

# הרצאה בכנס האגודה הישראלית לגרונטולוגיה 2003

## "שום, פלפל ושמן זית" - אפשר גם בחולים גריאטרים! חשיבות שילוב הדיאטנית במערך המזון המוסדי

ל. פרנקו-פינטו, ד. גרפינקל\*

מערך תזונה ודיאטה ומחלקת אבחון ושיקום, המרכז הגריאטרי המשולב ע"ש שהם פרדס חנה

**מטרת העבודה:** תפקידה של הדיאטנית במרכז גריאטרי, להבטיח לכל מאושפז הנמצא בטיפול, את המצב התזונתי הטוב ביותר עבורו, לשיפור ושימור בריאותו ואיכות חייו. השגת מצב תזונתי טוב מאפשרת לקשישים בכלל ולמאושפזים והמרותקים למיטתם עקב מחלות כרוניות בפרט, יכולת התמודדות טובה יותר עם מחלות, כולל עיכוב ומניעה של סיבוכים ושימור יכולות. ברמת הפרט כוללת עבודת הדיאטנית הערכה ואבחון תזונתי, התאמת תוכנית טיפול תזונתית אישית ומעקב. להשגת מטרה זו חייבת הדיאטנית להיות מעודכנת בידע המקצועי-מדעי מהספרות העולמית אך חשוב לא פחות, ליישם ידע זה ולהתאימו לאפשרויות הטכניות והכלכליות במקום עבודתה ולצרכיו הסגוליים של החולה. הקיצוץ הנרחב במערכת הבריאות משפיע גם על היקף ומגוון אספקת המזון לבתי החולים ובמציאות זו מתבלטת עוד יותר חשיבותו של המטבח והטבח: המטרה העיקרית היא אספקת מזון איכותי בעל ערך תזונתי גבוה. ברם, כלי משמעותי בדרך להשגת ניצול נכון של המזון ע"י כל החולים (מטרת הדיאטנית), הוא אספקת מזון איכותי מבחינת הטעם, המראה והמרקם. ראוי לזכור כי גם בקשישים ואפילו בנוכחות מחלות קשות או דמנציה, מזון אינו רק צורך פיזיולוגי ויכול להוות גם מקור הנאה די בודד. בנוסף, קיימת שונות גבוהה בהעדפות וצרכים לחולים מעדות שונות ועם תחלואה שונה כך שהתאמת מזון אופטימלית לחולה סגולי מהווה לא רק אתגר מדעי קליני אלא אומנות של ממש. בדרך להשגת המטרה בצורה היעילה והמהנה ביותר למרות האילוצים המגוונים, חשוב שיתוף הפעולה המלא בין הטבח ומנהל המטבח לדיאטנית: בעוד הטבח מתמחה בתורת הכנת המזון, הדיאטנית מתמחה בתזונה ומהווה את הגורם המקשר בין עבודת המטבח לצרכיו האישיים של כל חולה.

במרכז הגריאטרי ע"ש שהם פותח מודל שמטרתו לחזק הקשר בין הדיאטניות לצוות המטבח כאשר מנהלת המטבח היא גם דיאטנית המנהלת את היחידה לתזונה ודיאטה (ל.פ.), זאת במטרה לשפר איכות התזונה עבור כלל החולים הקשישים במחלקות השונות (קרוב ל- 800 חולים בחמש מחלקות תשושים, ארבע מחלקות תשושי נפש, ארבע מחלקות אקוטיות ו- 11 מחלקות סיעודיות).

**שיטות:** בהתחשב במגבלות התקציביות הוחלט כעקרון ראשון שלא להתפשר על איכות מרכיבי התזונה החיוניים לדיאטת הקשיש. כפועל יוצא לא נרכש המוצר הזול ביותר בשוק אם אינו מספק גורמים אלו ולא משתמשים לצורך הכנת בלנדר המהווה ארוחה שלמה עבור חולה הזקוק לו, בשאריות שלרוב אינן מכילות את כל המרכיבים החיוניים בכמות מספקת. גישה זו מחייבת כמוכן יותר מחשבה, זמן ויצירתיות. לצורך כך גובשו מעבר לנהלי משרד הבריאות גם שיטות עבודה שמטרתן לספק מזון עם ערך תזונתי גבוה לדוגמה, שימוש בקומביסטימרים במקום סירים, בישול קצר, משלוח ירקות טריים למחלקות כדי לחתכם ולהכינם זמן קצר לפני ההגשה לחולה ועוד. שנית, הובהר לצוות מטבח כי המטרה אינה הפקת מזון בכמות ואיכות מסוימת, אלא שמזון זה יגיע ליעדו - מעי החולה: מזון בערך תזונתי הגבוה ביותר לא יגיע ליעדו, אם לא יהיה אטרקטיבי ויאכל כולו ע"י החולה. לכן הושם דגש מיוחד על הצד האסתטי של המזון ועל טעמו כולל משך טיגון או אפיה מדויקים, תיבול ורטבים טעימים וכיוב'. בנוסף נלקחים בחשבון העדפות סגוליות במאמץ לספק לכל חולה את האוכל אליו הוא רגיל ואותו הוא אוהב, דבר המגביר את הסיכוי כי מרכיבי המזון החיוניים לו יאכלו. הנקודה השלישית היא בקרת איכות על התפריט המוצע והמושפע מהרכב האוכלוסייה ולגבי המצב התזונתי של כל חולה במחלקה.

**תוצאות:** מסיבות מעשיות ואתיות יושם המיזם לגבי כל החולים במרכז הגריאטרי. מסיבה זו אין קבוצת ביקורת ולנוכח מציאות בה מדובר בקשישים במצב תזונתי ירוד מלכתחילה כאשר סוג החולים המתקבלים למרכז הופך קשה ומורכב כל הזמן, קשה להעריך באופן חד משמעי אם אכן היה שיפור משמעותי במצב התזונתי ב- 18 החודשים הראשונים ליישום המיזם. עם זאת, ראוי לציין עלייה משמעותית בשביעות הרצון של החולים ומשפחותיהם וירידה בכמות המזון הנזרקת לפח לאחר הארוחות.

**מסקנה:** חיזוק הקשר בין שירותי הדיאטה והמטבח מהווה אמצעי יעיל ביותר לשיפור איכות הדיאטה הניתנת לקשישים במרכז גריאטרי. שיתוף הפעולה בין שני תחומים מקצועיים אלו חיוני החל מרמת הכנת התפריט והמתכונים, דרך קביעת חומרי הגלם הראויים ועד לרמת הגשת הארוחה לחולים במחלקות.