



**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

**SVDE ASDD**

# Info

Oktober | Octobre | Ottobre

**5 / 2012**



IDNT – Nutrition Care Process / DRG  
IDNT – Nutrition Care Process / DRG  
IDNT – Processo di cura nutrizionale / DRG

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

Resource® Support Plus: le seul mini supplément nutritif oral\* avec les oméga-3 et les fibres prébiotiques en plus!



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

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



**NestléHealthScience**  
NOURISHING PERSONAL HEALTH

\*Resource® Trinknahrungen werden von der Krankenkasse für medizinische Indikationen gemäss GESKES Richtlinien rückerstattet.  
Les suppléments nutritifs oraux Resource® sont pris en charge par l'assurance maladie pour des indications médicales selon les directives de la SSNC.



### 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





2012



**Fortbildungsagenda  
Formation continue – Agenda**

→ **Symposium 2012**  
**Viellissement – le défi des prochaines années**  
Jeudi 15 novembre 2012, Yverdon-les-Bains,  
09h00–17h00

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

**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**

Anmeldungen/Inscriptions

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

**DEUTSCHSCHWEIZ**

Editorial .....	4
Fachteil: .....	6
Verbandsinfos .....	31
Aktuelles .....	34
Weiterbildung .....	46

**SUISSE ROMANDE**

Editorial .....	4
Rubrique professionnelle: .....	9
Info de l'ASDD .....	31
Actualité .....	35
Formation continue .....	46

**SVIZZERA ITALIANA**

Editoriale .....	4
Rubrica professionale: .....	11
Info dell'ASDD .....	31
Attualità .....	37
Formazione continua .....	46

**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  
[www.medical-nutrition.ch](http://www.medical-nutrition.ch)



**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, 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, 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,  
Etranger 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: Nutriday
- 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. 6: 10. November, le 10 novembre, il 10 novembre 2012  
Erscheinungsdatum: 17. Dezember 2012

**Inserateschluss/délais des insertions / termine d'inserzione:**

16. November, le 16 novembre, il 16 novembre 2012

**Tariffdokumentation / Documentazione tariffaire / 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, www.svde-asdd.ch

**Präsidentin / Présidente / Presidente**

Beatrice Conrad Frey, Platanenweg 10, 4914 Roggwil,  
Tel. 062 929 01 31, beatrice.conrad@bluewin.ch

**Vizepräsident/-in / Vice-présidente / Vice presidente**

Gabi Fontana, Untermüli 11, 6300 Zug  
Tel. 041 760 51 00, gabi.fontana@bluewin.ch

Raphaël Reinert, Résidence de la Côte 60, 1110 Morges,  
ekchay@bluewin.ch

**Vorstand/Comité/Comitato direttivo**

Bildung/Formation/Formazione:  
Gabi Fontana, Raphaël Reinert

Kommunikation/comunicazione/comunicazione:  
Barbara Richli, Alla Villa, 6746 Lavorgo  
Telefon 091 880 40 40, 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

**Serviceleistungen/Services/Servizio:**

Brigitte Christen-Hess,  
Gerberstrasse 5, 6004 Luzern,  
Tel. G 041 410 45 00, briggitte.christen@svde-asdd.ch

Berufsqualität und Ethik:  
Florine Riesen, Grand-Rue 174, 2720 Tramelan

**Titelbild:**

Linde / Rosmarie Borle, Bern



Leila Sadeghi  
Redaktionskommission  
Commission de la rédaction  
Commissione di redazione

### **Geschätzte Leserinnen und Leser,**

Es war einmal ein König, der einen Turm bauen liess, der bis zum Himmel reichen sollte. Dies entfachte den Zorn Gottes, der daraufhin eine Unzahl von Sprachen schuf und so das Bauprojekt vereitelte, denn man verstand einander nicht mehr.

Dieser Mythos veranschaulicht eine Problematik, die im Bereich Diätetik und Ernährung durch den «Nutrition Care Process» (NCP) und die «International Dietetics and Nutrition Terminology» (IDNT), eine standardisierte Sprache, die den NCP unterstützt, vermieden werden soll. Mit deren Anwendung soll ein gezielter und systematischer Ansatz gefördert werden, der eine bessere und einheitlichere Qualität der angebotenen Ernährungstherapie und gleichzeitig eine bessere Anerkennung unseres Berufs schafft. In diesem Heft stellen wir Ihnen diese Konzepte vor und illustrieren sie mit konkreten Beispielen aus der Praxis. Zudem behandeln wir ein aktuelles Thema, nämlich die systematische Einführung der Swiss DRG in allen Schweizer Akutspitälern seit Anfang 2012. Wir zeigen auf, inwiefern die Swiss DRG eine Chance für Ernährungsberaterinnen und -berater darstellen.

Praktische Instrumente wie Tests für die Laktose- und Fruktoseintoleranz sowie ein Weiterbildungskonzept für die Ernährungstherapie bei Mukoviszidose werden Ihnen präsentiert.

Dieses Potpourri aus Wissen und Informationen ist ein Symbol für die Fülle unseres Berufs. Es ist an der Zeit, eine gewisse Einheit zu bilden und einen gemeinsamen «Jargon» zu sprechen, der es uns ermöglicht, einen möglichst hohen Turm zu bauen, ohne dabei unsere Vielfalt aufzugeben. Ich wünsche Ihnen allen eine spannende und lehrreiche Lektüre.

Leila Sadeghi

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

Il était une fois un roi qui décida de construire une tour qui devait atteindre le ciel. Cela attira les foudres divines qui engendrèrent une diversité des langues et ainsi, l'impossibilité de mener à bien le projet, car personne ne se comprenait plus. Ce mythe illustre d'une certaine manière ce que tendent à éviter dans le domaine de la diététique et de la nutrition les concepts de Nutrition Care Process (NCP) et International Dietetics and Nutrition Terminology (IDNT), un langage standardisé qui sert de support à la NCP. Leur application se veut de promouvoir une approche systématique plus ciblée permettant une meilleure uniformité et qualité de l'offre de soins nutritionnels, et par là-même, une meilleure reconnaissance de la profession. Au fil de votre lecture, ces concepts vous seront présentés, enrichis d'exemples concrets de la pratique.

Il est aussi question d'un sujet d'actualité, à savoir l'introduction systématique des Swiss DRG dans tous les hôpitaux suisses de soins aigus depuis début 2012, et en quoi ils représentent une opportunité pour les diététicien-ne-s.

Des outils pratiques, les tests d'intolérance au lactose et au fructose, ainsi qu'un concept de formation pour la thérapie nutritionnelle en cas de mucoviscidose vous seront présentés. Tout ce melting pot de savoir et d'information est l'image symbolique de la richesse de notre profession. Il est temps d'établir une certaine unité, d'utiliser «le même jargon», qui tout en promouvant la diversité, nous aidera à construire notre tour le plus haut possible. Je vous souhaite à toutes et à tous une excellente lecture.

Leila Sadeghi

### **Care lettrici, cari lettori,**

c'era una volta un re che decise di costruire una torre che doveva raggiungere il cielo. Il suo intento scatenò però l'ira divina, che per punizione causò una diversità di idiomi e, con essa, l'impossibilità di portare a termine il progetto poiché nessuno capiva più la lingua dell'altro.

Questo mito illustra in un certo senso ciò che tendono a evitare nel campo della dietetica e della nutrizione il concetto di Nutrition Care Process (NCP) e l'International Dietetics and Nutrition Terminology (IDNT), un linguaggio standardizzato che funge da supporto al NCP. La loro applicazione intende promuovere un approccio sistematico più mirato, che consenta una migliore uniformità e qualità dell'offerta di cure nutrizionali e, quindi, un migliore riconoscimento della professione. Nel corso della vostra lettura vi saranno presentati questi concetti, arricchiti di esempi concreti dalla pratica.

In questo numero dedichiamo però spazio anche a un argomento di attualità, ossia l'introduzione sistematica degli Swiss DRG in tutti gli ospedali svizzeri di cure acute dall'inizio del 2012 e le opportunità che gli Swiss DRG offrono alle dietiste e ai dietisti.

Vi saranno presentati alcuni strumenti pratici, i test d'intolleranza al lattosio e al fruttosio, nonché un concetto di formazione per la terapia nutrizionale in caso di mucoviscidosi.

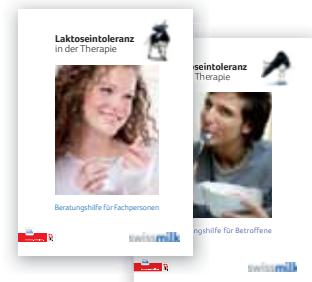
Tutto questo «melting pot» di nozioni e informazioni rispecchia la varietà della nostra professione. È tempo di istituire una certa uniformità e di utilizzare «lo stesso gergo» poiché, continuando a promuovere la diversità, ci aiuteranno a costruire la torre della nostra professione – una torre che dovrà arrivare più in alto possibile!

Vi auguro una piacevole lettura.

Leila Sadeghi

# Neu Beratungshilfe Laktoseintoleranz

Wer an einer Laktoseintoleranz leidet, sollte dennoch nicht auf Milchprodukte verzichten. Unsere Beratungshilfe unterstützt Sie in der Ernährungsberatung und gibt Betroffenen Tipps für den Alltag.



## Für Fachpersonen

Art.- Nr. 142111D

Beratungskarten zur Erklärung der Milchzuckerunverträglichkeit und Informationen zur Ernährungstherapie.

Gratis, ab 4 Exemplaren  
CHF 1.– pro Stück

## Für Betroffene

Art.- Nr. 142112D

Ernährungsempfehlungen, Tipps für den Alltag und eine Infoscheibe zur Verträglichkeit von Milchprodukten.

Gratis, ab 4 Exemplaren  
CHF 1.– pro Stück

## Set Laktoseintoleranz

Art.- Nr. 142110D

1 Exemp. Fachpersonen  
5 Exemp. Betroffene

Gratis, ab 2 Sets  
CHF 3.– pro Set

**Jetzt bestellen: [webbestellungen@swissmilk.ch](mailto:webbestellungen@swissmilk.ch) oder Telefon 031 359 57 28**

Besuchen Sie uns im Internet unter [www.swissmilk.ch/nutrition](http://www.swissmilk.ch/nutrition) und erfahren Sie mehr über Milch und Milchprodukte. Nutzen Sie unsere bewährten Beratungsmaterialien und lassen Sie sich monatlich mit unserem Maillaiter gratis über Neuigkeiten aus der Ernährungswissenschaft informieren.

swiss  
milk

Schweiz. Natürlich.



SUISSE  
LAITIÈRE

swissmilk

## Nutrition Care Process und International Dietetics and Nutrition Terminology im Berufsalltag

Arwen Hodina

**Der Nutrition Care Process und die International Dietetics and Nutrition Terminology werden von der International Confederation of Dietetic Associations zur internationalen Einführung empfohlen. Der NCP sowie die IDNT sind in der täglichen Praxis der Ernährungsberatung und -therapie sowie in der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen hilfreich und dienen der Anerkennung unserer Profession.**

Wie den Mitgliedern bereits kommuniziert wurde, hat sich der SVDE entschieden, den Empfehlungen der ICDA zu folgen. Eine Steuergruppe und Arbeitsgruppen zum NCP und IDNT arbeiten derzeit an Strategien zur Implementierung in der Schweiz. Dieser Artikel soll anhand eines praktischen Beispiels, exemplarisch an der Ernährungsberatung, Abteilung Endokrinologie, Diabetologie & Metabolismus, des Universitätsspitals Basel beschreiben, wie dies in unserem Berufsalltag umgesetzt und gelebt werden kann.

Der NCP wurde 2002 von der American Dietetic Association entworfen und etabliert. Der NCP wird definiert als *systematic problem solving method that dietetics professionals use to critically think and make decisions to address nutrition related problems and provide safe, effective, high quality nutrition care*, was übersetzt werden kann mit systematische Problemlösungs-

methode, die eine hohe Qualität in der Ernährungsberatung und -therapie gewährleisten soll. Dabei handelt es sich nicht um eine standardisierte Betreuung von Patienten, sondern um einen standardisierten Ablauf. Der NCP besteht aus vier unterschiedlichen, dennoch zusammenhängenden Schritten: Assessment, Ernährungsdiagnose, Implementation und Monitoring/Evaluation, und bietet eine Struktur, die die evidenzbasierte (Empfehlungen durch Studien belegt), individualisierte Ernährungsberatung und -therapie unterstützt.

IDNT steht für International Dietetics and Nutrition Terminology, eine gemeinsame internationale Terminologie in der Ernährung und Diätetik. Die IDNT wurde 2003 von der AND entwickelt und umfasst ein Repertoire an Begriffen, welche den Prozess des NCP beschreiben.

Der NCP und die IDNT zusammen bieten ein international einheitliches und strukturiertes Vorgehen, das uns erlauben wird, die Qualität der Ernährungsberatung/-therapie zu überprüfen und zu verbessern. Wichtige Voraussetzung hierfür ist die einheitliche Erfassung und Dokumentation unserer Arbeit. Durch den standardisierten Prozess sowie evidenzbasiertes Handeln können wir unsere Tätigkeit auf deren Effizienz und Ergebnisse hin überprüfen und belegen. Dies dient der Qualitätssicherung und unterstützt unsere Expertise als dipl. Ernährungsberater/innen HF/FH. Mit einem solchen standardisierten Prozess wird die Tätigkeit messbar und wir können zeigen, wie wir mit beitragen, die Situation des Patienten zu verbessern. Im Vertrag mit Santésuisse sind wir zur Qualitätssicherung und -kontrolle ver-



pflichtet. In diesem Kontext erlangt die Messbarkeit des Nutzens für den Patienten nochmals an Wichtigkeit.

Durch die internationale Einführung des NCP und der IDNT werden nicht nur Vergleiche innerhalb der Schweiz, sondern auch mit anderen Ländern möglich. Dies ermöglicht zugleich, grössere Studien mit höherer Aussagekraft für bestimmte Ernährungsinterventionen durchzuführen. Häufig arbeiten dipl. Ernährungsberater/innen HF/FH in multiprofessionellen Teams. Eine gemeinsame Terminologie kann uns darin unterstützen, professionell und einheitlich aufzutreten, und unseren Beitrag in der Betreuung von Patienten klar zu dokumentieren und abzugrenzen. Eine gemeinsame Terminologie erlaubt eine präzise Kommunikation, wie auch eine einheitliche Dokumentation und erleichtert die Folgeberatung von Patienten. Dies ist vor allem wichtig, wenn Patienten durch andere dipl. Ernährungsberater/innen HF/FH weiterbetreut werden. Nicht zuletzt ist ein standardisiertes Modell wie der NCP oder auch der ETP sowie eine einheitliche Terminologie in der Ernährung und Diätetik wie die IDNT eine wichtige Grundstruktur für alle angehenden dipl. Ernährungsberater/innen HF/FH, indem erwartete Kompetenzen von einem einheitlichen Vorgehen abgeleitet werden können.

### Arwen Hodina

Dipl. Ernährungsberaterin FH, Ernährungswissenschaftlerin MSc., Registered Dietitian (Ontario, Kanada). Nach Bachelor- (2004) und Masterabschluss (2006) in Ernährungswissenschaft an der Universität München, bis 2008 an der Klinik für Tumorbiologie in Freiburg im Breisgau. 2009/2010 absolvierte sie in Toronto das Internationally Educated Dietitians Pre-registration Program an der Ryerson University, 2012 Anerkennung als Registered Dietitian (RD) des College of Dietitians of Ontario. Im Rahmen von Praktika und beruflicher Tätigkeit in Ontario erhielt sie wertvolle Einblicke in den Prozess und Gebrauch des NCP im kanadischen Kontext. Seit 2012 in der Ernährungsberatung des Universitätsspitals Basel tätig. Mitglied der Steuergruppe und Arbeitsgruppe zur Implementierung der IDNT in der Schweiz.



## Assessment

Das Ziel des ersten Schrittes des NCP, des Assessments, ist die Sammlung, Prüfung und Interpretation von relevanten Informationen bezüglich des Ernährungsproblems und dessen Ursachen. Dieser Schritt ist dynamisch, was bedeutet, dass das Assessment nach dem ersten Kontakt zum Patienten nicht abgeschlossen ist, sondern vielmehr neuen Erkenntnissen betreffend des Zustandes und der Situation des Patienten im Verlauf angepasst wird (Reassessment). Das Assessment ist zudem spezifisch auf die medizinische Diagnose und Fragestellung ausgerichtet. Lautet die medizinische Diagnose «Diabetes mellitus», so ist ein Assessment auf die Kohlenhydrataufnahme, -verteilung, Art der Kohlenhydrate sowie weitere Faktoren wie zum Beispiel Gewichtsverlauf und kardiovaskuläre Risikofaktoren ausgerichtet. Für das Assessment sieht die IDNT folgende neun

Kategorien vor:

- Aufnahme von Lebensmitteln und Nährstoffen
- Handhabung/Administration von Lebensmitteln und Nährstoffen
- Verhalten
- Kenntnisse/Überzeugungen/Einstellung
- Anthropometrie
- Laborwerte
- Körperliche Aktivität und Funktionalität
- Medikamente und pflanzliche Nahrungsergänzungsmittel
- Faktoren, die den Zugang zu Lebensmitteln sowie Versorgung und Zubereitung beeinflussen

In der Ernährungsberatung des Universitätsspitals Basel haben wir damit begonnen, unsere Anamnese-Bögen neu zu strukturieren, um unsere Anamnese den Prinzipien und des Modells des NCP Assessments anzugleichen. Wir haben zum einen die Schritte des NCPs klar getrennt

und zum anderen die IDNT-Begriffe gezielt eingearbeitet.

## Ernährungsdiagnose

Basierend auf dem Assessment erfolgt die Formulierung der Ernährungsdiagnose. Das Ziel hierbei ist die Identifizierung und Beschreibung des Ernährungsproblems, welches durch die Veränderung der Ernährungsgewohnheiten oder einer spezifischen Ernährungsintervention durch unsere Tätigkeit als dipl. Ernährungsberater/innen HF/FH beseitigt oder verbessert werden kann. Die Formulierung der Ernährungsdiagnose erfolgt nach dem Prinzip des PAS-Statements. PAS steht für Problem, Ätiologie und Symptome/Anzeichen. Die IDNT stellt drei Kategorien für die Ernährungsdiagnose zur Verfügung:

- Nahrungsaufnahme
- Klinisch
- Verhalten/Umweltbedingt



*«Älter werden – na und?  
Wir haben optimal vorgesorgt!»*

*... kostenlos beraten durch:*

**www.sermed.ch**  
**0848 848 810**

**... übrigens auch in Treuhandfragen  
und für Ihre Praxisadministration.**

#### Unsere Partnerverbände:

- physioswiss, Schweizer Physiotherapie Verband
- Swiss Dental Hygienists
- SVDE/ASDD Schweizerischer Verband dipl. ErnährungsberaterInnen
- EVS/ASE Ergotherapeutinnen-Verband Schweiz
- SVMTRA/ASTRM Schweizerische Vereinigung der Fachleute für med. tech. Radiologie

#### Assoziierte Verbände:

- Schweizerischer Podologen Verband SPV
- Schweizerischer Ärztebesucher Verband SABV



<b>AND</b>	Academy of Nutrition and Dietetics, bis 2012 American Dietetic Association (ADA)
<b>ETP</b>	Ernährungstherapeutischer Prozess
<b>ICDA</b>	International Confederation of Dietetic Associations
<b>IDNT</b>	International Dietetics and Nutrition Terminology
<b>NCP</b>	Nutrition Care Process
<b>SMART</b>	Specific, measurable, achievable, realistic, timely (spezifisch, messbar, erreichbar, realistisch, terminiert)

Die Ernährungsdiagnose ist keine medizinische Diagnose. Während eine medizinische Diagnose beispielsweise «Diabetes mellitus Typ 2» ist, so kann eine mögliche Ernährungsdiagnose folgendermassen lauten: «Zu hohe Aufnahme einfacher Kohlenhydrate in Form von 1 Liter Süssgetränken pro Tag zwischen den Mahlzeiten, aufgrund von fehlendem Wissen einer angemessenen Ernährung bei Diabetes, was sich zeigt an präprandialen Blutglukosewerten bis 10,3 mmol/l.» Für unsere Arbeit und Berufsgruppe ist der Unterschied zwischen medizinischen Diagnose und Ernährungsdiagnose bedeutend und erlaubt uns einen spezifischen Einblick in die betreffende Ernährungsproblematik basierend auf der medizinischen Diagnose. Die Ernährungsdiagnose beschreibt nicht nur das Problem (die zu hohe Aufnahme von Süssgetränken), sondern auch die Ätiologie (fehlendes Wissen über angemessene Ernährung bei Diabetes) und die Symptome und Anzeichen (erhöhte präprandiale Blutglukosewerte). Selbstverständlich können noch weitere Ernährungsdiagnosen vorliegen. So kann dieselbe Person eine zu hohe Energieaufnahme haben (medizinische Diagnose: z.B. Adipositas WHO Grad I) und/oder eine zu hohe Aufnahme an Fett, gesättigten und Trans-Fettsäuren, oder eine zu geringe Aufnahme an Nahrungsfasern haben (medizinische Diagnose: Dyslipidämie). Hier ist es empfohlen, zusammen mit dem behandelnden Team, einschliesslich des Patienten, basierend auf der aktuellen medizinischen Situation Schwerpunkte zu bilden und Prioritäten zu setzen. Häufig adres-

siert eine Intervention, wie hier die Reduzierung der Süssgetränke, auch mehrere ernährungsbezogene Probleme. Prinzipiell sollten nicht mehr als drei Ernährungsdiagnosen primär identifiziert werden. Im Universitätsspital Basel hat Dr. clin. nutr. Caroline Kiss, Fachverantwortliche und neue Leitung der Ernährungsberatung, im Rahmen unseres wöchentlichen Team-Meetings eine «Patientenvisite» eingeführt, um die Formulierung der Ernährungsdiagnose zu üben. Jede Ernährungsberaterin stellt knapp und präzise einen Patienten vor und formuliert eine Ernährungsdiagnose anhand des PAS Statements. In diesem Rahmen können wir voneinander und miteinander lernen.

### Implementation

Das Ziel der Implementation ist die Lösung oder Verbesserung des zuvor beschriebenen Ernährungsproblems. Sie erfolgt zum einen durch Planung der nötigen Schritte durch die dipl. Ernährungsberater/innen HF/FH und die Implementierung entsprechender Ernährungsinterventionen, welche spezifisch auf die medizinische, soziale und persönliche Situation und Bedürfnisse des Patienten zugeschnitten sind. Die IDNT bietet folgende vier Kategorien:

- Lebensmittel- und Nährstoffbereitstellung
- Ernährungsedukation
- Ernährungsberatung
- Koordination der Behandlung

Die Planung der Ernährungsintervention beinhaltet die Reduzierung der einfachen Kohlenhydrate, um die Blutglukosewerte zu reduzieren; die Implementierung bezieht sich auf die geplanten Schritte, die der betroffene Patient ergreifen kann. In unserem Beispiel des Patienten mit Diabetes besprechen wir die Wirkung von Kohlenhydraten auf den Blutglukosespiegel mit dem Patienten und thematisieren den Unterschied einfacher und komplexer Kohlenhydrate. Wir besprechen weiterhin, welchen Effekt der Konsum von 1 Liter Süssgetränk auf den Blutglukosespiegel hat und welche kurz- und langfristigen Konsequenzen dies haben kann. Ausserdem besprechen wir, welche Vorteile die Wahl eines zuckerfreien Getränks hat, und wir fragen, für welche Veränderung der Er-

nährungs-/Trinkgewohnheiten der Patient bereit ist. Wir bieten unsere Unterstützung in der Wahl eines geeigneten zuckerfreien Getränks an, besprechen Details mit dem Patienten und formulieren gemeinsam eine SMART-Zielvereinbarung. In diesem Fall handelt es sich um Ernährungsedukation und -beratung. In der Dokumentation halten wir ausserdem unseren Plan für die Folgeberatung fest. Dies erleichtert die Vorbereitung sowie die allfällige Übernahme des Patienten durch andere dipl. Ernährungsberater/innen HF/FH.

### Monitoring/Evaluation

Das Ziel des Monitorings ist es, den Fortschritt in der Umsetzung der Ziele zu ermitteln. Das Ziel der Evaluation ist es, zu überprüfen, ob das erwartete Ergebnis eingetroffen ist. Hier ist ein Vergleich der Situation von vorher zu nachher möglich oder ein Vergleich mit Referenzwerten. Die IDNT schlägt hier vor, nach den Kategorien des Assessments vorzugehen.

In unserem Beispiel des Patienten mit Diabetes würden wir bei der Folgeberatung entsprechend die Zielvereinbarung zur Aufnahme an Süssgetränken bzw. alternativen zuckerfreien Getränken überprüfen und gegebenenfalls Barrieren in der Umsetzung besprechen. Ausserdem würden wir das erwartete Ergebnis – niedrigere präprandiale Blutglukosewerte – überprüfen. Hierzu greifen wir auf Referenzwerte zurück.

### Fazit und weitere Information

Ein standardisiertes Modell sowie eine gemeinsame Terminologie in der Ernährung und Diätetik haben viele Vorteile und bringen einen hohen Nutzen für unsere Berufsgruppe. Weitere Informationen bezüglich des NCPs sind auf der Website des SVDE unter folgendem Link/Pfad zusammengestellt und für alle Mitglieder einsehbar: Nutripoint – Nutrition Care Process und Beratungsmodelle.

Literaturangaben siehe Seite 14.



# Processus de soins en nutrition et terminologie internationale de diététique et de nutrition dans le quotidien professionnel

Arwen Hodina

**La Confédération internationale des associations de diététicien-ne-s (International Confederation of Dietetic Associations ICDA) recommande l'introduction internationale du processus de soins en nutrition (PSN) et de la terminologie internationale de diététique et de nutrition (TIDN). Le PSN et la TIDN sont utiles dans la pratique courante du conseil diététique et de la thérapie nutritionnelle, ainsi que pour la collaboration avec d'autres groupes professionnels, et contribuent à la reconnaissance de notre profession.**

Comme cela a déjà été communiqué aux membres, l'ASDD a décidé de suivre les recommandations de l'ICDA. Un groupe de pilotage et des groupes de travail sur le PSN et la TIDN travaillent actuellement à l'élaboration de stratégies de mise en œuvre en Suisse. En se basant sur l'exemple concret de la diététique au sein du service d'endocrinologie, diabétologie & métabolisme de l'Hôpital universitaire de Bâle, le présent article a pour but de décrire la manière dont ces recommandations peuvent être appliquées et vécues dans le quotidien professionnel.

Le PSN a été ébauché puis concrétisé par l'American Dietetic Association (depuis 2012 l'Academy of Nutrition and Dietetics) en 2002. Le PSN se définit comme étant «*a systematic problem solving method that dietetics professionals use to critically think and make decisions to address nutrition related problems and provide safe, effective, high quality nutrition care*», dont l'équivalent en français serait une méthode systématique de résolution de problèmes permettant de garantir un niveau qualitatif élevé des conseils en diététique et de la thérapie nutritionnelle. Il n'est donc pas question de prise en charge standardisée des patient-e-s, mais de déroulement standardisé. Le PSN se compose de quatre étapes différentes, mais corrélées: évaluation initiale (assessment), diagnostic nutritionnel (diagnosis), intervention (implementation) et surveillance/évaluation (monitoring/evaluation), et propose une structure qui soutient le conseil diététique et la thérapie nutritionnelle individualisés et fondés sur les données probantes (recommandations attestées par des études).

TIDN signifie terminologie internationale de diététique et de nutrition, en anglais International Dietetics and Nutrition Terminology, IDNT, une terminologie internationale commune pour la nutrition et la diététique. La TIDN a été développée en 2003 par l'AND et englobe un répertoire de termes qui décrivent le processus du PSN. Le PSN et la TIDN réunis offrent une procédure structurée et homogène valable sur le plan international, qui nous permettra de vérifier et d'améliorer la qualité de la diététique et de la thérapie nutritionnelle. L'uniformité dans la saisie et la documentation de notre travail tient lieu de condition importante pour y parvenir. Le processus standardisé et l'action fondée sur les données probantes nous permettent de vérifier notre activité quant à son efficacité et ses résultats, ainsi que d'en attester. Cette démarche est profitable du point de vue de l'assurance qualité et soutient notre expertise de diététicien-ne dipl. ES/HES. Grâce à un tel processus standardisé, l'activité devient mesurable et nous pouvons montrer en quoi nous contribuons à améliorer la situation du patient. Selon le contrat passé avec santésuisse, nous sommes tenus à l'assurance qualité et au contrôle de la qualité. Dans un tel contexte, le caractère

mesurable de l'utilité pour le patient gagne encore en importance.

L'introduction internationale du PSN et de la TIDN rend non seulement possibles les comparaisons à l'intérieur de la Suisse, mais aussi avec d'autres pays. Cela permet dans le même temps de réaliser des études à plus grande échelle et donc plus parlantes en rapport avec certaines interventions nutritionnelles.

Il n'est pas rare que les diététicien-ne-s dipl. ES/HES travaillent au sein d'équipes multiprofessionnelles. Une terminologie commune peut nous aider à nous positionner avec professionnalisme et de façon homogène, ainsi qu'à documenter clairement et délimiter notre contribution à la prise en charge des patients. Une terminologie commune est la clé d'une communication précise, d'une documentation homogène et facilite l'activité consécutive de conseil des patients. Cet aspect est notamment important lorsque d'autres diététicien-ne-s dipl. ES/HES prennent le relais pour la prise en charge de patients. Enfin, un modèle standardisé tel que le PSN, ou encore le PTN (processus de thérapie nutritionnelle), de même qu'une terminologie uniforme dans le domaine de la nutrition et de la diététique telle que la TIDN, représentent une structure de base importante pour tous les futurs diététicien-ne-es dipl. ES/HES dans la mesure où les attentes relatives aux compétences peuvent être déduites à partir d'une procédure homogène.

## Evaluation initiale

La première étape du PSN, l'évaluation initiale, a pour but de collecter, de contrôler

### Arwen Hodina

Diététicienne HES dipl., spécialiste en science de la nutrition MSc., Registered Dietitian (Ontario, Canada). Bachelor (2004) et master (2006) en science de la nutrition à l'Université de Munich. Jusqu'en 2008 la clinique universitaire de biologie tumorale de Fribourg en Brisgau, en 2009 et 2010, le programme Toronto «Internationally Educated Dietitians Pre-registration Program» à l'Université de Ryerson, 2012 titre de Registered Dietitian (RD) du College of Dietitians of Ontario. Depuis 2012 service de diététique de l'Hôpital universitaire de Bâle. Elle fait partie du groupe de pilotage et du groupe de travail pour la mise en œuvre de la TIDN en Suisse.

et d'interpréter les informations déterminantes par rapport au problème d'alimentation et ses causes. Cette étape est dynamique, ce qui signifie que l'évaluation initiale ne se termine pas après le premier contact avec le patient, mais qu'elle est au contraire adaptée en continu, au fur et à mesure des nouvelles observations relatives à l'état et à la situation du patient (nouvelle évaluation ou reassessment). De plus, l'évaluation initiale est spécifiquement axée sur la problématique médicale et le diagnostic médical. Si le diagnostic médical posé est «diabète sucré», l'évaluation sera tournée vers l'ingestion et la répartition des glucides, le type de glucides et les autres facteurs tels que l'évolution du poids corporel et les facteurs de risque cardiovasculaires, par exemple. Pour l'évaluation initiale, la TIDN prévoit les neuf catégories suivantes:

- ingestion d'aliments et de nutriments;
- manipulation des aliments et des nutriments;
- comportement;
- connaissances/convictions/état d'esprit;
- anthropométrie;
- valeurs des analyses médicales (laboratoire);
- activité physique et fonctionnalité;
- médicaments et compléments alimentaires à base de plantes;
- facteurs qui incluent l'accès aux aliments, ainsi que l'approvisionnement et la préparation.

Au conseil diététique de l'Hôpital universitaire de Bâle, nous avons commencé à revoir la structure de nos questionnaires d'anamnèse pour ajuster l'anamnèse aux principes et au modèle de l'évaluation initiale PSN. Nous avons d'une part séparé clairement les étapes du PSN, et d'autre part intégré de manière ciblée les termes de la TIDN.

## Diagnostic nutritionnel

La formulation du diagnostic nutritionnel intervient sur la base de l'évaluation initiale. L'objectif à ce stade est d'identifier et de décrire le problème alimentaire pouvant être réglé ou atténué, grâce à notre activité de diététicien-ne-s dipl. ES/HES, par le changement des habitudes alimen-

taires ou par une intervention nutritionnelle spécifique. La formulation du diagnostic nutritionnel se fait selon le principe de la déclaration PES. PES est l'acronyme de problème, étiologie et symptômes/signes. La TIDN propose trois catégories de diagnostic nutritionnel:

- bilan alimentaire ou des aliments ingérés;
- diagnostic clinique;
- comportement/diagnostic dû à l'environnement ou l'entourage.

Le diagnostic nutritionnel n'est pas un diagnostic médical. Tandis qu'un diagnostic médical serait par exemple «diabète sucré de type 2», un diagnostic nutritionnel possible peut par exemple être formulé comme suit: «Ingestion trop élevée de glucides simples sous la forme de 1 litre de boissons sucrées par jour entre les repas, à cause du manque de connaissances sur la manière de s'alimenter sainement en cas de diabète, ce qui apparaît dans la glycémie préprandiale pouvant atteindre 10,3 mmol/l.» Pour notre travail et notre groupe professionnel, la différence entre le diagnostic médical et le diagnostic nutritionnel est importante et nous permet d'obtenir un aperçu spécifique de la problématique alimentaire correspondante sur la base du diagnostic médical. Le diagnostic nutritionnel ne décrit pas uniquement le problème (la consommation trop importante de boissons sucrées), mais aussi l'étiologie (manque de connaissances sur une alimentation adéquate en cas de diabète), ainsi que les symptômes et les signes (glycémie préprandiale élevée). Bien entendu, il peut y avoir d'autres diagnostics nutritionnels. Ainsi par exemple, la même personne peut présenter un apport énergétique trop élevé (diagnostic médical: obésité de degré I selon classification OMS) et/ou un apport trop élevé en graisses, acides gras saturés et trans; ou un apport trop faible en fibres alimentaires (diagnostic médical: dyslipidémie). Ici, il est recommandé, en collaboration avec l'équipe de thérapeutes et le ou la patient-e, de définir des axes de travail et de fixer des priorités sur la base de la situation médicale actuelle. Le plus souvent, une intervention, comme ici la réduction des boissons sucrées, concerne plusieurs

AND	Academy of Nutrition and Dietetics, jusqu'en 2012 American Dietetic Association (ADA)
ETP	Processus de thérapie nutritionnelle
ICDA	International Confederation of Dietetic Associations
IDNT	International Dietetics and Nutrition Terminology
NCP	Nutrition Care Process
SMART	Specific, measurable, achievable, realistic, timely (Spécifique, mesurable, atteignable, réaliste, opportun)

problèmes alimentaires. En principe, il ne faudrait pas identifier de manière prioritaire plus de trois diagnostics alimentaires. A l'Hôpital universitaire de Bâle, le Dr Caroline Kiss, spécialiste en nutrition clinique, responsable et nouvelle directrice du service de diététique, a introduit, dans le cadre de notre réunion d'équipe hebdomadaire, une «visite du/de la patient-e» dans le but de mettre en pratique la formulation du diagnostic nutritionnel. Chaque diététicienne présente ainsi un patient de manière précise et concise et formule son diagnostic nutritionnel sur la base de la déclaration PES. Dans ce contexte, chacun de nous peut apprendre des autres et avec les autres.

## Intervention

L'objectif de l'intervention est de résoudre ou d'améliorer le problème alimentaire décrit précédemment. Elle se fait d'une part par la planification des étapes nécessaires par le/la diététicien-ne dipl. ES/HES et la mise en œuvre de l'intervention diététique correspondante. La TIDN propose les quatre catégories suivantes:

- préparation des aliments et nutriments;
- éducation alimentaire;
- conseil diététique;
- coordination du traitement.

La planification de l'action du ou de la diététicien-ne comporte la réduction des glucides simples dans le but de faire baisser la glycémie; l'intervention se rapporte aux étapes planifiées que le patient concerné peut franchir.

Dans notre exemple du patient atteint de diabète, nous discutons avec le/la patient-e de l'effet des glucides sur le taux de glucose sanguin et abordons le thème de la différence entre les glucoses simples et complexes. Nous poursuivons la discussion en expliquant l'effet de la consommation d'un litre de boisson sucrée sur le taux de glucose sanguin, et les conséquences à court et long terme que cela peut avoir. Nous parlons, en outre, des avantages de choisir une boisson sans sucre et demandons au patient quelles habitudes en matière d'alimentation et de boisson, il estime pouvoir modifier. Nous lui proposons de l'aider dans le choix d'une boisson sans sucre appropriée, discutons des détails avec le patient et formulons ensemble une négociation d'objectifs SMART. Il s'agit dans ce cas d'un conseil diététique et d'une éducation alimentaire. Dans la documentation, nous consignons par ailleurs notre programme pour la consultation suivante. Cela facilite la pré-

paration des séances et la prise en charge éventuelle du patient par d'autres diététicien-ne-s dipl./ES/HES.

### Surveillance/évaluation

La surveillance a pour but de déterminer les progrès réalisés dans la mise en œuvre des objectifs. L'évaluation cherche quant à elle à vérifier que le résultat escompté est atteint. A ce stade, il est possible d'effectuer une comparaison entre la situation avant et après, ou encore de mettre en parallèle les valeurs de référence. La TIDN propose ici de reprendre les catégories de l'évaluation initiale.

Dans notre exemple du patient atteint de diabète, nous vérifierions lors de la consultation suivante le respect des objectifs fixés en rapport avec la consommation de boissons sucrées ou de boissons sans sucre alternatives, et discuterions, le cas échéant, des obstacles à la mise en œuvre. Nous examinerions en outre le résultat escomp-

té, la glycémie préprandiale inférieure. A cette fin, nous recourons aux valeurs de référence.

### Conclusion et informations supplémentaires

Un modèle standardisé et une terminologie commune dans le domaine de la diététique et de la nutrition comportent de nombreux avantages et sont d'une grande utilité pour notre groupe professionnel. De plus amples informations au sujet du PSN ont été rassemblées sur le site Internet de l'ASDD sous le lien/chemin d'accès suivant et sont accessibles à tous les membres.

(Zone réservée aux membres (membres actifs, passifs et étudiants) sous Association/organes de coordination/groupe de pilotage PSN.

Bibliographie: voir page 14.

---

## Nutrition Care Process e International Dietetics and Nutrition Terminology nell'attività professionale quotidiana

Arwen Hodina

**La International Confederation of Dietetic Associations raccomanda l'introduzione a livello internazionale del Nutrition Care Process (NCP) e della International Dietetics and Nutrition Terminology (IDNT). Il NCP e la IDNT, oltre ad essere utili nella prassi quotidiana di consulenza e terapia nutrizionale e nella collaborazione con le altre categorie professionali, sono un valido sostegno per il riconoscimento della nostra professione.**

Come è già stato comunicato ai membri, la ASDD ha deciso di seguire le raccomandazioni della ICDA. Il gruppo coordinatore e i gruppi di lavoro su NCP e IDNT stanno attualmente lavorando alle strategie di implementazione in Svizzera. L'intento del presente articolo è descrivere – sulla base di un esempio pratico, la consultazione nu-

trizionale del reparto di endocrinologia, diabetologia e metabolismo dell'Ospedale universitario di Basilea – come ciò possa essere applicato e vissuto nella nostra attività professionale quotidiana.

Il NCP è stato ideato e realizzato nel 2002 dall'American Dietetic Association. Il NCP è definito come *systematic problem solving*





*method that dietetics professionals use to critically think and make decisions to address nutrition related problems and provide safe, effective, high quality nutrition care*, che può essere tradotto con: metodo sistematico di risoluzione dei problemi, per garantire un'elevata qualità nella consulenza e terapia nutrizionale. Non viene tuttavia standardizzata la cura dei pazienti, ma la procedura. Il NCP si divide in quattro fasi distinte ma connesse tra loro: valutazione iniziale, diagnosi nutrizionale, intervento e monitoraggio/valutazione finale, che formano una struttura a sostegno della consulenza e terapia nutrizionale personalizzata, basata sull'evidenza (raccomandazioni documentate da studi clinici).

La sigla IDNT sta per International Dietetics and Nutrition Terminology, una terminologia internazionale comune nella nutrizione e dietetica. La IDNT è stata creata dalla ADN nel 2003 e comprende un repertorio di termini che descrivono il processo del NCP.

Il NCP e la IDNT, assieme, propongono un procedimento unitario e strutturato a livello internazionale, che ci permetterà di verificare e migliorare la qualità della consulenza e terapia nutrizionale. Un importante presupposto per il raggiungimento di questo obiettivo è la registrazione e la documentazione unitaria del nostro lavoro. Operando in base al processo standardizzato e all'evidenza, possiamo controllare e documentare l'efficacia e i risultati della nostra attività. Ciò contribuisce a garantire la qualità e a rafforzare la nostra expertise di dietiste diplomate SSS/SUP. Con un simile processo standardizzato la nostra attività diventa quantificabile e possiamo dimostrare il nostro contributo al miglioramento della situazione del paziente. Il contratto con Santésuisse ci comporta l'obbligo di controllo e garanzia della qualità. In questo contesto, la possibilità di

quantificare i benefici per il paziente assume un'importanza ancora maggiore.

Grazie all'introduzione del NCP e della IDNT a livello internazionale, sarà possibile confrontarci non solo all'interno della Svizzera ma anche con altri paesi. Ciò permetterà anche, per determinati interventi nutrizionali, di eseguire studi più ampi e con maggiore incisività.

Spesso le dietiste diplomate SSS/SUP lavorano in team multiprofessionali. Una terminologia comune può essere di aiuto sia per un'immagine professionale e unitaria che per definire e documentare chiaramente il nostro contributo nella cura del paziente. Una terminologia comune favorisce una comunicazione precisa e una documentazione unitaria, facilitando il lavoro nelle successive consulenze dei pazienti. Ciò è particolarmente importante quando a seguire il paziente saranno altre dietiste diplomate SSS/SUP. Non da ultimo i modelli standardizzati come il NCP o anche l'ETP e una terminologia comune in nutrizione e dietetica, come la IDNT, sono un'importante pilastro per tutte le future dietiste diplomate SSS/SUP, essendo possibile, da un processo unitario, ricavare le competenze richieste.

### **Valutazione iniziale**

La prima fase del NCP, la valutazione iniziale, è mirata a raccogliere, verificare e interpretare le informazioni pregnanti per il problema nutrizionale e le rispettive cause. È una fase dinamica, ciò significa che la valutazione iniziale non si conclude dopo il primo contatto con il paziente ma nel corso del trattamento deve essere continuamente adeguata alle nuove informazioni riguardanti lo stato e la situazione del paziente (rivalutazione). Inoltre, la valutazione iniziale si orienta specificamente sulla diagnosi medica e sulla richiesta formulata. Se la diagnosi medica è «diabete melli-

to», la valutazione iniziale si orienterà sull'assunzione, la ripartizione e il tipo di carboidrati, nonché su altri fattori come ad esempio l'andamento ponderale e i fattori di rischio cardiovascolari. Per la valutazione iniziale, la IDNT prevede le seguenti nove categorie:

- Assunzione di alimenti e sostanze nutritive
- Gestione di alimenti e sostanze nutritive
- Comportamento
- Conoscenze/convinzioni/opinioni
- Antropometria
- Valori di laboratorio
- Attività fisica e funzionalità
- Medicamenti e integratori alimentari di origine vegetale
- Fattori che influenzano l'accesso agli alimenti, il rifornimento e la preparazione degli stessi

Nella consultazione nutrizionale dell'Ospedale universitario di Basilea abbiamo iniziato col ristrutturare i nostri questionari per l'anamnesi, al fine di adeguare la nostra anamnesi ai principi del modello di valutazione NCP. Abbiamo dapprima diviso chiaramente le diverse fasi del NCP e poi introdotto in modo mirato la terminologia della IDNT.

### **Diagnosi nutrizionale**

Basandosi sulla valutazione iniziale viene quindi formulata la diagnosi nutrizionale, con lo scopo di identificare e descrivere il problema nutrizionale che grazie alla nostra attività di dietiste diplomate SSS/SUP può essere risolto o migliorato cambiando le abitudini alimentari o con uno specifico intervento nutrizionale. La formulazione della diagnosi nutrizionale avviene secondo il principio del PES statement, una frase che comprende problema, eziologia e sintomi/segnali. La IDNT mette a disposizione tre categorie per la diagnosi nutrizionale:

- Assunzione del cibo
- Clinica
- Comportamento/fattori ambientali

La diagnosi nutrizionale non è una diagnosi medica. Se «diabete mellito di tipo 2», ad esempio, è una tipica diagnosi medica, una diagnosi nutrizionale può invece presentarsi così: «Assunzione eccessiva di carboi-

#### **Arwen Hodina**

Dietista diplomata SUP, nutrizionista MSc., Registered Dietitian (Ontario, Canada). conseguito il Bachelor (2004) e il Master (2006) in Scienze della nutrizione all'Università di Monaco di Baviera. Fino al 2008 alla Clinica di biologia tumorale di Friburgo, in Brisgovia. Nel 2009/2010 ha seguito e portato a termine l'Internationally Educated Dietitians Pre-registration Program alla Ryerson University di Toronto, nel 2012 Registered Dietitian (RD) del College of Dietitians of Ontario. Dal 2012 divisione di consultazione nutrizionale dell'Ospedale universitario di Basilea. È membro del gruppo di coordinamento e del gruppo di lavoro per l'implementazione della IDNT in Svizzera.

AND	Academy of Nutrition and Dietetics, fino 2012 American Dietetic Association (ADA)
ETP	Processo di terapia nutrizionale
ICDA	International Confederation of Dietetic Associations
IDNT	Terminologia internazionale nella dietetica e nella nutrizione
NCP	Processo sistematico nella cura nutrizionale
SMART	Specific, measurable, achievable, realistic, timely

drati semplici sotto forma di 1 litro al giorno di bevande dolci fuori pasto, dovuta alla mancata conoscenza di un'alimentazione adeguata da seguire in caso di diabete, che si manifesta con glicemie preprandiali elevate di anche 10,3 mmol/l.» Per il nostro la-

voro e la nostra categoria professionale la differenza tra diagnosi medica e diagnosi nutrizionale è significativa e ci permette di farci un'idea specifica della problematica nutrizionale in causa, basandoci sulla diagnosi medica. La diagnosi nutrizionale non descrive solo il problema (l'eccessiva assunzione di bevande dolci) ma anche la sua eziologia (la mancata conoscenza di un'alimentazione adeguata da seguire in caso di diabete) e i sintomi e segnali (glicemie preprandiali elevate). Naturalmente possono essere presenti anche altre diagnosi nutrizionali. Ad esempio, la stessa persona può presentare un apporto energetico troppo elevato (diagnosi medica: obesità di 1° grado secondo l'OMS) e/o un'eccessiva assunzione di grassi, acidi grassi saturi e acidi grassi trans; oppure un'assunzione insufficiente di fibre alimentari (diagnosi medica: dislipidemia). In

questo caso è raccomandabile, in collaborazione con il team curante e con il paziente, stabilire i punti chiave e le priorità sulla base della situazione medica attuale. Spesso un intervento – in questo caso la riduzione dell'assunzione di bevande dolci – è d'aiuto anche per altri problemi relativi all'alimentazione. In linea di principio, inizialmente non si dovrebbero identificare più di tre diagnosi nutrizionali. All'Ospedale universitario di Basilea la Dr. clin. nutr. Caroline Kiss, responsabile e nuova direttrice della divisione di consultazione nutrizionale, ha introdotto, nell'ambito del nostro team meeting settimanale, una «visita ai pazienti» per esercitarci nella formulazione di diagnosi nutrizionali. Ogni dietista presenta un paziente in modo sintetico e preciso, formulando una diagnosi nutrizionale sul modello del principio PES statement. In questo contesto ci



**«Diventare anziani ... e adesso?  
Abbiamo già trovato  
la soluzione perfetta!»**

**... richiedete  
una consulenza  
gratuita a:**

**www.sermed.ch  
0848 848 810**

**... anche per le vostre domande in  
campo fiduciario e per la gestione  
di tutte le pratiche amministrative.**

**Le nostre associazioni partner:**

- physioswiss, Associazione Svizzera di Fisioterapia
- Swiss Dental Hygienists
- SVDE/ASDD Associazione Svizzera dei Nutrizionisti e Dietisti diplomati
- EVS/ASE Associazione Svizzera degli Ergoterapisti
- SVMTRA/ASTRM Associazione svizzera dei tecnici di radiologia medica

**Membri collegati:**

- Schweizerischer Podologen Verband SPV
- Associazione Svizzera Informatori Farmaceutici ASIF



è possibile imparare insieme e le une dalle altre.

## Intervento

Obiettivo dell'intervento è la soluzione o il miglioramento del problema nutrizionale descritto in precedenza. Ciò avviene da un lato con la pianificazione delle misure necessarie da parte della dietista diplomata SSS/SUP e dall'altro implementando gli opportuni interventi nutrizionali, che vengono adeguati in modo specifico alle condizioni e alle esigenze mediche, sociali e personali del paziente. La IDNT propone le seguenti quattro categorie:

- Messa a disposizione di alimenti e sostanze nutritive
- Educazione nutrizionale
- Consulenza nutrizionale
- Coordinazione del trattamento

La pianificazione dell'intervento nutrizionale comprende la riduzione dell'apporto di carboidrati semplici per ridurre i valori glicemici; l'implementazione si riferisce alle misure previste che possono essere adottate dal paziente.

Nel nostro esempio del paziente con il diabete, esaminiamo insieme l'effetto dei carboidrati sulla glicemia e illustriamo la differenza tra carboidrati semplici e complessi. Parliamo inoltre dell'effetto che ha sulla glicemia il consumo di 1 litro di bevande dolci e quali sono le conseguenze a breve e a lungo termine. Spieghiamo poi quali sono i vantaggi dello scegliere una bevanda senza zucchero e chiediamo al paziente quali cambiamenti sia disposto a fare nelle sue abitudini di bere e mangiare.

Offriamo il nostro aiuto nella scelta di una bevanda senza zucchero adatta, discutiamo i dettagli con il paziente e formuliamo assieme gli obiettivi SMART. Questo è un caso di educazione e consulenza nutrizionale.

Annotiamo inoltre nella documentazione il nostro piano per la successiva consulenza. Ciò semplifica la preparazione e l'eventuale ripresa del paziente da parte di un'altra dietista diplomata SSS/SUP.

## Monitoraggio/valutazione finale

L'obiettivo del monitoraggio è verificare il progresso nella messa in atto delle misure decise. Lo scopo della valutazione finale consiste nel verificare se è stato raggiunto il risultato desiderato. Qui è possibile fare un confronto tra la situazione prima e dopo oppure con valori di riferimento. La IDNT propone di procedere secondo le categorie definite nella valutazione iniziale. Nel nostro esempio del paziente con il diabete, al momento della consulenza successiva dovremmo verificare, come stabilito negli obiettivi, il consumo di bevande dolci (o meglio di bevande alternative senza zucchero) e, se del caso, illustrare le barriere riscontrate nell'attuazione delle misure previste. Inoltre, facendo ricorso ai valori di riferimento, dovremmo anche controllare il risultato desiderato, cioè la diminuzione dei valori glicemici in fase preprandiale.

## Conclusione e informazioni supplementari

L'uso di un modello standardizzato e di una terminologia comune in nutrizione e

dietetica presenta molti vantaggi ed è di grande utilità per la nostra categoria professionale.

Ulteriori informazioni riguardanti il NCP sono presenti, in tedesco, sulla homepage della ASDD e possono essere consultate da tutti i membri seguendo questo percorso: Nutripoint – Nutrition Care Process und Beratungsmodelle.

### Bibliografia:

- Academy of Nutrition and Dietetics (2012). *Nutrition Care Process*, retrieved September 9, 2012 from <http://www.eatright.org/>
- American Dietetic Association. (2008). *Nutrition care process and model part I: the 2008 update*. *J Am Diet Assoc*, 108(7), 1113–7.
- American Dietetic Association. (2008). *Nutrition care process part II: using the international dietetics and nutrition terminology to document the nutrition care process*. *J Am Diet Assoc*, 108(8), 1287–93.
- American Dietetic Association (2008). *International Dietetics and Nutrition Terminology (IDNT) Reference Manual*. Chicago, IL.
- Atkins A., Basualdo-Hammond C., & Hotson B. (2010). *Canadian perspectives on the nutrition care process and international dietetics and nutrition terminology: Executive summary*. *Canadian Journal of Dietetic practice and Research* 71 (2).
- Dietitians of Canada and American Dietetic Association, November 1, 2011, *Canada Infoway – SCWG meeting, Commitment to Quality Nutrition Care: Standardized language is a basic requirement*.
- Lacey, K., Pritchett, E. (2003). *Nutrition care process and model: ADA adopts a road map to quality care and outcomes management*. *J Am Diet Assoc*, 103(8), 1061–72.

L'articolo in italiano «**Situazione occupazionale dopo la licenza del corso di laurea bachelor in alimentazione e dietetica presso l'alta scuola bernese (BFH)**» previsto per l'edizione Info 5 lo troverete sotto forma PDF sul sito della nostra associazione [www.svde-asdd.ch](http://www.svde-asdd.ch) / per i nostri membri di lingua italiana.





# Ensure® Plus

Wenn der Geschmack überzeugt  
Au-delà du goût

**Ab/A partir du 1. 7. 2012**  
Rückvergütung durch Grundversicherung\*  
Remboursement par l'assurance de base\*



**Mit der grössten Aromenvielfalt!**  
**Avec la plus grande variété d'arômes !**

Lassen Sie sich überzeugen und erreichen Sie die Ernährungsziele Ihrer Patienten schnell und langfristig.

Laissez-vous convaincre et atteignez les objectifs nutritionnels de vos patients de manière rapide et durable.

### Antwort-Talon / Coupon-réponse

- Ich wünsche **Unterlagen zu Ensure® Plus.**  
Je désire recevoir **la documentation Ensure® Plus.**
- Bitte senden Sie mir ein Ensure® Plus **Muster** pro Aroma.  
Merci de m'envoyer un **échantillon** de chaque arôme d'Ensure® Plus.
- Bitte senden Sie mir eine **Dokumentation zum gesamten Trinknahrungssortiment.**  
Merci de m'envoyer **la documentation complète de vos suppléments nutritionnels oraux.**

Institution \_\_\_\_\_

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

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

PLZ, Ort / NPA, Lieu \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_

\* 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

## Les SwissDRG: une chance pour les diététiciens?

Valérie Viatte, Raphaël Reinert, Anne Blancheteau

**Le 5 juin dernier a eu lieu à Yverdon-les-Bains, le symposium sur le thème «Les DRG: une chance pour les diététiciens?». Il était organisé par l'ASDD et la Haute école de santé de Genève, filière Nutrition et diététique, et a rencontré un vif succès avec la participation de 55 personnes. Le sujet est au cœur des préoccupations des diététiciens hospitaliers depuis son introduction systématique dans tous les hôpitaux suisses de soins aigus depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012.**

Ils nous a donc paru opportun d'en rapporter les grandes lignes, d'en faire une synthèse pour ceux et celles qui n'ont pas pu y participer, d'en déduire les tâches prioritaires qui nous attendent dans les prochaines années et surtout d'en tirer les perspectives qui pourront nous soutenir pour notre avenir en milieu hospitalier – en soins aigus, site hospitalier universitaire ou périphérique, et comme nous le verrons, par extension pour celui de nos collègues en libéral. Il faudra aussi prendre en compte le fait que les SWISS-DRG seront étendus des 2014–2015 aux sites de psychiatrie, de gériatrie et de réhabilitation.

### Les DRG, petits rappels

L'ASDD a mis en ligne sur son site internet un dossier complet et tous les liens utiles sur le sujet. Il est régulièrement mis à jour. Si vous n'êtes pas encore au clair avec les DRG, c'est avec cette page qu'il faut com-

mencer! Vous y trouverez les codes CHOP-2012, la brochure en 3 langues «SwissDRG et Nutrition» et des conseils.

Les SwissDRG sont des «forfaits par cas» établis à partir des diagnostics et des traitements associés. Chaque «forfait par cas» a été au préalable chiffré sur la base des coûts de traitement qu'il engendre. Le système DRG institue un financement des hôpitaux basé sur des séjours type définis au préalable pour chaque diagnostic. Dans un financement par DRG, les informations contenues dans le dossier du patient sont un élément déterminant essentiel des revenus d'un hôpital.

Pour établir correctement le forfait par cas, il y a une systématique de codage à respecter. Pour la nutrition, il faut tout d'abord connaître les codes diagnostics nutritionnels principaux définis dans le CIM-10-GM 2010 (10<sup>ème</sup> révision de la classification internationale des maladies, version 2010) disponibles sur le lien [www.bfs.admin.ch/](http://www.bfs.admin.ch/)

**Valérie Viatte**, diététicienne aux HUG, membre de la Commission tarifaire de l'ASDD

**Raphaël Reinert**, chargé de cours à la Haute école de santé de Genève, filière Nutrition et diététique, membre du comité de l'ASDD

**Anne Blancheteau**, pour le comité de rédaction du journal Info

[bfs/portal/fr/index/infothek/nomenklaturen/blank/blank/cim10/o2/o1.html](http://bfs/portal/fr/index/infothek/nomenklaturen/blank/blank/cim10/o2/o1.html) avec ces 13 315 codes). La dernière version du système de la CIM-11 doit être soumise à l'Assemblée mondiale de la santé pour une commercialisation officielle dès 2015.

Une fois le code CIM-10 principal et les diagnostics supplémentaires établis, il faut leur appliquer les codes d'interventions (CHOP, avec 11 516 codes pour la version 2012, classification des actes). Des données complémentaires comme âge, sexe, type d'admission et date de sortie sont nécessaires. Ces données ne sont utilisables que si elles sont relevées et identifiables dans la lettre de sortie du patient et/ou dans le protocole opératoire.

D'autres diagnostics existent, le plus simple est de consulter le catalogue pour y retrouver ceux qui vous concernent.

Par exemple, figurent aussi au chapitre V, des codes symptômes, comme le code R63.0 pour l'anorexie, le R63.3 pour les difficultés de nutrition et nutrition inadap- tée, le R64 pour la cachexie.

Le catalogue d'actes CHOP comprend désormais les codes **89.0A.32** «Conseil diététique» et **89.0A.4 (0, 1, 2, 3, 4, 9\*)** «Thérapie nutritionnelle complexe et multimodale» à préciser sur la durée\*. Les codes concernant la nutrition entérale/parentérale (**96.35, 96.6 et 99.15**) doivent être accompagnés et complétés par les codes de traitement nutritionnel.

Il est important de savoir qu'il y a une différence de valeur entre un CHOP simple et un CHOP multimodal. Ce dernier est plus «lourd» et est utilisé dans une prise en charge complexe. Il faut remplir un certain nombre de conditions pour le coder (équipe multidisciplinaire qui comprend

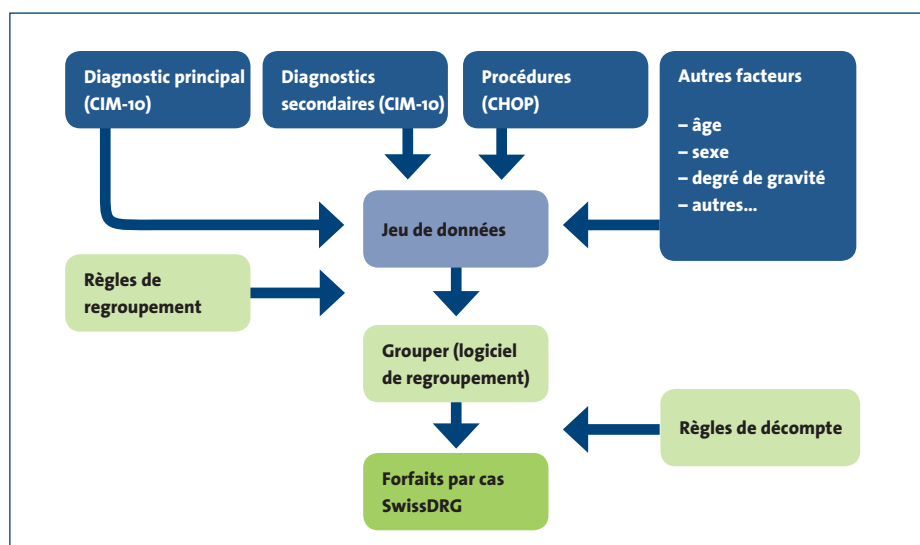


Figure 1: Fonctionnement du système suisse des DRG.

entre autre un **diététicien diplômé ES/HES**, et qui aura préalablement été documentée).

*A savoir: le catalogue CHOP n'est pas figé et pourra être adapté/corrigé. Les suggestions de modifications doivent être validées par un médecin. C'est pourquoi l'ASDD s'est associé à la SSNC pour proposer des modifications, comme les traitements nutritionnels qui n'existaient pas dans la version CHOP précédente.*

*Si certaines de ces propositions ont été prises en compte dans le CHOP-2012, elles n'ont cependant pas encore de valeur «financière». Ce n'est que si elles sont «codées», c'est à dire visibles dans le dossier ou la lettre de sortie qu'elles se verront définir une valeur, un coût. La visibilité des écrits et des rapports de prestations diététiques sera donc essentielle au développement de la diététique clinique. Le diagnostic et la prise en charge de la dénutrition auront spécifiquement une influence sur le montant financier alloué à l'hôpital. C'est lors de l'analyse des données 2012 par SwissDRG que les codes CHOP diététique utilisés seront apparents et pourront se voir attribuer une valeur. **Notre mission de ces prochaines années est de donner de la visibilité à «nos» CHOP pour qu'ils soient reconnus, validés et apportent une valeur économique.***

## Mise en pratique, application dans l'activité quotidienne

Le premier point, **indispensable** et valable pour tous, est la **documentation de nos actes**. Le type de support peut être variable d'un endroit à un autre mais doit être sous une forme manuscrite ou informatisée, ce qui constitue une trace de l'acte. Ces documents doivent être archivés.

*Objectif: la documentation doit être transmise pour être vue/lue et connue par le médecin qui va rédiger la lettre de sortie! Il va de soi que les médecins auront été préalablement informés de l'existence de ces documents et de la façon d'en tenir compte.*

Désormais, la rédaction de la lettre de sortie doit se faire dans la semaine qui suit la sortie. Il y a donc un délai à respecter aussi afin que les bons documents – proposant les diagnostics nutritionnels adéquats en les documentant et en précisant les actes diététiques – soient à disposition du mé-

decin au moment de la rédaction et des codeurs au moment du codage.

Il n'est pas nécessaire de justifier tous les choix faits pour élaborer le document de synthèse. Par exemple, pour l'anamnèse alimentaire, il n'est pas nécessaire de dire si elle a été faite avec un rappel de 24 heures ou un carnet alimentaire: il suffit que ce soit un diététicien dipl. ES/HES qui ait procédé à l'acte, car il est reconnu comme ayant la compétence requise pour cette analyse, compétence acquise lors de sa formation et de sa formation continue. De même pour l'interprétation de certains résultats de laboratoire (albumine, préalbumine, CRP) ou d'une courbe pondérale. Bien entendu, la compétence est validée par un médecin, soit nutritionniste s'il existe – qui assure une formation continue et co-signé le rapport et le médecin référant du patient qui cautionne et valide la proposition de diagnostic, en le relevant/citant dans la lettre de sortie ainsi que les diagnostics nutritionnels et les actes diététiques.

Il n'y a pas de modèle unique, chaque site doit élaborer le document qui correspond le mieux à sa pratique. Ces documents devront être adaptés pour tenir compte des futures mises à jour des codes CIM et CHOP.

*Exemple: Si le diagnostic nutritionnel et les actes diététiques apparaissent dans la lettre de sortie, les codes seront intégrés dans le «Grouper» (logiciel qui effectue le calcul du DRG de l'hospitalisation et qui permet de calculer le coût des soins et donc d'attribuer un financement à l'hôpital). C'est là qu'apparaît le rôle primordial du codeur! Les **codeurs/codeuses**, les incontournables du système.*

Si les documents dans le dossier du patient ne sont pas clairs pour le codeur, il risque de ne pas prendre en compte les diagnostics nutritionnels et les actes diététiques. Il est donc primordial de prendre contact avec les codeurs de son hôpital afin de les informer des codes diététiques existants et des différents protocoles de prise en charge nutritionnelle existants dans la structure et reconnus par la direction médicale.

*Exemples:*

- *Patient en bilan pré-greffe hépatique: une consultation diététique est assurée d'office, donc un rapport avec la conclusion de la consultation doit figurer dans la lettre de sortie.*
- *Pour un patient hospitalisé pour un diabète inaugural, il y a d'office un enseignement diététique qui doit apparaître dans les actes cités dans la lettre de sortie.*

E40-46	Malnutrition	E40 Kwashiorkor
		E41 Marasme nutritionnel
		E42 Kwashiorkor avec marasme nutritionnel
	Sont ceux qui nous concernent le plus	E43 Malnutrition protéino-énergétique (MPE) grave, sans précision
		E44 MPE légère ou modérée E44.0 MPE modérée E44.1 MPE légère
		E45 Retard de développement après MPE
		E46 MPE, sans précision
E65-68	Obésité	E65 Adiposité localisée
		E66 Obésité, puis sous-classifiée en E66.x.0 si $30 \leq \text{IMC} < 35$ E66.x.1 si $35 \leq \text{IMC} < 40$ E66.x.2 si $\text{IMC} \geq 40$ (obésité morbide) E66.x.9 si IMC non précisé
		E67 Autres excès d'apport
		E68 Séquelles d'excès d'apport
E50-64	Autres carences nutritionnelles	E50.x Avitaminose A E51.x Carence en thiamine etc.

Figure 2: Principaux codes CIM-10, version 2012, chapitre IV – pour la nutrition.



• Pour un patient ayant eu un support de nutrition artificielle, cet acte devrait être accompagné d'un acte diététique avec un rapport dans le dossier du patient. Si cet acte n'est pas relevé par le médecin dans la lettre de sortie, le codeur peut lui signaler afin que celui-ci complète ce point ou précise un diagnostic de malnutrition protéino-énergétique, qui serait oublié.

En fait, le codeur doit savoir qu'en face de certains diagnostics nutritionnels des actes diététiques doivent apparaître (indispensable de les tenir informés des protocoles nutritionnels valides et de la documentation existante, ainsi que des mises à jour et nouveautés). S'il leur manque un élément, ils doivent pouvoir avoir la possibilité d'aller rechercher le document utile dans le dossier d'hospitalisation du pa-

tient; car au regard du code CIM, ils savent que des codes CHOP sont associés, car ils connaissent l'existence des protocoles nutritionnels, et donc que des documents argumentent la prise en charge nutritionnelle et complètent la lettre de sortie ou le dossier.

Il est donc évident que cette **collaboration avec les codeurs**, une nouvelle profession avec un rôle central, **est une collaboration**

### Diagnostic de Malnutrition CIM-10 (janvier 2012)

#### Définitions pour la malnutrition protéino-énergétique

Selon Kondrup J et al. Score de risque nutritionnel (NRS 2002), Nutritional risk screening. Clinical Nutrition 2003; 22(3): 321-336  
Important dans la lettre de sortie pour le codage des SwissDRG.

CIM-10	Diagnostic	Définition	Score NRS 2002
E43	Malnutrition protéino-énergétique grave	Perte de poids > à 5% en 1 mois (ou > 15% en 3 mois) ou BMI < 18,5 ou < 21 chez sujet de > 65 ans, associé à une détérioration de l'état général ou apport nutritionnel entre 0-25% des besoins dans la semaine précédente	5-7
E44.0	Malnutrition protéino-énergétique modérée	Perte de poids involontaire > à 5% en 2 mois ou BMI entre 18,5 et -20,5 et détérioration de l'état général ou apport nutritionnel entre 25-50% des besoins dans la semaine précédente	4
E44.1	Malnutrition protéino-énergétique légère	Perte de poids involontaire > à 5% en 3 mois ou Ingesta correspondant à 50-75% des plateaux repas de l'hôpital	3

#### Diagnostic d'Obésité CIM-10 (janvier 2012)

A préciser dans la lettre de sortie: documenter le BMI pour le codage.

E66.X0	Obésité modérée	BMI compris entre 30 et 34,9 kg/m <sup>2</sup>	
E66.X1	Obésité sévère	BMI compris entre 35 bis 39,9 kg/m <sup>2</sup>	
E66.X2	Obésité morbide	BMI de 40 ou plus	

#### Actes thérapeutiques impliquant directement la nutrition et codables si mentionnés dans la lettre de sortie

Code CHOP	Libellé CHOP		
89.0A.32	Conseil et traitement diététiques	Note: au moins deux séances dispensées par diététicien(ne) diplômé(e) ES/HES	
89.0A.4X	Traitement nutritionnel multimodal	Note: Caractéristiques minimales: - équipe multimodale dirigée par un interniste et/ou un diabétologue/endocrinologue FMH et complétée d'un(e) infirmier(ère) diplômé(e) et d'un(e) diététicien(ne) diplômé(e) ES/HES - conduite et documentation d'une évaluation nutritionnelle - colloques documentés de l'équipe concernant l'objectif thérapeutique et le plan de traitement - instauration d'un traitement nutritionnel et - au besoin - d'une insulinothérapie appropriés. N.B. La nutrition entérale et/ou parentérale selon précisions, fera l'objet d'un codage séparé - contrôles de l'évolution et documentation des résultats du traitement - la continuité de l'information interdisciplinaire doit être assurée	
89.39.22	Calorimétrie indirecte		

#### Remarque:

Il est indispensable de signaler l'intervention nutritionnelle dans les lettres de sorties, afin de déclencher de la part du codage la recherche du document nutritionnel, soit: rapport de consultation de nutrition ou rapport d'enseignement nutritionnel et lors d'un suivi: rapport de suivi nutritionnel.

Ce document comporte l'essentiel des informations nécessaires à la qualification du patient d'un point de vue équilibre nutritionnel, BMI en particulier.

Des rapports nutritionnels spécifiques peuvent être rédigés, tel que: mesure de composition corporelle (BIA) ou mesure des dépenses énergétiques (Calorimétrie Indirecte = CHOP 89.39.22).

Figure 3: Exemple aux HUG: détermination du code de malnutrition (CIM-10) sur la base du NRS-2002, score simple et reconnu.

sur le long terme et qu'elle requiert un «entretien» en fonction de l'évolution des SwissDRG. Il ne faut pas oublier que toutes les autres professions para-médicales et les consultants médicaux les approchent (voire les courtisent!), et qu'il nous faut trouver des arguments de haute valeur pour retenir et garder leur attention.

Une prise en charge diététique codée aura plusieurs bénéfices: à terme, le calcul du DRG prendra en compte le financement complémentaire lié à ces actes et l'hôpital devrait voir augmenter le financement de l'hospitalisation. Sachant que les patients dénutris au bénéfice d'une prise en charge nutritionnelle adaptée développent moins de complications: leur durée d'hospitalisation ne devrait pas être prolongée en dehors des bornes acceptés par les SwissDRG et donc la prise en charge de l'hôpital se voit contrôlée voire réduite. L'hôpital sera gagnant à double titre! En fait, la prise en charge aura un coût sur le court terme (les 2 prochaines années puisque les codes CHOP diététiques n'ont pas encore de valeur financière), mais elle devrait rapporter à terme!

Il y a là une opportunité de prouver que les diététiciens sont indispensables pour apporter leur contribution au financement de l'hôpital et **aider à faire des économies par une prise en charge nutritionnelle adéquate.**

## Conclusion

C'est sur la base de l'expérience allemande, où les DRG ont été adoptés plus tôt, que les SwissDRG ont été élaborés. Certes seuls les CIM relatifs à la nutrition existaient, la profession de diététicien n'était pas représentée car les actes spécifiques à la profession n'existent pas en Allemagne. Les SwissDRG ont introduits les CHOP diététiques, nous offrant ainsi la possibilité d'être connus.

Désormais, notre activité pour les prochaines années repose sur l'utilisation des CHOP diététiques et de leur introduction dans le «Grouper». Ils trouveront leur justification, prendront du poids et une valeur financière leur sera attribuée, ce qui ajoutera un apport d'argent au financement de l'hospitalisation d'un patient, tout en aidant à réduire sa durée de séjour!

### Relevé de diagnostics nutritionnels SwissDRG

Code	Diagnostic	Critères
89.o.A.32	Conseils diététiques	Minimum 2 séances par des diététicien(ne)s ES/HES au patient
96.6	Perfusion intestinale	Perfusion intestinale de substances nutritives concentrées (associé à 89.o.A.31) (Novasource GI Control/Forte, Isosource Protein Fibre)
99.15	Perfusion parenterale	Perfusion parentérale de substances nutritives concentrées (associé à 89.o.A.31) (Fresenius – Smofkabiven, Baxter – Periolumel)
E43	Malnutrition protéino-énergétique grave	Perte de poids importante (émaciation, > 5 % en 1 mois) (NRS Score ≥ 5 points)
E44.o	Malnutrition protéino-énergétique modérée	Perte de poids (> 5 % en 2 mois) (NRS Score = 4 points)
E44.1	Malnutrition protéino-énergétique légère	Perte de poids (> 5 % en 3 mois) (NRS Score = 3 points)
E46	Malnutrition protéino-énergétique sans précision	Déséquilibre, carence ou déficit en protéines Déséquilibre, carence ou déficit en énergie
E66	Obésité	0: Indice de masse corporelle (IMC) comprise entre 30 et moins de 35 1: Indice de masse corporelle (IMC) comprise entre 35 et moins de 40 2: Indice de masse corporelle (IMC) comprise de 40 ou plus 9: Indice de masse corporelle (IMC) non précisé
R11	Nausées et vomissements	Nausées, vomissements, régurgitations
R19.4	Modification transit intestinal	Alternance diarrhée constipation Modification transit intestinal Transit intestinal anormal
K52	Gastro-entérite et colite non infectieuse	Due à une irradiation Gastro-entérite et colite toxique Gastro-entérite et colite allergique ou alimentaire Autres gastro-entérites et colites non infectieuses précisées Gastro-entérite et colite, sans précision
K90.4	Malabsorption	Due à une intolérance, non classée ailleurs
R13	Dysphagie	Gêne à la déglutition
R43.2	Paragueusie	Dysgueusie, agueusie
R63.o	Anorexie	Perte de l'appétit (excl. Mentale) Aphagie, dysorexie
R63.3	Difficultés nutritionnelles et nutrition inadaptée	Difficulté d'alimentation SAI Alimentation inadaptée, erreur de régime (carence) Difficultés nutritionnelles
F50	Troubles de l'alimentation	Préciser (TCA):
R63.2	Polyphagie	Alimentation excessive Suralimentation SAI
E87	Autres des équilibres hydro-électrolytiques et acido-basiques	Hyponatrémie, hypernatrémie Hyperkaliémie, hypokaliémie Surcharge liquidienne Autres déséquilibre hydro-électrolytiques Acidose, alcalose
K90	Maladie coeliaque	Intolérance au gluten
E73.9	Intolérance au lactose	9: Intolérance au lactose, sans précision
D70.19	Agranulocytose	Neutropénie médicamenteuse

Figure 4: Exemple de rapport à Yverdon, hôpital cantonal.

Une seule mission pour les 2 années à venir: **documenter pour être codé**. Le processus est en constante évolution, et ce n'est qu'en étant visible (ou codé!) que SwissDRG attribuera cette valeur financière, car les actes diététiques seront reconnus et permettront probablement, par la même occasion, de justifier des postes de travail dans certains secteurs (le diététicien doit intervenir pour faire une évaluation).

Certes, ce n'est pas en 2013 que les diététiciens rapporteront de l'argent, mais peut-être en 2014? Pour cela, il faut s'attacher à une mission de première importance: **garder constamment le contact avec les co-deurs** afin de savoir si les informations transmises sont adéquates et élaborer des processus d'amélioration.

*Exemple: La reconnaissance de la calorimétrie aux HUG. Existence d'un formulaire qui sera codé dans le futur proche, sur la base du rapport informatisé, car fait partie d'un*

*protocole reconnu par l'institution, même s'il n'y a pas de trace dans la lettre de sortie.* Il faut aussi **continuer à informer les médecins** qui font les lettres de sortie. Tout se résume dans une large ouverture aux autres professionnels de la santé: c'est une belle opportunité pour les diététiciens hospitaliers de se faire (re)connaître en répondant à cette demande.

Un des objectifs du système est d'optimiser le temps de l'hospitalisation: les patients ne devront pas rester trop longtemps! Probablement qu'une partie de la prise en charge nutritionnelle sera «déléguée» aux diététiciens en libéral. Il y a là, pour eux, une opportunité pour de nouvelles spécialités ou perspectives, en particulier avec les patients dénutris qui rentrent avec un support nutritionnel et dont le suivi devra être fait en ambulatoire. Plus que jamais, notre profession a une sérieuse opportunité de visibilité et de re-

connaissance. Des collaborations avec les soins à domicile semblent incontournables, mais prioritairement, un travail en collaboration doit se créer entre les diététiciens hospitaliers et les diététiciens en libéral. Une continuité des soins du patient semble une évidence pour le futur.

Pour conclure, nous reprendrons quelques mots de la conclusion de la brochure DRG de l'ASDD qui résume bien la situation:

«L'instauration du système SwissDRG est une **opportunité** pour les diététiciens en termes **de valorisation de la profession et des activités nutritionnelles**. C'est également l'occasion de sensibiliser la direction et les différents partenaires de l'hôpital à l'importance de fournir des prestations nutritionnelles de haute qualité pour les patients, notamment en matière de dépistage et de prise en charge de la malnutrition.»

## SwissDRG: Eine Chance für die Ernährungsberatung?

Valérie Viatte, Raphaël Reinert, Anne Blancheteau

**Am 5. Juni 2012 fand das Symposium «SwissDRG: Eine Chance für die Ernährungsberatung?» statt, das mit 55 Teilnehmenden ein voller Erfolg war. Das Symposium wurde vom SVDE und der Genfer Fachhochschule Gesundheit, Abteilung Ernährung und Diätetik, organisiert. Das Thema beschäftigt die in Spitälern tätigen Ernährungsberaterinnen und -berater seit der systematischen Einführung der DRG in allen Schweizer Akutspitälern am 1. Januar 2012.**

Daher erscheint es uns sinnvoll, die wesentlichen Punkte der DRG wiederzugeben und für alle, die am Symposium nicht teilnehmen konnten, eine Zusammenfassung zu erstellen, daraus die vorrangigen Aufgaben abzuleiten sowie Perspektiven zu entwickeln, die uns künftig bei unserer Arbeit im Spital weiterhelfen. Diese Überlegungen gelten aber nicht nur für die Akutpflege in einem Universitäts-, Kantons- oder Regionalspital, sondern lassen sich – wie wir zeigen werden – im weiteren Sinne auch auf Privatpraxen übertragen.

Zudem muss berücksichtigt werden, dass die SwissDRG ab 2014/2015 auch auf Psychiatrie-, Geriatrie- und Rehabilitations-einrichtungen ausgeweitet werden.

### DRG, das Wichtigste zur Erinnerung

Der SVDE hat auf seiner Website ein vollständiges Dossier und alle nützlichen Links zum Thema aufgeschaltet. Die Website wird regelmässig aktualisiert. Falls Sie sich noch nicht über die DRG informiert haben,

**Valérie Viatte**, Ernährungsberaterin am Universitätsspital Genf, Mitglied der Tarifkommission des SVDE

**Raphaël Reinert**, Kursverantwortlicher an der Genfer Fachhochschule Gesundheit, Abteilung Ernährung und Diätetik, Vorstandsmitglied des SVDE

**Anne Blancheteau**, für das Redaktionskomitee Info

ist es empfehlenswert, zuerst diese Webseite zu studieren. Dort finden Sie die Codes der CHOP-2012, die Broschüre «SwissDRG und Ernährung» in drei Sprachen und weitere Empfehlungen.

Die SwissDRG sind Fallpauschalen, die auf der jeweiligen Diagnose und den entsprechenden Behandlungen beruhen. Jede Fallpauschale wurde vorgängig aufgrund der Behandlungskosten, die der Fall verur-



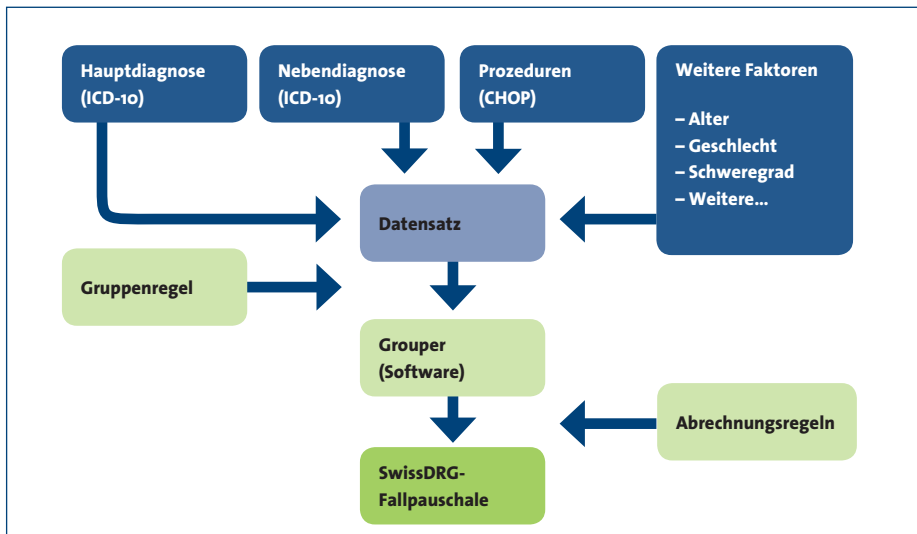


Abbildung 1: Funktionsweise des Schweizer DRG-Systems.

sacht, kodiert. Das DRG-System führt eine Vergütung für die Spitäler ein, die auf vorgängig definierten Aufenthaltsdauern für jede Diagnose basieren. Bei der Vergütung nach DRG sind die im Patientendossier enthaltenen Informationen ein wesentliches und bestimmendes Element der Einnahmen eines Spitals.

Um eine Fallpauschale korrekt zu bestimmen, muss ein Kodierungssystem angewendet werden. Für den Bereich Ernährung sind vor allem die Hauptcodes für die ernährungsbezogenen Diagnosen wichtig, die in der ICD-10-GM 2010 definiert sind (Link zur 10. Revision der internationalen Klassifikation der Krankheiten, Version 2010, mit 13 315 Codes: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/nomenklaturen/blank/blank/cim10/02/01.html>). Die 11. Version der ICD muss vor dem geplanten offiziellen Inkrafttreten 2015 von der Weltgesundheitsversammlung verabschiedet werden.

Wenn die ICD-10-Hauptcodes und die Zusatzdiagnosen bestimmt sind, müssen die entsprechenden Codes für die Interventionen angewandt werden. (CHOP mit 11 516 Prozedurencodes in der Version 2012.) Zusätzliche Daten wie Alter, Geschlecht, Eintrittsart und Austrittsdatum sind notwendig. Diese Daten können nur verwendet werden, wenn sie im Austrittsbericht für den Patienten und/oder im Operationsprotokoll vorhanden und identifizierbar sind. Weitere Diagnosen können leicht im Katalog gefunden werden.

Zum Beispiel wird im Kapitel V auch auf Codes für ernährungsbezogene Diagnosen verwiesen, wie etwa die Codes R63.0 für Anorexie, R63.3 für Ernährungsprobleme und unsachgemässe Ernährung und R64 für Kachexie.

Der Prozedurenkatalog CHOP enthält nunmehr die Codes **89.0A.32** «Ernährungsberatung und -therapie» und **89.0A.4 (0, 1, 2, 3, 4, 9\*)** «Multimodale Ernährungstherapie» (\*Angabe der Therapiedauer). Bei den Codes für die enterale/parenterale Ernährung

(**96.35, 96.6 und 99.15**) müssen immer auch Codes für Ernährungstherapie stehen.

Wichtig ist zudem, dass es verschiedene CHOP-Codes für einfache und für multimodale Therapien gibt. Letztere wiegen schwerer und werden bei komplexen Massnahmen angewandt. Eine gewisse Anzahl Bedingungen müssen für ihre Kodierung erfüllt sein (u. a. ein multimodales Team mit einer **diplomierten Ernährungsberaterin FH/HF** und dokumentierte Teamabsprachen).

*Gut zu wissen: Der CHOP-Katalog ist nicht starr und kann angepasst bzw. korrigiert werden. Die Änderungsvorschläge müssen von einer Ärztin oder einem Arzt anerkannt werden. Deshalb hat sich der SVDE mit der GESKES zusammengetan, um Änderungen vorzuschlagen, wie z. B. das Aufnehmen von Ernährungstherapien, die in der früheren CHOP-Version noch nicht enthalten waren. Obwohl gewisse Vorschläge in die CHOP 2012 aufgenommen wurden, haben sie noch keinen «finanziellen» Wert. Denn erst wenn sie kodiert sind, d. h. im Patientendossier oder Austrittsbericht sichtbar sind, wird ihnen ein Wert, d. h. eine Vergütung zugeordnet. Die Sichtbarkeit der Berichte über die ernährungstherapeutischen Leistungen ist also unabdingbar für die Entwicklung der klinischen Diätetik. Das Diagnostizieren*

E40-46	Mangelernährung	E40 Kwashiorkor
		E41 Alimentärer Marasmus
		E42 Kwashiorkor-Marasmus
	Die für uns wichtigsten Klassifikationen	E43 Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweissmangelernährung (EEME)
		E44 EEME mässigen und leichten Grades E44.0 Mässige EEME E44.1 Leichte EEME
		E45 Entwicklungsverzögerung durch EEME
		E46 nicht näher bezeichnete EEME
E65-68	Adipositas	E65 Lokalisierte Adipositas
		E66 Adipositas mit Unterklassifikationen E66.x.0 falls 30 ≤ BMI < 35 E66.x.1 falls 35 ≤ BMI < 40 E66.x.2 falls BMI ≥ 40 (krankhafte Adipositas) E66.x.9 falls BMI nicht näher bezeichnet
		E67 Sonstige Überernährung
		E68 Folgen der Überernährung
E50-64	Sonstige alimentäre Mangelzustände	E50.x Vitamin-A-Mangel E51.x Thiaminmangel usw.

Abbildung 2: Hauptcodes der ICD-10, Version 2012, Kapitel IV für die Ernährung.

von Mangelernährung und die entsprechenden Massnahmen werden einen spezifischen Einfluss auf die dem Spital zugehenden Finanzen haben.

Mit der Analyse der Daten von 2012 durch die SwissDRG AG werden die ernährungsrelevanten CHOP-Codes sichtbar und eine Vergütung kann ihnen zugeteilt werden. In den nächsten Jahren besteht **unsere Mission** darin, **«unsere CHOP» sichtbar zu ma-**

**chen**, damit sie anerkannt und validiert werden und somit einen finanziellen Wert bringen.

### Praktische Umsetzung, Anwendung im Alltag

Als erster, unerlässlicher und für alle gültiger Punkt ist die **Dokumentierung unserer Prozeduren** zu nennen. Die Hilfsmittel

können je nach Ort variieren, aber die Dokumentation muss entweder schriftlich oder elektronisch erfolgen, damit unser Vorgehen festgehalten wird. Die Dokumente müssen archiviert werden.

Das Ziel muss sein, dass die Dokumentation weitergeleitet und vom Arzt, der den Austrittsbericht schreibt, gesehen und gelesen wird. Natürlich müssen die Ärztinnen und Ärzte vorgängig über das Vorhan-

#### Diagnose Mangelernährung ICD-10 (Januar 2012)

##### Definitionen für die Energie- und Eiweissmangelernährung

NRS 2002-Score nach Kondrup J. et al., Nutritional Risk Screening (NRS 2002), Clinical Nutrition 2003; 22(3): 321–336  
Muss im Austrittsbericht für die Kodierung der SwissDRG vermerkt sein.

ICD-10	Diagnose	Definition	Score
E43	Erhebliche Energie- und Eiweissmangelernährung	Gewichtverlust > 5 % in 1 Monat (oder > 15 in 3 Monaten oder BMI < 18,5 oder < 21 bei Personen > 65 Jahre, einhergehend mit einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes oder Nahrungsaufnahme in der Vorwoche 0–25 % des Bedarfs	5–7
E44.0	Mässige Energie- und Eiweissmangelernährung	Ungewollter Gewichtsverlust > 5 % in 2 Monaten oder BMI zwischen 18,5 und 20,5 und Verschlechterung des Allgemeinzustandes oder Nahrungsaufnahme in der Vorwoche 25–50 % des Bedarfs	4
E44.1	Leichte Energie- und Eiweissmangelernährung	Ungewollter Gewichtsverlust > 5 % in 3 Monaten oder Ingesta entspricht 50–75 % der im Spital servierten Portionen	3

#### Diagnose Adipositas ICD-10 (Januar 2012)

Im Austrittsbericht anzugeben: BMI für die Kodierung.

E66.X0	Leichte Adipositas	BMI von 30 bis 34,9 kg/m <sup>2</sup>	
E66.X1	Schwere Adipositas	BMI von 35 bis 39,9 kg/m <sup>2</sup>	
E66.X2	Krankhafte Adipositas	BMI 40 oder höher	

#### Therapeutische Massnahmen, die die Ernährungstherapie direkt betreffen und kodierbar sind, falls sie im Austrittsbericht erwähnt werden

CHOP-Kode	CHOP-Bezeichnung		
89.0A.32	Ernährungsberatung und -therapie	Beachte: Durchführung von mindestens zwei <b>Behandlungseinheiten</b> durch dipl. Ernährungsberater/in HF/FH	
89.0A.4X	Multimodale Ernährungstherapie	Beachte: Mindestmerkmale – Multimodales Team unter der Leitung eines Internisten und/oder eines Facharztes Diabetologie/Endokrinologie FMH, zusätzlich eine dipl. Pflegefachperson und eine/n dipl. Ernährungsberater/in HF/FH. – Durchführung und Dokumentation eines Ernährungsassessments. – Dokumentierte Teamabsprachen zu Behandlungsziel und -plan. – Sicherstellung einer angemessenen Ernährungs- und – falls nötig – Insulintherapie. <b>Beachte:</b> Die Verabreichung der enteralen und/oder parenteralen Ernährung ist gesondert zu kodieren. – Verlaufskontrollen und Dokumentation der Behandlungsergebnisse. – Kontinuierliche interdisziplinäre Informationssicherung.	
89.39.22	Indirekte Kalorimetrie		

##### Bemerkung:

In den Austrittsberichten müssen die **ernährungstherapeutischen Massnahmen unbedingt vermerkt** sein, damit bei der Kodierung die entsprechenden Dokumente berücksichtigt werden: *Bericht über die ernährungstherapeutische Konsultation oder über die Ernährungsschulung* und bei einem Follow-up: *Bericht über das Follow-up*.

Dieses Dokument enthält die wichtigsten Informationen für eine ausgewogene Ernährung, insbesondere den BMI.

Spezifische ernährungsbezogene Berichte können verfasst werden, wie z.B. *Messung der Körperzusammensetzung (BIA)* oder *Messung des Energieverbrauchs* (Indirekte Kalorimetrie = CHOP 89.39.22).

Abbildung 3: Beispiel aus dem Unispital Genf: Bestimmung des Codes für Mangelernährung (ICD-10) gemäss NRS 2002, einem einfachen und anerkannten Score.

densein dieser Dokumente und über die Art, wie sie zu berücksichtigen sind, informiert werden.

Der Austrittsbericht muss innerhalb einer Woche nach dem Patientenaustritt verfasst werden. Man muss also seinen eigenen Bericht in kurzer Zeit schreiben, damit die richtigen Dokumente – mit den korrekt dokumentierten ernährungsbezogenen Diagnosen und den ernährungstherapeutischen Prozeduren – dem Arzt oder der Ärztin bei der Erstellung des Austrittsberichts und den Kodierern und Kodierern bei der Erfassung der Codes vorliegen. Für den zusammenfassenden Bericht ist es nicht nötig, alle Entscheidungen zu rechecken. Für die Dokumentation der Ernährungsanamnese ist es z. B. unwichtig, ob sie mit einem 24-h-Recall oder einem Ernährungstagebuch durchgeführt wurde: Es reicht, wenn sie durch eine/n dipl. Ernährungsberater/-in HF/FH durchgeführt wurde, denn die für diese Untersuchung notwendigen Kompetenzen hat er oder sie sich während der Aus- und Weiterbildung angeeignet. Dasselbe gilt für die Interpretation von gewissen Laborergebnissen (Albumin, Präalbumin, CRP usw.) und von Gewichtskurven. Die Fachkenntnisse werden von einer Ärztin oder einem Arzt beurteilt, möglichst einem Facharzt für Ernährung, der auch eine Weiterbildung gewährleistet und den Bericht mit unterschreibt. Der behandelnde Arzt heisst dann den Diagnosevorschlag gut und übernimmt ihn wie auch die ernährungstherapeutischen Prozeduren im Austrittsbericht.

Eine allgemeingültige Berichtsvorlage gibt es nicht, jede Institution muss eine Vorlage ausarbeiten, die ihren Gegebenheiten entspricht. Diese muss so gestaltet sein, dass zukünftige Aktualisierungen der ICD- und CHOP-Codes integriert werden können.

*Beispiel: Wenn die Ernährungsdiagnose und die diätetischen Massnahmen im Austrittsbericht erscheinen, werden die Codes im «Grouper» erfasst (Software, mit der Swiss-DRG die Hospitalisation kalkuliert und die Behandlungskosten berechnet und die somit zur Spitalfinanzierung beiträgt).*

*Das Übertragen der Diagnosen und Prozeduren ist die entscheidende Aufgabe der **Co-diererinnen und Codierer**, sie sind unverzichtbar für das System.*

**Aufstellung der ernährungsbezogenen Diagnosen nach SwissDRG**

Code	Diagnose	Kriterien
89.o.A.32	Ernährungsberatung	Mind. 2 Behandlungseinheiten durch dipl. Ernährungsberater(in) HF/FH
96.6	Enterale Infusion	Enterale Infusion konzentrierter Nährstoffe (zusammen mit 89.o.A.31) (Novasource GI Control/Forte, Isosource Protein Fibre)
99.15	Parenterale Infusion	Parenterale Infusion konzentrierter Nährlösungen (zusammen mit 89.o.A.31) (Fresenius – Smofkabiven, Baxter – Periolumel)
E43	Erhebliche Energie- und Eiweissmangelernährung	Erheblicher Gewichtsverlust (Kachexie, > 5% in 1 Monat) (NRS-Score ≥ 5 Punkte)
E44.0	Mässige Energie- und Eiweissmangelernährung	Gewichtsverlust (> 5% in 2 Monaten) (NRS-Score = 4 Punkte)
E44.1	Leichte Energie- und Eiweissmangelernährung	Gewichtverlust (> 5% in 3 Monaten) (NRS-Score = 3 Punkte)
E46	Nicht näher bezeichnete Energie- und Eiweissmangelernährung	Störung der Protein-Energie-Balance Protein- und/oder Energiemangel bzw. -defizit
E66	Adipositas	0: Body-Mass-Index (BMI) von 30 bis unter 35 1: Body-Mass-Index (BMI) von 35 bis unter 40 2: Body-Mass-Index (BMI) von 40 und mehr 9: Body-Mass-Index (BMI) nicht näher bezeichnet
R11	Übelkeit und Erbrechen	Übelkeit, Erbrechen, Regurgitieren
R19.4	Veränderungen der Stuhlgewohnheiten	Abwechselnd Durchfall und Verstopfung Veränderungen der Stuhlgewohnheiten Abnormale Darmpassage
K52	Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	Durch Strahleneinwirkung Toxische Gastroenteritis und Kolitis Allergische und alimentäre Gastroenteritis und Kolitis Sonstige näher bezeichnete nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis Nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis
K90.4	Malabsorption	Durch Intoleranz, andernorts nicht klassifiziert
R13	Dysphagie	Schluckbeschwerden
R43.2	Parageusie	Dysgeusie, Ageusie
R63.0	Anorexie	Appetitverlust (exkl. A. nervosa) Aphagie, Dysorexie
R63.3	Ernährungsprobleme und unsachgemässe Ernährung	Ernährungsproblem o.n.A. Unsachgemässe Ernährung, Diätfehler (Mangel)
F50	Essstörungen	Nähere Angaben nötig (Störungen des Essverhaltens)
R63.2	Polyphagie	Übermässige Nahrungsaufnahme Überernährung o.n.A.
E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	Hyponatriämie, Hypernatriämie Hyperkaliämie, Hypokaliämie Flüssigkeitsüberschuss Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes, Azidose, Alkalose
K90	Zöliakie	Glutenintoleranz
E73.9	Laktoseintoleranz	9: Laktoseintoleranz, nicht näher bezeichnet
D70.19	Agranulozytose	Arzneimittelinduzierte Neutropenie

Abbildung 4: Beispiel eines Berichts der Ernährungsberatung aus dem eHnv Yverdon.

Wenn die Dokumente im Patientendossier für den Kodierer unklar sind, besteht das Risiko, dass die ernährungsbezogenen Diagnosen und Prozeduren nicht berücksichtigt werden. Daher ist es entscheidend, mit den Kodierern des Spitals Kontakt aufzunehmen, um sie über die existierenden ernährungstherapeutischen Codes und die verschiedenen Massnahmenprotokolle der Ernährungsberatung aufzuklären, die es im Spital gibt und die von der medizinischen Leitung anerkannt sind.

*Beispiele:*

- *Patient vor Lebertransplantation: Eine diätetische Konsultation ist zwingend vorgeschrieben, also muss ein Bericht mit den Schlussfolgerungen der Konsultation im Austrittsbericht vorliegen.*
- *Für einen Patienten mit einem neu entdeckten Diabetes ist eine diätetische Schulung vorgeschrieben. Diese Schulung muss in den im Austrittsbericht erwähnten Massnahmen vermerkt sein.*
- *Ein Patient hat unterstützende künstliche Ernährung erhalten. Diese Prozedur muss zusammen mit einer ernährungstherapeutischen Prozedur im Patientendossier vermerkt sein. Wenn diese Prozedur vom Arzt nicht im Austrittsbericht vermerkt wird, kann der Kodierer ihn darauf hinweisen, die Massnahme aufzuführen oder die Energie- und Eiweissmangelernährung genauer anzugeben.*

Der Kodierer sollte also wissen, dass mit bestimmten ernährungsbezogenen Diagnosen bestimmte diätetische Prozeduren einhergehen. Daher ist es unumgänglich, die Kodierer über gültige Massnahmenprotokolle und die vorhandenen Dokumentationen zu informieren und sie über Neuerungen auf dem Laufenden zu halten. Falls ihnen gewisse Angaben fehlen, muss es ihnen möglich sein, das zweckdienliche Dokument aus dem Patientendossier zu holen. Sie müssen darüber informiert sein, dass zu den ICD-Codes grundsätzlich CHOP-Codes gehören, dass ernährungstherapeutische Massnahmenprotokolle vorhanden sind und dass diese Dokumente als Beleg für die Interventionen dem Austrittsbericht oder Patientendossier beiliegen müssen.

Deshalb ist es offensichtlich, dass die **Zusammenarbeit mit den Kodierern**, einem

neuen Beruf mit einer zentralen Rolle, eine **langfristige Zusammenarbeit** ist, die im Zuge der Entwicklung der SwissDRG **gepflegt** werden muss. Dabei darf man nicht vergessen, dass die Kodierer auch von anderen paramedizinischen Berufen und medizinischen Beratern angegangen (bzw. hofiert) werden. Wir müssen also überzeugende Argumente finden, um ihre Aufmerksamkeit zu gewinnen und zu bewahren.

Kodierte ernährungstherapeutische Prozeduren haben mehrere Vorteile: Langfristig berücksichtigt die Berechnung der DRG die zusätzlichen Kosten der Massnahmen, und das Spital kann mit einer Erhöhung der Hospitalisierungsfinanzierung rechnen. Mangelernährte Patienten, die von abgestimmten ernährungstherapeutischen Massnahmen profitieren, entwickeln weniger Komplikationen und müssen somit keine verlängerte Spitalaufenthaltsdauer in Kauf nehmen, die ausserhalb der von SwissDRG akzeptierten Dauer liegt und die das Spital selbst bezahlen muss. Das Spital profitiert also doppelt. Die Umsetzung der DRG verursacht kurzfristig Kosten (während der nächsten zwei Jahre, in denen die CHOP-Codes im Bereich Ernährung noch keinen finanziellen Wert haben), aber langfristig sollte sie rentieren.

Wir haben die Gelegenheit, zu beweisen, dass die Ernährungsberaterinnen wegen ihres Beitrags an die Spitalfinanzierung und aufgrund des Sparpotenzials von abgestimmten Ernährungsmassnahmen unentbehrlich sind.

### **Schlussfolgerungen**

Die SwissDRG wurden auf der Grundlage der Erfahrungen in Deutschland, wo die DRG schon früher eingeführt wurden, erarbeitet. Obwohl die ICD für ernährungsbezogene Diagnosen existierten, war der Beruf des Ernährungsberaters nicht berücksichtigt, denn die für den Beruf spezifischen Prozeduren existieren nicht in Deutschland. Die SwissDRG haben ernährungsrelevante CHOP eingeführt, die unsere Arbeit repräsentieren.

Unsere Aufgabe für die nächsten Jahre ist es nun, die ernährungsrelevanten CHOP und deren Einspeisung in den «Grouper» anzuwenden. Dadurch wird ihre Existenz

gerechtfertigt, ihre Bedeutung wächst und sie erhalten einen finanziellen Wert, was gleichzeitig zur Finanzierung des Spitalaufenthalts eines Patienten beiträgt und die Aufenthaltsdauer reduziert.

Wir haben in den nächsten zwei Jahren eine vorrangige Aufgabe: **Dokumentieren zum Kodieren**. Der Prozess entwickelt sich ständig weiter, deshalb müssen wir ständig sichtbar (oder kodiert) sein, damit die SwissDRG uns den verdienten finanziellen Wert zuschreibt. Wenn die ernährungstherapeutischen Interventionen anerkannt werden, rechtfertigt dies vermutlich auch Stellen für Ernährungsberater/innen in gewissen Bereichen (da für die Kodierung der entsprechenden Interventionen ein Ernährungsberater vorgeschrieben ist). Sicherlich wird die Ernährungsberatung 2013 noch nicht rentieren, aber vielleicht 2014? Dafür muss man sich einer äusserst wichtigen Mission verschreiben: **Ständig Kontakt mit den Kodierern halten**, damit klar wird, ob die übermittelten Informationen genügen und damit Verbesserungen erarbeitet werden können.

*Beispiel: Kalorimetrie am Unispital Genf. Es gibt ein Formular, das in nächster Zukunft kodiert wird und das auf einem elektronischen Bericht basiert. Das Formular ist Teil eines von der Institution anerkannten Protokolls, auch wenn es im Austrittsbericht nicht erwähnt wird.*

Zudem müssen die **Ärzte**, die die Austrittsberichte verfassen, **ständig informiert werden**. Alles läuft auf eine Öffnung gegenüber den anderen Gesundheitsberufen hinaus: Dies ist eine gute Gelegenheit für die Spitalernährungsberaterinnen, ihre Tätigkeit bei allen (wieder) vorzustellen.

Eines der Ziele des Systems besteht darin, die Hospitalisierungsdauer zu optimieren: Die Patienten dürfen nicht zu lange im Spital bleiben. Wahrscheinlich wird ein Teil der Ernährungsmassnahmen an die Kolleginnen in der Privatpraxis «delegiert». Für diese ergibt sich so die Gelegenheit für neue Spezialitäten und Perspektiven, insbesondere mit unterernährten Patienten, die mit einer Unterstützungsernährung entlassen werden und deren Follow-up ambulatorisch durchgeführt wird.

Nie war die Gelegenheit, unserem Berufsstand Sichtbarkeit und Anerkennung zu



verleihen, so günstig. Eine Zusammenarbeit mit der Spitex erscheint unverzichtbar, aber vor allem muss sich eine Zusammenarbeit zwischen den Ernährungsberatern im Spital und jenen in der Privatpraxis entwickeln, denn die Kontinuität der Patientenpflege wird künftig wichtiger sein.

Abschliessen möchten wir mit den Schlussworten der DRG-Broschüre des SVDE, die die Situation treffend zusammenfassen:

«Die Einführung des SwissDRG-Systems ist eine **Chance** für die Ernährungsberaterinnen, ihren **Beruf und die ernährungsbezogenen Tätigkeiten aufzuwerten**. Zu-

dem ist es eine Gelegenheit, die Spitalleitung und die verschiedenen Partner im Spital für die Bedeutung von hochstehenden ernährungsberaterischen Leistungen für die Patienten zu sensibilisieren, insbesondere in Bezug auf die Früherkennung von Mangelernährung und deren Behandlung.»

## SwissDRG: una chance per le/i dietiste/i?

Valérie Viatte, Raphaël Reinert, Anne Blancheteau

**Il 5 giugno scorso ha avuto luogo a Yverdon-les-Bains il simposio «SwissDRG: una chance per le/i dietiste/i?», che ha riscosso un vivo interesse con la partecipazione di 55 persone. È stato organizzato dall'ASDD e dalla Scuola universitaria professionale di sanità di Ginevra (Haute Ecole de Santé Genève), Facoltà Nutrizione e Dietetica. Il tema è al centro delle preoccupazioni dei dietisti ospedalieri dal 10 gennaio 2012, data di introduzione sistematica del sistema tariffario SwissDRG in tutti gli ospedali svizzeri di cure acute.**

Ci è pertanto parso opportuno riferire a grandi linee i contenuti di questo simposio e farne una sintesi per coloro che non hanno potuto parteciparvi, allo scopo di dedurre quali sono le mansioni prioritarie che ci aspettano nei prossimi anni e soprattutto

le prospettive che potranno sostenerci in futuro nell'ambiente ospedaliero – in cure acute, sito ospedaliero universitario o periferico e, come vedremo, per analogia, quali sono le prospettive che potranno sostenere i nostri colleghi liberi professionisti. Oc-

**Valérie Viatte**, dietista presso gli HUG, membro della Commissione tariffaria dell'ASDD

**Raphaël Reinert**, incaricato dei corsi presso la Scuola universitaria professionale di sanità di Ginevra (Haute Ecole de Santé Genève), facoltà Nutrizione e dietetica, membro del comitato dell'ASDD

**Anne Blancheteau**, per il comitato di redazione del giornale Info

correrà anche considerare il fatto che SwissDRG sarà esteso a partire dal biennio 2014–2015 ai siti di psichiatria, geriatria e riabilitazione.

### I DRG, piccolo promemoria

L'ASDD ha messo online sul suo sito Internet un dossier completo e tutti i link utili sul tema. Queste informazioni vengono regolarmente aggiornate. Se non vi è ancora chiaro cosa siano i DRG, dovete iniziare da questa pagina! Vi troverete i codici CHOP-2012, la brochure in 3 lingue «SwissDRG e Nutrizione» e alcuni consigli.

I forfait SwissDRG sono dei «forfait per caso», stabiliti in base alla diagnosi e ai trattamenti associati. Ognuno di questi forfait è stato preventivamente codificato in base ai costi di trattamento che comporta. Il sistema DRG istituisce un finanziamento degli ospedali basato su degenze

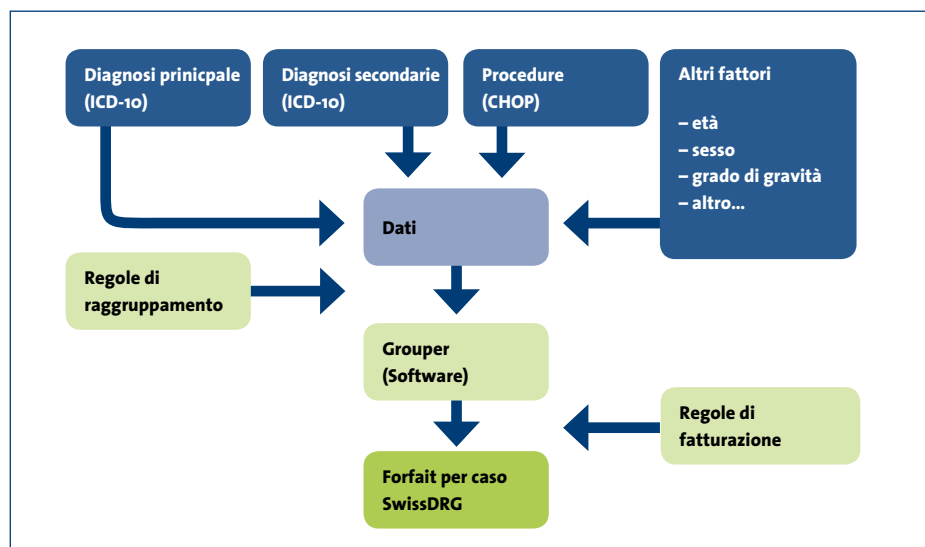


Figura 1: Funzionamento del sistema DRG svizzero.

tipo definite preventivamente per ciascuna diagnosi. In un finanziamento per DRG, le informazioni contenute nella cartella del paziente sono un elemento determinante essenziale per gli introiti di un ospedale.

Per stabilire correttamente il forfait per caso, esiste un sistema di codifica da rispettare. Per la nutrizione, occorre innanzitutto conoscere i codici delle diagnosi nutrizionali principali, definiti nel CIM-10-GM 2010 (decima revisione della classificazione internazionale delle malattie, versione 2010, disponibile in lingua italiana al link [www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infothek/nomenklaturen/blank/blank/cim10/02/01.html](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infothek/nomenklaturen/blank/blank/cim10/02/01.html) con i suoi 13315 codici). L'ultima versione del sistema del CIM-11 deve essere sottoposta all'Assemblea mondiale della sanità per una commercializzazione ufficiale a partire dal 2015. Una volta stabiliti il codice CIM-10 principale e le diagnosi supplementari, occorre applicare loro i codici d'intervento (CHOP, con 11516 codici per la versione 2012, classificazione degli atti). Sono necessari alcuni dati complementari, quali età, sesso, tipo d'ammissione e data di uscita. Questi dati sono utilizzabili unicamente se sono evidenziati e individuabili nella lettera d'uscita del paziente e/o nel protocollo operatorio.

Esistono altre basi diagnostiche, la cosa più semplice è consultare il catalogo per individuarvi ciò che vi riguarda.

Per esempio, al capitolo V vi sono alcuni codici per i sintomi, come i codici R63.0 per l'anoressia, R63.3 per le difficoltà di nutrizione e la nutrizione inadeguata, R64 per la cachessia, ecc.

Il catalogo CHOP degli interventi ora comprende i codici **89.0A.32** «Consiglio dietetico» e **89.0A.4 (0, 1, 2, 3, 4, 9\*)** «Trattamento nutrizionale» da precisare sulla durata\*. I codici relativi alla nutrizione enterale/parenterale (**96.35, 96.6 e 99.15**) devono essere accompagnati e completati dai codici di trattamento nutrizionale.

È importante sapere che esiste una differenza di valore fra un CHOP semplice e un CHOP multimodale. Quest'ultimo è più «pesante» ed è utilizzato in una presa a carico complessa. Occorre soddisfare un certo numero di condizioni per codificarlo (équipe multidisciplinare che comprende fra l'altro una/un **dietista diplomata/o SSS/SUP**, e che sarà stata preventivamente documentata).

*Importante: il catalogo CHOP non è fisso e potrà essere adattato/corretto. I suggerimenti di modifica devono essere validati da un medico. Ecco perché l'ASDD si è associata alla SSNC per proporre delle modifiche,*

*come i trattamenti nutrizionali che non esistevano nella precedente versione CHOP. Se alcune di queste proposte sono state prese in considerazione nel CHOP-2012, non significa però che abbiano già un valore «finanziario». Solamente se sono «codificate», cioè visibili nella cartella o nella lettera d'uscita, esse si vedranno attribuire un valore, un costo. La visibilità degli scritti e dei rapporti di prestazioni dietetiche sarà quindi essenziale per lo sviluppo della dietetica clinica. La diagnosi e la presa a carico avranno un'influenza specifica sull'importo finanziario accordato all'ospedale. È solo al momento dell'analisi dei dati 2012 da parte di SwissDRG che i codici CHOP dietetica utilizzati saranno evidenti e si vedranno attribuire un valore. **La nostra missione per i prossimi anni è di dare visibilità ai «nostri» CHOP affinché essi vengano riconosciuti, validati e generino un valore economico.***

### Messa in pratica e applicazione nell'attività quotidiana

Il primo punto, **indispensabile** e valido per tutti, è la **documentazione dei nostri interventi**. Il tipo di supporto può variare da un luogo all'altro ma deve essere in forma scritta o informatizzata, in modo da rappresentare una traccia dell'intervento. Questi documenti devono essere archiviati.

*Obiettivo: la documentazione deve essere trasmessa per essere vista/letta e conosciuta dal medico che redigerà la lettera d'uscita! Va da sé che i medici saranno stati precedentemente informati dell'esistenza di questi documenti e di come dovranno tenerne conto.*

D'ora in avanti, la lettera d'uscita deve essere redatta nella settimana successiva all'uscita. Sussiste pertanto un termine da rispettare, anche affinché i documenti necessari – che propongono le diagnosi nutrizionali adeguate e le documentano, precisandone gli interventi dietetici – siano a disposizione sia del medico al momento della redazione della lettera che dei codificatori al momento della codificazione. Non è necessario giustificare tutte le scelte fatte per elaborare il documento di sintesi. Per esempio, per l'anamnesi alimentare non è necessario dire se essa è stata eseguita con un richiamo di 24 ore o un regi-

E40-46	Malnutrizione	E40 Marasma infantile
		E41 Marasma nutrizionale
		E42 Marasma infantile con marasma nutrizionale
	Sono quelli che ci preoccupano maggiormente	E43 Malnutrizione proteico-energetica (MPE) grave, per cause non precise
		E44 MPE da lieve a moderate E44.0 MPE moderata E44.1 MPE lieve
		E45 Ritardo di sviluppo a seguito di MPE
		E46 MPE, per cause non precise
E65-68	Obesità	E65 Adiposità localizzata
		E66 Obesità, a sua volta suddivisa in E66.x.0 se $30 \leq \text{IMC} < 35$ E66.x.1 se $35 \leq \text{IMC} < 40$ E66.x.2 se $\text{IMC} \geq 40$ (obesità morbida) E66.x.9 se IMC non precisato
		E67 Altri eccessi di apporto
		E68 Conseguenze dell'eccesso di apporto
E50-64	Altre carenze nutrizionali	E50.x Avitaminosi A E51.x Carenza di tiamina ecc.

Figura 2: Principali codici CIM-10, versione 2012, capitolo IV – per la nutrizione.

stro alimentare: è sufficiente che se ne sia occupato un-a dietista dipl. SSS/SUP, dato che le/gli vengono riconosciute le competenze necessarie per questa analisi, competenze acquisite al momento della sua formazione e in occasione della sua formazione continua. Stessa cosa per l'interpretazione di alcuni risultati di laboratorio (albumina, prealbumina, PCR, ecc.) o di una curva ponderale. È ovvio che la competen-

za è validata da un medico, se possibile un nutrizionista, che assicura una formazione continua e controfirma il rapporto e dal medico referente del paziente, che avalla e convalida la proposta di diagnosi (e di conseguenza le diagnosi nutrizionali e gli interventi dietetici), evidenziandola/citandola nella lettera d'uscita.

Non esiste un modello unico, ciascuna struttura deve elaborare il documento che

corrisponde maggiormente alla sua pratica. Questi documenti dovranno essere adattati in modo da poter includere gli aggiornamenti futuri dei codici CIM e CHOP. *Esempio: se la diagnosi nutrizionale e gli interventi dietetici compaiono nella lettera d'uscita, i codici saranno integrati nel «Grouper» (software che effettua il calcolo del DRG di ospedalizzazione e che consente di calcolare il costo delle cure e quindi di*

### Diagnosi di Malnutrizione CIM-10 (gennaio 2012)

#### Definizioni di malnutrizione proteico-energetica

Secondo Kondrup J et al. Score di rischio nutrizionale (NRS 2002), Nutritional risk screening. Clinical Nutrition 2003; 22(3): 321-336  
Importante nelle lettera d'uscita per la codifica dei forfait SwissDRG.

CIM-10	Diagnosi	Definizione	Score NRS 2002
E43	Malnutrizione proteico-energetica grave	Perdita ponderale > 5% in un mese (o > 15% in 3 mesi) oppure BMI < 18,5 o < 21 in un soggetto di > 65 anni, associato a un deterioramento dello stato generale oppure apporto nutrizionale fra 0-25% del fabbisogno nella settimana precedente	5-7
E44.0	Malnutrizione proteico-energetica moderata	Perdita ponderale involontaria > 5% in 2 mesi oppure BMI fra 18,5-20,5 e deterioramento dello stato generale oppure apporto nutrizionale fra 25-50% del fabbisogno nella settimana precedente	4
E44.1	Malnutrizione proteico-energetica lieve	Perdita ponderale involontaria > 5% in 3 mesi oppure Ingesta corrispondenti a 50-75% della porzione del pasto in ospedale	3

#### Diagnosi d'obesità CIM-10 (gennaio 2012)

Da precisare nella lettera d'uscita: documentare il BMI per la codifica.

E66.X0	Obesità moderata	BMI compreso fra 30 e 34,9 kg/m <sup>2</sup>	
E66.X1	Obesità grave	BMI compreso fra 35 e 39,9 kg/m <sup>2</sup>	
E66.X2	Obesità morbida	BMI di 40 o oltre	

#### Interventi terapeutici implicanti direttamente la nutrizione e codificabili se menzionati nella lettera d'uscita

Codice CHOP	Formulazione CHOP		
89.0A.32	Consulenza e trattamento dietetici	Nota: almeno due sedute dispensate da dietiste/i diplomate/i SSS/SUP	
89.0A.4X	Trattamento nutrizionale multimodale	Nota: caratteristiche minime: - équipe multimodale diretta da un internista e/o un diabetologo/endocrinologo FMH e completata da un infermiere/a diplomato/a e un/a dietista diplomato/a SSS/SUP - conduzione e documentazione di una valutazione nutrizionale - colloqui relativi all'obiettivo terapeutico e al piano terapeutico documentati dall'équipe - istituzione di un trattamento nutrizionale e - al bisogno - di una insulino terapia appropriata. La nutrizione enterale e/o parenterale secondo precisioni, sarà oggetto di una codifica separata - controlli dell'evoluzione e documentazione dei risultati del trattamento - la continuità dell'informazione multidisciplinare deve essere garantita	
89.39.22	Calorimetria indiretta		

#### Osservazione:

È indispensabile segnalare l'intervento nutrizionale nelle lettere d'uscita, al fine di avviare da parte dei codificatori la ricerca del documento nutrizionale, cioè del rapporto del consulto nutrizionale o del rapporto di istruzione nutrizionale e, in occasione di un follow-up, del rapporto del follow-up nutrizionale.

Questo documento presenta le informazioni essenziali necessarie alla qualificazione del paziente dal punto di vista dell'equilibrio nutrizionale, del BMI in particolare.

È possibile redigere rapporti nutrizionali specifici, come la: *misurazione della composizione corporea* (BIA) o la *misurazione del dispendio energetico* (calorimetria indiretta - CHOP 89.39.22).

Figura 3: HUG Ospedale Universitario di Ginevra Diagnosi di Malnutrizione CIM-10 (gennaio 2012).

accordare un finanziamento all'ospedale). È qui che si rivela il ruolo primario del codificatore! **I codificatori/le codificatrici:** i pilastri del sistema

Se i documenti nella cartella del paziente non sono chiari per il codificatore, sussiste il rischio che non tenga conto delle diagnosi nutrizionali e degli atti dietetici. È quindi fondamentale contattare i codificatori del proprio ospedale, al fine di informarli dei codici dietetici esistenti e dei diversi protocolli di presa a carico nutrizionale esistenti nella struttura e riconosciuti dalla direzione medica.

#### Esempi

- *Paziente in bilancio pre-trapianto epatico: un consulto dietetico è garantito d'ufficio, quindi nella lettera d'uscita deve comparire un rapporto con la conclusione del consulto.*
- *Per un paziente ospedalizzato per un diabete di nuova diagnosi, esiste d'ufficio un programma dietetico che deve comparire negli interventi citati nella lettera d'uscita.*
- *Per un paziente che ha avuto un supporto nutrizionale artificiale, questo intervento dovrebbe essere accompagnato da un intervento dietetico, con un rapporto nella cartella del paziente. Se questo intervento non è evidenziato dal medico nella lettera d'uscita, il codificatore può segnalarlo affinché egli completi questo punto o precisi una diagnosi di malnutrizione proteico-energetica, che verrebbe altrimenti tralasciata.*

In effetti, il codificatore deve sapere che, di fronte a determinate diagnosi nutrizionali, devono comparire dei precisi interventi dietetici (è indispensabile tenerli informati sui protocolli nutrizionali validi e sulla documentazione esistente, nonché sugli aggiornamenti e le novità). Se gli manca un elemento, devono avere la possibilità di andare a cercare il documento utile nella cartella clinica del paziente; poiché per quanto riguarda il codice CIM, essi sanno che dei codici CHOP sono associati, conoscono l'esistenza dei protocolli nutrizionali e quindi dei documenti che giustificano la presa a carico nutrizionale e completano la lettera d'uscita o la cartella.

È quindi evidente che questa **collaborazione con i codificatori**, una nuova professio-

#### Relazione di diagnosi nutrizionale SwissDRG

Codice	Diagnosi	Criteri
89.o.A.32	Consigli dietetici	Minimo 2 sedute del paziente con dietiste/i SSS/SUP
96.6	Perfusione intestinale	Perfusione intestinale di sostanze nutritive concentrate (associato a 89.o.A.31) (Novasource GI Control/Forte, Isosource Protein Fibre)
99.15	Perfusione parenterale	Perfusione parenterale di sostanze nutritive concentrate (associato a 89.o.A.31) (Fresenius – Smofkabiven, Baxter – Periolumel)
E43	Malnutrizione proteico-energetica grave	Perdita ponderale notevole (emaciazione, > 5 % in 1 mese) (NRS Score ≥ 5 punti)
E44.0	Malnutrizione proteico-energetica moderata	Perdita ponderale (> 5 % in 2 mesi) (NRS Score = 4 punti)
E44.1	Malnutrizione proteico-energetica lieve	Perdita ponderale (> 5 % in 3 mesi) (NRS Score = 3 punti)
E46	Malnutrizione proteico-energetica senza precisione	Squilibrio, carenza o deficit di proteine Squilibrio, carenza o deficit di energia
E66	Obesità	0: indice di massa corporea (IMC) compreso fra 30 e meno di 35 1: indice di massa corporea (IMC) compreso fra 35 e meno di 40 2: indice di massa corporea (IMC) di 40 o oltre 9: indice di massa corporea [IMC] non precisato
R11	Nausee e vomito	Nausee, vomito, rigurgiti,
R19.4	Alternazione del transito intestinale	Alternanza di diarrea e stipsi Alterazione del transito intestinale Transito intestinale anormale
K52	Gastroenterite e colite non infettiva	Dovuta a irradiazione Gastroenterite e colite tossica Gastroenterite e colite allergica o alimentare Altre gastroenteriti e coliti non infettive precisate Gastroenterite e colite, non precisate
K90.4	Malassorbimento	Dovuto a intolleranza, non classificata altrove
R13	Disfagia	Difficoltà di deglutizione
R43.2	Parageusia	Disgeusia, ageusia
R63.0	Anoressia	Perdita dell'appetito (escl. mentale) Afangia, disoressia
R63.3	Difficoltà nutrizionali e nutrizione inadeguata	Difficoltà di alimentazione SAI Alimentazione inadeguata, errori nel regime (carenza) Difficoltà nutrizionali
F50	Disturbi dell'alimentazione	Precisare (TCA):
R63.2	Polifagia	Alimentazione eccessiva Sovralimentazione SAI
E87	Altri squilibri idroelettrici e acido-basici	Ipernatremia, iponatriemia Iperkaliemia, ipokaliemia Sovraccarico di liquidi Altri squilibri idro-elettrolitici Acidosi, alcalosi
K90	Malattia celiaca	Intolleranza al glutine
E73.9	Intolleranza al lattosio	g: Intolleranza al lattosio, non precisata
D70.19	Agranulocitosi	Neutropenia indotta da medicinali

Figura 4: Esempio del rapporto a Yverdon, ospedale cantonale.



ne avente un ruolo centrale, **è una collaborazione a lungo termine** e che essa implica una **«manutenzione»** sulla base dell'evoluzione del sistema SwissDRG. Non bisogna dimenticare che tutte le altre professioni paramediche e i consulenti medici li contattano (o meglio li corteggiano!), e che dobbiamo trovare argomenti di alto valore per attirare e mantenere la loro attenzione.

Una presa a carico dietetica codificata comporterà diversi benefici: a termine, il calcolo del DRG terrà conto del finanziamento complementare legato a questi interventi e l'ospedale dovrebbe vedere aumentare il finanziamento dell'ospedalizzazione. Bisogna infatti sapere che i pazienti denutriti che beneficiano di una presa a carico nutrizionale sviluppano meno complicazioni: la durata della loro ospedalizzazione non viene quindi prolungata oltre i limiti accettati dal siste-

ma SwissDRG, nel qual caso sarebbero a carico dell'ospedale. L'ospedale ci guadagnerà doppiamente! In effetti, la presa a carico ha un costo sul breve termine (per i prossimi due anni, poiché i codici CHOP dietetici non hanno ancora valore finanziario), ma essa dovrebbe fruttare nel tempo!

Questa è l'opportunità per provare che i dietisti sono indispensabili, in quanto apportano il loro contributo al finanziamento dell'ospedale e contribuiscono a risparmiare mediante una presa a carico nutrizionale adeguata.

### **Conclusione**

Il sistema SwissDRG è stato elaborato sulla base dell'esperienza tedesca, che ha adottato i forfait DRG prima della Svizzera. Certo, esistevano solo i CIM relativi alla nutrizione e la professione del dietista non era

rappresentata, poiché gli interventi specifici di questa professione non esistevano in Germania. Il sistema SwissDRG ha introdotto i codici CHOP dietetici, offrendoci così la possibilità di farci conoscere.

La nostra attività per i prossimi anni si basa sull'utilizzo dei codici CHOP dietetici e sulla loro introduzione nel «Grouper». Troveranno la loro ragion d'essere, assumeranno importanza e sarà attribuito loro un valore finanziario, e ciò comporterà un aumento del finanziamento per l'ospedalizzazione di un paziente, contribuendo allo stesso tempo a ridurre la durata della sua degenza!

Una sola missione per i prossimi 2 anni: **documentare per essere codificati**. Il processo è in costante evoluzione e, solo se si è visibili (o codificati!), SwissDRG attribuirà questo valore finanziario, in quanto gli interventi dietetici saranno riconosciuti, permettendo quindi probabilmente di giusti-



## **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.

ficare dei posti di lavoro in determinati settori (il dietista deve intervenire per fare una valutazione). Chiaramente, non è nel 2013 che i dietisti frutteranno denaro, ma forse nel 2014? Pertanto, occorre dedicarsi a una missione di primaria importanza: **mantenere costantemente il contatto con i codificatori**, per sapere se le informazioni trasmesse sono adeguate, e elaborare dei processi di miglioramento.

*Esempio: Il riconoscimento della calorimetria negli HUG. Esistenza di un modulo che sarà codificato in un prossimo futuro, in base al rapporto informatizzato, perché fa parte di un protocollo riconosciuto dall'istituzione, anche se non ve ne è traccia nella lettera d'uscita.*

Occorre anche **continuare a informare i medici** che redigono le lettere d'uscita. Tutto si riassume quindi in un'ampia aper-

tura agli altri professionisti sanitari: è una bella opportunità per i dietisti ospedalieri di farsi (ri)conoscere, rispondendo a questa richiesta.

Uno degli obiettivi del sistema è quello di ottimizzare i tempi di ospedalizzazione: i pazienti non dovranno restare troppo a lungo! È probabile che una parte della presa a carico nutrizionale sarà «delegata» ai dietisti liberi professionisti. E in questo senso, per loro, sussiste un'opportunità per nuove specializzazioni o prospettive, in particolare con i pazienti denutriti che vengono dimessi con un supporto nutrizionale e il cui follow-up dovrà essere fatto in ambulatorio.

Più che mai, la nostra professione ha un'ottima opportunità di visibilità e di riconoscimento. Le collaborazioni con le cure a domicilio sono probabilmente inevitabili, ma in via prioritaria, si deve istituire un lavoro

di collaborazione fra i dietisti ospedalieri e i dietisti liberi professionisti. È un dato di fatto che in futuro la continuità delle cure del paziente dovrà essere garantita.

Per concludere, riprendiamo qualche parola della conclusione della brochure DRG dell'ASDD, che riassume bene la situazione:

«L'instaurazione del sistema SwissDRG è un'**opportunità** per i dietisti in termini di **valorizzazione della professione e delle attività nutrizionali**. È anche l'occasione di sensibilizzare la direzione e i diversi partner dell'ospedale sull'importanza di fornire ai pazienti prestazioni nutrizionali di alta qualità, soprattutto per quanto riguarda il dépitage e la presa a carico della malnutrizione.»

Schweiz. Natürlich.



## 10. Symposium «Fleisch in der Ernährung»

Am 10. wissenschaftlichen Symposium «Fleisch in der Ernährung» informieren Sie Experten über die neusten Erkenntnisse aus der Medizin und der Ernährung. Sie zeigen zudem auf, wie Fleisch in einen ausgewogenen Menüplan integriert werden kann.

Bringen auch Sie Ihr Wissen über Fleisch auf den neusten Stand: am Mittwoch, **16. Januar 2013**, von **8.15 bis 16.45 Uhr** im Kongresszentrum **BERNEXPO**, Bern.

Alles Weitere unter:

[www.schweizerfleisch.ch/symposium](http://www.schweizerfleisch.ch/symposium)



Unser Newsletter «Fleisch Info» informiert Sie alle drei Monate über aktuelle Themen rund um Fleisch in der Ernährung. Jetzt abonnieren unter: [www.schweizerfleisch.ch/fleischinfo](http://www.schweizerfleisch.ch/fleischinfo)

*Gut versorgt –  
die Bedeutung von Fleisch  
für Gross und Klein.*



Alles andere ist Beilage.



**SVDE ASDD**

### **Liebe Kolleginnen und Kollegen,**

Offensichtlich gibt es in Spitälern, Kliniken und bei freiberuflichen Praxen immer wieder Anfragen für Praktika.

Diese Anfragen beschränken sich jedoch nicht auf Studierende unserer beiden Fachhochschulen. Oft sind es auch Absolventinnen und Absolventen von nicht anerkannten Ernährungsausbildungen im In- und Ausland, welche Praktikumsstellen suchen.

Es ist mir ein Anliegen hier festzuhalten, dass es in der Schweiz nach wie vor nur einen Weg gibt, ein anerkanntes Diplom zu erwerben – nämlich das Bachelorstudium Ernährung und Diätetik in Bern oder in Genf. Auch Ausbildungen im Ausland werden nur dann anerkannt, wenn sie vom SRK als gleichwertig bewertet werden.

Deshalb möchte ich Sie motivieren, Ihre wertvollen Praktikumsstellen in erster Linie den Studierenden unserer zwei Fachhochschulen vorzubehalten. So können Sie die Ausbildungsqualität mit beeinflussen und müssen sich nicht mit der Frage auseinandersetzen, ob Sie jemanden ausbilden, der möglicherweise nie ein anerkanntes Diplom erhalten wird.

Beatrice Conrad Frey  
Präsidentin

### **Chère collègue, cher collègue,**

Apparemment, les hôpitaux, cliniques et cabinets proposent régulièrement des places de stage à pourvoir.

Mais ces postes ne se limitent pas aux étudiant-e-s de nos deux hautes écoles spécialisées. Bien souvent, ce sont des diplômé-e-s d'écoles de formation non reconnues de Suisse ou de l'étranger qui recherchent également des stages.

Il me tient à cœur de consigner ici qu'il n'existe en Suisse à l'heure actuelle qu'une seule filière permettant d'acquérir un diplôme reconnu, à savoir le Bachelor en Nutrition et diététique, à Berne ou à Genève. Les formations effectuées à l'étranger ne seront reconnues qu'à condition d'être jugées équivalentes par la CRS.

C'est pourquoi je vous invite à réserver la priorité aux étudiant-e-s de nos deux hautes écoles spécialisées lorsque de précieuses places de stage se libèrent. Vous contribuerez ainsi à conserver notre qualité de formation et ne devrez pas vous demander si vous allez former quelqu'un qui n'aura peut-être jamais un diplôme reconnu.

Beatrice Conrad Frey  
Présidente

### **Gentili colleghe e colleghi,**

A quanto pare ospedali, cliniche e studi privati ricevono continue richieste di tirocinio.

Tali richieste non provengono però unicamente da studentesse e studenti delle nostre due scuole universitarie professionali. Spesso, a richiedere un posto di tirocinio sono diplomande e diplomandi di istituti di formazione in dietetica svizzeri ed esteri, non riconosciuti.

Colgo l'occasione per precisare che in Svizzera c'è sempre soltanto una via per ottenere un diploma riconosciuto, vale a dire seguire un ciclo di studi bachelor in nutrizione e dietetica, a Berna o Ginevra. Anche i diplomi ottenuti all'estero sono riconosciuti solo se giudicati equivalenti da parte della CRS.

Spero che ciò sia per voi una valida motivazione per riservare i vostri preziosi posti di tirocinio in prima linea alle studentesse e agli studenti delle nostre due scuole universitarie professionali. In tal modo potrete contribuire alla qualità della formazione e non dovrete chiedervi, se state formando qualcuno che potrebbe non ottenere mai un diploma riconosciuto.

Beatrice Conrad Frey  
Presidentessa



## 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 ayez 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.

# OMEGA-life®: Omega-3-Fettsäuren perfekt dosiert.

20%  
Bei Abgabe dieses Bons erhalten Sie  
20% Rabatt auf alle Produkte von  
OMEGA-life®. Einlösbar bis am 31. März 2013  
in Ihrer Apotheke oder Drogerie.

Natürliche Vitalität aus dem Meer.



OMEGA-life® enthält die lebenswichtigen Omega-3-Fettsäuren EPA und DHA, welche die Blutfettregulation beeinflussen und zu Ihrer Gesundheit beitragen. Neueste Erkenntnisse aus wissenschaftlichen Studien<sup>1</sup> belegen: Täglich 250 mg EPA und DHA sind die ideale Dosierung für gesunde Menschen. OMEGA-life® entspricht dieser Empfehlung, ist gut verträglich und versorgt den Körper zusätzlich mit Vitamin E.

[www.omega-life.ch](http://www.omega-life.ch)

<sup>1</sup>Studien der Europäischen Behörde für Lebensmittelsicherheit (EFSA) empfehlen eine Supplementation mit 250 mg EPA und DHA. Dosierung ab 2013 gesetzlich vorgeschrieben.



DOETSCH GREYER AG - BASEL



## Ethik

Dipl. Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen HF/FH müssen sich mit den Werten und Normen, auf denen ihr professionelles Handeln basiert, immer wieder aufs Neue auseinandersetzen. Dieses systematische Nachdenken innerhalb einer Profession wird als Professionsethik bezeichnet.

Am 9. April 2011 wurde der Ethik-Kodex SVDE von der 69. Generalversammlung des SVDE einstimmig verabschiedet und für eine Zeitdauer von zwei Jahren genehmigt. In diesem Zeitraum sollen mit dem Ethik-Kodex erste praktische Erfahrungen gesammelt werden.

Unsere Professionsethik kann sich nur im Dialog aller Berufspersonen (weiter-)entwickeln. Der Ethik-Kodex soll als Diskussionsgrundlage die Basis für das Nachdenken über die professionsbezogenen Werte, Normen, Haltungen und Handlungen bilden.

Hat Sie der Ethik-Kodex schon zum Nachdenken angeregt? Haben Sie die Inhalte des Ethik-Kodex kritisch hinterfragt? Ihre Meinung interessiert uns. **Schreiben Sie uns Ihre Anregungen, Ergänzungen oder Verbesserungsvorschläge mit dem Betreff Ethik-Kodex an [ethik@svde-asdd.ch](mailto:ethik@svde-asdd.ch).**

Stefan Siegenthaler  
Kommission für Berufsqualität und Ethik

## Ethique

Les diététiciennes et diététiciens dipl. HF/FH doivent toujours se remettre en question face aux valeurs et normes sur lesquelles reposent leurs actions professionnelles. Cette réflexion systématique au sein d'une profession est appelée éthique professionnelle.

Le 9 avril 2011, le code éthique ASDD a été adopté à l'unanimité pour une période de deux ans lors de la 69<sup>e</sup> assemblée générale de l'ASDD. Ainsi, cela nous permettra de gagner de premières expériences pratiques.

Notre éthique professionnelle ne peut se développer que par le dialogue entre toutes les personnes impliquées. Ce code éthique servira de base de discussion pour la réflexion sur nos valeurs, normes, attitudes et actions liées à notre profession.

Le code éthique vous a-t-il déjà amené à réfléchir? Avez-vous remis en question de façon critique son contenu? Votre avis nous intéresse.

**Faites-nous part de vos suggestions, propositions d'ajout ou d'améliorations à l'adresse [ethik@svde-asdd.ch](mailto:ethik@svde-asdd.ch) en mentionnant code éthique dans l'objet du mail.**

Stefan Siegenthaler  
Commission Qualité professionnelle et éthique

## Etica

Dietiste e dietisti diplomati SSS/SUP devono confrontarsi in continuazione con i valori e le norme sulle quali si basano le loro azioni professionali. Queste riflessioni sistematiche all'interno di una professione vengono denominate etica professionale.

Durante la 69<sup>a</sup> riunione generale ASDD del 9 aprile 2011, è stato approvato all'unanimità e concesso per una durata di due anni il codice etico ASDD. Durante questo periodo dovranno venir raccolte le prime esperienze pratiche con il codice etico.

La nostra etica professionale si può sviluppare ulteriormente solo con il dialogo di tutti i professionisti. Il codice etico come base di discussione deve costituire le fondamenta per una riflessione sui valori, le norme, gli atteggiamenti e le azioni riferite alla professione.

Il codice etico l'ha già animata/animato a riflettere? Ha analizzato criticamente il contenuto del codice etico? La sua opinione ci interessa. **Scriva i sui pensieri, le sue aggiunte o proposte di miglioramento con l'oggetto Codice etico [ethik@svde-asdd.ch](mailto:ethik@svde-asdd.ch).**

Stefan Siegenthaler  
Commissione per la qualità professionale e l'etica



### SYMPOSIUM: DER MENSCH MIT GEISTIGER ODER MEHRFACH-BEHINDERUNG IM ZENTRUM

Möchten Sie Ihr Arbeitsfeld auf Menschen mit Mehrfachbehinderungen ausweiten oder betreuen Sie bereits vereinzelt oder regelmässig behinderte Klienten? Wir möchten Sie für dieses Thema sensibilisieren und motivieren oder Sie in Ihrer Arbeit bestärken. ErnährungsberaterInnen, welche in Behinderteninstitutionen schon arbeiten oder in Kontakt sind mit solchen, erleben oft, wie wenig dieses Thema «existiert», wie wenig wir wissen und wie viel möglich ist, wenn eine Beratung und Begleitung durch dipl. ErnährungsberaterInnen HF/FH gewährleistet ist. So ist diese Weiterbildung eine Fachtagung mit Facts und empirischen Beiträgen. Ebenso wird aus berufspolitischer

Sicht ein grosses, weitgehend brachliegendes Arbeitsfeld thematisiert.

**Datum:** 15. November 2012  
**Ort:** Zürich



### METHODENKOMPETENZ IN DER ERNÄHRUNGSBERATUNG VERTIEFEN

Hinter diesem Stichwort verbergen sich Leitbegriffe wie «Problemlösefähigkeit» und «Kreativität». Mit einer vielfältigen Methodik in der Ernährungsberatung erleichtern wir unseren Klienten den Erwerb von Fachwissen und die vertiefte Auseinandersetzung mit Ihrem Essverhalten. Wir wollen unsere Klienten mit Hilfe der Methoden neugierig machen, zum Staunen bringen, öffnen für Neues, ihre Reflexionsfähigkeit

fördern und sie schlussendlich zu autonomen, selbstgesteuertem Verhalten begleiten.

Lernen Sie an dieser Tagung weitere Methoden und deren Hintergründe aus verschiedenen Beratungsansätzen kennen. Probieren Sie sie aus, tauschen Sie sich aus, damit Sie gestärkt und mit neuen Ideen in Ihren Beratungs-Alltag zurückkehren können.

**Datum:** 30. November 2012  
**Ort:** Zürich

### Vorankündigung für 2013: Detailinfo folgen im Info Dezember

**16.01.2013:** «Fleisch in der Ernährung – gut versorgt – die Bedeutung von Fleisch für Gross und Klein», Bern, BEA-Expo

**25.06.2013:** «Nephro – Update» in Winterthur

**14.11.2013:** «Der alte Mensch im Alters- und Pflegeheim im Zentrum» in Zürich

## Lactose- und Fructoseintoleranzmessungen durch die Ernährungsberatung

Nick Vonzun

**Die traditionellen Tätigkeitsgebiete der Ernährungsberatung sind die Therapie und die Prävention. Ein interessanter Bereich für die Ernährungsberatung ist die medizinische Diagnostik. In diesem Artikel möchte ich aufzeigen, wie ErnährungsberaterInnen eine Lactose- oder Fructoseintoleranzmessung einfach durchführen können.**

Der gesunde Mensch atmet in nüchternem Zustand und in Ruhe keinen Wasserstoff aus. Wird aber trotzdem Wasserstoff abgeatmet, muss dieser von anaeroben Bakterien stammen.

Anaerobe Bakterien verstoffwechseln mit Vorliebe Zuckermoleküle, welche im Rahmen einer Gärungsreaktion zunächst zu

kurzkettigen Fettsäuren, CO<sub>2</sub> und H<sub>2</sub> abgebaut werden.

Der im Darm entstehende Wasserstoff durchquert die Darmwand, gelangt so in die Blutbahn und wird so zu den Lungen transportiert, wo er abgeatmet wird.

H<sub>2</sub>-Atemteste sind einfach durchzuführen und für den Patienten wenig belastend,

sodass sie zur Basisdiagnostik bei der Abklärung «funktioneller» Darmerkrankungen gehören.

Interessanterweise bieten viele Spitäler und auch viele Praxen von Gastroenterologen keine H<sub>2</sub>-Atemteste an. Dies ist eine Chance für die Ernährungsberatung, sich im Spital, bei den umliegenden Gastroenterologen und Hausärzten zu positionieren.

Ich biete für stationäre und ambulante Patienten H<sub>2</sub>-Atemteste an. Primär führe ich die Messungen durch bei Verdacht auf Reizdarmsyndrom, auf primäre oder sekundäre Lactoseintoleranz und auf Fructosemalabsorption bzw. intestinale Fruc-



## 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.

toseintoleranz. Mit dem gleichen Gerät (LactoFAN 2, Vertrieb durch Lasermed AG, Roggwil) könnte man auch bei folgenden Indikationen die Messung durchführen, Verdacht auf: Sorbitunverträglichkeit, Xylitunverträglichkeit, diverse Nahrungsmittelunverträglichkeiten, SIBOS (bakterielle Fehlbesiedelung des Dünndarmes), exokrine Pankreasinsuffizienz, chronisch entzündliche Darmerkrankungen u.a. Der Patient muss am Vortag und am Tag der Messung auf gewisse Punkte achten (Patienteninformation für Vorbereitung kann beim Autor angefordert werden). Ein Punkt besteht darin, dass der Patient mindestens 14 Stunden nüchtern sein muss, wodurch die Messung am frühen Morgen Sinn macht. Es können parallel mehrere Patienten getestet werden. Die austretende Atemluft wird gemessen, indem der Patient im Sitzen in ein Gerät atmet. Danach trinkt er ein Getränk, wel-

ches aus 25 g Lactose oder 25 g Fructose und Wasser besteht. Die Atemluftmessung wird nach 15, 30, 60, 90 und 120 Minuten wiederholt. Während der zwei Stunden muss der Patient sich ruhig verhalten, um den Stoffwechsel nicht unnötig anzuregen (keine Spaziergänge). Jeweils bei den Messungen gehe ich eine Checkliste mit möglichen Beschwerden durch. Das Erfragen der Symptome ist einerseits für die Interpretation von Testergebnissen von Bedeutung, andererseits für die klinischen Konsequenzen von höchster Wichtigkeit (Checkliste kann beim Autor angefordert werden). Ohne Vorliegen einer Resorptionsstörung kommt es zu keinem signifikanten H<sub>2</sub>-Anstieg. Das heisst, die einzelnen Messwerte variieren um nicht mehr als 5 ppm über oder unter dem basalen Messwert und es treten keine klinischen Beschwerden auf. Steigt der Wert um 10–20 ppm über

dem Ausgangswert, wird das Ergebnis als «grenzwertig positiv» herausgegeben. Steigt der Wert über 20 ppm, wird der Test als positiv gewertet.

*Fazit:* Die H<sub>2</sub>-Atemteste können durch ErnährungsberaterInnen einfach durchgeführt und ausgewertet werden. Bei positivem Befund kann die Instruktion der Ernährung durch die Ernährungsberatung sofort geplant werden. Die Anschaffung des Gerätes ist durch die hohe Prävalenz der möglichen Diagnosen schnell amortisiert und ab dann eine Einnahmequelle. Durch die Ausweitung der Tätigkeiten der Ernährungsberatung entstehen interessante neue Netzwerke.

Nick Vonzun  
dipl. Ernährungsberater FH  
nvonzun@gmx.ch

Quelle: H<sub>2</sub>-Atemteste, M. Ledochowski, Akadmed-Verlag

## Tests d'intolérance au lactose et au fructose réalisés par les diététicien-ne-s

Nick Vonzun

**Le conseil diététique est traditionnellement constitué de deux domaines, à savoir la thérapie et la prévention. Le diagnostic médical représente un grand intérêt pour la diététique. Cet article a pour objectif de montrer aux diététicien-ne-s comment réaliser facilement un test d'intolérance au lactose ou au fructose.**

Un être humain en bonne santé n'expire pas d'hydrogène lorsqu'il est à jeun ou au repos. Par conséquent, la présence d'hydrogène lors de l'expiration indique la présence de bactéries anaérobies. Les bactéries anaérobies métabolisent de préférence les molécules de sucre qui, lors d'une réaction de fermentation, seront ensuite décomposées en acides gras à chaîne courte, en CO<sub>2</sub> et en H<sub>2</sub>. L'hydrogène formée dans l'intestin traverse la paroi intestinale et, une fois passée dans le sang, se retrouve dans les pou-

mons pour finalement être expirée. Les tests respiratoires à l'hydrogène sont simples à réaliser et faciles à supporter pour les patient-e-s; c'est pourquoi on les pratique lors du diagnostic de base pour toute maladie intestinale «fonctionnelle». Etonnamment de nombreux hôpitaux et cabinets de gastro-entérologie ne procèdent pas aux tests à l'hydrogène. Ceci devrait donc permettre aux diététicien-ne-s de se positionner en hôpital ou au côté des gastro-entérologues et médecins de premier recours.

Pour ma part, je propose des tests respiratoires à l'hydrogène aux patient-e-s hospitalisé-e-s et en ambulatoire. Je mène surtout ces tests en cas de soupçon de syndrome de l'intestin irritable, d'intolérance primaire ou secondaire au lactose et de malabsorption ou intolérance intestinale au fructose. Le même appareil (LactoFAN 2, distribué par Lasermed AG, Roggwil) permet, à l'aide des indications ci-dessous, de tester également: intolérance au sorbitol et xylitol, diverses intolérances alimentaires, colonisation bactérienne chronique du grêle (CBCG), insuffisance pancréatique exocrine, affection intestinale inflammatoire chronique, et autres. Pour procéder au test, le/la patient-e doit respecter certaines règles la veille et le jour même (pour toute information patient consulter l'auteur). Il/Elle doit notamment



rester à jeun pendant 14 heures, ce qui implique logiquement de passer le test tôt le matin. Plusieurs patient-e-s peuvent être testé-e-s en parallèle.

L'air expiré est testé alors que le/la patient-e, en position assise, respire dans un appareil. On lui administre ensuite une boisson à base d'eau et de 25 g de lactose ou 25g de fructose. L'air expiré est mesuré après 15, 30, 60, 90 et 120 minutes.

Durant ces deux heures, le/la patient-e doit rester au repos pour ne pas activer inutilement le métabolisme (pas de promenade).

Lors de ce test, je passe en revue une liste avec tous les troubles possibles. Demander les symptômes permet d'une part d'interpréter le test mais peut s'avérer très im-

portant pour les conséquences cliniques (la liste peut être demandée auprès de l'auteur).

S'il n'y a pas de trouble de l'absorption, aucune hausse significative d'hydrogène n'est détectée. En l'occurrence, chaque valeur mesurée ne doit donc pas être inférieure ou supérieure de plus de 5 ppm à la valeur de base et aucun trouble clinique ne doit être présent. Par contre, si la valeur est supérieure de 10 à 20 ppm à la valeur de départ, le diagnostic est estimé «limite positif». Au-dessus de 20 ppm le test est considéré comme positif.

En conclusion: les diététicien-ne-s peuvent facilement réaliser et évaluer ces tests à l'hydrogène. En cas de résultat positif, le/la diététicien-ne sera à même de planifier

immédiatement une alimentation adaptée. L'achat de l'appareil se trouvera rapidement amorti par la prévalence élevées des diagnostics possibles et générera donc des revenus supplémentaires. Cet élargissement des activités diététiques permet donc la création de nouveaux réseaux très intéressants.

Nick Vonzun  
Diététicien dipl. HES  
nvonzun@gmx.ch

Bibliographie: Hz-Atemteste, M. Ledochowski, Akadmed-Verlag  
(en allemand uniquement)



## 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.

coop

Pour moi et pour toi.



## Misurazione del lattosio e del fruttosio da parte della dietista

Nick Vonzun

**Le attività tradizionali della dietista sono la terapia e la prevenzione. La diagnostica medica è un ambito interessante della consulenza dietetica. In questo articolo vorrei mostrare come la dietista possa effettuare facilmente una misurazione dell'intolleranza al lattosio ed al fruttosio.**

A riposo ed a digiuno la persona sana normalmente non espira idrogeno. Se però viene espirato dell'idrogeno questo proviene dai batteri anaerobi.

I batteri anaerobi metabolizzano preferibilmente molecole di zucchero i quali, in una reazione di fermentazione, vengono scomposti in acidi grassi a catena corta, CO<sub>2</sub> e H<sub>2</sub>. L'idrogeno prodotto dall'intestino passa attraverso la parete intestinale, arriva al flusso sanguigno e viene così trasportato ai polmoni, dove viene espirato.

I test di H<sub>2</sub> sono facili da eseguire e non procurano problemi particolari ai pazienti; fanno parte perciò della diagnostica di base per l'accertamento di malattie intestinali «funzionali».

Stranamente molti ospedali e anche molti studi medici di gastroenterologi non offrono nessun test di H<sub>2</sub>. Questa è una chance per i/le dietisti/e per posizionarsi negli ospedali, presso i gastroenterologi e i medici di famiglia.

Io offro test respiratori di H<sub>2</sub> per pazienti ospedalizzati ed ambulatori. Faccio le misurazioni soprattutto a pazienti con sospetto di colon irritabile, di intolleranza al lattosio primaria o secondaria e di malassorbimento del fruttosio risp. intolleranza al fruttosio. Con lo stesso strumento (LactoFAN<sub>2</sub>, acquisto tramite Lasermed AG, Roggwil) si

potrebbe fare delle misurazioni anche in caso delle seguenti indicazioni: sospetto di intolleranza al sorbitolo ed al xilitolo, diverse intolleranze alimentari, SIBOS (carenza di batteri nell'intestino tenue), insufficienza pancreatica, malattie infiammatorie intestinali croniche, ecc.

Il paziente deve prestare attenzione ad alcuni punti il giorno prima ed il giorno delle misurazioni (le informazioni per i pazienti necessarie per la preparazione sono richiedibili presso l'autore). Un punto importante è che il paziente deve essere a digiuno da almeno 14 ore, per cui vale la pena fare la misurazione al mattino presto. Si possono testare più pazienti contemporaneamente.

Viene misurata l'aria di respirazione che esce mentre il paziente respira da seduto all'interno dell'apparecchio. Dopodiché beve una bevanda che contiene acqua e, o 25 g di lattosio o 25 g di fruttosio. La misurazione viene ripetuta 15, 30, 60 e 120 minuti dopo.

Durante queste due ore il paziente si deve mantenere tranquillo per non eccitare inutilmente il metabolismo (nessuna passeggiata).

Durante la misurazione consegno una lista di controllo per monitorare eventuali disturbi. Marcare i sintomi è importante da

una parte per interpretare i risultati del test, dall'altra parte per valutare le conseguenze cliniche (la lista di controllo può essere richiesta all'autore).

Se non esiste un disturbo dell'assorbimento, non si nota nessun aumento significativo del H<sub>2</sub>. Questo significa che le singole misurazioni non variano più di 5 ppm sopra o sotto il valore della misurazione basale, e non appaiono sintomi clinici. Se il valore sale sopra 10–20 ppm rispetto al valore iniziale, il risultato è da considerare «positivo al limite». Se il valore è superiore di 20 ppm, il test si considera positivo.

Conclusione: I test respiratori dell'H<sub>2</sub> possono essere effettuati ed interpretati dai/dalle dietisti/e. Se il risultato è positivo, la dietista può procedere subito all'istruzione alimentare. Il costo dell'apparecchio può essere ammortizzato presto grazie all'alta prevalenza delle possibili diagnosi; dopodiché rappresenta una fonte di entrate. Attraverso l'ampliamento delle attività della dietista nasce un'interessante nuova rete di collaborazione.

Nick Vonzun  
Dietista dipl. SUP  
nvonzun@gmx.ch

Fonte: H<sub>2</sub>-Atemteste, M. Ledochowski, Akadmed-Verlag (in tedesco)

Rezension:

## Beratungstool für die Ernährungstherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Cystischer Fibrose (CF)

Daniel Gianelli\*

Bärbel Palm, Diätassistentin am Universitätsklinikum des Saarlandes und Vorsitzende des Arbeitskreises «Ernährung bei Mukoviszidose», arbeitet seit Jahrzehnten mit Mukoviszidosepatienten, insbesondere in der Kinder- und Jugendmedizin.

Ihre Erfahrungen in den Ernährungstherapien veranlasste sie im Jahr 1995, ein Schulungskonzept für Kinder mit Mukoviszidose zu erstellen: Mit einer Nachbildung der menschlichen Verdauung aus Plexiglas, verschiedenfarbigen Perlen als Symbol der Nährstoffe, Lebensmittelattrappen und einer Dampfmaschine, die die Krafterzeugung in der Zelle darstellt, können die Teilnehmer die Verdauung nachahmen und die Abläufe begreifen.

Dieses Schulungskonzept wurde letztes Jahr überarbeitet und ergänzt. Neu können damit auch Komorbiditäten wie Osteoporose oder Diabetes mellitus anschaulich geschult werden. Die überarbeitete Form eignet sich ebenso für Schulungen beim Erwachsenen CF-Betroffenen, für Eltern, Erzieher, Lehrpersonen oder auch für die KlassenkameradInnen im Rahmen des Schulunterrichts. Zum Einsatz kommt es v.a. in CF-Zentren und Rehabilitationseinrichtungen.

Beispiel für eine Schulungseinheit: Um die Verdauung nachzuahmen, werden verschiedene Perlen (Nährstoffe) auf eine Schnur aufgezogen (Nahrung). Das Kind ahmt die Verdauung nach, indem es die Perlenkette an der Attrappe durch deren Mund über den Magen bis in den Dünndarm zieht, wo sich Öffnungen zur Blutbahn befinden. Damit die Perlen in die Blutbahn gelangen können, müssen sie vorerst mit einer Schere (Enzyme) von der Schnur getrennt werden. Danach kommen die Perlen (Nährstoffe) über die Blutbahn



zu den Zellen. Zur Veranschaulichung der Zellfunktion kommt eine Holzkiste als Zelle, die eine Dampfmaschine enthält, zum Einsatz.

An der einen Seite der Holzkiste gibt es zwei Öffnungen für die Nährstoffe Eiweiss und Fett, welche so in die Zelle gelangen.

Damit die Kohlenhydrate in die «Zelle» gelangen, muss zuerst die Zelle mit einem Schlüssel (Insulin) geöffnet werden. Darin befindet sich eine Dampfmaschine, mit der sich die Energieverbrennung und deren Resultat (Kraft, Bewegung) nachhaltig demonstrieren lässt.

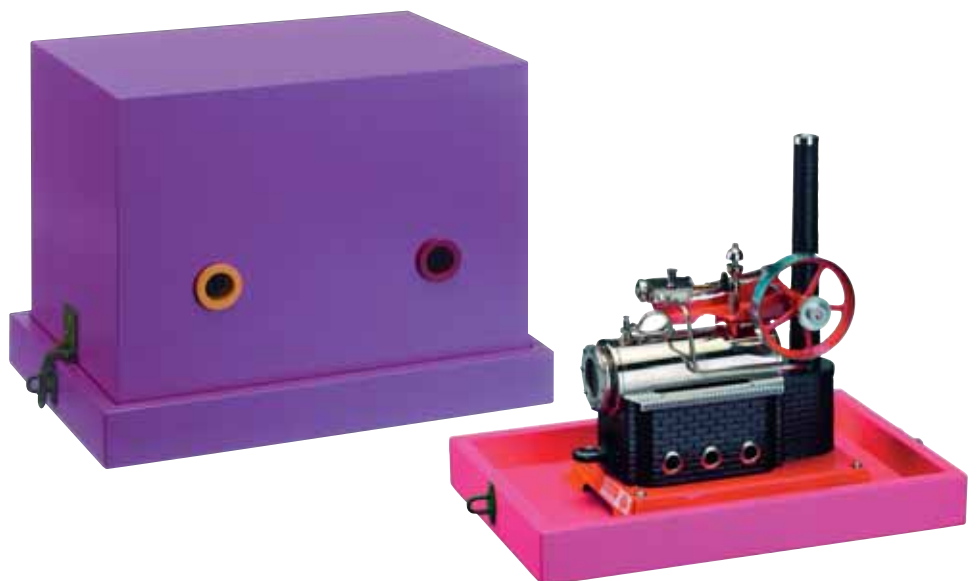
Ergänzt wird das Schulungskonzept mit didaktischem Leitfaden, Schulungsfilm, Malheft sowie dem Koffer zum Aufbewahren und Transportieren des Materials.

### Fazit

Ein didaktisches und plastisch raffiniert entwickeltes Schulungskonzept für die Ernährungstherapie bei Cystischer Fibrose. Die Schulung lebt von Aha-Effekten und ist für jede Beratung geeignet, in der man die Verdauung erklären will.

Es wäre wünschenswert, alle CF-Betroffenen damit zu schulen. Diese Schulung hilft, ernährungsbedingte Komplikationen bei CF-Betroffenen zu vermeiden.

Vorzumerken wäre lediglich die Ergänzung des Konzeptes mit den Ernährungsempfehlungen für Mukoviszidose (Ernährungswürfel) des Arbeitskreises Ernährung bei CF.



\* Daniel Gianelli, Leiter Ernährungsberatung, Hochgebirgsklinik Davos, CF-Rehabilitationszentrum, Tel. +41 81 417 35 43, daniel.gianelli@hgk.ch, www.hochgebirgsklinik.ch

Critique:

## «Outil de conseil pour la thérapie nutritionnelle chez les enfants et les adolescents atteints de mucoviscidose»

Daniel Gianelli\*

Bärbel Palm, diététicienne au Centre Hospitalier Universitaire de la Sarre et présidente du cercle de travail «L'alimentation en cas de mucoviscidose», travaille depuis plusieurs décennies avec des patient-e-s souffrant de la mucoviscidose, en particulier des enfants et des adolescent-e-s.

\* Daniel Gianelli, responsable diététicien, Hochgebirgsklinik Davos, CF-Rehabilitationszentrum, Tél. +41 81 417 35 43, daniel.gianelli@hgk.ch, www.hochgebirgsklinik.ch

Ses diverses expériences dans le domaine de la thérapie nutritionnelle l'ont poussée à élaborer en 1995 un concept de formation pour les enfants atteints de la mucoviscidose. Une reproduction de la digestion humaine en plexiglas, des perles de couleurs symbolisant les nutriments, des pièges à d'aliments et une machine à vapeur représentant la production de force dans les cellules, permettent aux participant-e-s de reproduire la digestion et d'en comprendre le fonctionnement.

Ce concept de formation a été remanié et complété l'année dernière. Désormais, les comorbidités telles que l'ostéoporose ou le diabète sucré peuvent également être illustrées clairement pendant la formation. La forme remaniée se prête aussi très bien aux formations pour les adultes atteints de mucoviscidose, pour les parents, les éducateurs/trices et le personnel enseignant ou pour les camarades de classe dans le cadre d'un enseignement scolaire. Elle est toutefois essentiellement utilisée dans les centres de la mucoviscidose et dans les structures de réadaptation.



«Vieillir – et alors?  
Notre prévoyance est optimale!»

... conseils gratuits:

[www.sermed.ch](http://www.sermed.ch)  
0848 848 810

... d'ailleurs, également pour les questions de fiducie et l'administration de votre cabinet.

**Organe responsable:**

- physioswiss, Association suisse de Physiothérapie
- Swiss Dental Hygienists
- SVDE/ASDD Association Suisse des Diététiciens/iennes diplômées
- EVS/ASE Association Suisse des Ergothérapeutes
- SVMTRA/ASTRM Association Suisse des Techniciens en Radiologie Médicale

**Membres associés:**

- Schweizerischer Podologen Verband SPV
- Association Suisse des Délégués Médicaux ASDM



Exemple d'une unité de formation: Pour imiter la digestion, différentes perles (nutriments) sont enfilées sur une ficelle (alimentation). L'enfant reproduit la digestion en tirant la chaîne de perles de la bouche à l'estomac, jusqu'à l'intestin grêle où se trouve des ouvertures pour rejoindre le sang. Pour que les perles puissent atteindre le sang, elles doivent tout d'abord être séparées de la ficelle à l'aide de ciseaux (enzymes). Puis les perles (nutriments) rejoignent les cellules en passant par le sang. Une caisse en bois contenant une machine à vapeur tient alors lieu de cellule afin de représenter le fonctionnement d'une cellule. D'un côté de la caisse en bois se trouvent deux ouvertures pour les protéines et la

graisse qui arrivent ainsi dans la cellule. Et pour que les glucides entrent dans la «cellule», cette dernière doit d'abord être ouverte à l'aide d'une clé (insuline). Dedans se trouve une machine à vapeur avec laquelle il est aisé de démontrer la dépense d'énergie et son résultat (force, mouvement). Le concept de formation est complété par un fil conducteur didactique (en allemand), un film de formation, un cahier de coloriage ainsi que par une mallette pour conserver et transporter le matériel.

### Conclusion

Il s'agit là d'un concept de formation développé avec intelligence, très didactique et illustratif, pour la thérapie nutritionnelle

en cas de mucoviscidose. La formation vit de l'effet Eureka («aha effect») et est adaptée à chaque entretien de conseil où l'on souhaite expliquer la digestion. Il serait souhaitable d'informer toutes les personnes atteintes de la mucoviscidose à l'aide de ce dispositif. La formation aide les personnes concernées à éviter les complications liées à l'alimentation.

A noter: les recommandations d'alimentation pour la mucoviscidose (dé d'alimentation) du cercle de travail «Alimentation en cas de mucoviscidose» est un complément idéal à cette formation.

Suisse. Naturellement.



## 10<sup>e</sup> symposium «La viande dans l'alimentation»

Lors du 10<sup>e</sup> symposium scientifique «La viande dans l'alimentation», des experts vous informeront sur les toutes dernières connaissances de la médecine et de l'alimentation. Ils montreront par ailleurs comment la viande peut être intégrée dans un menu équilibré.

Venez vous aussi rafraîchir vos connaissances sur la viande le mercredi **16 janvier 2013 de 08 h 15 à 16 h 45** au centre de congrès BERNEXPO à Berne.

Toutes les autres informations sur:  
[www.viandesuisse.ch/symposium](http://www.viandesuisse.ch/symposium)



Notre newsletter «Info Viande» vous informe chaque trimestre sur des thèmes d'actualité autour de la viande et de l'alimentation. Abonnez-vous maintenant sur: [www.viandesuisse.ch/fleischinfo](http://www.viandesuisse.ch/fleischinfo)

*Bien se nourrir —  
l'importance de la viande  
pour petits et grands.*



Tout le reste n'est que garniture.



Recensione:

## Supporto per la consulenza nella terapia nutrizionale in bambini e adolescenti con fibrosi cistica

Daniel Gianelli\*

Bärbel Palm, dietista presso la Clinica universitaria del Saarland e presidentessa del gruppo di lavoro «Nutrizione e mucoviscidosi», lavora da decenni con pazienti, soprattutto pediatrici, affetti da mucoviscidosi.

L'esperienza acquisita nell'ambito della terapia nutrizionale l'ha spinta, nel 1995, a studiare uno schema didattico per i bambini malati di mucoviscidosi: grazie alla riproduzione della digestione umana con un modello realizzato in plexiglas, con perline di diversi colori che rappresentano le sostanze nutritive, con alimenti finti e una macchina a vapore a raffigurare la produzione di energia nella cellula, i partecipanti possono riprodurre il processo della digestione e comprenderne i meccanismi.

Questo schema didattico è stato rielaborato e completato l'anno scorso. Ora è possibile spiegare in modo chiaro anche comorbidità quali l'osteoporosi e il diabete mellito. La forma rielaborata si addice

anche all'utilizzo per l'istruzione di adulti colpiti da mucoviscidosi, genitori, educatori, docenti o anche compagni di classe, nell'ambito delle lezioni scolastiche. Lo schema è utilizzato principalmente nei centri per la mucoviscidosi e in istituti di riabilitazione.

Esempio di unità didattica: per simulare la digestione vengono infilate diverse perline (sostanze nutritive) su un filo (alimentazione). Il bambino riproduce la digestione facendo passare il filo con le perline attraverso la bocca e lo stomaco del modellino, fino a raggiungere l'intestino tenue dove si trovano delle aperture d'accesso alla circolazione sanguigna. Per raggiungere la circolazione sanguigna, le perline devono prima essere separate dal filo con delle forbici (enzimi). In seguito le perline (sostanze nutritive), attraverso la circolazione sanguigna, raggiungono le cellule. Per illustrare la funzione cellulare viene impiegata una cassa di legno che rappresenta la cellula e contiene una macchina a vapore.

Su un lato della cassa di legno vi sono due aperture per le sostanze nutritive, proteine e lipidi, che possono così entrare nella cellula. Per permettere ai carboidrati di en-

trare nella «cellula», questa deve invece essere prima aperta con una chiave (insulina). Nella cellula si trova quindi una macchina a vapore, che permette di dimostrare efficacemente il consumo di energia e il suo risultato (forza, movimento).

Lo schema didattico è completato da manuale didattico, filmato, quaderno da colorare e da una valigia per conservare e trasportare il materiale.

### Conclusione

Uno schema didattico, istruttivo e con un sofisticato modello tridimensionale, per la terapia nutrizionale nella fibrosi cistica.

Il suo impiego didattico ha un effetto esplicativo ed è adatto a ogni tipo di consulenza, nella quale si desidera spiegare la digestione. Sarebbe auspicabile istruire con questo modello tutte le persone colpite da fibrosi cistica. L'istruzione aiuta a prevenire le complicazioni nutrizionali nei malati di mucoviscidosi.

Si raccomanda unicamente di integrare il concetto didattico con le raccomandazioni nutrizionali per la mucoviscidosi (dado nutrizionale) del gruppo di lavoro nutrizione e fibrosi cistica.

\* Daniel Gianelli, responsabile dietisti, Hochgebirgsklinik Davos, CF-Rehabilitationszentrum, tel. +41 81 417 35 43, daniel.gianelli@hgk.ch, www.hochgebirgsklinik.ch

## FORMATION



### INTRODUCTION À L'APPROCHE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE

L'approche cognitivo-comportementale s'appuie sur un modèle tridimensionnel qui met en lien nos pensées, nos émotions et nos comportements, dont font partie nos comportements alimentaires. Le postulat de base est que nos soucis, nos angoisses et beaucoup de nos souffrances proviennent plus de notre façon de voir les choses que des choses elles-mêmes. La définition des concepts théoriques de base ainsi qu'un bref historique du développement de cette approche seront présentés.

En participant à ce cours, les participant-e-s apprendront à utiliser les outils de base de l'approche cognitivo-comportementale que sont notamment: l'analyse fonctionnelle, la restructuration cognitive, la résolution de problème, les techniques d'exposition et la mise en œuvre de la théorie du conditionnement opérant appliquée au traitement des enfants. La définition d'objectifs, de moyens, de critères d'évaluation des résultats obtenus par cette approche permettra aux participant-e-s d'être sensibilisés à des tech-

niques, utiles dans leur pratique et validées scientifiquement quant à leur efficacité.

**Date:** Jeudi 17 et vendredi 18 janvier 2013

**Lieu:** Lausanne ou Yverdon

**Intervenants:** Claire Hofmann et Magali Volery

**Prix:** Membre ASDD CHF 320.–  
Non-membre CHF 540.–

**Délai d'inscription:** Vendredi 30 novembre 2012

## Was essen?

Was soll ich essen? Wie viel brauche ich wovon? Wie kann ich meine Mahlzeiten ausgewogen gestalten? Einen schnellen Überblick über das «Was, Wie viel und Wie» gibt die neue 24-seitige Broschüre «Was essen?» der Schweizerischen Gesellschaft für Ernährung SGE. Darin werden die sechs Stufen der Schweizer Lebensmit-

telpyramide vorgestellt und konkrete Portionenempfehlungen aufgeführt. Grossformatige Fotos zeigen die Vielfalt an Lebensmitteln und ihre Zuordnung zu den Pyramidenstufen. Erstmals ist in dieser Broschüre auch das SGE-Tellermodell, welches eine ausgewogene Mahlzeit veranschaulicht, abgebildet und erläutert.

Format A5, farbig illustriert, 24 Seiten  
(Mindestbestellmenge: 5 Exemplare)  
Preis für SGE-Mitglieder: CHF 1.60  
Nicht-Mitglieder: CHF 2.–

## A table!

Que devrais-je manger? En quelle quantité? Comment équilibrer mes repas? La nouvelle brochure «A table!» de la Société Suisse de Nutrition SSN répond à ces questions tout au long de ses 24 pages. Les six niveaux de la pyramide alimentaire suisse y sont présentés, avec des recommanda-

tions concrètes sur les portions. Des photos de grand format montrent la diversité des aliments et leur classement aux différents niveaux de la pyramide. Cette brochure présente et explique pour la première fois l'assiette optimale de la SSN, qui illustre un repas équilibré.

Format A5, illustré, 24 pages  
(Commande minimale: 5 exemplaires)  
Prix membre de la SSN: CHF 1.60  
Prix non-membre: CHF 2.–

## A tavola!

Cosa dovrei mangiare? Di quanto ne ho bisogno? Come posso prepararmi pasti equilibrati? Il nuovo opuscolo di 24 pagine della Società Svizzera di Nutrizione SSN, «A tavola!» informa rapidamente sul «Cosa, quanto e come» bisognerebbe mangiare. L'opuscolo presenta i sei livelli della piramide alimentare svizzera e formula racco-

mandazioni concrete per le porzioni. Numerose foto di grande formato mostrano gli alimenti più svariati e il loro abbinamento con i diversi livelli della piramide. In questo opuscolo appare per la prima volta anche il piatto modello SSN, che rende chiaro, illustra e spiega cosa sia un pasto equilibrato.

Formato A5, illustrato, 24 pagine  
(Ordinazione minima: 5 esemplari)  
Prezzo soci della SSN: CHF 1.60  
Prezzo non-soci: CHF 2.–



Wissenschaftliche Information für Ernährungsfachpersonen

## Gemeinsames Kochen und Essen beeinflussen das Essverhalten von Kindern und Jugendlichen

**Die Häufigkeit von gemeinsamen Familienmahlzeiten steht in direktem Zusammenhang mit den positiven Auswirkungen auf deren Essverhalten und Gewicht. Gemeinsames Kochen bewirkt zudem, dass Kinder am Familientisch weniger wählerisch sind.**

Kinder und Jugendliche, welche drei oder mehr Mahlzeiten pro Woche gemeinsam mit der Familie einnehmen, weisen gesündere Ernährungsgewohnheiten auf. Im Vergleich zu Kindern, die selten oder gar nie am Familientisch essen, sind diese auch eher normalgewichtig. Zudem verringert sich das Risiko für das Auftreten von gestörtem Essverhalten.<sup>1</sup>

Je nach Familien- und Lebenssituation beschneiden Faktoren wie Arbeit, Schule oder Kinderbetreuung die Zeit, um selber zu kochen und die ganze Familie regelmässig an

einem Tisch zu vereinen. Lebensmittel von Knorr bieten hier Hilfe, lassen sich gesunde und schmackhafte Gerichte doch einfach und gelingsicher auf den Tisch zaubern. Das vielfältige Angebot an Convenience-Produkten lässt sich auf einfache Art und Weise mit frischen Lebensmitteln ergänzen – der Fantasie sind dabei kaum Grenzen gesetzt.

### Gemeinsam Kochen mit Kindern: macht Spass und schmeckt!

Kinder entwickeln beim gemeinsamen Kochen Spass und Interesse an gutem und gesundem Essen. Eine aktuelle Studie der ETH Zürich zeigt zudem, dass Kinder, die ihren Eltern beim Kochen aktiv mithelfen, am Familientisch weniger wählerisch sind. Auch eine positive Stimmung am Esstisch trägt dazu bei, dass sie auf Neues weniger ablehnend reagieren.<sup>2</sup>



**10 Tipps und feine Rezeptideen zum Kochen mit Kindern finden Sie unter: [www.knorr.ch](http://www.knorr.ch)**

Abteilung Nutrition, Unilever Schweiz GmbH

#### Kostenlos zum Ausprobieren:

Bestellen Sie kostenlos ein **Knorr Bouillon Töpfl Mediterranée** zum Kennenlernen oder Abgeben in Ihrer Beratung: Schreiben Sie ein E-Mail mit dem Stichwort „Produktmuster“ und der Angabe Ihrer Adresse an [nutrition.ch@unilever.com](mailto:nutrition.ch@unilever.com)

#### Literatur:

- 1 Hammons AJ, Fiese BH. Is frequency of shared family meals related to the nutritional health of children and adolescents? *Pediatrics* 2011 Jun;127(6):e1565-74.
- 2 van der Horst K. Overcoming picky eating. Eating enjoyment as a central aspect of children's eating behaviors. *Appetite* 2012;58:567-574.

Informations scientifiques pour les professionnels de la nutrition

## La préparation et le partage de repas en commun influent sur les habitudes alimentaires des enfants et adolescents

**Il existe un rapport direct entre la fréquence des repas familiaux en commun et les répercussions positives sur les habitudes alimentaires et le poids des enfants et adolescents. Lorsque ces derniers sont impliqués dans la préparation des repas, ils se montrent par ailleurs moins difficiles une fois à table.**

Les enfants et adolescents qui partagent au moins trois repas par semaine avec les autres membres de la famille ont des habitudes alimentaires plus saines et, en comparaison avec les enfants qui ne mangent que rarement ou jamais à la table familiale, sont plutôt de poids normal. Le risque de troubles du comportement alimentaire s'en trouve lui aussi diminué.<sup>1</sup>

En fonction des constellations familiales et des situations de vie, divers facteurs tels que le travail, l'école ou la garde des enfants empiètent sur le temps à disposition pour préparer soi-

même les repas et réunir régulièrement tous les membres de la famille autour d'une même table. Les produits Knorr peuvent alors apporter une aide précieuse pour la préparation de plats sains et savoureux alliant simplicité et garantie de réussite. Le vaste assortiment d'aliments préparés peut être aisément combiné avec des produits frais – l'imagination n'étant ici soumise à pratiquement aucune limite.

### Cuisiner avec les enfants: s'amuser et savourer!

En participant à la préparation des repas, les enfants développent leur goût et leur intérêt pour une alimentation plus saine. Une étude actuelle de l'ETH de Zurich révèle par ailleurs que les enfants qui aident activement à la préparation des repas se montrent moins difficiles à la table familiale. Et quand l'ambiance pendant les repas est sereine et détendue, il est

également avéré que les enfants s'ouvrent plus facilement à de nouvelles saveurs.<sup>2</sup>

**Vous trouverez 10 idées de délicieuses recettes pour cuisiner avec les enfants sur [www.knorr.ch](http://www.knorr.ch)**

Département Nutrition, Unilever Suisse Sàrl

#### A tester gratuitement:

Commandez gratuitement un échantillon de notre **Marmite de Bouillon Mediterranée Knorr** à découvrir par vous-même ou à offrir dans votre cabinet: envoyez un e-mail avec le mot-clé «échantillon-produit» et mention de votre adresse à [nutrition.ch@unilever.com](mailto:nutrition.ch@unilever.com)

#### Bibliographie:

- 1 Hammons AJ, Fiese BH. Is frequency of shared family meals related to the nutritional health of children and adolescents? *Pediatrics* 2011 Jun;127(6):e1565-74.
- 2 van der Horst K. Overcoming picky eating. Eating enjoyment as a central aspect of children's eating behaviors. *Appetite* 2012;58:567-574.



## Darauf kommt es an beim Erhitzen von Rapsöl

Rapsöl ist ein gesundes, wenn nicht das gesündeste Speiseöl überhaupt, denn es enthält ein gesundheitlich vorteilhaftes Fettsäuremuster mit interessanten Mengen an Omega-6-Linolsäure (LA) und Omega-3-alpha-Linolensäure (ALA). Ob kalt gepresst oder raffiniert: Salate und kalte Vorspeisen, aber auch gedämpftes Gemüse gewinnen an Qualität, wenn sie mit Rapsöl zubereitet oder abgeschmeckt werden. Da Rapsöl ein empfindliches Öl ist, sollte es fürs Anbraten nur verwendet werden, wenn die Regeln der guten Kochtechnik eingehalten werden.

Rapsöl ist die beste Wahl für die kalte Küche und sehr gut für die warme Küche geeignet. Zusätzlich kann auf der Rapsölflasche auch das Piktogramm «Anbraten bei 180 °C» offen sein. Dies wird immer wieder mit Erstaunen zur Kenntnis genommen, gilt doch ALA als sehr empfindliche Fettsäure.

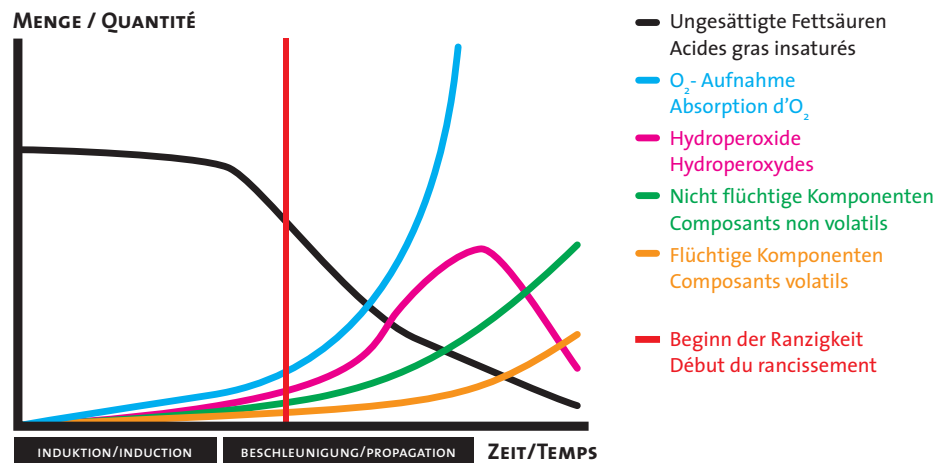
### Die Wege des Fettabbaus

Wie reagiert denn Rapsöl auf eine Erhitzung? Öle und Fette verderben auf drei Wegen:

- Thermolyse: Zersetzung durch starke Erhitzung
- Lipolyse: Freisetzung von Fettsäuren in Anwesenheit von Wasser
- Oxidation: Abbau durch Reaktion mit Luftsauerstoff

Niemand heizt heute das Öl in der Pfanne bis zum Rauchpunkt, der bei Rapsöl je nach Qualität zwischen 200 und 240 °C liegt und sich durch einen stechenden Geruch bemerkbar macht. Und beim Anbraten steht die Oxidation durch Luftsauerstoff und Hitze im Vordergrund, und sie lässt sich mit der richtigen Brattechnik in Schranken halten. Trotzdem ist ein Verlust an Vitamin E und an ALA unumgänglich, und es können unerwünschte Stoffe entstehen (Cuvelier 2012).

Die Fettoxidation beginnt mit einer Induktionsphase, deren Dauer abhängig von der Zusammensetzung des Öls, der Temperatur, der Pfannenbeschaffenheit, des Bratguts und der Wärmequelle ist, also stark variieren kann. Freie Fettsäuren oder Metalle beschleunigen die Oxidation. In raffiniertem Rapsöl ist dank der Neutralisation und Auswaschung nur wenig freie ALA vorhanden. ALA ist hauptsächlich in den Triglyceriden gebunden und somit etwas stabiler als freie ALA. Deshalb ist raffiniertes Rapsöl stabiler als kaltgepresstes und erträgt eine kurzzeitige, stärkere Erhitzung besser.



Schema des oxidativen Abbaus von ungesättigten Fettsäuren im Verlauf der Zeit (nach Labuza T. und Dungan S., 1971)  
Evolution schématique de l'oxydation des acides gras insaturés au cours du temps (adapté de Labuza T. et Dungan S., 1971)

### Vitamin E schützt das Rapsöl

Antioxidantien wie Vitamin E verlängern die Induktionsphase. Die ALA und LA im Rapsöl sind durch das vorhandene Vitamin E vor einer schnellen Oxidation geschützt. Sind die Antioxidantien einmal aufgebraucht, steigen die Sauerstoffaufnahme ins Öl und die Konzentrationen der ersten Oxidationsprodukte, der Peroxide, exponentiell an. Im Modell wird dieser Punkt mit Rapsöl nach 3 Min. und 180 °C (Dumont 2012) erreicht. Damit startet eine Radikalreaktion, die ihrem Namen alle Ehre macht. Leider gibt es kaum Studien über das Kochen im Privathaushalt, die Variablen sind einfach zu vielfältig. Man kann aber aus den Modellen ableiten, dass für Rapsöl eine kurzzeitige Erhitzung auf 140 bis 160 °C akzeptiert werden kann. (Dumont 2012, Vigneron 2006).

### Die findige Köchin arbeitet aufmerksam

Diesen Temperaturbereich einzuhalten, ist nicht einfach. Zuerst wird die Bratpfanne erwärmt, höchstens auf der zweitobersten Stufe, um eine Überhitzung zu vermeiden. Zwischen 150 und 200 °C findet die Bildung einer aromatischen Kruste statt. Diese Temperatur kann in der Pfanne mithilfe eines

Wassertropfens erkannt werden. Der Leidenfrost-Effekt führt dazu, dass ab ca. 160 °C ein hinzugegebener Wassertropfen auf seinem eigenen Dampf in der Pfanne herumtanzet. Das ist der Zeitpunkt, um kurz hintereinander das Rapsöl und das Bratgut in die Pfanne zu geben. Bei dieser Brattechnik wird das Rapsöl kurz und schnell erhitzt, und obwohl es in der Pfanne einen dünnen Film mit grosser Oberfläche und Luftkontakt bildet, läuft die Oxidation nicht in grossem Ausmass ab. Denn das Bratgut liegt sofort auf dem Öl, saugt dieses auf und schützt es zudem durch eine leichte Temperatursenkung.

Rapsöl mit seinem hervorragenden Fettsäuremuster ist gesundheitlich vor allem interessant, wenn die ALA und das Vitamin E erhalten bleiben. **Eine gute Kochtechnik belastet das Öl weniger hoch als allgemein angenommen, für die Privatküche ist sie aber zu aufwendig. Kann der beschriebene Ablauf nicht eingehalten werden, sollte für das Anbraten ein hitzestabileres Öl wie Rapsöl HOLL verwendet werden.**

[Eine Information der Kommission Schweizer Rapsöl](#)



## Le point sur l'utilisation à chaud de l'huile de colza

L'huile de colza est une huile favorable à la santé, si ce n'est la plus saine, grâce à un profil d'acide gras (AG) particulièrement intéressant. Qu'elle soit pressée à froid ou raffinée, les salades et hors-d'œuvre froids, mais aussi les légumes à l'étouffée gagnent en qualité, s'ils sont préparés avec l'huile de colza ou en sont assaisonnés. L'huile de colza est cependant un produit fragile qui ne peut être employé pour rôtir que si les règles d'une bonne technique culinaire sont appliquées.

L'huile de colza est le meilleur choix pour la cuisine froide, mais convient aussi très bien pour les méthodes de cuisson douce. Les emballages d'huile de colza portent souvent le pictogramme «cuisson à 180 °C». Voilà qui peut étonner, en regard de ce qui suit.

### Les voies de dégradations des graisses

Comment l'huile de colza réagit-elle donc au chauffage? L'huile se dégrade selon trois voies:

- Dégradation thermique: altérations sous l'effet de hautes températures
- Lipolyse: libération des AG en présence d'eau.
- Oxydation: dégradation spontanée en présence d'oxygène.

Lors de la cuisson à la poêle (friture plate), ce sont essentiellement les mécanismes d'oxydation par l'oxygène de l'air et la chaleur qui sont impliqués et doivent être maîtrisés. Une perte en vitamine E et en acide alpha linoléique (ALA) est cependant inévitable, et des substances indésirables peuvent être formées (Cuvelier 2012). L'oxydation des graisses débute par une phase d'induction, dont la longueur dépend de la composition de l'huile, de la tempé-

rature, du revêtement de la poêle, du type d'aliment et de la source de chaleur; elle peut donc fortement varier. La présence d'acides gras libres (AGL) ou de métaux accélèrent l'oxydation; dans l'huile de colza raffinée, les graisses se présentent essentiellement sous forme de triglycérides, les AGL contenus dans l'huile brute étant neutralisés et lavés pendant le raffinage. Ainsi, l'huile de colza raffinée est plus stable que celle pressée à froid et supporte mieux une courte durée de chauffage.

### La vitamine E protège l'huile de colza

La phase d'induction est allongée par la présence d'antioxydants, tels que la vitamine E. Les AG polyinsaturés de l'huile de colza sont protégés d'une oxydation rapide par la présence importante de vitamine E. Le potentiel antioxydant épuisé, l'effet de l'oxygène sur l'huile et la concentration des premiers produits d'oxydation, les peroxydes, augmentent de manière exponentielle (réaction radicalaire en chaîne). Dans cette situation, une cuisson à 180 °C pendant 3 minutes détruirait complètement la vit. E (Dumont 2012). Peu d'études portent sur la cuisson «à la poêle» d'usage plutôt domestique, les variables étant simplement trop nombreuses. On peut cependant déduire des modèles

existants, et des quelques données disponibles, qu'une montée en température d'une durée limitée à 140 à 160 °C serait supportée (Dumont 2012, Vigneron 2006).

### Le cuisinier avisé est astucieux et attentif

Maintenir cette plage de température n'est pas facile. En premier lieu, la poêle est préchauffée en réglant la température au 4/5 de la chaleur maximum afin d'éviter une surchauffe. Pour obtenir une croûte aromatique, la température devrait se situer entre 150 et 200 °C. Le test de la goutte d'eau permet de vérifier que la poêle ait une température correcte: selon le principe de Leidenfrost, une goutte d'eau tombée dans une poêle danse sur sa propre vapeur dès 160 °C. C'est le moment d'ajouter rapidement successivement l'huile et l'aliment dans la poêle, ce qui a pour effet de faire baisser la température de l'huile. Par cette technique de rôtissage, l'huile de colza s'élève rapidement en température sur une courte durée, et bien qu'elle forme une fine couche avec une grande surface au contact de l'air, l'oxydation se produit dans des proportions réduites.

L'huile de colza avec ces précieux AG est particulièrement intéressante pour notre santé, à la condition que son contenu en ALA et vitamine E puisse être préservé. **Une bonne technique d'utilisation, associée à une conservation adéquate de l'huile, produit moins d'effet délétère que généralement admis. Une utilisation ménagère correcte est exigeante. Lorsque la séquence décrite plus haut ne peut être respectée, il convient de préférer pour la cuisson à la poêle une huile plus stable à la chaleur comme l'huile de colza HOLL.**

Une information de la Commission Huile de colza suisse.

#### Bratpfanne

- Kleine Menge Öl
- Grosse Oberfläche mit Luftkontakt
- Kurze, schnelle Erhitzung
- Keine kritische Wasserzugabe
- Einmalige Verwendung

> Oxydation



#### Cuisson friture plate

- Faible quantité d'huile
- Grande surface d'exposition à l'air
- élévation de la température rapide et brève
- Pas d'apport critique en eau
- Utilisation unique

> Oxydation

#### Fritteuse

- Grosse Menge Öl
- Kleine Oberfläche mit Luftkontakt
- Langsame, fortwährende Erhitzung
- Vermischung mit Wasser aus dem Frittiergut
- Mehrfache Nutzung

> Oxydation, Lipolyse, Thermolyse



#### Friture profonde

- Quantité d'huile importante
- Faible surface d'exposition à l'air par rapport au volume d'huile
- élévation lente et continue de la température
- Présence d'eau dans la denrée frite
- Utilisations multiples (conservation)

> Oxydation, lipolyse, dégradation thermique

Krist S. et al. (2008) *Lexikon der pflanzlichen Fette und Öle* Springer/Wien/NewYork • Dumont E. (2012) *Persönliche Kommunikation/Communication personnelle* • Vigneron PY. et al. (2006) *L'huile de colza: une huile multi-usages en devenir* OCL; 13(5): 363-367 • Cuvelier ME., Maillard MN. (2012) *Stabilité des huiles alimentaires au cours de leur stockage*. OCL; 19(2): 125-132. • Labuza TP. (1971) *Kinetics of Lipid Oxidation in Foods*. CRC Crit. Rev. Food Technol. 10: 355-405 • Add Leidenfrost-Effekt: [http://fr.wikipedia.org/wiki/Effet\\_Leidenfrost](http://fr.wikipedia.org/wiki/Effet_Leidenfrost); [http://en.wikipedia.org/wiki/Leidenfrost\\_effect](http://en.wikipedia.org/wiki/Leidenfrost_effect)

# Agenda

Datum	Ort	Veranstaltung	Auskunft	SVDE-Punkte
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: Gestern, heute, morgen: Generalistin – Spezialistin – Expertin</b>	www.svde-asdd.ch	1
17.10.2012	Bern	Berner Fachhochschule Gesundheit <b>Ernährung und Bewegung im Alter</b>	www.svde-asdd.ch	–
18.10.2012–10.05.2013	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	–
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
06.11.2012–28.05.2013	Genève/Lausanne	Haute école de santé, Genève, Filière nutrition et diététique <b>Pratique clinique de l'évaluation nutritionnelle de l'adulte</b>	www.svde-asdd.ch	8
07.11.2012–10.11.2012	Stels im Prättigau	Max Schlorff <b>Lösungsorientiertes Beraten, Grundkurs (Fexer-Kurs)</b>	www.schlorff.ch	6
08.11.2012–09.11.2012	Olten	SoMICE – <b>Motivierende Gesprächsführung</b>	www.somice.ch	4
08.11.2012	Vevey	Secrétariat Programme cantonal Diabète <b>Des Recommandations c'est bien pratique!</b>	www.vd.ch	1
08.11.2012	Lausanne	GESKES-SSNC und Centre Hospitalier Universitaire Vaudois <b>Nutrition en Soins Intensifs: «Le point sur les éléments traces et les lipides en réanimation»</b>	www.svde-asdd.ch	1
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
09.11.2012–10.11.2012	Bern	BFH Bern – <b>Mehr Kompetenz und Sicherheit in der Beratung Betroffener mit «Unverträglichkeiten»</b>	www.gesundheit.bfh.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 – Symposium <b>Der Mensch mit geistiger und Mehrfachbehinderung im Zentrum</b>	www.svde-asdd.ch	2
16.11.2012	Sion	Fondation Senso5 – <b>Colloque scientifique</b> Aliments et mangeurs – un dialogue complexe	www.svde-asdd.ch	2
17.11.2012	Genève	Fondation romande diabète – <b>Journée Romande du diabète</b>	www.fondationromande-diabete.ch	1
22.11.2012	Bern	Berner Fachhochschule Gesundheit <b>Bewegung und Ernährung rund um die Schwangerschaft: aus der Perspektive von Physiotherapie und Ernährungsberatung</b>	www.svde-asdd.ch	–
22.11.2012	Petit-Saconnex	NestléHealth Science <b>Troubles de la déglutition: ce que vous devez savoir pour aider vos résidents en EMS</b>	www.svde-asdd.ch	1
22.11.2012	Bern	<b>Profiline-Herbstweiterbildung</b> «Humor und paradoxe Interventionen»	–	1

**WEITERBILDUNG  
FORMATION CONTINUE  
FORMAZIONE CONTINUA**

Datum	Ort	Veranstaltung	Auskunft	SVDE-Punkte
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	Basel	SGE und ÖGE <b>Symposium 100 Years of Vitamins</b>	–	1
30.11.2012	Zürich	SVDE ASDD <b>Methodenkompetenz in der Ernährungsberatung vertiefen</b>	www.svde-asdd.ch	2
30.11.2012 –01.12.2012	–	BFH Bern <b>Zöliakie-Betroffene sicher und kompetent beraten</b>	www.gesundheit.bfh.ch	4
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	Köln, D	ProGesundheit, Prof. Dr. Holger Hassel <b>Ernährungsbildung im Quartier</b>	www.svde-asdd.ch	2
07.12.2012	Bern	BFH Bern <b>Ausgewählte Kapitel der allgemeinen und speziellen Pharmakologie für die Ernährungsberatung</b>	www.gesundheit.bfh.ch	–
08.12.2012–09.12.2012	Köln, D	ProGesundheit, Prof. Dr. Holger Hassel <b>Motivieren – Intensivtraining für Berater &amp; Kursleiter</b>	www.svde-asdd.ch	5
13.12.2012	Bern	Berner Fachhochschule Gesundheit <b>Einfluss von Ernährung und Bewegung auf die kognitive Leistungsfähigkeit</b>	www.svde-asdd.ch	–
14.01.2013	Bern	Berner Fachhochschule Gesundheit <b>Sport und Ernährung – Erfolgsfaktoren sportlicher Leistungsfähigkeit</b>	www.svde-asdd.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>HEdS-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	–

# ENTERALE ERNÄHRUNG NUTRITION ENTERALE



## Fresubin 2 kcal HP (fibre)

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

✓ 200 kcal und 10 g Protein pro  
100 ml  
200 kcal et 10 g 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