



**SVDE ASDD**

Schweizerischer Verband  
dipl. Ernährungsberater/innen HF/FH  
Association Suisse des  
Diététiciens-ne-s diplômé-e-s ES/HES  
Associazione Svizzera  
Dietiste-i diplomate-i SSS/SUP

**SVDE ASDD**

# Info

August | Août | Agosto

**4 / 2012**



Ernährung in der Intensivpflege  
Nutrition aux soins intensifs  
Alimentazione dei pazienti di cure intense

# ENTERALE ERNÄHRUNG NUTRITION ENTERALE



## Fresubin 2 kcal HP (fibre)

Der schnellste Weg zum Ziel  
Le chemin le plus rapide pour atteindre  
vos objectifs

✓ 200kcal und 10g Protein pro  
100 ml  
200kcal et 10g de protéines  
par 100 ml

✓ Mit Fischöl (EPA- und  
DHA-Quelle) und MCT  
Avec de l'huile de poisson  
(source de EPA  
et DHA) et TCM



✓ Mit und ohne Nahrungsfasern  
Avec ou sans fibres

✓ Bilanzierung der Mikronähr-  
stoffe in 750 ml pro Tag,  
nach FSMP  
Bilan des micronutriments  
avec 750 ml par jour, selon  
les FSMP

**NEU**  
NOUVEAU



**FRESENIUS  
KABI**

caring for life

InfoLine 0800 800 877  
InfoMail@fresenius-kabi.com

Fresenius Kabi (Schweiz) AG  
Aawasserstrasse 2  
6370 Oberdorf  
Telefon 041 619 50 50  
Telefax 041 619 50 80  
www.fresenius.ch  
www.enterale-ernaehrung.ch

2012



## Fortbildungsgagenda

→ **Klinische Ernährung**  
Donnerstag, 20. Sept. 2012, Oberdorf NW, 09.00–17.00 Uhr

**Schauen Sie auf unserer Homepage vorbei!**  
Anmeldung, Programme und weitere Details zu unseren Fortbildungsangeboten finden Sie auf [www.fresenius.ch](http://www.fresenius.ch).

## Formation continue – Agenda

→ **Symposium 2012**  
**Problématiques de la nutrition de la personne âgée**  
Jeudi 15 novembre 2012, Yverdon-les-Bains, 09h00-17h00

**!! Nous recherchons des diététicien(ne)s pour participer au nutritionDay en Suisse romande en 2012. Vous travaillez pour un EMS ou non, contactez-nous si vous êtes intéressé(e)s.**

**N'hésitez pas à consulter régulièrement notre site internet!**  
Inscription, programmes et détails sont disponibles sur [www.fresenius.ch](http://www.fresenius.ch).

## Fragen/Questions

InfoLine 0800 800 877, [InfoMail@fresenius-kabi.com](mailto:InfoMail@fresenius-kabi.com)

## Anmeldungen/Inscriptions

[www.fresenius.ch](http://www.fresenius.ch)

## Mini Nutritional Assessment

MNA®

NEU  
NOUVEAU

Identifizierung von Mangelernährung bei älteren Menschen jetzt nur mit 6 Fragen.

Evaluation des risques de dénutrition chez les personnes âgées maintenant en 6 questions seulement.

Verfügbar unter / Disponible sur:  
**[www.medical-nutrition.ch](http://www.medical-nutrition.ch)**

Nestlé Suisse SA, HealthCare Nutrition  
Entre-Deux-Villes, 1800 Vevey  
Infoline: **0848 000 303**  
[Info@medical-nutrition.ch](mailto:Info@medical-nutrition.ch)  
[www.medical-nutrition.ch](http://www.medical-nutrition.ch)



## DEUTSCHSCHWEIZ

Editorial .....	2
Fachteil .....	10
Verbandsinfos .....	32
Aktuelles .....	34
Weiterbildung .....	46

## SUISSE ROMANDE

Editorial .....	2
Rubrique professionnelle .....	6
Info de l'ASDD .....	32
Actualité .....	38
Formation continue .....	46

## SVIZZERA ITALIANA

Editoriale .....	2
Rubrica professionale .....	15
Info dell'ASDD .....	32
Formazione continua .....	46

## Impressum

Offizielles Organ des SVDE / Organe officiel de l'ASDD / Organo ufficiale dell'ASDD

Herausgeber / Editeurs responsables / Editore responsabile  
SVDE ASDD  
Schweizerischer Verband dipl. Ernährungsberater/-innen HF/FH  
Association Suisse des Diététicien-ne-s diplômé-e-s ES /HES  
Associazione Svizzera Dietiste-i diplomate-i SSS/SUP  
Altenbergstrasse 29, Postfach 686, 3000 Bern 8  
Tel. +41 (0)31 313 88 70, Fax +41 (0)31 313 88 99  
[service@svde-asdd.ch](mailto:service@svde-asdd.ch), [www.svde-asdd.ch](http://www.svde-asdd.ch)

Verlag und Redaktion / édition et rédaction / casa editrice e redazione  
Rosmarie Borle, Kirchbergerstrasse 50, 3008 Bern  
Telefon 079 218 42 07  
[redaction@svde-asdd.ch](mailto:redaction@svde-asdd.ch), [rosmarie.borle@bluewin.ch](mailto:rosmarie.borle@bluewin.ch)

Stellenanzeiger + Inserate / Service d'emploi + Annonces / Offerte d'impiego + Annunci  
SVDE ASDD, Sekretariat, Altenbergstrasse 29, Postfach 686, 3000 Bern

Abonnement / Abonnement / Abbonamento  
Fr. 72.–/J., für SVDE-Mitglieder kostenlos, Ausland Fr. 85.–/J.  
Fr. 72.–/an, gratuit pour les membres ASDD, étranger Fr. 85.–/an.  
Fr. 72.–/anno, gratis per i soci ASDD, Estero Fr. 85.–/anno

Auflage/Tirage/Tiratura: 1150

Themen/Sujets/Temi

- 1/12: Ethik / Ethique / Etica
- 2/12: Gastroenterologie / Gastroentérologie
- 3/12: Nutridays
- 4/12: IPS / DRG
- 5/12: IDNT – Nutrition Care Process / Processo di cura nutrizionale
- 6/12: Vitamin D, Protein, Knochen / La vitamine D, les protéines et les os / Vitamina D, Proteine, Ossa

Druck / Impression / Stampa  
Multicolor Print AG, Baar

Redaktionsschluss / Délai de rédaction / Termine di redazione:  
Redaktionsschluss Nr. 5: 17. September, le 17 septembre, il 17 settembre  
Erscheinungsdatum: 22. Oktober, le 22 octobre, il 22 ottobre

Inserateschluss/délais des insertions / termine d'inserzione:  
24. September, le 24 septembre, il 24 settembre

Tariffdokumentation / Documentation tarifaire / Documentazione delle tariffe  
[www.svde-asdd.ch](http://www.svde-asdd.ch)

Geschäftsstelle/Sekretariat/Sekretariato  
SVDE ASDD  
Schweizerischer Verband dipl. Ernährungsberater/-innen HF/FH  
Association Suisse des Diététicien-ne-s diplômé-e-s ES /HES  
Associazione Svizzera Dietiste-i diplomate-i SSS/SUP  
Altenbergstrasse 29, Postfach 686, 3000 Bern 8  
Tel. +41 (0)31 313 88 70, Fax +41 (0)31 313 88 99  
[service@svde-asdd.ch](mailto:service@svde-asdd.ch), [www.svde-asdd.ch](http://www.svde-asdd.ch)

Präsidentin / Présidente / Presidente  
Beatrice Conrad Frey, Platanenweg 10, 4914 Roggwil,  
Tel. 062 929 01 31; [beatrice.conrad@svde-asdd.ch](mailto:beatrice.conrad@svde-asdd.ch)

Vizepräsident/-in / Vice-présidente / Vice presidente  
Gabi Fontana, Untermüli 11, 6300 Zug  
Tel. 041 760 51 00, [gabi.fontana@svde-asdd.ch](mailto:gabi.fontana@svde-asdd.ch)

Raphaël Reinert, Résidence de la Côte 60, 110 Morges,  
[raphael.reinert@svde-asdd.ch](mailto:raphael.reinert@svde-asdd.ch)

Vorstand/Comité/Comitato direttivo  
Bildung/Formation/Formazione:  
Gabi Fontana, Raphaël Reinert

Kommunikation/communication/comunicazione:  
Barbara Richli, Alla Villa, 6746 Lavorgo  
Telefon 091 880 40 40, [barbara.richli@svde-asdd.ch](mailto:barbara.richli@svde-asdd.ch)

Tarif/tarif/tariffa:  
Annemarie Gluch-Bosshard,  
Rychenbergstrasse 272, 8404 Winterthur  
Tel. 052 242 84 00, [annemarie.gluch@svde-asdd.ch](mailto:annemarie.gluch@svde-asdd.ch)

Berufsqualität und Ethik / Qualité professionnelle et éthique / Qualità professionale e etica:  
Florine Riesen-Christen, Grand-Rue 174, 2720 Tramelan  
Tel. 076 515 62 00, [florine.riesen@svde-asdd.ch](mailto:florine.riesen@svde-asdd.ch)

Serviceleistungen/Services/Servizio:  
Brigitte Christen-Hess,  
Gerberstrasse 5, 6004 Luzern,  
Tel. 041 410 45 00, [brigitte.christen@svde-asdd.ch](mailto:brigitte.christen@svde-asdd.ch)

Titelbild:  
Susi Bürki, Fotografien Insepsital, Bern





Anne  
Blancheteau

### **Liebe Leserinnen, liebe Leser**

Auf allen Kanälen konnte man in den letzten Wochen die Olympischen Spiele in London mitverfolgen und den teilnehmenden Nationen beim Kampf um die begehrten Goldmedaillen zuschauen. Und wie sieht es im Bereich Ernährungsberatung aus? Welche aktuellen Themen haben hier Chancen auf einen ersten Platz? Vielleicht die Einführung des neuen Tarifsystems SwissDRG in den Schweizer Spitälern? Zahlreiche Symposien und Artikel befassen sich mit dieser Thematik. Und auch für die vorliegende Ausgabe war sie Anwärtlerin auf den Spitzenplatz. Doch es gibt noch ein anderes Gebiet, mit dem sich die wissenschaftliche Literatur zurzeit intensiv beschäftigt: die klinische Ernährung. Aus Platzgründen mussten wir uns entscheiden und so ging unsere Goldmedaille an: Wie sieht die ideale Ernährung von Patientinnen und Patienten auf der Intensivpflegestation aus? Welche Bedeutung kommt dabei der parenteralen Ernährung zu? Und welche Rolle spielt die Pharmakonutrition? Wir haben drei Expertinnen aus der Deutsch- und der Westschweiz zu ihrer Meinung, ihren Ansichten und ihrer praktischen Erfahrung befragt. Unabhängig von der Sprachregion müssen ErnährungsberaterInnen ihren Platz bei der Betreuung der Patienten einfordern. Ihre Mitarbeit kann sogar von entscheidender Bedeutung sein und sich nachweislich auf die Qualität auswirken. DRG wurde auf den zweiten Silber-Platz verwiesen und auf die nächste Ausgabe verschoben.

Ich hoffe, dass die ernährungsmedizinische Betreuung von IntensivpatientInnen künftig vermehrt in den Händen von ErnährungsberaterInnen liegt.

Ich wünsche Ihnen einen guten Start nach den Sommerferien und eine interessante Lektüre.

Anne Blancheteau

### **Chères lectrices, chers lecteurs**

Partout sur toutes les ondes, sur tous les écrans, les Jeux olympiques de Londres étaient au programme. Chaque pays participant cherchaient à augmenter le nombre de ses médailles, en particulier celles en or. Et pour les diététicien(ne)s, quels sont les sujets qui pourraient remporter, dans leurs préoccupations actuelles, la première place? L'introduction des SwissDRG dans le système de facturation des hôpitaux suisses? De nombreux colloques, articles abordent le sujet. Il semblait que le thème s'imposait comme une évidence aussi pour notre journal. Mais, un autre thème défraye aussi la littérature scientifique, et comme il a fallu faire des choix pour cause de place dans le journal, ma médaille d'or est revenue à la nutrition clinique avec la question: comment nourrir de façon optimale les patients de soins intensifs? Quelle place pour la nutrition parentérale? Et la pharmaconutrition dans tout ça? Nous avons donc demandé à 3 spécialistes de nous donner leurs avis, de nous donner quelques pistes sur leur vision des choses et leur pratique – côté suisse allemand et côté suisse romand. Et ce que l'on peut en retenir, quelle que soit la langue maternelle, c'est que le diététicien a une place à revendiquer dans la prise en charge de ces patients. Et même que notre présence peut faire la différence ... preuve par la qualité ... Alors, le sujet des DRG sera reporté au prochain numéro pour cause de médaille d'argent.

J'espère que nos interviewés motiveront quelques initiatives pour qu'à l'avenir la prise en charge nutritionnelle des patients de soins intensifs devienne une affaire de diététicien(ne)s.

Je vous souhaite une belle rentrée et surtout une bonne lecture de votre journal.

Anne Blancheteau

### **Cara Lettrice, caro lettore**

Tutte le emittenti radiofoniche e televisive hanno trasmesso i Giochi olimpici di Londra. Ogni paese partecipante ha cercato di arricchire di arricchire il proprio medagliere, soprattutto con le medaglie d'oro ... e per le/i dietiste/i, quali sono i temi che potrebbero essere attualmente al primo posto delle loro preoccupazioni? L'introduzione dei forfait SwissDRG nel sistema di fatturazione degli ospedali svizzeri? Numerosi colloqui e articoli trattano l'argomento. Pensavamo che fosse quindi inevitabile parlare di questo tema anche nel nostro giornale. Ma vi è anche un altro tema che occupa la letteratura scientifica e, poiché si è dovuta operare una scelta per una questione di spazio nel giornale, la mia medaglia d'oro è andata alla nutrizione clinica con la domanda: come nutrire in maniera ottimale i pazienti nei reparti di cure intense? Quale posto riservare alla nutrizione parenterale? E, in tutto questo, quale posto occupa la farmaconutrizione? Abbiamo quindi chiesto a tre specialisti di darci il loro parere, di illustrarci brevemente la loro visione delle cose e la loro pratica – sul versante svizzero tedesco e su quello svizzero romando. E ciò che si può desumere, indipendentemente dalla lingua madre, è che il dietista ha il diritto di rivendicare un suo ruolo nella presa a carico di questi pazienti; e anche che la nostra presenza può fare la differenza ... ed è la qualità a provarlo ... Il tema dei DRG, la medaglia d'argento, sarà quindi trattato nel prossimo numero.

Spero che i nostri intervistati motivino qualche iniziativa affinché il futuro della presa a carico nutrizionale dei pazienti dei reparti di cure intense divenga un affare da dietiste/i.

Vi auguro un buon rientro e soprattutto una buona lettura del vostro giornale.

Anne Blancheteau

# Documentation pour vos patients sur les traitements diététiques les plus courants



L'essentiel sur une  
seule page

À télécharger gratuitement sur: [www.swissmilk.ch/nutrition](http://www.swissmilk.ch/nutrition)

À découvrir aussi  
sur notre site:

- ▶ des informations spécialisées
- ▶ du matériel pour vos consultations
- ▶ des outils en ligne
- ▶ des publications



swiss  
milk

Suisse. Naturellement.



swissmilk

# La prise en charge nutritionnelle des patients de soins intensifs: le point

Entretien avec la *Dr<sup>esse</sup> Claudia-Paula Heidegger* – Interview: Anne Blancheteau

Info: Ces derniers mois, quelques articles ont défrayé la chronique, mettant le doute dans les esprits sur la nécessité de nourrir précocement par voie parentérale les patients de SI<sup>1</sup> (étude TICACOS, étude EPaNIC: voir tableau 1 qui présente un récapitulatif du design de ces deux études et quelques commentaires). Je vous propose, au travers de la pratique genevoise, de faire le tour sur les recommandations actuelles et les éventuelles tendances, puis

de présenter les pré-résultats de votre étude SPN (en révision), qui recentre le problème de façon pragmatique: dès le premier jour une nutrition entérale si possible, à compléter par une nutrition parentérale dès le 4<sup>e</sup> jour si la cible énergétique de 100 % n'est pas atteinte (assez mais pas trop (de calories, de protéines) et assez vite sans précipitation!).

Heidegger: Un des gros défis dans la prise en charge de ces patients de SI, c'est le déficit énergétique qui est toujours d'actualité. Compte tenu d'un groupe de patients

Claudia-Paula Heidegger est médecin interniste et intensiviste depuis une quinzaine d'années, et souligne un intérêt particulier pour la nutrition des patients de soins intensifs, plus spécialement pour la nutrition combinée (nous allons revenir en détail sur cet aspect); actuellement médecin-adjointe aux soins intensifs des Hôpitaux Universitaires de Genève, elle est également secrétaire de la SSNC.

très hétérogène (polytrauma, brûlés, cardiologie, chirurgie, médecine...), les besoins caloriques et protéiques peuvent être très différents et surtout en cas de

<sup>1</sup> SI = Soins intensifs

Tableau 1: les études TICACOS et EPaNIC

Etude	Design	Commentaires
TICACOS (Singer P. et al. The tight calorie control study [TICACOS]. Intensive Care Med 2011, 37: 601–609)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patients ventilés mécaniquement</li> <li>• Impact d'une nutrition parentérale complémentaire</li> <li>• 2 groupes: un dont les besoins sont déterminés par calorimétrie indirecte et un groupe contrôle dont les besoins sont calculés sur la base de 25 kcal/kg/jour</li> <li>• Résultats: meilleure couverture énergétique dans le groupe calorimétrie, avec meilleur outcome, une réduction de la durée d'hospitalisation et de la mortalité hospitalière et plus d'infections, de pneumonies sur ventilateur, plus longue durée de séjour aux soins intensifs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le groupe traité (calorimétrie) est systématiquement surnourri!</li> <li>• La raison: oubli de comptabiliser les apports (énergétiques, glucidiques) liés au Propofol/Disoprivan par exemple et aux apports de glucose ajoutés lors de la perfusion de médicaments.</li> <li>• Cette surnutrition a conduit aux complications respiratoires documentées</li> <li>• Une étude multi-centrique devrait venir compléter/(in)valider ces résultats et aboutir aux mêmes conclusions que les résultats de l'étude SPN</li> </ul>
EPaNIC (Casaer MP et al. Early versus late parenteral nutrition in critical ill patients. N Engl J Med 2011, 365: 506–517)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Très grosse étude (plus de 4000 patients) publiée dans un très bon journal scientifique</li> <li>• L'idée de base: comparer le concept européen de prise en charge (nutrition entérale précoce combinée) versus le concept nord américain (nutrition parentérale après 7–8 jours)</li> <li>• Groupe «early» européen: ils ont fait une charge parentérale hyperglycémique les 2 premiers jours, la nutrition parentérale a été débutée au 3<sup>e</sup> jour pour être à 100% de la cible calculée. Les résultats: plus d'infections, de cholestase dans ce groupe!</li> <li>• Groupe contrôle: nutrition parentérale à partir du 7<sup>e</sup> jour</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En fait, le groupe «early» n'a pas reçu une nutrition fidèle aux standards européens car la charge hyperglucosée parentérale ne fait pas partie des guidelines</li> <li>• Des patients qui n'avaient absolument pas besoin d'une nutrition parentérale en ont reçu une (60% de patients de chirurgie cardiaque élective, qui quittent en général les soins au 3<sup>e</sup> jour)</li> <li>• De plus au 5<sup>e</sup> jour, plus de 50% des patients traités n'étaient plus dans l'étude</li> <li>• Les patients les plus sévèrement malnutris (BMI &lt; 18,5) ont été exclus de l'étude!</li> <li>• Que montre ce travail:             <ul style="list-style-type: none"> <li>– la nutrition parentérale donnée précocement dans cette phase aigue post-opératoire aux patients qui n'en n'ont pas besoin est délétère!</li> <li>– la nutrition parentérale ne doit pas être considérée dès l'admission chez des patients qui ne la nécessitent pas!</li> <li>– des apports trop massifs en glucose sont aussi délétères, ce qui était connu</li> </ul> </li> <li>• Attention à rester critique sur certaines publications, même si elles sont dans d'excellents journaux! Les experts en nutrition contestent et apportent des contre-arguments au design et aux résultats de ce travail car ils ne correspondent pas aux pratiques européennes</li> </ul>

dénutrition préexistante. L'adaptation aux différents besoins n'est pas facile et le risque de déficit énergétique du patient agressé reste majeur malgré une meilleure prise de conscience et une meilleure prise en charge des différents intervenants (médecins et personnel soignant) avec des adaptations du support nutritionnel en conséquence. L'agression sévère, caractérisée par la libération des hormones de stress et des médiateurs de l'inflammation, conduit à des modifications importantes du métabolisme énergétique poussant le patient vers un hypermétabolisme (hypercatabolisme) contre lequel il faut agir rapidement.

Comme plusieurs études l'ont démontré dans le passé, nous démarrons avec la nutrition entérale précoce, dès le premier jour pour les bénéfices des effets physiologiques évidentes d'une nutrition via le tube digestif.

Il faut aussi prendre en compte que les besoins nutritionnels du patient agressé varient dans le temps. Durant la phase aigüe de l'agression (72–96 h), les nutriments administrés ne peuvent pas être efficacement métabolisés en énergie. Donc surnourrir un patient en phase aigüe ne peut qu'être délétère. A ce stade succède une phase de stabilisation métabolique (la phase post-agression) qui permet une utilisation plus optimale des nutriments administrés et les besoins caloriques doivent être adaptés en fonction. Le meilleur moyen de déterminer précisément la cible énergétique du patient étant de faire une calorimétrie indirecte (gold standard), ce qui, en pratique quotidienne, est difficile à réaliser au jour le jour.

Selon les guidelines de l'ESPEN, on commence donc dans la phase aigüe avec 20–25 kcal/kg/j, et puis après 72–96 h, une fois que le syndrome inflammatoire est stabilisé et que les amines sont à la baisse, on augmente à 25–30 kcal/kg/j (phase post-aigüe). Le patient est, à ce stade, alors disposé à utiliser les nutriments comme substrats énergétiques de façon optimale et on peut prévenir la dégradation des substrats énergétiques endogènes. La progression calorique vers la cible énergétique se fait sur 2–3 jours, car comme évoqué plus haut dans la phase aigüe, l'absorption est altérée, les résidus gas-

Tableau 2: récapitulatif des recommandations

Phase	Energie, kcal/kg	Protéines, g/kg
Aigüe (72–96 premières heures post stress)	20–25	Au min. 1.2, jusqu'à 1,5 si exsudat, ascite, pancréatite ou pertes augmentées – voire 1.8 pour les patients dialysés
Post aigüe	25–30, dès que le patient est stable métaboliquement	

triques peuvent être importants, le risque de diarrhées est majeur empêchant également une progression trop rapide de la nutrition entérale. Idéalement, le 100 % de la cible énergétique devrait être atteint en trois jours. Pragmatiquement nous administrons 1/3 des besoins au 1<sup>er</sup> jour, 2/3 au 2<sup>e</sup> et 3/3 au 3<sup>e</sup> jour. Afin de favoriser la progression de la nutrition entérale des moyens annexes, comme les prokinétiques, peuvent être utilisés, pour que cet objectif soit atteint.

Malheureusement, chez nos patients sévèrement agressés, ce schéma est difficile à atteindre si on ne fait que de la nutrition entérale. En effet, une intolérance gastro-intestinale fréquente, des investigations comme p. ex des examens radiologiques, des passages au bloc opératoire etc. justifient régulièrement des interruptions de la nutrition entérale, alors qu'une administration en continu est préconisée pour une meilleure tolérance (éviter les bolus). Par conséquent, un retard est donc vite acquis dans l'administration de la nutrition entérale, et donc dans la couverture de la cible énergétique. Des travaux ont montré, dont la publication de Villet<sup>2</sup>, que l'accumulation du déficit énergétique lors de la première semaine de prise en charge aux soins intensifs est délétère pour le patient, avec plus de complications notamment infectieuses, et qu'il est difficile par la suite de le rattraper sans risquer l'hyperalimentation, les hyperglycémies et l'atteinte hépatique (hypertriglycéridémie...).

C'est la base du développement du **concept de la nutrition combinée**: on donne toutes les chances à la nutrition entérale de se mettre en place progressivement, et chez les patients les plus sévères, lorsque cela est difficile à réaliser pendant

les 3 premiers jours, on complète avec de la nutrition parentérale. Plus en détail: si au 4<sup>e</sup> jour, la cible de 60 % des besoins caloriques n'est pas atteinte avec la nutrition entérale malgré tous les moyens mis en œuvre, on ajoute la nutrition parentérale en complément pour être à 100% des besoins à la fin de la première semaine (étude SPN<sup>3</sup>).

Tous les jours, une évaluation de la situation permettra de réajuster les apports entre la nutrition entérale et la nutrition parentérale dans l'idée de réduire rapidement les apports parentéraux au bénéfice de la voie entérale/orale. Dès que possible, si le patient est extubé et ne présente pas de troubles de déglutition, on commence l'alimentation orale. La nutrition parentérale est alors stoppée et la nutrition est combinée orale/entérale, avec souvent une nutrition entérale nocturne. Parfois, la prescription de suppléments nutritifs oraux peut s'avérer utile et se substituer à la nutrition entérale.

L'objectif de cette prise en charge est d'assurer des apports énergétiques isocaloriques aux besoins, en évitant aussi bien la sous- que la surnutrition. Comment on le sait maintenant, la surnutrition – avec souvent une hyperglycémie associée – est le risque de la nutrition parentérale, engendrant donc des complications métaboliques et hépatiques. Dans les années 80, la nutrition parentérale était la panacée, puis est arrivée l'ère de «l'entéralisme», en réaction à des publications qui diabolisaient l'intérêt de la nutrition parentérale à cause de ses complications, ce qui a conduit à une tendance de «sous»-nutrition de nos patients, car on ne pouvait pas couvrir les besoins avec la nutrition entérale seule.

Un moyen de contrôler si la couverture des besoins est adaptée (risque de surnourrir, en particulier en cas de nutrition parentérale – car en entérale, le risque est rare) est de pratiquer des calorimétries indirectes si possible, de monitorer les tests hépatiques

<sup>2</sup> Villet S et al. *Negativ impact of hypocaloric feeding and energy balance on clinical outcome in ICU patients. Clin Nutr* 2005, 24:502–509

<sup>3</sup> Heidegger CP et al. *Supplemental parenteral nutrition (SPN) in intensive care unit (ICU) patients for optimal energy coverage improved clinical outcome. Clin Nutr – in press*



et les triglycérides, le glucose (hyperglycémie) et si les besoins en insuline sont croissants, sans oublier une éventuelle difficulté de sevrage ventilatoire (plus de CO<sub>2</sub> produit en cas d'hyperlimentation). Pour ce qui est de la couverture des besoins protéiques, les guidelines de ESPEN sont prises en compte: au moins 1,2 g/kg jusqu'à 1,5 g/kg/jour.

La nutrition parentérale de complément peut être assurée par voie périphérique, ce qui permet de ne pas être obligé de poser une voie centrale, plus à risque d'infection. Le seul inconvénient de cette voie, lorsque le patient est en surcharge volumique, c'est le grand volume de liquide qu'elle conditionne.

Je crois que nous avons fait le tour du point strictement «nutritionnel», à savoir couvrir les besoins énergétiques de la façon la plus isocalorique, avec si nécessaire, une combinaison entérale/parentérale ou entérale/orale (figure 1: algorithme décisionnel pour la nutrition combinée et tableau 2: récapitulatif des recommandations). Nous pouvons donc maintenant aborder la problématique de la pharmaconutri-

tion. **Quelle est votre expérience, votre pratique aux HUG?**

Heidegger: Les recommandations prises en compte sont celles de l'ESPEN.

L'arginine, en raison de ces effets négatifs chez les patients septiques (aggravation de l'état septique, hypotension), n'est plus donnée; mais si un patient était, en préopératoire, au bénéfice d'une nutrition enrichie de conditionnement (ex: Impact®), elle est poursuivie en postopératoire.

La glutamine, recommandation de l'ESPEN pour les patients brûlés et polytraumatisés sévères, est administrée uniquement aux patients en nutrition parentérale totale. Le problème de l'apport en glutamine entérale est qu'il est associé à un apport en volume important, qui est souvent une limite chez les patients en surcharge volumique. Notre objectif privilégié est pour le moment de couvrir, en premier lieu, les besoins énergétiques et protéiques.

Les acides gras oméga-3 sont prescrits d'emblée dans toute nutrition parentérale en cas d'atteinte pulmonaire sévère (ARDS). La combinaison des trois types d'acides gras semble être la solution pour l'avenir, mais les pratiques aux HUG n'ont

pas encore été adaptées et seront discutées en commission d'alimentation à la lumière des nouvelles publications.

Une supplémentation parentérale en antioxydants semble justifiée chez le patient septique très sévère (nouvelles études). Chez un patient très septique ou très long séjour, des dosages sont effectués pour évaluer une substitution éventuelle (vitamine C, zinc, sélénium...).

Le suivi et l'adaptation de la nutrition est une affaire quotidienne – lors de la visite du matin, de la contre-visite et de la visite du soir – gérée par les médecins et les soignants au lit du malade. Le personnel des soins intensifs est régulièrement sensibilisé à la problématique. Des cours de formation et des ateliers de nutrition sont organisés. Les guidelines internes sont mises à jour, des fiches techniques sont consultables sur le site intranet (algorithme de nutrition, résidus gastriques, diarrhées, constipation...) et le personnel est impliqué dans les visites médicales. La surveillance de la nutrition, bien standardisée, fait partie des surveillances normales et est entrée dans les pratiques.

Une diététicienne du service de nutrition de l'hôpital est à disposition (20%) aussi pour le suivi et le screening des patients (elle passe 2 fois par semaine). Elle fait aussi partie d'un groupe de travail interne aux soins intensifs («Nutrition – Gastro-entérologie et Métabolisme»), qui se retrouve tous les deux mois pour discuter des problèmes actuels rencontrés, de la mise en place des fiches techniques, de leur mise à jour, et de leur implémentation. Ce qui est important, c'est de relever qu'elle est bien identifiée lorsqu'elle passe, qu'elle participe aux ateliers de formation et qu'elle constitue un garde-fou pour une prise en charge nutritionnelle correcte malgré une formation et une sensibilisation régulière. Un travail lausannois récent (voir article de Ludivine Soguel-Alexander dans ce même numéro) démontre le bénéfice en terme qualité à disposer d'un diéticien dédié aux soins intensifs. Une présence à 20% est insuffisante et des négociations sont toujours à l'ordre du jour pour augmenter ce poste. L'idéal serait d'avoir un diéticien dédié aux SI et donc intégrée dans l'équipe des soins et formée solidement à cette spécialité, ce qui faciliterait beaucoup les

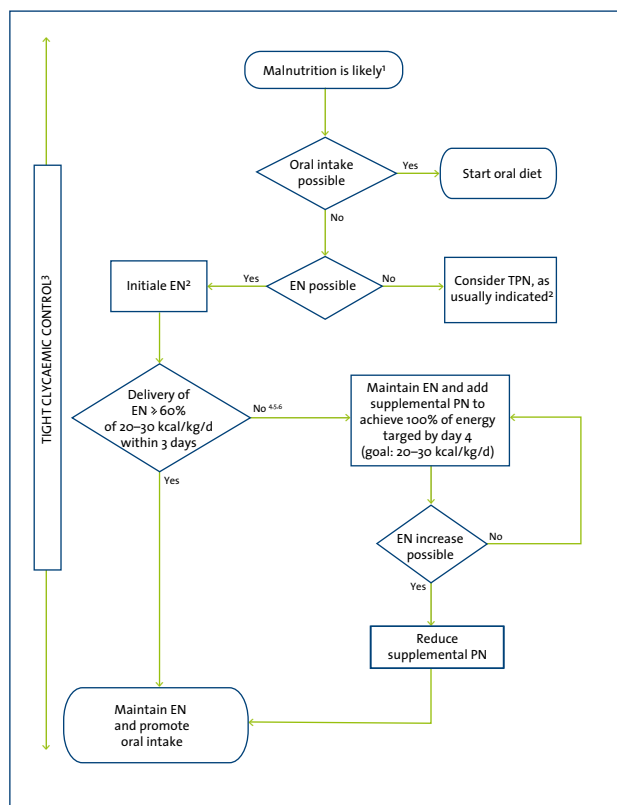


Fig. 1: Nutrition in critically ill patients: revisiting the approach to nutrition with enteral (EN) and supplement (PN) support maintaining glycaemic control.

- Notes:
1. At admission, 30–50% of patients have pre-existing malnutrition and are at risk of developing acute malnutrition in the ICU [9]
  2. EN reduces morbidity in ICU patients [54]
  3. glycaemic control reduces morbidity and mortality [49]
  4. inadequate EN is frequent [12]
  5. inadequate EN increases morbidity and length of stay [8]
  6. early TPN reduces mortality [44]



choses pour qu'elle trouve sa place face à des médecins et soignants qui ne considéraient pas la nutrition comme une priorité, mais plutôt comme un détail à régler après tout le reste.

Je crois que nous pouvons conclure cette discussion avec la confirmation:

- que la prise en charge nutritionnelle des patients de soins intensifs fait partie de leur prise en charge globale pour une meilleure gestion des complications éventuelles dues à la dénutrition ou à une nutrition inadaptée;
- que pour atteindre les objectifs nutritionnels fixés (calculés ou mesurés par

calorimétrie indirecte), la solution passe par une nutrition combinée avec la nutrition parentérale supplémentaire. Les résultats préliminaires de l'étude SPN confirment les hypothèses émises dans l'algorithme publié par votre groupe, à savoir une meilleure couverture énergétique dans le groupe traité (supplémenté dès le 4<sup>e</sup> jour pour garantir une balance énergétique neutre) contrairement au groupe contrôle (nutrition entérale exclusive) qui cumulait un déficit énergétique (- 6000 Kcal au 8<sup>e</sup> jour!) – ce déficit a été montré comme entrant dans une zone défavorable. Moins d'infections, moins d'antibiotiques et moins d'heures

de ventilation mécanique dans le groupe SPN;

- que la diététicienne a une place à y revendiquer dans ce contexte pluridisciplinaire et multi-organique.

**Quelques références bibliographiques**

- ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: Intensive care. Clin Nutrition 2009, 28: 387-400 (disponible gratuitement sur <http://www.espen.org/espenguidelines.html>)
- ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Intensive care. Clin Nutrition 2006, 25: 210-223 (disponible gratuitement sur <http://www.espen.org/espenguidelines.html>)
- Aktuelle Ernährungsmedizin, Februar 2012, Seite 36-55: Ernährung bei kritisch Kranken, T.W. Felbinger, H. P. Richter
- Best timing for energy provision during critical illness. M. M. Berger, C. Pichard. Critical Care 2012, 16: 215 (disponible gratuitement sur <http://ccforum.com/series/annualupdate2012>)
- Heidegger CP et al. Is it now time to promote mixed enteral and parenteral nutrition for the critically ill patient? Intensive Care Med 2007, 33: 963-969



## Pour une meilleure qualité de vie.

**Les allergies et les intolérances alimentaires ne sont plus une raison de se priver! Free From, DS Food et Schär proposent plus de 50 produits savoureux sans lactose, sans gluten et sans aucun autre allergène. En vente dans toutes les grandes Coop et en ligne sur [www.coopathome.ch](http://www.coopathome.ch)**

**Et pour être toujours au courant des nouveautés Free From, découvrez la newsletter sur [www.coop.ch/freefrom](http://www.coop.ch/freefrom)**



**Pour savourer sans les effets secondaires.**



Pour moi et pour toi.

# Die ernährungsmedizinische Betreuung von PatientInnen auf der Intensivpflegestation

Gespräch mit Dr. Claudia-Paula Heidegger – Interview: Anne Blancheteau

Info: In den vergangenen Monaten haben diverse Artikel zu reden gegeben, in denen die Notwendigkeit, Patientinnen und Patienten der IPS<sup>1</sup> frühzeitig parenteral zu ernähren, angezweifelt wurde (TICACOS-Studie, EPaNIC-Studie: siehe Tabelle 1, die eine Zusammenfassung der beiden Studiendesigns und diverse Kommentare enthält). Ich schlage Ihnen vor, dass Sie an-

hand der praktischen klinischen Erfahrungen in Genf die aktuellen Empfehlungen sowie die möglichen Tendenzen beschreiben und anschliessend die ersten Resultate Ihrer noch in Bearbeitung befindlichen SPN-Studie vorstellen, in der das Problem auf pragmatische Art und Weise angegangen wird: Nach Möglichkeit vom ersten Tag an eine enterale Er-

Dr. Claudia-Paula Heidegger ist seit rund fünfzehn Jahren Internistin und Intensivmedizinerin und misst der Ernährung für Intensivpatientinnen und Intensivpatienten, insbesondere der kombinierten Ernährung, grösste Bedeutung zu. Dr. Heidegger ist derzeit als Médecin Adjoint am Universitätsspital Genf (HUG) und als Sekretärin bei der GESKES tätig.

<sup>1</sup> IPS = Intensivpflegestation

Tabelle 1: TICACOS-Studie und EPaNIC-Studie.

Studie	Design	Kommentare
TICACOS (Singer P. et al. The tight calorie control study [TICACOS]. Intensive Care Med 2011, 37: 601–609)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patientinnen und Patienten werden künstlich beatmet</li> <li>• Einfluss einer ergänzenden parenteralen Ernährung</li> <li>• 2 Gruppen: Bei der einen wird der Energiebedarf mittels indirekter Kalorimetrie bestimmt, bei der anderen wird er auf der Basis von 25 kcal/kg/Tag berechnet.</li> <li>• Resultate: Bessere Energiebedarfsdeckung in der «Kalorimetrie-Gruppe», mit besserem Outcome, kürzerer Hospitalisationsdauer und verringerter Spitalmortalität, jedoch mehr Infektionen und Pneumonien während der Beatmung sowie längerer Aufenthaltsdauer auf der Intensivstation.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die behandelte Gruppe (Kalorimetrie) ist systematisch überernährt!</li> <li>• Grund: Es wurde vergessen, jene Zufuhrmengen an Energie und Kohlenhydraten zu erfassen, die durch die Abgabe z. B. von Propofol/Disoprivan sowie durch die glukosehaltigen Infusionslösungen bei medikamentösen Behandlungen in den Körper gelangen.</li> <li>• Die Überernährung hat zu den dokumentierten respiratorischen Komplikationen geführt.</li> <li>• Eine multizentrische Studie dürfte diese Resultate ergänzen und validieren bzw. widerlegen und zu den gleichen Schlussfolgerungen führen, die aus den Resultaten der SPN-Studie hervorgehen.</li> </ul>
EPaNIC (Casaer MP et al. Early versus late parenteral nutrition in critical ill patients. N Engl J Med 2011, 365: 506–517)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sehr umfangreiche Studie (mehr als 4000 Patientinnen und Patienten), in einem sehr guten Wissenschaftsjournal erschienen</li> <li>• Grundidee: Vergleich des europäischen Betreuungskonzepts (frühe kombinierte enterale Ernährung) mit dem US-amerikanischen und kanadischen Konzept (parenterale Ernährung nach 7–8 Tagen)</li> <li>• Europäische Gruppe «early»: Dieser wurde in den ersten beiden Tagen parenteral eine hoch konzentrierte Glukoselösung verabreicht. Mit der parenteralen Ernährung wurde am dritten Tag begonnen, um das kalkulierte Ernährungsziel von 100 % zu erreichen. Resultate: mehr Infektionen und häufiger Cholestase in dieser Gruppe!</li> <li>• Vergleichsgruppe: parenterale Ernährung vom siebten Tag an</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Gruppe «early» wurde nicht gemäss europäischem Standard ernährt, denn die Abgabe einer hoch konzentrierten Glukoselösung ist nicht Bestandteil der Leitlinien.</li> <li>• Patientinnen und Patienten, die keiner parenteralen Ernährung bedurften, haben trotzdem eine erhalten (der Anteil der Patientinnen und Patienten, bei denen ein elektiver herzchirurgischer Eingriff vorgenommen wurde und die im Normalfall am dritten Tag die Intensivpflegestation verlassen können, lag bei 60 %).</li> <li>• Somit waren am fünften Tag bereits 50 % der Patientinnen und Patienten nicht mehr Teil der Studie.</li> <li>• Jene Patientinnen und Patienten, bei denen die Mangelernährung am ausgeprägtesten war (BMI &lt; 18,5), wurden aus der Studie ausgeschlossen!</li> <li>• Dies zeigt uns Folgendes: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Für Patientinnen und Patienten, die in dieser akuten postoperativen Phase parenteral ernährt werden, obwohl es gar nicht nötig ist, ist dies deletär!</li> <li>– Patientinnen und Patienten, die bei der Aufnahme auf die IPS keine parenterale Ernährung benötigen, sollten auch keine erhalten!</li> <li>– Eine zu hohe Zufuhr von Glukose ist bekanntlich auch deletär.</li> </ul> </li> <li>• Gewisse Publikationen sollten stets kritisch betrachtet werden, auch wenn sie in ausgezeichneten Zeitschriften erscheinen. Ernährungsexperten stellen die Studie infrage und verfügen über Argumente, die gegen das Studiendesign und die Studienresultate sprechen, denn sie entsprechen nicht der europäischen Praxis.</li> </ul>

nahrung, die ab dem vierten Tag durch eine parenterale Ernährung ergänzt wird, falls der Gesamtenergiebedarf der Patientinnen und Patienten nicht zu 100 % gedeckt ist (genug Kalorien und Proteine, aber nicht zu viel davon – und schnell genug, aber nicht überstürzt).

Heidegger: Das Energiedefizit gehört nach wie vor zu den grossen Herausforderungen in der Betreuung von Patientinnen und Patienten auf der IPS. Da die Patientengruppe sehr heterogen ist (Polytraumata, Verbrennungen sowie kardiologische Erkrankungen, chirurgische Eingriffe, medizinische Behandlungen etc.), kann der Kalorien- und Proteinbedarf sehr unterschiedlich sein, insbesondere im Fall einer vorbestehenden Mangelernährung. Die Anpassung an die verschiedenen Bedürfnisse ist nicht einfach, und das Risiko eines Energiedefizits bei Schwerverletzten und kritisch Kranken ist erheblich, trotz der stärkeren Sensibilisierung sowie der verbesserten Betreuung durch Ärzteschaft und Pflegefachpersonal, und trotz der besten Anpassung des Ernährungssupports. Bei Schwerverletzten und kritisch Kranken werden Stresshormone und Entzündungsmediatoren freigesetzt, die zu erheblichen Veränderungen im Energiemetabolismus und zu einem Hypermetabolismus (Hyperkatabolismus, der rasches Handeln erfordert) führen können, der rasches Handeln erfordert. Wir beginnen schon am ersten Tag mit der enteralen Ernährung, da sich die Ernährung über den Verdauungstrakt offensichtlich günstig auf den Körper auswirkt, wie Studien in der Vergangenheit gezeigt haben.

Es muss auch berücksichtigt werden, dass sich der Ernährungsbedarf Schwerverletzter und kritisch Kranker im Laufe der Zeit verändert. Während der akuten Phase (72–96 h) können die verabreichten Nährstoffe nicht effizient in Energie umgewandelt werden. Das Überernähren solcher Patientinnen und Patienten in der akuten Phase kann also nur deletär sein. Auf dieses Stadium folgt eine metabolische Stabilisierungsphase (postakute Phase), bei der die verabreichten Nährstoffe optimal umgewandelt werden, weshalb die Kalorienzufuhr entsprechend angepasst werden muss. Der Gesamtenergiebedarf der Patientinnen und Patienten kann am exaktes-

ten mittels der indirekten Kalorimetrie (Goldstandard) bestimmt werden – in der klinischen Praxis ist es allerdings schwierig, diese Messung täglich durchzuführen. Gemäss den ESPEN-Leitlinien wird also in der akuten Phase mit 20–25 kcal/kg/Tag begonnen und nach 72–96 h, sobald sich das Entzündungssyndrom stabilisiert hat und die Aminkonzentration sinkt, auf 25–30 kcal/kg/Tag erhöht (postakute Phase). In diesem Stadium ist die Patientin oder der Patient fähig, die von aussen zugeführten Nährstoffe optimal in Energiesubstrate zu verwandeln, was dem Abbau von endogenen Energiesubstraten entgegenwirkt. Die Kalorienzufuhr wird über 2–3 Tage erhöht, bis der Gesamtenergiebedarf erreicht ist, denn wie bereits weiter oben bei der akuten Phase erwähnt, ist die Absorption beeinträchtigt; das gastrale Residualvolumen kann erheblich sein und das Risiko einer Diarrhö ist gross – dies verhindert, dass die enterale Nährstoffzufuhr schnell gesteigert wird. Idealerweise wird der Gesamtenergiebedarf innerhalb von drei Tagen zu 100% gedeckt. Aus pragmatischen Gründen verabreichen wir  $\frac{1}{3}$  der Nahrung zur Deckung des Gesamtenergiebedarfs am ersten Tag,  $\frac{2}{3}$  am zweiten und  $\frac{3}{3}$  am dritten Tag. Mit zusätzlichen Hilfsmitteln wie Prokinetika kann die Progression der enteralen Ernährung begünstigt werden, damit das vorgegebene Ziel erreicht wird. Leider kann dieses Schema bei ausschliesslich enteraler Ernährung unserer Schwerverletzten oder kritisch kranken Patientinnen und Patienten nur bedingt eingehalten werden. Durch die häufig auftretende gastrointestinale Intoleranz, radiologische Untersuchungen und den Gang in den Operationssaal etc. muss die enterale Ernährung regelmässig unterbrochen werden, obwohl eine kontinuierliche Verabreichung besser verträglich ist (Bolus vermeiden) und deswegen bevorzugt wird. Es entstehen also schnell Verzögerungen bei der enteralen Ernährung, und der Gesamtenergiebedarf wird folglich nicht planmässig gedeckt. Verschiedene Arbei-

ten – darunter die Publikation von Villet<sup>2</sup> – haben gezeigt, dass ein Ernährungsdefizit, das in der ersten Woche der Intensivpflege kumuliert worden ist, deletär für die Patientinnen und Patienten ist und vermehrt zu Komplikationen, insbesondere zu Infektionen führt, und dass es in der Folge schwierig ist, diesen Rückstand aufzuholen, ohne dabei eine Überernährung, eine Hyperglykämie oder eine Leberschädigung (Hypertriglyceridämie o. Ä.) herbeizuführen. Daraus hat sich das **Konzept der kombinierten Ernährung** entwickelt: An erster Stelle steht die enterale Ernährung, und bei den schwerstkranken und verletzten Patientinnen und Patienten, bei denen sich dadurch in den ersten drei Tagen Schwierigkeiten abzeichnen, wird mit parenteraler Ernährung ergänzt. Im Detail: Wenn am vierten Tag trotz aller Anstrengungen nicht 60% des Kalorienbedarfs mittels enteraler Ernährung gedeckt sind, erfolgt die parenterale Ernährung als Ergänzung, damit am Ende der ersten Woche das Ziel von 100% Bedarfsdeckung erreicht ist (SPN-Studie<sup>3</sup>).

Indem die Situation täglich evaluiert wird, können die enterale und die parenterale Nahrungszufuhr aufeinander abgestimmt werden. Dabei soll die parenterale Nahrungszufuhr rasch zugunsten der enteralen/oralen Ernährung reduziert werden. Sobald als möglich – wenn die Patientin oder der Patient extubiert ist und keine Schluckbeschwerden auftreten – wird mit der oralen Ernährung begonnen. Die parenterale Ernährung wird nun abgebrochen und die enterale mit der oralen Ernährung kombiniert; die enterale Nahrungszufuhr findet oft während der Nacht statt. Manchmal erweist sich die orale Verabreichung von Nährstoffsupplementen als nützlich und kann die enterale Ernährung ersetzen.

Das Ziel dieses Ernährungssupports ist es, die isokalorische Energiezufuhr sicherzustellen und sowohl eine Über- als auch eine Unterernährung zu vermeiden. Mittlerweile ist bekannt, dass das Risiko bei der parenteralen Ernährung die Überernährung ist, die oft von einer Hyperglykämie begleitet wird und folglich Komplikationen im Bereich des Metabolismus oder der Leber zur Folge haben kann. In den Achtzigerjahren wurde die parenterale Ernäh-

<sup>2</sup> Villet S et al. *Negativ impact of hypocaloric feeding and energy balance on clinical outcome in ICU patients. Clin Nutr* 2005, 24:502–509

<sup>3</sup> Heidegger CP et al. *Supplemental parenteral nutrition (SPN) in intensive care unit (ICU) patients for optimal energy coverage improved clinical outcome. Clin Nutr – in press*

Tabelle 2: Zusammenfassung der Empfehlungen.

Phase	Energie (kcal/kg)	Proteine (g/kg)
Akut (die ersten 72–96 Stunden nach dem Ereignis)	20–25	Von minimal 1,2 bis 1,5, bei Exsudaten, Aszites, Pankreatitis oder erhöhtem Flüssigkeitsverlust – für Dialysepatientinnen und -patienten sogar 1,8.
Postakut	25–30, sobald sich der Metabolismus stabilisiert hat.	

rung gepriesen, doch nun hat der «Enteralismus» sie verdrängt – eine Reaktion auf verschiedene Publikationen, in denen die Vorteile der parenteralen Ernährung bestritten wurden, und zwar aufgrund der aufgetretenen Komplikationen. Dies wiederum führte bei unseren Patientinnen und Patienten tendenziell zu «Unterernährung», denn der Energiebedarf liess sich nicht alleine durch enterale Ernährung decken.

Mit folgenden Hilfsmitteln kann kontrolliert werden, ob die Energiezufuhr dem Energiebedarf entspricht (insbesondere bei der parenteralen Ernährung besteht das Risiko von Überernährung, bei der enteralen Ernährung jedoch kaum): je nach Möglichkeit indirekte Kalorimetrie durchführen sowie Lebertests, Triglyceridwerte, Glykosewerte (Hyperglykämie) und allfälligen erhöhten Insulinbedarf monitorisieren – auch eventuelle Schwierigkeiten bei der Beatmungsentwöhnung dürfen nicht missachtet werden (erhöhte CO<sub>2</sub>-Produktion bei Überernährung). In Sachen Proteinbedarfsdeckung werden die Leitlinien der ESPEN berücksichtigt: von mindestens 1,2 g/kg bis 1,5 g/kg/Tag.

Die ergänzende parenterale Ernährung kann durch einen periphervenösen Zugang sichergestellt werden. Somit muss kein zentralvenöser Zugang gelegt werden, der ein höheres Risiko für Infektionen birgt. Der einzige Nachteil des periphervenösen Zugangs zeigt sich bei Patientinnen und Patienten mit einer Volumenüberlastung, denn das durch diesen Zugang bedingte Flüssigkeitsvolumen ist gross.

**Ich denke, dass wir uns nun eingehend mit der Zufuhr von Nährstoffen auseinandergesetzt haben: Sie haben ausgeführt, wie sich der Energiebedarf möglichst isokalorisch decken lässt, und dass es dazu je nach dem einer Kombination von parenteraler und enteraler oder enteraler und oraler Ernährung bedarf (Abbildung 1: Algo-**

**rithmus für die kombinierte Ernährung, Tabelle 2: Zusammenfassung der Empfehlungen Seite 8).**

**Nun können wir also die Problematik der Pharmakonutrition angehen. Welches sind Ihre Erfahrungen und wie gehen Sie am Universitätsspital Genf vor?**

Es wird nach den Empfehlungen der ESPEN gearbeitet.

Arginin wird aufgrund seiner negativen Auswirkungen bei septischen Patientinnen und Patienten nicht mehr verabreicht (Verschlimmerung des septischen Zustandsbildes, Hypotension). Bei Patientinnen und Patienten aber, bei denen bereits präoperativ Immunonutrition eingesetzt wird (z. B. mit Impact®), wird postoperativ damit fortgefahren. Glutamin – von der ESPEN für Patientinnen und Patienten mit schweren Verbrennungen und schwerem Polytrauma empfohlen – wird nur bei reiner (totaler) parenteraler Ernährung verabreicht. Das Problem der enteralen Glutaminzufuhr ist die damit verbundene Volumenzufuhr, die für Patientinnen und Patienten mit Volumenüberlastung oft limitiert ist. Unser Hauptziel ist es, in erster Linie den Energie- und Proteinbedarf zu decken.

Allerdings werden bei parenteral ernährten Patientinnen und Patienten mit akutem Lungenversagen (ARDS) gleich von Anfang an Omega-3-Fettsäuren verschrieben. Eine Kombination der drei Fettsäurearten scheint die Lösung für die Zukunft zu sein; im Universitätsspital Genf wird sie allerdings noch nicht umgesetzt. In Anbetracht der neuen Publikationen steht sie innerhalb der Ernährungskommission jedoch zur Diskussion.

Eine mit Antioxidantien angereicherte parenterale Ernährung scheint bei Patientinnen und Patienten mit äusserst schwerer Sepsis berechtigt (neue Studien). Bei Patientinnen und Patienten mit schwerer Sepsis oder sehr langer Aufenthaltsdauer auf der IPS wird die Notwendigkeit einer even-

tuellen Substitution von Vitamin C, Zink, Selen etc. geprüft.

Im Rahmen der täglichen Morgen- und Abendvisiten sowie der Kontrollvisiten überprüft das Ärzte- und Pflegepersonal am Krankenbett die Ernährung und nimmt entsprechende Anpassungen vor. Die Intensivpflegefachpersonen werden durch regelmässige Schulungen und Ernährungsworkshops für die Problematik sensibilisiert. Es stehen aktualisierte interne Richtlinien zur Verfügung, Datenblätter können im Intranet abgerufen werden (Algorithmus zu Ernährungssupport, gastralem Residualvolumen, Diarrhö, Obstipation etc.) und das Pflegepersonal nimmt an den Arztvisiten teil. Die gut standardisierte Überwachung der Ernährung ist Teil der üblichen medizinischen Überwachung und in der klinischen Praxis gut etabliert. Zweimal in der Woche steht uns eine Ernährungsberaterin aus der spitalinternen Ernährungsberatung zur Verfügung (20%), die auch die Nachbetreuung und Ernährungs-Screenings bei den Patientinnen und Patienten durchführt. Zudem gehört sie der internen Arbeitsgruppe («Ernährung – Gastroenterologie und Metabolismus») auf der Intensivpflegestation an, die sich zweimal im Monat trifft, um aktuelle Probleme zu diskutieren, Datenblätter zu erarbeiten und zu aktualisieren und deren Implementierung festzulegen. Es ist wichtig, immer wieder hervorzuheben, dass die Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberater in ihrer Rolle wahrgenommen werden sollen, dass sie an den Workshops teilnehmen und dass sie, auch wenn regelmässig sensibilisiert wird und Schulungen stattfinden, eine korrekte ernährungsmedizinische Betreuung sichern. Eine kürzlich in Lausanne erschienene Arbeit (siehe Artikel von Ludivine Soguel-Alexander in dieser Ausgabe) zeigt auf, dass der Einbezug einer Ernährungsberaterin oder eines Ernährungsberaters in die Arbeit auf der Intensivpflegestation einen Qualitätsgewinn bedeutet. Ein Pensum von 20 % reicht aber nicht aus – es stehen immer noch Verhandlungen über eine Erhöhung der Stellenprozentage an. Am besten wäre es, wenn sich eine Ernährungsberaterin oder ein Ernährungsberater ausschliesslich der IPS widmen könnte und somit in das Intensivpflegefachteam inte-



griert wäre und über eine fundierte Schulung in diesem Fachgebiet verfügte. Dies würde einiges vereinfachen und die Position von Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberatern gegenüber jenen Ärzten und Pflegefachpersonen stärken, welche die Ernährung nicht als Priorität betrachten, sondern als Detail, das es ganz am Schluss zu regeln gilt.

Folgende Aussagen möchte ich explizit festhalten:

- Die ernährungsmedizinische Betreuung der Intensivpatientinnen und -patienten soll Teil der **umfassenden medizinischen Betreuung** sein, damit der Umgang mit eventuellen Komplikationen, die auf

Mangelernährung oder eine unangepasste Ernährung zurückzuführen sind, verbessert werden kann.

- Für die Nährstoffzufuhr gemäss den festgelegten Zielen (kalkuliert oder mittels indirekter Kalorimetrie) eignet sich eine **kombinierte Ernährung, sprich eine enterale Ernährung zusammen mit einer supplementären parenteralen Ernährung**. Die ersten Resultate der SPN-Studie bestätigen die Hypothesen, die aus dem von Ihrer Gruppe publizierten Algorithmus hervorgehen: Eine bessere Deckung des Energiebedarfs der behandelten Patientengruppe (supplementierende parenterale Ernährung vom vierten Tag an, um eine neutrale Energiebilanz zu garantie-

ren) im Gegensatz zur Vergleichsgruppe, bei der sich mit ausschliesslich enteraler Ernährung ein Energiedefizit entwickelt hat (6000 kcal am achten Tag!). Bei einem solchen Defizit spricht die Studie von einer ungünstigen Situation. Bei der SPN-Gruppe wurden weniger Infektionen beobachtet, weniger Antibiotika abgegeben und es waren weniger Beatmungstunden nötig.

- Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberater sollen in diesem pluridisziplinären Bereich, der den Körper als Ganzes betrifft, ihren Platz einfordern.

Grafik siehe Seite 8

Referenzen siehe Seite 9



## Für mehr Lebensqualität.

**Bei Allergien und Intoleranzen: Die über 50 schmackhaften Produkte von Free From, DS Food und Schär sind frei von Lactose, Gluten und anderen Allergenen. Erhältlich sind sie in allen grösseren Filialen oder unter [www.coopathome.ch](http://www.coopathome.ch)**

**Verpassen Sie nichts und nutzen Sie den Free From Newsletter: [www.coop.ch/freefrom](http://www.coop.ch/freefrom)**



**Für Genuss ohne Beschwerden.**

**coop**

Für mich und dich.



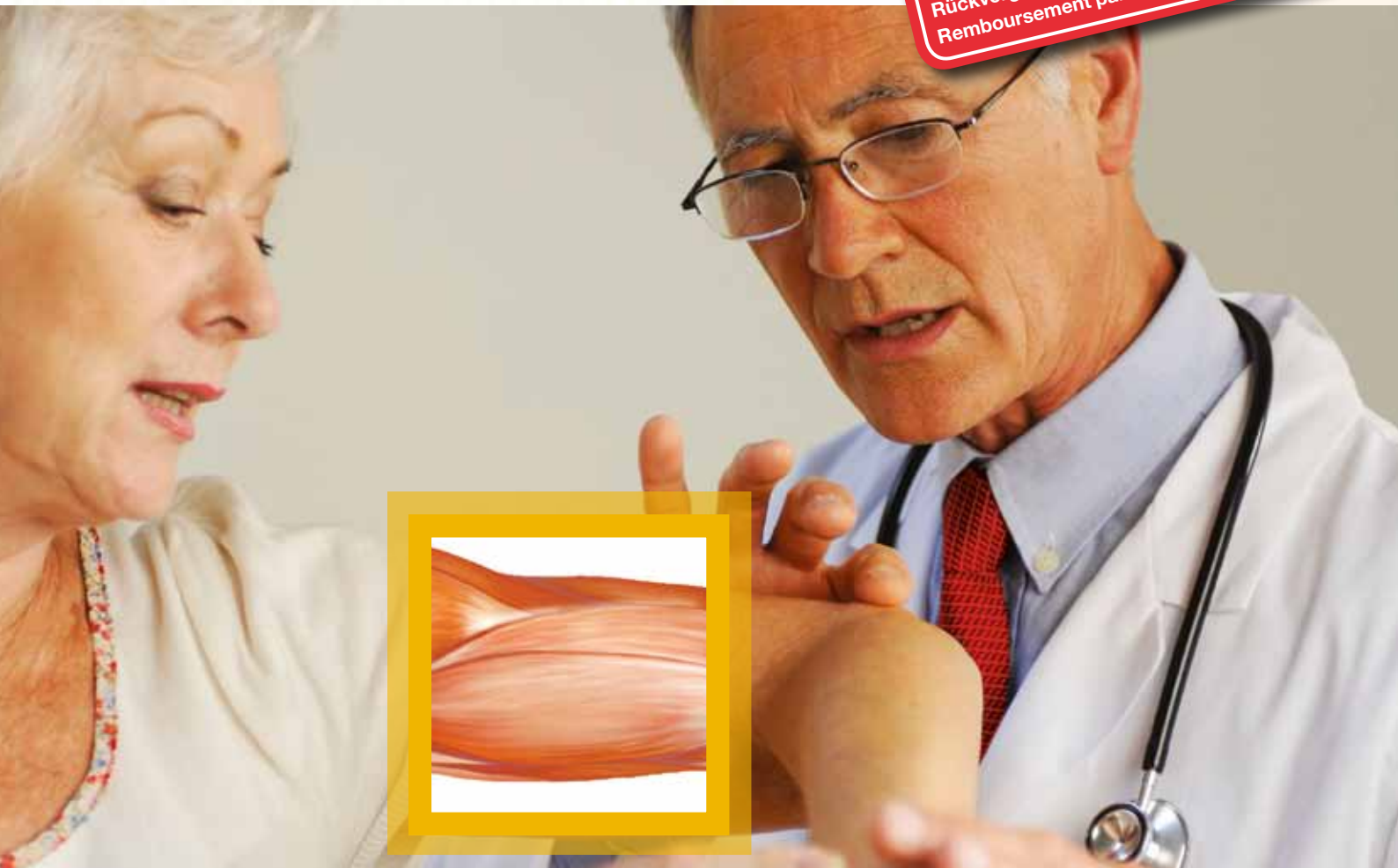
# Ensure® Plus Advance

Mehr Kraft zum Leben

Plus de forces pour la vie

Ab/A partir de 1.7.2012

Rückvergütung durch Grundversicherung\*  
Remboursement par l'assurance de base\*



Ensure® Plus Advance mit /avec **Nutrivigor™**  
– einer Kombination aus Protein, Vitamin D und HMB\*  
– une combinaison de protéines, vitamine D et de HMB\*

- **Zum Aufbau der Muskelmasse**  
**Pour la structure de la masse musculaire**
- **Zur Förderung der Muskelkraft**  
**Pour favoriser la force musculaire**

Vanille • Chocolate • Banane

\* vorausgesetzt die Indikationsstellung ist gemäss den Richtlinien der GESKES vom Januar 2009  
à condition que la prescription soit conforme aux directives de la SSNC de janvier 2009

\* β-Hydroxy-β-Methylbutyrat

## Antwort-Talon /Coupon-réponse

- Ich wünsche Unterlagen.  
Je désire recevoir la documentation.
- Bitte senden Sie mir ein Ensure® Plus Advance Muster pro Aroma.  
Merci de m'envoyer un échantillon de chaque arôme d'Ensure® Plus Advance.

Institution \_\_\_\_\_

Name /Nom \_\_\_\_\_

Strasse /Rue \_\_\_\_\_

PLZ /NPA \_\_\_\_\_

Ort /Lieu \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_

## La presa a carico nutrizionale dei pazienti di cure intense: il punto della situazione

Colloquio con la dottoressa Claudia-Paula Heidegger – Intervista: Anne Blancheteau

**Info:** Negli ultimi mesi, molto si è discusso di alcuni articoli che mettono in dubbio la necessità di nutrire precocemente per via parenterale i pazienti di CI<sup>1</sup> (studio TICACOS, studio EPaNIC: vedi tabella 1 con un riepilogo del design dei due studi e alcuni commenti). Le propongo di analizzare le raccomandazioni attuali e le eventuali tendenze sulla base della prassi ginevrina, per poi presentare i risultati preliminari del suo studio SPN (in revisione), che ridefinisce il problema in maniera pragmatica: a partire dal primo giorno, se possibile, nutrizione enterale, da completare con nutri-

zione parenterale a partire dal 4° giorno, se l'obiettivo energetico del 100% non è stato raggiunto (abbastanza ma non troppe [calorie, proteine] e abbastanza velocemente ma senza essere avventati!).

Claudia-Paula Heidegger: Una delle grandi sfide nella presa a carico di questi pazienti di CI è il deficit energetico, un problema sempre di attualità. Se si tiene conto di un collettivo di pazienti molto eterogeneo (politrauma, ustionati, cardiologia, chirurgia, medicina...), il fabbisogno calorico e proteico può variare molto, soprattutto in caso di denutrizione preesistente. L'adat-

La dottoressa Claudia-Paula Heidegger è medico internista e intensivista da una quindicina d'anni, e coltiva un particolare interesse per la nutrizione dei pazienti di cure intense, in particolare per la nutrizione combinata (ritorneremo in dettaglio su questo aspetto); attualmente capo servizio delle cure intense dell'Ospedale universitario di Ginevra HUG, è anche segretaria della SSNC.

tamento alle differenti esigenze non è facile e il rischio di deficit energetico per il paziente stressato resta maggiore, nonostante una maggior consapevolezza e una

<sup>1</sup> CI = cure intense

Tabella 1: gli studi TICACOS e EPaNIC.

Studio	Design	Commenti
TICACOS (Singer P. et al. The tight calorie control study (TICACOS). Intensive Care Med 2011, 37: 601–609)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pazienti ventilati meccanicamente.</li> <li>• Impatto di una nutrizione parenterale complementare.</li> <li>• 2 gruppi: un gruppo il cui fabbisogno è stabilito tramite calorimetria indiretta e un gruppo di controllo il cui fabbisogno è calcolato sulla base di 25 kcal/kg/giorno.</li> <li>• Risultati: migliore copertura energetica nel gruppo calorimetria, con outcome migliore, riduzione della durata di ospedalizzazione e della mortalità nosocomiale e più infezioni, polmoniti sotto ventilazione, maggior durata del ricovero in cure intense.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il gruppo trattato (calorimetria) è sistematicamente sovralimentato!</li> <li>• La ragione: si è dimenticato di contabilizzare gli apporti (energetici, glucidici) legati ad esempio al Propofol/ Disoprivan e gli apporti di glucosio aggiunti con i medicinali in endovena.</li> <li>• Questa sovralimentazione ha portato alle complicazioni respiratorie documentate.</li> <li>• Uno studio multicentrico dovrebbe completare/ (in)validare questi risultati e condurre alle stesse conclusioni dei risultati dello studio SPN.</li> </ul>
EPaNIC (Casaer MP et al. Early versus late parenteral nutrition in critical ill patients. N Engl J Med 2011, 365: 506–517)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Studio molto grande (più di 4000 pazienti) pubblicato in un'ottima rivista scientifica.</li> <li>• L'idea di base: paragonare il concetto europeo di presa a carico (nutrizione enterale precoce combinata) con il concetto nordamericano (nutrizione parenterale dopo 7–8 giorni).</li> <li>• Gruppo «early» europeo: è stato fatto un carico parenterale iperglicemico i primi 2 giorni, la nutrizione parenterale è stata iniziata il 3° giorno per essere al 100% dell'obiettivo calcolato. I risultati: più infezioni e colestasi in questo gruppo!</li> <li>• Gruppo di controllo: nutrizione parenterale a partire dal 7° giorno</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In effetti, il gruppo «early» non ha ricevuto una nutrizione fedele agli standard europei: la carica iperglicemica parenterale non rientra infatti nelle linee guida.</li> <li>• Pazienti che non avevano assolutamente bisogno di una nutrizione parenterale ne hanno ricevuta una (60% di pazienti di chirurgia cardiaca elettiva, che generalmente lasciano le cure intense al 3° giorno).</li> <li>• Inoltre, il 5° giorno più del 50% dei pazienti trattati non erano più nello studio.</li> <li>• I pazienti più gravemente malnutriti (BMI &lt; 18.5) sono stati esclusi dallo studio!</li> <li>• Cosa mostra questo lavoro: <ul style="list-style-type: none"> <li>– la nutrizione parenterale somministrata precocemente in questa fase acuta postoperatoria a dei pazienti che non ne hanno bisogno è nociva!</li> <li>– la nutrizione parenterale non va presa in considerazione sin dall'ammissione per pazienti che non ne hanno bisogno!</li> <li>– anche apporti troppo consistenti di glucosio sono nocivi, cosa già nota.</li> </ul> </li> <li>• Attenzione a restare critici nei confronti di certe pubblicazioni, anche apparse in giornali eccellenti! Gli esperti in nutrizione contestano con delle contro-argomentazioni il design e i risultati di questo lavoro perché non corrispondono alla prassi europea.</li> </ul>



migliore presa a carico da parte di tutti gli operatori (medici e personale curante), con il conseguente adeguamento del supporto nutrizionale. Il forte stress, caratterizzato dalla liberazione degli ormoni dello stress e dei mediatori dell'infiammazione, porta a sostanziali modificazioni del metabolismo energetico e spinge il paziente verso un ipermetabolismo (ipermetabolismo), contro il quale si deve agire rapidamente.

Noi iniziamo con la nutrizione enterale precoce a partire dal primo giorno, per i benefici generati dagli evidenti effetti fisiologici della nutrizione attraverso il tubo digerente, benefici dimostrati nel passato da numerosi studi.

Si deve inoltre tener conto del fatto che il fabbisogno nutrizionale del paziente stressato varia con il tempo. Durante la fase acuta di stress (prime 72–96 ore), i nutrienti somministrati non possono essere metabolizzati efficacemente per produrre energia. Quindi, sovralimentare un paziente nella fase acuta non può che essere nocivo. A questo stadio fa seguito una fase di stabilizzazione metabolica (la fase post-stress), che permette un utilizzo più ottimale dei nutrienti somministrati; il fabbisogno calorico deve allora essere adeguato di conseguenza. Il modo migliore per determinare con precisione l'obiettivo energetico del paziente consiste nell' eseguire una calorimetria indiretta (gold standard). Ciò è però, nella pratica, difficile da realizzare quotidianamente.

Seguendo le linee guida dell'ESPEN, cominciamo dunque nella fase acuta con 20–25 kcal/kg/giorno e poi, dopo 72–96 ore, quando la sindrome infiammatoria si è stabilizzata e le ammine diminuiscono, aumentiamo a 25–30 kcal/kg/giorno (fase post-acuta). Il paziente, a questo stadio, è allora in grado di utilizzare in modo ottimale i nutrienti come substrato energetico ed è quindi possibile prevenire il degrado dei substrati energetici endogeni. La progressione calorica verso l'obiettivo energetico avviene nell'arco di 2–3 giorni poiché, come accennato prima, nella fase acuta l'assimilazione è alterata, i residui gastrici possono essere notevoli, il rischio di diarrea è elevato e tutto ciò impedisce una progressione troppo rapida della nutrizione enterale. Idealmente, il 100% dell'obietti-

vo energetico dovrebbe essere raggiunto in 3 giorni. Nella prassi, somministriamo  $\frac{1}{3}$  del fabbisogno il 1° giorno,  $\frac{2}{3}$  il 2° giorno e  $\frac{3}{3}$  il 3° giorno. Al fine di favorire la progressione della nutrizione enterale e per raggiungere questo obiettivo, si possono utilizzare misure accompagnatrici come i procinetici.

Sfortunatamente, nei nostri pazienti gravemente stressati è difficile attenersi a questo schema utilizzando unicamente la nutrizione enterale. Infatti una frequente intolleranza gastrointestinale, delle indagini come ad esempio gli esami radiologici, dei passaggi in sala operatoria, ecc. comportano regolarmente delle interruzioni della nutrizione enterale, quando invece la somministrazione continua è raccomandata per ottenere una migliore tolleranza (evitare i boli). Di conseguenza si accumula rapidamente un ritardo nella somministrazione della nutrizione enterale e, quindi, nel raggiungimento dell'obiettivo energetico. Degli studi, tra i quali la pubblicazione di Villet<sup>2</sup>, hanno dimostrato che l'accumulo di deficit energetico durante la prima settimana di presa a carico in cure intense è nocivo per il paziente – con più complicazioni, in particolare infezioni – e che è difficile in seguito colmarlo senza rischiare l'iperalimentazione, le iperglicemie e il danno epatico (ipertrigliceridemia,...).

Questa è la base dello sviluppo del **concetto di nutrizione combinata**: fare in modo che la nutrizione enterale abbia la possibilità di instaurarsi progressivamente e, nei pazienti più gravi, quando questo obiettivo è difficilmente raggiungibile nei primi tre giorni, completare con la nutrizione parenterale. Concretamente: se il 4° giorno l'obiettivo del 60% del fabbisogno calorico non è stato raggiunto con la nutrizione enterale, malgrado tutte le misure adottate, aggiungiamo la nutrizione parenterale in complemento, così da raggiungere il 100% del fabbisogno alla fine della prima settimana (studio SPN<sup>3</sup>).

<sup>2</sup> Villet S et al. *Negativ impact of hypocaloric feeding and energy balance on clinical outcome in ICU patients.* Clin Nutr 2005, 24: 502–509

<sup>3</sup> Heidegger CP et al. *Supplemental parenteral nutrition (SPN) in intensive care unit (ICU) patients for optimal energy coverage improved clinical outcome.* Clin Nutr – in press

Ogni giorno una valutazione della situazione permette di riadattare gli apporti della nutrizione parenterale sulla base di quelli della nutrizione enterale, con l'obiettivo di ridurre rapidamente gli apporti parenterali a beneficio della via enterale/orale. Appena possibile, se il paziente è estubato e non presenta disturbi della deglutizione, iniziamo con l'alimentazione orale. A questo punto, la nutrizione parenterale viene interrotta e la nutrizione diventa combinata orale/enterale, spesso con una nutrizione enterale notturna. A volte la prescrizione di supplementi nutritivi orali può rivelarsi utile e sostituire la nutrizione enterale.

L'obiettivo di questa presa a carico consiste nel garantire apporti energetici isocalorici al fabbisogno, evitando sia la sotto- che la sovralimentazione. Come ora sappiamo, la sovralimentazione – spesso associata a un'iperglicemia – è un rischio della nutrizione parenterale, che genera quindi complicazioni metaboliche e epatiche. Negli anni '80 la nutrizione parenterale era considerata una panacea, poi è arrivata l'era dell'«enteralismo», quale reazione a pubblicazioni che demonizzavano l'utilità della nutrizione parenterale a causa delle sue complicazioni, ciò che ha portato a una tendenza a «sottoalimentare» i nostri pazienti, poiché non ci era possibile coprire il fabbisogno unicamente con la nutrizione enterale.

Un modo per controllare se la copertura del fabbisogno è corretta (rischio di sovralimentazione, soprattutto in caso di nutrizione parenterale, visto che in enterale il rischio è basso) consiste, se possibile, nel praticare delle calorimetrie indirette e nel monitorare i test epatici e i trigliceridi, il glucosio (iperglicemia) e se il fabbisogno di insulina aumenta, senza dimenticare un'eventuale difficoltà di svezamento ventilatorio (maggiore produzione di CO<sub>2</sub> in caso di iperalimentazione). Per quel che riguarda la copertura del fabbisogno proteico, teniamo conto delle linee guida dell'ESPEN: almeno 1,2 g/kg fino a 1,5 g/kg/giorno.

La nutrizione parenterale in complemento può essere assicurata per via periferica, ciò che permette di non inserire un accesso venoso centrale, a maggior rischio di infezione. L'unico inconveniente di questa via



Tabella 2: resoconto delle raccomandazioni

Fase	Energia, kcal/kg	Proteine, g/kg
Acuta (prime 72-96 ore post-stress)	20-25	Minimo 1,2, fino a 1,5 se essudato, ascite, pancreatite o perdite aumentate – anche 1,8 per i pazienti dializzati
Post-acuta	25-30, non appena il paziente è metabolicamente stabile	

d'accesso, quando il paziente è in sovraccarico volemico, è il grande volume di liquidi che richiede.

Credo che abbiamo fatto il punto della situazione per quanto riguarda l'aspetto strettamente «nutrizionale», vale a dire coprire il fabbisogno energetico nel modo più isocalorico possibile con, se necessario, una combinazione enterale/parenterale oppure enterale/orale (figura 1: algoritmo decisionale per la nutrizione combinata; tabella 2: resoconto delle raccomandazioni).

Possiamo quindi affrontare il tema della farmaconutrizione. Qual è la sua esperienza e che prassi seguite agli HUG?

Heidegger: Le raccomandazioni di cui teniamo conto sono quelle dell'ESPEN.

L'arginina, a causa dei suoi effetti negativi nei pazienti settici (aggravamento dello stato settico, ipotensione), non viene più somministrata; ma se un paziente, prima dell'intervento, beneficiava di una nutrizione arricchita di sostegno (p.es.: Impact®) questa viene proseguita anche in fase postoperatoria.

La glutammina, raccomandata dall'ESPEN

per i pazienti ustionati e politraumatizzati gravi, è somministrata solo ai pazienti in nutrizione parenterale totale. Il problema della somministrazione enterale di glutammina sta nel fatto che è associata a un notevole apporto di volume, spesso limitante nei pazienti in sovraccarico volemico. Per il momento il nostro obiettivo principale è di coprire in primo luogo i fabbisogni energetici e proteici.

Gli acidi grassi omega-3 sono prescritti dall'inizio in tutte le nutrizioni parenterali in caso di grave affezione polmonare (ARDS). La combinazione dei tre tipi di acidi grassi sembra essere la soluzione del futuro, ma la prassi agli HUG non è ancora stata adattata e sarà discussa, alla luce delle nuove pubblicazioni, nell'ambito della commissione dell'alimentazione.

La supplementazione parenterale di antiossidanti sembra essere giustificata nei pazienti settici molto gravi (nuovi studi).



## Per più qualità di vita.

**In caso di allergie e intolleranze alimentari: gli oltre 50 gustosi prodotti delle linee Free From, DS Food e Schär sono privi di lattosio, glutine e altri allergeni. Questi prodotti sono in vendita nei grandi supermercati Coop o sul sito [www.coopathome.ch](http://www.coopathome.ch)**

**Per essere sempre informati sulle novità, iscrivetevi alla newsletter Free From: [www.coop.ch/freefrom](http://www.coop.ch/freefrom)**



Per più gusto e benessere.

**coop**

Per me e per te.

Nei pazienti molto settici o in caso di ricoveri molto lunghi, effettuiamo dei dosaggi per valutare eventuali sostituzioni (vitamina C, zinco, selenio...).

Controllo e adeguamento della nutrizione avvengono quotidianamente, in occasione della visita del mattino, della controvisita e della visita serale, e sono gestiti dai medici e dal personale di cura al letto del paziente. Il personale delle cure intense viene regolarmente sensibilizzato alla problematica. Organizziamo corsi di formazione e atelier di nutrizione. Le linee guida interne vengono regolarmente aggiornate, vi sono delle schede tecniche consultabili sull'intranet (algoritmo della nutrizione, residui gastrici, diarree, costipazione...) e il personale viene coinvolto nelle visite mediche. Il monitoraggio della nutrizione, ben standardizzato, fa parte del monitoraggio standard ed è entrato a far parte della prassi. Una dietista del servizio di nutrizione dell'ospedale è a disposizione (20%) anche per il controllo e lo screening dei pazienti (passa due volte a settimana). Fa parte anche di un gruppo di lavoro interno delle cure intense («Nutrizione – gastroentero-

logia e metabolismo») che si riunisce ogni due mesi per discutere di problemi recentemente riscontrati, dell'allestimento di schede tecniche, del loro aggiornamento e della loro implementazione. Ciò che è importante è che questa dietista sia ben identificata quando passa, che partecipi agli atelier di formazione e che garantisca la giusta presa a carico nutrizionale, correggendo eventuali errori che possono verificarsi anche malgrado formazioni e sensibilizzazioni regolari. Un recente studio losannese (vedi articolo di Ludivine Soguel-Alexander pubblicato in questo numero) dimostra il beneficio, in termini di qualità, dato dal disporre di una dietista assegnata alle cure intense. Una presenza del 20% è insufficiente e le negoziazioni per aumentarne la percentuale lavorativa restano all'ordine del giorno. L'ideale sarebbe avere una dietista assegnata alle CI e quindi integrata nel team delle cure intense e ben formata in questa specialità: questo faciliterebbe di molto le cose e le permetterebbe di affermarsi di fronte a medici e infermieri che non considerano/consideravano la nutrizione una priorità, ma piuttosto un dettaglio da regolare dopo tutto il resto.

Credo che possiamo terminare questo colloquio confermando che: la presa a carico nutrizionale dei pazienti di cure intense fa parte della loro **presa a carico globale**, per una migliore gestione di eventuali complicazioni dovute alla denutrizione o a una nutrizione inadatta; per raggiungere gli obiettivi nutrizionali fissati (calcolati o misurati con calorimetria indiretta), la soluzione sta nel far ricorso a una **nutrizione combinata con nutrizione parenterale supplementare**. I risultati preliminari dello studio SPN confermano le ipotesi formulate nell'algoritmo pubblicato dal suo gruppo, vale a dire una miglior copertura energetica nel gruppo trattato (supplementato a partire dal 4° giorno per garantire un bilancio energetico neutro) confronto al gruppo di controllo (nutrizione enterale esclusiva) che ha accumulato invece un deficit energetico (- 6000 Kcal all'8° giorno!); questo deficit è stato mostrato come rientrando in una zona sfavorevole. Meno infezioni, meno antibiotici e meno ore di ventilazione meccanica nel gruppo SPN; la dietista può rivendicare un ruolo in questo contesto pluridisciplinare e multi-organico.

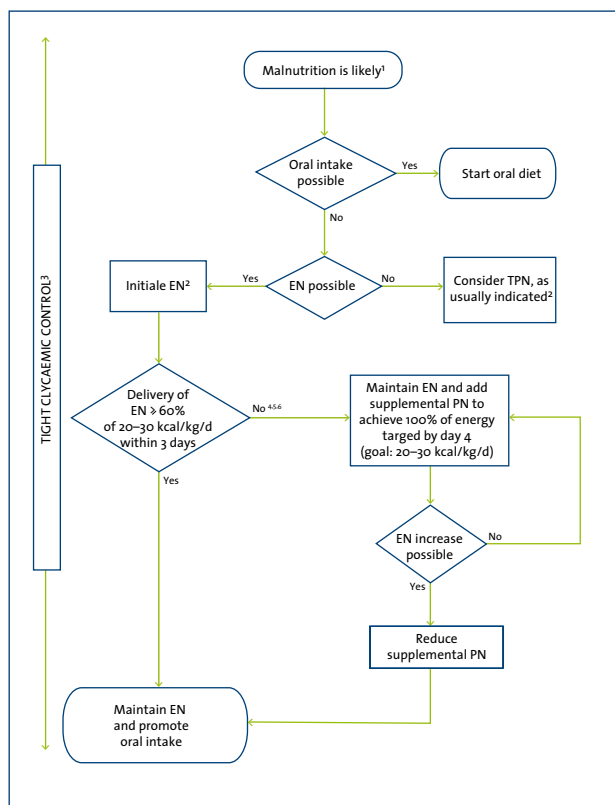


Fig. 1: Nutrition in critically ill patients: revisiting the approach to nutrition with enteral (EN) and supplement (PN) support maintaining glycaemic control.

**Alcuni riferimenti bibliografici**

- ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: Intensive care. Clin Nutrition 2009, 28: 387-400 (disponibile gratuitamente sul sito <http://www.espen.org/espenguidelines.html>)
- ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Intensive care. Clin Nutrition 2006, 25: 210-223 (disponibile gratuitamente sul sito <http://www.espen.org/espenguidelines.html>)
- Aktuelle Ernährungsmedizin, Februar 2012, Seiten 36-55: Ernährung bei kritisch Kranken, T.W. Felbinger, H. P. Richter
- Best timing for energy provision during critical illness. M. M. Berger, C. Pichard. Critical Care 2012, 16: 215 (disponibile gratuitamente sul sito <http://ccforum.com/series/annualupdate2012>)
- Heidegger CP et al. Is it now time to promote mixed enteral and parenteral nutrition for the critically ill patient? Intensive Care Med 2007, 33: 963-969

Notes:

1. At admission, 30-50% of patients have pre-existing malnutrition and are at risk of developing acute malnutrition in the ICU [9]
2. EN reduces morbidity in ICU patients [54]
3. glycaemic control reduces morbidity and mortality [49]
4. inadequate EN is frequent [12]
5. inadequate EN increases morbidity and length of stay [8]
6. early TPN reduces mortality [44]

## Ernährung von Intensivpatienten: Sicht der Ernährungsberaterin – was ist Realität in der täglichen Praxis?

Interview: Anne Blancheteau

**Interview mit Dr. clin. nutr. Caroline Kiss, dipl. Ernährungsberaterin FH; Abteilung für Diabetologie, Endokrinologie und Metabolismus, Universitätsspital Basel. Zum Thema «Ernährung von Intensivpatienten» ist kürzlich in der Zeitschrift «Aktuelle Ernährungsmedizin», Ausgabe 1/2012, ein Artikel von Dr. med. Thomas W. Felbinger erschienen. Wie sieht Frau Dr. Kiss die Empfehlungen in diesem Artikel in Bezug auf Machbarkeit in einem Schweizer Krankenhaus und im Kontext der DRG?**

**Info: Mangelernährung auf der Intensivstation: ein aktuelles Problem. Sind Sie mit dieser Aussage einverstanden?**

Caroline Kiss: Die Mangelernährung ist sicher auf den Bettenstationen und in Langzeitinstitutionen ein gravierenderes Problem als auf der Intensivstation. Man darf nicht vergessen, dass die durchschnittliche Aufenthaltsdauer auf der Intensivstation sehr kurz ist. In meiner Studie, die ich am Kantonsspital Liestal (400 Betten, 10 Intensivbetten) durchgeführt hatte, war die Aufenthaltsdauer im Durchschnitt 1,6 Tage. Während der Studienperiode von 9 Monaten waren von 2000 Patienten nur etwa 10 Patienten pro Monat länger als drei Tage auf der Intensivstation und nicht alle davon waren mangelernährt.

Viel wichtiger ist es deshalb, die Mangelernährung vor einer Operation und bei chronisch kranken und geriatrischen Patienten zu erkennen und behandeln, um Komplikationen und damit die Intensivpflichtigkeit zu reduzieren. Ein besonderes Augenmerk muss auch auf Patienten gelegt werden, die einige Tage auf der Intensivstation ernährt

wurden und dann auf die Bettenstation ohne Ernährungssonde verlegt werden.

**Setzen Sie im Universitätsspital Basel (USB) systematisch ein Mangelernährungs-Screening für Intensivpatienten ein? Wer ist verantwortlich?**

Nein, auf den Intensivstationen wird kein Screening durchgeführt. Aber, wie vorgängig erklärt, ist es wichtig, die Malnutrition zu erkennen. Deshalb wird seit 2005 auf den Bettenstationen der Medizin, Neurologie und Hämatologie das Risiko für Malnutrition mittels Nutritional Risk Score (NRS-2002) routinemässig durch Pflegefachpersonen erhoben und entsprechende Massnahmen gemäss einem Handlungsleitfaden eingeleitet. Bei Intensivpatienten, die via Notfall auf die Intensivstation gelangen, liegen weder Grösse noch Gewicht vor und Angaben zur bisherigen Ernährung können meist ebenfalls nicht erhoben werden. Der NRS ist deshalb nicht durchführbar und für Intensivpatienten auch nicht validiert. Weil alle beatmeten Patientinnen und Patienten, welche voraussichtlich > 2–3 Tage auf

der Intensivstation bleiben und keine orale Ernährung zu sich nehmen können, in kurzer Zeit ein Risiko für eine Mangelernährung haben, gilt unser Algorithmus für Ernährungssupport für alle diese Patienten.

**Ernährungstherapie bei Intensivpatienten: Gibt es ein spezifisch festgelegtes Vorgehen (Algorithmus)?**

Ja, wir haben in interprofessioneller Zusammenarbeit einen Algorithmus zum Ernährungssupport erstellt (Kiss C. et al. The Impact of Implementation of a Nutrition Support Algorithm on Nutrition Care Outcomes in an Intensive Care Unit. Nutrition in Clinical Practice, 2012, in press). Ein Algorithmus ist eine operationale Version einer Guideline, die an lokale Gegebenheiten adaptiert ist und in der täglichen praktischen Arbeit einfach umgesetzt werden kann. Als Grundlage dienten uns die *Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient* der Society of Critical Care Medicine (SCCM) und American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.) von 2009 und die *Guidelines der European Society of Enteral and Parenteral Nutrition (ESPEN)*. Dieser wird regelmässig überprüft und angepasst. Der Algorithmus enthält einen «Plan A» für die enterale Ernährung («if the gut works – use it») und einen «Plan B», wenn die enterale Ernährung kontraindiziert oder ungenügend ist. Es wird beschrieben, wann und wie begonnen wird und welche Kontrollen erforderlich sind. Ausserdem ist die Ziel-Energiemenge für normalgewichtige sowie adipöse Patienten je nach Gewichtskategorie und Krankheitsphase (Akutphase oder Erholungsphase) berechnet. Weiter sind Angaben zu Produktwahl und Verabreichungsvolumen pro Stunde sowie Zusätzen enthalten.

**Wie wird der Energiebedarf ermittelt? Schätzformeln? Indirekte Kalorimetrie?**

Bei uns wird der Energiebedarf anhand der Schätzformeln gemäss der SCCM/ASPEN Guidelines für normalgewichtige Patien-



### Berufliche Laufbahn Dr. clin. nutr. Caroline Kiss

1991–1997 praktische Tätigkeit an den Kantonsspitalern Liestal und Basel als dipl. Ernährungsberaterin, 1998 Master of Science (MSc) in Nutrition, University of London, UK, anschliessend eigene Praxis in Basel für Beratungen und Projektarbeit (Roche, Robapharm, Valser). Konsiliarische Tätigkeit im REHAB (Rehabilitationszentrum für Querschnitt- und Hirnverletzte) seit 1996 und Universitäts-Kinderspital beider Basel seit 2000. Doctorate in Clinical Nutrition (2006–11), University of Medicine and Dentistry of New Jersey, USA. Teilzeitanstellung am Universitätsspital Basel

seit 2006 als Fachverantwortliche und ab September 2012 Übernahme der Leitung Ernährungsberatung am Universitätsspital Basel. Fachliche Schwerpunkte und Interessensgebiete sind enterale und parenterale Ernährung bei Intensivpatienten, bei Kopf-Hals-Tumoren und neurogene Schluckstörungen sowie Ernährung bei gastroenterologischen Krankheiten, speziell Zöliakie und Nahrungsmittelallergien.



ten mit 20 kcal/kg in der Akutphase und 25–30 kcal in der Erholungsphase berechnet. Ein Messgerät für die indirekte Kalorimetrie steht uns leider nicht routinemässig zur Verfügung und auch die personellen Ressourcen für die Messung fehlen. Für den durchschnittlichen Intensivpatienten, der nur kurz auf der Intensivstation liegt, ist dies aus meiner Sicht auch gar nicht notwendig. Noch ist ja gar nicht bekannt, welches die optimale zu verabreichende Energiemenge überhaupt ist. Für Langzeitpatienten ist eine Messung sicher wünschenswert, insbesondere dann, wenn keine Angaben zu Grösse und Gewicht vorliegen, oder bei Patienten mit Muskelkrankheiten oder morbidem Adipositas, wo die Bedarfsberechnung mit Schätzformeln ungenau ist.

#### **Wieviel Protein pro kg Körpergewicht?**

Intensivpflichtige Patienten haben einen erhöhten Proteinbedarf. Wir setzen deshalb nur Produkte mit einem Proteinanteil von mind. 20% ein, ausser wenn eine Niereninsuffizienz vorliegt und keine Nierenersatztherapie erfolgt. Bei den schwerstkranken Patienten mit Sepsis, Polytrauma oder akutem Lungenversagen wird zusätzlich für 5–10 Tage Glutamin (enteral bzw. parenteral) verabreicht. Bei morbid adipösen Patienten steht in der Schweiz leider noch kein Produkt zur Verfügung, welches den Guidelines für eine hypokalorische und proteinreiche Ernährung ( $\geq 2.0$ – $2.5$  g/kg Idealgewicht) entspricht.

#### **Risiko von Hypo- oder Hyperalimentation? Wie könnten wir dieses Risiko vermeiden/reduzieren?**

Wie so oft in der Ernährung ist mehr nicht immer besser: sowohl zu viel wie auch zu wenig Ernährung ist ungünstig für Intensivpatienten. Bei den Patienten, die voraussichtlich >2–3 Tage intensivpflichtig sind, wird innert 24–48 h mit der enteralen Ernährung begonnen und sie werden innert 1–1,5 Tagen aufgebaut. Unser Ziel ist, dass in der 1. Woche  $\geq 60\%$  des Energiebedarfes gedeckt werden können bzw. dass das kumulative Energiedefizit <10000 kcal beträgt. Vilette et al. konnten zeigen, dass ein grösseres Energiedefizit zu vermehrten Infekten führt. Ebenso ist eine Energiezufuhr von >100% des Bedarfes mit vermehrten Komplikationen verbunden. Früher kam es

bei uns gelegentlich zu überhöhter Energiezufuhr bei den Patienten, welche ein hochkonzentriertes elektrolytreduziertes Produkt erhielten; wenn kombiniert enteral und parenteral ernährt wurde oder bei hochbetagten, kleinen und leichten Patienten. Seit der Implementierung des Algorithmus sehe ich dies jedoch nicht mehr.

#### **Applikationsweg der Substratzufuhr: Kombinierte Ernährung? Mit der enteralen Ernährung anfangen? Parenterale Ernährung als Supplementierung, wenn der Energie- und/oder Proteinbedarf nach 2, 3, x Tagen nicht gedeckt werden kann? Algorithmus? Metabolisches und gastro-intestinales Monitoring?**

Wenn enterale Ernährung möglich ist, soll diese bevorzugt werden, diese Empfehlung hat höchsten Evidenzgrad. Die parenterale Ernährung wird eingesetzt, wenn eine Kontraindikation für die enterale besteht, bei nicht funktionierendem Gastrointestinaltrakt oder wenn der enterale Weg nicht erfolgreich ist. Wenn früh mit der enteralen Ernährung begonnen wird, ist dies jedoch eher selten der Fall. Die Guidelines geben Empfehlungen, wann mit parenteraler Ernährung ergänzt werden soll. Dies ist abhängig von der Patientensituation und hier ist natürlich die Einschätzung und Erfahrung des Intensivmediziners entscheidend. Gemäss unserem Algorithmus wird bei der parenteralen Ernährung täglich evaluiert, ob eine enterale Ernährung – allenfalls auch nur eine sogenannte «Zottenernährung» – möglich ist.

#### **Immunmodulation: Wie sehen Sie den Einsatz von Substraten wie Omega-3-Fettsäuren, Glutamin, Nukleotiden, Antioxidantien und Arginin?**

Für eine definierte Patientengruppe liegen gute Daten zu diesen Produkten vor, auch wenn noch einige Fragen offen sind. Das grösste Verdienst der Studien mit immunmodulierenden Substanzen war sicher, dass man seit den ersten Studien mit diesen Produkten die Patienten nun sehr viel früher zu ernähren beginnt, als dies früher üblich war, und dass die Ernährung ein Thema in der Intensivstation wurde.

#### **Schliesslich, nach Ihrer langjährigen Erfahrung auf diesem Gebiet, welchen**

#### **Rat würden Sie Ihren Berufskolleginnen und -kollegen geben, die sich auf der Intensivstation involvieren möchten?**

Inzwischen gibt es zahlreiche Intensivmediziner, die sich mit der Ernährung ihrer Patienten beschäftigen und sehr gut Bescheid wissen. Eine Auseinandersetzung mit der aktuellen Literatur ist deshalb wichtig. Dies ist ebenfalls wichtig, wenn die Ernährung auf der Intensivstation bisher wenig Beachtung fand. Es braucht einiges an Berufserfahrung und vertieftem Wissen, nur so kann «evidence-based» argumentiert und Überzeugungsarbeit geleistet werden. Erschwert wird dies dadurch, dass die Datenlage in vielen Punkten noch offen ist, und dass es sich bei den Intensivpatienten um eine sehr heterogene Gruppe von Patienten handelt. Auch die praktischen Aspekte des Ernährungssupportes müssen gut bekannt sein, damit praktikable Lösungen zusammen mit den Intensiv-Pflegefachpersonen gefunden werden können. Sie stehen rund um die Uhr am Patientenbett und führen die Ernährungstherapie durch. Ein guter Einstieg ist die Teilnahme an der International Nutrition Survey der Critical Care Nutrition (Clinical Evaluation Research Unit, Kingston General Hospital), um zu sehen, was denn aktuell überhaupt gemacht wird bezüglich Ernährung auf der Intensivstation. Je nach Resultaten wird sichtbar, ob Optionen für Verbesserungen bestehen. Hier kann die Ernährungsberaterin dann Unterstützung anbieten und mithelfen, ein Konzept in multiprofessioneller Zusammenarbeit zu entwickeln.

#### **Welche Wünsche und Visionen haben Sie für die Weiterentwicklung der Ernährung von Intensivpatienten?**

Ich wünschte mir, dass in den Schweizer Richtlinien für die Anerkennung von Intensivstationen ([www.sgi-ssmi.ch](http://www.sgi-ssmi.ch)) nicht nur wie bis jetzt definiert ist, dass je nach Patientengut Zugriff auf eine ergotherapeutische und logopädische Fachkompetenz nachzuweisen ist, sondern auch Zugriff auf eine ernährungstherapeutische Fachkompetenz. Als Vision dient wie so oft die USA und UK, wo *Dietitians* mit Zusatzqualifikation in *Nutrition Support Therapie* in der Intensivstation mit integriert sind und Studien zur Ernährung von Intensivstationen durchführen.



# Unbeschwerter Genuss mit Coop Free From

**Über eine Million Menschen in der Schweiz leiden an einer Nahrungsmittelunverträglichkeit oder -allergie. Coop unterstützt Betroffene mit der Eigenmarke Free From und den Produkten von Schär mit einem abwechslungsreichen Sortiment für unbeschwertes Genuss. Dabei präsentiert sich das glutenfreie Tiefkühlsortiment in neuer Verpackung: Die Tiefkühlprodukte von DS Food sind ab sofort unter Schär erhältlich.**

In der Schweiz sind Unverträglichkeiten gegenüber Laktose (Milchzucker) oder Gluten (Getreide-Eiweiss) sehr verbreitet. Dank dem Sortiment für spezielle Ernährungsbedürfnisse mit laktose- und glutenfreien Produkten steht bei Coop eine breite Auswahl an Produkten für den täglichen Bedarf zur Verfügung.

## Auf nichts verzichten

Menschen mit einer Intoleranz gegenüber Laktose können unbeschwert Free From-Milchprodukte wie Rahm, Joghurt, Milch oder Frischkäse geniessen. Wer an einer Glutenunverträglichkeit leidet, dem bietet das Free From-Sortiment glutenfreie Produkte wie zum Beispiel Streuwürze und Vanille-Cornets sowie diverse Brotsorten, Teigwaren oder Cornflakes von der Marke Schär. Die Produktpalette umfasst bereits über 60 laktose- und glutenfreie Artikel sowie Artikel ohne andere Allergene wie Sellerie, Senf oder Eier.

## Immer wieder Neuheiten



Das Angebot wird fortlaufend um neue Produkte erweitert und gemäss Kundenbedürfnissen optimiert. Das Free From-Birchermüesli zum Beispiel ist neu nicht mehr nur laktose- sondern auch glutenfrei. Mit der praktischen Verpackung und dem integrierten Löffel eignet es sich als kleine

Zwischenmahlzeit oder als leichtes Dessert – auch für unterwegs. Die ganze Free From-Produktpalette ist in grösseren Schweizer Coop Supermärkten erhältlich oder lässt sich bequem über [www.coop.ch/freefromshop](http://www.coop.ch/freefromshop) nach Hause bestellen.

## Ratgeber für unbeschwertes Genuss

Der Coop-Ratgeber «free.» enthält interessante Beiträge rund um die Themen Gesundheit, Ernährung und Wohlbefinden bei Laktoseintoleranz und anderen Nah-

rungsmittelunverträglichkeiten. Ausführliche Informationen, Hilfestellungen und nützliche Hinweise sowie ein laktosefreies Drei-Gang-Menü runden den Ratgeber ab. Dieser liegt kostenlos in ausgewählten Coop Supermärkten und Vitality-Apotheken auf und kann online unter [www.coop.ch/freefrom](http://www.coop.ch/freefrom) bestellt oder als PDF heruntergeladen werden.

## Jederzeit im Bilde sein

Auf der Free From-Webseite [www.coop.ch/freefrom](http://www.coop.ch/freefrom) finden sich nebst dem Ratgeber viele weitere wertvolle Informationen zu Nahrungsmittelunverträglichkeiten sowie eine aktuelle Übersicht des Free From-Sortiments und ein glutenfreies Monatsrezept. Wer gleich 50 glutenfreie Rezepte griffbereit haben möchte, hat die Möglichkeit, das Coop-Kochbuch «Glutenfrei geniessen» zu bestellen. Zudem kann auf der Webseite auch der Free From-Newsletter abonniert werden, der regelmässig über Neuheiten im Sortiment und besondere Aktivitäten informiert.

## Korrespondenzadresse

Coop Fachstelle Ernährung,  
Thiersteinerallee 14, 4002 Basel, [ernaehrung@coop.ch](mailto:ernaehrung@coop.ch)



## Glutenfreies Tiefkühlsortiment bei Coop: Von DS Food zu Schär

Neu präsentieren sich die glutenfreien Tiefkühlprodukte bei Coop nicht mehr in DS Food-, sondern in Schär-Verpackungen. Das Angebot umfasst weiterhin neun Tiefkühlprodukte, wobei einzelne Artikel gemäss Kundenbedürfnissen ersetzt wurden. Neu im Free From-Sortiment sind zum Beispiel die Schär Croissant à la française zum Aufbacken, die jedem Sonntags-Brunch einen Hauch Frankreich verleihen.

# Alimentation des patients en soins intensifs, le point de vue de la diététicienne: Quelle est la réalité dans la pratique quotidienne?

Interview: Anne Blancheteau

**Entretien avec Caroline Kiss, Dr en nutrition, diététicienne diplômée HES, service de diabétologie, endocrinologie et métabolisme de l'hôpital universitaire de Bâle. Le magazine «Aktuelle Ernährungsmedizin» a publié récemment dans son numéro 1/2012 un article du docteur Thomas W. Felbinger sur l'alimentation des patients en soins intensifs. Quel est votre point de vue sur la possibilité de mettre en œuvre les recommandations de cet article dans un hôpital suisse dans le contexte des DRG?**

**Info:** La dénutrition aux soins intensifs est un problème d'actualité. Etes-vous d'accord avec cette déclaration?

Caroline Kiss: Le problème posé par la dénutrition est sûrement plus grave dans les divisions hospitalières et dans les institutions de soins de longue durée que dans les soins intensifs. Il ne faut pas oublier que la durée moyenne d'un séjour aux soins intensifs est très courte. Dans l'étude que j'ai menée dans l'hôpital cantonal de Liestal (400 lits, 10 lits en soins intensifs), la durée moyenne d'un séjour était de 1,6 jour. Pendant cette étude de 9 mois, sur 2000 patients, seulement 10 par mois environ sont restés plus de trois jours aux soins intensifs et ils ne souffraient pas tous de dénutrition.

Il est donc bien plus important de détecter et de traiter la dénutrition avant une opération ou chez des patients atteints de maladies chroniques ou en gériatrie afin

de réduire les complications, et donc l'obligation de recourir aux soins intensifs. Il faut aussi accorder une attention particulière aux patients qui ont été alimentés quelques jours aux soins intensifs puis placés en division hospitalière sans sonde de nutrition.

**A l'hôpital universitaire de Bâle, mettez-vous systématiquement en place un dépistage de dénutrition des patients en soins intensifs? Qui est responsable?**

Non, aucun dépistage n'est effectué aux soins intensifs. Mais, comme je l'ai dit auparavant, il est important de détecter la malnutrition. Dans les divisions hospitalières de médecine, de neurologie et d'hématologie, le personnel soignant est donc chargé depuis 2005 de dépister systématiquement le risque de malnutrition avec l'instrument Nutritional Risk Score (NRS-2002) et de mettre en œuvre les mesures

correspondantes selon des guidelines. Pour les patients qui sont arrivés aux soins intensifs en urgence, la taille et le poids ne sont pas disponibles et, le plus souvent, il n'est pas possible d'avoir des indications sur leur alimentation avant leur arrivée. Le NRS ne peut donc pas être utilisé, il n'est d'ailleurs pas validé pour les patients en soins intensifs. Notre algorithme d'assistance nutritionnelle s'applique à tous les patients sous respiration artificielle et à tous ceux dont le séjour aux soins intensifs est prévu pour plus de 2 à 3 jours et qui n'ont pas d'alimentation orale, car ces patients courent en peu de temps un risque de dénutrition.

**Thérapie nutritionnelle chez les patients en soins intensifs: Existe-t-il une procédure spécifiquement définie (algorithme)?**

Oui, nous avons établi un algorithme d'assistance nutritionnelle (Kiss C. et al. The Impact of Implementation of a Nutrition Support Algorithm on Nutrition Care Outcomes in an Intensive Care Unit. *Nutrition in Clinical Practice*, 2012, in press) au sein d'une collaboration interprofessionnelle. Un algorithme est une version opérationnelle d'une recommandation qui est adaptée à des circonstances particulières et qui peut être mise en œuvre simplement dans la pratique quotidienne. Nous nous sommes référés aux *Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient* de la Society of Critical Care Medicine (SCCM) et de l'American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.) de 2009 et aux *Guidelines de l'European Society of Enteral and Parenteral Nutrition (ESPEN)*. Ces dernières sont régulièrement vérifiées et adaptées. L'algorithme contient un «plan A» pour la nutrition entérale («if the gut works – use it») et un «plan B» lorsque la nutrition entérale est contre-indiquée ou insuffisante. Il décrit quand et comment commencer et quels contrôles sont néces-



## Brève présentation de la carrière professionnelle et de l'activité actuelle de Caroline Kiss

1991–1997 expérience pratique dans les hôpitaux cantonaux de Liestal et de Bâle en tant que diététicienne diplômée, 1998 Master of Science (MSc) en nutrition, University of London, Royaume-Uni, puis propre cabinet de conseils et de projets (Roche, Robapharm, Valser) à Bâle. Activité de conseil au REHAB (centre de réhabilitation des lésions transversales et cérébrales) depuis 1996 et à l'hôpital universitaire pédiatrique des deux Bâles depuis 2000. Doctorat en nutrition clinique (2006–11), University of

Medicine and Dentistry of New Jersey, Etats-Unis. Poste à temps partiel comme responsable spécialisée depuis 2006 et reprise de la direction de la diététique à l'hôpital universitaire de Bâle à partir de septembre 2012. Principaux axes de travail et centres d'intérêt: la nutrition entérale et parentérale chez les patients en soins intensifs, chez ceux atteints de tumeurs de la tête et du cou et souffrant de troubles neurogènes de la déglutition ainsi que la nutrition en cas de maladies gastro-entérologiques, en particulier la maladie cœliaque et les allergies alimentaires.

# Savourer sans les effets secondaires avec Coop Free From

**Plus d'un million de personnes en Suisse souffrent d'une intolérance ou d'une allergie alimentaire. Coop s'attache à faciliter leur quotidien avec sa marque propre Free From et les produits Schär en proposant un vaste choix de produits à savourer en toute tranquillité, sans craindre les effets secondaires. Les surgelés sans gluten ont désormais revêtu un nouvel emballage: les produits connus jusqu'ici sous la marque DS Food sont en vente désormais sous la marque Schär.**

En Suisse, les intolérances au lactose (sucre du lait) ou au gluten (protéine du blé) sont particulièrement répandues. Avec ses nombreux produits sans lactose et sans gluten spécialement conçus pour répondre aux besoins nutritifs spécifiques, Coop propose tout ce qu'il faut pour couvrir les besoins quotidiens.

## Plus besoin de se priver!

Grâce aux produits Free From, les personnes intolérantes au lactose peuvent consommer des produits laitiers comme la crème, le yogourt, le lait ou le fromage frais sans craindre les effets secondaires. Et pour les personnes intolérantes au gluten, Coop propose également des produits Free From sans gluten comme, par exemple, du condiment en poudre et des cornets à la vanille, mais aussi des produits Schär comme du pain, des pâtes ou des corn flakes. La gamme compte déjà plus de 60 articles sans lactose et sans gluten et comprend également des produits dépourvus de certains autres allergènes comme le céleri, la moutarde et les œufs.

## Toujours plus de nouveaux produits



De nouveaux produits adaptés aux besoins des clients viennent régulièrement compléter la gamme. Par exemple, le birchermüesli Free From n'est plus seulement sans lactose, mais à présent aussi sans gluten. Grâce à son emballage pratique et à sa cuillère intégrée, on peut l'emporter

partout pour combler toutes les petites faims. Tous les produits Coop Free From sont en vente dans les grands supermarchés Coop de Suisse. Vous pouvez également les commander sur [www.coop.ch/freefromshop](http://www.coop.ch/freefromshop), ils vous seront livrés à domicile.

## Savourer sans les effets secondaires: suivez le guide!

Le guide Coop «free.» est spécialement destiné aux personnes souffrant d'une intolérance au lactose ou autre.

Il aborde les thèmes de la santé, de l'alimentation et du bien-être, donne de précieux conseils et propose un menu trois plats sans lactose. Ce guide est disponible gratuitement dans certains supermarchés Coop et pharmacies Vitality, et peut être commandé en ligne ou téléchargé au format PDF sur [www.coop.ch/freefrom](http://www.coop.ch/freefrom).

## Rester informé à toute heure

Sur le site de Free From [www.coop.ch/freefrom](http://www.coop.ch/freefrom), vous trouverez également de nombreuses informations concernant les intolérances alimentaires ainsi que la liste de tous les produits Free From actuellement disponibles et la recette du mois sans gluten. Pour de nouvelles saveurs, vous pouvez commander le livre de cuisine Coop «La cuisine sans gluten»: il contient 50 recettes sans gluten pour se régaler sans se priver. Vous pouvez aussi vous abonner à la newsletter Free From pour recevoir régulièrement des informations sur les nouveaux produits et les activités promotionnelles.

## Adresse de correspondance

Service spécialisé Diététique Coop,  
Thiersteinerallee 14, 4002 Bâle,  
[alimentation@coop.ch](mailto:alimentation@coop.ch)



## Les produits surgelés sans gluten chez Coop: de DS Food à Schär

Désormais, les produits surgelés sans gluten vendus chez Coop ne sont plus commercialisés sous la

marque DS Food, mais sous la marque Schär. La gamme comprend toujours neuf produits surgelés, dont certains ont été remplacés afin de mieux répondre aux besoins des clients. Parmi les nouveautés, on trouve par exemple les croissants à la française Schär: un vrai régal pour les brunchs du dimanche!

saies. En outre, la quantité d'énergie requise pour les patients de poids normal ainsi qu'en surpoids est calculée en fonction de la catégorie de poids et de la phase de la maladie (phase aiguë ou phase de récupération). Il donne aussi des indications sur le choix des produits et le volume à administrer par heure, ainsi que sur les compléments.

**Comment le besoin en énergie est-il déterminé? Par des formules d'estimation? Par une calorimétrie indirecte?**

Chez nous, le besoin en énergie est calculé à l'aide de formules d'estimation conformes aux recommandations SCCM/ASPEN sur la base de 20 kcal/kg en phase aiguë et de 25 à 30 kcal en phase de récupération pour les patients de poids normal. Nous ne disposons malheureusement pas au quotidien d'un appareil de mesure de la calorimétrie indirecte et nous manquons aussi du personnel pour effectuer cette mesure. A mon avis, pour le patient moyen en soins intensifs, qui n'y reste que peu de temps, cela n'est vraiment pas nécessaire. Nous ne savons encore absolument pas quelle est la quantité d'énergie optimale à administrer. Il est sûrement tout à fait souhaitable de réaliser une mesure pour les patients de longue durée, en particulier en l'absence d'indications sur la taille et le poids, ou pour les patients souffrant de maladies musculaires ou d'obésité morbide, pour lesquels le calcul des besoins avec des formules d'estimation est imprécis.

**Combien de protéines par kg de poids corporel?**

Les patients en soins intensifs ont un besoin accru en protéines. C'est pourquoi nous n'utilisons que des produits avec au moins 20 % de protéines, excepté en cas d'insuffisance rénale sans thérapie de substitution rénale. Un supplément de glutamine est administré (par voie entérale ou parentérale) pendant 5 à 10 jours aux patients gravement malades atteints de septicémie, de traumatismes multiples ou d'un syndrome de détresse respiratoire aiguë. Pour les patients atteints d'obésité morbide, il n'existe en Suisse malheureusement encore aucun produit qui réponde aux spécifications des recommandations

pour une alimentation hypocalorique et riche en protéines ( $\geq 2,0-2,5$  g/kg poids idéal).

**Existe-t-il un risque d'hypo- ou d'hyperalimentation? Comment éviter/réduire ce risque?**

Comme bien souvent dans l'alimentation, plus n'est pas forcément synonyme de mieux: ni la sous-nutrition ni la surnutrition ne sont bénéfiques aux patients nutrition en soins intensifs.

Chez les patients qui vont probablement rester plus de 2 à 3 jours en soins intensifs, une nutrition entérale est mise en place dans un délai de 24 à 48 heures et ils reprennent des forces au bout de 1 à 1,5 jour. Notre objectif est qu'au cours de la 1<sup>re</sup> semaine,  $\geq 60\%$  des besoins en énergie soient couverts ou que le déficit énergétique cumulé soit  $< 10\,000$  kcal. Vilette et al. ont démontré qu'un fort déficit énergétique entraîne plus d'infections. De même, un apport énergétique  $> 100\%$  des besoins provoque également plus de complications. Avant, nous rencontrions occasionnellement des cas d'apport énergétique trop élevé chez les patients auxquels avait été administrée une solution très concentrée faible en électrolytes, en cas d'alimentation par voie entérale associée à une alimentation par voie parentérale ou chez des patients très âgés, petits et légers. Mais je n'ai plus constaté de cas de ce type depuis la mise en place de l'algorithme.

**Voie d'application de l'apport de nutriments: Par une nutrition combinée? En commençant par une nutrition entérale? Par une nutrition parentérale complémentaire si les besoins en énergie et/ou protéines ne sont pas couverts au bout de 2, 3, x jours? Par un algorithme? Par une surveillance métabolique et gastro-intestinale?**

Si la nutrition entérale est possible, elle doit être privilégiée. Cette recommandation est celle avec le plus haut niveau de preuve. L'alimentation parentérale est mise en place en cas de contre-indication de l'alimentation entérale, en cas de dysfonctionnement du tractus gastro-intestinal ou d'échec de l'alimentation par voie entérale. Ce qui est cependant rarement le cas lorsque la nutrition entérale est mise

en place tôt. Les recommandations donnent des informations sur le moment où il est nécessaire d'apporter un complément avec une nutrition parentérale. Cela dépend de chaque patient et l'expérience et l'avis du médecin des soins intensifs jouent naturellement un rôle décisif. Conformément à notre algorithme, la possibilité d'introduire une nutrition entérale, ne serait-ce que minimale, est évaluée chaque jour en cas d'alimentation parentérale.

**Immunomodulation: Que pensez-vous de l'administration de substrats tels que les acides gras Oméga 3, la glutamine, les nucléotides, les antioxydants et l'arginine?**

Nous disposons de données fiables sur ces produits pour un groupe de patients défini, même si quelques questions sont toujours sans réponse. Le plus grand mérite des études avec des substances immunomodulatrices est sûrement que, depuis les premières études, on commence bien plus tôt qu'on n'avait l'habitude de le faire auparavant à administrer ces produits aux patients et que l'alimentation est désormais prise en considération aux soins intensifs.

**Enfin, d'après votre longue expérience dans ce domaine, quel conseil donneriez-vous à vos collègues souhaitant s'impliquer dans les soins intensifs?**

Aujourd'hui, beaucoup de médecins des soins intensifs s'intéressent à l'alimentation de leurs patients et s'y connaissent très bien en la matière. C'est pourquoi il est primordial de tenir compte de la littérature actuelle sur ce sujet. Ceci est également important si l'alimentation dans les soins intensifs a jusqu'à présent peu été prise en considération. Il est nécessaire d'avoir un peu d'expérience professionnelle et des connaissances approfondies, c'est le seul moyen de pouvoir argumenter en se fondant sur les données probantes et de faire un bon travail de persuasion. Cette démarche est rendue difficile par le fait que les données actuelles comportent de nombreux points sans réponse et que les patients en soins intensifs représentent un groupe très hétérogène. Il faut aussi très bien connaître les aspects



pratiques de l'assistance nutritionnelle afin de pouvoir trouver des solutions réalisables avec le personnel infirmier des soins intensifs, qui se trouve 24 h sur 24 auprès des patients et met en œuvre la thérapie nutritionnelle.

Pour bien commencer, il est recommandé de participer à l'International Nutrition Survey de la Critical Care Nutrition (Clinical Evaluation Research Unit, Kingston General Hospital), pour voir ce qui est réellement fait actuellement en matière d'alimentation dans les soins intensifs. Les

résultats montrent s'il existe des options d'amélioration. La diététicienne peut alors proposer son soutien et participer à l'élaboration d'un concept au sein d'une collaboration interprofessionnelle.

#### Quels sont vos souhaits pour l'évolution de l'alimentation des patients en soins intensifs et comment l'envisagez-vous?

Je souhaiterais que les directives suisses pour la reconnaissance des unités de soins intensifs ([www.sgi-ssmi.ch](http://www.sgi-ssmi.ch)) prescrivent qu'il faut pouvoir recourir non seulement à

un spécialiste en ergothérapie et en logopédie selon le besoin des patients, comme c'est le cas actuellement, mais aussi à un spécialiste en thérapie nutritionnelle. Comme bien souvent, les Etats-Unis et le Royaume-Uni font référence en la matière. Des diététicien-ne-s avec des qualifications complémentaires en thérapie d'assistance nutritionnelle sont intégrés-e-s dans les soins intensifs et effectuent des études sur l'alimentation dans ce secteur.

Mille mercis!

## Alimentazione dei pazienti di cure intense dal punto di vista della dietista: qual'è la realtà nella pratica quotidiana?

Intervista: Anne Blancheteau

**Intervista alla Dr.ssa clin. nutr. Caroline Kiss, dietista dipl. SUP, reparto diabetologia, endocrinologia e metabolismo, ospedale universitario di Basilea. Nella rivista «Aktuelle Ernährungsmedizin», edizione 1/2012 è appena apparso un articolo del Dr. med. Thomas W. Felbinger sul tema «Alimentazione dei paziente in cure intense». Come vede praticabili negli ospedali svizzeri e nel contesto degli DRG, le raccomandazioni proposte in questo articolo?**

**Info: Malnutrizione nelle cure intense: un problema attuale. E' d'accordo con questa affermazione?**

Caroline Kiss: La malnutrizione è sicuramente un problema maggiore nei malati cronici e negli istituti di lunga degenza rispetto alle cure intense. Non dobbiamo dimenticare che la degenza media nelle cure intense è molto corta. Nel mio studio, effettuato presso l'ospedale cantonale di Liestal (400 letti, 10 letti in cure intense), la degenza media era di 1,6 giorni. Durante la durata dello studio (9 mesi) solo 10 pazienti al mese dei 2000 esaminati sono rimasti più di tre giorni in cure intense, e non tutti erano malnutriti.

E' molto più importante riconoscere e trattare la malnutrizione prima di un'operazione, in malati cronici e in pazienti geria-

trici, per poter evitare complicazioni e ridurre la necessità di un trattamento intensivo. Un occhio particolare va a quei pazienti che nelle cure intense venivano alimentati enteralmente e che poi sono passati in reparto senza avere più una sonda alimentare.

#### Effettua sistematicamente uno screening per la malnutrizione a tutti i pazienti di cure intense dell'ospedale universitario di Basilea (USB)? Chi è responsabile?

No, nelle cure intense non facciamo nessun screening. Ma come detto prima, è importante riconoscere una malnutrizione. Per questo motivo, dal 2005, nei reparti di medicina, neurologia ed ematologia il personale di cura monitorizza di routine il rischio di malnutrizione con il Nutritional

Risk Score (NRS-2002); dopodiché si prendono i relativi provvedimenti previsti in un protocollo di azione. Nei pazienti di cure intense che arrivano dal pronto soccorso non si conoscono né il peso né l'altezza, e spesso non si hanno indicazioni relative all'alimentazione degli ultimi periodi. Il NRS non è quindi realizzabile e non valido per i pazienti di cure intense. Siccome i pazienti attaccati all'ossigeno e i pazienti che rimangono più di 2-3 giorni in cure intense e che non mangiano possono accrescere in poco tempo il rischio di malnutrizione, per questi pazienti si segue il nostro protocollo per la supplementazione alimentare.

#### Terapia dietetica in pazienti di cure intense: Esiste un protocollo specifico?

Sì, abbiamo elaborato a livello interdisciplinare un protocollo di azione per la supplementazione alimentare (Kiss C. et al. The Impact of Implementation of a Nutrition Support Algorithm on Nutrition Care Outcomes in an Intensive Care Unit. Nutrition in Clinical Practice, 2012, in press). Un protocollo è una versione operativa delle linee guida che viene adattata alla situazione locale e che può essere messa in pra-



**Dr. Caroline Kiss: curriculum professionale e della sua attuale funzione.**

1991–1997 attività pratica presso l'ospedale cantonale di Liestal e Basilea come dietista dipl., 1998 Master of Sciences (MSc) in nutrizione, Università di Londra, UK, dopodiché studio privato a Basilea con consulenze e lavori progettuali (Roche, Robapharm, Valser). Dal 1996 attività di consulente al REHAB (centro di riabilitazione per invalidi), dal 2000 all'ospedale pediatrico universitario di Basilea. Dottorato in nutrizione clinica (2006-11), università di medicina e dentistica a New Jersey, USA.

Dal 2006 impiego a tempo parziale all'ospedale universitario di Basilea come responsabile tecnica, dal 2012 direttrice del reparto dietetico dell'ospedale universitario di Basilea. I miei punti forti professionali e i miei punti di interesse sono l'alimentazione enterale e parenterale per pazienti di cure intense, in caso di tumori alla testa-gola, di disturbi neurologici, così come l'alimentazione in caso di malattie dell'apparato digerente, in special modo la celiachia e le allergie alimentari.

tica semplicemente. Come base di riferimento ci sono le *Guidelines of the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient* della Society of Enteral and Parenteral Nutrition (EPEN). Il protocollo viene rivalutato ed adattato regolarmente. Il protocollo contiene un «piano A» per l'alimentazione enterale («if the gut works – use it») e un «piano B», da usare quando l'alimentazione enterale è controindicata o insufficiente. Vengono descritti quando e come iniziare ad alimentarsi e quali controlli sono necessari. Si calcola la quota calorica-obiettivo per pazienti normopeso o sovrappeso, a seconda della categoria di peso e della fase della malattia (fase acuta o di remissione). Sono indicati i dati relativi alla scelta del prodotto, al volume di somministrazione orario e agli integratori.

**Come si calcola il fabbisogno energetico? Formule di stima? Calorimetria indiretta?**

Da noi si calcola il fabbisogno calorico con le formule di stima della SCCM/ASPEN Guidelines; per pazienti normopeso si calcolano 20 Kcal/Kg nella fase acuta e 25–30 kcal nella fase di remissione. Purtroppo non abbiamo a disposizione sempre un apparecchio per la misurazione della calorimetria indiretta ed inoltre non abbiamo il personale disponibile per le misurazioni. Ritengo che per il paziente di cure intense medio che resta solo poco tempo in cure intense, questo non sia neanche necessario. Non è neppure conosciuto quale sia la quota energetica ottimale da somministrare.

La misurazione della calorimetria è sicuramente auspicabile per pazienti lungodegenti, soprattutto quando non si conosco-

no peso ed altezza o nei pazienti con malattie muscolari o in pazienti obesi dove il calcolo del fabbisogno con le formule di stima è impreciso.

**Quante proteine per chilo di peso corporeo?**

I pazienti di cure intense hanno un fabbisogno proteico elevato. Pertanto adoperiamo solo prodotti con una percentuale proteica di almeno il 20%, salvo quando vi è un'insufficienza renale senza terapia renale alternativa. Ai pazienti gravi con sepsi, politrauma o con blocco polmonare acuto si somministra un supplemento di glutamina per 5–10 giorni (enterale o parenterale). In Svizzera purtroppo non esiste ancora un prodotto per pazienti obesi che rispetti le linee guida per un'alimentazione ipocalorica ed iperproteica ( $\geq 2.0$ – $2.5$  g/kg di peso ideale).

**Rischio di ipo- o iperalimentazione? Come potremmo evitare/ridurre questo rischio?**

Nell'alimentazione il più non è sempre meglio: sia troppo che troppo poco è sfavorevole per i pazienti di cure intense.

Nei pazienti che prevedono di essere ricoverati in cure intense per > 2–3 giorni, si comincia con l'alimentazione enterale nelle 24–48 ore e la si aumenta in 1–1,5 giorni. Il nostro obiettivo è quello di coprire il  $\geq 60\%$  del fabbisogno energetico nella prima settimana, risp. che in totale il deficit calorico sia < 10 000 Kcal. Vilette et al. hanno dimostrato che un deficit energetico maggiore favorisce le infezioni. D'altro canto un apporto energetico > 100% del fabbisogno è correlato con diverse complicazioni. Un tempo è successo che nostri pazienti siano stati ipernutriti se avevano ricevuto un

prodotto ad alto contenuto di elettroliti, se avevano ricevuto una combinazione di alimentazione enterale e parenterale, oppure in pazienti molto anziani, molto bassi e molto leggeri. Da quando però utilizziamo il nostro protocollo non ho più visto questi pericoli.

**Via di applicazione dell'assunzione del supplemento: Alimentazione combinata? Iniziare con l'alimentazione enterale?**

**Alimentazione parenterale come supplemento quando non si copre il fabbisogno energetico e proteico in 2, 3 x giorni?**

**Protocollo di azione? Monitoraggio metabolico e gastrointestinale?**

Se l'alimentazione enterale è possibile bisogna favorirla; questa direttiva è provata. L'alimentazione parenterale viene somministrata quando vi è una controindicazione per l'alimentazione enterale, quando il tratto gastroenterale non funziona o non funziona a sufficienza. Le linee guida danno raccomandazioni su quando completare con l'alimentazione parenterale. Questo dipende dalla situazione del paziente e la valutazione ed esperienza del medico di cure intense è determinante. Secondo il nostro protocollo, in caso di alimentazione parenterale si rivaluta tutti i giorni se un'alimentazione enterale è possibile, anche solo in piccole dosi.

**Modulazione immunologica: Come vede l'utilizzo di integratori come gli omega 3, la glutamina, i nucleotidi, gli antiossidanti e l'arginina?**

Ci sono dati favorevoli per un gruppo di pazienti definiti, anche se restano delle domande aperte. Nello studio, il vantaggio maggiore apportato dalle sostanze immunologiche è stato che i pazienti hanno potuto iniziare ad alimentarsi pridel consueto; così il tema alimentazione è diventato attuale nel reparto di cure intense.

**Per finire, dopo la sua lunga esperienza in questo campo, quale suggerimento darebbe a colleghi/e che vorrebbero occuparsi dei reparti di cure intense?**

Nel frattempo ci sono molto medici che si interessano di alimentazione e che sono bene aggiornati al riguardo. E' importante però confrontarsi con la letteratura scientifica attuale. Questo soprattutto se fino

# Più gusto e benessere con Coop Free From

**In Svizzera oltre un milione di persone soffre di un'allergia o intolleranza alimentare. Per garantire a costoro più gusto e benessere a tavola, Coop offre un ricco assortimento di prodotti della marca propria Free From e articoli Schär. Non mancano naturalmente i surgelati privi di glutine che – fino a qualche tempo fa contraddistinti dal marchio DS Food – vengono ora proposti nell'assortimento Schär.**

In Svizzera sono molto diffuse le intolleranze a lattosio e glutine (proteina dei cereali). Coop offre a tal proposito un vasto assortimento di prodotti privi di tali sostanze studiato per soddisfare il fabbisogno giornaliero di chi è colpito da un'intolleranza alimentare.

## Per non dover rinunciare a nulla

Chi soffre d'intolleranza al lattosio può consumare senza problemi panna, yogurt, latte e formaggio fresco Free From. Per chi non tollera il glutine l'assortimento Free From ha inoltre in serbo una serie di prodotti privi di questa sostanza, ad es. condimenti in polvere e cornetti alla vaniglia. A questi si aggiungono vari tipi di pane, pasta e cornflakes firmati Schär. La gamma include già più di 60 prodotti privi di lattosio e glutine, così come pure articoli privi di altri allergeni quali sedano, senape e uova.

## Una novità dopo l'altra



L'offerta viene di continuo ampliata, in maniera tale da soddisfare le esigenze della clientela. Il bircher muesli Free From, ad es., oltre che di lattosio è ora privo anche di glutine. Grazie alla praticissima confezione con cucchiaino integrato è perfetto per un piccolo intermezzo o un leggero dessert da

gustare all'occorrenza anche fuori casa. L'assortimento di prodotti Free From è disponibile nei grandi supermercati Coop di tutta la Svizzera come pure su [www.coop.ch/freefromshop](http://www.coop.ch/freefromshop).

## Una guida per più gusto e benessere

La guida Coop «free» propone interessanti articoli incentrati su temi quali salute, alimentazione e benessere in presenza d'intolleranza al lattosio o altre intolleranze alimentari. A questi si aggiungono svariate informazioni, preziosi consigli, utili cenni nonché la ricetta per la preparazione di un delizioso menu di tre

portate prive di lattosio. La guida può essere ritirata gratuitamente presso alcuni supermercati Coop e in farmacie Vitality selezionate. È inoltre possibile ordinarne una copia o scaricarla in formato PDF all'indirizzo [www.coop.ch/freefrom](http://www.coop.ch/freefrom).

## Per essere sempre aggiornati

Oltre alla guida, il sito Free From ([www.coop.ch/freefrom](http://www.coop.ch/freefrom)) offre numerose informazioni utili sulle intolleranze alimentari nonché una panoramica aggiornata dell'assortimento Free From e la ricetta del mese priva di glutine. Per chi desidera poter attingere a una raccolta di ben 50 ricette prive di glutine vi è inoltre la possibilità di ordinare il ricettario Coop «A tutto gusto senza glutine». Tramite il sito web è infine possibile abbonarsi alla newsletter Free From che, a intervalli regolari, fornisce utili informazioni sulle novità comprese nell'assortimento e le speciali attività in corso.

## Indirizzo postale

Servizio specializzato in Dietetica Coop,  
Thiersteinerallee 14, 4002 Basilea,  
[alimentazione@coop.ch](mailto:alimentazione@coop.ch)



## Assortimento Coop di surgelati privi di glutine: da DS Food a Schär

I surgelati privi di glutine sinora in vendita da Coop con il marchio DS Food vengono ora proposti in confezioni recanti il marchio Schär.

Benché alcuni articoli siano stati sostituiti in maniera tale da soddisfare le esigenze della clientela, l'assortimento consta tuttora di nove prodotti surgelati. Fra le novità Free From figurano ad es. i croissant à la française precotti: per una gustosa colazione domenicale d'ispirazione francese!

ad ora l'alimentazione non veniva considerata a sufficienza nel reparto di cure intensive. E' necessario avere dell'esperienza professionale e conoscenze approfondite per argomentare «evidence-based» e fare un buon lavoro di convincimento. Ciò che complica un po' le cose è il fatto che mancano ancora dati e che i pazienti di cure intensive rappresentano un gruppo di pazienti molto eterogeneo.

Si devono conoscere anche gli aspetti pratici degli integratori alimentari in modo da poter trovare delle soluzioni pratiche assieme al personale di cura. Loro infatti che lavorano al letto del paziente e che somministrano l'alimentazione.

Un buon inizio sarebbe la partecipazione all' International Nutrition Survey del Critical Care Nutrition (Clinical Evaluation Research Unit, Kingston General Hospital), per osservare cosa si fa' attualmente nell'alimentazione del paziente intensivo. A seconda dei risultati si nota se esistono opzioni di miglioramento. La dietista può dare sostegno ed aiutare a sviluppare un concetto che tenga conto della collaborazione interdisciplinare.

#### **Quali desideri e visioni ha per lo sviluppo dell'alimentazione del paziente intensivo?**

Mi auguro che nelle linee guida svizzere per il riconoscimento del paziente intensi-

vo ([www.sgi-ssmi.ch](http://www.sgi-ssmi.ch)) non vengano definiti, per tipo di paziente, solo l'intervento di una competenza specifica per l'ergoterapia e la logopedia, ma anche l'accesso ad una terapia dietetica competente. Come visione prendiamo da esempio gli USA e la Gran Bretagna, dove esistono dietiste con qualifica supplementare in Nutrition Support Therapie che vengono integrate nei reparti di cure intense ed effettuano studi sull'alimentazione nei reparti di cure intense.

Grazie mille!



**informiert / informe / informato**

[www.sermed.ch](http://www.sermed.ch) · Tel. 0848 848 810 · [info@sermed.ch](mailto:info@sermed.ch)  
sermed Geschäftsstelle / Secrétariat sermed / Bahnhofstrasse 7b / 6210 Sursee

## **Optimiser les primes des caisses d'assurance-maladie et mieux en profiter!**

### **Assurance de base**

Conformément aux premières informations, les primes des caisses d'assurance-maladie augmenteront plus modérément cette année que dans le passé. Il est toutefois judicieux de comparer les montants des primes, car elles jouent un rôle majeur dans le budget d'une famille. Dans la plupart des cas, en changeant de compagnie d'assurance, vous pouvez épargner un montant non négligeable! Les prestations de l'assurance de base sont identiques dans toutes les caisses.

L'Office fédéral de la Santé publique publiera la liste définitive des primes 2013 vers le 1<sup>er</sup> octobre. Nous vous aiderons volontiers à trouver la caisse appropriée et à alléger votre budget.

### **Assurances complémentaires**

Grâce à la convention collective conclue entre sermed et les assurances-maladies Sanitas, Helsana et EGK, vous pouvez bénéficier, vous et les membres de votre famille, d'un rabais pouvant aller jusqu'à 20 %.

### **Délais de préavis**

Pour une résiliation de l'assurance de base au 31 décembre, la lettre de résiliation doit être aux mains de l'ancienne caisse d'assurance sous forme de courrier recommandé avant le 30 novembre.

En cas d'assurance complémentaire, les points suivants sont à respecter: Augmentation de la prime: les dispositions des conditions d'assurances sont les seules applicables.

Prime inchangée: la lettre de résiliation doit être aux mains de la caisse de maladie avant le 30 septembre.

### **Important:**

- Ne résiliez votre ancien contrat d'assurance que si vous disposez d'une confirmation d'affiliation inconditionnelle de la nouvelle compagnie.
- Dans le projet d'assurance, répondez correctement et intégralement aux questions concernant la santé.

### **Conseil**

Si vous souhaitez un conseil et/ou une offre sans engagement, merci de nous faire parvenir une copie de votre police d'assurance actuelle. Nous nous réjouissons de ce premier contact!



**Nutrition aux soins intensifs: un-e diététicien-ne dans l'équipe peut faire la différence.**

## L'importance de mesurer nos pratiques.

*Ludivine Soguel, Professeure HES, Haute école de santé – Genève, HES-SO*

**Evaluer de manière structurée l'impact de nos pratiques sur le devenir des patients n'est pas aisé et requière un processus de questionnement complexe. Cette approche est néanmoins essentielle si nous souhaitons maintenir une implication à la hauteur des besoins auprès des patients et répondre aux exigences légales de garantie de la qualité.**

Le choix des indicateurs mesurés est décisif dans cette démarche et doit être réfléchi avant de démarrer un recueil de données rigoureux. Le temps à disposition est souvent très limité. Il s'agira dès lors de choisir des indicateurs faciles à récolter tout en restant, et c'est essentiel, de bons reflets de la réalité.

Pour l'évaluation d'une nouvelle pratique, l'essai clinique randomisé, si possible en double aveugle, est le design d'étude recommandé et dont le niveau de preuve est le plus élevé. Il n'est cependant pas facile à organiser et ne se prête pas toujours à l'évaluation de l'impact de nos interventions. Une étude observationnelle «avant-après» est une méthodologie qui offre un alternative intéressante et plus accessible. Si elle est bien menée, elle mène à des recommandations de niveau B. La faisabilité de mener une telle évaluation devrait être considérée à chaque fois que nous menons de gros projets modifiant nos pratiques. Lors de la mise en place de NUTSIA, programme qualité interdisciplinaire pour la prise en charge nutritionnelle des patients adultes du Service de Médecine Intensive du CHUV à Lausanne, une telle évaluation a été menée.

Les résultats, qui corroborent ceux d'autres études discutées dans l'article original que nous avons récemment publié dans la revue *Critical Care Medicine* (références complètes en fin d'article), devraient nous permettre d'avoir quelques arguments supplémentaires pour promouvoir une prise en charge nutritionnelle de qualité impliquant des diététicien-ne-s aux soins intensifs.

**Nous saisissons l'occasion de vous en présenter un résumé.**

Deux temps successifs d'une durée de 2 mois ont été évalués de manière prospec-

tive et comparés à la situation de départ (période A – avril à juin 2005):

- Après la création et l'implémentation de protocoles et d'outils d'aide à la prise en charge nutritionnelle (majoritairement basés sur les recommandations de l'ESPEN) et la mise en place d'un programme de formation structuré (période B – avril à juin 2006)
- Après l'introduction additionnelle d'une diététicienne dans l'équipe de soins (période C – mai à juillet 2007)

Cinq cent septante-deux patients (âgés de  $59 \pm 17$  ans) ayant nécessité un traitement de plus de 72 h dans l'unité ont été inclus sur les 3 périodes, cumulant 5800 journées de soins intensifs.

En préambule, il est important de noter que malheureusement, la comparaison des 3 groupes de patients a montré que la gravité des pathologies présentes n'était pas tout à fait équivalente. En effet, le score SAPS II était plus bas pour les patients de la période A (témoignant d'une atteinte moins importante de leur état de santé) et le score de McCabe qui prédit cliniquement une évolution favorable, défavorable ou rapidement défavorable du patient a mis en évidence une proportion plus importante de patients avec prédiction d'une issue rapidement défavorable durant la période C. Cet état de fait rend l'interprétation de la comparaison des 3 groupes plus difficile. C'est l'un des écueils de la méthodologie d'évaluation (avant-après) choisie.

La mortalité a augmenté sur les périodes B et C. L'hypothèse que nous avons formulée pour expliquer cette situation est l'augmentation de la gravité de la pathologie des patients présents dans l'unité entre

ces périodes. Les apports nutritionnels restant encore bien en dessous des recommandations durant la période C, il n'est pas rationnel d'imputer l'augmentation de la mortalité à une hyper-alimentation.

Les principaux résultats nutritionnels qui ressortent de cette étude sont les suivants:

- Les apports et bilans énergétiques progressent sur les 3 périodes, même s'ils restent encore trop bas en moyenne:  $11,4 \pm 7,9$  kcal/kg/j pour la période A;  $13,9 \pm 8,0$  kcal/kg/j pour la période B et  $15,4 \pm 9,6$  kcal/kg/j pour la période C ( $p < 0,0001$  C  $\neq$  A et B).
- Le nombre de journées au bénéfice d'un support nutritionnel augmente: 59 % des journées pour la période A, 69 % pour la période B et 71 % pour la période C.
- Le recours à la nutrition entérale (exclusive ou combinée à la nutrition parentérale) a augmenté entre la période A et B mais est resté stable pour la période C.
- Les journées sous nutrition combinée (entéral + parentéral) ont augmenté progressivement, probablement en lien avec les nouvelles recommandations.
- Les apports per os étaient très bas sur toutes les périodes (385 kcal par jour en moyenne ce qui représente dans notre population 6 kcal/kg/j).

En conclusion, l'évaluation menée montre qu'un programme qualité visant à améliorer la prise en charge nutritionnelle des patients adultes de soins intensifs est efficace et que la présence d'une diététicienne, dédiée aux soins intensifs, permet une amélioration supplémentaire.

### Référence:

- Soguel L, Revelly JP, Schaller MD, Longchamp C, Berger MM. Energy deficit and length of hospital stay can be reduced by a two-step quality improvement of nutrition therapy: The intensive care unit dietician can make the difference. *Crit Care Med.* 2012; 40(2):412–9. (En cas d'intérêt et de difficulté d'accès, l'article original peut être – demandé auprès de l'auteur: [ludivine.soguel@hesge.ch](mailto:ludivine.soguel@hesge.ch)).
- Soguel L, Charrière M, Berger MM. Intensive care dietician: an important contributor to quality of care. *ICU Management* 2012; 1: 21–3.

**Ernährung auf der Intensivpflegestation: Die Einbindung von Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberatern kann entscheidend sein.**

## Von der Wichtigkeit, unsere klinische Praxis zu evaluieren.

*Ludivine Soguel, FH-Professorin, Genfer Fachhochschule Gesundheit (heds) –  
Fachhochschule Westschweiz (HES-SO)*

**Es ist nicht einfach, strukturiert zu erfassen, welche Auswirkungen unser Handeln auf die Patientinnen und Patienten hat – und die Evaluation erfordert komplexe Fragestellungen. Dennoch ist dieser Ansatz von entscheidender Bedeutung, wenn wir uns weiterhin engagiert und bedürfnisgerecht für die Patientinnen und Patienten einsetzen und den gesetzlichen Anforderungen bezüglich Qualitätsgarantie gerecht werden wollen.**

Die Daten müssen äusserst sorgfältig erhoben werden, was bedingt, dass die Wahl der Messindikatoren im Vorfeld wohl durchdacht wird. Die Zeit dafür ist aber oft sehr limitiert. Es gilt also, Indikatoren zu wählen, die einfach zu bestimmen sind und gleichzeitig – und das ist sehr wichtig – die Realität angemessen widerspiegeln. Das Studiendesign, das für die Evaluation einer neuen Praxis empfohlen wird und die höchsten Evidenzkriterien erfüllt, ist die randomisierte klinische Studie, wenn möglich doppelblind. Sie zu organisieren ist jedoch nicht einfach, und mit dem vorgegebenen Design lassen sich die Auswirkungen unserer Interventionen nicht immer beurteilen. Eine interessante methodologische Alternative ist die Beobachtungsstudie «Vorher–Nachher», die einfacher durchführbar ist. Wird sie richtig geführt, erreicht sie den Empfehlungsgrad B. Bei grossen Projekten, die unsere Praxis grundlegend verändern, sollte diese Evaluationsmethodologie stets in Betracht gezogen werden.

Ebendiese Möglichkeit wurde bei der Einführung von NUTSIA angewandt – einem interdisziplinären Qualitätsprogramm zur Verbesserung der ernährungsmedizinischen Betreuung von erwachsenen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten im Waadtländer Universitätsspital CHUV in Lausanne.

Unsere Resultate bestätigen die Ergebnisse anderer Studien, die im Originalartikel – den wir kürzlich in der Zeitschrift *Critical Care Medicine* veröffentlicht haben – diskutiert wurden (vollständige Angaben am Ende dieses Artikels). Die Ergebnisse dienen als zusätzliche Argumente für die Einbindung von Ernährungsberaterinnen und

-beratern in die Arbeit auf der Intensivpflegestation für eine qualitativ einwandfreie ernährungsmedizinische Betreuung.

**An dieser Stelle präsentieren wir Ihnen eine Zusammenfassung.**

Zwei Zeitperioden von je zwei Monaten wurden prospektiv evaluiert und anschliessend mit der Ausgangssituation verglichen (Periode A – April bis Juni 2005):

- Nach der Entwicklung bzw. Einführung von Protokollen und Hilfsmitteln für die ernährungsmedizinische Betreuung (mehrheitlich auf den Empfehlungen der ESPEN basierend) und der Umsetzung eines strukturierten Schulungsprogramms (Periode B – April bis Juni 2006)
- Nach der zusätzlichen Einbindung einer Ernährungsberaterin in das Pflegefachteam (Periode C – Mai bis Juli 2007)

In den drei Perioden wurden 572 Patientinnen und Patienten (im Alter von  $59 \pm 17$  Jahren), die länger als 72 Stunden intensivmedizinisch betreut werden mussten, in die Studie einbezogen. Insgesamt waren es 5800 Tage, die auf der Intensivpflegestation verbracht wurden.

Eine wichtige Information vorab: Wie sich im Vergleich zeigte, war der Schweregrad der Pathologien in den drei Patientengruppen nicht vollständig äquivalent. Der SAPS II war bei den Patientinnen und Patienten der Periode A tiefer (ihr Gesundheitszustand war weniger kritisch) und der McCabe-Score, der einen günstigen, ungünstigen oder raschen ungünstigen klinischen Verlauf bei den Patientinnen und Patienten voraussagt, zeigte deutlich, dass der proportionale Anteil der Patientinnen und Patienten, bei denen ein rascher ungünsti-

ger Verlauf prognostiziert wurde, in der Periode C höher war. Der Vergleich der drei Gruppen lässt sich dadurch nur begrenzt interpretieren. Dies ist einer der Schwachpunkte der gewählten Evaluationsmethodologie («Vorher–Nachher»).

Die Mortalität stieg während der beiden Perioden B und C an. Wir gehen davon aus, dass sich diese Situation durch den Schweregrad der Pathologien erklären lässt, der in der Periode C höher war als in der Periode B. Da die Nährstoffzufuhr während der Periode C noch weit unter den Empfehlungen lag, ist es nicht sinnvoll, die erhöhte Mortalität einer Überernährung zuzuschreiben.

Wesentliche Studienresultate:

- Steigerung der Energiezufuhr und Verbesserung der Energiebilanzen über die drei Perioden, auch wenn die Werte durchschnittlich noch zu tief waren:  $11,4 \pm 7,9$  kcal/kg/Tag in der Periode A;  $13,9 \pm 8,0$  kcal/kg/Tag in der Periode B und  $15,4 \pm 9,6$  kcal/kg/Tag in der Periode C ( $p < 0,0001$  C  $\neq$  A und B).
- Die Anzahl Tage mit Ernährungssupport nahm zu: 59 % der Tage in der Periode A, 69 % in der Periode B und 71 % in der Periode C.
- In der Periode B wurde öfter auf die enterale Ernährung zurückgegriffen als in der Periode A (exklusiv oder kombiniert mit parenteraler Ernährung), keine weitere Veränderung in der Periode C (stabil).
- Die Anzahl Tage mit kombinierter enteraler und parenteraler Ernährung stieg progressiv, dies steht möglicherweise in Zusammenhang mit den neuen Empfehlungen.
- Die Nahrungszufuhr per os war während aller Perioden sehr klein (385 kcal durchschnittlich pro Tag, was bei unserer Patientengruppe 6 kcal/kg/Tag bedeutet).

Die Einbindung von ErnährungsberaterInnen mit Intensivpflege-Spezialausbildung bedeuten eine zusätzliche Verbesserung. Die Evaluation zeigt auch, dass die Einbindung von Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberatern, die speziell für die Intensivpflegestation ausgebildet sind, eine zusätzliche Verbesserung bedeutet.

**Nutrizione nei reparti di cure intense: un-a dietista nell'équipe può fare la differenza.**

## L'importanza di misurare le nostre pratiche.

*Ludivine Soguel, Professoressa SSS, Scuola universitaria professionale di sanità di Ginevra (Haute Ecole de Santé Genève), SSS-SUP*

**Valutare in maniera strutturata l'impatto delle nostre pratiche sul futuro dei pazienti non è facile e richiede un processo di valutazione complesso. Questo approccio è tuttavia essenziale se intendiamo mantenere un impegno consono ai bisogni dei pazienti e soddisfare i requisiti legali di garanzia di qualità.**

La scelta degli indicatori misurati è decisiva in questo processo e deve essere ben valutata prima di avviare una rigorosa raccolta di dati. Il tempo a disposizione è spesso molto limitato. Si tratterà quindi di scegliere indicatori facili da raccogliere ma che allo stesso tempo, e questo è fondamentale, ben rispecchino la realtà.

Per la valutazione di una nuova pratica, il design di studio raccomandato, quello che garantisce il massimo livello di prova, è lo studio clinico randomizzato, se possibile in doppio cieco. Esso non è, tuttavia, facile da organizzare e non sempre si presta alla valutazione dell'impatto dei nostri interventi. Uno studio osservazionale «pre-post» rappresenta una metodologia che offre un'alternativa interessante e più accessibile. Se è ben condotto, esso porta a raccomandazioni di livello B. La fattibilità di condurre una tale valutazione dovrebbe essere presa in considerazione ogni volta che ci occupiamo di grandi progetti che modificano le nostre pratiche.

Una tale valutazione è stata eseguita al momento della realizzazione di NUTSIA, programma qualità interdisciplinare per la presa a carico nutrizionale dei pazienti adulti del Servizio di medicina intensiva dell'Ospedale universitario di Losanna (CHUV).

I risultati, che avvalorano quelli di altri studi discussi nell'articolo originale che abbiamo recentemente pubblicato nella rivista *Critical Care Medicine* (riferimenti completi alla fine dell'articolo), dovrebbero permetterci di avere qualche argomento supplementare per promuovere una presa a carico nutrizionale di qualità, che implichi la presenza di dietiste-i nei reparti di cure intense.

**Cogliamo l'occasione per presentarvi una sintesi di tali risultati.**

È stato eseguito uno studio prospettico su due periodi successivi della durata di due mesi, confrontati con la situazione di partenza (periodo A – da aprile a giugno 2005):

- dopo la creazione e l'implementazione dei protocolli e degli strumenti d'aiuto alla presa a carico nutrizionale (prevalentemente basati sulle raccomandazioni dell'ESPEN) e la creazione di un programma strutturato di formazione (periodo B – da aprile a giugno 2006) e
- dopo l'introduzione aggiuntiva di una dietista nell'équipe di cura (periodo C – da maggio a luglio 2007).

Cinquecentosettantadue pazienti (età  $59 \pm 17$  anni), che hanno avuto bisogno di un trattamento superiore alle 72 ore nell'unità, sono stati inclusi nei 3 periodi, raggiungendo 5800 giornate di cure intense. È importante premettere che purtroppo il confronto dei 3 gruppi di pazienti ha mostrato che la gravità delle patologie presenti non era esattamente equivalente. In effetti, lo score SAPS II era più basso per i pazienti del periodo A (a testimonianza di una compromissione meno importante del loro stato di salute) e lo score McCabe, che predice clinicamente un'evoluzione favorevole, sfavorevole o rapidamente sfavorevole del paziente, ha messo in evidenza una proporzione più elevata di pazienti con previsione di un esito rapidamente sfavorevole durante il periodo C. Questo dato di fatto rende più difficile l'interpretazione del confronto dei 3 gruppi. È uno degli scogli della metodologia di valutazione (pre-post) scelta.

La mortalità è aumentata nei periodi B e C. L'ipotesi che abbiamo formulato per spie-

gare questa situazione è l'aumento della gravità della patologia dei pazienti presenti nell'unità fra questi periodi. Poiché gli apporti nutrizionali durante il periodo C erano ancora molto al di sotto delle raccomandazioni, non è razionale imputare l'aumento della mortalità a un'iperalimentazione.

I principali risultati nutrizionali che emergono da questo studio sono i seguenti:

- gli apporti e il bilancio energetico progrediscono sui 3 periodi, anche se in media restano ancora troppo bassi:  $11,4 \pm 7,9$  kcal/kg/giorno per il periodo A;  $13,9 \pm 8,0$  kcal/kg/giorno per il periodo B e  $15,4 \pm 9,6$  kcal/kg/giorno per il periodo C ( $p < 0,0001$  C  $\neq$  A e B);
- il numero delle giornate che beneficiano di un supporto nutrizionale aumenta: il 59% delle giornate per il periodo A, il 69% per il periodo B e il 71% per il periodo C;
- il ricorso alla nutrizione enterale (esclusiva o in combinazione con la nutrizione parenterale) è aumentato fra il periodo A e B ma è rimasto stabile per il periodo C;
- le giornate a nutrizione combinata (enterale + parenterale) sono aumentate progressivamente, probabilmente in relazione alle nuove raccomandazioni;
- gli apporti per os erano molto bassi su tutti i periodi (385 kcal al giorno in media, e ciò rappresenta nella nostra popolazione 6 kcal/kg/giorno).

In conclusione, la valutazione eseguita mostra che un programma qualità che miri a migliorare la presa a carico nutrizionale dei pazienti adulti dei reparti di cure intense è efficace, e che la presenza di una dietista dedicata alle cure intense comporta un ulteriore miglioramento.

### Riferimenti bibliografici:

- Soguel L, Revelly JP, Schaller MD, Longchamp C, Berger MM. Energy deficit and length of hospital stay can be reduced by a two-step quality improvement of nutrition therapy: The intensive care unit dietician can make the difference. *Crit Care Med.* 2012; 40(2): 412-9
- (In caso di interesse e difficoltà di reperimento, l'articolo originale può essere richiesto presso l'autrice: [ludivine.soguel@hesge.ch](mailto:ludivine.soguel@hesge.ch))
- Soguel L, Charrière M, Berger MM. Intensive care dietician: an important contributor to quality of care. *ICU Management* 2012; 1: 21-3.



## **Liebes Mitglied**

Der SVDE ist mit seinen rund 1000 Mitgliedern ein relativ kleiner Berufsverband im Gesundheitswesen.

Dementsprechend ist es eine grosse Herausforderung, in der Öffentlichkeit wahrgenommen zu werden. Dies führt dazu, dass wir stets bestrebt sein müssen, für unseren Berufsstand einzustehen und unseren Bekanntheitsgrad zu erhöhen. Dass dies ein Vorstand mit sieben Mitgliedern nicht alleine tun kann, ist klar.

Deshalb sind wir darauf angewiesen, dass Aktivmitglieder in ihrer Region an die Öffentlichkeit treten und dem Berufsstand eine starke Stimme verleihen.

Die Regionalgruppen haben in diesem Kontext eine wichtige Rolle. Deshalb hat sich der SVDE-Vorstand entschieden, ein Regioleiterinnentreffen zu organisieren, mit dem Ziel, den Austausch zwischen den Regionen zu fördern und die Anliegen der Regionen besser zu kennen. Zusätzlich dient dieses Treffen dazu, die Gruppen als aktiver Teil des Verbandes in ihrer Rolle zu stärken. Das erste Regiogruppentreffen findet im Oktober statt. Wir freuen uns, die Regionen noch verstärkt in die Verbandsaktivitäten einzubinden.

Beatrice Conrad Frey

## **Cher membre**

Dotée de quelque 1000 membres, l'ASDD est une relativement petite association professionnelle du domaine de la santé publique.

Il lui est par conséquent plus difficile de s'affirmer en tant que telle auprès du public.

Le maintien de la profession tout comme la notoriété publique requièrent donc un engagement incessant de notre part. Un comité de sept membres ne peut assurément pas relever seul ce défi.

Nous avons donc besoin du soutien de membres actifs au sein des régions, qui s'engagent en public et donnent leur voix au maintien de la profession.

Les groupes régionaux jouent, dans ce contexte, un rôle important. Par conséquent, le comité ASDD a décidé d'organiser une rencontre des présidentes de région, et ce dans le but d'encourager l'échange entre les régions et de mieux connaître leurs requêtes respectives. La rencontre permettra en outre de renforcer les groupes dans leur rôle de membres actifs de l'association.

Elle aura lieu pour la première fois en octobre. Nous nous réjouissons de pouvoir convier les régions à participer plus activement encore aux activités de l'association.

Beatrice Conrad Frey

## **Caro membro**

L'ASDD, con i/le suoi/sue circa 1000 membri/e, è un'associazione professionale relativamente piccola nel settore della salute.

Per questo motivo esser riconosciuti dall'opinione pubblica rappresenta una sfida.

Dobbiamo perciò impegnarci singolarmente a difendere la nostra professione e farci conoscere maggiormente. Infatti 7 membri del comitato da soli non riescono a farlo.

Perciò dipendiamo dal fatto che nella propria regione, membri attivi si presentino all'opinione pubblica e facciano conoscere bene la nostra professione.

In questo contesto i gruppi regionali giocano un ruolo importante. Per questo motivo il comitato dell'ASDD ha deciso di organizzare un incontro con i/le responsabili dei gruppi regionali, allo scopo di favorire lo scambio tra le regioni e per conoscere meglio le esigenze delle regioni. Inoltre questo incontro serve a rafforzare il ruolo attivo nell'associazione dei gruppi.

Il primo incontro dei gruppi regionali avrà luogo per la prima volta in ottobre. Ci ralleghiamo di incorporare maggiormente le regioni nelle attività dell'associazione.

Beatrice Conrad Frey



## **EFQM 2013**

Wie Sie wissen, wurde unserem Verband das Auslassen der EFQM-Befragung für die Periode 2009/2010 gestattet.

Nun steht jedoch bereits die Befragung für die Periode 2011/2012 vor der Tür, welche wir Anfang 2013 durchführen werden. Der Verband erwartet von allen Aktivmitgliedern, dass sie an dieser Umfrage zur Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung teilnehmen. Bitte prüfen Sie rechtzeitig, ob Sie in den Jahren 2011 und 2012 genügend Weiterbildungen absolviert haben, d.h. ob Sie für diese Zeit insgesamt 12 SVDE-Punkte nachweisen können. Informationen zu den berufsorientierten Weiterbildungen finden Sie auf unserer Website: [Beruf > Berufsorientierte Weiterbildung > FAQ – Fragen und Antworten zum Zertifizierungsprozess](#).

## **EFQM 2013**

Comme vous le savez, notre association a été autorisée à ne pas participer à l'enquête EFQM pour la période 2009/2010. Toutefois l'enquête pour la période 2011/2012 arrive déjà et nous la mènerons début 2013. L'association compte sur tous ses membres actifs pour répondre à ce sondage visant au développement de la qualité et à la garantie de la qualité. Veuillez vous assurer à temps que vous avez bien suivi suffisamment de formations continues en 2011 et 2012, c.-à-d. que vous pouvez prouver un total de 12 points ASDD pour cette période. Vous trouverez plus d'informations concernant les formations orientées sur la profession sur notre site: [Profession > Formation continue > post-grade > FAQ – Réponses à vos questions concernant la reconnaissance de formations continues](#).

## **EFQM 2013**

Come sapete, alla nostra Associazione è stato concesso di non fare il sondaggio EFQM per il 2009–2010.

Ma il sondaggio per il 2011–2012 è già alle porte e dobbiamo eseguirlo all'inizio del 2013. L'Associazione si aspetta che tutti i membri attivi partecipino a questo sondaggio sullo sviluppo e sulla garanzia della qualità.

Vi preghiamo di verificare tempestivamente se nel 2011 e nel 2012 avete seguito un sufficiente numero di corsi di aggiornamento, e cioè se potete esibire un totale di 12 punti ASDD. Troverete informazioni relative ai corsi di aggiornamento professionali sul nostro sito [Beruf > Berufsorientierte Weiterbildung > FAQ – domande e risposte sul processo di certificazione](#).

## **Abrechnungsmodus für Ernährungsberatung**

Aufgrund der Meldung eines Verbandsmitglieds, dass SASIS Leistungen der dipl. Ernährungsberater/innen HF/FH falsch abrechnet, setzte sich der Verband erfolgreich dafür ein, dass SASIS den Abrechnungsmodus sämtlicher Verbandsmitglieder prüfte. Es wurde uns bestätigt, dass die Leistungen aller Verbandsmitglieder nun als «tiers payant» abgerechnet werden und dass die konstruktive Zusammenarbeit mit der Geschäftsstelle des SVDE sehr geschätzt werde.

## **Le mode de facturation**

Suite à un avertissement de la part d'un membre de l'association concernant une fausse facturation des prestations des diététicien-ne-s diplômé-e-s ES/HES par SASIS, l'association a réussi à obtenir de SASIS qu'elle contrôle le mode de facturation pour tous les membres de l'association. Il nous a été confirmé que désormais toutes les prestations des membres seraient facturées en tant que «tiers payant» et que la collaboration avec le secrétariat de l'ASDD était très appréciée.

## **Le modalità di calcolo**

A seguito della segnalazione di un membro dell'Associazione che ci informava che la SASIS non calcola correttamente le prestazioni dei/delle dietisti/dietiste diplomati/e SSS/SUP, l'Associazione si è adoperata con successo affinché la SASIS verificasse le modalità di calcolo di tutti i membri dell'Associazione. Ci è stato confermato che le prestazioni di tutti i membri dell'Associazione ora vengono calcolate come «tiers payant»; la SASIS ha inoltre sottolineato quale importanza abbia per lei una collaborazione costruttiva con l'ufficio dell'ASDD.

# Anstellungssituation nach Abschluss des Bachelorstudiengangs Ernährung und Diätetik an der Berner Fachhochschule (BFH)

Prof. Andrea Mahlstein, Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit, Studiengang Ernährung und Diätetik



Seit 2007 wird die Ausbildung zur Ernährungsberaterin BSc BFH/zum Ernährungsberater BSc BFH in der Deutschschweiz ausschliesslich an der Berner

Fachhochschule auf Tertiärstufe angeboten. Bei der Überführung der Ausbildung auf Fachhochschulstufe wurde ein neues Curriculum für den Studiengang Ernährung und Diätetik entwickelt, welches sich deutlich vom früheren Ausbildungsprogramm an den höheren Fachschulen unterscheidet<sup>1</sup>.

Bei der Konzeption des Curriculums sind alle bestehenden Berufsfelder mitberücksichtigt worden. Zusätzlich wurden auch Inhalte mit Blick auf sich abzeichnende Entwicklungen des Berufes miteinbezogen, damit die Studierenden für die Zukunft gewappnet sind.

Die Neupositionierung der Ausbildung auf Fachhochschulebene hat keinen neuen Beruf geschaffen. Im Vergleich zur vorherigen Ausbildung auf der Ebene der höheren Fachschule bietet das Bachelor-Studium eine deutliche **Erweiterung der bisherigen Kompetenzen** auf dem Gebiet des **wissenschaftlichen Arbeitens** und der **Gesundheitsförderung und Prävention**. Dies eröffnet in der Industrie und Forschung, aber auch der Gesundheitsförderung und Prävention, neue Tätigkeitsfelder, welche über den bisherigen Berufsrahmen hinausführen und die Berufschancen erweitern.

Der Fachbereich Gesundheit der Berner Fachhochschule bietet jedes Jahr eine vom Regierungsrat festgelegte Zahl an Studien-

plätzen im Bachelorstudiengang Ernährung und Diätetik an (bisher 50). Diese Zahl deckt den aus den zurückliegenden Jahren abgeleiteten Bedarf an Ernährungsberater/innen in der Deutschschweiz ab.

## Erhebung der Anstellungssituation

Die grossen Veränderungen in der Ausbildung zur Ernährungsberaterin BSc BFH/zum Ernährungsberater BSc BFH stellt die Studienabgänger/innen, die Mitarbeitenden des Studiengangs sowie die Berufsgruppe vor neue Fragen zu Berufschancen, Arbeitsmarktsituation oder Entwicklung des Lohnniveaus.

Der Studiengang Ernährung und Diätetik will deshalb die Anstellungssituation der Studienabgänger/innen während mehreren Jahren systematisch erfassen und auswerten, um Entwicklungen bezüglich Anstellungschancen und Löhne zu erkennen. So sollen folgende Fragestellungen beantwortet werden:

- Wie stehen die Chancen der Studienabgänger/innen, eine Anstellung als Ernährungsberater/in zu finden?
- In welchen Berufsfeldern sind Studienabgänger/innen tätig und wie verändern sich die Berufsfelder längerfristig?
- Wo liegt das Lohnniveau bei einer Erstanstellung als Ernährungsberater/in und wie entwickelt sich dieses in den darauffolgenden Jahren?

## Ausgangslage

Die ersten Studienabgänger/innen wurden im Juli 2011 nach absolviertem Zusatz-

modul B (ZMB) diplomiert. Bis Juni 2012 haben 44 der 45 ehemaligen Studierenden der Kohorte ERBo7 das ZMB abgeschlossen und das Diplom als Ernährungsberater/in BSc BFH erhalten. Der Grossteil der Studierenden wurde im Zeitraum von Juli bis Oktober 2011 diplomiert.

## Methode

Die Studienabgänger/innen wurden zum Zeitpunkt des Abschlusses des ZMB (entspricht dem Diplomierungszeitpunkt) sowie sechs Monate nach der Diplomierung mittels Fragebogen zu ihrer beruflichen Situation befragt.

## Ergebnisse

An der Befragung zum Zeitpunkt des Abschlusses des ZMB haben 39 von 44 Studienabgänger/innen teilgenommen, was einer Rücklaufquote von 89 % entspricht. Bis Juni 2012 wurden 42 der 44 Diplomierten in die Befragung «Anstellungssituation 6 Monate nach Diplomierung» eingeschlossen. An der zweiten Befragung haben sich 36 der 42 Studienabgänger/innen beteiligt (Rücklaufquote 86 %).

## Anstellungssituation

Zum Zeitpunkt der Diplomierung waren 25 (64 %) der 39 an der Erhebung teilnehmenden Personen als Ernährungsberater/in angestellt. 17 Personen hatten eine Festanstellung, 8 Personen eine befristete Anstellung. 14 Personen (36 %) hatten zum Zeitpunkt der Diplomierung keine Anstellung als Ernährungsberater/in. Sechs Monate nach Diplomierung hatten 34 (94 %) von 36 Studienabgänger/innen eine Anstellung als Ernährungsberater/in.

Tabelle 1: Anzahl diplomierte Studierende pro Monat nach Abschluss des ZMB.

Juli 11	Aug 11	Sept 11	Okt 11	Nov 11	Dez 11	Jan 12	Feb 12	März 12	April 12	Mai 12	Juni 12
21		12	9		1				1		

<sup>1</sup> Nähere Informationen zum Curriculum finden Sie im Beitrag «Leistungsauftrag des Bachelor-Studiengangs Ernährung und Diätetik». SVDE ASDD Info 5/2011, S. 37–39.

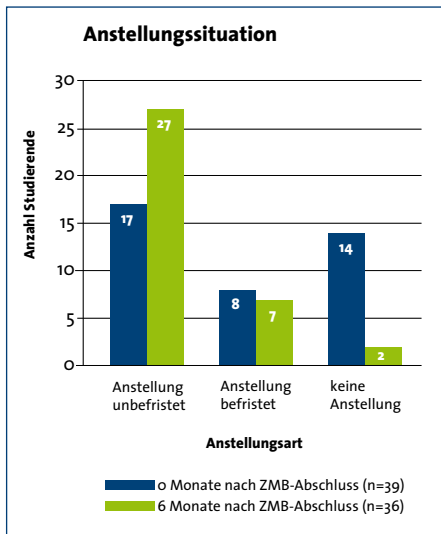


Abbildung 1: Anstellungssituation zum Zeitpunkt des Abschlusses des ZMB und sechs Monate später.

Der Vergleich der Anstellungssituation beim Abschluss des ZMB und nach sechs Monaten zeigt, dass sich die Anzahl der Diplomierten ohne Anstellung signifikant verringert hat. Deutlich verändert hat sich zudem die Zahl der Personen, die eine unbefristete Anstellung gefunden haben. Zum Zeitpunkt des Abschlusses des ZMB hatten 17 Studienabgänger/innen eine unbefristete Anstellung, sechs Monate später waren 27 fest angestellt.

### Verteilung der Stellen auf die Kantone

Sechs Monate nach Diplomierung werden von 34 Studienabgänger/innen 39 Ernährungsberatungsstellen besetzt. Vier Personen haben zwei oder mehr Teilzeitanstel-

lungen. 37 der 39 Stellen befinden sich in der Deutschschweiz, zwei in der Romandie. Wird die räumliche Verteilung der besetzten Stellen von ERBo7 mit der Herkunft der Studierenden von ERBo7 verglichen, so zeigt sich, dass im Kanton Bern und den nahe am Fachhochschulstandort gelegenen Kantonen, wie beispielsweise AG, SO, BL, die Anzahl Personen, die aus diesen Kantonen stammen, höher ist, als dort für ERBo7 Stellenangebote zur Verfügung standen. In Kantonen, die weiter von Bern entfernt sind, wie beispielsweise NW, ZG, SG, TG, ZH, finden wir die gegenteilige Situation.

### Berufsfelder

Die Studienabgänger/innen besetzen Stellen in den Berufsfeldern Klinik, Privatpraxis, Privatwirtschaft (Industrie), Non-Profit-Organisationen und im Bildungsbereich. Das grösste Stellenangebot hat sich im Berufsfeld Klinik präsentiert. Vier Personen haben sechs Monate nach Diplomierung zwei oder drei Teilzeitanstellungen. Drei der vier Personen arbeiten dabei in zwei unterschiedlichen Berufsfeldern.

In der Erhebung wurde erfragt, ob während des Studiums bereits ein Praxismodul (PM) resp. das ZMB im Betrieb absolviert worden ist. Gut die Hälfte der Studierenden hat zuvor im Betrieb weder ein PM noch das ZMB absolviert. Die andere Hälfte war zuvor bereits im Betrieb tätig.

### Beschäftigungsgrad

26 von 34 Personen mit einer Anstellung als Ernährungsberater/in arbeiten sechs Monate nach Diplomierung mit einem Anstellungsspensum von 80 % oder mehr. Drei der acht Personen mit einem Beschäftigungsgrad von weniger als 80 % (nach sechs Monaten) geben an, dass sie eine weitere Anstellung resp. eine höherprozentige Anstellung im Berufsfeld suchen.

### Lohn

Sechs Monate nach Diplomierung wurden zu 37 der 39 besetzten Stellen Lohnangaben gemacht. Die 37 Stellen verteilen sich auf die Berufsfelder Industrie, Klinik, Bildungswesen, Non-Profit-Organisationen und Privatpraxen. Sechs Monate nach Diplomierung liegt der Medianwert des Brutto-Monatslohnes (inkl.

Tabelle 2: Vorgängige Absolvierung eines PM oder ZMB durch den/die Stelleninhaber/in.

	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit
Kein PM resp. ZMB im Betrieb absolviert	20	51 %
PM und ZMB im Betrieb absolviert	10	26 %
ZMB im Betrieb absolviert	4	10 %
PM im Betrieb absolviert	5	13 %
<b>Gesamt</b>	<b>39</b>	<b>100 %</b>

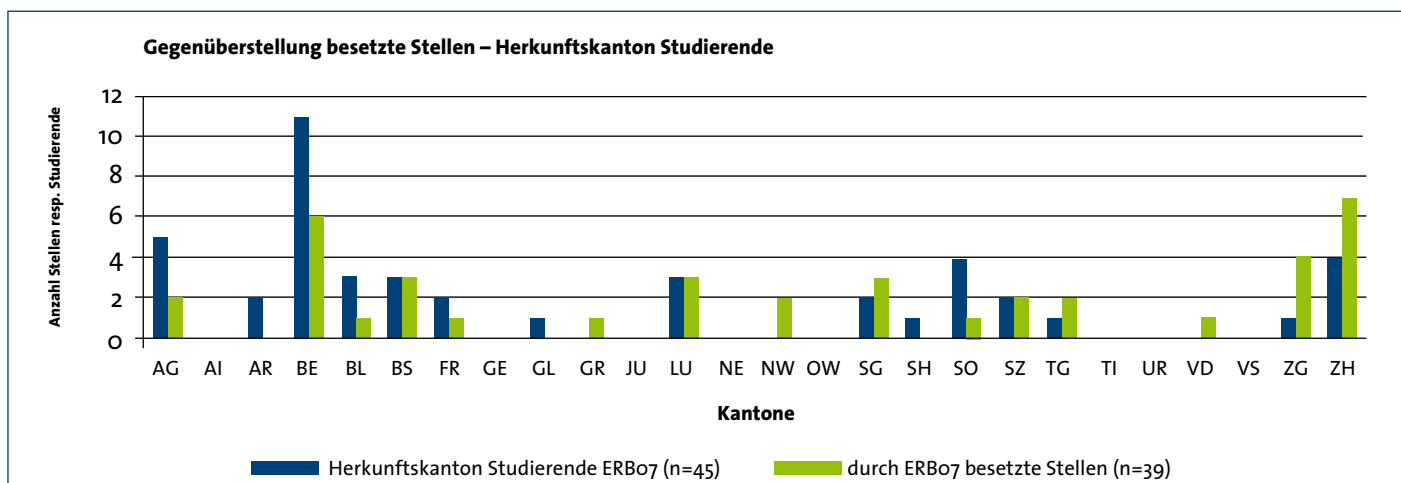


Abbildung 2: Gegenüberstellung Herkunft Studierende ERBo7 – Durch ERBo7 besetzte Stellen in der CH.

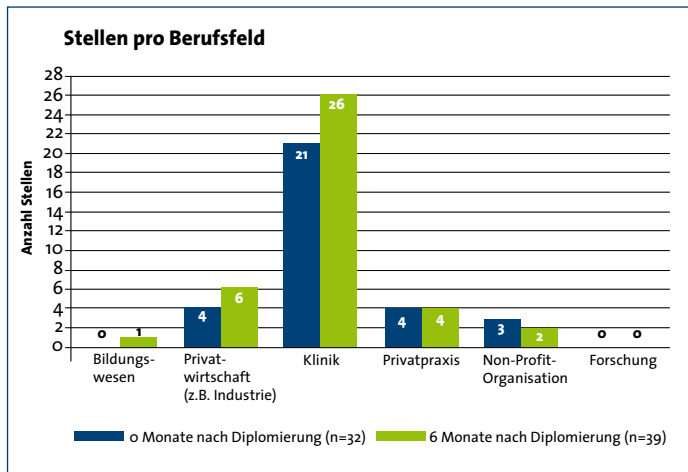


Abbildung 3: Berufsfelder, in welchen die Studienabgänger/innen tätig sind.

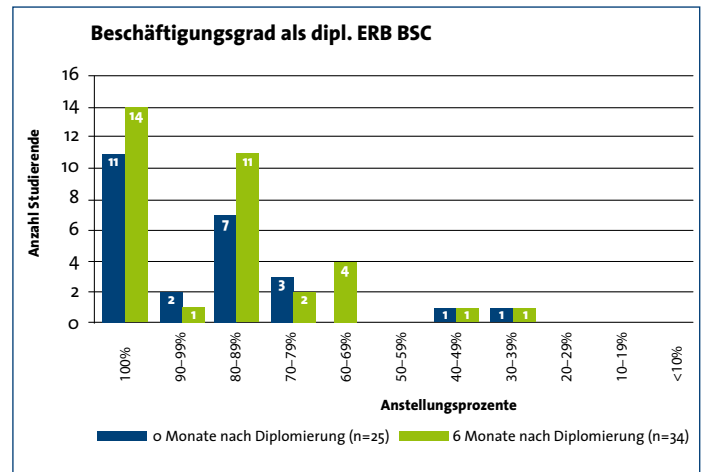


Abbildung 4: Beschäftigungsgrad der Studienabgänger/innen.

1/12 des allfälligen 13. Monatslohnes)<sup>2</sup> für eine 100%-Anstellung bei CHF 5709.–.

Der kleinste Brutto-Monatslohn beträgt CHF 4500.–, der grösste CHF 7158.–. Das Lohnniveau fällt sehr unterschiedlich aus, dies ist anhand der Streubreite von CHF 2658.– im Boxplot abzulesen.

Das durchschnittliche Alter der Studienabgänger/innen sechs Monate nach Diplomierung betrug 28,5 ± 3,0 Jahre (n = 36).

### Zufriedenheit mit der Anstellungssituation

Nach sechs Monaten geben 19 von 36 Studienabgänger/innen an, mit der Anstellungssituation zufrieden zu sein und kei-

nen Bedarf für weitere Bewerbungen oder einen Stellenwechsel zu haben.

15 Studienabgänger/innen, die eine Anstellung als Ernährungsberater/in gefunden haben, schauen sich weiter nach offenen Stellen um. Die Gründe dafür sind unterschiedlich und in Tabelle 3 dargestellt. Zwei Studienabgänger/innen geben an, noch keine Stelle gefunden zu haben und aktiv auf der Stellensuche zu sein.

### Diskussion

Die erfasste Situation ist vergleichbar mit den Erfahrungen in früheren Jahren. Auch auf HF-Stufe war es üblich, dass praktisch

alle Diplomandinnen und Diplomanden, die eine Anstellung suchten, innerhalb einiger Monate eine Stelle fanden.

Da es in der Deutschschweiz nur noch einen Ausbildungsstandort gibt, ist ein relativ konzentrierter Eintritt der Studienabgänger/innen in den Arbeitsmarkt zu verzeichnen. Es scheint, dass die Studienabgänger/innen primär das Ziel verfolgen, rasch eine Anstellung zu finden. Erst mit der Zeit wird eine Optimierung hinsichtlich Zufriedenheit angestrebt. Diese Vorgehensweise ist im kleinen Berufsfeld der Ernährungsberatung sicherlich sinnvoll. Darum ist es nicht erstaunlich, dass 15 von 34 angestellten Personen aussagen, dass sie weiter nach ausgeschriebenen Stellen Ausschau halten.

Abbildung 2 deutet darauf hin, dass sich für ERBo7 die Bereitschaft zur Mobilität gelohnt hat. Die Befragungen der kommenden Jahre werden diesbezüglich aussagekräftigere Zahlen liefern. Die Situation, dass sechs Monate nach Diplomierung einzelne Studienabgänger/innen noch keine Anstellung gefunden haben, ist bedauerlich. Allgemein ist jedoch festzuhalten, dass heutzutage in vielen Branchen eine schwierige Arbeitsmarktsituation vorherrscht und dies keine Eigenheit des Berufsfeldes Ernährungsberatung ist.

Tabelle 3: Häufigkeit der genannten Gründe, warum weiter nach offenen Stellen Ausschau gehalten wird (n=15)

Ich schaue weiter nach offenen Stellen, ...	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit
... weil ich noch eine weitere Anstellung suche, um mehr Stellenprozente zu erreichen	5	33%
... weil ich eine höherprozentige Anstellung suche	1	7%
... weil ich grundsätzlich nach einer anderen Stelle Ausschau halte. Grund: • vielseitigere Themengebiete (n=1) • Stelle entspricht nicht meinen Vorstellungen (n=1) • andere Region und Spital bevorzugt, höhere Lohnvorstellungen (n=1) • befinde mich in gekündigtem Arbeitsverhältnis, habe eine neue Stelle (n=1) • möchte gerne klinisch und «nicht nur» ambulant tätig sein (n=1)	5	33%
... weil... • die Zukunft der Stelle unsicher ist (n=1) • ich im Spital arbeiten möchte (n=1) • die aktuelle Stelle befristet ist (n=2) • ich mir eine zusätzliche Anstellung mit Beratungstätigkeit wünsche (n=1) • ich gerne klinisch und «nicht nur» ambulant tätig sein möchte (n=1) • das Arbeitsverhältnis in der Probezeit beendet wurde (n=1) • mich andere Themenfelder/Fachbereiche mehr interessieren als momentan (n=1)	8	53%

<sup>2</sup> Bruttolohn pro Monat inkl. 1/12 des allfälligen 13. Monatslohnes und den obligatorischen Sozialabgaben (wie AHV, IV usw.), die vom Arbeitnehmer zu leisten sind. Sonderzulagen wie Weihnachtsgatifikation/Prämien jeglicher Art/Umsatz- und Gewinnbeteiligungen, regelmässig ausbezahlte Prämien-, Umsatz- oder Provisionsanteile sowie Entschädigungen für Schicht-, Nacht- und Sonntagsarbeit wurden nicht erhoben und somit nicht ausgewiesen.



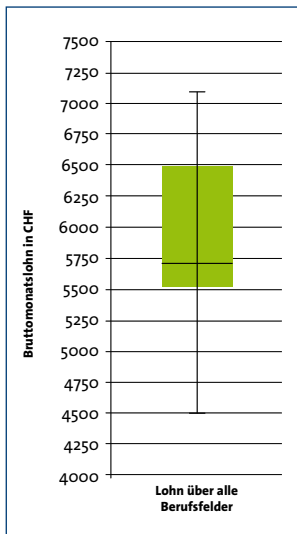


Abbildung 5:  
Brutto-Monatslohn der Studienabgänger/innen.

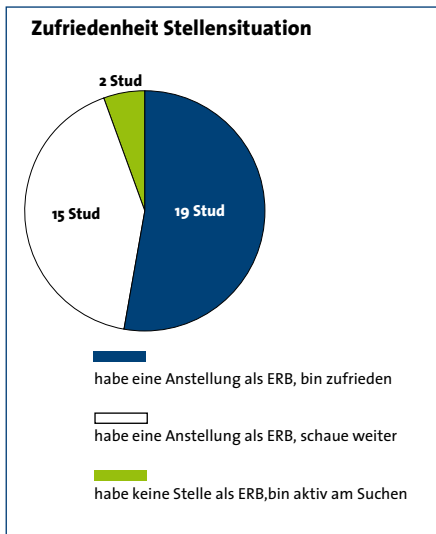


Abbildung 6:  
Zufriedenheit  
Stellensituation  
6 Monate nach  
Diplomierung.

Das neu aufgebaute Curriculum bietet auch eine Erweiterung der Kompetenzen der Studienabgänger/innen. Dies sollte genutzt werden, um sich bei der Stellensuche auch in Bereichen zu bewerben, welche bis anhin selten mit Ernährungsberater/innen besetzt worden sind.

Hinsichtlich Lohn gilt, dass kantonal sowie auch in den unterschiedlichen Berufsfeldern grosse Unterschiede bestehen. Es gibt Hinweise darauf, dass einzelne Personen aufgrund des Fachhochschulabschlusses einen höheren Lohn erhalten.

## Schlussfolgerung

Der Studiengang Ernährung und Diätetik ist zufrieden mit der Anstellungssituation der Studienabgänger/innen der Kohorte ERB07. Um weitere Aussagen hinsichtlich Entwicklung der Anstellungs- resp. Lohnsituation machen zu können, braucht es weitere Daten. Darum soll die Erhebung in den kommenden Jahren weitergeführt werden. Auch sollen in der vorgestellten Kohorte ERB07 die Erhebungen in regelmässigen Zeitabständen fortgesetzt werden.  
*Versione in italiano vede Info 5/2012.*

## Kontakt

Prof. Andrea Mahlstein  
Dipl. Ernährungsberaterin FH  
MAS in Public Management  
Berner Fachhochschule  
Fachbereich Gesundheit  
Murtenstrasse 10  
3008 Bern  
andrea.mahlstein@bfh.ch  
Tel. +41 31 848 35 34



## informiert / informe / informato

www.sermed.ch · Tel. 0848 848 810 · info@sermed.ch

sermed Geschäftsstelle / Secrétariat sermed / Bahnhofstrasse 7b / 6210 Sursee

## Krankenkassenprämien optimieren und profitieren!

### Grundversicherung

Gemäss den ersten Informationen steigen die Krankenkassenprämien im kommenden Jahr moderater als in der Vergangenheit. Dennoch lohnt es sich die Prämien zu vergleichen, da sie einen bedeutenden Posten im Budget einer Familie einnehmen. In den meisten Fällen können Sie bei einem Wechsel der Krankenversicherung einen beträchtlichen Betrag einsparen! Die Leistungen in der Grundversicherung sind bei allen Kassen identisch.

Um den 1. Oktober herum publiziert das Bundesamt für Gesundheit die definitiven Prämien für 2013. Wir helfen Ihnen gerne die richtige Kasse zu finden, um Ihr Budget zu entlasten.

### Zusatzversicherungen

Dank dem Kollektivvertrag zwischen sermed und den Krankenkassen Sanitas, Helsana und EGK können Sie sowie Ihre Familienangehörigen von einem Verbandsrabatt von bis zu 20 % profitieren.

### Kündigungsfristen

Für eine Kündigung der Grundversicherung per 31. Dezember muss das Kündigungsschreiben als eingeschriebener Brief bis zum 30. November bei der bisherigen Krankenkasse eingetroffen sein.

Bei den Zusatzversicherungen gibt es nachstehende Punkte zu beachten:  
Bei einer Prämienhöhung: Es gelten die Bestimmungen in den Versicherungsbedingungen.

Bei unveränderter Prämie: Kündigungsschreiben muss bis am 30. September bei der Krankenkasse sein.

### Wichtig:

- Kündigen Sie Ihre alte Zusatzversicherung erst, wenn von der neuen Kasse eine vorbehaltlose Aufnahmebestätigung vorliegt.
- Beantworten Sie die Gesundheitsfragen im Versicherungsantrag korrekt und vollständig.

### Beratung

Für eine unverbindliche Beratung und Offertstellung benötigen wir eine Kopie Ihrer aktuellen Versicherungspolice. Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme!

# Situation professionnelle après la fin des études de niveau bachelor en Nutrition et diététique à la Haute école spécialisée bernoise



Prof. Andrea Mahlstein, Haute école spécialisée bernoise, Section Santé, filière Nutrition et diététique

Depuis 2007, la formation de diététicienne BSc HESB/diététicien BSc HESB de niveau tertiaire n'est proposée qu'à la Haute école spécialisée bernoise pour les étudiants alémaniques. Lors du transfert de la formation au niveau HES, un nouveau curriculum a été développé pour la filière Nutrition et diététique. Celui-ci se distingue nettement du programme de formation précédent appliqué dans les HES<sup>1</sup>. Tous les secteurs d'activité existants ont été pris en considération lors de la conception du curriculum. De plus, certains contenus pertinents pour les futurs développements du métier ont été inclus dans le cursus afin de donner les meilleures chances aux étudiant-e-s.

Le nouveau positionnement de la formation à un niveau HES n'a pas créé de nouvelle profession. Comparativement aux formations de niveau HES précédentes, le diplôme de bachelor offre un **élargissement conséquent des compétences** dans le domaine du **travail scientifique** et de la **promotion de la santé et de la prévention**. Ceci permet d'ouvrir de nouveaux secteurs d'activité dans l'industrie et la recherche, ainsi que dans la promotion de la santé et de la prévention. Ces nouvelles activités dépassent le cadre professionnel connu jusqu'ici et augmentent les chances d'évolution.

Le département de la santé de la Haute école spécialisée bernoise offre chaque année un nombre de places d'études limité, fixé par le Conseil d'administration, dans la filière bachelor Nutrition et diététique

(jusqu'ici 50 places). Ce nombre, défini sur la base des années précédentes, couvre le besoin en diététicien-ne-s en Suisse alémanique.

## Inventaire de la situation professionnelle

Les grands changements de la formation de diététicien/diététicienne BSc HESB confronte les diplômé-e-s, les collaborateurs/trices de la filière ainsi que le groupe professionnel à de nouvelles questions sur les chances professionnelles, la situation du marché du travail ou l'évolution du niveau salarial.

C'est pourquoi la filière Nutrition et diététique compte répertoire systématiquement la situation professionnelle des diplômé-e-s pendant plusieurs années. Les données seront analysées en vue d'interpréter l'évolution des chances à l'embauche et des salaires. Les questions suivantes devraient ainsi être élucidées:

- Quelles sont les chances pour les diplômé-e-s de trouver un poste en tant que diététicien-ne-s?
- Quels sont les secteurs d'activité où les diplômé-e-s trouvent du travail et ces secteurs changent-ils à long terme?

- Quel est le niveau salarial d'un premier emploi en tant que diététicien-ne et quelle est son évolution au cours des années suivantes?

## Situation de départ

Les premiers diplômé-e-s ont quitté l'école en juillet 2011 après avoir terminé le module complémentaire B (MCB). Jusqu'en juin 2012, 44 des 45 anciens étudiant-e-s de la volée DIET07 ont terminé le MCB et obtenu leur diplôme de diététicien-ne-s BSc HESB. La grande majorité des étudiant-e-s a obtenu son diplôme dans la période de juillet à octobre 2011.

## Méthode

Les diplômé-e-s ont indiqué leur situation professionnelle en répondant à des questionnaires en fin de MCB (correspondant au moment de l'obtention du diplôme) et six mois après avoir été diplômé-e-s.

## Résultats

Lors de l'enquête au moment de la fin du MCB, 39 étudiant-e-s sur 44 ont répondu, ce qui représente un taux de réponse de 89%. Jusqu'en juin 2012, l'enquête «situation professionnelle 6 mois après l'obtention du diplôme» a inclus 42 diplômé-e-s

Tableau 1: Nombre d'étudiant-e-s diplômé-e-s par mois après la fin du MCB.

Juil 11	Août 11	Sept 11	Oct 11	Nov 11	Déc 11	Jan 12	Fév 12	Mars 12	Avril 12	Mai 12	Juin 12
21		12	9		1					1	

Tableau 2: MP ou MCB effectués auparavant par les détenteurs/trices des postes.

	Fréquence absolue	Fréquence relative
Pas de MP, resp. MCB en entreprise	20	51%
MP et MCB en entreprise	10	26%
MCB en entreprise	4	10%
MP en entreprise	5	13%
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100%</b>

<sup>1</sup> Vous trouverez de plus amples informations sur le cursus dans l'article «Leistungsauftrag des Bachelor-Studiengangs Ernährung und Diätetik». SVDE ASDD Info 5/2011, p. 37-39.

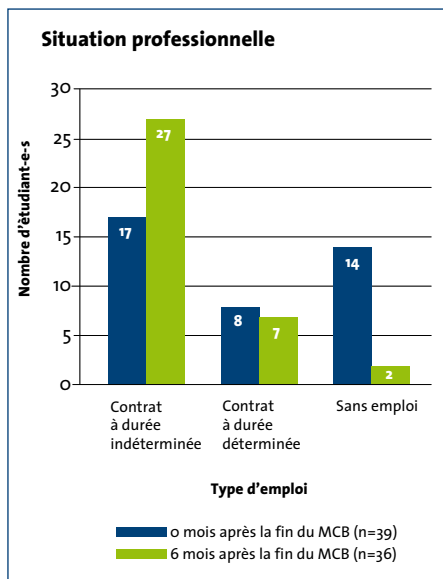


Figure 1: Situation professionnelle en fin de MCB et six mois plus tard.

sur 44. Pour cette deuxième enquête, 36 étudiant-e-s sur 42 ont répondu (taux de réponse de 86%).

### Situation professionnelle

Au moment de l'obtention du diplôme, 25 (64%) des 39 participant-e-s de l'enquête avaient obtenu un poste de diététicien-ne. 17 personnes avaient signé un contrat indéterminé, 8 personnes un contrat à durée déterminée. 14 personnes (36%) n'avaient pas encore obtenu de poste de diététicien-ne-s au moment de l'obtention du diplôme. Six mois après leur diplôme, 34 (94%) personnes sur 36 avaient obtenu un poste en tant que diététicien-ne-s. En com-

parant la situation professionnelle lors de la fin du MCB et six mois après, on remarque clairement que le nombre de diplômé-e-s sans engagement a considérablement chuté. De plus, le nombre de personnes ayant trouvé un poste à durée indéterminée a nettement évolué. Au moment de la fin du MCB, 17 diplômé-e-s avaient conclu un contrat indéterminé. Six mois plus tard, ils étaient 27 à avoir signé un même contrat.

### Répartition des postes sur les différents cantons

Six mois après leur diplôme, 39 postes de diététicien-ne sont occupés par 34 étudiant-e-s de la HESB. Quatre personnes ont deux ou plusieurs engagements à temps partiel. Sur les 39 postes, 37 se trouvent en Suisse alémanique et deux en Suisse romande. Si on compare la répartition géographique des postes occupés par DIET07 et l'origine des étudiants DIET07, on constate que dans le canton de Berne et dans les cantons proches du site de la HES tels que. AG, SO, BL, le nombre de personnes originaires de ces cantons est plus élevé que le nombre de postes libres disponibles pour les diplômé-e-s DIET07. Dans les cantons plus éloignés de Berne comme NW, ZG, SG, TG, ZH, on constate la situation inverse.

### Secteurs d'activité

Les diplômé-e-s occupent des postes dans les secteurs suivants: cliniques, cabinets privés, secteur privé (industrie), associations à but non lucratif et domaine de l'éducation. Le secteur clinique est le plus

grand fournisseur de postes de travail. Six mois après l'obtention du diplôme, quatre personnes ont deux ou trois postes à temps partiel. Parmi elles, trois travaillent dans deux secteurs d'activités différents. Durant l'enquête, il a été demandé si, au cours des études, un module pratique (MP), resp. le MCB, a été effectué en entreprise. La moitié des étudiant-e-s n'avait jamais fait de MP ni de MCB dans une entreprise auparavant. L'autre moitié avait déjà eu une expérience en entreprise.

### Taux d'activité

Six mois après l'obtention du diplôme, 26 personnes sur 34 ayant un poste en tant que diététicien-ne travaillent à un taux d'occupation de 80% ou plus. Sur les huit personnes ayant un taux d'occupation inférieur à 80% (après six mois), trois indiquent qu'elles recherchent un autre poste, resp. un poste à un taux plus élevé dans le même secteur.

### Salaires

Six mois après l'obtention du diplôme, des indications sur les salaires nous sont parvenues pour 37 postes occupés sur 39. Les 37 postes se répartissent dans les secteurs d'activités suivants: industrie, clinique, formation, organisations à but non lucratif, cabinets privés. Six mois après l'obtention du diplôme, la valeur moyenne du salaire mensuel brut (y compris 1/12 de l'éventuel 13<sup>ème</sup> salaire<sup>2</sup>) pour un poste à 100% s'élève à CHF 5709.-. Le plus petit salaire mensuel brut s'élève à CHF 4500.-, le plus grand à CHF 7158.-. Le niveau salarial est très varié,

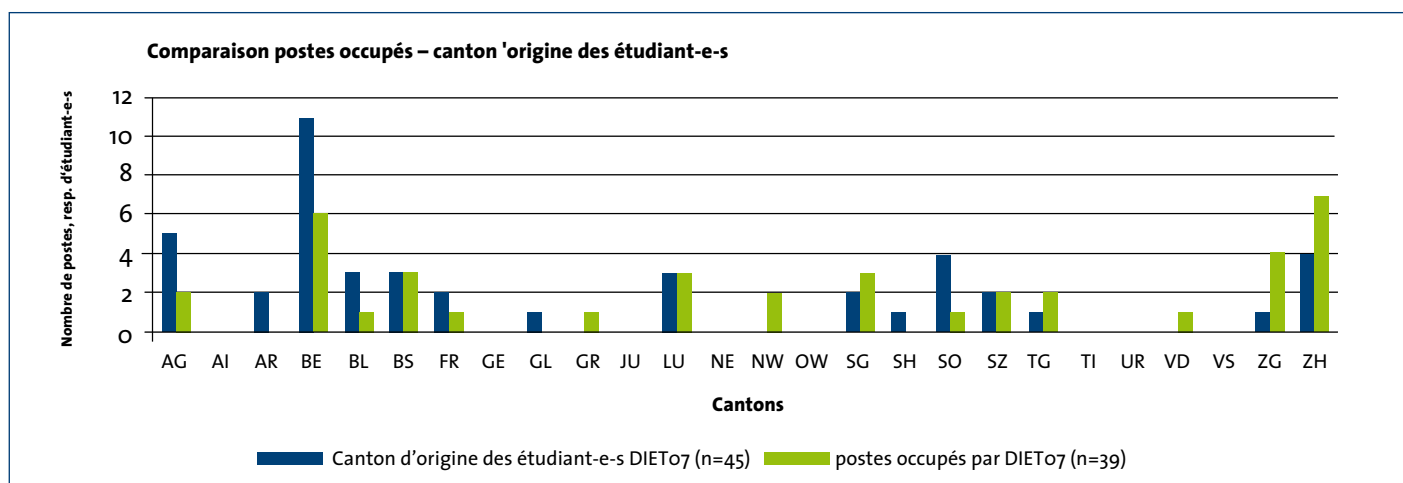


Figure 2: Comparaison origine des étudiant-e-s DIET07 - postes occupés en CH par DIET07.

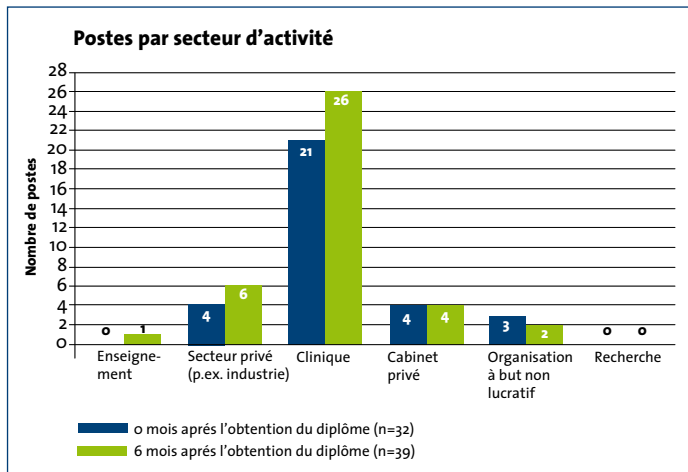


Figure 3: Secteurs d'activité où exercent les diplômé-e-s.

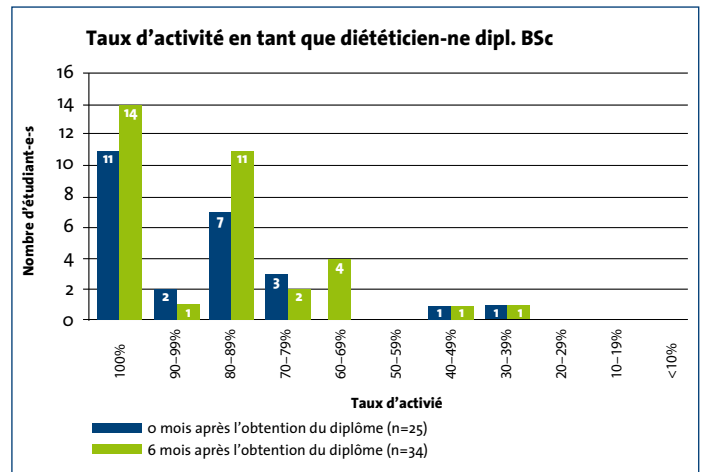


Figure 4: Taux d'activité des diplômé-e-s.

ce qu'on comprend par l'ampleur de dispersion de CHF 2658.– dans le diagramme en boîtes. L'âge moyen des diplômé-e-s six mois après l'obtention du diplôme s'élève à  $28.5 \pm 3.0$  années (n=36).

### Satisfaction de la situation professionnelle

Après six mois, 19 diplômé-e-s sur 36 disent être satisfait-e-s de leur situation professionnelle et ne pas ressentir le besoin de postuler à d'autres emplois ou d'envisager un changement d'emploi. 15 diplômé-e-s ayant trouvé un poste en tant que diététicien-ne restent attentifs/atives aux postes vacants. Les raisons de

cette situation sont variées et décrites dans le tableau 3. Deux diplômé-e-s disent ne pas avoir encore trouvé d'emploi et être activement à la recherche d'un poste.

### Discussion

La situation analysée est comparable aux expériences gagnées au cours des années précédentes. Il était aussi habituel qu'au niveau HES presque toutes les diplômées et tous les diplômés aient obtenu un poste au cours des mois suivant la fin de leurs études.

Figure 5 et 6: voir page 37.

Comme il n'existe plus qu'un seul site de formation en Suisse alémanique, cela implique une entrée relativement concentrée des diplômé-e-s sur le marché du travail. Il semble que les diplômé-e-s cherchent en premier lieu à trouver rapidement un emploi. C'est seulement après un certain temps qu'ils aspirent à une amélioration du point de vue de la satisfaction. Cette démarche prend tout son sens dans le secteur d'activité de la diététique, plutôt réduit. C'est pourquoi il n'est pas étonnant que 15 des 34 personnes engagées affirment consulter les autres postes vacants. La figure 2 montre que la mobilité de la volée DIET07 a porté ses fruits. Les enquêtes des prochaines années apporteront des chiffres encore plus parlants à ce sujet.

Le fait que certains diplômé-e-s n'aient toujours pas trouvé d'emploi six mois après l'obtention du diplôme est regrettable. On notera pourtant de façon générale qu'aujourd'hui, la situation est difficile dans de nombreuses branches et que ce n'est pas une particularité propre au secteur professionnel de la diététique.

Le nouveau curriculum permet également un élargissement des compétences des diplômé-e-s. Ceci devrait être mis à profit pour postuler aussi dans des domaines qui n'étaient jusqu'ici que rarement occupés par des diététicien-ne-s.

Du point de vue salarial, on constate de grandes différences tant au niveau cantonal qu'entre les différents secteurs d'activité. Il y a certains indices qui montrent que certaines personnes reçoivent un salaire plus élevé en raison du diplôme HES.

Tableau 3: Fréquence des motifs cités pour la poursuite de recherche en postes libres (n=15).

Je continue mes recherches d'emploi,	Fréquence absolue	Fréquence relative
... car je recherche un autre poste pour augmenter mon taux d'activité	5	33%
... car je recherche un poste avec un taux d'activité plus élevé	1	7%
... car je reste ouvert à d'autres postes par principe. Motif:	5	33%
• Domaines plus variés (n=1)		
• Mon poste actuel ne correspond pas à mes attentes (n=1)		
• Préférence pour une autre région ou un autre hôpital, exigences salariales plus élevées (n=1)		
• Mon contrat de travail touche à sa fin, j'ai trouvé un nouvel emploi (n=1)		
• J'aimerais également travailler dans le domaine clinique, «pas uniquement» au niveau ambulatoire (n=1)		
... car...	8	53%
• l'avenir du poste est incertain (n=1)		
• je souhaite travailler en hôpital (n=1)		
• mon contrat actuel est à durée déterminée (n=2)		
• je souhaite un engagement supplémentaire avec activités de conseil (n=1)		
• j'aimerais travailler dans le domaine clinique, «pas uniquement» au niveau ambulatoire (n=1)		
• le rapport de travail s'est terminé durant la période d'essai (n=1)		
• je m'intéresse actuellement à d'autres thématiques/spécialisations (n=1)		



## Wissenschaftliche Information für Ernährungsfachkräfte

**Fit und gesund bis ins hohe Alter**

Abteilung Nutrition, Unilever Schweiz GmbH

Im Alter verändert sich unser Körper – dem gilt es Rechnung zu tragen. Die Funktionalität unseres Verdauungstraktes wandelt sich und die Sinneswahrnehmungen sowie das Durstempfinden nehmen ab. Relativ zum Körpergewicht sinkt auch der Anteil an Muskelmasse und damit verbunden der Energiebedarf – allerdings bei gleich bleibendem bzw. je nach Nährstoff sogar leicht erhöhtem Nährstoffbedarf.<sup>1</sup>

Diese altersbedingten Veränderungen gehen mit fortschreitender Entwicklung mit spürbaren Funktionsverlusten und eingeschränkter Leistungsfähigkeit einher, die in verschiedene Beschwerden münden können. Durch einen gesunden Lebensstil kann die Entwicklung dieser Beschwerden oder von weiterführenden Beeinträchtigungen aber oft verzögert werden. Eine vielseitige Ernährung und genügend körperliche Aktivität sind deshalb auch in fortgeschrittenem Alter

unerlässlich. Für gesunde ältere Menschen gelten grundsätzlich die Empfehlungen entsprechend der Lebensmittelpyramide der Schweizerischen Gesellschaft für Ernährung.<sup>2</sup> Besonders zu beachten sind nährstoffdichte Nahrungsmittel sowie die ausreichende Aufnahme von hochwertigem Protein, Calcium, Vitamin D und sekundären Pflanzenstoffen – sowie ausreichend zu trinken.

**Gemüsesuppen:  
fein und bekömmlich!**

Die Empfehlung, im Alter möglichst viel nährstoffdichte Nahrungsmittel mit hohem Gehalt an Vitaminen, Mineralstoffen und sekundären Pflanzenstoffen zu verzehren, liesse sich über den Konsum von Früchten und Gemüse teilweise erreichen. Kau- und Schluckbeschwerden sowie weitere Unannehmlichkeiten im Alter erklären aber zu-



mindest teils, warum diese Empfehlung trotzdem nicht von allen Menschen höheren Alters befolgt wird.

Gemüsesuppen nehmen in der Ernährung älterer Menschen deshalb eine zentrale Rolle ein. Es ist kein bzw. nur wenig Kauen nötig, sie sind leicht verdaulich und sie tragen unter anderem dazu bei, den Gemüse- und Flüssigkeitsbedarf zu decken. Das vielfältige Angebot an Convenience-Produkten wie z.B. Knorr Fertiggemüsesuppen lässt sich zudem auf einfache Art und Weise mit Frischprodukten ergänzen – der Fantasie sind keine Grenzen gesetzt.

*Literatur:*

1. Gille, Eur Rev Aging Phys Act 2010.
2. SGE, www.sge-ssn.ch

## Informations scientifiques pour les professionnels de la nutrition

**En forme et en bonne santé jusqu'à un âge avancé**

Nutrition, Unilever Suisse S.à.r.l.

Notre corps change avec l'âge – ceci doit être pris en considération. La fonctionnalité de notre tube digestif se modifie et les perceptions sensorielles ainsi que la soif diminuent. Malgré la perte de poids et de masse musculaire dont dépendent les besoins énergétiques, les besoins en nutriments restent inchangés et sont pour certains d'entre eux même légèrement augmentés.<sup>1</sup>

Ces changements liés à l'âge évoluent continuellement et s'accompagnent de pertes fonctionnelles et de diminution des performances, pouvant déboucher sur différents ennuis de santé. Un mode de vie sain peut retarder l'apparition des ces ennuis de santé ou du moins ralentir leur évolution. Une alimentation variée et une activité physique suffisante sont pour cela indispensables, même à

un âge avancé. Les recommandations d'alimentation équilibrée préconisées par la pyramide alimentaire de la Société Suisse de Nutrition sont valables pour les personnes âgées bien portantes.<sup>2</sup> Il est particulièrement important de veiller à apporter des aliments de haute valeur nutritionnelle et de couvrir les besoins en protéines de bonne qualité, calcium, vitamine D et substances végétales secondaires, ainsi que de boire suffisamment.

**Les soupes aux légumes:  
raffinées et digestes!**

La recommandation de consommer beaucoup d'aliments riches en vitamines, minéraux et substances végétales secondaires avec l'âge pourrait être partiellement atteinte par la consommation de fruits et de légumes,

mais les problèmes de mastication et de déglutition ainsi que d'autres désagréments expliquent en partie pourquoi cette recommandation n'est pas suivie par toutes les personnes âgées.

Les soupes aux légumes révèlent ainsi toute leur importance dans l'alimentation de la personne âgée. Les potages ne sollicitent que peu la mastication, sont digestes et contribuent à couvrir les besoins en légumes et en liquide. Le grand choix de produits de Convenience Food comme p. ex. les potages aux légumes Knorr peuvent être complétés facilement et sans limite par des aliments frais au gré de la fantaisie.

*Bibliographie:*

1. Gille, Eur Rev Aging Phys Act 2010.
2. SSN, www.sge-ssn.ch



Interview mit Prof. Dr. med. Reto W. Kressig, Basel / Abbott Nutrition Baar

## Lebensqualität im Alter durch Muskeltraining und Supplemente

### Wie viele Patienten sind Ihrer Meinung nach von einer Sarkopenie betroffen?

Alle alternden Menschen sind vom altersassoziierten Muskelverlust, also der Sarkopenie betroffen. Mit 80 Jahren haben wir rund ein Drittel unserer im Erwachsenenalter erreichten Muskelmasse verloren. Inwieweit dies für unsere Alltagsfunktionen (Mobilität, Gangsicherheit etc.) ins Gewicht fällt, hängt massgeblich von der Grösse der initialen Muskelmasse ab und davon, welche Massnahmen (Krafttraining, genügende Protein- und Vitamin D-Zufuhr) wir diesem natürlichen Muskelabbau entgegenstellen!

### Wie ist es möglich, dass jemand mit Adipositas gleichzeitig auch unter Sarkopenie leidet?

Bedingt durch immer mehr sedentären Lebensstil und falsche Ernährung gibt es auch in Europa immer mehr Senioren mit Sarkopenie und Adipositas. Die Sarkopenie ist hier weniger deutlich ersichtlich und wird häufig verpasst, insbesondere wenn nur der BMI (Body Mass Index) betrachtet wird. Gefährlich ist hier der so-

fortige zusätzliche Muskelabbau, wenn solche Senioren abzunehmen versuchen. Hier ist wichtig, dass primär auf genügend Muskeltraining und die Zufuhr von nährstoffdichten Kalorien (also kein Junk Food, sondern v.a. genügend Proteine) geachtet wird. Im höheren Alter ist grundsätzlich vom Abnehmen abzuraten. Senioren mit einem BMI zwischen 25 und 30 haben – ganz im Gegensatz zu jüngeren Erwachsenen – die beste Lebensprognose!

### Was ist Ihre Vision in der Behandlung des Verlustes von Muskelmasse und Muskelkraft?

Wesentlich scheint mir, dass der Erhalt von Muskelmasse und Muskelkraft im Alter mehr Bedeutung erhält. Besonders das Training der Schnellkraft muss bei Senioren zur Förderung der Gangsicherheit (Sturzprävention) und der funktionellen Unabhängigkeit aktiv propagiert werden. Nach heutigem Wissensstand kann dieses Muskeltraining mit der Einnahme von genügend Vitamin D (mindestens 800 IE pro Tag) und Proteinsupplementen wirksam ergänzt werden. Hier scheinen gewisse

Aminosäurekombinationen, Aminosäurederivate (wie  $\beta$ -Hydroxy- $\beta$ -Methylbutyrat) oder Proteintypen mehr wirksam zu sein als andere. Hier ist zurzeit eine intensive Forschung im Gange, die hoffentlich bald zeigen wird, welche besonderen Empfehlungen hier ausgesprochen werden können.

### Was wäre der nächste Schritt zu einem einheitlichen Screening von Personen mit Verlust von Muskelmasse und/oder Muskelkraft in der Schweiz?

Insbesondere muss die Funktionalität des Muskels beurteilt und nicht lediglich ein Oberarm- oder Wadenumfang gemessen werden. Es gibt mehrere existierende Screening-Tests, die indirekt über die Muskelmasse und Muskelkraft informieren. Eine mittlere Gehgeschwindigkeit unter 80 cm/sec wird zum Beispiel von der Europäischen Sarkopenie-Fachgruppe als Zeichen eines pathologischen Muskelverlustes definiert. Die Gehgeschwindigkeit kann mittels 10-Meter-Gehtest einfach ermittelt werden. Der Timed Up & Go ist ein anderer einfacher Mobilitätstest (vom Stuhl aufstehen, drei Meter gehen, umdrehen und absitzen). Braucht ein Patient dazu 20 Sekunden oder länger, bestehen dringende Hinweise, dass Muskelkraft und Mobilität eingeschränkt sind.

#### IMPRESSUM

Nachdruck aus der informierte @rtz, Vol. 2, Ausgabe 04, April 2012  
Mit freundlicher Genehmigung des MEDinfo Aerzteverlags  
Unterstützt von Abbott Nutrition, Baar

Interview du Prof. Reto W. Kressig, Bâle / Abbott Nutrition Baar

## La qualité de vie du sujet âgé: entraînement musculaire et compléments alimentaires

### À votre avis, combien de patients sont atteints de sarcopénie?

Toutes les personnes vieillissantes sont atteintes d'une fonte musculaire associée à l'âge, c'est-à-dire de sarcopénie. À 80 ans, nous avons perdu près d'un tiers de la masse musculaire que nous avons atteinte à l'âge adulte. Les conséquences qui en découlent dans l'accomplissement de nos tâches quotidiennes (mobilité, sûreté de la marche) dépendent surtout de

l'importance de notre masse musculaire initiale et des mesures que nous prenons (exercices de musculation, apport protéique et vitaminique suffisant) pour lutter contre cette perte musculaire naturelle.

### Comment se peut-il qu'une personne adipeuse puisse aussi simultanément souffrir de sarcopénie?

À cause d'un mode de vie toujours plus sédentaire et d'une mauvaise alimentation,

le nombre de personnes âgées atteintes de sarcopénie et d'adiposité augmente aussi constamment en Europe. La sarcopénie est dans leur cas nettement moins visible et passe souvent inaperçue, surtout si seul l'indice de masse corporelle (IMC) est pris en considération. Le danger réside dans une perte musculaire supplémentaire immédiate supplémentaire chez les sujets qui tentent de perdre du poids. Il est dans ce cas important de veiller avant tout à un

entraînement musculaire suffisant et à une alimentation riche en calories (en évitant donc les aliments de médiocre qualité et en assurant surtout un apport protéique suffisant). À un âge avancé, la perte de poids est en principe déconseillée. Totale-ment à l'opposé des jeunes adultes, les sujets âgés dont l'indice de masse corporelle est situé entre 25 et 30 ont le meilleur pronostic vital.

#### Quelle vision avez-vous du traitement de la perte de masse et de force musculaire?

Ce qui me paraît essentiel est qu'avec l'âge davantage d'importance soit accordée au maintien de la masse et de la force musculaire. C'est surtout l'entraînement en puissance qui chez eux doit être activement stimulé car il favorise la sûreté de la marche (prévention des chutes) et l'indépendance fonctionnelle. En l'état actuel des con-

naissances, cet entraînement musculaire doit être complété de manière appropriée par un apport suffisant de vitamine D (au moins 800 UI par jour) et une supplémentation protéique. Certaines associations d'acides aminés et de leurs dérivés (par exemple le  $\beta$ -hydroxy- $\beta$ -méthylbutyrate) ou certains types de protéines semblent à cet égard plus efficaces que d'autres. Actuellement une recherche approfondie sur ce sujet est en cours, et espérons qu'elle dira bientôt quelles recommandations peuvent être apportées.

#### Quel serait le prochain pas vers un dépistage général en Suisse des personnes atteintes d'une perte de masse et/ou de force musculaire?

C'est la fonctionnalité du muscle qui doit être particulièrement évaluée et pas seulement le tour de bras ou de mollet. Il existe

plusieurs tests de dépistage qui donnent des informations indirectes sur la masse et la force musculaire. Une rapidité moyenne de marche de moins de 80 cm par seconde, par exemple, est définie par le Groupe de travail européen sur la sarcopénie comme le signe d'une perte musculaire pathologique. La vitesse de la marche peut être évaluée simplement par le test de 10 m de marche. Le test du lever-marcher chronométré est un autre test de mobilité simple (se lever du siège, marcher trois pas, faire demi-tour et retourner en position assise). Si un patient a besoin de 20 secondes ou plus, il présente des signes évidents d'une limitation de sa force musculaire et de sa mobilité.

#### EMPREINTE

Retirage de Der informierte @rzt, vol. 2, n° 4, avril 2012.  
Avec l'aimable autorisation des éditions  
MEDInfo Aertzeverlag  
Supporté par Abbott Nutrition, Baar



## informiert / informe / informato

www.sermed.ch · Tel. 0848 848 810 · info@sermed.ch

sermed Geschäftsstelle / Secrétariat sermed / Bahnhofstrasse 7b / 6210 Sursee

## Ottimizzare e trarre vantaggio dai premi della cassa malati oggi è possibile!

### Assicurazione di base

Il prossimo anno, secondo le prime stime, i premi della cassa malati subiranno un aumento più lieve rispetto al passato. Nonostante ciò, poiché tali premi costituiscono una voce importante del bilancio familiare, vale la pena sottoporli a un confronto approfondito. Nella maggior parte dei casi è possibile risparmiare cifre notevoli nel momento in cui si decide di cambiare assicurazione malattia! Le prestazioni garantite dall'assicurazione di base sono identiche in tutte le casse malattia.

Intorno al 1 ottobre l'Ufficio federale della sanità pubblica pubblicherà i premi definitivi per il 2013. Saremo lieti di aiutarvi ad alleggerire le vostre spese nella scelta della cassa più indicata per le vostre esigenze.

### Assicurazioni supplementari

Grazie al contratto collettivo stipulato tra sermed e le casse malati Sanitas, Helsana ed EGK, potrete approfittare, insieme ai membri della vostra famiglia, di uno sconto associativo massimo del 20%.

### Termini di disdetta

Per annullare l'assicurazione di base entro il 31 dicembre, la cassa malati presso la quale siete iscritti dovrà ricevere la vostra lettera di disdetta, inviata tramite raccomandata, al più tardi entro il 30 novembre. Per quanto riguarda le assicurazioni supplementari, dovrete prestare attenzione a quanto riportato di seguito. In caso di aumento del premio: sono valide le disposizioni contenute nelle condizioni dell'assicurazione. In caso di premio invariato: la lettera

di disdetta dovrà pervenire presso la cassa malati al più tardi entro il 30 settembre.

### Importante:

- provvedete a disdire l'assicurazione supplementare precedentemente sottoscritta solo una volta che avrete ricevuto la conferma di accettazione senza riserve da parte della nuova cassa;
- rispondete in modo completo e corretto a tutte le domande sullo stato di salute contenute nella proposta di assicurazione.

### Consulenza

Per potervi offrire una consulenza senza impegno e un'eventuale offerta dobbiamo ricevere una copia della vostra polizza assicurativa attualmente in corso di validità. Contattateci: saremo felici di aiutarvi!

## Enzymersatztherapie bei exokriner Pankreasinsuffizienz

Neben der zentralen endokrinen Funktion beim Glucosestoffwechsel mit der Produktion von Insulin, Glukagon und weiteren Hormonen steht das Pankreas auch im Zentrum der Verdauung. Als exokrine Pankreasinsuffizienz wird eine Erkrankung der Bauchspeicheldrüse bezeichnet, die mit einer ungenügenden Produktion von Verdauungsenzymen einhergeht<sup>1</sup>. Das Fehlen dieser Enzyme verursacht wiederum eine erhebliche Störung der Verdauung, und daraus resultieren Nährstoffmangel, Gewichtsverlust oder mangelnde Gewichtszunahme trotz erhöhter Nahrungsaufnahme<sup>2</sup>. Verschiedene Erkrankungen können zu einer exokrinen Pankreasinsuffizienz führen: Eingriffe am Pankreas, Gastrektomie oder gastrointestinale Bypass-Operation, aber auch Pankreaskarzinome, chro-

nische Pankreatitis oder cystische Fibrose (Mukoviszidose)<sup>2,3</sup>. Bei Kindern ist die cystische Fibrose, eine angeborene Erbkrankheit, die häufigste Ursache für eine exokrine Pankreasinsuffizienz<sup>4</sup>. Auch Patienten mit einem Diabetes leiden häufig unter einer exokrinen Pankreasinsuffizienz<sup>5</sup>. Nebst der Symptomatik wie chronischer Diarrhoe, Blähungen, Abdominalschmerzen und der sogenannten Steatorrhoe folgt daraus auch eine Malnutrition – bei diesen Patienten ist eine Enzymsubstitution indiziert<sup>1,2</sup>. So können die Symptomatik wie auch Langzeitrisiken (z.B. kardiovaskuläre Erkrankungen, Osteoporose, pankreatischer Diabetes Typ 3c<sup>6,7</sup>) als Folge der Malabsorption und Malnutrition, vermindert werden<sup>1,7</sup>. Für eine wirksame Therapie ist es wichtig, die Dosierung der Enzyme dem Fettgehalt der Mahl-



zeit, dem individuellen Gesundheitszustand des Patienten und dem Schweregrad der Erkrankung anzupassen und die Enzyme während den Mahlzeiten einzunehmen<sup>3</sup>. Das Präparat sollte so formuliert sein, dass der Wirkstoff Pankreatin magensaftresistent überzogen ist und dadurch erst im Dünndarm freigesetzt wird – dies kann nur mit den modernen Minimikropellets (Creon®) erreicht werden<sup>1</sup>.

## Traitement enzymatique substitutif de l'insuffisance pancréatique exocrine

À côté de sa fonction endocrine essentielle pour le métabolisme du glucose par la production d'insuline, de glucagon et d'autres hormones, le pancréas exerce également une fonction centrale pour la digestion. L'insuffisance pancréatique exocrine est une maladie du pancréas caractérisée par une production insuffisante d'enzymes digestives<sup>1</sup>. Ce déficit enzymatique entraîne de sa part des perturbations considérables de la digestion, dont les conséquences englobent une carence en nutriments, une perte de poids (ou une prise de poids insuffisante) malgré une ingestion accrue de nourriture<sup>1</sup>. Différentes maladies et procédures peuvent causer une insuffisance pancréatique exocrine: opération du pancréas (par exemple gastrectomie ou opération de pontage gastrique), cancer pancréatique, pancréatite chronique ou fibrose kystique (mucoviscidose)<sup>2,3</sup>. Une insuffisance pancréatique exocrine chez l'enfant est généralement due à une maladie héréditaire congénitale: la fibrose kystique<sup>4</sup>. Les diabétiques présentent également souvent une insuffisance pancréatique<sup>5</sup>.

À côté de symptômes tels qu'une diarrhée chronique, des ballonnements, des douleurs abdominales et une stéatorrhée (diarrhée grasseuse), l'insuffisance pancréatique exocrine provoque une malnutrition. Une substitution d'enzymes pancréatiques s'impose par conséquent chez ces patients<sup>1,2</sup>. Ce traitement permet de réduire à la fois les symptômes et les risques à long terme (par exemple maladies cardio-vasculaires, ostéoporose, diabète pancréatique de type 3c<sup>6,7</sup>) résultant d'une malabsorption/malnutrition<sup>1,7</sup>. Pour un traitement efficace, il est important d'adapter la dose d'enzymes à la teneur en graisses du repas, à l'état de santé individuel du patient et à la sévérité de la maladie, et il faut que les enzymes soient prises pendant les repas<sup>3</sup>. La forme galénique du médicament doit assurer que le principe actif pancréatine soit muni d'un enrobage gastrorésistant afin de n'être libéré que dans l'intestin grêle. Ceci ne peut être atteint qu'avec des mini-microgranules de type moderne (Creon®)<sup>1</sup>.

### Referenzen / Références:

1. Dominguez-Munoz JE 2011. Pancreatic exocrine insufficiency: diagnosis and treatment. *Gastroenterology and Hepatology* 26 (Suppl. 2), 12–16.
2. Gloor B et al. 2008. Exokrine Pankreasinsuffizienz – Diagnose und Therapien in der Allgemeinarztpraxis, 1. Auflage, Bremen: UNI-MED.
3. Compendium suisse des médicaments
4. Munck A et al. 2009. Pancreatic enzyme replacement therapy for young cystic fibrosis patients. *Journal of Cystic Fibrosis* 8, 14–18
5. Hardt PD et al. 2003. High prevalence of exocrine pancreatic insufficiency in diabetes mellitus. A multicenter study screening fecal elastase 1 concentration in 1021 diabetic patients. *Pancreatology* 3(5), 395–402.
6. Ewald N et al. 2012. Prevalence of diabetes mellitus secondary to pancreatic diseases (type 3c). *Diabetes Metab Res Rev* 28, 338–342.
7. Sikkens EC et al. 2010. Pancreatic enzyme replacement therapy in chronic pancreatitis. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 24(3), 337–347.

Weitere Fachinformationen oder Broschüren für Ihre Patienten können Sie jederzeit bei uns anfordern:

Vous pouvez à tout moment commander chez nous des informations professionnelles ou de brochures supplémentaires:

**Abbott AG/SA, Neuhoferstrasse 23, 6340 Baar  
info.ch@abbott.com**





# Bei exokriner Pankreasinsuffizienz En cas d'insuffisance pancréatique exocrine



# Creon®

**Kurzfassung Fachinformation: Creon® 10'000:** 150 mg Pankreatin entsprechend 10'000 Lipase-, 8'000 Amylase- und 600 Protease-Einheiten nach Ph. Eur. **Creon® 25'000:** 300 mg Pankreatin entsprechend 25'000 Lipase-, 18'000 Amylase- und 1'000 Protease-Einheiten nach Ph. Eur. **Creon® 40'000:** 400 mg Pankreatin entsprechend 40'000 Lipase-, 25'000 Amylase- und 1'600 Protease-Einheiten nach Ph. Eur. **IA:** Behandlung der exokrinen Pankreasinsuffizienz im Kindesalter und bei Erwachsenen oft, aber nicht ausschliesslich, assoziiert mit: zystischer Fibrose, chronischer Pankreatitis, Pankreas-Chirurgie, Gastrektomie, Pankreaskarzinom, gastrointestinaler Bypass-Operation (z.B. Billroth II), Verschluss des Pankreas-/gemeinsamen Gallenblasenganges (z.B. durch Neoplasma), Shwachman-Diamond Syndrom oder Status nach akuter Pankreatitis mit Beginn der oralen oder enteralen Ernährung. Creon® 10'000 kann bei unspezifischen Verdauungsstörungen (Blähungen/Völlegefühl) verwendet werden. **DA:** Dosierung soll dem Krankheitszustand und der Nahrungszusammensetzung (v.a. Fettgehalt) angepasst werden. Die empfohlene obere Tagesdosis von 10'000 – 12'000 Lipase-Einheiten/kg Körpergewicht (KG) soll im Regelfall nicht überschritten werden. Creon® 40'000 Kapseln ist zur einfacheren Dosierung für jene Patienten konzipiert, die pro Mahlzeit eine Mindestdosis von 40'000 Lipase-Einheiten nach Ph.Eur. benötigen. Initialdosierung bei Kindern unter 4 Jahren oder über 4 Jahren: 1'000 bzw. 500 Lipase-Einheiten/kg KG/Mahlzeit. **KI:** Überempfindlichkeit auf den Wirkstoff oder auf einen der Hilfsstoffe. **I:** Keine Interaktionsstudien durchgeführt. **UW:** Sehr häufig: Abdominalschmerzen. Häufig: Nausea, Erbrechen, Obstipation und Blähungen. Gelegentlich: Hautausschlag. **P:** Creon® 10'000: Kapseln 50\* und 100\*, Liste D. Creon® 25'000: Kapseln 50\* und 100\*, Liste C. Creon® 40'000: 100\*, Liste C. \*limitiert kassenzulässig. Ausführliche Informationen, insbesondere zu Warnhinweisen/Vorsichtsmassnahmen, Interaktionen und unerwünschten Wirkungen, siehe Arzneimittelkompendium der Schweiz. Stand: Juni 2011

**Version abrégée de l'information professionnelle : Creon® 10'000 :** 150 mg de pancréatine correspondant à 10'000 unités de Lipase, 8'000 unités d'Amylase et 600 unités de Protéase selon Ph. Eur. **Creon® 25'000 :** 300 mg de pancréatine correspondant à 25'000 unités de Lipase, 18'000 unités d'Amylase et 1'000 unités de Protéase selon Ph. Eur. **Creon® 40'000 :** 400 mg de pancréatine correspondant à 40'000 unités de Lipase, 25'000 unités d'Amylase et 1'600 unités de Protéase selon Ph. Eur. **IP :** Traitement de l'insuffisance pancréatique exocrine de l'adulte et de l'enfant, souvent, mais pas exclusivement, associée à : fibrose kystique, pancréatite chronique, chirurgie pancréatique, gastrectomie, cancer du pancréas, opération de dérivation gastro-intestinale (p.ex. intervention de Billroth II), obstruction des voies pancréatiques ou biliaires communes (p.ex. suite à un néoplasme), syndrome de Shwachman-Diamond ou à l'état du patient après une pancréatite aiguë lors de l'initiation d'une alimentation orale ou entérale. Le Creon® 10'000 peut être utilisé en cas de troubles digestifs non spécifiques (ballonnement, lourdeur). **PM :** La posologie est établie selon les besoins individuels et dépend de l'état de santé du patient ainsi que de la composition des aliments (surtout la teneur en graisses). La dose journalière supérieure recommandée de 10'000 à 12'000 unités lipases par kg de poids corporel ne doit en principe pas être dépassée. Les gélules de Creon® 40'000 sont conçues pour simplifier la posologie des patients nécessitant une dose minimale de 40'000 unités de lipase selon Ph.Eur. par repas. Dosage initial pour des enfants de moins de 4 ans ou de plus de 4 ans : 1'000 resp. 500 unités de lipase/kg de poids/repas. **CI :** Hypersensibilité au principe actif ou à un des excipients. **I :** Des études sur les interactions n'ont pas été menées. **EI :** Très fréquent: douleurs abdominales. Fréquent : nausées, vomissements, constipation et ballonnements. Occasionnel: éruption cutanée. **P :** Creon® 10'000 : Capsules 50\* et 100\*, liste D. Creon® 25'000 : Capsules 50\* et 100\*, liste C. Creon® 40'000 : Capsules 100\*, liste C. \*Admis par les caisses-maladie avec limitation. Pour des informations plus détaillées, en particulier les mises en garde/précautions, interactions et effets indésirables, veuillez consulter le Compendium Suisse des Médicaments. Date de l'information succincte : Juin 2011

Vertrieb / Distributeur : Abbott AG, Neuhofstrasse 23, 6341 Baar, Tel. 041 768 43 33

 **Abbott**  
A Promise for Life

# Agenda

Datum	Ort	Veranstaltung	Auskunft	SVDE-Punkte
29.08.2012–30.08.2012	Zürich	ETH Zürich – <b>3. Zurich Forum for Applied Sport Sciences</b>	www.svde-asdd.ch	–
30.08.2012–31.08.2012	Lausanne	Swiss Public Health Conference – <b>«(Re-)Organizing Health Systems»</b>	sph12.organizers-congress.ch	2
05.09.2012–08.09.2012	Sydney, Australien	Sydney Convention and Exhibition Centre <b>16<sup>th</sup> International Congress of Dietetics</b>	www.icd2012.com	–
05.09.2012	Zürich	SVDE ASDD <b>Gesundheitsziele mit Motivation und Willenskraft versehen</b>	www.svde-asdd.ch	2
06.09.2012	Bern	SDG ASD – <b>Qualitätstag 2012</b> Instrumente und Methoden zur Optimierung des Beratungsalltags	www.svde-asdd.ch	1
07.09.2012	Bern	Schweizerische Gesellschaft für Ernährung – SGE – <b>SGE-Fachtagung</b>	www.sge-ssn.ch	2
14.09.2012	Zürich	IKP Institut <b>EFB6 – Stress und Übergewicht – nicht nur Zufall; Umgang mit Stress in der ernährungspsychologischen Beratung IKP</b>	www.svde-asdd.ch	2
17.09.2012	Bern	Schweizer Milchproduzenten SMP Genossenschaft <b>Swissmilk-Symposium</b> Gewicht und Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen: LOGI als geeignete Ernährungsform?	www.swissmilk.ch	2
20.09.2012	Zürich	Schweiz. Gesellschaft für Wundheilung <b>14. Symposium über moderne Wundbehandlung</b> <b>«Brennpunkte und Randgebiete der Wundversorgung»</b>	www.svde-asdd.ch	–
20.09.2012–21.09.2012	Interlaken	GESKES SSNC <b>Jahresversammlung der GESKES zusammen mit den Schweizerischen Gesellschaften für Gastroenterologie, Viszeralchirurgie und Hepatologie</b>	www.svde-asdd.ch	2
26.09.2012–28.09.2012	Wien	DGE, ÖGE und SGE <b>13. Dreiländertagung</b>	www.oege.at	–
28.09.2012	Zürich	IKP Institut <b>EFB3 – Wechseljahre – Lust oder Last?</b>	www.svde-asdd.ch	2
02.10.2012	Bern	BFH Bern <b>Sporternährung – Aktuelle Empfehlungen und deren Umsetzung in der Praxis</b>	www.gesundheit.bfh.ch	–
02.10.2012–03.10.2012	Lausanne	SSNC–GESKES <b>Journées Lausannoises en Nutrition Clinique</b>	www.svde-asdd.ch	4
12.10.2012–13.10.2012	München	ZIEL TUM Akademie <b>3. Fortbildungsveranstaltung</b> <b>für Ernährungsfachkräfte und Ernährungsmediziner</b>	www.akademie.ziel.tum.de	3
16.10.2012	Lugano	GESKES SSNC <b>Corso certificato: Nutrizione Clinica e chirurgia</b>	www.svde-asdd.ch	1
17.10.2012	Basel	Nestlé Health Science – Nourishing Personal Health <b>Ernährungsberatung / Klinische Ernährung:</b> <b>Gestern, heute, morgen: Generalistin – Spezialistin – Expertin</b>	www.svde-asdd.ch	1
18.10.2012–10.05.2012	Bern	GESKES-Zertifikatskurs – <b>Berner Symposium – Klinische Ernährung</b>	www.svde-asdd.ch	1
23.10.2012–16.04.2013	Zürich	SVDE ASDD <b>Modulare Weiterbildung: Gesundheitsziele erfolgreich coachen</b>	www.svde-asdd.ch	2
25.10.2012–26.10.2012	Zürich	aki – Schweizerischer Fachverband Adipositas im Kindes- und Jugendalter <b>Gesprächsführung in der Behandlung von Übergewicht</b>	www.svde-asdd.ch	6
25.10.2012–28.10.2012	Portoroz, Slowenien	EFAD – European Federation of the Associations of Dietitians <b>23GM and 6<sup>th</sup> DIETS EFAD conference</b>	www.efad.org	–
25.10.2012	Bern	BFH Bern – <b>Die Ernährungsberaterin/der Ernährungsberater in der Gemeinschaftsgastronomie</b>	www.gesundheit.bfh.ch	–
26.10.2012–27.10.2012	Freudenstadt, Deutschland	Kluth-Stiftung Ernährung und Gesundheit e.V. <b>Praxisseminar: Gesunde Ernährung im Krankenhaus</b>	www.svde-asdd.ch	3
02.11.2012	Zürich	Schule für angewandte Naturheilkunde NHK <b>Diabetes Typ 3 und Ernährung</b>	www.nhk.ch	2
07.11.2012–10.11.2012	Stels im Prättigau	Max Schlorff <b>Lösungsorientiertes Beraten, Grundkurs (Fexer-Kurs)</b>	www.schlorff.ch	6

**WEITERBILDUNG  
FORMATION CONTINUE  
FORMAZIONE CONTINUA**

Datum	Ort	Veranstaltung	Auskunft	SVDE-Punkte
09.11.2012–10.11.2012	Bern	aha! Allergiezentrum Schweiz <b>Mehr Kompetenz und Sicherheit in der Beratung Betroffener mit «Unverträglichkeiten»</b>	www.ahaswiss.ch	4
10.11.2012	Bern	BFH Bern <b>Bariatric 2. Teil: Probleme und Fragestellungen in der Bariatrischen Chirurgie – Erfahrungsaustausch und mögliche Lösungen</b>	www.gesundheit.bfh.ch	–
15.11.2012–17.11.2012	Würzburg, D	Mukoviszidose e.V. <b>15. Deutsche Mukoviszidose-Tagung</b>	www.svde-asdd.ch	6
15.11.2012	Zürich	SVDE ASDD <b>Der Mensch mit geistiger und Mehrfachbehinderung im Zentrum</b>	www.svde-asdd.ch	2
22.11.2012	Bern	<b>Profiline-Herbstweiterbildung</b> «Humor und paradoxe Interventionen»	–	1
24.11.2012	Zürich	IKP Zürich <b>KFB7 – Körperzentrierte psychologische Beratung Die 4 Grundkräfte der Persönlichkeit</b>	www.svde-asdd.ch	2
27.11.2012–28.11.2012	Sion	Haute école de santé – Genève, Filière nutrition et diététique <b>Handicap moteur et approche nutritionnelle</b>	www.svde-asdd.ch	4
29.11.2012	Zürich	<b>Profiline-Herbstweiterbildung</b> «Humor und paradoxe Interventionen»	–	1
30.11.2012 –01.12.2012	Bern	aha! Allergiezentrum Schweiz <b>Grundkurs Zöliakie</b>	www.aha.ch	4
30.11.2012	Zürich	SVDE ASDD <b>Methodenkompetenz in der Ernährungsberatung vertiefen</b>	www.svde-asdd.ch	2
04.12.2012–20.03.2013	indéfini	Haute école de santé – Genève, Filière nutrition et diététique <b>Techniques d'entretien, Psychologie: Analyse de pratique</b>	www.svde-asdd.ch	6
07.12.2012	Bern	BFH Bern <b>Ausgewählte Kapitel der allgemeinen und speziellen Pharmakologie für die Ernährungsberatung</b>	www.gesundheit.bfh.ch	–
16.01.2013	Bern	<b>10. Symposium «Fleisch in der Ernährung»</b> Gut versorgt von Jung bis Alt	www.schweizerfleisch.ch	2
17.01.2013	Zürich	IKP-Ausbildungsinstitut für Ganzheitliche Therapien <b>Effizient und effektiv für sich einstehen</b>	–	2
17.01.2013–18.01.2013	Lausanne / Yverdon-les-Bains	Haute école de santé – Genève, Filière nutrition et diététique <b>Introduction à l'approche cognitivo-comportementale</b>	www.svde-asdd.ch	4
04.03.2013–24.04.2013	Genève	Haute école de santé – Genève, Filière nutrition et diététique <b>Conduite de projets (GDPM – Goal Directed Project Management)</b>	www.svde-asdd.ch	6
07.03.2013–26.03.2013	Genève	Haute école de santé – Genève, Filière nutrition et diététique <b>Ethique, déontologie et droits des patients – questionnements et positionnement professionnel</b>	www.svde-asdd.ch	3
14.03.2013	Zürich	IKP-Ausbildungsinstitut für Ganzheitliche Therapien <b>Der ernährungspsychologische Ansatz in der Beratung mit Kindern und Jugendlichen</b>	–	2
14.03.2013	Lausanne	Haute école de santé - Genève, Filière nutrition et diététique <b>Psychopathologie: Tour d'horizon des principaux troubles mentaux</b>	www.svde-asdd.ch	2
20.03.2013–22.03.2013	Bonn	Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. <b>50. Wissenschaftlicher Kongress – Unter Beobachtung: Ernährungsforschung mit der Bevölkerung</b>	www.dge.de	–
01.01.2010–31.12.2020	Online	Hans Stalder + Partner GmbH <b>Kurs 1 – Grundlage professionelle Kommunikation NLP</b>	www.lerncontainer.ch	2
01.01.2010–31.12.2020	Online	Hans Stalder + Partner GmbH <b>Kurs 2 – Professionelle Veränderungsarbeit mit NLP</b>	www.lerncontainer.ch	1
01.01.2010–31.12.2020	Basel, Bern, Luzern, Winterthur, St. Gallen, Zürich	NLP-Akademie Schweiz <b>Wahrnehmung &amp; Kommunikation</b>	www.nlp.ch	6
01.01.2010–31.12.2020	Basel, Bern, Luzern, Winterthur, St. Gallen, Zürich	NLP-Akademie Schweiz <b>Analyse &amp; Coaching</b>	www.nlp.ch	6
01.01.2011–31.12.2020	Online	Hans Stalder + Partner GmbH <b>Kurs 3 – Marketing für Praxisinhaberinnen und -inhaber</b>	www.lerncontainer.ch	3
26.01.2012–07.06.2013	Genève	<b>HED5-Genève, formation continue</b> CAS obésité	www.svde-asdd.ch	–
14.03.2012–19.11.2012	Bern	SVDE Regionalgruppe Bern <b>Berner Auffrischkurs in Biochemie</b>	www.svde-asdd.ch	–

# Resource® Support Plus: Die einzige Mini-Trinknahrung mit dem Plus an Omega-3 und prebiotischen Fasern !

Resource® Support Plus: Le seul mini complément nutritionnel avec les oméga-3 et les fibres prébiotiques en plus !

**NEU  
NOUVEAU**



## Mini-Flasche - maximaler Support ! Mini-bouteille - support maximal !



**Nestlé**HealthScience

Nestlé Suisse SA, HealthCare Nutrition  
Entre-Deux-Villes, 1800 Vevey  
Infoline: 0848 000 303  
Info@medical-nutrition.ch  
www.medical-nutrition.ch



### Bitte um kostenlose Muster und weitere Informationen

Je souhaite obtenir des échantillons gratuits et des informations complémentaires

Name / Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

Ich erlaube Nestlé meine Koordinaten zu benutzen, um mich über neue Produkte und Dienstleistungen im Bereich der medizinische Ernährung zu informieren.

J'autorise Nestlé à utiliser mes coordonnées pour m'informer sur les nouveaux produits et services dans le domaine de la nutrition médicale.

**Coupon einsenden an / à envoyer à:**

Nestlé Suisse SA, HealthCare Nutrition, Secrétariat, P.O Box 352, 1800 Vevey

