SVDE ASDD

Schweizerischer Verband
der Ernährungsberater/innen

Association suisse
des diététicien-ne-s

Associazione Svizzera
delle-dei Dietiste-i

SVDE ASDD

Info

6/2021

November | Novembre | Novembre

Ernährung in der Intensivmedizin
La nutrition aux soins intensifs
La nutrizione in cure intense

ENTDECKEN SIE DIE NEUE FLOCARE® DirectPEG.

Die innovative Direktpunktionsmethode zur enteralen Ernährung.

DÉCOUVREZ LE NOUVEAU FLOCARE® DIRECTPEG.

La méthode de ponction directe innovante pour l'alimentation entérale.

NAHTLOS.

Patentierter **Trokar** mit kegelförmiger Spitze für eine schnelle und effektive Direktpunktion ohne Fixationsnähte.

SANS SUTURE. Trocart breveté à pointe conique pour une ponction directe à la fois rapide et efficace, sans sutures de fixation.

BESONDERS SICHER.

Ballonindikator zur Anzeige des Ballonfüllstandes sowie der Anzugskraft an die Magenwand: Für eine sichere Kontrolle der korrekten Fixierung.

PARTICULIÈREMENT SÛR. Indicateur montrant le niveau de remplissage du ballonnet ainsi que la force de serrage sur la paroi stomacale: pour un contrôle fiable de la fixation.

BESONDERS LANGLEBIG.

Zweilagiger, reifenförmiger **Halteballon** für zuverlässigen Halt im Stoma – bis zu 6 Monate lang.

PARTICULIÈREMENT DURABLE. Ballonnet de maintien à deux couches, en forme de bouée, pour un maintien fiable dans la stomie – jusqu'à 6 mois.

BESONDERS SANFT.

Gewebeschonende **Trokarspitze** ohne scharfe Kanten für ein reduziertes Infektions- und Hämatom-Risiko.

PARTICULIÈREMENT DOUX. Pointe de trocart préservant les tissus et sans bords tranchants pour réduire le risque d'infection et d'hématome.

BESONDERS EFFIZIENT.

Ambulanter Wechsel ohne erneute Endoskopie und Sedierung für eine besonders patientenschonende und kosteneffiziente Behandlung Ihrer Patienten.

PARTICULIÈREMENT EFFICACE. Changement ambulatoire sans nouvelle endoscopie ni sédation pour un traitement particulièrement doux et rentable de vos patients.

NUTRICIA flocare®

Mehr Infos unter: **nutricia-med.de/directpeg**
oder kostenfrei unter **00800 700 500 00**

Plus d'informations sur: **nutricia-med.de/directpeg**
ou gratuitement au numéro **00800 700 500 00**

INHALT
CONTENU
CONTENUTO

NutriDays
Kongress der Ernährung und Diätetik
Congrès de la nutrition et diététique

Schon reserviert?
NutriDays 2022
25. + 26. März 2022 in Bern
Die SVDE-Generalversammlung findet im
Rahmen der NutriDays am 26. März 2022 statt.
www.nutridays.ch

Déjà réservé?
NutriDays 2022
25 + 26 mars 2022 à Berne
L'assemblée générale de l'ASDD se tiendra
le 26 mars 2022 dans le cadre des NutriDays.
www.nutridays.ch

DEUTSCHSCHWEIZ
Editorial 2
Fachteil 4
Wort des Präsidenten 29
Verbandsinfo 30
Aktuelles 33
Buchrezension 34
Kursübersicht 35

SUISSE ROMANDE
Editorial 2
Rubrique professionnelle 7
Le mot du président 29
Info de l'ASDD 31
Vue d'ensemble des cours 35

SVIZZERA ITALIANA
Editoriale 2
Rubrica professionale 10
Parola del presidente 29
Info dell'ASDD 32
Panoramica dei corsi 35

Impressum

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

Herausgeber / Editeurs responsables / Editore responsabile
SVDE ASDD
Schweizerischer Verband der Ernährungsberater/innen
Association suisse des diététicien-ne-s
Associazione Svizzera delle-dei Dietiste-i
Altenbergstrasse 29, Postfach 686, 3000 Bern 8
Tel. +41 (0)31 313 88 70
service@svde-asdd.ch, www.svde-asdd.ch

Redaktion / Rédaction / Redazione
SVDE ASDD, Stefanie Trösch,
Altenbergstrasse 29, Postfach 686, 3000 Bern 8,
redaction@svde-asdd.ch

Stellenanzeiger + Inserate / Service d'emploi + Annonces / Offerte d'impiego + Annunci
SVDE ASDD, Sekretariat, Altenbergstrasse 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: 1600

Themen / Sujets / Temi
6/2021 Ernährung auf der IPS
Nutrition aux soins intensifs
Nutrizione in terapia intensiva
1/2022 Nachhaltige Ernährung
Alimentation durable
Alimentazione sostenibile
2/2022 Zöliakie im Beratungsalltag
La maladie cœliaque dans les activités de conseil
La celiachia nella consulenza nutrizionale
3/2022 NutriScore
4/2022 Essstörung
Troubles alimentaires
Disturbi alimentari
5/2022 Nephrologie
Néphrologie
Nefrologia
6/2022 Aktuelles aus der IG SpitERB
Actualités du groupe d'intérêt SpitERB
Novità dal gruppo di interesse SpitERB

Druck / Impression / Stampa
Multicolor Print AG, Baar

Redaktions- und Inserateschluss / Délais des insertions et de rédaction / Termine d'inserzione et di redazione:
1/2022: 06.12.2021

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

Geschäftsstelle / Secrétariat / Secretariato
SVDE ASDD
Schweizerischer Verband der Ernährungsberater/innen
Association suisse des diététicien-ne-s
Associazione Svizzera delle-dei Dietiste-i
Altenbergstrasse 29, Postfach 686, 3000 Bern 8
Tel. +41 (0)31 313 88 70
service@svde-asdd.ch, www.svde-asdd.ch

Präsident / Président / Presidente
Adrian Rufener
adrian.rufener@svde-asdd.ch

Vizepräsidentin / Vice-présidente / Vice presidentessa
Barbara Richli
barbara.richli@svde-asdd.ch

Vorstand / Comité / Comitato direttivo
Berufspolitik / Politique professionnelle / Politica professionale:
Adrian Rufener
adrian.rufener@svde-asdd.ch

Kommunikation / Communication / Comunicazione & Sponsoring:
Barbara Richli
barbara.richli@svde-asdd.ch

Arbeitsstandards: Interprofessionalität / Standards de travail: Interprofessionalité / Standard lavorativi: Interprofessionalità:
Lisa Caravatti
lisa.caravatti@svde-asdd.ch

Professionsmarketing / Marketing professionnel / Marketing professionale
Dominique Rémy
dominique.remy@svde-asdd.ch

Bildungsstandards / Standards de formation / Standard formativi
Larissa Bürki
larissa.buerki@svde-asdd.ch

Arbeitsstandards: Qualität / Standards de travail: Qualité / Standard lavorativi: Qualità:
Manuela Deiss
manuela.deiss@svde-asdd.ch

Titelbild / Photo de couverture / Illustrazione di copertina
shutterstock

ISSN 2504-1681
Schlüsseltitel: Info
(Schweizerischer Verband der Ernährungsberater/innen)

EDITORIAL
EDITORIALE

Larissa Bürki, MSc
Ernährungsberaterin SVDE
Diététicienne ASDD
Dietista ASDD
larissa.buerki@kispi.uzh.ch

Ich freue mich, Ihnen in der aktuellen Ausgabe unsere neu gegründete SVDE-Fachgruppe Intensivmedizin sowie unsere Arbeit im Fachgebiet vorzustellen.
Der oder die intensivmedizinische Patient/in ist ein äusserst heterogenes Individuum. So unterscheiden sich die Phasen der kritischen Erkrankung, deren Ursache und Auslöser sowie die metabolischen, aber auch organspezifischen Veränderungen. Es ist kaum möglich, diese multiplen Gegebenheiten in einem einzigen Krankheitsbild oder in einer Patientengruppe zusammenzufassen. So ist das Patientengut ein höchst komplexes, welches wissenschaftlich wie auch speziell ernährungsmedizinisch nicht als Gesamtheit betrachtet werden kann und daher spezialisierte, evidenzbasierte und individuelle Ernährungstherapie benötigt.
Den genannten Herausforderungen stellen sich die Ernährungsberater/innen der neuen Fachgruppe mit viel Engagement und Interesse, um die Profession in diesem Gebiet zu stärken und weiterzubringen. Gerne stellen wir Ihnen im folgenden Artikel die wichtigsten Resultate unserer schweizweiten Erhebung zur «Involvierung der Ernährungsberatung in der Intensivmedizin» vor. Für Interessierte Berufskollegen/innen haben wir die aktuellen Guidelines für die Ernährungstherapie in der Intensivmedizin zusammengefasst und verständlich dargestellt. Ausserdem werden im dritten Artikel vier Ernährungsberater/innen aus ihrem Berufsalltag auf der Intensivstation berichten.
Wir wünschen Ihnen viel Freude bei der Lektüre und stehen für Fragen immer gerne zur Verfügung!

J'ai le plaisir de vous présenter le groupe spécialisé dans le domaine de la nutrition en soins intensifs, qui vient d'être créé, et de vous expliquer en quoi consiste notre travail dans ce domaine spécialisé.
Les patient-e-s en soins intensifs se caractérisent par leur grande hétérogénéité. Il faut ainsi distinguer les phases de la maladie grave, leurs causes et éléments déclencheurs, ainsi que les changements au niveau du métabolisme, mais aussi au niveau des différents organes. Il n'est pas vraiment possible de regrouper ces situations multiples dans un seul tableau clinique ou au sein d'un groupe de patient-e-s. Ainsi, l'effectif de patient-e-s présente une extrême complexité, qui ne peut pas être considérée dans sa globalité, tant sur le plan médical que sur le plan diététique, et qui nécessite donc une thérapie nutritionnelle individuelle spécialisée et fondée sur les données probantes.
Avec beaucoup d'engagement et d'intérêt, les diététicien-ne-s du nouveau groupe spécialisé se montrent à la hauteur des défis susmentionnés dans le but de renforcer la profession et de la faire progresser dans ce domaine spécialisé. Dans l'article publié dans ce numéro, nous sommes heureux/euses de vous présenter les principaux résultats de notre enquête réalisée dans toute la Suisse sur l'implication des diététicien-ne-s dans la médecine intensive. Pour celles et ceux de nos collègues qui manifestent de l'intérêt pour ce domaine, nous avons rassemblé et présenté de manière compréhensible les recommandations actuellement applicables à la thérapie nutritionnelle en médecine intensive. De plus, dans le troisième article, quatre diététicien-ne-s évoquent leur quotidien professionnel aux soins intensifs.
Nous vous souhaitons une excellente lecture!

In questo numero della nostra rivista ho il piacere di presentarvi il nuovo gruppo specializzato in medicina intensiva dell'ASDD e il nostro lavoro in questo ambito.
Le/i pazienti di cure intense sono persone estremamente eterogenee, ad esempio per quanto riguarda le diverse fasi della malattia critica, le sue cause e i suoi fattori scatenanti, nonché le alterazioni metaboliche ma anche specifiche degli organi. È praticamente impossibile raggruppare questi molteplici aspetti in un singolo quadro clinico o in un determinato gruppo di pazienti. La popolazione di pazienti di cure intense è molto complessa e non può essere considerata come un tutt'uno né dal punto di vista scientifico, né da quello specifico della medicina nutrizionale. Per questo è necessaria una terapia nutrizionale specializzata, basata sull'evidenza e individualizzata.
Le/i dietiste/i del nuovo gruppo specializzato affrontano le sfide citate con grande motivazione e interesse, al fine di promuovere e rafforzare la nostra professione in questo settore. Siamo lieti di presentarvi nel prossimo articolo i risultati più importanti della nostra indagine nazionale sul ruolo della consulenza nutrizionale nella medicina intensiva. Per chi di voi fosse interessato abbiamo poi riassunto e descritto in modo comprensibile le attuali linee guida per la terapia nutrizionale nella medicina intensiva. In un terzo articolo, quattro dietiste e dietisti ci raccontano inoltre del loro lavoro in cure intense.
Vi auguriamo buona lettura e siamo volentieri a vostra disposizione in caso di domande!

OMEGA-life®

Liquid Forte 3000

Unterstützt Herz und Gehirn

- extrastark und hochkonzentriert
- wohlschmeckend, mit natürlichem Zitronenaroma
- optimale Versorgung mit Omega-3 (EPA und DHA)
- nachhaltig produziert (FOS-Zertifizierung)
- erhältlich in Apotheken, Drogerien und Online

omega-life.ch

DG
DOETSCH GRETHER

Ernährungsberatung/-therapie in der Intensivmedizin

Ein Blick in die Schweiz und über die Landesgrenze

Fachgruppe Intensivmedizin
SVDE ASDD

Die SVDE-Fachgruppe «Ernährung in der Intensivmedizin» stellt sich vor

Im August 2020 haben wir im Rahmen unserer ersten Fachgruppensitzung, welche von Larissa Bürki initiiert wurde, die SVDE-Fachgruppe Intensivmedizin gegründet. Zur Gruppe zählen momentan zehn Ernährungsberater/innen (ERB) aus der West- und Deutschschweiz (Tabelle 1), welche sowohl auf pädiatrischen als auch auf Intensivstationen für Erwachsene arbeiten. Das Hauptziel der SVDE-Fachgruppe ist es, durch eine schweizweite Vernetzung und den fachlichen Austausch die Behandlungsqualität der Patienten/innen auf den Intensivstationen zu verbessern, die Ernährungstherapien evidenzbasiert durchzuführen und zu etablieren. Unsere kurzfristigen Ziele sind der Austausch im Fachgebiet, das Klären von Fragen aus dem Klinikalltag und die Durchführung von Journal Clubs. Weiter führen wir bei jeder Fachgruppensitzung eine Fallbesprechung durch. Als langfristige Ziele haben wir uns vorgenommen, regelmässig Fachwissen im Nutripoint des SVDE zu publizieren, Weiterbildungen für unsere Profession zu organisieren, gegenseitiges Hospitieren sowie multizentrische Studien durchzuführen. Wir planen jährlich vier Sitzungen à zwei bis vier Stunden. Seit der Gründung konnten wir uns bereits in vier Sitzungen kennenlernen und austauschen. Die ersten Resultate unserer Gruppe sind die Vorstellung von Patientenfällen, eine schweizweite Erhebung, welche nachfolgend vorgestellt wird, sowie die Artikel in der vorliegenden Ausgabe.

Ernährungsberatung/-therapie in der Intensivmedizin international

Die Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM), die European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) und die American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN) empfehlen eine Ernährungstherapie innerhalb der ersten 24 bis 48 Stunden nach Aufnahme auf die Intensivstation (1, 2, 3). Auch pädiatrische Guidelines empfehlen die Involvierung der Ernährungsberatung auf der Intensivstation (4). Da in der Schweiz die Ernährungsberatung auf der Intensivstation noch selten vertreten ist, lohnt sich ein Blick ins Ausland. Laut einer britischen Umfrage werden 70% aller Intensivstationen in Grossbritannien von der Ernährungsberatung betreut (5). Als Critical Care Dietitians verfügen Ernährungsberater/innen in der Regel über eine erweiterte, akademische Ausbildung (Masterabschluss) und eine vertiefte Expertise in Ernährungsmedizin auf der Intensivstation. Es existiert eine Fachgruppe (Critical Care Specialist Group) mit über 300 Mitgliedern (6). In der Guideline for the provision of intensive care services werden Kompetenzen, Aufgaben und Zuständigkeiten definiert (7). Pro Bett auf der Intensivstation wird in Grossbritannien ein Anteil von 0,05 bis 0,1 einer Vollzeitstelle empfohlen (8). Auf der neonatologischen Intensivstation wird mindestens eine Vollzeitstelle pro 30 Betten empfohlen (9). Als Teil des Behandlungsteams entwickeln ERB unter anderem klinikinterne Standards, sind zuständig für eine strukturierte Weitergabe des Ernährungsmanagements auf die Normalstation und führen Weiterbildungen und Schulungen für das interprofessionelle Team durch (7, 9). Auch in den USA (10, 11) und in Ozeanien (12) ist die Ernährungsberatung auf der Intensivstation bereits etabliert und Teil des multiprofessionellen Teams. Die Studie von Ferrie und Allman-Farinelli (12) zeigt, wie variabel sich die Rolle der Ernährungsberatung auf der Intensivstation darstellt. So können zum Beispiel 92% der Ernährungsberater/innen ONS und 75% enterale Ernährung selbstständig verordnen. Knapp 20% können parenterale Ernährung selbstständig verordnen.

Mitglieder	Arbeitsort	Mail-Adresse
Larissa Bürki (Gruppenleiterin)	Universitäts-Kinderspital Zürich	larissa.buerki@kispi.uzh.ch
Carol Theiler	Universitätsspital Zürich	carol.theiler@usz.ch
Romana Stöckli	Kantonsspital Baden	romana.stoeckli@ksb.ch
Karin Schläppi	Inselspital Bern	karin.schlaeppi@insel.ch
Gioia Vinci	Klinik Hirslanden Zürich	gioia.vinci@hirslanden.ch
Nathalie Jequier	Hopital Riviera-Chablais	nathalie.jequier@hopitalrivierachablais.ch
Sylvie Garo	Hopital Riviera-Chablais	sylviegaro@yahoo.fr
Aurélien Clerc	Hopital Fribourgeois	aurelien.clerc@h-fr.ch
Cécile Morzier	Hospitaliers du Nord Vaudois	cecile.morzier@ehnv.ch
Aude de Watteville	Hôpitaux Universitaires de Genève	aude.dewatteville@hcuge.ch

Tabelle 1: Mitglieder der SVDE-Fachgruppe Intensivmedizin

Schweizweite Umfrage zur Involvierung der Ernährungsberatung in der Intensivmedizin

Um die Situation in der Schweiz aufzuklären und eine Standortbestimmung zu machen, hat die SVDE-Fachgruppe Intensivmedizin im Frühling 2021 eine schweizweite Befragung zur aktuellen Involvierung der Ernährungsberatung in der Intensivmedizin durchgeführt (einzelne Resultate siehe Abbildung 1). Angeschrie-

ben wurden alle Spitäler, die laut Schweizerischer Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI) mindestens eine Intensivstation haben. Die Befragung wurde von den ERB elektronisch und anonym ausgefüllt. Von den 79 angefragten Kliniken haben sich 66 Personen beteiligt, was eine Rücklaufquote von 84% ausmacht. Rund 90% der befragten Kliniken haben eine Intensivstation für Erwachsene (ICU) und knapp 10% der Befragten eine pädiatrische Intensivstation (PICU).

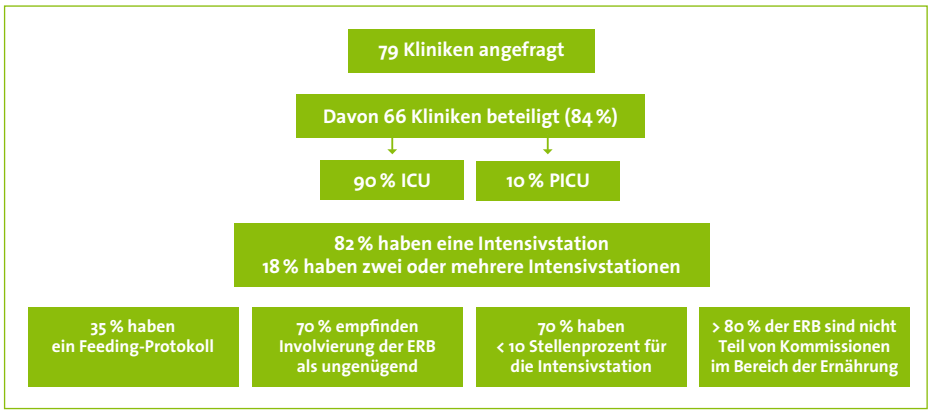


Abbildung 1: Überblick über Eckdaten der Befragung

Bei der Frage, ob spezifische Weiterbildungen für die Intensivmedizin absolviert wurden, haben 70% mit Nein geantwortet. Es wurde jedoch kommentiert, dass solche fachspezifischen Weiterbildungen dringend nötig und gewünscht seien, um Unsicherheiten trotz Berufserfahrung und vorhandener Guidelines abbauen zu können. Die SVDE-Fachgruppe hat sich aus diesem Grund dafür entschieden, im Jahr 2022 eine solche Weiterbildung, gezielt für die Berufsgruppe der Ernährungsberatung, zu organisieren.

Die Berufserfahrung der befragten Ernährungsberater/innen ist von Klinik zu Klinik sehr unterschiedlich. Es geht von <5 Jahre hin zu >15 Jahre. Die Abteilung Ernährungsberatung hat in knapp 70% der befragten Kliniken weniger als 10 Stellenprozente für die Intensivmedizin, was deutlich weniger als die internationale Norm ist. Nur 3 Kliniken haben mehr als 60 Stellenprozent zur Verfügung. Die geringen zur Verfügung stehenden Ressourcen zeigen sich auch darin, dass fast 90% der Befragten angegeben haben, weniger als 5 Stunden pro Woche Zeit auf der Intensivstation verbringen zu können.

Die Ernährungsberatung wird bei 80% der Kliniken über die Ärzteschaft initiiert und bei 30% über die Pflege (mehrere Antworten waren möglich). In 6 Kliniken (weniger als 10%) ist es so, dass es keine Anmeldung braucht, da die/der Ernährungsberater/in bei jedem Patienten automatisch involviert ist. Die Ernährungsberatung wird nur in sechs Kliniken täglich involviert. 50% der befragten Ernährungsberater/innen werden nur sehr selten mit Fragen zur Ernährungstherapie kontaktiert. In 70% der Intensivstationen nimmt der/die Ernährungsberater/in nie an Visiten teil. Nur in 7 Kliniken der befragten 66 ist die Ernährungsberatung mehrmals die Woche Teil des Visiten-Teams, was der Empfehlung der Literatur widerspricht. In den Kommentaren wird oftmals angegeben, dass die/der ERB vor allem involviert wird, wenn der/die Patient/in oral isst oder erst kurz bevor er/sie auf die Normalstation verlegt wird. Solange enteral oder parenteral ernährt wird, wird der Ernährungssupport oft über die Ärzte initiiert und monitorisiert.

In den Guidelines wird zwar empfohlen, dass der/die ERB Teil von Arbeitsgruppen, Kommissionen oder Meetings im Bereich der Ernährung sein soll, jedoch ist dies in der Schweiz in mehr als 80% der Kliniken nicht der Fall. Genau diese Guidelines werden aber in 90% der Klinken als Grundlage für die Ernährungstherapie eingesetzt. Die verwendeten Guidelines sind vor allem die ESPEN (85%) und die DGEM (44%); mehrere Antworten waren möglich.

Die DGEM wie auch die European Society of Paediatric and Neonatal Intensive Care (ESPNIC) empfehlen die Verwendung von Ernährungsprotokollen zur Initiierung und Begleitung der Ernährungstherapie. In der schweizweiten Untersuchung wurde jedoch deutlich, dass 65% der Kliniken kein Ernährungsprotokoll in der Intensivmedizin haben. Bei den Kliniken, die ein solches Protokoll einsetzen, hat bei 70% die Ernährungsberatung bei der Erstellung mitgearbeitet.

Hinderungsgründe für die Einbeziehung der Ernährungsberatung sind laut den Befragten: zu wenig Ressourcen (21%), Involvierung nicht gewünscht (33%), fehlendes Wissen (12%), kein Interesse (5%), Sonstiges (29%). Unter Sonstiges wurde genannt, dass das Ernährungsmanagement grösstenteils durch die Assistenzärzte und/oder die Fachpersonen der Intensivstation erfolgt, die Ernährung oft zweitrangig sei, das Wissen um den Benefit der ERB nicht vorhanden ist oder die Sensibilisierung der ERB auf den Intensivstationen zu gering ist.

Unterstützend für das Arbeiten auf der Intensivstation wäre laut 50% der Befragten, wenn mehr Interesse für das Thema Ernährung vom interprofessionellen Team kommen würde. Der tägliche IPS-Besuch und die Integration im Team der Intensivmedizin wären ebenfalls unterstützend.

Kommentiert wurde ausserdem, dass das Fachgebiet der Intensivmedizin sich sehr für APD-Rollen (Advanced Practice Dietitian) eignen würde, da es ein äusserst komplexes Gebiet mit vulnerablen Patienten/innen darstellt. Es wird breites Wissen in der Ernährungsmedizin, jedoch auch sehr vertieftes Wissen im spezifischen Fachgebiet gefordert. Wissenschaftliches, evidenzbasiertes Wissen sowie grosses Engagement und Selbstständigkeit werden vorausgesetzt.

Zum Schluss wurden die ERB der Kliniken gefragt, wie sie die gesamthafte Involvierung der Ernährungsberatung in ihrer In-

tensivmedizin beurteilen. Daraufhin haben fast 70% geantwortet, dass die Involvierung der ERB ungenügend sei. Miteingeschlossen sind auch Kliniken, in denen die ERB gar nicht involviert wird. Die SVDE-Fachgruppe schliesst daraus, dass unsere Berufskollegen/innen dringend im komplexen Fachwissen der Intensivmedizin aus- und weitergebildet und in ihrer Kompetenz gestärkt werden müssen. In einem zweiten Schritt, wenn es kompetente ERB im Bereich der Intensivmedizin in der Schweiz gibt, sollte bestenfalls die Bekanntheit sowie der Benefit aus der Ernährungstherapie in der jeweiligen Klinik aufgezeigt werden.

Literaturverzeichnis:

1. *Elke, G., Hartl, W. H., Kreymann, K. G., Adolph, M., Felbinger, T. W., Graf, T., de Heer, G., Heller, A. R., Kampa, U., Mayer, K., Muhl, E., Niemann, B., Rümelin, A., Steiner, S., Stoppe, C., Weimann, A., & Bischoff, S. C. (2018). DGEM-Leitlinie: «Klinische Ernährung in der Intensivmedizin»: S2k-Leitlinie (AWMF-Registernummer 073-004) der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) in Zusammenarbeit mit der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) sowie den Fachgesellschaften Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI), Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN), Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DGK), Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG) und Deutsche Sepsis-Gesellschaft (DSG). Aktuelle Ernährungsmedizin, 43(05), 341–408. https://doi.org/10.1055/a-0713-8179*
2. *McClave, S. A., Taylor, B. E., Martindale, R. G., Warren, M. M., Johnson, D. R., Braunschweig, C., McCarthy, M. S., Davanos, E., Rice, T. W., Cresci, G. A., Gervasio, J. M., Sacks, G. S., Roberts, P. R., Compher, C., the Society of Critical Care Medicine, & the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. (2016). Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.). Journal of Parenteral and Enteral Nutrition, 40(2), 159–211. https://doi.org/10.1177/0 148 607 115 621 863*
3. *Singer, P., Blaser, A. R., Berger, M. M., Alhazzani, W., Calder, P. C., Casaer, M. P., Hiesmayr, M., Mayer, K., Montejo, J. C., Pichard, C., Preiser, J.-C., van Zanten, A. R. H., Oczkowski, S., Szczeklik, W., & Bischoff, S. C. (2019). ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. Clinical Nutrition, 38(1), 48–79. https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.08.037*
4. *Mehta, N. M., Skillman, H. E., Irving, S. Y., Coss-Bu, J. A., Vermilyea, S., Farrington, E. A., McKeever, L., Hall, A. M., Goday, P. S., & Braunschweig, C. (2017). Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Pediatric Critically Ill Patient: Society of Critical Care Medicine and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. Journal of Parenteral and Enteral Nutrition, 41(5), 706–742. https://doi.org/10.1177/0 148 607 117 711 387*
5. *Critical Care Network Lead Nurses. (2016). National Critical Care Non-Medical Workforce Survey – Overview Report. Nutritional Critical Care Non-Medical Workforce Survey*
6. *Terblanche, E. (2019). The role of dietitians in critical care. Journal of the Intensive Care Society, 20(3), 255–257. https://doi.org/10.1177/1 751 143 718 774 715*
7. *Bear, D., & Terblanche, E. (2019). Guidelines for the provision of intensive care services (The Faculty of Intensive Care Medicine & Intensive Care Society, Hrsg.). https://www.ficm.ac.uk/standards-research-revalidation/guidelines-provision-intensive-care-services-v2*
8. *The Faculty of Intensive Care Medicine & The Intensive Care Society (Hrsg.). (2013). Core Standards for Intensive Care Units. https://www.ficm.ac.uk/sites/default/files/Core%20Standards%20for%20ICUs%20Ed.1 %20(2013).pdf*
9. *The British Dietetic Association (Hrsg.). (2018). Dietitian Staffing on Neonatal Units Neonatal Sub-Group Recommendations for Commissioning.*
10. *Ervin, J. N., Kahn, J. M., Cohen, T. R., & Weingart, L. R. (2018). Teamwork in the intensive care unit. American Psychologist, 73(4), 468–477. https://doi.org/10.1037/amp0 000 247*
11. *Kim, M. M., Barnato, A. E., Angus, D. E., Fleisher, L. F., & Kahn, J. M. (2010). The Effect of Multidisciplinary Care Teams on Intensive Care Unit Mortality. Archives of Internal Medicine, 170(4), 369. https://doi.org/10.1001/archinternmed.2009.521*
12. *Ferrie, S., & Allman-Farinelli, M. (2011). Defining and evaluating the role of dietitians in intensive care: State of play. ESPEN, the European e-Journal of Clinical Nutrition and Metabolism, 6(3), e121–e125. https://doi.org/10.1016/j.eclnm.2011.03.004*

Für Genuss und Wohlbefinden.

Vertragen Sie selbst oder jemand in Ihrem Umfeld gewisse Lebensmittel nicht? Seit 15 Jahren engagiert sich Coop mit Free From dafür, dass Sie unkompliziert einkaufen und unbeschwert geniessen können.

Dies unter anderem mit mehr als 500 Produkten, die sich für Menschen mit einer Unverträglichkeit eignen.

Mehr erfahren: **coop.ch/freefrom**

free from

coop
Für mich und dich.

Conseil diététique/thérapie nutritionnelle en soins intensifs

La situation en Suisse et à l'étranger

Fachgruppe Intensivmedizin
SVDE ASDD

Le groupe spécialisé ASDD dans le domaine de la nutrition en soins intensifs se présente

Nous avons fondé le groupe spécialisé dans le domaine de la nutrition en soins intensifs de l'ASDD en août 2020, dans le cadre de notre séance inaugurale et à l'initiative de Larissa Bürki. Le groupe compte actuellement 10 diététicien-ne-s de Suisse romande et de Suisse alémanique (tableau 1) qui travaillent au sein d'unités de soins intensifs pédiatriques ou pour adultes. Le groupe spécialisé a pour mission principale d'améliorer la qualité de prise en charge des patient-e-s en soins intensifs par la mise en place d'un réseau national et d'un échange spécialisé, ainsi que d'appliquer et d'établir des thérapies nutritionnelles fondées sur des données probantes. Nos objectifs à court terme visent à favoriser l'échange dans le domaine, à clarifier les interrogations du quotidien clinique et à organiser la publication de Journal Clubs. Par ailleurs, nous menons une discussion de cas lors de chaque séance du groupe spécialisé. A long terme, nous avons décidé de publier régulièrement des informations spécialisées sur le Nutripoint du site Internet de l'ASDD, d'organiser des formations continues pour notre profession, de faire des visites d'observation mutuelles et de mener des études multicentriques. Nous prévoyons quatre séances par an, de deux à quatre heures chacune. Depuis la création du groupe, nous avons déjà eu l'occasion de nous rencontrer et d'échanger à quatre reprises. Les premiers résultats de notre groupe sont la présentation d'exemples de cas, un sondage national que nous allons détailler ci-après et les articles de la présente revue.

Membres	Lieu de travail	Adresse e-mail
Larissa Bürki (Responsable du groupe)	Hôpital universitaire pour enfants de Zurich	larissa.buerki@kispi.uzh.ch
Carol Theiler	Hôpital universitaire de Zurich	carol.theiler@usz.ch
Romana Stöckli	Hôpital cantonal de Baden	romana.stoeckli@ksb.ch
Karin Schläppi	Inselspital de Berne	karin.schlaeppi@insel.ch
Gioia Vinci	Clinique Hirslanden de Zurich	gioia.vinci@hirslanden.ch
Nathalie Jequier	Hôpital Riviera-Chablais	nathalie.jequier@hopitalrivierachablais.ch
Sylvie Garo	Hôpital Riviera-Chablais	sylviegaro@yahoo.fr
Aurélien Clerc	Hôpital Fribourgeois	aurelien.clerc@h-fr.ch
Cécile Morzier	Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois	cecile.morzier@ehnv.ch
Aude de Watteville	Hôpitaux Universitaires de Genève	aude.dewatteville@hcuge.ch

Tableau 1: Membres du groupe spécialisé ASDD dans le domaine de la nutrition en soins intensifs

Le conseil diététique/la thérapie nutritionnelle en soins intensifs à l'international

La société allemande Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM), la société européenne European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) et la société américaine American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN) recommandent l'instauration d'une thérapie nutritionnelle dans les 24 à 48 premières heures suivant l'admission en soins intensifs (1, 2, 3). Les directives pédiatriques recommandent elles aussi le recours à un conseil diététique en soins intensifs (4). En Suisse, le conseil diététique en soins intensifs reste encore trop rare; il est donc pertinent de s'intéresser à ce qui se pratique à l'étranger. Selon un sondage britannique, 70% des services de soins intensifs de Grande-Bretagne disposent d'une prise en charge par le conseil diététique (5). Les diététicien-ne-s de ces services portent le titre de Critical Care Dietitians et bénéficient à ce titre d'une formation académique élargie (master) et d'une expertise approfondie de la médecine nutritionnelle en soins intensifs. Il existe un groupe spécialisé Critical Care Specialist Group qui compte plus de 300 membres (6). Les compétences, les tâches et les responsabilités de ces professionnel-le-s sont définies dans la Guideline for the provision of intensive care services (7). En Grande-Bretagne, on recommande une proportion de 0,05 à 0,1 poste à plein temps par lit de soins intensifs (8). En soins intensifs néonataux, la recommandation est d'au moins un poste à temps plein pour 30 lits (9). En qualité de membres de l'équipe de prise en charge, les diététicien-ne-s travaillent notamment au développement des normes internes de la clinique, sont responsables du transfert structuré de la prise en charge nutritionnelle vers les unités de soins normales et organisent des formations continues et de perfectionnement pour l'équipe interprofessionnelle (7, 9). Le conseil diététique en soins intensifs est également bien implanté aux Etats-Unis (10, 11) et en Océanie (12), où il fait partie des spécialités de l'équipe pluridisciplinaire. L'étude de Ferrie et Allman-Farinelli (12) montre à quel point le rôle de diététicien-ne en soins intensifs peut être varié. Ainsi, 92% des diététicien-ne-s peuvent par exemple prescrire eux-mêmes des suppléments nutritifs oraux, et 75% une alimentation entérale. Près de 20% sont autorisé-e-s à prescrire une nutrition parentérale.

Sondage suisse sur l'implication des diététicien-ne-s en soins intensifs

Pour clarifier la situation en Suisse et dresser un état des lieux, le groupe spécialisé ASDD dans le domaine de la nutrition en soins intensifs a mené au printemps 2021 un sondage national sur l'implication actuelle des diététicien-ne-s en soins intensifs (cf. figure 1 pour les résultats détaillés). Un courrier a été envoyé à tous les hôpitaux disposant d'au moins une unité de soins intensifs selon la Société Suisse de Médecine intensive (SSMI). Le sondage a été complété par les diététicien-ne-s par voie électronique et de façon anonymisée. Sur les 79 cliniques interrogées, 66 personnes ont participé, ce qui représente un taux de réponse de 84%. Environ 90% des cliniques interrogées disposent d'une unité de soins intensifs pour adultes et près de 10% d'une unité de soins intensifs pédiatriques.

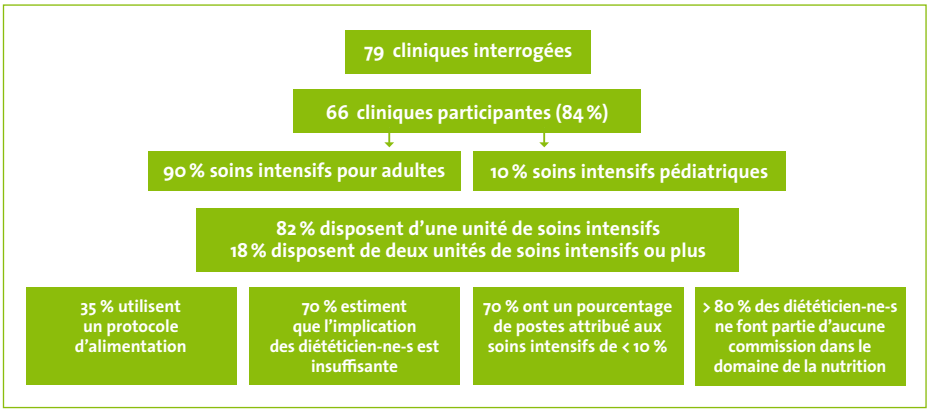


Figure 1: Synthèse des données clés du sondage

A la question de savoir si des formations spécifiques ont été suivies pour les soins intensifs, 70% des personnes interrogées ont répondu par la négative. Les commentaires laissent apparaître que de telles formations spécifiques sont nécessaires et souhaitées au plus vite, afin de répondre aux doutes persistants malgré l'expérience accumulée et les directives existantes. C'est pourquoi le groupe spécialisé a décidé d'organiser en 2022 une telle formation continue spécifique pour les diététicien-ne-s.

L'expérience professionnelle des diététicien-ne-s interrogé-e-s varie très fortement d'une clinique à l'autre. Elle peut aller de moins de 5 ans à plus de 15 ans. Pour 70% des cliniques interrogées, le pourcentage de postes attribué en diététique aux soins intensifs est de moins de 10%, ce qui est nettement inférieur à la norme internationale. Seules 3 cliniques dépassent les 60%. Les faibles ressources à disposition sont également illustrées par le fait que près de 90% des personnes interrogées ont indiqué pouvoir passer moins de 5 heures par semaine en soins intensifs.

Le conseil diététique est initié par le corps médical dans 80% des cliniques et par le corps infirmier dans 30% des cas (plusieurs réponses étaient possibles). Dans 6 cliniques (moins de 10%), aucune demande n'est nécessaire et le/la diététicien-ne est automatiquement impliqué-e pour chaque patient. Le/la diététicien-ne est impliqué-e quotidiennement dans seulement 6 cliniques. 50% des diététicien-ne-s interrogé-e-s ne sont que très rarement contacté-e-s pour des questions de thérapie nutritionnelle. Dans 70% des unités de soins intensifs, le/la diététicien-ne ne participe jamais aux visites médicales. Sur les 66 établissements interrogés, seuls 7 déclarent que le/la diététicien-ne participe aux visites plusieurs fois par semaine, ce qui ne correspond pas aux recommandations de la littérature. Les commentaires font souvent apparaître que l'implication du/de la diététicien-ne se limite surtout aux patient-e-s alimenté-e-s par voie orale et à ceux/celles en instance de transfert vers des unités de soins normales. Tant que l'alimentation se fait par voie entérale ou parentérale, le support nutritionnel est bien souvent initié et surveillé par le médecin.

Alors même que les directives recommandent que le/la diététicien-ne prenne part aux groupes de travail, commissions ou réunions en matière de nutrition, plus de 80% des cliniques de Suisse ne respectent pas cette consigne. Pourtant, ce sont précisément ces directives qui servent de base à la thérapie nutritionnelle dans 90% des cliniques. Les principales directives employées sont celles de l'ESPEN (85%) et de la DGEM (44%), plusieurs réponses étaient possibles.

La DGEM recommande, au même titre que la European Society of Paediatric and Neonatal Intensive Care (ESPNIC), l'utilisation de protocoles alimentaires pour initier et accompagner la thérapie nutritionnelle. L'étude suisse a cependant montré clairement que 65% des cliniques n'ont instauré aucun protocole alimentaire en soins intensifs. En revanche, lorsque les cliniques ont mis en place un tel protocole, les diététicien-ne-s ont participé à son élaboration dans 70% des cas.

S'agissant des obstacles à l'implication des diététicien-ne-s, les personnes interrogées donnent les motifs suivants: manque de ressources (21%), implication non souhaitée (33%), manque de connaissances (12%), absence d'intérêt (5%), autres raisons (29%). Sous la mention «autres raisons», il est précisé que la prise en charge nutritionnelle est en grande partie assurée par les médecins-assistant-e-s ou les infirmiers-ières des soins intensifs, que l'alimentation vient souvent en deuxième ligne, que l'on manque de connaissances sur les bénéfices apportés par les diététicien-ne-s ou que les diététicien-ne-s sont insuffisamment sensibilisé-e-s aux problématiques des soins intensifs.

Selon 50% des personnes interrogées, un plus grand intérêt de l'équipe pluridisciplinaire pour les questions de nutrition appuierait leur travail en soins intensifs. De même, une participation aux visites quotidiennes en soins intensifs et une intégration à l'équipe de prise en charge auraient également un effet bénéfique.

En outre, certains commentaires ont souligné que le domaine des soins intensifs est bien adapté au rôle de diététicien-ne de pratique avancée (DPA), puisqu'il s'agit d'un domaine extrêmement complexe impliquant des patient-e-s vulnérables. Il requiert une maîtrise de la médecine nutritionnelle au sens large tout comme une connaissance approfondie du domaine spécifique. Des connaissances scientifiques fondées sur les preuves, ainsi qu'une solide implication et une grande autonomie sont des prérequis.

Enfin, il a été demandé aux diététicien-ne-s des cliniques de donner leur avis sur leur implication globale dans les questions de nutrition en soins intensifs. Près de 70% d'entre eux/elles ont jugé l'implication des diététicien-ne-s insuffisante. Ce chiffre inclut également les établissements dans lesquels le/la diététicien-ne n'est absolument pas impliqué-e. Le groupe spécialisé de l'ASDD en conclut que nos collègues ont un besoin urgent de formation initiale et continue sur les spécificités complexes des soins intensifs afin de voir leurs compétences renforcées. Dans un second temps, lorsque la Suisse sera dotée de diététicien-ne-s compétent-e-s dans les soins intensifs, il sera opportun de développer la notoriété de la thérapie nutritionnelle auprès des cliniques et d'en présenter les bénéfices.

Bibliographie voir page 6

Consulenza/terapia nutrizionale nella medicina intensiva

Uno sguardo alla Svizzera e ai paesi esteri

Fachgruppe Intensivmedizin
SVDE ASDD

Il gruppo specializzato dell'ASDD «Nutrizione nella medicina intensiva» si presenta

Nell'agosto 2020, nel corso del nostro primo incontro promosso da Larissa Bürki, è stato costituito il gruppo specializzato in medicina intensiva dell'ASDD. Attualmente il gruppo è composto da 10 dietisti/e provenienti dalla Svizzera tedesca e francese (tabella 1), che lavorano nei reparti di terapia intensiva pediatrica e per adulti. Grazie al networking a livello nazionale e agli scambi scientifici e professionali, l'obiettivo principale del gruppo consiste nel migliorare la qualità delle prestazioni terapeutiche per i/le pazienti dei reparti di terapia intensiva, nonché attuare e diffondere terapie nutrizionali basate su evidenze scientifiche. I nostri obiettivi a breve termine sono i seguenti: il confronto nell'ambito di questo settore, l'approfondimento dei casi provenienti dalla pratica clinica e la realizzazione di Journal Club. In ogni incontro del gruppo, inoltre, esaminiamo un caso clinico. Ci siamo inoltre posti i seguenti obiettivi a lungo termine: la pubblicazione periodica di contenuti specialistici su Nutripoint del sito ASDD, l'organizzazione di corsi di formazione continua per dietisti/e, l'affiancamento reciproco e la realizzazione di studi multicentrici. Prevediamo quattro riunioni all'anno di 2–4 ore ciascuna. Dalla nascita del gruppo abbiamo già avuto occasione di conoscerci e confrontarci in quattro incontri. I primi risultati del nostro lavoro sono la presentazione dei casi clinici, un'indagine a livello nazionale (presentata più avanti) e gli articoli di questo numero di Info.

Componenti	Luogo di lavoro	Indirizzo e-mail
Larissa Bürki (capogruppo)	Ospedale pediatrico universitario di Zurigo	larissa.buerki@kispi.uzh.ch
Carol Theiler	Ospedale universitario di Zurigo	carol.theiler@usz.ch
Romana Stöckli	Ospedale cantonale di Baden	romana.stoeckli@ksb.ch
Karin Schläppi	Inselspital di Berna	karin.schlaeppi@insel.ch
Gioia Vinci	Clinica Hirslanden di Zurigo	gioia.vinci@hirslanden.ch
Nathalie Jequier	Ospedale Riviera-Chablais	nathalie.jequier@hopitalrivierachablais.ch
Sylvie Garo	Ospedale Riviera-Chablais	sylviegaro@yahoo.fr
Aurélien Clerc	HFR Fribourg – Hôpital Cantonal	aurelien.clerc@h-fr.ch
Cécile Morzier	Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois	cecile.morzier@ehnv.ch
Aude de Watteville	Ospedali universitari di Ginevra (HUG)	aude.dewatteville@hcuge.ch

Tabella 1: Membri del gruppo specializzato in medicina intensiva dell'ASDD

Consulenza/terapia nutrizionale nella medicina intensiva a livello internazionale

La società tedesca DGEM, la società europea ESPEN e la società americana ASPEN raccomandano una terapia nutrizionale entro le prime 24–48 ore dal ricovero nel reparto di terapia intensiva (1, 2, 3). Anche le linee guida pediatriche raccomandano di ricorrere alla consulenza nutrizionale nel reparto di terapia intensiva (4). Dato che in Svizzera la consulenza nutrizionale nel reparto di terapia intensiva è ancora rara, può essere utile guardare anche ad altri paesi. Secondo un'indagine britannica il 70% di tutti i reparti di terapia intensiva in Gran Bretagna prevede il coinvolgimento della consulenza nutrizionale (5). I Critical Care Dietitians hanno di norma una formazione accademica di secondo livello (master) e competenze approfondite in medicina nutrizionale per la terapia intensiva. Il Critical Care Specialist Group conta oltre 300 membri (6). Nella Guideline for the provision of intensive care services sono definite competenze, mansioni e responsabilità (7). In Gran Bretagna si raccomanda una quota da 0,05 a 0,1 posti a tempo pieno per ciascun posto letto nel reparto di terapia intensiva (8). Nei reparti di terapia intensiva neonatale si raccomanda almeno un posto a tempo pieno ogni 30 posti letto (9). All'interno dell'équipe, il/la dietista elabora i protocolli interni, ha la responsabilità di trasmettere in modo strutturato la gestione nutrizionale ai comuni reparti di degenza e tiene corsi di formazione e formazione continua per l'équipe multidisciplinare (7, 9). Anche negli USA (10, 11) e in Oceania (12) la consulenza nutrizionale nel reparto di terapia intensiva è già diffusa e in ogni équipe multidisciplinare è presente un/una dietista. L'articolo di Ferrie e Allman-Farinelli (12) mostra come può variare il ruolo del/della dietista in terapia intensiva. Il 92% dei dietisti e delle dietiste può ad esempio prescrivere autonomamente gli alimenti liquidi orali (ONS) e il 75% la nutrizione enterale; appena il 20% può prescrivere autonomamente la nutrizione parenterale.

Indagine nazionale sul ruolo della consulenza nutrizionale nella medicina intensiva

Per avere un quadro e fare il punto della situazione in Svizzera, nella primavera scorsa il gruppo specializzato in medicina intensiva dell'ASDD ha condotto un'indagine a livello nazionale sul ruolo della consulenza nutrizionale nella medicina intensiva (per i singoli risultati v. figura 1). Sono stati contattati tutti gli ospedali che, secondo la Società Svizzera di Medicina Intensiva (SSMI), hanno almeno un reparto

di terapia intensiva. Le risposte sono state date per via elettronica e in forma anonima. All'interno delle 79 cliniche contattate hanno risposto 66 persone (numero di risposte pari all' 84%). Circa il 90% delle cliniche contattate ha un reparto di terapia intensiva per adulti (ICU) e solo il 10% un reparto di terapia intensiva pediatrica (PICU).

Nel 70% dei casi il/la dietista ha dichiarato di non aver seguito corsi specifici di medicina intensiva, aggiungendo che tali corsi sarebbero auspicabili e urgentemente necessari per superare eventuali incertezze, presenti nonostante l'esperienza professionale e le linee guida in essere. Per questo motivo il gruppo ha deciso di organizzare nel 2022 un corso di formazione continua rivolto alla categoria professionale dei/delle dietisti/e.

L'esperienza professionale dei soggetti intervistati varia molto da clinica a clinica: va infatti da <5 anni a >15 anni. In quasi il 70% delle cliniche contattate il settore della dietistica ha un tasso di occupazione inferiore al 10% nella medicina intensiva, cioè molto meno della norma internazionale; solo 3 cliniche hanno a disposizione oltre il 60%. Che le risorse a disposizione siano scarse si evince anche dal fatto che quasi il 90% degli intervistati e delle intervistate ha dichiarato di poter passare nel reparto di terapia intensiva meno di 5 ore alla settimana.

Per l'80% delle cliniche la consulenza nutrizionale viene richiesta dal personale medico e per il 30% dal personale infermieristico (erano possibili più risposte). In 6 cliniche (meno del 10%) non è necessaria una specifica richiesta: per ogni paziente, il/la dietista viene coinvolto automaticamente. La consulenza nutrizionale è richiesta quotidianamente in sole 6 cliniche. Il 50% degli intervistati e delle intervistate viene contattato molto di rado per richieste di consulenza sulla terapia nutrizionale. Nel 70% dei reparti di terapia intensiva il/la dietista non partecipa mai al giro delle visite. Solo in 7 cliniche su 66 il/la dietista fa parte, più volte alla settimana, dell'équipe che effettua le visite, e questo è in contrasto con le raccomandazioni presenti in letteratura. Nei commenti viene spesso indicato di venire coinvolti soprattutto quando il/la paziente si nutre per via orale o solo poco prima del trasferimento nei comuni reparti di degenza. Se il/la paziente riceve la nutrizione per via enterale o parenterale la consulenza nutrizionale è spesso richiesta e monitorata dal personale medico.

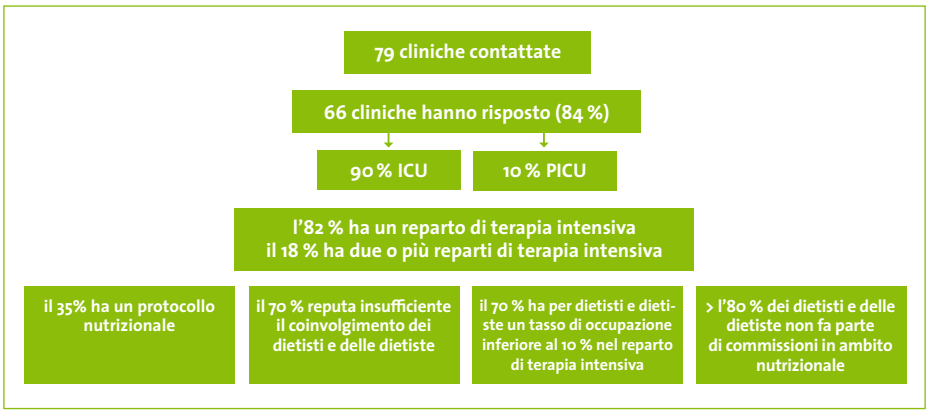


Figura 1: dati di riferimento dell'indagine

Le linee guida raccomandano di coinvolgere le dietiste e i dietisti nei gruppi di lavoro, nelle commissioni e negli incontri nell'ambito della nutrizione, ma in Svizzera ciò non avviene in più dell'80% delle cliniche. Tuttavia proprio queste linee guida vengono applicate nel 90 % delle cliniche come base per la terapia nutrizionale. Le linee guida applicate sono principalmente quelle dell'ESPEN (85%) e della DGEM (44%) (erano possibili più risposte).

La DGEM e la European Society of Paediatric and Neonatal Intensive Care (ESPNIC) raccomandano l'impiego di protocolli per avviare e accompagnare le terapie nutrizionali. Dall'indagine condotta in Svizzera è tuttavia emerso che il 65% degli ospedali non ha un protocollo nutrizionale nella medicina intensiva. Nelle cliniche che hanno un simile protocollo, nel 70% dei casi i/le dietisti/e hanno contribuito alla stesura.

Stando alle risposte ricevute, gli impedimenti al coinvolgimento dei/delle dietisti/e sono stati: risorse insufficienti (21%), coinvolgimento non richiesto (33%), know-how carente (12%), mancanza di interesse (5%), altro (29%). Alla voce «altro» sono stati indicati i seguenti motivi: la dietistica è in gran parte gestita dai medici assistenti e/o dagli specialisti della terapia intensiva; il settore della nutrizione è spesso considerato di second'ordine; non vi è sufficiente consapevolezza dei benefici dell'intervento di un/una dietista, né dell'importanza della presenza dei/delle dietisti/e nei reparti di terapia intensiva.

Secondo il 50% delle risposte, un maggiore interesse al tema della nutrizione da parte dell'équipe multidisciplinare sarebbe di aiuto per il lavoro nel reparto di terapia intensiva. Sarebbe di aiuto anche la presenza quotidiana e l'integrazione nell'équipe della medicina intensiva.

Viene citato anche il fatto che il settore specifico della medicina intensiva è particolarmente adatto al ruolo di Advanced Practice Dietitian (APD), poiché rappresenta un ambito estremamente complesso con pazienti vulnerabili. A tal fine sono richieste ampie conoscenze nella medicina nutrizionale ma anche una conoscenza approfondita dello specifico settore specialistico. Sono richieste anche competenze scientifiche basate sulle evidenze, nonché una grande dedizione e autonomia.

Per concludere, è stato chiesto ai/alle partecipanti di valutare il proprio coinvolgimento complessivo nella consulenza nutrizionale della loro medicina intensiva. Quasi il 70% ha risposto che il proprio coinvolgimento in terapia intensiva è insufficiente. In questa risposta sono com-

prese anche le cliniche in cui i/le dietisti/e non sono affatto presenti. Il gruppo specializzato dell'ASDD conclude che i nostri colleghi e le nostre colleghe debbano essere formati/e e aggiornati/e con urgenza ai fini di una specializzazione nella medicina intensiva e che le loro competenze debbano essere consolidate. In una seconda fase, una volta che in Svizzera vi siano dietisti e dietiste competenti nel ramo della medicina intensiva, si dovrà procedere a un'opera di sensibilizzazione in tutte le cliniche in merito ai benefici delle terapie nutrizionali.

Bibliografia:

1. *Elke, G., Hartl, W. H., Kreymann, K. G., Adolph, M., Felbinger, T. W., Graf, T., de Heer, G., Heller, A. R., Kampa, U., Mayer, K., Muhl, E., Niemann, B., Rümelin, A., Steiner, S., Stoppe, C., Weimann, A., & Bischoff, S. C. (2018). DGEM-Leitlinie: «Klinische Ernährung in der Intensivmedizin»: S2k-Leitlinie (AWMF-Registernummer 073-004) der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) in Zusammenarbeit mit der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) sowie den Fachgesellschaften Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI), Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN), Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DGK), Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG) und Deutsche Sepsis-Gesellschaft (DSG). Aktuelle Ernährungsmedizin, 43(05), 341–408. https://doi.org/10.1055/a-0713-8179*
2. *McClave, S. A., Taylor, B. E., Martindale, R. G., Warren, M. M., Johnson, D. R., Braunschweig, C., McCarthy, M. S., Davanos, E., Rice, T. W., Cresci, G. A., Gervasio, J. M., Sacks, G. S., Roberts, P. R., Compher, C., the Society of Critical Care Medicine, & the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. (2016). Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.). Journal of Parenteral and Enteral Nutrition, 40(2), 159–211. https://doi.org/10.1177/0 148 607 115 621 863*
3. *Singer, P., Blaser, A. R., Berger, M. M., Alhazzani, W., Calder, P. C., Casaer, M. P., Hiesmayr, M., Mayer, K., Montejo, J. C., Pichard, C., Preiser, J.-C., van Zanten, A. R. H., Oczkowski, S., Szczeklik, W., & Bischoff, S. C. (2019). ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. Clinical Nutrition, 38(1), 48–79. https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.08.037*
4. *Mehta, N. M., Skillman, H. E., Irving, S. Y., Coss-Bu, J. A., Vermilyea, S., Farrington, E. A., McKeever, L., Hall, A. M., Goday, P. S., & Braunschweig, C. (2017). Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Pediatric Critically Ill Patient: Society of Critical Care Medicine and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. Journal of Parenteral and Enteral Nutrition, 41(5), 706–742. https://doi.org/10.1177/0 148 607 117 711 387*
5. *Critical Care Network Lead Nurses. (2016). National Critical Care Non-Medical Workforce Survey – Overview Report. Nutritional Critical Care Non-Medical Workforce Survey*
6. *Terblanche, E. (2019). The role of dietitians in critical care. Journal of the Intensive Care Society, 20(3), 255–257. https://doi.org/10.1177/1 751 143 718 774 715*
7. *Bear, D., & Terblanche, E. (2019). Guidelines for the provision of intensive care services (The Faculty of Intensive Care Medicine & Intensive Care Society, Hrsg.). https://www.ficm.ac.uk/standards-research-revalidation/guidelines-provision-intensive-care-services-v2*
8. *The Faculty of Intensive Care Medicine & The Intensive Care Society (Hrsg.). (2013). Core Standards for Intensive Care Units. https://www.ficm.ac.uk/sites/default/files/Core%20Standards%20for%20ICUs%20Ed.1%20(2013).pdf*
9. *The British Dietetic Association (Hrsg.). (2018). Dietitian Staffing on Neonatal Units Neonatal Sub-Group Recommendations for Commissioning.*
10. *Ervin, J. N., Kahn, J. M., Cohen, T. R., & Weingart, L. R. (2018). Teamwork in the intensive care unit. American Psychologist, 73(4), 468–477. https://doi.org/10.1037/amp0 000 247*
11. *Kim, M. M., Barnato, A. E., Angus, D. E., Fleisher, L. F., & Kahn, J. M. (2010). The Effect of Multidisciplinary Care Teams on Intensive Care Unit Mortality. Archives of Internal Medicine, 170(4), 369. https://doi.org/10.1001/archinternmed.2009.521*
12. *Ferrie, S., & Allman-Farinelli, M. (2011). Defining and evaluating the role of dietitians in intensive care: State of play. ESPEN, the European e-Journal of Clinical Nutrition and Metabolism, 6(3), e121–e125. https://doi.org/10.1016/j.eclnm.2011.03.004*

Laktoseintoleranz Gratis-Beratungshilfsmittel

Beraten Sie regelmässig Menschen mit Laktoseintoleranz?
Unser Beratungstool beinhaltet verschiedene Hilfsmittel,
die Sie in Ihren Beratungsgesprächen unterstützen.

Bestellen Sie es jetzt auf swissmilk.ch/nutrition

Informationen für Fachpersonen
Dokumentenmappe zu den Themen Diagnose, typische Beschwerden, Differentialdiagnosen, Ernährungstherapie, Auswahl geeigneter Milchprodukte.
Art.-Nr. 142095D

Informationen für Interessierte
Dokumentenmappe mit Info- und Arbeitsblättern sowie Rezeptideen zur Abgabe im Beratungsgespräch.
Art.-Nr. 142096D

Clever auswählen
Beschwerdefrei geniessen
Broschüre mit einfachen und kompakten Informationen sowie Tipps und Empfehlungen.
Art.-Nr. 142094D

Fachinformationen online
Interessiert an fachspezifischen Infos rund um Milch und Milchprodukte? Abonnieren Sie unseren Newsletter für Ernährungsfachleute jetzt:
swissmilk.ch/nutrition

Schweiz. Natürlich.

swissmilk

Aktuelle Leitlinien der Ernährungstherapie in der Intensivmedizin

Romana Stöckli, BSc
Ernährungsberaterin SVDE
Kantonsspital Baden

Carol Theiler, BSc
Ernährungsberaterin SVDE
Universitätsspital Zürich

Larissa Bürki, MSc
Ernährungsberaterin SVDE
Fachexpertin APD
Intensivmedizin
Universitäts-Kinderspital
Zürich

Das Patientengut auf der Intensivstation ist sehr heterogen. Allen gemein ist jedoch, dass die Homöostase durch einen Stressauslöser gestört wird. Dies führt zu einem Hypermetabolismus, welcher Katabolie, eingeschränkte Kohlenhydratverwertung mit peripherer Insulinresistenz und einer gesteigerten Freisetzung von Aminosäuren und Lipiden zur Folge hat, zudem wird Natrium und Wasser verstärkt rückresorbiert (3). Alle Guidelines gehen davon aus, dass die Ernährungstherapie an die verschiedenen Stressstadien der Erkrankung des «kritisch Kranken» angepasst werden muss. Grob werden die Stadien in Akutphase und Postakutphase eingeteilt. Bei der Akutphase geht man von einer Dauer von bis zu 7 Tagen aus. Sie wird oft noch in eine frühe Akutphase, 1–2, max. 3 Tage, und in eine späte Akutphase, 3. bzw. 4.–7. Tag, eingeteilt. Die anschliessende Postakutphase besteht aus einer chronischen Phase und einer Rehabilitationsphase. Letztere zeigt einen Rückgang der Entzündung sowie eine Erholung der Organdysfunktionen. Eine erneute Homöostasestörung durch z. B. einen Infekt ist jederzeit möglich und bedeutet einen Rückfall in eine der Akutphasen, dies wird auch «second hit» genannt (7).

Für die Ernährungstherapie auf der Intensivstation gibt es verschiedene Leitlinien wie die der *American Society for Parenteral and Enteral Nutrition* (ASPEN), der *Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V.* (DGEM) oder der *European Society for Clinical Nutrition and Metabolism* (ESPEN) (Aufzählung nicht abschliessend). In der nachfolgenden Tabelle beziehen wir uns auf die Empfehlungen der ESPEN und der ASPEN bei der Ernährung für die Erwachsenen und der ASPEN und der *European Society of Pediatric and Neonatal Intensive Care* (ESPNIC) für die der Pädiatrie. Die Tabelle soll einen Überblick über die wichtigsten Punkte geben, ist jedoch nicht abschliessend. Weiteres kann in den entsprechenden Guidelines nachgelesen werden.

Literaturverzeichnis:

- *Singer, P., Blaser, A. R., Berger, M. M., Alhazzani, W., Calder, P. C., Casaer, M. P., ... & Bischoff, S. C. (2019). ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. Clinical nutrition, 38(1), 48-79.*
- *McClave, S. A., Taylor, B. E., Martindale, R. G., Warren, M. M., Johnson, D. R., Braunschweig, C., ... & Compher, C. (2016). Guidelines for the provision and assessment of nutrition support therapy in the adult critically ill patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN). JPEN. Journal of parenteral and enteral nutrition, 40(2), 159–211.*
- *Felbinger, T. W., Richter, H. P. (2012). Ernährung von Intensivpatienten. Aktuelle Ernährungsmed. 37 (3): 36–57*
- *Tume LN, Valla FV, Joosten K, Jotterand Chaparro C, Latten L, Marino LV et al. Nutritional support for children during critical illness: European Society of Pediatric and Neonatal Intensive Care (ESPNIC) metabolism, endocrine and nutrition section position statement and clinical recommendations. Intensive care medicine. 2020;46(3):411–25.*
- *Mehta NM, Skillman HE, Irving SY, Coss-Bu JA, Vermilyea S, Farrington EA et al. Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Pediatric Critically Ill Patient: Society of Critical Care Medicine and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. JPEN Journal of parenteral and enteral nutrition. 2017;41(5):706–42.*
- *Elke G, Hartl WH, Kreymann KG et al. Clinical Nutrition in Critical Care Medicine – Guideline of the German Society for Nutritional Medicine (DGEM). Clin Nutr ESPEN. 2019;33:220–275.*
- *Joosten, K. F., Eveleens, R. D., & Verbruggen, S. C. (2019). Nutritional support in the recovery phase of critically ill children. Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care, 22(2), 152–158.*

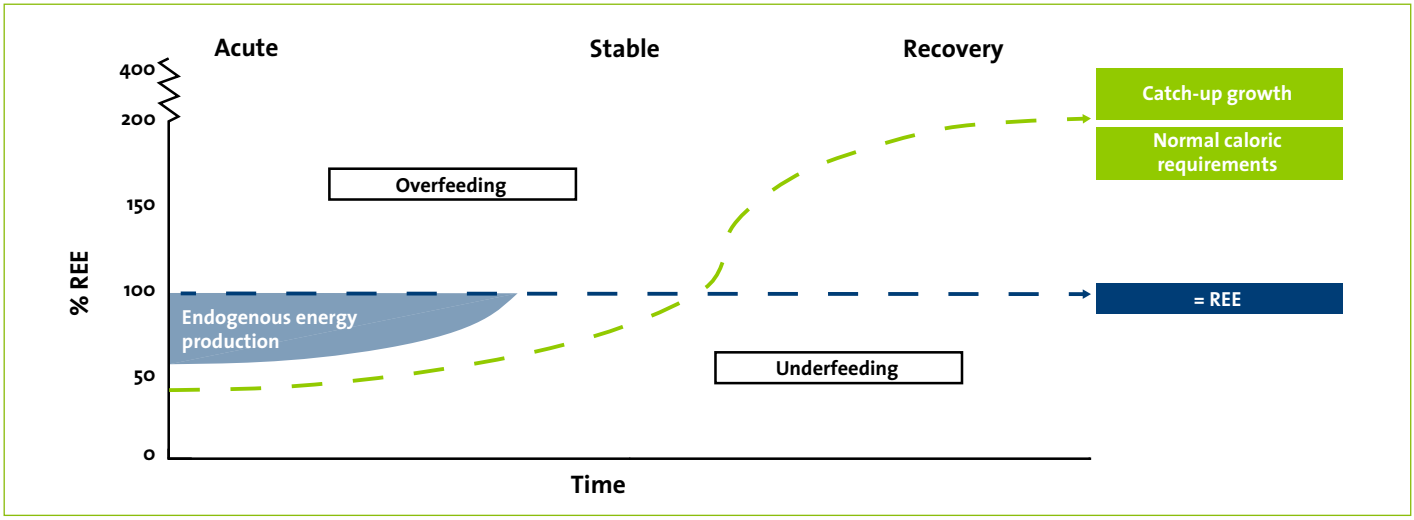


Abbildung 1: aus Joosten et al. 2018

	ESPEN	ASPEN
Energiebedarf	Erste Wahl: indirekte Kalorimetrie Falls keine indirekte Kalorimetrie möglich ist: Berechnung mit Hilfe von VO_2 aus dem pulmonalen arteriellen Katheter oder VCO_2 abgeleitet aus dem Beatmungsgerät. Falls weder indirekte Kalorimetrie noch VO_2 oder VCO_2 zur Verfügung steht: gewichtsbasierte Schätzformel 20–25 kcal/g Körpergewicht	Erste Wahl: indirekte Kalorimetrie Falls dies nicht möglich ist: Mit einer Bedarfsberechnung oder einer vereinfachten gewichtsbasierten Schätzformel: 25–30 kcal/kg Körpergewicht
Proteinbedarf	1,3 g/kg, Bedarf kann je nach Situation höher sein und kann sich während dem Aufenthalt auf der IPS verändern.	1,2–2 g/kg, Bedarf kann je nach Situation höher sein. Eine regelmässige Evaluation der Bedarfsberechnung wird empfohlen.
Ernährungsaufbau	Wenn eine orale Ernährung nicht möglich ist, früher Start der enteralen Ernährung (EE) empfohlen (erste 48 Stunden). Um eine Überernährung zu vermeiden, soll in den ersten 7 Tagen vorsichtig aufgebaut werden: Erste 2 Tage bis maximal 70 % des Energiebedarfes anstreben, ab Tag 3 80–100 % des gemessenen Energiebedarfes. Falls eine gewichtsbasierte Schätzformel verwendet wurde, sollte in der ersten Woche eine hypokalorische Ernährung angestrebt werden unter 70 % des berechneten Bedarfs.	Falls keine suffiziente orale Ernährung möglich ist, Start der enteralen Ernährung in den ersten 24–48 Stunden nach Eintritt. Mit dem Ziel, 80 % des berechneten oder geschätzten Energie- und Proteinbedarfes in den ersten 48–72 Stunden anzustreben.
Gastral versus postpylorisch	Wenn möglich, sollte der gastrale Zugangsweg bevorzugt werden. Besteht ein erhöhtes Aspirationsrisiko oder eine gastrale Unverträglichkeit, kann postpylorisch ernährt werden.	Bei den meisten IPS-Patienten ist eine gastrale Verabreichung der EE möglich. Bei Patienten/innen mit einem hohen Aspirationsrisiko oder solche bei denen ein Verträglichkeitsproblem auftritt, sollte eine postpylorische EE evaluiert werden.
Kontinuierlich versus intermittierend	Es wird eine kontinuierliche Verabreichung der Sondennahrung mit einem volumenbasierten Ziel empfohlen.	Patienten/innen mit einem hohen Risiko für eine Aspiration oder Verträglichkeitsproblemen bei der Verabreichung der intermittierenden EE als Bolus soll auf eine kontinuierliche Verabreichung gewechselt werden.
Zusätzliche parenterale Ernährung	Wenn die peroralen und enteralen ernährungstherapeutischen Interventionen ausgeschöpft sind und weiterhin eine ungenügende Zufuhr besteht, sowie bei Kontraindikation von oraler und enteraler Ernährung soll eine parenterale Ernährung (PE) innerhalb von drei bis sieben Tagen gestartet werden.	Wenn nach 7–10 Tage enteral nicht bis > 60 % des Energie- und Proteinbedarfes aufgebaut werden kann, soll eine zusätzliche PE evaluiert werden.
Gastrales Residualvolumen (GRV)	Das GRV zu messen kann im EE-Aufbau bei der Beurteilung einer allfälligen gastralen Dysfunktion hilfreich sein. Ist die EE etabliert, erscheint eine weitere Messung des GRV nicht mehr nötig. Ab GRV > 500 ml wird eine Verzögerung der EE empfohlen.	Es wird nicht empfohlen, das GRV standardmässig zu messen. Falls es trotzdem gemessen wird, bis GRV < 500 ml sowie keinen anderen Anzeichen für eine reduzierte Toleranz der EE sollte diese nicht reduziert werden.

Tabelle 1: Ernährungstherapie in der Intensivmedizin (Erwachsene)

	ESPNIC	ASPEN
Energiebedarf	Goldstandard: indirekte Kalorimetrie Falls keine indirekte Kalorimetrie möglich ist: In der Akutphase die Schofield Formel verwenden, um den Ruheenergiebedarf nicht zu überschreiten. Nach der Akutphase soll die Energiezufuhr gesteigert werden und in die Berechnung von Krankheitsfaktor/Stressfaktor, Aktivitätsfaktor und Wachstumsfaktor miteinberechnet werden.	Goldstandard: indirekte Kalorimetrie Falls keine indirekte Kalorimetrie möglich ist: Schofield-Formel oder die der Food Agriculture Organization/World Health Organization/United Nations University ohne Stressfaktor.
Proteinbedarf	Mindestens 1,5 g/kg KG zur Vermeidung einer negativen Proteinbilanz. Bedarf kann je nach Diagnose deutlich höher sein.	Mindestens 1,5 g/kg KG zur Vermeidung einer negativen Proteinbilanz. Bedarf kann je nach Diagnose deutlich höher sein.
Ernährungsaufbau	Start der frühen enteralen Ernährung 24 h nach Eintritt auf der Intensivstation. Steigerung der enteralen Ernährung schrittweise mit einem Feeding Protocol bis zum Erreichen des Nährstoffziels.	Start der frühen enteralen Ernährung 24–48h nach Eintritt auf der Intensivstation. Erreichen von 60 % des berechneten Energiebedarfes innerhalb der ersten Woche. Steigerung der enteralen Ernährung schrittweise mit einem Feeding Protocol bis zum Erreichen des Nährstoffziels.
Gastral versus postpylorisch	In den meisten Fällen kann gastral ernährt werden. Postpylorische Ernährung kann in Erwägung gezogen werden bei hohem Risiko für Aspiration oder bei voraussichtlich vermehrten postoperativen Nüchternperioden.	In den meisten Fällen kann gastral ernährt werden. Postpylorische Ernährung kann in Erwägung gezogen werden, wenn die gastrale Ernährung nicht toleriert wird oder bei hohem Risiko für Aspiration.

	ESPNIC	ASPEN
Kontinuierlich versus intermittierend	Ungenügende Datenlage, um das eine dem anderen vorzuziehen.	Ungenügende Datenlage, um das eine dem anderen vorzuziehen.
Zusätzliche parenterale Ernährung	Das Zurückhalten der parenteralen Ernährung für bis zu einer Woche kann in Betracht gezogen werden, unabhängig vom Ernährungsstatus. Eine ausreichende Mikronährstoffzufuhr muss gewährleistet werden.	Kein Start der parenteralen Ernährung innerhalb der ersten 24 h nach Eintritt. Keine zusätzliche parenterale Ernährung in der ersten Woche nach Eintritt bei Patienten mit normalem Ernährungsstatus und geringem Risiko einer Verschlechterung dessen. Zusätzliche parenterale Ernährung für Kinder, die in der ersten Woche keine enterale Ernährung erhalten können. Bei Patienten, die schwer mangelernährt sind oder bei denen das Risiko einer Ernährungsverschlechterung besteht, kann durch eine zusätzliche parenterale Ernährung in der ersten Woche ergänzt werden.
Gastrales Residualvolumen (GRV)	Kein standardmässiges Messen des GRV empfohlen.	Keine Angaben

Tabelle 2: Ernährungstherapie in der pädiatrischen Intensivmedizin

Directives actuelles de thérapie nutritionnelle en soins intensifs

Romana Stöckli, BSc
Diététicienne ASDD
Hôpital cantonal de Baden

Carol Theiler, BSc
Diététicienne ASDD
Hôpital universitaire de Zurich

Larissa Bürki, MSc
Diététicienne ASDD
Experte DPA en soins intensifs
Hôpital universitaire pour enfants de Zurich

Le profil des patient-e-s en soins intensifs est très hétérogène. Mais tou-te-s ont en commun un trouble de l'homéostasie causé par un facteur de stress, qui conduit à un hypermétabolisme et par la suite à un catabolisme, une valorisation limitée des glucides avec une insulinorésistance périphérique et une libération accrue d'acides aminés et de lipides; on observe par ailleurs une réabsorption renforcée du sodium et de l'eau (3). Toutes les directives partent du principe que la thérapie nutritionnelle doit être ajustée selon les différents stades de stress imposés par la maladie des patient-e-s dans un état «critique». Les stades sont globalement répartis entre phase aiguë et phase post-aiguë. On considère que la phase aiguë peut durer jusqu'à 7 jours. Elle comprend souvent une phase aiguë précoce d'1 à 2 jours, voire 3, et une phase aiguë tardive entre le 3e, respectivement le 4e, et le 7e jour. La phase post-aiguë qui suit se compose d'une phase chronique et d'une phase de réadaptation, qui se caractérise par un recul de l'inflammation et une récupération des fonctions organiques. Un nouveau trouble de l'homéostasie peut se déclarer à tout moment, notamment des suites d'une infection, et induit une rechute dans l'une des phases aiguës. On parle également de «second hit» (7).

Il existe différentes directives régissant la thérapie nutritionnelle en soins intensifs, notamment celles de la société américaine *American Society for Parenteral and Enteral Nutrition* (ASPEN), de la société allemande *Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V.* (DGEM), de la Société canadienne de nutrition (SCN) et de la société européenne *European Society for Clinical Nutrition and Metabolism* (ESPEN) (liste non exhaustive). Dans le tableau suivant, nous nous appuyons sur les recommandations de l'ESPEN et de l'ASPEN pour la nutrition chez l'adulte, et sur celles de l'ASPEN et de la société européenne *European Society of Pediatric and Neonatal Intensive Care* (ESPNIC) pour la pédiatrie. Le tableau donne une vue d'ensemble des principaux points, sans prétention d'exhaustivité. Pour les détails, se référer aux directives correspondantes.

Bibliographie:

- *Singer, P., Blaser, A. R., Berger, M. M., Alhazzani, W., Calder, P. C., Casaer, M. P., ... & Bischoff, S. C. (2019). ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. Clinical nutrition, 38(1), 48-79.*
- *McClave, S. A., Taylor, B. E., Martindale, R. G., Warren, M. M., Johnson, D. R., Braunschweig, C., ... & Compher, C. (2016). Guidelines for the provision and assessment of nutrition support therapy in the adult critically ill patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN). JPEN. Journal of parenteral and enteral nutrition, 40(2), 159–211.*
- *Felbinger, T. W., Richter, H. P. (2012). Ernährung von Intensivpatienten. Aktuelle Ernährungsmed. 37 (3): 36–57*
- *Tume LN, Valla FV, Joosten K, Jotterand Chaparro C, Latten L, Marino LV et al. Nutritional support for children during critical illness: European Society of Pediatric and Neonatal Intensive Care (ESPNIC) metabolism, endocrine and nutrition section position statement and clinical recommendations. Intensive care medicine. 2020;46(3):411–25.*
- *Mehta NM, Skillman HE, Irving SY, Coss-Bu JA, Vermilyea S, Farrington EA et al. Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Pediatric Critically Ill Patient: Society of Critical Care Medicine and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. JPEN Journal of parenteral and enteral nutrition. 2017;41(5):706–42.*
- *Elke G, Hartl WH, Kreymann KG et al. Clinical Nutrition in Critical Care Medicine - Guideline of the German Society for Nutritional Medicine (DGEM). Clin Nutr ESPEN. 2019;33:220–275.*
- *Joosten, K. F., Eveleens, R. D. & Verbruggen, S. C. (2019). Nutritional support in the recovery phase of critically ill children. Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care, 22(2), 152–158.*

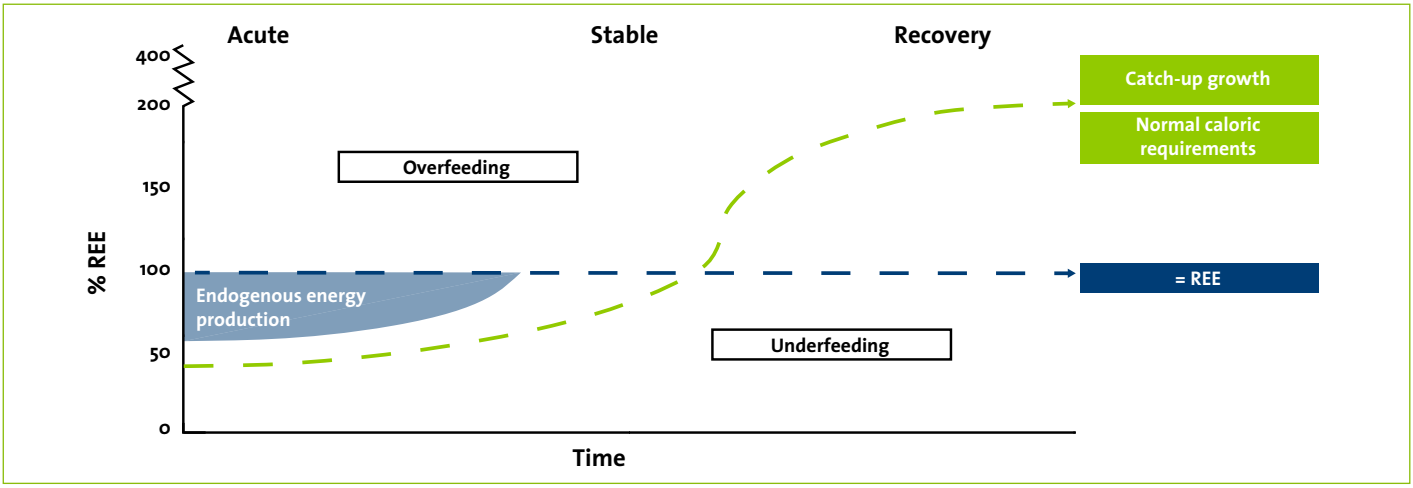


Figure 1: tirée de Joosten et al. 2018

	ESPEN	ASPEN
Besoin énergétique	Premier choix: calorimétrie indirecte Si une calorimétrie indirecte est impossible: calcul à l'aide de la VO_2 à partir du cathéter artériel pulmonaire ou de la VCO_2 déduite à partir du respirateur. Si ni la calorimétrie indirecte, ni la VO_2 ou la VCO_2 ne sont disponibles: formule de calcul approximatif en fonction du poids 20–25 kcal/g de poids corporel	Premier choix: calorimétrie indirecte Si ce n'est pas possible: par un calcul des besoins ou une formule simplifiée de calcul approximatif en fonction du poids: 25–30 kcal/g de poids corporel
Besoin en protéines	1,3 g/kg, le besoin peut évoluer selon la situation et durant le séjour en soins intensifs.	1,2–2 g/kg, le besoin peut être supérieur selon les cas. Une évaluation régulière du besoin théorique est recommandée.
Renutrition	Si une alimentation orale n'est pas possible, initiation précoce d'une alimentation entérale recommandée (48 premières heures). Pour éviter une surnutrition, la renutrition doit être menée avec précaution durant les 7 premiers jours: viser 70 % maximum du besoin énergétique pendant les 2 premiers jours, puis 80–100 % du besoin énergétique mesuré à compter du 3e jour. Si une formule de calcul approximatif en fonction du poids a été utilisée, il convient de viser une alimentation hypocalorique durant la première semaine, sous 70 % du besoin théorique.	Si une alimentation orale suffisante est impossible, mise en place de la nutrition entérale dans les 24–48 premières heures suivant l'admission. Avec pour objectif d'atteindre 80 % du besoin théorique ou estimé en énergie et en protéines dans les 48–72 premières heures.
Gastrique versus post-pylorique	Un accès gastrique doit être favorisé dans la mesure du possible. Une alimentation par voie post-pylorique est possible s'il existe un risque élevé d'aspiration ou en cas d'intolérance gastrique.	Une alimentation entérale par voie gastrique est possible pour la plupart des patient-e-s en soins intensifs. Une alimentation par voie post-pylorique doit être envisagée chez les patient-e-s présentant un risque élevé d'aspiration ou ceux ayant déjà présenté un problème de tolérance.
Alimentation continue versus intermittente	Une administration continue par sonde alimentaire est recommandée, avec un objectif en volume.	Les patient-e-s présentant un risque élevé d'aspiration ou des problèmes de tolérance à l'alimentation entérale par bolus doivent passer à une administration continue.
Alimentation parentérale complémentaire	Lorsque les mesures de thérapie nutritionnelle par voie orale et entérale sont épuisées et si l'apport reste insuffisant. De même en cas de contre-indications à une alimentation orale et entérale, une alimentation par voie parentérale doit être initiée dans les 3 à 7 jours.	Si au bout de 7–10 jours d'alimentation par voie entérale, il n'est pas possible de couvrir > 60 % des besoins en énergie et en protéines, une alimentation par voie parentérale doit être évaluée.
Volume résiduel gastrique (VRG)	La mesure du VRG peut être utile dans la renutrition entérale, afin d'identifier un éventuel trouble gastrique. Lorsque l'alimentation par voie entérale est bien en place, il n'est plus nécessaire de procéder à une nouvelle mesure du VRG. A partir d'un VRG > 500 ml, il est recommandé de retarder l'alimentation par voie entérale.	Il n'est pas conseillé de mesurer le VRG par défaut. Si une mesure est tout de même effectuée, jusqu'à un VRG < 500 ml et en l'absence d'autre signe de tolérance limitée à une alimentation par voie entérale, aucune réduction ne doit être appliquée.

Tableau 1: Thérapie nutritionnelle en soins intensifs (chez l'adulte)

	ESPNIC	ASPEN
Besoin énergétique	Gold standard: calorimétrie indirecte Si une calorimétrie indirecte est impossible: en phase aiguë, utiliser la formule de Schofield afin de ne pas dépasser le besoin énergétique au repos. Après la phase aiguë, l'apport en énergie doit être augmenté et intégré au calcul du facteur de maladie/facteur de stress, du facteur d'activité et du facteur de croissance.	Gold standard : calorimétrie indirecte Si une calorimétrie indirecte est impossible: formule de Schofield ou formules de l'Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture, de l'Organisation mondiale de la Santé et de l'Université des Nations Unies sans facteur de stress.
Besoin en protéines	Au moins 1,5 g/kg de PC afin d'éviter un bilan protéique négatif. Le besoin peut être sensiblement supérieur selon le diagnostic.	Au moins 1,5 g/kg de PC afin d'éviter un bilan protéique négatif. Le besoin peut être sensiblement supérieur selon le diagnostic.
Renutrition	Mise en place de l'alimentation précoce par voie entérale 24 heures après l'admission en soins intensifs. Augmentation progressive de l'alimentation par voie entérale, avec un protocole de nutrition jusqu'à atteindre l'objectif nutritionnel.	Mise en place de l'alimentation précoce par voie entérale dans les 24–48 heures suivant l'admission en soins intensifs. Atteinte de 60 % du besoin théorique en énergie durant la première semaine. Augmentation progressive de l'alimentation par voie entérale, avec un protocole de nutrition jusqu'à atteindre l'objectif nutritionnel.
Gastrique versus post-pylorique	La voie gastrique est possible dans la plupart des cas. Une alimentation par voie post-pylorique peut être envisagée en cas de risque élevé d'aspiration ou si une augmentation des périodes de jeûne est prévue en post-opératoire.	La voie gastrique est possible dans la plupart des cas. Une alimentation par voie post-pylorique peut être envisagée en cas d'intolérance à l'alimentation par voie gastrique ou de risque élevé d'aspiration.

	ESPNIC	ASPEN
Alimentation continue versus intermittente	Données insuffisantes pour opérer un choix.	Données insuffisantes pour opérer un choix.
Alimentation parentérale complémentaire	Jusqu'à une semaine de décalage de l'alimentation par voie parentérale peut être envisagée, quel que soit l'état nutritionnel. Un apport suffisant en micronutriments doit être garanti.	Pas de mise en place de l'alimentation par voie parentérale dans les 24 heures suivant l'admission. Pas d'alimentation parentérale complémentaire durant la première semaine suivant l'admission pour les patient-e-s avec état nutritionnel normal et un faible risque de dégradation. Alimentation parentérale complémentaire pour les enfants qui ne peuvent recevoir aucune alimentation par voie entérale durant la première semaine. Une alimentation parentérale complémentaire peut être assurée durant la première semaine pour les patient-e-s souffrant de malnutrition sévère ou présentant un risque de dégradation de l'état nutritionnel.
Volume résiduel gastrique (VRG)	Pas de mesure par défaut du VRG recommandée	Aucune indication

Tableau 2: Thérapie nutritionnelle en soins intensifs pédiatriques

Pour allier plaisir et bien-être.

Depuis 15 ans, Coop s'engage activement avec Free From pour faciliter la vie des personnes souffrant d'une intolérance alimentaire et leur permettre de se faire plaisir en toute sérénité.

Et ce, grâce à plus de 500 produits qui conviennent aux personnes souffrant d'une intolérance.

Pour en savoir plus: **coop.ch/freefrom**

free from

coop

Pour moi et pour toi.

Linee guida attuali per la terapia nutrizionale in medicina intensiva

Romana Stöckli, BSc
Dietista ASDD
Ospedale cantonale
di Baden

Carol Theiler, BSc
Dietista ASDD
Ospedale universitario
di Zurigo

Larissa Bürki, MSc
Dietista ASDD
Esperta APD in medicina
intensiva
Ospedale pediatrico
universitario di Zurigo

La tipologia dei pazienti nei reparti di terapia intensiva è molto eterogenea. Comune a tutti è tuttavia il fatto che l'omeostasi viene alterata da un fattore di stress. Questo porta ad un ipermetabolismo che si traduce in catabolismo, limitata assimilazione di carboidrati associata a insulino-resistenza periferica nonché aumento del rilascio di aminoacidi e lipidi. Inoltre, aumenta l'assorbimento di sodio e acqua (3). Tutte le linee guida raccomandano che la terapia nutrizionale venga adattata alle varie fasi di stress della malattia del «malato critico», che a grandi linee vengono distinte in acuta e post-acuta. Si ritiene che la fase acuta duri fino a 7 giorni e spesso si suddivide ulteriormente in una fase acuta iniziale di 1–2 o max. 3 giorni e una fase acuta tardiva di 3 o 4–7 giorni. La successiva fase post-acuta si articola a sua volta in una fase cronica e una fase riabilitativa. In quest'ultima si osserva una attenuazione dell'infiammazione e un recupero delle disfunzioni d'organo. Il recidivare di un disturbo dell'omeostasi, dovuto ad esempio a un'infezione, è possibile in qualsiasi momento e significa una ricaduta in una delle fasi acute, per cui viene anche denominato «second hit» (7).

Per la terapia nutrizionale nei reparti di terapia intensiva esistono diverse linee guida, come quelle della *American Society for Parenteral and Enteral Nutrition* (ASPEN), della *Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V.* (DGEM), *della European Society for Clinical Nutrition and Metabolism* (ESPEN) (elenco non esaustivo). Nella tabella seguente si fa riferimento alle raccomandazioni di ESPEN e ASPEN in materia di nutrizione per gli adulti e della ASPEN e della *European Society of Pediatric and Neonatal Intensive Care* (ESPNIC) per la pediatria. La tabella ha lo scopo di fornire una panoramica dei punti più importanti, ma non è esaustiva. Ulteriori informazioni sono disponibili nelle corrispondenti linee guida.

Bibliografia:
- *Singer, P., Blaser, A. R., Berger, M. M., Alhazzani, W., Calder, P. C., Casaer, M. P., ... & Bischoff, S. C. (2019). ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. Clinical nutrition, 38(1), 48-79.*
- *McClave, S. A., Taylor, B. E., Martindale, R. G., Warren, M. M., Johnson, D. R., Braunschweig, C., ... & Compher, C. (2016). Guidelines for the provision and assessment of nutrition support therapy in the adult critically ill patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN). JPEN. Journal of parenteral and enteral nutrition, 40(2), 159–211.*
- *Felbinger, T. W., Richter, H. P. (2012). Ernährung von Intensivpatienten. Aktuelle Ernährungsmed. 37 (3): 36–57*
- *Tume LN, Valla FV, Joosten K, Jotterand Chaparro C, Latten L, Marino LV et al. Nutritional support for children during critical illness: European Society of Pediatric and Neonatal Intensive Care (ESPNIC) metabolism, endocrine and nutrition section position statement and clinical recommendations. Intensive care medicine. 2020;46(3):411–25.*
- *Mehta NM, Skillman HE, Irving SY, Coss-Bu JA, Vermilyea S, Farrington EA et al. Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Pediatric Critically Ill Patient: Society of Critical Care Medicine and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. JPEN Journal of parenteral and enteral nutrition. 2017;41(5):706–42.*
- *Elke G, Hartl WH, Kreymann KG et al. Clinical Nutrition in Critical Care Medicine – Guideline of the German Society for Nutritional Medicine (DGEM). Clin Nutr ESPEN. 2019;33:220–275.*
- *Joosten, K. F., Eveleens, R. D. & Verbruggen, S. C. (2019). Nutritional support in the recovery phase of critically ill children. Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care, 22(2), 152–158.*

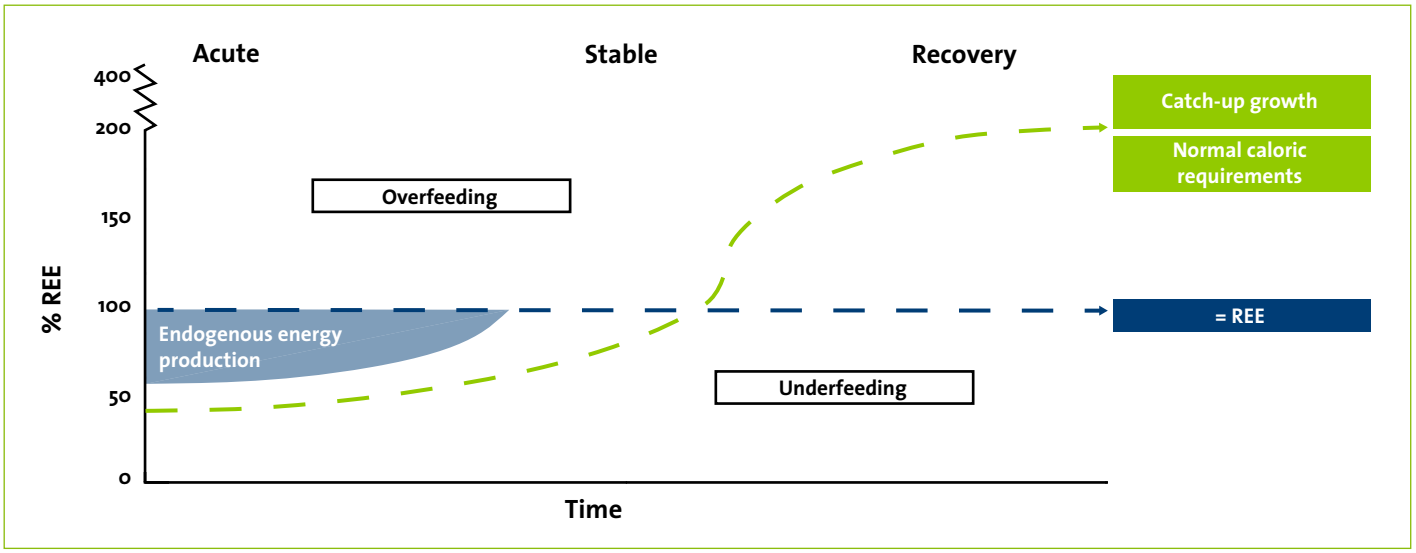


Figura 1: da Joosten et al. 2018

	ESPEN	ASPEN
Fabbisogno energetico	Prima scelta: calorimetria indiretta Se la calorimetria indiretta non è possibile: calcolo sulla base del VO_2 dal catetere arterioso polmonare o del VCO_2 misurato nell'aria in uscita dal respiratore artificiale. Se non sono disponibili né la calorimetria indiretta né il VO_2 o il VCO_2: formula di stima sulla base del peso corporeo: 20–25 kcal/kg di peso corporeo	Prima scelta: calorimetria indiretta Se ciò non è possibile: con un calcolo del fabbisogno o una formula di stima semplificata basata sul peso corporeo: 25–30 kcal/kg di peso corporeo
Fabbisogno proteico	1,3 g/kg, il fabbisogno può variare a seconda della situazione e durante la degenza in UCI.	1,2–2 g/kg, il fabbisogno può essere maggiore a seconda della situazione. Si raccomanda di effettuare una valutazione periodica del calcolo del fabbisogno.
Aumento graduale della nutrizione	Se la nutrizione orale non è possibile, si raccomanda un inizio precoce della nutrizione enterale (NE) nelle prime 48 ore. Al fine di evitare una sovranutrizione, nei primi 7 giorni è necessario attuare aumenti graduali con cautela. Per i primi 2 giorni puntare fino ad un massimo del 70 % del fabbisogno energetico, dal 3° giorno 80–100 % del fabbisogno energetico misurato. Se è stata utilizzata una formula di stima basata sul peso, nella prima settimana si dovrebbe adottare una dieta ipocalorica inferiore al 70 % del fabbisogno calcolato.	Se non è possibile un'adeguata nutrizione orale, iniziare la nutrizione enterale nelle prime 24–48 ore dopo il ricovero. Con l'obiettivo di raggiungere l'80 % del fabbisogno energetico e proteico calcolato o stimato nelle prime 48–72 ore.
Gastrica rispetto a post-pilorica	Se possibile, si dovrebbe preferire la via di accesso gastrica. Se è presente un aumentato rischio di aspirazione o un'intolleranza gastrica, si può optare per una nutrizione post-pilorica.	Nella maggior parte dei pazienti in UCI è possibile una somministrazione gastrica della NE. In pazienti ad alto rischio di aspirazione o che hanno un problema di tolleranza si dovrebbe valutare una NE post-pilorica.
Continua rispetto a intermittente	Si raccomanda la somministrazione continua degli alimenti per nutrizione enterale con un obiettivo volumetrico.	In caso di pazienti ad alto rischio di aspirazione o con problemi di tolleranza nei confronti della somministrazione in bolo degli alimenti per NE si deve passare alla somministrazione continua.
Nutrizione parenterale supplementare	Se dopo aver provato tutti gli interventi terapeutici nutrizionali orali ed enterali persiste un apporto insufficiente e se vi sono controindicazioni all'alimentazione orale ed enterale, si deve avviare la nutrizione parenterale (NP) entro 3–7 giorni.	Se dopo 7–10 giorni non si riesce a coprire per via enterale più del 60 % del fabbisogno energetico e proteico è necessario valutare una NP supplementare.
Volume gastrico residuo (VGR)	La misurazione del VGR può essere utile per la valutazione dell'eventuale disfunzione gastrica durante l'aumento progressivo della NE. Una volta stabilita la NE, la misurazione del VGR non risulta più necessaria. A partire da un VGR > 500 ml si raccomanda di rallentare la NE.	La misurazione standard del VGR non è raccomandata. Se viene comunque misurato, fino a un valore di VGR < 500 ml e in assenza di altri segni di ridotta tolleranza a questa forma di nutrizione non risulta necessaria alcuna riduzione della NE.

Tabella 1: Terapia nutrizionale in medicina intensiva (adulti)

	ESPNIC	ASPEN
Fabbisogno energetico	Gold standard: calorimetria indiretta Se la calorimetria indiretta non è possibile: nella fase acuta utilizzare la formula di Schofield per non superare il fabbisogno energetico a riposo. Dopo la fase acuta, si deve aumentare l'apporto energetico e includere nel calcolo anche il fattore malattia/fattore stress, il fattore attività e il fattore crescita.	Gold standard: calorimetria indiretta Se la calorimetria indiretta non è possibile: formula di Schofield o formule di Food Agriculture Organization/World Health Organization/United Nations University senza fattore stress.
Fabbisogno proteico	Almeno 1,5 g/kg di peso corporeo per evitare un bilancio proteico negativo. Il fabbisogno può essere notevolmente superiore in funzione della diagnosi.	Almeno 1,5 g/kg di peso corporeo per evitare un bilancio proteico negativo. Il fabbisogno può essere notevolmente superiore in funzione della diagnosi.
Aumento graduale della nutrizione	Inizio della nutrizione enterale precoce 24 ore dopo l'ingresso in unità di cure intensive. Aumento graduale della nutrizione enterale con un protocollo apposito fino al raggiungimento dell'obiettivo nutrizionale.	Inizio della nutrizione enterale precoce 24–48 ore dopo l'ingresso in unità di cure intensive. Raggiungimento del 60 % del fabbisogno energetico calcolato entro la prima settimana. Aumento graduale della nutrizione enterale con un protocollo apposito fino al raggiungimento dell'obiettivo nutrizionale.

	ESPNIC	ASPEN
Gastrica rispetto a post-pilorica	Nella maggior parte dei casi è possibile la nutrizione gastrica. La nutrizione post-pilorica può essere presa in considerazione se vi è un alto rischio di aspirazione o se si prevedono estesi periodi di digiuno postoperatorio.	Nella maggior parte dei casi è possibile la nutrizione gastrica. La nutrizione post-pilorica può essere presa in considerazione se la dieta gastrica non è tollerata o se vi è un alto rischio di aspirazione.
Continua rispetto a intermittente	Dati insufficienti per preferire l'una all'altra.	Dati insufficienti per preferire l'una all'altra.
Nutrizione parenterale supplementare	Si può prendere in considerazione di procrastinare la nutrizione parenterale fino a una settimana, indipendentemente dallo stato nutrizionale. Deve essere garantito un adeguato apporto di micronutrienti.	Nessun inizio della nutrizione parenterale entro le prime 24 ore dopo l'ingresso. Nessuna nutrizione parenterale supplementare nella prima settimana dopo l'ingresso per pazienti con stato nutrizionale normale e basso rischio di peggioramento. Nutrizione parenterale supplementare per i bambini che non possono ricevere la nutrizione enterale nella prima settimana. Nei pazienti con grave malnutrizione o a rischio di peggioramento nutrizionale può essere aggiunta una dieta parenterale supplementare integrativa durante la prima settimana.
Volume gastrico residuo (VGR)	Non è raccomandata la misurazione di routine del VGR.	Non specificato

Tabella 2: Terapia nutrizionale in medicina intensiva pediatrica

Interviews mit Ernährungsberater/innen in der Intensivmedizin

Ernährungsberater/innen mit guter Involvierung in der Intensivmedizin und Erfahrung im Fachbereich

Aurélien Clerc, MSc
Ernährungsberater SVDE
Freiburger Spital (HFR)

Romana Stöckli, BSc
Ernährungsberaterin SVDE
Kantonsspital Baden

Sylvie Garo Roulin, BSc
Ernährungsberaterin SVDE
Spitalzentrum
Riviera-Chablais

Wie sieht eure aktuelle Tätigkeit auf den Intensivstationen aus?
Die Ernährungsberater/innen sind zwischen zwei und fünf Tagen pro Woche anwesend. Die tägliche Interventionsdauer ist unterschiedlich. Sie variiert auf Stationen mit einer Präsenzzeit von 5/7 Tagen zwischen 30 Minuten und vier Stunden und auf Stationen, auf denen die Ernährungsberater/innen zwei Mal pro Woche vor Ort sind, zwischen einer Stunde und fünf Stunden. Ein mehrköpfiges Team (zwischen 1–5 Personen) arbeiten dort im Turnus.

Was läuft bereits gut?
Grundsätzlich haben die auf den Intensivpflegestationen (IPS) tätigen Ernährungsberater/innen den Eindruck, dass ihre Arbeit von den Ärztinnen und Ärzten und dem Pflegepersonal zunehmend anerkannt wird. Diese bitten uns regelmässig um Ernährungsinterventionen und folgen zunehmend unseren Vorschlägen. Durch die Coronapandemie wird unserer Arbeit, insbesondere seit der Einführung der frühzeitigen Ernährungstherapie, mehr Anerkennung entgegengebracht. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit funktioniert recht gut. Das Ernährungsberatungsteam hat in der Regel Zugang zu den nützlichen Informationen und der Kommunikationsfluss ist gut, insbesondere dank den immer häufiger konsultierten elektronischen Patientendossiers oder dank separaten Feldern für die Ernährungsberater/innen auf den Verordnungsblättern. Der Austausch und die Kommunikation wird zudem durch die Präsenz einer Ansprechperson für die IPS erleichtert. In zwei Spitälern wurden Ernährungsprotokolle bzw. multidisziplinäre Protokolle eingeführt (Ärzteschaft, Pflegepersonal und Ernährungsberater/innen). Diese Protokolle werden in der Regel vom Pflegepersonal angewendet. An mindestens in zwei Spitälern stattfindenden interdisziplinären Kolloquien werden alle Problematiken von Langzeitpatientinnen und -patienten diskutiert (inkl. der Ernährung). In einem Universitätszentrum der Westschweiz werden nach Möglichkeit kalorimetrische Messungen für Langzeitpatientinnen und -patienten durchgeführt. Im gleichen Zentrum wurden wöchentliche medizinische Besuche für Ernährungsberater/innen eingeführt, um bei komplexen klinischen Situationen den Austausch und die Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft zu verbessern. Zudem halten Ernährungsberater/innen während internen Weiterbildungen Vorträge.

Wo seht ihr Verbesserungs-/Optimierungsmöglichkeiten?
Für die Intensivpflege gibt es derzeit nicht genügend Vollzeitstellen (VZS), um regelmässig präsent zu sein, die medizinischen Besuche zu begleiten und mehr Patientinnen und Patienten, beispielsweise jene ohne künstliche Ernährung, zu untersuchen und überwachen. Eine frühzeitige Behandlung sowie auf ihre Bedürfnisse zugeschnittene Mahlzeiten wären also hilfreich.

Weil in einigen Spitälern zum Teil nur auf Papier dokumentiert wird, ist der Zugang zu Informationen erschwert. Darüber hinaus wird die perorale Ernährung kaum präzisiert bzw. dokumentiert, was eine korrekte Behandlung verunmöglicht. Das Fehlen von Software oder Protokollen hilft ferner nicht, das Bewusstsein für eine frühzeitige Ernährungsbehandlung von IPS-Patientinnen und -Patienten zu schärfen. Das Vorhandensein solcher Hilfsmittel würde es der Ärzteschaft ermöglichen, frühzeitig eine Ernährungstherapie einzuleiten. Ein weiteres Hindernis stellt auch der Wechsel von Chefärztinnen und -ärzten dar, die manchmal noch gewisse Vorbehalte gegenüber Ernährungstherapie haben und nicht genügend darüber Bescheid wissen. Während die enterale Ernährung beim Pflegepersonal grosse Akzeptanz geniesst und auch eingesetzt wird, ist gegenüber dem Einsatz parenteraler Ernährung ein gewisses Zögern auszumachen.

Indirekte Kalorimetriemessungen sind in einigen Spitälern nicht erhältlich, obwohl es die beste Methode zur Evaluierung des Nährstoffbedarfs bei Patientinnen und Patienten ist. Sie wäre insbesondere zur Evaluierung des Kalorienbedarfs übergewichtiger Patientinnen und Patienten sehr hilfreich. Eine stärkere Sensibilisierung des Pflegepersonals für dieses Hilfsmittel und dessen regelmässige Anwendung mit qualitativ hochwertigen Geräten könnte die Akzeptanz beim Pflegepersonal erhöhen. In einigen Spitälern müsste beim Austritt der Patientinnen und Patienten aus der Intensivstation oder Übertritt von der Intensivstation auf die Normalstation die Kommunikation mit dem verantwortlichen Pflegepersonal verbessert werden, um das ernährungstherapeutische Follow-up zu optimieren.

Fachexpertin APD Intensivmedizin

Larissa Bürki, MSc
Ernährungsberaterin SVDE
Fachexpertin APD
Intensivmedizin
Universitäts-Kinderspital
Zürich

Was sind aus deiner Sicht die Unterschiede und die Vorteile von deiner Rolle als Advanced Practice Dietitian (APD) gegenüber einer anderen Ernährungsberaterin auf der IPS?
Grundsätzlich lässt sich sagen, dass für die Arbeit auf der IPS auf jeden Fall eine in diesem Bereich spezialisierte/r Ernährungsberater/in eingesetzt werden soll, um die meist komplexen und vulnerablen Patienten qualitativ hochwertig und evidenzbasiert betreuen zu können. Der Vorteil von einer/s APD ist sicher, dass diese Fachperson auch vertiefte Kompetenzen und Wissen im Bereich des wissenschaftlichen Arbeitens hat und somit die Evidenzen aus der Literatur direkt in die Praxis einbringen kann. Aufgrund ihrer Spezialisierung im Fachgebiet bringt sie ausserdem vertieftes Wissen in ihrem Bereich mit und kann so hochkomplexe Patienten mit viel Erfahrung betreuen. In einer APD-Rolle hat man bestenfalls ausserdem mehr zeitliche Ressourcen zur Verfügung, sich nebst der Patientenarbeit auch für Projekte, Forschung und das Teaching des interprofessionellen Teams einzusetzen. In meiner Rolle beispielsweise arbeite ich meine vollen 70% für die IPS und bin dadurch tagtäglich nur für diese Stationen zuständig. Des Weiteren habe ich als APD die Möglichkeit, mich innerhalb der Arbeitszeit auch fachlich weiterzubilden und mein Wissen und meine Qualifikationen zu verbessern.

Was läuft in deiner Stelle bereits gut? Was weniger?
Nach 1,5 Jahren in der APD-Rolle darf ich sagen, dass bereits sehr vieles gut läuft. Ich habe mich gut ins interprofessionelle Team eingliedern können. Die täglichen Visiten beispielsweise haben sich etabliert und ich bin fester Bestandteil davon. Auch werde ich in alle ernährungsrelevanten Meetings und Arbeitsgruppen integriert, um beispielsweise Merkblätter und Konzepte zu erstellen, zu überprüfen oder zu überarbeiten, aber auch, um klinikinterne Weiterbildungen im Bereich der Ernährungstherapie in der Intensivmedizin organisieren und durchführen zu können. Die Kalorimetrie führe ich selbsständig durch und passe den Ernährungssupport dementsprechend an. Meine Empfehlungen werden im Patientendokumentationssystem gelesen und die Verordnungen dementsprechend angepasst.

Im Juli 2021 wurde die APD-Rolle erstmals mit einer Online-Umfrage bei der Ärzteschaft und der Pflege evaluiert. Die Evaluation soll nun jährlich wiederholt werden. Für über 75 % der befragten Personen hat sich die Qualität, die Effektivität sowie die Kontinuität der ernährungstherapeutischen Betreuung der kritisch kranken Kinder auf der Abteilung Intensivmedizin und Neonatologie verbessert. 100 % des befragten interprofessionellen Teams sind sich sicher, dass die Stelle in den nächsten zwei Jahren dringend weiterbestehen muss und über 50 % sind der Meinung, dass die Rolle prozentmässig sogar noch weiter ausgebaut werden soll. Das stimmt mich sehr positiv.

Weniger gut läuft, dass ich mit meinen Stellenprozenten aktuell noch zu wenig Ressourcen für die Patienteneltern habe und daher ihre Anliegen aktuell noch zu wenig vertreten kann. Viele weitere Projekte stehend wegen fehlender Ressourcen still, für die ich ebenfalls gerne Zeit hätte und die von der Klinik als dringend zu bearbeiten eingestuft werden.

Wie sieht die Vision deiner APD-Rolle aus?
Meine Vision der APD-Rolle im Universitäts-Kinderspital Zürich ist, dass es von einer Einzelrolle in einen Teamansatz kommt. Das würde bedeuten, dass die APD zusätzlich ein bis zwei weitere Ernährungsberaterinnen bekommt (dementsprechend auch noch weitere zusätzliche Stellenprozente), welche ebenfalls im Fachbereich der Intensivmedizin spezialisiert und tätig sind, und dadurch ein APD-Team entstehen würde mit mehr Ressourcen für Patientenarbeit und Projektarbeit.

Die nächste GV findet am 26. März 2022 in Bern statt.
Mitglieder, welche die Behandlung eines Traktandums wünschen, haben dies gemäss Statuten, Art. 8, bis 50 Tage vor der Generalversammlung schriftlich beim Vorstand zu verlangen, d.h. bis am **3. Februar 2022.**
Die Teilnahme an der GV ist nur vor Ort in Bern möglich (kein Livestream).

La prochaine AG aura lieu le 26 mars 2022 à Berne.
Les membres qui souhaitent ajouter un point à l'ordre du jour doivent, selon art. 8 des statuts, en faire la demande écrite au comité au moins 50 jours avant la date de l'assemblée générale, soit jusqu'au 3 février 2022.
La participation à l'AG est uniquement possible sur place à Berne (pas de livestream).

SVDE ASDD

Interviews avec des diététicien-ne-s en soins intensifs

Diététicien-ne-s avec forte implication dans les soins intensifs et expérience du domaine

Aurélien Clerc, MSc
Diététicien ASDD
Hôpital Fribourgeois

Romana Stöckli, BSc
Diététicienne ASDD
Hôpital cantonal de Baden

Sylvie Garo Roulin, BSc
Diététicienne ASDD
Hôpital Riviera-Chablais

Comment se décompose votre activité actuelle en soins intensifs?
Les diététicien-ne-s sont présent-e-s entre 2 à 5 jours par semaine. La durée journalière d'intervention est très variable, elle peut aller de 30 min à 4 h par jour pour les sites où il y a une présence 5/7 et de 1 h à 5 h/jour pour les sites où il y a des interventions 2x par semaine. Entre 1 et 5 diététicien-ne-s y travaillent en tournus.

Dans quels domaines la collaboration fonctionne-t-elle déjà bien?
De manière générale, les diététicien-ne-s qui interviennent aux soins intensifs (SI) ont le sentiment que leur travail est de mieux en mieux reconnu par les médecins et les équipes soignantes, qui nous demandent régulièrement des interventions nutritionnelles et suivent de plus en plus souvent nos propositions. Cette reconnaissance a été augmentée depuis la période covid, particulièrement avec la mise en place de support nutritionnel plus précoce. La collaboration interdisciplinaire fonctionne assez bien, l'équipe de nutrition a le plus souvent accès aux informations utiles et la communication est aisée, notamment par la documentation dans un dossier informatisé, qui est de plus en plus consulté, ou par un espace dédié aux diététicien-ne-s sur la feuille d'ordre. La présence d'une personne référente pour les SI facilite les échanges et la communication. Dans deux hôpitaux, des protocoles ont été instaurés, que ce soient des protocoles de nutrition ou multidisciplinaires (médecins, infirmiers/ières et diététicien-ne-s). Ces protocoles sont en principe suivis par les soignant-e-s. Des colloques interdisciplinaires pour les patient-e-s longs-séjours sont organisés dans au moins 2 hôpitaux, où toutes les problématiques du patient sont abordées, dont la nutrition. Dans un centre universitaire romand, des mesures de calorimétrie sont réalisées pour ces patient-e-s longs-séjours dans la mesure des possibilités. Dans ce même centre, la participation à une visite médicale hebdomadaire a été instaurée, ce qui permet au/à la diététicien-ne de mieux échanger et collaborer avec les médecins pour les situations cliniques complexes. De plus, le/la diététicien-ne intervient lors de formations continues internes.

Où voyez-vous un potentiel d'amélioration/d'optimisation?
Les EPT (équivalent plein temps) attribués aux soins intensifs sont insuffisants pour assurer une présence régulière et participer aux visites médicales, pour dépister et suivre davantage de patient-e-s, comme par exemple les patient-e-s sans nutrition artificielle. Pour ces patient-e-s qui s'alimentent per os, une prise en charge plus précoce et des commandes de repas mieux adaptées à leur besoins seraient utiles.

Dans certains hôpitaux, la documentation se fait partiellement sur papier, ce qui complique la prise d'information. De plus, les apports per os des patient-e-s ne sont pas précis voire peu documentés, ce qui empêche une prise en charge correcte des patient-e-s. Le manque de logiciel ou protocole permettant aux médecins d'être plus indépendant-e-s dans les mises en place de support nutritionnel n'aide pas à la sensibilisation de la prise en charge nutritionnelle précoce des patient-e-s en SI. Dans certains cas, le tournus de médecins chef-fe-s avec parfois encore certaines réticences et méconnaissances des prises en charges nutritionnelles et du rôle de la nutrition dans le traitement du patient est également un obstacle.

Si les nutritions entérales sont facilement acceptées et mises en route par les soignant-e-s, l'hésitation est plus grande pour la mise en place des nutritions parentérales par le corps médical et infirmier.

En ce qui concerne la calorimétrie indirecte, elle n'est pas disponible dans certains hôpitaux, alors que c'est le gold standard pour l'évaluation des besoins nutritionnels chez les patient-e-s. Elle serait notamment très utile pour le calcul des besoins des patient-e-s obèses. Une sensibilisation des soignant-e-s à cet outil et une utilisation régulière, avec un matériel de qualité, pourraient permettre une meilleure adhésion des soignant-e-s à ses résultats.

Dans certains hôpitaux, une meilleure communication avec l'équipe qui traite le patient à sa sortie des soins intensifs devrait être améliorée pour optimiser son suivi nutritionnel.

Experte DPA en soins intensifs

Larissa Bürki, MSc
Diététicienne ASDD
Experte DPA en soins intensifs
Hôpital universitaire
pour enfants de Zurich

D'après toi, quels sont les avantages de ton rôle de diététicienne de pratique avancée (DPA) et en quoi diffère-t-il des autres diététicien-ne-s en soins intensifs?
Fondamentalement, on peut affirmer qu'un engagement en soins intensifs impose dans tous les cas de faire appel à un-e diététicien-ne spécialiste du domaine, à même de prendre en charge des patient-e-s aux profils souvent complexes et vulnérables en adoptant une approche de qualité et fondée sur les données probantes. Le/la DPA a certainement pour avantage de disposer de compétences et de connaissances approfondies du travail scientifique et d'être ainsi en mesure de mettre directement en pratique les données tirées de la littérature. Sa spécialisation du domaine lui apporte en outre un savoir approfondi de son domaine et une grande expérience pour l'accompagnement de patient-e-s très complexes. Dans l'idéal, le/la DPA dispose par ailleurs de plus de temps pour non seulement travailler au chevet du patient, mais aussi pour mener des projets, des travaux de recherche et une activité d'enseignement au sein d'une équipe pluridisciplinaire. A titre d'exemple, je travaille à 70 % et je passe tout ce temps exclusivement dans les unités de soins intensifs. En ma qualité de DPA, j'ai en outre la possibilité de me perfectionner pendant mes horaires de travail, afin d'améliorer mes connaissances et mes qualifications.

Qu'est-ce qui fonctionne déjà correctement dans ton rôle? Qu'est-ce qui fonctionne moins bien?
Après un an et demi dans mon rôle de DPA, je peux affirmer que beaucoup de choses fonctionnent déjà bien. Je me suis bien intégrée à l'équipe pluridisciplinaire. Les visites quotidiennes sont par exemple bien établies, et j'en fais partie intégrante. Je participe également à tous les groupes de travail et aux réunions sur les questions nutritionnelles destinés à produire, contrôler ou élaborer des feuilles d'information et des concepts, mais également à permettre l'organisation et la tenue de formations de perfectionnement en interne sur la thérapie nutritionnelle en soins intensifs. Je me charge directement des mesures de calorimétrie et j'adapte le support nutritionnel en conséquence. Mes recommandations sont intégrées au système de dossiers patients et les ordonnances sont ajustées en conséquence.

En juillet 2020, le rôle de DPA a été évalué pour la première fois au travers d'une enquête en ligne menée auprès des médecins et du personnel infirmier. Cette évaluation sera répétée chaque année. Pour plus de 75 % des personnes interrogées, la qualité, l'efficacité et la continuité de la prise en charge diététique des enfants souffrant de maladies graves au sein des services de soins intensifs et de néonatalogie se sont améliorées. L'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire interrogée a la conviction que le poste doit impérativement être maintenu pour les deux années à venir, et plus de la moitié pensent, que le taux d'occupation pour ce poste doit encore être développé. Cela me fait très plaisir.

En revanche, parmi les éléments moins positifs, mon taux d'occupation ne m'offre pas suffisamment de temps pour les parents des patients, dont je ne représente pour l'heure pas suffisamment les intérêts. Nombre d'autres projets sont à l'arrêt par manque de ressources, et j'aimerais disposer de temps pour m'y intéresser alors que la clinique les considère comme urgents.

Quelle est ta vision du rôle de DPA?
A mes yeux, le rôle de DPA de l'hôpital universitaire pour enfants de Zurich devrait être imbriqué dans une approche d'équipe. Le/la DPA devrait bénéficier d'un-e ou deux diététicien-ne-s supplémentaires (et donc d'équivalents plein temps plus élevés), qui seraient également spécialisé-e-s et actifs/ives en soins intensifs afin de créer une équipe de DPA avec plus de ressources pour la prise en charge des patient-e-s et le suivi de projets.

Wir DANKEN unseren Sponsoren und Förderern für die Unterstützung im 2021!

Nous REMERCIONS nos sponsors et donateurs pour leur soutien en 2021!

GRAZIE ai nostri sponsor e donatori per il sostegno nel 2021!

Abbott AG
Coop Genossenschaft
Doetsch Grether
Emmi Schweiz AG
Fresenius Kabi (Schweiz) AG
Hermes Süssstoff (Assugrin)
Hug AG
Nestlé Health Science
Nestlé Suisse SA
Nutricia SA
Proviande Genossenschaft
Schweizer Milchproduzenten (SMP)
Schweiz. Schälmühle E. Zwicky AG

SVDE ASDD

Interviste a dietiste e dietisti attive/i nella medicina intensiva

Dietiste e dietisti ben inserite/i nella medicina intensiva e con esperienza nel settore

Aurélien Clerc, MSc
Dietista ASDD
Ospedale friburghese

Romana Stöckli, BSc
Dietista ASDD
Ospedale cantonale di Baden

Sylvie Garo Roulin, BSc
Dietista ASDD
Ospedale Riviera-Chablais

Come si svolge la vostra attuale attività nei reparti di cure intense?
Le/i dietiste/i sono presenti da 2 a 5 giorni a settimana. La durata giornaliera degli interventi è molto variabile, può andare da 30 minuti a 4 ore al giorno nei siti dove abbiamo una presenza 5/7 e da 1 a 5 ore al giorno nei siti dove si svolgono 2 interventi a settimana. Da 1 a 5 dietiste/i vi lavorano a rotazione.

Quali sono le cose che funzionano bene?
In generale, le/i dietiste/i che intervengono in cure intense (CI) hanno l'impressione che il loro lavoro sia sempre più riconosciuto dai medici e dal personale di cura, i quali richiedono regolarmente degli interventi nutrizionali e seguono sempre più spesso le nostre proposte. Il riconoscimento è aumentato dal periodo pandemico, in particolare grazie all'instaurazione di un supporto nutrizionale più precoce. La collaborazione interdisciplinare funziona abbastanza bene: l'équipe della nutrizione ha quasi sempre accesso alle informazioni utili e la comunicazione è semplice, in particolare grazie all'inserimento della documentazione in una cartella informatizzata, la quale viene sempre più spesso consultata, oppure a uno spazio dedicato alle/ai dietistie/li sul foglio delle prescrizioni. La presenza di una persona di riferimento per le CI facilita gli scambi e la comunicazione. In due ospedali sono stati istituiti dei protocolli di nutrizione o multidisciplinari (medici, infermiere/i e dietiste/i). In generale il personale curante segue questi protocolli. In almeno 2 ospedali vengono organizzati dei colloqui interdisciplinari per i pazienti lungodegenti, in occasione dei quali si tematizzano tutte le problematiche del paziente, compresa la nutrizione. In un centro universitario romando, quando possibile, per questi pazienti lungodegenti vengono eseguite misurazioni della calorimetria. Nello stesso centro è stata istituita la partecipazione settimanale a un giro di visita medica, ciò che permette alla/al dietista di meglio dialogare e collaborare con i medici in situazioni cliniche complesse. Inoltre, la/il dietista interviene in occasione di formazioni continue interne.

Dove si situa secondo voi un potenziale di miglioramento o di ottimizzazione?
Gli equivalenti a tempo pieno assegnati alle cure intense non bastano per assicurare una presenza regolare e per partecipare ai giri di visita medica, effettuare screening e seguire maggiormente i pazienti, ad esempio quelli senza nutrizione artificiale. Per questi pazienti che si alimentano per via orale sarebbero utili una presa a carico precoce e l'ordinazione di pasti meglio adattati ai loro bisogni.

In alcuni ospedali la documentazione viene gestita in parte su carta e questo complica l'ottenimento di informazioni. Inoltre, gli apporti orali dei pazienti non sono precisi o sono poco documentati, ciò che ci impedisce di prendere a carico correttamente i malati. La mancanza di software o protocolli che permettano ai medici di essere più indipendenti nell'instaurare un supporto nutrizionale non facilita la sensibilizzazione sulla presa a carico nutrizionale precoce dei pazienti di CI. In alcuni casi, è d'ostacolo anche la rotazione dei primari, talvolta ancora riluttanti e poco informati riguardo alla presa a carico nutrizionale e al ruolo della nutrizione nel trattamento del paziente.

Se la nutrizione enterale è facilmente accettata e instaurata dal personale curante, il personale medico e infermieristico esita maggiormente di fronte al ricorso ad una nutrizione parenterale.

In alcuni ospedali la calorimetria indiretta non è disponibile malgrado sia il gold standard per la valutazione dei fabbisogni nutrizionali dei pazienti. Sarebbe in particolare molto utile per il calcolo dei fabbisogni delle persone obese. Sensibilizzare il personale curante su questo strumento e sul suo impiego regolare, con materiale di qualità, potrebbe stimolare il personale curante ad apprezzarne maggiormente i risultati.

In alcuni ospedali, per ottimizzare il follow-up nutrizionale, bisognerebbe migliorare la comunicazione con l'équipe che ha in cura il paziente dopo la sua dimissione dal reparto di cure intense.

Esperta APD in medicina intensiva

Larissa Bürki, MSc
Dietista ASDD
Esperta APD in medicina intensiva
Ospedale pediatrico universitario di Zurigo

Dal tuo punto di vista, in cosa si distingue la tua funzione di Advanced Practice Dietitian (APD) rispetto a quello di un'altra dietista in CI e quali sono i suoi vantaggi?
In linea di massima, posso affermare che per quanto riguarda il lavoro in CI, per poter fornire ai pazienti più complessi e vulnerabili cure di alta qualità e basate sull'evidenza, si dovrebbe in ogni caso impiegare una/un dietista specializzata/o in questo settore. Il vantaggio che si trae dal ricorso ad un'/un APD consiste sicuramente nel fatto che questa/o specialista possiede competenze e conoscenze approfondite anche nell'ambito del lavoro scientifico, che le/gli permettono di traslare direttamente nella prassi le evidenze provenienti dalla letteratura. Grazie alla sua specializzazione in questo campo, dispone inoltre di conoscenze approfondite nel proprio settore e di grande esperienza per assistere pazienti molto complessi. Nel migliore dei casi, la funzione di APD consente di disporre di maggiori risorse temporali da dedicare a progetti, ricerca e istruzione dei team interprofessionali, in aggiunta al lavoro svolto con i pazienti. Nel mio caso, ad esempio, dedico tutto il mio 70 % alle CI e ogni giorno sono responsabile solo per questi reparti. Inoltre, in qualità di APD ho anche la possibilità di perfezionarmi durante l'orario di lavoro e migliorare così le mie conoscenze e qualifiche.

Quali sono le cose che già funzionano bene nel tuo lavoro e cosa invece può essere migliorato?
Dopo un anno e mezzo che occupo questa funzione posso dire che sono molte le cose che funzionano correttamente. Mi sono integrata bene nel team interprofessionale. I giri di visita quotidiani, ad esempio, si sono istituzionalizzati e io ne faccio parte a pieno titolo. Vengo anche coinvolta in tutte le riunioni e i gruppi di lavoro che hanno a che fare con la nutrizione ad esempio per redigere, verificare o rielaborare schede informative e linee guida, ma anche per organizzare ed effettuare all'interno dell'istituto corsi di perfezionamento nel settore della terapia nutrizionale in medicina intensiva. Eseguo autonomamente la calorimetria e adeguo il supporto nutrizionale di conseguenza. Le mie raccomandazioni vengono lette nel sistema di documentazione dei pazienti e le prescrizioni adeguate di conseguenza.

Nel luglio del 2021 la funzione di APD è stata per la prima volta valutata tramite un sondaggio online condotto fra medici e infermieri. La valutazione verrà ripetuta annualmente. Oltre il 75 % delle persone consultate ritiene che la qualità, l'efficacia e la continuità della presa a carico nutrizionale dei bambini gravemente malati nei reparti di cure intense e di neonatologia sono migliorate. Il 100 % dei team interprofessionali consultati è sicuro che tale funzione vada assolutamente mantenuta per i prossimi due anni e più del 50 % sostiene che il tasso di occupazione di questa funzione andrebbe addirittura aumentato. Questo mi fa molto piacere.

Uno degli aspetti meno positivi è che il mio attuale tasso di occupazione non mi permette di disporre di risorse sufficienti per i genitori dei pazienti e quindi per il momento non posso soddisfare in modo sufficiente le loro richieste. Molti altri progetti, che la clinica considera urgenti e ai quali mi piacerebbe dedicare del tempo, sono in stallo per mancanza di risorse.

Qual è secondo te l'evoluzione ideale della funzione di APD?
Vorrei tanto che la funzione di APD all'Ospedale pediatrico universitario di Zurigo non sia più limitata ad una singola persona ma che venga sviluppato un approccio di team. Ciò implicherebbe che la mia funzione venisse svolta da una o due dietiste supplementari (con relative ulteriori percentuali di lavoro) anch'esse specializzate e attive nel settore della medicina intensiva. Ciò consentirebbe di formare un team di APD che disporrebbe di maggiori risorse da dedicare al lavoro con i pazienti e ai progetti.

WORT DES PRÄSIDENTEN
LE MOT DU PRÉSIDENT
PAROLA DEL PRESIDENTE

Adrian Rufener
Präsident
Président
Presidente

SVDE ASDD

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Qualität und Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen sind in der aktuellen politischen Diskussion allgegenwärtig. Die im Sommer 2019 vom Parlament verabschiedete Vorlage zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen führt für unseren Berufsstand zu weitreichenden Veränderungen. Wir werden von der Politik aufgefordert, unsere erbrachte Qualität zu überprüfen und beständig weiterzuentwickeln. Wie ich euch hierzu in meinem letzten Wort des Präsidenten bereits berichtet habe, stecken wir mitten in den Verhandlungen des Qualitätsvertrages für den ambulanten Bereich und sind mit Hochdruck daran, die entsprechenden Dokumente anzupassen. Zudem wurden uns am 30. Juni 2021 die Qualitätsstrategie und die Vierjahresziele 2021–2024 des Bundes mit einer Frist bis zum 30. August 2021 zur Konsultation unterbreitet. Unsere Konsultationsantwort findet ihr auf unserer Website unter dem Menü «Verband». Werft unbedingt einen Blick in diese Dokumente, da uns diese Eckpunkte in den kommenden Jahren intensiv beschäftigen werden.

Ich blicke auf ein für den Berufsverband intensives Jahr zurück, welches nebst den vielen offenen Projekten und der Erledigung des Tagesgeschäfts insbesondere durch den Wechsel im Präsidium wie auch in der Geschäftsführung geprägt war. Zudem haben wir auch drei neue Vorstandsmitglieder, welche neuen Wind bringen.

Ich wünsche euch frohe Festtage, einen guten Start im neuen Jahr und insbesondere gute Gesundheit!

Chères collègues, chers collègues

La qualité et le développement de la qualité dans le système de santé sont omniprésents dans le débat politique actuel. Le projet d'ordonnance adopté par le Parlement durant l'été 2019 visant à renforcer la qualité et l'économicité dans le domaine de santé entraîne des changements très importants pour notre profession. Les politiques nous invitent à vérifier la qualité de nos prestations et à la développer en permanence. Comme je vous en avais déjà parlé dans mon message précédent, nous sommes en pleine négociation sur la convention de qualité pour le domaine ambulatoire et mettons les bouchées doubles pour adapter les documents correspondants. De plus, le 30 juin 2021, la stratégie en matière de qualité et les objectifs quadriennaux 2021-2024 de la Confédération ont été soumis à la consultation avec un délai de réponse fixé au 30 août 2021. Vous trouverez notre réponse sur notre site Internet à la rubrique «Association». Jetez absolument un coup œil sur ces documents, car ces sujets centraux nous occuperont beaucoup ces prochaines années.

Pour notre association professionnelle, une année intense est sur le point de se terminer. En plus des nombreux projets en cours et de l'accomplissement des tâches courantes, elle a été marquée par un passage de flambeau à la présidence, mais aussi à la direction. De plus, trois nouveaux membres ont rejoint le comité, qui apportent une énergie nouvelle.

Je vous souhaite de belles fêtes de fin d'année et vous présente tous mes vœux de bonheur et santé pour 2022!

Care colleghe e cari colleghi

Qualità e sviluppo della qualità nel sistema sanitario sono temi onnipresenti nell'attuale dibattito politico. Il progetto per rafforzare la qualità e l'efficienza nel sistema sanitario, approvato dal Parlamento nell'estate del 2019, comporta per la nostra categoria professionale ulteriori cambiamenti. La politica ci esorta a verificare e sviluppare costantemente la qualità delle nostre prestazioni. Come vi avevo già comunicato in questa sede sull'ultimo numero della nostra rivista, siamo nel mezzo di trattative sul contratto di qualità per il settore ambulatoriale e stiamo lavorando intensamente all'adeguamento dei documenti in questione. Inoltre, il 30 giugno 2021 la Confederazione ci ha sottoposto per consultazione (con termine di risposta il 30 agosto 2021) la sua strategia qualitativa e i suoi obiettivi per il quadriennio 2021–2024. Trovate i documenti in consultazione e la nostra risposta (in tedesco) sul nostro sito Internet alla rubrica «Verband». Vi invitiamo se possibile a dare un'occhiata a questi documenti, perché i punti chiave di cui trattano ci terranno molto occupati nei prossimi anni.

L'anno che sta volgendo al termine è stato molto intenso per la nostra associazione e contrassegnato, oltre che dai molti progetti in corso e dallo svolgimento delle attività correnti, in particolare anche dagli avvicendamenti alla presidenza e alla direzione del segretariato. A ciò si aggiungono i tre nuovi membri del Comitato direttivo che portano nuova linfa.

Vi auguro Buone Feste e un felice Anno Nuovo in piena salute!

Wechsel der Geschäftsführung

Liebe Mitglieder

Zeit, mich zu verabschieden!
Ich durfte mich in den letzten fast 12 Jahren für die Ernährungsberater/innen SVDE und deren Bedürfnisse einsetzen und durch die professionelle Rückendeckung des Vorstands viel bewegen. Es ist für mich jedoch an der Zeit für eine berufliche Veränderung. Zudem bringen neue Kräfte bekanntlich auch den Vorteil mit sich, dass neue Ideen und Projekte angegangen werden können. Mit Marco Buser wird ein fachkundiger und engagierter Kollege von mir meine Nachfolge antreten. Ich wünsche ihm von Herzen viel Freude und Erfolg!
Ich bedanke mich bei allen Ernährungsberater/innen SVDE, den Fachhochschulen, Partnern und Sponsoren und im Besonderen beim SVDE-Vorstand für das Vertrauen. Ohne Sie alle hätten wir das nicht erreicht, was in den letzten Jahren für den SVDE möglich war.

Mit meinen besten Wünschen für die Zukunft des SVDE, Karin Stuhlmann

---

Liebe Mitglieder

Per 18. Oktober habe ich ich die Führung der Geschäftsstelle des SVDE von Karin Stuhlmann übernommen. Im Zuge der Übergabearbeiten der vergangenen Wochen hatte ich bereits das Vergnügen, einige von Ihnen zu treffen. Alle anderen hoffe ich bei weiteren Anlässen des SVDE bald persönlich kennenzulernen.
Ein paar Worte zu meiner Person: Ursprünglich aus dem Kanton Solothurn stammend, bin ich vor gut 20 Jahren für mein Studium (Politikwissenschaft) nach Bern gezogen und leitete dort einige Jahre eine Jugendorganisation. 2011–2017 war ich in Zürich bei der Stiftung Pro Juventute im Bereich Strategie- und Organisationsentwicklung tätig. 2017 zog ich mit meiner Frau wieder nach Bern und arbeite seither bei der B'VM AG. Dort bildete ich mich berufsbegleitend zum diplomierten Verbandsmanager weiter und verantwortete während 4 Jahren die Geschäftsstelle einer Patientenorganisation (Cystische Fibrose Schweiz). Nun darf ich das SVDE-Mandat übernehmen und bin gespannt auf diese neue Herausforderung.
Ich freue mich, im engen Kontakt mit dem Vorstand und zusammen mit dem bestehenden Geschäftsstellenteam – Andrea Bielmann und Stefanie Trösch – den SVDE weiter voranzubringen.

Freundliche Grüsse, Marco Buser

Karin war eine treibende Kraft, die mit uns die Strukturen aufbaute, um die Professionalisierung unseres Verbandes voranzutreiben. Danke für die Spuren, welche du mit deinem jahrelangen Einsatz für unseren Berufsstand hinterlässt!

Beatrice Conrad
Präsidentin SVDE 2002–2012

Liebe Karin,
DANKE für deine Arbeiten und dein Engagement im SVDE, für die Unterstützung über all die Jahre und die wunderbaren gemeinsamen Stunden. Ich wünsche dir weiterhin beruflich und privat viel Erfolg und tolle Erlebnisse!

Gabi Fontana
Präsidentin SVDE 2013–2021

Karin Stuhlmann hat als Geschäftsführerin die Geschicke des SVDE massgeblich mitbestimmt und wichtige Entwicklungen des Berufsstandes begleitet. Die Professionalisierung der Verbandsstrukturen war ihr dabei ein besonderes Anliegen. Aufgrund ihres grossen fachlichen sowie methodischen Know-hows und ihrer sozialen Kompetenzen ist es ihr gelungen, diese Entwicklungen fundiert zu begleiten und ins Tagesgeschäft der Geschäftsstelle zu implementieren. Mit ihrer beratenden Stimme hat sie lenkend Einfluss genommen. Dabei war ihr immer wichtig, weitsichtige Entscheidungen zu treffen, welche unseren Berufsstand letztendlich stärken. Karin gebührt ein riesengrosser Dank für ihren Einsatz. Unser Herz weint, dass wir Karin ziehen lassen müssen. Gleichzeitig freuen wir uns, dass wir mit Marco Buser einen kompetenten Nachfolger finden konnten. Marco bringt viele Erfahrungen aus dem Verbandsmanagement mit und ist dabei auch schon in Kontakt mit unserem Berufsstand gekommen. Marco wird die Bestrebungen, welche in den letzten Jahren aufgegleist wurden, weiter begleiten und mit seinen Ideen bereichern. Wir freuen uns auf die Zusammenarbeit mit Marco!

Im Namen des Vorstandes,
Adrian Rufener
Präsident SVDE

Karin Stuhlmann und Marco Buser

Changement dans la direction

Chère membre, cher membre

Il est temps pour moi de vous dire au revoir! Pendant près de 12 ans, je me suis engagée pour les diététicien-ne-s et leurs besoins et le soutien professionnel que j'ai apporté au comité a permis de faire évoluer l'association dans beaucoup de domaines. Le moment est toutefois venu pour moi de changer d'horizon professionnel. De plus, chacun sait que les changements de personnes insufflent une nouvelle dynamique, qui apporte de nouvelles idées et fait naître de nouveaux projets. Avec Marco Buser, ma succession est assurée par un collègue compétent et engagé. Je lui souhaite plein succès et beaucoup de satisfaction dans sa nouvelle fonction!
Je remercie tou-te-s les diététicien-ne-s ASDD, les hautes écoles spécialisées, les partenaires et les sponsors, et tout particulièrement les membres du comité de l'ASDD, pour leur confiance. Sans vous toutes et tous, ce que l'ASDD a réussi à accomplir ces dernières années n'aurait pas été possible.

Je forme mes meilleurs vœux pour
l'avenir de l'ASDD.
Karin Stuhlmann

Chère membre, cher membre

Le 18 octobre, j'ai pris la direction du secrétariat de l'ASDD, succédant dans cette fonction à Karin Stuhlmann. Ces dernières semaines, dans le cadre de la passation de flambeau, j'ai déjà eu le plaisir de rencontrer certain-e-s d'entre vous. Pour celles et ceux que je n'ai pas encore vu-e-s, j'espère pouvoir faire bientôt connaissance personnellement lors d'une prochaine manifestation de l'ASDD.

Permettez-moi de me présenter brièvement: je suis originaire du canton de Soleure, je suis parti à Berne il y a plus de 20 ans pour faire des études de sciences politiques, puis j'y ai dirigé une organisation de la jeunesse. De 2011 à 2017, j'ai travaillé à Zurich dans le domaine du développement organisationnel et stratégique pour le compte de la fondation Pro Juventute. En 2017, je suis revenu à Berne avec ma femme et j'occupe depuis lors un poste chez B'VM AG. J'ai alors suivi une formation continue en cours d'emploi pour l'obtention du diplôme de gestionnaire d'associations et pendant 4 ans, j'ai été le directeur général d'une organisation représentant les droits des patient-e-s, Mucoviscidose Suisse. Je vais maintenant prendre la direction de l'ASDD et j'attends avec impatience de relever ce nouveau défi.
Je me réjouis de continuer à faire avancer l'ASDD en contact étroit avec le comité et en collaboration avec l'équipe existante du secrétariat, Andrea Bielmann et Stefanie Trösch.

Je vous adresse mes salutations
les meilleures.
Marco Buser

Karin a joué un rôle moteur dans le développement des structures de notre association, contribuant ainsi à poursuivre sa professionnalisation. Tu t'es engagée longtemps en faveur de notre profession sur laquelle tu laisseras ta marque et nous t'en remercions.

Beatrice Conrad
Présidente de l'ASDD
de 2002 à 2012

Chère Karin,
MERCI pour ton travail et ton engagement au sein de l'ASDD, pour ton soutien durant toutes ces années et pour les merveilleuses heures passées ensemble. Je te souhaite de superbes expériences et beaucoup de succès sur le plan professionnel et privé!

Gabi Fontana
Présidente de l'ASDD de 2013 à 2021

En tant que directrice, Karin Stuhlmann a influencé la destinée de l'ASDD et accompagné des étapes importantes dans le développement de la profession. Il lui a toujours tenu à cœur de professionnaliser les structures de l'association. Grâce à son grand savoir-faire spécialisé et méthodologique et à ses compétences sociales, elle a réussi à soutenir solidement ces évolutions et à les implémenter dans les activités courantes du secrétariat. Avec une voix consultative, elle a exercé une influence directrice. Elle a toujours attaché de l'importance au fait de prendre des décisions clairvoyantes contribuant finalement à renforcer notre profession. Karin mérite d'énormes remerciements pour son engagement. Nous sommes tristes de devoir nous séparer d'elle. Dans le même temps, nous nous réjouissons d'avoir trouvé en Marco Buser une personne compétente pour lui succéder. Marco dispose d'une vaste expérience dans la gestion associative et d'ailleurs, il a déjà été amené à avoir des contacts avec notre profession dans ce contexte. Marco continuera d'accompagner les initiatives qui ont été mises sur les rails ces dernières années et les enrichira par ses idées. Nous nous réjouissons de notre collaboration avec Marco!

Au nom du comité
Adrian Rufener, Président de l'ASDD

Cambiamenti in seno al segretariato

Cari membri

É tempo di dirvi addio!
Nei miei 12 anni di attività ho avuto l'onore di impegnarmi per le/i dietiste/i ASDD e le loro esigenze e di ottenere molti risultati grazie al sostegno professionale del Comitato direttivo. Tuttavia è giunto per me il momento di un cambiamento professionale. L'arrivo di forze nuove offre inoltre, come ben sappiamo, anche il vantaggio di poter realizzare nuovi progetti e idee. Il mio successore sarà Marco Buser, un collega esperto e motivato, al quale auguro di cuore grandi soddisfazioni e successi!
Ringrazio tutte/i le/i dietiste/i ASDD, le scuole universitarie professionali, i partner e gli sponsor e in particolare il Comitato direttivo dell'ASDD per la fiducia dimostratami. Senza di voi non avremmo potuto conseguire i risultati di questi ultimi anni.

Con i migliori auguri per il futuro dell'ASDD vi saluto cordialmente,
Karin Stuhlmann

Cari membri

Il 18 ottobre ho sostituito Karin Stuhlmann alla direzione del segretariato dell'ASDD. Durante il passaggio di consegne avvenuto nelle scorse settimane ho avuto il piacere di incontrare alcuni di voi. Spero di avere presto l'occasione di conoscere anche tutti gli altri, magari in occasione dei prossimi eventi organizzati dall'ASDD.
Qualche parola su di me: originario del Canton Soletta, mi sono trasferito più di 20 anni fa a Berna, dove ho studiato scienze politiche e per alcuni anni ho diretto un'organizzazione giovanile. In seguito mi sono spostato a Zurigo e dal 2011 al 2017 ho lavorato nel reparto Strategia e sviluppo organizzativo della fondazione Pro Juventute. Nel 2017 sono tornato a Berna con mia moglie e da allora lavoro presso l'azienda di consulenza B'VM AG. Parallelamente a questa occupazione ho conseguito il diploma in gestione delle associazioni e per quattro anni ho diretto il segretariato di un'organizzazione di pazienti (Fibrosi Cistica Svizzera). Ora ho l'opportunità di riprendere il mandato ASDD e non vedo l'ora di affrontare le sfide che mi si presenteranno con questa nuova posizione.
Sarà un piacere collaborare con il Comitato direttivo e con Andrea Bielmann e Stefanie Trösch del segretariato per promuovere e far progredire l'ASDD.

Cordiali saluti, Marco Buser

Karin è stata una forza trainante che ha creato assieme a noi le strutture per far progredire la professionalizzazione della nostra associazione. Grazie per tutto quello che il tuo impegno pluriennale lascia in eredità alla nostra categoria professionale!

Beatrice Conrad Frey
Presidentessa ASDD 2002–2012

Cara Karin

GRAZIE per il tuo lavoro e impegno in seno all'ASDD, per il sostegno offerto in tutti questi anni e per le belle ore passate insieme. Ti auguriamo di cuore ogni bene per il tuo futuro professionale e privato!

Gabi Fontana
Presidentessa ASDD 2013–2021

In qualità di direttrice del segretariato, Karin Stuhlmann ha contribuito in modo determinante alle sorti dell'ASDD e ha accompagnato importanti sviluppi della nostra categoria professionale. Le stava particolarmente a cuore la professionalizzazione delle strutture associative. Grazie al suo grande know-how professionale e metodologico e alle sue competenze sociali le è stato possibile accompagnare in modo competente questi sviluppi e implementarli nell'attività quotidiana del segretariato. Ci ha guidati con i suoi preziosi consigli, badando sempre a prendere decisioni lungimiranti e finalizzand e a rafforzare la nostra categoria professionale. A Karin va il nostro immenso grazie per il suo impegno. Ci piange il cuore a lasciarla andare, ma nel contempo siamo lieti di aver trovato in Marco Buser un valido e competente successore. Marco porta con sé grande esperienza nella gestione di associazioni e nella sua precedente attività era già entrato in contatto con la nostra categoria professionale. Marco affiancherà i progetti messi in cantiere negli ultimi anni, arricchendoli delle sue idee. Sarà un vero piacere collaborare con lui!

A nome del Comitato direttivo
Adrian Rufener
Presidente dell'ASDD

Karin Stuhlmann und Marco Buser

Diplomfeier Bachelorstudiengang der FFHS

«Ein Lächeln ist die kürzeste Entfernung zwischen Menschen»

Mit diesem Zitat von Victor Borge lud die Fernfachhochschule Schweiz (FFHS) am 25. September 2021 zur Diplomfeier in Brig ein. Es ist für uns eine besondere Freude, unsere 22 Absolventinnen des Bachelorstudiengangs Ernährung und Diätetik für ihre aussergewöhnlichen Leistungen zu ehren. Sie absolvieren momentan als designierte Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberater das Zusatzmodul C.

Die Direktion, Studiengangsleiterin Jacqueline Javor Qvortrup und das gesamte Team des BSc Ernährung und Diätetik gratulieren ganz herzlich!

Sarah Aebersold, Nathalie Buchmann, Patrizia Burger, Patricia Christl, Sandra Digion-Cribari, Gabriella Eberle, Eliane Eicher, Petra Gantenbein, Joelle Hegetschweiler, Andrea Kistler, Franziska Meienberg, Deborah Mischler, Valentina Pica, Sabrina Rüegsegger, Anika Schweizer, Leila Schwizer, Vera Spaar, Michèle Stucki, Carina Strässler, Leslie Thiel, Corinne von Tobel und Denise Wolanin.

Adrian Rufener, Präsident SVDE, überreicht Petra Gantenbein den vom SVDE gestifteten Preis.

Studiengangsleiterin Jacqueline Javor Qvortrup (3.v.r.), Rektor Michael Zurwerra (2.v.r.) und Direktorin Lehre Désirée Guntern Kreuzer (1.v.l.) gratulieren den anwesenden Absolventinnen 2021.

Schon reserviert? | Déjà réservé? | Già riservato?

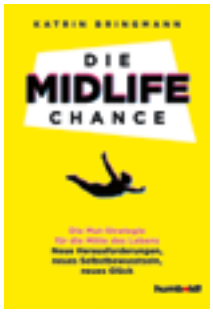
Der nächste internationale Tag der Ernährungsberater/innen findet am 9. März 2022 statt.

La prochaine journée internationale des diététicien-ne-s aura lieu le 9 mars 2022.

La prossima giornata internazionale delle-dei Dietiste-i avrà luogo il 9 marzo 2022.

SVDE ASDD

Die Midlife-Chance



Autorin: Katrin Bringmann,
humboldt-Verlag 2019,
ISBN 978-3-86910-107-1, 172 Seiten

Ein süffig geschriebener Ratgeber für Frauen um die 50, welche eher praktische Tipps von einer guten Freundin suchen, als wissenschaftliche Abhandlungen. Das heisst nicht, dass sich die Autorin nicht auf wissenschaftliche Quellen stützt, sondern dass sie es versteht, in ihren Eigenschaften als Trainerin und Karrierecoach die Inhalte so zu vermitteln, dass frau sich unmittelbar angesprochen fühlt. Das liegt auch daran, dass die Leserin von der Autorin stets mit direkter Rede und «du» angesprochen wird.

Inhaltlich wird unter dem grossen Thema Lebensmitte einerseits der Alterungsprozess ganz allgemein, andererseits aber auch die Menopause im Speziellen aufgegriffen. Weiter fliessen die psychosozialen Veränderungen durch Umbrüche im familiären und ausserfamiliären Beziehungsumfeld ein. In 6 Kapiteln wird jeder Lebensbereich behandelt und mit praktischen Tipps versehen, um sich bei Bedarf in der zweiten Lebenshälfte neu orientieren zu können. Das beginnt bei praktischen Massnahmen zur Lebensstilveränderung, geht über Fragen zu Partnerschaft und Sexualität bis hin zu Karriereplanung und Bucket List für den Rest des Lebens. Die Autorin liefert zu jedem Kapitel die entsprechenden Techniken und Trainings, sodass die geneigte Leserin am Schluss einen bunten Strauss von verschiedenen Werkzeugen in der Hand hält, um gewünschte Veränderungen einzuleiten.

Das Buch ist mit unterschiedlichen Schriftfarben, gelb hinterlegten «Merk-Kästchen» und weiteren Gestaltungselementen ansprechend gestaltet und leicht zu lesen. Das Bemühen der Autorin, den Leserinnen eine positive Sicht auf ihre zweite Lebenshälfte zu ermöglichen, ist auf jeder Seite gut spürbar und wird durch konkrete Fallbeispiele von Frauen aus ihrem Coachingalltag bereichert.

Ich persönlich schätze es nicht überaus, von einer mir persönlich unbekannten Autorin mit du angesprochen zu werden. Es mag aber durchaus Frauen geben, denen dieser Stil gefällt, weil er ihnen das Gefühl vermittelt, mit der Autorin auf Augenhöhe zu sein.

+Wenn man das Büchlein als Methodensammlung und Anregung zur Veränderung versteht und ernsthaft versucht, die einzelnen Kapitel für sich durchzuarbeiten, kann es ein wertvolles Hilfsmittel für die eine oder andere Verhaltensänderung darstellen.

– Durch den knappen Umfang des Buches werden viele Themen nur gestreift. Es werden (allzu) viele Stichworte (von Hormonen über Beckenbodentraining bis hin zu MBSR und Zeitmanagement sowie vielen anderen) aufgegriffen und mit Lösungsvorschlägen für allfällige Schwierigkeiten versehen. So kann am Schluss einmal mehr der Eindruck entstehen, dass es irgendwo diese eine Fachfrau gibt, die für jedes Problem die passende Lösung bereithält.

Rezensiert von:
Heidi Schaffer Wüst, BSc Ernährungsberaterin SVDE, MAS Psychosoziale Beratung

Die SVDE-Geschäftsstelle bleibt vom 20. Dezember 2021 bis 7. Januar 2022 geschlossen.
Gerne kümmern wir uns ab dem 10. Januar 2022 wieder um Ihre Anliegen.
Wir wünschen Ihnen eine wundervolle Weihnachtszeit und einen tollen Start ins 2022.
Herzliche Grüsse, Ihre Geschäftsstelle

SVDE ASDD

Le secrétariat ASDD sera fermé du 20 décembre 2021 au 7 janvier 2022.
C'est avec plaisir que nous nous occuperons à nouveau de vos demandes à partir du 10 janvier 2022.
Nous vous souhaitons d'excellentes fêtes de fin d'année et un bon début d'année 2022.
Cordialement, votre secrétariat

Il segretariato ASDD rimarrà chiusa dal 20 dicembre 2021 al 7 gennaio 2022.
È con piacere che a partire dal 10 gennaio 2022 ci prenderemo di nuovo cura delle vostre richieste.
Vi auguriamo una splendida stagione natalizia e un ottimo inizio nel 2022.
Cordialmente, il vostra segretariato

KURSÜBERSICHT
VUE D'ENSEMBLE DES COURS
PANORAMICA DEI CORSI

Datum Date Data	Ort Lieu Luogo	Veranstaltung Manifestation Manifestazione	SVDE-Punkte Points ASDD Punti ASDD
20.11.2021	Bussigny-près-Lausanne	Mettre en pratique les fondamentaux en micronutrition	**4**
22.11.2021	Online	Nachhaltig und pflanzenbasiert essen – Eine ganzheitliche Betrachtung für die Schweiz	**6**
23.11.2021	Online	Nachhaltige Lebensmittelproduktion und Ernährung: Schlüsselfaktoren für die öffentliche Gesundheit	**3**
23.11.2021	Online	Ausschreibung Kurs Darm und Psyche – Teil 2	**2**
24.11.2021	Online	Nutrition et supplémentation du sevrage tabagique	**7**
25.11.2021	Online	Mise en place d'une alimentation par sonde à domicile: aspects pratiques de la prise en charge diététique et bases de technique d'administration	**2**
26.11.2021–27.05.2023	Wülflingen	Dipl. Ernährungsdiagnostiker/in	**18**
30.11.2021	Zürich	Emotions- und Spannungsregulation durch Essen	**7**
30.11.2021	Online	Nos bactéries sont-elles nos nouveaux PSYS?	**2**
02.12.2021–03.12.2021	Online	Nutrition et supplémentation de la femme enceinte	**14**
07.12.2021	Online	Webinaire: «Adolescence: la micronutrition, une alliée pour la puberté»	**2**
10.01.2022–25.04.2022	Online	Dietary Management and the Low FODMAP Diet in IBS – ADVANCED course (2022)	**18**
11.01.2022	Online	Webinaire «Vegan: accompagner la transition et rester en pleine forme»	**2**
14.01.2022–16.01.2022	Online	Emotionen kennenlernen und verstehen, was da is(s)t	**13**
20.01.2022	Zürich	8. Ernährungssymposium 2022 USZ – Diabetes Mellitus – Management im klinischen Alltag	**4**
20.01.2022–31.03.2022	Zürich	Stressberatung & Stressmanagement IKP (Zertifikat)	**18**
25.01.2022–09.04.2022	Online	Formation Mind-Eat	**18**
27.01.2022	Zürich	Interventionen in der Gestalttherapie	**8**
27.01.2022	Crissier	Les algues santé pour bien veillir	**2**
01.02.2022	Lausanne	Pleine conscience et Mindful Eating	**6**
02.02.2022	Zürich	Orthorexie – Wenn «Richtig-Essen» zur Krankheit wird	**8**
10.02.2022	Bern	Der dauergestresste Mensch? Das Burnout-Konzept kritisch reflektiert	**8**
17.02.2022	Lugano	La parte degli angeli. Spiritualità e cura.	**4**
03.03.2022–08.12.2022	Zürich	Der Gestalt-Ansatz in der Beratung	**18**
04.03.2022	Zürich	Mit Humor gegen Stress – Leichtigkeit, Humor und Spiel in der Therapie und Beratung	**8**
07.03.2022–09.03.2022	Zürich	Gesundheitsrecht (Nr. B301.30.21)	**18**
08.03.2022	Neuchâtel	Micronutriments 2	**6**
09.03.2022	Zürich	Ernährung bei Nacht – und Schichtarbeit – Grundsätze der nachtspezifischen Ernährung	**8**
11.03.2022–12.03.2022	Luzern	Humor & Provokation in Therapie und Beratung	**12**
12.03.2022	Crissier	Les algues et la santé de la femme	**4**
15.03.2022	Bern	Achtsame Körperwahrnehmung und Emotionsregulation	**8**
15.03.2022–12.04.2022	Online	L'alimentation durable	**5**
18.03.2022–19.03.2022	Luzern	Lösungsorientierte Gesprächsführung	**12**
21.03.2022	Nottwil	Individualisierte Ernährungstherapie bei Querschnittlähmung	**5**
21.03.2022–23.03.2022	Zürich	Public Mental Health (Nr. 3370.22)	**18**
24.03.2022	Zürich	Die gewaltfreie Kommunikation und ihre Anwendung in Beratung und Therapie	**8**
25.03.2022–26.03.2022	Bern	NutriDays 2022	**16**
29.03.2022	Online	Emotions- und Spannungsregulation durch Essen	**7**
30.03.2022	Zürich	Achtsame Wahrnehmung und Spannungsregulation (VAKOG in der Ernährungs-Psychologischen Beratung IKP)	**8**
08.04.2022–10.04.2022	Online	Verstehen, was da unbewusst is(s)t. Tiefenpsychologische Beraterweiterbildung 2022–2025	**18**
11.04.2022–13.04.2022	Zürich	Gesundheitspolitik (Nr. B302.30.22)	**18**
12.04.2022–18.06.2022	Online	Formation Mind-Eat	**18**
21.04.2022–23.04.2022	Bern	Motivational Interviewing in der Ernährungsberatung Teil 1	**18**
22.04.2022–23.04.2022	Bern	Resilienz und andere Ressourcen aktivieren	**18**
28.04.2022	Zürich	Neue Konzepte zur Behandlung von Binge Eating Disorder	**8**
06.05.2022	Sierre	L'expertise des algues santé	**7**
07.05.2022	Zürich	Mindful Parenting – Achtsamkeit, Stressbewältigung und Selbstfürsorge für Eltern	**8**

KURSÜBERSICHT
VUE D'ENSEMBLE DES COURS
PANORAMICA DEI CORSI

Datum Date Data	Ort Lieu Luogo	Veranstaltung Manifestation Manifestazione	SVDE-Punkte Points ASDD Punti ASDD
10.05.2022	Lausanne	Nutrition et fonction rénale: de la physiologie aux situations pathologiques	**6**
14.05.2022	Luzern	Übungstag Humor und Provokation	**6**
17.05.2022	Lausanne	Communication accessible à toutes – tous	**6**
21.05.2022	Bern	Hochsensibilität: Herausforderungen und Potenziale in der Beratung von neurosensitiven Menschen	**8**
02.06.2022	St. Gallen	Stoffwechsel, Cholesterin und Co.	**6**
13.06.2022–17.06.2022	Bergün	Ketogenic Metabolic Therapies – Future Prevention & Treatment of NCD	**18**
15.06.2022	Zürich	Wenn die Seele durch den Körper spricht/Umgang mit psychosomatischen Störungen in der Ernährungs-Psychologischen Beratung	**8**
23.06.2022	Zürich	Sexualberatung und -therapie	**8**
23.06.2022	Crissier	Les algues santé et le sport	**2**
24.06.2022–25.06.2022	Zürich	Provozieren – aber richtig!	**18**
06.07.2022–09.07.2022	Schiers	Lösungsorientiertes Beraten in der Ernährungs- und Diabetesberatung	**18**
27.08.2022	Olten	Metabolisches Syndrom – Welche Möglichkeiten bietet die orthomolekulare Medizin?	**6**
01.09.2022–24.11.2022	Olten	Mikronährstoff-Zyklus	**18**
01.09.2022–01.12.2022	Zürich	Ganzheitliche Weiterbildung in Körperzentrierter Sexologischer Beratung IKP (Zertifikat)	**18**
01.09.2022–02.12.2022	Zürich	Weiterbildung Kompetenzerweiterung Paarberatung (Einzelpersonen und Paare)	**18**
01.09.2022	Zürich	Ernährung bei chronisch-entzündlichen Erkrankungen	**8**
05.09.2022–07.09.2022	Zürich	Einführung in Public Health (Nr. E001.30.22)	**18**
10.09.2022	Luzern	Darmbalance – was hat der Darm mit dem metabolischen Syndrom zu tun?	**6**
17.09.2022–22.10.2022	Luzern	Humor & Schlagfertigkeit (2 Tage)	**12**
22.09.2022	Zürich	Systemische Aufstellungen im Einzelsetting	**8**
29.09.2022	Zürich	Aggression – Sind wir nicht alle auch ein wenig agressiv?	**8**
24.10.2022–17.11.2022	Allschwil	Umwelt und Gesundheit (Nr. A001.10.22)	**18**
25.10.2022	Olten	5. Ernährungsfachkongress Mikronährstoffe «Argumente für eine Supplementierung»	**6**
28.10.2022–29.10.2022	Luzern	Lösungsorientierte Gesprächsführung	**12**
03.11.2022–05.11.2022	Bern	Motivational Interviewing in der Ernährungsberatung Teil 2	**18**
04.11.2022–05.11.2022	Luzern	Humor & Provokation in Therapie und Beratung	**12**
10.11.2022	Zürich	Körperzentrierte Erfahrungsübungen in der Praxis	**8**
17.11.2022–18.11.2022	Zürich	Psychopharmakotherapie in der Praxis	**8**
02.12.2022–03.12.2022	Zürich	Wechseljahre – Wandlungsjahre – Die Lebensmitte neu entdeckt aus Sicht der Ernährungs-Psychologischen Beratung	**18**

*Erfassen Sie Ihre absolvierte Fortbildung im **NutriEdu.***

Mehr dazu unter www.svde-asdd.ch > Bildung > NutriEdu.

*Enregistrez votre formation continue dans **NutriEdu.***

Pour plus d'informations, voir www.svde-asdd.ch > Formation > NutriEdu.

SVDE ASDD

BEI MANGELERNÄHRUNG UND MUSKELABBAU

POUR LA MALNUTRITION ET LA FONTE MUSCULAIRE

NACHWEISLICH MEHR KRAFT ...

CLINIQUEMENT PROUVÉ : PLUS DE PUISSANCE ...

... MEHR MOBILITÄT

... MEHR LEBEN [#0‡4,6-9]

... PLUS DE MOBILITÉ

... PLUS DE VIE [#‡4,6-9]

DAS STÄRKSTE* COMPACT DER SCHWEIZ

LE COMPACT LE PLUS MUSCLÉ* DE SUISSE

NEU – ENSURE® COMPACT PROTEIN HMB

*Das einzige Compact-ONS (125 ml) mit einer muskel-fokussierten Formulierung aus **Hoch-Protein**, **HMB, Leucin** und **Vitamin D**.

NOUVEAU – ENSURE® COMPACT PROTEIN HMB

*Le seul SNO compact (125 ml) avec une formule focalisée sur le muscle, **riche en protéines**, avec **HMB**, **leucine** et **vitamine D**.

VERHELFEN SIE IHREN PATIENTEN ZU MEHR KRAFT ZUM LEBEN

AIDEZ VOS PATIENTS À RETROUVER DES FORCES VITALES

Rückvergütung: alle Ensure®-Trinknahrungen werden gemäss GESKES-Richtlinien durch die Grundversicherung rückvergütet.

Remboursement: tous les SNO Ensure® sont remboursés par l'assurance de base conformément aux directives de GESKES.

HMB: ß-Hydroxy-ß-Methylbutyrat; ONS: Oral Nutritional Supplement (Trinknahrung); HMB: ß-hydroxy-ß-méthylbutyrate, SNO: Supplément Nutritif Oral

+Die Studienformulierung (Ensure Plus Advance mit 20 g Protein, 1,5 g Calcium-HMB und 330 Kalorien pro 220-ml-Portion) unterscheidet sich von Ensure Compact Protein HMB (18 g Protein, 1,5 g Calcium-HMB und 300 Kalorien pro 125-ml-Portion). / La formulation de l'étude (Ensure Plus Advance fournissant 20 g de protéines, 1,5 g de calcium HMB et 330 calories par portion de 200 ml) diffère d'Ensure Compact Protein HMB (18 g de protéines, 1,5 g de calcium HMB et 300 calories par portion de 125 ml).

#In einer klinischen Studie mit älteren Frauen mit Ernährungsrisiko und Hüftfraktur waren in der Gruppe, die zweimal täglich Ensure mit hohem Proteinanteil und HMB erhielt, signifikant mehr Patientinnen sowohl am Tag 15 als auch am Tag 30 mobil und ambulant im Vergleich zu Patientinnen, die eine Standardnahrung erhielten (p=0,001). / Dans une étude clinique menée auprès de femmes âgées à risque nutritionnel ayant subi une fracture de la hanche, un nombre significativement plus élevé de patientes étaient mobiles et ambulatoires au 15e jour et au 30e jour dans le groupe recevant Ensure à haute teneur en protéines et HMB deux fois par jour, comparativement aux patientes recevant une alimentation standard (p=0,001).

§In einer einarmigen Open-Label-Studie mit älteren mangelernährten Patienten verbesserte sich die Lebensqualität signifikant gegenüber dem Ausgangswert nach der Einnahme von Ensure mit Hoch-Protein und HMB-Gehalt zweimal täglich über 12 Wochen (p< 0,05). / Dans une étude ouverte à un seul bras menée auprès de patients âgés souffrant de malnutrition la qualité de vie s'est améliorée de manière significative par rapport aux valeurs de départ apres la prise d'Ensure a haute teneur en protéines et de HMB deux fois par jour pendant 12 semaines (p<0,05).

ºWurde in einer randomisierten Kontrollstudie zur Untersuchung der Auswirkungen eines spezialisierten ONS auf mangelernährte, kardiopulmonale Patienten (> 65 Jahre) vs. Placebo gezeigt. Das spezialisierte ONS verringerte die Sterblichkeit 90 Tage nach der Entlassung aus dem Krankenhaus; die Studie beobachtete jedoch keinen signifikanten Effekt für den primären zusammengesetzten Endpunkt der nicht-elektiven Wiederaufnahme oder des Todes. / Selon les résultats d'un essai contrôlé randomisé visant à étudier les effets d'un SNO spécialisé sur des patients malnutris et cardiopulmonaires (> 65 ans) par rapport à un placebo. Le SNO spécialisé a diminué la mortalité à 90 jours après la sortie de l'hôpital ; cependant, l'étude n'a pas observé d'effet significatif pour le critère composite primaire de réadmission non élective ou de décès.

‡Die Muskelqualität wurde als Beinkraft, ausgedrückt im Verhältnis zur Muskelmasse, berechnet. / La qualité musculaire a été calculée comme la force des jambes exprimée par rapport à la masse musculaire.

1. Cawood et al. (2012) 2. De Luis et al. (2015) 3. Malafarina et al. (2017) 4. Ekinci et al. (2016) 5. De Luis et al. (2018) 6. Deutz et al. (2016) 7. Deutz et al. (2021) 8. Cramer et al. (2016) 9. Berton et al. (2015)

Abbott AG | Hotline **0800 88 80 81** oder Tel. **041 768 43 33** | www.nutrition.abbott/ch

Abbott

life. to the fullest.®

CH-ENSC-2100008

Les avantages de la nutrition entérale à base de peptides avec une teneur élevée en graisses TCM combinés aux avantages cliniquement prouvés du PHGG

PEPTAMEN® HN PHGG

Die Vorteile von peptidbasierter Sondennahrung mit hohem MCT-Fettanteil kombiniert mit den klinisch geprüften Vorteilen von PHGG

Nouveau
HN PHGG
Neu

Kcal
1,3 kcal / ml

Haute teneur en protéines 20 %kcal
Proteinreich 20 %kcal

lipides sous forme de **TCM**
70 %
MCT
im Fettanteil

par litre
6 g PHGG
pro Liter

Omega 3
800 mg / L

Nestlé Suisse S.A., Nestlé Health Science
Entre-Deux-Villes, 1800 Vevey
Infoline : **0848 000 303**
www.nestlehealthscience.ch

Nestlé HealthScience®