



**SVDE ASDD**

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



**SVDE ASDD**

# Info

**2 / 2017**

April | avril | aprile



Krebs und Ernährung  
Cancer et alimentation  
Cancro e alimentazione

# ENSURE® PLUS ADVANCE

Bei Mangelernährung hilft Ensure® Plus Advance den Betroffenen, das aufzuhören und zu erhalten, was sie zum Überleben brauchen: Muskulatur.<sup>1-3</sup>

In cas de malnutrition, Ensure® Plus Advance aide les patients à continuer et maintenir ce dont ils ont besoin pour survivre: la masse musculaire.<sup>1-3</sup>

LAUT NEUER KLINISCHER STUDIE "VERGEGERT  
ENSURE® PLUS ADVANCE  
DIE MUSKELMÄRKE UM

50%  
DURCH UN INDIVIDUEL  
ESSAI CLINIQUE\*,  
ENSURE® PLUS ADVANCE  
REDUIT LA MORTALITÉ DE

50%



- Arbeitsfähigkeit erhöht  
"Arbeitsfähigkeit"
- Atemnot  
"Atemnot"
- Kraft  
"Kraft"
- Muskelaufbau  
"muskulären Aufbau  
durchsetzen der Tage"



<sup>1</sup> Die Daten sind aus einer klinischen Studie mit 1000 Patienten mit Mangelernährung. Sie zeigen die Wirkung von Ensure® Plus Advance im Vergleich zu einem anderen Ernährungsprodukt.

<sup>2</sup> Diese Daten aus einer klinischen Studie mit 1000 Patienten mit Mangelernährung.

<sup>3</sup> Diese Daten basieren auf Ergebnissen einer randomisierten, kontrollierten, doppelblinden Studie mit 1000 Patienten mit Mangelernährung, die über einen Zeitraum von 12 Monaten mit einer Diät, die entweder Ensure® Plus Advance oder ein anderes Ernährungsprodukt enthielt.

\* Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass Ensure® Plus Advance gegenüber anderen Ernährungsprodukten eine bessere Wirkung auf die Arbeitsfähigkeit und die Atemnot bei Patienten mit Mangelernährung hat. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass Ensure® Plus Advance gegenüber anderen Ernährungsprodukten eine bessere Wirkung auf die Arbeitsfähigkeit und die Atemnot bei Patienten mit Mangelernährung hat.



**SVDE ASDD**

**Schon reserviert?**

## **NutriDays 2018**

**16. + 17. März 2018 in Biel**

**Die SVDE-Generalversammlung findet im Rahmen der NutriDays am 17. März 2018 statt.**  
[www.nutridays.ch](http://www.nutridays.ch)

**Déjà réservé?**

## **NutriDays 2018**

**16 + 17 mars 2018 à Biel**

**L'assemblée générale de l'ASDD se tiendra le 17 mars 2018 dans le cadre des NutriDays.**  
[www.nutridays.ch](http://www.nutridays.ch)

**Die SVDE-Geschäftsstelle bleibt vom 22. Juli bis 13. August 2017 geschlossen.**

**Gerne kümmern wir uns ab dem 14. August 2017 wieder um Ihre Anliegen.**

**Wir danken Ihnen für Ihr Verständnis.**

**Herzliche Grüsse, Ihre Geschäftsstelle**

**Le secrétariat ASDD sera fermé du 22 juillet au 13 août 2017.**

**C'est avec plaisir que nous nous occuperons à nouveau de vos demandes à partir du 14 août 2017.**

**Nous vous remercions de votre compréhension.**

**Cordialement, Votre secrétariat**

**La segreteria ASDD rimarrà chiusa dal 22 luglio al 13 agosto 2017.**

**E' con piacere che a partire dal 14 agosto 2017 ci prenderemo di nuovo cura delle vostre richieste.**

**Ringraziamo per la vostra comprensione.**

**Cordialmente, La vostra segreteria**

### **DEUTSCHSCHWEIZ**

Editorial .....	2
Fachteil .....	4
Wort der Präsidentin .....	20
Jubiläum.....	21
Aktuelles .....	26
Mitglieder im Fokus .....	31
Kursübersicht.....	36

### **SUISSE ROMANDE**

Editorial .....	2
Rubrique professionnelle.....	9
Le mot de la présidente .....	20
Jubilé.....	22
Actualité.....	26
Membres en bref.....	32
Vue d'ensemble des cours.....	36

### **SVIZZERA ITALIANA**

Editoriale .....	2
Rubrica professionale.....	15
Parola della presidentessa.....	20
Giubileo.....	23
Attualità .....	27
Membri in primo piano.....	34
Panoramica dei corsi.....	36

### **Impressum**

**Offizielle 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 + Annonce + 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, Estero Fr. 85.–/anno

#### **Auflage / Tirage / Tiratura: 1300**

#### **Themen / Sujets / Temi**

1/2017 Lieferengpässe bei diätetischen Produkten  
 Pénurie de produits diététiques  
 Penuria di rifornimenti di prodotti dietetici

2/2017 Krebs und Ernährung

Cancer et alimentation

Cancro e alimentazione

3/2017 75 Jahre SVDE

Les 75 ans de l'ASDD

75 anni ASDD

4/2017 Transkulturelle Ernährungsberatung

Conseil diététique transculturel

Consulenza nutrizionale transculturale

5/2017 Palmöl – Auswirkungen auf Mensch und Umwelt

L'huile de palme : ses conséquences sur l'être

humain et sur l'environnement

Olio di palma – ripercussioni sull'uomo e l'ambiente

6/2017 Vegane Ernährung

L'alimentation végane

Alimentazione vegana

#### **Druck / Impression / Stampa**

Multicolor Print AG, Baar

**Redaktions- und Inserateschluss / Délais des insertions et de rédaction / Termine d'inserzione e di redazione:**

3/17: 5. Mai 2017, 5. mai 2017, 5 maggio 2017

#### **Tarifdokumentation / Documentation tarifaire / Documentazione delle tariffe**

[www.svde-asdd.ch](http://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](http://service@svde-asdd.ch)

#### **Präsidentin / Présidente / Presidentessa**

Gabi Fontana  
[gabi.fontana@svde-asdd.ch](mailto:gabi.fontana@svde-asdd.ch)

#### **Vizepräsidentin/in / Vice-présidentes / Vice presidente**

Adrian Rufener  
[adrian.rufener@svde-asdd.ch](mailto:adrian.rufener@svde-asdd.ch)  
 Barbara Richli  
[barbara.richli@svde-asdd.ch](mailto:barbara.richli@svde-asdd.ch)

#### **Vorstand / Comité / Comitato direttivo**

Bildungsstandards / Standards de formation / Standard formativi  
 Adrian Rufener  
[adrian.rufener@svde-asdd.ch](mailto:adrian.rufener@svde-asdd.ch)

Kommunikation / Communication / Comunicazione:  
 Barbara Richli  
[barbara.richli@svde-asdd.ch](mailto:barbara.richli@svde-asdd.ch)

Tarifverhandlungen & DRG / Négociations tarifaires & DRG / Negoziazione tariffaria & DRG  
 Gabi Fontana  
[gabi.fontana@svde-asdd.ch](mailto:gabi.fontana@svde-asdd.ch)

Serviceleistungen / Services / Servizio:  
 Brigitte Christen-Hess  
[brigitte.christen@svde-asdd.ch](mailto:brigitte.christen@svde-asdd.ch)

Arbeitsstandards / Standards de travail / Standard lavorativi  
 Florine Riesen  
[florine.riesen@svde-asdd.ch](mailto:florine.riesen@svde-asdd.ch)

Fortbildung / Formation continue / Formazione continua  
 Anne Blancheteau  
[anne.blancheteau@svde-asdd.ch](mailto:anne.blancheteau@svde-asdd.ch)

**Titelbild / Photo de couverture / illustrazione di copertina**  
 Bildquelle / source d'image / fonte d'immagine: fotolia

**ISSN 2504-1681**

Schlüsseltitel: Info

(Schweizerischer Verband der Ernährungsberater/innen)



**Franziska Koch**

Redaktionskommission  
Commission de la rédaction  
Commissione della redazione

## **Liebe Leserin, lieber Leser**

Über Ernährung und Krebs gäbe es viel zu schreiben. Doch dieses Mal orientieren sich die Autorinnen und Autoren nicht an den neusten Empfehlungen oder Studien, um unser theoretisches Wissen zu erweitern, sondern sie beschreiben die interdisziplinäre Zusammenarbeit zum Wohle der Patientinnen und Patienten.

Einen krebskranken Menschen ab der Diagnosestellung und im interdisziplinären Team zu begleiten, ist eine grosse Herausforderung mit vielen Auf und Ab's. Es gilt zuerst, gemeinsame Werte zu finden. Es gilt aber auch, Empfehlungen und Richtlinien einfach mal stehen zu lassen und sich auf die individuellen Bedürfnisse der Patientin/des Patienten einzulassen. Die Gespräche sind geprägt von viel Empathie. Wie erkläre ich zum Beispiel der Patientin, dass die «Krebsdiät» aus dem Internet – auf die sie so viel Hoffnung setzt – nichts taugt? Wie stehen wir als interdisziplinäres Team dazu? Reicht es, ihr nur gerade unser Wissen aus Studien aufzuzeigen, ihr unser Schema dazu abzugeben und auf Wiedersehen zu sagen?

Wie sich das Team in einem kleinen Spital zusammengefunden hat und sich zum Wohle der Patientinnen und Patienten einsetzt, lesen Sie im Haupttext.

Ich wünsche Ihnen eine spannende Lektüre.

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

Il y aurait tant à écrire sur l'alimentation et le cancer... Pour une fois, les auteur-e-s ne se basent pas sur les dernières recommandations ou études pour élargir nos connaissances théoriques, mais s'attachent à décrire la collaboration interdisciplinaire pour le bien-être des patient-e-s.

Accompagner une personne atteinte d'un cancer au sein d'une équipe interdisciplinaire à partir du moment où le diagnostic est posé est un grand défi, avec beaucoup de hauts et de bas. L'enjeu est d'abord de trouver des valeurs communes. Parfois, il faut aussi faire fi des recommandations et des lignes directrices et se concentrer tout simplement sur les besoins individuels des patient-e-s. Les échanges doivent être empreints d'empathie. Mais comment expliquer par exemple à sa patiente que le «régime spécial cancer», au sujet duquel elle a été informée sur Internet et dans lequel elle place beaucoup d'espoir, ne vaut rien? Comment nous positionnons-nous par rapport ce sujet en tant qu'équipe interdisciplinaire? Suffit-il de lui exposer nos connaissances en la matière, fondées sur des études disponibles, puis de lui présenter notre manière schématique de voir les choses et de la remercier de sa visite?

L'article principal vous montrera comment l'équipe d'un petit hôpital s'est constituée pour se mobiliser en faveur du bien-être des patient-e-s.

Je vous souhaite une bonne lecture!

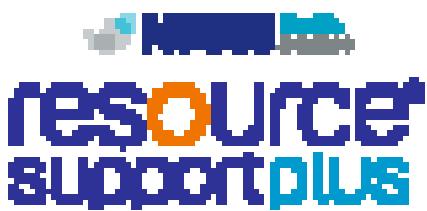
## **Cara lettrice, caro lettore**

Su alimentazione e cancro ci sarebbe molto da scrivere. Questa volta però le autrici e gli autori hanno deciso di non basarsi sugli studi e sulle raccomandazioni più recenti per ampliare le nostre conoscenze in materia, bensì di descrivere la collaborazione interdisciplinare per il bene del paziente.

Seguire una persona malata di cancro dal momento della diagnosi all'interno di un team interdisciplinare è una grande sfida con molti alti e bassi. Per prima cosa si devono trovare dei valori comuni. Però a volte è anche necessario lasciare semplicemente da parte raccomandazioni e linee guida e ascoltare invece i bisogni individuali del paziente. I colloqui richiedono molta empatia. Come posso ad esempio spiegare a una paziente che la «dieta contro il cancro» trovata in Internet, sulla quale ripone così tante speranze, non serve a niente? In questi casi, qual è la nostra condotta in quanto team interdisciplinare? È sufficiente limitarci a illustrarle le nostre conoscenze derivanti dagli studi sul tema, consigliarne il nostro schema e dirle arrivederci?

Nel testo principale potrete leggere come sia nato il team di un piccolo ospedale e in che modo esso si impegni per il bene dei pazienti.

Vi auguro una buona lettura!



## Maximale Ernährungsumstützung in kleiner Portion

Bei Krebs- und Demenzpatienten kann die erforderliche Ernährungssupplikation problematisch und ungenießbar sein. Das kann zu einem Verlust an Gewicht und Körperfett führen.

- Mindestens 20% des täglichen Energiebedarfs
- Mindestens 20% der täglichen Proteinfülle

## Support nutritional meal mal en petite portion

Resource Support Plus kleine Portionsportionen eignen sich ideal für Nahrungsintoleranz, Verlust von Gewicht, problematische Ernährung

- Flüssigspeisen ausreichen für 20% des täglichen Energiebedarfs
- Diese enthalten genügend Eiweiß für Wundheilung



## Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Onkologie

**Das Engeriedspital ist Teil der Lindenhofgruppe, welche 2012 entstanden ist. Die Grösse des Engerieds ist mit 76 Betten überschaubar und dementsprechend familiär.**

**Gemeinsam mit dem Lindenhofspital wird das Brustzentrum Bern betrieben. Anfang 2017 wurde zudem das Zentrum für Innere Medizin Engeried (ZIME) und die Spezialisierte Palliative Care Engeried (SPCE) für stationäre Patientinnen und Patienten eröffnet. Weiter sind am Engeriedspital chirurgische und internistische Belegärztinnen und -ärzte tätig. Ein grosser Teil der onkologischen ambulanten und stationären Patientinnen und Patienten im Engeriedspital sind von der Praxis Oncocare von Frau Dr. med. Katharina Buser und Herrn Dr. med. Michele Ciriolo. Die onkologische Praxis Oncocare ist seit 1999 im Haus integriert. Neben den vielen Patientinnen mit Mammakarzinomen und gynäkologischen Tumoren werden aber auch Patientinnen und Patienten mit anderen soliden Karzinomen in der Praxis und auf der Abteilung behandelt.**

*Fabia Schneider, BSc BFH, Ernährungsberaterin SVDE  
Dr. med. Katharina Buser, FMH Medizinische Onkologie und FMH Allgemeine Innere Medizin Engeried, ein Spital der Lindenhofgruppe [www.lindenhofgruppe.ch](http://www.lindenhofgruppe.ch)*

Der Leserlichkeit halber wird im folgenden Text nur von Patientinnen gesprochen. Die Massnahmen gelten aber für beide Geschlechter. Wir verzichten bewusst auf das Zitieren von Studien. Dies soll ein Erfahrungsbericht sein, welcher die Erfolge der interprofessionellen Zusammenarbeit der Onkologie und Ernährungsberatung beleuchtet. Um dies etwas zu veranschaulichen, werden wir den Text mit verschiedenen kurzen Fallbeispielen bespicken. Eine interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen der Praxis Oncocare AG (bestehend aus Ärzteteam, Onkologie-Pflegefachfrauen und MPA's) und dem stationären Pflegefachteam sowie der Ernährungsberatung, Physiotherapie, Psychoonkologie usw. wird bei uns grossgeschrieben und durch die räumliche Nähe zusätzlich gefördert. Das Oncocare und die Ernährungsberatung arbeiten seit mehreren Jahren an dieser Zusammenarbeit. Wie in allen Bereichen, mussten auch wir zuerst einen Konsens finden und zusammen Ziele definieren, um die Patientinnen gemeinsam unterstützen zu können.

Unser oberstes Ziel ist und bleibt aber: Die Lebensqualität der Patientinnen erhalten und sie während ihrer Zeit von der Diagnose über die Therapie bis zu den anschliessenden Kontrollen zu begleiten. Es ist wichtig, dass unsere Empfehlungen übereinstimmen. Nur so können sich die Patientinnen sicher fühlen.

Ein erster Kontakt zur Ernährungsberatung wird wenn möglich bereits vor der ersten Chemotherapie in die Wege geleitet. Beim sogenannten Pflegegespräch werden die Patientinnen auf ihre Zeit während der Therapie vorbereitet. Das Pflegegespräch wird grundsätzlich durch eine Onkologie-Pflegefachfrau geführt und enthält auch eine Kurzinstruktion zum Thema Ernährung und Chemotherapie inkl. Abgabe eines Merkblattes. Gleichzeitig wird die Patientin informiert, dass sie sich bei Fragen jederzeit an die Ernährungsberatung wenden kann. Seit Kurzem wird die Ernährungsberatung schon zu diesem Pflegegespräch hinzugezogen, um die Ernährung während der Chemotherapie mit den Patientinnen zu besprechen und bereits zu diesem Zeitpunkt Fragen bezüglich Nebenwirkungen oder allfälligen Krebsdiäten zu beantworten. Die Patientinnen werden dann bei der zweiten Chemotherapie erneut von der Ernährungsberatung besucht, um die ersten Erfahrungen zu besprechen. Weitere Besuche erfolgen nach Bedarf. Durch die ersten Kontakte sinkt die Hemmschwelle, sich bei Ernährungsproblemen Hilfe zu holen.

**Fall 1:** Patientin mit Mamma-Ca und Chemotherapie macht sich Gedanken darüber, wie sie alles unter einen Hut bringen kann; Familie, Therapie, Ernährung... ohne allzu grossen Aufwand, da

auch die Fatigue ein Thema sein wird. Zudem stellt sie sich die Frage, ob sie eher eine Low-Carb-Ernährung mit viel Gemüse einplanen soll. Die Patientin ist hoherfreut, beim Infogespräch zu hören, dass sie ihre bisherige Ernährung nicht gross umzustellen braucht und auch nicht auf Kohlenhydrate verzichten muss. Sie mag gekochtes Gemüse und kann sich gut vorstellen, eher leichtes Gemüse einzuplanen. Die Empfehlungen kann sie ohne höheren Aufwand an das Familienessen anpassen. Nach der zweiten Chemotherapie fühlt sich die Patientin sehr wohl und verträgt diese, abgesehen von einigen Tagen Übelkeit direkt danach, sehr gut.

Wir empfehlen unseren Patientinnen in den ersten drei Tagen nach der Chemotherapie, die Zufuhr von unlöslichen Nahrungsfasern, wie z. B. Vollkornprodukte, Nüsse, Samen, Kerne usw., zu vermeiden, Gemüse und Früchte v.a. in gekochter Form zu essen und leichtverdauliche Speisen zu bevorzugen. Nach drei Tagen können Rohkost und Vollkornprodukte in kleinen Mengen eingeplant und nach ca. fünf Tagen wieder wie gewohnt gegessen werden. Das Ziel dieser Ernährung ist, das Risiko einer Obstipation, aufgrund einer allfälligen Darmtrügheit, ausgelöst durch die Medikamente, zu verringern.

**Dr. med. K. Buser:** Die meisten an Krebs leidenden Patientinnen werden im Verlaufe ihrer Erkrankung mit einer Chemotherapie und/oder einer Strahlentherapie behandelt. Für viele Patientinnen sind diese Behandlungen untrennbar mit Nausea, Emesis und Verdauungsbeschwerden wie Diarrhoe oder Obstipation verbunden. Vor allem Nausea und Emesis gehören nach wie vor zu den meist gefürchteten Begleitsymptomen einer Chemotherapie. Seit den goer Jahren wurden aber grosse Fortschritte in der Behandlung von Nausea und Emesis mit der Einführung der Serotoninantagonisten gemacht. Dank dieser Medikamente können sich heute viele Patientinnen einer Chemotherapie unterzie-

hen, ohne dass diese Nebenwirkungen auftreten. Bei einigen Patientinnen bleibt es aber weiterhin schwierig, sie erfolgreich nebenwirkungsarm zu behandeln. Das trifft oft bei sehr empfindlichen Menschen zu und bei Patientinnen, welche vorbestehende gastroenterologische Leiden haben. Auch ist es oft weiterhin schwierig, die verzögerte Nausea und Emesis, welche ein bis drei Tage nach Beginn der Chemotherapie auftritt, zu behandeln. Gerade bei diesen Patientinnen nehmen die konsequente Instruktion zur vorbeugenden Einnahme von Antiemetika sowie die Ernährungsberatung eine wichtige Rolle ein. Auch bei Patientinnen, bei denen keine Heilungsmöglichkeit in Aussicht gestellt werden kann und deren Krankheitssituation palliativ ist, ist es nicht immer einfach, ein Gleichgewicht zwischen wirkungsvoller Krebstherapie und Ausmass der Nebenwirkungen herzustellen. Die bestmögliche Behandlung von Nausea, Emesis und Verdauungsproblemen hat aber auch in dieser Situation eine entscheidende Bedeutung zur Erhaltung der Lebensqualität dieser Patientinnen.

Um eine optimale Beratung bezüglich Einnahme von Medikamenten und Beachten von einigen Ernährungsgrundsätzen machen zu können, ist es deshalb wichtig, die Pathophysiologie der Emesis in ihren Grundsätzen zu verstehen. Nach Verabreichen von Zytostatika wird in der Schleimhaut im oberen Magen-Darm-Trakt aus den enterochromaffinen Zellen, welche in unmittelbarer Nachbarschaft der Vagusafferrenzen liegen, Serotonin ausgeschüttet. Das freigesetzte Serotonin aktiviert den Brechreiz über die Erregung der Serotoninrezeptoren an den Nervenendigungen der Vagusafferrenzen. Zusätzlich kann das ins Blut freigesetzte Serotonin in der Chemorezeptorentriggerzone im Zentralnervensystem den Brechreiz direkt auslösen. Die Serotoninantagonisten entfalten ihre Wirkung, indem sie sich spezifisch an den Subtyp 3 der 5-Hydroxytryptamin-Rezeptoren binden. Durch ihre Wirkungsweise reduzieren Serotoninantagonisten so Nausea und Emesis. Die Serotoninantagonisten führen aber dadurch auch zu einer Verminderung der Motilität des unteren Gastrointestinaltraktes sowie zur Verlängerung der Kolontransitzeit, was zu

Obstipation und im Ernstfall zu einem Subileus führen kann. Diese Nebenwirkung gilt es auch dann besonders zu beachten, wenn Zytostatika wie Vincaalkalide eingesetzt werden müssen, welche ebenfalls eine Obstipation auslösen können.

Trotz dieser Nebenwirkungen stellte die Einführung der Serotoninantagonisten zur Prophylaxe und Therapie der chemotherapieinduzierten Nausea und Emesis einen Meilenstein in der Entwicklung der palliativen und supportiven Therapie dar. Diese Medikamente bilden bezüglich Wirksamkeit und der Verträglichkeit inzwischen den Standard in der chemotherapieinduzierten Nausea und Emesis. Sie beherrschen die akute, durch Zytostatika und Strahlentherapie induzierte Emesis wirksamer als die konventionellen Antiemetika. Sie leisten zum Wohlbefinden des Patienten einen entscheidenden Beitrag. Konventionelle Antiemetika wie Bezanide (Primeran®), Butyrophenone (Motilium®) oder Steroide bleiben aber weiterhin ebenfalls im Einsatz als Begleitmedikation in Kombination mit Serotoninantagonisten bei stark emetogenen Chemotherapien und protrahierter Nausea. Die konventionellen Antiemetika erlauben es zudem, die Dosierung und Einnahmedauer der Serotoninantagonisten zu reduzieren und die Nebenwirkungen wie Obstipation zu mildern. Es empfiehlt sich deshalb, beim mehrtägigen Einsatz von Serotoninantagonisten auch prophylaktisch präbiotische Nahrungsfasern alleine oder in Kombination mit Abführmitteln einzusetzen.

**F. Schneider:** Gute Erfahrungen haben wir in diesem Zusammenhang mit OptiFibre® gemacht und der Empfehlung, die Mahlzeiten auf sechs kleine Portionen aufzuteilen, um den Gastrokolischen Reflex auszunutzen.

Nebst unseren Empfehlungen versuchen wir aber, unsere Patientinnen auch dahingehend zu unterstützen, dass sie auf sich selber und ihren Körper hören.

Wir beobachten häufig, dass die Krebsdiagnose bei den Patientinnen das Bedürfnis auslöst, sich besonders gesund zu ernähren und ihr ganzes Leben auf den Kopf zu stellen. Häufig findet sich in der Verwandtschaft oder im Freundeskreis jemand, der

«gute Ratschläge» hat, wie der Krebs am besten besiegt werden kann. Der Kohlkonsum steigt aufgrund von Internet-Informationen an, Zucker wird verteufelt, gefrorene Zitronen werden gegessen, ketogene Diäten propagiert, Aprikosenkerne konsumiert, glutenfreie Ernährung ausprobiert und vieles mehr. Die Aufklärung der Patientinnen steht hier im Vordergrund. Auch ist die interprofessionelle Zusammenarbeit wichtig. Die Ärztin/der Arzt und der/die Ernährungsberater/in sind manchmal die letzten, die von einer Ernährungsumstellung erfahren. Unsere Pflegefachpersonen erfahren es oft als Erste und haben die Aufgabe, zu reagieren und den Patientinnen zu empfehlen, dies mit den Ärzten und der Ernährungsberatung zu besprechen. Wir versuchen, die Patientinnen in diesem Moment abzuholen. Solche Beratungen finden nicht selten ad hoc statt.

**Fall 2: Patientin mit Mamma-Ca und Chemotherapie wird stark von ihren Freunden beeinflusst bezüglich Ernährung. Sie ernährt sich vom Zeitpunkt der Diagnose an glutenfrei, isst keinen Zucker mehr, meidet alle tierischen Eiweisse. Sie ist innerhalb kurzer Zeit mangelnährt und sehr schwach. Die Ernährungsberatung wird aufgrund des schlechten Zustands noch vor der ersten Chemotherapie avisiert. Mithilfe langer Gespräche mit dem interprofessionellen Team und durch gutes Zureden des Ehemannes kann sich die Patientin allmählich von diesen Empfehlungen trennen. Sie nimmt wieder an Gewicht zu, verträgt die folgende Chemo- und Radiotherapie sehr gut.**

Wir versuchen, den Patientinnen den Sinn und Unsinn von Krebsdiäten aufzuzeigen. Wichtig ist aber vor allem, Verständnis zu zeigen, dass sie als Betroffene auch gerne selber etwas zu ihrer Therapie und ihrer Genesung beitragen möchten. Wir möchten ihnen aufzeigen, dass es ein Leben vor der Diagnose, während der Therapie und nach der Therapie gibt und sie nach der Behandlung immer noch die Möglichkeit haben, eine gesunde Ernährung umzusetzen.

Eine Ernährungsumstellung kann in einigen Fällen auch mehr schaden als nutzen.

Selten kommt es dann aber vor, dass sich die Patientinnen nicht an die Empfehlungen halten. Es gibt natürlich Ausnahmen, wie folgendes Fallbeispiel zeigt.

**Fall 3:** Patientin mit Mamma-Ca und Chemotherapie will sich aufgrund der Diagnose sehr gesund ernähren und jeglichen Zucker meiden. In der Kindheit hatte sie kaum Früchte gegessen, weil sie diese nie mochte. Neu konsumiert sie Gemüse und Früchte in rauen Mengen, nimmt vermehrt Vollkornprodukte zu sich und alternative Süßungsmittel, wie Honig und Agavendicksaft. Die Patientin leidet seit der Ernährungsumstellung an massiven Blähungen und Diarrhoe. Vermutung von Dr. Buser war eine zu hohe Nahrungsfaseraufnahme oder sogar Fructosemalabsorption. Die Zuweisung zur Ernährungsberatung erfolgte, wobei die Vermutung nach der Anamnese bzgl. Fructosemalabsorption verstärkt wird. Wir empfehlen eine Abklärung bei einem Gastroenterologen. Die Patientin will lieber eine Karenzphase ausprobieren, wonach eine deutliche Besserung eintritt. Die Patientin wollte aber die neue Ernährung nicht aufgeben und ernährt sich weiterhin sehr fructosereich – trotz Diarrhoe und trotz später bestätigter Fructoseintoleranz. Ihre Angst ist zu gross, dass der Tumor mit einer «ungesunden» Ernährung wiederkehrt.

Das Ziel während der Therapie ist vor allem, die Nebenwirkungen möglichst gering zu halten. Dies ist nebst der Behandlung von Nausea, Emesis, Diarrhoe und Obstipation auch die Vermeidung von grossen Gewichtsschwankungen. Eine Mangelernährung versuchen wir so früh wie möglich zu erkennen und propagieren lieber präventiv eine eher proteinreiche Ernährung. Aber auch eine zu starke Gewichtszunahme – aufgrund von Cortisongabe während der Chemotherapie und Antihormontherapie – sollte vermieden werden. Auch hier wird die Ernährungsberatung frühzeitig involviert, um eine Gewichtsstabilisierung zu erreichen; sei es in die eine oder andere Richtung.

**Fall 4:** Patientin mit Mamma-Ca unter Chemo- und Antihormontherapie wird

aufgrund Gewichtszunahme angemeldet. Durch die Antihormontherapie wird die Patientin postmenopausal und eine Gewichtsreduktion ist v. a. durch Bewegung, gesunde Ernährung und eine gute Portion Kampfgeist möglich. Die Patientin wird lange durch die Ernährungsberatung betreut und kommt mehrmals jährlich zur Gewichtskontrolle. Das Gewicht stabilisiert sich.

Häufig besteht ein jahrelanger Kontakt zu den Patientinnen. Und wenn die Situation palliativ wird, intensiviert sich der Patientenkontakt meist noch. Die Patientinnen kommen regelmässiger ins Oncocare und werden auch regelmässiger von der Ernährungsberatung direkt im Oncocare besucht.

**Fall 4 Fortsetzung:** Nach einigen Jahren wird die Patientin aufgrund Gewichtsverlust bei einem Rezidiv erneut angemeldet. Das ganze Denkmuster muss nun umgekämpft werden. Sie musste immer auf eine kalorienreduzierte Kost achten und nun müssen genau diese eingesparten Kalorien wieder eingeplant werden. Es wird eine palliative Situation. Der Gewichtsverlust kann auch durch orale Nahrungssupplemente (ONS) nicht aufgehalten werden. Die Situation, auch die Tumorkachexie, wird der Patientin mehrmals aufgezeigt, besprochen und sie wird in Entscheidungen miteinbezogen. So auch der Beschluss, keine künstliche Ernährung ausser ONS einzusetzen. Die Patientin stirbt zehn Jahre nach der Erstdiagnose.

Auch wenn die Patientinnen nicht immer kontinuierlich von der Ernährungsberatung betreut werden, besteht ein Kontakt. In der überschaubaren Grösse des Engeriedspitals und mit dem Oncocare im Haus, treffen wir unweigerlich auf die Patientinnen. Ob auf der Station, im Gang, im Tearoom oder in der Praxis; «man kennt sich» und hat die Möglichkeit, sich rasch auszutauschen, (Gewichts-)Veränderungen der Patientinnen zu bemerken und sie darauf anzusprechen. Durch diese Präsenz wird die Wichtigkeit der Ernährung bei onkologischen Patienten vermehrt verankert. Das Bewusstsein dieser Wichtigkeit

ist in unserem Spital bei allen Fachrichtungen vorhanden, genauso wie das Verständnis, dass unser oberstes Ziel die Lebensqualität der Patientinnen ist und Lebensqualität auch «selber entscheiden» bedeutet – z. B. für oder gegen die Trinknahrung.

Fast alle palliativen Patientinnen werden direkt nach stationärem Eintritt bei der Ernährungsberatung angemeldet. Meist sind sie bereits aus dem ambulanten Bereich bekannt und der ambulante Auftrag kann stationär weitergeführt werden.

Bis Ende des letzten Jahres wurden die Patientinnen durch Dr. Buser, Dr. Cirolo und durch Assistenzärztinnen und -ärzte auch stationär betreut. Seit Anfang dieses Jahres wird die Spezialisierte Palliative Care Engeried (SPCE) aufgebaut. Nun werden die Patientinnen durch eine Palliativärztin begleitet. Durch die Vorgaben der Gesundheits- und Fürsorgedirektion (GEF) werden die Abläufe nun strukturierter. Die Zeit, welche wir für die Patientinnen aufwenden, kann nun aufgeschrieben werden und wird durch den CHOP «93.8A.3 Spezialisierte Palliative Care, nach Anzahl Behandlungstagen» codiert.

Die Zusammenarbeit hat sich sehr gut eingespielt und auch die Onkologen nehmen an den Gesprächen mit den Patientinnen teil. Somit bleibt auch den Patientinnen, nebst der Ernährungsberatung und Physiotherapie, noch ein Teil des Teams erhalten, welches sie meist jahrelang betreut hat und an welches sie sich so gewöhnt hatten.

Die Patientinnen und Patienten schätzen und spüren die gute interprofessionelle Zusammenarbeit. Die meisten fühlen sich im kleinen Spital sehr wohl. Eine Patientin beschrieb es einmal so: «Auch wenn ich zur Chemotherapie herkommen muss, ist es trotzdem kein Müssten. Es ist eher wie ein Nachhausekommen.»

# Palliative Ernährungsberatung – «es ist noch so viel zu tun»

**Kann eine Krankheit nicht mehr geheilt werden, verändert sich das Therapieziel von «kurativ» zu «palliativ». Im Idealfall wird Palliative Care vorausschauend miteinbezogen (Bundesamt für Gesundheit BAG und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK, 2009). Palliative Care ist jedoch viel mehr, als «nicht mehr heilen» oder um es mit den Worten von Cicely Saunders, der Begründerin der modernen Palliative Care, auszudrücken: «Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun.» Die wesentlichen Zielen einer Palliative Care sind: Erhalt der Funktionalität, Prävention von Leiden und Komplikationen, Förderung und Erhalt der Lebensqualität, angemessene Unterstützung von Bezugspersonen (Lippincott, Williams & Wilkins, 2011; SAMW, 2006; BAG und GDK, 2009).**

Prof. Andrea Räss-Hunziker, BSc BFH, Ernährungsberaterin SVDE  
Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit/Studiengang Ernährung und Diätetik

Verändern sich Appetit und Aufnahme, kommen Beschwerden beim Essen hinzu und wird das Gewicht weniger, so hat dies Konsequenzen für die Betroffenen und ihr Umfeld. Wenn ein eher «unbeschwertes» und «alltägliches» Thema wie Essen sich so dramatisch verändert, kommt damit auch das Lebensende absehbar näher. Unsicherheit führt dazu, dass sich Wissen, Halbwissen und Informationen zu Empfehlungen der «gesunden Ernährung», Massnahmen bei «kurativen» onkologischen Erkrankungen und nichtevidenzbasierte Ansätze vermischen. Die Ernährungsberatung kann hier einerseits eine wichtige, klärende Aufgabe einnehmen. Andererseits stehen für einige der möglichen Ernährungsprobleme Massnahmen zur Verfügung. Der ernährungstherapeutische Prozess unterstützt als strukturelles Hilfsmittel, um die herausfordernde Betreuung zielführend zu gestalten. Im Folgenden werden die Schritte des ernährungstherapeutischen Prozesses v.a. mit Fokus auf onkologische Patientinnen und Patienten in der Palliative Care besprochen. Vieles davon kann sicher auch auf andere Krankheitsbilder übertragen werden.

## **Ernährungstherapeutisches Assessment und Ernährungsprobleme**

Ein standardisiertes, spezifisches Assessment für die onkologisch-palliative Ernährungsberatung existiert noch nicht. Herausforderungen sind die Mangelernährung

und Beschwerden, welche die Nahrungsaufnahme beeinträchtigen. Mit dem Assessment soll geprüft werden, ob ein Ernährungsproblem vorliegt. Zum Erfassen einer Mangelernährung eignen sich die gängigen Tools, wie das Nutritional Risk Screening. Um die komplexe Situation jedoch differenzierter einschätzen zu können, eignet sich zusätzlich z.B. der Karnofsky Performance Status oder ein Edmonton Symptom Assessment System (Prevost, V. & Grach, M.-C., 2012). Der Einsatz von Skalierungen oder eines strukturierten Beschwerdenprotokolls könnte im weiterführenden Prozess hilfreich sein, um die initiierten Massnahmen auf ihre Wirksamkeit hin zu überprüfen. Auch weitere Tools, wie z.B. die Bristol Stuhlfomenskala (z.B. Diarröhö), sind sinnvoll, um Symptome und Anzeichen eines Ernährungsproblems differenzierter zu erheben. Bei der Eingrenzung des Ernährungsproblems ist es relevant, prioritär Probleme der Aufnahme zu erkennen (AND, 2013). Kann keine ernährungstherapeutische Diagnose formuliert werden, so ist aktuell auch kein Auftrag für die Ernährungsberatung vorhanden. Herausfordernd ist dabei, dass ernährungsbezogenen Probleme, wie z.B. Nausea, nicht Ernährungsprobleme nach eNCPT sind, sondern mögliche Ursachen für ein Ernährungsproblem. Ernährungsprobleme sind die unzureichende Aufnahme (z.B. von Energie, Flüssigkeit, aber auch z.B. von Kohlenhydraten bei einer selbstverordneten «Diät») oder aber auch eine verminderte ernährungsbezogene

Lebensqualität. In einer frühen Phase der palliativen Betreuung führen die meisten der ernährungsbezogenen Symptome dazu, dass diese die Entstehung einer Mangelernährung oder allenfalls einer Kachexie fördern. Ein eingeschränkter Zugang zur Nahrung (z.B. durch Schwäche), eine reduzierte Essensmotivation (z.B. durch Inappetenz oder Schmerzen) sowie beeinträchtigte physiologische Abläufe bei der Aufnahme, bei Transport und Verdauung nehmen Einfluss auf Gewicht und Kraft. Die sichtbare Verschlechterung des Zustands von Schwerkranken hat vor allem für das Umfeld Auswirkungen. Rio et al. (2011) untersuchte in einem systematischen Review emotionale Einflüsse, Erwartungen und Entscheidungsfindung zu Ernährung und Hydrierung in der Palliative Care bei einer erwarteten Lebensspanne von maximal sechs Monaten. Dabei wurden die unterschiedlichen Perspektiven von Betroffenen, ihrem Umfeld und den involvierten Fachleuten erhoben. Angehörige sind besorgter über die Veränderungen als die direkt Betroffenen. Bezugspersonen, die den Krankheitsverlauf schlecht verarbeiten, leiden mehr unter der Situation und üben vermehrt Druck auf die Betroffenen aus. Die Wahrnehmung der Bezugspersonen, dass Fachpersonen der reduzierten Aufnahme zu wenig Beachtung schenken, belastet sie zusätzlich. Insgesamt kann auch eine falsche Vorstellung identifiziert werden, was sich das Umfeld von ernährungstherapeutischen Massnahmen erhofft. So erwarten sie insbesondere eine Symptomverbesserung, z.B. bei der Mundtrockenheit, eine verlängerte Lebensdauer und verwechseln auch die Flüssigkeitszufuhr mit Ernährung. Auch Aulbert et al. (2010) sowie Amano et al. (2016) beschreiben ähnliche Dynamiken und definierten deren Auswirkungen als «Eating-Related-Distress». Dieser Stress betrifft Schwerkranke und ihr Umfeld. Die Betroffenen sind damit konfrontiert, dass sich ihr Umgang mit Essen verändert und zur Belastung wird. Verstärkend kommt hinzu, dass der weitere Verlauf nicht absehbar oder kontrollierbar ist. Das Umfeld

nimmt die Veränderungen wahr, leidet mit, bemüht sich, damit es den Betroffenen leichter fällt, und verzichtet unter Umständen auf eigene Bedürfnisse. Der «Essensalltag» verändert sich ebenso wie der Stellenwert und die Bedeutung von Essen. Festmahl oder gemeinsames Essen im Restaurant gehen verloren. Mit Essen «verwöhnen» ist nicht mehr möglich, damit entfällt auch die Wertschätzung dafür. Werden die Bemühungen rund um das Essen verstärkt (Aufforderungen, grössere Portionen, «strategisches» Positionieren von Esswaren etc.), verstärkt sich auch der Druck auf die Betroffenen (Rio et al., 2011; Amano et al., 2016; Aulbert et al., 2010). Auch wohlgemeinte «Tipps» von Fachleuten ohne Ziel und Plan oder ein standardisiertes Wägen ohne Effekt auf die Massnahmenplanung sind kontraproduktiv. Alle diese Strategien führen nicht zu einer gesteigerten Nahrungsaufnahme.

### **Zielsetzung, Interventionen und Monitoring**

In der palliativen Betreuung wird von kurzer Krankheit, mittlerer Krankheitsdauer oder einer langen Krankheitsphase ausgegangen (BAG und GDK, 2009).

Eine adäquate Zielsetzung berücksichtigt die individuelle Krankheitssituation (Dauer, Prognose und Verlauf), das Ernährungsproblem und den Wunsch der betroffenen Person (SAMW, 2006). In der Regel sind die Krankheitsverläufe in der Palliative Care nicht linear. Typischer ist eine Tendenz zur Verschlechterung des Zustands, mit vorübergehenden Krisen, wenn z.B. ein Infekt vorliegt. Gegen Ende der Krankheitsdauer kommt es dann oft zu einer rapiden Verschlechterung der Situation. Mögliche Zielausrichtungen sind daher: Verbesserung/Linderung, Stabilisierung oder langsamere Verschlechterung von Ernährungszustand und Beschwerden.

In der Anfangsphase von Palliative Care gibt es oft zu wenig und in der Endphase dafür zu viel Engagement der Involvierten zum Thema Ernährung (Löser, 2011). Dies birgt das Risiko, dass die Prävention und Behandlung einer Mangelernährung zu spät initiiert und die Ernährungsberatung v.a. für die Behandlung von spezifischen Symptomen, wie z.B. Nausea, beigezogen

wird. Für die Behandlung einer Mangelernährung stehen verschiedene Massnahmen mit guter Evidenz zur Verfügung. Für die Behandlung von weiteren Symptomen (z.B. Nausea) ist die Evidenz zum aktuellen Zeitpunkt ungenügend. Es ist daher wichtig, diese mangelnde Evidenz den Betroffenen transparent zu machen und sie so zu befähigen, dass sie eine Entscheidung treffen können, ob sie diese Massnahmen (in der Regel auf der Basis von «Tipps») ausprobieren möchten (SAMW, 2006). Dazu gehören konkrete Informationen zur Massnahme, die Umsetzung, erwartete Ergebnisse, Konsequenzen und mögliche Alternativen.

Wird die Ernährungsberatung erst spät hinzugezogen, können auch Bezugspersonen zu wenig im Umgang mit essensbezogenem Stress unterstützt werden. Je differenzierter hingegen das Umfeld mit möglichen Massnahmen und deren Konsequenzen vertraut ist, umso stärker reduziert sich die Wahrscheinlichkeit, dass Betroffene in der verbleibenden Lebensspanne unnötigen Behandlungsmassnahmen ausgesetzt werden (Plauth, 2011). Bei essensbezogenem Stress ist eine Beratung des Umfelds wichtig. Es braucht einerseits Informationen dazu, dass Ernährungsprobleme häufig sind und auch ein zunehmendes Desinteresse am Essen gegen das Lebensende hin «normal» ist. Zudem kann beispielsweise die Entwicklung von alternativen Strategien angeleitet werden, um die auf das Essen fokussierte Energie zu nutzen. Zum Beispiel den Einbezug in die Mundpflege, das Zusammenstellen der Lieblingsmusik oder biografische Arbeiten, z.B. mit Hilfe der «Erzähl-mal-Papa-Serie» (van Vliet, 2016).

Da wenige Massnahmen mit ausreichernder Evidenz vorhanden sind, ist die Verlaufskontrolle entsprechend wichtig. Es gilt, unnötige Einschränkungen mit Auswirkungen auf die Lebensqualität und den Ernährungszustand zu vermeiden. Daher ist die Planung einer zeitnahen, anzeichen- und symptomorientierten Verlaufskontrolle zwingend (AND, 2015). In der Regel ist ein Versuchszeitraum von einem halben Tag bis drei Tagen angemessen. Beschwerden wie Nausea sind schwierig zu überprüfen und es stehen auch keine standardisierten Instrumente/Methoden zur Verfügung. Als Alternative können daher eine Skalierung

oder ein Beschwerdeprotokoll genutzt werden.

In der palliativen Ernährungsberatung können Ernährungsprobleme nicht immer abschliessend gelöst werden. Es kann aber versucht werden, die Ursache eines Ernährungsproblems zu lösen (AND, 2015). Ist die Behandlung eines Ernährungsproblems fachlich nicht mehr angezeigt, so ist es in der Verantwortung der Fachperson, diese Rückmeldung ins Behandlungssteam einzubringen. Ein sorgfältiges Monitoring hilft, wenn es darum geht, schwierige Entscheidungen zu treffen. Dazu zählen Verzicht, Beginn und Abbruch einer Massnahme.

### **Zukünftige Themen und Abschliessendes**

In der palliativen Situation kommt es gegen Ende des Lebens häufig zu einer physiologisch bedingten reduzierten Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit. Es besteht jedoch für die Betroffenen auch die Möglichkeit, durch einen selbstbestimmten freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF) das Sterben zu beschleunigen (Klein Remane & Fringer, 2016; Chabot & Walther, 2015). Dieser aktive Verzicht ist daher eine Form von Suizid und unterscheidet sich klar von einer schleichenden, eher «zufälligen» Reduktion der Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme. Betroffene müssen im Sinne einer Palliative Care sorgfältig begleitet werden, um ihr Leiden möglichst gering zu halten (Chabot & Walther, 2015). Da die Tendenz für FVNF zunehmend ist, wird auch die Ernährungsberatung damit konfrontiert werden. Es gibt dabei wichtige praktische und ethische Faktoren, mit denen die Ernährungsberatung vertraut sein sollte.

Gute palliative Ernährungsberatung bedingt, dass die Ernährungsberatung möglichst früh in die Behandlung involviert ist. Der ernährungstherapeutische Prozess kann dabei hilfreich sein, um das Richtige zum richtigen Zeitpunkt zu tun: ein Ernährungsproblem zu identifizieren, relevante Perspektiven für das Ziel festzulegen, evidenzbasierte Massnahmen einzusetzen und bei nicht evidenzbasierten Massnahmen noch gezielter die Verlaufskontrolle auf die Symptome und Anzeichen abzustützen.

## Collaboration interprofessionnelle en oncologie

**L'Engeriedspital fait partie du Lindenhofgruppe, qui a vu le jour en 2012. Avec 76 lits, l'Engeriedspital est à taille humaine et propose donc une ambiance familiale.**

**Ensemble avec le Lindenhofspital, ils gèrent le Brustzentrum Bern (centre du sein). Début 2017, le Zentrum für Innere Medizin Engeried (ZIME) et le Spezialisierte Palliative Care Engeried (SPCE), qui interviennent respectivement en médecine interne et dans les soins palliatifs spécialisés, ont en outre ouvert leurs portes pour les patientes et patients hospitaliers. Les services de chirurgie et de médecine interne de l'Engeriedspital emploient par ailleurs des médecins indépendant-e-s. Une grande partie des patientes et patients d'oncologie ambulatoire et hospitalier de l'Engeriedspital sont du cabinet Oncocare des docteurs Katharina Buser et Michele Ciriolo. Le cabinet d'oncologie Oncocare est intégré à l'établissement depuis 1999. A côté des nombreuses patientes présentant des carcinomes mammaires et des tumeurs gynécologiques, des patientes et patients ayant d'autres carcinomes solides sont également soignés au cabinet et dans le service.**

*Fabia Schneider, BSc HESB, diététicienne ASDD*

*Dr Katharina Buser, FMH Oncologie médicale et FMH Médecine interne générale Engeried, un hôpital du Lindenhofgruppe [www.lindenhofgruppe.ch](http://www.lindenhofgruppe.ch)*

Afin de faciliter la lecture du texte, nous parlerons plus généralement de patientes ci-après. Les mesures décrites concernent toutefois les hommes autant que les femmes. Nous renonçons délibérément à citer les études. Ce document a la valeur d'un témoignage sur le vécu, et porte un éclairage sur les succès de la collaboration interprofessionnelle de l'oncologie et du conseil diététique. Afin de l'illustrer quelque peu, nous agrémenterons le texte de courts exemples de cas.

Nous accordons une très grande importance à la collaboration interprofessionnelle entre le cabinet Praxis Oncocare AG (qui comprend une équipe de médecins, des infirmières en oncologie et des assistantes médicales), l'équipe des infirmiers/ères hospitaliers/ères, les diététicien-ne-s, les physiothérapeutes, les psycho-oncologues et autres professionnel-le-s de la santé présents. Il faut dire qu'elle est facilitée par la configuration de proximité spatiale. Dans ce contexte, Oncocare et le service de diététique travaillent ensemble depuis plusieurs années. Comme toujours dans pareils cas, nous avons dû trouver d'abord un consensus et définir ensemble des objectifs pour pouvoir soutenir ensemble les patientes. Notre objectif a toujours été et reste le suivant: préserver la qualité de vie des patientes et les accompagner de la période

précédant l'établissement du diagnostic jusqu'aux contrôles de suivi en passant par la thérapie. Il est important que nos recommandations concordent. Ainsi seulement, les patientes peuvent se sentir en sécurité. Le premier contact avec la diététicienne est établi si possible avant la première chimiothérapie. Pendant l'entretien sur les soins, les patientes sont préparées à ce qui les attendra durant leur thérapie. Cet entretien est en principe assuré par une infirmière spécialisée en oncologie et permet entre autres de dispenser quelques instructions rapides sur le thème de l'alimentation et de la chimiothérapie, avec la distribution d'un memento. La patiente est informée qu'en cas de questions à poser, elle peut s'adresser à tout moment à la diététicienne.

Depuis peu, la diététicienne participe à l'entretien sur les soins. Son rôle est de parler avec les patientes de l'alimentation pendant la chimiothérapie, et de répondre dès ce moment à leurs questions relatives aux effets secondaires ou aux régimes éventuels à suivre en cas de cancer. Lors de la deuxième chimiothérapie, la diététicienne rend à nouveau visite aux patientes afin de discuter de leurs premières expériences. D'autres visites peuvent avoir lieu si les patientes éprouvent le besoin. Les premiers contacts permettent de réduire

les inhibitions par rapport au fait de demander de l'aide en cas de problèmes alimentaires.

**Cas n° 1:** Une patiente avec carcinome mammaire et sous chimiothérapie réfléchit à la manière dont elle peut réussir à tout concilier, la famille, la thérapie, l'alimentation, etc., sans trop de difficultés, car il faudra en plus qu'elle gère sa fatigue. De plus, elle se demande si elle devrait plutôt envisager un régime Low-Carb, c'est-à-dire pauvre en glucides, et comportant beaucoup de légumes. Lors de l'entretien d'information, la patiente est très soulagée d'entendre qu'elle n'a pas besoin de bouleverser ses habitudes alimentaires et qu'elle ne doit pas non plus renoncer aux glucides. Elle aime bien les légumes cuits et peut tout à fait s'imaginer manger des légumes plutôt légers. Elle parvient à adapter les repas familiaux aux recommandations sans travail supplémentaire. Après la deuxième séance de chimiothérapie, la patiente se sent très bien et supporte très bien le traitement, hormis quelques jours de nausées juste après.

Dans les trois premiers jours suivant la chimiothérapie, nous recommandons à nos patientes d'éviter de consommer des fibres alimentaires insolubles, telles que des produits aux céréales complètes, des fruits à coque, des graines, des pépins, etc., et de manger des légumes et des fruits, surtout cuits, et de préférer les aliments faciles à digérer. Après trois jours, les aliments crus et les produits aux céréales complètes peuvent être réintroduits en petite quantité et après cinq jours environ, il est possible de revenir à son régime alimentaire habituel. Cette alimentation a pour but de réduire le risque de constipation en raison d'une éventuelle paresse intestinale provoquée par les médicaments.

**Dr K. Buser:** La plupart des patientes atteintes d'un cancer sont traitées par chimiothérapie et/ou radiothérapie durant leur maladie. Pour de nombreuses

patientes, ces traitements sont indissociablement synonymes de nausées, des vomissements et des troubles de la digestion tels que diarrhée ou constipation. Les nausées et vomissements font toujours partie des symptômes associés d'une chimiothérapie les plus redoutés. Depuis les années nonante toutefois, de grands progrès ont été réalisés dans le traitement des nausées et vomissements, avec l'introduction des antagonistes de la sérotonine. Grâce à ces médicaments, de nombreuses patientes peuvent aujourd'hui subir une chimiothérapie sans que ces effets secondaires se manifestent. Pour quelques patientes toutefois, il est encore difficile de se soigner avec succès sans qu'ils n'apparaissent. C'est souvent le cas des personnes très fragiles et des patientes ayant eu des problèmes gastro-entérologiques antérieurs. De même, il est toujours compliqué de soigner les nausées et vomissements retardés, qui surviennent un à trois jours après le début de la chimiothérapie. Pour ces patientes précisément, les consignes résolues sur la prise préventive d'antiémétiques et les conseils diététiques jouent un rôle important. Même chez les patientes pour lesquelles aucune possibilité de guérison ne peut être envisagée et dont les soins sont donc de nature palliative, il n'est pas toujours facile de trouver le juste équilibre entre thérapie efficace contre le cancer et ampleur des effets secondaires. Dans de telles situations, le meilleur traitement possible des nausées, des vomissements et des problèmes de digestion a toutefois une importance déterminante pour le maintien de la qualité de vie de ces patientes.

Afin de pouvoir conseiller la patiente de manière optimale au sujet de la prise de médicaments et de l'observation de certains principes alimentaires, il est donc important de comprendre les principes de la pathophysiologie des vomissements. Après l'administration de cytostatiques, de la sérotonine est sécrétée dans la muqueuse du tube digestif supérieur par les cellules entérochromaffines, qui se trouvent à proximité immédiate des afférences vagales. La sérotonine libérée active les nausées par la stimulation des récepteurs de la sérotonine dans les terminaisons nerveuses des afférences vagales. De

plus, la sérotonine libérée dans le sang peut provoquer directement les nausées dans la zone de déclenchement des chimiorécepteurs du système nerveux central. Les antagonistes de la sérotonine produisent leur effet en se liant spécifiquement au sous-type 3 des récepteurs 5 hydroxytryptamine (récepteurs sérotoninergiques). De par leur action, les antagonistes de la sérotonine réduisent ainsi les nausées et les vomissements. Toutefois, ils entraînent aussi de ce fait une diminution de la motilité digestive du tractus gastro-intestinal inférieur ainsi que l'allongement du temps de transit le long du côlon, ce qui peut provoquer une constipation et une occlusion intestinale (iléus) dans les cas graves. Ces effets secondaires doivent également être pris en compte tout particulièrement lorsque des cytostatiques tels que les vinca-alcaloïdes doivent être utilisés, qui provoquent également une constipation. Malgré ces effets secondaires, l'introduction des antagonistes de la sérotonine dans la prophylaxie et la thérapie des nausées et vomissements chimio-induits constitue une avancée dans le développement de la thérapie palliative et de soutien. En cas de nausées et de vomissements chimio-induits, ces médicaments constituent maintenant la norme en termes d'efficacité et de tolérance. Ils maîtrisent les vomissements aigus induits par les cytostatiques et la radiothérapie avec une plus grande efficacité que les antiémétiques classiques. Ils contribuent dans une mesure décisive au bien-être du patient. Les antiémétiques classiques tels que les benzamides (Primperan®), les butyrophénones (Motilium®) ou les stéroïdes continuent toutefois à être utilisés en tant que médication associée en combinaison aux antagonistes de la sérotonine en cas de chimiothérapie fortement émétogène et de nausées prolongées. Les antiémétiques classiques permettent en outre de réduire le dosage et la durée de prise des antagonistes de la sérotonine et d'atténuer les effets secondaires tels que la constipation. C'est pourquoi il est recommandé, en cas d'administration d'antagonistes de la sérotonine sur plusieurs jours, d'utiliser aussi, à titre prophylactique, des fibres alimentaires prébiotiques, seules ou en combinaison avec d'autres laxatifs.

**F. Schneider:** Dans ce contexte, nous avons fait de bonnes expériences avec OptiFibre® et la recommandation de répartir les repas en six petites portions afin d'optimiser le réflexe gastrocolique.

Parallèlement à nos recommandations, nous essayons toutefois de soutenir nos patientes en les amenant à être à l'écoute d'elles-mêmes et de leur corps.

Nous observons souvent que chez les patientes, le diagnostic de cancer fait naître le besoin d'avoir une alimentation particulièrement saine et de chambouler toute leur vie. Il n'est pas rare que dans leur parenté ou parmi leur cercle d'amis, il se trouve quelqu'un avec de «bons conseils» sur la meilleure manière de vaincre le cancer. La consommation de choux augmente en raison des informations communiquées sur Internet, le sucre est diabolisé, des citrons congelés sont consommés, les régimes cétiques sont propagés, les amandes d'abricots consommées, l'alimentation sans gluten est testée, pour ne citer que quelques exemples. Le travail d'explication auprès des patientes occupe ici le premier plan. La collaboration interprofessionnelle joue également un rôle important à cet endroit. Le médecin et le/la diététicien-ne sont parfois les derniers à être mis au courant du changement d'alimentation. Nos infirmiers/ères sont souvent les premiers/ères à l'apprendre, et il leur appartient de réagir et de recommander aux patientes d'en parler avec leurs médecins et diététicien-ne-s. Nous essayons à ce moment-là d'interpeler les patientes à ce sujet. Il n'est pas rare que de telles interventions surviennent de manière spontanée.

**Cas n° 2: Une patiente avec carcinome mammaire et sous chimiothérapie est fortement influencée par son entourage au sujet de son alimentation.** Depuis qu'elle a appris son diagnostic, elle se nourrit sans gluten, ne mange plus de sucre et évite toutes les protéines d'origine animale. En l'espace de peu de temps, elle est devenue très faible et se trouve déjà en état de dénutrition. Le/la diététicien-ne est donc alerté-e de la situation avant même que la chimiothérapie ne commence. Après de longs entretiens avec l'équipe interprofession-

nelle, lors desquels il est aussi question de raisonner le mari, la patiente réussit à se détacher peu à peu de ces recommandations. Elle reprend du poids et supporte très bien la chimio et radiothérapie.

Nous essayons de montrer aux patientes le sens et le non-sens des régimes contre le cancer. Il importe toutefois de faire preuve de compréhension, en prenant en compte notamment que les intéressées ont envie de contribuer au succès de leur thérapie, et donc à leur guérison. Nous essayons de leur expliquer qu'avant le diagnostic, pendant le traitement et après celui-ci, leur vie continue, et qu'une fois leur thérapie terminée, elles auront encore la possibilité de se tourner vers une alimentation saine. Dans certains cas, le changement de régime alimentaire peut faire plus de mal que de bien. C'est une chose relativement fréquente, mais il est rare que les patientes ne suivent pas nos recommandations. Il y a naturellement des exceptions, comme le montre l'exemple du cas suivant.

**Cas n° 3:** Une patiente avec carcinome mammaire et sous chimiothérapie veut s'alimenter très sainement en raison de son diagnostic et éviter de consommer du sucre. Dans son enfance, elle mangeait très peu de fruits, parce qu'elle ne les aimait pas. Désormais, elle consomme des fruits et des légumes en grandes quantités, mange davantage de produits aux céréales complètes et des édulcorants naturels tels que le miel et le sirop d'agave. Depuis son changement de régime alimentaire, la patiente souffre de forts ballonnements et de diarrhées. Selon les hypothèses du docteur Buser, ils sont causés par la consommation importante de fibres alimentaires, voire par la malabsorption du fructose. Après l'anamnèse, lorsque l'hypothèse de malabsorption est renforcée, la patiente est adressée au service de diététique. Nous lui recommandons d'effectuer des examens complémentaires chez un gastroentérologue. La patiente préfère tester une phase de carence, à l'issue de laquelle une nette amélioration est observée. Toutefois, la patiente ne veut pas renoncer à son nouveau régime alimentaire et continue à avoir une

alimentation très riche en fructose, malgré ses diarrhées et malgré son intolérance au fructose confirmée par la suite. Son angoisse que la tumeur revienne à cause d'une alimentation «malsaine» est trop grande.

L'objectif pendant la thérapie est surtout de limiter le plus possible les effets secondaires. A côté du traitement des nausées, des vomissements, des diarrhées et de la constipation, il s'agit également d'éviter les variations de poids importantes. Nous essayons de dépister les cas de dénutrition le plus tôt possible et préconisons à titre préventif une alimentation plutôt riche en protéines. Toutefois, une prise de poids importante à cause de l'administration de cortisone pendant la chimiothérapie et la thérapie antihormonale devrait être évitée. Ici encore, les diététicien-ne-s sont impliqués à un stade précoce afin de parvenir à stabiliser le poids de la patiente, dans un sens comme dans l'autre.

**Cas n° 4:** Une patiente avec carcinome mammaire, sous chimiothérapie et thérapie antihormonale, nous est adressée en raison de sa prise de poids. Suite à la thérapie antihormonale, elle est postménopausée et pour perdre du poids, il lui faut surtout faire de l'exercice physique, s'alimenter sainement et développer un esprit combatif. La patiente est suivie par le service de diététique, où elle a rendez-vous plusieurs fois par année pour un contrôle de son poids. Celui-ci se stabilise.

Souvent, nous sommes en contact avec les patientes durant des années. Lorsque celles-ci bénéficient de soins palliatifs, les contacts s'intensifient généralement. Les patientes doivent en effet venir plus régulièrement à Oncocare, où elles reçoivent par ailleurs plus souvent la visite de diététicien-ne-s.

**Cas n° 4, suite:** Après quelques années, la patiente, qui connaît une récidive, est à nouveau adressée à notre service suite à une perte de poids. Tout son schéma de pensée doit être aujourd'hui entièrement revu. Jusqu'ici, elle devait toujours faire attention à maintenir un faible apport

calorique et maintenant, ces calories qu'elle a évitées, elle doit les reprendre. Elle se trouve maintenant en situation palliative. Les suppléments nutritifs oraux ne parviennent pas à enrayer la perte de poids. La situation, y compris la cachexie cancéreuse, est évoquée plusieurs fois avec la patiente, qui reçoit toutes les explications nécessaires et est impliquée dans les décisions, y compris celle de ne pas recourir à la nutrition artificielle, en dehors des suppléments nutritifs oraux. La patiente décède dix ans après le premier diagnostic.

Même si la prise en charge des patientes par le/la diététicien-ne est parfois interrompue, le contact se poursuit néanmoins. Comme l'Engeriedspital est à taille humaine et que le cabinet Oncocare se trouve dans le même bâtiment, nous rencontrons forcément les patientes. Que cela soit dans le service hospitalier, dans les couloirs, au tea-room ou au cabinet, chacun se connaît et nous avons la possibilité d'échanger rapidement entre nous, de remarquer les pertes ou prises de poids des patientes et de les interpeler à ce sujet. Cette présence souligne l'importance de la diététique pour les patientes d'oncologie. Au sein de notre hôpital, toutes les disciplines en sont conscientes; chacun et chacune sait que notre objectif prioritaire est de préserver au mieux la qualité de vie des patientes. Cela englobe aussi les décisions qu'elles prennent pour elles-mêmes, en optant ou pas pour des aliments buvables par exemple.

Presque toutes les patientes en soins palliatifs sont directement adressées à un-e diététicien-ne après leur admission à l'hôpital. Le plus souvent, le secteur ambulatoire dispose déjà de leur dossier, qui doit donc être simplement transféré aux services hospitaliers.

Jusqu'à la fin de l'année passée, les patientes continuaient à être suivies par les docteurs Buser et Ciriolo, ainsi que par les médecins assistants, après leur admission dans le secteur hospitalier. Depuis le début de cette année, un service de soins palliatifs spécialisés a ouvert ses portes (Spezialisierte Palliative Care Engeried, SPCE), dans lequel la prise en charge est assurée par un médecin spécialiste en médecine

palliative. Avec les consignes données par la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale (SAP), les procédures sont maintenant plus structurées. Le temps que nous consacrons aux patientes peut désormais être comptabilisé, et dans la classification CHOP, il est codé par «93.8A.3 Soins palliatifs spécialisés, par nombre de jours de traitement». La collaboration fonctionne très bien et les oncologues participent également aux en-

tretiens avec les patientes. Ainsi, en plus des diététicien-ne-s et des physiothérapeutes, les mêmes personnes d'une équipe prennent en charge certaines patientes, pendant des années le plus souvent, et ces dernières se sont habituées à elles.

Les patientes perçoivent et apprécient la bonne collaboration interprofessionnelle. La plupart d'entre elles se sentent très bien dans le petit hôpital. Une patiente a décrit

son impression générale en ces termes: «Même si je dois venir ici pour une chimiothérapie, ce n'est pas une contrainte. C'est plutôt un peu comme si j'allais à la maison.»

## Diététique palliative: «il reste encore tellement à faire»

**Quand on ne peut plus guérir d'une maladie, l'objectif thérapeutique n'est plus «curatif», mais «palliatif». Idéalement, il faut introduire les soins palliatifs de manière anticipée et précoce (Office fédéral de la santé publique [OFSP] et Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), 2009). Toutefois, les soins palliatifs sont beaucoup plus que «ne plus guérir». Pour reprendre les mots de Cicely Saunders, la fondatrice des soins palliatifs modernes: «Les soins palliatifs, c'est tout ce qui reste à faire quand on pense qu'il n'y a plus rien à faire.» Les soins palliatifs poursuivent essentiellement les objectifs suivants: maintenir la fonctionnalité, éviter la souffrance et les complications, encourager et préserver la qualité de vie, apporter un soutien adéquat aux personnes de référence (Lippincott, Williams & Wilkins, 2011; ASSM, 2006; OFSP et CDS, 2009).**

Pr Andrea Räss-Hunziker, BSc HESB, diététicienne ASDD  
Haute école spécialisée bernoise, domaine santé, filière Nutrition et diététique

Quand l'appétit et l'ingestion alimentaire se modifient, que des douleurs ou des gênes viennent s'ajouter lorsque l'on mange et que le poids diminue, cela n'est pas sans conséquences pour les personnes concernées et leur entourage. Quand un sujet aussi quotidien que celui de la nourriture, évoqué d'habitude avec insouciance, évolue de manière aussi dramatique, c'est que la fin de vie est sans doute proche. Les connaissances, les demi-vérités et les recommandations relatives à une «alimentation saine», les mesures en cas de maladies oncologiques «curatives» et les approches non fondées sur les données probantes se mélangent, provoquant l'incertitude. Dans ce contexte, les diététicien-ne-s peuvent tout d'abord fournir un travail important d'explication. D'autre part, des mesures existent pour répondre à certains problèmes nutritionnels. Le processus de thérapie nutritionnelle est un

outil structurel qui aide à organiser judicieusement les exigences de la prise en charge. Les étapes du processus de thérapie nutritionnelle sont expliquées ci-après, en mettant notamment l'accent sur les patientes et patients d'oncologie auxquels sont prodigues des soins palliatifs. De nombreux éléments peuvent assurément être transposés à d'autres pathologies.

### Evaluation de thérapie nutritionnelle et problèmes alimentaires

Il n'existe encore aucune évaluation spécifique standardisée pour la diététique oncologique palliative. C'est la dénutrition et les douleurs entravant la prise alimentaire qui représentent le plus grand défi. Dans ce contexte, l'évaluation a pour but de déterminer l'existence d'un problème nutri-

tionnel. Pour poser un diagnostic de dénutrition, les outils courants tels que le «Nutritional Risk Screening» sont tout à fait adaptés. Toutefois, afin de pouvoir apprécier la complexité de la situation de manière plus nuancée, il convient de recourir en plus au «Karnofsky Performance Status» ou à l'échelle d'évaluation des symptômes «Edmonton Symptom Assessment System» (Prevost, V. & Grach, M.-C., 2012). L'utilisation de systèmes de gradation ou d'un procès-verbal des douleurs structuré pourrait être utile, dans le processus consécutif, pour vérifier l'efficacité des mesures initiées. D'autres outils tels que l'échelle de Bristol portant sur la forme de selles (p.ex. diarrhées) sont également utiles pour évaluer les symptômes et les signes d'un problème nutritionnel de manière plus nuancée.

Pour délimiter le problème nutritionnel, il est pertinent de déceler en priorité les problèmes d'ingestion (AND, 2013). Si aucun diagnostic de thérapie nutritionnelle ne peut être formulé, il n'est pas question d'adresser le/la patient-e à un-e diététicien-ne. La difficulté à ce niveau réside dans le fait que les nausées, par exemple, ne sont pas des problèmes nutritionnels selon la terminologie PSN, mais les causes possibles d'un tel problème. Les problèmes nutritionnels sont l'ingestion insuffisante (p.ex. d'énergie, de liquides, mais aussi de glucides dans le cadre d'un régime que l'on s'est prescrit soi-même), mais aussi une baisse de la qualité de vie liée à l'alimenta-

tion. Dans la phase précoce de la prise en charge palliative, la plupart des symptômes liés à l'alimentation favorisent la surveillance d'une dénutrition ou, le cas échéant, d'une cachexie. Un accès limité à l'alimentation (p.ex. en raison de la faiblesse), une diminution de l'envie de manger (p.ex. à cause de l'inappétence ou des douleurs) et des processus physiologiques perturbés au niveau de l'ingestion, du transport et de la digestion influent sur le poids et la force. La détérioration visible de l'état de santé des personnes gravement malades a surtout des conséquences sur leur entourage. Rio et al. (2011) ont examiné dans une étude systématique les influences émotionnelles, les attentes et les choix en matière d'alimentation et d'hydratation de patient-e-s en soins palliatifs ayant une espérance de vie de six mois au maximum. Les différentes perspectives des intéressé-e-s, de leurs entourages et des professionnel-le-s impliqué-e-s ont ainsi été analysées. Les proches sont plus inquiets des changements observés que les personnes atteintes elles-mêmes; ceux d'entre eux qui vivent mal l'évolution de la maladie souffrent plus de la situation et font davantage pression sur les patient-e-s. La perception des personnes de référence selon laquelle les professionnel-le-s accordent trop peu d'importance à la diminution de la prise alimentaire est une source d'inquiétude supplémentaire pour elles. Dans l'ensemble, on constate que l'entourage se fait une fausse idée des mesures de thérapie nutritionnelle et a donc des attentes irréalistes. Les proches espèrent notamment une amélioration des symptômes tels que la sécheresse buccale, et un allongement de la durée de vie. Ils confondent aussi apport de liquide et alimentation.

Aulbert et al. (2010), de même qu'Amano et al. (2016), décrivent eux aussi des dynamiques similaires et nomment leurs effets «Eating-Related-Distress» (angoisse liée à l'alimentation). Cette angoisse concerne à la fois les personnes gravement malades et leur entourage. Les patient-e-s sont confrontés au changement de leur rapport à la nourriture et au fait que celui-ci devienne une source d'inquiétude. Cette inquiétude est aggravée par le caractère imprévisible et incontrôlable de l'évolution

de la maladie. Les proches perçoivent les changements, souffrent eux aussi, font tout pour que les choses soient plus faciles pour les personnes atteintes en renonçant parfois à leurs propres besoins. Le quotidien autour de la nourriture change, tout comme l'importance et la signification du manger. C'est la fin des banquets ou des repas partagés au restaurant. Il n'est plus possible de «choyer» par la nourriture, et l'estime ainsi témoignée disparaît. Si les proches déploient encore plus d'efforts autour de la nourriture (inviter à prendre de plus grosses portions, placer les aliments de manière stratégique, etc.), ils exercent une pression encore plus forte sur les intéressé-e-s (Rio et al., 2011; Amano et al., 2016; Aulbert et al., 2010). Les conseils bien intentionnés des professionnel-le s ne s'accompagnant ni d'un objectif, ni d'un plan, de même que les évaluations standardisées sans effet sur la planification des mesures, sont contreproductifs. Aucune de ces stratégies ne débouche sur une augmentation de la prise alimentaire.

### **Objectifs, interventions et suivi**

Dans les soins palliatifs, on admet qu'il existe trois cas de figure: les courtes maladies, les maladies de durée moyenne et les longues phases de maladie (OFSP et CDS, 2009).

Pour fixer les objectifs de manière adéquate, il faut tenir compte de la situation individuelle de la personne malade (durée, pronostic et évolution de la maladie), du problème alimentaire et du souhait de l'intéressé-e (ASSM, 2006). En général, l'évolution de la maladie des personnes sollicitant des prestations de soins palliatifs n'est pas linéaire. Une tendance à une détérioration de l'état de santé, avec des crises passagères, par exemple en cas d'infection, est plus caractéristique. Vers la fin de la maladie, il arrive souvent que la situation se dégrade rapidement. C'est pourquoi les objectifs possibles sont l'amélioration et le soulagement, la stabilisation, le ralentissement de la détérioration de l'état nutritionnel et la douleur/gêne.

Dans la phase initiale des soins palliatifs, il est fréquent que l'engagement des parties impliquées sur le thème de l'alimentation soit insuffisant, et à l'inverse trop impor-

tant dans la phase finale (Löser, 2011). Cela comporte le risque que la prévention et le traitement de la dénutrition soient commencés trop tard, et que l'on fasse surtout appel aux diététicien-ne-s pour soigner des symptômes spécifiques, tels que les nausées. Pour le traitement de la dénutrition, différentes mesures sont disponibles, qui présentent de bonnes données probantes. Pour soigner les autres symptômes tels que les nausées par exemple, les données probantes sont insuffisantes à l'heure actuelle. Il est donc important d'être très clair auprès des intéressé-e-s quant à cette absence de données probantes et de les rendre capables de décider d'essayer ou non ces mesures, en général sur la base de petits conseils (ASSM, 2006). Ceux-ci englobent des informations concrètes sur la mesure en question, sa mise en œuvre, les résultats escomptés, les conséquences et les alternatives possibles.

Lorsqu'il est fait appel aux diététicien-ne-s trop tardivement, même les personnes de référence ne peuvent bénéficier du soutien suffisant pour gérer l'angoisse alimentaire. En revanche, plus l'entourage a l'occasion de se familiariser de manière nuancée avec les mesures possibles et leurs conséquences, plus la probabilité que les intéressé-e-s soient exposés-e à des mesures thérapeutiques inutiles pour le temps qu'il leur reste à vivre diminue (Plauth, 2011). En cas d'angoisse alimentaire, il est important de conseiller l'entourage. Il faut d'une part informer du fait que les problèmes alimentaires sont fréquents et qu'un désintérêt croissant pour la nourriture est «normal» vers la fin de vie. Par ailleurs, il est possible de donner des instructions sur le développement de stratégies alternatives pour employer autrement l'énergie focalisée sur la nourriture. Citons par exemple l'implication dans les soins de la bouche, le regroupement des chansons préférées ou la réalisation de travaux biographiques tels que le livre «Papa, erzähl mal» (Papa, raconte voir) (van Vliet, 2016).

Comme peu de mesures présentent des données probantes suffisantes, le contrôle de l'évolution a toute son importance. Il convient d'éviter les restrictions inutiles ayant des conséquences sur la qualité de vie et sur l'état nutritionnel. C'est pourquoi

il faut impérativement planifier un contrôle de l'évolution en temps et en heure qui soit axé sur les signes et les symptômes (AND, 2015). Une période d'essai d'une demi-journée à trois jours est en général adéquate. Les gênes telles que les nausées sont difficiles à mesurer. De plus, aucun instrument ni aucune méthode standardisé-e sont disponibles. C'est pourquoi il est possible de recourir à un système de gradation ou à un procès-verbal des gênes et douleurs en guise d'alternative.

Si la diététique palliative ne parvient pas toujours à résoudre de manière définitive les problèmes nutritionnels et alimentaires, elle peut toutefois essayer de résoudre leur cause (AND, 2015). Si le traitement d'un problème nutritionnel n'est plus indiqué sur le plan spécialisé, il est de la responsabilité du/de la professionnel-le compétent-e de transmettre cette information au sein de l'équipe thérapeutique.

Lorsqu'il faut prendre des décisions difficiles, un suivi scrupuleux est utile. Il peut s'agir de renoncer à une mesure, ou encore de son début ou de son arrêt.

### **Thèmes d'avenir et conclusion**

Les situations de soins palliatifs débouchent souvent, en fin de vie, vers une ingestion réduite des aliments et liquides pour des raisons physiologiques. Les intéressé-e-s ont toutefois la possibilité, par le refus volontaire de s'alimenter dans une démarche d'autodétermination, d'accélérer leur mort (Klein Remane & Fringer, 2016; Chabot & Walther, 2015). Ce renoncement actif est donc une forme de suicide et se distingue clairement de la réduction insidieuse de l'ingestion d'aliments et de liquides, plutôt fortuite. Dans le cadre des soins palliatifs, les intéressé-e-s doivent être accompagné-e-s avec prévenance dans le souci de limiter au maximum leur

souffrance (Chabot & Walther, 2015). Comme la tendance au refus volontaire de s'alimenter augmente, les diététicien-ne-s y sont également confronté-e-s. Dans ce contexte, des facteurs éthiques et pratiques entrent en ligne de compte, avec lesquels les diététicien-ne-s devraient se familiariser.

Des soins diététiques palliatifs efficaces requièrent que le conseil diététique soit impliqué dans le traitement au stade le plus précoce possible. Sur ce plan, le processus de thérapie nutritionnelle peut être utile pour faire correctement ce qu'il faut, au bon moment: identifier un problème alimentaire et spécifier des perspectives pertinentes au vu de l'objectif à atteindre. Puis, recourir à des mesures fondées sur les données probantes, et, dans le cas de mesures non fondées sur les données probantes, soutenir de manière encore plus ciblée le contrôle de l'évolution par rapport aux symptômes et aux signes.

## Collaborazione interprofessionale in ambito oncologico

**L'ospedale Engeried fa parte del gruppo Lindenhof, che è nato nel 2012. Con 76 letti l'ospedale Engeried è una struttura di dimensioni ridotte e perciò l'atmosfera è piuttosto familiare.**

**Insieme all'ospedale Lindenhof viene gestito anche il centro senologico (Brustzentrum) di Berna. All'inizio del 2017 sono stati inoltre inaugurati anche il Centro per medicina interna Engeried (ZIME) e l'Unità specializzata di cure palliative Engeried (SPCE) per pazienti in degenza stazionaria. L'ospedale Engeried si avvale inoltre della collaborazione di medici chirurghi e internisti accreditati. Il grosso degli e dei pazienti oncologici in cura ambulatoriale e stazionaria sono dello studio Oncocare della dr. med. Katharina Buser e del dr. med. Michele Ciriolo. Lo studio medico Oncocare è integrato nel nosocomio dal 1999. Oltre alle numerose pazienti con carcinomi mammari e tumori ginecologici, sia in ambulatorio che nei reparti si curano però anche pazienti con altri carcinomi solidi.**

*Fabia Schneider, BSc BFH, Dietista ASDD*

*Dr. med. Katharina Buser, FMH in Oncologia medica e FMH in Medicina interna generale Engeried, un ospedale del gruppo Lindenhof [www.lindenhofgruppe.ch](http://www.lindenhofgruppe.ch)*

In seguito per agevolare la lettura del presente testo si usa esclusivamente la forma «le pazienti»; le misure si applicano comunque a entrambi i sessi. Rinunciamo volutamente alla citazione di studi. La presente vuole essere una relazione sulle esperienze acquisite che illustra i successi della collaborazione interprofessionale tra l'oncologia e la consulenza nutrizionale. Per una migliore rappresentazione citeremo diversi brevi esempi di casi.

Attribuiamo grande importanza alla collaborazione interprofessionale – peraltro agevolata dalla vicinanza degli spazi – tra l'ambulatorio Oncocare AG (composto da un'equipe medica, infermiere oncologiche e ASM), l'equipe infermieristica di reparto e la consulenza nutrizionale, la fisioterapia, la psiconcologia ecc. Il sodalizio tra Oncocare e la consulenza nutrizionale esiste ormai da diversi anni. Come in tutte le collaborazioni, anche noi dovevamo prima raggiungere un consenso e definire insieme degli obiettivi per poter unire le nostre forze nella presa a carico delle pazienti.

Il nostro obiettivo supremo è e rimarrà comunque mantenere la qualità di vita delle pazienti e accompagnarle lungo il percorso dalla diagnosi alla terapia, fino ai successivi controlli. A tale scopo è fondamentale che le nostre raccomandazioni siano concordanti poiché solo così le pazienti possono sentirsi in buone mani.

Nel limite del possibile, il contatto iniziale con le dietiste viene avviato già prima dell'inizio della chemioterapia. Nel contesto del cosiddetto colloquio di presa a carico, le pazienti vengono preparate al periodo durante la loro terapia. Il colloquio di presa a carico viene sempre svolto da un'infermiera oncologica e comprende anche delle breve istruzioni, riassunte in un promemoria per le pazienti sul tema alimentazione e chemioterapia. Inoltre le pazienti vengono informate che potranno rivolgersi in ogni momento a una delle dietiste per eventuali chiarimenti.

Da poco tempo una dietista partecipa al colloquio di presa a carico; questo le permette di dare dei consigli per l'alimentazione durante il periodo della chemioterapia e di rispondere già in anticipo a domande su eventuali effetti collaterali o su diete oncologiche consigliate. All'avvio della seconda chemioterapia la dietista svolge di nuovo un colloquio con la paziente per discutere le prime esperienze. Le visite successive avvengono secondo necessità. I primi contatti servono a rimuovere l'ostacolo del chiedere aiuto in caso di problemi nutrizionali.

**Caso 1: La paziente con carcinoma mammario e chemioterapia riflette su come fare per riuscire a gestire tutto: famiglia, terapia, nutrizione... senza sforzarsi troppo poiché dovrà anche far**

fronte alla fatighe. Inoltre deve valutare se possa essere utile introdurre una dieta low-carb con molta verdura. Durante il colloquio informativo la paziente si mostra contenta di apprendere che non dovrà apportare molti cambiamenti al suo regime alimentare e che non dovrà rinunciare ai carboidrati. La verdura cotta le piace e così pensa che sarà facile introdurre piatti leggeri a base di verdura. Inoltre potrà inserire facilmente le raccomandazioni nel menù per la famiglia. Dopo la seconda chemioterapia la paziente si sente molto bene e la sopporta molto bene, eccetto un po' di nausea nei giorni subito dopo la chemioterapia.

Alle nostre pazienti consigliamo di evitare, nei primi tre giorni dopo la chemioterapia, l'assunzione di fibre alimentari insolubili, ad es. prodotti integrali, noci, semi, ecc., di consumare frutta e verdura soprattutto cotta e di privilegiare pietanze facilmente digeribili. Dopo tre giorni si possono reintrodurre frutta e verdura crude nonché prodotti integrali in piccole quantità e dopo ca. 5 giorni si potrà riprendere il normale consumo. Questa forma di dieta ha lo scopo di ridurre il rischio di costipazione dovuta ai medicamenti.

**Dr. med. K. Buser:** Nel corso della malattia, la maggior parte delle pazienti oncologiche viene sottoposta a chemioterapia e/o a radioterapia. Per molte pazienti queste terapie sono sinonimo di nausea, emesi e disturbi digestivi quali diarrea o costipazione. Soprattutto la nausea e l'emesi sono tuttora tra i sintomi collaterali più temuti di una chemioterapia. Dagli anni 90, con l'introduzione degli antagonisti della serotonina, sono comunque stati fatti grandi progressi nel trattamento della nausea e dell'emesi. Grazie a questi medicamenti molte pazienti possono oggi sottoporsi a chemioterapia senza doverne temere gli effetti collaterali. In alcune pazienti, purtroppo, è tuttora difficile trattare gli effetti collaterali in modo efficace. Ciò riguarda spesso persone molto sensibili con

una storia clinica di disturbi gastroenterologici. Spesso anche la nausea e l'emesi ritardate, che subentrano 1-3 giorni dopo l'inizio della chemioterapia, danno ancora molto filo da torcere. Proprio in queste pazienti assumono un ruolo importante le ripetute raccomandazioni in merito all'assunzione preventiva degli antiemetici e la consulenza nutrizionale. Anche nel caso delle pazienti alle quali non si può offrire una prospettiva di guarigione e per le quali la situazione di malattia è dunque palliativa, non è sempre facile trovare il giusto equilibrio tra un'efficace terapia oncologica e l'entità degli effetti collaterali. Comunque, anche in questa situazione il miglior trattamento possibile per contrastare la nausea, l'emesi e i problemi digestivi è decisivo per il mantenimento della qualità di vita di queste pazienti.

Per poter offrire una consulenza ottimale sull'assunzione dei medicamenti e l'osservazione dei principi nutrizionali è perciò importante comprendere le basi della patofisiologia dell'emesi. La somministrazione di citostatici provoca nella mucosa del tratto gastrointestinale superiore il rilascio di serotonina da parte delle cellule entero-cromaffine, presenti nelle immediate vicinanze di afferenze vagali. La serotonina così liberata attiva lo stimolo del vomito eccitando i recettori della serotonina nelle terminazioni nervose delle afferenze vagali. Nella zona trigger dei chemiorecettori del sistema nervoso centrale la serotonina liberata nel sangue può inoltre provocare direttamente lo stimolo del vomito. Gli antagonisti della serotonina esplicano il loro effetto legandosi in modo specifico al subtipo 3 dei recettori della 5-idrossi-tilptamina. In questo modo gli antagonisti della serotonina riducono la nausea e l'emesi. A causa della ridotta motilità del tratto gastrointestinale inferiore, gli antagonisti della serotonina prolungano però anche il tempo di transito nel colon, il che comporta costipazione e, in casi gravi, una situazione di subileo. A questo effetto collaterale va prestata particolare attenzione anche quando si rende necessario ricorrere a citostatici quali alcaloidi della vinca, che possono provocare altrettanto una costipazione. Nonostante questi effetti collaterali l'introduzione degli antagonisti della serotonina per la profilassi e la terapia della nau-

sea e dell'emesi indotte dalla chemioterapia rappresenta un passo da gigante nella terapia palliativa e di supporto. Per la loro efficacia e tollerabilità questi medicamenti sono ormai lo standard in caso di nausea ed emesi indotte da chemioterapia. Infatti, rispetto agli antiemetici convenzionali, controllano con maggiore efficacia l'emesi acuta indotta dai citostatici e dalla radioterapia, fornendo così un contributo importante ai fini del benessere del paziente. Gli antiemetici convenzionali quali benzamidi (Primeran®), butirrofenantri (Motilium®) o gli steroidi continuano però a essere impiegati come co-medicatione in combinazione con antagonisti della serotonina in caso di chemioterapie fortemente emetogene e in caso di nausea protratta. Inoltre, gli antiemetici convenzionali consentono di ridurre il dosaggio e la durata di assunzione degli antagonisti della serotonina, mitigando così gli effetti collaterali della costipazione. In caso di prescrizione di antagonisti della serotonina per più giorni è consigliabile inserire in via di profilassi anche fibre alimentari probiotiche, da sole o in combinazione con lassativi.

**F. Schneider:** In proposito abbiamo fatto delle buone esperienze con OptiFibre® consigliando di suddividere i pasti in sei porzioni piccole per sfruttare il riflesso gastrocolico.

Oltre a dare raccomandazioni in ambito nutrizionale cerchiamo sempre di supportare le nostre pazienti incoraggiandole ad ascoltare se stesse e il proprio corpo.

Osserviamo spesso che la diagnosi di cancro fa scattare nelle pazienti il bisogno di un'alimentazione sana e di capovolgere tutta la loro vita. Nella cerchia dei parenti o amici vi è sovente qualche persona che dispensa «buoni consigli» per vincere il cancro. In base alle informazioni trovate in Internet cresce il consumo di cavolo, lo zucchero viene demonizzato, si mangiano limoni congelati, si promuovono le diete chetogeniche, si consumano semi di albicocca, si prova la dieta gluten-free e molto altro. In tali casi è indispensabile fornire informazioni alle pazienti e anche qui la collaborazione interprofessionale è importante. Talvolta sono propri i medici e le/i dietisti a essere gli ultimi a venire a cono-

scenza del cambio del regime alimentare. Spesso sono le infermiere e gli infermieri a saperlo per primi e spetta dunque a loro intervenire e consigliare alle pazienti di parlarne con i medici e con le dietiste. Dopo averle informate, cerchiamo di assistere al meglio le pazienti. Non di rado queste competenze avvengono ad hoc.

**Caso 2:** Una paziente con carcinoma mammario e chemioterapia è soggetta a pressioni in ambito nutrizionale da parte dei suoi amici. Da quando è stata fatta la diagnosi la paziente segue un'alimentazione senza glutine, ha bandito lo zucchero ed evita tutte le proteine animali. Dopo poco tempo si ritrova malnutrita e molto debole. A causa del cattivo stato, la consulenza nutrizionale viene programmata ancor prima che cominci la chemioterapia. Dopo lunghi colloqui con il team interprofessionale e anche grazie alla forza di persuasione del marito, la paziente è infine disposta ad abbandonare il regime alimentare squilibrato. Di conseguenza riacquista peso e tollera molto bene sia la chemio che la radioterapia.

Cerchiamo di spiegare alle pazienti i pro e i contro delle diete anticancro. È comunque importante mostrare comprensione per il fatto che le pazienti vogliono fare la loro parte per la buona riuscita della terapia e per favorire la propria guarigione. Così cerchiamo di far capire che esiste una vita prima della diagnosi, durante la terapia e dopo la terapia e che, dopo il trattamento, avranno comunque ancora la possibilità di seguire un'alimentazione sana.

In alcuni casi il cambio dell'alimentazione può fare più male che bene. Questo è assai frequente. Una volta affrontato il problema è comunque raro che le pazienti non si attengano alle raccomandazioni. Ovviamente, vi sono delle eccezioni come dimostra il seguente caso.

**Caso 3:** Una paziente con carcinoma mammario e chemioterapia vuole seguire un regime alimentare assolutamente sano ed evitare tutti i tipi di zucchero. In giovane età mangiava poca frutta semplicemente perché non le piaceva. Ora consuma grandi quantitativi di frutta e

verdura, mangia più prodotti integrali e dolcificanti alternativi come miele e succo di agave. Da quando ha cambiato alimentazione la paziente soffre di forte flatulenza e diarrea. La dottoressa Buser ipotizza un'assunzione eccessiva di fibre alimentari oppure un malassorbimento di fruttosio. La paziente viene inviata alla consulenza nutrizionale dove, in base all'anamnesi, si rafforza l'ipotesi di malassorbimento di fruttosio. Consigliamo un accertamento presso un gastroenterologo. La paziente preferisce provare una fase di carenza che, prontamente, dà luogo a un netto miglioramento. Nondimeno, la paziente non vuole abbandonare la nuova dieta e continua ad assumere molto fruttosio, a dispetto della diarrea e dell'intolleranza al fruttosio, in seguito confermata. Troppo forte è la sua paura che il tumore possa recidivare a causa della nutrizione «poco sana».

Durante la terapia l'obiettivo consiste soprattutto nel ridurre il più possibile gli effetti collaterali. Oltre al trattamento di nausea, emesi, diarrea e costipazione, ciò significa anche evitare le importanti oscillazioni ponderali. Cerchiamo di individuare il più precocemente possibile una malnutrizione e, a titolo preventivo, promuoviamo piuttosto un'alimentazione ricca di proteine. D'altro canto però va anche evitato un eccessivo aumento ponderale, dovuto alla somministrazione di cortisone durante la chemioterapia e la terapia antiormonale. Anche in questo caso il team di consulenza nutrizionale viene coinvolto in una fase precoce per raggiungere una stabilizzazione del peso, sia in una che nell'altra direzione.

**Caso 4:** Una paziente con carcinoma mammario sotto chemoterapia e terapia antiormonale si presenta a causa dell'aumento di peso. La terapia antiormo-

nale fa sì che la paziente entri in postmenopausa e la riduzione del peso è possibile soprattutto con il movimento, un'alimentazione sana e una buona dose di spirito combattivo. La paziente viene seguita a lungo dal team di consulenza nutrizionale e ritorna più volte all'anno per il controllo del peso, che infine si stabilizza.

Spesso il contatto con le pazienti si protrae per molti anni e si intensifica ancora di più quando la situazione diventa palliativa. Allora le pazienti si recano più spesso all'Oncocare dove vengono anche viste con maggiore frequenza dalle dietiste.

**Caso 4 continuazione:** Dopo alcuni anni la paziente ritorna a causa di una recidiva con conseguente calo ponderale. Ora bisogna cambiare completamente la forma mentis. Finora la paziente doveva fare attenzione a una dieta ipocalorica, mentre ora deve reintrodurre proprio le calorie che aveva «risparmiato». La situazione diventa palliativa. Anche i supplementi nutrizionali orali (SNO) non sono in grado di arrestare la perdita di peso. La paziente viene informata più volte della situazione, – cachessia tumorale compresa – e viene coinvolta nelle decisioni. Così anche nella decisione di non ricorrere alla nutrizione artificiale, eccetto gli SNO. La paziente muore dieci anni dopo la prima diagnosi.

Tra le pazienti e le dietiste si crea un contatto anche se le visite non sono costanti. Nell'ambito familiare dell'ospedale Engeried e con l'Oncocare in sede è inevitabile imbatterci nelle pazienti. Sia nel reparto, in corridoio, nella caffetteria o nell'ambulatorio: «ci si conosce» e si ha l'occasione di fare due chiacchiere, di accorgersi di cambiamenti ponderali delle pazienti e di informarsi sul perché degli stessi. Questa presenza fa sì che i pazienti oncologici

prendano maggiormente atto dell'importanza della nutrizione. La consapevolezza di questa importanza è presente in tutte le specializzazioni nel nostro ospedale. Così come è risaputo che il nostro obiettivo supremo è la qualità di vita delle pazienti e che qualità di vita significa anche «poter decidere da sé» – ad es. per o contro l'alimentazione liquida.

Quasi tutte le pazienti palliative si prenotano per una consulenza nutrizionale subito dopo il ricovero stazionario. Per lo più le conosciamo già dall'ambito ambulatoriale e il mandato ambulatoriale può essere continuato anche in regime stazionario.

Fino alla fine dello scorso anno, le pazienti venivano seguite dalla dr. Buser, dal dr. Cirioli e dai medici assistenti anche in regime stazionario. Da inizio anno sta nascendo l'Unità specializzata di cure palliative Engeried (SPCE). Ora le pazienti vengono seguite da una dottoressa specializzata in medicina palliativa. Le disposizioni della Gesundheits- und Fürsorgedirektion (GEF) (Dipartimento della sanità e della socialità) hanno reso i processi più strutturati. Ora il tempo dedicato alle pazienti può essere conteggiato e viene codificato con il codice CHOP «93.8A.3 Cure palliative specializzate, secondo il numero di giorni di trattamento».

La collaborazione funziona ormai molto bene e anche gli oncologi partecipano ai colloqui con le pazienti. Oltre che con il team di consulenza nutrizionale e di fisioterapia, in questo modo le pazienti mantengono i contatti almeno con una parte dell'équipe che le ha avute in cura – sovente per anni – e alla quale si erano abituate. Le pazienti e i pazienti percepiscono e apprezzano la buona collaborazione interprofessionale. La maggioranza di loro si sente a proprio agio nel piccolo ospedale. Una paziente si è espressa così: «Anche se devo venirci per la chemioterapia non è un obbligo. È piuttosto come tornare a casa».

# Consulenza nutrizionale palliativa: «la strada è ancora lunga»

**Quando una malattia non è più curabile, l'obiettivo terapeutico cambia da «curativo» a «palliativo». L'ideale sarebbe integrare precocemente le Palliative Care (Ufficio federale della sanità pubblica UFSP e Conferenza svizzera delle diretrici e dei direttori cantonali della sanità CDS, 2009). Palliative Care significa però molto di più che «non più curare» oppure, per dirlo con le parole di Cicely Saunders, fondatrice delle cure palliative moderne: «Quando non vi è più nulla da fare, resta ancora molto da fare.» Gli obiettivi principali delle cure palliative sono: mantenimento della funzionalità, prevenzione di sofferenze e complicazioni, promozione e mantenimento della qualità di vita, sostegno adeguato da parte delle persone di riferimento (Lippincott, Williams & Wilkins, 2011; SAMW, 2006; UFSP e CDS, 2009).**

Prof. Andrea Räss-Hunziker, BSc BFH, Dietista ASDD

Berner Fachhochschule, Dipartimento Sanità / Corso di studio Nutrizione e Dietetica

Quando l'appetito e l'assorbimento cambiano, quando subentrano problemi con il cibo e un calo ponderale, ciò si ripercuote sulle persone interessate e sul loro contesto. Quando un argomento così «spensierato» e «quotidiano» come il mangiare cambia in modo così drastico, comincia ad avvicinarsi anche la fine della vita. L'insicurezza fa sì che si mescolino sapere, conoscenze superficiali e informazioni sulle raccomandazioni per «l'alimentazione sana», provvedimenti per malattie oncologiche e approcci non basati su evidenze. In questo contesto, la consulenza nutrizionale può svolgere un importante ruolo chiarificatore e comunque per alcuni problemi nutrizionali esistono delle misure specifiche. In quanto strumento strutturante, la terapia nutrizionale costituisce un supporto efficace della non facile presa a carico. Di seguito si illustrano le varie fasi della terapia nutrizionale con particolare focus sui pazienti oncologici nell'ambito delle cure palliative. Molti aspetti possono essere sicuramente applicati anche ad altri quadri clinici.

## Assessment di terapia nutrizionale e problemi nutrizionali

Finora non esiste alcun assessment standardizzato, specifico per la consulenza nutrizionale oncologico-palliativa. Le difficoltà consistono nella malnutrizione e nei

disturbi che pregiudicano l'assunzione di alimenti. L'assessment mira a verificare la presenza di un eventuale problema nutrizionale. Una malnutrizione può essere identificata con gli usuali strumenti, quali il Nutritional Risk Screening. Per una valutazione più differenziata di situazioni complesse sono inoltre adatti, ad es., il Karnofsky Performance Status e l'Edmonton Symptom Assessment System (Prevost, V. & Grach, M.-C., 2012). Per la verifica delle misure introdotte, nell'ulteriore processo potrebbe essere utile l'impiego di scale di graduazione o di un protocollo strutturato dei disturbi. Anche altri tool, fra cui la Scala delle feci di Bristol (ad es. diarrea), sono utili ai fini del rilevamento differenziato di sintomi e indizi di un problema nutrizionale.

Per circoscrivere il problema nutrizionale l'indagine va rivolta in via prioritaria ai problemi di assunzione (AND, 2013). In mancanza di una diagnosi di terapia nutrizionale, attualmente non esiste alcun incarico per una consulenza nutrizionale. Un aspetto critico al riguardo è il fatto che i problemi legati all'alimentazione, ad es. la nausea, non sono problemi nutrizionali ai sensi della eNCPT, bensì possibili cause di un problema nutrizionale. I problemi nutrizionali sono costituiti dall'insufficiente assunzione (ad es. di energia, liquidi, ma anche di carboidrati in caso di «dieta» autoprescritta), ma anche un calo dalla qualità di vita sul piano dell'alimentazione.

Nella fase precoce della presa a carico palliativa la maggior parte dei sintomi dovuti alla nutrizione possono favorire l'insorgenza di una malnutrizione oppure di una cachessia. L'accesso limitato al cibo (ad es. in seguito a debolezza), una ridotta motivazione nel mangiare (ad es. a causa di inappetenza o dolori) nonché il funzionamento carente dei processi fisiologici nell'assunzione, nel trasporto e nella digestione incidono sul peso e sulla forza.

L'evidente peggioramento dello stato dei malati gravi si ripercuote soprattutto sul contesto in cui vivono. In una review sistematica Rio et al. (2011) hanno studiato influenze, aspettative e scelte decisionali emozionali inerenti alla nutrizione e alla idratazione nell'ambito delle cure palliative in un'attesa di vita massima di sei mesi. A tale scopo sono state prese in considerazione le differenti prospettive dei soggetti interessati, del loro contesto e degli operatori sanitari coinvolti. Lo studio ha evidenziato che i familiari sono più preoccupati dei cambiamenti che non i diretti interessati. Infatti, le persone di riferimento che fanno fatica a gestire il decorso della malattia, soffrono maggiormente a causa della situazione ed esercitano più pressioni sugli interessati. Inoltre, sono preoccupati quando constatano che il personale sanitario presta poca attenzione all'assunzione ridotta. Non ultimo emergono anche idee errate su ciò che il contesto si attende dalle misure nutrizionali. In particolare ci si aspetta un miglioramento dei sintomi, ad es. in caso di secchezza bucale, un prolungamento della durata della vita e si crede che la somministrazione di liquidi sia equivalente alla nutrizione.

Anche Aulbert et al. (2010) nonché Amano et al. (2016) descrivono dinamiche simili e definiscono i relativi effetti come «Eating-Related-Distress». Questo stress riguarda sia i malati gravi che il loro contesto. Gli interessati devono rendersi conto che il loro rapporto con il cibo è cambiato e mangiare diventa un problema. Ancora più difficile da elaborare è il fatto che non è possibile

prevedere né controllare l’ulteriore decorso. Il contesto percepisce i cambiamenti, soffre insieme all’interessato, s’impegna per agevolarlo nell’assunzione di cibo e mette in secondo piano le proprie esigenze. Cambiano sia il rapporto con il cibo, sia il valore e l’importanza che al cibo che vengono attribuiti. I pranzi conviviali e le serate al ristorante appartengono al passato. Non è più possibile «cocolarsi» con il cibo e, di conseguenza, viene meno anche il piacere per un buon pasto.

Se, invece, il contesto si impegna affinché la persona interessata mangi (invito, porzioni più grandi, posizionamento «strategico» degli alimenti ecc.), la stessa viene sottoposta a una pressione maggiore (Rio et al., 2011; Amano et al., 2016; Aulbert et al., 2010). Anche i «consigli» degli esperti senza obiettivi né piani o il pesare in modo standardizzato senza intervenire sulla pianificazione delle misure sono azioni controproducenti. Tutte queste strategie non producono una maggiore assunzione di cibo.

### **Obiettivi, interventi e monitoring**

Nell’ambito della presa a carico palliativa si distinguono malattia di breve durata, malattia di media durata e malattia di lunga durata (UFSP e CDS, 2009).

Una corretta definizione di obiettivi realistici tiene conto della specifica situazione di malattia (durata, prognosi e decorso), del problema nutrizionale e dei desideri della persona interessata (ASSM, 2006). Di norma, nella Palliative Care i decorsi delle malattie non sono lineari, bensì hanno una tendenza al peggioramento, con crisi passeggeri, ad es. in caso di infezione. Verso la fine della malattia subentra spesso un rapido peggioramento della situazione. I possibili obiettivi sono perciò: migliorare/lenire, stabilizzare, rallentare il peggioramento dello stato nutrizionale e dei disturbi.

Nella fase iniziale della Palliative Care spesso sul piano della nutrizione l’impegno delle persone coinvolte è carente, mentre è eccessivo nella fase terminale (Löser, 2011). Ciò comporta il rischio che la prevenzione e la terapia di una malnutrizione vengano introdotte in modo tardivo e che si ricorra alla consulenza nutrizionale

soprattutto per il trattamento di sintomi specifici, qual ad es. la nausea. Per la terapia di una malnutrizione sono a disposizione vari provvedimenti supportati da buona evidenza. Invece per il trattamento di altri sintomi (ad es. nausea) al momento l’evidenza non è sufficiente. È dunque importante informare le persone interessate sulla carenza di evidenza poiché soltanto così avranno elementi utili per decidere se ricorrere o no a queste misure (di norma basate su «consigli») (ASSM, 2006). I raggagli da fornire comprendono informazioni concrete sulle misure, la loro applicazione, i risultati attesi, le conseguenze e le possibili alternative.

Quando il ricorso alla consulenza nutrizionale si aggiunge solo in un secondo tempo, è insufficiente anche il supporto alle persone di riferimento che sono stressate a causa della situazione nutrizionale. Più il contesto è invece informato sui possibili provvedimenti e le relative conseguenze, minore è la probabilità che gli interessati vengano sottoposti a misure terapeutiche inutili nell’ultima fase di vita (Plauth, 2011). Quando la nutrizione è fonte di stress, la consulenza al contesto è importante. Da un lato va spiegato che i problemi nutrizionali sono frequenti e che, nella fase finale della vita, anche il disinteresse verso il cibo è «normale». I congiunti possono essere istruiti su strategie alternative per sfruttare l’energia altrimenti focalizzata sull’alimentazione. Ad esempio: cura della bocca, raccolta dei brani di musica preferiti o lavori biografici della serie «Racconta un po’, papà» (van Vliet, 2016).

Visto che esistono soltanto poche misure con sufficiente evidenza, il controllo del decorso è fondamentale. Vanno evitate le restrizioni inutili che incidono sulla qualità di vita e sullo stato nutrizionale. Per questo motivo è d’obbligo un controllo tempestivo del decorso basato su indizi e sintomi (AND, 2015). In generale è adeguato un periodo di prova di un mezzo giorno a tre giorni. I disturbi come la nausea sono difficili da valutare e a questo scopo non esistono strumenti/metodi standardizzati. In alternativa si può ricorrere a una scala di graduazione o a un protocollo dei disturbi. Nella consulenza nutrizionale palliativa i problemi nutrizionali non sono sempre risolvibili in modo definitivo. Ciò che si può

invece tentare di fare è risolvere la causa di un problema nutrizionale (AND, 2015). Quando la terapia di un problema nutrizionale non è più indicata, spetta allo specialista informarne l’équipe curante. Un monitoring accurato agevola le decisioni difficili. Ciò comprende rinuncia, avvio e sospensione di una terapia.

### **Temi futuri e conclusioni**

Nella situazione palliativa verso la fine della vita per motivi fisiologici subentra sovente una ridotta assunzione di cibo e di liquidi. Le persone interessate hanno comunque anche la possibilità di accelerare il processo del morire optando per il rifiuto volontario di assumere cibo e liquidi (Klein Remane & Fringer, 2016; Chabot & Walther, 2015). Questa rinuncia attiva è una forma di suicidio e si distingue in modo netto da una riduzione graduale e «casuale» dell’assunzione di cibo e di liquidi. Ai sensi della Palliative Care i soggetti interessati vanno accompagnati con cura per ridurre il più possibile le loro sofferenze (Chabot & Walther, 2015). Vista l’accresciuta tendenza a questa rinuncia, anche la consulenza nutrizionale sarà chiamata ad affrontare questa realtà e dovrà quindi sapersi servire di importanti fattori etici e pratici.

Ai fini di una buona presa a carico nutrizionale in ambito palliativo, la consulenza nutrizionale va integrata il più precocemente possibile. La terapia nutrizionale potrà contribuire a fare la cosa giusta nel momento giusto: identificare un problema nutrizionale, fissare prospettive rilevanti per l’obiettivo, applicare misure basate sulle evidenze e, osservando i sintomi e gli indizi, seguire il decorso in modo mirato in caso di misure che invece non lo sono.

**WORT DER PRÄSIDENTIN  
LE MOT DE LA PRÉSIDENTE  
PAROLA DELLA PRESIDENTESSA**



**Gabi Fontana**

Präsidentin

Présidente

Presidentessa

**SVDE ASDD**

Im Herbst 2016 wurde das Gesundheitsberufegesetz (GesBG) vom nationalen Parlament angenommen. Darin werden alle Gesundheitsberufe, welche auf Fachhochschulniveau ausgebildet werden, geregelt. Die Personen aus diesen Berufsgruppen, welche den altrechtlichen Titel Höhere Fachschule (HF) tragen, unterstehen auch dem GesBG. Der SVDE empfiehlt jedoch all seinen Mitgliedern, den Fachhochschultitel zu erlangen.

Am 1. Mai 2009 trat die Verordnung zum Nachträglichen Titelerwerb Fachhochschule (NTE-FH) in Kraft. Seit jenem Zeitpunkt bis Ende 2016 haben 358 Ernährungsberater/innen den NTE-FH erworben. Ende 2016 wurden wir vom Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI) informiert, dass der NTE-FH noch bis Ende 2025 möglich ist. Danach wird dieses Verfahren für alle betroffenen Berufsgruppen eingestellt. Auf der Webseite des SVDE finden Sie unter der Rubrik «Bildung» Informationen darüber, welche Voraussetzungen verlangt werden und wie vorgegangen werden muss, um den NTE-FH zu erlangen. Ebenfalls wird im GesBG die Anerkennung von ausländischen Abschlüssen auf Fachhochschulniveau geregelt. Seit Anfang 2017 wird diese Aufgabe durch das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) im Auftrag des SBFI durchgeführt. Das SRK arbeitet diesbezüglich mit uns zusammen. Diese Zusammenarbeit haben wir in einer gemeinsamen Vereinbarung geregelt. Der SVDE unterstützt das SRK bei der Prüfung der Dossiers und bei der Durchführung der Eignungsprüfungen.

La loi sur les professions de la santé (LPSan) a été adoptée par le Parlement suisse à l'automne 2016. Elle réglemente l'ensemble des professions de la santé qui nécessitent une formation en haute école spécialisée. Les personnes appartenant à ces groupes professionnels, qui portent le titre Ecole supérieure (ES) régi par l'ancien droit, sont également soumises à la LPSan. L'ASDD recommande toutefois à l'ensemble de ses membres de faire les démarches pour l'obtention a posteriori du titre de haute école spécialisée.

L'ordonnance relative à l'obtention a posteriori du titre de haute école spécialisée (OPT-HES) est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> mai 2009. Depuis cette date et jusqu'à fin 2016, 358 diététicien-ne-s ont obtenu le titre OPT-HES. Or, le Secrétariat d'Etat à la formation, à la recherche et à l'innovation SEFRI a informé fin 2016 que l'OPT-HES ne serait possible que jusqu'à la fin 2025. Passé ce délai, un terme sera mis à cette procédure pour tous les groupes professionnels concernés. Sur le site Internet de l'ASDD, sous la rubrique «Formation», vous trouverez toutes les informations sur les conditions requises et les démarches à suivre pour l'obtention du titre OPT-HES. La LPSan réglemente par ailleurs la reconnaissance des diplômes étrangers de niveau haute école spécialisée. Depuis début 2017, cette tâche revient à la Croix-Rouge suisse (CRS) sur mandat du SEFRI. A ce titre, nous collaborons étroitement avec la CRS et avons défini les termes de cette coopération dans une convention commune. L'ASDD aide la CRS à examiner les dossiers et à réaliser les examens d'aptitude.

Nell'autunno 2016 il Parlamento ha adottato la Legge federale sulle professioni sanitarie (LPSan), che disciplina tutte le professioni sanitarie le cui formazioni vengono offerte a livello di scuola universitaria professionale. A questa legge sottostanno anche le persone appartenenti a queste categorie professionali che, secondo il vecchio diritto, portano il titolo di scuola specializzata superiore (SSS). L'ASDD raccomanda però a tutti i suoi membri di conseguire il titolo di scuola universitaria professionale.

Dal 1° maggio 2009, data in cui è entrata in vigore l'Ordinanza sull'ottenimento retroattivo del titolo SUP (ORT), fino a fine 2016 ben 358 dietiste e dietisti hanno conseguito l'ORT. A fine 2016 siamo stati informati dalla Segreteria di Stato per la formazione, la ricerca e l'innovazione (SEFRI) che l'ORT sarà possibile ancora fino a fine 2025. Dopo questa data, la procedura sarà sospesa per tutte le categorie professionali interessate. Sul sito Internet dell'ASDD, alla rubrica «formazione», trovate informazioni su quali presupposti siano richiesti e su come si debba procedere per conseguire l'ORT. Nella LPSan è disciplinato anche il riconoscimento di diplomi esteri a livello di scuola universitaria professionale. Da inizio 2017, è la Croce Rossa Svizzera (CRS) a svolgere questo compito, su incarico del SEFRI e in collaborazione con noi. Tale collaborazione è stata regolamentata in una convenzione comune. L'ASDD aiuta la CRS nella verifica dei dossier e nello svolgimento degli esami di idoneità.

## Meilensteine in der Entwicklung des SVDE

**Als Vorstandsmitglied war ich bereits am 50. Jubiläum des SVDE aktiv beteiligt. Nun freue ich mich sehr, einige Meilensteine in der Geschichte des SVDE, die den Verband und unseren Beruf meiner Meinung nach entscheidend geprägt haben – und auch seine zukünftige Entwicklung mitbestimmen dürften – mit Ihnen zu teilen (in chronologischer Reihenfolge).**

Catherine Trabichet, SVDE-Vorstandsmitglied von 1981 bis 1996,  
Verantwortliche für die Ausbildung Ernährung und Diätetik in Genf von 1996 bis 2007

**1988:** Der Verband der Ernährungsberater/innen trennt sich von den Diätköch/innen und wird zum SVDE: Diese Abspaltung war von vielen Ängsten begleitet, die sich aber als unnötig erwiesen, da diese Fachpersonen kaum ins Gebiet der Ernährungsberatung vordrangen. Dafür erlaubte diese Trennung dem SVDE, sich ganz auf die Interessen einer Kategorie von Fachpersonen – der Ernährungsberater/innen – zu konzentrieren.

**1983–1986:** Das Rote Kreuz anerkennt die Ausbildungen der Schulen in Bern, Genf und Zürich: Auf diese Anerkennung hatte man lange gewartet! Es hob die Ernährungsberater/innen bezüglich ihrer Qualifikation und Anerkennung auf die gleiche Ebene wie andere Gesundheitsberufe mit denen wir in unserem Arbeitsalltag täglich zu tun hatten und verbesserte zudem den Bekanntheitsgrad. Dies bewegte die Schulen dazu, ihre Aufnahmebedingungen, Lehrpläne und Diplomprüfungen zu vereinheitlichen. Ein gewisses Mass an Eigenständigkeit wurde bewahrt; die Ausbildungsziele konnten über verschiedene Wege erreicht werden.

**1997:** Die Ernährungsberater/innen werden vom KVG (Krankenversicherungsgesetz) als Leistungserbringer anerkannt: Dieser Schritt markierte einen weiteren Sieg, der nach mehr als zehnjährigen Verhandlungen erreicht wurde. Der gestiegene Bekanntheitsgrad, die Anerkennung des Roten Kreuzes, die wachsende Bedeutung der Ernährung und immer spezifischere Kompetenzen in der Ernährungsberatung haben diese wichtige Entwicklung ermöglicht, welche auch die Gemeinnützigkeit bestätigte und die nationale Positionierung des Berufes stärkte.

**1999:** Ausbildung wird in der Westschweiz als potenzieller FH-Studiengang anerkannt:

Dank des grossen politischen Willens in der Westschweiz, auch Gesundheits- und Sozialbereichberufen Zugang zum FH-Niveau zu verschaffen, konnte die Genfer Schule für Ernährungsberater/innen ein Dossier zur Einleitung des Anerkennungsverfahrens deponieren. Die Aufnahme in das KVG, die Zunahme der freiberuflichen Tätigkeit, die Forschungstätigkeiten einiger Lehrpersonen und ein solider Kompetenzkatalog haben es erlaubt, diese entscheidende Hürde zu nehmen.

**2000–2002:** Lehrkräfte der Schule in Genf erarbeiten einen neuen Studiengang von vier Jahren, der den Besonderheiten des Berufes Rechnung trägt. Ob zu Recht oder Unrecht – wir befürchteten damals, dass die Politik ein einziges FH-Diplom im Gesundheitsbereich mit verschiedenen Schwerpunkten wie z.B. Ernährungsberatung anstreben könnte, was eine zu 100% auf Ernährung spezialisierte Ausbildung, und damit die Festigung der spezifischen Kompetenzen, verhindert hätte.

**2002 (Oktober):** 1. Durchführung des FH-Studiengangs in Ernährung und Diätetik in Genf: Die Schule in Genf begrüsst die ersten 25 Studierenden zum FH-Studiengang. Rückblickend haben die Diskussionen und der Enthusiasmus rund um das FH-Niveau auch gewisse Ängste ausgelöst: Was geschieht, wenn der Bund unsere Ausbildungen nicht anerkennt, während sie aber auch den Kriterien des Roten Kreuzes nicht mehr entsprachen, da die Ausbildungsziele nun viel höher lagen (z. B. der Auftrag, Fachpersonen auszubilden, Forschungskompetenzen zu vermitteln, die Dienstleistungen weiterzuentwickeln usw.)? Die Aufstockung von 15 auf 25 Studierende hat es ermöglicht, die kritische Grösse des Studiengangs zu erhöhen (im positiven Sinn, selbst wenn einige befürchteten, dass der Ar-

beitsmarkt die steigende Anzahl Studienabgänger/innen nicht aufnehmen könnte).

**2005 (Mai):** Die Ausbildung Ernährungsberater/in auf FH-Niveau in der ganzen Schweiz: Die Sanitätsdirektorenkonferenz stimmt einer Einstufung des Studiengangs auf – ausschliesslich – FH-Niveau zu. Diesem glücklichen Entscheid waren schwierige Verhandlungen vorangegangen, in welchen sich die Schweizer Versicherer strikt gegen das FH-Label gesträubt hatten, da sie potenziell steigende Gesundheitskosten befürchteten, und sie bereits solche aufgrund unserer Aufnahme in den Leistungskatalog des KVG beklagten. Diese Gefährdung des FH-Status führte jedoch zu breiter Solidarität von medizinischen Fachpersonen, Gesundheitsverbänden und dem Bundesamt für Gesundheit. Dieses berechtigte Lobbying vermochte den Widerstand der Versicherer schliesslich zu brechen. Die andere gute Nachricht war, dass die Einstufung nur das FH-Niveau und kein doppeltes Bildungsniveau (FH und HF) vorsah, wie beispielsweise bei den Pflegefachpersonen – was für unseren relativ kleinen Berufszweig sehr kompliziert geworden wäre.

In den letzten zehn Jahren war ich nicht mehr aktiv an der Entwicklung unseres Berufs beteiligt. Ich stelle aber fest, dass grosse Fortschritte im Bereich der zertifizierten Fortbildungen stattgefunden haben: Unsere Kolleginnen und Kollegen müssen nicht mehr ins Ausland, um einen Masterstudiengang in Ernährung und Diätetik zu absolvieren; verschiedene CAS (Certificate of Advanced Studies) bedienen die Nachfrage nach Weiterbildungen im postgraduierten Bereich; und sozusagen als Sahnehäubchen absolvieren Dozierende des Studiengangs Ernährung und Diätetik der Fachhochschulen Bern und Genf gerade PhD-Studiengänge. Was für eine beeindruckende Entwicklung, wenn man bedenkt, dass noch im Jahr 2004 Studierende in Genf bei den Diplomprüfungen durchfallen konnten, wenn sie im Bereich Diätküche ungenügend waren!

Ein grosses Hoch auf den SVDE und sein Jubiläum und insbesondere auf die Studiengänge und ihr gegenwärtiges und zukünftiges Engagement!

## Etapes-clés qui ont façonné l'ASDD

**L'ASDD fête son 75<sup>e</sup> jubilé: ayant activement participé au 50<sup>e</sup> anniversaire en qualité de membre du comité de l'époque, c'est avec un grand plaisir que je partage avec vous les quelques étapes-clés qui, à mon avis, ont façonné l'ASDD et la profession d'aujourd'hui et qui guident et facilitent leurs évolutions futures (par ordre chronologique).**

Catherine Trabichet, membre du comité ASDD de 1981 à 1996,  
responsable de la formation des diététicien-ne-s à Genève de 1996 à 2007

**1988:** l'association du personnel diététicien se sépare des cuisiniers-ières en diététique et devient l'ASDD: cette séparation soulevait de nombreuses craintes qui se sont avérées tout à fait infondées, puisque ces professionnels n'ont pas connu une évolution fulgurante en prenant la place des diététicien-ne-s. Au contraire, elle a permis à l'ASDD de se concentrer sur la défense des intérêts d'une seule catégorie de professionnels – les diététicien-ne-s;

**1983 à 1986:** la Croix-Rouge reconnaît la formation délivrée par les écoles de Berne, Genève et Zurich: ce label était tellement attendu. Il plaçait les diététicien-ne-s au même niveau de qualification et de reconnaissance que les autres professions de la santé que nous côtoyions chaque jour à nos places de travail. Cette reconnaissance a amélioré notre notoriété et a obligé les écoles à harmoniser leurs conditions d'admission, leurs grands axes d'enseignement et leurs examens de diplôme – tout en conservant une certaine autonomie, puisque les objectifs de formation pouvaient être atteints de différentes manières;

**1997:** les diététicien-ne-s deviennent un fournisseur de prestations reconnu par la LAMal (Loi sur l'Assurance Maladie): voilà une autre bataille gagnée après plus de 10 années de négociation. L'amélioration de la notoriété de profession, le diplôme Croix-Rouge suisse, la reconnaissance de l'importance de la nutrition et des compétences de plus en plus spécifiques des diététicien-ne-s ont permis cette évolution cruciale qui a aussi confirmé l'utilité publique et le positionnement national de la profession;

**1999:** la formation est reconnue comme potentiellement HES en Suisse romande: grâce à une volonté politique forte, au niveau de la Suisse romande, de permettre aux professions de la santé et du social

d'accéder à un niveau de formation HES, l'école de diététicien-ne-s de Genève a déposé un dossier de pré-reconnaissance: l'inscription dans la LAMal, l'accroissement de la pratique indépendante, les activités de recherche de certaines membres de l'équipe enseignante et un référentiel de compétences solide ont permis de passer cette étape déterminante;

**2000 à 2002:** l'équipe pédagogique de l'école de Genève travaille à un nouveau programme de formation en 4 ans, en veillant à la défense des spécificités de la profession. A tort ou à raison, nous avions craint, à un moment donné, des velléités politiques de créer un diplôme HES «unique» de santé avec des orientations et dont une pour la «diététique», ce qui aurait empêché une formation 100 % axée sur la nutrition et la garantie de nos compétences spécifiques;

**2002 (octobre): ouverture de la première volée HES à Genève:** l'école de Genève a pu accueillir sa 1<sup>re</sup> volée de 25 étudiant-e-s HES. Avec le recul, l'enthousiasme HES a largement dominé certaines craintes: que se passe-t-il si ce programme n'est pas reconnu par la Confédération, sachant qu'il ne répondait plus aux critères de la Croix-Rouge suisse, bien que les objectifs de formation étaient plus élevés (ex: ambition de former des experts, de transmettre des compétences en recherche, de développer les prestations de service, entre autres). Le passage de volée de 15 à 25 étudiant-e-s a permis d'augmenter la taille critique de la filière (au bon sens du terme, même si certain-e-s craignaient que le marché du travail n'arrive pas à absorber cette augmentation du nombre de diplômé-e-s).

**2005 (mai): la formation de diététicien-ne est placée au niveau HES dans toute la Suisse:** la Conférence des directeurs des Affaires Sanitaires a accepté de position-

ner la formation au niveau HES, et seulement au niveau HES. Cette heureuse décision a été précédée par des négociations très difficiles, au cours desquelles les assureurs-maladie suisses se sont strictement opposés à un positionnement HES, avec l'argument de la hausse potentielle des coûts de la santé, puisqu'ils déploraient déjà des augmentations de coûts suite à notre introduction dans la LAMal. Cette menace d'un non-positionnement HES a soulevé des mouvements de solidarité de la part de nombreux médecins, d'associations et de l'Office fédéral de la santé publique. Ce lobbying justifié a permis de renverser la tendance. L'autre bonne nouvelle a été que le positionnement était strictement HES: un double niveau de formation (HES et ES), comme le vivent les soins infirmiers, aurait été extrêmement compliqué pour une profession de taille restreinte comme la nôtre.

N'ayant pas participé activement aux évolutions de ces dix dernières années, je constate toutefois les grands développements de la formation continue certifiante: les collègues n'ont plus besoin d'aller à l'étranger pour suivre un master en nutrition, des CAS (Certificate of Advanced Studies) répondent aux besoins évolutifs de formations post graduées et, «cerise sur le gâteau», des membres du corps enseignant des filières «Nutrition et Diététique» des HES de Berne et de Genève suivent des formations doctorales: quelle magnifique progression quand on pense qu'un-e étudiant-e pouvait être recalé aux examens de diplôme de diététique pour un examen de cuisine insuffisant jusqu'en 2004 à Genève!

Bravo l'ASDD pour son jubilé et un immense bravo aux filières pour leur engagement actuel et futur.

## Le tappe chiave che hanno plasmato l'ASDD

**L'ASDD festeggia il suo 75° anniversario: avendo partecipato attivamente al 50° come membro del comitato, è con grande piacere che mi accingo a ricordare con voi (in ordine cronologico) alcune tappe chiave che, a mio avviso, hanno plasmato l'ASDD e la professione come le conosciamo oggi e che guideranno e faciliteranno la loro futura evoluzione.**

*Catherine Trabichet, membro del comitato ASDD dal 1981 al 1996, responsabile della formazione delle dietiste e dei dietisti a Ginevra dal 1996 al 2007*

**1988:** L'associazione del personale dietista si separa dai cuochi in dietetica e diventa l'ASDD: questa separazione aveva allora suscitato molti timori rivelatisi poi totalmente infondati, dato che questa figura professionale non ha conosciuto uno sviluppo folgorante prendendo il posto delle dietiste e dei dietisti. Al contrario, la separazione ha permesso all'ASDD di concentrarsi sulla difesa degli interessi di un'unica categoria professionale, quella delle dietiste e dei dietisti.

**Dal 1983 al 1986:** La Croce Rossa riconosce le formazioni offerte dalle scuole di Berna, Ginevra e Zurigo: un riconoscimento atteso da molto tempo. Esso ha posto le dietiste e i dietisti allo stesso livello di qualifica e di riconoscimento delle altre professioni sanitarie con le quali entriamo in contatto ogni giorno sul posto di lavoro. Questo riconoscimento ha aumentato la nostra notorietà e obbligato le scuole ad armonizzare i criteri di ammissione, i percorsi principali di insegnamento e gli esami di diploma, pur conservando una certa autonomia, dato che gli obiettivi di formazione potevano essere raggiunti in differenti modi.

**1997:** Le dietiste e i dietisti diventano fornitori di prestazioni riconosciuti dalla LAMal (Legge sull'assicurazione malattia): ecco un'altra battaglia vinta dopo oltre dieci anni di negoziazioni. L'aumento di notorietà della professione, il diploma della Croce Rossa Svizzera, il riconoscimento dell'importanza della nutrizione e delle competenze vieppiù specifiche delle dietiste e dei dietisti hanno reso possibile questa evoluzione cruciale che ha anche confermato l'utilità pubblica e il posizionamento nazionale della professione.

**1999:** La formazione è riconosciuta come potenzialmente SUP in Svizzera romanda: in Romania si denota una forte volontà

politica di permettere alle professioni della salute e del sociale di accedere a una formazione SUP. Grazie ad essa, la scuola di dietisti di Ginevra presenta un dossier di pre-riconoscimento. L'iscrizione nella LAMal, l'aumento della pratica indipendente, le attività di ricerca di alcuni membri del corpo insegnante e un solido modello di competenze le permetteranno di ottenere questo fondamentale riconoscimento.

**Dal 2000 al 2002:** l'équipe pedagogica della scuola di Ginevra lavora a un nuovo programma di formazione su quattro anni, impegnandosi per la difesa delle specificità della professione. A torto o a ragione, a un certo punto temevamo le velleità politiche di creare un «unico» diploma sanitario SUP con vari orientamenti, di cui uno per la «dietetica». Ciò avrebbe precluso una formazione imperniata al 100 % sulla nutrizione e con essa la garanzia delle nostre competenze specifiche.

**2002 (ottobre):** Inizio della formazione per il primo anno di corso SUP a Ginevra: la scuola di Ginevra ha potuto accogliere la prima classe di 25 studenti SUP. A posteriori si può dire che l'entusiasmo SUP ha fortemente prevalso su certi timori: che sarebbe successo se il programma non fosse stato riconosciuto dalla Confederazione, visto che non rispondeva più ai criteri della Croce Rossa, pur presentando obiettivi di formazione più elevati (come ad esempio l'ambizione di formare degli esperti, di trasmettere competenze di ricerca, di sviluppare le prestazioni di servizio)? L'innalzamento del numero di studenti iscritti da 15 a 25 per corso ha permesso di aumentare la taglia critica del corso di studi (nel buon senso del termine, anche se alcuni temevano che il mercato del lavoro non sarebbe stato in grado di assorbire questo aumento del numero di diplomati).

**2005 (maggio):** La formazione di dietista è posta a livello SUP in tutta la Svizzera: la Conferenza dei direttori della sanità ha accettato di posizionare la formazione a livello SUP, e unicamente a livello SUP. Questa felice decisione è stata preceduta da negoziati molto difficili nel corso dei quali gli assicuratori malattia svizzeri si erano fortemente opposti al posizionamento SUP, adducendo l'argomento del potenziale aumento dei costi della salute, visto che già deploravano l'aumento dei costi a seguito della nostra introduzione nella LAMal. Questa minaccia di non-posizionamento SUP ha sollevato un movimento di solidarietà da parte di numerosi medici, di associazioni e dell'Ufficio federale della sanità pubblica. Questo lobbying giustificato ha permesso di rovesciare l'andamento delle cose. La seconda buona notizia stava nel fatto che il posizionamento era strettamente SUP: un posizionamento a due livelli (SUP e SSS), come è prassi per le cure infermieristiche, sarebbe stato estremamente complicato per una professione dai piccoli numeri come la nostra.

Pur non avendo partecipato attivamente agli sviluppi degli ultimi dieci anni, constato i grandi passi avanti compiuti dalla formazione continua con certificato: le colleghe e i colleghi non hanno più bisogno di recarsi all'estero per seguire un master in nutrizione, vi sono dei CAS (Certificate of Advanced Studies) che rispondono ai bisogni evolutivi di formazione post-graduata e – ciliegina sulla torta – dei membri del corpo insegnante dei corsi di studio «Nutrizione e dietetica» delle SUP di Berna e Ginevra frequentano dei dottorati. Che magnifici progressi, se si pensa che fino al 2004 a Ginevra uno studente poteva essere bocciato agli esami di diploma in dietetica per un'insufficienza all'esame di cucina!

Congratulazioni all'ASDD per il suo anniversario e complimenti ai corsi di studio per il loro impegno attuale e futuro.



**Christian Ryser**  
Geschäftsführer SGE  
Directeur SSN  
Direttore SSN

Die Schweizerische Gesellschaft für Ernährung SGE hat sich zum Ziel gesetzt, die ausgewogene Ernährung in der Schweiz zu fördern, sowohl auf der Verhältnis- als auch auf der Verhaltensebene. Dabei ist sie auf professionelle und kompetente Vermittlerinnen und Vermittler angewiesen, die in verschiedenen Settings einerseits kohärente Ernährungsempfehlungen adressatengerecht transportieren und andererseits die Bedürfnisse der Zielgruppen erkennen können. Die SGE schätzt sich glücklich, diese Fachleute und deren Verband der Ernährungsberater/innen SVDE an ihrer Seite zu wissen und in ihren Aufgaben jederzeit auf sie zurückgreifen zu können. Mit der nationalen Strategie für nichtübertragbare Krankheiten NCD und dem darin beschriebenen fließenden Übergang von Prävention zu Therapie in jedem Gesundheitszustand wird die Zusammenarbeit und Absprache von SGE und SVDE in Zukunft noch wichtiger werden. Es gilt dabei für beide Institutionen, sich in einem Feld, welches zunehmend auch von branchenexternen Akteuren bestellt wird, noch stärker als relevante und massgebende Institutionen zu behaupten und zu positionieren.

Wir freuen uns sehr, die Zukunft weiterhin gemeinsam bestreiten zu dürfen, und wünschen der «älteren Schwester» SVDE viel Erfolg, breiten Zuspruch aller Institutionen und nicht zuletzt aktive und zahlreiche Mitglieder!

La Société Suisse de Nutrition SSN s'est fixée pour objectif la promotion d'une alimentation équilibrée en Suisse, tant sur le plan des proportions que du comportement. Pour atteindre ce but, elle a impérativement besoin d'intermédiaires professionnel-le-s et compétent-e-s, non seulement pour transmettre dans différents contextes des recommandations alimentaires cohérentes aux groupes cibles, mais aussi pour cerner les besoins de ces groupes. La SSN s'estime heureuse de pouvoir compter sur ces professionnel-le-s et leur Association des diététicien-ne-s ASDD, et de pouvoir leur faire appel à tout moment dans sa mission. Avec la Stratégie nationale de prévention des maladies non transmissibles (MNT) qui décrit le passage de la prévention à la thérapie quel que soit l'état de santé, la collaboration et la concertation entre la SSN et l'ASDD ne cesseront de gagner en importance. Pour ces deux institutions, l'enjeu est de s'affirmer et de se positionner davantage en tant que partenaire déterminant et incontournable dans un domaine qui est de plus en plus occupé par des acteurs étrangers à la branche.

Nous nous réjouissons de continuer à combattre aux côtés de l'ASDD et souhaitons à notre «grande sœur» plein succès, un large soutien de la part de toutes les institutions, et surtout de nombreux membres actifs!

La Società Svizzera di Nutrizione SSN si è posta come obiettivo la promozione in Svizzera di un'alimentazione equilibrata, sia sul piano delle proporzioni che su quello del comportamento. Per raggiungere il suo scopo, ha bisogno di mediatori professionali e competenti che, nelle diverse situazioni, possano riconoscere i bisogni dei vari gruppi target e sappiano trasmettere loro delle raccomandazioni nutrizionali coerenti e adeguatamente formulate. La SSN si ritiene fortunata di avere al proprio fianco le dietiste e i dietisti, nonché la loro associazione professionale, l'ASDD, e di poter sempre contare su di loro per poter svolgere i propri compiti. Con la Strategia nazionale sulla prevenzione delle malattie non trasmissibili MNT e il passaggio agevolato da prevenzione a terapia in ogni stato di salute in essa descritto, la collaborazione e il dialogo tra SSN e ASDD diventeranno ancora più importanti. Per entrambe le istituzioni è importante affermarsi e posizionarsi in modo ancora più forte come istituzioni rilevanti e decisive in un campo nel quale agiscono sempre più anche attori esterni. Siamo lieti di poter continuare ad affrontare insieme il futuro e auguriamo alla nostra «sorella maggiore» ASDD tanti successi, un ampio consenso da parte di tutte le istituzioni e, non da ultimo, numerosi membri attivi.



**Claudia Galli**

Präsidentin SVBG

Présidente FSAS

Presidentessa FSAS

## 75 Jahre – eine starke Leistung!

Ernährung betrifft uns alle. Jeden Tag. Mehr oder weniger bewusst, mehr oder weniger ausgewogen, mit mehr oder weniger Kenntnissen kümmern wir uns täglich darum, was wir zu uns nehmen. Unsere Ernährung beeinflusst unseren Energiehaushalt, spielt eine Rolle bei der Entstehung und der Behandlung unterschiedlichster Erkrankungen und hat eine wichtige Bedeutung im sozialen Zusammenleben.

Ernährungsberater/innen SVDE sind die Expertinnen und Experten zum Thema Ernährung. Ihr Knowhow geht da in die Tiefe, wo unser aller Alltagswissen aufhört.

Seit 75 Jahren setzt sich der SVDE in der Schweiz für die Qualität, die wissenschaftliche Fundierung und für eine adäquate Entschädigung der Ernährungsberatung ein. Mit seinem unablässigen Engagement hat er wesentlich zur Professionalisierung des Berufes beigetragen und stellt sicher, dass die Stimme der Ernährungsberater/innen im Gesundheitswesen gehört wird. So z.B. in der Erarbeitung und Umsetzung der Strategie gegen nichtübertragbare Krankheiten, in der Nationalen Strategie Herz- und Gefässkrankheiten, Hirnschlag und Diabetes oder beim Gesundheitsberufegesetz.

Seit 1985 ist der SVDE Mitglied im Dachverband SVBG (Schweizerischer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen). In all diesen Jahren können wir auf eine ausgezeichnete, kooperative und erfolgreiche Zusammenarbeit zurückblicken. Der gemeinsame Wille, interprofessionell zusammenzuarbeiten, die Gesundheitsberufe weiterzuentwickeln, dabei mit Offenheit und Respekt über den eigenen Tellerrand zu blicken, bilden eine starke Basis dafür.

Wir danken allen im SVDE aktiven Personen für ihr Engagement und wünschen dem SVDE für die kommenden Jahre weiterhin gutes Gelingen!

## 75 ans, quelle prouesse!

L'alimentation concerne chacun de nous. Au quotidien. De manière plus ou moins consciente, plus ou moins équilibrée, avec plus ou moins de connaissances, nous nous préoccupons chaque jour de ce que nous mangeons. Notre alimentation influence notre balance énergétique, joue un rôle au niveau de l'apparition et du traitement de maladies très diverses et occupe une grande place dans notre vie sociale.

Les diététicien-ne-s ASDD sont des experts de l'alimentation: leurs connaissances approfondies commencent là où s'arrêtent nos notions de base.

Depuis 75 ans, l'ASDD se mobilise en Suisse en faveur de la qualité du conseil diététique, de son assise scientifique et de sa rémunération adéquate. Forte d'un engagement à toute épreuve, elle a considérablement contribué à la professionnalisation du métier et met tout en œuvre pour faire entendre la voix des diététicien-ne-s dans le domaine de la santé. Cela fut le cas notamment pour l'élaboration et la mise en œuvre de la Stratégie nationale de prévention des maladies non transmissibles, pour la Stratégie nationale contre les maladies cardio-vasculaires, l'attaque cérébrale et le diabète ou encore pour la loi sur les professions de la santé.

Depuis 1985, l'ASDD est membre de l'organisation faîtière FSAS (Fédération suisse des associations professionnelles du domaine de la santé). Durant toutes ces années, la collaboration a toujours été excellente et efficace. Cela s'explique avant tout par la volonté commune de coopérer sur le plan interprofessionnel, de poursuivre le développement des professions de la santé tout en regardant plus loin que le bout de son nez, en faisant preuve de respect et d'ouverture d'esprit.

Nous remercions toutes les personnes actives au sein de l'ASDD pour leur engagement et souhaitons plein succès à l'ASDD pour les nombreuses années à venir!

## 75 anni vissuti con grande impegno!

L'alimentazione ci riguarda tutti. Ogni giorno. In modo più o meno cosciente, più o meno equilibrato, con maggiori o minori conoscenze in materia, ogni giorno facciamo attenzione a cosa mangiamo. L'alimentazione influenza sul nostro equilibrio energetico, gioca un ruolo nello sviluppo e nella cura di svariate malattie e ha una particolare importanza nella convivenza sociale. Le dietiste e i dietisti ASDD sono gli esperti dell'alimentazione. Il loro sapere è molto approfondito, proprio là dove tutte le nostre conoscenze generali raggiungono i loro limiti.

Da 75 anni, l'ASDD si impegna in Svizzera per una consulenza nutrizionale di qualità, scientificamente fondata e adeguatamente remunerata. Con il suo instancabile impegno, ha contribuito in modo fondamentale alla professionalizzazione del lavoro e garantisce che la voce delle dietiste e dei dietisti trovi ascolto nel sistema sanitario. Ad esempio nell'elaborazione e applicazione della strategia contro le malattie non trasmissibili, nella Strategia nazionale contro le malattie cardiocircolatorie, l'ictus e il diabete oppure per quanto riguarda la Legge federale sulle professioni sanitarie.

Dal 1985 l'ASDD è membro dell'organizzazione mantello FSAS (Federazione Svizzera delle Associazioni professionali sanitarie). In tutti questi anni la collaborazione è stata eccellente, cooperativa e coronata da successi. La volontà comune di lavorare insieme interprofessionalmente e di sviluppare ulteriormente le professioni sanitarie, guardando con apertura e rispetto oltre il proprio giardinetto, ne costituisce il solido fondamento.

Ringraziamo tutte le persone attive all'interno dell'ASDD per il loro impegno e auguriamo all'ASDD ogni bene anche per gli anni a venire!

## Granada ICDA 2016

Sylvie Borloz

Als Vertreterin des SVDE bei der International Confederation of Dietetic Associations ICDA konnte ich im September 2016, gemeinsam mit den drei Vorstandsmitgliedern Gabi Fontana, Adrian Rufener und Florine Riesen, die an mehreren Präsentationen zu verschiedenen berufspolitischen Themen beteiligt waren, am ICDA-Kongress in Granada in Spanien teilnehmen. Da dieser internationale Kongress alle vier Jahre auf einem anderen Kontinent stattfindet, bietet sich so eine gute Gelegenheit, um Kolleginnen und Kollegen aus verschiedenen Ländern kennenzulernen. Gabi Fontana und ich haben an den speziell für die Vertretenden der einzelnen Länder stattfindende Versammlungen teilgenommen, an denen wir insbesondere mit Kolleginnen und Kollegen aus Bangladesch, Benin und den USA darüber diskutieren konnten, wie man den Bekanntheitsgrad der Ernährungsberatung als wichtiger Bestandteil der Bekämpfung von Mangelernährung bei wichtigen Akteuren wie der WHO erhöhen könnte. Während des Kongresses haben sich zudem interessante Begegnungen an der



Sylvie Borloz & Gabi Fontana

Poster-Ausstellung ergeben. Gemeinsam mit einer italienischen und einer kanadischen Kollegin hat uns zum Beispiel eine neue Behandlungsmethode für Adipositas in Erstaunen versetzt, bei der eine Gastrostomie und eine Pumpe implantiert werden, die den Magen des Patienten nach jeder Mahlzeit leeren! Nach meinem Vortrag über «Adipositas bei Kindern und die Rolle der Ernährungsberaterin in der Schweiz» habe ich mit Kolleginnen und Kollegen aus Argentinien und Belgien über das «mindful eating» und ihre Erfahrungen dazu mit Eltern von Kindern mit Adipositas diskutiert. Für mich bietet

dieser Kongress eine gute Gelegenheit, um über die politischen Aspekte zur Verteidigung unseres Berufes zu diskutieren. Die neuen Erfahrungen aus der Welt der Ernährungsberatung haben mich zudem motiviert, diese auch für meinen Berufsalltag fruchtbar zu machen. Der nächste Kongress soll vom 15. bis 18. September 2020 in Cape Town in Südafrika stattfinden. Weiterführende Informationen gibt es auf der Website und dem Newsletter der ICDA:  
<http://www.internationaldietetics.org/News/Newsletters.aspx>

## Granada ICDA 2016

Sylvie Borloz

En tant que représentante de l'ASDD auprès de l'International Confederation of Dietetic Associations ICDA, j'ai eu la chance d'aller en septembre 2016 au congrès ICD à Granada en Espagne accompagnée de trois membres du comité, Gabi Fontana, Adrian Rufener et Florine Riesen, qui ont fait plusieurs présentations orales sur différents thèmes de politique professionnelle. Ce congrès international a lieu tous les 4 ans sur un continent différent. C'est une belle opportunité de rencontrer des professionnels de tous les pays. Gabi Fontana et moi avons assisté à des réunions réservées aux représentants de chaque

pays, notamment avec des collègues du Bangladesh, du Bénin, des Etats-Unis, où nous avons débattu des moyens pour que les diététicien-nes soient plus visibles par exemple auprès de l'OMS comme un acteur nécessaire du traitement de la malnutrition. Ensuite durant le congrès j'ai fait des rencontres intéressantes devant l'exposition des posters où avec une collègue italienne et une collègue canadienne, nous avons été étonnées d'un nouveau traitement de l'obésité qui implante une gastrostomie et une pompe qui vide l'estomac du patient après chaque repas! Après ma présentation orale sur

«L'obésité de l'enfant et le rôle de la diététicienne en Suisse» j'ai discuté avec des collègues d'Argentine et de Belgique sur leurs expériences avec des parents d'enfants obèses et sur le «mindful eating». Pour moi, ce congrès est l'opportunité de discuter des aspects politiques pour défendre notre profession et cela m'a aussi motivée pour le travail quotidien avec de nouvelles expériences du monde de la diététique. Le prochain congrès est prévu du 15 au 18 septembre 2020 à Cape Town en Afrique du Sud. Je vous encourage à aller découvrir le site et la newsletter de l'ICDA:  
<http://www.internationaldietetics.org/News/Newsletters.aspx>

## ICDA Granada 2016

Sylvie Borloz

In quanto rappresentante dell'ASDD in seno all'*International Confederation of Dietetic Associations* (ICDA), ho avuto la possibilità di partecipare all'*International Congress of Dietetics* (ICD) tenutosi a Granada lo scorso settembre. Ero accompagnata da tre membri del Comitato, ovvero Gabi Fontana, Adrian Rufener e Florine Riesen, che hanno tenuto varie relazioni su differenti argomenti inerenti la politica professionale. Questo congresso internazionale ha luogo ogni quattro anni, ogni volta in un continente diverso. È un'ottima opportunità per incontrare professionisti provenienti da tutto il mondo. Con Gabi Fontana ho partecipato a riunioni riservate ai rappresentanti di ogni Paese,

ad esempio con colleghi del Bangladesh, del Benin e degli Stati Uniti, riunioni in cui abbiamo discusso dei mezzi necessari affinché le dietiste e i dietisti godano di maggiore visibilità, per esempio in seno all'OMS in quanto attore indispensabile nel trattamento della malnutrizione. Ho fatto anche degli incontri molto interessanti all'esposizione dei poster. Con due colleghi, un'italiana e una canadese, abbiamo sgranato gli occhi all'apprendere di un nuovo trattamento dell'obesità che prevede una gastrostomia e l'innesto di una pompa che svuota lo stomaco del paziente dopo ogni pasto! Dopo la mia relazione dedicata al tema «Obesità dei bambini e ruolo dei dietisti in Svizzera», ho

chiesto ad alcuni colleghi argentini e belgi di parlarmi delle loro esperienze con i genitori di bambini obesi e con il «mindful eating». Per me, il congresso è l'occasione ideale per discutere, per dibattere sugli aspetti politici allo scopo di difendere il nostro mestiere; le nuove esperienze dal mondo della dietetica mi hanno anche motivata per il lavoro quotidiano. Il prossimo congresso si terrà dal 15 al 18 settembre 2020 a Città del Capo, in Sudafrica. Vi invito caldamente a visitare il sito dell'ICDA e a iscrivervi alla newsletter: <http://www.internationaldietetics.org/News/Newsletters.aspx>

**ENTERALE ERNÄHRUNG**

**Fresubin 3.2 kcal DRINK**  
Der hat's in sich!  
Il est formidable!

✓ Energierich,  
400 kcal pro EasyDRINK

✓ Proteinreich,  
20g pro EasyDRINK

✓ Reich an Vitamin D,  
10µg pro EasyDRINK

✓ Riche en énergie.  
400kcal par EasyDRINK

✓ Riche en protéines.  
20g par EasyDRINK

✓ Riche en vitamine D.  
10µg par EasyDRINK

Fresenius Kabi (Schweiz) AG  
Aewasserstrasse 2  
6370 Oberdorf  
Telefon 041 619 50 50  
Telefax 041 619 50 80  
[www.fresenius.ch](http://www.fresenius.ch)

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

**FRESENIUS  
KABI**  
caring for life

## Mitglied SVDE: Warum? Wieso? Weshalb?

**Interview mit Monica Rechsteiner,  
BSc, Ernährungsberaterin SVDE**

### Biografie:

1977 Diplomierung als Diätassistentin, danach Umwandlung in HF, 2011 Abschluss des «Certificate of Advanced Studies in Clinical Nutrition» der Medizinischen Universitätsklinik Bern.

Berufliche Tätigkeiten: Psychiatrische Universitätsklinik Waldau Bern; Nationales Forschungsprogramm «Aarau eusi gsund Stadt»; Unterrichtstätigkeit Migros-Klausuren; freiberuflich bei Hausärzten und in der eigenen Beratungspraxis; seit 1995 leitende Ernährungsberaterin im Stadtspital Waid.

**Barbara Richli: Monica, kannst du dich erinnern, wann du dem SVDE beigetreten bist?**

**Monica Rechsteiner:** Das ist schon so lange her, dass ich mich nicht erinnere.

### Gab es Momente, in denen du einen Austritt aus dem Berufsverband in Erwägung gezogen hast?

Nein, das war nie ein Thema – im Gegen teil. Für mich war es eigentlich immer logisch, Mitglied im Berufsverband zu sein. Die Aktivmitgliedschaft ist, um bei der Weiterentwicklung unseres Berufes mitwirken zu können, unerlässlich. Die Angleichung an die anderen therapeutischen Berufe (FH-Ausbildung) wäre z.B. nicht zu stande gekommen.

### Welche Vorteile bringt aus deiner Sicht eine Mitgliedschaft generell? Speziell für Spital-Ernährungsberater/innen?

Da gibt es mehrere: Jedes einzelne Mitglied trägt zu einem mitglieder- und finanziestarken Verband bei, der unsere Interessen dadurch mit dem nötigen Gewicht gegen aussen vertreten und sich um die unerlässliche Berufspolitik kümmern kann. Diese Interessenvertretung ist von grösster Wichtigkeit, damit die Ernährungsberater/innen SVDE ihre Stellung im Gesundheitswesen und in der Gesundheitspolitik bewahren oder verbessern können. Ein konkretes Beispiel aus der jün-

geren Vergangenheit, welches den Nutzen der ständigen Lobbyarbeit des Berufsverbandes aufzeigt, ist das Pilotprojekt «Sektorenübergreifender Behandlungs pfad Kolorektalkarzinom» der Schweizerischen Akademie für Qualität in der Medizin (SAQM): zusammen mit 20 weiteren Verbänden war der SVDE zur Vernehmlas sung eingeladen. Weiter kann ein starker Berufsverband Kontakt und Zusammenarbeit mit ausländischen Verbänden, wie z.B. der EFAD (European Federation of the Associations of Dietitians), pflegen – beispielsweise für die Entwicklung gemeinsamer Arbeitsmodelle wie den NCPT, welcher einen wichtigen Beitrag zur Arbeitsqualität leistet. Ebenso sind wir auf einen gut funktionierenden Berufsver band angewiesen, um eine übergeordnete Struktur zu haben, welche z.B. die Bildung von Interessengruppen, Regionalgruppen und Fachgruppen unterstützt und den Informationsfluss gewährleistet.

### Aus welchen Gründen bestehst du bei deinen Teamkolleginnen/-kollegen bei Neuanstellungen auf die Verbandsmit gliedschaft?

Weil ich überzeugt bin, dass nur ein mitglieder- und finanzstarker Berufsverband unsere Interessen gut vertreten kann. Oft fehlt das Bewusstsein für die Wichtigkeit eines starken Berufsverbandes – die oben genannten Argumente erreichen meist ihre Wirkung. Zudem ist bei uns eine Spezialisierung im Fachgebiet erwünscht, und die Teilnahme in einer Fachgruppe des SVDE ist ohne Mitgliedschaft nicht mög lich.

### Was sind aus deiner Erfahrung die Ursachen für eine Nichtmitgliedschaft?

Oft wird mit dem zu hohen Mitgliederbeitrag argumentiert. Das ist meiner Mei nung nach etwas kurz gedacht, denn der Beitrag könnte theoretisch nur bei mehr zahlenden Mitgliedern günstiger werden. Bei zu wenigen Mitgliedern kann der Berufsverband aus finanziellen Gründen gar nicht mehr professionell agieren. Proble matisch bei Berufskolleginnen/-kolleginnen in den Spitäler ist manchmal, dass nicht

direkt wahrgenommen wird, wo sich der SVDE für uns einsetzt. Zudem sind viele Themen, wie Lohn oder Anstellungsbedingungen, kantonal oder spitalintern geregt, sodass vor allem Ernährungsberater/ innen ohne Leitungsfunktion die Bedeu tung des Berufsverbandes nicht erkennen.

**Siehst du konkrete Massnahmen, mit denen jedes einzelne Mitglied dazu beitragen kann, bisherige Nichtmitglieder zu einem Beitritt zu bewegen?**

Es muss in Spitäler oder allgemein mehr über berufspolitische Themen wie unsere Position im schweizerischen Gesund heits system, Kostenabrechnungen, Taxpunkt werte, Berufsbezeichnung etc. gesprochen werden. Leitende Ernährungsberater/ innen haben meiner Meinung nach die Auf gabe, diese Diskussionen anzustossen und z.B. den Zusammenhang zwischen Berufspolitik und guten Arbeitsbedingungen aufzuzeigen – auf diese Weise kann der/ die «Senior-Ernährungsberater/in» sein/ ihr Wissen und Erfahrung weitergeben und zum Fortbestand einer starken Profes sion beitragen. Vielleicht ist es auch mög lich, während der Ausbildung das Gesund heitswesen und die aktuelle Situation der medizinisch-therapeutischen Berufe noch stärker zu thematisieren. Unabhängig vom späteren Tätigkeitsfeld ist es wichtig, dass früh vermittelt wird, wie komplex die Vertretung einer so kleinen Berufsgruppe im Gesundheitswesen und weshalb eine Mitgliedschaft nötig und von Vorteil ist.

**Vielen Dank, Monica, dass du dir die Zeit genommen hast, an diesem Interview teilzunehmen, und für dein jahrelanges Engagement für unsere Profession!**

## Toutes les bonnes raisons d'adhérer à l'ASDD

**Interview de Monica Rechsteiner,  
BSc, diététicienne ASDD**

### **Biographie:**

1977: obtention du diplôme de spécialiste en alimentation rationnelle, puis équivalence pour le diplôme ES; 2011: obtention du «CAS in Clinical Nutrition» de la Clinique de la Faculté de médecine de l'Université de Berne.

Activités professionnelles: Clinique universitaire psychiatrique de Waldau (Berne); programme national de recherche PNR «Aarau eusi gsund Stadt»; enseignante à l'Ecole-club Migros; activité indépendante auprès des médecins de famille et dans son propre cabinet de consultation; depuis 1995, cheffe diététicienne au Stadtpital Waid.

**Barbara Richli: Monica, peux-tu nous rappeler quand tu es devenue membre?**

**Monica Rechsteiner:** Cela fait tellement longtemps que je ne m'en souviens plus.

**Y a-t-il eu des moments où tu as envisagé de quitter l'association professionnelle?**

Non, jamais, bien au contraire! Pour moi, il a en fait toujours été logique de faire partie de l'association. Pour pouvoir participer au développement de notre profession, il est indispensable d'avoir le statut de membre actif. Sans notre engagement, l'alignement avec les autres professions thérapeutiques (formation HES) n'aurait par exemple jamais vu le jour.

**Quels sont, selon toi, les avantages d'une affiliation de manière générale? Et plus particulièrement, pour les diététicien-ne-s hospitaliers/ères?**

J'en vois plusieurs: chaque membre contribue à la force de notre association, sur le plan financier et en termes d'effectif, qui a alors plus de poids et peut donc mieux défendre nos intérêts à l'extérieur tout en se préoccupant des questions de politique professionnelle, ce qui est indispensable. Cette représentation des intérêts est capitale pour que les diététicien-ne-s ASDD puissent conserver leur place dans le système de santé ou l'améliorer. En tant

qu'exemple concret assez récent, qui montre l'utilité du travail de lobbying permanent de l'association professionnelle, je peux citer le projet pilote relatif à l'itinéraire thérapeutique intersectoriel en cas de carcinome colorectal de l'Académie des Sciences médicales (ASSM): l'ASDD a été invitée en même temps que vingt autres associations à la procédure de consultation. De plus, une association professionnelle forte peut entretenir des contacts et des échanges avec des organisations étrangères telles que l'EFAD (European Federation of the Associations of Dietitians), par exemple pour développer des modèles de travail communs tels que la terminologie PSN, qui contribue considérablement à améliorer la qualité du travail. Nous avons vraiment besoin que notre association professionnelle fonctionne bien pour disposer d'une structure globale, qui permet, par exemple, de soutenir la création de groupes d'intérêts, régionaux et spécialisés, ainsi que de garantir la bonne communication des informations.

**Pour quelles raisons insistes-tu sur l'adhésion à l'association auprès des collègues qui viennent d'être recruté-e-s?**  
Parce que je suis convaincue que seule une association professionnelle forte sur le plan financier et de l'effectif peut défendre efficacement nos intérêts. Souvent, les gens ne prennent pas conscience de l'importance d'avoir une association professionnelle forte. Souvent, les arguments exposés ci-dessus produisent leur effet. De plus, il est préférable pour un-e diététicienne de se spécialiser, et il n'est pas possible de faire partie d'un groupe spécialisé de l'ASDD sans avoir adhéré à l'ASDD.

**Selon toi, qu'est-ce qui explique l'absence d'affiliation?**

Souvent, l'argument de la cotisation élevée est avancé. A mon avis, c'est une analyse un peu courte, car en théorie, le montant de la cotisation ne peut diminuer que si l'effectif augmente. Si ses membres ne sont pas assez nombreux, l'association professionnelle ne pourra même plus agir sur les questions la concernant par

manque de moyens financiers. En ce qui concerne les collègues travaillant en milieu hospitalier, le problème réside parfois dans le fait qu'elles ou ils ne perçoivent pas directement les sujets sur lesquels l'ASDD se mobilise pour nous. De plus, de nombreux thèmes tels que les salaires ou les conditions d'embauche sont réglementés au niveau cantonal ou au sein de l'hôpital même, ce qui fait que les diététicien-ne-s n'exerçant pas de fonctions dirigeantes surtout ne comprennent pas toujours l'importance du rôle de l'association professionnelle.

**Entrevois-tu des mesures concrètes pour inciter chaque membre à pousser ses collègues à rejoindre l'association?**

Dans les hôpitaux ou en général, il faut parler davantage des thèmes de politique professionnelle tels que notre position dans le système de santé suisse, les décomptes de coûts, les valeurs du point tarifaire, la dénomination professionnelle, pour n'en citer que quelques-uns. Selon moi, les chef-fe-s diététicien-ne-s ont la responsabilité de lancer la discussion sur ces sujets, et par exemple de montrer le lien qui existe entre la politique professionnelle et de bonnes conditions de travail. De cette manière, les seniors pourront transmettre leurs connaissances et leur expérience, de même que contribuer à ce que notre profession reste forte. Peut-être serait-il également possible d'évoquer de façon plus marquée le sujet du système de santé et la situation actuelle des professions médico-thérapeutiques pendant la formation déjà. Quel que soit le champ d'activité ultérieur, il est important d'inculquer à un stade précoce la complexité de la représentation d'un groupe professionnel aussi petit dans le système de santé et les raisons de l'utilité, voire de la nécessité, d'une adhésion.

**Merci beaucoup, Monica, d'avoir pris le temps de réaliser cette interview, et merci aussi pour toutes ces années d'engagement en faveur de notre profession!**

## Perché essere membri dell'ASDD?

Intervista a Monica Rechsteiner,  
Bsc, dietista ASDD

### Biografia:

nel 1977 diploma di assistente dietista, in seguito conversione in SSS, nel 2011 diploma «Certificate of Advanced Studies in Clinical Nutrition» alla facoltà di medicina dell'Università di Berna.

Attività professionali: Clinica universitaria psichiatrica Waldau Berna, programma di ricerca nazionale «Aarau eusi gsund Stadt», insegnamento presso la scuola club Migros, attività in proprio presso medici di famiglia e nel suo studio, dal 1995 dietista capo servizio presso lo Stadtklinik Waid.

**Barbara Richli:** Monica, ti ricordi quale è stata la motivazione che ti ha spinta ad aderire all'ASDD? E quando l'hai fatto, durante gli studi o dopo il diploma?

**Monica Rechsteiner:** È passato tanto tempo, non me lo ricordo più.

**Ci sono stati momenti in cui hai preso in considerazione l'idea di lasciare l'associazione?**

No, non è mai stato un tema, anzi! Per me essere membro dell'associazione professionale è sempre stata una cosa scontata. Essere membri attivi è indispensabile se si vuole contribuire all'ulteriore sviluppo della nostra professione. L'allineamento con le altre professioni terapeutiche (formazione SUP) non sarebbe ad esempio avvenuto.

**In generale, secondo te quali vantaggi comporta l'essere membri? E in particolare per le dietiste e i dietisti che operano in ospedale?**

Ci sono parecchi vantaggi: ogni singolo membro contribuisce a che la nostra associazione sia forte sia per il numero di membri che rappresenta che a livello finanziario; così l'associazione è in grado di rappresentare i nostri interessi verso l'esterno con il peso necessario e può anche occuparsi dell'indispensabile politica professionale. Questa tutela degli interessi è della massi-

ma importanza affinché le dietiste e i dietisti ASDD possano mantenere o migliorare il loro posizionamento nel sistema e nella politica sanitari. Un esempio concreto dal recente passato che ben dimostra l'utilità del continuo lavoro di lobbying svolto dall'associazione professionale è il progetto pilota «Itinerario clinico dei pazienti malati di tumore colorettale» dell'Accademia svizzera per la qualità in medicina (ASQM): l'ASDD è stata invitata a partecipare alla consultazione assieme ad altre 20 associazioni. Inoltre, un'associazione professionale forte può curare il contatto e la collaborazione con le associazioni straniere, come l'EFAD (European Federation of the Associations of Dietitians), ad esempio per sviluppare modelli di lavoro comuni come l'NCPT che contribuisce in modo decisivo alla qualità del lavoro. Abbiamo poi bisogno di un'associazione professionale ben funzionante anche per avere una sovrastruttura che sostenga ad esempio la formazione di gruppi di interesse, gruppi regionali e gruppi specialistici e che garantisca il flusso delle informazioni.

**Per quali motivi, quando assumi nuovi collaboratori insisti affinché siano o diventino membri dell'associazione?**

Perché sono convinta che solo un'associazione forte possa difendere bene i nostri interessi. Spesso manca la consapevolezza di quanto sia importante un'associazione professionale forte, nel qual caso gli argomenti citati sopra si rivelano quasi sempre efficaci. Inoltre, da noi è gradita una specializzazione in un settore specifico e la partecipazione a un gruppo specialistico dell'ASDD non è possibile se non si è membri.

**Secondo la tua esperienza, quali sono le ragioni alla base di una non affiliazione all'associazione?**

Spesso l'argomento addotto è la quota associativa troppo elevata. Secondo me è un argomento poco lungimirante, visto che se ci fossero più membri paganti la quota potrebbe ridursi. Se i membri sono troppo pochi, l'associazione non può più agire in

modo professionale per ragioni finanziarie. Il problema con i colleghi e le colleghe che operano negli ospedali è che a volte non si rendono veramente conto di come l'ASDD si impegni per noi. Inoltre, molti temi come le condizioni salariali o di impiego sono regolamentati a livello cantonale o interno all'ospedale, così che sono soprattutto le dietiste e i dietisti senza funzioni dirigenziali a non riconoscere l'importanza dell'associazione professionale.

**Vedi delle misure concrete con le quali ogni singolo membro potrebbe contribuire a motivare all'adesione chi ancora non è membro?**

Negli ospedali ma non solo, si dovrebbero affrontare di più di temi politico-professionali come la nostra posizione nel sistema sanitario svizzero, il calcolo dei costi, il valore del punto tariffale, la denominazione professionale, ecc. È secondo me compito delle dietiste e dei dietisti con funzioni dirigenziali dare inizio a queste discussioni e, ad esempio, mostrare la relazione tra politica professionale e buone condizioni di lavoro. In questo modo le dietiste e i dietisti con maggiore esperienza possono trasmettere la propria conoscenza e esperienza e fornire il loro contributo affinché la nostra resti una professione forte. Forse sarebbe anche possibile tematizzare ancora di più il sistema sanitario e l'attuale situazione delle professioni mediche e terapeutiche durante la formazione. Indipendentemente da quale sarà il futuro campo di attività degli studenti, è importante far capire loro il prima possibile quanto sia complesso difendere una così piccola categoria professionale all'interno del sistema sanitario e perché l'adesione sia necessaria e vantaggiosa.

**Grazie mille, Monica, per averci dedicato il tuo tempo per questa intervista e grazie per il tuo impegno di lunga data per la nostra professione!**

**Die neu geschaffene Rubrik «Mitglieder im Fokus» bietet Ernährungsberater/innen SVDE eine Plattform, um Einblicke in den beruflichen Werdegang und Berufsalltag zu geben sowie persönliche Ansichten und Einschätzungen zu unserer Profession mit Berufskolleginnen und -kollegen zu teilen.**

## Fragen an: **Nick Vonzun**

Leiter Ernährungstherapie, Kantonsspital Graubünden



### Was war entscheidend für die Berufswahl zum Ernährungsberater?

In der Diätkochausbildung faszierte mich die Ernährungslehre und ich wollte mich intensiver mit dem Thema befassen.

### Wie sah deine Berufstätigkeit in den ersten Jahren nach der Ausbildung aus?

Die ersten Jahre waren sehr intensiv, lehrreich und spannend. Da mich alles interessierte, was mit Ernährung zu tun hatte, sagte ich zu allen Anfragen ja oder suchte aktiv neue Projekte. Ich übernahm die Stelle in einem kleineren Spital und habe dort viel aufgebaut. Nebenbei dozierte ich an der Schule für Ernährungsberatung ZH, arbeitete Teilzeit in einer Schwerpunktpraxis Diabetes wie auch für ein multiprofessionelles Kinderadipositasprogramm, leitete eine Ernährungsstudie, erstellte ein Kochbuch und spezialisierte mich auf Low Carb, worüber ich eine Webseite erstellte und viele Vorträge hielt.

### Was war deine Motivation, die Ausbildung als medizinischer Kodierer zu wählen?

Ich erkundigte mich nach der Möglichkeit, wie man die Malnutrition im DRG-System abbilden kann. Da mich Zahlen und deren Möglichkeiten zur Argumentation interessierten, entschied ich mich, die Ausbildung zu absolvieren und Teilzeit als medizinischer Kodierer zu arbeiten.

### Was war deine Motivation, eine andere Ausbildung zu wählen?

Es fehlten mir neue Herausforderungen und das Thema interessierte mich. Allerdings stellte ich später fest, dass ich als Ernährungstherapeut geeigneter bin und arbeite nun als Leiter der Ernährungstherapie des Kantonsspitals Graubünden. In dieser Anstellung absolvierte ich ein CAS in Management im Gesundheitswesen.

### Inwiefern hat dich die Aus-/Weiterbildung weitergebracht?

Die Ausbildung als medizinischer Kodierer hat mich in der Projektumsetzung, Stellenprozentanträgen, Lohnforderungen weitergebracht. Ich kann mit der Kodierabteilung oder dem Kader im Finanzbereich mitreden. Weiter konnte ich mit meinem Know-how Berufskollegen/-kolleginnen weiterhelfen und mich auch in der Tarifkommission des SVDE, der Arbeitsgruppe DRG und Ernährung von GESKES / SVDE und der SpitERB-Gruppe einbringen.

### Wie sieht heute ein normaler Arbeitstag von dir aus? Was sind Schwerpunkte deiner Tätigkeit?

Ich bin hauptsächlich mit daily business beschäftigt, stationär und ambulant. Diese

Arbeit mache ich gerne und ermöglicht mir die Personen und die Betriebsabläufe, mit denen mein Fachbereich zu tun hat, gut zu kennen. Mein Glück ist, dass ich ein motiviertes, engagiertes Team habe, welches einander unterstützt, sodass der Fachbereich sehr gut läuft, auch mit wenig Support von meiner Seite. Aber auch die Arbeit in der Mitarbeiterführung, Projektteams, Kommissionen und strategische Tätigkeiten liegen mir und führe ich gerne aus.

### Was gefällt dir am besten in deiner aktuellen Tätigkeit?

Einerseits gefallen mir die Arbeit mit Menschen und die Abwechslung der Tätigkeiten: Kein Tag ist wie der andere. Andererseits gefällt mir, dass im Kantonsspital Graubünden die Voraussetzungen gegeben sind, den Fachbereich Ernährungstherapie weiter zu entwickeln. Von Seiten meiner Vorgesetzten werden Vorschläge aufgenommen und – wenn gut argumentiert – auch umgesetzt.

### Gibt es aus deiner Sicht Herausforderungen, die unseren Berufsstand künftig besonders beschäftigen werden?

Einerseits könnte sich der Mangel an qualifizierten Ernährungsberater/innen in den nächsten Jahren zuspielen. Andererseits könnte die fehlende Datenlage zur Wirksamkeit von vielen Ernährungsempfehlungen bei zunehmendem Kostendruck und Lean-Prozessen problematisch werden.

### Wie sieht unsere Berufstätigkeit in 10 Jahren aus? Gibt es Tätigkeitsbereiche, die noch erschlossen werden sollen?

In den Spitäler wird die Weiterentwicklung der medizinisch-therapeutischen

Fachperson fortgesetzt werden. Voraussichtlich wird vermehrt die Triage/Priorisierung der Fälle ein Thema, sodass die Ernährungsberater/innen die hochkomplexen Patientinnen und Patienten therapieren und die einfacheren Fälle an andere Disziplinen delegieren werden. Tätigkeitsbereiche, die noch erschlossen werden oder optimiert werden können, gibt es aktuell schon in jedem Spital.

In 10 Jahren werden die Ernährungsempfehlungen wahrscheinlich vermehrt personalisierter sein (nach Phänotyp), was komplexere Tätigkeiten eröffnen wird.

**Was rätst du einer jungen Berufskollegin in Bezug auf die Karriereplanung?**

Grundsätzlich sollte man seine Arbeit mit Herzblut tun, dann kommt es gut. Mut haben Risiken einzugehen, Herausforderungen annehmen, auch wenn sie einem zu gross erscheinen, auch mal nicht «mainstream» zu sein, wenn man nicht davon überzeugt ist. Alle Erfahrungen bringen einen weiter, auch negative.

**Zum Schluss: Hast du einen Wunsch oder eine Mitteilung an den Berufsverband oder an die Berufskolleginnen und -kollegen?**

Wir sind in der Schweiz eine sehr kleine Berufsgruppe und eine sehr heterogene, was Sprache und auch Tätigkeiten betrifft, was eine gemeinsame Identität und Auftreten schwierig macht. Trotzdem schätze ich den Austausch mit allen Berufskolleginnen/Berufskollegen sehr. Ich hoffe, dass sich weiterhin viele engagiert für unseren Beruf einsetzen, sei es im Betrieb oder in der Berufspolitik. Wichtig dabei erscheint mir eine positive Haltung nach dem Motto: «Wer nicht will, findet Gründe. Wer will, findet Wege».

**La nouvelle rubrique «Membres en bref» offre aux diététicien-ne-s ASDD une plate-forme pour présenter leur parcours professionnel et leur quotidien professionnel. Elle permet également d'échanger entre collègues des points de vue personnels et des considérations sur notre profession.**

## **Questions à: Nick Vonzun**

Responsable thérapie nutritionnelle, Hôpital cantonal des Grisons

**Qu'est-ce qui a été déterminant pour toi dans le choix du métier de diététicien?**  
Pendant ma formation de cuisinier en diététique, j'étais fasciné par la nutrition et j'avais envie d'approfondir ce domaine par la suite.

**A quoi ressemblait ton activité professionnelle dans les années ayant suivi ta formation?**

Les premières années ont été très intenses, captivantes et instructives. Comme tout ce qui avait trait à l'alimentation m'intéressait, j'acceptais toutes les demandes ou

alors je cherchais toujours activement de nouveaux projets. Pendant quelque temps, j'ai occupé un poste dans un petit hôpital, où j'ai mis beaucoup de choses en place. A côté de cela, j'ai enseigné à l'école de diététicien-ne-s de Zurich, travaillé à temps partiel dans un cabinet spécialisé dans le diabète et participé à un programme multi-professionnel pour enfants obèses, dirigé une étude sur l'alimentation, écrit un livre de recettes. Je me suis aussi spécialisé dans le régime low carb, à propos duquel j'ai créé un site Internet et donné de nombreuses conférences.

**Qu'est-ce qui t'a motivé à choisir la formation de codeur médical?**  
Je m'étais renseigné au sujet de la possibilité de faire figurer la malnutrition dans le système DRG. Comme j'étais intéressé par les chiffres et les possibilités d'interprétation correspondantes, j'ai décidé de suivre la formation de codeur médical puis d'exercer cette profession à temps partiel.

**Qu'est-ce qui t'a motivé à choisir une autre formation?**  
Le sujet m'intéressait, et j'étais à la recherche de nouveaux défis. Par la suite

néanmoins, j'ai constaté que j'avais plus d'aptitudes dans la thérapie nutritionnelle, c'est pourquoi je me suis recentré sur cette activité et aujourd'hui, j'occupe le poste de responsable de la thérapie nutritionnelle à l'Hôpital cantonal des Grisons. Lorsque j'ai accédé à cette fonction, j'ai suivi un CAS en management de la santé.

**Que t'ont apporté ces formations de base et continue?**

Ma formation de codeur médical m'a permis de progresser dans la mise en œuvre de projets, les demandes de modification du taux d'occupation et les revendications salariales. J'ai mon mot à dire aussi bien avec le service du codage qu'avec le cadre responsable du département finances. De plus, mes connaissances m'ont permis d'aider mes collègues et ont été utiles au sein de la commission des tarifs de l'ASDD, du groupe de travail DRG et alimentation de la SSNC et de l'ASDD, ainsi que du groupe d'intérêt Diététicien-ne-s en milieu hospitalier.

**Comme se présente aujourd'hui ta journée de travail type? Quelles sont tes principales tâches?**

Je m'occupe essentiellement des affaires courantes, en milieu hospitalier ou ambulatoire. J'aime beaucoup ce travail, il me permet de bien connaître les personnes et les procédures opérationnelles auxquelles se rapporte mon domaine spécialisé. Ma chance est de pouvoir compter sur une équipe motivée et engagée, où l'entraide est importante, ce qui fait que tout fonctionne très bien, même lorsque je suis moins présent. Toutefois, les responsabilités relatives à la direction du personnel, aux équipes de projet, aux commissions et

aux activités stratégiques me plaisent beaucoup, et je les accomplis avec plaisir.

**Qu'est-ce qui te plaît le plus dans ton activité actuelle?**

J'aime beaucoup le contact des gens et le changement: aucun jour ne se ressemble. J'apprécie également les conditions de travail dont je bénéficie à l'Hôpital cantonal des Grisons pour développer le domaine spécialisé de la thérapie nutritionnelle. Lorsque mes propositions sont expliquées avec de bons arguments, elles sont adoptées et aussi mises en œuvre par mes supérieurs.

**Quels sont selon toi les défis que devra relever notre profession à l'avenir?**

La pénurie de diététicien-ne-s qualifié-e-s pourrait d'une part s'aggraver au cours de ces prochaines années. D'autre part, l'absence de données sur l'efficacité de nombreuses recommandations alimentaires pourrait devenir problématique compte tenu de la pression croissante des coûts et de l'amélioration de la performance des processus.

**A quoi ressemblera notre activité professionnelle dans 10 ans? Reste-t-il des domaines d'activité à exploiter?**

Dans les hôpitaux, la spécialisation des professions médico-thérapeutiques se poursuit. Il sera de plus en plus question de «tri» et de définition de priorités, ce qui fait que les diététicien-ne-s prendront en charge les patient-e-s plus complexes tandis que les cas plus simples seront confiés à d'autres disciplines. Actuellement, il y a dans chaque hôpital des domaines d'activité pouvant encore être exploités ou optimisés.

Dans 10 ans, les recommandations alimentaires seront probablement plus personnalisées (en fonction du phénotype), ce qui ouvrira tout un champ d'activités plus complexes.

**Quel conseil donnerais-tu à une jeune collègue au sujet de la planification de sa carrière?**

En principe, quand on fait son travail avec passion, les choses se passent bien. Il faut aussi avoir le courage de prendre des risques, d'accepter les défis, même s'ils paraissent trop grands, de ne pas hésiter à sortir des sentiers battus de temps à autre pour suivre ses propres convictions. Toutes les expériences permettent d'avancer, même celles qui sont négatives.

**Et pour conclure, as-tu un souhait à formuler ou une communication à faire à l'association professionnelle ou aux collègues de la profession?**

En Suisse, notre groupe professionnel est très petit et très hétérogène d'un point de vue linguistique mais aussi au niveau des activités. Cela ne facilite pas les choses pour se forger une identité commune et avoir un positionnement homogène. Néanmoins, j'apprécie énormément nos échanges entre collègues. J'espère que de nombreuses personnes engagées continueront à se mobiliser pour notre profession, que ce soit dans l'entreprise ou dans la politique professionnelle. Dans ce contexte, il me paraît important de garder une attitude positive, selon l'adage: «Quand on ne veut pas, on trouve des excuses. Quand on veut, on trouve des moyens».

**La nuova rubrica «Membri in primo piano» offre ai dietiste-i ASDD una piattaforma per dare un'idea del loro percorso professionale e dell'attività quotidiana che svolgono, nonché per condividere con colleghi e colleghi opinioni e valutazioni personali sulla nostra professione.**

## **Domande a: Nick Vonzun**

Capo servizio terapia nutrizionale, Kantonsspital Graubünden



### **Cosa ti ha spinto a scegliere la professione di dietista?**

Durante la formazione per diventare cuoco in dietetica, la dietetica mi affascinava e ho quindi voluto occuparmi più approfonditamente del tema.

### **Com'era il tuo lavoro nei primi anni dopo la fine della formazione?**

I primi anni sono stati molto intensi, istruttivi e appassionanti. Visto che mi interessava tutto quello che avesse a che fare con la nutrizione, dicevo di sì a tutti gli incarichi o cercavo attivamente nuovi progetti. Ho ottenuto un posto in un piccolo ospedale e lì ho potuto costruire molto. Contemporaneamente insegnavo alla scuola di dietetica di Zurigo, lavoravo a tempo parziale in uno studio che si occupava principalmente di persone diabetiche e anche per un programma multidisciplinare contro l'obesità infantile. Dirigevo inoltre

uno studio sull'alimentazione, scrivevo un libro di cucina e mi specializzavo in low carb, argomento sul quale ho realizzato anche un sito Internet e tenuto molte conferenze.

### **Qual è stata la motivazione che ti ha spinto a scegliere poi la formazione di specialista in codifica medica?**

Mi ero informato sulle possibilità di rappresentare la malnutrizione nel sistema DRG. Visto che i numeri e il loro potenziale argomentativo mi interessano, ho deciso di seguire questa formazione e lavorare a tempo parziale come specialista in codifica medica.

### **Cosa ti ha motivato a scegliere un'ulteriore formazione?**

Avevo bisogno di nuove sfide e il tema mi interessava. In seguito mi sono però reso conto di essere più portato per il lavoro di dietista e ora lavoro come capo servizio della terapia nutrizionale presso il Kantonsspital Graubünden. Ho inoltre portato a termine un CAS in management nel sistema sanitario.

### **Cosa ti hanno portato tutti questi corsi di formazione e perfezionamento?**

Grazie alla formazione di specialista in codifica medica ho acquisito maggiori competenze nell'ambito della realizzazione di progetti, della richiesta di percentuali d'impiego e delle richieste salariali. Posso discutere alla pari con il dipartimento di codifica o con i quadri del dipartimento delle finanze. Inoltre, grazie al sapere acquisito ho potuto aiutare colleghi e colleghi e anche impegnarmi in seno a diversi organi, come la Commissione tariffe

dell'ASDD, il Gruppo di lavoro DRG e nutrizione di SSNC/ASDD e il gruppo SpitERB.

### **Oggi come si presenta una tua normale giornata lavorativa? Su cosa si concentra principalmente la tua attività?**

Mi occupo principalmente del normale lavoro quotidiano, sia stazionario che ambulatoriale. Svolgo volentieri queste mansioni, che mi permettono di conoscere bene le persone e le dinamiche aziendali con le quali ha a che fare la mia disciplina. La mia fortuna è di avere un team motivato e impegnato, i cui membri si sostengono a vicenda; così il nostro settore funziona molto bene anche con poco supporto da parte mia. Ma ritengo importante e svolgo volentieri anche il lavoro di gestione dei collaboratori, o quello in seno alle commissioni, relativo ai progetti e alle attività strategiche.

### **Cosa ti piace di più della tua attuale attività?**

Da un lato mi piace lavorare con le persone e il fatto che le attività siano variate: non ci sono mai due giorni uguali. Dall'altro apprezzo il fatto che nel Kantonsspital Graubünden ci sono i presupposti per sviluppare ulteriormente il settore della terapia nutrizionale. I miei superiori sono disposti ad ascoltare le proposte e – se ben argomentate – anche a metterle in pratica.

### **A tuo modo di vedere, ci sono sfide che in futuro impegneranno particolarmente la nostra categoria professionale?**

Da un lato, nei prossimi anni potrebbe acutizzarsi la carenza di dietiste e dietisti qualificati. Dall'altro, la mancanza di dati

sull'efficacia di molte raccomandazioni nutrizionali potrebbe rivelarsi un problema a causa della progressiva pressione sui costi e dei processi di snellimento.

**Come vedi la nostra professione fra 10 anni? Ci sono ambiti di attività che dovremmo ancora acquisire?**

Negli ospedali assisteremo ad uno sviluppo della figura dello specialista medico-terapeutico. Probabilmente il triage e la priorizzazione acquisiranno sempre maggior importanza, così che le dietiste e i dietisti cureranno i pazienti con problematiche molto complesse, mentre i casi più semplici saranno delegati ad altre discipline. Ambiti di attività che potremmo ancora acquisire o che si potrebbero ottimizzare ne sono già oggi in tutti gli ospedali.

Tra 10 anni le raccomandazioni nutrizionali saranno probabilmente sempre più personalizzate (secondo il fenotipo), cosa che aprirà la via ad attività più complesse.

**Che consigli daresti ai giovani colleghi che stanno pianificando la loro carriera?**

Di base si dovrebbe fare il proprio lavoro con passione: è il modo migliore affinché tutto vada bene. Avere il coraggio di assumersi rischi, accettare sfide, anche se a volte sembrano troppo grandi. A volte anche andare controcorrente, se non si è convinti di quello che fanno e dicono gli altri. Tutte le esperienze ci insegnano qualcosa, anche quelle negative.

**Per finire: hai qualcosa da chiedere o da dire all'associazione o alle collegherie e ai colleghi?**

In Svizzera, la nostra è una categoria professionale molto piccola e anche molto eterogenea per quel che è della lingua e delle attività. Ciò rende difficile trovare un'identità e un'immagine comuni. Ciò nonostante, apprezzo moltissimo lo scambio con tutte le collegherie e i colleghi. Spero che continueremo ad essere in molti ad impegnarci per la nostra professione, sia sul posto di lavoro che nell'ambito politico-professionale. Quel che mi sembra essenziale è avere un atteggiamento positivo secondo il motto: «Chi non vuole trova scuse, chi vuole trova soluzioni».

**KURSÜBERSICHT**  
**VUE D'ENSEMBLE DES COURS**  
**PANORAMICA DEI CORSI**

Weitere Informationen der folgenden Veranstaltungen finden Sie auf [www.svde-asdd.ch](http://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](http://www.svde-asdd.ch) (Formation > Formation continue et post-grade > vue d'ensemble des cours). La vue d'ensemble des cours est régulièrement actualisée et complétée avec les nouvelles manifestations.

Per maggiori informazioni sui prossimi eventi consultate [www.svde-asdd.ch](http://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
28.04.2017–29.04.2017	Bern	Nahrungsmittelallergien – eine spannende Herausforderung im Beratungsalltag aha! Allergiezentrum Schweiz mit BFH Berner Fachhochschule	4
28.04.2017–29.04.2017	München	Osteoporose für Ernährungsfachkräfte Ernährungsberatung Barbara Haidenberger	4
03.05.2017	Zürich	Hochsensibilität in der Ernährungs-Psychologischen Beratung IKP Institut für Körperzentrierte Psychotherapie, Zürich	2
04.05.2017	Yverdon	L'alimentation entérale à domicile HEdS Genève et SVDE ASDD	2
05.05.2017	Olten	Jahrestagung Beratungssektion diabetesschweiz – 30-Jahr-Jubiläum Beratungssektion diabetesschweiz	1
05.05.2017–06.05.2017	Zürich	Resilienz und andere Ressourcen aktivieren IKP Institut für Körperzentrierte Psychotherapie, Zürich	4
11.05.2017	Hotel la Perla – Ristorante, St. Antonino	CORSO DI COACHING IN DIETETICA E NUTRIZIONE II SVDE ASDD	1
11.05.2017	Olten	Nachhaltige Ernährung SVDE ASDD	2
11.05.2017	Zürich	Systemische Aufstellungen im Einzelsetting IKP Institut für Körperzentrierte Psychotherapie, Zürich	2
11.05.2017	Luzern	«Wenn das Gewicht ein anderes Gewicht bekommt». Psychologische Aspekte in der Adipositasbehandlung akj – Schweizerischer Fachverband Adipositas im Kindes- und Jugendalter	1
19.05.2017	Bern	Nahrungsmittelunverträglichkeiten: häufig und häufig übersehen aha! Allergiezentrum Schweiz mit BFH Berner Fachhochschule	2
20.05.2017	Luzern	Übungstag Lösungsorientierte Gesprächsführung – José Amrein	2
08.06.2017	Zürich	Neue Konzepte zur Behandlung von Binge-Eating-Disorder IKP Institut für Körperzentrierte Psychotherapie, Zürich	2
20.06.2017	Zürich	Achtsame Körperwahrnehmung und Emotionsregulation bei Essstörung IKP Institut für Körperzentrierte Psychotherapie, Zürich	2
24.06.2017	Zürich	Die Adoptiv- und Pflegefamilie im Familiensystem IKP Institut für Körperzentrierte Psychotherapie, Zürich	2
25.06.2017–26.06.2017	Murten	Interdisziplinärer Diabetes-Workshop SGED Schweizerische Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie	4
29.06.2017–01.07.2017	ETH Zürich	Nutrition 2017	6
24.08.2017	Zürich	Einführung in die Ego-State-Therapie – Das Arbeiten mit Teilen IKP Institut für Körperzentrierte Psychotherapie, Zürich	2
25.08.2017–23.06.2018	Bern	Achtsame Körperwahrnehmung und Emotionsregulation. Weiterbildung in der Therapie von Menschen mit psychosomatischen Erkrankungen, insbesondere Essverhaltensstörungen und Adipositas Inselspital Bern, Kompetenzbereich psychosomatische Medizin	6

### Summerschool: Nutritional Aspects in Rehabilitation Exercise

Der Fachbereich Gesundheit der Berner Fachhochschule BFH führt zusammen mit der Vrije Universiteit Brussel VUB vom 21. bis 25. August 2017 zum zweiten Mal eine Summer School zum Thema «Nutritional Aspects in Rehabilitation Exercise» durch. Das Programm richtet sich in erster Linie an Fachpersonen aus den Bereichen Ernährung und Diätetik sowie Physiotherapie. Aber auch Fachleute aus anderen Gesundheitsbereichen sind herzlich zur Teilnahme eingeladen.

Infos finden Sie unter: [www.gesundheit.bfh.ch/summerschool](http://www.gesundheit.bfh.ch/summerschool)

# Intolérance au lactose Pour les diététiciens et les patients



## Pour les patients

- + **Information pour les patients**  
Différents réflexes pour éviter le lactose  
Liste des aliments contenant du lactose  
Liste des compléments alimentaires  
FAQ
- + **Information pour les personnes enceintes**  
Différents types de lait et leur consommation  
Compléments alimentaires adaptés pour une alimentation saine pendant la grossesse  
FAQ

## Pour nos collègues

[www.intolerancelactose.ch](http://www.intolerancelactose.ch)  
Téléphone 041 349 37 30



## Pour les professionnels de la santé

- + **Information pour les patients**  
Différents types de lait et leur consommation  
Compléments alimentaires adaptés pour une alimentation saine pendant la grossesse et l'allaitement  
FAQ

## Newsletter gratuite Toute l'actualité

Pour rester au courant de l'actualité de la recherche en nutrition, abonnez-vous à la newsletter pour les professionnels de la nutrition sur [www.intolerancelactose.ch](http://www.intolerancelactose.ch)



**swissmilk**

# Fortimel Compact

## Nährstoffe in kompakter Form

Des nutriments dans une forme plus compacte



Die Fortimel Compact Trinkkonzentrate sind eine kompakte Form der Nährstoffversorgung. Die Fortimel Compact Trinkkonzentrate sind eine kompakte Form der Nährstoffversorgung. Die Fortimel Compact Trinkkonzentrate sind eine kompakte Form der Nährstoffversorgung. Die Fortimel Compact Trinkkonzentrate sind eine kompakte Form der Nährstoffversorgung. Die Fortimel Compact Trinkkonzentrate sind eine kompakte Form der Nährstoffversorgung. Die Fortimel Compact Trinkkonzentrate sind eine kompakte Form der Nährstoffversorgung. Die Fortimel Compact Trinkkonzentrate sind eine kompakte Form der Nährstoffversorgung.

**Fortimel**  
Compact

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

### 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)

**Vielfalt im Geschmack – für mehr Abwechslung** In 8 Geschmacksvarianten inklusive einer neutralen Variante, die besonders zur Anreicherung von Speisen geeignet ist:

Diversité dans le goût – 8 arômes différents pour plus de diversité, y compris une variante neutre particulièrement indiquée pour enrichir les repas:

### Niedrige Viskosität – für ein angenehmes Trinkgefühl

Viscosité faible – pour une agréable sensation lors de la boisson.