



SVDE ASDD

Schweizerischer Verband
der Ernährungsberater/innen
Association suisse
des diététicien-ne-s
Associazione Svizzera
delle-dei Dietiste-i

SVDE ASDD

Info

4 / 2016

August | Août | Agosto



Vitaminstatus-Erhebung im Spital – nötig oder nur Kosten verursachend?

Evaluation du statut vitaminique à l'hôpital:
une nécessité ou une simple source de dépenses?

Rilevare lo status vitaminico in ospedale: necessario o solo dispendioso?

Fortimel Compact

Nährstoffe in kompakter Form.

Des nutriments dans une forme plus compacte.



Für eine **bessere Compliance** Ihrer Patienten.*

Pour une meilleure compliance de vos patients.*



Kleines Trinkvolumen – kompakte Nährstoffversorgung mit 125 ml (2,4 kcal/ml)



Petit volume à boire – apport compact de nutriments avec 125 ml (2,4 kcal/ml)



Überlegen im Geschmack – für mehr Abwechslung in 7 Geschmackssorten und einer neutralen Variante, besonders geeignet zur Anreicherung von herzhaften Speisen

Au goût supérieur – 7 arômes différents pour plus de diversité et une variante neutre, particulièrement indiquée pour enrichir des repas savoureux

Verbesserte, niedrige Viskosität – für ein noch angenehmeres Trinkgefühl **

Faible viscosité améliorée – pour une sensation encore plus agréable **

* im Vergleich zu herkömmlicher 200 ml Standard-Trinknahrung (Quelle: Hubbard et al: Proceedings of the Nutrition society [2010] 69 [OCE], E164)

En comparaison avec 200 ml d'une alimentation buvable conventionnelle standard (Source: Hubbard et al: Proceedings of the Nutrition society [2010] 69 [OCE], E164)

** Eine veränderte Fettsäurenkomposition trägt zu einer optimierten, niedrigeren Viskosität bei (Fortimel Compact: 70-85 mPa*s vs. Fortimel Compact 2.4: 50-65 mPa*s)

Une composition modifiée d'acides gras contribue à une plus faible viscosité optimisée (Fortimel Compact: 70-85 mPa·s versus Fortimel Compact 2.4: 50-65 mPa·s)



**Schon reserviert?
Déjà réservé?
Già riservato?**

Registered Dietitian Day

**findet am 8. März 2017 statt.
aura lieu le 8 mars 2017.
avrà luogo il 8 marzo 2017.**

**Informationen | Informations | Informazioni:
S./p. 19**

Die Generalversammlung 2017 wird im Rahmen der 75-Jahr-Jubiläumsfeier am 24. März in Bern stattfinden.

L'assemblée générale 2017 se tiendra le 24 mars à Berne en marge des festivités organisés à l'occasion du 75^e anniversaire de l'ASDD.

L'assemblea generale 2017 si terrà a Berna il 24 marzo 2017 nel contesto dei festeggiamenti per il 75° anniversario dell'ASDD.

Reservieren Sie sich diese Daten schon heute!

Veuillez d'ores et déjà réserver ces dates!

Riservatevi queste date sin d'ora !

DEUTSCHSCHWEIZ

Editorial	2
Fachteil	4
Wort der Präsidentin	16
Aktuelles	21
Buchrezension	24
Kursübersicht.....	27

SUISSE ROMANDE

Editorial	2
Rubrique professionnelle.....	8
Le mot de la présidente	16
Actualité.....	22
Compte-Rendu	24
Vue d'ensemble des cours.....	27

SVIZZERA ITALIANA

Editoriale	2
Rubrica professionale.....	12
Parola della presidentessa.....	17
Attualità	23
Review	24
Panoramica dei corsi.....	27

Impressum

Offizielles Organ des SVDE / Organe officiel de l'ASDD /
Organo ufficiale dell'ASDD
Herausgeber / Editeurs responsables / Editore responsabile
SVDE ASDD
Schweizerischer Verband der Ernährungsberater/innen
Association suisse des diététicien-ne-s
Associazione Svizzera delle-di Dietiste-i
Altenbergrasse 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

Redaktion / Rédaction / Redazione
SVDE ASDD, Manuela Begert, Altenbergrasse 29,
Postfach 686, 3000 Bern 8, redaction@svde-asdd.ch

Stellenanzeiger + Inserate / Service d'emploi + Annonces / Offerte d'impiego + Annunci
SVDE ASDD, Sekretariat, Altenbergrasse 29, Postfach 686,
3000 Bern 8

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, Esterro Fr. 85.–/anno

Auflage / Tirage / Tiratura: 1250

Themen / Sujets / Temi

- 1/2016 Suchtherapie bei Essverhaltensstörungen?
Thérapie contre les addictions en cas de troubles du comportement alimentaire?
Terapia della dipendenza in caso di disturbi del comportamento alimentare?
- 2/2016 Substrate für die Wundheilung
Substrati per la cicatrizzazione delle piaghe
Substrati per la cicatrizzazione delle ferite
- 3/2016 NutriDays / GV 2016 + Aktuelle Empfehlungen zur Fettauswahl und zum Einsatz von Fetten im Haushalt
NutriDays / AG 2016 + Recommandations actuelles sur la sélection des matières grasses et l'utilisation de ces dernières dans la cuisine domestique
NutriDays / AG 2016 + Raccomandazioni attuali per la scelta e l'utilizzo dei grassi nella cucina domestica
- 4/2016 Vitaminstatus-Erhebung im Spital – nötig oder nur Kosten verursachend?
Evaluation du statut vitaminique à l'hôpital:
une nécessité ou une simple source de dépenses?
Rilevare lo status vitamínico in ospedale:
necessario o solo dispensioso?
- 5/2016 «Omics»-Technologien und die individualisierte Ernährung
Technologies «omics» et nutrition personnalisée
Le tecnologie «omics» e la nutrizione individualizzata
- 6/2016 Lebensmittelrecht und Nährwertdaten
Droit des denrées alimentaires et valeurs nutritives
Diritto in materia di derrate alimentari e dati sui valori nutritivi

Druck / Impression / Stampa

Multicolor Print AG, Baar

Redaktions- und Inserateschluss / Délais des insertions et de rédaction / Termine d'inserzione et di redazione:
5/16: 9. September 2016, le 9 septembre 2016,
il 9 settembre 2016

Tarifdokumentation / Documentation tarifaire / Documentazione delle tariffe
www.svde-asdd.ch

Geschäftsstelle / Secrétariat / Secretariato
SVDE ASDD
Schweizerischer Verband der Ernährungsberater/innen
Association suisse des diététicien-ne-s
Associazione Svizzera delle-di Dietiste-i
Altenbergrasse 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 / Presidentessa
Gabi Fontana
gabi.fontana@svde-asdd.ch

Vizepräsidentin / Vice-présidente / Vice presidente
Adrian Rufener
adrian.rufener@svde-asdd.ch
Barbara Richli
barbara.richli@svde-asdd.ch

Vorstand / Comité / Comitato direttivo
Bildungsstandards / Standards de formation / Standard formativi
Adrian Rufener
adrian.rufener@svde-asdd.ch
Kommunikation / Communication / Comunicazione:
Barbara Richli
barbara.richli@svde-asdd.ch

Tarifverhandlungen & DRG / Négociations tarifaires & DRG / Negoziazioni tariffarie & DRG
Gabi Fontana
gabi.fontana@svde-asdd.ch

Serviceleistungen / Services / Servizio:
Brigitte Christen-Hess
brigitte.christen@svde-asdd.ch

Arbeitsstandards / Standards de travail / Standard lavorativi
Florine Riesen
florine.riesen@svde-asdd.ch

Fortbildung / Formation continue / Formazione continua
Anne Blancheau
anne.blancheau@svde-asdd.ch

Titelbild / Photo de couverture / illustrazione di copertina
Bild/image/immagine: fotolia

ClimatePartner®
Klimaneutral
Druck | ID: 11020-1305-1006



Franziska Koch

Redaktionskommission
Commission de la rédaction
Commissione della redazione

Liebe Leserinnen und Leser

Sind Sie auch schon einmal beim Grosshändler vor dem Gestell mit den Vitamin-supplementen gestanden? Das Angebot scheint immer grösser und grösser zu werden und die Kombinationen immer komplexer. Das Angebot stösst in der Bevölkerung auch auf grossen Anklang und wird grosszügig benutzt, obwohl bisher kein nachweislicher Effekt für Multivitamin-präparate in Studien nachgewiesen werden konnte.

Multivitaminpräparate werden aber auch im Spital eingesetzt. In welchen Fällen können wir damit einen Effekt bewirken? Wen behandeln wir damit?

Wie nehmen wir die Vitaminabdeckung unserer Patientinnen und Patienten überhaupt wahr? Beachten wir dazu in erster Linie die Laborwerte oder verlassen wir uns auf unsere Anamnesen?

Frage über Fragen! Gut, dass mir Maya Rühlin, Leiterin Ernährungstherapie/-beratung, und Peter E. Ballmer, Direktor/Chefarzt Departement Medizin im Kantonsspital Winterthur, bei der Suche nach Antworten zur Seite standen.

Diese Fragen sollen sich aber nicht nur auf die stationären Patientinnen/Patienten beschränken. Fragen wir unser Gegenüber in den ambulanten Beratungen immer nach allfälligen Vitaminsupplementen im Wissen, dass der Markt boomt.

Ich wünsche Ihnen eine spannende Lektüre und hoffe auf einen sonnigen Herbst, damit unser Vitamin-D-Speicher gut gefüllt wird!

Chères lectrices, chers lecteurs,

Vous êtes-vous déjà retrouvé-e devant l'étagage des suppléments vitaminés dans un grand magasin? L'offre de produits semble s'élargir de plus en plus, et les combinaisons gagnent en complexité. Les suppléments vitaminés rencontrent un grand succès auprès de la population et leur consommation est importante, même si leur efficacité n'a pas pu être prouvée dans les études à ce jour.

A l'hôpital aussi, des préparations multivitaminées sont administrées. Dans quels cas peuvent-elles produire un effet ? Quels types de patient-e-s permettent-elles de soigner?

Comment s'assurer que les besoins des patient-e-s en vitamines sont couverts? Nous reposons-nous en priorité sur les analyses de laboratoire ou faisons-nous confiance aux anamnèses?

Autant de questions qui en soulèvent d'autres! Heureusement, Maya Rühlin, responsable du service de diététique et de thérapie nutritionnelle, et Peter E. Ballmer, directeur et médecin-chef du service de médecine à l'hôpital cantonal de Winterthour, nous ont aidé à trouver des réponses.

Toutefois, ces questions ne doivent pas se limiter aux patient-e-s hospitalisé-e-s. Lors des consultations ambulatoires, demandons-nous systématiquement à notre vis-à-vis s'il ou si elle prend des suppléments vitaminés, sachant que ce marché est en plein boom.

Je vous souhaite une lecture passionnante et un automne ensoleillé, pour pouvoir faire le plein de vitamine D!

Cara lettrice e caro lettore

Vi è mai capitato di dare un'occhiata allo scaffale degli integratori vitaminici nel vostro supermercato? L'offerta sembra crescere di giorno in giorno e le combinazioni si fanno sempre più complesse. Benché a tutt'oggi gli studi non abbiano dimostrato alcun effetto concreto, i consumatori sono entusiasti degli integratori multivitaminici e ne consumano in grandi quantità.

I preparati multivitaminici vengono però usati anche negli ospedali. In quali casi ci consentono di ottenere un effetto concreto? A chi somministriamo questi prodotti?

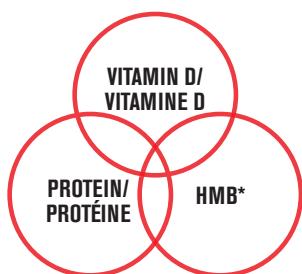
Facciamo attenzione alla copertura vitamica dei nostri pazienti? Ci basiamo soprattutto sui valori di laboratorio o ci fidiamo semplicemente delle nostre anamnesi?

Quante domande! È stato dunque un bene che Maya Rühlin, responsabile terapia e consulenza nutrizionale, e Peter E. Ballmer, direttore e primario del Dipartimento di medicina dell'ospedale cantonale di Winterthur, mi abbiano aiutata a trovare le risposte.

Tali quesiti non vanno comunque limitati soltanto ai pazienti ricoverati in ospedale. Siamo consapevoli del grande successo di mercato degli integratori vitaminici e, durante le consulenze ambulatoriali, ci ricordiamo di chiedere sempre a chi ci sta di fronte se ne fa uso.

Vi auguro una lettura appassionante ed un autunno assolato che ci permetta di colmare le nostre riserve di vitamina D!

Lassen Sie sich von Ensure® Plus Advance bewegen *Laissez-vous emporter par Ensure® Plus Advance*



**schneller, mobiler
mobile, plus rapide**

Die Kraft die Muskelmasse macht

Ein Maximum an Protein – Zusätzlicher Vorteil durch den funktionellen Metaboliten HMB* und einen erhöhten Gehalt an Vitamin D.
Erhält die Muskelmasse und Muskelkraft.

La force qui augmente la masse musculaire

Un maximum de protéines – Des avantages supplémentaires grâce au métabolite actif HMB* et une teneur accrue en vitamine D.
Pour entretenir la masse et la force musculaire.

* β -Hydroxy- β -Methylbutyrate / β -hydroxy- β -methylbutyrate

Zwei
neue Aromen
*Deux nouveaux
arômes*

Abbott AG, Neuhoferstrasse 23, CH-6341 Baar, Tel: 041 768 43 33, Fax: 041 768 43 50
Abbott Hotline: 0800 88 80 81, E-Mail: marketing.nutritional.ch@abbott.com, www.abbottnutrition.ch

Erhebung des Vitaminstatus im Spital – wie viel ist nötig?

Der Mensch braucht Vitamine – darüber müssen wir nicht diskutieren! Dennoch wird via Medien immer wieder mal das eine oder andere Vitamin besonders hervorgehoben und als Prävention für «alles Mögliche» angepriesen. Was lernt die Menschheit daraus? Vitaminsupplemente einsetzen, um möglichst alles abzudecken? Ist dieser Trend der generellen Supplementierung auch im Spital erkennbar? Treffen wir «mit Vitaminen besser abgedeckte» Patentinnen/Patienten an?

Maya Rühlin, BSc, Ernährungsberaterin SVDE, Leiterin Ernährungstherapie/-beratung, und Prof. Dr. med. Peter E. Ballmer, Direktor/Chefarzt Departement Medizin vom Kantonsspital Winterthur (KSW), halfen mir, diesen Fragen auf den Grund zu gehen.

Gibt es Vitamine, die beim Eintritt ins KSW standardmäßig erhoben werden?

P. Ballmer: Vitamine werden letztlich dann bestimmt, wenn klinische Symptome oder Befunde für einen Mangel vorliegen. «Einfach so» ohne Anzeige, bestimmen wir keine Vitamine.

Würde es Sinn machen, vermehrt den Vitaminstatus zu messen oder wird tendenziell (zu) viel gemessen?

P. Ballmer: Wir bestimmen den Vitaminstatus sicher nicht zu oft, aber auch nicht zu wenig. Wie erwähnt, müssen Symptome und Befunde vorliegen, welche auf einen möglichen Vitaminmangel hindeuten.

Welche Patientinnen/Patienten gehören zu den Risikogruppen für Vitaminmangel?

M. Rühlin: Ältere, gebrechliche Menschen, Personen mit Zeichen der Mangelernährung. Menschen, die in sozialer Isolation oder in gewissen Altersinstitutionen wohnen. Personen mit einer Essstörung, Fehlernährung (inkl. Übergewicht, Adipositas, nach bariatrischem Eingriff). Patientinnen/Patienten mit einer konsumierenden onkologischen Erkrankung oder mit intensivmedizinischer Akuterkrankung sowie Patientinnen/Patienten nach grossen viszeralchirurgischen Eingriffen, z.B. mit Kurzdarmsyndrom oder chronisch entzündlichen Darmerkrankungen.

Generell multimorbide Menschen, die, wie der Name sagt, an mehreren Krankheiten gleichzeitig leiden.

In den Spitälern wird nicht bei allen diesen Krankheitsbildern der Vitaminstatus erhoben. Warum? Kann der Vitaminstatus auch anhand des Erscheinungs- oder Krankheitsbildes «abgeschätzt» werden?

P. Ballmer: Das stimmt so nicht ganz. In der Klinik für Innere Medizin bestimmen wir z.B. den Vitamin-D-Status sehr häufig. Gerade gebrechliche ältere Menschen mit Gehschwäche haben sehr oft einen massiven Vitamin D-Mangel (Tabelle 1). Da Vitamin-D-Mangel mit einer Muskelschwäche v.a. der Oberschenkel assoziiert ist, geben wir dann Vitamin D (z.B. in Tropfenform) langfristig und regelmässig. Die eidgenössische Ernährungskommission des BAG empfiehlt, dass Personen ab 60 Jahren regelmäßig täglich 800 IE Vitamin D einnehmen, auch wenn sie gesund sind (Tabelle 2).

Auch das Vitamin B12 und die Folsäure werden oft im Blut bestimmt, speziell wenn Veränderungen des Blutbilds bestehen, z.B. vergrösserte rote Blutkörperchen (eine sog. Makrozytose).

In diesem Zusammenhang darf auch die Bestimmung des Ferritins, als Ausdruck der Eisenspeicher, erwähnt werden. Die Bestimmung des Ferritins allein ist in akuten Situationen nicht angezeigt, da bei entzündlichen Zuständen mit Erhöhung des C-reaktiven Proteins (CRP), das Ferritin fälschlicherweise hoch ist.

Wünscht sich der/die Ernährungsberater/in für die Erhebung der Ernährungsdiagnose vermehrt Vitamin-Laborwerte?

M. Rühlin: Nein resp. nur gezielt – obenannte Vitamine reichen aus.

In welchen Fällen nützt die Erhebung der Vitaminversorgung überhaupt oder wann ist sie unumgänglich?

P. Ballmer: Die Vitamine D, B12 und die Folsäure werden oft bestimmt, wenn ein Verdacht vorliegt, es könnte eine Unterernährung bestehen. Beim alkoholkrank-

Tabelle 1: Beurteilung der Versorgung und klinische Bedeutung

Gemäss dem Expertenbericht der Eidgenössischen Ernährungskommission liegt bei einer 25(OH)D-Konzentration unter 50 nmol/l ein Vitamin-D-Mangel vor; unterschieden werden die Unterversorgung (Konzentration zwischen 25–49 nmol/l) und der schwere Vitamin-D-Mangel (< 25 nmol/l).

Beurteilung der Versorgung	25-Hydroxy-Vitamin D im Blut in nmol/l (ng/ml)	Klinische Bedeutung/Auswirkung
Schwerer Mangel	< 25 nmol/l (< 10 ng/ml)	Gefahr einer Mineralisationsstörung des Knochens/Rachitis/Osteomalazie
Unterversorgung	25–49 nmol/l (10–19 ng/ml)	Gefahr eines erhöhten Knochenabbaus-/umsatzes und/oder Parathormonanstiegs
Vitamin-D-Mangel	< 50 nmol/l (< 20 ng/ml)	Umfasst die Vitamin-D-Unterversorgung und den schweren Mangel
Ausreichende Vitamin-D-Versorgung (Mindestkonzentration)	50 nmol/l (20 ng/ml)	Geringes Risiko für Knochenabbau und Parathormonanstieg, neutrale Wirkung bzgl. Stürzen und Frakturen
Zielwert für Sturz- und Frakturreduktion	75 nmol/l (30 ng/ml)	Unterdrückung des Parathormonanstiegs und Knochenabbaus, Sturz- und Frakturreduktion

Quelle: Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen (BLV)

Tabelle 2: Empfohlene Tageszufuhr von Vitamin D

Bevölkerungsgruppe	Empfohlene Tageszufuhr
Säuglinge im 1. Lebensjahr	400 IE/Tag (10 µg/Tag)
Kinder im 2. und 3. Lebensjahr	600 IE/Tag (15 µg/Tag)
Personen zwischen 3 und 60 Jahren Schwangere und Stillende	600 IE/Tag (15 µg/Tag)
Personen ab 60 Jahren	800 IE/Tag (20 µg/Tag)

IE = Internationale Einheiten. 1 µg = Mikrogramm = $\frac{1}{1000}$ Milligramm

Quelle: Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen (BLV)

ken Menschen mit Verdacht auf das Vorliegen eines sog. Wernicke-Korsakow-Syndroms (Gleichgewichtsstörungen, Augenmuskellähmungen, Doppelbilder, Gedächtnisschwäche, Psychose u.v.m.), bestimmen wir den Vitamin-B1-Status; dieses Krankheitsbild muss aber nicht nur mit Vitamin B1 alleine sondern dem ganzen Vitamin-B-Komplex behandelt werden.

Werden Vitamin-Mängel z.T. unterschätzt bzw. vernachlässigt?

P. Ballmer und M. Rühlin: Unseres Erachtens kaum – mit Ausnahmen. Im Bereich der Lifestyle-Modifikationen werden z.T. ganze Batterien von Vitaminen gemessen, ohne dass klare Konsequenzen bei abnormalen Werten gezogen werden können. Ich spreche da z.B. von der Bestimmung von sogenannten Antioxidantien, wie Vitamin C, E, Selen u.a., deren Bestimmung sehr fragwürdig ist und die betroffenen Personen stark verunsichern kann.

Hingegen sind in einigen Situationen spezifische Vitamin-Bestimmungen wichtig. So etwa beim Verdacht auf das Vorliegen einer Wernicke-Enzephalopathie (im Rahmen von Alkoholabhängigkeit) (Tabelle 3) kann die Erythrozytentransketolasereaktion als Ausdruck des Thiamin-Status (Vitamin B 1) im Blut gemessen werden oder Thiamin wird in dieser Situation direkt substituiert, wobei immer der ganze Vitamin-B-Komplex gegeben werden muss, da es sonst zu Mangel an anderen B-Vitaminen kommen kann, insbesondere des Niacins mit den Folgen einer potentiell tödlichen Pellagra-Enzephalopathie (Tabelle 3). Dasselbe trifft für den adäquaten Einsatz für die Prophylaxe resp. Therapie des Refeedingsyndroms (Tabelle 3) zu – eine im Klinikalltag mögliche unterschätzte Problematik. Auch im Rahmen von länger be-

stehender Mangelernährung (Malnutrition) gehen wir von einem Defizit insbesondere an B-Vitaminen aus und substituieren den ganzen Vitamin-B-Komplex, nebst einer allfälligen Versorgung mit einem Multivitamin-/Mineralstoffpräparat.

Eine Malnutrition ohne konkrete Anzeichen/Befunde für einen Vitaminmangel setzt ein ausführliches Assessment durch die Ernährungstherapeutin/-beraterin bzw. den Ernährungstherapeuten/-berater voraus, um eine inadäquate Zufuhr respektive Aufnahme zu identifizieren. Ausserdem können die Symptome für einen Vitaminmangel sehr unspezifisch

sein, wie z.B. Müdigkeit, Schlafstörungen, reduzierter psychischer Zustand, Geschmacksveränderungen bis hin zu Mundwinkelrhagaden, und können deshalb unbemerkt bleiben.

Sind Tendenzen erkennbar, wie bessere oder schlechtere Abdeckung als früher? Stellen Sie z.B. durch die häufigere Zufuhr von Supplementen aufgrund der Werbung eine bessere Vitamin-Abdeckung fest?

M. Rühlin: Bei den von uns am häufigsten mitbetreuten Patientinnen/Patienten (ältere, polymorphe Patientinnen/Patienten) sind m.E. keine Tendenzen/Veränderungen erkennbar, dass häufiger Vitaminsupplemente eingenommen werden. Die schlechtere Abdeckung ist in der Regel Auswirkung der krankheitsbezogenen schlechten Gesamtnahrungszufuhr. Die jüngere Patientengruppe mit verändertem Mahlzeitenrhythmus, veränderten Essgewohnheiten resp. mit einer Fehlernährung ist in unserer stationären klinischen Tätigkeit zu wenig präsent.

P. Ballmer: Weltweit besteht ein immenser Konsum an Vitaminpräparaten, ohne

Tabelle 3: Definitionen

Wernicke-Enzephalopathie

Erkrankung des ZNS, die in der Regel mit chronischem Alkoholabusus in Verbindung gebracht werden kann und letztlich durch einen Thiaminmangel bedingt ist. Thiamin ist ein essenzieller Kofaktor für Vorgänge im Intermediärstoffwechsel – ein Mangel führt über die Schädigung des Energiestoffwechsels zum Zelluntergang.

Quelle: Flexikon.doccheck.com

Hypovitaminose

Hypovitaminose infolge einer Mangelernährung, die durch einen Niacinmangel entsteht.

Symptome: Dermatitis, Diarröe, Demenz

Quelle: Flexikon.doccheck.com

Refeedingssyndrom

Quelle: Prof. Dr. med. Z. Stanga

Lebensbedrohende Situation mit:

- Tiefen Elektrolyten- und Vitamin-Konzentrationen: Hypophosphatämie, -kaliämie, -magnesämie, Thiaminmangel.
- Flüssigkeitsdysbalance
- Natriumretention
- Organfunktionseinschränkung

Vorkommen:

- Anorexia nervosa
- St. n. bariatrischer Chirurgie, Kurzdarmsyndrom
- Onkologische bzw. geriatrische Patienten
- Alkoholabhängigkeit

Risikopatienten:

- BMI < 16 kg/m²
- Ungewollter Gewichtsverlust von > 15 % in den letzten 3–6 Monaten
- Sehr eingeschränkte Nahrungszufuhr oder -karenz in den letzten 7–10 Tagen

dass eine nachweisliche Wirkung besteht. Es werden prophylaktisch verschiedene Vitamine eingenommen, wobei in vielen Studien kaum ein Effekt nachweisbar war. Dies ist ein florierender Markt, da wir als Menschen lieber eine «magic pill» einnehmen würden, anstatt unseren Lebensstil zu ändern und uns mehr zu bewegen und eine gesunde, nährstoffreiche Ernährung zu uns zu nehmen. Heute wissen wir von vielen Studien der letzten Jahre, dass eine mediterrane Ernährung sowohl günstig gegen die Entstehung von Herz-Kreislauf-Krankheiten, aber auch gegen Krebskrankheiten ist.

Wie konsequent ist die Behandlung von Vitaminmangel im Spital? Wird dies eher vom Arzt oder der ERB initiiert?

M. Rühlin: Kann aufgrund einer detaillierten ernährungsanamnestischen Erfassung/Befundung auf einen generellen Vitamin-/Mineralstoffmangel oder einen gezielten Mangel geschlossen werden, wird die gezielte Supplementierung auch oft von uns initiiert resp. nach Rücksprache mit der Ärztin/dem Arzt verordnet. Bei der Refeedingprophylaxe kommt die Initiative häufig von der Ernährungsberatung/-therapie.

P. Ballmer: Falls ein Mangel vorliegt, ist die Behandlung sehr konsequent, wobei es sich meist um langfristige Behandlungen handelt, die von der Patientin/vom Patienten zuhause eine Disziplin erfordern und von der Hausärztin/vom Hausarzt überwacht werden müssen.

M. Rühlin: Die Compliance der Patientinnen/Patienten für die Einnahme ist gut, wenn sie im Rahmen des ernährungstherapeutischen Gespräches respektive von der Ärztin/vom Arzt über die Gründe, den Nutzen usw. entsprechend aufgeklärt werden.

Aus dem Gespräch ist ersichtlich, dass sehr gezielt supplementiert wird:

Vitamin-D-Tropfen, Vitamin B-Komplexe usw. In welchen Situationen sind Multivitaminpräparate überhaupt sinnvoll?

P. Ballmer: Bei Mangelzuständen supplementieren wir gezielt. Hingegen werden Patientinnen/Patienten mit Zeichen der Mangelernährung meist mit einem Multivitamin-Mineralstoffpräparat behandelt,

bis wieder eine bedarfsdeckende Zufuhr über die Ernährung gewährleistet ist.

Welche Vitaminmängel wirken sich negativ auf die Genesung/Wundheilung aus und sollten daher schnell behandelt werden?

P. Ballmer: Generell wirkt sich eine Energie-Eiweissmangelernährung ungünstig auf die Wundheilung aus. Wir wissen aus früheren Zeiten, dass Vitamin-C-Mangel zu Skorbut (mit Zahnfleischwucherungen, schlecht heilenden Wunden, Anfälligkeit für Infektionen usw.) bei Matrosen geführt hat, da sie während Wochen kein Vitamin C zu sich nehmen konnten.

Unterversorgung mit sogenannten antioxidativen Substanzen/Vitaminen, wie Vitamin E, C und Betakarotin, bringen ein grösseres Risiko mit sich, an Herz-Kreislauf-Krankheiten, wie dem Herzinfarkt, zu erkranken. Trotzdem haben viele Studien gezeigt, dass kein relevanter günstiger Effekt durch präventive Einnahme dieser Substanzen erreicht werden kann.

Welche Mängel werden im Spital präventiv behandelt?

P. Ballmer: Präventiv sollte heute der Mensch über 60 Jahre Vitamin D (mindestens 800 IE täglich) erhalten. Betreffend den Vitamin-B-Komplex verweise ich auf

die obigen Ausführungen. Es gibt spezielle Behandlungen, v.a. Chemotherapien in der Onkologie, die präventiv eine Substitution notwendig machen. Details würden den Rahmen dieses Interviews sprengen. Die Betroffenen können sich auf die betreuenden Ärzte verlassen, die eine notwendige Supplementation verordnen werden.

Ist es sinnvoll, allen Patientinnen/Patienten mit Inappetenz oder bei Essmengen von $\frac{1}{4}$ Portion ein Multivitaminpräparat zu geben?

P. Ballmer: Ja, in der Regel schon. Wir gehen je nach Krankheitszustand von einem erhöhten Bedarf an Vitaminen und Mineralstoffen aus, d.h. wir verabreichen ein Multivitamin-/Mineralstoffpräparat, falls die Patientin/der Patient keine adäquate Zufuhr über die Ernährung erreicht. Bei $\frac{1}{4}$ Portionen ohne spezifische Ernährungsinterventionen (Trinknahrung, Sondernährung) ist in keinem Fall eine bedarfsgerechte Versorgung der Mikronährstoffe zu erreichen.

Ab welcher Kalorienzufuhr kann davon ausgegangen werden, dass der Vitaminbedarf abgedeckt ist?

M. Rühlin: Die Kalorienzufuhr sagt nichts über die Qualität der Nahrung, d.h. Nähr-

Tabelle 4: Übersicht über Vitamin-D reiche Lebensmittel

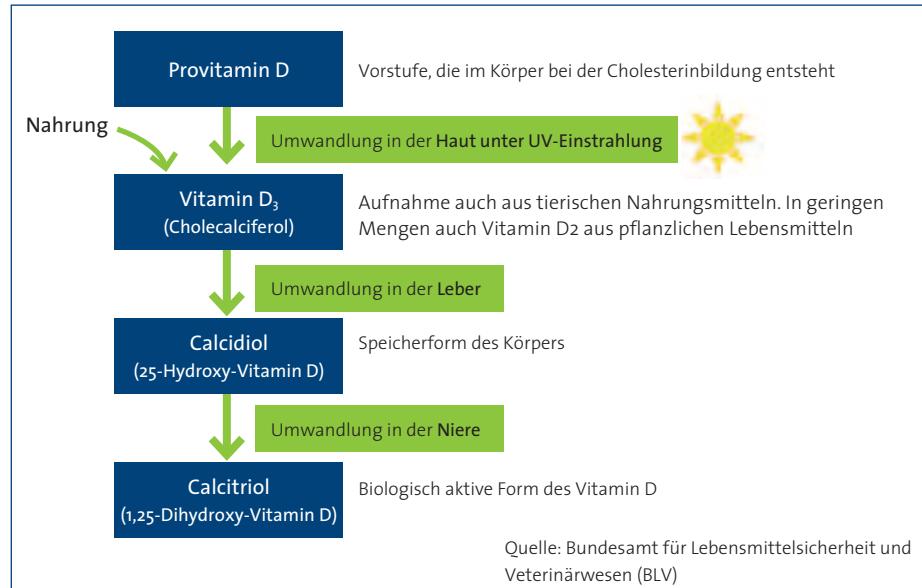
Lebensmittel	Vitamin-D-Konzentration	
	IE/100 g	µg/100 g
Fettreiche Fische	400–800	10–20
Hering	310–1000	7,75–25
Makrele	160	4
Wildlachs	600–800	15–25
Zuchtlachs	100–250	2,5–6,25
Thon in Wasser, abgetropft	140	3,5
Thon in Öl, abgetropft	124	3,1
Hühnerei, roh	50–200	1,25–5
Eigelb	150–250	3,75–6,25
Speisepilze		
Champignon (Zuchtpilz)	10–50	0,25–1,25
Eierschwamm, Pfifferling (Wildpilz)	80–340	2–8,5

IE = Internationale Einheiten. 1 IE entspricht 0,025 µg Vitamin D.

Zu beachten ist, dass die Werte je nach Herkunft des Produktes und Literaturquelle stark variieren.

Quelle: Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen (BLV)

Abbildung 1: Schema der Vitamin-D-Bildung



stoff- resp. Vitamindichte, aus. Deshalb ist diese Frage so nicht zu beantworten. Im Spital ist bei der Einnahme von vollständigen $\frac{1}{2}$ Mahlzeitenportionen unter Einbezug von Zwischenmahlzeiten in der Regel der Vitaminbedarf abgedeckt.

Thiamin wird sofort gegeben bei Alkoholismus, warum (häufig) nicht bei Malnutrition?

P. Ballmer: Wir verabreichen Multivitamine und nur selektiv Vitamin B1 (Thiamin) zusammen mit den anderen B-Vitaminen, falls Hinweise respektive die Gefahr für das erwähnte Wernicke-Korsakow-Syndrom bestehen. Achtung: Die reine Substitution von Thiamin ohne die anderen B-Vitamine ist ein «Kunstfehler», da es zu einem Niacinmangel kommen kann, welcher die Entstehung der sog. Pellagra-

Enzephalopathie, einer potenziell tödlichen Erkrankung, begünstigen kann.

Übergewichtige Personen weisen häufig Vitaminmängel auf, die jedoch kaum erkannt bzw. behandelt werden. Gibt es Richtlinien zur Vitaminsupplementierung bei Adipositas?

M. Rühlin: Richtlinien diesbezüglich sind mir nicht bekannt (ausser für die Supplementation nach bariatrischen Eingriffen). Grundlage ist, unabhängig vom Körpergewicht, immer ein detailliertes Ernährungsassessment (inkl. einer differenzierten Ernährungsanamnese) zur Beurteilung des Vitaminstatus.

Ich danke Maya Rühlin und Peter Ballmer für ihre Ausführungen.

Abschliessend können wir festhalten, dass die «allgemeine Vitamin-Supplementierung» der Patientinnen/Patienten im Spital nicht angezeigt ist.

Evaluation du statut vitaminique à l'hôpital: jusqu'où faut-il aller?

L'organisme a besoin de vitamines, c'est bien connu. Les médias font régulièrement l'éloge de telle ou telle vitamine, dont les mérites sont vantés comme remède pour prévenir toutes sortes de maux. Quels enseignements en tire le commun des mortels? Faut-il utiliser les suppléments vitaminés pour couvrir un maximum de besoins? Cette tendance à la supplémentation généralisée est-elle également observable à l'hôpital? Avons-nous affaire à des patient-e-s dont les besoins en vitamines sont mieux couverts?

Maya Rühlin, BSc, diététicienne ASDD, responsable du service de diététique et de thérapie nutritionnelle, et le professeur Peter E. Ballmer, directeur et médecin-chef du service de médecine à l'hôpital cantonal de Winterthour (KSW), m'ont aidée à approfondir ces questions.

Certains taux de vitamine sont-ils analysés de manière systématique en cas d'admission au KSW?

P. Ballmer: Un taux de vitamine n'est déterminé qu'en présence de symptômes cliniques d'une carence ou de résultats correspondants. Sans raisons précises ni signes manifestes, nous ne mesurons pas les taux de vitamines.

Serait-il utile d'effectuer plus de dosages vitaminiques ou la tendance à mesurer les taux de vitamines est-elle (trop) grande?

P. Ballmer: Nous ne déterminons pas très souvent le statut vitaminique, mais pas trop rarement non plus. Comme je viens de l'expliquer, nous le faisons lorsque certains symptômes et résultats indiquent une carence possible en vitamines.

Quelles/quels patients font partie des groupes à risque s'agissant des carences en vitamines?

M. Rühlin: Les personnes âgées et fragiles, et celles présentant des signes de malnutrition. Les personnes en situation d'isolement social ou qui résident dans certaines institutions pour personnes âgées. Les personnes ayant des troubles alimentaires ou une mauvaise alimentation (y compris surpoids, obésité, post chirurgie bariatrique). Les patient-e-s atteint-e-s de maladies oncologiques dégénératives ou de maladies aiguës nécessitant des soins intensifs, ainsi que les patient-e-s ayant subi des interventions de chirurgie viscérale importantes, p. ex. souffrant du syndrome du grêle court ou de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin.

Les personnes présentant une multimorbidité, qui comme le nom l'indique sont atteintes de plusieurs maladies à la fois.

Dans les hôpitaux, l'exploration du statut vitaminique ne se fait pas pour toutes ces pathologies. Pourquoi? Est-il possible de deviner le statut vitaminique sur la base de l'aspect physique ou du tableau clinique?

P. Ballmer: Pas tout à fait. Dans le service de médecine interne, il nous arrive très souvent d'effectuer un dosage de la vitamine D. Les personnes âgées et fragiles ayant des difficultés à marcher présentent en effet très souvent une carence importante en vitamine D (tableau 1). Comme la carence en vitamine D est associée à une faiblesse musculaire, notamment de la cuisse, nous prescrivons régulièrement et pour une longue durée de la vitamine D, à prendre sous forme de gouttes par exemple. La Commission fédérale de l'alimentation de l'OFSP recommande une supplémentation en vitamine D de 800 IE par jour pour les personnes âgées de 60 ans et plus, même si elles sont en bonne santé (tableau 2).

Le taux sanguin de vitamine B12 et celui d'acide folique sont souvent mesurés, no-

Tableau 1: Evaluation de l'approvisionnement et signification clinique

D'après le rapport de la Commission fédérale de l'alimentation, il y a carence en vitamine D lors de valeurs de concentration de 25(OH)D inférieures à 50 nmol/l. La commission fait la distinction entre insuffisance (la concentration se situe entre 25 et 49 nmol/l) et carence aiguë en vitamine D (<25 nmol/l 25(OH)D).

Évaluation de l'apport	25-hydroxy-vitamine D dans le sang en nmol/l (ng/ml)	Signification et incidences cliniques
Carence aiguë	<25 nmol/l (<10 ng/ml)	Risque de troubles de la minéralisation osseuse/rachitisme/ostéomalacie
Insuffisance	25–49 nmol/l (10–19 ng/ml)	Risque d'une accentuation de la dégradation osseuse ou du renouvellement des os ou risque d'une augmentation de la parathormone
Carence en vitamine D	<50 nmol/l (<20 ng/ml)	Comprend les insuffisances et les carences aiguës en vitamine D
Apport suffisant en vitamine D (concentration minimale)	50 nmol/l (20 ng/ml)	Faible risque de dégradation osseuse et d'augmentation de la parathormone; influence neutre sur le risque de chute et de fracture
Valeur cible pour une réduction du risque de chute et de fracture	75 nmol/l (30 ng/ml)	Arrêt de l'augmentation de la parathormone et de la dégradation osseuse, réduction du risque de chute et de fracture

Source: Office fédéral de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaires (OSAV)

Tableau 2: Apport journalier recommandé

Groupe de population	Apport journalier recommandé
Nourrissons durant la 1 ^e année de vie	400 UI/jour (10 µg/jour)
Enfants durant la 2 ^e et la 3 ^e année de vie	600 UI/jour (15 µg/jour)
Personnes de 3 à 60 ans Femmes enceintes ou qui allaitent	600 UI/jour (15 µg/jour)
Personnes de 60 ans et plus	800 UI/jour (20 µg/jour)

UI = unités internationales. 1 µg = 1 microgramme = $\frac{1}{1000}$ milligramme

Source: Office fédéral de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaires (OSAV)

tamment en cas de changements de la formule sanguine, p. ex. lorsque la taille des globules rouges augmente (une macrocytose).

Et n'oublions pas la ferritine, une protéine permettant le stockage du fer. La détermination du taux de ferritine à elle seule n'est pas indiquée dans des situations graves, car dans les états inflammatoires avec augmentation de la protéine C-réactive (CRP), le taux de ferritine est faussement élevé.

Le ou la diététicien-ne a-t-il ou elle besoin de davantage de résultats d'analyses du taux sanguin de vitamines pour poser son diagnostic nutritionnel?

M. Rühlin: Non, ou uniquement de manière ciblée. Les vitamines mentionnées ci-dessus suffisent.

Dans quels cas l'évaluation de l'apport en vitamines est-elle utile ou indispensable?

P. Ballmer: Le dosage sanguin des vitamines D et B12 ainsi que de l'acide folique est souvent effectué lorsqu'un apport insuffisant est suspecté. Dans le cas des personnes alcoololo-dépendantes chez qui on suspecte un syndrome de Wernicke et Korsakow (troubles de l'équilibre, paralysie oculomotrice, diplopie ou double vision, perte de la mémoire à court terme, psychoses, entre autres), nous mesurons le taux de vitamine B1; toutefois, cette pathologie ne se soigne pas uniquement par la supplémentation en vitamine B1, mais par tout le complexe des vitamines B.

Les carences en vitamines sont-elles parfois sous-estimées ou négligées?

P. Ballmer et M. Rühlin: Pas vraiment selon nous, à quelques exceptions près. Dans le

domaine des changements de notre mode de vie, toute une batterie d'analyses est parfois effectuée sans que l'on puisse toutefois tirer des conséquences claires lorsque des valeurs anormales sont obtenues. Je fais référence ici à la mesure du taux d'antioxydants tels que les vitamines C et E ou le sélénium, entre autres, qui est très douteuse et dont les résultats peuvent déstabiliser les personnes intéressées.

Dans certaines situations en revanche, il est important de réaliser le dosage sanguin des vitamines. Quand une encéphalo-

pathie de Wernicke (dans le cadre d'une dépendance à l'alcool) (tableau 3) est par exemple suspectée, l'activité de la transcétolase érythrocytaire comme indicateur du statut en thiamine (vitamine B1) peut être mesurée dans le sang ou la thiamine est directement substituée dans cette situation, sachant que tout le complexe de vitamines B doit être présent, à défaut de quoi la personne peut présenter des carences en autres vitamines du groupe B, notamment en niacine, qui peuvent avoir comme conséquence une encéphalopathie pellagrause potentiellement mortelle (tableau 3). Il en va de même pour l'utilisation adéquate dans le cadre de la prophylaxie ou de la thérapie du syndrome de renutrition inappropriée (tableau 3), une problématique peut-être sous-estimée dans le quotidien clinique. En cas de malnutrition établie depuis un certain temps aussi, nous présumons qu'il y a des carences, notamment en vitamines B, et substituons ainsi tout le complexe des vitamines B parallèlement à l'administration éventuelle d'une préparation multivitaminée/riche en minéraux.

Tableau 3: Définitions

Encéphalopathie de Wernicke

Maladie du SNC, qui peut en général être associée à un abus d'alcool chronique et est finalement due à une carence en thiamine. La thiamine est un cofacteur essentiel des opérations du métabolisme intermédiaire et une carence en thiamine entraîne la mort cellulaire par le blocage du métabolisme énergétique.

Source: Flexikon.doccheck.com (c'est nous qui traduisons)

Hypovitaminose

Hypovitaminose résultant d'une malnutrition survenant à cause d'une carence en niacine.

Symptômes: dermatite, diarrhée, démence

Source: Flexikon.doccheck.com (c'est nous qui traduisons)

Syndrome de renutrition inappropriée

Source: Professeur Z. Stanga

Pronostic vital engagé avec:

- faibles concentrations en électrolytes et vitamines: hypophosphatémie, hypokaliémie, hypomagnésémie, carence en thiamine
- Déséquilibre hydro-électrolytique
- Rétention sodée
- Insuffisance organique

Survenance:

- Anorexie nerveuse
- post chirurgie bariatrique, syndrome du grêle court
- Patient-e-s en oncologie ou en gériatrie
- Alcoololo-dépendance

Patient-e-s à risque:

- IMC < 16 kg/m²
- Perte de poids non désirée de > 15 % au cours des 3 à 6 derniers mois
- Apport alimentaire très limité ou carence alimentaire au cours des 7 à 10 derniers jours.

Une malnutrition sans signes ou résultats concrets d'une carence en vitamines pré-suppose une évaluation approfondie par le/la diététicien-ne ou le/la nutritionniste dans le but d'identifier toute inadéquation au niveau de l'apport ou de l'absorption. De plus, il se peut que les symptômes d'une carence en vitamines ne soient pas du tout spécifiques. Ils vont de la fatigue aux troubles du sommeil en passant par une dégradation de l'état psychique, des changements au niveau du goût ou encore la perlèche, c'est pourquoi ils peuvent passer tout à fait inaperçus.

Des tendances sont-elles perceptibles quant à l'évolution de la couverture des besoins? Est-elle meilleure ou moins bonne qu'autrefois? Constatez-vous par exemple que les besoins en vitamines sont mieux couverts grâce à la supplémentation plus fréquente résultant de la publicité?

M. Rühlin: Pour les patient-e-s que nous prenons en charge le plus souvent (patient-e-s âgé-e-s, polymorbes), aucun changement ni aucune tendance selon lesquels la consommation de suppléments vitaminés a augmenté ne sont perceptibles selon moi. Si les besoins sont moins bien couverts, c'est en général la conséquence d'une détérioration de l'alimentation générale à cause de la maladie. Les patient-e-s plus jeunes, dont le rythme des repas a évolué, qui ont de nouvelles habitudes alimentaires ou qui ont une alimentation déséquilibrée, sont très peu représenté dans notre quotidien hospitalier.

P. Ballmer: La quantité de préparations vitaminées qui est consommée dans le monde est énorme, sans toutefois que la preuve d'une réelle efficacité n'ait été apportée. Certaines vitamines sont absorbées dans un but prophylactique, alors que leur effet n'a pas vraiment pu être attesté dans les nombreuses études réalisées. Ce marché est florissant: il est beaucoup plus facile d'avaler des comprimés magiques que de changer son style de vie, de faire plus d'exercice physique et d'avoir une alimentation saine et riche en nutriments. Aujourd'hui, nous savons grâce à de nombreuses études réalisées au cours de ces dernières années qu'une alimentation méditerranéenne réduit à la fois le

risque de maladies cardio-vasculaires et de cancers.

Avec quelle détermination les carences vitaminiques sont-elles soignées à l'hôpital? Les traitements sont-ils plutôt dispensés à l'initiative du médecin ou de la diététicienne?

M. Rühlin: Lorsque les résultats ou l'évaluation détaillée découlant de l'anamnèse alimentaire permettent de conclure à une carence généralisée en vitamines/minéraux ou à des carences ciblées, nous donnons souvent lieu, d'entente avec le médecin, à une supplémentation ciblée. Pour la prophylaxie de la renutrition inappropriée, l'initiative est souvent prise par les diététicien-ne-s.

P. Ballmer: En cas de carence avérée, le traitement est dispensé avec beaucoup de détermination, et souvent, il s'agit de traitements longs, qui requièrent une certaine discipline de la part du/de la patient-e de retour à la maison, et qui doivent être soumis à la surveillance du médecin de premier recours.

M. Rühlin: L'observance des patient-e-s par rapport à la supplémentation orale est bonne lorsqu'ils/elles ont reçu des explications sur les raisons et l'utilité du traite-

ment dans le cadre de la consultation de diététique ou médicale.

Cette interview montre que la supplémentation est très ciblée: vitamine D sous forme de gouttes, complexe de vitamines B, etc. Dans quelles situations les préparations multivitaminées sont-elles vraiment utiles?

P. Ballmer: En cas de carence, nous mettons en place une supplémentation ciblée. En revanche, les patient-e-s montrant certains signes de malnutrition sont le plus souvent soigné-e-s avec une préparation multivitaminée/riche en minéraux jusqu'à ce que leur alimentation permette à nouveau de garantir une couverture des besoins.

Quelles carences en vitamines ont des conséquences négatives sur la guérison ou la cicatrisation et devraient donc être soignées sans délai?

P. Ballmer: En général, une malnutrition protéino-énergétique agit défavorablement sur la cicatrisation. Il y a très longtemps déjà, les matelots qui n'avaient pas pu consommer de la vitamine C pendant plusieurs semaines étaient carencés et souffraient du scorbut (hémorragies et inflammations des gencives, mauvaise cica-

Tableau 4: Vue d'ensemble des aliments riches en vitamine D

Aliment	Concentration en vitamine D	
	UI/100 g	µg/100 g
Poissons gras	400–800	10–20
Hareng	310–1000	7,75–25
Maquereau	160	4
Saumon sauvage	600–800	15–25
Saumon d'élevage	100–250	2,5–6,25
Thon à l'eau, égoutté	140	3,5
Thon à l'huile, égoutté	124	3,1
Œuf de poule, cru	50–200	1,25–5
Jaune d'œuf	150–250	3,75–6,25
Champignons		
Champignons de Paris (champignons de culture)	10–50	0,25–1,25
Chanterelles, girolles (champignons sauvages)	80–340	2–8,5

UI = unité internationale (1 UI représente 0,025 µg de vitamine D. Il est à noter que ces valeurs varient en fonction de l'origine des produits et des sources de littérature).

Source: Office fédéral de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaires (OSAV)

trisation des plaies, affaiblissement des défenses immunitaires, etc.).

L'apport insuffisant en antioxydants ou vitamines telles que les vitamines E, C et le bêta-carotène augmente le risque de maladies cardiovasculaires telles que l'infarctus du myocarde. Néanmoins, de nombreuses études ont montré que l'absorption préventive de ces substances n'a aucun effet favorable.

Comment se fait la prévention des carences en milieu hospitalier?

P. Ballmer: Dans un cadre préventif, les personnes de plus de 60 ans devraient bénéficier d'une supplémentation en vitamine D (au moins 800 IE par jour). En ce qui concerne le complexe de vitamines B, je me réfère aux explications que je viens de donner. Il y a certains traitements, notamment les chimiothérapies en oncologie, qui nécessitent une substitution à titre préventif. Les détails correspondants sortent du cadre de cette interview. Les personnes concernées peuvent faire confiance aux médecins qui les suivent et leur prescriront la supplémentation nécessaire.

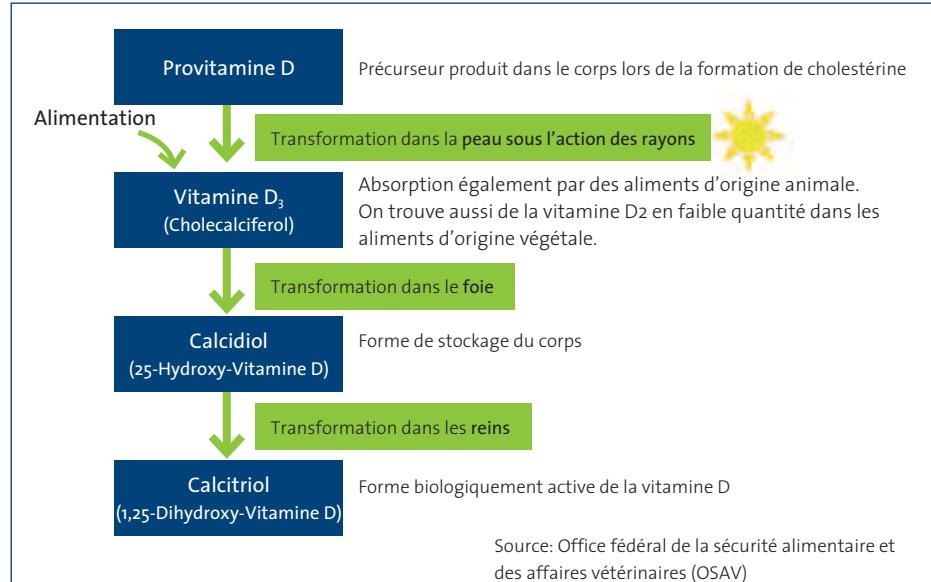
Est-il utile de donner une préparation multivitaminée à tou-te-s les patient-e-s qui souffrent d'inappétence ou dont les quantités de nourriture consommées représentent le quart des portions normales?

P. Ballmer: En général, oui. Selon le stade de la maladie, nous partons du principe que le besoin en vitamines et minéraux est accru, ce qui signifie que nous administrons une préparation multivitaminée et riche en minéraux aux patient-e-s qui ne parviennent pas à avoir un apport nutritionnel adéquat par le biais de leur alimentation. Avec juste un quart de portion sans intervention diététique spécifique (aliments buvables, nutrition entérale), il n'est pas possible d'arriver à un apport en micronutriments adapté aux besoins.

A partir de quel apport calorique peut-on partir du principe que les besoins en vitamines sont couverts?

M. Rühlin: L'apport en calories ne donne absolument aucune indication sur la qualité de l'alimentation, autrement dit sur la densité des nutriments ou vitamines. C'est

Illustration 1: Schéma de la formation de la vitamine D



Source: Office fédéral de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaires (OSAV)

pourquoi aucune réponse ne peut être apportée à cette question. Les besoins en vitamines des personnes hospitalisées qui mangent leur portion entière à chaque repas ainsi que les collations intermédiaires sont en général couverts.

La thiamine est souvent administrée aux personnes alcoololo-dépendantes. Pourquoi n'en est-il (en général) pas de même en cas de malnutrition?

P. Ballmer: Nous prescrivons une supplémentation multivitaminée, ainsi que, de manière sélective, de la vitamine B₁ (thiamine) avec d'autres vitamines B, lors de signes manifestes ou d'un risque du syndrome de Wernicke et Korsakow dont nous avons déjà parlé sont manifestes. Attention: la simple substitution de thiamine sans les autres vitamines B serait une erreur médicale, dans la mesure où elle peut provoquer une carence en niacine, qui peut favoriser la survenue de l'encéphalopathie pellagreuse, une maladie potentiellement mortelle.

Souvent, les personnes en surcharge pondérale présentent une carence vitaminique qui ne peut pas vraiment être décelée ou traitée. Existe-t-il des directives sur la supplémentation en vitamines en cas d'obésité?

M. Rühlin: Pas à ma connaissance, sauf pour la supplémentation après des inter-

ventions de chirurgie bariatrique. Au départ, indépendamment du poids corporel, il convient toujours de procéder à une évaluation nutritionnelle détaillée, avec anamnèse alimentaire nuancée, pour déterminer le statut vitaminique.

Je remercie Maya Rühlin et Peter Ballmer pour leurs explications.

Pour conclure, nous pouvons observer que la supplémentation générale en vitamines des patient-e-s hospitalisé-e-s n'est pas indiquée.

Valutazione dello stato vitaminico in ospedale – in quale misura?

È fuor di dubbio che l'essere umano necessiti di vitamine. Succede però spesso che i media mettano in risalto una determinata vitamina, attribuendole particolari proprietà preventive per ogni tipo di «malanno». E quali conclusioni ne trae dunque il consumatore? Fare man bassa di integratori vitaminici per tutelarsi da ogni possibile carenza! Viene allora spontaneo chiedersi se anche gli ospedali siano interessati da questa tendenza alla supplementazione generalizzata. Vi sono, fra i pazienti ricoverati, persone con un maggior supplemento di vitamine?

Maya Rühlin, BSc, dietista ASDD, responsabile terapia e consulenza nutrizionale, e il Prof. Dr. med. Peter E. Ballmer, direttore e primario del Dipartimento di medicina dell'ospedale cantonale di Winterthur (KSW), mi hanno aiutata ad approfondire questa tematica.

Esistono vitamine il cui stato viene sempre valutato al momento dell'ammissione nel KSW?

P. Ballmer: Si procede alla valutazione dello stato vitaminico quando dei sintomi clinici o un referto rilevano una carenza. Senza motivo concreto non procediamo mai al rilevamento dello stato vitaminico.

Sarebbe utile valutare lo stato vitaminico con maggior frequenza oppure si tende già a farlo (troppo) spesso?

P. Ballmer: Sicuramente non valutiamo lo stato vitaminico con frequenza eccessiva, ma non tralasciamo neppure di farlo quando vi sono sintomi e referti che indicano una carenza vitaminica.

Quali pazienti appartengono ai gruppi di rischio per una carenza di vitamine?

M. Rühlin: Le persone anziane, deboli, che presentano segni di una malnutrizione. Le persone isolate socialmente o residenti in certe strutture per la cura degli anziani. Le

persone con un disturbo alimentare o un'alimentazione errata (comprese quelle che soffrono di sovrappeso, adiposità, o che hanno subito un intervento bariatrico, ecc.). Pazienti con una malattia oncologica debilitante o con una malattia acuta con provvedimenti di medicina intensiva, nonché i pazienti che hanno subito grandi interventi di chirurgia viscerale, ad es. con sindrome dell'intestino corto o con malattie infiammatorie intestinali croniche. In generale, infine, possono soffrire di carenza di vitamine le persone con malattie croniche multiple.

In presenza di questi quadri clinici non tutti gli ospedali rilevano lo stato vitaminico. Perché? È possibile «stimare» lo stato vitaminico anche in base all'aspetto del paziente o al suo quadro clinico?

P. Ballmer: Non proprio. Nella Clinica di medicina interna ad es. rileviamo molto spesso lo stato della vitamina D. Soprattutto le persone anziane e fragili con problemi di deambulazione presentano spesso una massiccia carenza di vitamina D (tabella 1). Visto che la carenza di vitamina D è associata a una debolezza muscolare, specie delle cosce, somministriamo la vitamina D (ad es. sotto forma di gocce) in modo regolare e per lungo tempo. La Commissione federale per l'alimentazione dell'UFSP consiglia alle persone ultrasessantenni, anche se sane, l'assunzione giornaliera di 800 UI di vitamina D (tabella 2).

Anche la vitamina B12 e l'acido folico vengono spesso valutati nel sangue, in particolare se il quadro ematico risulta alterato, ad es. eritrociti ingrossati (una cosiddetta macrocitosi).

In questo contesto va citata anche la determinazione della ferritina che informa sulle riserve di ferro. Nelle situazioni acute, la determinazione della sola ferritina non è comunque indicata, poiché negli stati infiammatori con aumento della proteina C-reattiva (CRP) la ferritina risulta falsamente elevata.

Tabella 1: Valutazione dell'apporto di vitamina D e rilevanza clinica

Secondo quanto stabilito dal rapporto peritale della Commissione federale per l'alimentazione, una concentrazione di 25 (OH) D1 inferiore a 50 nmol/l equivale a una carenza di vitamina D; si distingue tra insufficienza (concentrazione tra 25 e 49 nmol/l) e grave carenza, o deficienza, di vitamina D (< 25 nmol/l).

Valutazione dell'apporto	25-idrossivitamina D nel sangue in nmol/l (ng/ml)	Rilevanza clinica/effetti
Grave carenza	< 25 nmol/l (< 10 ng/ml)	Rischio di disturbi di mineralizzazione delle ossa/rachitismo/osteomalacia
Insufficienza	25–49 nmol/l (10–19 ng/ml)	Rischio di elevato rimodellamento osseo e/o di aumento del paratormone
Carenza di vitamina D	< 50 nmol/l (< 20 ng/ml)	Comprende l'insufficienza e la grave carenza di vitamina D
Apporto sufficiente di vitamina D (concentrazione minima)	50 nmol/l (20 ng/ml)	Rischio minimo di rimodellamento osseo e di aumento del paratormone; effetto neutrale su cadute e fratture
Valore desiderato per la riduzione di cadute e fratture	75 nmol/l (30 ng/ml)	Soppressione del rimodellamento osseo e dell'aumento del paratormone, riduzione di cadute e fratture

Fonte: Ufficio federale della sicurezza alimentare e di veterinaria (USAV)

Tabelle 2: Raccomandazioni per l'apporto quotidiano

Gruppo di popolazione	Dose giornaliera raccomandata
Lattanti nel primo anno d'età	400 IE/giorno (10 µg/giorno)
Bambini nel seconde e terzo anno d'età	600 IE/giorno (15 µg/giorno)
Persone di età compresa tra i 3 e 60 anni	600 IE/giorno (10 µg/giorno)
Donne in gravidanza e in allattamento	
Persone di età superiore ai 60 anni	800 IE/giorno (10 µg/giorno)

UI = unità internazionali. 1 µg = 1 microgrammo = $\frac{1}{1000}$ milligrammo

Fonte: Ufficio federale della sicurezza alimentare e di veterinaria (USAV)

Ai fini della diagnosi nutrizionale, i dietisti auspicano di poter disporre di un numero maggiore di valori di laboratorio vitaminici?

M. Rühlin: No, oppure solo in casi ben precisi; i valori delle vitamine citate sopra sono sufficienti.

In quali casi la determinazione dell'approvvigionamento vitaminico è utile o indispensabile?

P. Ballmer: Quando sussiste il sospetto che l'approvvigionamento sia insufficiente procediamo spesso alla valutazione dello stato delle vitamine D, B12 e dell'acido folico. Nelle persone affette da alcolismo con sospetto della cosiddetta sindrome di Wernicke-Korsakow (disturbi dell'equilibrio, paralisi dei muscoli oculari, immagini doppie, disturbi di memoria, psicosi, ecc.) determiniamo lo stato della vitamina B1. Questo quadro clinico richiede però l'apporto non soltanto di vitamina B1, ma dell'intero complesso di vitamina B.

È possibile che le carenze di vitamine vengano talvolta sottovalutate o trascurate?

P. Ballmer e M. Rühlin: Riteniamo che ciò succeda di rado – a parte qualche eccezione. Nell'ambito delle modifiche lifestyle talvolta si verificano intere batterie di vitamine senza che gli eventuali valori anomali consentano di trarre conclusioni concrete. Mi riferisco ad es. al dosaggio dei cosiddetti antiossidanti, quali vitamina C, E, selenio, ecc., la cui determinazione è molto controversa e può fortemente disorientare le persone interessate.

In alcune situazioni, invece, il rilevamento dei valori di alcune vitamine specifiche è importante. Per esempio, in caso di sospetto di encefalopatia di Wernicke (nel conte-

sto di una dipendenza da alcool) (tabella 3) si può determinare la reazione transchelatrica degli eritrociti quale espressione del livello di tiamina (vitamina B1) nel sangue, oppure si prescrive direttamente un supplemento di tiamina. È importante notare che in questi casi va integrato sempre l'intero complesso di vitamina B per evitare che subentri una carenza di altre vitamine B, specie della niacina, il che potrebbe condurre ad una encefalopatia pellagraosa dall'esito potenzialmente letale (tabella 3). Una supplementazione adeguata è richiesta anche per la profilassi o la terapia della sindrome di refeeding (tabella 3), una pro-

blematica talvolta trascurata nella realtà clinica quotidiana. Pure una malnutrizione persistente può dare luogo a un deficit vitamino, in particolare del gruppo B, e di conseguenza provvediamo alla supplementazione dell'intero complesso di vitamina B, oltre a prescrivere, se del caso, integratori multivitaminici/minerali.

Uno stato di malnutrizione senza indizi o referti concreti di una carenza vitaminica presuppone degli accertamenti approfonditi da parte della/del dietista per individuare un eventuale apporto o assorbimento inadeguato.

Oltretutto, i sintomi di una carenza di vitamina possono essere molto aspecifici (ad es. stanchezza, disturbi del sonno, riduzione delle prestazioni psichiche, alterazioni del gusto fino alla comparsa di ragadi agli angoli della bocca) e passare quindi inosservati.

Rispetto al passato, esiste una qualche tendenza verso una copertura migliore o peggiore? Avete per esempio constatato una migliore copertura di vitamine a seguito dell'aumentata assunzione di supplementi indotta dalla pubblicità?

Tabella 3: Definizioni

Encefalopatia di Wernicke

Malattia del SNC, di regola associata ad abuso cronico di alcol e in pratica causata da una carenza di tiamina. La tiamina è un cofattore essenziale dei processi nel metabolismo intermedio. La sua carenza danneggia il metabolismo energetico e comporta la morte cellulare.

Fonte: Flexikon.doccheck.com

I povitaminosi

I povitaminosi innescata da malnutrizione in seguito a carenza di niacina. Sintomi: dermatite, diarrea, demenza

Fonte: Flexikon.doccheck.com

Sindrome di refeeding

Fonte: Prof. Dr. med. Z. Stanga

Situazione potenzialmente letale con:

- basse concentrazioni di elettroliti e vitamine: ipofosfatemia, ipopotassiemia, ipomagnesemia, carenza di tiamina
- squilibrio dei liquidi
- ritenzione di sodio
- limitazione della funzionalità organica

Associata a:

- anoressia nervosa
- stato dopo chirurgia bariatrica, sindrome dell'intestino corto
- pazienti oncologici o geriatrici
- dipendenza da alcool

Pazienti a rischio:

- BMI <16 kg/m²
- calo ponderale involontario di oltre il 15 % negli ultimi 3–6 mesi
- apporto nutrizionale fortemente limitato o carenza nutrizionale negli ultimi 7–10 giorni

M. Rühlin: A mio parere, nei pazienti che costituiscono il gruppo maggiore nel nostro ospedale (pazienti anziani con patologie multiple) non riscontriamo cambiamenti che indichino un'assunzione più frequente di integratori vitaminici. Normalmente, la peggiore copertura è da ricordarsi al cattivo apporto nutrizionale complessivo dovuto alle varie patologie. Nell'attività stazionaria del nostro ospedale i pazienti giovani con ritmo alterato dei pasti, abitudini alimentari mutate o con alimentazione errata sono presenti in numero assai esiguo.

P. Ballmer: A livello globale si registra un enorme consumo di preparati vitaminici senza che il loro effetto sia comprovato. Sebbene numerosi studi abbiano appurato un effetto quasi nullo, le persone continuano ad assumere diverse vitamine in via preventiva. Se il mercato degli integratori sta andando a gonfie vele è proprio perché preferiamo assumere una «pillola magica» anziché cambiare il nostro stile di vita, fare più movimento e badare ad un'alimentazione sana, ricca di sostanze nutritive. Sono infatti molti gli studi pubblicati negli ultimi anni che attestano l'effetto benefico della dieta mediterranea per contrastare non solo le malattie cardiovascolari, ma anche le patologie tumorali.

In ospedale le carenze vitaminiche vengono sistematicamente curate? E a tal proposito, chi prende più spesso l'iniziativa, il medico o la/il dietista?

M. Rühlin: Quando un'approfondita raccolta dati/refertazione per la valutazione dello stato nutrizionale mette in evidenza una carenza generalizzata di vitamine e minerali oppure una carenza specifica, siamo spesso noi a dare l'impulso, d'intesa con il medico, per una supplementazione mirata. Nell'ambito della profilassi di refeeding l'iniziativa parte sovente dalla/dal dietista.

P. Ballmer: In caso di carenza, il trattamento è sistematico, normalmente di lunga durata e richiede molta disciplina da parte del paziente dimesso, che andrà monitorato dal suo medico di famiglia.

M. Rühlin: Di norma la compliance dei pazienti è buona, a patto che durante il colloquio sulla terapia nutrizionale la/il dietista

o il medico illustri i motivi e i benefici di questa supplementazione.

Stando a quanto illustrato fin qui, la supplementazione avviene in maniera molto mirata: gocce di vitamina D, complesso di vitamina B, ecc. In quali situazioni i preparati multivitaminici sono effettivamente indicati?

P. Ballmer: Quando sussiste uno stato di carenza prescriviamo sempre una supplementazione mirata. Ai pazienti con segni di denutrizione, invece, diamo per lo più un preparato multivitaminico e dei minerali finché la loro alimentazione non garantirà nuovamente un apporto adeguato.

Quali carenze vitaminiche hanno un effetto negativo sulla guarigione/cicatrizzazione e dovrebbero perciò essere trattate con rapidità?

P. Ballmer: Una nutrizione carente di sostanze nutritive energetiche e proteiche ha di norma un effetto sfavorevole sulla cicatrizzazione. È ormai noto che, in passato, non potendo assumere vitamina C per molte settimane, i marinai erano soggetti allo scorbuto (con escrescenze gengivali, cicatrizzazione lenta, aumentato rischio di infezioni, ecc.).

Una carenza delle cosiddette sostanze antiossidanti, quali vitamina E, C e betacarotene, accresce il rischio di soffrire di una malattia cardiovascolare, ad es. infarto del miocardio. Numerosi studi hanno comunque evidenziato che l'assunzione preventiva di dette sostanze non esplica un effetto benefico rilevante.

In ospedale, quali carenze vengono trattate in via preventiva?

P. Ballmer: Gli ultrasessantenni dovrebbero assumere vitamina D a titolo preventivo (almeno 800 UI al giorno). Riguardo al complesso di vitamina B rimando a quanto già esposto. Vi sono comunque trattamenti, specie le chemioterapie oncologiche, che richiedono un'integrazione preventiva. I dettagli andrebbero approfonditi in altra sede. I medici curanti dei pazienti interessati provvederanno senz'altro a prescrivere la necessaria supplementazione.

La somministrazione di un prodotto multivitaminico è indicata nei pazienti inappetenti o che assumono pasti pari a un quarto di porzione?

P. Ballmer: Sì, di regola è indicata. A seconda dello stato del malato, presupponiamo che vi sia un aumentato fabbisogno di vi-

Tabella 4: Panoramica di alimenti ricchi di vitamina D

Alimento	Concentrazione di vitamina D	
	UI/100 g	µg/100 g
Pesci ricchi di grassi	400–800	10–20
Aringhe	310–1000	7,75–25
Sgombri	160	4
Salmone selvatico	600–800	15–25
Salmone di allevamento	100–250	2,5–6,25
Tonno in acqua, sgocciolato	140	3,5
Tonno in olio, sgocciolato	124	3,1
Uova di gallina, crudo	50–200	1,25–5
Tuorlo d'uovo	150–250	3,75–6,25
Funghi commestibili		
Prataioli (coltivati)	10–50	0,25–1,25
Gallincaccio (selvatico)	80–340	2–8,5

UI = unità internazionali (1 UI corrisponde a 0,025 µg di vitamina D).

Attenzione: i valori possono variare considerevolmente a seconda della provenienza del prodotto e della bibliografia di riferimento.

Fonte: Ufficio federale della sicurezza alimentare e di veterinaria (USAV)

tamine e di sostanze minerali, ovvero se l'apporto attraverso l'alimentazione è insufficiente somministriamo un prodotto multivitaminico / minerale. Nelle porzioni pari a un quarto è impossibile raggiungere un adeguato approvvigionamento di micronutrienti senza un specifico intervento nutrizionale (alimenti liquidi, alimentazione speciale).

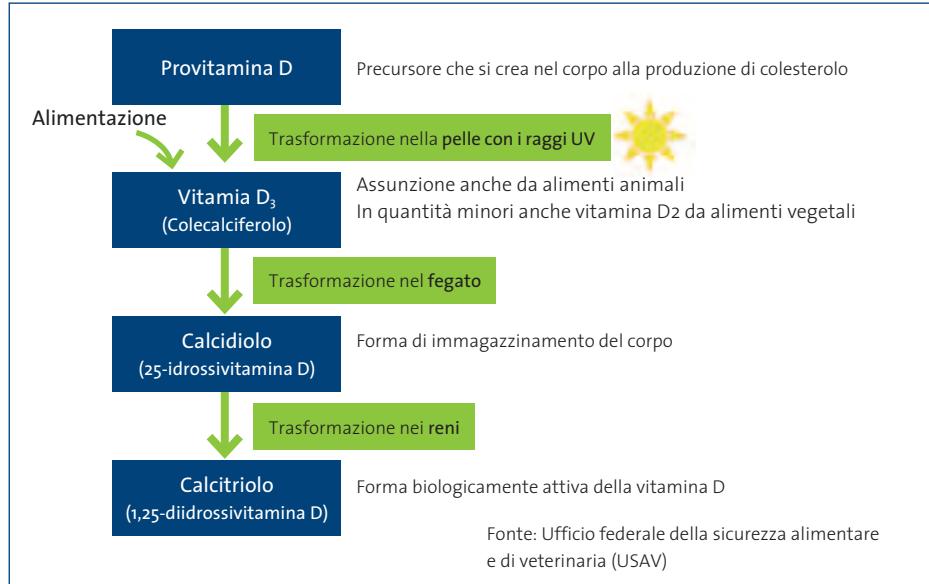
Qual è l'apporto calorico minimo atto a garantire la copertura del fabbisogno vitaminico?

M. Rühlin: L'apporto calorico non dice nulla sulla qualità dell'alimentazione, ossia sulla quantità di sostanze nutritive risp. di vitamine assunte. Se la domanda viene formulata in questi termini, è impossibile rispondere. In un paziente ricoverato che durante i pasti assume porzioni complete 1/1 (spuntini compresi), di norma il fabbisogno vitaminico è coperto.

In caso di alcolismo, la tiamina viene sempre prescritta. Perché (spesso) non si fa lo stesso per i casi di malnutrizione?

P. Ballmer: In caso di sospetto o di rischio di sindrome di Wernicke-Korsakow somministriamo un prodotto multivitaminico e soltanto in modo selettivo vitamina B1 (tiamina) associata ad altre vitamine del gruppo B. Attenzione: la supplementazione della sola tiamina, senza le altre vitamine del gruppo B, è un errore poiché può in-

Figura 1: Schema della formazione della vitamina D



durre una carenza di niacina, che può a sua volta favorire l'insorgenza della cosiddetta encefalopatia da pellagra, una malattia potenzialmente letale.

Le persone in sovrappeso presentano spesso una carenza di vitamine, che però viene difficilmente individuata o trattata. Esistono delle direttive per la supplementazione vitaminica in caso di adiposità? **M. Rühlin:** Non sono a conoscenza di direttive in tal senso (eccetto per l'integrazione dopo interventi bariatrici). A prescindere

dal peso corporeo, una supplementazione richiede sempre degli accurati accertamenti nutrizionali (compresa un'anamnesi nutrizionale differenziata) per la valutazione dello stato vitaminico.

Ringrazio sentitamente Maya Rühlin e Peter Ballmer per le loro spiegazioni.

In conclusione ribadiamo che la «supplementazione vitaminica generalizzata» dei pazienti non è indicata in ospedale.



Gabi Fontana
Präsidentin
Présidente
Presidentessa



SVDE ASDD

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Unter dem Begriff «eHealth» werden alle elektronischen Gesundheitsdienste zusammengefasst.

2007 hat der Bundesrat die Strategie «eHealth» Schweiz gutgeheissen. Damit soll der Schweizer Bevölkerung der Zugang zu einem effizienten, sicheren sowie kostengünstigen Gesundheitswesen gewährleistet werden. Die Vision dieser Strategie ist, dass die Menschen in der Schweiz, unabhängig von Ort und Zeit, den Fachleuten im Gesundheitswesen ihrer Wahl relevante Informationen über ihre Person zugänglich machen und Leistungen beziehen können. Somit sind sie aktiv an den Entscheidungen in Bezug auf ihre Gesundheit beteiligt. Dabei sollen die Informations- und Kommunikationstechnologien so eingesetzt werden, dass die Vernetzung der Akteure im Gesundheitswesen sicher gestellt ist und dass die Prozesse qualitativ besser, sicherer und effizienter sind.

Die Strategie «eHealth» umfasst drei Handlungsfelder:

- **«Umsetzung Strategie eHealth»:** In dieses Handlungsfeld gehören die nationale Koordination und die Schaffung von rechtlichen Grundlagen sowie die Themen «Einbezug der Forschung», «Aus- und Weiterbildung von Fachpersonen» oder «Massnahmen für die Bevölkerung». Es bildet den Rahmen der Strategie, die anderen Handlungsfelder sind darin eingebettet.
- **«Elektronisches Patientendossier»:** Im elektronischen Patientendossier (EPD) sollen Daten nach einer einheitlichen Struktur erfasst und elektronisch ausgetauscht werden können.
- **«Online-Dienste»:** Dabei sollen Informationen zu Gesundheitsfragen so aufbereitet werden, dass diese für die Schweizer Bevölkerung verständlich sind, um somit ihre Gesundheitskompetenzen zu stärken.

Der SVDE arbeitet in verschiedenen Projekten zu «eHealth» aktiv mit. Dabei ist das Ziel, einerseits die Anliegen der Ernährungsberater/innen im Projekt «eHealth» zu definieren und zu verankern und andererseits sich vorzubereiten, um Sie – geschätzte Mitglieder des SVDE – optimal auf diese neue und zukunftsweisende Herausforderung vorzubereiten zu können. Sie werden künftig regelmässig im SVDE ASDD Info, auf der Website und mit Newslettern über den Stand des Projektes informiert. Auch sind wir am Eruieren, in welcher Form und zu welchen Themen wir Weiterbildungen anbieten sollen, damit Sie in Ihrem Arbeitsalltag «eHealth» reibungslos integrieren können.

Wir bleiben für Sie dran!

Chères collègues, chers collègues,

Le terme «Cybersanté» (ou eHealth) recoupe tous les services de santé électroniques.

En 2007, le Conseil fédéral a approuvé la stratégie de la Suisse en matière de cybersanté. Elle doit contribuer à garantir à la population suisse l'accès à un système de santé de qualité, efficace, sûr et avantageux financièrement. La vision de cette stratégie est que «dans le système de santé suisse, chaque individu peut autoriser les spécialistes de son choix à accéder, à tout moment et en tout lieu, à d'importantes informations pertinentes sur sa personne et bénéficier de prestations. Il

participe activement aux décisions concernant son comportement et ses problèmes liés à la santé, renforçant ainsi sa culture sanitaire. Les technologies de l'information et de la communication sont utilisées de manière à assurer la mise en réseau des acteurs du système de santé et à créer des processus de meilleure qualité, plus sûrs et plus efficaces.» La stratégie «Cybersanté» englobe trois champs d'activité:

- **«Application de la stratégie Cybersanté»:** Ce champ d'action englobe la coordination nationale et la création de bases juridiques, ainsi que les thèmes «intégration de la recherche», «formation de base et

formation continue des professionnel·les de la branche» et «mesures destinées à la population». Il constitue le cadre de la stratégie, et les autres champs d'activité sont intégrés dans celui-ci.

- **«Dossier électronique du patient»:** dans le dossier électronique du patient, les données doivent être saisies selon une structure unifiée et doivent pouvoir être échangées sous forme électronique.
- **«Services en ligne»:** des informations sur les questions de santé doivent être préparées de telle sorte qu'elles soient compréhensibles pour la population suisse en vue de renforcer ses compétences en matière de santé.

L'ASDD coopère activement dans le cadre de différents projets relatifs à la cybersanté. Dans ce contexte, l'objectif est d'une part de définir et d'ancrer les préoccupations des diététicien-ne-s dans le projet «cybersanté», et d'autre part de vous préparer de manière optimale, chère ou cher membre de l'ASDD, pour que vous puissiez

relever ce nouveau défi porteur d'avenir. A l'avenir, vous serez ainsi informé-e régulièrement de l'état d'avancement du projet SVDE ASDD Info, sur le site Internet, ainsi qu'au moyen des newsletters. Nous sommes par ailleurs en train de déterminer sous quelle forme et sur quels thèmes nous entendons proposer des formations

continues pour vous aider à intégrer sans problème la cybersanté dans votre quotidien professionnel.

Nous restons au fait de l'actualité pour vous!

Care colleghi e cari colleghi,

Con il termine «eHealth» si intende l'insieme dei servizi sanitari elettronici.

Nel 2007 il Consiglio federale ha dato il nulla osta per la realizzazione della strategia «eHealth» in Svizzera. Scopo di detta strategia è garantire alla popolazione svizzera l'accesso ad un sistema sanitario efficace, sicuro e dai costi vantaggiosi. L'«eHealth» punta al coinvolgimento diretto di tutte le persone che vivono in Svizzera nelle decisioni che riguardano la loro salute: a prescindere dal luogo e dall'ora, esse permetteranno agli specialisti del sistema sanitario di loro scelta di accedere a informazioni sulla loro persona, e ciò al fine di ricevere delle prestazioni medico-sanitarie. Le tecnologie di informazione e comunicazione andranno impiegate in modo tale da garantire il collegamento in rete di tutti gli operatori del sistema sanitario, ma anche per migliorare i processi, rendendoli più sicuri ed efficaci.

La strategia «eHealth» si articola in tre campi d'intervento.

- **«Attuazione della strategia eHealth»:** Questo campo d'intervento comprende il coordinamento nazionale e la creazione delle basi giuridiche nonché i temi «Coinvolgimento della ricerca», «Formazione e formazione continua degli specialisti» e «Provvedimenti per la popolazione». Questo campo costituisce il quadro della strategia nel quale andranno integrati gli altri campi d'intervento.
- **«Cartella informatizzata del paziente»:** Nella cartella informatizzata del paziente (CIP) i dati saranno registrati secondo una struttura unitaria che ne agevolerà lo scambio elettronico.
- **«Servizi in rete»:** Le informazioni sui temi della salute saranno formulate in modo da essere facilmente comprensibili per la popolazione svizzera, rafforzando così le loro competenze in ambito sanitario.

L'ASDD collabora attivamente a diversi progetti di «eHealth». Tale collaborazione mira da un lato a definire e ancorare le richieste delle/dei dietiste/i nell'ambito del progetto «eHealth» e, dall'altro, a preparare il terreno perché voi – stimati membri dell'ASDD – possiate affrontare al meglio queste nuove, pionieristiche sfide. Sarà nostra premura tenervi aggiornati sullo stato del progetto mediante SVDE ASDD Info, il sito Web e con delle newsletter. Inoltre stiamo valutando sotto quale forma e per quali temi offrire dei corsi di formazione continua affinché possiate integrare l'«eHealth» in modo ottimale nella vostra attività.

Vi terremo informati!

Aufruf zur Mitarbeit in der NutriPoint-Arbeitsgruppe

NutriPoint – eine digitale Plattform von uns allen – für uns alle

Mit dem NutriPoint bietet der SVDE allen aktiven Mitgliedern eine professionelle Informationsplattform, auf der SVDE-Mitglieder gebündelte Informationen für unseren Berufsalltag zur Verfügung stellen. Der NutriPoint bietet den Fachgruppen und anderen Autoren die Möglichkeit, spezifische Fachinformationen zu unterschiedlichen Krankheiten, digitale Zugänge zu vernetzten Plattformen sowie Links und Adressen zugänglich zu machen. Ziel ist es, unser vielfältiges Fachwissen und unsere Ressourcen im NutriPoint möglichst einheitlich zu bündeln. Der NutriPoint ist mit dem SVDE-Login abrufbar unter www.svde-asdd.ch.

Die Arbeitsgruppe NutriPoint sucht dringend Verstärkung!

Wir, die Arbeitsgruppe NutriPoint, suchen jede Kontaktperson für die französisch sprechenden und die deutsch sprechenden Autorinnen und Autoren. Um die Kommunikation innerhalb der NutriPoint-Arbeitsgruppe zu erleichtern, sollten diese SVDE-Mitglieder französischer bzw. deutscher Muttersprache sein und sich in der jeweilig anderen Sprache mündlich verständigen können.

Die Mitarbeit im NutriPoint ist ehrenamtlich und umfasst folgende Aufgabenbereiche in klar abgegrenzten Themenbereichen:

- Unterstützen/coachen der Autoren bei Anwenderfragen
- Unterstützen/coachen der Autoren von der definitiven Publikations-Zusage bis hin zum definitiven Aufschalten der Texte, Links usw. im NutriPoint
- Aktualisierungen bei den Autoren anregen, wenn schon länger nichts mehr angepasst wurde (evtl. Zeitraum festlegen)

- Übersetzungen von publizierten Texten via Geschäftsstelle in die Wege leiten und im NutriPoint aufschalten
- Regelmässiges Erfassen bzw. Nachführen des aktuellen Standes des jeweiligen Auto-rentextes (Exceltabelle in DropBox)

Mitbringen müsste das Mitglied Interesse an der Bewirtschaftung der NutriPoint-Plattform und die Motivation, an einem neuen, spannenden Projekt mitzuarbeiten. Der Arbeitsaufwand beträgt etwa 2–3 Stunden pro Monat.

Die Arbeitsgruppenmitglieder tragen keine Verantwortung für die publizierten Inhalte und sind nicht verantwortlich für die Akquise- rung der Autoren. Dies übernimmt das zuständige Vorstandmitglied.

Bei Interesse melden Sie sich bitte bei dem für den NutriPoint verantwortlichen Vorstandsmitglied:
Brigitte Christen, christen-hess@bluewin.ch

Appel à collaborer au sein du groupe de travail NutriPoint

NutriPoint, une plateforme numérique de nous tou-te-s et pour nous tou-te-s

Avec NutriPoint, l'ASDD propose une plateforme d'information professionnelle, sur laquelle des informations synthétiques sont mises à la disposition de tou-te-s les membres actifs/ives de l'ASDD pour leur quotidien professionnel.

NutriPoint permet aux groupes spécialisés et aux auteur-e-s de diffuser des informations spécialisées spécifiques sur différentes maladies, des accès numériques à d'autres plateformes connectées, ainsi que des liens et des adresses. Notre objectif est de regrouper dans NutriPoint nos multiples connaissances spécialisées et nos ressources de la manière la plus homogène possible. Il est possible de se connecter à NutriPoint avec les identifiants de l'ASDD sur le site: www.svde-asdd.ch.

Le groupe de travail NutriPoint cherche de toute urgence du renfort !

Le groupe de travail NutriPoint est à la recherche de deux personnes de contact, l'une pour les auteur-e-s francophones et l'autre pour les auteur-e-s germanophones. Afin de faciliter la communication au sein du groupe de travail NutriPoint, il serait préférable que ses membres soient de langue maternelle française ou allemande et qu'ils/elles soient en mesure de s'exprimer par oral dans l'autre langue.

La coopération au sein de NutriPoint est bénéfique et englobe les domaines de responsabilités suivants, avec des thématiques clairement délimitées:

- assister et encadrer les auteur-e-s pour les questions concernant l'utilisation
- assister et encadrer les auteur-e-s à partir de l'acceptation définitive de la publication jusqu'à la mise en ligne finale des textes et liens dans NutriPoint
- suggérer aux auteur-e-s d'actualiser les contenus lorsque les dernières adaptations remontent à longtemps (le cas échéant fixer une échéance)

- faire traduire les textes publiés en passant par le secrétariat, puis publier les traductions dans NutriPoint
- assurer régulièrement la saisie et le suivi de l'état actuel du texte de l'auteur-e correspondant-e (tableau Excel dans DropBox).

Pour s'occuper de ces tâches, il faut avoir de l'intérêt pour la gestion de la plateforme NutriPoint et être motivé-e par une collaboration dans le cadre d'un nouveau projet captivant. La charge de travail représente environ 2 à 3 heures par mois.

Les membres du groupe de travail ne répondent pas du contenu des articles publiés et n'ont pas la responsabilité de trouver des auteur-e-s. C'est la membre du comité compétente qui s'en charge.

Si votre intérêt a été éveillé, n'hésitez pas à vous manifester auprès de la membre du comité responsable de NutriPoint:
Brigitte Christen, christen-hess@bluewin.ch

Save the Date!

Internationaler Tag der Ernährungsberatung am 8. März 2017

Eingebettet in die Aktivitäten zum 75.-Jahr-Jubiläum unseres Berufsverbandes wird der Tag der Ernährungsberatung 2017 DIE Gelegenheit sein, um in der breiten Öffentlichkeit, bei Partnern und Gesetzgebbern auf uns aufmerksam zu machen. Natürlich steht es Ihnen frei, ob und mit welchen Angeboten und Aktivitäten Sie das Interesse der Adressaten wecken wollen.

Wie wäre es jedoch, wenn Sie z.B. einen Tag der offenen Tür in Ihrer Beratungspraxis organisieren und anbieten? Oder spezielle Aktionen an Ihrem Arbeitsplatz, welche nicht nur der breiten Öffentlichkeit, sondern auch anderen Mitarbeitern Ihres Arbeitgebers zur Verfügung stehen?

Um Sie bei der Vorbereitung und Durchführung dieses Tages zu unterstützen, erarbeitet eine Arbeitsgruppe des SVDE u.a. eine Checkliste zur Planung und Durchführung sowie eine Imagebroschüre für den/die Ernährungsberater/in SVDE ASDD. Diese Dokumente werden den Mitgliedern rechtzeitig in allen drei Landessprachen zur Verfügung stehen. Außerdem wird unsere Präsidentin zu gegebenem Zeitpunkt via Pressetexte auf unser Jubiläum sowie den Tag der Ernährungsberatung aufmerksam machen.

Wir zählen auf Ihre aktive Teilnahme am Internationalen Tag der Ernährungsberatung 2017 – reservieren Sie dieses Datum schon heute in Ihrer Agenda!

Barbara Richli,
Leitung Organisationskomitee
«Jubiläumsjahr»

Save the Date!

Journée internationale des diététicien-ne-s le 8 mars 2017

Intégrée aux activités organisées pour le 75^e anniversaire de notre association professionnelle, la Journée des diététicien-ne-s 2017 sera une occasion idéale pour braquer les feux des projecteurs sur nous et attirer ainsi l'attention du grand public, des partenaires et des législateurs. Vous êtes bien évidemment libres d'organiser des offres et activités pour éveiller l'intérêt général.

Que diriez-vous par exemple de mettre sur pied une journée portes ouvertes dans votre cabinet? Ou de prévoir des actions spéciales sur votre lieu de travail, s'adressant non seulement à un large public, mais aussi aux autres collaborateurs de votre employeur?

Afin de vous soutenir dans la préparation et la réalisation de cette journée, un groupe de travail de l'ASDD élaborera entre autres une check-list de planification et d'exécution, ainsi qu'une brochure à l'attention des diététicien-ne-s de l'ASDD. Ces documents établis dans chacune des trois langues nationales seront mis à la disposition des membres en temps voulu. De plus, le moment venu, notre présidente enverra un des communiqués de presse au sujet de notre anniversaire et de la Journée des diététicien-ne-s.

Nous comptons sur votre participation active à la Journée internationale des diététicien-ne-s 2017. Vous pouvez d'ores et déjà réserver cette date dans votre agenda!

Barbara Richli,
Responsable du comité d'organisation
«année anniversaire»

Save the Date!

Giornata internazionale della consulenza nutrizionale – 8 marzo 2017

Nel contesto delle iniziative per il 75° anniversario della nostra associazione di categoria, la giornata della consulenza nutrizionale 2017 sarà un'occasione imperdibile per attirare l'attenzione del grande pubblico, dei partner e dei legislatori sulle nostre attività. Siete naturalmente liberi di decidere con quali offerte e attività susciterete l'interesse di questi gruppi di persone.

Perché, ad esempio, non organizzare una giornata porte aperte nel vostro studio? Oppure potreste proporre delle azioni speciali nel vostro luogo di lavoro che siano destinate non solo al grande pubblico, ma anche agli altri collaboratori del vostro datore di lavoro?

Per aiutarvi nella pianificazione e realizzazione di questa giornata, un gruppo di lavoro dell'ASDD sta attualmente elaborando tutta una serie di materiali utili, tra cui una lista di controllo e un opuscolo informativo sulle attività delle dietiste /dei dietisti SVDE ASDD. Questi documenti saranno redatti in tutte e tre le lingue nazionali e inviati ai soci in tempo utile. Quando sarà il momento, la nostra presidente pubblicherà inoltre dei comunicati stampa relativi al nostro giubileo e alla giornata della consulenza nutrizionale per informare il grande pubblico.

Contiamo sulla vostra partecipazione attiva alla giornata internazionale della consulenza nutrizionale 2017 – riservatevi subito la data!

Barbara Richli,
Responsabile Comitato organizzativo
«Anno del giubileo»



Ernährungstrends

Symposium am 13. September 2016 in Bern



Individuelle Vielfalt statt monotoner Einheitsbrei? Nie konnten wir unsere Lebensmittel so frei wählen wie heute. Immer mehr Menschen definieren sich über ihre Ernährung – sie finden Zugehörigkeit und grenzen sich gleichzeitig ab. Viele sind auf der Suche nach der richtigen Ernährungsweise und lehnen bestimmte Lebensmittel – sei es aus gesundheitlichen, religiösen oder ideologischen Gründen – ab. Die Folge: Die Ernährung wird immer individueller.

Menschen wollen sich sozial positionieren – auch mit ihrem Essen. Die Auswahl der möglichen Ernäh-

rungsformen ist gross. Doch was steckt wirklich hinter «Clean Eating», «Superfood» oder «frei von»? Welchen Stellenwert haben unsere Lebensmittel? Welche Chancen und Grenzen bringt die Individualisierung der Ernährung für die Beratungstätigkeit mit sich? Welche Bedeutung haben Ernährungstrends für den Einzelnen und für die Gesellschaft? Was und wie essen und trinken wir in der Zukunft?

Expertinnen und Experten gehen auf Ernährungstrends ein, erklären ihre Bedeutung und Relevanz für die Zukunft.

Veranstalter und Organisation

Das Symposium für Ernährungsfachleute wird veranstaltet von Swissmilk, der Organisation der Schweizer Milchproduzenten SMP, in Zusammenarbeit mit dem Schweizerischen Verband der Ernährungsberater/innen SVDE.

Jetzt anmelden:
www.swissmilk.ch/symposium



Schweiz. Natürlich.



swissmilk

Fehler bei der oralen Kostverabreichung im Spital

Carmen Kerker-Specker, MScN, Projektmanagerin, Patientensicherheit Schweiz

Dr. Olga Frank, Projektleitung, Patientensicherheit Schweiz

Prof. Dr. David Schwappach, MPH, Leiter Forschung und Entwicklung, Patientensicherheit Schweiz

Einleitung

Die Nahrungsaufnahme ist ein wichtiger Aspekt des Spitalaufenthaltes. Passiert dabei ein Fehler, kann dieser den Patienten beziehungsweise dessen Sicherheit gefährden. Erhält der Patient beispielsweise ein Essen mit einem Nahrungsmittel, auf welches er allergisch reagiert, kann dies schwerwiegende Folgen für den Patienten haben. Solche oder ähnliche Fehler bei der oralen Kostverabreichung im Spital stellen ein unterschätztes Problemfeld der Patientensicherheit dar.

Meldungen zu Fehlern bei der oralen Kostverabreichung sind relativ rar, sowohl in lokalen als auch nationalen Fehlermeldesystemen. Auch in der Fachliteratur wurde bis anhin nur wenig darüber publiziert. Eine nennenswerte Publikation zum Thema stammt von der Pennsylvania Patient Safety Authority (1). Darin wird eine Analyse von Fehlermeldungen zur oralen Kostverabreichung im Spital präsentiert und es wird aufgezeigt, wo mögliche Schwachstellen im System sind und mit welchen Strategien das Fehlerrisiko minimiert werden kann.

Patientensicherheit Schweiz erachtet diese Patientensicherheitsproblematik als relevant für die medizinische und pflegerische Versorgung von Patienten. Mit dem Ziel, der Thematik mehr Gewicht zu verleihen und das Bewusstsein der Fachpersonen dafür zu stärken, hat Patientensicherheit Schweiz eine Analyse aller CIRRN^{ET}-Meldungen zum Thema «Fehler bei der oralen Kostverabreichung im Spital» durchgeführt. Zudem fand am 19. April 2016 die CIRRNET-Tagung unter dem Titel

«Von der CIRS-Meldung zur Massnahme: Fehler bei der oralen Kostverabreichung im Spital» statt.

Analyse CIRRN^{ET}-Meldungen

Aus den ca. 6200 vorhandenen CIRRN^{ET}-Meldungen wurden 39 Meldungen zum Thema identifiziert. Diese wurden in die fünf Kategorien Lebensmittelallergien, falsche Kostform, falsches Essenstablett, Nüchternheit und sonstiges eingeteilt. 19 CIRRN^{ET}-Meldungen konnten der Kategorie Nüchternheit zugewiesen werden, in 11 Meldungen erhielten die Patienten die falsche Kostform, je vier Meldungen berichten über Lebensmittelallergien bzw. sonstiges (z.B. Glassplitter in der Suppe) und in einer Meldung wurde einem Patienten ein falsches Essenstablett verteilt.

Die relativ tiefe Meldezahl bedeutet nicht automatisch, dass kaum Fehler in diesem Bereich passieren. Es ist eher anzunehmen, dass den Fachpersonen diese Problematik noch zu wenig bewusst ist und sie auftretende Fehler nicht als Patientensicherheitsproblem wahrnehmen und dementsprechend nicht melden. Die Analyse erlaubt jedoch einen ersten groben Überblick über die Probleme, welche im Zusammenhang mit der Kostverabreichung im Spital auftreten können.

CIRRN^{ET}-Tagung

Fachexperten der Ernährungsberatung, der Spitalgastronomie, der Spitätküche, der Medizin, der Pflege und des Qualitäts- und Risikomanagements präsentierten an der diesjährigen CIRRN^{ET}-Tagung ihre Fachreferate und Fallanalysen konkreter CIRS-Meldungen rund ums Thema «Fehler bei der oralen Kostverabreichung im Spital» inklusive der realisierten Verbesserungsmassnahmen. Der rege Austausch zwischen Referenten und Teilnehmenden bestätigte, dass das Problembewusstsein

in den Spitälern erst teilweise vorhanden ist. Spitäler, welche bereits erste positive Erfahrungen gemacht haben in der Umsetzung von Projekten zum Thema Ernährung, zeigten auf, dass Aspekte wie die Definition klarer Prozesse im gesamten Ernährungsmanagement, eine gut funktionierende Infrastruktur oder auch geschultes und kompetentes Personal massgeblich dazu beitragen, dass dem richtigen Patienten das richtige Essen zum richtigen Zeitpunkt verabreicht werden kann.

Schlussfolgerungen

Die CIRRN^{ET}-Meldungen und die Präsentationen an der CIRRN^{ET}-Tagung zeigen auf, dass verschiedene Problemfelder rund ums Thema der oralen Kostverabreichung im Spital existieren. Dennoch werden die potenziellen Auswirkungen von Fehlern bei der oralen Kostverabreichung in der Praxis noch vielfach unterschätzt. Es gibt jedoch bereits Institutionen, welche gezielte Aktivitäten durchführen, um die Sicherheit der Patienten bei der oralen Kostverabreichung zu verbessern. Dabei ist eine interdisziplinäre, wertschätzende und patientenorientierte Zusammenarbeit aller am Prozess beteiligten Berufsgruppen von elementarer Bedeutung.

Literatur

(1) Wallace SC. Delivering the right diet to the right patient every time. Pennsylvania Patient Safety Advisory 2015 Jun; 12(2): 62–70.

Es bestehen keine Interessensverbindungen.

Korrespondenzadresse:

Carmen Kerker-Specker

Stiftung Patientensicherheit Schweiz

Asylstrasse 77, CH-8032 Zürich

Tel +41 (0)43 244 14 93, Fax +41 (0)43 244 14 81

kerker@patientensicherheit.ch

www.patientensicherheit.ch

¹ CIRRN^{ET} (Critical Incident Reporting & Reacting NETwork) wird seit 2006 von Patientensicherheit Schweiz (= Stiftung für Patientensicherheit) betrieben. Es ist ein überregionales Netzwerk lokaler Fehlermeldesysteme in der Schweiz. Weitere Informationen finden Sie unter www.cirrnet.ch.

Les erreurs dans l'alimentation orale à l'hôpital

Carmen Kerker-Specker, MScN, gestionnaire de projet, Sécurité des patients Suisse

Olga Frank, Dr sc. hum., responsable projets, Sécurité des patients Suisse

Pr David Schwappach, MPH, directeur recherche et développement, Sécurité des patients Suisse

Introduction

L'alimentation est un aspect important du séjour hospitalier. Lorsqu'une erreur se produit, elle peut mettre le patient en danger, et donc sa sécurité. Si par exemple un repas avec un aliment auquel le patient est allergique lui est servi, cela peut avoir des conséquences graves pour lui. Les erreurs en lien avec l'alimentation et plus particulièrement avec l'ingestion d'aliments dans les hôpitaux constituent un problème encore trop sous-estimé de la sécurité des patient-e-s.

Les cas signalés dans les systèmes de déclaration d'erreurs sont relativement rares, tant au niveau local que national. Dans la littérature spécialisée aussi, les publications sur ce sujet sont peu nombreuses. Pennsylvania Patient Safety Authority a publié une étude importante sur ce thème (1). Elle analyse les déclarations d'erreurs sur l'ingestion des aliments dans les hôpitaux, les causes de faiblesse possibles du système et les stratégies par lesquelles il est possible de minimiser le risque d'erreur.

Sécurité des patients Suisse considère que cette problématique en rapport avec la sécurité des patient-e-s est pertinente pour la prise en charge de ces derniers sur le plan médical et infirmier. Pour donner plus de poids à la thématique et renforcer la prise de conscience des professionnel-le-s à ce sujet, Sécurité des patients Suisse a réalisé une analyse de toutes les déclarations CIRRNEN¹ sur le thème «Les erreurs dans l'alimentation orale à l'hôpital». Le 19 avril 2016 s'est en outre déroulée la Journée CIRRNEN, sur le thème: «De la déclaration CIRS à la mesure d'amélioration: Les

erreurs dans l'alimentation orale à l'hôpital».

Analyse des déclarations CIRRNEN

Parmi les déclarations CIRRNEN disponibles, au nombre de 6200 environ, 39 ont été identifiées sur le thème. Elles ont ensuite été classées dans les cinq catégories: Allergies alimentaires, Mauvaise forme des aliments, Mauvais plateau repas, Obligation d'être à jeun et Autres. Ainsi, 19 déclarations CIRRNEN ont pu être rattachées à la catégorie Obligation d'être à jeun, onze déclarations concernaient le fait que les patient-e-s n'avaient pas reçu la bonne forme d'aliments, quatre autres rendaient compte d'allergies alimentaires et quatre encore d'autres problèmes (p. ex.: éclat de verre dans la soupe). Dans une déclaration enfin, le mauvais plateau repas avait été attribué à un patient.

Le nombre relativement faible de déclarations ne signifie pas automatiquement qu'il n'y a quasiment pas d'erreurs commises dans ce domaine. Il y a plutôt lieu d'admettre que les professionnel-le-s n'ont pas encore été suffisamment sensibilisé-e-s à cette problématique et qu'ils/elles ne perçoivent pas les erreurs qui surviennent comme des problèmes de sécurité des patient-e-s, raison pour laquelle ils/elles ne les déclarent pas. Cette analyse donne toutefois une première vue d'ensemble sommaire des problèmes qui sont susceptibles de survenir dans le contexte de l'ingestion des aliments dans les hôpitaux.

Journée CIRRNEN

Lors de la Journée CIRRNEN 2016, des expert-e-s de la diététique, de la restauration hospitalière, de la cuisine hospitalière, de la médecine, des soins infirmiers, ainsi que de la gestion de la qualité et des risques ont fait des interventions spécialisées et présenté leurs analyses de cas se rapportant à des déclarations CIRS concrètes sur

le thème «Les erreurs dans l'alimentation orale à l'hôpital», ainsi que les mesures d'améliorations mises au point. Les échanges animés entre les intervenant-e-s et les participant-e-s ont confirmé que la prise de conscience du problème dans les hôpitaux est encore partielle. Les hôpitaux ayant déjà fait quelques premières expériences positives dans la mise en œuvre de projets sur le thème de l'alimentation ont montré que des aspects tels que la définition de processus clairs dans la gestion globale de l'alimentation, le bon fonctionnement de l'infrastructure, ou encore du personnel bien formé et compétent contribuent dans une mesure déterminante à ce que le bon repas puisse être donné à la bonne heure au bon patient.

Conclusions

Les déclarations CIRRNEN et les présentations lors de la Journée CIRRNEN indiquent qu'il existe différents problèmes sur le thème de l'ingestion des aliments dans les hôpitaux. Néanmoins, les conséquences potentielles des erreurs commises dans l'administration orale de nourriture sont encore sous-estimées à de nombreux égards en pratique. Toutefois, certaines institutions réalisent déjà des activités ciblées pour améliorer la sécurité des patient-e-s en rapport avec l'ingestion des aliments. Dans ce contexte, une collaboration interdisciplinaire centrée sur le patient et marquée par l'estime de tous les groupes professionnels impliqués dans le processus revêt une importance fondamentale.

Bibliographie

(1) Wallace SC. Delivering the right diet to the right patient every time. Pennsylvania Patient Safety Advisory 2015 Jun; 12 (2): 62-70.

Il n'y a pas de conflits d'intérêt.

Adresse de correspondance:

Carmen Kerker-Specker
Fondation Sécurité des patients Suisse
Asylstrasse 77, CH-8032 Zurich
Tél. +41 (0)43 244 14 93, Fax +41 (0)43 244 14 81
kerker@patientensicherheit.ch
www.patientensicherheit.ch

¹ Le système CIRRNEN (Critical Incident Reporting & Reacting NETwork) est exploité par la Fondation Sécurité des patients Suisse depuis 2006. Il s'agit d'un réseau suprarégional de systèmes de déclaration d'erreurs locaux en Suisse. Pour plus amples informations à ce sujet, n'hésitez pas à consulter son site Internet: www.cirrnen.ch.

Errori nella somministrazione orale dei pasti in ospedale

Carmen Kerker-Specker, MScN, Manager di progetto, Sicurezza dei pazienti Svizzera

Dr. Olga Frank, Responsabile di progetto, Sicurezza dei pazienti Svizzera

Prof. Dr. David Schwappach, MPH, Responsabile scientifico, Sicurezza dei pazienti Svizzera

Introduzione

L'assunzione del cibo è un aspetto importante di un ricovero in ospedale. Un eventuale errore può mettere a repentaglio la salute o addirittura la sicurezza del paziente. Se, per esempio, a un paziente viene servito un pasto con un alimento al quale è allergico, ciò può avere gravi conseguenze per il paziente stesso. Simili errori nella somministrazione orale del cibo ai pazienti ricoverati negli ospedali costituiscono una problematica di cui non si tiene sufficientemente conto.

Le segnalazioni di errori nella somministrazione orale dei pasti sono relativamente rare, sia nei sistemi locali di comunicazione degli errori che in quelli nazionali. Anche nella letteratura specializzata vi sono stati finora pochi cenni al riguardo. Un testo degno di interesse su questa tematica è stato pubblicato dalla Pennsylvania Patient Safety Authority (1). L'opuscolo presenta un'analisi delle segnalazioni di errori di somministrazione per os dell'alimentazione nell'ospedale e, oltre a evidenziare le possibili lacune nel sistema, indica le strategie che consentono di minimizzare il rischio.

Per la fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera si tratta di una problematica rilevante ai fini dell'assistenza medica e infermieristica ai pazienti. Per dare maggiore peso a questa tematica e rafforzare la consapevolezza dei professionisti, Sicurezza dei pazienti Svizzera ha eseguito un'analisi di tutte le segnalazioni CIRRN^{ET}¹ relative agli errori di somministrazione per os dell'alimentazione in ospedale. Inoltre, il 19 aprile 2016 ha avuto luogo il convegno CIRRN^{ET} sul tema: «Dalla segnalazione

CIRS al provvedimento: errori di somministrazione orale dei pasti in ospedale».

Analisi segnalazioni CIRRN^{ET}

Tra le circa 6200 segnalazioni CIRRN^{ET} sono state individuate 39 segnalazioni che riguardavano il tema dell'alimentazione in ospedale. Le segnalazioni sono state suddivise in cinque categorie: allergie alimentari, dieta errata, vassoio sbagliato, digiuno e altro. Nella categoria digiuno riportavano 19 segnalazioni; 11 riguardavano invece uno sbaglio di dieta; quattro segnalazioni si riferivano alle allergie alimentari rispettivamente alla categoria altri (p.es.: scheggia di vetro nella minestra), mentre in un caso un paziente aveva ricevuto il vassoio sbagliato.

Il numero relativamente basso di segnalazioni non significa automaticamente che in questo ambito si verifichino pochi errori. È più probabile che i professionisti non si rendano ancora sufficientemente conto dell'importanza di questa problematica e non considerino tali errori come un problema di sicurezza dei pazienti, tralasciandone quindi la segnalazione. L'analisi dà comunque un'idea generale dei problemi che possono sorgere nell'ambito della somministrazione dei pasti in ospedale.

Convegno CIRRN^{ET}

In occasione del convegno CIRRN^{ET} di quest'anno, esperti di consulenza dietetica, di gastronomia ospedaliera, di cucina ospedaliera, di medicina, di cure e di gestione della qualità e dei rischi hanno presentato relazioni specialistiche e analisi di segnalazioni CIRS che riguardavano errori nell'alimentazione per os in ospedale, illustrando anche le misure di miglioramento già introdotte. L'animato scambio di sapere ed esperienze tra i relatori e i partecipanti ha messo in luce come negli ospedali si sia solo in parte consapevoli di questa problematica. Le strutture ospedaliere che

hanno già realizzato con successo progetti dedicati al tema della nutrizione hanno ribadito che la definizione di processi chiari nell'intera gestione alimentare, un'infrastruttura ben funzionante e del personale qualificato e competente sono fondamentali perché il paziente riceva il cibo giusto al momento giusto.

Conclusioni

Le segnalazioni CIRRN^{ET} e le relazioni presentate al convegno CIRRN^{ET} sottolineano l'esistenza di diverse aree problematiche in relazione al tema della somministrazione per os dell'alimentazione in ospedale. Nella pratica, tuttavia, le potenziali conseguenze degli errori nell'alimentazione per os sono ancora sottostimate. Esistono comunque già delle strutture che eseguono attività mirate per migliorare la sicurezza dei pazienti in questo ambito. Fondamentale per operare con successo in questo campo è la collaborazione interdisciplinare, improntata alla stima reciproca e orientata ai pazienti di tutte le categorie professionali coinvolte nel processo.

Letteratura

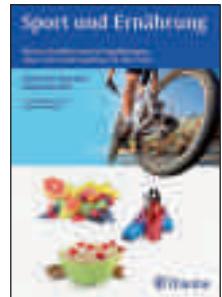
(1) Wallace SC. Delivering the right diet to the right patient every time. Pennsylvania Patient Safety Advisory 2015 Jun; 12(2): 62–70.

Non esistono relazioni d'interesse.

Indirizzo per la corrispondenza:

Carmen Kerker-Specker
Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera
Asylstrasse 77, CH-8032 Zurigo
Tel +41 (0)43 244 14 93, Fax +41 (0)43 244 14 81
kerker@patientensicherheit.ch
www.patientensicherheit.ch

¹ Dal 2006 Sicurezza dei pazienti Svizzera (= Fondazione per la sicurezza dei pazienti) gestisce CIRRN^{ET} (Critical Incident Reporting & Reacting NETwork). Trattasi di una rete sovraregionale di sistemi locali svizzeri di segnalazione di errori. Troverete maggiori informazioni al sito www.cirrnet.ch.



Sport und Ernährung – Wissenschaftlich basierte Empfehlungen, Tipps und Ernährungspläne für die Praxis

*Christoph Raschka, Stephanie Ruf
2., aktualisierte und ergänzte Auflage, Thieme Verlag 2015; 229 Seiten, Abbildungen 42, Preis 55.90.*

Das aktualisierte Buch von Christoph Raschka, Facharzt für Innere Medizin und Sportmedizin, und Stephanie Ruf, Ökotrophologin, richtet sich an Sportmediziner, Sporttherapeuten, Trainer und Physiotherapeuten, die sich mit dem Thema Sporternährung befassen und Sportler diesbezüglich beraten. Die Inhalte basieren auf Positionspapieren des American College of Sports Medicine (ACSM), des Australian Institute of Sport (AIS), der europäischen Behörde für Lebensmittelsicherheit (EFSA) und weiteren Studien. Alle Empfehlungen sind mit Quellenangaben versehen, welche am Ende eines jeden Kapitels aufgeführt sind.

Das Buch setzt sich aus 13 Kapiteln zusammen. Diese beginnen jeweils mit Basiswissen, Übersichten oder Begriffserklärungen und gehen dann vertieft auf die jeweilige Thematik ein. In den ersten Kapiteln geht es um die Ernährungs- und Sportphysiologie, gefolgt von sportspezifischen Ernährungsempfehlungen mit Beiträgen zur

Wettkampfernährung, spezifischen Ernährungsstrategien wie Carboloading und richtig trinken. Im fünften Kapitel widmen sich die Autoren dem Trendthema Protein und Muskelaufbau und beantworten unter anderem die Fragen «Mehr Muskeln durch mehr Protein?» oder «Tierisches Protein für starke Muskeln?». Neben den Proteinen wird auch auf weitere Nährstoffe wie beispielsweise Magnesium, Beta-Hydroxy-Metylbutyrat und Kreatin eingegangen. Es werden deren Funktionen sowie der Bedarf für Sportler erläutert. In den letzten Kapiteln des Buches sind empfehlenswerte Fachzeitschriften und Internetadressen sowie exemplarische Ernährungspläne und Kochrezepte aufgeführt. Die Kapitel sind kurz und übersichtlich gestaltet. Dazu tragen vor allem die farblich unterlegten Boxen mit «Info», «Merke» und «Praxistipp» bei. Das Buch enthält alle wichtigen Ernährungsempfehlungen für viele Sportarten und die verschiedenen Wettkampfphasen. Es kommen auch Themen vor, die sonst kaum behandelt werden, aber dennoch für Sportler sehr wichtig sind wie Magen-Darm-Beschwerden im Wettkampf, Umgang mit extremen Temperaturen, die optimale Ernährung in grossen Höhen und Essstörungen bei Athleten. Dies sowie die wissenschaftliche Fundierung tragen dazu bei, dass sich dieses Buch von anderen auf dem Markt abhebt. Die Theorie wird immer wieder durch

Praxisbezug wie z.B. Menüvorschläge sowie Nährwertvergleiche verschiedener Sportlerriegel oder -Getränke ergänzt. Dadurch werden die Empfehlungen konkretisiert und es entsteht eine spannende Abwechslung.

Unklar bleibt, wieso die Autoren so ausführlich auf die verschiedenen Körperbauarten eingehen. Dies lenkt vom zentralen Thema des Buches ab und könnte bei Interesse auch in einem anderen Buch nachgeschlagen werden.

Leider werden Ernährungsfachpersonen nur einmal spezifisch im Zusammenhang mit der Auswertung von Essprotokollen erwähnt. Dies ist aber bei Weitem nicht unsere einzige Kompetenz auf diesem Gebiet. Sportler verlangen immer mehr kompetente Beratung zur Sporternährung, dies könnte von Ernährungsberatern mit entsprechender Spezialisierung übernommen werden.

Wir empfehlen das Buch auf jeden Fall Berufskolleginnen, die sich Wissen zum Thema aneignen oder weiterentwickeln wollen und als Nachschlagewerk. Es werden viele Themen behandelt, die auch immer wieder von Freizeitsportlern in der Beratung angesprochen werden und eine fundierte Antwort fordern.

Julia Sprunger, BSc BFH, und Dr. clin. nutr. Caroline Kiss, Universitätsspital Basel

Advanced Nutrition and Dietetics in Gastroenterology

*Edited by Miranda Lomer.
Series Editor Kevin Whelan.
Wiley-Blackwell 2014.
ISBN 978-0-470-67132-0, 333 Seiten.*

Dieses Buch ist der erste Titel einer neuen Serie, welche die British Dietetic Association mit dem Herausgeber Wiley-Blackwell herausgibt. Das Buch ist in Bezug auf drei Punkte aussergewöhnlich:

1. Fokus auf ernährungsrelevante Aspekte des Gastrointestinaltraktes.
2. Auf einem «Advanced Level» für Masterstudenten oder erfahrene Ernährungstherapeutinnen geschrieben.

3. Die Autorinnen sind mehrheitlich Dietitians und Spezialisten oder Experten im jeweiligen Themengebiet.
Unterteilt ist das Buch in vier Sektionen: Physiologie und Funktion des Gastrointestinal- und hepatobiliären Traktes sowie Mikrobiota und gastrointestinale Appetitkontrolle. Auf jeweils fünf Seiten wird pro Organ eine kurze Übersicht zu Anatomie, Physiologie, Messung und Assessment der Funktion und Pathologie gegeben. Im zweiten Teil werden Nahrungsbestandteile, welche in Bezug auf den Gastrointestinaltrakt relevant sind, beschrieben: Nahrungsfasern, fermentierbare Kohlenhydrate, Pro- und Präbiotika. Im dritten und vierten Teil werden 30 Krankheiten dargestellt. Neben den gut bekannten wie Obs-

tipation oder Pankreatitis werden auch seltener wie Orofaziale Granulomatose, Eosinophile Oesophagitis oder Lymphangiokistikie beschrieben. Dabei wird hauptsächlich auf diätetische Faktoren bei der Entstehung und ernährungstherapeutische Interventionen zur Behandlung eingegangen. Jedes Kapitel enthält etwa 50 Referenzen, welche für weiterführende Informationen beigezogen werden können. Sehr empfehlenswertes Buch speziell für Ernährungsberater/innen, welche im Bereich Gastroenterologie und Viszeralchirurgie tätig sind oder sich in diese Gebiete einarbeiten wollen.

*Dr. clin. nutr. Caroline Kiss, BSc BFH
Universitätsspital Basel*

Nahrungsmittelunverträglichkeiten – Laktose, Fruktose, Histamin, Gluten

Vogelreuster A. S. Hirzel Verlag, 1. Auflage 2015. 184 Seiten, 67 Abbildungen, 26 Tabellen.

Dieser Ratgeber richtet sich an Patienten mit Nahrungsmittelintoleranzen mit dem Ziel, das persönliche Verständnis und Wissen zu diesem Thema zu vertiefen und Aufschluss über möglicherweise bestehende Unverträglichkeiten zu erhalten. Der Autor ist Apotheker und Lebensmittelchemiker. Er beginnt mit einem Selbsttest für Nahrungsmittelunverträglichkeiten und beschreibt auf den folgenden Seiten, was Nahrungsmittelunverträglichkeiten sind. Den Hauptteil bilden die 5 Kapitel zu Laktoseintoleranz, Fruktosemalabsorption, Histaminintoleranz, Zöliakie und Glutensensitivität. Die Themen werden jeweils anhand eines Fallbeispiels eingeleitet, anschliessend folgen Erläuterungen zu den verschiedenen Unverträglichkeiten inklusive Diagnoseverfahren und Therapie-

möglichkeiten. Als Ergänzung finden sich Tabellen mit unbedenklichen Lebensmitteln und mit Lebensmitteln eingeteilt anhand des Ampel-Systems.

Es ist dem Autor gelungen, einen guten und aktuellen Überblick über die Unverträglichkeiten zu geben. Das medizinische Wissen geht sehr in die Tiefe und ist deshalb für Laien nicht immer verständlich. Die wiederkehrenden Einschübe wie: Wissenswert, Nebenbei bemerkt, Fakt ist, In die Tiefe und die vielen Seitenverweise sind eher verwirrend und stören den Lesefluss. Damit Betroffene ihre Ernährung richtig umstellen können und trotzdem ausgewogen essen, sollten Angaben zur konkreten Umsetzung gemacht werden. Leider fehlen sie. Der Autor weist jedoch mehrmals auf eine professionelle Ernährungsberatung zur Unterstützung hin. Obwohl das Buch 2015 erschienen ist und zum Thema FODMAP in den letzten Jahren sehr viel geforscht wurde, werden die FODMAPs nur in einem Satz kurz erwähnt. Aus diesen Gründen würde ich generell das Buch meinen Patienten nicht empfehlen, für Personen mit fundierten Kenntnis-



sen im Bereich Ernährung kann dieses Buch jedoch eine interessante Wissenserweiterung darstellen.

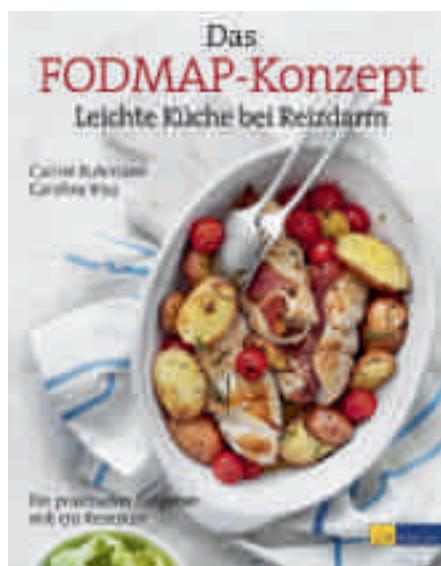
Silvia Maissen, BSc BFH,
Ernährungsberaterin SVDE, Basel

Das FODMAP-Konzept, Leichte Küche bei Reizdarm

Carine Buhmann, Caroline Kiss
ISBN: 978-3-03800-909-2

Der praktische Ratgeber «Das FODMAP-Konzept – Leichte Küche bei Reizdarm» wurde von Carine Buhmann und Caroline Kiss geschrieben. Das Buch bietet für Laien verständliche Fachinformationen zum Reizdarm-Syndrom und erklärt das FODMAP-Konzept. Den grössten Teil des Buches machen die Rezepte aus.

In der Einleitung werden Betroffene mit Verdauungsbeschwerden direkt angeprochen. Ob das FODMAP-Konzept für den Leser geeignet ist, kann er anhand einer kurzen Checkliste herausfinden. Wenn er weiterliest, erhält er anschauliche und gut verständliche Informationen zur Verdauung, zum «Bauchhirn» und zum Reizdarm-Syndrom. Ergänzt werden diese mit Antworten zu den häufigsten Fragen rund



um Verdauungsbeschwerden. Das FODMAP-Konzept wird gut verständlich beschrieben und mit geeigneten Darstellungen veranschaulicht.

Der Rezeptteil enthält ansprechende Menüvorschläge mit schönen Bildern. Man bekommt als Leser richtig Lust, diese auszuprobieren. Neben einfachen Alltagsrezepten sind zudem aufwendigere Vorschläge zu finden, die sich auch für Gäste eignen. Bei vielen Rezepten gibt es Vorschläge für Anpassungen, falls der Betroffene eine Zutat nicht so gerne mag. Es werden auch Tipps zur Verfeinerung oder zur Kochtechnik gegeben. Die Autorinnen haben außerdem daran gedacht, Ideen für Mahlzeiten unterwegs zu integrieren. Das Buch ist ein toller Ratgeber für Betroffene, welche die FODMAP-arme Ernährung ausprobieren möchten. Mit den Fachinformationen, dem Wochenplan und den Rezeptideen ist es eine ideale Ergänzung zur Ernährungsberatung.

Karin Stalder, BSc BFH, Ernährungsberaterin SVDE, aha! Allergiezentrum Schweiz

ERNÄHRUNG IN DER INTENSIVMEDIZIN

**Hoher Proteingehalt
bei moderater Energiezufuhr!**

**Teneur accrue en protéines pour
un apport modéré en énergie!**



- ✓ gute Verträglichkeit
- ✓ 100 % Molkenprotein
- ✓ mit MCT-Fetten

- ✓ Bonne tolérance
- ✓ Avec 100 % de protéines de lactosérum
- ✓ Contient des TCM

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

InfoLine 0800 800 877
InfoMail@fresenius-kabi.com



**FRESENIUS
KABI**
caring for life

KURSÜBERSICHT
VUE D'ENSEMBLE DES COURS
PANORAMICA DEI CORSI

Weitere Informationen der folgenden Veranstaltungen finden Sie auf www.svde-asdd.ch (Bildung > Fort- und Weiterbildung > Kursübersicht). Die Kursübersicht wird ständig aktualisiert und mit weiteren Veranstaltungen ergänzt.

Pour plus d'informations concernant les manifestations suivantes, consultez www.svde-asdd.ch (Formation > Formation continue et post-grade > vue d'ensemble des cours). La vue d'ensemble des cours est régulièrement actualisé et complété avec les nouvelles manifestations.

Per maggiori informazioni sui prossimi eventi consultate www.svde-asdd.ch. La panoramica dei corsi è costantemente aggiornata e completata con altri importanti avvenimenti.

Datum Date Data	Ort Lieu Luogo	Veranstaltung Manifestation Manifestazione	SVDE-Punkte Points ASDD Punti ASDD
22.08.2016–26.08.2016	Bern	Summerschool: Nutritional Aspects in Rehabilitation Exercise Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit	6
25.08.2016	St. Gallen	MSIT-Schulung 2016 – AKJ	–
27.08.2016	Zürich	Lösungsorientiertes Arbeiten mit Familien – Lösungsschritte entwickeln lernen – IKP Zürich	2
01.09.2016	Bern	SGE-Fachtagung – SGE-SSN	2
01.09.2016	Epalinges	Sensibilisation à l'éducation thérapeutique – Programme cantonal Diabète	3
01.09.2016	Zürich	Interdisziplinäre Fachtagung – Stillförderung Schweiz	2
07.09.2016–10.09.2016	Granada (E)	ICD Granada – 17th International Congress of Dietetics – ICD	6
08.09.2016	Gümligen	Aktuelle Kostform im Heim und Spital – Fingerfood und Mangelernährung – Forum Culinaire	1
08.09.2016	St. Gallen	St. Galler Update – Endokrinologie, Diabetologie & Stoffwechsel – eSwiss Medical & Surgical Center	1
09.09.2016	Geich	Ernährungstherapie bei Reizdarm und Darm Freiraum Seminare / Es gibt div. spannende Seminare vom gleichen Anbieter	3
09.09.2016	Bern	Qualitätstag 2016 – Schweizerische Diabetes-Gesellschaft	1
09.09.2016	Bern	Posterpräsentationen 2016 – Berner Fachhochschule – Fachbereich Gesundheit	–
09.09.2016	Basel	Schwierige Situationen mit anderen – www.perspectiva.ch/	4
10.09.2016	Zürich	Leben ist Bewegung – Bewegung ist Veränderung: Grundlagen und Anwendung der Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen – IKP Zürich	–
12.09.2016–13.09.2016	Lausanne	Journées Lausannoises en Nutrition Clinique – Cours de base – CHUV Lausanne – Dr Pauline Coti Bertrand	4
13.09.2016	Bern	Swissmilk Symposium – Ernährungstrends – Swissmilk – Schweizer Milchproduzenten SMP	2
13.09.2016	Lausanne	Allaitement, obésité et diabète – Promotion allaitement maternel Suisse	1
14.09.2016	Yverdon-les-Bains	Sensibilisation à l'éducation thérapeutique – Programme cantonal Diabète	1
16.09.2016	Wien	3. Fachtag Sporternährung – Medizinische Universität Innsbruck	2
20.09.2016	Zürich	Seminare zu PRODI 6.5 Swiss – Mühlmann Nutrition GmbH	1
23.09.2016	Olten	Motivierende Gesprächsführung – Aufbaukurs – Dr. Michael Peltenburg und SoMICE Sàrl	2
23.09.2016	Bern	SSNS Workshop Sportgetränke – Swiss Sports Nutrition Society	1
29.09.2016–30.04.2017	Yverdon	Processus de soins en nutrition et sa terminologie (PSNT) – HEdS Genève et SVDE ASDD	3
29.09.2016	Zürich	Rechtliche Herausforderungen im klinischen Alltag: eine Herausforderung Schweizerische Gesellschaft für die Gesundheit Adoleszenter, SGGA	1
01.10.2016–02.10.2016	Zürich	Einführung und Grundlagen der Orthomolekulärmedizin – Ärzteplattform OrthomolekularMedizin	2
12.10.2016	Gümligen	Essen als Erlebnis im Alter – neuzeitliche Seniorenenpflege – Forum Culinaire	1
13.10.2016	Lausanne	5^e symposium d'obésité chez l'enfant	2
20.10.2016	Bern	Seminare zu PRODI 6.5 Swiss – Mühlmann Nutrition GmbH	1
20.10.2016	Gümligen	Wenn der Mensch vergisst, was er is(s)t – Forum Culinaire	2
21.10.2016	Basel	NCPT-Basiskurs – SVDE ASDD	2
21.10.2016–22.10.2016	München	Update Ernährungsmedizin 2016 – ZIEL Akademie, TU München	6
25.10.2016	Olten	I. Ernährungsfachkongress Mikronährstoffe 2016; Mikronährstoffsupplementation: Für alle sinnvoll? – Burgerstein Foundation	2
27.10.2016	Bern	GESKES-Zertifikatskurs & Berner Symposium Inselspital Bern – Prof. Dr. med. Zeno Stanga, Anna-Barbara Sterchi und Karin Frey	1
27.–28.10.2016	Olten	Gesundheitsziele mit Motivation und Willenskraft versehen – SVDE ASDD	4
28.10.2016–29.10.2016	Bern	Grundkurs Zöliakie – aha! Allergiezentrum Schweiz / Berner Fachhochschule	4
02.11.2016	Zürich	Seminare zu PRODI 6.5 Swiss – Mühlmann Nutrition GmbH	1
02.11.2016–05.11.2016	Stels	Grundkurs Lösungsorientiertes Beraten für ERB/DiabetesberaterInnen – Max Schlorff, dipl. Psychologe FH / dipl. ERB FH	6

KURSÜBERSICHT
VUE D'ENSEMBLE DES COURS
PANORAMICA DEI CORSI

Datum Date Data	Ort Lieu Luogo	Veranstaltung Manifestation Manifestazione	SVDE-Punkte Points ASDD Punti ASDD
03.11.2016–04.11.2016	Olten	Motivierende Gesprächsführung – Grundkurs – Dr. Michael Peltenburg und SoMICE Sàrl	2
04.11.2016	Basel	Nutrition Care Process and Terminology – SVDE ASDD	2
08.11.2016	Winterthur	Palliative Care Update – SVDE ASDD	2
08.11.2016	Bern	PAR-Tagung – BSc Studiengang Ernährung und Diätetik, BFH	2
08.11.2016	Bern	Seminare zu PRODI 6.5 Swiss – Mühlemann Nutrition GmbH	1
08.11.2016	Lausanne	Le diabète du sujet âgé I Diabète 3^e volet – HEdS Genève et SVDE ASDD	2
10.11.2016	Zürich	Seminare zu PRODI 6.5 Swiss – Mühlemann Nutrition GmbH	1
10.11.2016	Zürich	Ernährungspanorama – Gestalttherapeutisches Vorgehen – IKP Zürich	2
11.11.2016	Zürich	Ernährung und Hämopyrrollaktamurie (HPU) – NHK Institut für integrative Naturheilkunde	–
11.11.2016	Bern	7. Intern. Tagung Experten-Netzwerk Essstörungen Schweiz ENES Experten-Netzwerk Essstörungen Schweiz ENES, Zürich	2
12.11.2016	Zürich	Recall-Change – Veränderungsarbeit im Sinne von: «Gefühle sind die Wächter der Erinnerung» – IKP Zürich	2
14.11.2016–15.11.2016	Zürich	Aus ungeliebten Persönlichkeitsanteilen neue Ressourcen gewinnen – SVDE ASDD	2
15.11.2016	–	Ernährungskurse für Schulen und Betriebe professionell planen und gestalten – SVDE ASDD I SGE	2
15.11.2016	Schliengen D	Verhaltensänderung leicht gemacht – Sonja M. Mannhardt Praxis für psychologische Ernährungstherapie	1
16.11.2016	Bern	Seminare zu PRODI 6.5 Swiss – Mühlemann Nutrition GmbH	1
17.11.2016–19.11.2016	Würzburg	19. Deutsche Mukoviszidose-Tagung – Mukoviszidose e.V.	5
17.11.2016–19.11.2016	Frankfurt am Main	Adipositastage 2016 – 32. Jahrestagung der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG) e.V. in Kooperation mit dem 9. Frankfurter Meeting – Deutsche Adipositas Gesellschaft	4
17.11.2016	Zürich	Systemische Aufstellung im Einzelsetting – IKP Zürich	2
18.11.2016	Bern	Nahrungsmittelunverträglichkeiten: häufig und häufig übersehen aha! Allergiezentrums Schweiz / Berner Fachhochschule	4
24.11.2016–26.11.2016	Zürich	Diabetes Update Refresher – Forum für medizinische Fortbildung	6
24.11.2016	Yverdon-les-Bains	Insuffisance respiratoire chronique et nutrition – Fresenius Kabi (Schweiz) AG	2
24.11.2016	Basel	Was haben Muskeln und Bakterien mit Diabetes zu tun? – diabetesregionbasel	1
25.11.2016	Ecbulens	Cybersanté et nutrition: quels enjeux? – HEds Genève et SVDE ASDD	2
25.11.2016	Olten	Motivierende Gesprächsführung in Gruppen – SoMICE Sàrl	2
25.11.2016–26.11.2016	Zürich	Das Streben nach Schönheit: Schönheitsideale wandeln sich, die Schönheit an sich ist zeitlos – IKP Zürich	4
29.11.2016	Gümligen	Proteine – wertvoller denn jell – Forum Culinaire	2
02.12.2016–03.12.2016	Zürich	Provokieren – aber richtig! – IKP Zürich	4
19.01.2017–26.01.2017	Lausanne	Maladie cœliaque, sensibilité non cœliaque au gluten et FODMAPs – HEds Genève et SVDE ASDD	4
14.03.2017–15.03.2017	–	Les protéines I Physiologie, qualité et actualités	4
30.03.2017	Lausanne	L'alimentation durable I Du concept à la réalité de terrain – HEds Genève et SVDE ASDD	2

Arbeitsgruppe Fortbildung Deutschschweiz: Freiwillige gesucht

Die Arbeitsgruppe Fortbildung organisiert qualitativ hochstehende Kurzweiterbildungen für SVDE-Mitglieder, damit diese mit den Entwicklungen des Berufs Schritt halten, ihre Kenntnisse vertiefen oder sich neue Bereiche erarbeiten können. Wir suchen Mitglieder, die unsere Arbeitsgruppe unterstützen möchten. Als Mitglied unserer Arbeitsgruppe organisieren Sie mit Unterstützung des Sekretariats und gemäss Ihren Verfügbarkeiten und Interessen eine oder mehrere Fortbildungen pro Jahr.

Die Themen werden von der Arbeitsgruppe anlässlich der 2–3 Treffen pro Jahr unter Berücksichtigung der Vorschläge der Mitglieder und der aktuellen Themen und Entwicklungen unseres Berufsstands festgelegt (Entschädigung gemäss Reglement). Sie berücksichtigen sowohl den stationären wie den ambulanten Bereich, die Prävention und den Spitäler-Bereich. Das Organisieren solcher Fortbildungen ist eine faszinierende Aufgabe, da sie zur Aufrechterhaltung der Qualität unserer Leistungen und zur Anerkennung unserer

Kompetenzen beiträgt, sei es, indem Kompetenzen gestärkt werden, sei es, indem diese auf den neusten Stand gebracht und neue Fähigkeiten erworben werden.

Für weitere Fragen oder bei Interesse melden Sie sich bitte bei:
Anne Blancheteau, Verantwortliche Arbeitsgruppe Fortbildung
anne.blancheteau@svde-assd.ch,
076 584 87 07

Emmi Aktifit – neu alle Sorten laktosefrei

Emmi Aktifit – toute la gamme sans lactose

Die intestinale Mikrobiota und die Wirksamkeit von Probiotika rücken immer mehr in den Fokus der Ernährungswissenschaft. Viele Studienergebnisse zeigen die Wirksamkeit von Probiotika in der Prävention und Therapie. Von allen verfügbaren Probiotika gilt der Lactobacillus rhamnosus Gorbach-Goldin (LGG®) als das weltweit am intensivsten studierte probiotische Milchsäurebakterium. In über 1.000 wissenschaftlichen Studien, davon rund 300 klinischen, wurde deren Wirkung erforscht.

Lactobacillus rhamnosus GG (LGG®)

Untersuchungen zeigen, dass der Lactobacillus GG bei bestimmten Personengruppen spezifische Entzündungsreaktionen verringert, die Immunabwehr mitbeeinflusst sowie die Beseitigung von ausgewählten pathogenen Keimen beschleunigt. Auch seine vorteilhafte und symptomlindernde Wirkung bei der Behandlung von gastrointestinalen Störungen beispielsweise bei antibiotika-assoziierten Diarrhoeen ist sehr gut dokumentiert [1].

Emmi Aktifit gut verträglich durch laktosefreie Rezeptur

1 Fläschchen Aktifit (65ml) enthält mindestens eine Milliarde probiotisch wirksamer Milchsäurebakterien LGG® und deckt 30% des Tagesbedarfs an Vitaminen B6, B12 und D sowie 100% des Tagesbedarfs an Folsäure. Diese Vitamine tragen u.a. zu einer normalen Funktion des Immunsystems bei.

[1] Eine umfangreiche Studienliste und weiterführende wissenschaftliche Informationen können unter ernaehrungsinfo@emmi.com eingefordert werden.

Les sciences de la nutrition s'intéressent de plus en plus à la flore intestinale et à l'efficacité des probiotiques. De nombreuses études démontrent l'efficacité des probiotiques en matière de prévention et de traitement. De tous les probiotiques disponibles, le Lactobacillus rhamnosus Gorbach-Goldin (LGG®) est considéré comme le lactobacille probiotique le plus étudié au monde. Ses effets ont été testés dans plus de mille études scientifiques, dont quelque 300 études cliniques.

Lactobacillus rhamnosus GG (LGG®)

Diverses études ont montré que, chez certaines personnes, le Lactobacillus GG réduit des réactions inflammatoires spécifiques, renforce les défenses immunitaires et accélère l'élimination de germes pathogènes sélectionnés. Ses effets bénéfiques et atténuateurs des symptômes sont aussi très bien documentés [1] dans le traitement des troubles gastro-intestinaux, par exemple en cas de diarrhées associées aux antibiotiques.

Emmi Aktifit bien toléré grâce à une recette sans lactose

1 flacon d'Aktifit (65ml) contient au moins un milliard de lactobacilles LGG® efficaces sur le plan probiotique et couvre 30% des besoins journaliers en vitamines B6, B12 et D ainsi que 100% des besoins journaliers en acide folique. Ces vitamines contribuent entre autres au bon fonctionnement du système immunitaire.

[1] Pour obtenir une liste d'études complète ainsi que des informations scientifiques complémentaires, veuillez adresser votre demande à ernaehrungsinfo@emmi.com.





*Wir wünschen uns
EIN BREITES, ABWECHSLUNGSREICHES
PROTEINSORTIMENT*

*Nous avons besoin d'un
assortiment protéiné
LARGE ET VARIÉ*



Für den Zugang zu den vollständigen
PROT-AGE Empfehlungen scannen Sie
bitte diesen QR-Code.

Pour accéder aux recommandations complètes
PROT-AGE, veuillez scanner le code QR.



Nestlé Health Science:

Ihr Proteinspezialist mit evidenz-
basiertem Produktsortiment.

Votre spécialiste de la protéine
offrant un assortiment de produits
basé sur l'évidence clinique.

