



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

**SVDE ASDD**

# Nutri Info

**6/2023**

November | Novembre | Novembre



Kostformenkatalog  
Catalogue des régimes  
Catalogo delle diete alimentari



# Für Genuss und Wohlbefinden.

Vertragen Sie selbst oder jemand in Ihrem Umfeld gewisse Lebensmittel nicht? Seit über 15 Jahren engagiert sich Coop mit Free From für einen unkomplizierten Einkauf und unbeschwerten Genuss bei Unverträglichkeiten.

Dies unter anderem mit mehr als 600 Produkten, die sich für Menschen mit einer Unverträglichkeit eignen.

Mehr erfahren: [coop.ch/freefrom](https://coop.ch/freefrom)



Für mich und dich.



Schon reserviert?

## NutriDays 2024

19. + 20. April 2024 in Bern

Die SVDE-Generalversammlung findet im  
Rahmen der NutriDays am 20. April 2024 statt.

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

Déjà réservé?

## NutriDays 2024

19 + 20 avril 2024 à Berne

L'assemblée générale de l'ASDD se tiendra  
le 20 avril 2024 dans le cadre des NutriDays.

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



SVDE ASDD

## Die nächste Generalversammlung findet am 20. April 2024 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 einzureichen, d. h. bis am **29. Februar 2024**.

Die Teilnahme an der GV ist nur vor Ort in Bern  
möglich (kein Livestream).

## La prochaine assemblée générale aura lieu le 20 avril 2024 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  
**29 février 2024**.

La participation à l'AG est uniquement possible sur  
place à Berne (pas de livestream).

### DEUTSCHSCHWEIZ

Editorial .....	2
Fachteil.....	4
Wort des Präsidenten .....	30
Aktuelles .....	31
Buchrezension .....	41
Kursübersicht.....	43

### SUISSE ROMANDE

Editorial .....	2
Rubrique professionnelle .....	8
Le mot du président .....	30
Actualité.....	33
Vue d'ensemble des cours .....	43

### SVIZZERA ITALIANA

Editoriale .....	2
Rubrica professionale .....	14
Parola del presidente .....	30
Attualità .....	35
Panoramica dei corsi .....	43

### 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 Trosch,  
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: 1800

#### Themen / Sujets / Temi

- 1/2024 Tarifverhandlungen SVDE  
Négociations tarifaires de l'ASDD  
Negoziazioni tariffali dell'ASDD
- 2/2024 Update Qualitätskommission  
Update Commission Qualité  
Update Commissione paritetica per la qualità
- 3/2024 Monitoring bei enteraler und parenteraler Ernährung  
Surveillance en cas d'alimentation entérale et  
parentérale  
Monitoraggio della nutrizione enterale e parenterale
- 4/2024 Nephrologie  
Néphrologie  
Nefrologia
- 5/2024 Gemeinschafts-gastronomie  
Restauration collective  
Ristorazione collettiva
- 6/2024 Psychiatrie  
Psychiatrie  
Psichiatria

#### Druck / Impression / Stampa

Multicolor Print AG, Baar

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

1/2024: 04.12.2023

#### Tariffdokumentation / Documentation tarifaire / Documentazione delle tariffe

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

#### Geschäftsstelle / Secrétariat / Secretariato

SVDE ASDD  
Schweizerischer Verband der Ernährungsberater/innen  
Association suisse des diététicien-ne-s  
Associazione Svizzera delle-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 / Vicepresidentessa

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 e Sponsoring:

Barbara Richli  
barbara.richli@svde-asdd.ch

#### Arbeitsstandards: Interprofessionalität / Standards de travail: Interprofessionalité / Standard lavorativi: Interprofessionalità: vakant / vacant / vacante

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

#### Bildungsstandards / Standards de formation / Standard formativi:

Larissa Bürki-Flückiger  
larissa.flueckiger@svde-asdd.ch

#### Arbeitsstandards: Qualität / Standards de travail: Qualité / Standard lavorativi: Qualità:

Manuela Deiss  
manuela.deiss@svde-asdd.ch

#### Digitalisierung / Numérisation / Digitalizzazione:

Angélique Meier  
angelique.meier@svde-asdd.ch

An GV vom 25.03.23 gewählt  
Fabienne Bischof, fabienne.bischof@svde-asdd.ch

#### Titelbild / Photo de couverture / Illustrazione di copertina shutterstock

#### ISSN 2813-5881

Schlüsseltitel: Nutrinfo (Bern)  
(Schweizerischer Verband der Ernährungsberater/innen)



**Adrian Rufener, MSc**

Ernährungsberater SVDE  
Diététicien ASDD  
Dietista ASDD

## Liebe Leserin, lieber Leser

Die Gestaltung des Verpflegungsmanagements in Spitälern und Heimen ist ein seit vielen Jahren diskutiertes Thema und stellt die Praxis vor grosse Herausforderungen. Dabei bewegen wir uns in einem Spannungsfeld zwischen den kulinarischen Ansprüchen der hospitalisierten Menschen, des medizinisch indizierten und aufgrund der betrieblichen Rahmenbedingungen verfügbaren Speiseangebots sowie betriebswirtschaftlich begründeten Diskussionen zur Beschränkung des Kostformenangebots. Vieles ist nicht abschliessend geklärt, die Evidenzlage noch lückenhaft und zu wenig eindeutig und es bleiben aktuell viele Fragen offen.

Ausgehend von dieser Ausgangslage, hat der SVDE im vergangenen Jahr ein Projekt lanciert, mit welchem die Harmonisierung und Standardisierung der angebotenen Kostformen vorangetrieben werden soll. Das Projekt fokussierte darauf, ausgehend von den in der Praxis verwendeten Kostformen und der verfügbaren Literatur, einen konsens- und literaturbasierten Kostformenkatalog zu erarbeiten, welcher schweizweit möglichst einheitlich verwendet wird. Weniger als zwei Jahre nach der Lancierung dieses Projektes können wir nun ein erstes Resultat unserer Arbeiten präsentieren. Die deutschsprachige Version des Kostformenkatalogs ist Ende November auf der Website des SVDE verfügbar!

In diesem NutriInfo erhaltet ihr Einblick in die Arbeiten des SVDE im Projekt Kostformenkatalog. Ich wünsche euch eine inspirierende Lektüre.

## Chères lectrices, chers lecteurs

La question de la gestion de la restauration dans les hôpitaux et les homes alimente le débat depuis de nombreuses années et place les professionnel-le-s sur le terrain face à des défis de taille. Nous devons en effet trouver le juste et difficile équilibre entre les attentes culinaires des personnes hospitalisées, l'offre de repas indiquée médicalement et disponible compte tenu des conditions-cadres de l'établissement, et enfin les discussions sur la limitation des régimes proposés pour des raisons liées à l'économie d'entreprise. Beaucoup de choses n'ont pas encore été clarifiées, les données probantes sont encore lacunaires et pas encore concluantes, et de nombreuses questions restent en attente de réponse.

Sur la base de cette situation initiale, l'ASDD a lancé l'année passée un projet visant à progresser dans l'harmonisation et la standardisation des régimes proposés. Sur la base des régimes utilisés dans la pratique et de la littérature disponible, les responsables de ce projet ont élaboré un catalogue des régimes consensuel et se fondant sur les articles et ouvrages spécialisés dans ce domaine, qui pourrait ensuite être utilisé en Suisse de la manière la plus homogène possible. Moins de deux ans après le lancement de ce projet, nous sommes maintenant en mesure de présenter un premier résultat de nos travaux. La version en allemand du catalogue des régimes sera disponible sur le site Internet de l'ASDD fin novembre!

Ce numéro de NutriInfo vous propose un aperçu des travaux de l'ASDD relatifs au projet de catalogue des régimes. J'espère que sa lecture vous inspirera.

## Cara lettrice, caro lettore

L'organizzazione della gestione della ristorazione negli ospedali e nelle case di cura è da molti anni oggetto di discussione, nonché compito di non facile risoluzione nella pratica. Occorre tener conto delle esigenze culinarie delle persone degenti, dell'offerta di pasti indicata da un punto di vista medico e disponibile sulla base delle condizioni quadro aziendali e anche degli argomenti di economia aziendale che giustificano una limitazione dell'offerta di diete alimentari. Molto non è ancora completamente chiarito, l'evidenza è ancora lacunosa e troppo poco univoca, e varie questioni sono tuttora aperte.

Partendo da questi presupposti, l'anno scorso l'ASDD ha lanciato un progetto per portare avanti l'armonizzazione e la standardizzazione delle diete alimentari proposte negli ospedali e nelle case di cura. Partendo dalle diete alimentari utilizzate nella pratica e dalla letteratura disponibile, il progetto si è concentrato sull'elaborazione di un catalogo delle diete alimentari basato sul consenso e sulla letteratura che si presti il più possibile a essere usato in modo unitario in tutta la Svizzera. Meno di due anni dopo il lancio del progetto, possiamo presentare un primo risultato del nostro operato: la versione in lingua tedesca del catalogo delle diete alimentari sarà disponibile sul sito web dell'ASDD a fine novembre!

In questo numero di NutriInfo vi presentiamo il lavoro fatto dall'ASDD nell'ambito di questo progetto. Vi auguro buona lettura!



# Plutôt soupe au lait ou cœur d'artichaut ?

**Nos compétences nutritionnelles s'adaptent à tous les profils.**

Découvrez des informations spécialisées sur les thèmes de l'alimentation, du lait et de la santé sur:

[swissmilk.ch/nutrition](https://www.swissmilk.ch/nutrition)

swissmilk



## Die Rolle von Kostformen in Spitälern und Heimen

**Die Gestaltung des Verpflegungsmanagements in Spitälern und Heimen, ausgerichtet auf die Bedürfnisse der hospitalisierten Menschen, stellt eine interprofessionelle Herausforderung dar. Bis anhin werden in der Praxis keine standardisierten Kostformen für die Gestaltung der Speiseversorgung verwendet. Diese Lücke will der SVDE schliessen und hat hierzu im vergangenen Jahr ein Projekt initiiert.**



**Adrian Rufener, MSc**  
Ernährungsberater SVDE



**Melanie Anneler**  
Des. Ernährungsberaterin BSc,  
Praktikantin SVDE



**Sina Langenegger**  
Des. Ernährungsberaterin BSc,  
Praktikantin SVDE

Ein Spital- oder Heimeintritt stellt für einen Menschen ein einschneidendes Ereignis dar. Dieser geschieht zumeist unfreiwillig und ist begleitet von krankheits- und/oder unfallbedingten Beschwerden und Schmerzen. Die Menschen begeben sich in ein Abhängigkeitsverhältnis und ihr Alltag wird vermittelt durch die institutionsinternen Rahmenbedingungen und Abläufe vorgegeben. Die Mahlzeiten und die Qualität des Essens sind wichtige Faktoren des Wohlbefindens, der Lebensqualität und ein wichtiger Orientierungspunkt im Tagesablauf, da die Menschen oftmals zum Nichtstun gezwungen sind. Das Essensangebot übernimmt dabei teilweise auch eine stellvertretende Funktion, um der Unzufriedenheit mit der aktuellen Situation, der Abhängigkeit, in welcher sie sich befinden, und der damit einhergehenden Unsicherheit und Angst als Ventil Luft zu verschaffen und dient darüber hinaus gemäss von Eiff (2012) als «Ersatzkriterium zur Beurteilung der medizinischen Leistungsfähigkeit» einer Gesundheitsinstitution. Es ist einfacher, über das Essensangebot zu urteilen als über die Qualität der

medizinischen Versorgung. Entsprechend ist das Verpflegungsangebot eine wichtige Marketingmassnahme, welche Einfluss auf die Zufriedenheit der Patient/innen und somit den Ruf der einzelnen Gesundheitsinstitutionen nimmt.

Viel wichtiger ist jedoch, dass mit der Ernährung der Gesundheitszustand der Patient/innen beeinflusst und mit gezielten, medizinisch begründeten, ernährungstherapeutischen Massnahmen der Genesungsprozess positiv beeinflusst werden kann. So konnten Schütz et al. (2019) in der randomisierten schweizerischen Multicenter-Interventionsstudie EFFORT für den Bereich der Mangelernährung eindrücklich nachweisen, dass eine individualisierte Ernährungstherapie einen positiven Einfluss auf die Morbidität, Mortalität und Rehospitalisationsrate hat. Die korrekte Umsetzung der ernährungstherapeutisch begründeten Interventionen in der Küche ist dabei von zentraler Bedeutung.

### **Rolle der Kostformen für die Rationalisierung der Arbeitsabläufe in der Küche**

Die Gestaltung des Verpflegungsangebots in Spitälern und Heimen ist nebst den viel-

fältigen persönlichen Vorlieben und Abneigungen der hospitalisierten Menschen zusätzlich von den zuvor angesprochenen medizinisch begründeten Einschränkungen beeinflusst. All diesen Bedürfnissen an das Essen und die Ernährung gerecht zu werden, ist eine organisatorische Herkulesaufgabe für die Küche. Insbesondere unter dem Gesichtspunkt, dass unterschiedliche Kund/innengruppen (Patient/innen, Mitarbeitende, externe Gäste) mit unterschiedlichen Bedürfnissen verpflegt werden müssen.

Um diesen Anforderungen gerecht zu werden und die Arbeitsprozesse in der Küche plan- und umsetzbar zu machen, werden im Rahmen des Verpflegungsmanagements sogenannte Kostformenkataloge genutzt. In diesen Dokumenten sind die (zumeist spitalintern gültigen) Leitlinien zur Gestaltung der Speiseversorgung, ausgerichtet auf medizinisch begründete Einschränkungen, festgehalten. Diese Standardisierung unterstützt die Küche bei der Rationalisierung der Arbeitsprozesse, da dadurch ein Menüangebot gestaltet werden kann, welches die Mehrheit der zu erwartenden Bedürfnisse berücksichtigt.

Die verwendeten Kostformenkataloge werden bis anhin von jeder Gesundheitsinstitution intern definiert. Dabei liegt die Verantwortung zumeist bei der ärztlichen Leitung, was teilweise dazu führt, dass die Kostformenkataloge, etwas lapidar ausge-

#### **Begriffsdefinition:**

Kostformen, Schemen, Ernährungsformen, Rationalisierungsschemen – in der deutschen Sprache werden vielfältige Begriffe für das Gleiche verwendet und trotzdem ist nicht immer ganz klar, was darunter verstanden wird. In diesem Artikel wird der Begriff «Kostformen» verwendet, unter welchem die Definition bestimmter Ernährungsweisen, angepasst an bestehende Erkrankungen, motorische Schwierigkeiten und/oder persönliche Ideale, verstanden wird. In den Kostformen sind somit, ausgehend vom aktuellen Wissensstand, konkrete Empfehlungen für die Gestaltung des Menüangebotes zusammengefasst. Dadurch wird die Grundlage gelegt, um ein gemeinsames Verständnis und eine gemeinsame Sprache zu entwickeln, welche von allen beteiligten Berufsgruppen einheitlich verstanden und verwendet wird.

drückt, eher eminenz- als evidenzbasiert ausgearbeitet sind, was zu verschiedensten Problemen führen kann. Entsprechend braucht es hier national oder sogar international gültige Richtlinien, welche bis anhin nicht oder nur bedingt verfügbar sind.

### Internationale Diskussionen

Die Diskussion über die Gestaltung des Verpflegungsmanagements in Spitälern und Heimen wird in den vergangenen Jahren auch international vermehrt geführt. Der deutschsprachige Raum nahm dabei eine Vorreiterrolle ein. Bereits 1978 wurde von der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin ein erstes Mal ein breit abgestütztes Rationalisierungsschema für die Gestaltung der Kostformen in Spitälern und Heimen publiziert, welches 1990, 1994 und 2004 überarbeitet und neu publiziert wurde (Kluthe, 2004). Im Jahr 2019 wurde von den gleichen Organisationen der «Leitfaden Ernährungstherapie in Klinik und Praxis (LE-KuP)» publiziert, in welchem das Rationalisierungsschema grundlegend überarbeitet und neu benannt wurde. Ziel dieser Arbeiten war die Erarbeitung eines evidenzbasierten, aktuellen und konsensbasierten Leitfadens für die praktische Ernährungstherapie in Klinik und Praxis. Diese Empfehlungen sollen die Grundlage legen, um Kostformenkataloge, ausgerichtet auf die spezifischen Bedürfnisse der zu verpflegenden Menschen, abzuleiten. Entsprechend sind diese Empfehlungen auf einer relativ hohen Abstraktionsebene verortet und müssen weiter konkretisiert werden. Nichtsdestotrotz findet sich in diesem Katalog ein Vorschlag für die Benennung und Gestaltung der Kostformen, welche in Spitälern und Heimen angeboten werden können (Hauner et al., 2019).

Im Bereich der konsistenzmodifizierten Kostformen wurde diese Klärung im Rahmen einer internationalen Initiative in Angriff genommen. Seit 2013 beschäftigt sich die «International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI)» mit der Erarbeitung eines evidenzbasierten, standardisierten Kostformenkatalogs für Menschen mit Kau- und Schluckbeschwerden, welcher 2016 in einer ersten Version und 2019 in einer überarbeiteten Version pu-

bliziert wurde. Das erarbeitete Framework enthält evidenzbasiert entwickelte und international anerkannte Bezeichnungen der verschiedenen Konsistenzstufen. Zudem wird für jede Konsistenzstufe geklärt, in welcher Form die Lebensmittel zubereitet werden sollen und welche Lebensmittel sich für die jeweilige Stufe eignen. Die deutsche, die französische und die italienische Übersetzung des Frameworks sind verfügbar unter [iddsi.org/Translations/Available-Translations](http://iddsi.org/Translations/Available-Translations).

Ebenfalls im Jahr 2019 wurden für den französischen Sprachraum Guidelines für die Gestaltung des Verpflegungsmanagements in Spitälern und Heimen publiziert, welche in einer länderübergreifenden Kooperation (Belgien, Frankreich, Schweiz) in einem Delphi-Verfahren mit 50 Expert/innen erarbeitet wurden (Vaillant, M-F. et al., 2019). Im Rahmen dieser Arbeiten wurden 23 Empfehlungen festgehalten, wie das Verpflegungsmanagement in Spitälern und Heimen gestaltet werden soll. Diese Empfehlungen bilden die Grundlage, um spitalintern die Kostformenkataloge zu definieren. Auch diese Empfehlungen sind auf einer recht hohen Abstraktionsebene angesiedelt und müssen weiter konkretisiert und in einen Kostformenkatalog übersetzt werden.

Parallel zu diesen Arbeiten wurden von der «European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN)» neue Guidelines für die Gestaltung des Verpflegungsmanagements in Spitälern und Heimen

entwickelt und publiziert (Thibault, R. et al., 2021). Basierend auf einem Konsensverfahren wurden 56 Empfehlungen erarbeitet, welche mit Literatur hinterlegt sind und für die Gestaltung des Verpflegungsangebotes handlungsleitend sind. Die Empfehlungen sind auf sehr unterschiedlichen Abstraktionsebenen angesiedelt. Auch hier benötigt es eine Übersetzung, wie diese Empfehlungen schlussendlich in den einzelnen Gesundheitsinstitutionen umgesetzt werden können.

Es kann somit festgehalten werden, dass die Gestaltung des Verpflegungsmanagements in Spitälern und Heimen in verschiedenen Sprachregionen und Ländern breit diskutiert wird. Die verfügbare Literatur bietet, mit Ausnahme der konsistenzmodifizierten Kostformen, jedoch nur eine übergeordnete Orientierungshilfe und muss weiter konkretisiert werden.

### Kostformenprojekt des SVDE

Unser Berufsverband hat im Jahr 2022 auf Bestreben der SVDE-Interessengruppe Deutschschweiz Spitalernährungsberater/innen (IG SpitERB) ein Projekt lanciert, in welchem für die deutschsprachige Schweiz in Zusammenarbeit mit verschiedenen SVDE-Mitgliedern ein Kostformenkatalog erarbeitet wird, welcher literaturbasiert und ausgerichtet auf die Bedürfnisse der Praxis gestaltet ist. Ziel dieses Projekts ist es, einen nationalen Kostformenkatalog zu entwickeln, welcher in möglichst allen Spitälern und Heimen der Schweiz verwendet

Beteiligte Personen	
Studierende	Begleitpersonen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melanie Anneler</li> <li>• Nicole Baur</li> <li>• Lorena Bee</li> <li>• Elisa Bertozzi</li> <li>• Debora Eberle</li> <li>• Andrea Just</li> <li>• Benjamil Mekni</li> <li>• Sina Langenegger</li> <li>• Luca Molinaro</li> <li>• Selina Niffenegger</li> <li>• Michelle Schmid</li> <li>• Kristina Schneiter</li> <li>• Carol Truffer</li> <li>• Nathalie Zumbrunn</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adrian Rufener</li> <li>• Patrizia Christen</li> <li>• Cornelia Albrecht</li> <li>• Stefan Siegenthaler</li> <li>• Peter Jacobs</li> <li>• Gina Tüfer</li> <li>• Lucia Winzap</li> <li>• Karin Blum</li> <li>• Rita Fricker</li> </ul>

wird. Damit soll die Grundlage gelegt werden, das Kostformenangebot in den verschiedenen Gesundheitsinstitutionen der Schweiz zu vereinheitlichen mit dem Ziel, die Behandlungsprozesse und die Versorgungsqualität zu verbessern.

In der ersten Projektphase fokussierte das Projekt auf die deutschsprachige Schweiz, einerseits aus dem Grund, dass das Bedürfnis für dieses Projekt aus der IG Spit-ERB an den SVDE-Vorstand herangetragen wurde, und andererseits auf Grund der verfügbaren personellen Ressourcen. 14 Studierende des BSc Ernährung und Diätetik der Berner Fachhochschule (BFH) haben im Rahmen ihrer Praxisausbildung an diesem Projekt mitgearbeitet. Begleitet wurde die erste Projektphase durch fünf Ernährungsberater/innen aus der Praxis, drei Mitarbeitende des BSc Ernährung und Diätetik der BFH und einem Vertreter seitens des Berufsverbandes. Aufgrund der durch den Kanton Bern ausbezahlten Praktikumsentschädigungen konnte die initiale Phase dieses Projekts für den Verband kostenneutral durchgeführt werden. Den beteiligten Personen gebührt ein riesengrosses Dankeschön.

In der ersten Projektphase wurden alle Spitäler der deutschsprachigen Schweiz angefragt, ihre spitalintern verwendeten Kostformenkataloge für dieses Projekt zur Verfügung zu stellen. Diese bildeten die Grundlage der Arbeiten. Für das Projekt wurden die Kostformenkataloge von 18 Spitälern zur Verfügung gestellt, welche von den Studierenden in einem ersten Schritt analysiert und Empfehlungen für die Gestaltung des Kostformenkatalogs des SVDE erarbeitet wurden. Ausgehend davon wurde in einem Workshop gemeinsam mit den Begleitpersonen entschieden, welche Kostformen in den Kostformenkatalog aufgenommen und wie die einzelnen Kostformen gestaltet werden sollen. In einem nächsten Schritt haben die Studierenden die verschiedenen Kostformen literaturbasiert ausgearbeitet und im Austausch mit den Begleitpersonen konkretisiert. Hierzu wurden insgesamt vier Workshops mit den Begleitpersonen durchgeführt. Als Resultat dieser Arbeiten konnte am 5. April 2022 an einem öffentlichen

Workshop, an welchem alle interessierten Mitglieder des SVDE teilnehmen konnten, ein erster Entwurf des Kostformenkatalogs vorgestellt werden. Die anwesenden 30 SVDE-Mitglieder hatten die Möglichkeit, ihre Rückmeldungen zur Gestaltung und den Inhalten des Kostformenkatalogs einzubringen. Die Rückmeldungen wurden schriftlich gesammelt und bildeten die Grundlage für eine erste Überarbeitung des Kostformenkatalogs. Der überarbeitete Entwurf wurde im Anschluss den Fach-, Interessen- und Regionalgruppen des SVDE zur Vernehmlassung zugesandt. Ziel dieser Vernehmlassung war es, Feedback zur fachlichen Qualität der verschiedenen Kostformen einzuholen. 16 Gruppen haben diese Möglichkeit genutzt. Diese Rückmeldungen bildeten die Grundlage für eine zweite Überarbeitung des Kostformenkatalogs. Dabei wurde zudem auch das Gespräch mit einzelnen Gruppenvertreterinnen gesucht, um die eingegebenen Rückmeldungen besser zu verstehen und den Kostformenkatalog ausgerichtet darauf zu verbessern. Die überarbeitete Version des deutschsprachigen Kostformenkatalogs wurde im August 2023 der IG Spit-ERB, welche in diesem Projekt die initiale Auftraggeberin war, zur Genehmigung vorgelegt.

### **Der Kostformenkatalog des SVDE**

Etwas mehr als 1,5 Jahre nach der Lancierung des Projekts werden wir Ende November 2023 die deutsche Version des Kostformenkatalogs auf der SVDE-Webseite veröffentlichen. Sobald er verfügbar ist, werden wir dies per Mail kommunizieren. Der Katalog umfasst 31 Kostformen, welche für die Umsetzung in der Praxis seitens des SVDE empfohlen werden. Basierend auf dieser Grundlage kann das Verpflegungsangebot, ausgerichtet auf die ernährungstherapeutischen Anforderungen/Bedürfnisse der zu betreuenden Personen und der betrieblichen Rahmenbedingungen, gestaltet werden. Die Strukturierung des Katalogs ist mit Ausnahme der konsistenzmodifizierten Kostformen nach Nährstoffen gegliedert und umfasst die Bereiche Basiskostformen, Kohlenhydrate, Proteine, Fette, Mikronährstoffe, konsistenzmodifizierte Kostformen und weitere Kostformen.

### **Inhalte des Kostformenkatalogs des SVDE**

#### **Basiskostformen:**

- Standardkost
- Standardkost energie- und proteinreich

#### **Kohlenhydrate:**

- Definierte Kohlenhydratmenge
- Laktosefrei
- Fruktosereduziert

#### **Proteine:**

- Proteinreich
- Glutenfrei
- Allergenfrei (Milch, Ei, Fisch, Krebstiere, Soja, Hartschalenobst, Sesam, Sellerie, Senf, Erdnuss, Schwefeldioxid und Sulfit, Lupinen und Weichtiere)

#### **Fette:**

- Streng fettarme Ernährung, mit MCT angereichert

#### **Mikronährstoffe:**

- Kaliumreduziert
- Natriumreduziert
- Phosphatreduziert

#### **Konsistenzmodifizierte Kostformen:**

- Weich und mundgerecht
- Zerkleinert und durchfeuchtet
- Breiig/Püriert
- Flüssig
- Aufbaukost

#### **Weitere:**

- Säurearme und reizarme Kostform

Die Beschreibung der einzelnen Kostformen enthält eine literaturbasierte Definition, was unter der jeweiligen Kostform zu verstehen ist, und eine Indikation, bei welchen Krankheitsbildern und/oder medizinischen Situationen diese indiziert ist, sowie Leitprinzipien, welche bei der Umsetzung in der Küche zu berücksichtigen sind. Zu beachten ist dabei, dass dieses Dokument nicht als Indikationsliste für die Involvierung der



Definition	Leitprinzipien
Enthält eine literaturbasierte Definition der Kostform.	Enthält literaturbasierte Leitprinzipien, welche bei der Anwendung / Umsetzung der Kostformen zu berücksichtigen sind.
Indikation	
Enthält literaturbasierte Indikationen für diese Kostform.	

Ernährungsberatung resp. der Initiierung von ernährungstherapeutischen Massnahmen gedacht ist. Hierzu wurde von den SVDE-Interessengruppen SpitERB und RoCaDH (Groupe d'intérêt romand Cadres Diététiciens Hospitaliers) in Kooperation mit der Gesellschaft für klinische Ernährung der Schweiz (GESKES) im vergangenen Jahr die «Indikationenliste Ernährungstherapie und Ernährungsberatung während der und/oder im Anschluss an die Hospitalisation» publiziert, welche verfügbar ist unter [www.nutripoint.net](http://www.nutripoint.net) > Qualität > Indikation – Wirksamkeit – Effizienz.

Vielmehr soll der Kostformenkatalog des SVDE eine Unterstützung für die Praxis bieten, um die angebotenen Kostformen auf das Wesentliche zu beschränken sowie einheitlich umzusetzen. Ausgehend von diesen Überlegungen sind die einzelnen Kostformen wie folgt gestaltet:

Für jede Kostform sind die verwendeten Literaturquellen aufgeführt, welche regelmässig geprüft und bei Bedarf durch den SVDE aktualisiert werden. Dadurch soll sichergestellt werden, dass der Kostformenkatalog den aktuellen evidenz- und praxisbasierten Empfehlungen entspricht und somit ein relevantes und aktuelles Dokument für die Praxis darstellt. Im Fokus dieser Arbeiten steht die Vereinheitlichung der Qualitätsstandards für die Gestaltung des Verpflegungsmanagements über alle Gesundheitsinstitutionen und damit eine Effizienzsteigerung der Gesundheitsversorgung.

### Implementierung des Kostformenkatalogs in der Praxis

Der Kostformenkatalog des SVDE ist ein praxisorientiertes sowie evidenz- und konsensbasiertes Grundlagenwerk, in welchem die am häufigsten in der Praxis ver-

wendeten Kostformen definiert sind. Basierend auf diesem Dokument kann innerhalb der einzelnen Spitäler und Heime das Verpflegungsangebot, ausgerichtet auf die betriebsinternen Bedürfnisse, gestaltet werden. Die Idee ist, dass der Katalog als Basis für die Gestaltung der angebotenen Kostformen verwendet wird, jedoch nicht zwingend komplett umgesetzt werden muss. Je nach Rahmenbedingung, Ressourcen oder Bedürfnissen der jeweiligen Gesundheitseinrichtungen kann das Kostformenangebot individuell angepasst werden.

Der Kostformenkatalog dient nicht als Patient/innenmerkblatt oder als Arbeitsanleitung für die Küche. Das Dokument ist als Unterstützung für Fachpersonen im Bereich der Ernährung (zumeist Ernährungsberater/innen) erstellt worden und ersetzt diese nicht. Vielmehr soll durch dieses Dokument das Hinzuziehen von Ernährungsberater/innen für die Umsetzung der Kostformen und die Planung des Verpflegungsangebots bewusst gefördert werden.

Wird eine Kostform zu einer spezifischen Indikation gesucht, so kann die Tabelle «Mögliche Kostformen nach Indikationen» im Anhang A beigezogen werden. Die Kostformen können individuell kombiniert und voneinander abgeleitet werden. Falls keine der Kostformen passend scheint, sollte eine individuelle Ernährungstherapie verordnet werden.

Es wird ebenfalls empfohlen, bei der Gestaltung des Verpflegungsangebots ethisch und/oder religiös begründete Einschränkungen (z.B. vegetarisch, vegan, koscher, ohne Schweinefleisch) zu berücksichtigen. Weiterhin soll auf die Nachhaltigkeit bei der Auswahl der Produkte geachtet werden. Beispielsweise regionale und saisonale Pro-

dukte bevorzugen und vermehrt auch pflanzliche Proteinquellen einbauen. Zudem sollte jede Gesundheitsinstitution auf Grund betriebswirtschaftlicher und ökologischer Überlegungen darauf bedacht sein, Food Waste möglichst zu vermeiden oder zu reduzieren.

Bei der Implementierung des Kostformenkatalogs ist das folgende Vorgehen empfehlenswert:

- Vergleich des aktuellen Kostformenangebots mit dem Kostformenkatalog des SVDE
- Identifizierung des Anpassungsbedarfs
- Anpassung der verwendeten Kostformenbezeichnungen
- Anpassung des Verpflegungsangebots und der Arbeitsprozesse

Zu beachten ist, dass durch die Implementierung des Kostformenkatalogs in der Praxis unter Umständen grössere Veränderungen ausgelöst werden. Entsprechend müssen die Implementierungsmassnahmen gut geplant und mit Hilfe einer transparenten Kommunikation sowie zielgerichteten Fortbildungsmassnahmen unterstützt werden, damit im gemeinsamen Austausch die notwendigen Anpassungsmassnahmen umgesetzt werden können. Hier nimmt die Ernährungsberatung eine wichtige Funktion ein und kann zum Gelingen der Implementierung einen wesentlichen Beitrag leisten.

### Fazit und Ausblick

Die Gestaltung des Verpflegungsangebots und die damit einhergehende medizinisch indizierte Verwendung eines einheitlichen Kostformenkatalogs wird weltweit seit Jahren diskutiert und der Bedarf, dass hier eine Vereinheitlichung erzielt werden muss, ist unbestritten. Der SVDE hat mit dem Kostformenprojekt dieses aktuelle Thema aufgegriffen und leistet mit der Publikation des Kostformenkatalogs einen literaturbasierten und praxisorientierten Beitrag zur Klärung der aktuellen Situation. Wie mehrmals erwähnt, verfolgt der SVDE die Vision, einen nationalen Kostformenkatalog zu publizieren, welcher über alle drei Landessprachen hinweg einheitlich verwendet wird. Auf Grund der verfügbaren Ressourcen fokussierte die erste

Projektphase auf die deutschsprachige Schweiz. Ziel ist es, dass in der nächsten Projektphase der Fokus auf die französisch- und italienischsprachige Schweiz gelegt wird. In einem nächsten Schritt ist vorgesehen, dass der Kostformenkatalog übersetzt wird und im Anschluss eine Vernehmlassung in den zwei weiteren Sprachregionen der Schweiz durchgeführt wird. Ausgehend von diesen Rückmeldungen wird der Katalog auch in der deutschsprachigen Version nochmals geprüft und angepasst. Nichtsdestotrotz haben wir uns dazu entschieden, das aktuelle Ergebnis unserer bisherigen Arbeiten den deutschsprachigen Mitgliedern des SVDE zur Verfügung zu stellen. Hierzu haben wir auf unserer Webseite einen neuen Bereich ge-

schaffen, in welchem der Kostformenkatalog des SVDE heruntergeladen werden kann und weiterführende Literatur verfügbar ist.

Das Kostformenprojekt ist für den SVDE ein Pionierprojekt – Umfang wie auch Inhalt bedeuten, Neuland zu betreten. Umso erfreulicher sind die Projektergebnisse zu beurteilen. Allen Beteiligten gebührt ein riesengrosses Dankeschön für ihren Beitrag zum Gelingen dieses Projekts. Wir blicken mit Stolz und Begeisterung auf die erste Phase dieses Projekts zurück und freuen uns auf die weiteren Arbeiten, welche noch zu leisten sind. Es hat sich einmal mehr gezeigt: Gemeinsam sind wir stärker!

#### Literaturverzeichnis

- 1) Hauner, H., et al. (2019). Leitfaden Ernährungstherapie in Klinik und Praxis (LEKuP). Aktuelle Ernährungsmedizin 2019; 44:384-419. <https://doi.org/10.1055/a-1030-5207>
- 2) Kluthe, R., Dittrich A., Everding, R., et al. (2004). Das Rationalisierungsschema 2004. Aktuelle Ernährungsmedizin 2004; 29:245-253. <https://doi.org/10.1055/s-2004-828365>
- 3) Schuetz, P. et al. (2019). Individualised nutritional support in medical inpatients at nutritional risk: a randomised clinical trial. Lancet (London, England), 393(10188), 2312-2321. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32776-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32776-4)
- 4) Thibault, R., Abbasoglu, O., Ioannou, E., Meija, L., Ottens-Oussoren, K., Pichard, C., Rothenberg, E., Rubin, D., Siljameaki-Ojansuu, U., Vaillant, M.F., Bischoff S.C. (2021). ESPEN guideline on hospital nutrition. Clinical Nutrition 40 (2021) 5684-5709. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2021.09.039>
- 5) Vaillant, M-F, Alligier, M., Baclet, N., Capelle, J., Dousseaux, M-P, Eyraud, E., Fayemendy, P., Flori, N., Guex, E., Hennequin, V., Lavandier, F., Martineau, C., Morin, M-C., Mokaddem, F., Parmentier, I., Rossi-Pacini, F., Soriano, G., Verdier, E., Zeanandin, G., Quilliot, D. (2019). Recommandations sur les alimentations standard et thérapeutiques chez l'adulte en établissements de santé. Nutrition clinique et métabolisme 33 (2019) 235-253. <https://doi.org/10.1016/j.nupar.2019.09.002>
- 6) Von Eiff, W. (2012). Speiserversorgung im Krankenhaus: Marketing- und Kosteneffekte durch Prozess- und Qualitätsmanagement. Ernährungs Umschau, 2/2012.

## Le rôle des régimes dans les hôpitaux et les homes

**Dans les hôpitaux et les homes, la conception de la gestion de la restauration en tenant compte des besoins des personnes hospitalisées est un défi interprofessionnel. Dans la pratique, aucun régime standardisé n'a jusqu'à présent été utilisé lors de l'élaboration de l'éventail des mets proposé. L'ASDD entend combler cette lacune et, dans cette optique, elle a lancé un projet l'année passée.**



**Adrian Rufener, MSc**  
Diététicien ASDD



**Melanie Anneler**  
Diététicienne désignée BSc  
Stagiaire à l'ASDD



**Sina Langenegger**  
Diététicienne désignée BSc  
Stagiaire à l'ASDD

des personnes concernées. Elle intervient le plus souvent de façon involontaire et s'accompagne de troubles et de douleurs dus à la maladie et/ou consécutifs à un accident. Les personnes deviennent dépendantes et du jour au lendemain, les conditions générales et les procédures d'une institution rythment leur quotidien. Les repas et la qualité de la nourriture sont des facteurs importants de bien-être, de qualité de vie ainsi qu'un point de repère essentiel dans le déroulement de la journée, étant donné que bien souvent, les personnes sont contraintes de ne rien faire. Ainsi, l'offre de restauration remplit en partie aussi une fonction de remplacement leur permettant de se donner de l'air face à leur insatisfaction avec la situation actuelle, la dépendance dans laquelle elles se trouvent, et donc l'incertitude et la peur qui en résultent. De plus, selon W.

von Eiff (2012), les repas proposés servent également de «critère de remplacement pour évaluer les performances médicales» d'une institution de santé (notre traduction). Il est plus facile de juger l'offre de restauration que la qualité des soins médicaux. En conséquence, celle-ci est une mesure marketing importante, qui a une influence sur la satisfaction des patient-es et donc sur la réputation des différentes institutions de santé.

Toutefois, ce qui importe beaucoup plus, c'est que l'alimentation ait un impact sur l'état de santé des patient-es et que, grâce à des mesures de thérapie nutritionnelle ciblées attestées médicalement, il soit possible d'influencer positivement le processus de guérison. Ainsi, dans l'étude interventionnelle multicentrique randomisée EFFORT réalisée en Suisse, P. Schütz et al. (2019) ont pu prouver de façon remarquable, en ce qui concerne la malnutrition, qu'une thérapie nutritionnelle individualisée influence positivement la morbidité, la mortalité et le taux de réhospitalisation. La mise en œuvre correcte des interventions

# LA VIANDE, RICHE EN SUBSTANCES NUTRITIVES

Un mode de vie sain requiert une alimentation composée au mieux, de l'activité physique et de la détente.  
La viande a toute sa place dans une alimentation équilibrée, car elle fournit des protéines, des vitamines et des minéraux de grande valeur.

## LES PROTÉINES

Un apport suffisant en protéines est vital. La viande est un important fournisseur de protéines de grande valeur, qui sont importantes pour la formation et le maintien des muscles.



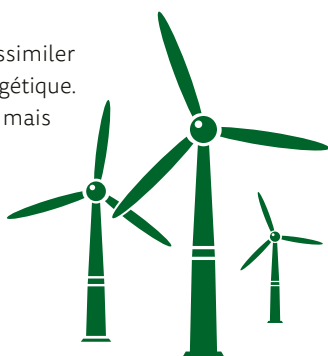
## LA VITAMINE A

est importante pour la vision, le développement du système immunitaire et une peau saine. La vitamine A est présente principalement dans les abats.



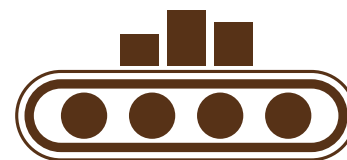
## LA VITAMINE B<sub>1</sub>

nous aide à assimiler les glucides – et est donc utile dans l'apport énergétique. On la trouve dans toutes les sortes de viandes, mais surtout dans la viande de porc.



## LA VITAMINE B<sub>2</sub>

joue un rôle important dans l'absorption des protéines et des glucides. Les abats sont de loin les plus riches en vitamine B<sub>2</sub>.



## LA VITAMINE B<sub>6</sub>

influence les fonctions du système nerveux et les défenses immunitaires.



## LE FER

est important pour le transport de l'oxygène dans l'organisme. Le fer présent dans la viande est beaucoup mieux assimilé par notre organisme que le fer des denrées alimentaires d'origine végétale. Plus la viande est rouge, plus elle est riche en fer.



## LE SÉLÉNIUM

protège nos cellules et soutient notre glande thyroïde. Les viandes de lapin, d'agneau, de poulet et de bœuf sont riches en sélénium.

## LA VITAMINE B<sub>12</sub>

est présente exclusivement dans les denrées alimentaires d'origine animale. La viande est le principal fournisseur de vitamine B<sub>12</sub>, qui assure la formation des globules rouges et de cellules nerveuses saines.



## LE ZINC

est un oligoélément dont nous avons besoin pour la croissance des tissus et la cicatrisation des plaies. Le bœuf et l'agneau sont de bonnes sources de zinc.



Acheter moins, mais régional: veillez à l'origine des articles, et pour la viande, privilégiez la viande suisse.

Proviande, Viande Suisse  
Brunnhofweg 37 | Case postale | 3001 Berne  
ernaehrung@proviande.ch | Tél. 031 309 41 11  
[viandesuisse.ch/dieteticienne](http://viandesuisse.ch/dieteticienne)



La différence est là.



**Définition:**

Régimes, schémas nutritionnels, formes alimentaires, schémas de rationalisation: de nombreux termes sont utilisés pour désigner la même chose, et néanmoins, on ne comprend pas toujours tout à fait ce à quoi il est fait référence. Dans cet article, nous utiliserons le terme «régimes», qui désigne certains modes d'alimentation adaptés à des maladies existantes, à des difficultés motrices ou à des idéaux personnels. Ainsi, le terme «régimes» regroupe des recommandations concrètes relatives à l'élaboration de l'offre de menus sur la base de l'état des connaissances actuelles. Les bases nécessaires sont ainsi posées pour développer une conception commune et une langue commune que tous les groupes professionnels comprennent et utilisent de façon homogène.

en cuisine motivées par la thérapie nutritionnelle revêt donc une importance fondamentale.

**Le rôle des régimes dans la rationalisation des tâches en cuisine**

En plus des nombreuses préférences et aversions personnelles des patient-e-s ou résident-e-s, les restrictions médicales évoquées précédemment influencent l'élaboration de l'offre de repas dans les hôpitaux et les homes. Pour le service de restauration, satisfaire à l'ensemble de ces besoins alimentaires est une tâche herculéenne du point de vue de l'organisation, et plus particulièrement compte tenu du fait qu'il faut cuisiner pour différents groupes de client-e-s (patient-e-s, membres du personnel et personnes en visite) ayant des besoins divers.

Afin de satisfaire à ces exigences et de pouvoir à la fois planifier et mettre en œuvre en cuisine les processus de travail, on utilise ce que l'on appelle des «catalogues des régimes» dans le cadre de la gestion de la restauration. Dans ces documents sont consignées les recommandations ou guidelines (en général valables au sein de l'hôpital) concernant l'élaboration de l'offre de repas, qui sont axées sur les restrictions justifiées médicalement. Cette standardisation aide le service de restauration à rationaliser les processus de travail, étant donné qu'elle permet de créer une offre de menus qui tient compte de la majorité des besoins prévisibles.

Pour le moment, chaque institution de santé définit en interne son propre catalogue

des régimes, en général sous la responsabilité de la direction médicale. Cela a parfois comme conséquence que les catalogues des régimes sont plutôt élaborés sur la base de «l'éminence» que des données probantes, pour utiliser une formulation lapidaire, ce qui peut engendrer toutes sortes de problèmes. En conséquence, des recommandations ou guidelines nationales, voire internationales, sont nécessaires à ce niveau. Pour le moment, celles-ci ne sont pas disponibles, ou seulement de façon limitée.

**Débat international**

Depuis quelques années, la conception de la gestion de la restauration dans les hôpitaux et les homes est également débattue de plus en plus au niveau international. Dans ce domaine, l'espace germanophone joue un rôle pionnier. En 1978 déjà, la Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin (Académie allemande de médecine nu-

tritionnelle) publia pour la première fois un schéma de rationalisation largement étayé pour l'élaboration des régimes dans les hôpitaux et les homes. Ce même document fut ensuite remanié et republié en 1990, en 1994 et en 2004 (R. Kluthe, 2004). En 2019, les mêmes organisations diffusèrent le «Leitfaden Ernährungstherapie in Klinik und Praxis» (LEKuP), dans lequel le schéma de rationalisation avait entièrement été revu et renommé. Ces travaux visaient à élaborer un guide de la thérapie nutritionnelle pour la pratique en clinique et en cabinet qui soit consensuel, fondé sur les données probantes et qui reflète les connaissances les plus récentes. Ces recommandations doivent servir de base à l'élaboration de catalogues des régimes orientés vers les besoins spécifiques des personnes à nourrir. En conséquence, elles doivent être rattachées à un niveau d'abstraction relativement élevé et leur concrétisation doit se poursuivre. Cependant, ce catalogue renferme une suggestion de dénomination et d'élaboration des régimes pouvant être proposés dans les hôpitaux et les homes (H. Hauner et al., 2019).

Dans le domaine des régimes de consistance modifiée, les clarifications nécessaires ont été apportées dans le cadre d'une initiative internationale. Depuis 2013, le groupement «International Dysphagia Diet Standardisation Initiative» (IDDSI) s'occupe d'élaborer un catalogue des régimes standardisé et fondé sur les données probantes pour les personnes ayant des troubles de la mastication et de la déglutition, qui a été

**Personnes impliquées**

**Etudiant-e-s**

- Melanie Anneler
- Nicole Baur
- Lorena Bee
- Elisa Bertozzi
- Debora Eberle
- Andrea Just
- Benjamil Mekni
- Sina Langenegger
- Luca Molinaro
- Selina Niffenegger
- Michelle Schmid
- Kristina Schneiter
- Carol Truffer
- Nathalie Zumbrunn

**Accompagnant-e-s**

- Adrian Rufener
- Patrizia Christen
- Cornelia Albrecht
- Stefan Siegenthaler
- Peter Jacobs
- Gina Tüfer
- Lucia Winzap
- Karin Blum
- Rita Fricker

publié en 2016 dans une première version et en 2019 dans une version revue. Le cadre ainsi élaboré renferme des dénominations pour les différents niveaux de consistance qui sont fondées sur les données probantes et reconnues au niveau international. De plus, pour chaque niveau de consistance, une explication est donnée sur la forme sous laquelle il faut préparer les aliments et sur les aliments qui conviennent au niveau de consistance correspondant. Le document de référence est disponible en français, en allemand et en italien sous ce lien: [iddsi.org/Translations/Available-Translations](https://iddsi.org/Translations/Available-Translations).

En 2019 aussi, dans l'espace francophone, des recommandations sur les alimentations standard et thérapeutiques chez l'adulte en établissements de santé ont été élaborées dans le cadre d'une coopération entre plusieurs pays (Belgique, France, Suisse) dans une procédure Delphi impliquant une cinquantaine d'expert-e-s (M.-F. Vaillant et al., 2019). Dans le cadre de ces travaux, 23 recommandations ont été formulées concernant la gestion de la restauration dans les hôpitaux et les homes. Ces recommandations servent de point de départ pour définir les catalogues des régimes au sein des établissements hospitaliers. Elles présentent elles aussi un niveau d'abstraction très élevé et il convient donc de poursuivre leur concrétisation et de les traduire dans un catalogue des régimes.

Parallèlement à ces travaux, la société de discipline médicale ESPEN (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) a développé et publié de nouvelles guidelines concernant la conception de la gestion de la restauration dans les hôpitaux et les homes (R. Thibault et al., 2021). Sur la base d'une procédure consensuelle, 56 recommandations ont été formulées, qui sont consignées avec les références bibliographiques qui s'y rapportent et indiquent la marche à suivre pour élaborer l'offre de repas. Les recommandations sont rattachées à un niveau d'abstraction très variable. Ici aussi, une traduction est nécessaire pour pouvoir mettre en œuvre ces recommandations de façon définitive au sein des différentes institutions de santé.

On peut donc en conclure que la conception de la gestion de la restauration dans les hôpitaux et les homes est au centre d'un grand débat dans les diverses régions linguistiques et les différents pays. Cependant, sauf pour les régimes de consistance modifiée, la littérature disponible ne propose à ce stade que des aides et des conseils généraux pour s'orienter, et il faut donc poursuivre le travail de concrétisation.

### **Projet de catalogue des régimes de l'ASDD**

En 2022, notre association professionnelle a lancé, à l'initiative du groupe d'intérêt ASDD des diététicien-ne-s en milieu hospitalier de Suisse alémanique (GI SpitERB), un projet dans lequel, pour la Suisse alémanique et en collaboration avec différents membres de l'ASDD, un catalogue des régimes est élaboré sur la base de la littérature et axé sur les besoins de la pratique professionnelle. L'objectif de ce projet est de développer un catalogue des régimes utilisé si possible dans tous les hôpitaux et tous les homes de Suisse. Ce document doit ainsi permettre de poser les bases de l'uniformisation des régimes proposés dans les différentes institutions de santé de Suisse dans le but d'améliorer les processus thérapeutiques et la qualité de la prise en charge.

Dans sa phase initiale, le projet s'est concentré sur la Suisse alémanique, d'une part parce que le besoin y relatif avait été signalé par le GI SpitERB au comité de l'ASDD, et d'autre part en raison des ressources humaines disponibles. Quatorze étudiant-e-s du BSc Nutrition et diététique de la Haute école spécialisée bernoise (BFH) ont collaboré à ce projet dans le cadre de leur formation pratique. La première phase du projet a bénéficié de l'accompagnement de cinq diététicien-ne-s de la pratique, de trois membres du personnel du BSc Nutrition et diététique de la BFH et d'un représentant de l'association professionnelle. Grâce aux indemnités de stage versées par le canton de Berne, la phase initiale de ce projet a pu être menée à bien sans générer de coûts pour l'association. Un énorme merci aux personnes impliquées.

### **Contenu du catalogue des régimes de l'ASDD**

#### **Régimes de base:**

- Régime standard
- Régime standard riche en énergie et protéines

#### **Glucides:**

- Apport de glucides défini
- Sans lactose
- A teneur en fructose réduite

#### **Protéines:**

- Riche en protéines
- Sans gluten
- Sans allergènes (lait, œuf, poisson, crustacés, soja, fruits à coque, sésame, céleri, moutarde, arachide, dioxyde de soufre et sulfite, lupin et mollusques)

#### **Matières grasses:**

- Alimentation très pauvre en graisses et enrichie en TCM

#### **Micronutriments:**

- A teneur réduite en calcium
- A teneur réduite en sodium
- A teneur réduite en phosphate

#### **Régimes de consistance modifiée:**

- Mous et faciles à manger
- Broyés et humidifiés
- Réduits en bouillie/purée
- Liquides
- Régime reconstituant

#### **Autres:**

- Régime à faible teneur en acides et peu irritant

Dans la première phase du projet, on a demandé à tous les hôpitaux de Suisse alémanique de mettre à disposition les catalogues des régimes utilisés au sein de leur établissement. Ces derniers ont ainsi servi de base de travail. Pour le projet, les catalogues des régimes de 18 hôpitaux ont été fournis. Dans un premier temps, les étudiant-e-s les ont analysés et ont

Définition	Principes directeurs
Renferme une définition du régime reprise de la littérature.	Renferment des principes directeurs repris de la littérature, qui doivent être pris en compte lors de l'application ou de la mise en œuvre des régimes.
Indication	
Renferme des indications reprises de la littérature pour ce régime.	

élaboré des recommandations relatives à la conception du catalogue des régimes de l'ASDD. Sur cette base, lors d'un atelier commun avec les accompagnant-e-s, une décision a été prise au sujet des régimes à intégrer au catalogue et de la manière d'élaborer les différents régimes. Lors de l'étape suivante, les étudiant-e-s ont élaboré les différents régimes sur la base de la littérature disponible, puis ils les ont concrétisés dans le cadre d'échanges avec les accompagnant-e-s. Dans cette optique, quatre ateliers au total ont été menés avec les accompagnant-e-s. Ces travaux ont débouché sur le résultat suivant: le 5 avril 2022, lors d'un atelier public auquel ont pu participer l'ensemble des membres de l'ASDD intéressé-e-s, un premier projet de catalogue des régimes a pu être présenté. La trentaine de membres présent-e-s a eu la possibilité de donner son avis au sujet de la conception et des contenus du catalogue des régimes. Les retours ont été consignés et ont servi de point de départ pour la première révision du catalogue des régimes. Le projet revu a ensuite été adressé pour consultation aux groupes spécialisés, d'intérêt et régionaux de l'ASDD. Cette consultation avait pour but de recueillir le feedback sur la qualité des différents régimes d'un point de vue spécialisé. 16 groupes ont profité de cette possibilité. Ce feedback a servi de base pour la deuxième révision du catalogue des régimes. Lors de celle-ci, des tentatives de dialogue ont également eu lieu avec les représentant-e-s de groupe dans le but de mieux comprendre les avis émis et d'améliorer ainsi le catalogue des régimes de façon ciblée. En août 2023, la version remaniée du catalogue des régimes (en allemand) du GI SpitERB, qui était au départ le donneur d'ordre de ce projet, a été présentée pour approbation.

### **Le catalogue des régimes de l'ASDD**

Un peu plus d'un an et demi après le lancement du projet, nous publierons fin novembre 2023 la version en allemand du catalogue des régimes sur le site Internet de l'ASDD. Dès que ce document sera disponible, nous ne manquerons pas de le communiquer par e-mail. Le catalogue compte 31 régimes, dont la mise en pratique est recommandée par l'ASDD. Sur cette base, il est possible de créer l'offre de restauration en fonction des besoins et exigences en matière de thérapie nutritionnelle, tant pour les personnes à prendre en charge que pour les conditions générales de l'établissement. A l'exception des régimes dont la consistance est modifiée, le catalogue est structuré en fonction des nutriments, et il englobe les domaines régimes de base, glucides, protéines, matières grasses, micronutriments, régimes dont la consistance est modifiée et autres régimes.

La description des différents régimes contient une définition reprise de la littérature de ce qui est désigné par le régime correspondant et une indication des tableaux cliniques et/ou des situations médicales dans lesquels ce régime est indiqué. Enfin, la description renferme des principes directeurs dont il faut tenir compte lors de la mise en œuvre en cuisine. Il convient de faire remarquer ici que ce document n'est pas conçu comme une liste d'indications pour l'implication du conseil diététique ou la mise en place d'actes de thérapie nutritionnelle. Dans cette optique, le GI SpitERB et le RoCaDH (Groupe d'intérêt romand Cadres Diététicien-ne-s Hospitaliers) de l'ASDD ont publié l'année passée, en coopération avec la Société Suisse de Nutrition Clinique (SSNC), la «Liste d'indications pour

la thérapie nutritionnelle et le conseil diététique pendant ou après l'hospitalisation», qui est disponible sous [www.nutri-point.net](http://www.nutri-point.net) > Qualité > Indication, efficacité et efficience.

Le catalogue des régimes de l'ASDD doit plutôt apporter un soutien dans la pratique pour réduire à l'essentiel les régimes proposés et les mettre en œuvre de façon homogène. Sur la base de ces considérations, les différents régimes sont présentés de la manière suivante:

Pour chaque régime sont mentionnées les sources bibliographiques utilisées, qui sont régulièrement vérifiées et au besoin mises à jour par l'ASDD. Cela permet de garantir que le catalogue des régimes est conforme aux recommandations actuelles fondées sur les données probantes et sur la pratique, et qu'il constitue donc un document pertinent et d'actualité pour l'exercice de la profession. L'uniformisation des standards de qualité relatifs à la gestion de la restauration pour toutes les institutions de santé et ainsi l'amélioration de l'efficacité des soins de santé sont en ligne de mire de ces travaux.

### **Mise en pratique du catalogue des régimes**

Le catalogue des régimes de l'ASDD est un ouvrage de référence fondé sur les données probantes, pragmatique et consensuel, dans lequel sont définis les régimes les plus fréquemment utilisés en pratique. Sur la base de ce document, l'offre de restauration peut ensuite être adaptée aux besoins internes au sein des différents homes et hôpitaux. L'idée est de se servir du catalogue comme base d'élaboration des régimes proposés, sans qu'il faille forcément le mettre en œuvre entièrement. En fonction des conditions-cadres, des ressources ou des besoins des institutions de santé concernées, les régimes proposés peuvent être adaptés individuellement.

Le catalogue des régimes ne doit pas être utilisé comme un mémento destiné aux patient-e-s, ni comme des consignes de travail pour l'équipe de la cuisine. Ce document a été établi pour soutenir les profes-



sionnel-le-s de la nutrition (le plus souvent des diététicien-ne-s), et il ne les remplace pas. Il doit plutôt encourager délibérément à faire appel aux diététicien-ne-s pour la mise en œuvre des régimes et la planification de l'offre de restauration.

Si un régime est recherché pour une indication spécifique, il est possible de consulter le tableau «Mögliche Kostformen nach Indikationen» (Régimes possibles par indication) de l'annexe A. Il est possible de combiner les régimes individuellement ainsi que de déduire un régime d'un autre. Si aucun des régimes ne paraît adéquat, il faut prescrire une thérapie nutritionnelle individuelle.

Lors de l'élaboration de l'offre de restauration, il est également recommandé de tenir compte des restrictions pour des raisons éthiques et/ou religieuses (p.ex. alimentation végétarienne, végane, casher, sans viande de porc). Il convient par ailleurs de veiller au critère de la durabilité lors du choix des produits. Il faut par exemple donner la préférence aux produits régionaux et de saison et intégrer davantage de sources de protéines végétales dans l'alimentation. De plus, pour des considérations écologiques et liées à l'économie d'entreprise, chaque institution de santé devrait éviter ou réduire au maximum le gaspillage alimentaire.

Pour mettre en œuvre le catalogue des régimes, il est recommandé d'observer la procédure suivante:

- Comparaison de l'éventail de régimes proposé actuellement au catalogue des régimes de l'ASDD

- Identification du besoin d'adaptation
- Adaptation des dénominations des régimes utilisées
- Adaptation de l'offre de restauration et des processus de travail

Il convient d'observer qu'en pratique, il peut arriver que la mise en œuvre du catalogue des régimes entraîne des changements assez importants. En conséquence, les mesures d'implémentation doivent être bien planifiées et soutenues à l'aide d'une communication transparente et de mesures de formation continue ciblées pour que les mesures d'adaptation nécessaires puissent être mises en œuvre dans le cadre d'échanges communs. Dans ce contexte, le conseil diététique remplit une fonction importante et il peut contribuer dans une mesure considérable à la réussite de la mise en œuvre.

### **Conclusion et perspectives**

Il est question depuis bien longtemps, dans le monde entier, de l'élaboration d'une offre de restauration et de l'utilisation indiquée médicalement qui en découle d'un catalogue des régimes uniforme. La nécessité d'arriver ici à une uniformisation est incontestée. Avec son projet de catalogue des régimes, l'ASDD s'est saisie de ce sujet d'actualité et en publiant ce catalogue, elle apporte une contribution pragmatique et fondée sur la littérature à la clarification de la situation actuelle. Comme cela a déjà été mentionné à plusieurs reprises, l'ASDD poursuit la vision de publier un catalogue national des régimes, utilisé de façon homogène dans les trois langues nationales. En raison des ressources disponibles, l'ac-

cent a été mis sur la Suisse alémanique dans la première phase du projet. Dans une prochaine phase, le but sera de se concentrer sur les parties francophone et italo-phonie du pays. Il est donc prévu de traduire le catalogue des régimes, puis de mener une procédure consultative à ce sujet dans les deux autres régions linguistiques de Suisse. Sur la base du feed-back obtenu, la version en allemand du catalogue sera ensuite revue et adaptée. Malgré cela, nous avons d'ores et déjà décidé de mettre à la disposition des membres germanophones de l'ASDD le résultat des travaux ayant été menés à ce stade. Dans cette optique, nous avons créé sur notre site Internet une nouvelle rubrique, depuis laquelle il est possible de télécharger le catalogue des régimes de l'ASDD et de consulter des ouvrages spécialisés traitant du sujet de manière approfondie.

Pour l'ASDD, le catalogue des régimes est un projet pionnier, et avec celui-ci, elle pénètre en terre inconnue, tant au niveau de l'ampleur du projet qu'au niveau de son contenu. Il est donc d'autant plus réjouissant d'évaluer les résultats de ce projet. Nous remercions toutes les personnes impliquées pour leur contribution à la réussite de ce projet! Maintenant que la première phase du projet a été menée à bien, nous ressentons de la fierté et de l'enthousiasme, et nous nous réjouissons des autres tâches à accomplir. Nous l'avons constaté une fois de plus: l'union fait la force.

*Bibliographie voir page 8*

## Il ruolo delle diete alimentari negli ospedali e nelle case di cura

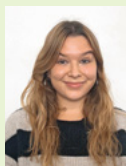
**Gestire la ristorazione negli ospedali e nelle case di cura tenendo conto delle esigenze delle persone degenti è un compito difficile che richiede un approccio interprofessionale. Nella pratica, ad oggi per organizzare la ristorazione non si ricorre a diete alimentari standardizzate. L'ASDD intende colmare questa lacuna e con un progetto apposito lanciato l'anno scorso.**



**Adrian Rufener, MSc**  
Dietista ASDD



**Melanie Anneler**  
Dietista designata BSc  
Tirocinante ASDD



**Sina Langenegger**  
Dietista designata BSc  
Tirocinante ASDD

Un ricovero in ospedale o in casa di cura è un evento incisivo nella vita di una persona. Di solito avviene involontariamente ed è accompagnato da disturbi e dolori dovuti a una malattia e/o un infortunio. La persona si ritrova in un rapporto di dipendenza: da un giorno all'altro, la sua quotidianità viene dettata dalle condizioni quadro e dalle procedure interne all'istituto di cura. I pasti (e la qualità del cibo) sono fattori importanti per il benessere e la qualità di vita e rappresentano un momento importante nel corso della giornata, visto che la persona è spesso costretta all'inattività. In questo contesto, l'offerta gastronomica assume in parte anche una funzione sostitutiva o di valvola di sfogo per contrastare il malcontento legato alla situazione attuale, alla dipendenza e all'insicurezza e ansia ad essa correlate. Secondo von Eiff (2012) l'offerta gastronomica serve anche da «criterio sostitutivo per valutare le competenze mediche» di un'istituzione sanitaria. È più facile giudicare l'offerta gastronomica che la qualità dell'assistenza sanitaria. Di conseguenza, la ristorazione è un importante

misura di marketing che influisce sulla soddisfazione delle e dei pazienti e quindi anche sulla reputazione delle singole istituzioni sanitarie.

Ancora più importante è tuttavia il fatto che con l'alimentazione è possibile influire sullo stato di salute delle e dei pazienti e che misure di terapia nutrizionale mirate e fondate da un punto di vista medico possono influire positivamente sul processo di guarigione. Nello studio di intervento svizzero multicentrico e randomizzato EFFORT, Schütz et al. (2019) hanno potuto dimostrare chiaramente che, per il settore della malnutrizione, una terapia nutrizionale personalizzata ha un effetto positivo su morbilità, mortalità e tasso di riospedalizzazione. In questo contesto è essenziale che la cucina traduca correttamente in pasti adeguati gli interventi motivati da argomenti di terapia nutrizionale.

### Il ruolo delle diete alimentari nella razionalizzazione dei processi lavorativi in cucina

L'organizzazione dell'offerta di ristorazione negli ospedali e nelle case di cura è influenzata, oltre che dalle numerose preferenze e avversioni delle persone de-

genti, anche dalle limitazioni per ragioni mediche citate in precedenza. Per la cucina, tener conto di tutte queste esigenze è un'impresa organizzativa erculeo, in particolare se si considera che deve sfamare gruppi di clienti diversi (pazienti, personale, ospiti esterni) con esigenze diverse.

Per soddisfare tutte queste esigenze e rendere i processi lavorativi in cucina pianificabili e attuabili, la gestione della ristorazione prevede l'impiego dei cosiddetti «cataloghi delle diete alimentari». I cataloghi stabiliscono le linee guida (valide perlopiù all'interno della struttura) per organizzare la fornitura dei pasti tenendo conto delle limitazioni per ragioni mediche. Questa standardizzazione aiuta la cucina a razionalizzare i processi lavorativi, perché permette di creare un'offerta di menu che tiene conto della maggior parte delle esigenze prevedibili.

I cataloghi delle diete alimentari utilizzati finora sono definiti internamente da ogni istituzione sanitaria. La competenza in materia è nella maggior parte dei casi affidata alla direzione medica, per cui a volte i cataloghi delle diete alimentari sono un po' lapidari e basati più sull'eminenza che sull'evidenza, fatto che può causare vari problemi. Per questo sarebbero utili linee guida nazionali o addirittura internazionali, che attualmente non sono però disponibili o lo sono solo limitatamente.

#### Definizione:

«Diete alimentari», «schemi», «forme di alimentazione», «schemi di razionalizzazione»: sono tutte traduzioni di vari termini tedeschi che vengono usati per dire la stessa cosa, anche se non è comunque sempre chiarissimo a cosa si riferiscano. In questo articolo parliamo di «diete alimentari», intesi come determinati regimi alimentari adeguati a patologie esistenti, difficoltà motorie e/o ideali personali. Partendo dall'attuale stato delle conoscenze, le diete alimentari riassumono quindi le raccomandazioni concrete per l'impostazione dell'offerta di menu. In questo modo vengono poste le basi per sviluppare una concezione e un linguaggio unitari che possano essere capiti e utilizzati da tutte le categorie professionali interessate.

Persone coinvolte nel progetto	
Studentesse e studenti	Tutor
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melanie Anneler</li> <li>• Nicole Baur</li> <li>• Lorena Bee</li> <li>• Elisa Bertozzi</li> <li>• Debora Eberle</li> <li>• Andrea Just</li> <li>• Benjamil Mekni</li> <li>• Sina Langenegger</li> <li>• Luca Molinaro</li> <li>• Selina Niffenegger</li> <li>• Michelle Schmid</li> <li>• Kristina Schneiter</li> <li>• Carol Truffer</li> <li>• Nathalie Zumbrunn</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adrian Rufener</li> <li>• Patrizia Christen</li> <li>• Cornelia Albrecht</li> <li>• Stefan Siegenthaler</li> <li>• Peter Jacobs</li> <li>• Gina Tüfer</li> <li>• Lucia Winzap</li> <li>• Karin Blum</li> <li>• Rita Fricker</li> </ul>

## Dibattito internazionale

Negli ultimi anni si è discusso sempre più spesso anche a livello internazionale su come impostare la gestione della ristorazione negli ospedali e nelle case di cura. L'area germanofona ha avuto in proposito un ruolo pionieristico. Già nel 1978 la Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin ha pubblicato uno schema di razionalizzazione ampiamente sostenuto per l'impostazione delle diete alimentari negli ospedali e nelle case di cura, che è poi stato rivisto e ripubblicato negli anni 1990, 1994 e 2004 (Kluth, 2004). Nel 2019 la stessa associazione ha pubblicato il «Leitfaden Ernährungstherapie in Klinik und Praxis» (LEKuP), (vademecum per la terapia nutrizionale in clinica e nello studio medico), che contiene una versione ampiamente rivista dello schema di razionalizzazione, chiamato con un nuovo nome. L'obiettivo era l'elaborazione di un vademecum per la terapia nutrizionale in clinica e nello studio medico attuale e basato sull'evidenza e sul consenso. Le sue raccomandazioni vogliono porre le basi per concepire cataloghi delle diete alimentari mirati alle esigenze specifiche delle persone da nutrire. Per questo sono formulate in modo piuttosto astratto e devono quindi essere concretizzate. Ciò nonostante, il vademecum contiene una proposta su come chiamare e strutturare le diete alimentari che potrebbero essere proposte negli ospedali e nelle case di cura (Hauner et al., 2019).

Per quel che riguarda le diete alimentari a consistenza modificata, si è affrontata la

loro definizione nell'ambito di un'iniziativa internazionale. Dal 2013 la International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI) si occupa dell'elaborazione di un catalogo delle diete alimentari per persone con disturbi della masticazione e della deglutizione. Questo catalogo, standardizzato e basato sull'evidenza, è stato pubblicato la prima volta nel 2016 e poi nel 2019 in una versione rivista. Il documento quadro elaborato contiene le denominazioni dei vari gradi di consistenza, basate sull'evidenza e riconosciute a livello internazionale. Inoltre, per ogni grado di consistenza chiarisce quali siano gli alimenti adatti e in che forma vadano preparati. Le traduzioni in lingua italiana, tedesca e francese del documento quadro sono disponibili all'indirizzo [iddsi.org/Translations/Available-Translations](http://iddsi.org/Translations/Available-Translations).

Sempre nel 2019 nell'area francofona sono state pubblicate delle linee guida per impostare la gestione della ristorazione negli ospedali e nelle case di cura, elaborate nell'ambito di una collaborazione internazionale (Belgio, Francia, Svizzera) con una procedura Delphi con 50 esperte ed esperti (Vaillant, M-F. et al., 2019). Le persone coinvolte hanno stabilito 23 raccomandazioni su come impostare la gestione della ristorazione negli ospedali e nelle case di cura. Tali raccomandazioni sono la base su cui definire i cataloghi delle diete alimentari all'interno delle istituzioni. Anche queste raccomandazioni sono formulate in modo piuttosto astratto e devono essere ulteriormente concretizzate e convertite in un catalogo delle diete alimentari.

Parallelamente a questi lavori, la European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) ha elaborato e pubblicato delle nuove linee guida per impostare la gestione della ristorazione negli ospedali e nelle case di cura (Thibault, R. et al., 2021). Con una procedura di consenso sono state elaborate 56 raccomandazioni per l'allestimento dell'offerta di ristorazione, sostenute da basi bibliografiche e che presentano un livello di astrazione molto variabile. Anche in questo caso è necessario un lavoro di conversione per attuare concretamente le raccomandazioni nei singoli istituti sanitari.

Si può dunque dire che la gestione della ristorazione negli ospedali e nelle case di cura è oggetto di ampi dibattiti in molte regioni linguistiche e in diversi Paesi. Se si escludono le diete alimentari a consistenza modificata, tuttavia, la letteratura disponibile offre solo un orientamento generale e deve essere ulteriormente concretizzata.

## Progetto diete alimentari dell'ASDD

Nel 2022 la nostra associazione professionale, su iniziativa del gruppo di interesse ASDD Dietiste e dietisti attivi in ambito ospedaliero della Svizzera tedesca (IG SpITERB), ha lanciato un progetto – in collaborazione con vari membri dell'ASDD – per elaborare un catalogo delle diete alimentari basato sulla letteratura e orientato sulle esigenze della pratica. Obiettivo del progetto è concepire un catalogo nazionale delle diete alimentari che sia possibilmente utilizzato in tutti gli ospedali e tutte le case di cura della Svizzera. Si vogliono così gettare le basi per standardizzare l'offerta di diete alimentari nelle diverse istituzioni sanitarie in Svizzera, per migliorare i processi di cura e la qualità dell'assistenza sanitaria.

Nella sua prima fase, il progetto si è concentrato sulla Svizzera tedesca, da un lato perché la necessità del progetto era stata segnalata al Comitato direttivo dell'ASDD dall'IG SpITERB e dall'altro per via delle risorse di personale a disposizione. Quattordici studentesse e studenti del corso BSc in nutrizione e dietetica della Scuola univer-



sitaria professionale di Berna (BFH) hanno collaborato al progetto nell'ambito della loro formazione pratica. Cinque dietiste e dietisti attivi nella pratica, tre collaboratrici e collaboratori del BSc in nutrizione e dietetica della BFH e un rappresentante dell'ASDD hanno seguito come tutor questa prima fase del progetto. Grazie alle indennità di tirocinio elargite dal Canton Berna, l'ASDD ha potuto portare avanti questa fase iniziale del progetto senza spese. A tutte le persone coinvolte nel progetto va il nostro più sentito ringraziamento!

Nella prima fase del progetto abbiamo chiesto a tutti gli ospedali della Svizzera tedesca di metterci a disposizione i cataloghi delle diete alimentari utilizzati internamente affinché li potessimo usare come base per il nostro lavoro. Per il progetto sono stati messi a disposizione i cataloghi delle diete alimentari di 18 ospedali. Come prima cosa le studentesse e gli studenti li hanno analizzati e hanno poi elaborato delle raccomandazioni per l'elaborazione del catalogo delle diete alimentari dell'ASDD. In un successivo workshop con le/i tutor si è deciso quali diete alimentari inserire nel catalogo e come strutturarle singolarmente. In seguito le studentesse e gli studenti hanno effettuato delle ricerche bibliografiche sulle varie diete alimentari. Nell'ambito di quattro ulteriori workshop con le/i tutor, i risultati di questo lavoro di ricerca sono stati discussi e concretizzati in una prima bozza del catalogo delle diete alimentari, che è stata presentata il 5 aprile 2022 durante un workshop aperto a tutti i membri dell'ASDD interessati. I trenta membri dell'ASDD presenti hanno avuto la possibilità di esprimersi sull'impostazione e i contenuti del catalogo delle diete alimentari. I feedback sono stati raccolti in forma scritta e hanno costituito la base per una prima rielaborazione del catalogo. La risultante seconda bozza è stata poi sottoposta a consultazione presso i gruppi specializzati, di interesse e regionali dell'ASDD. Obiettivo della consultazione era avere un riscontro professionale sulla qualità delle diverse diete alimentari. Sedici gruppi hanno espresso il loro parere. Sulla base di questi feedback il catalogo è stato nuovamente rielaborato. Nel corso di questa seconda rielaborazione sono state consultate alcune rappresen-

tanti dei gruppi per meglio comprendere i feedback ricevuti. Nell'agosto 2023 la versione tedesca del catalogo delle diete alimentari è stata sottoposta all'approvazione dell'IG SpitERB, l'iniziale committente del progetto.

### **Il catalogo delle diete alimentari dell'ASDD**

La versione tedesca del catalogo delle diete alimentari sarà pubblicata sul sito dell'ASDD a fine novembre 2023, poco più di un anno e mezzo dopo il lancio del progetto. Vi informeremo via mail non appena sarà disponibile. Il catalogo contiene 31 diete alimentari raccomandate dall'ASDD per l'attuazione pratica. Questo strumento permetterà di elaborare l'offerta di ristorazione tenendo conto delle esigenze di terapia nutrizionale e delle necessità delle persone da seguire nonché delle condizioni quadro aziendali. Il catalogo è suddiviso nei seguenti ambiti tematici: diete alimentari di base, carboidrati, proteine, grassi, micronutrienti, diete alimentari a consistenza modificata e altre diete alimentari.

La descrizione delle singole diete alimentari include: una definizione basata sulla letteratura della dieta alimentare in questione, l'indicazione dei quadri clinici e/o delle situazioni mediche che costituiscono un'indicazione per la dieta in questione, nonché i principi guida di cui la cucina deve tener conto al momento dell'attuazione. Richiamiamo l'attenzione sul fatto che il catalogo non è pensato come un elenco di indicazioni per il coinvolgimento della consulenza nutrizionale o per la messa in atto di misure di terapia nutrizionale. A questo proposito, l'anno scorso i gruppi di interesse dell'ASDD SpitErb e RoCaDH (gruppo di interesse romando delle/dei dietiste/i dirigenti ospedaliere/i), in collaborazione con la Società Svizzera della Nutrizione Clinica (SSNC), hanno pubblicato in francese e tedesco l'elenco delle indicazioni per la terapia e la consulenza nutrizionale durante e/o subito dopo un'ospedalizzazione. L'elenco è disponibile su [www.nutripoint.net](http://www.nutripoint.net) > Qualität > Indikation – Wirksamkeit – Effizienz.

Il catalogo delle diete alimentari dell'ASDD vuole piuttosto essere un aiuto pratico per

### **Struttura del catalogo delle diete alimentari dell'ASDD**

#### **Diete alimentari di base:**

- Standard
- Standard ricca di energia e proteine

#### **Carboidrati:**

- Quantità di carboidrati definita
- Senza lattosio
- Povera di fruttosio

#### **Proteine:**

- Ricca in proteine
- Senza glutine
- Senza allergeni (latte, uova, pesce, crostacei, soia, frutta a guscio, sesamo, sedano, senape, arachidi, anidride solforosa e solfito, lupini e molluschi)

#### **Grassi:**

- Alimentazione rigorosamente povera di grassi arricchita con MCT

#### **Micronutrienti:**

- Povera di potassio
- Povera di sodio
- Povera di fosfati

#### **Diete alimentari a consistenza modificata:**

- Tenera / spezzata
- Tritata fine & umida
- Cremosa
- Liquida
- Ricostituente

#### **Autre:**

- Dieta povera di acidi e di irritanti

limitare all'essenziale le diete alimentari proposte e per attuarle in modo uniforme. Partendo da queste considerazioni, le singole diete alimentari sono state strutturate come segue:

Per ogni dieta alimentare sono indicate le fonti bibliografiche utilizzate, che l'ASDD verificherà regolarmente e se necessario aggiornerà. In questo modo si vuole garan-

Definizione	Principi chiave
Definizione basata sulla letteratura della dieta alimentare.	Principi chiave basati sulla letteratura di cui tener conto nell'applicazione / realizzazione della dieta alimentare.
Indicazione	
Indicazioni basate sulla letteratura per la dieta alimentare in questione.	

tire che il catalogo delle diete alimentari corrisponda alle attuali raccomandazioni basate sull'evidenza e sulla prassi, e che sia così un documento aggiornato e rilevante per l'uso pratico. Obiettivo centrale di questo lavoro è uniformare gli standard di qualità per organizzare la gestione della ristorazione in tutte le istituzioni sanitarie, con il conseguente miglioramento dell'efficienza dell'assistenza sanitaria.

### Implementazione pratica del catalogo delle diete alimentari

Il catalogo delle diete alimentari dell'ASDD è un'opera di riferimento pratica basata sull'evidenza e il consenso, nella quale vengono definite le diete alimentari utilizzate più di frequente nella prassi. Sulla base di questo documento, ogni ospedale e casa di cura può allestire l'offerta di ristorazione tenendo conto delle proprie esigenze interne. L'idea è che il catalogo funga da base per impostare le diete alimentari proposte ma che non debba essere per forza completamente implementato: l'offerta delle diete alimentari può essere adeguata sulla base delle condizioni quadro, delle risorse o delle esigenze delle varie istituzioni sanitarie.

Il catalogo delle diete alimentari non è una scheda informativa per le/i pazienti e nemmeno un manuale di lavoro per la cucina. Il documento è stato creato come supporto per le specialiste e gli specialisti in nutrizione (perlopiù dietiste/i) e non ne sostituisce la funzione. Anzi, dovrebbe espressamente promuovere il coinvolgimento delle dietiste e dei dietisti nella messa in pratica delle diete alimentari e nella pianificazione dell'offerta di ristorazione.

Se si cerca una dieta alimentare per un'indicazione specifica, si può consultare la tabella riportata nell'allegato A. Le diete ali-

mentari possono essere combinate tra di loro e derivate le une dalle altre. Se nessuna delle diete alimentari sembra adatta, va prescritta una terapia nutrizionale personalizzata.

Nell'allestimento dell'offerta di ristorazione si raccomanda inoltre di tener conto delle limitazioni di origine etica e/o religiosa (ad es. vegetariana, vegana, kosher, senza carne di maiale). Nella scelta dei prodotti si dovrebbe poi tener conto del criterio della sostenibilità, preferendo ad esempio prodotti regionali e stagionali e inserendo più fonti proteiche vegetali. Inoltre, per ragioni economiche ed ecologiche, ogni istituzione sanitaria dovrebbe pensare a evitare o ridurre per quanto possibile il food waste.

Per l'implementazione del catalogo delle diete alimentari si raccomanda di procedere come segue:

- confrontare l'attuale offerta di diete alimentari con il catalogo delle diete alimentari dell'ASDD
- identificare gli adeguamenti necessari
- adeguare le denominazioni delle diete alimentari usate
- adeguare l'offerta di ristorazione e i processi lavorativi.

Va considerato che l'implementazione del catalogo delle diete alimentari nella pratica potrebbe generare grandi cambiamenti. L'implementazione deve quindi essere ben pianificata e sorretta da una comunicazione trasparente e da misure di formazione mirate, in modo che tutte le persone coinvolte possano collaborare per l'attuazione degli adeguamenti necessari. A questo proposito, la consulenza nutrizionale riveste una funzione importante e può contribuire in modo decisivo alla riuscita dell'implementazione.

### Conclusioni e prospettive

L'impostazione dell'offerta di ristorazione e l'impiego indicato da un punto di vista medico di un catalogo delle diete alimentari unitario sono da anni oggetto di discussione a livello internazionale e tutti concordano sul fatto che è necessario mirare a una standardizzazione in questo ambito. L'ASDD si è occupata di questo tema con il progetto diete alimentari. Il suo catalogo delle diete alimentari rappresenta un contributo basato sulla letteratura e attuabile nella pratica per chiarire la situazione attuale. Come già detto, l'ASDD aspira a pubblicare un catalogo delle diete alimentari nazionale che venga utilizzato in modo unitario in tutte le regioni linguistiche. Date le risorse disponibili, la prima fase del progetto si è concentrata sulla Svizzera tedesca. La prossima fase del progetto sarà dedicata alla Svizzera romanda e italiana. Alla traduzione del catalogo delle diete alimentari seguirà una consultazione in queste due regioni linguistiche del nostro Paese. I feedback che riceveremo ci permetteranno di rivedere e adeguare il catalogo, anche nella sua versione in lingua tedesca. Ciò nonostante, abbiamo deciso di mettere già a disposizione dei membri germanofoni dell'ASDD i risultati del lavoro svolto finora. A questo scopo abbiamo creato una nuova rubrica nel nostro sito web, contenente il catalogo delle diete alimentari dell'ASDD (scaricabile) e ulteriore letteratura di approfondimento sul tema.

Il progetto diete alimentari è un progetto pionieristico per l'ASDD: la sua portata e i suoi contenuti sono una terra inesplorata. Questo ci rende ancora più fieri dei risultati ottenuti. A tutte le persone coinvolte va il nostro più sentito ringraziamento per il contributo dato alla riuscita del progetto! Orgogliosi e felici per quanto fatto in questa prima fase, non vediamo l'ora di continuare i lavori. Ancora una volta abbiamo avuto la dimostrazione che insieme siamo forti!

*Bibliografia sulla pagina 8*

# NÄHRSTOFFLIEFERANT FLEISCH

Zu einer gesunden Lebensweise gehören eine optimal zusammengestellte Ernährung, Bewegung und Entspannung. Fleisch hat seinen Platz in einer ausgewogenen Ernährung, denn es liefert hochwertige Proteine, Vitamine und Mineralstoffe.

## PROTEINE

Eine ausreichende Zufuhr an Proteinen ist lebensnotwendig. Fleisch ist ein wichtiger Lieferant von hochwertigen Proteinen, die für den Aufbau und den Erhalt der Muskeln wichtig sind.



## VITAMIN A

ist wichtig für den Sehvorgang, die Entwicklung des Immunsystems und eine gesunde Haut. Vitamin A ist vorwiegend in Innereien enthalten.



## VITAMIN B<sub>1</sub>

hilft uns bei der Aufnahme von Kohlenhydraten – und damit bei der Energieversorgung. Es kommt in allen Fleischsorten, vor allem aber in Schweinefleisch, vor.



## VITAMIN B<sub>2</sub>

spielt eine wichtige Rolle bei der Aufnahme von Proteinen und Kohlenhydraten. Innereien enthalten mit Abstand am meisten Vitamin B<sub>2</sub>.



## VITAMIN B<sub>6</sub>

beeinflusst die Funktionen des Nervensystems und der Immunabwehr.



## EISEN

ist wichtig für den Sauerstofftransport im Körper. Eisen aus Fleisch nehmen wir Menschen viel besser auf als solches aus pflanzlichen Lebensmitteln. Je röter das Fleisch, umso mehr Eisen enthält es.



## SELEN

schützt unsere Zellen und unterstützt unsere Schilddrüse. Gute Selenlieferanten sind Kaninchenfleisch, Lamm, Poulet und Rind.

## VITAMIN B<sub>12</sub>

kommt ausschliesslich in tierischen Nahrungsmitteln vor. Fleisch ist der wichtigste Vitamin-B<sub>12</sub>-Lieferant. Es sorgt für die Bildung roter Blutkörperchen und für gesunde Nervenzellen.



## ZINK

ist ein Spurenelement, das wir für das Wachstum von Gewebe und für die Wundheilung benötigen. Rind- und Lammfleisch sind gute Zinklieferanten.



Weniger, dafür regional: Achten Sie beim Einkauf auf die Herkunft, wenn Fleisch, dann Schweizer Fleisch.

Proviande «Schweizer Fleisch»  
Brunnhofweg 37 | Postfach | 3001 Bern  
ernaehrung@proviande.ch | Tel. 031 309 41 11  
[schweizerfleisch.ch/ernaehrungsberatung](http://schweizerfleisch.ch/ernaehrungsberatung)



Der feine Unterschied.



## Das Gesundheitswesen braucht standardisierte Kostformen

Interview mit:



**Patrizia Christen, BSc**  
Ernährungsberaterin SVDE,  
Leitende Ernährungsberaterin  
Klinik Hirslanden



**Cornelia Albrecht, BSc**  
Ernährungsberaterin SVDE,  
Leitende Ernährungsberaterin  
Bürgerspital Solothurn

*Interviewer: Adrian Rufener, MSc  
Ernährungsberater SVDE*

**Wie ist das Bedürfnis entstanden, ein Projekt zu lancieren, um für die deutschsprachige Schweiz einen einheitlichen Kostformenkatalog zu erstellen?**

Die Spitalernährungsberater/innen wurden und werden mit einer Regelmässigkeit und Beharrlichkeit immer wieder vor die Herausforderung gestellt, die in ihrer Klinik verwendeten Kostformen zu begründen. Auf Grund häufig unzureichend vorhandener Evidenz und voneinander abweichender Fachmeinungen der Ernährungsberater/innen selbst, der Ärzt/innenschaft, der Pflege und der Diätküche ist über die Jahre in jeder Institution ein Sammelsurium an kaum zu vergleichenden Kostformen entstanden. Häufig haben wir auch erlebt, dass es für berufsfremde Professionen sehr überraschend ist, dass es keinen Schweizer Konsens dazu gibt. Die SVDE-Interessengruppe Deutschschweiz Spitalernährungsberater/innen (IG SpitERB) sah die Wichtigkeit und Dringlichkeit der Schaffung eines einheitlichen Kostformenkataloges, konnte aber die zeitlichen und personellen Ressourcen zur Erarbeitung nicht aufbringen, um das Vorhaben in nützlicher Frist zu erreichen. Wir erkannten das Thema auch als Chance, uns als Profession in dieser Thematik zu positionieren und zu professionalisieren.

**Weshalb braucht es einen standardisierten Kostformenkatalog, welcher in der gesamten Schweiz einheitlich verwendet wird?**

Zum einen geht es um die praktischen Aspekte der Vergleichbarkeit. Wenn die Kostformen überall identisch sind, ist eine institutionsübergreifende Zusammenarbeit erleichtert. Weder Patient/innen noch Fachpersonen können nachvollziehen, wieso bei derselben Erkrankung je nach Klinik eine andere Kostform oder dieselbe Kostform mit anderen verwendeten Lebensmitteln zum Tragen kommt. Dabei geht es auch um die Patient/innensicherheit – dies kann am Beispiel der Dysphagie illustriert werden: Ein unterschiedliches Verständnis, was beispielsweise eine pürierte Kost beinhalten darf, kann schwerwiegende Folgen für die Patient/innen haben. Zum anderen geht es um die Aussenwirkung unseres Berufsstandes. Ein einheitliches Verständnis der oralen Patient/innenverpflegung innerhalb der Profession führt dazu, dass wir unsere Zuständigkeit für dieses Thema öffentlich proklamieren, und zum anderen dazu, dass man unsere Fachexpertise dazu wahrnimmt.

**Welche Probleme seht ihr, wenn dies nicht umgesetzt wird?**

Die Gefahr ist hoch, dass andere Interessengruppen die Definitionshoheit übernehmen und es zu Fehleinschätzungen kommt, welche zu einer ungünstigen Verpflegungssituation diätetischer Patient/innen führt. Es kann zum Beispiel aus ökonomischen Gründen zu einer Reduktion der Vielfalt kommen, weil nicht verstanden wurde, dass diese Vielfalt medizinische Gründe hat. Es würde weiterhin ein Sammelsurium an nicht evidenzbasierten Kostformenkatalogen bleiben und unsere Profession verpasst ein Zuständigkeitsfeld, wenn sie die Kostformendefinitionen Ärzt/innen und/oder Küchenchef/innen überlässt.

**Ihr wart Teil des Projektteams und habt die Fortschritte bis hin zum ersten Entwurf des Kostformenkatalogs aktiv mitbegleitet. Mit welchen Gefühlen blickt ihr auf die Arbeiten in diesem Projekt zurück?**

Wir empfinden grossen Stolz. Seit vielen Jahren ist das Bedürfnis nach einem einheitlichen Kostformenkatalog gross und es wurde dabei immer als nicht umsetzbares Vorhaben eingestuft. Zu viele Meinungen, zu viele Institutionen, zu wenig Evidenz. Wir haben im Rahmen dieses Projekts erlebt, wie alle Beteiligten hoch motiviert, sehr lösungsorientiert und gemeinschaftlich auf dieses vermeintlich unerreichbare Ziel hingearbeitet haben. Es zeigt, dass wir viel schaffen können, wenn wir unsere Synergien bündeln und somit nutzbar machen.

**Wie habt ihr vor, den neuen Kostformenkatalog bei euch in der Praxis zu nutzen?**

Sobald er publiziert ist, wird die Hirslandengruppe versuchen, ihre 17 Kostformenkataloge zu einem zu harmonisieren. In der Solothurner Spitäler AG wird der neue Kostformenkatalog auf die einzelnen Bedürfnisse der verschiedenen Häuser angepasst und schrittweise eingeführt.

**Wo seht ihr Hindernisse bei der Implementierung in der Praxis?**

In jeder Klinik gibt es weitere beteiligte Berufsgruppen und Individuen, die bei der Definition und Umsetzung der Kostformen mitzureden haben. Es ist wichtig, diese bei der Umsetzung mit im Boot zu haben und ggf. auch ökonomische Argumente zu finden, wieso die hauseigenen Kataloge durch den Konsens ersetzt werden sollten. Besonders in Kliniken, in welchen der eigene Katalog gut etabliert ist, wird die Hürde gross sein, den Konsens zu implementieren. Dabei muss der Aufwand bedacht werden, welcher durch diese Veränderung ausgelöst wird. Wir ändern nicht nur die Kostformen, sondern auch die Prozesse, es braucht Anpassungen in diversen Softwareprogrammen, in Rezepten, in Weiterbildungsprogrammen usw.

**Wie soll der Kostformenkatalog in Zukunft weiterentwickelt werden?**

Wir wünschen uns, dass sich dem Konsens andere Berufsgruppen anschliessen und unser Konsens beispielsweise in der Ausbildung der Diätköche gelehrt wird, dass

die Fachärzt/innen und andere Gesundheitsberufe sich anschliessen. Hier geht es um die Entwicklung einer gemeinsam getragenen Haltung.

**Welche weiterführenden Arbeiten sind in euren Augen notwendig?**

Uns fallen da eine Vielzahl an Forschungsarbeiten ein, welche sich daraus ergeben und sich zumeist auf den therapeutischen Nutzen der jeweiligen Kostformen beziehen. Weiter sollte der Konsens auch in verwandten Fachbereichen publiziert werden. Hierzu müssen wir an Ärzt/in-

nenkongressen, Hotellerietagungen oder Kongressen, welche sich an die Diätküche richten, den neu erarbeiteten Kostformenkatalog präsentieren. Dadurch können wir unsere zentrale Rolle innerhalb der Patient/innenverpflegung aktiv aufzeigen und einfordern.

## Le système de santé a besoin de régimes standardisés

Interview de:



**Patrizia Christen, BSc**  
Diététicienne ASDD,  
Responsable du service de  
diététique à la Hirslanden  
Klinik



**Cornelia Albrecht, BSc**  
Diététicienne ASDD,  
Responsable du service de  
diététique à l'hôpital  
Bürgerspital de Soleure

*Interview réalisée par: Adrian Rufener, MSc  
Diététicien ASDD*

**Comment est né le besoin de lancer le projet d'établir un catalogue des régimes uniforme pour la Suisse alémanique?**

Les diététicien-ne-s en milieu hospitalier ont été et sont régulièrement confronté-e-s à la difficulté de justifier les régimes utilisés dans leur clinique. En raison de données probantes souvent insuffisantes et de divergences de vues entre les des diététicien-ne-s, le corps médical, les infirmière-s et la cuisine diététique, une pléthore de régimes difficilement comparables a vu le jour au fil des ans dans chaque institution. Nous avons aussi constaté fréquemment que les autres professions sont très surprises par le fait qu'il n'y a pas de consensus à ce sujet en Suisse. Le groupe d'intérêt ASDD des diététicien-ne-s en milieu hospitalier de Suisse alémanique (GI SpitERB) a compris l'importance et l'ur-

gence de créer un catalogue des régimes uniforme, mais il n'a pas pu trouver les ressources en temps et en personnel nécessaires à l'élaboration pour réaliser le projet en temps utile. Nous nous sommes rendu compte que le thème est pour nous une opportunité de se positionner sur cette thématique en tant que profession et de gagner en professionnalisme.

**Pourquoi est-il nécessaire de disposer d'un catalogue standardisé des régimes qui est utilisé de façon homogène dans toute la Suisse?**

Il s'agit d'une part des aspects pratiques de la comparabilité. Si les régimes sont identiques partout, cela facilite la collaboration entre les institutions. Ni les patient-e-s, ni les professionnel-le-s ne parviennent à comprendre pourquoi, pour la même maladie, en fonction de la clinique, un autre régime ou le même régime mais avec d'autres aliments entre en ligne de compte. Il est également question de la sécurité des patient-e-s. Prenons l'exemple de la dysphagie: la composition d'une purée peut entraîner des conséquences graves pour les patient-e-s. Il s'agit d'autre part de l'image donnée par notre profession. Une conception homogène de l'alimentation orale des patient-e-s au sein de la profession nous permet d'afficher publiquement notre compétence sur ce thème, mais aussi d'assumer notre expertise en la matière.

**Quels sont, selon vous, les problèmes qui se poseront s'il n'y a pas de mise en œuvre?**

Il y a un gros risque pour que d'autres groupes d'intérêt prennent la haute main sur les définitions et que cela débouche sur des erreurs d'appréciation, qui seraient préjudiciables pour l'alimentation des patient-e-s de diététique. Pour des raisons économiques, cela peut par exemple entraîner une baisse de la diversité, parce qu'il n'aura pas été compris que cette diversité a des raisons médicales. Il resterait toujours une pléthore de catalogues de régimes non basés sur les données probantes et notre profession n'assumerait pas l'un de ses champs de compétences si elle confiait aux médecins et/ou aux chef-fe-s de cuisine la responsabilité de définir les régimes.

**Vous avez fait partie de l'équipe de projet et vous avez suivi de près les étapes allant jusqu'à la première ébauche du catalogue des régimes. Quel est votre ressenti quand vous repensez au travail accompli dans le cadre de ce projet?**

Nous ressentons beaucoup de fierté. Depuis de nombreuses années, le besoin d'uniformiser le catalogue des régimes est réel, mais ce projet a toujours été considéré comme non réalisable, en raison des avis trop nombreux, du trop grand nombre d'institutions et des données probantes insuffisantes. Nous avons réalisé dans le cadre de ce projet à quel point toutes les parties prenantes sont très motivées, très orientées vers les solutions, et avec quel esprit de communauté elles ont œuvré à cet objectif soi-disant inatteignable. Cela montre que nous pouvons réaliser beaucoup de choses si nous unissons nos forces et dégageons ainsi des synergies.

### Comment envisagez-vous d'utiliser en pratique le nouveau catalogue des régimes?

Dès que celui-ci aura été publié, le groupe Hirslanden tentera d'harmoniser ses 17 catalogues de régimes en un seul. Au sein de Solothurner Spitäler AG, le nouveau catalogue des régimes sera adapté aux besoins des différents établissements, puis introduit progressivement.

### Quels sont, selon vous, les obstacles à la mise en pratique?

Dans chaque clinique, d'autres personnes et d'autres groupes professionnels concernés ont leur mot à dire pour établir la définition des régimes et passer à la mise en œuvre. Il est important de les intégrer au processus de mise en œuvre et éventuellement aussi de trouver des arguments économiques en faveur du remplacement des catalogues des établissements par une solution consen-

suelle. Dans les cliniques notamment, qui disposent de leur propre catalogue bien établi, il y aura beaucoup d'obstacles à surmonter jusqu'à ce que le consensus soit adopté. Il convient aussi de considérer le travail que ce changement occasionnera. Nous ne modifierons pas seulement les régimes alimentaires, mais aussi les processus, ce qui nécessitera des adaptations au niveau des divers logiciels, des recettes, des programmes de formation continue, pour ne citer que quelques exemples.

### Comment faudra-t-il développer le catalogue des régimes à l'avenir?

Nous souhaitons que d'autres professions de la santé adhèrent à la solution consensuelle et que cette dernière soit par exemple enseignée dans la formation des cuisinière-s en diététique. Nous espérons aussi pouvoir compter sur le soutien des médecins spécialistes à cet égard. Il s'agit ici de

développer une position soutenue conjointement.

### Quels travaux complémentaires sont nécessaires à vos yeux?

Il nous vient à l'esprit de nombreux travaux de recherche découlant du catalogue et portant le plus souvent sur le bénéfice thérapeutique des régimes alimentaires correspondants. De plus, il faudrait publier des articles sur le catalogue des régimes en tant que solution consensuelle pour d'autres domaines spécialisés apparentés. Dans cette optique, nous devons présenter le nouveau catalogue lors des congrès médicaux, des journées spécialisées de l'hôtellerie ou encore des conférences s'adressant aux cuisinière-s en diététique. Nous pourrions ainsi montrer et revendiquer actuellement notre rôle central dans l'alimentation des patient-e-s.



INNOVATION QUALITÉ

## Jetzt Projekt einreichen – bis 04.12.2023

Zukunftsweisende Qualitätsarbeit im Gesundheitswesen gehört aufs Podest: Gewinnen Sie die Innovation Qualität, den Preis für Qualität in der Medizin! Melden Sie Ihr Projekt an auf [www.innovationqualite.ch](http://www.innovationqualite.ch).



## Il settore sanitario ha bisogno di diete alimentari standardizzate

Intervista a:



**Patrizia Christen, BSc**  
Dietista ASDD  
Dietista caposervizio, Clinica  
Hirslanden



**Cornelia Albrecht, BSc**  
Dietista ASDD  
Dietista caposervizio,  
Bürgerspital di Soletta

*Intervista di: Adrian Rufener, MSc  
Dietista ASDD*

**Da dove è nata l'esigenza di lanciare un progetto per la creazione di un catalogo delle diete alimentari unitario per tutta la Svizzera tedesca?**

Le dietiste e i dietisti ospedalieri sono e sono stati regolarmente e con insistenza confrontati alla difficoltà di giustificare le diete alimentari utilizzate nelle loro cliniche. A causa della spesso carente disponibilità di evidenza scientifica e delle opinioni professionali divergenti all'interno della nostra categoria professionale, ma anche all'interno del corpo medico e infermieristico così come nel settore della cucina dietetica, con gli anni in ogni istituto sono state adottate numerosissime diete alimentari difficilmente confrontabili tra loro. Spesso abbiamo anche notato la reazione di stupore di altre categorie professionali per il fatto che in Svizzera non abbiamo una soluzione di consenso in merito. Il gruppo di interesse ASDD Dietiste e dietisti attivi in ambito ospedaliero della Svizzera tedesca (IG SpitERB) era cosciente dell'importanza e dell'urgenza di creare un catalogo delle diete alimentari unitario, ma non aveva le risorse temporali e personali necessarie per realizzarlo in tempo utile. Per noi il tema costituiva anche un'opportunità per profilare la nostra categoria professionale in questo ambito.

**Perché è necessario un catalogo delle diete alimentari standardizzato e utilizzato in modo uniforme in tutta la Svizzera?**

Da un lato ci sono gli aspetti pratici della comparabilità. Se le diete alimentari sono identiche ovunque, la collaborazione inter-istituzionale è più semplice. Né i pazienti né il personale medico e infermieristico capiscono perché, per la stessa patologia, cliniche diverse usino una dieta alimentare diversa oppure la stessa dieta alimentare ma con l'impiego di alimenti diversi. Ne va anche della sicurezza delle pazienti e dei pazienti: se prendiamo l'esempio della disfagia, una concezione diversa ad esempio di cosa significhi cibo cremoso può avere gravi conseguenze per la persona in cura. Dall'altro lato c'è l'aspetto della percezione della nostra categoria professionale. Una concezione unitaria dell'alimentazione orale delle/dei pazienti in seno alla professione fa sì che possiamo proclamare chiaramente la nostra competenza in questo ambito e che veniamo riconosciuti come le esperte e gli esperti in materia.

**Secondo voi che problemi potrebbero insorgere se il progetto non venisse realizzato?**

C'è il forte pericolo che altri gruppi di interesse definiscano le forme alimentari e che si verifichino delle valutazioni errate, che porterebbero a una ristorazione subottimale per le pazienti e i pazienti dietetici. È ad esempio possibile che per motivi economici si riduca la varietà degli alimenti, perché non si capisce che tale varietà è motivata da ragioni mediche. Continuerebbe ad esserci un'infinità di cataloghi delle diete alimentari non basati sull'evidenza e la nostra professione si lascerebbe sfuggire un ambito di competenza, se lasciasse la definizione delle diete alimentari a medici e/o capi cucina.

**Avete fatto parte del team di progetto e avete seguito attivamente i progressi fino alla prima bozza del catalogo delle diete alimentari. Cosa provate ripensando al lavoro svolto per questo progetto?**

Siamo molto orgogliose. Da molti anni era pressante l'esigenza di avere un catalogo delle diete alimentari unitario ma il progetto era sempre stato considerato irrealizzabile: troppe opinioni, troppe istituzioni, troppa poca evidenza. Nell'ambito di questi lavori abbiamo potuto osservare come tutte le persone coinvolte abbiano lavorato con grande motivazione e in modo molto mirato e collegiale per raggiungere questo obiettivo apparentemente irrealizzabile. È la dimostrazione che possiamo ottenere molto se uniamo le nostre forze, mettendole così a frutto.

**Come prevedete di usare il nuovo catalogo nella pratica?**

Non appena sarà pubblicato, il gruppo Hirslanden cercherà di armonizzare i suoi 17 cataloghi delle diete alimentari in un unico catalogo. Negli ospedali solettesi il nuovo catalogo delle diete alimentari verrà adeguato alle esigenze particolari di ogni istituto e sarà introdotto gradualmente.

**Quali ostacoli vedete per l'implementazione nella pratica?**

In ogni clinica ci sono altre categorie professionali e persone che hanno voce in capitolo sulla definizione e l'attuazione delle diete alimentari. È importante coinvolgerle nell'implementazione ed eventualmente trovare anche argomenti economici a favore della sostituzione dei cataloghi interni con la soluzione di consenso. In particolare nelle cliniche in cui il catalogo proprio è ben affermato, sarà più difficile implementare la soluzione di consenso. Va anche tenuto conto del dispendio che questo cambiamento comporta: non cambiamo solo le diete alimentari, ma anche i processi, e sono necessarie modifiche a livello di software, prescrizioni, programmi di formazione continua e di perfezionamento, ecc.

**Che futuro auspicate per il catalogo delle diete alimentari?**

Ci auguriamo che la nostra soluzione di consenso venga adottata anche da altre categorie

professionali, e che venga ad esempio insegnata nella formazione di cuoca/o in dietetica, che vi aderiscano anche i medici e altre professioni sanitarie. Si tratta di sviluppare un concetto comune sostenuto da tutti gli attori.

Secondo voi, quali ulteriori lavori sono necessari?

Ci vengono in mente un gran numero di lavori di ricerca derivanti da quanto fatto finora, perlopiù in relazione all'utilità terapeutica delle varie diete alimentari. Inoltre, la soluzione di consenso dovrebbe essere pubblicata anche in ambiti professionali a noi vicini: dovremmo presentare il nuovo catalogo delle diete alimentari nei con-

gressi medici o in convegni e congressi dell'industria alberghiera che si rivolgono a cuoche e cuochi in dietetica. Così potremo mostrare e reclamare attivamente il nostro ruolo centrale nell'ambito della ristorazione del paziente.

### **Label «Ernährungsberater/in SVDE»**

*Mit dem Ziel, den Beruf aufzuwerten, stellt der SVDE seinen Mitgliedern seit einigen Jahren ein Logo zur Verfügung, das diese als Ernährungsberater/innen SVDE ausweist und sie den gesetzlich anerkannten Gesundheitsberufen zuordnet.*

*Dieses ergänzende Logo besteht aus einem Häkchen, das vom Schriftzug Ernährungsberater/in SVDE (oben) und Schweizer Gesundheitsberuf (unten) umschlossen wird. Das Logo gibt es in Schwarz oder in Blau.*

*Unsere Mitglieder finden weitere Informationen sowie das Logo auf [www.svde-asdd.ch](http://www.svde-asdd.ch) > Beruf > Logo und Label Ernährungsberater/in SVDE > Logo Ernährungsberater/in SVDE.*

### **Label «Diététicien-ne-s ASDD»**

*Afin de valoriser la profession, l'ASDD met à disposition de ses membres depuis quelques années un logo permettant d'identifier les diététicien-ne-s ASDD comme des professionnels de la santé reconnus légalement.*

*Ce logo complémentaire est composé d'un vu encerclé par le texte Diététicien-ne ASDD profession suisse de la santé. Ce logo est disponible en noir ou en bleu.*

*Nos membres trouveront de plus amples informations et le logo sur [www.svde-asdd.ch](http://www.svde-asdd.ch) > Profession > Logo et label Diététicien-ne ASDD > Logo Diététicien-ne-s ASDD.*



**SVDE ASDD**



# Die Gastronomie braucht mehr als den Kostformenkatalog

Interview mit:



**Stefan Siegenthaler, MSc**  
Ernährungsberater SVDE  
Fachspezialist Gastronomie  
und Gesundheit,  
Pro Culina GmbH, Münsingen  
stefan.siegenthaler@  
proculina.ch

*Interviewer: Adrian Rufener, MSc*  
Ernährungsberater SVDE

## Welche Bedürfnisse in Bezug auf einen einheitlichen Kostformenkatalog hat die Gastronomie in Spitälern und Heimen?

In Spitälern und Heimen ist die Gastronomie für die Verpflegung der Patient/innen und Bewohnenden sowie für das Verpflegungsangebot von Mitarbeitenden und weiteren Kunden verantwortlich. Dabei hat sie einen anderen Leistungsauftrag und andere Rahmenbedingungen als die Ernährungsberatung.

Für die Gastronomie ist es nicht primär entscheidend, wie einheitlich und evident ein Kostformenkatalog ist. Es müssen konkrete und praktisch umsetzbare Handlungsempfehlungen für die Menüplanung, Rezeptierung und Produktion daraus abgeleitet werden können. Nur so erhalten alle das richtige Essen zur richtigen Zeit am richtigen Ort und in der adäquaten Qualität.

## Mit welchen Herausforderungen bei der Gestaltung des Verpflegungsangebots bist du in deinem Berufsalltag konfrontiert?

Essen gut, alles gut. Gibt es Probleme im Verpflegungsprozess, hat das Auswirkungen auf die Zufriedenheit und Befindlichkeit aller Beteiligten. Eine Herausforderung ist der Unterschied zwischen dem gastronomischen Auftrag und dem Care-Auftrag. In Alters- und Pflegeheimen zeigt sich das an der Schnittstelle zwischen der Küche und der Pflege, in Spitälern kommt die Schnittstelle zur Ernährungsberatung dazu. Kompetenzen, Erfahrungen und «Sprache» unterscheiden sich. Wenn ich Alters- und Pflegeheime berate, z. B. bei Fragen zur Berücksichtigung des Ernährungszustandes bei der Mahlzeiten-

bestellung, ist die grösste Herausforderung, dass Massnahmen professionell und nachhaltig eingeführt werden können. Dies ist erschwert, weil vor Ort praktisch nie Fachpersonen mit Kompetenzen im Bereich Ernährung, Diätetik und Gesundheit tätig sind, welche die Verantwortung für die Umsetzung übernehmen können.

## Du warst Teil des Projektteams und hast die Fortschritte bis hin zum ersten Entwurf aktiv mitbegleitet. Welche weiteren Arbeiten sind in deinen Augen noch ausstehend?

Bei einer evidenzbasierten Praxis ist die Evidenz nur ein Aspekt von mehreren, die berücksichtigt werden müssen. Damit der entstandene Kostformenkatalog in der Praxis den benötigten Impact haben kann, braucht es darauf aufbauend die interprofessionelle Diskussion zwischen uns Ernährungsberater/innen und der Küche. Es braucht Überlegungen, wie die existierenden Kostformen- und Angebotskonzepte weiterentwickelt werden können.

## Wie hast du persönlich vor, den Kostformenkatalog zu nutzen?

Als Food Service Dietitian will ich unsere Kunden in der Gemeinschaftsgastronomie dabei unterstützen, unter Berücksichtigung aller Anspruchsgruppen den Verpflegungsprozess zu gestalten. Ich will mich bei meiner Arbeit zukünftig an den evidenz- und konsensbasierten Empfehlungen des SVDE orientieren.

## Welchen Mehrwert erkennst du im Kostformenkatalog für die Gastronomie?

Kostformen sind wichtig bei der Verpflegung von Patient/innen und Bewohnenden. Sie definieren die Anforderungen an das Verpflegungsangebot aus gesundheitlicher und ernährungsmedizinischer Sicht. Der Kostformenkatalog bietet dazu eine Orientierung. Entscheidend in der Praxis sind jedoch nicht nur die Kostformen, sondern die geplanten und abgeleiteten Menüs und Speisen, die zur Auswahl stehen.

## Welche Herausforderungen/Konflikte könnte es in der Küche geben, um den neuen Kostformenkatalog umzusetzen?

Die Diskussionen in den Küchen rund um Kostformen sehen anders aus als innerhalb unserer Profession. Die meisten in der Praxis existierenden Kostformenkataloge unterscheiden sich stark untereinander sowie vom neu erarbeiteten Kostformenkatalog des SVDE. Meiner Einschätzung nach kann der neue, einheitliche Katalog zu Unsicherheiten, Verwirrung und Widerstand führen. Ein Kostformenkatalog kann standardisiert werden, die Umsetzung der Angebotskonzepte und Menülinien wird immer betriebspezifisch sein müssen.

## Wie können diese Herausforderungen / Konflikte bewältigt werden?

Der Kostformenkatalog darf nicht als Vorschrift gegenüber der Küche umgesetzt werden. Bei der Umsetzung in der Praxis ist es hilfreich, zwischen Kostformen und Menülinien zu unterscheiden. Kostformen müssen in Menülinien übersetzt werden. In der Praxis sehe ich verschiedene Dokumente, die als Kostformen definieren, was eigentlich eine Menülinie, ein Zusatz oder eine Zubereitungsart ist. Die «Übersetzung» muss die Perspektive der Küche berücksichtigen. Food Service Dietitians können diesen Prozess anleiten und dabei einen grossen Beitrag leisten.

## Was ist in deinen Augen bei der Implementierung des Kostformenkatalogs von besonderer Bedeutung?

Es braucht den Dialog zwischen unserer Profession und der Gastronomie. Wir müssen gemeinsam definieren, wie die Verpflegungsprozesse optimal gestaltet werden können und wer im Alltag welche Aufgaben übernimmt, damit die Patient/innen und Bewohnenden ein Essen erhalten, das sie wollen und brauchen.

In Care-Institutionen muss es mehr Ernährungsberater/innen geben, die neben der ernährungstherapeutischen Arbeit auch Verantwortung und Kompetenzen übernehmen im Dialog mit der Gastronomie. Dabei muss zwischen der Perspektive als Clinical Dietitian und als Food Service Dietitian unterschieden werden.



## Unbeschwerter Genuss bei Unverträglichkeiten

**Als Ernährungsberaterinnen und -berater begleiten Sie Menschen mit einer Lebensmittelunverträglichkeit oder -intoleranz auf dem Weg zu einer möglichst beschwerdefreien und gesunden Ernährung. Sie machen so ihren Alltag freud- und genussvoller. Coop Free From verfolgt dasselbe Ziel mit über 600 Produkten, die sich für Menschen mit einer Unverträglichkeit eignen.**

### Gluten- und lactosefreie Alternativen, die mindestens genauso fein sind wie das Original

Menschen, bei denen neu eine Lebensmittelintoleranz diagnostiziert wurde, stehen oftmals vor einem Berg voller Fragen: Muss ich nun gänzlich auf Milchprodukte und Pasta verzichten? Und wie komme ich überhaupt zu glutenfreiem Brot? Für eine unbeschwertere und genussvolle Ernährung bietet das Free From Sortiment eine breite Auswahl an gluten- und/oder lactosefreien Alternativen, auch, wenn es mal schnell gehen soll.

### Lactosefreie Milchprodukte und Saucen

Wer an einer Lactoseintoleranz leidet, muss nicht auf Milchprodukte verzichten, denn fast alle lassen sich leicht durch lactosefreie

Alternativen aus dem Free From Sortiment ersetzen: Mit der Free From Mascarpone gelingt jedes Dessert, für die ideale Sauce sorgt die Free From Crème Fraîche und mit dem Free From Cornet Vanille gibt es auch eine feine Alternative zum Cornet-Glace.

### Wenn es mal schnell gehen soll

Genussvolle Fertigprodukte leisten Abhilfe, wenn es im geschäftigen Alltag einmal schnell gehen soll: Echte Klassiker sind dabei die Poulet Nuggets von Coop Free From. Für einen authentischen Pastagenuss wie beim Italiener sorgen die Rummo Fusilli glutenfrei auf der Basis von Mais und Reis. Als feine Alternative zur Pasta bringt das neue Kürbisrisotto von Betty Bossi Abwechslung auf den Teller.

### Glutenfrei Backen

Wer schon länger mit einer Lebensmittelunverträglichkeit lebt, kennt die Sortimente der Detailhändler gut. Coop baut ihr Sortiment an gluten- und lactosefreien Produkten stetig aus und hört dabei auf die Bedürfnisse der Betroffenen. Neben Klassikern wie dem Naturaplan Bio Vollkorn-Hafermehl bietet Coop zahlreiche Neuheiten wie beispielsweise das glutenfreie Bananenbrot oder die glutenfreien

Hafer-Pancakes von Betty Bossi. Ob für ein genussvolles, glutenfreies Frühstück oder einen feinen Snack für zwischendurch: Die beiden Backmischungen Bananenbrot und Hafer-Pancakes sind einfach zubereitet und in kürzester Zeit servierbereit.

Für Genuss und Wohlbefinden

Mit rund 600 Produkten bietet Coop das grösste Sortiment im Schweizer Detailhandel. Auf [coop.ch](http://coop.ch) können Betroffene bequem nach über 600 gluten- und lactosefreien Produkten von Coop-Eigenmarken sowie anderen Marken filtern und online bestellen. Der Filter zeigt alle Produkte, die als gluten- oder lactosefrei ausgelobt sind. Produkte, die natürlicherweise kein Gluten und keine Lactose enthalten, werden nicht aufgeführt. Mehr dazu auf [coop.ch](http://coop.ch).



## Les besoins de la restauration ne se limitent pas à un catalogue des régimes

Interview de:



**Stefan Siegenthaler, MSc**  
Diététicien ASDD  
Spécialiste Restauration et santé, Pro Culina GmbH, Münsingen  
stefan.siegenthaler@proculina.ch

*Interview réalisée par: Adrian Rufener, MSc  
Diététicien ASDD*

### Quels sont les besoins des services de restauration des hôpitaux et des homes en ce qui concerne un catalogue des régimes uniforme?

Dans les hôpitaux et les homes, c'est le service de restauration qui est responsable de l'alimentation des patient-e-s et des résident-e-s ainsi que de l'offre de restauration du personnel et du reste de la clientèle. Il a ainsi un autre mandat de prestations et d'autres conditions-cadres que les diététicien-ne-s.

Pour le service de restauration, le fait que le catalogue des régimes soit uniforme et fondé sur les données probantes ne joue pas un rôle essentiel. Il doit en revanche être possible d'en déduire des recommandations concrètes et réalisables en pratique pour la planification des menus, l'établissement des recettes et la fabrication. Ainsi seulement, chaque personne se verra servir le repas adapté à ses besoins, au bon moment, au bon endroit et avec la qualité qui convient.

### A quelles difficultés es-tu confronté dans ton quotidien professionnel lors de l'élaboration de l'offre de repas?

Quand on mange bien, tout va bien. S'il y a des problèmes dans le processus d'alimentation, cela entraîne des conséquences sur la satisfaction et le bien-être de toutes les parties prenantes. L'une des difficultés est de différencier le mandat de restauration et le mandat de soins. Dans les homes et

les établissements médico-sociaux, elle peut être observée à l'interface entre les services de restauration et de soins. Dans les hôpitaux, cela se voit en plus aussi au niveau de l'interface avec le service de diététique. Les compétences et les expériences sont différentes, les groupes professionnels respectifs ne parlent pas la même langue.

Quand je conseille des homes et des EMS, par exemple sur les questions de la prise en compte de l'état nutritionnel lors de la commande des repas, la principale difficulté est de réussir à introduire des mesures de façon professionnelle et durable. Cette tâche est plutôt compliquée parce que, sur place, il n'y a pratiquement jamais de professionnel-le-s disposant de compétences dans le domaine de l'alimentation, de la diététique et de la santé, qui pourraient assumer la responsabilité de la mise en œuvre.

### Tu as fait partie de l'équipe de projet et tu as suivi de près les étapes allant jusqu'à la première ébauche du catalogue des régimes. Quels autres travaux sont-ils encore nécessaires de ton point de vue?

En ce qui concerne la pratique fondée sur les données probantes, ces dernières ne constituent qu'un aspect parmi d'autres dont il faut tenir compte. Pour que le catalogue des régimes ayant vu le jour puisse avoir l'impact visé en pratique, il faut le compléter par les éléments résultant de la discussion interprofessionnelle entre nous les diététicien-ne-s et l'équipe de la restauration. Il est nécessaire de mener une réflexion sur la manière de développer les concepts de régime et de menus existants.

### Comment envisages-tu personnellement d'utiliser le catalogue des régimes?

En tant que diététicien travaillant dans les services alimentaires, je veux aider notre clientèle de la restauration collective à concevoir le processus de restauration en tenant compte de toutes les parties pre-

nantes. Dans le cadre de mon travail, je veux me baser à l'avenir sur les recommandations consensuelles fondées sur les données probantes de l'ASDD.

### Selon toi, quelle plus-value apporte le catalogue des régimes à la restauration?

Les régimes ont une grande importance dans l'alimentation des patient-e-s et des résident-e-s. Ils définissent les exigences relatives à l'offre de restauration sous l'angle de la santé et de la médecine nutritionnelle. Dans ce contexte, le catalogue des régimes est un document de référence. En pratique toutefois, il n'y a pas que les régimes qui jouent un rôle déterminant: les plats et menus planifiés sur cette base et proposés au choix sont également importants.

### Quelles difficultés ou quels conflits pourraient surgir dans les services de restauration lors de la mise en œuvre du nouveau catalogue des régimes?

En cuisine, les questions liées aux régimes sont d'un autre ordre qu'au sein de notre profession. La plupart des catalogues des régimes qui existent en pratique se différencient fortement l'un de l'autre, et ils sont également différents du catalogue des régimes nouvellement élaboré. Tel que je vois les choses, le «nouveau» catalogue des régimes uniforme pourrait générer des incertitudes, semer la confusion et susciter une certaine opposition. S'il est possible de standardiser un catalogue des régimes, la mise en œuvre des concepts d'offres et gammes de menus doit toujours rester la spécificité de chaque établissement.

### Comment surmonter ces difficultés ou ces conflits?

Le catalogue des régimes ne doit pas être mis en œuvre comme une prescription imposée aux professionnel-le-s de la restauration collective. Lors de la mise en pratique, il peut être judicieux d'établir une distinction entre les régimes d'une part et les gammes de menus d'autre part. Il faut

«tradurre» les régimes en gammes de menus. En pratique, je constate que différents documents définissent comme des régimes ce qui est en réalité une gamme de menus, un «supplément» ou un mode de préparation. Ladite «traduction» doit tenir compte de la perspective des professionnel-le-s de la restauration. Les diététicien-ne-s des services alimentaires peuvent donner des instructions concernant ce processus et apporter ainsi une grande contribution à ce niveau.

**Qu'est-ce qui revêt selon toi une importance particulière pour l'introduction du catalogue des régimes?**

Il est nécessaire d'instaurer le dialogue entre notre profession et la restauration. Nous devons définir ensemble la manière dont il est possible d'optimiser les processus de restauration et déterminer qui s'occupe de quelles tâches au quotidien, pour que les patient-e-s et les résident-e-s se fassent servir les «repas» qu'ils souhaitent et dont ils ont besoin.

Les institutions de soins doivent employer davantage de diététicien-ne-s qui, en plus de leur activité de thérapie nutritionnelle, assument des responsabilités et des compétences dans le dialogue avec les professionnel-le-s de la restauration. Dans cette optique, il faut établir une distinction entre la perspective des diététicien-ne-s cliniques et celle des diététicien-ne-s des services alimentaires.

## La gastronomia necessita più di un catalogo delle diete alimentari

Interview de:



**Stefan Siegenthaler, MSc**  
Dietista ASDD  
Specialista in gastronomia e salute, Pro Culina GmbH, Münsingen  
stefan.siegenthaler@proculina.ch

*Intervista di: Adrian Rufener, MSc*  
Dietista ASDD

**Quali esigenze ha la gastronomia negli ospedali e nelle case di cura per quanto concerne il catalogo delle diete alimentari unitario?**

Negli ospedali e nelle case di cura, la gastronomia è responsabile per la ristorazione di pazienti e ospiti nonché per l'offerta di ristorazione per il personale e l'altra clientela. Ha quindi un mandato e condizioni quadro diversi dalla consulenza nutrizionale.

Per la gastronomia non è di primaria importanza quanto il catalogo delle diete alimentari sia unitario e basato sull'evidenza. È invece importante che dal catalogo si possano desumere raccomandazioni pratiche attuabili per la pianificazione dei menù, le ricette

e la produzione. Solo così è possibile fornire a tutti il cibo giusto, al momento giusto, nel posto giusto e della giusta qualità.

**A quali difficoltà relative all'allestimento dell'offerta di ristorazione sei confrontato nella tua attività professionale quotidiana?**

Se il cibo va bene, tutto va bene. Se ci sono problemi nei processi della ristorazione, questo si ripercuote sulla soddisfazione e lo stato d'animo di tutte le persone coinvolte. Una difficoltà sta nella distinzione tra il mandato gastronomico e quello di cura. Nelle case anziani e di cura ciò si palesa nel punto di contratto tra cucina e personale infermieristico; negli ospedali, in quello con la consulenza nutrizionale. Le competenze, l'esperienza e il linguaggio usato sono diversi.

Quando faccio consulenze in case anziani o di cura, ad esempio su questioni riguardanti la considerazione dello stato nutrizionale nell'ordinazione dei pasti, la sfida maggiore è data da come introdurre le misure in modo professionale e durevole. Ciò è reso difficile dal fatto che quasi sempre mancano in loco specialiste e specialisti con competenze nel settore nutrizione, dietetica e salute che possano assumersi la responsabilità dell'attuazione delle misure.

**Hai fatto parte del team di progetto e hai seguito attivamente i progressi fino alla prima bozza. Secondo te, quali ulteriori lavori devono ancora essere fatti?**

In una prassi basata sull'evidenza, l'evidenza è uno solo degli aspetti dei quali si deve tener conto. Affinché il catalogo delle diete alimentari possa avere l'impatto voluto nella pratica, è necessario che sulla sua base si apra un dibattito interprofessionale tra consulenza nutrizionale e cucina. È necessario riflettere su come sviluppare i piani di diete alimentari e di offerta esistenti.

**Personalmente, come intendi utilizzare il catalogo delle diete alimentari?**

In quanto food service dietitian voglio aiutare i nostri clienti della ristorazione collettiva ad organizzare il processo della ristorazione tenendo conto delle esigenze di tutti i gruppi serviti. In futuro orienterò il mio lavoro sulle raccomandazioni dell'ASDD basate sull'evidenza e il consenso.

**Quale valore aggiunto per la gastronomia vedi nel catalogo delle diete alimentari?**

Le diete alimentari sono importanti nella ristorazione di pazienti e ospiti: definiscono i requisiti per l'offerta di ristorazione dal punto di vista della salute e della nutrizione.



ne. Il catalogo delle diete alimentari serve da bussola in questo contesto. Nella pratica non sono tuttavia solo le diete alimentari ad essere decisive, ma anche i menù e i piatti proposti che ne derivano.

#### Con l'introduzione del nuovo catalogo delle diete alimentari quali difficoltà e/o conflitti potrebbero insorgere in cucina?

La discussione sulle diete alimentari nelle cucine è diversa da quella che conduciamo in seno alla nostra professione. La maggior parte dei cataloghi delle diete alimentari esistenti nella pratica sono molto diversi tra loro e dal nuovo catalogo delle diete alimentari. Ritengo che il nuovo catalogo unitario possa causare insicurezza, confusione e ostruzionismo. Un catalogo delle diete alimentari può essere standardizzato, ma

l'attuazione dei piani di offerta e delle linee di menù dovrà sempre essere specifica all'azienda.

#### Come sarà possibile superare queste difficoltà e questi conflitti?

È importante che il catalogo delle diete alimentari non venga imposto dall'alto. Nell'attuazione pratica è inoltre utile distinguere tra diete alimentari e linee di menù. Le diete alimentari devono essere convertite in linee di menù. Nella pratica trovo spesso documenti che definiscono come dieta alimentare cose che in realtà sono linee di menù, un extra o un tipo di preparazione. La conversione deve tener conto della prospettiva della cucina. Le/i food service dietitians possono instradare questo processo ed essere di grande aiuto.

#### Secondo te, cos'è particolarmente importante nell'implementazione del catalogo delle diete alimentari?

È necessario un dialogo tra la nostra professione e la gastronomia. Dobbiamo definire assieme come organizzare in modo ottimale i processi della ristorazione e chi nella gestione quotidiana si assume quali compiti, affinché pazienti e ospiti ricevano il cibo che vogliono e di cui hanno bisogno.

Nelle istituzioni di cura è necessario avere più dietiste e dietisti che, oltre alla terapia nutrizionale, si assumano anche responsabilità e competenze nel dialogo con la gastronomia. Nel farlo è importante che distinguano i due punti di vista, quello della/del clinical dietitian e quello della/del food service dietitian.

Wir **DANKEN** unseren Sponsoren und Förderern für die Unterstützung im 2023!

Nous **REMERCIONS** nos sponsors et donateurs pour leur soutien en 2023!

**GRAZIE** ai nostri sponsor e donatori per il sostegno nel 2023!

Abbott AG  
Coop Genossenschaft  
Doetsch Grether AG  
Fresenius Kabi (Schweiz) AG  
Hermes Süsstoff (Assugrin)  
Nestlé Health Science  
Nestlé Suisse SA  
Nutricia  
Omanda AG  
Proviande Genossenschaft  
Schweizer Milchproduzenten (SMP)



**SVDE ASDD**

Schon reserviert?  
Déjà réservé?  
Già riservato?

Der nächste internationale Tag der Ernährungsberater/innen findet am **13. März 2024** statt.

La prochaine journée internationale des diététicien-ne-s aura lieu le **13 mars 2024**.

La prossima giornata internazionale delle-dei Dietiste-i avrà luogo il **13 marzo 2024**.



**SVDE ASDD**



## Fermentierte Milchprodukte gegen Entzündungen

Man liest immer wieder, dass Milch und Milchprodukte Entzündungsprozesse begünstigen sollen, obwohl keine Evidenz dafür vorliegt. Was ist an der These dran?

Eine Arbeitsgruppe chinesischer Wissenschaftler aus dem Department of Nutrition and Food Hygiene am College of Public Health an der Zhengzhou University hat kürzlich eine Meta-Analyse der vorliegenden Interventionsstudien zum Einfluss fermentierter Milchprodukte auf Entzündungsreaktionen durchgeführt. Fermentierte Milchprodukte werden aus Rohmilch unter der Einwirkung spezifischer Mikroorganismen (durch Milchsäurebakterienfermentation oder Co-Fermentation von Milchsäurebakterien, Bifidobakterien und Hefe) hergestellt.

Nach einer umfassenden Literatursuche in vier elektronischen Datenbanken (PubMed, Web of Science, Embase und Cochrane Library) wurden 14 Studien (mit insgesamt 15 Armen) in die Meta-Analyse aufgenommen: 9 Studien überprüften die Wirkung von Joghurt, 4 die von fermentierter Milch und 2 die von Kefir.

Im Ergebnis zeigte sich, dass durch den Konsum dieser fermentierten Milchprodukte der Blutspiegel des C-reaktiven Proteins (CRP) signifikant gesenkt wird. Das CRP ist ein sogenanntes Akute-Phase-Protein und kann als ein unspezifischer Laborparameter für akute entzündliche Erkrankungen infektiöser und nicht-infektiöser Ursache wie auch als Hinweis auf den Schweregrad einer Entzündung gewertet werden. Hinsichtlich anderer Entzündungsparameter (Tumor-Nekrose-Faktor-alpha, Interleukin [IL]-6, IL-10 und IL-2) fand man keinen Einfluss. Dagegen stieg mit dem Konsum dieser fermentierten Milchprodukte das Interferon-gamma (IFN- $\gamma$ ), ein Zytokin mit immunstimulierender, antiviraler und antitumoraler Wirkung, signifikant an.

Die Wissenschaftler schliessen aus ihren Ergebnissen, dass der Verzehr von fermentierten Milchprodukten offenbar nicht etwa Entzündungen fördert, sondern eher eine geringfügig verringerte Entzündungsneigung auslöst.

### Bibliographie/Literatur

Zhang X, Luo Q, Guan X, et al. Effects of fermented dairy products on inflammatory biomarkers: A meta-analysis. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2023;33:471–482

Visitez notre page pour les professionnel·les de la nutrition / Besuchen Sie unsere Seite für Ernährungsfachleute:  
[swissmilk.ch/nutrition](https://www.swissmilk.ch/nutrition)



## Les produits laitiers fermentés contre les inflammations

Le lait et les produits laitiers favoriseraient les processus inflammatoires, peut-on régulièrement lire dans les médias, même si cette affirmation ne repose sur aucune évidence. Cette thèse est-elle vérifiée?

Un groupe de travail de scientifiques chinois du Department of Nutrition and Food Hygiene au College of Public Health de la Zhengzhou University a procédé récemment à une méta-analyse des études d'intervention existantes concernant l'influence des produits laitiers fermentés sur les réactions inflammatoires. Les produits laitiers fermentés sont obtenus à partir de lait cru exposé à l'action de micro-organismes spécifiques (par fermentation avec des bactéries lactiques ou par cofermentation avec des bactéries lactiques, des bifidobactéries et des levures).

Après une recherche bibliographique approfondie dans quatre bases de données électroniques (PubMed, Web of Science, Embase et la bibliothèque Cochrane), 14 études (à 15 bras en tout) ont été incluses dans la méta-analyse: neuf ont examiné l'effet du yogourt, quatre celui du lait fermenté et deux celui du kéfir.

Résultats: l'analyse a montré que la consommation de ces produits laitiers fermentés fait baisser significativement le taux sanguin de la créatinine C-réactive (CRP). La CRP est une protéine dite de phase aiguë. Elle peut être considérée comme un paramètre de laboratoire aspécifique pour les maladies inflammatoires infectieuses ou non infectieuses tout comme un indicateur de la gravité d'une inflammation. L'analyse n'a pas révélé d'influence de ces produits laitiers fermentés sur les autres paramètres d'inflammation (facteur de nécrose tumorale alpha, interleukine (IL)-6, IL-10 et IL-2). Par contre, le taux d'interféron-gamma (IFN- $\gamma$ ), une cytokine à effet immunostimulant, anti-viral et antitumoral, augmentait significativement avec leur consommation.

Les scientifiques déduisent de leurs résultats que la consommation de produits laitiers fermentés ne favorise manifestement pas les inflammations, mais qu'elle induit plutôt une légère diminution de la tendance inflammatoire.



**Adrian Rufener**

Präsident  
Président  
Presidente



## Liebe Kolleginnen und Kollegen

Es gibt nichts Gutes, ausser man tut es. Dieses Motto haben wir uns im vergangenen Jahr zu Herzen genommen und viele Projekte umgesetzt, welche für unseren Berufsstand relevante Meilensteine darstellen. So haben wir mit dem Positionspapier «Advanced Practice Dietitian (APD) im klinischen Setting» die Grundlage für ein weiterführendes Karrieremodell gelegt, setzen uns in den Arbeiten der Qualitätskommission mit der Frage auseinander, wie der Beitrag unserer Profession an die Gesundheitsversorgung sichtbar gemacht werden kann, und haben Tarifverhandlungen für den ambulanten, freiberuflichen Bereich geführt. Mit Freude und Stolz blicke ich auf die Erfolge, welche wir in diesem Jahr gemeinsam erzielen konnten!

Im Jahresrückblick bleibt jedoch ein Wermutstropfen hängen. Zum ersten Mal konnten wir die NutriDays nicht kostendeckend durchführen. Dies ist unter anderem auf das neue hybride Format zurückzuführen. Wir wollen aber den Schritt in die Zukunft nicht rückgängig machen und haben entschieden, auch im kommenden Jahr einen hybriden Kongress anzubieten. Wir wollen weitere Erfahrungen sammeln, um die NutriDays gezielt weiterentwickeln zu können.

Allenfalls fragt ihr euch, welche Ergebnisse wir bei den Tarifverhandlungen erzielen konnten. Wir berichten im NutriInfo 1/2024 ausführlich darüber. Ich freue mich darauf, euch dann Neuigkeiten mitteilen zu können.

Ich wünsche euch frohe und besinnliche Festtage gemeinsam mit euren Liebsten, einen guten Jahresabschluss und einen guten Rutsch ins 2024.

## Chères collègues, chers collègues

Il n'est de bien que ce que l'on fait. L'année passée, il nous a tenu à cœur d'observer cet adage, et nous avons mis en œuvre de nombreux projets qui nous ont permis de poser des jalons importants pour notre profession. Avec la prise de position «Diététicienne de pratique avancée (DPA) en milieu clinique», nous avons jeté les bases d'un modèle de carrière complémentaire. Dans le cadre des travaux de la Commission Qualité, nous étudions la question de savoir comment il est possible de rendre visible la contribution de notre profession aux soins de santé et nous avons mené des négociations tarifaires pour le domaine ambulatoire en pratique indépendante. Je suis à la fois fier et satisfait des succès que nous avons remportés ensemble cette année!

Seule ombre au tableau dans cette rétrospective annuelle: pour la première fois, nous n'avons pas été en mesure de réaliser les NutriDays de façon rentable, ce qui s'explique entre autres par le nouveau format hybride de cette manifestation. Mais nous ne voulons pas revenir en arrière pour autant, et nous avons décidé de continuer à proposer un congrès hybride l'année prochaine. Nous voulons rassembler des expériences supplémentaires pour pouvoir développer les NutriDays de façon ciblée.

Vous vous interrogez peut-être sur les résultats que nous avons pu obtenir lors des négociations tarifaires. Nous publierons un article détaillé à ce sujet dans NutriInfo 1/2024. Je me réjouis de pouvoir vous donner alors des nouvelles fraîches.

Je vous souhaite de passer les fêtes de fin d'année dans la joie et le recueillement, aux côtés des personnes que vous aimez. Terminez bien cette année et que 2024 vous apporte bonheur et santé!

## Care colleghe e cari colleghi

Non c'è nulla di buono, a meno che non lo si faccia. È il motto che abbiamo fatto nostro quest'anno e che ci ha portato a realizzare molti progetti, importanti pietre miliari per la nostra categoria professionale. Con il documento programmatico «Advanced practice dietitian (APD) nel setting clinico» abbiamo posto le basi per un nuovo modello di carriera; nei lavori della Commissione per la qualità stiamo riflettendo su come rendere visibile il contributo che la nostra professione dà all'assistenza sanitaria; e abbiamo infine condotto dei negoziati tariffali per il settore ambulatoriale indipendente. È con piacere e orgoglio che guardo ai successi ottenuti insieme quest'anno!

Nel bilancio annuale c'è però una piccola zona d'ombra: per la prima volta non siamo riusciti a coprire i costi dei NutriDays. Ciò è dovuto, tra le altre cose, al nuovo formato ibrido. Tuttavia non intendiamo tornare indietro e abbiamo deciso di proporre anche l'anno prossimo un congresso in modalità ibrida. È nostra intenzione fare ulteriore esperienza per poter in futuro sviluppare i NutriDays in modo mirato.

Forse vi chiederete che risultati abbiamo ottenuto con i negoziati tariffali. Nel numero 1/2024 di NutriInfo vi informeremo dettagliatamente in merito e vi comunicheremo anche tutte le novità a riguardo.

Vi auguro di trascorrere dei sereni giorni di festa con i vostri cari e di iniziare il nuovo anno nel migliore dei modi!

# Entwicklung eines pädagogischen Tools in der kardiovaskulären Prävention

SVDE ASDD **Groupe spécialisé romand**  
**Prévention et Réadaptation cardio-vasculaire**

**Silvia Gardiol,  
Maria-Lena Enz,  
Gabrielle Calderara,  
Julie Dumas,  
Nadège Müller,  
Céline Mabillard**  
Ernährungsberaterinnen SVDE  
groupecardiorcv@gmail.com

Seit 2020 ist «la cible cardioprotectrice» resp. die deutsche Übersetzung «kardioprotektive Zielscheibe» zum Kauf erhältlich auf [www.nutri-point.net](http://www.nutri-point.net) > «Unterlagen Beratung/Schulung» > «Beratungsunterlagen und Schemen für Klienten (kostenpflichtig)». Dieses praktische pädagogische Instrument, das auf wissenschaftlichen Erkenntnissen zur mediterranen Diät basiert und an die Schweizer Ernährungsempfehlungen angepasst ist, wird durch einen Fragebogen und ein erläuterndes Dokument ergänzt.

Im September 2022 wurde den Ernährungsberater/innen, die «la cible cardioprotectrice» erworben hatten, ein qualitativer

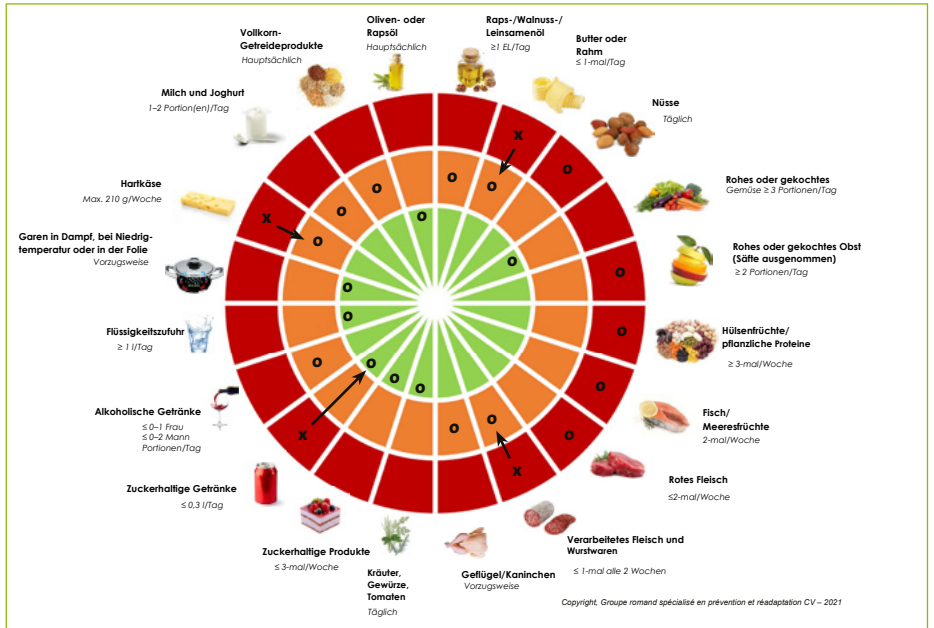


Abbildung 1: Herr F., 1. Beratung

Fragebogen zugesandt, um zu beurteilen, ob sie das Dokument als hilfreich empfinden, und um ihre Verbesserungsvorschläge aufzunehmen.

## Beurteilung der «Zielscheibe» durch Ernährungsberater/innen

Die 21 Ernährungsberater/innen, die den Fragebogen beantwortet haben, sind zufrieden (42,9%) oder sogar sehr zufrieden (57,1%) mit der Anwendung der Zielscheibe und schätzen, dass ihre Patient/innen durchwegs zufrieden sind. Das erläuternde Dokument wird als klar und hilfreich bewertet (95%).

Die Ergebnisse zeigen, dass die Zielscheibe sowohl in Institutionen als auch in Praxen Anwendung findet. Die Mehrheit der Fachpersonen (95,2%) setzt sie in der Einzelberatung ein. Zwanzig Prozent der Ernährungsberater/innen setzen die Zielscheibe auch in Gruppen von fünf bis zehn Patient/innen ein. In erster Linie wird sie Patient/innen mit kardiovaskulären Risikofaktoren (Dyslipidämie, Bluthochdruck, Diabetes und Übergewicht/Adipositas) unterbreitet.

Die Verwendung der Zielscheibe wird einstimmig empfohlen. Ihre Wirkung hängt weitgehend ab von der Kompetenz der Ernährungsfachperson und deren Fähigkeit, zu bestimmen, wie sie sich bei welchen Patient/innen einsetzen lässt.

Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> <li>Bildhafte Darstellung der Ernährungsempfehlungen</li> <li>Anwendungsfreundlichkeit, Personalisierungsmöglichkeit</li> <li>Strukturierung der Ernährungsschulung</li> <li>Initiale Standortbestimmung, schnelle Visualisierung der Verbesserungsmöglichkeiten</li> <li>Festlegung spezifischer, individualisierter Ziele</li> <li>Fortschrittsbeurteilung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Erfordert patientenseitig gute Auffassungsgabe</li> <li>Gefahr der Entmutigung des/der Patient/in je nach Ergebnissen</li> <li>Gefahr einer Verschärfung der kognitiven Einschränkungen bei inadäquater Verwendung</li> </ul>
Verbesserungsvorschläge	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Gruppenbasierte Neuordnung der Lebensmittel um das Ziel herum</li> <li>Weitere Lebensmittel hinzufügen</li> <li>Genauere Angaben zu bestimmten Verzehrhäufigkeiten und -mengen</li> <li>Anpassung von Farbvolumen /-intensität (Grün zu schwach im Vergleich zu Rot)</li> </ul>	



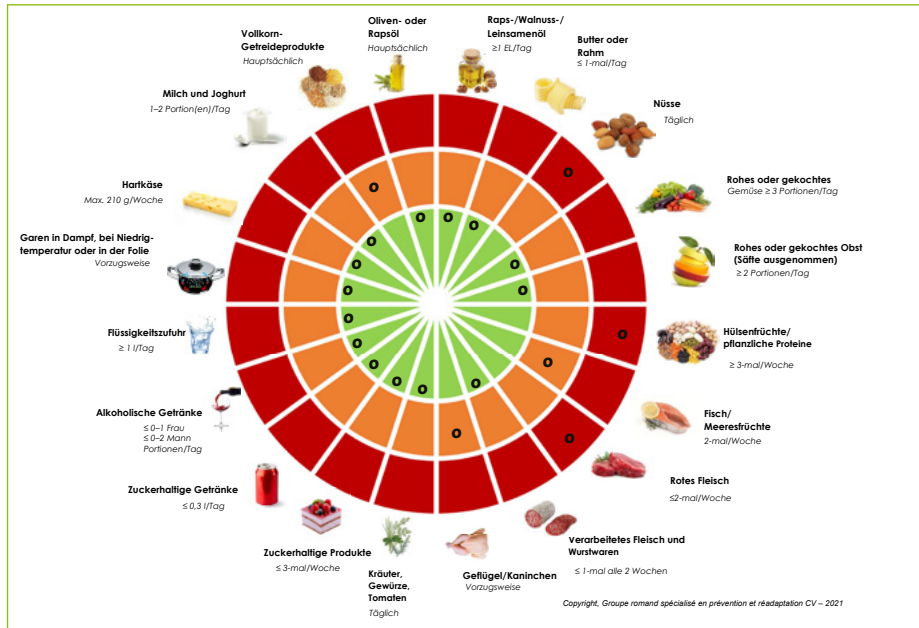


Abbildung 2: Herr F., 5. Beratung

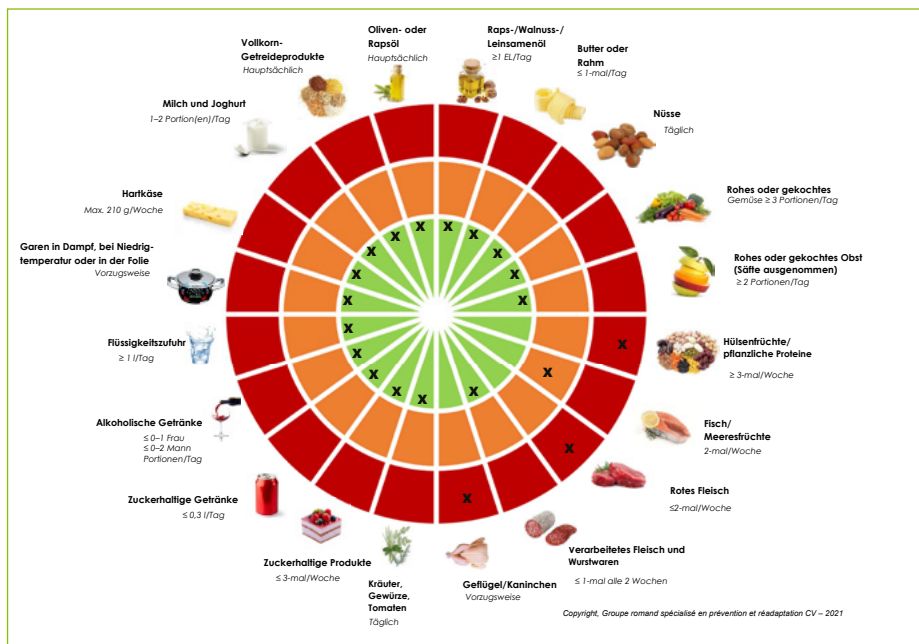


Abbildung 3: Frau H.

### Fallbeispiel: Herr F.

Bei Herrn F., 49, wird eine Gewichtsreduktion in Verbindung mit kardiovaskulärer Prävention angestrebt vor dem Hintergrund von Adipositas (BMI 37,2 kg/m<sup>2</sup>), Bluthochdruck und Hypercholesterinämie. Herr F. ist Käser und arbeitet derzeit als Bediener mit unregelmässigen Arbeitszeiten im Schichtbetrieb (3 × 8).

In der ersten Beratungssitzung wird die Zielscheibe verwendet, um die Essgewohnheiten sowie die Kenntnisse des Patienten zu beurteilen. Ausserdem lassen sich damit die Empfehlungen gezielt und strukturiert vermitteln.

Der Patient füllt die Zielscheibe entsprechend seiner aktuellen Situation (O) aus, trägt jedoch auch die Veränderungen ein,

die er bereits drei Monate zuvor vorgenommen hat (X→O). Sie werden optisch hervorgehoben. Die Zielscheibe würdigt die positiven Elemente und ermöglicht es, die Punkte mit Verbesserungsbedarf schrittweise anzugehen.

Eine Evaluation des Ernährungsverhaltens und des Bewegungsniveaus rundet die Übung ab, und am Ende der ersten Beratungssitzung werden folgende Ernährungsdiagnosen gestellt:

«Ungünstige Ernährungsgewohnheiten in Verbindung mit mangelhaftem Wissen über Ernährung in Bezug auf die kardiovaskuläre Prävention. Dies zeigt sich daran, dass der Patient >400g Käse pro Woche, 3-mal wöchentlich Wurstwaren, > 2 Alkoholeinheiten täglich, und < 1-mal täglich Obst sowie nur selten Fisch verzehrt.»

«Übermässige Nahrungsaufnahme in Verbindung mit dem Verlust von Hungersignalen, was sich darin zeigt, dass der Patient eine Mahlzeit in < 10 Minuten isst und sich bei 3 von 4 Mahlzeiten einen Nachschlag nimmt.»

Ziele: Beibehaltung bereits eingeleiteter Änderungen.

Herr F. nimmt anschliessend fünf Beratungssitzungen in Anspruch. Am Ende des Beratungszyklus verbindet eine neue Zielscheibe, welche die Gewohnheitsänderungen zusammenfasst, diese Veränderungen konkret mit seinem Gewichtsverlust (12 kg) sowie mit einer Verbesserung seines Lipidprofils.

### Fallbeispiel: Frau. H.

Nach einem inferioren STEMI und einer Stent-Implantation nahm Frau H. an einem therapeutischen Schulungsprogramm zur kardiovaskulären Rehabilitation teil. Sie erhielt eine theoretische und praktische Anleitung zur kardioprotektiven Ernährung sowie ein Einzelgespräch.

Frau H. ist durch ihr kardiovaskuläres Ereignis verunsichert, weil sie neben psychischer und körperlicher Überlastung keine Risikofaktoren aufwies. An der Zielscheibe zeigt

sich, dass ihre Essgewohnheiten zu mehr als 75 % den Empfehlungen entsprechen.

Die Patientin fühlt sich durch diese Feststellung erleichtert, denn sie hatte Schuldgefühle, wenn sie sich von Zeit zu Zeit etwas Süßes oder eine üppigere Mahlzeit gönnte. Im Hinblick auf den Hauptrisikofaktor Stress wird der Patientin professionelle Hilfe zur Stressbewältigung empfohlen.

Die beiden Fälle illustrieren den Einsatz der Zielscheibe zur Visualisierung der Essge-

wohnheiten für jeweils unterschiedliche Zwecke. Zielformulierung respektive Rückversicherung werden so erleichtert.

### Fazit

Die Gruppe ist zufrieden mit der Resonanz vonseiten der Ernährungsberater/innen und plant, die Zielscheibe auf Basis der Rückmeldungen der Kolleg/innen und der sich herauskristallisierenden Empfehlungen weiterzuentwickeln, auf dem aktuellen Stand zu halten und ihren Einsatz zu fördern.

Entsprechend den Erwartungen der Autorinnen lässt sich die Zielscheibe über den kardiovaskulären Aspekt hinaus auch bei den wichtigsten nicht übertragbaren chronischen Krankheiten einsetzen.

«Ich erkannte, dass meine Situation gar nicht so schlecht war. Diese Zielscheibe nimmt mir die grossen Schuldgefühle, die mir das Essen von Süßem bereitet. Sie hilft mir, mich wieder in ein Ernährungsgleichgewicht zu bringen.» Frau. H.

## Développement d'un outil pédagogique en prévention cardiovasculaire

**Groupe spécialisé romand**  
SVDE ASDD **Prévention et Réadaptation cardio-vasculaire**

**Silvia Gardiol,**  
**Maria-Lena Enz,**  
**Gabrielle Calderara,**  
**Julie Dumas,**  
**Nadège Müller,**  
**Céline Mabillard**  
Diététiciennes ASDD  
groupecardiorcv@gmail.com

Depuis 2020, «la cible cardioprotectrice» est disponible à l'achat sur [www.nutri-point-net](http://www.nutri-point-net) > Matériel didactique et support pédagogique > Documents pour les clients (avec des coûts). Cet outil pédagogique pratique basé sur l'évidence scientifique concernant l'alimentation méditerranéenne et adapté aux recommandations alimentaires suisses est complété d'un questionnaire et d'un document explicatif.

En septembre 2022, un questionnaire qualitatif a été envoyé aux diététicien-ne-s ayant acquis la cible cardioprotectrice afin d'évaluer si le document leur est utile et d'intégrer leurs suggestions d'amélioration.

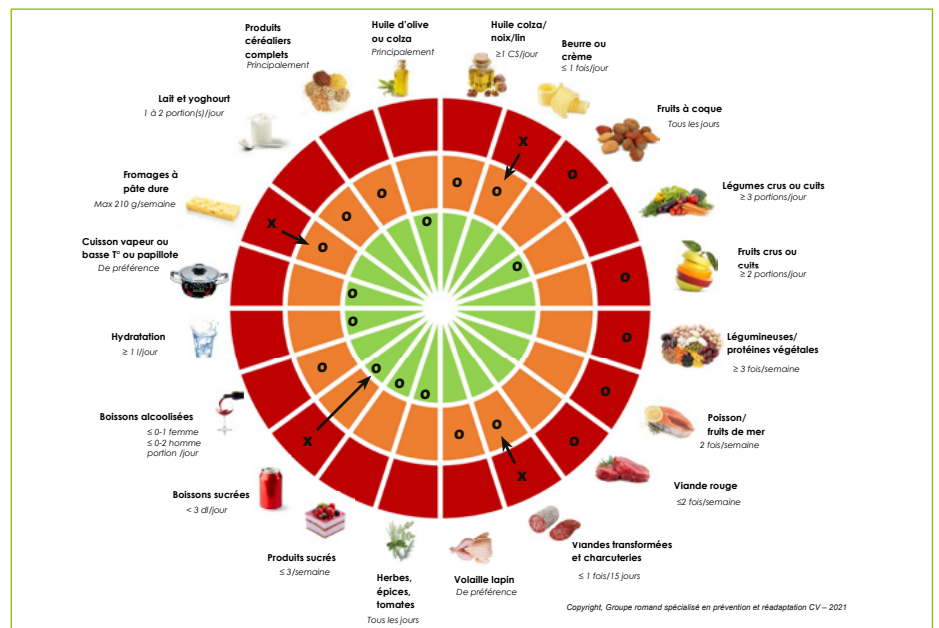


Figure 1: Cible Monsieur F, 1<sup>ère</sup> consultation

### Evaluation de la cible par les diététicien-ne-s

Les 21 diététicien-ne-s ayant répondu au questionnaire se considèrent satisfait-e-s (42,9%) voire très satisfait-e-s (57,1%) de l'utilisation de la cible et évaluent que leurs

patient-e-s sont toujours satisfait-e-s. Le document explicatif est jugé clair et utile (95 %).

Les résultats montrent que la cible est utilisée autant en institution qu'en cabinet. La majorité des professionnel-le-s (95,2%) l'emploie en consultation individuelle. 20 %

Points forts	Limites
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visualisation des recommandations alimentaires</li> <li>• Facilité d'utilisation, de personnalisation</li> <li>• Structuration de l'éducation nutritionnelle</li> <li>• Établissement d'un bilan initial, visualisation rapide des points d'amélioration</li> <li>• Détermination d'objectifs ciblés, individualisés</li> <li>• Evaluation de la progression</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nécessité de bonnes capacités de compréhension (patient)</li> <li>• Risque de découragement du patient selon les résultats obtenus</li> <li>• Risque d'accentuer la restriction cognitive en cas d'utilisation inadaptée</li> </ul>
Suggestions d'amélioration	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réorganisation des aliments selon leur groupe autour de la cible</li> <li>• Ajout d'aliments supplémentaires</li> <li>• Précision de certaines fréquences / quantités de consommation</li> <li>• Adaptation du volume / intensité des couleurs (vert trop faible par rapport au rouge)</li> </ul>	

tient. Elle permet aussi de transmettre les conseils de manière ciblée et structurée.

Le patient remplit la cible en se référant à sa situation actuelle (O), mais aussi en mettant en évidence les changements qu'il a déjà entrepris trois mois auparavant (X→O). Ils sont visuellement mis en évidence. La cible valorise les éléments positifs et permet d'aborder progressivement les points à améliorer.

Une évaluation du comportement alimentaire et de l'activité complète l'exercice, à l'issue de la première consultation, les diagnostics nutritionnels suivants sont formulés:

«Choix alimentaires non souhaitables en lien avec un manque de connaissance sur l'alimentation en ce qui concerne la prévention cardiovasculaire démontré par le fait que le patient consomme >400g de fromage par semaine, de la charcuterie 3× par semaine, >2 unités d'alcool par jour, des fruits <1× par jour et rarement du poisson.»

«Apport oral excessif en lien avec une perte des signaux de la faim démontré par le fait que le patient mange un repas en <10' et reprend une portion 3× sur 4.»

Objectifs: maintien des changements déjà effectués.

Monsieur F. bénéficie ensuite de cinq consultations. Au terme du suivi, une nouvelle cible résumant les changements d'habitude relie concrètement les modifications avec sa perte de poids (12 kg) ainsi qu'une amélioration du profil lipidique.

### Cas pratique: Madame H.

Suite à un STEMI inférieur et une pose de stent, Madame H. a participé à un programme d'enseignement thérapeutique en réadaptation cardiovasculaire. Elle a bénéficié de cours théoriques et pratiques sur l'alimentation cardioprotectrice ainsi que d'un entretien individuel.

Madame H. est déstabilisée par son événement cardiovasculaire: elle ne présentait aucun facteur de risque, mis à part un stress émotionnel et physique. La cible

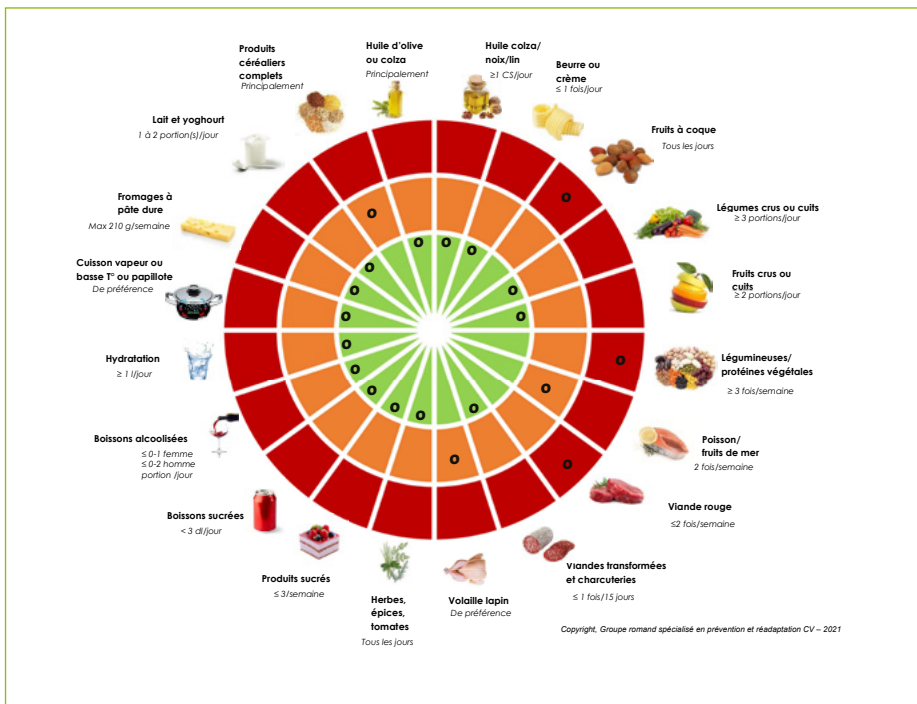


Figure 2: Cible Monsieur F., 5<sup>ème</sup> consultation

des diététicien-ne-s recourent à la cible aussi en groupe de cinq à dix patient-e-s. Elle est principalement proposée aux patient-e-s souffrant de facteurs de risque cardiovasculaire (dyslipidémie, hypertension, diabète et surpoids/obésité).

L'utilisation de la cible est recommandée à l'unanimité. L'impact de son utilisation dépend en grande partie de l'expertise du diététicien-ne et de sa capacité à déterminer pour quel-le patient-e et de quelle manière l'utiliser.

### Cas pratique: Monsieur F.

Monsieur F., 49 ans, est adressé pour perte de poids et prévention cardiovasculaire avec un contexte d'obésité (BMI 37,2 kg/m<sup>2</sup>), hypertension artérielle et hypercholestérolémie. Monsieur F. est fromager et travaille actuellement en tant qu'opérateur avec des horaires irréguliers en 3×8.

Lors de la première consultation, la cible est utilisée pour évaluer les habitudes alimentaires ainsi que les connaissances du pa-

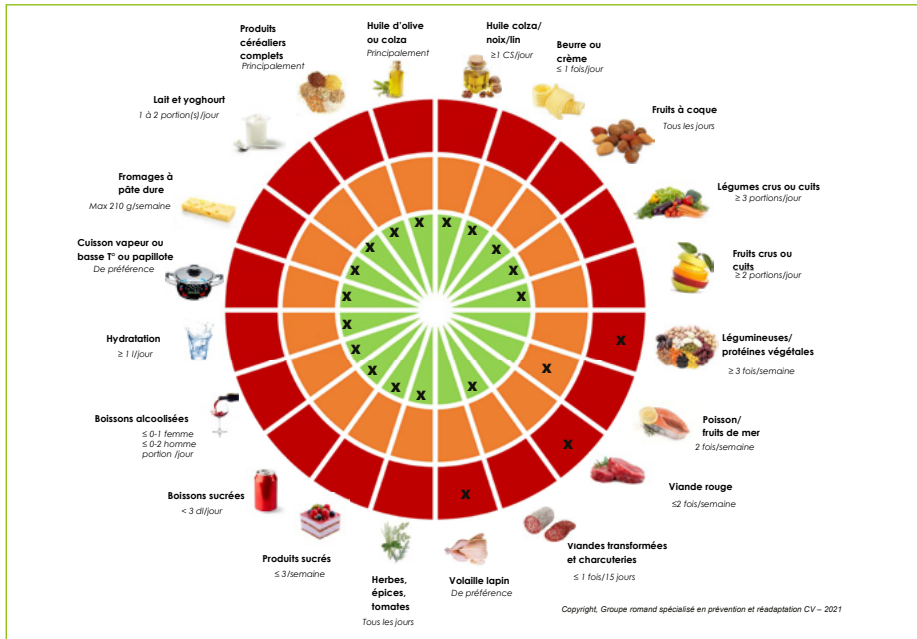


Figure 3: Cible Madame H.

met en évidence des habitudes alimentaires correspondant à plus de 75% aux recommandations.

La patiente est soulagée par cette constatation car elle ressentait de la culpa-

bilité à s'autoriser une douceur ou un repas plus copieux de temps en temps. La patiente est encouragée à une prise en charge concernant la gestion du stress en tant que facteur de risque principal.

Les deux cas montrent une utilisation de la cible dans un intérêt différent mais permettant tous deux la visualisation des habitudes alimentaires. La formulation d'objectifs ou la réassurance sont facilitées.

### Conclusion

Le groupe est satisfait de l'accueil réservé à l'utilisation de la cible par les diététicien-ne-s et prévoit de poursuivre son développement, sa promotion ainsi que sa mise à jour en fonction des retours des collègues et de l'évolution des recommandations.

Comme imaginé par les autrices, l'utilisation de la cible va au-delà de l'aspect cardiovasculaire et s'applique également aux principales maladies chroniques non transmissibles.

«Je me suis rendue compte que ce que je faisais n'était pas si mal. Je culpabilise beaucoup de manger des choses sucrées et cette cible me permet de déculpabiliser. Elle me permet de me projeter dans un rééquilibrage alimentaire.» Madame H.

## Sviluppo di uno strumento pedagogico nella prevenzione cardiovascolare

Groupe spécialisé romand  
SVDE ASDD **Prévention et Réadaptation cardio-vasculaire**

**Silvia Gardiol,**  
**Maria-LenaENZ,**  
**Gabrielle Calderara,**  
**Julie Dumas,**  
**Nadège Müller,**  
**Céline Mabillard**  
Dietiste ASDD  
groupecardiorcv@gmail.com

Dal 2020 è possibile acquistare il «bersaglio cardioprotettivo» su [www.nutri-point.net](http://www.nutri-point.net) >

Matériel didactique et support pédagogique > Documents pour les clients (avec des coûts). Si tratta di un pratico strumento pedagogico basato sulle evidenze scientifiche riguardanti l'alimentazione mediterranea e adattato alle raccomandazioni alimentari svizzere, completato da un questionario e un documento esplicativo.

Nel settembre 2022 un questionario qualitativo è stato inviato alle dietiste e ai dietisti che hanno acquistato il bersaglio cardioprotettivo per valutarne l'utilità e integrare i loro suggerimenti di miglioramento.

### Valutazione del bersaglio da parte delle dietiste e dei dietisti

In totale abbiamo ricevuto 21 questionari compilati. Le dietiste e i dietisti che hanno risposto dicono di essere soddisfatte/i (42,9%) o addirittura molto soddisfatte/i (57,1%) del bersaglio e ritengono che anche le/i pazienti lo siano. Il documento esplicativo è ritenuto chiaro e utile (95%).

I risultati mostrano che il bersaglio viene utilizzato sia in ambito ospedaliero che ambulatoriale. La maggior parte delle/dei professioniste (95,2%) lo impiega nelle consulenze individua-



li. Il 20% delle dietiste e dei dietisti ne fa uso anche nei gruppi composti da 5–10 pazienti. Viene proposto soprattutto a chi soffre di fattori di rischio cardiovascolare (dislipidemia, ipertensione, diabete e sovrappeso/obesità).

L'uso del bersaglio è raccomandato all'unanimità. L'impatto del suo utilizzo dipende in gran parte dalle competenze della/del dietista e dalla sua capacità di stabilire per quale paziente e in che modo utilizzarlo.

### Caso pratico: il signor F.

Per il signor F., 49 anni, si punta a ottenere una perdita di peso associata a prevenzio-

ne cardiovascolare in presenza di obesità (BMI: 37,2 kg/m<sup>2</sup>), ipertensione arteriosa e ipercolesterolemia. Il signor F. è un casaro e attualmente lavora come operatore in turni con orari irregolari (3 × 8).

Durante la prima seduta di consulenza il bersaglio viene usato per valutare le abitudini alimentari e le conoscenze del paziente. Lo strumento permette anche di offrire raccomandazioni in modo mirato e strutturato.

Il paziente lo compila facendo riferimento alla sua situazione attuale (O), ma anche evidenziando i cambiamenti che ha già messo in atto 3 mesi prima (X→O). Il bersa-

glio valorizza gli elementi positivi e consente di affrontare progressivamente i punti da migliorare.

L'esercizio è completato da una valutazione del comportamento alimentare e dell'attività del paziente. Al termine della prima consulenza vengono formulate le seguenti diagnosi nutrizionali:

*«Scelte alimentari sfavorevoli associate a mancanza di conoscenze sull'alimentazione per quanto riguarda la prevenzione cardiovascolare. Questo è dimostrato dal fatto che il paziente consuma >400 g di formaggio a settimana, salumi 3 volte a settimana, > 2 unità di alcol al giorno, frutta < 1 volta al giorno e raramente pesce.»*

*«Assunzione alimentare eccessiva associata a perdita dello stimolo della fame, come dimostrato dal fatto che il paziente consuma un pasto in < 10' e si serve una seconda volta nel 75% dei casi.»*

Obiettivo: mantenimento dei cambiamenti già introdotti.

Il signor F. si presenta successivamente a 5 sedute di consulenza. Al termine del ciclo di consulenze, un nuovo bersaglio riassume i cambiamenti di abitudine e li mette direttamente in relazione con la perdita di peso del paziente (12 kg) e con il miglioramento del suo profilo lipidico.

### Caso pratico: la signora H.

A seguito di uno STEMI inferiore e di un impianto di stent, la signora H. ha partecipato a un programma di formazione terapeutico sulla riabilitazione cardiovascolare. Ha seguito lezioni teoriche e pratiche sull'alimentazione cardioprotettiva accompagnate da un colloquio individuale.

La signora H. non presentava alcun fattore di rischio, a parte lo stress emotivo e fisico. Per questo l'evento cardiovascolare l'ha destabilizzata. Il bersaglio evidenzia abitudini alimentari corrispondenti a più del 75% delle raccomandazioni.

La paziente è sollevata da questa constatazione, perché si sentiva in colpa per essersi con-

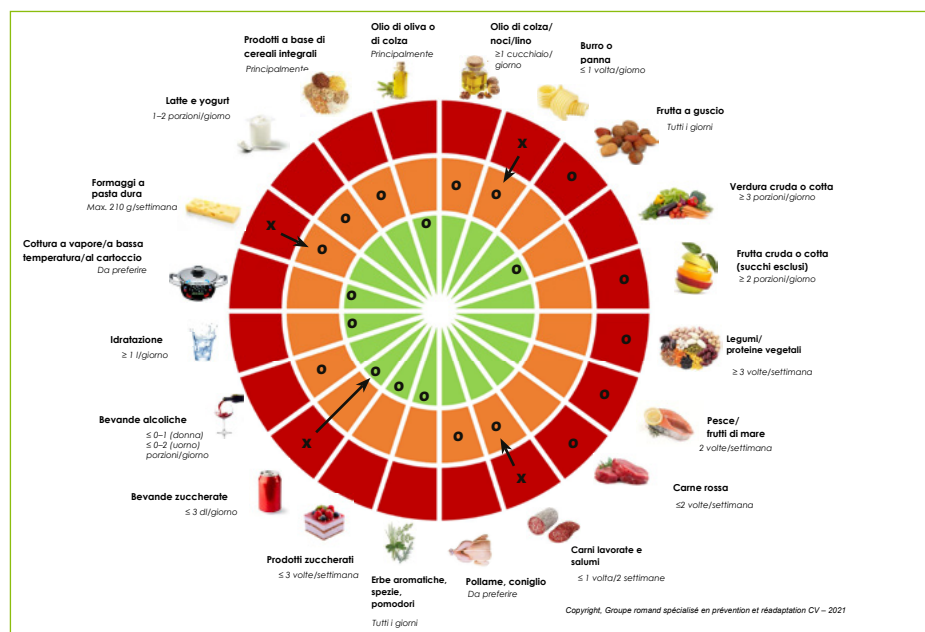


Figura 1: il signor F., prima seduta

Punti di forza	Limiti
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visualizzazione delle raccomandazioni alimentari</li> <li>• Facilità d'uso e di personalizzazione</li> <li>• Strutturazione dell'educazione nutrizionale</li> <li>• Definizione di un quadro iniziale, visualizzazione rapida dei punti di miglioramento</li> <li>• Determinazione di obiettivi mirati e personalizzati</li> <li>• Valutazione della progressione</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necessità di buone capacità di comprensione (paziente)</li> <li>• Rischio di scoraggiamento della /del paziente a seconda dei risultati ottenuti</li> <li>• Rischio di accentuare la restrizione cognitiva in caso di uso improprio</li> </ul>
Suggerimenti di miglioramento	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riorganizzazione degli alimenti secondo il gruppo di appartenenza attorno al bersaglio</li> <li>• Aggiunta di alimenti supplementari</li> <li>• Precisazione di alcune frequenze /quantità di consumo</li> <li>• Adattamento del volume /dell'intensità dei colori (verde troppo debole rispetto al rosso)</li> </ul>	

cessa di tanto in tanto dei dolci o un pasto più abbondante. Per quanto riguarda il principale fattore di rischio, lo stress, viene raccomandato alla paziente un aiuto professionale.

In entrambi i casi il bersaglio è stato usato per visualizzare le abitudini alimentari, sebbene con finalità diverse. L'impiego di questo strumento ha facilitato la formulazione degli obiettivi e la rassicurazione della/del paziente.

### Conclusione

Il gruppo è soddisfatto dell'accoglienza riservata al bersaglio da parte delle dietiste e dei dietisti e prevede di continuare a svilupparlo, promuoverlo e aggiornarlo sulla base del riscontro delle colleghe e dei colleghi e dell'evoluzione delle raccomandazioni.

Come ipotizzato dalle autrici, il bersaglio può essere usato non solo per l'aspetto cardiovascolare, ma anche per le principali malattie croniche non trasmissibili.

«Mi sono resa conto che quello che stavo facendo non era poi così sbagliato. Il bersaglio mi fa sentire meno in colpa quando mangio qualcosa di dolce. Mi ha permesso di ritrovare un equilibrio alimentare.» Signora H.

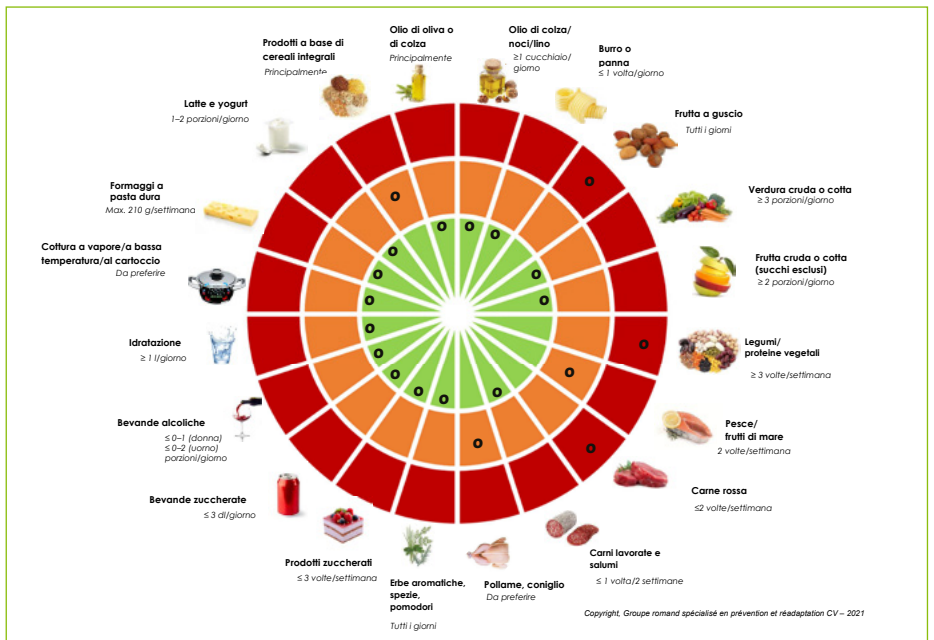


Figura 2: il signor F., quinta seduta

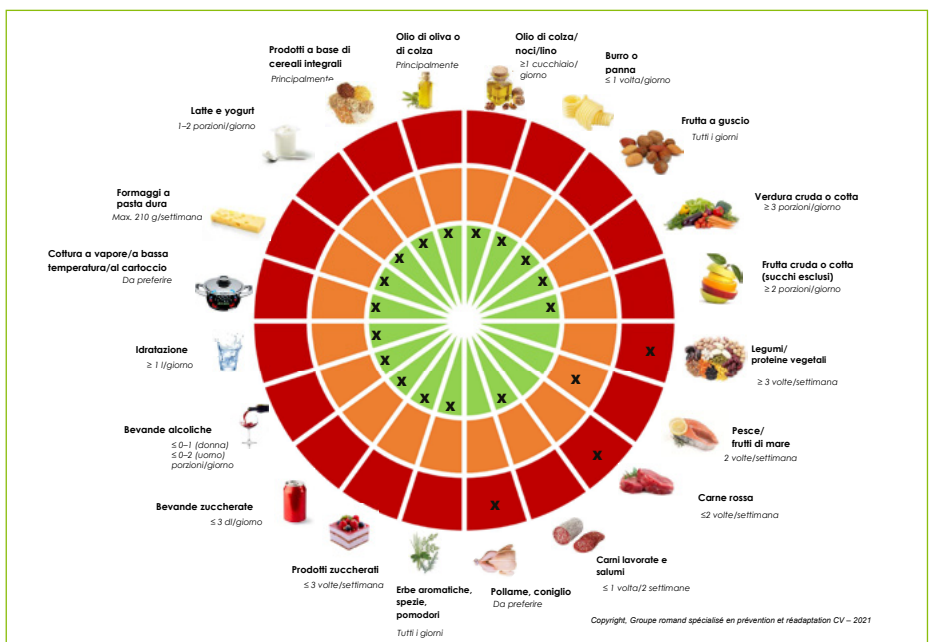


Figura 3: la signora H.

## FFHS vergibt 25 Bachelordiplome in Ernährung und Diätetik

An der Diplomfeier der Fernfachhochschule Schweiz (FFHS) in Brig konnten am 16. September 2023 25 Absolvent/innen ihr Bachelordiplom in Ernährung und Diätetik von Rektor Michael Zurwerra persönlich entgegennehmen.



Die frischgebackenen Ernährungsberater/innen der FFHS anlässlich der Diplomfeier in der Briger Simphonhalle



Armin Walpen, Stiftungsratspräsident der FFHS, gratuliert Miriam Näf zum Kaspar-von-Stockalper-Preis

Die Fernfachhochschule Schweiz (FFHS) bietet seit 2015 den Bachelorstudiengang Ernährung und Diätetik an. Insgesamt sind an der diesjährigen Diplomfeier 25 neue Bachelor-of-Science-Diplome vergeben worden. Nicht nur Studiengangsleiterin Jacqueline Javor Qvortrup, sondern auch Rektor Michael Zurwerra zeigte sich erfreut über die zahlreichen Absolventinnen und Absolventen des Studiengangs.

Alle Absolventinnen und Absolventen haben den Studiengang an der FFHS dank des Blended-Learning-Modells berufsbegeleitend absolviert. Das Studienmodell kombiniert Onlinestudium mit Präsenztunterricht und erlaubt eine grosse zeitliche Flexibilität. Alle Studierenden absolvieren jetzt das obligatorische Zusatzmodul C.

Adrian Rufener, Präsident des Schweizerischen Verbands der Ernährungsberater/innen (SVDE), durfte den Preis für den besten Abschluss überreichen, der an Michele Mangold ging.

### Kaspar-von-Stockalper-Preis für Miriam Näf

An der Diplomfeier wurde auch der Kaspar-von-Stockalper-Preis vergeben, der Abschlussarbeiten von überdurchschnittlicher wissenschaftlicher und innovativer Qualität auszeichnet. Der Preis wird vom Verein zur Förderung des Fernstudiums auf Hochschulstufe Schweiz (VFFH-CH) verliehen.

In der Kategorie Bachelor ging der Preis, gestiftet von Swisslife, an Miriam Näf (BSc

Ernährung und Diätetik). Ihre Arbeit zur Eisenversorgung von Mädchen zwischen 11 und 17 Jahren aus der Sicht von Müttern überzeugte die Jury.

Inspiziert zu ihrer Bachelorthesis wurde Miriam Näf von ihrer Tochter, welche viele Symptome hatte, die zu einem Eisenmangel passten. Labortests bestätigten den Verdacht später. Gemäss Näf ist Eisenmangel weltweit die am weitesten verbreitete ernährungsbedingte Mangelerscheinung. Etwa die Studie «EskiMo II» zeige, dass sich die Eisenzufuhr bei der Mehrheit der Kinder und Jugendlichen in Deutschland unterhalb der Zufuhrempfehlung, insbesondere bei den 12- bis 17-jährigen Mädchen, befinde. In der Schweiz sehen die Daten ähnlich aus.

### Absolventinnen und Absolventen BSc Ernährung und Diätetik 2023

Corinne Bannwart  
Louis Bruderer  
Larisa Camo  
Ilenia Ciccone-Lencioni  
Ivannia Fäh  
Yvonne Ineichen  
Patrizia Lutz  
Michele Mangold  
Michel Meier  
Miriam Näf  
Romy Räss  
Natalie Staub  
Melanie Stübi  
Melina Unger  
Sabrina von Rohr  
Marlen von Weissenfluh  
Marina Wagner  
Barbara Wyss  
Sarah Ackermann  
Andrea Baumgartner  
Sigute Bechtold  
Seraina Brügger  
Julia Lucjan  
Rosmarie Oeler  
Billie Josephine Stump



# Herzliche Gratulation den 61 Bachelor- und 5 Masterabsolvent/innen des Studiengangs in Ernährung und Diätetik am Departement Gesundheit der Berner Fachhochschule

Im Rahmen der Abschlussfeier des Departements Gesundheit der Berner Fachhochschule vom 1. November 2023 im «National» in Bern feierten 61 Bachelor- und 5 Masterabsolvent/innen ihren erfolgreichen Abschluss des Studiums.

**Andrea Mahlstein, MSc**  
Leiterin Bachelorstudiengang  
Ernährung und Diätetik

**Dr. Undine Lehmann**  
Leiterin Masterstudiengang  
Ernährung und Diätetik

Ein Saal voller strahlender Gesichter – das war die Kulisse der diesjährigen Abschlussfeier, welche die Absolvent/innen im Kreise ihrer Angehörigen und Freund/innen sowie der Mitarbeitenden des Fachbereichs Ernährung und Diätetik erleben durften. Nach einem lehrreichen und intensiven Studium

dürfen alle Absolvent/innen zu Recht stolz auf den Studienabschluss sein.

## Im Rahmen der Abschlussfeier wurden folgende herausragende Leistungen im BSc Ernährung und Diätetik prämiert:

Die **beste Gesamtleistung** im Bachelorstudiengang Ernährung und Diätetik erbrachte **Blanka Magyarosi**. Sie schloss ihr Studium mit der Note 5,5 ab. Für diese hervorragende Leistung erhielt sie den von der Insel Gruppe gesponserten Preis von CHF 1000. Überreicht wurde der Preis von Rachel Strahm, Ernährungsberaterin und Be-

rufsbildungsverantwortliche im Bereich Ernährung und Diätetik.

Die Auszeichnung für die **beste Bachelor-Thesis** erhielt **Jenny Kaufmann**. Ihre Arbeit überzeugte durch ein sehr aktuelles Forschungsthema und einen modernen Forschungsansatz. Anhand der Analyse von Social-Media-Beiträgen wurde untersucht, welche ernährungspsychologischen Herausforderungen sich für Menschen mit Zystischer Fibrose, die CFTR-Modulatoren einnehmen, in Bezug auf ihr Essverhalten, ihr Körperbild und ihre Identität ergeben. Die Arbeit wurde vom Schweizerischen Verband der Ernährungsberater/innen (SVDE) mit einem Preis von CHF 500 prämiert, den Larissa Flückiger, Vorstandsmitglied des SVDE, der stolzen Preisträgerin überreichte.



Blanka Magyarosi und Rachel Strahm



Jenny Kaufmann und Larissa Flückiger





Absolvent/innen des BSc Ernährung und Diätetik

### Absolvent/innen des BSc Ernährung und Diätetik 2023:

Abraham Lukas, Aeby Zorah, Aeschbacher Jacqueline, Andreoli Enea, Anneler Melanie, Bänziger Vera, Bertozzi Elisa, Beyeler Christa, Böller Tabea, Brechbühl Leonie, Brunnschweiler Anika, Burla Joséphine, Burth Laura, Cocco Elena, Concas Gianluca, Darioli Alexandra, De Martin Selina, Eggimann Delia, Eisenblätter Julia, Flury Lydia, Gyger Angela, Imwinkelried Carola, Indermühle Sandra, Kalt Fabian, Kante Diba, Kaufmann Jenny, Kaufmann Sina, Kreienbühl Joëlle, Krippendorf Ella, Lüthi Joya, Magyarosi Blanka, Mekonnen Linda, Grossenbacher Amanda, Moser Melina, Negri Claudia, Neuhaus Carine, Niffenegger Selina, Orfeo Vita, Pfister Nathalie, Raia Michela, Ruprecht Selina, Sabatino Flavia, Schmid Michelle, Schmutz Carolyn, Schönenberger Nora, Schumacher Eleonora, Speck Stéphanie, Spiller Rebecca, Stalder Jessica, Stanic Anja, Studer Laura, Suppiger Reto, Thanikkal Rose, Tischler Annina, von Allmen Tanja, Weber Michèle, Wirz Nora, Wolfensberger Cathrin, Zanini Vanessa, Zumbrunn Nathalie, Zwickl Julia.

### Im MSc Ernährung und Diätetik wurden folgende grossartige Leistungen prämiert:

Die **beste Gesamtleistung** im Masterstudienangang Ernährung und Diätetik erzielte **Nadine Jarisch**. Sie schloss ihr Studium mit der Note 5,6 ab. Für diese hervorragende Leistung erhielt sie den von der Insel Gruppe gesponserten Preis von CHF 1000, der ebenfalls von Rachel Strahm überreicht wurde.

Die Auszeichnung für die beste Master-These ging ebenso an Nadine Jarisch für ihre Arbeit «Sektorenübergreifender Transfer der Ernährungstherapie bei onkologischen Patientinnen und Patienten». Die Arbeit wurde vom SVDE mit einem Preis von CHF 500 prämiert, den Larissa Flückiger der Preisträgerin übergab.

### Absolvent/innen des MSc Ernährung und Diätetik 2023:

Minery Kevin, Jarisch Nadine, Schläppi Karin, Schoch Patrizia, Steiner Nina.

### Das Team des Fachbereichs Ernährung und Diätetik gratuliert allen Absolvent/innen

herzlich zum erfolgreichen Abschluss des Studiums und wünscht ihnen viel Freude und Erfolg im Berufsleben.

Berner Fachhochschule  
Departement Gesundheit  
Fachbereich Ernährung und Diätetik  
Murtenstrasse 10  
3008 Bern

[www.gesundheit.bfh.ch/ernaehrung](http://www.gesundheit.bfh.ch/ernaehrung)



Absolvent/innen des MSc Ernährung und Diätetik

## **FAQ Dysphagie Antworten – prägnant und praxisnah**



*Herausgeberinnen: Ulrike Frank,  
Petra Pluschinski, Andrea Hofmayer,  
Stefanie Duchac,  
Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH 2021,  
436 Seiten, ISBN 978-3-437-44720-4*

In diesem Buch werden 986 Fragen in 12 Kapiteln von Grundlagen über diagnostische Möglichkeiten bis zur Therapie beantwortet. In den Grundlagen werden Begriffe definiert und erklärt, beispielsweise der Unterschied zwischen Speichel- und Sekretmanagement, zwischen Penetration und Aspiration, und es wird erklärt, was eine Aspirationspneumonie ist oder ob eine Aspiration immer zu einer

Pneumonie führt. Im Kapitel «Diagnostik» werden Screeningverfahren, klinische Untersuchungen der Schluckfunktion und instrumentelle Untersuchungsverfahren kurz und verständlich erklärt. Dabei werden auch Fragen aus dem therapeutischen Alltag beantwortet und Fallbeispiele präsentiert.

Ein ganzes Kapitel ist ausschliesslich der Ernährung gewidmet. Rund 80 Fragen zur Malnutrition sowie zu Massnahmen der Ernährungstherapie – inklusive enterale und parenterale Ernährung – werden gestellt. Die Antworten entsprechen den geltenden Leitlinien und aktuellen Erkenntnissen. Essen und Trinken kommt jedoch auch bei anderen Themen wie dem Trachealkanülenmanagement vor, z. B.: darf ein/e Patient/in mit geblockter Trachealkanüle oral ernährt werden?

In weiteren Kapiteln wird auf Dysphagie bei Stroke sowie Kopf-Hals-Tumor eingegangen und auf Patient/innen auf der Intensivstation, in der Pädiatrie oder mit progredienten Erkrankungen, welche mit Schluckstörungen einhergehen.

Die Autorinnen sind in verschiedenen Settings in der Praxis tätig sowie zusätzlich in der Forschung und Ausbildung.

*Den Autorinnen ist es gelungen, das ganze Wissen und ihre Erfahrungen zum Thema Dysphagie erfrischend anders aufzubereiten und zu servieren. Die Fragen machen neugierig auf die Antworten und Merksätze heben wichtige Aussagen hervor. Auf zwei Seiten «Daran müssen Sie immer denken!» wird das Wichtigste zusammengefasst.*

*Dieses Buch empfehle ich allen klinisch tätigen Kolleg/innen, die auf der Neurologie, Geriatrie, Rehabilitation, HNO oder Intensivstation tätig sind. Es bietet eine gute Grundlage zum besseren Verständnis zur Betreuung dieser Patientengruppen und zur Optimierung der interprofessionellen Zusammenarbeit.*

*Neben den fachlichen Fragen wird auch eine philosophische Eingangsfrage gestellt: «Wenn ich mich verschlucke: Wo bin ich dann?» Diese wird vom Arzt und Kabarettisten Dr. Eckart von Hirschhausen beantwortet.*

*Rezensiert von:*

*Dr. clin. nutr. Caroline M. Kiss, Fachexpertin  
Klinische Ernährung, Universitäre Alters-  
medizin FELIX PLATTER, Basel*

## Die richtige Ernährung bei Lebererkrankungen Viele leckere Rezepte, die jedem schmecken



*Autor/in:*

Anne Iburg, Humboldt Verlag, 144 Seiten,  
3. Auflage 2016, ISBN 978-3-89993-868-5

Alles über die Leber – umfassend, aktuell, verständlich: Mit der richtigen Ernährung gezielt die Leber schonen. Lebererkrankungen können viele unterschiedliche Ursachen haben:

Neben Hepatitis-Viren, Alkohol und Medikamenten können auch Übergewicht, Stoffwechsel- oder Autoimmunerkrankungen unsere Leber schädigen. Zum Glück ist die Leber bis zu einem gewissen Grad ein reparables Organ. Durch die richtige Therapie, bei der die Ernährung häufig eine Schlüsselrolle einnimmt, lässt sich oft eine vollständige Genesung erreichen. Die Ernährungsexpertin Anne Iburg zeigt Betroffenen, wie eine lebergesunde Ernährung aussieht und wie man diese genussvoll in der Praxis umsetzt. In den Rezepten sind die Hauptnährstoffe Eiweiss, Fett und Kohlenhydrate sowie der Kaloriengehalt ausgewiesen. Sowohl für Übergewichtige mit einer Fettleber als auch für Patienten mit einer Leberzirrhose und Untergewicht: Dieser Ratgeber führt Sie zur richtigen Ernährung!

Aus dem Inhalt:

- Leber – Chemiegigant in unserem Körper
- Fettleber – die versteckte und geduldige Volkskrankheit

- So sieht eine lebergesunde Ernährung aus
- Die Leberdiät: Ihr Einstieg in ein neues Essverhalten
- Leckere Rezepte für jeden Tag

Anne Iburg ist Oecotrophologin und sie hat hier ein tolles Praxisbuch geschrieben, dessen Rezepte alltagstauglich sind und zum Nachkochen inspirieren. Dank der guten Übersichtlichkeit nimmt man das Buch wirklich mehrfach zur Hand und es ist daher für Klient/innen der Ernährungsberatung absolut geeignet. Der Fachbeitrag ist für alle absolut verständlich. Der Fakt, dass Anne die Empfehlung fettarm umsetzt und nicht nur fettreduziert, lässt sich diskutieren.

*Rezensiert von:*

Corinne Furch

Personal Coaching for optimal Health,  
Instagram @corinnefurch  
Dipl. Ernährungsberaterin HF SVDE

### Die SVDE-Geschäftsstelle bleibt vom 18. Dezember 2023 bis 5. Januar 2024 geschlossen.

Gerne kümmern wir uns ab dem 8. Januar 2024 wieder um Ihre Anliegen.

Wir wünschen Ihnen eine wundervolle Weihnachtszeit und einen tollen Start ins 2024.

Herzliche Grüsse, Ihre Geschäftsstelle

### Le secrétariat ASDD sera fermé du 18 décembre 2023 au 5 janvier 2024.

C'est avec plaisir que nous nous occuperons à nouveau de vos demandes à partir du 8 janvier 2024.

Nous vous souhaitons d'excellentes fêtes de fin d'année et un bon début d'année 2024.

Cordialement, votre secrétariat

### La segreteria ASDD rimarrà chiusa dal 18 dicembre 2023 al 5 gennaio 2024.

È con piacere che a partire dal 8 gennaio 2024 ci prenderemo di nuovo cura delle vostre richieste.

Vi auguriamo una splendida stagione natalizia e un ottimo inizio nel 2024.

Cordialmente, il vostro segretariato



**SVDE ASDD**

# KURSÜBERSICHT VUE D'ENSEMBLE DES COURS PANORAMICA DEI CORSI

Datum Date Data	Ort Lieu Luogo	Veranstaltung Manifestation Manifestazione	SVDE-Punkte Points ASDD Punti ASDD
20.11.2023	Online	Mit Fett gegen Fettleber	1
20.11.2023–21.11.2023	En ligne	Nutrition et supplémentation du végétarien et du végétalien	14
21.11.2023	Bern	Wie kann die Antibiotikaresistenz in der Schweiz und weltweit bekämpft werden? Massnahmen und Ansatzpunkte für Empfehlungen	3
21.11.2023	En ligne	Post-natal: accompagner les premiers mois de l'enfant	2
21.11.2023	Genève	Le Cercle 7: Et si l'on parlait plus de l'endométriose?	2
21.11.2023–28.11.2023	En ligne	Module 14: Nutrition et supplémentation de la femme enceinte, allaitante et du jeune enfant	14
21.11.2023–28.11.2023	Lausanne	Nutrition des personnes en situation de handicap	12
22.11.2023	Online	SGE-Online Lecture Series – Effort-Studie – Welche Erkenntnisse haben wir daraus gewonnen?	1
22.11.2023	Camorino	Sarcopenia e disfagia – una sfida particolare in nutrizione clinica	3
23.11.2023	Online	SSAAMP-Fortbildung 2023: 4. Herz ist Trumpf	3
23.11.2023	Online	Teatime-Webinar Eosinophile Ösophagitis	1
23.11.2023–24.11.2023	Zürich	Psychopharmakotherapie in der Praxis	8
23.11.2023–24.11.2023	Zürich	Ergopro-Schulung – Praxisadministration	11
23.11.2023	Genève	Journée Femme	7
24.11.2023	Online	Stille Entzündung – der innere Schmelbrand: Ursachen, Mechanismen, Diagnostik und Massnahmen	3
24.11.2023	Online	Online-Workshop: Osteoporose in der betrieblichen Gesundheitsförderung	5
24.11.2023	Winterthur	23. Winterthurer Symposium – Ernährung bei kardiovaskulären Hochrisikopatienten – Hybrid	4
24.11.2023–25.11.2023	Zürich	Provozieren – aber richtig!	18
24.11.2023–25.11.2023	Online	Adipositas-Chirurgie: Ernährungstherapie vor und nach der OP	9
24.11.2023–12.02.2024	Online	Kompaktausbildung Adipositas-Chirurgie	18
25.11.2023	Online	Dünndarmfehlbesiedlung (SIBO) – ein übersehenes Krankheitsbild	3
27.11.2023	Online	Medizinischer Gewichtsverlust: Die Analyse der Körperzusammensetzung in moderner Adipositasstherapie	1
27.11.2023–28.11.2023	Aarau	Diabetes mellitus – Auffrischung und Vertiefung des pflegerischen und medizinischen Fachwissens	11
28.11.2023	Online	NCP/T im ambulanten Setting / Fallbesprechung	2
28.11.2023–12.12.2023	En ligne	Module 8: Dysfonctionnements immunologiques et métaboliques: Maladies chroniques	18
30.11.2023	Zürich	Vegane Ernährung in der Schwangerschaft und Stillzeit – eine neue Herausforderung in meiner Praxis?	6
30.11.2023	En ligne	Nutrition et supplémentation des troubles de la thyroïde	7
30.11.2023	Thonex	Obésité de l'enfant: Prévention et traitement	7
01.12.2023	Online	Zöliakie als Chamäleon der Gastroenterologie: Eine interdisziplinäre Herausforderung	6
01.12.2023–02.12.2023	Hamburg	Laborwerte verstehen und richtig interpretieren	11
01.12.2023	En ligne	Nutrition et supplémentation de la chirurgie bariatrique	7
01.12.2023	Genève	2 <sup>e</sup> Symposium d'obésité	4
02.12.2023	Online	Relevante Laborwerte in der Ernährungsberatung kennen und verstehen	3
02.12.2023	Uster	ErpseDay-Fortbildungstag im Bereich Human Health Design	6
05.12.2023	Online	Abbott-Livewebinar: Updated ESPEN Guideline 2023: Die Individualisierung steht im Zentrum	2
05.12.2023	En ligne	Nutrition et supplémentation de la préconception	7
11.12.2023	Online	Ernährungstherapie nach der Adipositas OP – Vermeidung von Beschwerden und Nährstoffmängeln	6
07.12.2023–14.12.2023	En ligne	Module 4: Santé environnementale, Perturbateurs endocriniens et application à la Fertilité	14
07.12.2023–14.12.2023	En ligne	Module 5: Troubles digestifs et déséquilibres du microbiote intestinal	18
13.12.2023	Online	Gutes Fett – Schlechtes Fett: Warum wir Fett brauchen, um gesund und schlank zu bleiben	3
15.12.2023	Online	Grundlagenseminar: Aktuelles Wissen über ketogene Ernährung, Anwendungen und Chancen	6
07.01.2024–28.02.2024	Online	Moderne Spiritualität: Reflected self – powerful me!	18
10.01.2024	Online	SGE-Online Lecture Series – Praktische Ansätze zur Erkennung und Behandlung von Mangelernährung bei geriatrischen Patientinnen und Patienten	1
11.01.2024	Online	Stuhlvisite – Seminarreihe rund um Stühle – 1. Teil	3
15.01.2024	Online	Ernährungstherapie nach der Adipositas-OP: Krankheiten, die bleiben	3
16.01.2024	Online	6. Ernährungsfachkongress Mikronährstoffe 2024 Praxisorientierte Empfehlungen	6
17.01.2024	Bern	Achtsame Körperwahrnehmung und Emotionsregulation	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
18.01.2024	Online	Stuhluntersuchungen: Seminarreihe rund um Stühle – 2. Teil	3
18.01.2024	Zürich	10. Ernährungssymposium 2024, Die Muskeln – ein zentraler Faktor in der Ernährungstherapie	4
18.01.2024	Bussigny - Lausanne	Prendre soin des microbiotes de la femme pour son confort intime	5
19.01.2024	Online	Ernährung und Training – so geht Muskelaufbau	3
23.01.2024	En ligne	Obésité sarcopénique	2
24.01.2024	Zürich	Dünndarm-Fehlbesiedlung (SIBO) – praxisorientierte Fortbildung mit Fallbeispiel und Checklisten für den beruflichen Alltag	8
24.01.2024	Online	Noch ganz dicht? Wie es zum Leaky Gut kommt und was Stress damit zu tun hat	2
24.01.2024–25.01.2024	Frankfurt	Hypnotherapie bei Reizdarm und Co	12
27.01.2024	Online	Adipositas – Ursachen, Folgen und die Ernährungstherapie	3
27.01.2024	Bussigny-près-Lausanne	Interface Digestive	7
30.01.2024	En ligne	1° Scuola internazionale sul microbiota nelle malattie digestive, parte 1	2
31.01.2024–14.02.2024	Online	Marketing für Ernährungsexperten: Grundlagen und Konzeption	4
02.02.2024–03.02.2024	Online	Das Trio der Fettverdauung: Pankreas, Leber und Darm	6
03.02.2024	Online	Risikoadaptierte Ernährungstherapie bei chronischen Nierenfunktionsstörungen	3
06.02.2024	Online	Nährstoffwunder Protein	3
06.02.2024	En ligne	1° Scuola internazionale sul microbiota nelle malattie digestive, parte 2	2
08.02.2024	Lausanne	Exploration des troubles des conduites alimentaires	6
08.02.2024	Genève	Feeding the microbiota – Microbiota and nutrition in clinical practice	3
09.02.2024	Zürich	Umweltbewusste Ernährung – mehr als «saisonal und regional»?	8
09.02.2024–10.02.2024	Online	Erfolgreicher Einstieg in die individuelle Ernährungsberatung	3
10.02.2024	Zürich	Strategien zur Überwindung von Starre und Blockaden – von der Hemmung zum Impuls	8
12.02.2024	Online	Ernährungstherapie nach der Adipositas-OP: Psychologische Aspekte	3
13.02.2024	En ligne	1° Scuola internazionale sul microbiota nelle malattie digestive, parte 3	2
16.02.2024	Online	Das Mikrobiom, Ernährung und ihre Rolle für unsere Gesundheit	3
19.02.2024	Zürich	Embodiment: Körperliche Ressourcen aufbauen auf Basis des Zürcher Ressourcenmodells (ZRM®)	8
20.02.2024	En ligne	1° Scuola internazionale sul microbiota nelle malattie digestive, parte 4	2
21.02.2024	Online	Essstörungen: Einbindung von Angehörigen in die Ernährungstherapie	3
23.02.2024–24.02.2024	Online	Update Diabetes mellitus	11
24.02.2024	Online	Ernährung bei Krebs – was ist möglich, was ist sinnvoll?	3
26.02.2024	Online	Fasten hat viele Gesichter	3
01.03.2024–02.03.2024	Luzern	Humor und Provokation in Therapie und Beratung	12
01.03.2024–02.03.2024	Online	Ernährungstherapie bei Essstörungen: Einsteigerseminar	11
05.03.2024	Neuchâtel	Alimentation à tous les âges de la vie: nouveau-né, nourrisson, enfant	6
06.03.2024–05.06.2024	Online	Der Austausch macht's – Fall für Fall! – Ernährungstherapie bei Essstörungen/Supervision	7

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

**Mehr dazu unter [www.svde-asdd.ch](http://www.svde-asdd.ch) > Bildung > NutriEdu.**

**Enregistrez votre formation continue dans NutriEdu.**

**Pour plus d'informations, voir [www.svde-asdd.ch](http://www.svde-asdd.ch) > Formation > NutriEdu.**



**SVDE ASDD**

ENSURE® PLUS ADVANCE & ABOUND®

# IHRE 1. WAHL IN DER ERNÄHRUNG FÜR ONKOLOGIE- PATIENTEN<sup>1,2</sup>

EIN NEUER HMB SYSTEMATIC REVIEW ZEIGT  
STÄRKSTE ERGEBNISSE IN DER THERAPIE VON  
ONKOLOGIE-PATIENTEN MIT HMB-ONS<sup>2</sup>

ENSURE® PLUS ADVANCE & ABOUND®

## LE PREMIER CHOIX DANS LA NUTRITION POUR LES PATIENTS EN ONCOLOGIE<sup>1,2</sup>

Une nouvelle revue systématique à propos de HMB montre  
les résultats les plus musclés dans le traitement des patients  
oncologiques avec SNO-HMB<sup>2</sup>



HMB:  $\beta$ -Hydroxy- $\beta$ -Methylbutyrat(e), ein Metabolit der Aminosäure Leucin, un métabolite de l'acide aminé leucine.

<sup>1</sup>Systematischer Review von 15 Studien (n=943), die bis Dezember 2021 veröffentlicht wurden, mit erwachsenen Patienten mit verschiedenen Krebsarten und Behandlungen, die HMB-ONS (Ensure Plus Advance oder Juven/Abound) für 10 Tage bis 6 Monate einnahmen. <sup>2</sup>Revue systématique de 15 études (n = 943) publiées jusqu'en décembre 2021 incluant des patients adultes atteints de divers types de cancer et de traitements avec SNO-HMB (Ensure Plus Advance ou Juven/Abound) pendant 10 jours à 6 mois.

<sup>3</sup>I. Cornejo-Pareja I et al. Effect on an Oral Nutritional Supplement with  $\beta$ -Hydroxy- $\beta$ -methylbutyrate and Vitamin D on Morphofunctional Aspects, Body Composition, and Phase Angle in Malnourished Patients. *Nutrients*. 2021 Dec 31;13(12):4355. 2. Prado CM et al. Effects of  $\beta$ -hydroxy  $\beta$ -methylbutyrate (HMB) supplementation on muscle mass, function, and other outcomes in patients with cancer: a systematic review. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*. 2022 Dec 31;13(12):4355. 3. Gomes F et al. ESPEN guidelines on nutritional support for polymorbid internat medicine patients. *Clin Nutr* 2018, 37 (1): 336-353. ESPEN: European Society for Clinical Nutrition and Metabolism

Nur für Gesundheitsfachpersonen. Réserve aux professionnels de santé.



HIER  
MUSTER  
BESTELLEN  
COMMANDEZ  
DES ÉCHANTI-  
LLONS ICI

Abbott AG  
Hotline 0800 88 80 81  
www.nutrition.abbott/ch

**Abbott**  
life. to the fullest.®



# Compleat®

Nouveau  
Neu



**Durch die Natur inspirierte klinische Ernährung**  
**Nutrition clinique inspirée par la nature**

Nestlé Suisse S.A.,  
Nestlé Health Science  
Entre-Deux-Villes, 1800 Vevey  
Infoline: 0848 000 303  
[www.nestlehealthscience.ch](http://www.nestlehealthscience.ch)

 **Nestlé**  
HealthScience®