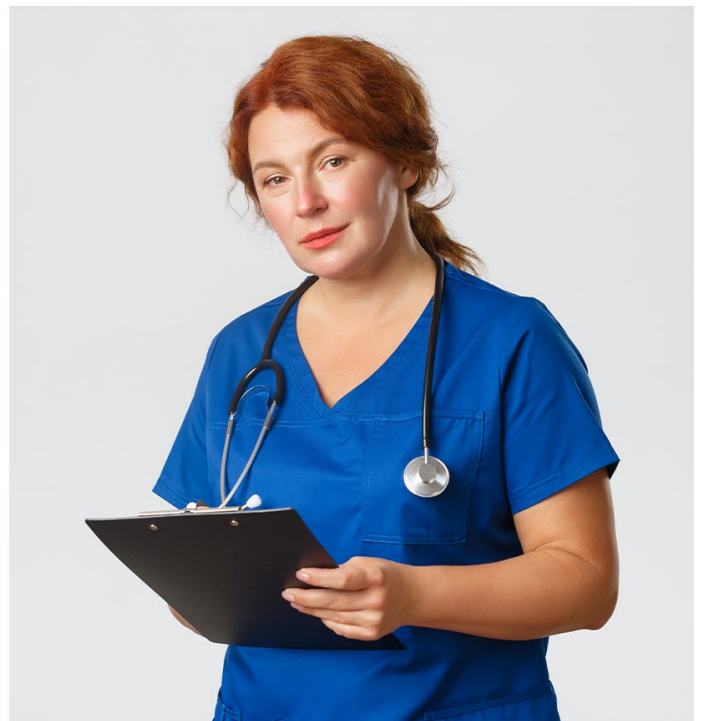
Критерій	Україна	Інші країни
Освіта	Дієтолог: вища медична Сестра медична: середня медична	Дієтолог: вища медична з сертифікацією — RDN
Функціональність	Переважає адміністрування і розподіл	Аналітика, інтерпретація аналізів, доказова дієтологія
Навантаження	Часто — 1 дієтолог на декілька відділень	Менше завдяки розподілу обов'язків між RD, DTR та асистентами
Інфраструктура	Низька автоматизація Переважає паперова документація	Електронні системи планування харчування, інтеграція з електронною медичною картою — EMR
Роль у лікуванні	Допоміжна	Часто — ключова у міждисциплінарній команді

Цікаві особливості роботи фахівців з харчування у клініках світу

- У деяких шведських лікарнях на підносах пацієнтів друкують повідомлення на кшталт: «Твоя їжа — частина твого одужання». Це психологічно налаштовує пацієнта сприймати харчування як частину терапії.
- Також у Швеції пацієнт повідомляє інформацію щодо особливих побажань, алергій, підвищеної чутливості або інших потреб медсестрі під час реєстраційної співбесіди. Якщо пацієнт хоче перекусити чи попити між основними прийомами їжі, то звертається до медичного персоналу.
- У регіональних швейцарських клініках проводять щомісячні дегустації страв лікарняного меню серед персоналу та пацієнтів — для його вдосконалення. Харчоблоки змагаються за «якість подачі та смак», як у ресторані.
- Лікарні Фінляндії, окрім дієтологів, мають у штаті «харчових навігаторів» — працівників, які допомагають пацієнту обрати страву згідно з його потребами.
- У японських медичних закладах пацієнти, особливо літні, проходять тестування на зниження смакової чутливості — на основі цього профільний персонал коригує страву, щоб стимулювати апетит і засвоєння поживних речовин.
- У лікарнях Квінсленда, що в Австралії, пацієнти можуть самостійно замовити страву зі спеціального планшета. Програма враховує дієтичні обмеження й автоматично блокує не-сумісні страви.

- У лікарнях Ванкувера, що у Канаді, паліативним пацієнтам пропонують емоційно комфортну їжу — традиційні сімейні страви, до прикладу. Це частина цілісного підходу до якості життя.
- У деяких клініках Німеччини замість фіксованого графіка роздачі їжі діє система «goot service»: пацієнт може зробити замовлення у зручний для нього час, обравши з кількох типів меню — стандартного, вегетаріанського, безглютенового тощо.
- У лікарнях Німеччини, окрім дієтологів, харчуванням пацієнтів опікуються ще й помічники з обслуговування. Вони фіксують харчові вподобання хворого, подають йому страви, готують чай/каву, а також дбають про чистоту холодильників у роздаткових. Однак, безпосередньо годувати хворого, за потреби, дозволяється лише медичним сестрам.
- Одна з лікарень міста Фаро, що в Португалії, має 28 нутриціологів.

Безпечне та ефективне харчування пацієнтів — завдання та загальнолюдське прагнення і в Україні, і у світі. Однак підходи та інструменти для втілення цієї мети у нас та за кордоном суттєво відрізняються. Харчування пацієнта у світі часто розглядається як частина терапії, що потребує високої кваліфікації та мультидисциплінарної координації, і дійсно практикується. В Україні ж — лише декларується в наказі 931 МОЗ, натомість система харчування пацієнтів ще перебуває в процесі трансформації: бракує фахівців, нормативна база застаріла, а інфраструктура вимагає оновлення. Але причини для оптимізму також є, адже спостерігається зростання суспільної та професійної уваги до персоналізованої медицини і харчування у наших лікарнях, що створює умови для реформ і надання дієтологам належної ваги у забезпеченні медичної допомоги.





Швеція

Скандинавська простота та турбота на тарілці



Минулого року представник АХП відвідав Стокгольм, де дослідив організацію харчування пацієнтів у Stockholm South General Hospital або ж Södersjukhuset (надалі — SÖS). Це лікарня швидкої допомоги, що спеціалізується на лікуванні основних захворювань населення.

Медичний заклад має 30 відділень і майже 600 ліжок-місць та щодня надає пацієнтам близько 800-900 порцій харчування. Раніше SÖS послугоувалася так званою гарячою їдальнею — моделлю, за якої страви готувалися централізовано, доставлялися у відділення та мали бути спожиті одразу після приготування. Час сніданку, обіду й вечері чітко фіксувався. Якщо ж пацієнт не встигав або не міг поїсти в запропонований момент (через процедури чи відсутність апетиту), страва швидко втрачала якість і утилізувалася.

За словами представників лікарні, така система не зовсім відповідала профілю закладу. І це призводило до великої кількості замовлень спеціального дієтичного харчування, а тому — й до великих втрат продуктів. Водночас було важко задовольнити різні та мінливі потреби всіх пацієнтів. Тож ефективним рішенням щодо краще адаптованої системи харчування стала побудова окремої кухні, яка швидко, якісно та гнучко годує всіх пацієнтів.

Сьогодні їжа у SÖS готується, здебільшого, з нуля — з екологічно безпечної та високоякісної сировини, яку вибирають дуже прискіпливо. Після приготування їжа охолоджується та зберігається в холодильних шафах на кухні кожного відділення — щоб її можна було подати та з'їсти в будь-який момент доби.

Пацієнти лікарні можуть вибирати між 12 основними стравами, 3 салатами, 2 супами, 7 десертами. У дитячих відділеннях є окреме меню, а в деяких відділеннях — невелике меню зі стравами меншого розміру, але більш енергетичними та білковими — як доповнення, оскільки потреби різні. Всі страви з меню зберігаються в холодильнику, легко розігріваються і естетично подаються на тарілці. Всі пропозиції та зауваження пацієнти можуть залишити через форму зворотного зв'язку.

У лікарні подають сніданок, обід, вечерю та кілька перекусів. Інформацію щодо особливих побажань, алергій, підвищеної чутливості або інших потреб пацієнт повідомляє медсестрі під час реєстраційної співбесіди. Також, якщо пацієнт хоче щось поїсти чи попити між основними прийомами їжі, то звертається до медичного персоналу. Харчуватися можна в палаті, їдальні або у просторі-вітальні.

SÖS скоротила спеціальні дієти на 30% завдяки розширеному меню, в якому деякі страви не містять глютену та лактози, також є більш легкі для жування страви — для хворих із труднощами під час жування та ковтання. Це дозволяє пацієнту самому вибрати страву згідно зі своїми потребами, уподобаннями та алергіями.

Нині пацієнти цієї лікарні можуть також обирати самостійно, коли їсти. Це вирішило проблему пропущеної їжі за розкладом. Крім того, нова концепція харчування сприяла скороченню харчових відходів у лікарні на 72%! Зниження негативного впливу на клімат навіть принесло лікарні екологічну нагороду регіону Стокгольм у 2019 році.

Вартість обіду в SÖS — близько 8 євро, але вона входить в оплату лікарняних послуг за дорослого пацієнта. А це близько 10-30 євро/день: місце в палаті, медикаменти, консультації та їжа. Зазвичай, більша частина витрат компенсується податковою службою Швеції.

Про нормативні регулятори харчування

Сфера лікарняного харчування у Швеції регламентується низкою нормативно-правових актів, основними серед яких є Національні рекомендації або настанови щодо харчування в лікарнях (далі — Настави). Вони призначені для всіх, хто впливає на якість харчування в лікарнях: осіб, які ухвалюють рішення, та керівництва лікарень, завідувачів відділень, менеджерів з організації харчування, працівників кейтерингу, медичних сестер та допоміжного персоналу.

На відміну від українського законодавства шведське чітко регламентує та зрозуміло описує обов'язки усіх учасників процесу організації харчування. Директор і керівництво лікарні відповідають за постановку цілей і моніторинг роботи з питань харчування, його організації в лікарні, а також за те, щоб медичні працівники використовували харчування для зміцнення здоров'я, профілактики захворювань та лікування.



Медичний персонал, зокрема організатори харчування та будь-який персонал сервісу, відповідає за чітке виконання таких функцій:

- замовлення і пропонування правильної їжі, адаптованої до потреб, пов'язаних із захворюванням пацієнта;
- апетитну гігієнічну і безпечну подачу їжі, яка б приносила задоволення хворим;
- контроль кількості спожитої їжі та напоїв, за необхідності додавання їжі протягом дня;
- надання зворотного зв'язку на кухню, а також відповідальному медичному персоналу;
- перегляд замовлення, за необхідності.

Персонал кухні у співпраці з медичними працівниками відповідає за розробку продуманого та різноманітного асортименту страв, які підходять для багатьох категорій пацієнтів, можуть подаватися цілодобово, гнучко, задовольняють енергетичні та харчові потреби, мають відповідну текстуру, апетитно виглядають і добре смакують.

У Швеції вибудована система компетентних органів. Шведське національне агентство з питань харчування відповідає за керівні принципи щодо якості харчування та загальні рекомендації щодо харчування як основи для планування меню для груп у лікарнях. Національна рада з питань охорони здоров'я та соціального забезпечення відповідає за надання інформаційної підтримки з питань індивідуального харчування за певних станів, наприклад, у випадку недоїдання.

Здорове та повноцінне харчування розглядається як важливе питання безпеки пацієнтів, і як вагома складова належного догляду та якісного лікування. Відповідно до Закону про безпеку пацієнтів, медичні працівники зобов'язані проводити систематичну роботу з безпеки пацієнтів і запобігати заподіянням їм шкоди.

5 основних передумов для якісного харчування в лікарнях Швеції:

1. Чітка організація розподілу обов'язків та співпраці.
2. Встановлення цілей та контроль результатів.
3. Забезпечення знань та компетентності персоналу.
4. Пропонування раціонів, адаптованих до індивідуальних потреб.
5. Цілісний підхід завдяки використанню Моделі харчування.

Шведська Модель харчування спирається на Північні рекомендації з харчування (NNR), які описують харчові звички, що є корисними для здоров'я в коротко- і довгостроковій перспективі. Вони також містять рекомендовані норми споживання важливих поживних речовин для різних груп населення та поради щодо фізичної активності. У 2012 NNR були ухвалені як офіційні рекомендації, що використовуються у Швеції.

Харчування, сплановане відповідно до NNR, підходить для нутритивно стабільних пацієнтів. Харчування для нутритивно вразливих пацієнтів може ґрунтуватися на NNR, але адаптоване таким чином:

- має бути більш калорійним і багатим на білки;
- подається меншими порціями;
- поділене на більшу кількість приймів їжі;
- забезпечує достатнє споживання рідини.

Шведське національне агентство з питань харчування формулює цілі та моніторить якість і відповідність сфери загальному добробуту та сталому розвитку через модель-пазл з шести сегментів: якісна/хороша, приємна, поживна, безпечна, екологічна та інтегрована їжа. Ця модель була розроблена на основі теоретичних прикладів якості харчування, на зразок моделі «П'ять аспектів харчування» (Five Aspects Meal).

Інтегроване харчування в лікарні означає, що всі приймання їжі протягом дня є природною частиною догляду. Мультидисциплінарна команда, що працює з пацієнтом, може складатися з менеджера з харчування, шеф-кухаря, організатора харчування або обслуговування, дієтолога, медсестри, асистента медсестри, фізіотерапевта, ерготерапевта, логопеда, стоматолога та/або стоматологічного гігієніста. Кожного пацієнта обстежують і оцінюють, щоб виключити або вилікувати захворювання, пов'язані з харчуванням. Це передбачає з'ясування апетиту, енергетичних і харчових потреб людини, труднощів з прийманням їжі, ризику недоїдання, алергії або чутливості, потреби в спеціальних дієтах, пов'язаних із захворюванням, або спеціальних дієтах з релігійних міркувань.

Усім пацієнтам, незалежно від їхнього харчового статусу, пропонується широкий вибір великих і малих порцій їжі, які можуть подаватися цілодобово в гнучкому режимі, задовольняють щоденні потреби пацієнта в енергії та поживних речовинах, мають відповідну консистенцію, апетитний вигляд і приємні на смак.

У Швеції регулярно проводиться Національне опитування пацієнтів. З 2009 року участь у ньому беруть всі регіони країни. Відповідь пацієнта на запитання про враження від їжі в лікарні — один із кількох важливих показників якості роботи медичного закладу.

На відміну від української системи харчування, яка пропонує, як правило, триразове приймання їжі, шведським пацієнтам зі стабільним харчуванням пропонується щонайменше п'ятиразовий раціон, а асортимент страв є цілодобово доступним, адже хворий має мати можливість їсти та пити, коли потребує. Найдовша перерва між двома їжами не повинна перевищувати 11 годин.



Референтні значення для споживання енергії та поживних речовин, наведені в Північних рекомендаціях з харчування, стосуються в середньому щонайменше одного тижня — на відміну від українських добових норм.

Дуже цікавий підхід стосується харчування дітей у лікарні. Стверджується, що в багатьох випадках важливіше, щоб дитина отримувала їжу, яка їй подобається, ніж те, щоб вона була поживною. Індивідуальне меню з різноманітним і широким асортиментом здорових, привабливих основних страв, гарнірів, закусок і десертів, засноване на смаках і вподобаннях дітей, має вирішальне значення для забезпечення споживання їжі.

Шведи багато уваги приділяють і естетиці споживання. Приємне харчування — це не тільки їжа на тарілці, але й дизайн приміщення і використання звукопоглинаючих матеріалів, запахи, звуки, спосіб подачі їжі, привабливе меню з цікавими назвами страв, а також взаємодія з персоналом та іншими пацієнтами під час їжі.

Рекомендації щодо приємного харчування пацієнтів:

- Доброзичливе ставлення медичного та кейтерингового персоналу.
- Апетитний вигляд їжі та напоїв під час подачі.
- Можливість обирати: їсти наодинці чи з іншими пацієнтами — в їдальні або кімнати-вітальні.
- Членам сім'ї надається можливість харчуватися в палаті.
- Достатньо часу для приймання їжі — і для пацієнта, і для опікуна.
- Приймання їжі відокремлене від інших завдань з догляду.
- Обстановка під час приймання їжі адаптована до індивідуальних особливостей пацієнта.
- Приємне освітлення, сервірування столу та оздоблення.

В Україні смакові речовини (сіль, перець, соуси тощо) призначаються лікарем індивідуально, а шведи акцентують, що можливість самостійно приправити їжу може підвищити апетит, тож на столі у пацієнта мають бути варіанти для урізноманітнення раціону.

Настанови також містять широкий асортимент рекомендованих напоїв, які відсутні в українських нормах: газовану воду, світле пиво, сік, молоко або його рослинні альтернативи.

Крім того, у Настановах регламентовано температуру їжі як складову безпеки споживання (в законодавстві України про це не згадується). Холодна їжа зберігається за температури не вище +4 °C, а гаряча їжа — достатньо теплою, не нижче +60 °C. Причому зафіксовано, що це температура їжі перед її пропонуванням пацієнту, а не в момент відправки з кухні.



Екологічно розумне харчування

Визначається шведами як харчування, котре сприяє сталому розвитку відповідно до національних екологічних цілей, наприклад, шляхом зменшення негативного впливу на клімат та біорізноманіття. Екологічно розумне харчування — це про вибір раціональних продуктів харчування та зменшення харчових відходів.

В країні надзвичайно системно підходять до будь-якого процесу. Тут є чіткий критерій якості лікарняного харчування — кількість їжі, яку фактично з'їдають пацієнти. Доведено, що гнучке індивідуалізоване харчування, засноване на побажаннях і потребах хворого, сприяє і зменшенню харчових відходів, і підвищенню задоволеності пацієнтів.

Основою для зменшення харчових відходів є початок вимірювання. Те, що вимірюється, є видимим. Щоб гарантувати, що всі вимірюють однаково, Шведське національне агентство з питань продовольства розробило національний метод вимірювання, який включено до Посібника зі скорочення харчових відходів.

Данія

Цифрове меню та свобода як важливі складові лікування



Дослідити особливості лікарняного харчування у Данії команді АХП вдалося завдяки розмові з Єспером Вангдрупом — виконавчим шефом і головою відділення харчування найбільшої лікарні невідкладної допомоги Данії Herlev and Gentofte Hospital у Копенгагені.

Адаптивність і турбота

Де кілька років тому лікарня перейшла на формат à la carte меню (індивідуальний раціон за вибором) для харчування переважної більшості пацієнтів. Надихнула на це сучасне рішення місцева ресторанна практика. Страви для пацієнтів готуються на великій кухні, де працюють лінійні кухарі, пекарі, м'ясники, кондитери тощо. Ще одна кухня функціонує для потреб медичного персоналу. Тож уся їжа в лікарні — для à la carte меню, кафе, обслуговування конференцій — готується на кухнях-виробництвах медичного закладу.

Оскільки Herlev and Gentofte Hospital великий заклад охорони здоров'я, то загалом забезпечує їжею близько 1000 пацієнтів на день. Йдеться про 450-500 пацієнтів стаціонару, які отримують харчування за меню à la carte, а також про 425-450 пацієнтів приймального відділення невідкладної допомоги, яким пропонуються три види сендвічів або дві холодні страви, поки люди чекають у черзі на консультацію лікаря. Гарячі страви для другої категорії пацієнтів не передбачені, бо мета в цьому випадку — надати людині ситний перекус, адже чекати, подекуди, доводиться понад 5 годин. Тож компромісне рішення лікарні для цих людей — справжня турбота у дії.



Замовлення їжі

Пацієнти стаціонару замовляють їжу самостійно, обираючи серед опцій à la carte меню на планшети у палаті. У нових відділеннях користуються ще й візками з цифровими екранами, які персонал привозить до палат, і кожен пацієнт може обрати бажаний раціон у такий спосіб. Медичні сестри допомагають зорієнтуватися щодо страв з меню тим пацієнтам, які не можуть зробити це самостійно.

Для додаткової допомоги пацієнту та зручності замовлення їжі в лікарні тут створили детальну покрокову відеоінструкцію. Сніданок необхідно замовити до 06:00 поточного дня, обід до 09:00 ранку, вечерею до 15:00. Крім вибору страв серед великого різноманіття варіантів, пацієнт може перевірити, наскільки бажаний раціон нутритивно збалансований, і скільки користі може потенційно принести. Це можливо завдяки опції програми замовлення під назвою «Нутритивний барометр». Також у програмі виділені страви, які особливо багаті на певні нутрієнти або вирізняються за енергетичною цінністю. Коли замовлення здійснено і його приносять на таці пацієнту, їжа зручно розташована у двох зонах — гарячій і холодній, а також доповнена порційними додатками до страв за смаком.

Структура команди

Загалом команда харчування пацієнтів у Herlev and Gentofte Hospital налічує 250 осіб. Серед них є група клінічних дієтологів і медичних сестер, які проводять дослідження щодо раціонів у лікарні. Решта — персонал, який готує та обслуговує послугу харчування за à la carte меню, кафе та активності щодо проведення конференцій, а також — працівники, залучені до процесів із роздавання перекусів (dry supplies) та мийники посуду.

150 працівників кухні працюють позмінно — від 02:30 до 20:30 (коли мийники посуду завершують свою частину роботи), а не перебувають на кухні одночасно. Наприклад, двоє пекарів і їх учень розпочинають роботу о 02:30, ще двоє і учень приходять на зміну о шостій ранку. Двоє м'ясників починають зміну о 05:30-06:00 ранку, перша зміна відділу виробництва — о 06:00 ранку, а друга — о 13:30-14:00. В зоні à la carte меню робота розпочинається о 06:00, щоб запустити обслуговування сніданку. Цей персонал обслуговує і обід, закінчує о 14:00. Між 09:00 і 10:30 до



процесів долучається ще одна зміна, яка обслуговує вечірній блок харчування пацієнтів — готує основні страви, салати, десерти, та організовує усі процеси щодо подачі вечері.

Дієтичні пропозиції

Коли лікарня перейшла на формат харчування пацієнтів за *à la carte* меню, то кількість замовлень за дієтою скоротилося з 80 до 20 на день. Зараз дієти застосовуються переважно для пацієнтів із проблемами переживання та ковтання їжі. Тобто, 15 з 20 дієтичних меню на день — це саме такі пацієнти. Решта харчується за *à la carte* меню, до якого включені безглютеніві, безлактозні, веганські, халяльні опції тощо.

Національні страви в меню

Ініціатива про введення в меню лікарні страв різних країн світу стартувала з того, що декілька років тому команда лікарні помітила стійку тенденцію серед пацієнтів-мусульман харчуватися в лікарні їжею з дому. Було вирішено, що у державній лікарні, яка годує пацієнтів за кошти платників податків, їжа має бути різноманітною та однаково якісною для всіх — щоб ті ж мусульмани чи інші категорії пацієнтів не платили двічі. Так у меню *à la carte* з'явилися національні страви мусульманських країн. А оскільки в команді кухні працюють представники різних національностей, то саме вони можуть найкраще приготувати смачну автентичну їжу (як готують її вдома) — з Індії, Пакистану чи Італії, до прикладу. Тож шеф залучає працівників кухні до розробки страв, які допомагають різним категоріям пацієнтів швидше адаптуватися.

Важливо: їжа з дому дозволена, в лікарні її називають *private food*.

Продукти для харчування пацієнтів

За внутрішніми стандартами Данії, у кожному регіоні країни діє вимога щодо відсотку використання органічних продуктів на кухнях державних лікарень, шкіл, дитячих садків, будинків для людей у віці. Для столичного регіону, в якому розташована Herlev and Gentofte Hospital, — це не менше 60 %. Якщо кухня використовує 80 % і понад, то вважається відповідним золотому стандарту. Кухня Herlev and Gentofte Hospital використовує загалом 85 % органічних продуктів, а пекарня — це 93 %, тож пекарський відділ лікарні отримав дві золоті національні відзнаки стандарту якості.

Команда кухні принципово не бажає купувати готові продукти, бо дуже любить свою справу — від очищення та нарізки овочів, (а вони все це роблять самі, бо значно вигідніше й економічно, особливо у столиці), і до приготування цікавих десертів. Шеф лікарні зазначив, що єдиний овоч, який лікарня отримує у готовому (до фритюру) вигляді — це картопля фрі для дитячого меню. Також готовим до приготування отримують філе риби. Хоча, наприклад, оселедець тут маринують самостійно. Загалом лише 5-10 страв з усього меню лікарні не готуються на її кухні, зокрема печиво, чипси, соки тощо. І шеф цим дуже пишається.

Спеціалізоване програмне забезпечення

Оптимізація процесів харчування досягається завдяки програмі MasterCater, розробленій данською компанією Nova Data. До програми завантажено усю необхідну інформацію, яка відтворюється на екранах, розташованих на кухні. Завдяки цьому медичні сестри можуть легко та швидко вносити зміни до дієти чи раціону пацієнта. Лікарні столичного регіону, за словами шефа цього медичного закладу, використовують переважно саме MasterCater, а в регіонах, вірогідніше, ще й DenCast чи інші.

Форма подачі та вартість їжі

Формат *à la carte* передбачає естетичну та апетитну подачу усіх видів страв — пацієнт отримує максимально якісну в усіх сенсах їжу. Вартість щоденного триразового харчування, а також перекуси та напої у Herlev and Gentofte Hospital складає 10 євро.

Нормативне регулювання харчування пацієнтів

Лікарняне харчування в Данії регулюється національними законами, законами та директивами ЄС, а також правилами про стандарти безпеки харчових продуктів, вимоги до маркування та гігієни харчової промисловості, а також — про санітарні норми для закладів громадського харчування та харчових виробництв.

Fødevarestyrelsen — продовольча та ветеринарна адміністрація Данії — основний орган, який інформує професійну спільноту щодо нормативних документів і рекомендацій для бізнесу та споживачів, надає інструкції, а також контролює дотримання усіх вимог учасниками сфери.

Головні напрями регулювання:

• Безпечність харчових продуктів

Закони Данії та ЄС встановлюють вимоги щодо безпечності продуктів харчування — від виробництва до кінцевого споживача. Оскільки Данія є членом Європейського Союзу, то низка регламентів ЄС щодо безпеки харчових продуктів становлять основу національного законодавства.

• Гігієна

Нормативні акти регулюють санітарні умови на всіх етапах харчового ланцюга — у виробничих приміщеннях, під час транспортування, протягом зберігання продуктів.

• Маркування

Встановлення правил щодо правильного маркування продуктів харчування, які інформують споживача про склад, терміни придатності та алергени. Гарантування правдивості та повноти інформації на упаковці продукту.

• Контроль

Данська продовольча та ветеринарна адміністрація здійснює регулярні перевірки харчових підприємств і забезпечує добросовісну конкуренцію — дотримання встановлених стандартів для всіх учасників ринку харчової продукції.



Мальнотриція в клінічній практиці: виклики та сучасні підходи



Ольга Гордієвич
Лікарка-дієтологиня,
членкиня ГС «Академія харчування пацієнтів»

Термін «мальнотриція» дедалі частіше стає рутинним не лише для дієтологів чи фахівців із харчування, а й для багатьох інших лікарських спеціальностей, особливо в умовах стаціонару, тривалої госпіталізації та реабілітації.

Буквально з латини «мальнотриція» означає «погане харчування» та передбачає недостатність калорій, дефіцит білків, мікроелементів чи інші порушення харчового балансу. Тож це фізіологічне явище охоплює не лише власне «недоїдання», а й неякісне незбалансоване харчування, яке не задовольняє фізіологічні потреби організму. А це може бути характерним і для пацієнтів з надмірною вагою чи ожирінням.

Тягар мальнотриції складно недооцінювати, адже майже половина смертей у світі серед дітей віком до 5 років пов'язані з недоїданням (дані ВООЗ). Здебільшого це трапляється в країнах з низьким і середнім рівнем доходу.

Однак впродовж останніх десятиліть клінічна картина мальнотриції значно змінилася: голод, посухи, війни й бідність усе ще існують, але мальнотриція все частіше зустрічається у розвинених країнах, особливо у людей літнього віку та пацієнтів із хронічними катаболічними захворюваннями у медичних закладах усього світу. За оцінками ESPEN (Європейського товариства клінічного харчування та метаболізму), до 30-50% госпіталізованих пацієнтів мають ознаки

мальнотриції, що спричиняє підвищену летальність, ускладнення, триваліше лікування в стаціонарі та вищі витрати на нього.

У пацієнтів із хронічними захворюваннями (онкопатологія, ХОЗЛ, серцева недостатність, хронічні інфекції, деменція тощо) мальнотриція значно погіршує перебіг основної патології. Особливо вразливими є літні люди, пацієнти відділень інтенсивної терапії та онкохворі. Дефіцит білка призводить до саркопенії, зниження імунної відповіді та затримки загоєння ран.

Зі старінням населення Європи та України зростає поширеність хронічних захворювань. Це, своєю чергою, посилює ризик розвитку мальнотриції та підкреслює важливість її раннього виявлення.

1 квітня 2016 року Генеральна Асамблея ООН проголосила 2016-2025 роки Десятиліттям дій ООН з питань харчування. Тож десятиліття, що минає, було безпрецедентною можливістю для вирішення проблем усіх форм недоїдання.

Оновлені міжнародні протоколи (ESPEN, ASPEN) містять детальні рекомендації з діагностики, скринінгу та корекції порушеного харчування як обов'язкової частини лікування. Більшість провідних скринінгових інструментів використовують поєднання фенотипових (втрата ваги, низька м'язова маса) та етіологічних критеріїв (знижене харчування, хронічне запалення). Серед них: NRS-2002, MUST, MNA-SF, Subjective Global Assessment, ASPEN/Academy of Nutrition and Dietetics.

Особливо важливим є підхід GLIM (Global Leadership Initiative on Malnutrition), який об'єднує ключові світові нутриційні товариства (ESPEN, ASPEN, FELANPE, PENSA). Проте, нині існує нагальна потреба в оновленому коді діагнозу «Мальнотриція у дорослих» у МКХ-11. Адже чинні коди засновані виключно на IMT 18,5 або їх основна увага зосереджена на виявленні дефіцитів окремих нутриєнтів. Це створює перешкоду для розпізнавання та діагностики мальнотриції, пов'язаної з хворобою.

Клінічна мальнотриція — це складна комбінація різних чинників: харчова депривація, втрата ваги, запалення, саркопенія. Відповідно, потрібен код діагнозу в МКХ-11, який адекватно відображає цю реальність і може підтримати щоденну клінічну практику. Наразі існують лише два коди, що стосуються мальнотриції у дорослих, головний із яких — «Недостатня маса тіла у дорослих» ($BMI < 18,5 \text{ кг/м}^2$). Але багато клінічних пацієнтів із мальнотрицією можуть мати надмірну або нормальну вагу і не відповідати цим критеріям.





Окремий діагностичний код дозволить здійснювати подальше спостереження та моніторинг втручань. У 2020 році представники понад 40 міжнародних нутриційних організацій разом із пацієнтськими спільнотами та Шведською радою охорони здоров'я подали офіційну пропозицію до ВООЗ внести в МКХ-11 новий код — «Мальнутриція у дорослих», з трьома підкатегоріями:

- пов'язана із захворюванням та запаленням;
- пов'язана із захворюванням без запалення;
- пов'язана із голодуванням без супутнього захворювання.

Також пропонуються рівні тяжкості: помірна та тяжка, на основі відхилень у фенотипових критеріях.

Світова нутриційна спільнота очікує, що ВООЗ врахує голоси фахівців та пацієнтів і система МКХ забезпечить клінічно коректні коди, що дозволить ефективніше виявляти, кодувати й лікувати мальнутрицію дорослих у всьому світі.

Це занепокоєння знайшло відгук під час спільної сесії Європейського товариства клінічного харчування та метаболізму (ESPEN) та ВООЗ у Мілані, Італія, під час 46-го конгресу ESPEN. «Мальнутриція — це надзвичайна ситуація в Європі», — саме під таким заголовком вийшла стаття після зазначеного конгресу у 2024 році.

Дані Університету Гренобль-Альпи, що у Франції, свідчать про серйозність ситуації, перед якою постають госпіталізовані пацієнти. Поперечний скринінг у всіх відділеннях, (крім педіатрії та акушерства), що здійснювався з 2007 року в цій лікарні, виявив недоїдання у 30% пацієнтів.

Профільне ретроспективне дослідження здійснили в травматологічному центрі Національної університетської лікарні Пусана, Південна Корея, з жовтня 2015 року по березень 2017 року. Серед загальної кількості 3560 пацієнтів 945 були включені до цього дослідження. Пацієнтів перевіряли на наявність мальнутриції. Розглядалися такі клінічні результати: 1) смертність, 2) тривалість госпіталізації, 3) тривалість перебування у відділенні інтенсивної терапії. Виявлена загальна поширеність мальнутриції серед госпіталізованих пацієнтів з травмами становила 55,0% (n=520). Ризик мальнутриції був незалежним прогностичним фактором смертності у пацієнтів з тяжкими травмами.

Варто зазначити, що мальнутриція в стаціонарі часто є результатом перешкод для оптимального харчування, які існують на організаційному рівні, і їм можна запобігти. У клінічній практиці країн ЄС, США, Канади чи Австралії акцент лікарняного харчування зміщено на якість нутритивного забезпечення: визначення білкової потреби (1,2–2 г/кг/день), індивідуальний підбір нутриєнтів, забезпечення мікроелементами, амінокислотами, жирними кислотами, вітамінами. Стандартизовані нутритивні протоколи часто діють у кожній лікарні.

В Україні, попри окремі позитивні зрушення, домінує підхід забезпечення лише мінімальної калорійності. Лікарі рідко оцінюють нутритивний статус пацієнтів, а раціони часто базуються на загальних нормах та не враховують реальні потреби в білку, залізі, цинку, вітамінах D, B12 тощо. Практика використання скринінгових інструментів мальнутриції (NRS-2002, MUST тощо) у більшості ЗОЗ відсутня.

Орієнтація виключно на калорії без урахування якісного складу призводить до нутритивного голодування. Надлишок вуглеводів без достатньої кількості білка провокує втрату м'язової маси. Брак вітамінів D, B12 і заліза сприяють розвитку імунodefіциту, анемії, когнітивним розладам. Високе співвідношення омега-6 до омега-3 жирних кислот провокує запалення.

Тож навіть формально «повноцінний» раціон не захищає пацієнта від ускладнень, якщо не задовольняє нутритивних потреб. Такий підхід особливо небезпечний у післяопераційний період, під час відновлення після інфекцій або онкологічного лікування.

Мальнутриція — це не лише дефіцит калорій, а комплексна проблема, що потребує мультидисциплінарного вирішення. Завдання сучасного ЗОЗ — вчасно виявляти порушення нутритивного статусу, застосовувати міжнародні стандарти оцінки та активно впроваджувати практики персоналізованого клінічного харчування.

Реформа підходів до нутритивної підтримки в українській системі охорони здоров'я — нагальна потреба, що безпосередньо впливає на ефективність лікування, прогноз і якість життя пацієнтів.



ESPEN

*The European Society for
Clinical Nutrition and Metabolism*



Menu à la carte

Déjeuner

- Gratin ou Céréales froides (Bran Flakes, Corn Flakes, Cheerios, Rice Krispies)
- Rôtis (poulet, porc, bœuf, sans gluten) ou Bagel ou Crêpe ou Muffin (pain, bûche, sans gluten, carottes, orange, avocat, pommes)
- Ouf (brouillé, œuf dur)
- Fromage (cheddar, cottage)
- Fruit (orange, pomme, banane)

Dîner et souper

- Macaroni au fromage
- Spaghetti à la viande ou aux lentilles
- Hambourgeois au bœuf ou végétarien
- Sandwich (œufs, poulet, fromage, thon)
- Pizza végétarienne
- Assiette froide (œuf ou légumes/œufs ou fromage ou salade de poulet)

Dessert

- Fruits (orange, pomme, banane) ou Fruits en conserve (poire, pêche) ou Compote de pommes
- Biscuits (vanille, chocolat)
- Crème à la vanille
- Pudding (chocolat, vanille) ou Riz au lait ou Banane-chocolat (vanille, caramel)
- Gâteaux (tarte, orange)
- Yogourt (vanille, fruit)

Condiments

- Ketchup (tarte, orange, banane, miel)
- Sauce de soja
- Beurre et arachides, Margarine ou Beurre
- Ketchup, Raisin, Moutarde, Mayonnaise
- Vinaigrette (cassis, italienne, française, huile et vinaigre)

Accompagnements

- Soupe (poulet & nouilles, minestrone, crème de légumes)
- Salade verte
- Tranches de tomates et/ou concombre
- Fromage (cheddar, cottage)
- Biscuits secs
- Banquette

Breuages

- Café ou Thé ou Tisane (citron, menthe, vert)
- Jus (orange, pomme, carottes, pruneaux)
- Lait (0%, 2%, chocolat, sans lactose)
- Boisson de soja à la vanille

Veillez noter

Le service alimentaire et celui de la nutrition clinique sont heureux de vous offrir un service de menu à la carte. Afin de commander votre repas, composer le 46368 (Live) (technicien) en dialecte vous aidera à choisir les plats qui correspondent à votre régime alimentaire. Il se peut que les choix soient plus limités et qu'il y ait une variation dans la disponibilité des aliments au menu. Si vous n'êtes pas en mesure d'appeler ou si vous préférez le dîner pour passer votre commande, vous recevrez un repas standard.

Nous vous remercions de votre compréhension.

Notre priorité est de vous offrir une variété d'aliments qui contribueront à votre rétablissement.

sodexo

Centre universitaire de santé McGill



COMPOSEZ le 4-MENU (46368)
514-934-1934 Ext.: 46368
Disponible à l'hôpital Royal Victoria & à l'hôpital général de Montréal

Heures d'appel (ouvert 9h à 18h30)
Déjeuner : La veille avant 18h30
Dîner : Avant 12h30
Souper : Avant 15h30

Bon appétit !

	Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
Dîner	Crème de pommes de terre Pâté chinois Pain de pois chiche, sauce béchamel aux fines herbes	Crème de carottes Sauté de porc, sauce au fromage Riz de porc, sauce aux tomates	Crème de chou-fleur Œuf à la coque Pain de dinde, sauce au fromage	Soupe des trois saurs Boulettes de bœuf, sauce béchamel Œuf à la coque	Crème de tomates Pâté de poulet Frittata fromage et légumes	Crème de carottes Œuf à la coque Cassoulet de porc, sauce béchamel aux fines herbes	Soupe aux lentilles Cassoulet de porc, sauce béchamel aux fines herbes
Souper	Crème de légumes Bœuf bourguignon Pain de pois chiche, sauce béchamel aux fines herbes	Soupe minestrone Frittata fromage et légumes Œuf à la coque, sauce au fromage	Soupe minestrone Pommes de terre, sauce au fromage Œuf à la coque, sauce au fromage	Crème de légumes Macaroni au fromage Œuf à la coque	Soupe minestrone Cassoulet de porc, sauce béchamel aux fines herbes	Soupe minestrone Œuf à la coque, sauce au fromage	Crème de légumes Œuf à la coque, sauce au fromage
Dîner	Soupe poulet et nouilles Pâté chinois, sauce béchamel aux fines herbes	Crème de carottes Pâté de porc, sauce au fromage	Crème de chou-fleur Œuf à la coque Pain de dinde, sauce au fromage	Soupe des trois saurs Boulettes de bœuf, sauce béchamel Œuf à la coque	Crème de tomates Pâté de poulet Frittata fromage et légumes	Crème de carottes Œuf à la coque Cassoulet de porc, sauce béchamel aux fines herbes	Soupe aux lentilles Cassoulet de porc, sauce béchamel aux fines herbes
Souper	Soupe poulet et nouilles Œuf à la coque, sauce au fromage	Soupe minestrone Pommes de terre, sauce au fromage Œuf à la coque, sauce au fromage	Soupe minestrone Pommes de terre, sauce au fromage Œuf à la coque, sauce au fromage	Crème de légumes Macaroni au fromage Œuf à la coque	Soupe minestrone Cassoulet de porc, sauce béchamel aux fines herbes	Soupe minestrone Œuf à la coque, sauce au fromage	Crème de légumes Œuf à la coque, sauce au fromage

Réglez la date et sélectionnez le repas selon la semaine de menu

Semaine 1

Semaine 2



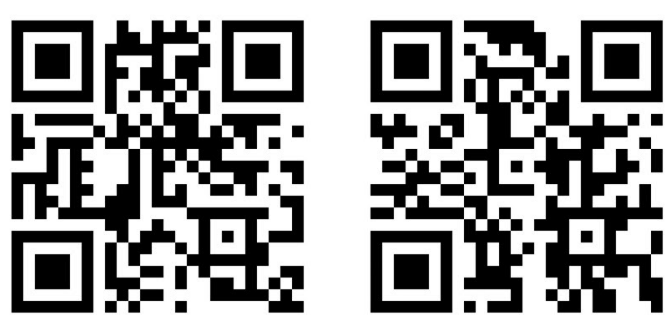
Нормативна база харчування пацієнтів у Канаді

Кожна лікарня може самостійно формувати меню на основі Рекомендацій уряду.

Hôpital GLEN WINSTON BRADSHAW (Emer-01) (Adult - Emerg - Emer-01) - ACUTE - Regular - New menu 2021						
Week 1	Sunday 1	Monday 1	Tuesday 1	Wednesday 1	Thursday 1	Friday 1
Breakfast	Orange juice blend (11446) Oatmeal (MUHC) 2021 Brown sugar, pc Milk 2% (150ml) Brown toast Margarine Strawberry jam Cinnamon egg Coffee (iced) Milk 2% Sugar Pepper	Apple juice (11446) Oatmeal (MUHC) 2021 Brown sugar, pc Milk 2% (150ml) Brown toast Margarine Strawberry jam Cinnamon egg Coffee (iced) Milk 2% Sugar Pepper	Orange juice blend (11446) Oatmeal (MUHC) 2021 Brown sugar, pc Milk 2% (150ml) Brown toast Margarine Strawberry jam Cinnamon egg Coffee (iced) Milk 2% Sugar Pepper	Orange juice blend (11446) Oatmeal (MUHC) 2021 Brown sugar, pc Milk 2% (150ml) Brown toast Margarine Strawberry jam Cinnamon egg Coffee (iced) Milk 2% Sugar Pepper	Orange juice blend (11446) Oatmeal (MUHC) 2021 Brown sugar, pc Milk 2% (150ml) Brown toast Margarine Strawberry jam Cinnamon egg Coffee (iced) Milk 2% Sugar Pepper	Orange juice blend (11446) Oatmeal (MUHC) 2021 Brown sugar, pc Milk 2% (150ml) Brown toast Margarine Strawberry jam Cinnamon egg Coffee (iced) Milk 2% Sugar Pepper
Lunch	Cream of chicken (MUHC) 2021 Shrimp and rice Green beans Vanilla cake (MUHC) 2021 Milk 2% Sugar Pepper	Cream of chicken (MUHC) 2021 Shrimp and rice Green beans Vanilla cake (MUHC) 2021 Milk 2% Sugar Pepper	Cream of chicken (MUHC) 2021 Shrimp and rice Green beans Vanilla cake (MUHC) 2021 Milk 2% Sugar Pepper	Cream of chicken (MUHC) 2021 Shrimp and rice Green beans Vanilla cake (MUHC) 2021 Milk 2% Sugar Pepper	Cream of chicken (MUHC) 2021 Shrimp and rice Green beans Vanilla cake (MUHC) 2021 Milk 2% Sugar Pepper	Cream of chicken (MUHC) 2021 Shrimp and rice Green beans Vanilla cake (MUHC) 2021 Milk 2% Sugar Pepper
PM Snack	Cream of chicken (MUHC) 2021 Shrimp and rice Green beans Vanilla cake (MUHC) 2021 Milk 2% Sugar Pepper	Cream of chicken (MUHC) 2021 Shrimp and rice Green beans Vanilla cake (MUHC) 2021 Milk 2% Sugar Pepper	Cream of chicken (MUHC) 2021 Shrimp and rice Green beans Vanilla cake (MUHC) 2021 Milk 2% Sugar Pepper	Cream of chicken (MUHC) 2021 Shrimp and rice Green beans Vanilla cake (MUHC) 2021 Milk 2% Sugar Pepper	Cream of chicken (MUHC) 2021 Shrimp and rice Green beans Vanilla cake (MUHC) 2021 Milk 2% Sugar Pepper	Cream of chicken (MUHC) 2021 Shrimp and rice Green beans Vanilla cake (MUHC) 2021 Milk 2% Sugar Pepper

Hôpital GLEN WINSTON BRADSHAW (Emer-01) (Adult - Emerg - Emer-01) - ACUTE - Regular - New menu 2021						
Week 2	Sunday 2	Monday 2	Tuesday 2	Wednesday 2	Thursday 2	Friday 2
Breakfast	Orange juice blend (11446) Oatmeal (MUHC) 2021 Brown sugar, pc Milk 2% (150ml) Brown toast Margarine Strawberry jam Cinnamon egg Coffee (iced) Milk 2% Sugar Pepper	Apple juice (11446) Oatmeal (MUHC) 2021 Brown sugar, pc Milk 2% (150ml) Brown toast Margarine Strawberry jam Cinnamon egg Coffee (iced) Milk 2% Sugar Pepper	Orange juice blend (11446) Oatmeal (MUHC) 2021 Brown sugar, pc Milk 2% (150ml) Brown toast Margarine Strawberry jam Cinnamon egg Coffee (iced) Milk 2% Sugar Pepper	Orange juice blend (11446) Oatmeal (MUHC) 2021 Brown sugar, pc Milk 2% (150ml) Brown toast Margarine Strawberry jam Cinnamon egg Coffee (iced) Milk 2% Sugar Pepper	Orange juice blend (11446) Oatmeal (MUHC) 2021 Brown sugar, pc Milk 2% (150ml) Brown toast Margarine Strawberry jam Cinnamon egg Coffee (iced) Milk 2% Sugar Pepper	Orange juice blend (11446) Oatmeal (MUHC) 2021 Brown sugar, pc Milk 2% (150ml) Brown toast Margarine Strawberry jam Cinnamon egg Coffee (iced) Milk 2% Sugar Pepper
Lunch	Cream of chicken (MUHC) 2021 Shrimp and rice Green beans Vanilla cake (MUHC) 2021 Milk 2% Sugar Pepper	Cream of chicken (MUHC) 2021 Shrimp and rice Green beans Vanilla cake (MUHC) 2021 Milk 2% Sugar Pepper	Cream of chicken (MUHC) 2021 Shrimp and rice Green beans Vanilla cake (MUHC) 2021 Milk 2% Sugar Pepper	Cream of chicken (MUHC) 2021 Shrimp and rice Green beans Vanilla cake (MUHC) 2021 Milk 2% Sugar Pepper	Cream of chicken (MUHC) 2021 Shrimp and rice Green beans Vanilla cake (MUHC) 2021 Milk 2% Sugar Pepper	Cream of chicken (MUHC) 2021 Shrimp and rice Green beans Vanilla cake (MUHC) 2021 Milk 2% Sugar Pepper
PM Snack	Cream of chicken (MUHC) 2021 Shrimp and rice Green beans Vanilla cake (MUHC) 2021 Milk 2% Sugar Pepper	Cream of chicken (MUHC) 2021 Shrimp and rice Green beans Vanilla cake (MUHC) 2021 Milk 2% Sugar Pepper	Cream of chicken (MUHC) 2021 Shrimp and rice Green beans Vanilla cake (MUHC) 2021 Milk 2% Sugar Pepper	Cream of chicken (MUHC) 2021 Shrimp and rice Green beans Vanilla cake (MUHC) 2021 Milk 2% Sugar Pepper	Cream of chicken (MUHC) 2021 Shrimp and rice Green beans Vanilla cake (MUHC) 2021 Milk 2% Sugar Pepper	Cream of chicken (MUHC) 2021 Shrimp and rice Green beans Vanilla cake (MUHC) 2021 Milk 2% Sugar Pepper

Hôpital GLEN WINSTON BRADSHAW (Emer-01) (Adult - Emerg - Emer-01) - ACUTE - Regular - New menu 2021						
Week 2	Sunday 2	Monday 2	Tuesday 2	Wednesday 2	Thursday 2	Friday 2
Breakfast	Orange juice blend (11446) Oatmeal (MUHC) 2021 Brown sugar, pc Milk 2% (150ml) Brown toast Margarine Strawberry jam Cinnamon egg Coffee (iced) Milk 2% Sugar Pepper	Apple juice (11446) Oatmeal (MUHC) 2021 Brown sugar, pc Milk 2% (150ml) Brown toast Margarine Strawberry jam Cinnamon egg Coffee (iced) Milk 2% Sugar Pepper	Orange juice blend (11446) Oatmeal (MUHC) 2021 Brown sugar, pc Milk 2% (150ml) Brown toast Margarine Strawberry jam Cinnamon egg Coffee (iced) Milk 2% Sugar Pepper	Orange juice blend (11446) Oatmeal (MUHC) 2021 Brown sugar, pc Milk 2% (150ml) Brown toast Margarine Strawberry jam Cinnamon egg Coffee (iced) Milk 2% Sugar Pepper	Orange juice blend (11446) Oatmeal (MUHC) 2021 Brown sugar, pc Milk 2% (150ml) Brown toast Margarine Strawberry jam Cinnamon egg Coffee (iced) Milk 2% Sugar Pepper	Orange juice blend (11446) Oatmeal (MUHC) 2021 Brown sugar, pc Milk 2% (150ml) Brown toast Margarine Strawberry jam Cinnamon egg Coffee (iced) Milk 2% Sugar Pepper
Lunch	Cream of chicken (MUHC) 2021 Shrimp and rice Green beans Vanilla cake (MUHC) 2021 Milk 2% Sugar Pepper	Cream of chicken (MUHC) 2021 Shrimp and rice Green beans Vanilla cake (MUHC) 2021 Milk 2% Sugar Pepper	Cream of chicken (MUHC) 2021 Shrimp and rice Green beans Vanilla cake (MUHC) 2021 Milk 2% Sugar Pepper	Cream of chicken (MUHC) 2021 Shrimp and rice Green beans Vanilla cake (MUHC) 2021 Milk 2% Sugar Pepper	Cream of chicken (MUHC) 2021 Shrimp and rice Green beans Vanilla cake (MUHC) 2021 Milk 2% Sugar Pepper	Cream of chicken (MUHC) 2021 Shrimp and rice Green beans Vanilla cake (MUHC) 2021 Milk 2% Sugar Pepper
PM Snack	Cream of chicken (MUHC) 2021 Shrimp and rice Green beans Vanilla cake (MUHC) 2021 Milk 2% Sugar Pepper	Cream of chicken (MUHC) 2021 Shrimp and rice Green beans Vanilla cake (MUHC) 2021 Milk 2% Sugar Pepper	Cream of chicken (MUHC) 2021 Shrimp and rice Green beans Vanilla cake (MUHC) 2021 Milk 2% Sugar Pepper	Cream of chicken (MUHC) 2021 Shrimp and rice Green beans Vanilla cake (MUHC) 2021 Milk 2% Sugar Pepper	Cream of chicken (MUHC) 2021 Shrimp and rice Green beans Vanilla cake (MUHC) 2021 Milk 2% Sugar Pepper	Cream of chicken (MUHC) 2021 Shrimp and rice Green beans Vanilla cake (MUHC) 2021 Milk 2% Sugar Pepper



Рекомендації канадського уряду

Зміни в Посібнику з харчування Канади

Переходьте на кейтеринг харчування пацієнтів

ПЕРЕВАГИ КЕЙТЕРИНГУ:



Фінансова економія



Відсутність потреби проводити тендери



Оптимізація харчування пацієнтів



Отримання додаткового прибутку



Звільнення ресурсів



Делегування ризиків

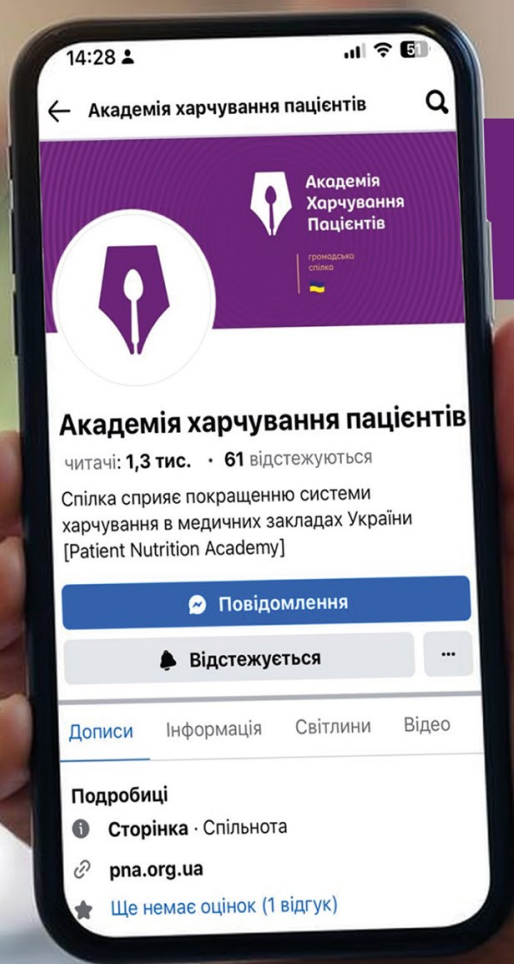


Покращення іміджу



ДІЗНАТИСЯ БІЛЬШЕ





Корисно лікарям, медичним працівникам, пацієнтам і кожному свідомому українцю



WWW.PNA.ORG.UA



громадська
спілка



Академія харчування пацієнтів

ДОЛУЧАЙТЕСЯ ТА ОТРИМУЙТЕ МОЖЛИВОСТІ:

- слідкувати за діяльністю спілки;
- отримувати новини про харчування пацієнтів в Україні;
- дізнатися про закордонний досвід харчування у лікарнях;
- читати експертні статті про лікувальне та здорове харчування від лікарів-дієтологів та інших профільних спеціалістів;
- залишити відгук про харчування у стаціонарі;
- знайти рекомендації цікавих та корисних сторінок з медичної сфери;
- стати частиною спільноти, яка прагне покращити харчування пацієнтів в Україні.



КЛУБ
ДІЄТСЕСТЕР



Клуб дієтсестер

ДОЛУЧАЙТЕСЯ ТА ОТРИМУЙТЕ МОЖЛИВОСТІ:

- знайти анонси лекцій, відвідати їх або подивитися в онлайн;
- переглянути звіти з подій: відеозаписи лекцій, презентації, фотоальбоми;
- читати експертні статті на тему лікувального та здорового харчування;
- розвиватися, навчатися, спілкуватися з колегами та обмінюватися досвідом.

Клуб дієтсестер — це всеукраїнська професійна спільнота, до якої може долучитися кожна медична сестра з дієтичного харчування на безоплатній основі.

Чекаємо нових активних учасниць, які прагнуть пізнавати нове та підвищувати кваліфікацію.