

# Az Egységes Diétás Rendszer története és változásai a mai magyar kórházakban

Czékmán Ervin<sup>1</sup> ■ Csajbókné dr. Csobod Éva<sup>2</sup> ■ Pálfi Erzsébet dr.<sup>2</sup>  
Veresné dr. Bálint Márta<sup>2</sup> ■ Tátrai-Németh Katalin dr.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dr. Manninger Jenő Baleseti Központ, Budapest

<sup>2</sup>Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Dietetikai és Táplálkozástudományi Tanszék, Budapest

Az ókori Hippokratész és Galénosz óta számos írásos emlék bizonyítja, hogy megfelelő étrenddel eredményesebb és gyorsabb gyógyulást lehet elérni a betegeknél. Már a középkorban, a 11. században, Avicenna is készített táplálkozási előírásokat, étrendi ajánlásokat. A 20. század úttörő orvosai felismerték, hogy a rendszerbe szedett diéták útmutatást adhatnak a többi orvosnak, valamint a gyógyítás más szereplőinek is.

## Az Egységes Diétás Rendszer kialakulása

Ahhoz, hogy az Egységes Diétás Rendszeréről (EDR) beszélni tudjunk, 1922-ig kell visszatekintenünk: éppen száz éve indította el Soós Aladár az egyéves „diétás néne”-képzést a Pázmány Péter Orvostudományi Egyetemen. Soós Aladár professzor felismerte, hogy a kórházi beteg gyógyulása érdekében az egyén igényeit is figyelembe kell venni diétája kialakításakor. Ez az elgondolás volt az alapja az általa 1927-re kidolgozott elixrendszernek, amely „Budapest System”-ként Európa több országában is ismertté vált. A rendszerben az „elix” egy mérőszám volt, amely az ételek nyersanyagértékét és a ráfordított munka mennyiségét jelentette. A beteg a diétás néne segítségével az elixérték alapján választhatott az ellátás során. A diétás nénéknek volt a feladatuk olyan, a beteg egyéni igényeit is figyelembe vevő étrend összeállítás, amely a gazdasági szempontokat is mérlegelte, a betegségnek megfelelő, a gyógyulást elősegítő és egészségnevelő célzattal. A rendszer azért lett sikeres, mert a fentiekben túl előnye volt, hogy a diétás nénék munkájának eredményét is értékelni lehetett, egyrészt az ételhulladék mennyiségével, másrészt azzal, hogy ugyanazon nyersanyagértékkel ki milyen minőségű és hányféle ételt tudott összeállítani [1]. A 20. század folyamán eközben már több diéta is ismert volt, melyeket kitalálójukról neveztek el. Ilyen volt például a Herzog-diéta, amely a polycythaemia kezelésére szolgált, és állatifehérje-mentes volt, vagy a Patek-diéta, amelyet a májcirrhosis kezelésére alkalmaztak. A megnevezések között volt olyan, amely szervet jelölt, például májkímélő-epekímélő diéta. Ez utóbbi két elnevezés még ma is használatban van, ám

nem veszi figyelembe egy-egy betegség változását, „dinamikáját” [2].

1957 és 1961 között Fekete László diétás ellenőrző főorvos, az orvostudományok kandidátusa, egészségügyi minisztériumi finanszírozás mellett több intézmény különböző szakembereivel megalkotta a „Gyógyintézeti betegélelmezés és étrendi kezelés rendszerét”. Ez a rendszer olyan komplex módon volt kidolgozva, hogy a diéta elnevezésén kívül leírta az indikációt, a kórélettani javaslatokat, a diétarendelés módját is. Rendelési utasításokat és kipróbált recepteket, étrendeket javasolt [3]. Fekete László 1966-ra Miskolcon elkészítette – az előzmények és az egyeztető konferenciák figyelembevételével – az „egységes diétás rendszer” első verzióját, amely már hasonlított a mai EDR-re [4]. Az EDR lényege, hogy különböző betegségek ugyanolyan változást okozhatnak az anyagcserében, tehát ugyanolyan étrend szolgálhatja a gyógyulást, a különböző konyhatechnikákkal pedig a beteg szervezet kímélését tudjuk megoldani. Az EDR-ben a diéta meghatározása két szempont szerint történik. Az egyik a tápanyag-összetétel, a másik az alkalmazott ételkészítési eljárásokra vonatkozó (konyhatechnológiai) utasítás: például az energia- és fehérjebő diéta lehet normál, könnyű-vegyes vagy akár pépes konyhatechnológiával elkészítve. Ezenkívül a rendszer külön csoportba sorolja a különleges diétákat (amelyek ritkák, vagy tápanyagtartalom szerint nem illeszthetők egyikbe sem), illetve egy másikba a diagnosztikai étrendeket.

1978-ra az Országos Dietetikai Intézet a váci Szőnyi Tibor Kórház munkatársaival, Branyiczky Lászlónak, Pest megye dietetikus szakfelügyelő főorvosának irányításával kidolgozta az EDR kódolását. A kódszám első karaktere a tápanyag-összetételre utalt (0: egyéni, 1: alapétrend, 2: kalóriaváltozás, 3: fehérjetartalom-változás stb.), a második a kiválasztott tápanyag mennyiségi változásait adta meg (az 5-ös volt a középátlagos), a harmadik jelölte az ételkészítés módját, de gyakran volt szükség negyedik és ötödik karakterre is. Az 1980-as évek közepére dr. Rigó János professzor, az Országos Dietetikai Intézet igazgatója, az Egészségügyi Főiskola Dietetikai Szakának tanszékvezetője Gaál Jánosné főis-

kolai docens és Gion Béla alezredes, élelmezési logisztikai szakember munkacsoportjával kidolgozta az EDR alapján történő étlaptervezést és tápanyagszámítást személyi számítógépre. Eközben az EDR folyamatosan alkalmazkodott a táplálkozástudomány fejlődéséhez, változásaihoz [5].

Ezt támasztja alá, hogy míg régebben, 1985-ben fehérjebő étrend önállóan is létezett a rendszerben, ma már csak energia-, fehérjegyazdag változatról beszélünk, mert a fehérje hasznosulása energiát igénylő folyamat, amit jelölni kell. A szénhidrátszegénység kifejezést pedig felváltotta a tápanyag minőségi meghatározását is lehetővé tevő, módosított szénhidrát-összetételű elnevezés [6]. 2004-re a savanyító és lúgosító, továbbá a cukorszegény, tejmentes, valamint a triptofánszegény és folyadék-szegény elnevezések is eltűntek, előtérbe került viszont a koleszterinszegény mellett a gliadinmentes és purinszegény étrend [2].

## A 21. század igénye a változtatásra

A 21. századra nemcsak az orvostudomány, de az informatika is rohamos fejlődésnek indult, aminek következményeként a korszerű diétás rendszernek tükröznie kell a legfrissebb kutatási eredményeket. Ez azt jelenti, hogy módosíthatónak kell lennie, és amellet, hogy az elnevezés utal a tápanyagtartalomra és a készítési módra, illeszkednie kell a korszerű élelmezési rendszerbe. Valamint a diétákat úgy kell elnevezni, hogy az mindenki számára egyértelmű, közérthető legyen, és ugyanazt értsen rajta bármelyik kórház összes szakembere. Mára 2004-hez képest is megváltozott a lakosság életvitele és étkezési szokásai, az étel-miszer-alapanyagok kínálata, a felgyorsult élet miatt elterjedt a „street food”. A COVID-19-világjárvány következményeként egyre jobban előtérbe kerül a házhoz rendelés, a kényelmi termékek használata, a mozgásszegény életmód, a környezeti változások, amelyek mind előrevetítik, hogy emelkedik azon betegségek száma, ahol a diéta nagy szerepet kap mint kezelési lehetőség. Jelen tudásunk szerint csak diétával kezelhető a coeliakia, a galactosaemia, a phenylketonuria. A táplálékallergiák mellett folyamatosan nő a helytelen táplálkozás következtében megbetegedettek száma. A mai kor emberének tudatát erősen befolyásoló média hírek miatt a köztudatban elterjedt, hogy jelentősen nőttek az étkezéssel összefüggő allergiás megbetegedések. Ugyanakkor összefoglaló tanulmányok alapján szükséges megjegyezni, az egészségügyi személyzetnek és a betegek felé is hangsúlyozni kell, hogy az adverz ételreakciók hátterében nagyon gyakori a biogénamin-intolerancia és az egyéb gastrointestinalis megbetegedések; az ételallergiák száma egyértelműen túlbecsült [7, 8]. Csak az egyéni kivizsgálás eredményének ismeretében lehet az egyénre szabott diétát összeállítani a táplálékeredetű allergiában szenvedő páciens részére.

## Az EDR modernizálása

Fontos, hogy az elmúlt évek és évtizedek hazai és nemzetközi kutatásainak eredményei beépíthetők legyenek az egységes rendszerbe. Ennek értelmében hangsúlyt kaphatnának az étrendi antioxidánsok is, például a szabad gyökös károsodások következtében kialakult, *dr. Fehér János professzor és mtsai* által leírt gastrointestinalis betegségekben. A fitokemikáliák (polifenolok, karotinok, antocianinok, szaponinok, terpének stb.) tudatos használatára nemzetközi kutatások is felhívják a figyelmet bizonyos betegségek, mint a rheumatoid arthritis, a cukorbetegség vagy a cardiovascularis megbetegedések kialakulásának megelőzése céljából [9–14]. Nem hagyhatjuk figyelmen kívül az EAT-Lancet Bizottság által kidolgozott, egészséges és fenntartható étel-miszerrendszerekre vonatkozó célkitűzést sem. Ez az állati eredetű étel-miszerek fogyasztásának csökkentését, míg a növényi eredetű étel-miszereknek az étrendbe való nagyobb mértékű illesztését javasolja, aminek gyakorlatban történő alkalmazása kihívást jelent a jövőben [15].

2016 decemberében a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kara Dietetikai és Táplálkozástudományi Tanszékének kezdeményezésére a Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége online kérdőíves felmérést végzett a magyarországi fekvőbeteg-intézményekben alkalmazott különböző típusú diétákról. A 43 kiküldött kérdőív-ből 29 kórház szolgáltatott adatot, ezen intézmények azonban lefedték Magyarország összes régióját. Ezek az egészségügyi intézmények 23 000 beteg ellátását biztosítják [16]. A diéták elnevezése részben az EDR, részben a betegségek szerint történik. A diétafelelések száma a felmérésben részt vevő kórházak vonatkozásában 62 volt, míg a világ más tájain, Új-Zélandtól Amerikáig 20–25 diétaelnevezéssel megoldják a kórházi páciensek táplálását. 2021-ben az Európai Klinikai Táplálási és Anyagcsere Társaság (ESPEN) bizonyítékon alapuló ajánlásokat tett az étkezés megszervezésére, a diéták előírásaira és indikációira, valamint a táplálékfelvétel monitorozására a kórházakban, rehabilitációs központokban. A cél: tudatosítani az orvosokban, dietetikusokban, ápolókban, konyhavezetőkben – az érintett, érdekelt felekben – a kórházélelmezés kulcsfontosságú szerepét, amely hozzájárul a betegbiztonsághoz a táplálkozási ellátáson belül, az alutápláltság és az ahhoz kapcsolódó kockázatok, szövődmények kialakulásának csökkentésére, megelőzésére [17]. A Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége felmérésének 29 válaszadója közül 28 kórházban van lehetőség egyénre szabott diétára, ez az összes diétatípus 1–30%-a, átlagosan 6,5%. A felmérés eredményeinek megismerését követően a Tanszék és a Szövetség munkacsoportot hozott létre több vidéki szakember bevonásával, akiknek célja volt véleményezni az EDR-t és javaslatokat kérni és tenni a modernizálásra. Az EDR megújítása a betegellátás valamennyi résztvevőjét érinti, mivel a páciens igényeinek kielégítéséért egyaránt felelősek. A munkacsoport 2018-ban tartott konzultációk

nyomán, továbbá a külföldi diétás rendszereket is figyelembe véve az alábbi következtetésre jutott:

A diéta elnevezése érthető kell hogy legyen egyrészt az ételmezési üzem számára, melynek célja az intézményi diéták észszerű határok között tartása, a munkaszervezés egyszerűsítése a gazdaságos üzemeltetés figyelembevételével. Másrészt az orvos számára, hiszen a dietetikusi dokumentáció egyszerűsített változata az egységes dokumentáció része, a tevékenység így rögzíthető, ami a finanszírozás és a minőségbiztosítás alapja. Harmadrészt a dietetikusi számára, ugyanis a dietetikusi dokumentáció minél részletesebb, egyénre szabottabb (individuális) változata lehetővé teszi a részletes szakmai tevékenység rögzítését, ami szintén a minőség biztosításának alapját képezi. Negyedrészt a kliens/páciens számára segítséget jelent az egyénre szabott (individuális) dietetikusi tevékenység megértése, a beteg közreműködésének megnyerése, a számára vállalható intervenciók mindennapi rutumba történő beépítése céljából.

A fenti indokok figyelembevételével és a gyakorlati tevékenységet végző terápiás dietetikusok észrevételeinek felhasználásával a munkacsoport javaslatot dolgozott ki az EDR megújítására az intézményi diéták észszerű határok között tartása céljából. A meglévő diétákra alapozva megreformálta az energia- és tápanyag-összetétel szerinti változatokat, valamint a különleges és diagnosztikai étrendeket. Szakmailag indokolt esetben egyéni étrend is rendelhető, a meglévő diéták kombinációjára alapozva. A munkacsoport a diéták konyhatechnikai utasításai mellett feltüntette azok indikációs területeit is (1. táblázat). Az 1. táblázat szemlélteti az EDR felépítését a zsírszegény diétán keresztül, a különféle konyhatechnológiai változatok és az indikációk feltüntetése mellett.

## Következtetés

A kórházi ételmezési szolgálat a gazdálkodási szerepe mellett jelentős terápiás tevékenység, mely fontos szerepet tölt be a betegek gyógyításában. A munkacsoport ezért folytatja munkáját, további szereplők bevonásával,

1. táblázat | A zsírszegény diéta változatai és indikációs területei az Egységes Diétás Rendszerben

Tápanyagtartalom szerinti változat	Konyhatechnológia szerinti változat	Jellemző indikációs területek
Zsírszegény	Könnyű-vegyes	Cukorbetegséggel, inzulinrezisztenciával, csökkent glükóztoleranciával járó fekélybetegség nyugalmi stádiumában
	Diétás rostban gazdag	Cukorbetegség, inzulinrezisztencia, csökkent glükóztolerancia
	Rostszegény, kímélő fűszerezésű	Epebetegséggel szövődött cukorbetegség, inzulinrezisztencia, csökkent glükóztolerancia

a pécsi és a debreceni dietetikusképzés szakembereivel, informatikai és ételmezési szakértőkkel annak érdekében, hogy a megreformált EDR a gyakorlatban mihamarabb bevezethető legyen. Tovább kell folytatni az ajánlás részleteinek finomítását, hiszen újabb elemzést igényel a rendszer bevezetése a gazdálkodásra, a költségek alakulására, mivel az ételmezési ellátás az intézményi költségvetés 5–10%-át is elérheti. A szerteágazó, sokrétű ételmezési feladat ellátásához jól szervezett folyamatot szükséges biztosítani, és tökéletesíteni kell a munkamódszereket, alkalmazni az ételmezési és táplálkozástudomány, valamint a dietetika legújabb eredményeit. Mindezekhez kívánatos a személyi és anyagi lehetőségek takarékos felhasználása, a műszaki és technikai színvonal emelése, a betegek diétás ellátásának folyamatos monitorozása és a közös szakmai nyelv használata.

## Irodalom

- [1] Raduly C, Molnár Sz. Who was professor Aladár Soós? [Ki volt Soós Aladár professzor?] *Ételmezés* 2014; 1–2: 40. [Hungarian]
- [2] Erdélyi A, Gaál J-né, Horváth Z-né, et al. Practical dietetic. [Gyakorlati dietetika.] Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest, 2004. [Hungarian]
- [3] Fekete L. Dietary system of hospital patient nutrition and dietary treatment, I–II. [Gyógyintézeti betegételtetés és étrendi kezelés diétás rendszere, I–II.] *Az Egészségügyi Minisztérium Gyógyító-Megelőző Főosztályának kiadványa*, Budapest, 1961. [Hungarian]
- [4] Fekete L. Unified patient nutrition system and dietary order. [Egységes betegételtetési rendszer és diétás rendtartás.] *Miskolc*, 1966. [Hungarian]
- [5] Gaál J-né, Tarján Gy, Rigó J, et al. Organization and accounting system of the activities of hospital catering establishments. [A kórházi ételmezési üzemek tevékenységének szervezése és elszámolási rendszere.] *Orvostovábbképző Intézet, Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest*, 1978; pp. 29–39. [Hungarian]
- [6] Gaál J-né, Horváth T-né, Magyarné Németh R, et al. Practical dietetic. [Gyakorlati dietetika.] *Orvostovábbképző Intézet, Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest*, 1985. [Hungarian]
- [7] Solymosi D, Diczig B, Sárdy M, et al. Food allergy? Intolerance? – Examination of adverse reactions to foods in 406 adult patients. [Ételallergia? Intolerancia? – Étel adverz reakciók vizsgálata 406 felnőtt betegen.] *Orv Hetil.* 2020; 161: 1042–1049. [Hungarian]
- [8] Solymosi D, Sárdy M, Pónyai Gy. Interdisciplinary significance of food-related adverse reactions in adulthood. *Nutrients* 2020, 12, 3725.
- [9] Islam A, Alam F, Solayman M, et al. Dietary phytochemicals: natural swords combating inflammation and oxidation-mediated degenerative diseases. *Oxid Med Cell Longev.* 2016; 2016: 5137431. Epub: 2016 Sep 19.
- [10] Hegedűs V, Gerő D, Mihály Z, et al. Alimentary induced fatty liver and adjuvant therapy with effective natural bioactive molecules. [Alimentáris eredetű kísérletes zsírmáj és adjuváns kezelése természetes eredetű bioaktív hatóanyagokkal.] *Orv Hetil.* 2011; 152: 1035–1042. [Hungarian]
- [11] Blázovics A, Fehér E, Kéry Á, et al. Liver protecting and lipid lowering effects of *Sempervivum tectorum* extract in the rats. *Phytother Res.* 1993; 7: 98–100.
- [12] Blázovics A, Sárdi É. Methodological repertoire development to study the effect of dietary supplementation in cancer therapy. *Microchem J.* 2018; 136: 121–127.

- [13] Egresi A, Drexler D, Hagymási K, et al. The potential role of organic and conventional yoghurt consumption in the treatment of non-alcoholic fatty liver disease. [Az ökológiai és a konvencionális joghurtfogyasztás lehetséges szerepe nem alkoholos zsírmájbetegség kezelésében.] *Orv Hetil.* 2020; 161: 1466–1474.
- [14] Lugasi A, Blázovics A, Hagymási K, et al. Antioxidant effect of squeezed juice from black radish (*Rapbanus sativus* L. var *niger*) in alimentary hyperlipidaemia in rats. *Phytother Res.* 2005; 19: 587–591.
- [15] Bánáti D. Veggie burgers, vegan meats? The ruling of the European Parliament paved the way for meat substitutes with meat denominations. [Vega hamburgerek, vegán húsök? Az Európai Parlament döntése a növényi alapú húspótló élelmiszerek elnevezéséről.] *J Food Investig.* 2020; 66: 3158–3174.
- [16] Erdélyi-Sípos A, Bartha K. Evaluation of dietetic activity in inpatient care institutions in the light of the fulfillment of minimum personal conditions. [A dietetikai tevékenység értékelése fekvőbeteg-ellátó intézményekben a személyi minimumfeltételek teljesülése tükrében.] *Új Diéta* 2017; 26(4): 2–5. [Hungarian]
- [17] Thibault R, Abbasoglu O, Ioannou E, et al. ESPEN guideline on hospital nutrition. *Clin Nutr.* 2021; 40: 5684–5709.

(Czékmán Ervin,  
Budapest, Petőfi u. 180., 1196  
e-mail: czekman.ervin@baleseti.hu)

„*Mala est inopia ex copia quae nascitur.*”  
(Rossz a hiányérzet, mely bőségből születik.)

A cikk a Creative Commons Attribution 4.0 International License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) feltételei szerint publikált Open Access közlemény, melynek szellemében a cikk bármilyen médiumban szabadon felhasználható, megosztható és újraközölhető, feltéve, hogy az eredeti szerző és a közlés helye, illetve a CC License linkje és az esetlegesen végrehajtott módosítások feltüntetésre kerülnek. (SID\_1)