

August | Août | Agosto

**4 / 2015**



Ernährung bei Dysphagie  
Alimentation en cas de dysphagie  
Alimentazione e disfagia

## Fresubin® Clear Thickener

Gibt Sicherheit beim Essen und Trinken  
Donne un sentiment de sécurité en  
mangeant et en buvant

**NEU**



- ✓ Zum Andicken von warmen und kalten Speisen und Getränken
- ✓ Klare Flüssigkeiten bleiben klar
- ✓ Amylaseresistent
- ✓ Geruchs- und geschmacksneutral
- ✓ Pour épaissir les repas et les boissons chauds ou froids
- ✓ Les liquides clairs restent clairs
- ✓ Résistant aux amylases
- ✓ Sans odeur ni goût défini



**FRESENIUS  
KABI**

caring for life

InfoLine 0800 800 877

InfoMail@fresenius-kabi.com

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



**SVDE ASDD**

*Schon reserviert?*

## NutriDays 2016

**8. + 9. April 2016 in Bern**

**Die SVDE-Generalversammlung findet im Rahmen der NutriDays am 9. April 2016 statt.**

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

*Déjà réservé?*

## NutriDays 2016

**8 + 9 avril 2016 à Berne**

**L'assemblée générale de l'ASDD se tiendra le 9 avril 2016 dans le cadre des NutriDays.**

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

*Già riservato?*

## NutriDays 2016

**8 + 9 aprile 2016 a Berna**

**L'assemblea generale dell'ASDD si svolgerà nell'ambito dei NutriDays, il 9 aprile 2016.**

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

### DEUTSCHSCHWEIZ

|                     |    |
|---------------------|----|
| Editorial .....     | 2  |
| Fachteil .....      | 4  |
| Verbandsinfos ..... | 24 |
| Aktuelles .....     | 26 |
| Buchrezension ..... | 28 |
| Fortbildung .....   | 30 |
| Kursübersicht ..... | 35 |

### SUISSE ROMANDE

|                                |    |
|--------------------------------|----|
| Editorial .....                | 2  |
| Rubrique professionnelle ..... | 12 |
| Info de l'ASDD .....           | 24 |
| Actualité .....                | 26 |
| Compte Rendue .....            | 28 |
| Formation continue .....       | 30 |
| Vue d'ensemble des cours ..... | 35 |

### SVIZZERA ITALIANA

|                             |    |
|-----------------------------|----|
| Editoriale .....            | 2  |
| Rubrica professionale ..... | 18 |
| Info dell'ASDD .....        | 25 |
| Attualità .....             | 26 |
| Review .....                | 28 |
| Formazione continua .....   | 30 |
| Panoramica dei corsi .....  | 35 |

### Impressum

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

Herausgeber / Editeurs responsables / Editore responsabile  
SVDE ASDD  
Schweizerischer Verband der Ernährungsberater/innen  
Association suisse des diététiciens-ne-s  
Associazione Svizzera delle-di Dietiste-i  
Altenbergstrasse 29, Postfach 686, 3000 Bern 8  
Tel. +41 (0)31 313 88 70, Fax +41 (0)31 313 88 99  
service@svde-asdd.ch, www.svde-asdd.ch

**Redaktion / Rédaction / Redazione**  
SVDE ASDD, Manuela Begert, 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: 1150**

**Themen / Sujets / Temi**

- 1/2015 Ernährung und Nachhaltigkeit  
Alimentation et action durable  
Alimentazione e sostenibilità
- 2/2015 Mangelernährung bei geriatrischen Patienten  
im ambulanten Bereich  
Malnutrition chez les patient-e-s en gériatrie  
dans le domaine ambulatoire  
Malnutrizione nei pazienti geriatrici in ambito  
ambulatoriale
- 3/2015 NutriDays 2015
- 4/2015 Ernährung bei Dysphagie  
Alimentation en cas de dysphagie  
Alimentazione e disfagia
- 5/2015 Erfahrungen und Entwicklungen  
in der bariatrischen Chirurgie  
Expériences et évolutions en chirurgie bariatrique  
Esperienze e sviluppi nella chirurgia bariatrica
- 6/2015 Food-Drug-Interaktionen  
Interactions alimentation-drogue  
Interazioni farmaci-alimenti

**Druck / Impression / Stampa**  
Multicolor Print AG, Baar

**Redaktions- und Inserateschluss / délais des insertions et de rédaction / Termine d'inserzione et di redazione:**  
5/15: 11. September 2015, le 11 septembre 2015,  
il 11 settembre 2015

**Tarifikommission / Documentation tarifaire / Documentazione delle tariffe**  
[www.svde-asdd.ch](http://www.svde-asdd.ch)

**Geschäftsstelle / Secrétariat / Segretariato**  
SVDE ASDD  
Schweizerischer Verband der Ernährungsberater/innen  
Association suisse des diététiciens-ne-s  
Associazione Svizzera delle-di Dietiste-i  
Altenbergstrasse 29, Postfach 686, 3000 Bern 8  
Tel. +41 (0)31 313 88 70, Fax +41 (0)31 313 88 99  
service@svde-asdd.ch, www.svde-asdd.ch

**Präsidentin / Présidente / Presidentessa**  
Gabi Fontana  
[gabi.fontana@svde-asdd.ch](mailto:gabi.fontana@svde-asdd.ch)

**Vizepräsident/in / Vice-présidentes / Vice presidenti**  
Raphael Reinert  
[raphael.reinert@svde-asdd.ch](mailto:raphael.reinert@svde-asdd.ch)  
Barbara Richli  
[barbara.richli@svde-asdd.ch](mailto:barbara.richli@svde-asdd.ch)

**Vorstand / Comité / Comitato direttivo**  
Bildungsstandards / Standards de formation /  
standard formativi  
Raphael Reinert  
[raphael.reinert@svde-asdd.ch](mailto:raphael.reinert@svde-asdd.ch)

**Kommunikation / communication / comunicazione:**  
Barbara Richli  
[barbara.richli@svde-asdd.ch](mailto:barbara.richli@svde-asdd.ch)

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

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

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

**Titelbild / photo de couverture / illustrazione di copertina**  
Gestaltung/conception/realizzazione: Leila Sadeghi





**Leila Sadeghi**

Redaktionskommission

Commission de la rédaction

Commissione di la redazione

## **Liebe Kolleginnen und Kollegen**

Schluckstörungen, oder Dysphagien, kommen bei älteren Menschen besonders häufig vor. Dabei treten Probleme beim Transport des Bolus im Mund, im Rachen oder in der Speiseröhre auf. Die Ursache dafür können strukturelle, neurologische, vaskuläre oder onkologische Erkrankungen wie Muskeldystrophien, Multiple Sklerose, Parkinson, Para- oder Tetraplegie, Schlaganfälle oder Krebs im HNO-Bereich sein. Die Dysphagie wird von einem erhöhten Risiko für Mangelernährung begleitet, insbesondere bei sozial isolierten älteren Menschen.

Die Aspirationspneumonie, die durch wiederholte Aspiration von Flüssigkeiten verursacht wird, kann lebensbedrohliche Folgen haben. Es ist wichtig, im Kopf zu behalten, dass der nötige Grad der Viskosität der Flüssigkeiten je nach Patient/in mit Dysphagie variieren kann und daher Forschungsarbeiten, wie jene der Berner Fachhochschule, einen wichtigen Beitrag leisten, um Messtechniken zu entwickeln, mit denen die auf individuelle Bedürfnisse abgestimmte Viskosität ermittelt werden kann.

In dieser Ausgabe stellen wir Ihnen verschiedene Fälle von Patienten/innen mit einer Schluckstörung vor, die im Rahmen der Ernährungsberatung behandelt wurden. Ausserdem laden wir Sie ein, einen Blick auf die unterschiedliche Terminologie im Bereich der Konsistenz der Nahrungsmittel zu werfen.

Wir hoffen, damit einen Beitrag für ein besseres Therapieangebot für Patienten/innen mit Dysphagie zu leisten. Die Ernährungsberatung ist schliesslich ein wichtiger Faktor bei der Behandlung von Schluckstörungen und der Verbesserung der Lebensqualität der Patienten/innen.

Wir wünschen eine angeregte Lektüre!

## **Chères et chers collègues**

Les troubles de la déglutition, ou dysphagie, sont particulièrement fréquents chez les personnes âgées. Ils se manifestent par un trouble du transit du bol alimentaire dans la bouche, le pharynx ou l'œsophage. Des pathologies sous-jacentes d'ordre structurel, neurologique, vasculaire ou oncologique, tels que la dystrophie musculaire, la sclérose en plaque, la maladie de Parkinson, la para-/tétraplégie, les accidents vasculaires cérébraux (AVC), ou les cancers de la sphère ORL peuvent en être la cause. La dysphagie est associée à un risque élevé de malnutrition, notamment si le sujet âgé vit en situation d'isolement social.

La pneumopathie d'inhalation provoquée par l'aspiration répétée de liquides non épaissis peut avoir des conséquences fatales. Il est important de noter que le degré de viscosité nécessaire pour les liquides peut varier d'un/-e patient/-e dysphagique à un/-e autre, et des travaux de recherche, comme ceux en cours à la Haute école spécialisée bernoise, sont indispensables afin de développer des techniques de mesures permettant de déterminer les viscosités adaptées aux besoins individuels.

Dans le bulletin de ce mois-ci, vous allez notamment découvrir des cas de prise en charge de patient-e-s ayant des troubles de la déglutition dans le cadre de la consultation diététique. D'autres part, nous vous invitons à jeter un coup d'œil sur les diverses terminologies de la texture des aliments.

Nous espérons par le biais de ce bulletin encourager la mise en œuvre de mesures thérapeutiques adaptées aux patient-e-s dysphagiques. Le support nutritionnel constitue un facteur déterminant du traitement des troubles de la déglutition et de l'amélioration de la qualité de vie des patient-e-s.

Je vous souhaite à toutes et à tous une agréable lecture!

## **Care colleghe e cari colleghi,**

nella popolazione anziana, i disturbi della deglutizione, detti anche disfagia, sono particolarmente frequenti. Si manifestano con problemi di transito del bolo alimentare nella bocca, nella faringe o nell'esofago. All'origine di questo disturbo vi possono essere patologie di natura strutturale, neurologica, vascolare od oncologica: distrofia muscolare, sclerosi a placche, morbo di Parkinson, para- o tetraplegia, eventi vascolari cerebrali oppure tumori della sfera ORL. La disfagia è associata ad un elevato rischio di malnutrizione, ancor più se il soggetto anziano vive in un contesto di isolamento sociale.

La pneumopatia da inalazione provocata dalla ripetuta aspirazione di liquidi non ispessiti può avere conseguenze fatali. In proposito è importante osservare come il grado di viscosità che i liquidi devono presentare possa variare da un paziente disfagico all'altro. Sono dunque necessari studi – come quello attualmente in corso presso la Scuola universitaria professionale di Berna (BFH) – che permettano la messa a punto di tecniche per la misurazione della viscosità, al fine di rispondere ai bisogni individuali dei pazienti.

Nella presente edizione dell'SVDE ASDD Info vi illustriamo alcuni casi di presa a carico nutrizionale di pazienti con un disturbo della deglutizione. Vi invitiamo inoltre a dare un'occhiata alle varie terminologie in uso per descrivere la consistenza degli alimenti.

Ci auspichiamo che le informazioni presentate in questa edizione della nostra rivista vi incoraggino a mettere in atto misure terapeutiche mirate a beneficio dei pazienti disfagici. Il supporto nutrizionale rappresenta, in effetti, un fattore di importanza fondamentale ai fini del trattamento dei disturbi della deglutizione, poiché permette ai pazienti disfagici di godere di una migliore qualità di vita.

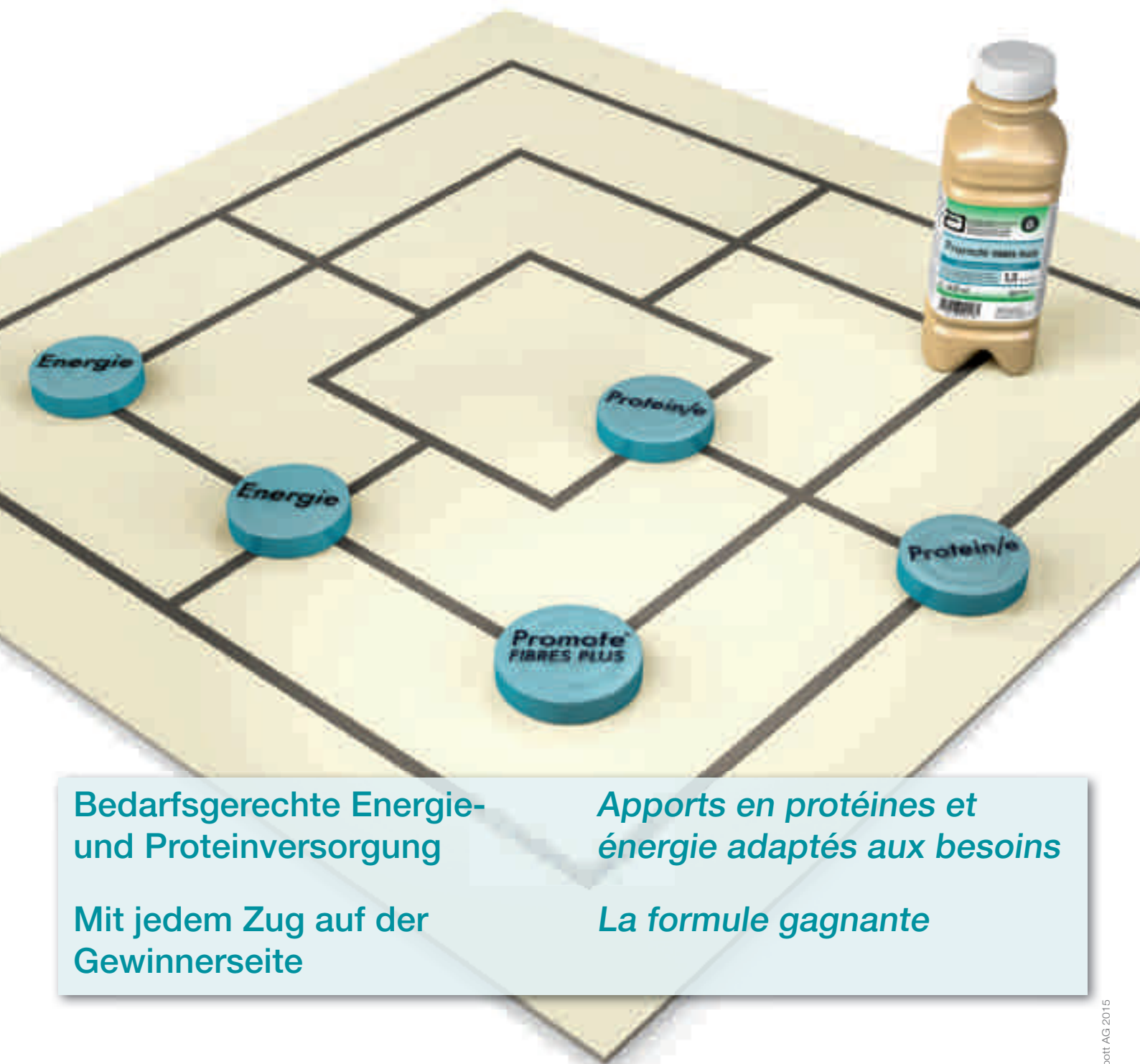
Auguro a tutti voi una piacevole lettura!



# Promote® Fibres Plus

Bedarfsgerechte Intensivernährung

*Nutrition couvrant les besoins aux soins intensifs*



**Bedarfsgerechte Energie-  
und Proteinversorgung**

**Mit jedem Zug auf der  
Gewinnerseite**

**Apports en protéines et  
énergie adaptés aux besoins**

**La formule gagnante**

# Dysphagie

Fachgruppe Dysphagie SVDE ASDD

## Einführung Dysphagie

### Definitionen

*Dysphagie:*

Unter dem Begriff Dysphagie versteht man eine Störung der Aufnahme, der Zerkleinerung oder des Transportes von Nahrung/ Flüssigkeiten in der oralen, pharyngealen und oesophagealen Phase, einschliesslich des Transportes von Speichel und Sekret.<sup>1</sup>

*Aspiration:*

Darunter versteht man das Verschlucken von Bolusmaterial oder von Sekret während oder nach dem Auslösen des Schluckreflexes (= intra- oder postdeglutitive Aspiration). Der Bolus hat die Stimmlippenebene bereits passiert und gelangt in die tiefen Atemwege. Eine Aspiration kann nicht immer durch Husten oder eine gurgelnde Stimme erkannt werden, man spricht in diesem Fall von einer stillen Aspiration («silent aspiration»). Plötzliches Auftreten von Fieber ist ein Indiz dafür.<sup>1</sup> Bei 60 % aller Schlaganfallpatienten/innen mit einer Dysphagie kommt es zu einer stillen Aspiration.<sup>2</sup>

### Ernährungsmedizinisches Basiswissen

*Wie erkennt man eine Dysphagie?*

Das Symptombild der Dysphagie ist vielseitig. Die Dysphagie kann sich in jeder Phase des Schluckaktes manifestieren. Eine gründliche Anamnese ist wichtig.<sup>3</sup> Zur weiteren Abklärung sollte ein Schluckexperte beigezogen werden.<sup>3</sup>

*Folgende Anzeichen können zudem auf eine Schluckstörung hindeuten:*

Verlängerte Nahrungsaufnahme, Kauprob-  
leme, Herausfliessen von Speichel/Nah-  
rung aus dem Mund = Drooling, Speiseres-  
te im Mund nach der Mahlzeit, Husten  
beim Essen, Räuspern während dem Essen,  
veränderte («feuchte», belegte) Stimme,  
Herauslaufen von Nahrung aus der Nase,  
Druckgefühl, Brennen und Schmerzen hin-  
ter dem Brustbein, Reflux.<sup>4</sup>

### Ernährungstherapeutische Ziele

Das Ziel ist es, ein aspirationsfreies Schlucken durch individuell angepasste Ernährung zu ermöglichen. Dabei sind die Bolusgrösse und die Nahrungs- sowie Flüssigkeitskon-  
sistenz die wichtigsten Kriterien. Mittels Videofluoroskopie und/oder Endoskopie kann überprüft werden, bei welcher Konsistenz bzw. Applikationsart ein aspirations-  
freies Schlucken möglich ist. Somit lässt sich bei über 90 % der Patienten/innen eine geeignete Konsistenz bzw. Applikationsart finden.<sup>5</sup>

Ein weiteres Ziel ist es, eine Mangelernäh-  
rung zu verhindern. Es ist schwierig, die Prä-  
valenz der Mangelernährung bei Dysphagie  
zu beziffern, da es einerseits grosse Unter-  
schiede durch die zur Dysphagie führenden  
Grunderkrankung gibt und andererseits die  
Mangelernährung auch vorbestehend und  
andere Ursachen als die Dysphagie haben  
kann.

Es ist gut dokumentiert, dass eine ungenü-  
gende Energie- und Proteinzufuhr zu einem  
raschen Verlust der Muskelmasse führt. Die  
Muskulatur, welche am Schluckakt beteiligt  
ist, wird aufgrund ihres Muskelfasertyps  
schneller und stärker abgebaut als die Ske-  
lettmuskulatur. Ebenso tritt der Abbau der  
fürs Schlucken wichtigen Muskulatur be-  
reits bei einem geringen Gewichtsverlust  
ein.<sup>6, 7, 8, 9</sup> Das Risiko einer Aspiration wird  
durch den Abbau der am schluckaktbeteilig-  
ten Muskulatur erhöht.<sup>10</sup> Dies führt zu ei-  
nem oft beobachteten Teufelskreis – durch  
die Dysphagie ist die Nahrungsaufnahme  
ungenügend, was zu einem Abbau der Mus-  
kulatur führt, welche die Dysphagie wiede-  
rum verschlechtert und somit die orale Nah-  
rungsaufnahme weiter reduziert.<sup>6, 7, 8, 9</sup>

### Neurogene Dysphagie

Dysphagien, die durch Schädigungen im  
neurologischen Bereich hervorgerufen  
werden, stellen die grösste Ursachengrup-  
pe dar. Neurologisch bedingte Schluckstö-  
rungen können anhand der beteiligten  
(bzw. geschädigten) anatomischen Struk-

turen eingeteilt werden (Liste ist nicht voll-  
ständig):

- Zentrales Nervensystem: Ischämischer Hirninfarkt, Hirnstamm-/Kleinhirnin-  
farkt, Multiinfarktsyndrom, Hirnblutung,  
Morbus Parkinson, Multisystematrophie,  
Multiple Sklerose, Schädelhirntrauma,  
Hirntumoren, Entzündungen viraler oder  
bakterieller Ätiologie
- Peripheres Nervensystem: Amyotrophe  
Lateralsklerose (ALS), Guillain-Barré-Syn-  
drom, Chronische Immuneuropathien,  
Critical-Illness-Neuropathie, Critical-Ill-  
ness-Myopathie, Spinale Muskelatro-  
phie, Kaudale Hirnnervenstörungen
- Signalüberleitung Nerv–Muskel: Myas-  
thenia Gravis, Eaton-Lambert-Syndrom
- Erkrankungen der Muskulatur: Muskel-  
dystrophien, (Poly)Myositis, Dermatomy-  
ositis, Einschlusskörper-Myositis, Mito-  
chondriale Myopathien<sup>11</sup>

### Nicht neurogene Dysphagie (strukturell/organisch)

Strukturelle Veränderungen am Schluckvor-  
gang beteiligter Organe können durch un-  
terschiedliche Ursachen bedingt sein:

- Angeborene Fehlbildungen: Lippen-Kiefer-  
Gaumenspalten, mediale oder laterale  
Halsfisteln, andere Missbildungssyndro-  
me<sup>12, 13</sup>
- Gewebeneubildungen: Tumoren des Mund-  
Rachen-Raumes und Ösophagus<sup>12</sup>
- Entzündungen im Mund-Rachen-Raum:  
Glossitis, Tonsillitis, Pharyngo-Laryngitis,  
Zustand nach Strahlentherapie, bakteri-  
elle Abszesse, Herpes Zoster<sup>12</sup>
- Erkrankungen der Speiseröhre: Achalasie,  
Sklerodermie, peptische Ösophagitis<sup>12, 13</sup>
- Weitere Ursachen: Verletzungen im Kopf-  
und Halsbereich, psychogene Schluckstö-  
rungen, Medikamentennebenwirkungen,  
COPD, nach strukturellen, funktionellen  
Veränderungen wie bei Zustand nach  
Operation, Presbyphagie, Intoxikationen/  
Verätzungen des Speiseweges, struktu-  
relle Veränderung nach Langzeitintubati-  
on.<sup>13, 14</sup> Unabhängig von der Grunderkran-  
kung haben 70–80 % der Patienten/innen  
mit prolongierter Beatmung nach Extu-  
bation eine Dysphagie.<sup>14</sup>

## Fallbeispiel strukturelle Dysphagie

*Alter: 56 Jahre; Geschlecht: männlich; Diagnose: Mesopharynxkarzinom links cT1 cN2c cMo ED 01/15, strukturelle Dysphagie. Bei Spitaleintritt: BMI: 23,7 kg/m<sup>2</sup>; NRS nach Kondrup: 5 Punkte; Grad der Verschlechterung des Ernährungszustandes: 3 Punkte, 9 % Gewichtsverlust in zwei Wochen; Erhebliche Energie- und Eiweissmangelernährung; Ernährungsdiagnose nach NCPT: Unzureichende Energie- und Proteinaufnahme (NI-5.3) aufgrund Odynophagie bei Mukositis, ersichtlich durch die Unmöglichkeit der peroralen Nahrungszufuhr; Initiale Kostform: Keine perorale Ernährung möglich, neue nasogastrale Sonde, Herausforderung: Enteraler Kostaufbau bei Risiko Refeedingsyndrom; Hospitalisationsdauer: 14 Tage auf der Medizinischen Klinik, für 2 Tage in die Rehabilitation ausgetreten, Wiedereintritt für 11 Tage auf die Halsnasenohrenklinik.*

Der Patient wurde stationär aufgenommen aufgrund der Odynophagie mit CRP-Erhöhung bei Mukositis unter laufender Radio-Chemotherapie mit kurativer Absicht (Therapiedauer 7,5 Wochen). Der Patient war der Ernährungsberatung bereits bekannt. Vor und während der Radio-Chemotherapie wurde er ambulant ernährungstherapeutisch betreut. Der Einsatz einer möglichen künstlichen Ernährung wurde dem Patienten frühzeitig aufgezeigt. Anfänglich hatte der Patient einen NRS von 1 Punkt, da er weder Gewicht verloren noch Einschränkungen bei der Ernährung hatte. Nach zwei Wochen Radio-Chemotherapie begannen Ernährungsprobleme wie Verlust des Geschmackssinnes, Xerostomie und dadurch Einschränkungen der Lebensmittelauswahl und der -konsistenz. Der Patient konnte aufgrund der Beschwerden nur noch 50 % seines Energie- und Proteinbedarfes von 2200 kcal und 80 g Protein abdecken. Er begann mit dem Einsatz von bis zu vier Zusatztrinknahrungen pro Tag à je 400 kcal und 20 g Protein. Die Schluckschmerzen nahmen stark zu und er verschluckte sich auch häufig. Die Logopädie war auch eingeschaltet. Der zuständigen Radioonkologin wurde rückgemeldet, dass die enterale Ernährung mittels PEG oder nasogastraler Sonde empfohlen ist.

Eine nasogastrale Sonde wurde erst 14 Tage später, bei Eintritt auf die Medizinische Klinik, gelegt. Vor dem Start der enteralen Ernährung waren das Phosphat anorganisch mit 0.60 mmol/l und das Magnesium mit 0.49 mmol/l erniedrigt. Aufgrund dessen und der seit einer Woche bestehenden Unmöglichkeit einer peroralen Nahrungszufuhr wurde ein angepasster Refeedingpräventionsaufbau begonnen. Vor Start der enteralen Ernährung und danach täglich wurden 300 mg Benerva und täglich 1 Brausetablette Supradyn orange über die Sonde verabreicht. Da hausintern keine normokalorische Sondennahrung im Sortiment ist, wurde mit 350 ml hochkalorischer Sondennahrung gestartet. Natrium, Kalium, Calcium, Magnesium und Phosphat anorganisch wurden anfänglich täglich monitorisiert. Lediglich Magnesium und Phosphat anorganisch mussten je drei Tage lang substituiert werden. Ab dem 7. Tag war der Patient vollständig bedarfsdeckend mit 1500 ml hochkalorischer Sondennahrung ernährt. Peroral war nach wie vor weder Flüssigkeit noch Nahrung möglich. Der Flüssigkeitsbedarf wurde zuerst mittels Infusionen abgedeckt, danach wurden 1000 ml Wasser über die nasogastrale Sonde verabreicht. Der Patient hatte durch die enterale Ernährung keinerlei Beschwerden.

Zwei Tage nach Austritt in die Rehabilitation trat der Patient auf eigenen Wunsch wieder bei uns auf die Halsnasenohrenklinik ein. In der Rehabilitation litt er wieder unter mehr Schmerzen, da die Schmerzmedikamente umgestellt wurden. Nach der Schmerzeinstellung fing der Patient an zu trinken und konnte schrittweise weiche Lebensmittel einbauen. Vier Tage nach Wiedereintritt wurde die Sondennahrung auf 1000 ml hochkalorische Produkt reduziert und nach einer Woche konnte die Sonde gezogen werden. Der Patient konnte sich mit Hilfe von drei Trinknahrungen à 250 kcal und 12,5 g Protein und der peroralen Ernährung bedarfsdeckend ernähren.

Diskussion: Der Entscheid für eine enterale Ernährung wurde sehr spät gefällt. Die Einlage einer PEG hätte ab dem Zeitpunkt, bei dem der Patient nur noch 50 % seines Bedarfes abdecken konnte, erfolgen sollen. Dies damit begründet, dass die Therapiedauer schon mehr als drei Wochen dauerte und die Beschwerden wie Odynophagie,

Xerostomie u. a. aufgrund der Radiotherapie auch nach Beendigung dieser noch anhielten. Offen bleibt, ob sich mit einer frühzeitigen enteralen Ernährung der Verlauf positiver entwickelt hätte und eventuell eine Rehospitalisation hätte vermieden werden können.

## Fallbeispiel neurologische Dysphagie

*Alter: 69 Jahre; Geschlecht: männlich; medizinische Diagnose: Hypertensive Thalamusblutung rechts mit Ventrikeleinbruch (NIHSS 10/42), brachiofazial-betontes sensomotorisches Hemisyndrom links, Colitis ulcerosa. Ernährungsdiagnose nach NCPT: Ungenügende Protein-Energie-Aufnahme (NI-5.3) bei Dysphagie infolge einer hypertensiven Thalamusblutung, was sich in einer oralen Nahrungsaufnahme von max. 50 % des errechneten Bedarfs zeigt. BMI: 27.0 kg/m<sup>2</sup>; NRS nach Kondrup: 1; initiale Kostform: superweich-gewürfelt, Flüssigkeiten eingedickt; Herausforderung: oral bedarfsdeckende Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr bei Dysphagie und raschem Ermüden; Hospitalisationsdauer: 1 Woche Klinik, danach Rehaklinik.*

Einen Tag nach dem Ereignis konnte der Patient von der Intensivstation auf die Stroke Unit verlegt werden. Bis vor Eintritt beschreibt der Patient ein stabiles Körpergewicht und eine unauffällige, bedarfsdeckende Nahrungszufuhr. Die Colitis ulcerosa war zu diesem Zeitpunkt unproblematisch und musste während der Ernährungstherapie nicht beachtet werden.

Nach Erstbeurteilung durch die Logopädin wurde die Kostform auf 1/2 Portion superweich-gewürfelt festgelegt und die Getränke mit 1 Messlöffel Eindickungspulver pro 2 dl Flüssigkeit eingedickt. Die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme sollte stets unter Supervision durch eine geschulte Pflegefachkraft erfolgen. Limitierend für die Nahrungsaufnahme war gemäss der Logopädin ein rasches Ermüden durch Anstrengung beim Essen. Der Flüssigkeitsbedarf konnte von Anfang an oral gedeckt werden.

Der tägliche Energie- und Proteinbedarf wurden auf etwa 2000 kcal und 70 g Eiweiss geschätzt. Die superweich-gewürfelte Kost

liefert pro 1/2 Portion mit Vor- und Nachspeise ca. 1000 kcal und 30 g Eiweiss. Zur Ergänzung erfolgte in Absprache mit dem Patienten eine Energie- und Proteinanreicherung der Joghurts und Crêmen, welche gezielt als Zwischenmahlzeiten angeboten wurden. Trinknahrung wurde vom Patienten aufgrund des Geschmacks nicht toleriert.

Am fünften Hospitalisationstag konnte die Kostform nach logopädischer Neueinschätzung auf 1/2 Portion Vollkost gesteigert werden. Die Flüssigkeiten mussten nicht mehr eingedickt werden und Supervision beim Essen war nicht mehr nötig.

Der Appetit war stets vorhanden, jedoch wurde eine bedarfsdeckende Energie- und Eiweisszufuhr durch rasches Ermüden beim Essen erschwert. Die angereicherten Zwischenmahlzeiten wurden daher beibehalten.

Der Übertritt in die Rehaklinik erfolgte eine Woche nach Eintritt. Die Zufuhr hat sich stetig verbessert, sodass diese bei Austritt

ca. 1600–1800 kcal und 65 g Eiweiss, also 80–90 % des geschätzten Bedarfs, betrug. Der Patient ermüdete weniger rasch und war allgemein aktiver. Ein Überweisungsrapport an die Rehaklinik mit Bitte um Fortführung und im Verlauf Evaluation der ernährungstherapeutischen Massnahmen ist erfolgt.

Diskussion: Durch die rasche Verbesserung der Dysphagie konnte der Patient die Zufuhr durch leichte ernährungstherapeutische Unterstützung innerhalb weniger Tage zu einer nahezu bedarfsdeckenden Ernährung steigern. Auf ein Multivitaminpräparat wurde daher verzichtet. Da die Mahlzeiteinnahme zu Beginn unter Aufsicht erfolgte, musste der Mehraufwand für die Einnahme von Zwischenmahlzeiten mit dem Pflegepersonal geklärt werden.

#### Quellen

- [1]. Stanschus S. Studien in der klinischen Dysphagiologie, 1. Auflage 2009, S 116, ISBN 978-3-8248-0294-4, Schults-Kirchner Verlag

- [2] Leischker AH et al., Ernährung bei neurologischen Erkrankungen, Aktuelle Ernährungsmedizin 2014; 39: 174-186
- [3] Cook JJ. Nature Clinical Practice Gastroenterology & Hepatology (2008) 5, 393–403
- [4] Bartolome G et al., Diagnostik und Therapie neurologisch bedingter Schluckstörungen, Gustav Fischer Verlag, 1993
- [5] Kuhlemeier KV, Palmer JB, Rosenberg D. Effect of liquid bolus consistency and delivery method on aspiration and pharyngeal retention in dysphagia patients. Dysphagia 16:119-122 2001
- [6] Drew JS, Farkas GA, Pearson RD, Rochester DF. Effects of chronic wasting infection on skeletal muscle size and contractile properties. J Appl Physiol 1988; 64: 460–465
- [7] Russell DM, Walker PM, Leiter LA, Sima AA, Tanner WK, Wickle DA, et al., Metabolic and structural changes in skeletal muscle during hypocaloric dieting. Am J Clin Nutr 1984; 39: 413–503
- [8] Heymsfield SB, McManus CB. Tissue components of weight loss in cancer patients. Cancer 1985; 55: 238–259
- [9] Sieck GC, Lewis MI, Blanco CE. Effects of undernutrition on diaphragm fiber size, SDH activity and fatigue resistance. J Appl Physiol 1989; 66: 2196–2205
- [10] Veldee MS, Peth LD, Can protein-calorie malnutrition cause dysphagia? Dysphagia 1992; 7: 86–101
- [11] Berger R, Heide-Schröter A. Einführung von Schluckkoststufen zur Optimierung der Ernährung von Dysphagiepatienten: Forum Logopädie Heft 1 21: 28–32 2007
- [12] Köhler W, Niers N, Berger R, Volkert D. Schluckstörungen – Ein Überblick aus neurologischer Sicht: Lila Reihe, 2008
- [13] Motzko, M., Weinert, M. (2005). Dysphagie – Ursachen, Diagnostik und Behandlung. [On-Line]. Available: <http://www.dysphagiezentrum.de/pdf/VFEDAachenerDietetikFobiz005.pdf>
- [14] Dziewas R. et al. FEES für neurogene Dysphagien, Der Nervenarzt 2014, Springer Verlag

## ÜBER 90% KENNEN DAS «ZAHNMÄNNCHEN»!

Der gemeinnützige Verein Aktion Zahnfreundlich wurde vor 33 Jahren durch Professoren aller Schweizer Universitätszahnkliniken gegründet und setzt sich seitdem für die Mundgesundheit der Schweizer Bevölkerung ein. Mit über 875 Einzelmitgliedern, zu welchen unter anderem Zahnärzte, Dentalhygienikerinnen und Schulzahnpflege-Instruktorinnen gehören, besitzt die Aktion Zahnfreundlich ein grosses Netzwerk an Fachpersonen.

Damit bereits Kleinkinder den Wert ihrer Mundgesundheit vermittelt erhalten, setzt die Aktion Zahnfreundlich genau da an: Im 2007 gründete sie gemeinsam mit dem Schweizerischen Spielgruppen-Leiterinnen-Verband SSLV ein Kariesprophylaxe-Projekt. Das Projekt trägt zum Ziel, zahnfreundliche Znünis in Spielgruppen einzuführen sowie die Kinder und deren Eltern in Bezug auf Karies zu sensibilisieren. Die Spielgruppen-Leiterin besucht hierfür einen kostenlosen Kurs und darf anschliessend ihre Spielgruppe als «zahnfreundlich» betiteln. Inzwischen nahmen bereits über 500 Spielgruppen-Leiterinnen an einem entsprechenden Kurs teil.

Mit seinem Markenzeichen – dem «Zahnmännchen» – garantiert der Verein nachweislich für die Zahnfreundlichkeit der Produkte, welche weder kariogen noch erosiv sind. Über 90 Prozent der Schweizer Bevölkerung kennt das «Zahnmännchen» und als Qualitätslabel für zahnfreundliche Süssigkeiten ist es sozusagen in aller Munde. Schon in den Zahnputzlektionen in der Schule wird über den Nutzen des «Zahnmännchens» als Wegweiser zu zahnfreundlichen Süswaren gesprochen. Auf der Website der Aktion Zahnfreundlich erhalten Sie eine Übersicht mit den in der Schweiz zertifizierten Produkten.



Nebst zahnfreundlichen Kaugummis und Bonbons gibt es nun auch **zahnfreundliche Schokolade**. Die Aktion Zahnfreundlich bietet über ihren Webshop drei Sorten in praktischen 40g-Verpackungen zum Verkauf an. Mit diesem Angebot richtet sich der gemeinnützige Verein gezielt an ältere Menschen, welche gerne ab und zu ein Stück Schokolade geniessen möchten, jedoch anschliessend nicht gleich die Möglichkeit haben, sich die Zähne zu putzen. Die zahnfreundliche Schokolade soll eine Alternative bieten, die Genuss und Mundgesundheit vereint.

Die Herstellung der zahnfreundlichen Schokolade erfolgt durch Isomaltulose (Palatinose) und bewirkt – nebst der ZAHNFREUNDLICHKEIT –, dass der Blutzuckerspiegel nach dem Verzehr weniger stark ansteigt (Glykämischer Index 32

(Traubenzucker = 100)) als nach dem Verzehr von zuckerhaltigen Lebensmitteln. Isomaltulose wird wie Zucker voll verstoffwechselt und liefert 4 kcal/g. Der Verzehr von Lebensmitteln, welche Isomaltulose anstelle von anderen Zuckerarten enthalten, trägt ferner zur Erhaltung der Zahnmineralisierung bei und hat keine abführende Wirkung; ausserdem ist die zahnfreundliche Schokolade laktosefrei.

Das Vorbild Aktion Zahnfreundlich Schweiz hat inzwischen auch Nachahmung in anderen Ländern wie Deutschland, Japan sowie Korea gefunden. Dem «Zahnmännchen» können wir als schweizerischem Bekannten deshalb auch im Kiosk eines türkischen Bazars oder am Palmenstrand von Ecuador begegnen.

## Konsistenzmodifizierte Kostformen bei Dysphagie

**Die Veränderung der Nahrungs- und Flüssigkeitskonsistenz ist ein wichtiger Bestandteil der Ernährungstherapie von Patientinnen und Patienten mit einer bestehenden Dysphagie. Ein Konsens über die Bezeichnung und die Charakteristik der unterschiedlichen Konsistenzstufen bildet die Grundlage, um diese Patientinnen- und Patientengruppe bestmöglich betreuen zu können.**

Adrian Rufener

Die Dysphagie ist eine multifaktoriell bedingte Erkrankung, unter welcher schätzungsweise 8 % der Weltbevölkerung leidet [1]. Eine Schluckstörung bzw. Dysphagie bedeutet, dass der komplexe Vorgang des

Schluckens durch bestimmte Krankheiten oder aufgrund von Veränderungen im Alter gestört ist [2]. Dies kann schwerwiegende Folgen haben und beispielsweise zum Auftreten einer Dehydratation oder einer

Mangelernährung führen sowie die Aspiration von Nahrung und Flüssigkeit begünstigen [1]. Die Aspiration der Nahrung, also das Eindringen von kleinen Nahrungsteilchen in die Lunge, kann die Entstehung einer Pneumonie begünstigen [2]. Die Pneumonie, wie auch die Mangelernährung mit den mit sich ziehenden Nährstoffdefiziten, führen zu einer signifikant höheren Morbiditäts- und Mortalitätsrate bei Patientinnen oder Patienten mit einer Schluckstörung [3].

Die konsistenzmodifizierte Ernährung gilt heutzutage als Grundstein der Behandlung von Patientinnen oder Patienten mit einer Dysphagie. Durch die Veränderung der Nahrungs- und Flüssigkeitskonsistenz kann die Nahrungszufuhr unterstützt und das Risiko einer Aspiration reduziert werden [4]. Die Anzahl verschiedener Konsistenzstufen, sowie deren Bezeichnung und Charakteristik variieren von Land zu Land, aber auch innerhalb eines Landes stark [1]. Das Eindicken von Flüssigkeiten und die Anpassung der Nahrungskonsistenz kann sich somit von Fachperson zu Fachperson unter Umständen deutlich unterscheiden [5]. Dies kann zu Therapiefehlern führen, wodurch das Risiko für das Auftreten der zuvor angesprochenen Komplikationen erhöht wird und die Patientensicherheit nicht mehr gewährleistet werden kann [1].

All diese Schwierigkeiten und Probleme zeigen auf, dass es notwendig ist, mit einheitlichen Begriffsdefinitionen zu arbeiten [5]. Klare Definitionen für konsistenzmodifizierte Kostformen führen zu einer verbesserten Patientensicherheit, grösserer Zuverlässigkeit und besserer Produktequalität für die Betroffenen [1]. Zudem werden die Therapieauswahl und die Behandlungsabläufe für Fachpersonen bzw. Pflegeinstitutionen vereinfacht, wodurch effizienter gearbeitet werden kann [1]. Schlussendlich ist das Hauptziel einer einheitlichen Terminologie, den Patientinnen und Patienten mit einer Schluckstörung die bestmögliche Therapie zukommen zu lassen.

In der Schweiz wurde von der deutschsprachigen Fachgruppe Dysphagie des SVDE im Jahr 2013 eine Terminologie für die unterschiedlichen Konsistenzstufen erarbeitet

| Nahrungskonsistenz   | Beschreibung                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Beispiel für Lebensmittelauswahl                                                    |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Flüssige Kost        | <ul style="list-style-type: none"> <li>Die flüssige Kost ist durch ein feines Sieb passiert und mit dem Röhrchen trinkbar; muss je nach Indikation angedickt werden.</li> </ul>                                                                                                                                           | Vollmilch, passiertes Frappé, passierte Cremesuppe, Trinknahrungen                  |
| Fein gemixte Kost    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Fein gemixte und teilweise passierte Kost von homogener Konsistenz, die sich auch bei längerem Stehenlassen nicht verändert.</li> <li>Ist ohne Kauarbeit schluckbar.</li> <li>Unter Umständen ist es nötig, dass alle Komponenten die gleiche Festigkeit aufweisen.</li> </ul>     | Joghurt (evtl. passiert), Streichkäse, gemixtes Fleisch, Eierköpfl, Griess, Pudding |
| superweich gewürfelt | <ul style="list-style-type: none"> <li>Muss ohne Kauarbeit am Gaumen oder im Teller mit der Gabel leicht zerdrückbar sein.</li> <li>Muss zu einem Bolus formbar sein.</li> <li>Mischkonsistenzen (z. B. Suppe mit Einlage) sind nicht immer sicher schluckbar; diese unbedingt mit Schluckexperten absprechen.</li> </ul> | Weichkäse, Hackfleisch, weich gekochte Salzkartoffeln, weiches Brot ohne Rinde      |
| Weiche Kost          | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ist nicht mehr püriert und mit wenig Kauarbeit schluckbar.</li> <li>Die Nahrungsmittel sind weich gekocht und enthalten keine harten Konsistenzen (wie z. B. Nüsse).</li> </ul>                                                                                                    | Alle weichen Fleischarten, alle Wurstwaren, weich gekochtes Gemüse                  |

**Tab. 1:** Terminologie konsistenzmodifizierter Kostformen der Fachgruppe Dysphagie des SVDE [6].

(vgl. Tab. 1). Dabei wurden vier unterschiedliche Konsistenzstufen vorgeschlagen. Die einzelnen Konsistenzstufen wurden möglichst klar beschrieben und mit Beispielen für die Lebensmittelauswahl ergänzt.

### Wie sieht die Situation in der deutschsprachigen Schweiz aus?

In einer bisher noch nicht veröffentlichten Studie aus dem Jahr 2014 wurden 730 Insti-

tutionen (Spitäler, Psychiatrie- und Rehabilitationseinrichtungen, Alters- und Pflegeheime) aus der deutschsprachigen Schweiz befragt, welche konsistenzmodifizierten Kostformen von ihnen angeboten werden

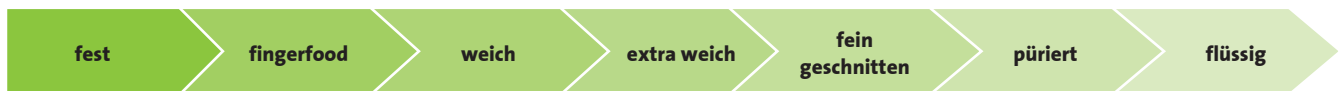


Abb. 1: Spektrum der verwendeten Bezeichnungen von fester bis flüssiger Konsistenz.



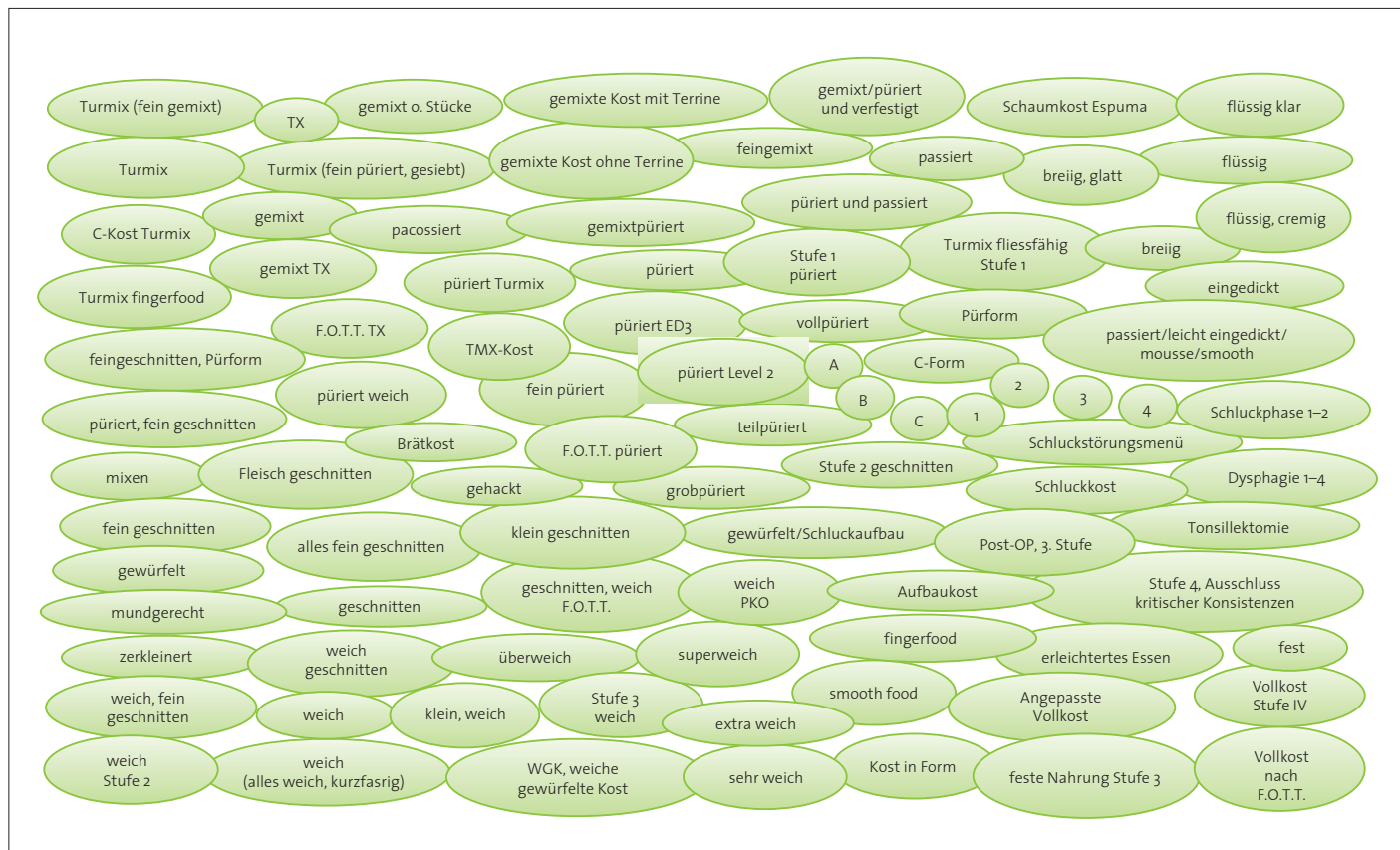
## Für Genuss und Wohlbefinden.

Bei Lebensmittelunverträglichkeit: Coop Free From fördert das Wohlbefinden dank rund 85 gluten- und laktosefreien Produkten von Free From und Schär. Erhältlich sind sie in allen grösseren Coop Supermärkten sowie unter **[www.coopathome.ch](http://www.coopathome.ch)**

Verpassen Sie nichts und bestellen Sie den Ernährungsnewsletter: **[www.coop.ch/freefrom](http://www.coop.ch/freefrom)**



Für mich und dich.



**Abb. 2:** Verwendete Bezeichnungen für verschiedene Konsistenzstufen.

und wie diese bezeichnet werden. Aufgrund der Rücklaufquote von 24,1% kann ein relativ gutes Bild über die Situation in der deutschsprachigen Schweiz beschrieben werden.

Es zeigte sich, dass 93% der Institutionen eine konsistenzmodifizierte Kostform anbieten. Die Anzahl angebotener Kostformstufen sowie deren Bezeichnung werden in den einzelnen Institutionen sehr unterschiedlich umgesetzt. Mehrheitlich gaben die Institutionen an, mit zwei bis vier Konsistenzstufen zu arbeiten, wobei sich die Bezeichnungen auf das gesamte Spektrum zwischen fester und flüssiger Konsistenz verteilen (vgl. Abb. 1).

Es war keine einheitliche Verwendung eines standardisierten Therapiekonzeptes erkennbar. Dies wird beispielsweise daran ersichtlich, dass 78 unterschiedliche Bezeichnungen gezählt werden konnten, welche in der Praxis für konsistenzmodifizierte Kostformen genutzt werden. Die verwendeten

Begrifflichkeiten sind nicht in jedem Fall selbsterklärend und teilweise nur schwer voneinander abgrenzbar (vgl. Abb. 2).

## Schlussfolgerung

Die Vielzahl unterschiedlicher Bezeichnungen sowie die uneinheitliche Anzahl angebotener Kostformstufen erscheinen im Hinblick auf die Patientensicherheit problematisch. Beim Schnittstellenmanagement zwischen verschiedenen Institutionen wie auch bei der interprofessionellen Zusammenarbeit innerhalb der einzelnen Institutionen besteht dadurch ein erhöhtes Fehlerpotenzial. Es muss immer mit einer gewissen Unsicherheit gerechnet werden, dass eine bestimmte Bezeichnung nicht von allen gleich verstanden wird. Eine interprofessionell abgestützte Terminologie, welche möglichst in allen Institutionen einheitlich umgesetzt wird, stellt somit ein wichtiges Ziel dar, um die Betreuung

von Patientinnen und Patienten mit einer Schluckstörung auf einem hohen Niveau sicherzustellen.

## Literaturverzeichnis

- [1] Cichero, J.A., Steele, C., Duivestijn, J., Clavé, P., & Chen, J., et al. (2013). The need for international terminology and definitions for texture-modified foods and thickened liquids used in dysphagia management: Foundations of a Global Initiative. *Current Physical Medicine and Rehabilitation Reports*, 1 (4), 280–291.
- [2] Vilgis, T.A., Lendner, I., Caviezel, R., (2015). *Ernährung bei Pflegebedürftigkeit und Demenz*. Wien: Springer-Verlag.
- [3] Leonard, R.J., White, C., McKenzie, S., & Belafsky, P.C. (2014). Effects of bolus rheology on aspiration in patients with dysphagia. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 114 (4), 590–594.
- [4] Ozaki, K., Kagaya, H., Yokoyama, M., Saitoh, E., & Okada, S., et al. (2010). The risk of penetration or aspiration during videofluoroscopic examination of swallowing varies depending on food types. *Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 220 (1), 41–46.
- [5] Kyzima, J.B., Strowd, L., Pillsbury, D., & Rubin, B. (2008). Managing Dysphagia: Lack of Standardization on Food Viscosities May Compromise Patient Care. *Clinical Nutrition Insight*, 34 (8), 1–5.
- [6] Gassmann, C. (2013). Bedarfsdeckende Ernährung mit modifizierter Nahrungskonsistenz bei Dysphagie. *SZE*: 2/13, 16–21. Die Terminologie konsistenzmodifizierter Kostformen wurde von der Fachgruppe Dysphagie des SVDE erarbeitet.



# Zöliakie-Betroffene im Mittelpunkt!

Am 7. November 2015 lädt die IG Zöliakie<sup>(1)</sup> zur alle zwei Jahre stattfindenden Tagung nach Zürich ins Kongresshaus ein. Die Frage «glutenfrei für alle?» ist das Thema der Veranstaltung. Drei renommierte Fachpersonen aus Schulmedizin, Komplementärmedizin und der Lebensmittelchemie werden diese Fragestellung differenziert beleuchten und sicherlich für eine angeregte Diskussion sorgen. Wir widmen uns mit diesem Thema dem aktuellen Glutenfrei-Trend und wollen versuchen, fundierte Antworten auf die Frage zu bekommen. Wird die glutenfreie Lebensweise in Zukunft gar zum Standard erklärt und werden sich dann alle glutenfrei ernähren? Oder wächst in der Durchschnittsbevölkerung durch intensive Forschung und Berichterstattung der Widerstand gegenüber dem Thema und die Anliegen von Zöliakie-Betroffenen werden darum nicht mehr ernstgenommen? Wir wollen diese Kontroverse aufgreifen.

Die Tagung wird begleitet von einer reichhaltigen Produktausstellung von gut 30 Anbietern und Herstellern glutenfreier Spezialprodukte – ein reichhaltiger Marktplatz für Neuheiten, Degustation und Einkauf! Weiter werden spezielle Workshops angeboten sowie Kurzberatungen durch dipl. Ernährungsberaterinnen HF/FH und Ärzte. Am Morgen findet die ordentliche Mitgliederversammlung statt und für die Stärkung zwischendurch stehen ein Mittagsbuffet und eine Cafeteria zur Verfügung – natürlich glutenfrei! Das Detailprogramm wird Ende September 2015 auf [www.zoeliakie.ch](http://www.zoeliakie.ch) publiziert. Mitglieder der IG Zöliakie erhalten automatisch eine Einladung.

## Weitere Angebote der IG Zöliakie

- > Mitgliedermagazin «Zöliakie-Info» (vier Ausgaben pro Jahr)
- > Handbuch mit allen Informationen zum glutenfreien Leben in der Schweiz
- > Fachpublikation «Zöliakie & glutenfreie Ernährung – die Fakten»
- > informative Website [www.zoeliakie.ch](http://www.zoeliakie.ch) u.a. mit Mitgliederbereich
- > Gastronomie-Adressen mit Booklet und App
- > Beratungstelefon
- > über 20 regionale Kontaktpersonen und regelmässige Aktivitäten von Regionalgruppen in der ganzen Deutschschweiz
- > Sommerlager, Teenagerwochenende und Ausflüge von Zölikids sowie Angebote von Zöliakie Youth<sup>(2)</sup>.

## Zusammenarbeit mit dipl. Ernährungsberaterinnen HF/FH

Weil die Behandlung der Zöliakie auf der strikten glutenfreien Ernährung basiert – und damit eine primär vom Patienten gesteuerte Therapie darstellt – sind Schulung und Information essentiell. Die dipl. Ernährungsberaterinnen HF/FH spielen dabei eine Schlüsselrolle. Sie beraten individuell und berücksichtigen dabei auch allenfalls weitere zusätzlich zur Zöliakie bestehende Einschränkungen (z.B. Laktoseintoleranz). Glücklicherweise verordnet der diagnostizierende Arzt heute in der Regel automatisch eine Ernährungsberatung bei einer entsprechenden Fachperson. Die IG Zöliakie informiert generell über geeignete glutenfreie Produkte und klärt allfällige Fragen von Betroffenen in direktem Kontakt mit Lebensmittelherstellern. Stellen sich Betroffenen im weiteren Verlauf neue Fragestellungen rund um Ernährung (z.B. Schwangerschaft), raten wir, sich erneut eine Ernährungsberatung verordnen zu lassen.<sup>(3)</sup>

(1) Die IG Zöliakie wurde 1975 in Zürich als Selbsthilfeorganisation von Eltern gegründet. Heute ist die IG Zöliakie ein gemeinnütziger Verein mit Sitz in Basel und zählt über 4'000 Mitglieder. Die IG Zöliakie ist unter anderem Mitglied bei AOECs, der Dachorganisation der Europäischen Zöliakie Gesellschaften [www.aoecs.org](http://www.aoecs.org).

(2) [www.zoelikids.ch](http://www.zoelikids.ch) und [www.zoeliakie.ch/youth](http://www.zoeliakie.ch/youth)

(3) Fachpublikation IG Zöliakie «Zöliakie & glutenfreie Ernährung – die Fakten» siehe S. 22 (Wann ist eine Ernährungsberatung indiziert?)

# Dysphagie

Groupe spécialisé Dysphagie de l'ASDD

## Introduction à la dysphagie

### Définitions

*Dysphagie:*

on désigne par le terme dysphagie un trouble de l'ingestion, de la mastication ou du transport des aliments/liquides au cours des phases orale, pharyngienne et œsophagienne, y compris le transport de la salive et de la sécrétion.<sup>1</sup>

*Aspiration:*

désigne le fait d'avaler de travers du bol alimentaire ou une sécrétion pendant ou après le déclenchement du réflexe de déglutition (= aspiration pendant ou après la déglutition). Lors de l'aspiration, le bol alimentaire a déjà passé la glotte et parvient dans les voies respiratoires profondes. Une aspiration ne peut pas toujours être détectée à la toux ou à une voix rauque, on parle dans ce cas d'une aspiration silencieuse (ou «silent aspiration» en anglais). L'apparition subite de fièvre en est un indice.<sup>1</sup> 60 % des patients avec une dysphagie ayant eu un AVC développent une aspiration silencieuse.<sup>2</sup>

### Connaissances de base en thérapie nutritionnelle

*Comment reconnaître une dysphagie?*

Le tableau symptomatique de la dysphagie est polymorphe. La dysphagie peut se manifester à chaque phase de l'acte de déglutition. Une anamnèse détaillée est importante.<sup>3</sup> Un-e expert-e en déglutition devrait être consulté-e pour un examen plus poussé.<sup>3</sup>

*Les signes suivants peuvent également indiquer un trouble de la déglutition:*

Prolongation de l'ingestion des aliments, problèmes de mastication, écoulement de salive/nourriture hors de la bouche (bavage, ou «drooling» en anglais), restes alimentaires dans la bouche après le repas,

toux pendant le repas, raclements de gorge pendant le repas, voix altérée («humide», voilée), écoulement de nourriture par le nez, sensation de pression, brûlures et douleurs derrière le sternum et reflux.<sup>4</sup>

### Objectifs de la thérapie nutritionnelle

L'objectif est de permettre une déglutition sans aspiration grâce à une alimentation personnalisée. La taille du bol alimentaire et la consistance des aliments et des liquides sont ici les critères les plus importants. Grâce à la vidéofluoroscopie ou à une endoscopie, il est possible de vérifier la consistance et le mode d'application permettant une déglutition sans aspiration. Il est ainsi possible de trouver une consistance et un mode d'application approprié chez plus de 90 % des patient-e-s.<sup>5</sup>

Un autre objectif est de prévenir la malnutrition. Il est difficile de chiffrer la prévalence de la malnutrition en cas de dysphagie car il existe, d'une part, des différences importantes entre les pathologies de base entraînant une dysphagie et, d'autre part, car la malnutrition peut aussi être préexistante et avoir d'autres causes que la dysphagie.

Il est bien établi qu'un apport insuffisant en énergie et en protéines entraîne une perte rapide de masse musculaire. La musculature intervenant dans l'acte de déglutition se dégrade plus rapidement et fortement que les muscles squelettiques, en raison de son type de fibres musculaires. De même, la dégradation de la musculature importante pour la déglutition intervient dès une faible perte de poids.<sup>6, 7, 8, 9</sup> Le risque d'aspiration est augmenté par la dégradation de la musculature intervenant dans l'acte de déglutition.<sup>10</sup> Ceci entraîne un cercle vicieux souvent observé: l'apport de nourriture est insuffisant en raison de la dysphagie, ce qui provoque la dégradation de la musculature, ce qui aggrave la dysphagie et

l'apport oral de nourriture s'en trouve réduit encore davantage.<sup>6, 7, 8, 9</sup>

### Dysphagie neurogène

Les dysphagies provoquées par des dégâts d'ordre neurologique représentent la catégorie de causes la plus importante. Les troubles neurologiques de la déglutition peuvent être classifiés en fonction des structures anatomiques concernées (ou endommagées) (liste non exhaustive):

- système nerveux central: accident vasculaire cérébral ischémique, accident vasculaire du tronc cérébral/cervelet, AVC multiples, hémorragie intracérébrale, maladie de Parkinson, atrophies multisystématisées, sclérose en plaques, traumatisme cranio-cérébral, tumeurs cérébrales, inflammations d'étiologie virale ou bactérienne
- système nerveux périphérique: sclérose latérale amyotrophique (SLA), syndrome de Guillain-Barré, neuropathies immunes chroniques, neuropathie de réanimation, amyotrophie spinale, troubles des nerfs crâniens caudaux
- conduction du signal nerf-muscle: myasthénie, syndrome de Lambert-Eaton
- pathologies de la musculature: dystrophies musculaires, (poly)myosite, dermatomyosite, myosite à inclusions, myopathies mitochondriales<sup>11</sup>

### Dysphagie non neurogène (structurale/organique)

Les altérations structurelles des processus de déglutition des organes impliqués peuvent avoir différentes causes:

- malformations congénitales: fente labio-palatine, fistule médiane ou latérales du cou, autres syndromes de malformation<sup>12, 13</sup>
- néoformations tissulaires: tumeurs de l'oropharynx et de l'œsophage<sup>12</sup>
- inflammations de l'oropharynx: glossite, amygdalite, laryngo-pharyngite, état après radiothérapie, abcès bactériens, zona<sup>12</sup>
- maladies de l'œsophage: achalasie, sclérodermie, œsophagite peptique<sup>12, 13</sup>

• autres causes: lésions au niveau de la tête et de la gorge, trouble psychogènes de la déglutition, effets secondaires de médicaments, BPCO, après des modifications structurelles, fonctionnelles après une opération, presbyphagie, brûlures par acide du conduit digestif, modifications structurelles après intubation prolongée.<sup>13,14</sup> Quelle que soit la pathologie de base, 70 à 80 % des patients après une respiration artificielle prolongée ont une dysphagie suite à l'extubation.<sup>14</sup>

### Exemple de cas de dysphagie structurelle

*Age: 56 ans; sexe: masculin; diagnostic: carcinome du mésopharynx gauche cT1 cN2c cMo ED 01/15, dysphagie structurelle. A l'entrée à l'hôpital: IMC: 23,7 kg/m<sup>2</sup>; NRS selon Kondrup: 5 points; degré de dégradation de l'état nutritionnel: 3 points, 9 % de perte de poids en deux semaines; forte malnutrition protéino-énergétique; diagnostic nutritionnel selon terminologie PSN: apport en énergie et en protéines insuffisant (NI-5.3) en raison d'une odynophagie par mucite mise en évidence par l'impossibilité de l'alimentation orale; forme d'alimentation initiale: aucune alimentation orale possible, nouvelle sonde naso-gastrique, défi: réalimentation entérale avec risque de syndrome de renutrition inappropriée; durée d'hospitalisation: 14 jours dans le département de médecine interne, sortie de 2 jours en réadaptation, réadmission pour 11 jours en clinique d'otorhinolaryngologie.*

Le patient a été hospitalisé en raison de l'odynophagie avec élévation de la CRP par mucite avec une radiochimiothérapie en cours avec intention curative (durée de traitement 7,5 semaines). Le patient était déjà connu par l'équipe de diététicien-ne-s. Il a bénéficié d'un suivi de thérapie nutritionnelle en ambulatoire avant et pendant la radiochimiothérapie. Le recours probable à une alimentation artificielle a été annoncé de manière précoce au patient. Initialement, le patient avait un NRS de 1 point, car il n'avait pas perdu de poids et n'avait pas de restrictions alimentaires. Les problèmes alimentaires ont commencé après deux semaines de radiochimiothérapie, avec notamment perte du goût, xéros-

tomie et donc limitation du choix des aliments et de leur consistance. En raison de ses symptômes, le patient ne pouvait plus couvrir que 50 % de ses besoins en énergie et protéines à hauteur de 2200 kcal et de 80 g de protéines. Il a commencé par utiliser jusqu'à quatre aliments buvables supplémentaires par jour à raison de 400 kcal et 20 g de protéines chacun. Les douleurs à la déglutition ont fortement augmenté et il avalait souvent de travers. Les logopédistes ont également été consulté-e-s. Il a été communiqué à la radio-oncologue responsable que l'alimentation entérale au moyen d'une PEG ou d'une sonde naso-gastrique était recommandée.

Une sonde naso-gastrique n'a été posée que 14 jours plus tard, lors de l'admission dans le département de médecine interne. Avant le début de l'alimentation entérale, le phosphate inorganique était réduit à 0,60 mmol/l et le magnésium à 0,49 mmol/l. Pour cela et en raison de l'impossibilité depuis une semaine d'un apport alimentaire oral, on a démarré une réalimentation de prévention du syndrome de renutrition inappropriée. Avant le démarrage de l'alimentation entérale puis quotidiennement, on a administré par la sonde 300 mg de Benerva et 1 comprimé effervescent de Supradyn orange par jour. Comme nous ne disposons pas d'aliments par sonde normocaloriques en interne, on a commencé par 350 ml d'aliments par sonde hautement caloriques. Au début, le sodium, le potassium, le calcium, le magnésium et le phosphate inorganique ont fait l'objet d'un suivi quotidien. Seuls le magnésium et le phosphate inorganique ont dû être substitués pendant trois jours chacun. A partir du 7<sup>e</sup> jour, le patient a reçu une alimentation par sonde hautement calorique de 1500 ml qui couvrait entièrement ses besoins. L'apport oral de nourriture ou de liquide n'était toujours pas possible. Les besoins en liquide ont d'abord été couverts par des perfusions, puis 1000 ml d'eau ont été administrés par la sonde naso-gastrique. Le patient n'a eu aucun problème lié à l'alimentation entérale.

Deux jours après être passé en réadaptation, le patient a été réadmis à sa demande dans notre clinique d'otorhinolaryngologie. En réadaptation, il a de nouveau souffert de douleurs accrues car les médicaments antalgiques avaient été modifiés. Après sup-

pression de la douleur, le patient a pu commencer à boire et progressivement à intégrer des aliments moelleux. Quatre jours après la réadmission, l'alimentation par sonde a été réduite à 1000 ml de produit hautement calorique et la sonde a pu être retirée au bout d'une semaine. Le patient pouvait s'alimenter de manière à couvrir ses besoins à l'aide de trois aliments buvables de 250 kcal et 12,5 g de protéines chacun et de l'alimentation orale.

Discussion: La décision de recourir à une alimentation entérale a été prise très tardivement. La pose d'une PEG aurait dû avoir lieu à partir du moment où le patient ne pouvait plus couvrir que 50 % de ses besoins. Ceci est justifié par le fait qu'il restait encore plus de trois semaines de traitement et que les symptômes comme l'odynophagie, la xérostomie, etc. persistaient en raison de la radiothérapie et même après la fin de celle-ci. On peut se demander si une alimentation entérale précoce aurait eu une influence positive sur l'évolution et s'il aurait été possible d'éviter une deuxième hospitalisation.

### Exemple de cas de dysphagie neurologique

*Age: 69 ans; sexe: masculin; diagnostic médical: hémorragie thalamique droite hypertendue avec inondation ventriculaire (NIHSS 10/42), hémisindrome sensomoteur gauche à prédominance brachio-faciale, colite ulcéreuse; diagnostic nutritionnel selon terminologie PSN: apport protéino-énergétique insuffisant (NI-5.3) avec dysphagie à la suite d'une hémorragie thalamique droite hypertendue, manifesté par un apport alimentaire oral de 50 % max. des besoins calculés; IMC: 27,0 kg/m<sup>2</sup>; NRS selon Kondrup: 1; forme d'alimentation initiale: coupés en dés très moelleux, liquides épaissis; défi: apport oral d'aliments et de liquide couvrant les besoins pour dysphagie et fatigue rapide; durée d'hospitalisation: 1 semaine en clinique, puis clinique de réadaptation.*

Un jour après l'événement, le patient a pu être déplacé des soins intensifs à l'unité neurovasculaire (stroke unit). Le patient décrit un poids corporel stable et un apport alimentaire sans problème et couvrant les besoins, jusqu'à son admission. A ce moment-là, la colite ulcéreuse n'était pas pro-

blématique et n'a pas nécessité d'être prise en compte pendant la thérapie nutritionnelle.

Après une première évaluation par la logopédiste, la forme d'alimentation a été fixée à 1/2 portion coupée en dés très moelleux et les boissons épaissies avec une cuillère mesure de poudre épaississante par 2 dl de liquide. L'ingestion d'aliments et de liquide devait toujours avoir lieu sous la supervision d'un-e infirmier/ière formé-e. Selon la logopédiste, l'ingestion d'aliments était limitée par une fatigue rapide due aux efforts nécessaires pour manger. Les besoins en liquide ont pu être couverts dès le début par voie orale.

Les besoins quotidiens en énergie et protéines ont été estimés à env. 2000 kcal et env. 70 g de protéines. Les aliments coupés en dés très moelleux fournissent env. 1000 kcal et 30 g de protéines par 1/2 portion avec entrée et dessert. En complément,

en concertation avec le patient, les yogourts et crèmes ont été enrichis en énergie et protéines et ont été proposés de manière ciblée comme en-cas. Les aliments buvables n'étaient pas tolérés par le patient en raison de leur goût.

Au cinquième jour d'hospitalisation, une nouvelle évaluation par la logopédiste a permis de faire passer la forme de nourriture à 1/2 portion d'aliments complets. Les liquides n'avaient plus besoin d'être épaissis et la supervision lors des repas n'était plus nécessaire.

L'appétit était toujours présent mais un apport en énergie et protéines couvrant les besoins était compliqué par une fatigue rapide lors des repas. On a donc conservé les en-cas enrichis.

Le transfert en clinique de réadaptation a eu lieu une semaine après l'admission. L'alimentation s'est constamment améliorée de sorte qu'elle représentait, au moment de

la sortie, env. 1600 à 1800 kcal et 65 g de protéines, soit 80 à 90 % des besoins estimés. Le patient se fatiguait moins vite et était généralement plus actif. Un rapport de sortie adressé à la clinique de réadaptation a été établi, demandant la poursuite et l'évaluation dans le temps des mesures de thérapie nutritionnelle.

Discussion: Grâce à l'amélioration rapide de la dysphagie, le patient a pu augmenter en quelques jours ses apports au moyen d'une légère assistance de thérapie nutritionnelle pour atteindre une alimentation couvrant presque ses besoins. On a donc renoncé à utiliser une préparation multivitaminée. Comme la prise des repas a initialement dû avoir lieu sous supervision, la charge de travail supplémentaire pour la prise des en-cas a dû être clarifiée avec le personnel soignant.

*Source de référence voir page 6.*

## Formes d'aliments de consistance modifiée en cas de dysphagie

**La modification de la consistance des aliments et des boissons est un élément important de la thérapie nutritionnelle des patient-e-s souffrant d'une dysphagie. Un consensus sur la dénomination et les caractéristiques des différents degrés de consistance forme le socle permettant de prendre en charge le mieux possible ces groupes de patient-e-s.**

*Adrian Rufener*

La dysphagie est une pathologie dépendant de plusieurs facteurs et dont on estime qu'elle touche 8% de la population mondiale [1]. Un trouble de la déglutition, ou dysphagie, signifie que le processus complexe de la déglutition est altéré par certaines maladies ou en raison de modifications liées à l'âge [2]. Ceci peut avoir des conséquences lourdes et entraîner, par exemple, l'apparition d'une déshydratation ou dénutrition ou favoriser l'aspiration d'ali-

ments et de liquides [1]. L'aspiration d'aliments, c'est-à-dire la pénétration de petites particules de nourriture dans le poumon, peut favoriser le développement d'une pneumonie [2]. Une pneumonie, mais aussi la dénutrition et les carences en nutriments qu'elle implique, entraînent des taux de morbidité et de mortalité significativement accrus chez les patient-e-s souffrant de troubles de la déglutition [3]. Les aliments de consistance modifiée forment au-

jourd'hui la base du traitement des patient-e-s souffrant de dysphagie. La modification de la consistance des aliments et des liquides permet d'assister l'apport alimentaire et de réduire le risque d'aspiration [4]. Le nombre des différents degrés de consistance ainsi que leur dénomination et leurs caractéristiques varient fortement d'un pays à l'autre et même au sein d'un même pays [1]. L'épaississement des liquides et l'adaptation de la consistance des aliments peuvent donc parfois différer largement d'un spécialiste à un autre [5]. Ceci peut entraîner des erreurs de traitement, avec pour conséquences une élévation du risque d'apparition des complications évoquées précédemment et le fait que la sécurité des patient-e-s ne puisse plus être assurée [1].



## Pour allier plaisir et bien-être.

Vous souffrez d'une intolérance alimentaire? Régalez-vous sans craindre les effets secondaires avec les quelque 85 produits sans lactose et sans gluten Coop Free From et Schär! Ils vous attendent dans tous les grands supermarchés Coop et sur [www.coopathome.ch](http://www.coopathome.ch)

Et pour être toujours au courant des nouveautés Free From, abonnez-vous à la newsletter «Alimentation» sur [www.coop.ch/freefrom](http://www.coop.ch/freefrom)



Pour moi et pour toi.

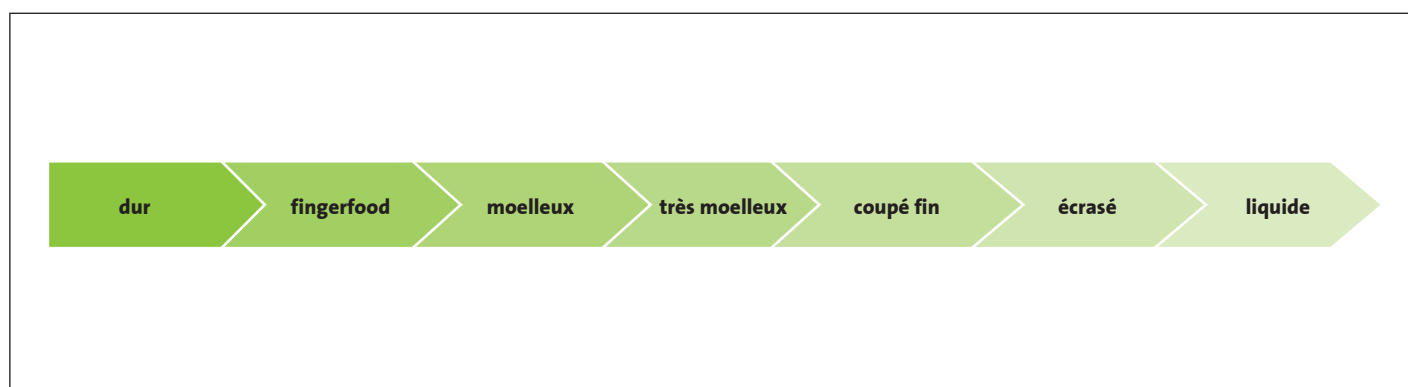
| Consistance des aliments   | Description                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Exemples de choix d'aliments                                                                               |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aliments liquides          | <ul style="list-style-type: none"> <li>Les aliments liquides sont tamisés dans une passoire fine et peuvent être bus avec une paille; ils doivent être épaissis en fonctions des indications.</li> </ul>                                                                                                                                                                                        | Lait entier, frappé tamisé, soupes à la crème tamisées, aliments buvables                                  |
| Aliments mixés finement    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Des aliments mixés finement et partiellement tamisés, de consistance homogène et demeurant inchangée, même s'ils reposent longtemps.</li> <li>Peuvent être avalés sans mâcher.</li> <li>Selon les circonstances, il peut être nécessaire que tous les composants présentent la même consistance.</li> </ul>                                              | Yoghourt (évent. tamisé), fromage à tartiner, viande moulinée, mousse d'œuf, semoule, flan                 |
| Coupé en dés très moelleux | <ul style="list-style-type: none"> <li>Doivent pouvoir être écrasés facilement sans mâcher par le palais ou dans l'assiette avec une fourchette.</li> <li>Doivent pouvoir être formés en bol alimentaire.</li> <li>Les consistances mixtes (p. ex. soupe avec des morceaux) ne peuvent pas toujours être avalées sans mâcher; consulter impérativement un-e expert-e en déglutition.</li> </ul> | Fromage à pâte molle, viande hachée, pommes vapeur cuites jusqu'à être très molles, pain blanc sans croûte |
| Aliments moelleux          | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ne sont plus réduits en purée et peuvent être avalés en mâchant peu.</li> <li>Les aliments sont cuits jusqu'à être moelleux et ne contiennent pas de consistances dures (p.ex. des fruits à coque).</li> </ul>                                                                                                                                           | Tous les types de viande molle, toutes les charcuteries, légumes cuits jusqu'à être mous                   |

**Tab. 1:** Terminologie des formes d'aliments de consistance modifiée du groupe spécialisé Dysphagie de l'ASDD [6].

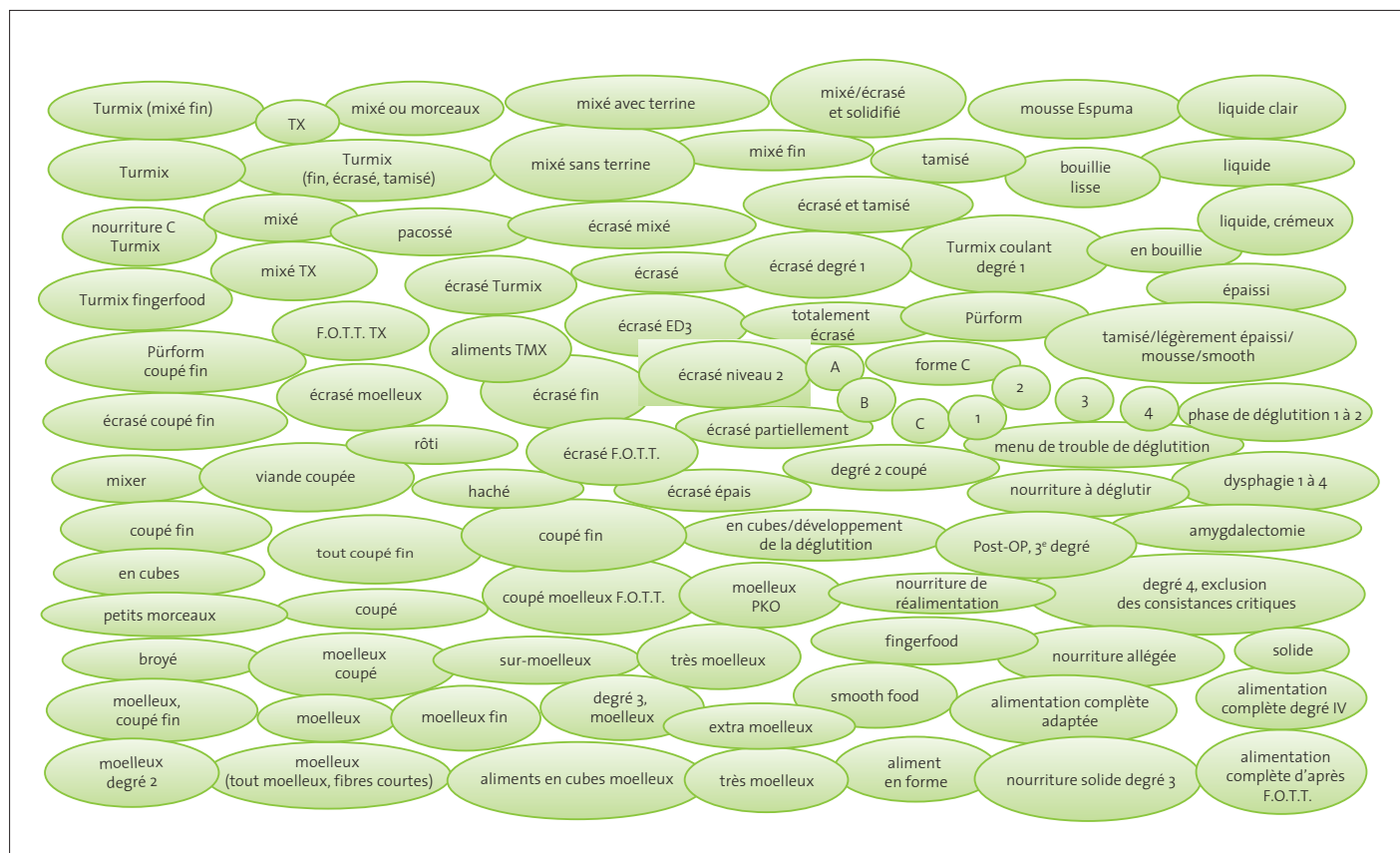
Toutes ces difficultés et ces problèmes démontrent qu'il est nécessaire de travailler avec des définitions homogènes de ces termes [5]. Des définitions claires pour les formes d'aliments à consistance modifiée entraînent une amélioration de la sécurité des patient-e-s, une meilleure fiabilité et une meilleure qualité des produits pour les malades [1]. De plus, elles simplifient les choix thérapeutiques et les processus de traitement pour les spécialistes et les établissements de soins, ce qui permet de travailler plus efficacement [1]. En fin de compte, l'objectif principal d'une terminologie unifiée est d'offrir le meilleur traitement possible aux patient-e-s souffrant d'un trouble de la déglutition. En Suisse, le groupe spécialisé Dysphagie de langue allemande de l'ASDD a établi en 2013 une terminologie pour les différents degrés de consistance (cf. tab. 1). Quatre différents degrés de consistance ont été proposés à cette occasion. Chaque degré de consistance a été décrit le plus clairement possible et complété avec des exemples de choix d'aliments.

### Quelle est la situation en Suisse alémanique?

Dans une étude de 2014 (pas encore publiée), on a demandé à 730 établissements (hôpitaux, centres de psychiatrie ou de réadaptation, EMS) de Suisse alémanique quelles formes d'aliments à consistance modifiée ils proposent et comment ils les désignent. Le taux de réponse de 24,1 % permet de se faire une relativement bonne idée de la situation en Suisse alémanique. Il s'est révélé que 93 % des établissements proposent une forme d'aliments de consis-



**Fig. 1:** Spectre des dénominations utilisées pour les consistances dures jusqu'aux liquides.



**Fig. 2:** Dénominations utilisées pour différents degrés de consistance.

tance modifiée. Le nombre de degrés de formes d'aliments proposés, ainsi que leurs dénominations, varient profondément d'un établissement à un autre. La majorité des établissements a indiqué travailler avec entre deux et quatre degrés de consistance, mais les dénominations couvrent l'ensemble du spectre entre les consistances solides et liquides (cf. fig. 1).

Il n'était pas possible de dégager une utilisation unifiée d'un concept thérapeutique standardisé. Ceci est notamment illustré par le fait qu'on a pu dénombrer 78 dénominations différentes utilisées dans la pra-

tique pour des formes d'aliments de consistance modifiée. Les termes utilisés ne sont pas toujours compréhensibles immédiatement et sont parfois difficiles à délimiter entre eux (cf. fig. 2).

## Conclusion

La multitude des différentes dénominations, ainsi que le manque d'homogénéité dans le nombre de degrés de formes d'aliments proposés, sont problématiques en ce qui concerne la sécurité des patient-e-s. Ceci a pour conséquence un potentiel d'erreur accru dans la gestion des interfaces entre les

différents établissements mais également au niveau de la coopération interprofessionnelle au sein d'un même établissement. Il faut toujours prendre en compte un le risque qu'une même dénomination ne sera pas comprise de la même façon par tous. C'est pourquoi la détermination d'une terminologie avec un fondement interprofessionnel, qui soit appliquée uniformément dans tous les établissements, représente un objectif important afin de garantir un haut niveau de prise en charge des patient-e-s souffrant de troubles de la déglutition.

*Sources de référence voir page 10.*

# Disfagia

Gruppo professionale sulla disfagia SVDE ASDD

## Introduzione

### Definizioni

*Disfagia:*

Con il termine disfagia s'intende una disfunzione alimentare nell'assumere, masticare o trasportare il cibo solido e/o liquido nella fase orale, faringea o esofagea, incluso il trasporto della saliva e di sostanze secrete<sup>1</sup>.

*Aspirazione:*

Con questo termine si intende la deglutizione del bolo o di sostanze secrete durante o dopo l'insorgere del riflesso deglutitorio (aspirazione intra o postdeglutitoria). Il bolo ha già passato la soglia delle corde vocali e prosegue nelle vie respiratorie profonde. Non è sempre possibile riconoscere un'aspirazione dalla tosse o dalla voce rauca: in questo caso si parla di aspirazione silente («silent aspiration»). Una febbre improvvisa ne è un indizio<sup>1</sup>; inoltre, il 60 % di tutti i casi di pazienti post-infartuati con disfagia soffre prima o poi di aspirazione silente<sup>2</sup>.

### Informazioni di base (medicina nutrizionale)

*Come riconoscere una disfagia?*

Il quadro sintomatico della disfagia è complesso. La disfagia si può manifestare in ogni fase dell'atto deglutitorio. È importante eseguire un'approfondita anamnesi<sup>3</sup>. Per ulteriori accertamenti si consiglia di avvalersi del parere di uno specialista in deglutizione<sup>3</sup>.

*I seguenti sintomi possono altresì rinviare a un disturbo deglutitorio:*

Durata prolungata dell'assunzione di cibo; problemi di masticazione; fuoriuscita di saliva e/o di cibo dalla bocca (drooling); avanzamenti di cibo in bocca dopo i pasti; attacchi di tosse mentre si mangia; schiarirsi la voce mangiando; alterazione del timbro della voce (voce «impastata»); cibo che cola dal naso; senso di oppressione; bruciori e dolori dietro lo sterno; reflusso<sup>4</sup>.

### Obiettivi della terapia nutrizionale

L'obiettivo è assicurare una deglutizione libera da aspirazione grazie a una nutrizione adattata ai parametri individuali. A tal fine, l'entità del bolo e la consistenza del cibo e del liquido sono i criteri più rilevanti. Con una videofluoroscopia e/o un'endoscopia è possibile verificare quale sia la giusta consistenza, ossia la giusta applicazione, per permettere una deglutizione senza aspirazione. Così, per più del 90 % dei pazienti si riesce a trovare una consistenza adeguata e il tipo di applicazione corretto<sup>5</sup>.

Un altro obiettivo è evitare la malnutrizione. Risulta, infatti, difficile valutare quantitativamente quale sia la prevalenza di malnutrizione nei casi di disfagia: se, da un lato, ci sono delle significative differenze tra le diverse patologie che possono condurre alla disfagia, dall'altro, la malnutrizione può essere anche preesistente e scatenarsi per cause diverse dalla disfagia. È documentato che un'alimentazione energetico-proteica insufficiente può determinare una rapida perdita della massa muscolare. La muscolatura coinvolta nell'atto deglutitorio, dato il suo tipo di fibra muscolare, si riduce più velocemente e intensamente rispetto alla muscolatura scheletrica. Allo stesso modo, la muscolatura necessaria alla deglutizione inizia a ridursi già solo in caso di una lieve perdita di peso<sup>6,7,8,9</sup> e il rischio di aspirazione aumenta proprio se vi è una diminuzione della muscolatura coinvolta nell'atto deglutitivo<sup>10</sup>. Si tratta di un circolo vizioso che si riscontra spesso: l'insufficiente assunzione di cibo provocata dalla disfagia porta a una riduzione della muscolatura che, a sua volta, acutizza la disfagia e riduce ulteriormente l'assunzione di cibo per via orale<sup>6,7,8,9</sup>.

### La disfagia neurogena

I danni neurologici rappresentano la principale causa delle disfagie. Le disfunzioni deglutitorie riconducibili a processi neurologici

ci, si possono ordinare secondo le strutture anatomiche coinvolte e danneggiate (la lista non è completa):

- sistema nervoso centrale: ischemia cerebrale, infarto a livello del tronco encefalico o infarto cerebellare, demenza multi-infartuale, emorragia cerebrale, morbo di Parkinson, atrofia multi-sistemica, sclerosi multipla, trauma cranico, tumori al cervello, infiammazioni dovute a eziologie virali o batteriche;
- sistema nervoso periferico: sclerosi laterale amiotrofica (SLA), sindrome di Guillain-Barré, neuropatie immuni croniche, neuropatia da malattia critica, miopatia da malattia critica, atrofia muscolare spinale, disturbi dei nervi cranici caudali;
- trasmissione nervo-muscolare dei segnali: miastenia grave, sindrome di Eaton-Lambert;
- malattie della muscolatura: distrofie muscolari, (poli)miosite, dermatomiosite, miosite da corpi inclusi, miopatie mitocondriali<sup>11</sup>.

### La disfagia non neurogena (strutturale/organica)

Le modificazioni strutturali degli organi preposti al processo deglutitivo sono riconducibili a diverse cause:

- malformazioni congenite: cheiloschisi, fistole cervicali mediane o laterali, altre sindromi dovute a malformazioni<sup>12,13</sup>;
- rigenerazione dei tessuti: tumore del cavo orale e della gola, tumore dell'esofago<sup>12</sup>;
- infiammazione del cavo orale e della gola: glossite, tonsillite, faringolaringite, condizioni fisiche post radioterapia, ascessi batterici, herpes Zoster<sup>12</sup>;
- malattie dell'esofago: acalasia, scleroderma, esofagite peptica<sup>12,13</sup>;
- ulteriori cause: ferite nella zona della testa e della gola, disturbi deglutitivi di origine psicogena, effetti collaterali dovuti all'assunzione di farmaci, BPCO, modificazioni strutturali e funzionali dovute a condizioni fisiche post operatorie, presbi-fagia, intossicazione/corrosione dell'apparato gastrointestinale, modificazioni strutturali dopo una intubazione di lun-

ga durata<sup>13,14</sup>. Indipendentemente dalla patologia, il 70–80 % dei pazienti con respirazione artificiale prolungata soffre di disfagia dopo l'estubazione<sup>14</sup>.

## Un caso esemplificativo di disfagia strutturale

*Età: 56 anni.*

*Sesso: maschile.*

*Diagnosi: carcinoma dell'orofaringe sinistra cT1 cN2c cMo ED 01/15, disfagia strutturale.*

*Al momento del ricovero in ospedale – BMI: 23,7 kg/m<sup>2</sup>; NRS secondo Kondrup: 5 punti; livello di peggioramento dello stato nutrizionale: 3 punti, 9 % di perdita di peso in due settimane; notevole malnutrizione proteico-energetica.*

*Diagnosi nutrizionale secondo NCPT: assunzione proteico-energetica insufficiente (NI-5.3) a causa di una odinofagia in presenza di mucosite, rilevabile dall'impossibilità di alimentare per via perorale.*

*Dieta alimentare iniziale: alimentazione perorale non possibile, nuova sonda nasogastrica;*

*Obiettivo: ricostituzione alimentare enterale con rischio di sindrome da refeeding.*

*Durata del ricovero ospedaliero: 14 giorni in clinica medica, 2 giorni in clinica riabilitativa, rientro di 11 giorni nella clinica otorinolaringoiatrica.*

Il paziente è stato ricoverato a causa dell'odinofagia con valori crp aumentati in presenza di mucosite nel corso di una radiochemioterapia con intento curativo (durata della terapia: 7 settimane e mezzo). I nutrizionisti conoscevano già il paziente: prima e durante la radiochemioterapia era stato assistito con terapia nutrizionale ambulatoriale. Sin da subito, al paziente è stata illustrata la possibilità di un'alimentazione artificiale. Inizialmente, il valore NRS era di 1 punto poiché non presentava né perdita di peso né restrizioni alimentari.

Dopo due settimane di radiochemioterapia sono subentrati dei problemi nutrizionali, quali la perdita del senso del gusto, la xerostomia e, perciò, delle restrizioni nella scelta degli alimenti e della loro consistenza. A causa di questi disturbi, il paziente riusciva a coprire solo il 50 % del suo fabbisogno energetico-proteico: 2200 kcal e 80 gr

di proteine. All'inizio sono stati introdotti fino a quattro supplementi nutrizionali liquidi al giorno di 400 kcal e 20 gr di proteine ciascuno. I dolori nella deglutizione si acuiavano e, spesso, il cibo andava di traverso al paziente. I logopedisti erano anche stati chiamati in causa. L'oncologa radioterapista è stata informata del fatto che per il paziente era consigliabile la nutrizione enterale tramite PEG o sonda nasogastrica.

La sonda nasogastrica è stata inserita solo 14 giorni dopo, quando il paziente è entrato nella clinica medica. Prima di iniziare la nutrizione enterale, il fosfato inorganico e il magnesio erano ridotti rispettivamente a 0.60 mmol/l e 0.49 mmol/l. In base a ciò e all'impossibilità da una settimana di attuare un'alimentazione perorale, è stato messo a punto un trattamento individuale per prevenire la sindrome da refeeding. Prima di iniziare con la nutrizione enterale – e in seguito giornalmente – sono stati somministrati via sonda 300 mg di Benerva e una compressa effervescente di Supradyn orange al giorno. Il programma dell'ospedale non prevedeva una nutrizione enterale normocalorica, motivo per cui si è proceduto alla somministrazione, via sonda, di 350 ml di nutrizione altamente calorica. Inizialmente, sono stati monitorati, giorno per giorno, il sodio, il potassio, il calcio, il magnesio e il fosfato anorganici e solo il magnesio e il fosfato anorganico dovevano essere sostituiti ogni tre giorni. A partire dal settimo giorno, il paziente aveva raggiunto il pieno fabbisogno, con 1500 ml di nutrizione altamente calorica. A livello di nutrizione perorale, continuava a non essere possibile introdurre né liquidi né cibo. Il fabbisogno di liquidi è stato coperto in un primo tempo con delle infusioni; successivamente, sono stati somministrati 1000 ml di acqua via sonda nasogastrica. Grazie alla nutrizione enterale il paziente non sentiva alcun dolore.

Due giorni dopo il suo passaggio nella clinica di riabilitazione il paziente è rientrato, su sua richiesta, nella nostra clinica otorinolaringoiatrica: nella clinica di riabilitazione i dolori erano ricomparsi a causa della sospensione degli antidolorifici. A dolori nuovamente cessati, il paziente ha ricominciato a bere, riuscendo anche assumere, con gra-

dualità, generi alimentari morbidi. Quattro giorni dopo il suo rientro, il prodotto altamente calorico somministrato via sonda è stato ridotto a 1000 ml. Una settimana più tardi è stato possibile sfilare la sonda: avvalendosi dell'aiuto di tre alimenti liquidi di 250 kcal e 12,5 g di proteine e della nutrizione perorale, il paziente riusciva a coprire il suo fabbisogno alimentare.

Discussione: la decisione di introdurre la nutrizione enterale è stata presa molto tardi. Si sarebbe dovuto procedere con l'inserimento della PEG già quando il paziente era in grado di coprire solo il 50 % del suo fabbisogno. Ciò è motivato con la considerazione che la terapia sarebbe durata ancora più di tre settimane e che i disturbi dovuti alla radioterapia, come l'odinofagia, la xerostomia, ecc., sono soliti persistere anche dopo la sospensione di quest'ultima. Rimane aperta la questione se, procedendo per tempo con la nutrizione enterale, si sarebbe avuto un decorso con esiti migliori, evitando il secondo ricovero ospedaliero.

## Un caso esemplificativo di disfagia neurologica

*Età: 69 anni.*

*Sesso: maschile.*

*Diagnosi medica: emorragia talamica destra in soggetto iperteso con inondamento ventricolare (NIHSS 10/42), deficit a carico dell'emisfero sinistro (senso-motorio) in area brachiofacciale, colite ulcerosa.*

*Diagnosi nutrizionale secondo NCPT: assunzione proteico-energetica insufficiente (NI-5.3) in presenza di disfagia dovuta a emorragia talamica in soggetto iperteso, evidenziata da una assunzione di cibo di max. 50 % del fabbisogno calcolato.*

*BMI: 27.0 kg/m<sup>2</sup>; NRS secondo Kondrup: 1.*

*Dieta alimentare iniziale: molto morbida e a dadini con liquidi addensati.*

*Obiettivo: raggiungere un'alimentazione di cibo e liquidi per via orale che copra il fabbisogno in presenza di disfagia e rapido affaticamento.*

*Durata del ricovero ospedaliero: 1 settimana in clinica e, in seguito, clinica riabilitativa.*

A un giorno dall'accaduto, è stato possibile trasferire il paziente dal reparto di terapia intensiva alla stroke unit (terapia ictus). Egli

stesso definiva il suo peso corporeo prima del ricovero stabile, affermando anche che la sua alimentazione era normale e sufficiente a coprire il suo fabbisogno. La colite ulcerosa di cui soffriva al ricovero non ha destato alcun problema, tant'è che non è stata rilevante per la terapia nutrizionale. Secondo una prima valutazione da parte della logopedista, fu prevista una dieta alimentare composta da una mezza porzione molto morbida e bibite addensate con un misurino di polvere ogni 2 decilitri di liquido. L'alimentazione di cibo e liquidi doveva avvenire sempre sotto la supervisione di personale curante specializzato. Tuttavia – così affermava la logopedista – il rapido affaticamento dovuto allo sforzo di mangiare limitava l'assunzione degli alimenti, mentre il fabbisogno di liquidi poteva essere coperto sin dall'inizio per via orale.

Il fabbisogno energetico-proteico giornaliero era stato stimato a circa 2000 kcal e 70 gr di proteine. Gli alimenti molto morbidi tagliati a dadini apportano circa 1000 kcal e

30 gr di proteine per mezza porzione, antipasto e dolce inclusi. In aggiunta e in accordo con il paziente, gli yogurt e le creme miratamente assunti come spuntini sono stati arricchiti di calorie e proteine. Il paziente non sopportava gli alimenti liquidi che gli risultavano sgradevoli al palato.

Il quinto giorno di ospedalizzazione, dopo una nuova valutazione logopedica, la dieta è stata aumentata a una mezza porzione di alimentazione completa. Non vi era più bisogno né di addensare i liquidi né di una supervisione durante l'assunzione dei pasti. L'appetito non mancava, ma l'assunzione del fabbisogno energetico-proteico risultava comunque difficoltosa, visto che il paziente si affaticava molto mangiando. Per questo vennero mantenuti gli spuntini ipercalorici. Il trasferimento nella clinica riabilitativa è avvenuto una settimana dopo il ricovero.

A una settimana dal ricovero, il paziente è stato trasferito nella clinica di riabilitazione.

L'alimentazione aveva continuato a migliorare; al momento del trasferimento, con circa 1600–1800 kcal e 65 gr di proteine, essa copriva l'80–90 % del fabbisogno stimato. Il paziente non si affaticava più così velocemente ed era, in generale, più attivo. Nel rapporto redatto per il trasferimento alla clinica riabilitativa, si richiedeva di proseguire con le misure nutrizionali applicate, valutandone poi l'efficacia.

Discussione: alla luce di un rapido miglioramento della disfagia, dopo qualche giorno e con una leggera terapia nutrizionale, il paziente ha potuto aumentare l'assunzione di cibo e raggiungere una copertura del fabbisogno quasi totale. Per questo motivo, si è rinunciato a somministrare un preparato multivitaminico. Visto che il paziente, all'inizio, si cibava sotto sorveglianza, con il personale curante è stato necessario chiarire il surplus di dispendio dovuto all'assunzione degli spuntini.

*Fonti bibliografiche sulla pagina 6.*

## **Diete alimentari a consistenza modificata in caso di disfagia**

**La modifica della consistenza del cibo e dei liquidi rappresenta una componente importante nella terapia nutrizionale per pazienti affetti da disfagia conclamata. Per poter garantire loro le cure migliori, è fondamentale raggiungere un'unanimità sulla definizione e sulle caratteristiche dei diversi stadi di consistenza.**

*Adrian Rufener*

La disfagia è una disfunzione multifattoriale che colpisce all'incirca l'8% della popolazione [1]. Si parla di disfagia, intesa come disfunzione della deglutizione, quando l'articolato processo deglutitorio è reso difficoltoso dall'incidenza di determinate malattie o da alterazioni fisiche dovute all'età avanzata [2]. Le conseguenze possono essere pesanti: la disfagia può portare a disidratazione, malnutrizione e può favorire l'aspirazione di cibo e liquidi [1]. L'aspirazione del cibo, cioè il penetrare di pezzetti di cibo nei polmoni, può a sua volta

facilitare l'insorgere di una polmonite [2]. Nei pazienti affetti da disfunzione deglutitoria la polmonite conduce, infine, al pari della malnutrizione con conseguente deficit nutritivo, a un tasso di morbidità e mortalità notevolmente più elevato della media [3].

L'alimentazione a consistenza modificata rappresenta, oramai, un elemento fondamentale nel trattamento dei pazienti che soffrono di disfagia. Variando la consistenza di cibo e liquidi si facilita l'assunzione

dell'alimentazione, riducendo in tal modo il rischio di un'aspirazione [4].

La definizione e il numero dei diversi gradi di consistenza del cibo e le loro specifiche caratteristiche variano fortemente da paese a paese – ma anche all'interno di un singolo paese [1]. A seconda dello specialista, la maniera di addensare i liquidi o di misurare la consistenza del cibo può quindi differire notevolmente. Ciò comporta la possibilità di compiere degli errori terapeutici che, innalzando il rischio di comparsa delle complicazioni a cui si è accennato qui sopra, non permettono più di garantire la sicurezza del paziente [1].

Tutte le difficoltà e le problematiche riscontrate indicano chiaramente quanto sia necessario lavorare con definizioni condivise



## **Per benessere, ma di gusto!**

Per chi soffre di intolleranze alimentari: grazie a più di 85 prodotti senza glutine e senza lattosio Free From e Schär, il gusto è ora sinonimo di benessere! Tutti i prodotti sono in vendita nei grandi supermercati Coop o su [www.coopathome.ch](http://www.coopathome.ch)

Abbonatevi alla nostra newsletter con tante informazioni interessanti su un'alimentazione sana ed equilibrata: [www.coop.ch/freefrom](http://www.coop.ch/freefrom)

**freefrom**

**coop**

Per me e per te.

| Consistenza del cibo             | Descrizione                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Esempi per la scelta degli alimenti                                                                             |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Alimenti liquidi                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>L'alimento liquido viene filtrato con un setaccio a maglia fine e può essere bevuto con la cannuccia; se le indicazioni lo richiedono, deve essere addensato.</li> </ul>                                                                                                                                                         | Latte intero, frappè e vellutate passati al setaccio fine, cibi liquidi                                         |
| Alimenti finemente mixati        | <ul style="list-style-type: none"> <li>Alimenti finemente mixati e in parte passati al setaccio fine, di consistenza omogenea, che non si modificano anche se lasciati riposare per un periodo di tempo più lungo.</li> <li>Si possono deglutire senza masticare.</li> <li>Se necessario, assicurarsi che tutte le componenti abbiano la stessa consistenza.</li> </ul> | Yogurt (ev. passato al setaccio fine), formaggio spalmabile, carne mixata, knöpfli all'uovo, se-molino, budino. |
| Alimenti morbidissimi – a dadini | <ul style="list-style-type: none"> <li>Devono sfarsi con facilità in bocca senza masticare o nel piatto con la forchetta.</li> <li>Devono poter formare un bolo.</li> <li>Le consistenze miste (ad es. zuppa con pastina) non sono sempre deglutibili senza problemi; discuterne prima con un esperto in materia.</li> </ul>                                            | Formaggio a pasta molle, carne macinata, patate bollite morbide, pane morbido senza crosta                      |
| Alimenti morbidi                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>Non sono passati e si possono deglutire masticando poco.</li> <li>Il cibo viene cotto finché è morbido e non contiene alimenti dalla consistenza dura (come ad es. noci).</li> </ul>                                                                                                                                             | Tutti i tipi di carne morbida, tutti gli insaccati, la verdura bollita molto                                    |

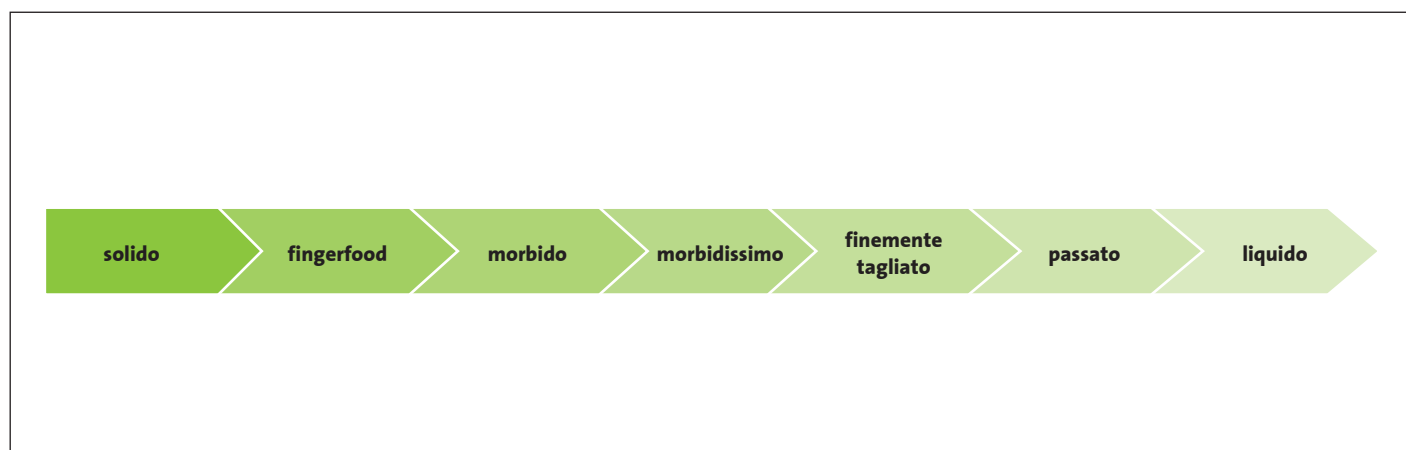
**Tab. 1:** Terminologia per diete alimentari a consistenza modificata elaborata dal gruppo professionale sulla disfagia dell'ASDD [6].

[5]. Nella messa a punto di una dieta a consistenza modificata, l'uso di definizioni chiare accresce la salute del paziente, aumenta l'efficacia del regime alimentare e assicura, al diretto interessato, una migliore qualità dei prodotti [1]. Inoltre, gli specialisti operanti nelle diverse istituzioni di cura beneficeranno di procedure più semplici per la scelta della terapia e il trattamento, con la conseguente possibilità di svolgere il proprio lavoro in modo più efficiente [1]. In definitiva, nell'adottare una terminologia comune, si si garantirà ai pazienti con disfunzione deglutitoria la miglior terapia possibile.

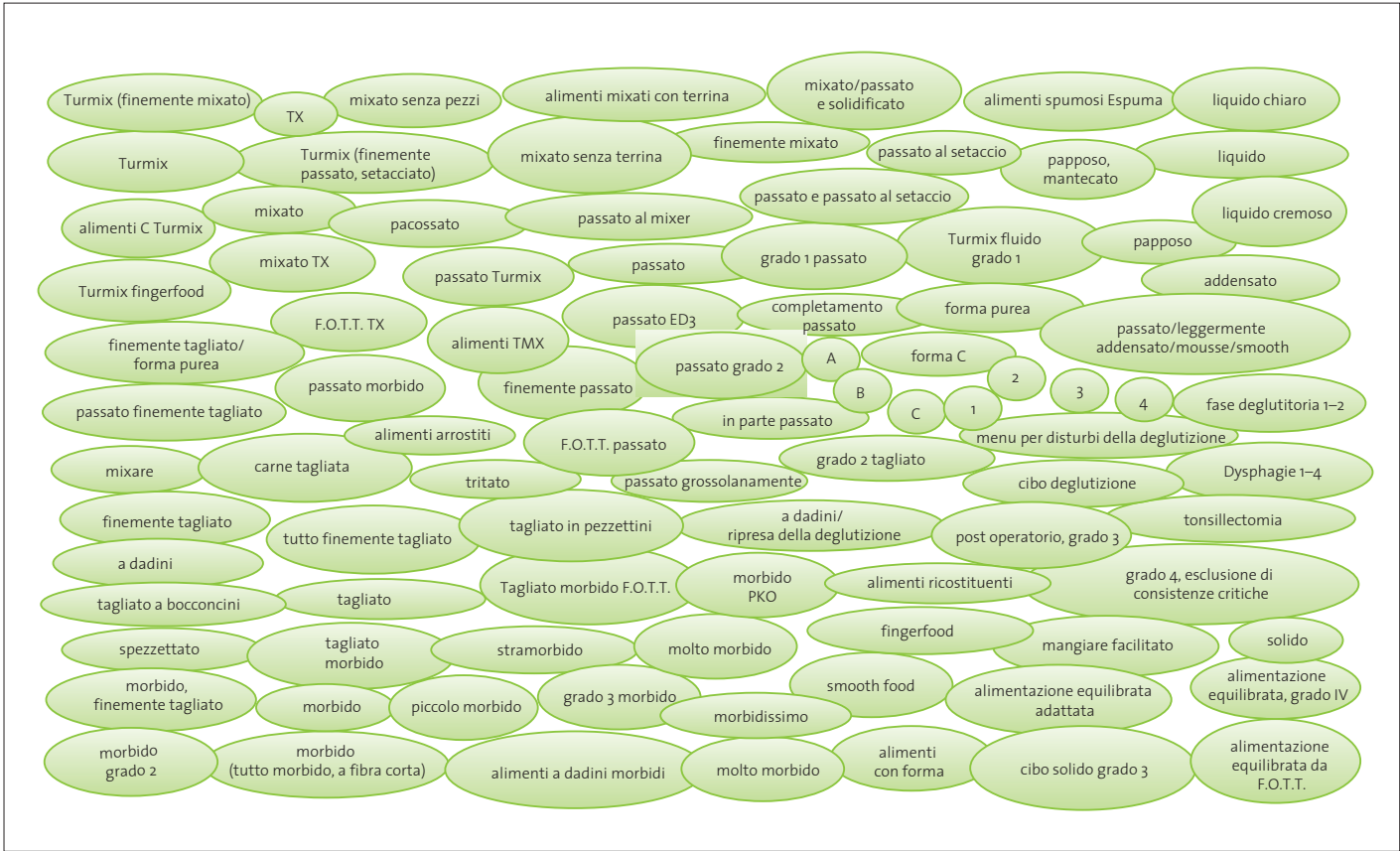
In Svizzera, il gruppo professionale di lingua tedesca sulla disfagia dell'ASDD ha elaborato nel 2013 una terminologia per classificare i diversi gradi di consistenza del cibo (v. tabella 1), proponendo quattro diversi livelli di consistenza. I singoli gradi di consistenza sono stati delimitati il più chiaramente possibile e completati con degli esempi illustranti la scelta di alimenti a disposizione.

### Qual è la situazione nella Svizzera tedesca?

In uno studio del 2014, ad oggi non ancora pubblicato, è stato chiesto a 730 istituzioni della Svizzera tedesca (ospedali, strutture psichiatriche e riabilitative, case per anziani e case di cura) che diete alimentari a consistenza modificata offrono e come le denominano. Il buon tasso di risposte pari al 24,1% ha permesso di farsi un'idea abbastanza accurata dell'attuale situazione nella Svizzera tedesca.



**Fig. 1:** Gamma delle definizioni utilizzate, dalla consistenza da solida a quella liquida.



**Fig. 2:** Definizioni utilizzate per i diversi gradi di consistenza.

Dallo studio emerge che il 93 % delle istituzioni offre una dieta alimentare a consistenza modificata. Tuttavia, il numero e le definizioni dei gradi di consistenza divergono ampiamente da un'istituzione all'altra. La maggior parte delle istituzioni ha dichiarato di operare con 2-4 gradi di consistenza diversi, le cui denominazioni, però, ricoprono l'intera gamma dei gradi di consistenza, dagli alimenti solidi a quelle liquidi (v. fig. 1).

Non è stato possibile individuare un'applicazione unitaria di un qualche concetto terapeutico standardizzato. Basti pensare, ad

esempio, al fatto che si sono contate ben 78 denominazioni diverse usate nella prassi per le diete alimentari a consistenza modificata. La terminologia in uso non è sempre chiara, anzi: a volte risulta molto difficile capire in cosa le singole definizioni si distinguono l'una dall'altra (v. fig. 2).

## Conclusione

La varietà delle definizioni e la quantità non omogenea di diete alimentari offerte costituiscono un problema per la salute dei pazienti. E ciò aumenta la possibilità di errore sia nella gestione dei rapporti tra le diverse

istituzioni che nella collaborazione interprofessionale all'interno delle singole istituzioni. Occorre sempre fare i conti con il rischio che le definizioni non siano intese da tutti gli esperti alla stessa maniera.

Una terminologia condivisa e validata a livello interprofessionale – applicata, se possibile, in modo unitario da tutte le istituzioni – rappresenta, dunque, un traguardo importante ai fini di garantire un alto livello di assistenza ai pazienti con disfunzioni deglutitorie.

Fonti bibliografiche sulla pagina 10.



**Gabi Fontana**  
Präsidentin  
Présidente  
Presidentessa



## Geschätztes SVDE-Mitglied

Immer wieder gelangen Fragen zur korrekten Berufsbezeichnung an uns. Diese Anfragen sind absolut nachvollziehbar, existieren doch zum jetzigen Zeitpunkt drei verschiedene geschützte **Bildungstitel**:

- «dipl. Ernährungsberater/in HF» für Inhaber/innen eines altrechtlichen Schweizer Diploms auf Stufe höhere Fachschule
- «BSc [Name der FH] in Ernährung + Diätetik» für Absolventinnen/Absolventen eines Studiengangs in Ernährung & Diätetik an einer anerkannten Schweizer Fachhochschule
- «dipl. Ernährungsberater/in FH» für Inhaber/innen des nachträglichen Titelerwerbs Fachhochschule (NTE-FH).

Die Verwendung des «dipl.» ist Personen vorbehalten, die eine höhere Fachschule abgeschlossen haben. Absolventinnen und Absolventen eines Fachhochschulstudienganges in Ernährung & Diätetik ist es nicht erlaubt, das «dipl.» zu benutzen; sie tragen den akademischen Titel «BSc». Für alle, die einen NTE gemacht haben, ist die Bezeichnung «BSc [Name der FH] in Ernährung +

Diätetik» zulässig. Wir empfehlen deshalb die ebenfalls zulässige Kurzform «BSc [Name der FH]» zu benützen und das «dipl. Ernährungsberater/in FH» zu ersetzen.

So viel zu den geschützten Bildungstiteln – nun zur **Berufsbezeichnung**. Da die Berufsbezeichnung «Ernährungsberater/in» nicht geschützt ist, hat die Generalversammlung 2015 dem Label «Ernährungsberater/in SVDE» zugestimmt. Aktivmitglieder des SVDE dürfen diesen geschützten Zusatz verwenden. Durch die Kombination des gesetzlich geschützten Bildungstitels und der geschützten Berufsbezeichnung «Ernährungsberater/in SVDE» wird für Ärzte, Spitäler, Arbeitgeber und Patienten etc. auf einen Blick erkennbar, dass es sich um eine nach KVV Art. 50<sup>a</sup> gesetzlich anerkannte Ernährungsberaterin handelt. Die Marke «Ernährungsberater/in SVDE» signalisiert zudem hohe Professionalität und Qualität: Denn neben der gesetzlich anerkannten Grundausbildung verpflichten sich Aktivmitglieder des SVDE zur Fortbildung sowie zur Einhaltung der Berufsordnung und haben Zugang zu Arbeitsmaterialien für eine

einheitliche Prozessqualität. Bereits heute gibt es Partner, die ausschliesslich mit «Ernährungsberater/innen SVDE» arbeiten wollen. Daher empfehlen wir nebst dem gesetzlich geschützten Bildungstitel das Label zu tragen.

Für Aktivmitglieder mit einem altrechtlichen Diplom empfehlen wir:

Anna Muster

**dipl. Ernährungsberaterin HF SVDE**

Für Aktivmitglieder mit einem Bachelor oder NTE-FH empfehlen wir:

Anna Muster, BSc [Name der FH]

**Ernährungsberaterin SVDE**

Nutzen Sie die geschützte Berufsbezeichnung «Ernährungsberater/in SVDE» und vermarkten Sie damit unsere Qualitäts- und Professionalitätsmerkmale. Je einheitlicher wir uns bezeichnen, desto besser werden wir erkannt und bekannt. Machen Sie mit!

## Chère membre de l'ASDD, cher membre de l'ASDD,

Des questions nous parviennent régulièrement concernant la dénomination correcte de notre profession et ces demandes sont parfaitement justifiées dans la mesure où il existe actuellement trois différents **titres de formation** protégés:

- «diététicien-ne dipl. ES», pour les titulaires du diplôme décerné en vertu de l'ancien droit suisse, au niveau école supérieure;
- «BSc [nom de la HES] en nutrition et diététique», pour les personnes ayant accompli un cursus en nutrition & diététique dans une haute école spécialisée suisse reconnue;

- «diététicien-ne diplômé-e HES», pour les personnes ayant bénéficié d'une obtention a posteriori du titre HES (OPT-HES).

Seules les personnes ayant terminé une école supérieure sont autorisées à employer le «dipl.». Les personnes titulaires d'un cursus de haute école spécialisée en nutrition et diététique ne sont, elles, pas autorisées à employer le «dipl.»; elles portent le titre académique de «BSc». Toutes les personnes ayant bénéficié d'une OPT sont autorisées à utiliser la dénomination «BSc [nom de la HES] en nutrition et diététique». Nous recommandons donc de

privilégier le titre abrégé «BSc [nom de la HES]», également autorisé, au détriment de «diététicien-ne diplômé-e HES».

Le point étant fait sur les titres de formation protégés, venons-en maintenant à la **dénomination professionnelle**. Etant donné que la dénomination professionnelle de «diététicien-ne» n'est pas protégée, l'assemblée générale de 2015 a approuvé le label «diététicien-ne ASDD». Les membres actifs de l'ASDD sont autorisés à employer cette mention supplémentaire protégée. De par la combinaison du titre de formation légalement protégé et de la dénomination professionnelle protégée «diététicien-ne

ASDD», les médecins, hôpitaux, employeurs et patients remarquent au premier coup d'œil qu'ils ont à faire à un-e diététicien-ne reconnu-e au titre de l'art. 50a OAMal. La marque «diététicien-ne ASDD» est en outre gage de professionnalisme et de qualité; en effet, les membres de l'ASDD non seulement disposent d'une formation de base reconnue légalement, mais ils s'engagent en outre à suivre une formation continue et à respecter la réglementation de l'exercice de la profession. Ils ont aussi accès à des documents de travail qui permettent d'har-

moniser la qualité des processus. Aujourd'hui déjà, certains partenaires ne souhaitent travailler qu'avec des «diététicien-ne-s ASDD». Nous vous recommandons donc d'ajouter le label au titre de formation légalement protégé.

Pour les membres actifs titulaires d'un diplôme décerné en vertu de l'ancien droit, nous préconisons:

Anna Exemple  
**Diététicienne dipl. ES ASDD**

Pour les membres actifs titulaires d'un bachelors ou d'une OPT-HES, nous préconisons:

Anna Exemple, BSc [nom de la HES]  
**Diététicienne ASDD**

Utilisez la dénomination professionnelle protégée de «diététicien-ne ASDD» et diffusez ainsi les caractéristiques de professionnalisme et de qualité de notre métier. Plus nous utilisons une dénomination commune, plus il est facile de nous reconnaître et de nous faire connaître. Nous comptons sur vous!

## **Gentili membri dell'ASDD,**

riceviamo di continuo domande concernenti la corretta denominazione della nostra professione. Tali richieste sono assolutamente comprensibili, dal momento che attualmente esistono tre diversi **titoli di studio** protetti:

- «dietista diplomata/o SSS» per chi, secondo il vecchio diritto, ha un diploma di scuola specializzata superiore;
- «BSc [nome della SUP] in Nutrizione e Dietetica» per chi ha terminato con successo un corso di studi in Nutrizione e Dietetica presso una scuola universitaria professionale svizzera riconosciuta;
- «dietista diplomata/o SUP» per chi ha ottenuto retroattivamente un titolo presso una scuola universitaria professionale (ORT-SUP).

L'utilizzo del titolo «diplomata/o» è riservato alle persone che hanno conseguito un diploma presso una scuola specializzata superiore. A coloro che hanno frequentato un corso di studi in Nutrizione e Dietetica presso una scuola universitaria professionale non è permesso utilizzare tale titolo: il loro titolo accademico è «BSc». Per tutti coloro,

invece, che hanno fatto un ORT, la denominazione «BSc [nome della SUP] in Nutrizione e Dietetica» è ammessa. A queste persone consigliamo perciò di usare la forma abbreviata «BSc [nome della SUP]», sostituendola al titolo «dietista diplomata/o SUP».

Detto questo sui titoli di studio protetti, passiamo ora alla **denominazione della professione**. Poiché la denominazione professionale «dietista» non è protetta, l'assemblea generale 2015 ha approvato il label «dietista ASDD». I membri attivi dell'ASDD possono utilizzare questa aggiunta protetta. La combinazione del titolo di studio protetto dalla legge con la denominazione professionale protetta «dietista ASDD», permetterà a medici, ospedali, datori di lavoro, pazienti, ecc. di capire in un colpo d'occhio che la persona in questione è una/un dietista riconosciuta/o ai sensi dell'art. 50<sup>a</sup> OAMal. Il marchio «dietista ASDD» è inoltre segno di professionalità e qualità: oltre alla formazione di base riconosciuta, i membri attivi dell'ASDD si impegnano infatti a seguire corsi di aggiornamento regolari, ad attenersi all'ordinamento professionale e

hanno accesso a materiale di lavoro che garantisce processi di qualità standardizzata. Già oggi ci sono partner che vogliono lavorare unicamente con «dietiste/i ASDD». Consigliamo perciò di affiancare sempre il label al titolo di formazione protetto dalla legge.

Ai membri attivi con un diploma secondo il vecchio diritto consigliamo:

Anna Muster  
**Dietista diplomata SSS ASDD**

Ai membri attivi con un Bachelor o un ORT-SUP consigliamo:

Anna Muster, BSc [nome della SUP]  
**Dietista ASDD**

Utilizzate la denominazione professionale protetta «dietista ASDD»: promuoverete così sul mercato il nostro marchio di qualità e professionalità. Grazie ad una denominazione più unitaria, potremo distinguerci meglio e farci riconoscere. Date anche voi il vostro contributo!



## Forum du Programme cantonal Diabète – Canton de Vaud

Pour la 5<sup>e</sup> édition de ses forums, le PcD, en collaboration avec les coordinatrices régionales des Réseaux santé, vous invite à venir prendre connaissance des développements actuels et échanger sur les implications pratiques autour du thème suivant:

**«Complications du diabète: une responsabilité partagée»**  
**Jeudi 3 septembre 2015, entre 8h30 et 12h30**  
**au CHUV à Lausanne**

Malgré un système de santé riche en ressources, le suivi des patients diabétiques vaudois reste perfectible au regard des critères qualité fixés par la Société suisse d'endocrinologie et diabétologie, notamment en ce qui concerne le dépistage systématique et le suivi des complications. Ce forum sera l'occasion de faire le point sur l'état des connaissances, des traitements et des recommandations sur le pied, la néphropathie et la rétinopathie diabétiques, mais aussi d'aborder les enjeux de collaboration autour de la prévention et du dépistage des complications. Enfin, la contribution de patients au travers de témoignages et de vignettes cliniques nous amènera à réfléchir à nos pratiques ainsi qu'aux possibles freins et facilitateurs de l'implémentation du changement.

Nous nous réjouissons de vous accueillir à Lausanne pour ce forum placé sous le signe du travail en réseau, ingrédient clé pour assurer la qualité des soins aux personnes diabétiques.

### **Dresse Isabelle Hagon-Traub**

Directrice du Programme cantonal Diabète

Les forums du PcD sont reconnus pour la formation continue SSMG, SSER, ASDD, SVPh, SSMI (SSP et ASI: attestations de participations pour toute la durée de la formation continue). Détail des crédits, programme détaillé et inscription disponibles sur [diabete-vaud.ch](http://diabete-vaud.ch), rubrique «Professionnels».

Pour toute information complémentaire: [programme.diabete@diabete-vaud.ch](mailto:programme.diabete@diabete-vaud.ch)

## In Schweizer Fleisch steckt viel drin

### Fleisch und seine Inhaltsstoffe

Zu einer gesunden Lebensweise gehören eine optimal zusammengestellte Ernährung und genügend Bewegung. Fleisch und Fleischprodukte liefern hochwertige Proteine, Vitamine, Mineralstoffe wie Eisen und Zink sowie ungesättigte Fettsäuren.

Fleisch ist ein bedeutender Lieferant von **hochwertigen Proteinen**. Sie versorgen den Körper unter anderem mit den nötigen Bausteinen (Aminosäuren), um körpereigene Proteine herzustellen (z. B. für Muskelmasse, Hormone, Enzyme). Proteine aus Fleisch und Fleischprodukten enthalten alle essenziellen Aminosäuren.

**Vitamin B<sub>1</sub>** kommt in allen Fleischsorten vor, in besonders hohen Mengen in Schweinefleischprodukten. Es wird unter anderem für den Energiestoffwechsel benötigt.

**Die Vitamine B<sub>2</sub> und B<sub>6</sub>** sind in verschiedenen Fleischsorten vorhanden. Während das Vitamin B<sub>2</sub> am Proteinstoffwechsel und an der Energiegewinnung beteiligt ist, wirkt das Vitamin B<sub>6</sub> positiv im Nervensystem und bei der Immunabwehr.

**Vitamin B<sub>12</sub>** kommt praktisch nur in tierischen Nahrungsmitteln vor. Es wird im menschlichen Körper für die Blutbildung und für gesunde Nervenzellen benötigt.

**Vitamin A** ist für mehrere Körperfunktionen zuständig, so ist es wichtig für das Sehen, die Entwicklung des Immunsystems und für eine gesunde Haut.

**Niacin** beeinflusst die Heilung von Haut, Muskeln und Nerven und kurbelt den Energiestoffwechsel an. Neben der Leber im Allgemeinen sind vor allem Schweine- und Rindfleisch reich an Niacin.

Fleisch ist ein hervorragender Lieferant von Eisen. Wir nehmen **Eisen** aus Fleisch besser auf als solches aus pflanzlichen Lebensmitteln. Im menschlichen Körper ist Eisen wichtig für den Sauerstofftransport sowie für das Immunsystem und den Energiestoffwechsel. Wer Fleisch isst, nimmt generell Eisen besser auf, auch pflanzliches.

Für die Versorgung mit **Zink** spielt Fleisch eine wichtige Rolle. Wir benötigen es für das Wachstum von Gewebe für die Wundheilung. Auch das Immunsystem braucht genügend Zink.

Fleisch und Fleischprodukte sind eine Hauptquelle von **Selen**; pflanzliche Lebensmittel aus der Schweiz enthalten aufgrund der Schweizer Bodenbeschaffenheit wenig davon. Selen wirkt im Zellstoffwechsel und trägt zur Aktivierung der Schilddrüsenhormone bei.

**Kreatin** ist ein zentraler Bestandteil im Energiestoffwechsel der Muskeln. Es wird hauptsächlich über den Fleischkonsum aufgenommen.

Wettbewerb zum Thema: [quiz-mit-biss.ch](http://quiz-mit-biss.ch)

Fachbrochure «Eine gute Quelle für lebensnotwendige Nährstoffe»

• PDF: [schweizerfleisch.ch/fachbrochure](http://schweizerfleisch.ch/fachbrochure)

Brochure «Fleisch und seine Inhaltsstoffe»

• PDF: [schweizerfleisch.ch/broschue-inhaltsstoffe](http://schweizerfleisch.ch/broschue-inhaltsstoffe)

• Gedruckte Version: [ernaehrung@proviande.ch](mailto:ernaehrung@proviande.ch)

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

## La viande suisse recèle bien des choses

### La viande et ses composants

Un mode de vie sain requiert une alimentation équilibrée et une activité physique suffisante. La viande et les produits carnés fournissent de précieuses protéines, des vitamines, des minéraux comme le fer et le zinc ainsi que des acides gras insaturés.

La viande est riche en **protéines de grande qualité**. Entre autres, elles apportent au corps des éléments nécessaires (acides aminés) à la production de ses propres protéines (p.ex. pour la masse musculaire, les hormones, les enzymes). Les protéines de la viande et des produits carnés contiennent tous les acides aminés essentiels.

On trouve la **vitamine B<sub>1</sub>** dans toutes les viandes, en particulier dans les produits à base de viande de porc. Elle participe entre autres à notre métabolisme énergétique.

**Les vitamines B<sub>2</sub> et B<sub>6</sub>** sont présentes dans différentes viandes. La vitamine B<sub>2</sub> contribue au métabolisme des protéines et à la production d'énergie tandis que la vitamine B<sub>6</sub> exerce un impact positif sur le système nerveux et les défenses immunitaires.

Les aliments carnés sont pratiquement la seule source de **vitamine B<sub>12</sub>**. Elle est nécessaire à la formation des globules rouges ainsi qu'à la bonne santé des cellules nerveuses.

La **vitamine A** sous-tend plusieurs fonctions de l'organisme. Ainsi, elle est importante pour la vue, le développement du système immunitaire et la bonne santé de la peau.

La **niacine** influe sur la régénération de la peau, des muscles et des nerfs et stimule le métabolisme énergétique. Outre le foie en général, la viande de porc et de bœuf surtout sont riches en niacine.

La viande est une source importante de **fer**. Nous assimilons mieux le fer de la viande que celui des produits végétaux. Le fer joue un rôle capital dans le transport d'oxygène ainsi que pour le système immunitaire et le métabolisme énergétique. La consommation de viande permet de mieux assimiler le fer, y compris celui des végétaux.

La viande est une précieuse source de **zinc**. Celui-ci est essentiel à notre croissance et la cicatrisation des plaies. Le système immunitaire en a lui aussi besoin en quantité suffisante.

La viande et les produits carnés sont une source majeure de **sélénium**; alors que les produits végétaux de Suisse en contiennent peu en raison de la nature de notre sol. Le sélénium agit sur le métabolisme cellulaire et contribue à l'activation des hormones thyroïdiennes.

La **créatine** est un pivot du métabolisme énergétique des muscles. Elle provient essentiellement de notre consommation de viande.

Concours sur ce thème: [quiz-à-point.ch](http://quiz-à-point.ch)

Brochure spécialisée «Une bonne source de nutriments vitaux»

• PDF: [viandesuisse.ch/brochure-specialisee](http://viandesuisse.ch/brochure-specialisee)

Brochure «La viande et ses composants»

• PDF: [viandesuisse.ch/brochure-nutriments](http://viandesuisse.ch/brochure-nutriments)

• Version imprimée: [ernaehrung@proviande.ch](mailto:ernaehrung@proviande.ch)

[viandesuisse.ch](http://viandesuisse.ch)

## BIEN MANGER POUR MA SANTE Un guide pour équilibrer les menus en toutes saisons

Bien manger pour ma santé est un livre de recettes écrit par l'Antenne des Diététiciens Genevois (ADiGe) et la Fédération romande des consommateurs (FRC) et édité en 2014 par Planète Santé.

Il s'agit d'un guide nutritionnel, qui allie astuces culinaires, conseils nutritionnels et écologiques. Résolument positif, ce livre de recettes est un allié pour les professionnels de la diététique et leurs patients. Il permet de faciliter la mise en pratique des conseils pour une alimentation saine et équilibrée, et une large place est donnée aux protéines végétales plutôt qu'animales. Chaque re-

cette fournit plusieurs informations, outre les informations usuelles de durées de préparation et de cuisson ainsi que de budget:

- La saison de production des ingrédients principaux de la recette.
- Des astuces pour choisir des produits locaux, des labels respectueux des animaux et de l'environnement et privilégier des modes de cuisson favorisant des économies d'énergie.
- Le nombre de portion(s) de fruits/légumes, farineux, sources de protéines et produits laitiers amenées par personne pour chaque recette.
- Une mise en garde pour les préparations qui ont un apport plus important en sucre ajouté, graisses ou sel.
- La présence éventuelle de gluten et de lactose.

- Il est aussi indiqué si la recette est «complète» ou pas, et comment la compléter si nécessaire afin d'avoir un repas équilibré selon les recommandations de la SSN.

Un rabat astucieux aide l'utilisateur à comprendre toutes ces informations en un coup d'œil.

Ce livre de recettes comprend 2 tomes: «Printemps–Été» et «Automne–Hiver».

Bien manger pour ma santé peut être commandé sur le site de l'ADiGe ([adige.ch](http://adige.ch)), de la FRC ([frc.ch](http://frc.ch)) ou directement auprès de Médecine et Hygiène:

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

ISBN 978-2-88 049-371-4

Prix: CHF 22.–/pièce



## Köstlich essen – Fruktose, Laktose & Sorbit vermeiden – Über 100 Rezepte: unbeschwert genießen

C. Schäfer, A. Kamp. TRIAS Verlag, Stuttgart.  
2. Auflage 2015. 131 Seiten, CHF 28.90

Die Autorinnen sind Ökotrophologinnen mit Schwerpunkt Allergologie und Gastroenterologie. Sie beschreiben in den ersten 25 Seiten, was Zuckerverwertungsstörungen sind, worauf zu achten ist und den Stufenplan zur Beschwerdefreiheit. Der zweite Teil enthält Rezepte für Frühstück, Zwischenmahlzeiten, Hauptmahlzeiten, Beilagen, Süßes und Backwaren. In den Tabellen der Umschlagseiten werden die Rezepte im Ampelsystem für die verschiedenen Stufen bewertet sowie Angaben zu Laktose- und Sorbitgehalt und dem Glukose-Fruktose-

Verhältnis diverser Lebensmittel gegeben. Das Buch richtet sich an Personen mit Diagnose Fruktosemalabsorption, Laktoseintoleranz und/oder Sorbitunverträglichkeit. Zusätzlich wird auch auf Histaminunverträglichkeit eingegangen. Das Buch wird vom Deutschen Allergie- und Asthmabund empfohlen.

Wer die Forschung im Bereich der Nahrungsmittelunverträglichkeiten verfolgt, ist etwas erstaunt, dass das Thema der Fruktane hier gänzlich fehlt. Die erste Auflage erschien 2009 und wurde offensichtlich nicht aktualisiert. Trotzdem werden auch hier Zwiebeln und Knoblauch erst in der Testphase empfohlen und von andern blähenden Gemüsesorten abgeraten. Haushaltszucker wird in der Karenzphase vollständig durch Traubenzucker oder Reissirup ersetzt.

Richtigerweise wird erwähnt, dass Zuckerarten besser vertragen werden, wenn sie

zusammen mit Fetten und Proteinen verzehrt werden. Leider sind die Rezepte oftmals nicht nach diesem Prinzip zusammengestellt und generell eher proteinarm. Es fehlen auch Hinweise darauf, wie ein Rezept in Bezug auf Nährstoffausgewogenheit sinnvoll ergänzt werden kann.

Weitere Einzelheiten können für den Leser etwas verwirrend sein. Zwar schreiben die Autorinnen korrekt, dass es sich bei Zuckerverwertungsstörungen nicht um Allergien handelt, aber ein paar Zeilen weiter steht, die Diagnose soll von einem allergologisch erfahrenen Arzt gestellt werden. Auch die Angabe des Vitamin-C-Gehaltes gut verträglicher Obstsorten ohne weitere Angaben zu Bedarf hilft dem Laien wenig. Dies ein paar Gründe weshalb ich dieses Buch meinen Patienten nicht empfehlen würde.

Caroline Kiss, Basel

## Ernährungsberatung bei Verdauungsbeschwerden

## Probiotisches Joghurt unterstützt Darmwohlbefinden

**Verdauungsbeschwerden sind ein häufiges Problem in der ernährungsberatenden Praxis: In der Schweiz haben rund 76% der Frauen Verdauungsprobleme\* – verursacht durch unausgewogene Ernährung, zu wenig Flüssigkeitsaufnahme und Bewegungsmangel, aber auch durch Reisen oder Stress. Die Folgen: Unwohlsein, ein träger Darm und eine teilweise erheblich beeinträchtigte Lebensqualität.**

Durch eine individuell abgestimmte Ernährungsberatung können Betroffene profitieren – beispielsweise durch den Einsatz probiotischer Produkte. So können probiotische Joghurts wie ACTIVIA von Danone dazu beitragen, die Verdauung zu unterstützen und das Darmwohlbefinden zu verbessern.\*\*

ACTIVIA ist ein cremig-mildes Joghurt und enthält die besondere ActiRegularis®-Kultur. Diese Bifidus-Kultur (wissenschaftliche Bezeichnung: *Bifidobacterium animalis ssp. lactis* DN-173 010) überlebt die Magensäure

in grosser Zahl und gelangt so lebend und aktiv in den Darm – Voraussetzung für die positiven gesundheitlichen Effekte. So trägt ACTIVIA bei täglichem Konsum zum Darmwohlbefinden bei, indem es die Transitzeit verkürzt und das Aufgeblähtsein reduziert.\*\* Gerade ein unangenehmes aufgeblähtes Gefühl ist ein häufiges Verdauungsproblem: Man fühlt sich unwohl in seiner Haut, aufgebläht und schwer und verzichtet darum auf den Besuch in der Badeanstalt oder auch auf die enge Liebeshose.

## Wirkung wissenschaftlich bewiesen

Die Wirkung von ACTIVIA wurde wissenschaftlich belegt. So liegen zahlreiche veröffentlichte klinische Studien zum Überleben der Bifidus-Kultur, der Darmfunktionen und der positiven Wirkung auf das Darmwohlbefinden vor. In einer Portion – also einem Becher – sind mindestens  $4 \times 10^9$  koloniebildende Einheiten (CFU) des probiotischen Stammes enthalten. Zudem enthält

ACTIVIA alle wertvollen Nährstoffe eines Joghurts, wie z.B. Calcium und hochwertiges Milcheiweiss, und leistet damit einen wertvollen Beitrag zur gesunden Ernährung.

## Gesundheitsbezogene Aussage bestätigt

ACTIVIA erhielt im März 2013 als erstes Joghurt von den Schweizer Behörden in Anlehnung an die neuen EU-Leitlinien (2013/63/EU) eine Bewilligung für eine sogenannte nährwert- und gesundheitsbezogene Aussage (Health Claim). Die Aussage „ACTIVIA trägt zum Darmwohlbefinden bei, indem es die Darmpassagezeit verkürzt und das Aufgeblähtsein reduziert“ wurde damit bewilligt und bestätigt.\*\*



## Möchten Sie ACTIVIA für sich und Ihre Beratungspraxis kostenlos kennenlernen?

Probieren Sie einfach innerhalb der nächsten vier Wochen zwei Packungen ACTIVIA und senden Sie uns einen Brief mit dem Kassenbeleg sowie der Angabe Ihrer Kontaktdaten zu – wir überweisen Ihnen den Betrag inklusive Porto zurück. Danone – ACTIVIA Produktmuster, Postfach 3019, 8096 Zürich.

\* Marktforschungsinstitut TNS, Test mit 629 Frauen, Jahr 2011

\*\* Bei täglichem Konsum von 2 Bechern ACTIVIA im Rahmen einer ausgewogenen Ernährung und eines gesunden Lebensstils.

## Conseils nutritionnels en cas de troubles digestifs

## Le yaourt probiotique contribue au confort digestif

**Les troubles digestifs sont régulièrement soulevés en cabinet: en Suisse, environ 76% des femmes ont des problèmes de transit\* – causés par une alimentation déséquilibrée, une hydratation insuffisante et un manque d'activité physique, mais aussi par les voyages ou le stress. Les conséquences: indisposition, ballonnements et dans certains cas, une baisse importante de la qualité de vie.**

Des conseils nutritionnels individualisés peuvent être bénéfiques aux personnes concernées – par exemple par la consommation de produits probiotiques. Les yaourts probiotiques tels que ACTIVIA de Danone peuvent contribuer à un meilleur transit et à améliorer le bien-être intestinal.\*\*

ACTIVIA est un yaourt doux à la texture crémeuse qui contient ActiRegularis®, un ferment probiotique spécial. Ce ferment

bifidus (désignation scientifique: *Bifidobacterium animalis ssp. lactis* DN-173 010) résiste aux acides gastriques en grand nombre et parvient ainsi vivant et actif dans l'intestin – condition pour garantir les effets positifs sur la santé.

Consommé quotidiennement, ACTIVIA contribue au confort digestif en réduisant le temps de transit et les ballonnements.\*\* Ce sont justement les ballonnements qui sont un problème de digestion récurrent: Mal dans sa peau, ballonné et gonflé, on renonce alors à se rendre à la piscine ou même à enfiler son pantalon favori.

## Efficacité prouvée scientifiquement

L'efficacité d'ACTIVIA est prouvée scientifiquement. De nombreuses études cliniques portent sur la survie du bifidus, les fonctions intestinales et l'effet positif sur le bien-être intestinal. Une portion – c'est-à-dire un pot – contient au minimum

$4 \times 10^9$  unités formant colonies (UFC) de souche probiotique. ACTIVIA contient aussi tous les précieux nutriments d'un yaourt, tels que le calcium et la protéine de lait essentielle, contribuant ainsi très largement à une alimentation saine.

## Confirmation des allégations relatives à la santé

ACTIVIA est le premier yaourt à avoir obtenu en mars 2013 une autorisation pour les allégations nutritionnelles et de santé (Health Claim) des autorités suisses en lien avec les nouvelles directives européennes (2013/63/UE). L'allégation «ACTIVIA contribue au confort digestif en réduisant le temps de transit et les ballonnements» est donc autorisée et confirmée.\*\*

**Souhaitez-vous découvrir ACTIVIA à titre personnel et dans le cadre de vos conseils nutritionnels?** Essayez au cours des quatre semaines à venir deux packs d'ACTIVIA et envoyez-nous un courrier avec le reçu de caisse ainsi que vos coordonnées bancaires – le montant avec les frais de port vous seront remboursés par virement. Danone – ACTIVIA Produktmuster, Postfach 3019, 8096 Zürich.

\* Institut d'études de marché TNS, test réalisé en 2011 avec 629 femmes

\*\* 2 pots d'ACTIVIA par jour, dans le cadre d'une alimentation équilibrée et d'un mode de vie sain.

## Nutrition Care Process and Terminology (NCPT)



2 Punkte [points] [punti]  
SVDE ASDD

**AUSGEBUCHT**

Der Nutrition Care Process wurde 2002 von der American Dietetic Association entworfen und etabliert. Es handelt sich dabei um einen standardisierten Ablauf in der Dokumentation zur Verbesserung der Effizienz und Qualität in der Betreuung von Patienten.

IDNT steht für International Dietetics and Nutrition Terminology, eine gemeinsame standardisierte Sprache in der Ernährung und Diätetik. Der NCP und die IDNT zusammen bieten ein international einheitliches und strukturiertes Vorgehen, das erlaubt, die Qualität der Ernährungsberatung/-therapie zu überprüfen und verbessern.

Das Formulieren der Ernährungsdiagnose ist ein wichtiger und für viele ein noch ungewohnter Schritt im ernährungstherapeutischen Prozess. Er beinhaltet die Identifikation und Benennung eines oder mehrerer Ernährungsprobleme und das PES-Statement (Problem, Etiology, [Signs &] Symptoms). Die Behandlung der Ernährungsdiagnose fällt in die Zuständigkeit und Verantwortung unserer Profession.

Die Referentinnen sind Mitglieder in der SVDE-Steuergruppe NCP und IDNT zur Implementierung des IDNT in der Schweiz und haben NCP/IDNT bereits teilweise in ihren Praxisalltag integriert.

### Ziel (zu erwerbende Kompetenzen)

Die Teilnehmenden

- kennen die Prozessschritte des NCP und den Aufbau der International Dietetics & Nutrition Terminology.
- können die IDNT (Zugang via Nutripoint des SVDE) als Nachschlagwerk benutzen.
- verstehen die Notwendigkeit von eigenen, berufsspezifischen Diagnosen.
- erlernen die Struktur zur Formulierung einer Ernährungsdiagnose und wie diese kritisch evaluiert werden kann und formulieren anhand ihres Fallbeispiels eine Ernährungsdiagnose.

**Datum:** 11. September 2015

**Ort:** Basel

## Anamnese und Beratung mit dem didaktischen Visualisierungsmodell profEAT



2 Punkte [points] [punti]  
SVDE ASDD

Hinter dem mittlerweile weltweit bekannten Pyramidenmodell steckt eine ausgereifte Didaktik und erprobte Methodik, die weit über ein Erklären und Informieren hinausreicht. Mit profEAT steht erstmals ein professionelles Werkzeug für die Ernährungstherapie sowohl für Kinder wie für Erwachsene und ganz speziell auch für Migranten zur Verfügung.

Von der Anamnese über die Ernährungsdiagnostik bis hin zur Verhaltensmodifikation und Evaluation ist dieses Modell klientenzentriert einsetzbar. In diesem Tagesseminar lernen die Teilnehmenden diese Methodik/Didaktik kennen, anwenden und in ihren eigenen Beratungsalltag zu integrieren.

### Ziel (zu erwerbende Kompetenzen)

Die Teilnehmenden

- lernen die Elemente und Modellvarianten, deren theoretische und historische Hintergründe kennen.

- sammeln erste praktische Erfahrungen mit der Anwendung des Modells, sowohl als «Klient» als auch als «Berater».
- wenden die Methodik und Didaktik sowohl in der Erstberatung (Anamnese) als auch in den Folgeberatungen (Verhaltensmodifikation) im Seminar an.
- erkennen den Einsatz der Visualisierungsmodelle innerhalb des Nutrition Care Process (NCP).

**Datum:** 18. September 2015

**Ort:** Zürich

## Mit Kompetenz Behinderteninstitutionen begleiten Fachtagung: Der Mensch mit Geistiger- und Mehrfachbehinderung im Zentrum, Fortsetzung



2 Punkte [points] [punti]  
SVDE ASDD

Im 2012 haben wir zum 1. Mal in einer Weiterbildung den Menschen mit Geistiger und Mehrfachbehinderung ins Zentrum gestellt. Wir freuen uns, Ihnen eine weitere Fachtagung dazu anbieten zu können. Wir möchten Sie sensibilisieren für spezifisch therapeutische und diätetische Probleme. Unsere Fachreferenten zeigen Ihnen Behandlungsansätze auf. Von Ihnen vorgängig eingereichte Fallbeispiele werden wir in einer Austauschrunde besprechen und mögliche Lösungsansätze aufzeigen.

Der Transfer eines mehrfachbehinderten Menschen ist nicht einfach und das Körpergewicht spielt eine Rolle. Ein tiefes Körpergewicht ist deshalb oftmals erwünscht. Aus medizinisch wissenschaftlicher Sicht ist davon aber abzuraten. Mit Know-how zum Thema «Transfer» möchten wir unser Wissen stärken, um im interdisziplinären Austausch bessere Argumentationen zu haben.

Der Nachmittag ist ganz der Praxis gewidmet: Wie könnte ein Konzept für die Begleitung und Betreuung einer Behinderteninstitution aussehen?

**Datum:** 30. September 2015

**Ort:** Zürich

## Nutrition Care Process and Terminology Aufbaukurs: Intervention



2 Punkte [points] [punti]  
SVDE ASDD

Der Schwerpunkt dieser Weiterbildung sind die NCPT-Ernährungsinterventionen. Er baut auf den Basiskurs Nutrition Care Process and Terminology (NCPT) auf. Ausgehend von der Ernährungsdiagnose beinhaltet die Intervention sowohl die Empfehlung, Zielsetzung und Planung als auch die Implementierung. Die Formulierung der Ernährungsintervention anhand der standardisierten Sprache ist ein weiterer Schritt für die Professionalisierung unserer Tätigkeit.

Vorgelegt werden weitere Standards für Praxis und professionelle Durchführung, welche dazu dienen, die Tätigkeiten und Verantwortlichkeiten der Ernährungsfachperson anhand des NCPs zu beschreiben und zu evaluieren.

Die Referentinnen sind Mitglieder in der SVDE-Steuergruppe NCP zur Implementierung in der Schweiz und haben Teile des NCP und Terminologie bereits in ihren Praxisalltag integriert.

### Ziele (zu erwerbende Kompetenzen)

Die Teilnehmenden

- verstehen den Zusammenhang zwischen der Ernährungsdiagnose (PES Statement) und der Intervention.

- erkennen die Wichtigkeit, messbare Ziele für die Ernährungsinterventionen zu formulieren.
- kennen die zwei Teilschritte der Ernährungsintervention; Planung mit der Festlegung von Ernährungsempfehlungen und Implementierung.
- erlangen einen Überblick über die NCPT-Interventionen. Kennen die NCPT-Interventionen und deren Anwendungsfelder.
- können anhand ihres Fallbeispiels die passende Ernährungsintervention formulieren.
- lernen Standards als mögliches Evaluations-Modell und zur Qualitätssicherung für die Berufstätigkeit kennen.

**Datum:** 30. Oktober 2015

**Ort:** Basel

## Endokrinologie & Stoffwechsel – Update



2 Punkte [points] [punti]  
SVDE ASDD

An der Tagung erfahren Sie wie gewohnt Aktuelles aus den Bereichen Pathophysiologie, Labor und Therapieansätze (medizinisch, chirurgisch, Lifestyle). Es werden aber auch Eigenheiten und Bedürfnisse dieser Patientengruppe genauer betrachtet.

Das Update stärkt Sie mit Fakten für den Berufsalltag und ist auf den Erwerb von Fachkompetenz ausgerichtet. Für eine vertiefte praktische Auseinandersetzung wird das Endokrinologie & Stoffwechsel – Update PLUS vom 14. Januar 2016 vorgeschlagen.

**Datum:** 12. November 2015

**Ort:** Winterthur

## Souverän handeln unter Druck



4 Punkte [points] [punti]  
SVDE ASDD

Kennen Sie das? Eigentlich beraten und begleiten Sie Menschen mit gesundheitlichen Herausforderungen kompetent und mit Freude. Dennoch gibt es Situationen, in denen sie gestresster reagieren, als Ihnen lieb ist, und Sie nicht so handeln können, wie Sie es sich vorgenommen haben.

In diesem Seminar lernen Sie hilfreiche Instrumente kennen, die Ihnen helfen, in beruflichen und privaten Stresssituationen souverän zu handeln. Dadurch gewinnen Sie innere Zufriedenheit und Ruhe.

### Ziele

- Nachhaltige Erweiterung der Handlungsspielräume in emotionalen und zeitlichen Drucksituationen (Umgang mit Frustration, Mehrfachbelastung, Zeitdruck)
- Stressimpfungstraining
- Gewinn an Selbstsicherheit, Lebensfreude, Stressresistenz, Leistungsfähigkeit

### Inhalt Grundkurs

- Reflexion eigener Verhaltens- und Reaktionsweisen in beruflichen Situationen
- Entwicklung neuer Handlungsmuster, die auch unter Druck optimal abgerufen und angewendet werden können
- Automatismen stoppen und situativ kompetent handeln
- Vorbereitung für die Umsetzung im Berufsalltag

**Daten:** 19. + 20. November 2015

**Ort:** Zürich

sermed informiert:

## Diebstahl während den Ferien

### «Einfacher Diebstahl auswärts» – was heisst das?

Die Hausratversicherer unterscheiden drei Diebstahlarten: den Einbruch, die Beraubung und den «einfachen Diebstahl». Die Beraubung umfasst Diebstahlschäden unter Gewaltandrohung oder Gewaltanwendung gegen Personen. Beim Einbruch im versicherungstechnischen Sinn wird das gewaltsame Eindringen in ein Gebäude, in den Raum eines Gebäudes oder das Aufbrechen eines Behältnisses innerhalb eines Gebäudes verlangt. Der «einfache Diebstahl» umfasst alle übrigen Diebstahlarten. Die meisten Diebstahlschäden ereignen sich unterwegs oder eben auswärts. Besonders verbreitet sind dabei die Trickdiebstähle, der Fahrraddiebstahl und der Diebstahl durch Aufbrechen parkierter Autos. Wenn man auf den Versicherungsbaustein «einfacher Diebstahl auswärts» verzichtet, sollte man sich der Risiken bewusst sein, die dann nicht versichert sind.

### Risiken unterwegs genügend absichern

Bei Dieben sind Natels, prallvolle Handtaschen und Fahrräder besonders beliebt. Auf einer Ferienreise werden auch ganze Autos samt Inhalt entwendet oder teure Mountain-Bikes verschwinden vom Dach des Fahrzeugs. Im Winter werden oft Snowboard- und Ski-ausrüstungen der ganzen Familie gestohlen. In diesen Fällen kann ein Schaden schnell einmal mehrere tausend Franken betragen. Es ist daher ratsam, sich gegen Diebstähle unterwegs durch den Einschluss einer angemessenen Versicherungssumme für «einfachen Diebstahl auswärts» in der Hausratversicherung zu schützen. Reiseversicherungen und die Versiche-

rung für mitgeführte Effekten in der Motorfahrzeugversicherung runden das Angebot der Versicherer für die Risiken unterwegs ab.

Wir empfehlen Ihnen, Ihre aktuelle Versicherungsdeckung zu prüfen!

Für eine unverbindliche Beratung oder Offerte steht Ihnen unser Versicherungspartner VCW Versicherungs-Treuhand AG gerne zur Verfügung. Nehmen Sie bitte mit uns Kontakt auf:

## Processus de soins en nutrition et sa terminologie



### Contenu

#### Jour 1

- Présentation du projet PSN de l'ASDD et regard sur la situation internationale
- Présentation du PSN et sa terminologie
- Implémentation et utilisation du diagnostic nutritionnel en pratique
- Introduction du PSN et de sa terminologie dans le dossier patient informatisé
- Elaboration de diagnostics nutritionnels à partir de présentation de cas selon la structure Problème, Etiologie, Symptômes (PES).

#### Jour 2

Cette demi-journée sera organisée à la demande des participants selon leurs besoins liés à leurs domaines professionnels.

### Objectifs

Les diététicien-ne-s doivent démontrer leur valeur aux instances politiques et économiques en mettant l'accent sur les impacts de leurs interventions sur la santé de la population, de groupes ou de personnes. Le processus de soins en nutrition (PSN) et sa terminologie, créés par l'Academy of Nutrition and Dietetics, permettent de renforcer un niveau qualitatif élevé des prises en charge diététiques et nutritionnelles. Le PSN se compose de 4 étapes (évaluation initiale, diagnostic nutritionnel, intervention et surveillance/réévaluation). Il n'est donc pas question de prise en charge standardisée des patients mais d'un processus standardisé. Cette formation permettra de:

- Discuter de la mise en pratique du processus de soins en nutrition au niveau Suisse
- Décrire les 4 étapes du processus de soins en nutrition
- Utiliser la terminologie du processus de soins en nutrition pour rédiger des diagnostics nutritionnels selon la structure Problème, Etiologie, Symptômes (PES).

**Dates:** 24 septembre 2015 + la date de la demi-journée spécifique sera fixée en fonction des groupes et des participants  
**Lieu:** Lausanne ou Yverdon

## Les traitements du diabète et les implications alimentaires



### Contenu

- Les modes d'action des différentes classes de médicaments et des insulines
- Indications et contre-indications
- Programme FIT
- Méthode des insulines-repas
- Recommandations alimentaires en lien avec ces thèmes

### Objectifs

En collaboration avec la HES – filière Nutrition et diététique, le Programme cantonal Diabète vaudois (PCD) (<http://pcd.diabete-vaud.ch>) vous propose une journée de formation sur les traitements du diabète. La compréhension du mode d'action des médicaments et des temps d'action insulines est déterminante pour orienter les conseils nutritionnels. Le programme FIT et la méthode des repas-insulines sont proposés dans certains centres spécialisés en diabétologie.

Cette journée vous propose de mettre à jour vos connaissances sur ces thèmes et vous permettra de faire un transfert dans votre pratique professionnelle. Ce deuxième volet de formation s'intègre dans un concept de formation LLL (Lifelong Learning) qui a pour but de proposer une journée de formation annuelle sur des thèmes en lien avec la prise en charge du diabète afin d'assurer une continuité dans la mise à jour des connaissances.

### Objectifs

- Comprendre les modes d'action des traitements du diabète afin d'adapter les conseils nutritionnels.
- Présenter le programme FIT et la méthode des insulines-repas afin de pouvoir collaborer avec des médecins et soignants qui les utilisent pour former les patients.

**Date:** 24 novembre 2015

**Lieu:** Lausanne

## Conduite de projets (GDPM – Goal Directed Project Management)



### Contenu

Par des exposés, des exemples concrets, des études de cas, des discussions et échanges entre participants, Denis Hertz (WAKAN) cherchera à stimuler l'action concrète des personnes présentes.

Vous entraînerez la planification en jalons, la définition des rôles et des responsabilités explicites des acteurs des projets, donc sur les relations des personnes avec le système.

Vous recevrez des documents utiles pour une communication homogène aux différentes parties prenantes tout au long du projet.

Par des jeux de rôles, vous explorerez également la subtilité de la conduite d'une équipe, en tenant compte des différents styles, compétences et expériences de chacun.

### Objectifs

Permettre aux participant-e-s de se familiariser avec les concepts et les techniques de base, s'initier à la démarche et aux outils classiques, et stimuler les discussions et échanges relativement à leurs expériences dans le domaine de la conduite de projet.

Cette formation permettra aux participant-e-s d'exercer:

- les objectifs du projet, sa place et son rôle au sein de l'organisation,
- l'équipe de projet, facteur critique du succès (composition, relation entre ses membres, interactions dans l'organisation),
- la planification du projet (chemin critique, étapes essentielles),
- le déroulement du projet (contrôle et suivi des activités, gestion des ressources et des coûts),
- la gestion du temps,
- le rôle du management de l'organisation,
- une approche sommaire des outils informatiques d'aide à la gestion de projets.

**Dates:** 18 et 19 janvier 2016 + 8 mars 2016

**Lieu:** Genève

## Maladie cœliaque, sensibilité non cœliaque au gluten et FODMAPs



### Contenu

Nous vous proposons au cours de la première journée de:

- faire le point sur l'évolution de la maladie cœliaque ainsi que sur les perspectives de traitements,
- différencier maladie cœliaque et sensibilité non cœliaque au gluten et connaître les approches nutritionnelles spécifiques à chacune d'elles,
- travailler sur les ingrédients susceptibles de contenir du gluten, connaître les aspects législatifs dans le domaine, les méthodes de dosage du gluten dans les aliments et les modifications des glutens dans le blé.

Au cours de la seconde journée, nous vous proposons:

- une mise au point concernant le microbiote: ses rôles dans le maintien de la santé et du bien-être, les mécanismes susceptibles de le perturber ou de le moduler,
- une présentation du concept FODMAPs: tests de dépistage de l'intolérance, alimentation pauvre en FODMAPs, prise en charge et suivi.

### Objectifs

La vogue du sans gluten et du sans lactose gagne du terrain, phénomène qui va de pair avec l'augmentation des troubles fonctionnels digestifs (TDF). Ce phénomène du «sans» exprime des préoccupations alimentaires et diététiques sur lesquelles, comme professionnels de la nutrition, nous devons nous pencher. Ces TDF, chroniques, ont un impact direct et indirect sur la vie socio-professionnelle et la santé et péjorent la qualité de vie. Ils engendrent de nombreuses prises en charge médicales et alternatives. Ainsi, des connaissances actualisées sur la maladie cœliaque, la sensibilité non cœliaque au gluten et le concept FODMAPs sont essentielles pour guider nos patients.

Si hier, la maladie cœliaque était surtout diagnostiquée chez l'enfant, aujourd'hui on la dépiste de plus en plus chez l'adulte, et son seul traitement actuel est l'alimentation excluant le gluten de façon stricte.

Les FODMAPs ou hydrates de carbone à chaîne courte rapidement fermentescibles, constituent une approche émergente qui viserait une amélioration de la symptomatologie digestive lors de syndrome du côlon irritable.

**Date:** 9 + 10 mars 2016

**Lieu:** Lausanne

**Veillez vous inscrire sur:  
[www.hesge.ch/heds](http://www.hesge.ch/heds) | Formation  
continue | Sessions Courtes |  
Nutrition et diététique**

sermed informe :

## Le vol durant les vacances

### «Vol simple à l'extérieur» – de quoi s'agit-il ?

Les assureurs ménage distinguent trois types de vol : l'effraction, le détournement et le «vol simple». Le détournement englobe les sinistres vol avec menace ou usage de la force contre des personnes. En matière d'assurance, il y a effraction lorsqu'il est fait usage de la violence pour entrer dans un bâtiment, dans une pièce d'un bâtiment ou pour ouvrir un contenant fermé dans un bâtiment. Le «vol simple» désigne l'ensemble des autres cas de vol. La plupart des sinistres vol se produisent lors d'un déplacement ou justement à l'extérieur. Sont particulièrement répandus : le vol à l'astuce, le vol de bicyclettes et le vol avec effraction sur une voiture parkée. Si l'on renonce au module de couverture «vol simple à l'extérieur», il faut être conscient des risques qui ne sont pas assurés.

### Bien couvrir les risques liés à la mobilité

Les voleurs apprécient particulièrement les natels, les sacs à main bien remplis et les bicyclettes. Sur la route des vacances, des voitures entières sont dérobées avec tout leur contenu, ou d'onéreux VTT disparaissent du toit d'un véhicule. En hiver, ce sont souvent les snowboards et équipements de ski de toute la famille qui sont subtilisés. Dans ces cas, un sinistre vol peut vite représenter plusieurs milliers de francs. Il est par conséquent judicieux de se protéger contre le risque de vol hors de chez soi en incluant, dans la police ménage, une somme d'assurance appropriée pour le «vol simple à l'extérieur». L'offre des assureurs pour couvrir les risques en route est

complétée par des assurances voyage et la couverture des effets emportés proposée dans l'assurance véhicule à moteur.

Nous vous recommandons de vérifier votre couverture d'assurance actuelle !

Notre partenaire d'assurance VCW Versicherungs-Treuhand AG se tient volontiers à votre disposition pour un conseil ou une offre sans engagement. Veuillez nous contacter :



14. September 2015, Bern

# Nichtalkoholische Fettlebererkrankung

## Symposium für Ernährungsfachleute



### Veranstalter und Organisation

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



Die nichtalkoholische Fettlebererkrankung – kurz NAFLD – hat sich zur Volkskrankheit entwickelt. Schätzungsweise 20 bis 40 Prozent der Bevölkerung in den Industrieländern sind bereits betroffen – auch adipöse Kinder haben oft schon eine verfettete Leber.

Das kann ernste Folgen haben. Nicht nur für die Leber selbst – auch die Gefahr für Diabetes Typ 2, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Herzinfarkt steigt. Über die NAFLD gibt es aber auch Gutes zu berichten:

Mit der Veränderung des Lebensstils – mehr Bewegung und entsprechende Ernährung – kann die Leber recht schnell wieder entfettet werden.

Expertinnen und Experten erklären unter anderem, wie es zur nichtalkoholischen Fettlebererkrankung kommt und wie präventive und therapeutische Massnahmen eingesetzt werden können. Weitere Themen sind: **Insulinresistenz, Diabetes mellitus und der Einfluss unserer Gene auf Erkrankungen.**

**Jetzt anmelden: [www.swissmilk.ch/symposium](http://www.swissmilk.ch/symposium)**



Schweiz. Natürlich.



swissmilk

# KURSÜBERSICHT VUE D'ENSEMBLE DES COURS PANORAMICA DEI CORSI

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

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

Per maggiori informazioni sui prossimi eventi consultate [www.svde-asdd.ch](http://www.svde-asdd.ch). La panoramica dei corsi è costantemente aggiornata e completata con altri importanti avvenimenti.

| Datum<br>Date<br>Data | Ort<br>Lieu<br>Luogo | Veranstaltung<br>Manifestation<br>Manifestazione                                                                                                             | SVDE-Punkte<br>Points ASDD<br>Punti ASDD |
|-----------------------|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| 27.08.15              | Chêne-Bourg          | <b>Journée de formation Contrepoids sur l'obésité infantile</b><br>Centre de formation HUG, Chêne-Bourg                                                      | 2                                        |
| 27.08.15              | Bern                 | <b>Nationale Fachtagung der SGE</b> Hochschulzentrum vonRoll Bern, Bern                                                                                      | 2                                        |
| 28.08.15              | Bern                 | <b>Interdisziplinäre Fachtagung zum Thema Muttermilch</b> Inselspital, Auditorium Langhans, Bern                                                             | 1                                        |
| 29.08.15              | Zürich               | <b>Stockende Therapie- und Beratungsprozesse</b><br>IKP, Zürich                                                                                              | 2                                        |
| 01.09.15–03.09.15     | Bonn                 | <b>Seminar Pizza, Pasta, Pommes – Fakten, Projekte und Ideen rund um die Kinderernährung</b><br>Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V., Bonn              | 5                                        |
| 03.09.15              | Lausanne             | <b>Forum cantonal Diabète 2015 «Les complications du diabète: une responsabilité partagée»</b><br>Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne         |                                          |
| 05.09.15              | Zürich               | <b>Energiepsychologie zum Stressabbau – Energetische Gestalttherapie embodied</b> IKP, Zürich                                                                | 2                                        |
| 09.09.15              | Lausanne             | <b>Interdisziplinäre Fachtagung zum Thema Muttermilch</b> CHUV, Lausanne                                                                                     | 1                                        |
| 10.09.15              | Zürich               | <b>Einführung in die Ego-States-Therapy – das Arbeiten mit Teilen (Parts)</b> IKP, Zürich                                                                    | 2                                        |
| 11.09.15              | Basel                | <b>Nutrition Care Process and Terminology (NCPT)</b> SVDE ASDD <b>AUSGEBUCHT</b>                                                                             | 2                                        |
| 11.09.15              | Olten                | <b>Motivierende Gesprächsführung – Aufbaukurs</b> Restaurant Aarhof, Olten                                                                                   | 2                                        |
| 14.09.15              | Bern                 | <b>Swissmilk Symposium: Nicht alkoholische Fettlebererkrankung</b><br>Kultur Casino Bern, Bern                                                               | 2                                        |
| 15.09.15              | Gümligen             | <b>Essen als Erlebnis im Alter – neuzeitliche Seniorenverpflegung</b><br>Gümligen, Worbstrasse 262                                                           | 1                                        |
| 17.09.15              | Luzern               | <b>Parenterale Ernährung</b> Hotel Continental, Luzern                                                                                                       | 1                                        |
| 18.09.15              | Wien                 | <b>2. Fachtag Sporternährung «Sport, Ernährung und Psyche»</b><br>Raiffeisensaal der Raiffeisen Zentralbank Wien, Wien                                       | 2                                        |
| 18.09.15              | Zürich               | <b>Anamnese und Beratung mit dem didaktischen Visualisierungsmodell profEAT</b> SVDE ASDD                                                                    | 2                                        |
| 18.09.15–19.09.15     | Wiesbaden            | <b>Fortbildung Integrative Onkologie: Körperliche Aktivität in der Onkologie</b><br>Sankt Josefs-Hospital Wiesbaden, Wiesbaden                               | 1                                        |
| 21.09.15              | Zürich               | <b>Endokrinologische Erkrankungen und Ernährung</b> Schule für Naturheilkunde, Zürich                                                                        | 2                                        |
| 22.09.15              | Gümligen             | <b>Wenn der Mensch vergisst, was er is(s)t</b> Gümligen                                                                                                      | 1                                        |
| 24.09.15              | Zürich               | <b>Lebenszufriedenheit und Glück: eine wesensmässig-spirituelle Spurensuche</b> IKP, Zürich                                                                  | 2                                        |
| 24.09.15              | Zürich               | <b>Nachhaltig und gesund essen</b> IKP Zürich                                                                                                                | 2                                        |
| 24.09.15–25.09.15     | Lausanne ou Yverdon  | <b>Processus de soins en nutrition et sa terminologie</b> HEdS et SVDE ASDD                                                                                  | 3                                        |
| 29.09.15–30.09.15     | Lausanne             | <b>Journées Lausannoises en nutrition clinique – Cours de base</b> CHUV Lausanne, Lausanne                                                                   |                                          |
| 30.09.15              | Zürich               | <b>Mit Kompetenz Behinderteninstitutionen begleiten</b><br>Fachtagung: Der Mensch mit geistiger und Mehrfachbehinderung im Zentrum, Fortsetzung<br>SVDE ASDD | 2                                        |
| 01.10.15 - 02.10.15   | Basel                | <b>1. Pädiatrisches Ernährungssymposium</b> SVDE ASDD                                                                                                        | 4                                        |
| 09.10.15–10.10.15     | München              | <b>Update Ernährungsmedizin 2015</b> Klinikum rechts der Isar, Hörsaal A, München                                                                            | 6                                        |
| 15.10.15–17.10.15     | Berlin               | <b>31. Jahrestagung der Deutschen Adipositas-Gesellschaft e.V. (DAG)</b> Urania, Berlin                                                                      |                                          |
| 16.10.15              | Bern                 | <b>Seminar Nahrungsmittelintoleranzen von häufig bis häufig übersehen</b><br>aha! Allergiezentrum Schweiz, Bern                                              | 2                                        |
| 23.10.15–24.10.15     | Bern                 | <b>Grundkurs «Zöliakie»</b> aha! Allergiezentrum Schweiz, Bern                                                                                               | 2                                        |
| 23.10.15–24.10.15     | Amsterdam            | <b>EFAD Conference</b> Conference Hotel Casa400, BC Amsterdam                                                                                                | 4                                        |
| 29.10.15              | Luzern               | <b>Onkologie und Ernährung</b> Hotel Continental Luzern, Luzern                                                                                              | 2                                        |
| 29.10.15              | Zürich               | <b>Ernährungsparanorama – Gestalttherapeutisches Vorgehen</b> IKP, Zürich                                                                                    | 2                                        |
| 29.10.15              | Bern                 | <b>GESKES-Zertifikatskurs und Berner Adipositas Symposium</b> Inselspital Bern, Bern                                                                         |                                          |
| 30.10.15              | Basel                | <b>Nutrition Care Process und Terminologie (NCPT) – Aufbaukurs: Interventionen</b> SVDE ASDD                                                                 | 2                                        |

# KURSÜBERSICHT VUE D'ENSEMBLE DES COURS PANORAMICA DEI CORSI

| Datum<br>Date<br>Data | Ort<br>Lieu<br>Luogo | Veranstaltung<br>Manifestation<br>Manifestazione                                                                                                  | SVDE-Punkte<br>Points ASDD<br>Punti ASDD |
|-----------------------|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| 05.11.15              | Gümligen             | <b>Aktuelle Kostform im Heim und Spital – Fingerfood und Mangelernährung</b><br>Forum Culinaire, HACO AG, Gümligen                                | 1                                        |
| 05.11.15              | Bonn                 | <b>Seminar Fütterstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern</b><br>Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V., Bonn                                 | 2                                        |
| 06.11.15–07.11.15     | Bern                 | <b>Seminar Nahrungsmittelallergien</b> aha! Allergiezentrum Schweiz, Bern                                                                         | 4                                        |
| 06.11.15–08.11.15     | Essen                | <b>JA-PED 2015   Gemeinsame Jahrestagung der AGPD und der DGKED</b> Haus der Technik, Essen                                                       |                                          |
| 07.11.15              | Zürich               | <b>Tagung IG Zöliakie – «Glutenfrei für alle?»</b> Kongresshaus, Zürich                                                                           | –                                        |
| 09.11.15–11.11.15     | Bonn                 | <b>Seminar Eltern als Klienten – Der Familien-Systemische Ansatz in der Ernährungsberatung</b><br>Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V., Bonn | 5                                        |
| 12.11.15              | Winterthur           | <b>Endokrinologie und Stoffwechsel – Update</b> SVDE ASDD                                                                                         | 2                                        |
| 13.11.15              | Zürich               | <b>Recall-Change – Veränderungsarbeit in der Körperzentrierten Psychologischen Beratung</b> IKP, Zürich                                           | 2                                        |
| 17.11.15              | Gümligen             | <b>Wenn der Mensch vergisst, was er is(s)t</b> Forum Culinaire, HACO AG, Gümligen                                                                 | 1                                        |
| 19.11.15–20.11.15     | Zürich               | <b>Souverän Handeln unter Druck</b> SVDE ASDD                                                                                                     | 4                                        |
| 19.11.15–21.11.15     | Würzburg             | <b>18. Deutsche Mukoviszidose-Tagung</b> Congresszentrum Würzburg, Würzburg                                                                       | 4                                        |
| 24.11.15              | Lausanne             | <b>Les traitements du diabète et les implications alimentaires</b> HEDS Genève et SVDE ASDD                                                       | 2                                        |
| 24.11.15              | St. Gallen           | <b>Ernährung in der Geriatrie</b> Hotel Einstein, St. Gallen                                                                                      | 1                                        |
| 26.11.15              | Yverdon-les-Bains    | <b>Gériatrie et nutrition: actions précoces = fonctions préservées</b> Hotel La Prairie, Yverdon-les-Bains                                        | 2                                        |
| 03.12.15–05.12.15     | Zürich               | <b>Diabetes Update Refresher</b> Technopark Zürich, Zürich                                                                                        | 6                                        |
| 04.12.15–05.12.15     | Zürich               | <b>Provozieren – aber richtig!</b> IKP, Zürich                                                                                                    | 4                                        |
| 14.01.16              | Winterthur           | <b>Endokrinologie und Stoffwechsel Update PLUS</b> SVDE ASDD                                                                                      | 2                                        |
| 05.02.16–23.04.16     | Carouge              | <b>Traitement physique des oedèmes</b> HEDS Genève et SVDE ASDD                                                                                   |                                          |

# OMEGA-life®: 1x täglich fürs Leben.

Natürliche Vitalität aus dem Meer.



OMEGA-life® enthält die lebenswichtigen Omega-3-Fettsäuren EPA und DHA, welche die Blutfettregulation beeinflussen und zu Ihrer Gesundheit beitragen. Eine Kapsel deckt den täglichen Bedarf. Erhältlich in Apotheken und Drogerien.

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

Mit 500 mg  
EPA und DHA –  
die ideale  
Tagesdosis.





BIFIDUS ACTIREGULARIS®

# ACTIVIA®

## Unterstützt die Verdauung



ACTIVIA mit seiner besonderen Bifidus Kultur ActiRegularis® unterstützt sanft die Verdauung!\*

Das ist wissenschaftlich bewiesen.

\* ACTIVIA trägt zum Darmwohlbefinden bei, indem es die Darmpassagezeit verkürzt und das Aufgeblähtsein reduziert. Täglich zwei Becher ACTIVIA, im Rahmen einer ausgewogenen Ernährung und eines gesunden Lebensstils.





*Die klarste Lösung bei Dysphagie*  
*La solution clairement plus simple*  
*en cas de dysphagie*

*Instant-Pulver*  
zur Eindickung  
von Flüssigkeiten und  
pürierten Speisen

*Poudre instantanée*  
au goût neutre pour  
épaissir les liquides et  
les mets mixés



**RESOURCE® ThickenUp Clear®**

*Sicher Schlucken war noch nie so einfach*

- Klare Flüssigkeiten bleiben nach dem Eindicken klar
- Eine Dosierung pro Konsistenz für alle Flüssigkeiten
- Schnelles und dauerhaftes Eindicken
- Glutenfrei, lactosearm, fettfrei

*Déglutir en toute sécurité n'a jamais été aussi facile*

- Épaississement transparent et sans grumeaux
- Un dosage par consistance pour toutes les boissons
- Épaississement instantané et consistance stable
- Exempt de gluten, pauvre en lactose, sans graisses