

November | Novembre | Novembre

5/2020



Bis zuletzt? Ernährungstherapie in der Palliative Care
Jusqu'au bout? La thérapie nutritionnelle dans les soins palliatifs
Fino alla fine? La terapia nutrizionale nelle cure palliative



SCHRITT FÜR SCHRITT MEHR MOBILITÄT.

PLUS DE MOBILITÉ, ÉTAPE PAR ÉTAPE.



Medizinische Trinknahrung: speziell konzipiert für **Sarkopenie-Patienten.***

Alimentation buvable médicale:
spécialement indiquée pour les patients
atteints d'une sarcopénie.*

* FortiFit® Energy Plus dient zum Diätmanagement bei krankheitsbedingter Mangelernährung, insbesondere bei Verlust an Muskelmasse. FortiFit® Pulver dient zum Diätmanagement bei Erkrankungen assoziiert mit Proteinmangel und dem Verlust an Muskelmasse. FortiFit® Pulver und FortiFit® Energy Plus sind Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke (bilanzierte Diät). Nur unter ärztlicher Aufsicht verwenden.

* FortiFit® Energy Plus est utilisé pour la gestion du régime en cas de carence alimentaire liée à une maladie, en particulier en cas de perte de la masse musculaire. FortiFit® Pulver est utilisé pour la gestion du régime en cas de maladies associées à une carence en protéines et à une perte de la masse musculaire. FortiFit® Pulver et FortiFit® Energy Plus sont des aliments destinés à des fins médicales particulières. N'utiliser que sous surveillance médicale.

Nutricia S.A. / Hardturmstrasse 135 / CH-8005 Zürich
Telefon 0844 844 802 / www.nutricia-med.ch

**Die nächste GV findet am
16. April 2021 in Freiburg/Fribourg
statt.**

**Mitglieder, welche die Behandlung eines Traktandums
wünschen, haben dies gemäss Statuten, Art. 8 bis 50 Tage
vor der Generalversammlung schriftlich beim Vorstand
zu verlangen, d.h. bis am 24. Februar 2021.**

**La prochaine AG aura lieu le
16 avril 2021 à Fribourg.**

**Les membres qui souhaitent ajouter un point à l'ordre
du jour, doivent selon art. 8 des statuts en faire la demande
écrite au comité, au moins 50 jours avant la date
de l'assemblée générale soit jusqu'au 24 février 2021.**



SVDE ASDD

DEUTSCHSCHWEIZ

Editorial	2
Fachteil	4
Wort der Präsidentin	37
Verbandsinfo	38
Aktuelles	43
Kursübersicht	47

SUISSE ROMANDE

Editorial	2
Rubrique professionnelle	6
Le mot de la présidente	37
Info de l'ASDD	39
Actualité	43
Vue d'ensemble des cours	47

SVIZZERA ITALIANA

Editoriale	2
Rubrica professionale	8
Parola della presidentessa	37
Info dell'ASDD	41
Attualità	44
Panoramica dei corsi	47

Mein Wohlfühl- Geheimnis



Bei Blähungen,
Verstopfung
oder Durchfall.

- ⊕ Neutraler Geschmack;
einfach in der Anwendung
- ⊕ Reguliert Ihre Darmflora,
indem es die guten
Bakterien nährt
- ⊕ 100% pflanzliche
Nahrungsfasern

Bestellen Sie ein
Gratismuster unter
optifibre.ch



OptiFibre

Finden Sie Ihr natürliches
Wohlbefinden wieder

Impressum

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

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

Redaktion / Rédaction / Redazione

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

Stellenanzeiger + Inserate / Service d'emploi +

Announces / Offerte d'emploi + Annunci
SVDE ASDD, Sekretariat, Altenbergstrasse 29, Postfach 686,
3000 Bern 8

Abonnement / Abonnement / Abbonamento

Fr. 72.–/J., für SVDE-Mitglieder kostenlos, Ausland Fr. 85.–/J.
Fr. 72.–/an, gratuit pour les membres ASDD,
Etranger Fr. 85.–/an.
Fr. 72.–/anno, gratis per i soci ASDD, Estero Fr. 85.–/anno

Auflage / Tirage / Tiratura: 1600

Themen / Sujets / Temi

- 1/2021 Adipositas
Obésité
Obesità
- 2/2021 Hunger-Sättigung bei parenteraler Ernährung
Sensation de faim ou de satiété
en cas d'alimentation parentérale
Fame-sazieta nella nutrizione parenterale
- 3/2021 Social Media
Réseaux sociaux
Media sociali
- 4/2021 Fasten – Nutzen und Risiken
der verschiedenen Fastenarten
Jeûne – avantages et risques
des différents types de jeûne
Digiuno – vantaggi e rischi dei vari tipi di digiuno
- 5/2021 Ernährungstherapie für Menschen
mit Beeinträchtigung
Thérapie nutritionnelle pour les personnes
en situation de handicap
Terapia nutrizionale per le persone con limitazioni
- 6/2021 Ernährung auf der IPS
Nutrition aux soins intensifs
Nutrizione in terapia intensiva

Druck / Impression / Stampa
Multicolor Print AG, Baar

**Redaktions- und Inserateschluss / Délais des insertions
et de rédaction / Termine d'inserzione et di redazione:**
1/2021: 7. Dezember, 7 décembre, 7 dicembre 2020

Tarifikomponente / Documentazione delle tariffe
www.svde-asdd.ch

Geschäftsstelle / Secrétariat / Secretariato

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

Präsidentin / Présidente / Presidentessa

Gabi Fontana
gabi.fontana@svde-asdd.ch

Vizepräsident/in / Vice-présidentes / Vice presidenti

Adrian Rufener
adrian.rufener@svde-asdd.ch
Barbara Richli
barbara.richli@svde-asdd.ch

Vorstand / Comité / Comitato direttivo

Bildungsstandards / Standards de formation /
Standard formativi
Adrian Rufener
adrian.rufener@svde-asdd.ch

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

Tarifverhandlungen & DRG / Négociations tarifaires & DRG /
Negoziazione tariffaria & DRG

Gabi Fontana
gabi.fontana@svde-asdd.ch

Serviceleistungen / Services / Servizio:

Brigitte Christen-Hess
brigitte.christen@svde-asdd.ch

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

Dominique Remy
dominique.remy@svde-asdd.ch

Titelbild / Photo de couverture / Illustrazione di copertina
shutterstock

ISSN 2504-1681

Schlüsselwort: Info
(Schweizerischer Verband der Ernährungsberater/innen)



**SVDE-Fachgruppe Deutschschweiz Palliative Care
Groupe spécialisée ASDD Soins palliatifs Suisse alémanique
Gruppo specializzato ASDD Svizzera tedesca – Cure palliative**

Liebe Leserin, lieber Leser

«Er/Sie ist palliativ» – wie oft haben wir diesen Satz im Berufsalltag schon gehört. Doch was bedeutet es, wenn ein Patient oder eine Patientin «palliativ» ist? Welche Rolle spielt die Ernährung?

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Palliative Care als eine Haltung und Behandlung, welche die Lebensqualität von Patienten und ihren Bezugspersonen verbessern soll, wenn eine lebensbedrohliche Krankheit vorliegt. Dies umfasst nicht nur die Diagnose eines Tumors, sondern beispielsweise auch neurologische Erkrankungen wie ALS, Parkinson, Demenz, schwere Organleiden oder geriatrische Patienten.

In der Palliative Care geht es nicht einfach um einen Behandlungspfad, sondern um die Haltung gegenüber sämtlichen palliativen Patienten. Der Fokus liegt auf der individuellen Lebensqualität und dem einfühlsamen, aktiven Miteinbezug des Umfelds. Fragen wir doch öfter mal: «Was ist das Ziel; respektive welche Ziele und Bedürfnisse hat der Patient/die Patientin? Was brauchen die Bezugspersonen?». Denn selbst wenn wir mit unserer Arbeit für den Patienten nicht mehr das Ziel der bedarfsdeckenden Ernährung anstreben, benötigen oft die Beteiligten Beratung oder Informationen.

Von Anfang an Teil des interdisziplinären Teams zu sein und bis zuletzt zu bleiben, ist unser Anliegen. Damit wir mit Patienten frühzeitig Möglichkeiten und Ziele klären und sie auf ihrem Weg begleiten können.

Chère lectrice, cher lecteur

«C'est un-e patient-e en soins palliatifs»: nous avons déjà entendu cette phrase souvent dans notre quotidien professionnel. Mais cela veut dire quoi au juste? Et quel rôle joue alors l'alimentation?

L'Organisation mondiale de la Santé OMS (WHO) définit les soins palliatifs comme une attitude et un traitement visant à améliorer la qualité de vie des patient-e-s et de leurs personnes de référence, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle. Cela englobe non seulement le diagnostic d'une tumeur, mais aussi des maladies neurologiques comme la SLA, la maladie de Parkinson, la démence, les atteintes graves des organes, ou encore les patient-e-s gériatriques.

Les soins palliatifs ne se limitent pas à un parcours de soins. Ils font aussi référence à une attitude vis-à-vis de l'ensemble de ces patient-e-s. L'accent est mis sur la qualité de vie individuelle et l'implication active et empathique de l'entourage. Revenons plus souvent à des questions fondamentales comme: «Quel est l'objectif poursuivi? Quels sont les objectifs et les attentes du/de la patient-e? De quoi ont besoin les personnes de référence?». Même si, dans le cadre de notre travail au service du/de la patient-e, nous ne poursuivons plus l'objectif d'une alimentation couvrant les besoins, les personnes impliquées souhaitent souvent obtenir des conseils ou des informations.

Notre but est de faire partie dès le début de l'équipe interdisciplinaire et d'y rester jusqu'à la fin, pour que nous puissions clarifier tôt les possibilités et les objectifs avec le/la patient-e ainsi que l'accompagner sur son chemin.

Cara lettrice, caro lettore

«È un paziente palliativo» – non è raro sentire questa frase nel nostro lavoro quotidiano. Ma cosa significa esattamente che un paziente è «palliativo»? Che ruolo gioca l'alimentazione?

L'OMS (World Health Organization WHO) definisce le cure palliative come una condotta e un trattamento che dovrebbe migliorare la qualità di vita dei pazienti e delle loro famiglie, in presenza di una malattia mortale, che può essere di natura oncologica ma anche ad esempio neurologica, come SLA, Parkinson, demenza. Oppure può trattarsi di gravi patologie organiche o di pazienti geriatrici.

Nelle cure palliative non è importante solo il percorso terapeutico ma anche l'approccio che si ha verso i pazienti: ci si concentra sulla qualità di vita di ogni singolo paziente e sul coinvolgimento empatico e attivo di chi gli sta vicino. E allora poniamoci più spesso le seguenti domande: «Qual è l'obiettivo, o meglio quali sono gli obiettivi e le esigenze del paziente? Di cosa hanno bisogno i familiari?». Anche se l'obiettivo che perseguiamo non è più quello di una nutrizione che copra i fabbisogni del paziente, le persone coinvolte necessitano comunque spesso di consulenza e informazioni.

Il nostro obiettivo è far parte del team interdisciplinare dall'inizio fino alla fine, così da poter chiarire presto con i pazienti le possibilità a disposizione e gli obiettivi da raggiungere, in modo da riuscire ad accompagnarli adeguatamente.



Thick&Easy™ Clear

Die klare Lösung
für sicheres
Schlucken



Klare Ergebnisse unterstützen die Compliance der Patienten



Speisen und Getränke mühelos eindicken, ohne den Geschmack zu beeinträchtigen



Dank Amylaseresistenz bleibt die Konsistenz und die Textur von Getränken auch bei Speichelkontakt unverändert



Verleiht geschmeidige Konsistenz für ein angenehmes Mundgefühl

Fresenius Kabi (Schweiz) AG
Am Mattenhof 4, 6010 Kriens
Telefon 041 552 70 00
www.fresenius-kabi.ch



**FRESENIUS
KABI**

caring for life

Phasen der Palliative Care



Sabrina Vontobel

BSc, Ernährungsberaterin
 SVDE, Stv. Leitung
 Ernährungsberatung
 Spital Zollikerberg



Karin Zischg

BSc, Ernährungsberaterin
 SVDE, CAS klinisches
 Management Palliative
 Care, FH SG
 Spitäler Schaffhausen

Palliative Care beginnt mit der Diagnose «unheilbar krank» und umfasst nicht nur «End-of-Life-Care».

Die Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization WHO) (2) definiert Palliative Care gemäss unterem Kasten*.

Aufgrund dessen können Betroffene bereits in der Phase, wo Heilung und Lebensverlängerung noch im Vordergrund stehen (Kuration), von Palliative Care profitieren (3).

In Abbildung 1 wird dargestellt, wie sich die Anteile der Kuration und Palliation ändern. Auch Neuenschwander & Cina (4) halten fest, dass Palliative Care nicht nur

am Lebensende zum Einsatz kommt, sondern auf allen Gebieten, wo akute in chronische Krankheit übergeht. Denn die Veränderung von Kuration zu Palliation ist ein dynamischer Prozess. Weiter ist ersichtlich, dass von Anfang an nicht nur der Patient, sondern auch die Angehörigen, Pflegenden und weitere Betreuende eine Rolle spielen und miteinbezogen werden sollten. Diese werden auch nach dem Tod noch weiter begleitet, oft durch die Seelsorge – je nach Situation könnte auch ein klärendes Gespräch mit dem Ernährungstherapeuten/der Ernährungstherapeutin hilfreich sein.

In verschiedenen Literaturquellen wird die Zeit der Palliation in drei Phasen unterteilt: Rehabilitations-, Terminal- und Finalphase.

Die Rehabilitationsphase dauert meist mehrere Monate, ein möglichst «normaler», aktiver und selbstbestimmter Alltag wird angestrebt.

Die Terminalphase ist zeitlich eher auf Wochen statt Monate begrenzt, ein aktiver Alltag wird aufgrund zunehmender Symptome erschwert.

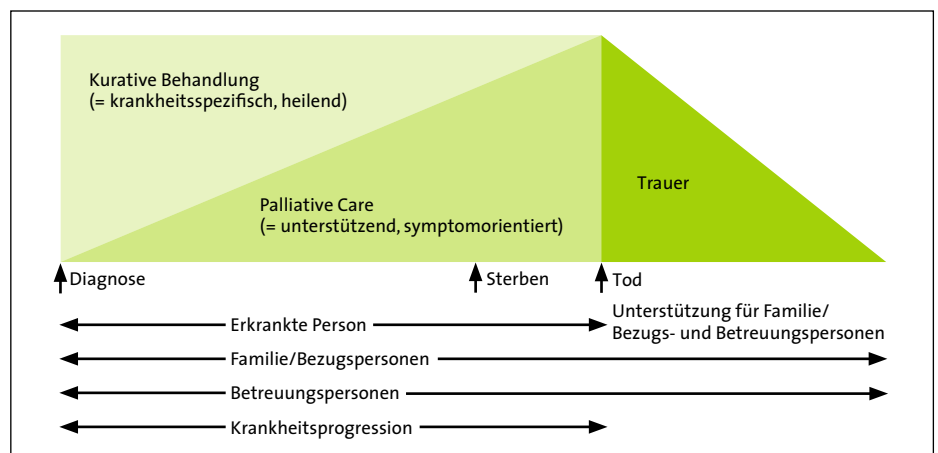


Abbildung 1: Model of palliative cancer care; adaptiert nach Ferris et al.

* Palliativmedizin/Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.

Die Palliativmedizin:

- ermöglicht Linderung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen
- bejaht das Leben und erkennt Sterben als normalen Prozess an
- beabsichtigt weder die Beschleunigung noch die Verzögerung des Todes
- integriert psychologische und spirituelle Aspekte der Betreuung
- bietet Patienten Unterstützung, um ihr Leben so aktiv wie möglich bis zum Tod zu gestalten
- bietet Angehörigen Unterstützung während der Erkrankung des Patienten und in der Trauerzeit
- beruht auf einem Teamansatz, um den Bedürfnissen der Patienten und ihrer Familien zu begegnen, auch durch Beratung in der Trauerzeit, falls notwendig
- fördert Lebensqualität und kann möglicherweise auch den Verlauf der Erkrankung positiv beeinflussen
- kommt frühzeitig im Krankheitsverlauf zur Anwendung, auch in Verbindung mit anderen Therapien, die eine Lebensverlängerung zum Ziel haben, wie z. B. Chemotherapie oder Bestrahlung, und schliesst Untersuchungen ein, die notwendig sind, um belastende Komplikationen besser zu verstehen und zu behandeln.

Die Finalphase umfasst die letzten 72 Stunden und somit die eigentliche Sterbephase (5).

Im aufgeführten Fallbeispiel befindet sich Frau S. in der Rehabilitationsphase.

Die Ziele und Aufgaben der Ernährungstherapie richten sich nach der Phase, in welcher sich die Patienten befinden. Zu Beginn der Erkrankung ist das Ziel meist, eine bedarfsdeckende Ernährung zu erreichen. Mit Fortschreiten der Erkrankung nimmt der Stellenwert der Symptombehandlung und der Lebensqualität, welche vom Patienten definiert wird, zu.

Im vorliegenden Fallbeispiel äusserte Frau S. mehrfach, dass sie die angepasste Konsistenz der Speisen (weiche – pürierte Kost) als eine Einschränkung ihrer Lebensqualität empfindet. Unsere Aufgabe ist, mit Frau S. zu klären, welche weiteren Optionen bestehen, um ihren Bedürfnissen gerecht zu werden.

Spätestens in der Terminalphase spielt eine bedarfsdeckende Ernährung keine Rolle mehr. Dennoch hat die Ernährungsberatung weiterhin eine wichtige Funktion. Nicht selten sind es dann die Angehörigen, die Informationen benötigen und durch ein Gespräch mit der Fachperson besser akzeptieren können, dass Nährstoffe in der letzten Phase nicht mehr relevant sind.

Unsere Aufgabe in dieser Phase ist es, die Emotionen, welche mit Essen verbunden sind, wahrzunehmen, durch Beratung und Information eine Entlastung (auch der Pflegenden) zu bieten und auch einmal einen Weg zu gehen, der nicht evidence based ist. Dies ganz im Sinne der Verbesserung der «allseitigen» Lebensqualität.

«Die Patienten sterben nicht, weil sie nicht essen, sondern sie essen nicht, weil sie sterben».
Cicely Saunders

Fallbeispiel

Frau S., 91-jährig, verwitwet, 3 Kinder, bisher allein gelebt mit Unterstützung (Spitex), leicht reduzierter Allgemeinzustand, orientiert. Diagnose ausgeprägte Dysphagie und rezidivierendes Erbrechen aufgrund einer Achalasie und tennisballgrosser Ösophagusaussackung. Die Patientin lehnt eine Operation (operative Muskelspaltung) aufgrund ihres Alters ab. Durch das rezidivierende Erbrechen und geringe Nahrungszufuhr hat die Patientin ungewollt 15 kg in ca. zwei Jahren abgenommen.

Äussert im Verlauf immer wieder, dass sie sterben möchte, auf der anderen Seite steht die Einlage einer PEG-Sonde zur Diskussion, um eine bessere Ernährung zu gewährleisten. Frau S. lässt sich im Verlauf durch die Angehörigen und die Ärzte zu einer Sondeneinlage überreden. Der Aufbau gestaltet sich schwierig, die Patientin hat Schmerzen. Nach mehreren Monaten entschliesst sie sich, dass sie keine Ernährung mehr über die Sonde möchte und isst einfach das, was noch geht.

In der Finalphase gilt es, bei Bedarf, einfühlsame Gespräche mit den Angehörigen zu führen.

Die Ernährungsberatung wird idealerweise bereits ab Diagnose respektive in der Rehabilitationsphase, auch bei gutem Ernährungszustand, beigezogen. Bei gutem Ernährungszustand und je nach Diagnose gehört es zu unseren Aufgaben, über Möglichkeiten des ernährungstherapeutischen Angebots zu informieren und zu klären, was sich der Patient/die Angehörigen vorstellen können und was nicht (6). Dabei sind auch die Meinungen der weiteren Fachpersonen (z.B. Ärzte, Therapeuten, Pflegende, Sozialdienst etc.) wichtig. Die vorausschauende interdisziplinäre Behandlungsplanung (Advanced care planing, ACP) stellt hier ein gutes Hilfsmittel dar. So kann einerseits in der Rehabilitationsphase der Erhalt der Selbstständigkeit durch eine ausreichende, optimierte Nährstoffzufuhr unterstützt werden und andererseits werden so unerwünschte respektive gewünschte Interventionen in der Terminalphase möglichst frühzeitig gemeinsam besprochen.

Die Fragen, welche unsere Arbeit bestimmen:

- Was ist das Ziel des Patienten (und evtl. der Angehörigen)?
- Was sind sie bereit, dafür zu tun?

In allen Phasen der Palliative Care ist unsere Aufgabe, zu ermitteln, welche Symptome vorliegen, die wir lindern können. Allgemein ist eine gute Beratung und Information wichtig – denn nur wer gut informiert ist, kann auch «gut» entscheiden. So nehmen wir unsere Rolle als Fachperson wahr.

Nützliche Unterlagen, Vertiefungen oder auch Hilfsmittel (z.B. symptomorientiertes Ernährungsscreening/PG-SGA SF) finden Sie im NutriPoint unter Palliative Care sowie Onkologie.

Literatur

1. www.palliative.ch/de/palliative-care/was-bedeutet-palliative-care/ abgerufen am 17.09.20
2. WHO, Definition Palliative Care, 2002 (www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf, abgerufen am 17.09.20)
3. www.palliative.ch, wann beginnt palliative care?, abgefragt am 13.08.20
4. Cina C, Neuenschwander H, editors. Handbuch Palliativmedizin. 3., vollständig überarbeitete Auflage. Bern: Verlag Hans Huber Hogrefe AG; 2015.
5. Kren M NF. Palliative Care lehren+lernen+leben. Die letzte Lebensphase.
6. BAG, das interprofessionelle Team in der Palliative Care.

Les phases des soins palliatifs



Sabrina Vontobel

BSc, Diététicienne ASDD,
responsable adj.
du conseil diététique
Hôpital de Zollikerberg



Karin Zischg

BSc, Diététicienne ASDD,
CAS Clinical Management
Palliative Care, HES SG
Hôpitaux de Schaffhouse

Les soins palliatifs commencent quand le diagnostic de «maladie incurable» est posé et n'englobe pas uniquement les soins de fin de vie.

L'Organisation mondiale de la Santé OMS (WHO) (2) définit les soins palliatifs selon l'encadré* ci-dessous.

Sur la base de cela, les personnes concernées peuvent bénéficier des soins palliatifs dès la phase où la guérison et la prolongation de la vie occupent encore le premier plan. (3).

La figure 1 présente l'évolution de la répartition entre soins curatifs et palliatifs. Neuenschwander & Cina (4) font également remarquer que les soins palliatifs

n'interviennent pas uniquement en fin de vie, mais aussi dans tous les domaines où la maladie aiguë devient chronique, le passage du stade curatif au stade palliatif étant un processus dynamique. Il apparaît en outre que dès le début, non seulement les patient-e-s, mais aussi les proches, les soignant-e-s et les autres professionnel-le-s de la santé, jouent un rôle et devraient être impliqué-e-s. Même après le décès, ils/elles continuent d'être accompagné-e-s, souvent par l'aumônerie. En fonction de la situation, un entretien de clarification avec le/la diététicien-ne peut s'avérer utile.

Selon plusieurs sources bibliographiques, on distingue trois phases dans la période de soins palliatifs: la phase de rééducation, la phase terminale et la phase finale.

La phase de rééducation dure généralement plusieurs mois et l'objectif est d'avoir un quotidien qui soit le plus «normal», actif et autodéterminé possible.

La phase terminale se compte en semaines plutôt qu'en mois, et il est difficile pour les patient-e-s de s'activer au quotidien parce que les symptômes s'aggravent.

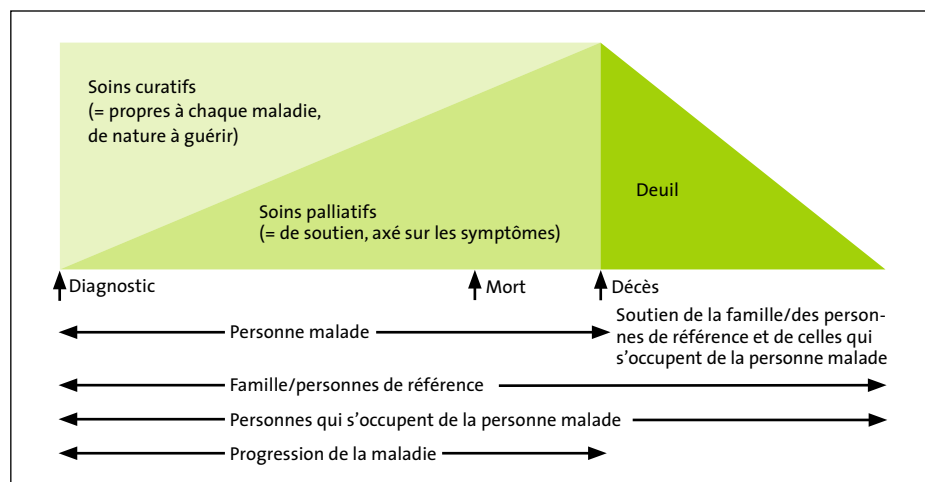


Figure 1: Modèle de soins palliatifs oncologiques; adapté selon Ferris et al.

* Les soins palliatifs cherchent à améliorer la qualité de vie des patient-e-s et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision, ainsi que le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés.

Les soins palliatifs:

- procurent le soulagement de la douleur et des autres symptômes gênants;
- soutiennent la vie et considèrent la mort comme un processus normal;
- n'entendent ni accélérer ni repousser la mort;
- intègrent les aspects psychologiques et spirituels des soins aux patient-e-s;
- proposent un système de soutien pour aider les patient-e-s à vivre aussi activement que possible jusqu'à la mort;
- offrent un système de soutien qui aide les proches à tenir pendant la maladie du/de la patient-e et pendant leur propre deuil;
- utilisent une approche d'équipe pour répondre aux besoins des patient-e-s et de leurs familles en y incluant si nécessaire une assistance au deuil;
- peuvent améliorer la qualité de vie et influencer peut-être aussi de manière positive l'évolution de la maladie;
- sont applicables tôt dans le déroulement de la maladie, en association avec d'autres traitements pouvant prolonger la vie, comme la chimiothérapie et la radiothérapie, et incluent les investigations qui sont requises afin de mieux comprendre les complications cliniques gênantes et de manière à pouvoir les prendre en charge.

La phase finale recoupe les 72 dernières heures de la vie et est celle où le/la patient-e s'éteint (5).

Dans notre exemple de cas, Mme S. se trouve en phase de rééducation.

Les objectifs et les tâches de la thérapie nutritionnelle dépendent de la phase dans laquelle se trouvent les patient-e-s. Au début de la maladie, l'objectif est en général d'arriver à une alimentation qui couvre les besoins nutritionnels. Au fur et à mesure que progresse la maladie, l'importance du traitement des symptômes et de la qualité de vie, qui est définie par le/la patient-e, augmente.

Dans notre exemple de cas, Mme S. s'est exprimée à plusieurs reprises sur le fait qu'elle ressent la consistance adaptée des mets (aliments mous, réduits en purée) comme une limitation de sa qualité de vie.

Exemple de cas

Mme S., 91 ans, veuve, trois enfants, habitait seule jusqu'à présent grâce à une assistance (service d'aide et de soins à domicile), état général légèrement affaibli, orientée dans le temps et l'espace. Diagnostic de dysphagie prononcée et vomissements répétés en raison d'une achalasie et diverticule de l'œsophage de la grandeur d'une balle de tennis. En raison de son âge avancé, la patiente refuse une intervention chirurgicale (myotomie). En raison des vomissements répétés et du faible apport en nutriments, la patiente a perdu sans le vouloir 15 kg en l'espace de deux ans environ.

Elle indique plusieurs fois qu'elle aimerait mourir, mais d'un autre côté, il est question de lui poser une sonde PEG pour garantir une meilleure alimentation. Mme S. se laisse peu à peu persuader par ses proches et les médecins d'accepter la pose d'une sonde. La réalimentation s'avère difficile, la patiente a des douleurs. Après quelques mois, elle décide d'arrêter l'alimentation par sonde et se contente de manger ce qui peut encore passer.

Notre tâche consiste donc à déterminer avec Mme S. les autres options qui existent pour satisfaire au mieux à ses besoins.

Au plus tard dans la phase terminale, la question d'une alimentation couvrant les besoins ne joue plus aucun rôle. Néanmoins,

le conseil diététique remplit encore une fonction importante. Il n'est pas rare que ce soient les proches qui aient besoin d'être informé-e-s et qui, grâce à un entretien avec le/la diététicien-ne, parviennent à mieux accepter le fait que dans la dernière phase, les nutriments ne sont plus importants.



Pour allier plaisir et bien-être.

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

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

Pour en savoir plus: coop.ch/freefrom



Pour moi et pour toi.

Notre rôle dans cette phase est de percevoir les émotions qui sont associées à l'alimentation, de proposer de soulager l'entourage (y compris les infirmiers/ières) en donnant des conseils et en informant, ainsi que de prendre peut-être une autre voie, qui n'est pas fondée sur les données probantes. Cela intervient dans le sens d'une amélioration de la qualité de vie pour toutes les personnes impliquées.

«Les patient-e-s ne meurent pas parce qu'ils/elles ne mangent pas, mais ils/elles ne mangent pas parce qu'ils/elles sont en train de mourir.»
Cicely Saunders

Dans la phase finale, il faut s'entretenir avec les proches en faisant preuve d'empathie.

Idéalement, les diététicien-ne-s sont impliqué-e-s dès le moment où le diagnostic est posé, donc dès la phase de rééducation, même si l'état nutritionnel est bon. Si l'état nutritionnel est bon et en fonc-

tion du diagnostic, nos tâches consistent à informer des possibilités de l'offre de thérapie nutritionnelle et de clarifier ce que le/la patient-e et ses proches peuvent (ou ne peuvent pas) envisager (6). Les avis des autres professionnel-le-s de la santé (médecins, thérapeutes, infirmiers/ières, assistant-e-s sociaux/ales, etc.) sont importants. La planification interdisciplinaire anticipée (*advanced care planning*, ACP) constitue un bon outil dans ce contexte. Ainsi, il se peut que dans la phase de rééducation, le maintien de l'autonomie soit favorisé par un apport nutritionnel suffisant et optimisé. D'autre part, cela permet de discuter ensemble le plus tôt possible des interventions indésirables ou souhaitées dans la phase terminale.

Les questions qui déterminent notre travail:

- Quel est l'objectif du/de la patient-e (et évent. de ses proches)?
- Que sont-ils/elles prêt-e-s à faire pour y parvenir?

Dans toutes les phases des soins palliatifs, c'est notre tâche de relever les symptômes présents que nous pouvons soulager. De manière générale, il est important de bien conseiller et bien informer, car pour prendre des décisions éclairées, il est nécessaire de disposer des informations pertinentes. Ainsi, nous assumons notre rôle de professionnel-le de la santé.

Vous trouverez des documents utiles, des informations approfondies, mais aussi des aides (p.ex. dépistage nutritionnel axé sur les symptômes/PG-SGA SF) à la rubrique Soins palliatifs et Oncologie de NutriPoint.

Bibliographie

1. www.palliative.ch/de/palliative-care/was-bedeutet-palliative-care/ abgerufen am 17.09.20
2. WHO, Definition Palliative Care, 2002 (www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf, abgerufen am 17.09.20)
3. www.palliative.ch, wann beginnt palliative care?, abgefragt am 13.08.20
4. Cina C, Neuenschwander H, editors. Handbuch Palliativmedizin. 3., vollständig überarbeitete Auflage. Bern: Verlag Hans Huber Hogrefe AG; 2015.
5. Kren M NF. Palliative Care lehren+lernen+leben. Die letzte Lebensphase.
6. BAG, das interprofessionelle Team in der Palliative Care.

Fasi delle cure palliative



Sabrina Vontobel

BSc, Dietista ASDD, Sost. responsabile del servizio di consulenza nutrizionale Ospedale Zollikerberg



Karin Zischg

BSc, Dietista ASDD, CAS in gestione clinica delle cure palliative, FH SG Ospedali sciaffusani

Le cure palliative iniziano con la diagnosi «malattia incurabile» e non includono unicamente le «cure di fine vita». L'OMS (World Health Organization WHO) (2) definisce le cure palliative come indica- to nella casella*.

Per queste ragioni i pazienti possono beneficiare di cure palliative anche nella fase in cui la cura della malattia e il prolungamento della vita (approccio curativo) sono ancora l'obiettivo principale (3).

La figura 1 illustra l'evoluzione progressiva dello spazio destinato all'approccio curativo e a quello palliativo. Anche Neuenschwander & Cina (4) sottolineano che le cure palliative non vengono impiegate solo nel contesto di fine vita, bensì in tutti i settori in cui una malattia acuta diventa cronica. Perché il passaggio dall'approccio curativo a quello palliativo è un processo dinamico. Inoltre è evidente, oltre al paziente, anche i suoi familiari, il personale sanitario e altri curanti ricoprono sin dall'inizio un ruolo importante e devono dunque essere coinvolti. Queste persone

vengono accompagnate anche dopo il decesso, spesso sul piano spirituale. Per questo, a seconda della situazione, potrebbe essere d'aiuto anche un colloquio chiarificatore con il o la dietista che ha seguito il paziente.

In diverse fonti bibliografiche il periodo della palliazione viene suddiviso in tre fasi: fase di riabilitazione, fase terminale e fase finale.

La fase di riabilitazione dura solitamente diversi mesi e ha quale obiettivo una quotidianità per quanto possibile «normale», attiva e autodeterminata.

*

La medicina palliativa/le cure palliative sono un approccio per migliorare la qualità di vita dei pazienti e delle famiglie che devono far fronte ai problemi legati ad una malattia potenzialmente mortale, attraverso la prevenzione e il trattamento della sofferenza e tramite l'identificazione tempestiva, la valutazione accurata e il trattamento del dolore e di altri problemi fisici, psicosociali e spirituali.

La medicina palliativa:

- permette di dare sollievo dal dolore e da altri sintomi che provocano sofferenza;
- afferma il valore della vita e considera la morte come un evento naturale;
- non ha lo scopo né di accelerare né di posticipare la morte del malato;
- integra gli aspetti psicologici e quelli spirituali della presa a carico;
- offre un sistema di supporto per aiutare i pazienti a vivere nel modo più attivo possibile fino al decesso;
- offre un sistema di supporto per aiutare le famiglie ad affrontare la malattia del paziente e poi il lutto;
- utilizza un approccio di squadra per rispondere alle necessità dei pazienti e delle loro famiglie, incluso se necessario il supporto psicologico durante il lutto;
- migliora la qualità di vita e potrebbe perfino avere effetti positivi sul decorso della malattia stessa;
- può essere applicata sin dalle primissime fasi della malattia ed essere associata ad altre terapie che mirano a prolungare la vita, come ad esempio chemioterapia o radioterapia, e include gli esami e le analisi necessari per meglio comprendere e trattare le complicazioni che provocano sofferenza.

La fase terminale è solitamente limitata ad alcune settimane piuttosto che a mesi; a causa dell'aumentare dei sintomi diventa difficile avere una quotidianità attiva.

La fase finale corrisponde alle ultime 72 ore e quindi alla vera e propria fase di fine vita (5).

Nel nostro esempio di caso la signora S. si trova nella fase di riabilitazione.

Gli obiettivi e i compiti della terapia nutrizionale si orientano alla fase nella quale si trova il paziente. All'inizio della malattia l'obiettivo solitamente è raggiungere un'alimentazione che copra i fabbisogni. Con il progredire della malattia diventano più importanti il trattamento dei sintomi e il mantenimento della qualità di vita, così come è stata definita dal paziente.

Nell'esempio riportato, la signora S. ha detto più volte di percepire l'adeguamento della consistenza del cibo (cibo morbido e ridotto in purea) come una limitazione della sua qualità di vita. Il nostro compito è chiarire assieme alla signora S. quali altre opzioni esistono per venire incontro al meglio alle sue esigenze.

Al più tardi nella fase terminale non è più importante avere un'alimentazione che copra i fabbisogni. Tuttavia, la consulenza nutrizionale ha ancora un'importante fun-

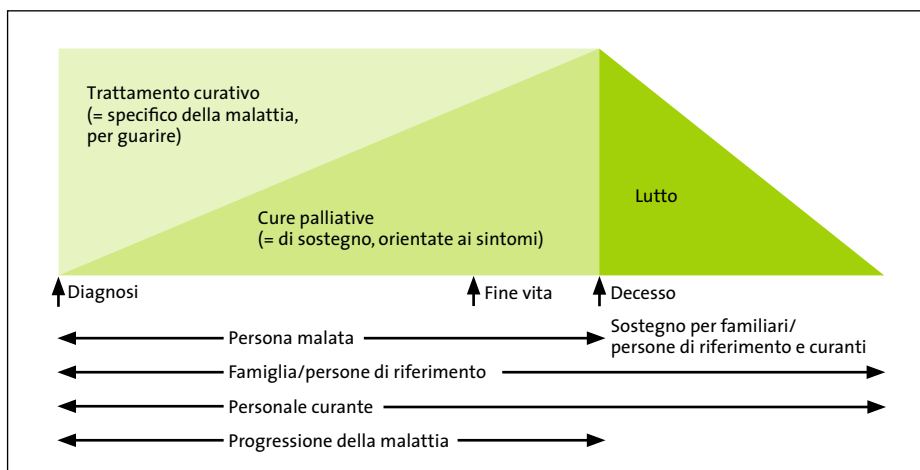


Figura 1: Modello per le cure palliative oncologiche; adattato da Ferris et al.

Esempio di caso

La signora S. – 91 anni, vedova, 3 figli – ha finora vissuto da sola con il sostegno dello spitex; presenta uno stato generale leggermente ridotto, è orientata. Le vengono diagnosticate una disfagia importante e un'emesi recidivante a causa di un'acalasia con dilatazione sac-ciforme dell'esofago delle dimensioni di una pallina da tennis. A causa dell'età la paziente rinuncia all'operazione (miotomia). A causa dell'emesi recidivante e della scarsa assunzione di cibo la paziente ha involontariamente perso 15 kg in circa 2 anni.

Nel decorso esprime più volte il desiderio di morire; viene però anche discussa la posa di una sonda PEG per garantire una migliore alimentazione. Con il tempo la signora S. si lascia convincere dai familiari e dai medici a farsi posare una sonda. L'aumento graduale dell'alimentazione si rivela difficile, la paziente ha dolori. Dopo diversi mesi decide di non volersi più alimentare per sonda e mangia semplicemente quello che riesce ancora ad ingerire.

zione. Non di rado a quel punto sono i fami-liari che hanno bisogno di informazioni e che, grazie al colloquio con uno speciali-

sta, possono accettare meglio che le so-stanze nutritive nell'ultima fase non siano più rilevanti.

Il nostro compito in questa fase è di cogliere le emozioni legate al cibo, di offrire sostegno e sgravio (anche al personale curante) con consulenza e informazione, e a volte anche di percorrere una via che non sia basata sull'evidenza. Questo in linea con l'obiettivo di migliorare la qualità di vita «sotto ogni aspetto».

«I pazienti non muoiono perché non mangiano; non mangiano perché stanno morendo.»
Cicely Saunders

Nella fase finale si tratta, se necessario, di avere dei colloqui empatici con i familiari.

Idealmente la consulenza nutrizionale viene coinvolta già al momento della diagnosi, rispettivamente nella fase di riabilitazione, anche se lo stato nutrizionale buono. In caso di stato nutrizionale buono e a seconda della diagnosi, rientra nei nostri compiti informare sulle possibilità of-

ferte dalla terapia nutrizionale e chiarire cosa i pazienti e i familiari possano immaginarsi e cosa no (6), tenendo conto anche delle opinioni degli altri professionisti coinvolti (medici, terapisti, personale curante, servizi sociali, ecc.). In questo contesto una pianificazione delle cure previdente e interdisciplinare (*advanced care planing*, ACP) rappresenta un buono strumento. Così è possibile da un lato sostenere nella fase di riabilitazione il mantenimento dell'autonomia grazie ad un apporto di sostanze nutritive sufficiente e ottimizzato; dall'altro discutere anticipatamente con il paziente quali interventi desideri o meno nella fase terminale.

Due sono le domande che determinano il nostro lavoro:

- Qual è l'obiettivo del paziente, ed eventualmente dei familiari?
- Cosa sono disposti a fare per raggiungerlo?

In tutte le fasi delle cure palliative è nostro compito individuare i sintomi presenti che possiamo alleviare. In generale sono importanti una buona consulenza e informazione: solo chi è ben informato può prendere le decisioni «giuste». Così adempiamo il nostro ruolo di specialisti.

Trovate documentazione utile, approfondimenti e anche mezzi ausiliari (ad esempio screening nutrizionale orientato ai sintomi/PG-SGA SF) su NutriPoint sotto «Cure palliative e oncologia».

Bibliografia

1. www.palliative.ch/de/palliative-care/was-bedeutet-palliative-care/ consultato il 17.09.20
2. OMS, Definizione di cure palliative, 2002 (www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf, consultato il 17.09.20)
3. www.palliative.ch/wann-beginnt-palliative-care/, consultato il 13.08.20
4. Cina C, Neuenschwander H, editors. Handbuch Palliativmedizin. 3., vollständig überarbeitete Auflage. Bern: Verlag Hans Huber Hogrefe AG; 2015.
5. Kren M NF. Palliative Care lehren+lernen+leben. Die letzte Lebensphase.
6. UFSP, das interprofessionelle Team in der Palliative Care.



Für Genuss und Wohlbefinden.

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

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

Mehr erfahren: coop.ch/freefrom



Für mich und dich.



Infografiken und Fachbeiträge zu Milchprodukten

Wie wird Milch haltbar gemacht? In welchen Prozessen werden Joghurt und Quark hergestellt? Welches sind die Inhaltsstoffe und wie unterscheiden sich die Fettgehaltstufen?

Milch und Milchprodukte sind Teil einer gesunden Ernährung. Mit ihrem breiten Angebot bereichern sie unsere Mahlzeiten über das gesamte Jahr, und zudem sind sie einheimisch produziert.

Das Kompetenzzentrum von Swissmilk bietet spezifische Fachinformationen rund um Milchprodukte an. So finden Sie in unserer Online-Bibliothek beispielsweise ausführliche Beiträge zur Warenkunde sowie anschauliche Infografiken. Darin wird unter anderem der Herstellungsprozess von Milchprodukten erklärt, es werden die unterschiedlichen Fettgehaltstufen dargestellt und Tipps zur Lagerung und Haltbarkeit gegeben. Die Beiträge und Grafiken sind nützlich, um sich selbst zu informieren oder um sie in der Beratung einzusetzen.



Jetzt online downloaden unter

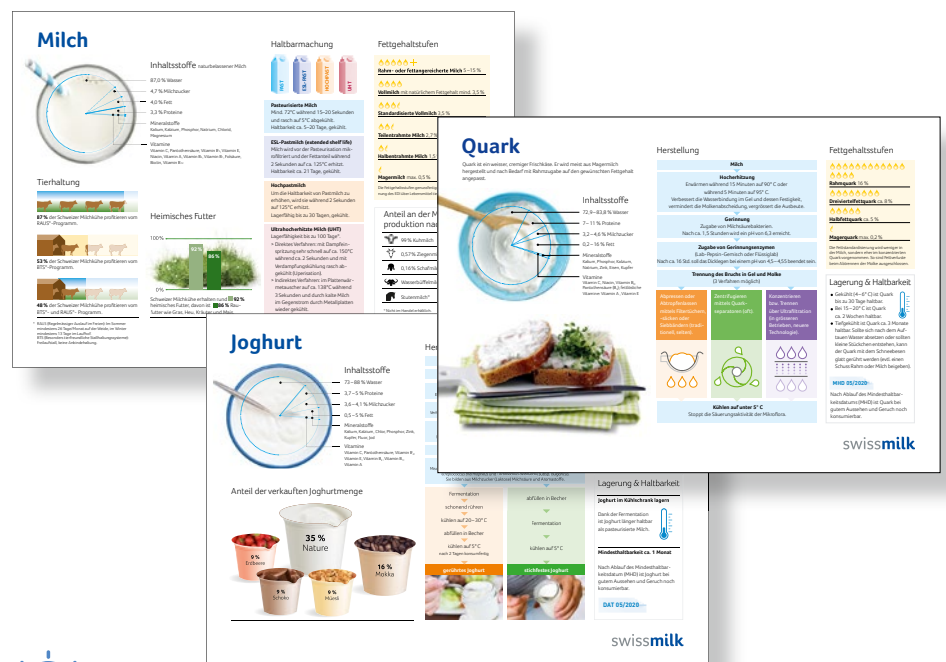
www.swissmilk.ch/nutrition

> Fachbibliothek > Lebensmittelkunde und Ernährungsformen > Warenkunde Milchprodukte



Regelmässige und aktuelle Infos aus der Ernährungswissenschaft gefragt? Abonnieren Sie den Newsletter für Ernährungsfachleute.

www.swissmilk.ch/nutrition



Wissenschaftlich fundiert – Interprofessionell ausgerichtet – karrierefördernd

Berner Fachhochschule Gesundheit, Murtenstrasse 10, 3008 Bern, bfh.ch/gesundheit



«Wir müssen selbst aktiv werden»

Ehrgeiz und Zielstrebigkeit zeichnen die Ernährungsberaterin Petra Plüss aus. Ihre langjährige Arbeitserfahrung und die erweiterten Kompetenzen aus dem Master-Studium ebnen ihr vielseitige Wege und Perspektiven.

Nach zehn Jahren Berufserfahrung in drei verschiedenen Spitälern ist Petra Plüss auf der Suche nach neuen Anreizen. «Ich stellte mir selbst die Frage: Wie will ich mich die nächsten 30 Jahre beruflich positionieren?» – Eine abschliessende Antwort auf diese Frage hat die 35-Jährige noch nicht gefunden. Die Entscheidung, nach dem Bachelor-Studium Ernährung und Diätetik ein Master-Studium an der Berner Fachhochschule BFH zu absolvieren, eröffnet ihr jedoch viele neue Perspektiven und Möglichkeiten. Aktuell befindet sich die Studentin im 3. Semester und arbeitet Teilzeit als stellvertretende Leiterin der Ernährungsberatung/Ernährungstherapie im Spital Zofingen.

«Wir Gesundheitsfachpersonen gehören alle zusammen, müssen als Team zusammenarbeiten»

Petra Plüss

Ein Blick durchs Kaleidoskop

Unterschiedliche Perspektiven einnehmen sowie den eigenen Blickwinkel verändern – darauf wird im Master-Studium viel Wert gelegt. «Es ist ein bisschen wie bei einem Blick durchs Kaleidoskop: Meine Wahrnehmung und Denkweise sind facettenreicher und vielschichtiger geworden», beschreibt Petra Plüss. Interprofessionelle Zusammenarbeit ist aus Sicht der Ernährungsberaterin unerlässlich – «wir Gesundheitsfachpersonen gehören alle zusammen, müssen als Team zusammenarbeiten» – nur so wird ein Mehrwert für die Patientinnen und Patienten generiert. Als besonders wertvoll für ihren Arbeitsalltag in einer Leitungsposition schildert sie das vermittelte Wissen aus dem Modul Leadership, Projekt- und Change-management.

Zu ihren persönlichen Highlights zählt das Modul «Angewandte Ethik». «Ethische Fragen kommen im Praxisalltag häufig zu kurz. Dabei gebührt ihnen, insbesondere bei komplexen Patientensituationen wie der Ernährung am Lebensende oder der künstlichen Ernährung besondere Aufmerksamkeit.» Auch können Ernährungsberaterinnen und -berater mit erweiterten Kompetenzen Ärztinnen und Ärzte unterstützen und ihre Empfehlungen evidenzbasiert begründen. «Die Ärztinnen und Ärzte sind froh, wenn sie Aufgaben guten Gewissens an Fachleute delegieren können», weiss die Zofingerin aus eigener Erfahrung.

Präsenz zeigen

In ihrer Entscheidung, das Master-Studium in Angriff zu nehmen, wurde Petra Plüss von ihrem Arbeitgeber unterstützt. «Diese Unterstützung ist für die Weiterentwicklung unserer Profession unerlässlich; es ist aber auch wichtig, selbst aktiv zu werden», so ihr Fazit. Bereits seit zwölf Jahren arbeitet die Ernährungsberaterin in engem Kontakt mit Patientinnen und Patienten – «ich möchte meine erweiterten Kenntnisse im Rahmen einer Advanced-Practice-Rolle einsetzen. Es wäre schade, wenn Master-Absolventinnen und -Absolventen nur noch in der Forschung tätig wären. Wir sollten in Spitälern und Kliniken präsent sein.»

Eine Pionierin in der Ernährungsberatung

«Was bringt dir ein Master-Studium?» – Eine Frage, die Petra Plüss oft gestellt wird. Diese Einstellung wird sich hoffentlich ändern, denn: «Das Master-Studium generiert nicht nur für das Gesundheitswesen einen Mehrwert, sondern bietet jungen Menschen, welche sich für einen Beruf und eine Zukunft entscheiden müssen, neue Perspektiven.» Für die Zukunft wünscht sich Petra Plüss, dass erweiterte Rollen in der Ernährungsberatung etabliert werden und schweizweit einen festigten Platz im Gesundheitswesen einnehmen.

Master-Studium Ernährung und Diätetik

Studienstart: jeweils im September

Dauer: Teilzeit: 6 Semester

Vollzeit: 3 Semester

Umfang: 90 ECTS-Credits

Abschluss: Master of Science BFH in Ernährung und Diätetik

Infoveranstaltungen: 8. Dezember 2020 (Online-Infoveranstaltung), 14. Januar 2021 (Bern)

→ Weitere Informationen und Anmeldung:
bfh.ch/master-ernaehrung

Eating Related Distress in der Palliative Care



Rebekka Dietsche
 BSc, Ernährungsberaterin
 SVDE
 Stadtspital Waid, Zürich



Maria Hirner
 BSc, Ernährungsberaterin
 SVDE
 Spital Männedorf

Essen ist ein essenzieller Bestandteil für das Leben und für das Wohlbefinden. Zudem spielt es eine wichtige Rolle im sozialen Umfeld. Essen und Essgewohnheiten werden durch Traditionen, Religionen, Kulturen, Rituale und die individuelle Geschichte beeinflusst (1).

Patientinnen und Patienten in palliativen Situationen (z.B. fortgeschrittene onkologische Erkrankungen oder andere unheilbare Krankheiten wie COPD, ALS, Demenz

- Inappetenz
- Frühes Sättigungsgefühl
- Geruchsstörungen
- Dysgeusie
- Xerostomie
- Kaubeschwerden
- Dysphagie
- Nausea
- Emesis
- Obstipation
- Diarrhoe
- Dyspnoe
- Angstzustände
- Schmerzen
- Depressionen
- Fatigue

Tabelle 1: Auswahl an Symptomen, welche die Nahrungsaufnahme beeinträchtigen können (Quelle A)

oder schwere Organleiden) sind häufig von verschiedenen Symptomen belastet, welche die Nahrungsaufnahme beeinträchtigen (Tabelle 1). Bestehen diese Symptome über eine längere Zeit, können sie zu einer enormen physischen und psychosozialen Belastung führen (1–3).

Aus einem ausgeprägten Appetitmangel und anderen Symptomen, welche die Nahrungsaufnahme beeinträchtigen, kann ein Gewichtsverlust resultieren, der von der betroffenen Person sowie den Angehörigen oder Bekannten als existenzielle Bedrohung erlebt wird (3, 4). Ein unkontrollierter Gewichtsverlust bedeutet einen Kontrollverlust über den eigenen Körper (kein Körper, kein Leben), wodurch die Lebensqualität stark beeinträchtigt werden kann (5).

In palliativen Situationen werden Belastungen durch Ernährungsprobleme als eating related distress (ERD) bezeichnet. Im Fallbeispiel von Frau S. (s. Seite 5) wird eine starke Belastung durch die Beeinträchtigung des Essens aufgrund der Dysphagie und des rezidivierenden Erbrechens deutlich.

ERD umfasst eine Vielzahl sich überschneidender Faktoren (3, 4). In der Literatur wird insbesondere auf ERD bei onkologischen Patientinnen und Patienten eingegangen. Wie im Fallbeispiel erkennbar, kann der ERD auch mit einer Achalasie oder anderen ernährungsbezogenen Problemen

- Angst
- Hoffnungslosigkeit
- Hilflosigkeit
- Schuldgefühle
- Kontrollverlust
- Frustration
- Scham

Tabelle 2: Charakteristische Emotionen in Zusammenhang mit ERD (Quelle B)

oder Symptomen auftreten. Neben dem beschriebenen Kontrollverlust treten weitere Emotionen in diesem Zusammenhang bei betroffenen Personen und deren Angehörigen oder Bekannten auf (Tabelle 2).

Essen und gegen die Erkrankung «kämpfen» wird häufig als ausschlaggebend angesehen, um den Tod zu verhindern. Daher sind Betroffene häufig trotz Schmerzen, Übelkeit und anderen Symptomen fest entschlossen, eine ausreichende Nahrungsaufnahme aufrechtzuerhalten und ihr Körpergewicht stabil zu halten (7). Im Fallbeispiel wird dieser Konflikt ersichtlich, Frau S. ringt mit der Entscheidung der Einlage einer PEG-Sonde. Die Patientin ist verunsichert, welche wohl die «richtige» Entscheidung ist. Möglicherweise hat sie sich aus der logischen Schlussfolgerung «Nahrung = Leben» für die PEG-Sonde entschieden.

In manchen Fällen erfahren die betroffenen Patientinnen und Patienten unter

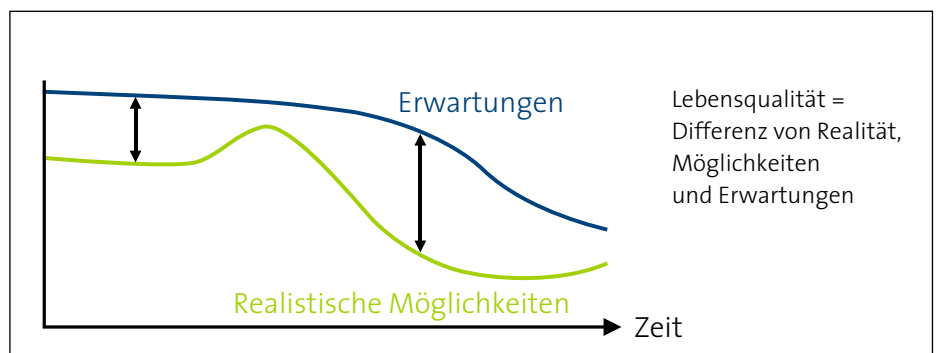


Abbildung 1: Calman Gap (Quelle C)

schwelligen Druck durch Angehörige, welche die Nahrungsaufnahme forcieren, um mit der Situation umzugehen (2,9). So können beispielsweise gesellige Treffen rund ums Essen zu einem grossen Stressfaktor werden, in denen sich die betroffenen Personen unter Druck gesetzt fühlen und Konflikte entstehen können (1).

In der Praxis kann oft beobachtet werden, wie die Erwartungen seitens der Betroffenen und Bezugspersonen nicht mit den realistischen Möglichkeiten übereinstimmen. Um die Lebensqualität zu verbessern, ist es wichtig, den Gap zwischen den Erwartungen und den Möglichkeiten möglichst eng zu halten (Abbildung 1). Dazu ist es wichtig, offen mit der Patientin/dem Patienten und den Angehörigen zu kommunizieren und realistische Ziele zu definieren (8).

Um die Handlungen bzw. die Zielsetzung der Ernährungstherapie vorzunehmen, sollte immer individuell vorgegangen werden. Beispielsweise ist es wichtig zu identifizieren, in welcher Kachexie-Phase die betroffene Person sich befindet. Dazu gilt es die Prognose, den Gewichtsverlauf sowie die individuellen Ressourcen und Ziele zu beachten (Abbildung 2) (9). Da diese Abgrenzung bzw. Einteilung häufig nicht

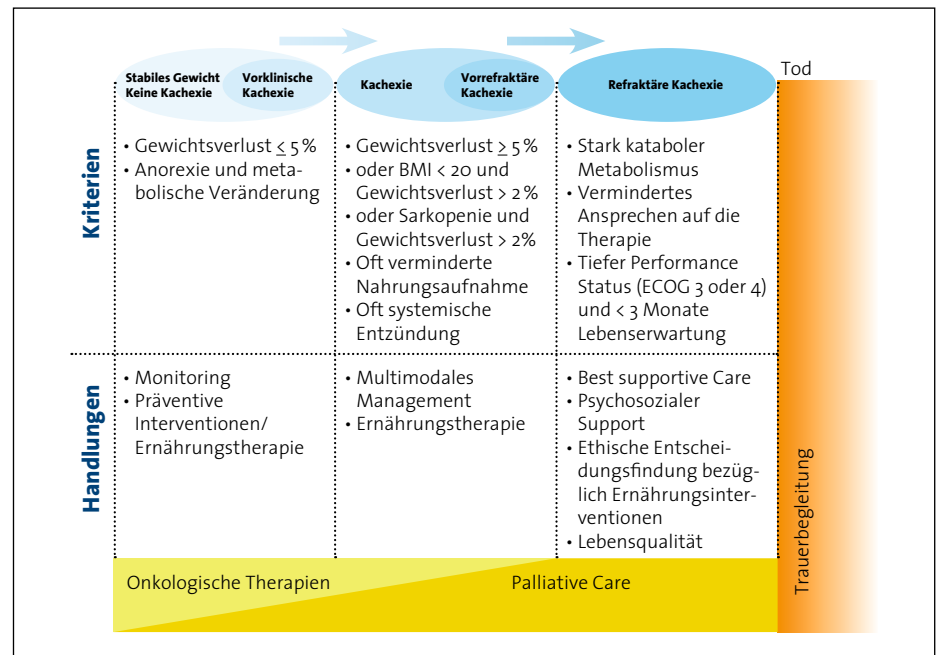


Abbildung 2: Kachexie-Phasen am Beispiel der Tumorkachexie (Quelle C)

ganz klar ist, kann dies auch für die involvierten Fachpersonen herausfordernd sein.

ERD ist ein Thema, dem in der Praxis wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird. Im Rahmen des SENS-Modelles wird, wie die folgenden Seiten zeigen, das Thema ERD bei der Symptomerfassung miteinbezogen.

Ein genaues, validiertes Screening-Tool, um diese psychische Belastung zu erheben, fehlt jedoch noch. In der Literatur konnten vorläufige Fragebögen zur Erfassung des ERD bei fortgeschrittenen Krebsbetroffenen und deren Familienmitgliedern ausfindig gemacht werden (Tabelle 3). Diese können als Hilfsmittel dienen, bis validierte Tools entwickelt werden. Der folgende Auszug wurde dem «Handbook of Nutrition and Diet in Palliative Care» von Victor R. Preedy entnommen und basiert auf Themen quantitativer Studienergebnisse von Amano et al. 2016.

Ein wichtiges und zentrales Ziel der Ernährungstherapie bei palliativen Situationen ist es, den ERD zu erfassen und, falls vorhanden, möglichst zu reduzieren (Tabelle 4). Es ist ausschlaggebend, dass das Thema Ernährung sowie ernährungsbezogene Symptome im interdisziplinären Team angegangen werden und mit einer gemeinsamen Haltung durch alle involvierten Personen getragen wird.

Supportive Ernährungstherapie auf der Basis der 4 Grundprinzipien der Ethik (Autonomie, Nicht Schaden, Gerechtigkeit und Gutes Tun) und dem SENS-Modell (Symptommanagement, Entscheidungsfindung, Netzwerk und Support)

Aufklären der Betroffenen sowie der Bezugspersonen bezüglich den physiologischen Einschränkungen (z. B. Appetitlosigkeit, refraktäre Kachexie)

Realistische Zielsetzungen (Calman Gap) mit Einbezug von Bezugspersonen sowie beteiligten Fachpersonen mit dem Ziel, vom Esszwang zu entlasten, um Druck möglichst zu reduzieren

Unterstützung der Bezugspersonen: Suche nach alternativen Handlungen anstelle von Essen, um ihre Zuneigung auszudrücken (z. B. Unterstützung bei der Körperpflege, Massagen, etc.)

Andere Fachpersonen für den ERD sensibilisieren, damit gemeinsam Druck von den Betroffenen genommen werden kann

Gespräche spielen in der Palliative Care eine enorme Rolle: Häufig können gewisse tiefgründige und komplexe Themen erst angegangen werden, wenn das Thema Essen angesprochen und «geklärt» wurde

Interdisziplinäre Zusammenarbeit, um eine gemeinsame Haltung zu stärken. Somit können die betroffenen Personen und deren Bezugspersonen eng begleitet und eine integrative und supportive Palliativmedizin sichergestellt werden

Tabelle 4: Zentrale Punkte zu beachten bei ERD (Quelle C)

	Nein	Selten	Manchmal	Häufig	Immer
	1	2	3	4	5
Distress ausgehend von den Gefühlen der Patientinnen und Patienten					
Obwohl ich weiss, dass ich genug essen muss, kann ich es nicht					
Ich möchte, dass meinen Problemen mit dem Essen Beachtung geschenkt wird					
Ich weiss nicht, warum ich nicht essen kann					
Ich habe das Gefühl, dass ein Nahrungsmangel meinen Zustand verschlimmert					
Distress ausgehend von Bewältigungsstrategien					
Ich frage mich, welche Lebensmittel ich essen kann					
Ich frage mich, welche Nährstoffe ich bevorzugt konsumieren sollte					
Ich frage mich, wie ich mehr essen kann					
Ich habe das Gefühl, dass mehr medizinische Unterstützung für meine tägliche Ernährung nötig ist					
Distress ausgehend von der Beziehung zwischen Patientinnen / Patienten und ihren Familien					
Ich bin belastet von den Mahlzeiten, die mir meine Familie anbietet					
Ich habe mit meiner Familie Konflikte in Bezug auf meine Mahlzeiten erlebt					
Ich habe das Gefühl, dass ich die Freundlichkeit, die meine Familie bei der Zubereitung meiner Mahlzeiten zeigt, missachte					
Ich bin traurig, weil ich die Mahlzeiten nicht mit meiner Familie geniessen kann					

Tabelle 3: Fragebogen über Eating Related Distress bei fortgeschrittenen Krebsbetroffenen (Quelle D)

Literaturverzeichnis

- Wallin, V., Carlander, I., Sandman, P. O., et al. Meanings of eating deficiencies for people admitted to palliative home care (2015). *Palliative and Supportive Care*, 13: 1231–1239.
- Arends, J., Bachmann, P., Baracos, V., et al. (2017). ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients, *Clinical Nutrition*, 36: 11–48
- Amano, K., Morita, T., Koshimoto, S. et al. (2019). Eating-related distress in advanced cancer patients with cachexia and family members: a survey in palliative and supportive care settings. *Supportive Care in Cancer*, 27: 2869–2876
- Amano, K., Maeda, I., Morita, T. et al. (2016). Eating-related distress and need for nutritional support of families of advanced cancer patients: a nationwide survey of bereaved family members. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*, 7: 527–534
- Koshimoto, S., Arimoto, M., Saitou, K. et al (2019). Need and demand for nutritional counselling and their association with

- quality of life, nutritional status and eating-related distress among patients with cancer receiving outpatient chemotherapy: a cross-sectional study. *Supportive Care in Cancer*, 27: 3385–3394
- Oberholzer, R., Hopkinson, J. B., Baumann, K. et al. (2013). Psychosocial Effects of Cancer Cachexia: A Systematic Literature Search and Qualitative Analysis. *Journal of Pain and Symptom management*, 46: 77–95
 - Amano, K., Baracos, V.E., Hopkinson, J. B. (2019). Integration of palliative, supportive, and nutritional care to alleviate eating-related distress among advanced cancer patients with cachexia and their family members. *Critical Reviews in Oncology/Hematology* 143: 117–123
 - Calman, K. C. Quality of life in cancer patients – an hypothesis (1984). *Journal of medical ethics*, 10: 124–127
 - Fearon, K., Strasser, F., Anker, S. D., et. al. (2011). Definition and classification of cancer cachexia: an international consensus. *The Lancet Oncology*, 12(5): 489–495

- Fachgruppe Palliativ Care SVDE (2018). *Pocket Guide für Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberater SVDE und medizinisch-therapeutische Berufsgruppen; Ernährungstherapie Palliative Care*
- Preedy, V. R. (2019, 2. Auflage). *Handbook of Nutrition and Diet in Palliative Care*, London

Quellen

- A. Arends et al., 2017; Amano et al., 2019
B. Amano et al., 2019; Oberholzer et al., 2013
C. Pocket Guide «Ernährungstherapie Palliative Care»
D. Modifiziert nach Victor R. Preedy «Handbook of Nutrition and Diet in Palliative Care»

Genussvoll und unbeschwert in den Tag starten

Verträgt jemand in der Familie kein Gluten oder keine Lactose, stellt das alle Familienmitglieder vor gewisse Herausforderungen. Coop Free From bietet deshalb ein vielfältiges Angebot für ein feines, unbeschwertes Frühstück.

Für einen genuss- und energievollen Start in den Tag sorgt Coop Free From mit glutenfreien Produkten. Zum Beispiel mit den knusprigen Reis-Crispies und den zarten Quinoaaflocken von Naturaplan in Bio-Qualität. Von Natur aus enthalten diese kein Gluten. Oder darf es auch ein Klassiker sein? Die Bio Cornflakes von Naturaplan sind nicht nur glutenfrei, sondern kommen auch ohne Zuckerzusatz aus. So kommt Schwung und Abwechslung in die morgendliche Müeslischale.

Lactosefreie Jogurts auch ohne Zuckerzusatz

Im Nu ist ein genussvolles Birchermüesli auf den Tisch gezaubert: einfach glutenfreie Frühstücksflocken mit feinem Jogurt und saisonalen Früchten anreichern. Free From bietet lactosefreie Jogurts für jeden Geschmack an: von Nature über Marroni bis

zu schokoladig oder fruchtig. Die Fruchtjogurts von Naturaplan kommen sogar ohne Zuckerzusatz aus. Bio-Früchte sowie lactosefreie Bio-Vollmilch geben dabei diesen Jogurts eine natürliche Süsse.

Brot einfach selbstgemacht

Wer herzhaftes Konfi-Brot zum Frühstück liebt, findet bei Coop Free From eine feine Auswahl. Am einfachsten gehts mit den glutenfreien Aufbackbrötchen. Bei spontanen Gästen ist die Haferbrot-Backmischung von Coop Betty Bossi mit glutenfreiem Hafer die unkomplizierte Helferin. Und Backfans können aus zahlreichen Mehlsorten ohne Gluten auswählen und ihr eigenes Brot kreieren – zum Beispiel mit dem Kichererbsen- oder Buchweizenmehl von Naturaplan.

Coop Free From – für Genuss und Wohlbefinden

Seit über zehn Jahren engagiert sich Coop mit Free From dafür, dass Menschen mit einer Unverträglichkeit unkompliziert einkaufen und unbeschwert geniessen können. Dies unter anderem mit mehr als 500 Produkten, die sich für Menschen

mit einer Unverträglichkeit eignen. Kleine Free-From-Schilder am Regal helfen für die Erkennbarkeit der Produkte. Mehr dazu unter: coop.ch/freefrom

Unbeschwert
LEBEN
mit Lactose-
intoleranz

Eine Lactoseintoleranz schränkt viele Betroffene ein und kann sehr unangenehm sein. Die neue Informationsbroschüre von Coop Free From richtet sich deshalb an Menschen bei denen neu eine Lactoseunverträglichkeit diagnostiziert wurde. Und die Backbroschüre von Free From liefert Informationen und hilfreiche Tipps zum glutenfreien Backen.

Alle Broschüren können unter folgendem Link heruntergeladen werden: coop.ch/broschueren



Eating related distress en soins palliatifs



Rebekka Dietsche
 BSc, Diététicienne ASDD
 Stadtspital Waid, Zurich



Maria Hirner
 BSc, Diététicienne ASDD
 Hôpital Männedorf

L'alimentation est une composante essentielle de la vie et du bien-être. Manger joue en outre un rôle social important. L'alimentation et les habitudes alimentaires sont influencées par les traditions, les religions, les cultures, les rituels et l'histoire individuelle (1).

Les patient-e-s qui reçoivent des soins palliatifs (p. ex. cancers à un stade avancé ou autres maladies incurables comme la BPCO, la SLA, la démence, les atteintes graves des organes) sont souvent affecté-

- Inappétence
- Satiété précoce
- Troubles de l'odorat
- Dysgueusie
- Xérostomie
- Difficultés de mastication
- Dysphagie
- Nausée
- Vomissements
- Constipation
- Diarrhées
- Dyspnée
- Etats anxieux
- Douleurs
- Dépressions
- Fatigue

Tableau 1: Sélection de symptômes qui peuvent nuire à la prise d'aliments (Source A)

e-s par divers symptômes qui nuisent à la prise d'aliments (tableau 1). Si ces symptômes perdurent, ils peuvent entraîner une énorme charge physique et psychosociale (1-3).

Un manque d'appétit prononcé et d'autres symptômes qui nuisent à la prise d'aliments peuvent entraîner une perte de poids qui est vécue comme une menace existentielle par la personne concernée et ses proches ou connaissances (3, 4). Une perte de poids incontrôlée implique une perte de contrôle de son propre corps (pas de corps, pas de vie), ce qui peut nuire fortement à la qualité de vie (5).

Dans les situations de soins palliatifs, le terme *eating related distress* (ERD) est utilisé pour désigner la détresse causée par les problèmes d'alimentation. Dans l'exemple de cas de Mme S. (v. page 7), la difficulté de s'alimenter en raison d'une dysphagie et de vomissements répétés est un fardeau manifeste.

L'ERD englobe un grand nombre de facteurs qui se recoupent (3, 4). La littérature traite notamment de l'ERD chez les patient-e-s oncologiques. Comme on peut le voir dans notre exemple de cas, l'ERD peut également survenir en même temps qu'une achalasie ou d'autres problèmes ou symptômes nutritionnels. Outre la perte de contrôle décrite, d'autres émotions se manifestent dans ce contexte chez les personnes concernées et leurs proches ou connaissances (tableau 2).

- Angoisse
- Désespoir
- Détresse
- Culpabilité
- Perte de contrôle
- Frustration
- Honte

Tableau 2: Emotions en lien avec l'ERD (Source B)

Le fait de manger et de «lutter» contre la maladie est souvent considéré comme un moyen déterminant d'empêcher la mort. C'est pourquoi les personnes concernées sont souvent fermement décidées, malgré les douleurs, les nausées et d'autres symptômes, à maintenir une prise alimentaire suffisante pour stabiliser leur poids corporel (7). Dans l'exemple en question, ce conflit est apparent: Mme S. a du mal à se décider au sujet de la pose d'une sonde PEG. La patiente est inquiète et ne sait pas quelle décision est la «bonne». Il se peut qu'elle ait opté pour la sonde PEG à partir du raisonnement logique «nutrition = vie».

Dans de nombreux cas, les patient-e-s concerné-e-s subissent la pression sous-jacente de leurs proches qui les forcent à la prise d'aliments pour faire face à la situation (2, 9). Ainsi, les rencontres conviviales autour de la nourriture peuvent devenir un grand facteur de stress, lors desquelles les personnes concernées peuvent ressentir

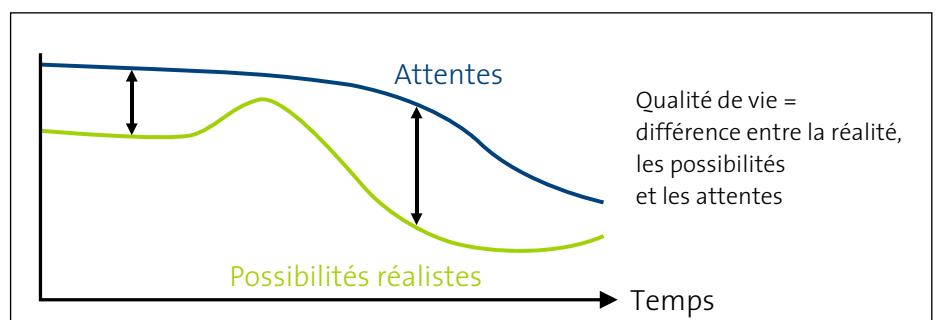


Figure 1: Ecart de Calman (Source C)

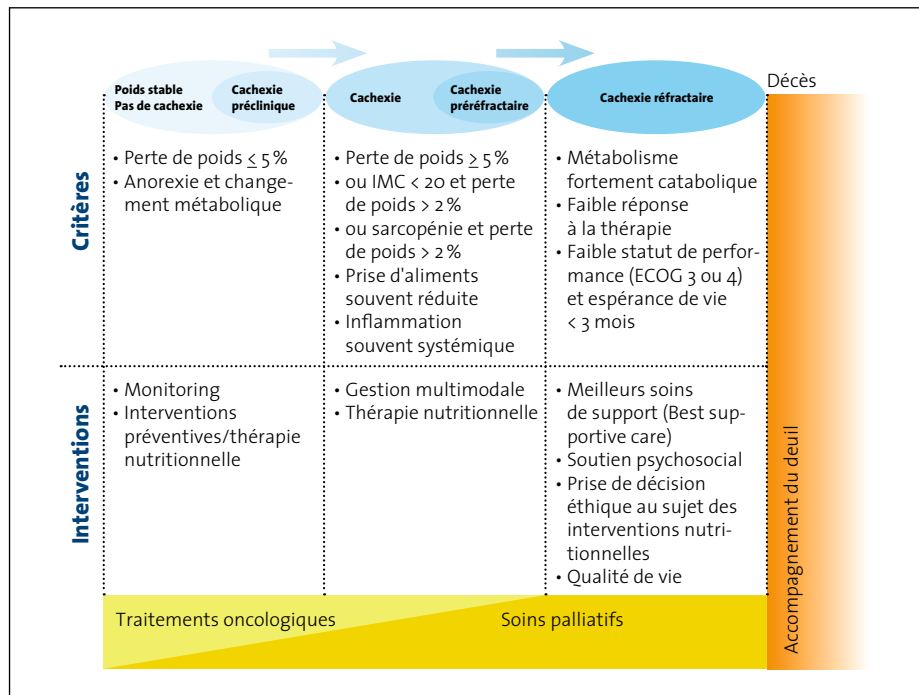


Figure 2: Phases de cachexie à l'instar de la cachexie tumorale (Source C)

une certaine pression et des conflits peuvent survenir (1).

Dans la pratique, on observe souvent que les attentes de la part des patient-e-s et des personnes de référence ne concordent pas avec la réalité et les possibilités qu'elle offre. Pour améliorer la qualité de vie, il est important que l'écart entre les attentes et les possibilités reste le moins important possible (figure 1). Dans cette optique, il est important de communiquer ouvertement avec le/la patient-e et ses proches et de définir des objectifs réalistes (8).

Afin de définir les interventions ou les objectifs de la thérapie nutritionnelle, il faut toujours adopter une démarche individuelle. Il est par exemple important d'identifier dans quelle phase de cachexie se trouve la personne concernée. Il faut pour cela tenir compte du pronostic, de l'évolution du poids corporel ainsi que des objectifs et des ressources individuels (figure 2) (9). Comme souvent la délimitation entre les phases ou le rattachement à une phase ne sont pas très clairs, il peut s'agir d'une tâche complexe pour les professionnel-le-s de la santé impliqué-e-s.

L'ERD est un thème auquel une faible attention est accordée en pratique. Dans le cadre du modèle SENS, le sujet de l'ERD est pris en considération dans la détermination des symptômes, comme cela est expliqué plus loin. Toutefois, il n'existe pas en-

core d'outil de dépistage validé et précis pour évaluer ce fardeau psychique. On trouve dans la littérature des questionnaires provisoires d'évaluation de l'ERD chez les personnes atteintes d'un cancer à un stade avancé et les membres de leur famille (tableau 3). Ils peuvent être utilisés comme aides en attendant que des outils validés aient été développés. L'extrait ci-après est tiré de l'ouvrage «Handbook of Nutrition and Diet in Palliative Care» de Victor R. Preedy et s'appuie sur des aspects thématiques ressortant d'études quantitatives d'Amano et al. 2016.

Un objectif important et central de la thérapie nutritionnelle dans les soins palliatifs est d'évaluer l'ERD et de le réduire autant que possible le cas échéant (tableau 4). Il est déterminant d'aborder le thème de l'alimentation et des symptômes liés à la nutrition au sein d'une équipe interdisciplinaire, de sorte qu'une position commune soit adoptée par l'ensemble des personnes impliquées.

Bibliographie et sources voir page 15

Thérapie nutritionnelle de soutien sur la base des quatre principes éthiques fondamentaux (favoriser l'autonomie, ne pas nuire, être équitable et faire le bien) et du modèle SENS (où S = Symptommanagement ou gestion des symptômes, E = Entscheidungsfindung ou prise de décision, N = Netzwerk ou réseau et S = Support ou soutien)

Travail d'explication auprès des patient-e-s et des personnes de référence au sujet des restrictions physiologique (p. ex. perte d'appétit, cachexie réfractaire)

Objectifs réalistes (écart de Calman) à définir en impliquant les personnes de référence ainsi que les professionnel-le-s concerné-e-s dans le but de soulager de la contrainte de manger, de façon à réduire au maximum la pression

Soutien des personnes de référence: rechercher d'autres moyens d'exprimer son affection et sa sympathie que par la nourriture (p. ex. aide pour les soins corporels, massages, etc.)

Sensibiliser d'autres professionnel-le-s au thème de l'ERD, pour qu'ils/elles contribuent à réduire la pression subie par les personnes concernées

Dans les soins palliatifs, la communication joue un rôle énorme: souvent, il faut que le thème de l'alimentation ait été abordé et «clarifié» pour que certains sujets profonds et complexes puissent être soulevés

La collaboration interdisciplinaire est essentielle pour renforcer une position commune. Ainsi, les patient-e-s et leurs personnes de référence peuvent bénéficier d'un accompagnement étroit et la médecine palliative intégrative peut accomplir sa mission de soutien

Tableau 4: Aspects essentiels à prendre en compte en cas d'ERD (Source C)

	Non	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
	1	2	3	4	5
Détresse résultant des sentiments du/de la patient-e					
Même si je sais que je dois manger suffisamment, je n'y arrive pas					
J'aimerais qu'une plus grande attention soit accordée aux problèmes que je rencontre pour m'alimenter					
Je ne sais pas pourquoi je ne parviens pas à manger					
J'ai l'impression que le manque d'aliments aggrave mon état de santé					
Détresse résultant des stratégies pour faire face à la maladie					
Je m'interroge au sujet des aliments que je peux manger					
Je m'interroge au sujet des nutriments que je devrais consommer de préférence					
Je m'interroge au sujet de la manière dont je peux manger davantage					
J'ai l'impression qu'un soutien médical supplémentaire est nécessaire pour mon alimentation quotidienne					
Détresse résultant de la relation entre le/la patient-e et sa famille					
Les repas que ma famille me propose sont une source de stress					
J'ai des conflits avec ma famille au sujet de mes repas					
J'ai l'impression de faire preuve de mépris face à la gentillesse que me témoigne ma famille en me préparant des repas					
Je suis triste parce que je ne peux savourer les repas avec ma famille					

Tableau 3: Questionnaire relatif à l'ERD chez les patient-e-s atteint-e-s d'un cancer avancé (Source D)



SVDE ASDD

Die SVDE-Geschäftsstelle bleibt vom 21. Dezember 2020 bis 8. Januar 2021 geschlossen. Gerne kümmern wir uns ab dem 11. Januar 2021 wieder um Ihre Anliegen.

Wir wünschen Ihnen eine wundervolle Weihnachtszeit und einen tollen Start ins 2021.

Herzliche Grüße, ihre Geschäftsstelle

Le secrétariat ASDD sera fermé du 21 décembre 2020 au 8 janvier 2021. C'est avec plaisir que nous nous occuperons à nouveau de vos demandes à partir du 11 janvier 2021.

Nous vous souhaitons d'excellentes fêtes de fin d'année et un bon début d'année 2021.

Cordialement, votre secrétariat

La segreteria ASDD rimarrà chiusa dal 21 dicembre 2020 al 8 gennaio 2021. E'con piacere che a partire dal 11 gennaio 2021 ci prenderemo di nuovo cura delle vostre richieste.

Vi auguriamo una splendida stagione natalizia e un ottimo inizio nel 2021.

Cordialmente, la vostra segreteria

LA VIANDE, RICHE EN SUBSTANCES NUTRITIVES

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

LES PROTÉINES

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



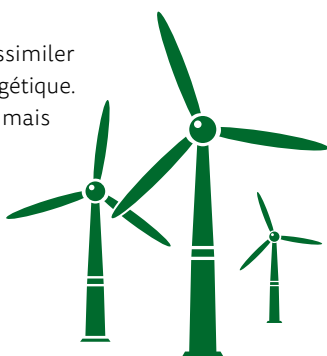
LA VITAMINE A

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

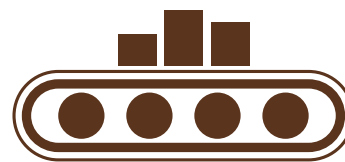


LA VITAMINE B₁

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



LA VITAMINE B₂ joue un rôle important dans l'absorption des protéines et des glucides. Les abats sont de loin les plus riches en vitamine B₂.



LA VITAMINE B₆

influence les fonctions du système nerveux et les défenses immunitaires.



LE FER

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



LE SÉLÉNIUM

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

LA VITAMINE B₁₂

est présente exclusivement dans les denrées alimentaires d'origine animale. La viande est le principal fournisseur de vitamine B₁₂, qui assure la formation des globules rouges et de cellules nerveuses saines.



LE ZINC

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

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

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

Suisse. Naturellement.



La différence est là.

Eating related distress nelle cure palliative



Rebekka Dietsche
BSc, Dietista ASDD
Ospedale cittadino Waid,
Zurigo



Maria Hirner
BSc, Dietista ASDD
Ospedale di Männedorf

L'alimentazione è essenziale per la vita e il benessere e riveste un ruolo importante anche nel contesto sociale. L'alimentazione e le abitudini alimentari sono influenzate da tradizioni, religione, cultura, rituali e dalla storia individuale (1).

I pazienti in situazioni palliative (affetti ad es. da malattie oncologiche in fase avanzata oppure da altre malattie incurabili quali BPCO, SLA, demenza, gravi patologie organiche) sono spesso oppressi da vari sintomi che ostacolano l'assunzione di cibo

- Inappetenza
- Precoce senso di sazietà
- Disturbi dell'olfatto
- Disgeusia
- Xerostomia
- Disturbi della masticazione
- Disfagia
- Nausea
- Emesi
- Stipsi
- Diarrea
- Dispnea
- Stati d'ansia
- Dolore
- Depressione
- Spossatezza

Tabella 1: Alcuni sintomi che possono ostacolare l'assunzione di cibo (Fonte A)

(tabella 1). Se questi sintomi persistono per un periodo prolungato possono portare ad un enorme stress fisico e psicosociale (1-3).

Da una forte inappetenza e da altri sintomi che ostacolano l'assunzione di cibo può risultare una perdita di peso che viene percepita dal paziente e dai suoi familiari o conoscenti come una minaccia esistenziale (3, 4). Una perdita ponderale incontrollata significa perdere il controllo sul proprio corpo (niente corpo, niente vita) e può compromettere fortemente la qualità di vita (5).

Nelle situazioni palliative lo stress causato da problemi alimentari è chiamato *eating related distress* (ERD). Nell'esempio riguardante la signora S. (sulla pagina 9) emerge un forte stress riconducibile alla limitazione dell'alimentazione dovuta alla disfagia e all'emesi recidivante.

L'ERD comprende diversi fattori che si sovrappongono (3, 4). La letteratura scientifica si occupa principalmente dell'ERD nei pazienti oncologici. Come evidenziato dal nostro esempio, l'ERD può però presentarsi anche con un'acalasia o con altri problemi o sintomi relativi all'alimentazione. Oltre alla citata perdita di controllo, in questo contesto i pazienti e i loro familiari e conoscenti devono far fronte anche a diverse emozioni (tabella 2).

Mangiare e «lottare» contro la malattia viene spesso considerato decisivo per impedire la morte. Per questo spesso i pa-

- Ansia
- Sconforto
- Senso di impotenza
- Sensi di colpa
- Perdita di controllo
- Frustrazione
- Vergogna

Tabella 2: Tipiche emozioni correlate all'ERD (Fonte B)

zienti – nonostante i dolori, la nausea e gli altri sintomi – sono determinati a mantenere un'assunzione di cibo sufficiente e un peso corporeo stabile (7). Nel nostro esempio questo conflitto si riflette nella difficoltà della signora S. a decidere se farsi posare una sonda PEG. La paziente non è sicura di quale sia la scelta «giusta». È possibile che si sia decisa per la sonda PEG sulla base della conclusione logica «alimentazione = vita».

In alcuni casi i pazienti sono sottoposti a pressioni inconscie da parte dei familiari, che per affrontare la situazione forzano l'assunzione di cibo (2, 9). È possibile ad esempio che incontri conviviali incentrati sul cibo diventino per i pazienti un forte fattore di stress e che possano portare all'insorgenza di conflitti (1).

Nella pratica si può spesso osservare come le aspettative dei pazienti e delle persone di riferimento non corrispondano alle pos-

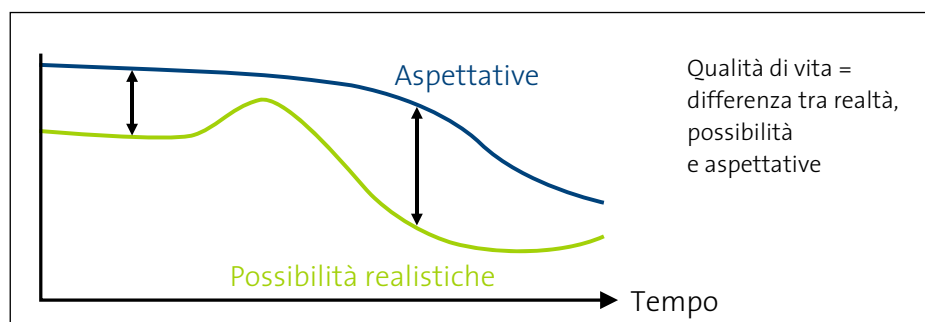


Figura 1: Calman gap (Fonte C)

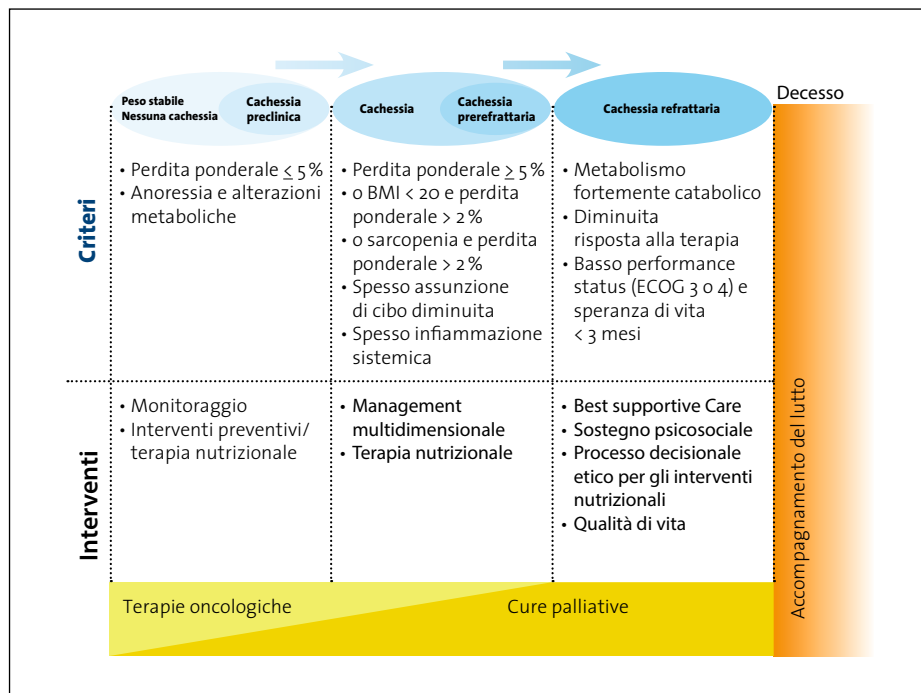


Figura 2: Fasi della cachessia sull'esempio della cachessia oncologica (Fonte C)

sibilità realistiche. Per migliorare la qualità di vita è importante ridurre al minimo il gap tra le aspettative e le reali possibilità (figura 1), comunicando apertamente con il paziente e i suoi familiari e definendo obiettivi realistici (8).

Per stabilire gli obiettivi ed effettuare le misure di terapia nutrizionale si dovrebbe sempre adottare un approccio individualizzato. Ad esempio è importante identificare in quale fase di cachessia si trovi il paziente, considerando la prognosi, l'andamento ponderale, gli obiettivi e le risorse individuali (figura 2) (9). Dato che spesso il passaggio da una fase all'altra è fluido, anche per gli specialisti coinvolti può non essere semplice assegnare un paziente a una determinata fase.

L'ERD è un tema al quale nella prassi viene prestata poca attenzione. Nell'ambito del modello SENS, come illustrato nelle prossi-

	No	Raramente	A volte	Spesso	Sempre
	1	2	3	4	5
Stress originato da emozioni del paziente					
Anche se so che dovrei mangiare abbastanza, non riesco a farlo					
Vorrei che venisse prestata attenzione al mio problema con il cibo					
Non so perché non riesco a mangiare					
Ho l'impressione che una carenza di sostanze nutritive peggiori la mia condizione					
Stress originato dalle strategie di coping					
Mi chiedo quali alimenti posso mangiare					
Mi chiedo quali sostanze nutritive dovrei consumare di preferenza					
Mi chiedo cosa dovrei fare per mangiare di più					
Ho l'impressione di avere bisogno di maggiore sostegno medico per la mia alimentazione quotidiana					
Stress derivante dalla relazione tra il paziente e i suoi familiari					
I pasti che mi propone la mia famiglia mi stressano					
Ho vissuto dei conflitti con la mia famiglia in relazione ai miei pasti					
Ho l'impressione di fare un torto ai miei familiari che gentilmente mi preparano i pasti					
Sono triste perché non riesco a godermi i pasti con la mia famiglia					

Tabella 3: Questionario sull'*eating related distress* nei pazienti oncologici in stadio avanzato (Fonte D)

me pagine, il tema dell'ERD viene integrato nel rilevamento dei sintomi. Manca però ancora uno strumento di screening preciso e validato per rilevare questo stress psichico. Nella letteratura specifica è stato possibile trovare questionari provvisori per rilevare l'ERD nei pazienti oncologici in uno stadio avanzato della malattia e nei loro familiari (tabella 3). Questi questionari possono essere d'aiuto finché non verranno sviluppati strumenti validati. Il seguente estratto è stato ripreso da «Handbook of Nutrition and Diet in Palliative Care» di Victor R. Preedy e si basa su temi di risultati quantitativi dello studio di Amano et al. 2016.

Un obiettivo di importanza centrale della terapia nutrizionale nelle situazioni palliative è rilevare e per quanto possibile ridurre l'ERD (tabella 4). È decisivo che il tema dell'alimentazione e i sintomi legati all'alimentazione vengano discussi all'interno del team interdisciplinare e che vengano affrontati con un approccio comune da tutte le persone coinvolte.

Bibliografia et fonti sulla pagina 15

Mettere a punto una terapia nutrizionale di supporto sulla base dei 4 principi chiave dell'etica (autonomia, non nuocere, equità e fare del bene) e del modello SENS (dal tedesco Symptommanagement [gestione dei sintomi], Entscheidungsfindung [processo decisionale], Netzwerk [rete] e Support [supporto])

Informare il paziente e le sue persone di riferimento sulle limitazioni fisiologiche (ad es. inappetenza, cachessia refrattaria)

Porre obiettivi realistici (Calman gap) coinvolgendo le persone di riferimento e gli specialisti coinvolti con l'obiettivo di liberare per quanto possibile il paziente dalla pressione di dover assolutamente mangiare

Offrire sostegno alle persone di riferimento: cercare attività alternative alla preparazione e al consumo dei pasti che permettano loro di esprimere il proprio affetto (ad es. aiutare il paziente nella cura del proprio corpo, fargli dei massaggi, ecc.)

Sensibilizzare gli altri specialisti coinvolti alla problematica dell'ERD, così da poter alleggerire insieme la pressione che grava sul paziente

Nelle cure palliative i colloqui sono di importanza centrale. Spesso è possibile affrontare certe tematiche profonde e complesse solo dopo che è stato affrontato e «chiarito» il tema dell'alimentazione

Collaborare su base interdisciplinare per consolidare un approccio comune. Ciò permette di accompagnare da vicino i pazienti e i loro familiari e garantire una medicina palliativa di supporto e integrativa

Tabella 4: Punti importanti a cui prestare attenzione in caso di ERD (Fonte C)

Wir DANKEN unseren Sponsoren und Förderern für die Unterstützung im 2020!

Nous REMERCIONS nos sponsors et donateurs pour leur soutien en 2020!

GRAZIE ai nostri sponsor e donatori per il sostegno nel 2020!

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



Einsatz von löslichen Guarfasern kombiniert mit probiotischen Lactobazillen zur Therapie von Diarrhöe.

Einige Durchfallmedikamente bieten nur eine kurzfristige Linderung der Durchfallsymptome und können Nebenwirkungen wie Verstopfung verursachen, andere Optionen konzentrieren sich lediglich auf die Rehydratation. Die Behandlung der Dehydratation, die mit Durchfall einhergeht, bekämpft jedoch nicht die zugrundeliegende Ursache.

Bei Durchfall gerät unsere Darmflora aus dem Gleichgewicht. Lösliche Nahrungsfasern und Probiotika können unsere Darmflora wieder ins Gleichgewicht bringen und dabei helfen, die Durchfallsymptome zu lindern.

Der primäre Fokus des medizinisch-/therapeutischen Managements von Diarrhöe liegt meist bei der Rehydrierung. Dies hat jedoch keinen Einfluss auf die Frequenz von flüssigem Stuhlgang und des damit verbundenen Wasserverlusts, die Dauer und Ausprägung der Beschwerden und auch nicht auf die vorherrschende Dysbiose in unserer Darmflora, welche durch den geschwächten Zustand anfälliger für pathogene Keime, Viren und Bakterien wird.^{1,2}

Medikamente helfen, aber in der Regel werden Loperamide oder – weniger häufig – Parasympatholytika/Anticholinergika zur Therapie abgegeben.



Diese wirken durch Lähmen/Inhibition der Darmperistaltik; so wird die Darmtransitzeit verlängert und der Darm hat „mehr Zeit“, um den Darminhalt zu resorbieren und den Stuhl zu formen.¹ Medikamente sind erwiesenermassen effektiv, sie können jedoch rasch auch das Gegenteil bewirken und zu Obstipation führen.^{2,3}

OptiFibre® FLORA

OptiFibre® FLORA bietet die einzigartige Kombination von löslichen Guarfasern (PHGG) und *Lactobacillus rhamnosus* GG, deren Wirkung klinisch nachgewiesen ist. Mehrere Studien unterstützen die Vorteile von **OptiFibre® FLORA** zur Behandlung von Diarrhöe:

Bei *Lactobacillus rhamnosus* GG handelt es sich um probiotische Bakterien. Sie normalisieren erwiesenermassen sowohl die Konsistenz als auch die Frequenz des Stuhles.⁴⁻⁷

Lösliche, teilhydrolysierte Guarfasern (PHGG) unterstützen dank ihrem präbiotischen Effekt die Vermehrung von erwünschten Darmbakterien im Colon und damit das Gleichgewicht der Darmflora. Klinische Studien haben gezeigt, dass PHGG zudem die Wasseraufnahme im Colon fördern und damit einen normalisierenden Effekt auf die Stuhlfrequenz und -konsistenz haben.⁸⁻¹²

Senkung der Dauer von Diarrhöe



Réduit la durée de la diarrhée^{4,12-17}

Senkung der Anzahl der Stuhlgänge



Réduit le nombre de selles^{5,6,12,18}

Verbesserung der Stuhlkonsistenz



Améliore la consistance des selles^{12,19,20}

Bringt die Darmflora ins Gleichgewicht



Équilibre la flore intestinale^{8-10,21}

Gute Verträglichkeit und Sicherheit



Bonne tolérance et sécurité^{12,22-26}

Quellen: 1. Barr W & Smith A. Am Fam Physician. 2014;89(3):180-189; 2. Plaza-Diaz J, et al. Nutrients. 2018 Jan 5;10(1): pii: E42; 3. Szajewska, H, et al. J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. 2014; 58, 531-539; 4. Canani RB, et al. BMJ 2007; doi:10.1136/bmj.39272.581736.55; 5. Pant AR, et al. J Trop Ped 1996; 42(3):162-5; 6. Vanderhoof JA, et al. J Pediatrics 1999;135(5):564-8; 7. Fox MJ, et al. BMJ 2015;5:e006474.doi:10.1136/bmjopen-2014-006474; 8. Ohashi Y, et al. Benef Microbes 2015;6(4) 451-455; 9. Takahashi et al. J. Nutr. Sci. Vitaminol. 1994;40, 251-259; 10. Okubo et al. Biosci. Biotech. Biochem. 1994;58 (8), 1364-1369; 11. Carlson et al. Anaerobe. 2016;42, 60-66; 12. Roa TP, et al. Clin Nutr 2019; 59: 158-196; 13. Guarino A, et al. J Pediatrics 1997; 25: 516-519; 16. Alam et al. J Health Pop & Nutrition 2015; 34:3; 17. Alam et al. J Ped Gastro & Nutrition 2000; 31(5) 503-7; 18. Nakao M, et al. Nutrition 2002; 18(1): 35-9; 19. Rushdi TA, et al. Clin Nutr 2004; 23: 1344-52; 20. Lewis SJ & Heaton KW. Scand J Gastroenterol 1997; 32(9): 920-924; 21. Luoto R, et al. Clin Infect Dis 2010; 50: 1327-1328; 22. Ustundag G, et al. Turk J Gastro 2010; 21(4): 360-364; 23. Segers ME & Lebeer S. Microbial Cell Factories 2014; 13 (S1); 24. Manzoni P, et al. Early Human Development 2011; 87 (S1): S35-38; 25. Morrow LE, et al. Am J Respir Crit Care Med 2010; 182: 1058-1064; 26. Urbanska M, Szajewska H Eur J Pediatr 2014.

Kommunikation in der Palliative Care



Bruno Schiesser
BSc, Ernährungsberater SVDE
Spital Lachen AG



Michèle Erne
BSc, Ernährungsberaterin
SVDE/Teamleiterin
Aussendienst
HomeCare Bichsel

Die Definition von Palliative Care zeigt deutlich, wie komplex und vielschichtig die Situationen sein können, mit denen die Fachpersonen jeglicher Disziplinen im Berufsalltag konfrontiert werden. Sie schliesst neben der medizinischen und pflegerischen Behandlung und Betreuung auch die psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung mit ein. Dies gilt nicht nur für die Betroffenen selbst, sondern auch für deren Angehörige und nahestehende Bezugspersonen (1). Daraus ergeben sich grosse Herausforderungen an die kommunikativen Fähigkeiten der betreuenden Fachpersonen.

Eine offene und einfühlsame Kommunikation ist ein zentraler Punkt in der Betreuung und Begleitung von palliativen Patientinnen und Patienten und, auf ihren Wunsch, deren Angehörigen. Neben der Empathie ist auch die Wahrhaftigkeit gegenüber den Betroffenen eine wichtige Voraussetzung. Dies beinhaltet auch die Bereitschaft, Möglichkeiten und Grenzen einer Behandlung offenzulegen. Ebenso gehört eine stufenweise Aufklärung dazu, damit die Betroffenen in der Lage sind, realistische Erwartungen zu entwickeln. Das trägt zu einer eigenständigen Willensbildung bei und bildet die Basis für Entscheidungen (2).

SENS macht Sinn

Um all diese Aspekte beachten zu können, wird in der Praxis oft das SENS-Modell verwendet. Dieses Assessmentinstrument

bietet die Möglichkeit, Gespräche im palliativen Setting zu strukturieren. Da die Interprofessionalität eine Grundlage des Modells ist, eignet es sich auch zur Anwendung in der Ernährungstherapie. Ebenfalls lässt es sich sehr gut in den Nutrition Care Process integrieren. Das SENS-Modell basiert auf vier Dimensionen, was ein strukturiertes Vorgehen bei der Situationseinschätzung, der Verlaufskontrolle wie auch in der Vorausplanung ermöglicht. Belastungen, Stärken und Ressourcen der Betroffenen werden systematisch erfasst und priorisiert. Bei den Entscheidungspro-

zessen werden Bedürfnisse sowie Werthaltung der Betroffenen und ihrer Bezugspersonen ernst genommen (3).

Symptom-Management: Beste Möglichkeiten der Symptombehandlung und Empowerment zur Selbsthilfe in der Symptombehandlung.

Entscheidungsfindung: Definition der eigenen Ziele und Prioritäten, schrittweise sowie selbstgesteuerte Entscheidungsfindung und präventive Planung für mögliche Komplikationen.

Netzwerk: Aufbau eines Betreuungsnetzes

Symptommanagement (Empowerment/Selbststärkung)

- Welche Symptome/Probleme stehen im Vordergrund?
- Welche persönlichen Ressourcen können die Betroffenen für sich nutzen?
- Richtige Behandlung von **physischen Symptomen** wie Nausea, Xerostomie, Unverträglichkeiten, Obstipation, Diarrhö, Fatigue, Schmerz, Dyspnoe, Wunden
- **Psychische Symptome** beachten wie Depression, Angst, Verlust, Wut, Trauer, besondere Aufmerksamkeit ist auf den «Eating related distress» zu legen
- **Sozio-kulturelle Aspekte** berücksichtigen wie Esskultur und -prägungen, Familientisch, Traditionen
- **Spirituelle Dimension** einbeziehen wie Hoffnung/Hoffnungslosigkeit, Glaube, Sinnfindung

Entscheidungsfindung (Selbstbestimmung)

- Ziele und Prioritäten der Betroffenen bezüglich der ernährungstherapeutischen Massnahmen erkennen (realistische Zielsetzungen, Calman Gap)
- Autonomie der Betroffenen erhalten, ihre Bedürfnisse wahrnehmen und diese regelmässig überprüfen, Veränderungen wie auch Ambivalenzen gehören dazu und sind zu respektieren
- Wissensstand der Betroffenen überprüfen und offene Fragen besprechen
- Wünsche/Vorstellungen der Betroffenen bezüglich möglicher Ernährungsinterventionen frühzeitig und vorausschauend klären, insbesondere auch, falls die Betroffenen später nicht mehr selber darüber entscheiden können

Netzwerk/Notfall (Sicherheit)

- Interprofessionelle Zusammenarbeit
- Den Betroffenen eine verlässliche individuelle Begleitung bieten
- Wohnsituation, wer unterstützt die Betroffenen bezüglich ihrer Ernährung?
- Austrittsplanung, Homecare, Austrittsberichte, Gesuch Kostengutsprache

Support (Unterstützung)

- Wer braucht welche Unterstützung von den Bezugs- wie auch Fachpersonen?
- Machen sich die Betroffenen Sorgen um ihre Bezugspersonen und ist ein diesbezüglicher Support erwünscht?

Abbildung 1: SENS-Modell angepasst für die Ernährungstherapie aus Pocket Guide Fachgruppe Palliative Care (2018)

unter Zusammenführen von ambulanten (Betreuung zu Hause) und stationären Strukturen.

Support: Aufbau von Unterstützungssystemen für die Angehörigen, auch über den Tod hinaus, Unterstützungsmöglichkeiten auch für die beteiligten Fachpersonen.

Abbildung 1 zeigt die vier Dimensionen angepasst zur Anwendung in der ernährungstherapeutischen Betreuung (4). Die Zusammenstellung kann zur Vorbereitung, Durchführung sowie als Reflexion eines Gesprächs dienen.

Durch eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit und ein gemeinsam definiertes Therapieziel können Unsicherheiten und Ängste bei den Betroffenen verringert werden. Eine wichtige Voraussetzung besteht darin, dass die Rollen der einzelnen Personen geklärt und akzeptiert werden (5).

Das Spikesmodell für den Gesprächsablauf im Alltag

Wie soll nun ein Gespräch mit Frau S. (s. Fallbeispiel auf S. 5) ablaufen, bei dem schwierige Themen wie Konsequenzen aus Stoppen der Flüssigkeitszufuhr, Sterbewunsch und Ängste im Umgang mit der PEG thematisiert werden sollen?

Der Gesprächsablauf nach SPIKES (6) gibt dazu Aufschluss:

SPIKES umschreibt sechs Schritte zum Überbringen von schwierigen Nachrichten. Dieser Modellablauf hat zum Ziel, die notwendigen Informationen von Betroffenen und Angehörigen zu erfahren, die adressatengerechte Übermittlung von Inhalten sicherzustellen sowie die Mitarbeit der Patientinnen und Patienten beim Behandlungsplan für die Zukunft einzufordern.



• Vor dem Gespräch tief durchatmen – innehalten – «mentales Händewaschen»

Beim mentalen Händewaschen geht es darum, in einem Moment der Besinnung zur Ruhe zu finden, bevor das Gespräch mit Frau S. begonnen wird (7).



Abbildung 2: SPIKES-Modell aus Pocket Guide Fachgruppe Palliative Care (2018)



SETTING

- Geschützte Umgebung schaffen
- Bezugspersonen einbeziehen
- Unterbrechungen vermeiden

Um eine geschützte Umgebung zu ermöglichen, sollten solche Gespräche nicht in einem Mehrbettzimmer stattfinden und Telefone umgeleitet sein. In unserem Fallbeispiel ist der Patientin die Meinung ihres Sohnes sehr wichtig. Dieser ist am Gespräch verhindert. Durch einen leeren Stuhl kann er repräsentiert werden (8). Zudem gilt es zu beachten, dass ein wichtiges Gespräch mit Angehörigen und im interprofessionellen Kontext eine flexible Anpassung der Arbeitszeiten unumgänglich machen kann.



PATIENT

- Durch offene Fragen Wissensstand der Betroffenen überprüfen
- Alle am Gespräch beteiligten Personen auf den gleichen Stand bringen
- Missverständnisse beseitigen

Für die Betreuung von Frau S. sind – wie bereits im SENS-Modell umschrieben – die Empathie und die Wahrhaftigkeit ihr gegenüber für den Gesprächsverlauf entscheidend. Das palliative Ernährungssetting geht generell davon aus, dass die Patientinnen und Patienten nicht verhungern, sondern wegen der Krankheit sterben werden. Diesen Wissensstand abzuholen und zu verbalisieren ist für alle beteiligten Personen von zentraler Bedeutung (9).



INVITATION

- Einschätzung der Bereitschaft, die Information aufzunehmen
- Nachfragen, wie die Betroffenen das Thema besprechen möchten

Die meisten Patienten wünschen sich transparente, vollständige Informationen über ihre Diagnosen und Prognosen – aber nicht alle (6). Wie ist das bei Frau S. und was darf gegenüber den Angehörigen sowie weiteren in den Betreuungskomplex eingebundenen Personen kommuniziert werden?

K

KNOWLEDGE

- **Patientengerechte Sprache (auf Fremdwörter und Phrasen verzichten)**
- **Information in kleine Einheiten einteilen**

Beim Fall von Frau S. herrscht ein gewisser Konsens im Hinblick auf die Indikation (Verbesserung der Lebensqualität) einer enteralen Ernährung. Dennoch hat die Patientin das Recht, die künstliche Ernährung zu verweigern (9). Damit die Patientin letztendlich gut informiert eine Entscheidung treffen kann, ist es wichtig, dass die relevanten Aspekte in einer einfachen Sprache und allenfalls wiederholt mitgeteilt werden. Kummer beeinflusst die Konzentration (7).

E

EMOTIONS

- **Erfassen und Spiegeln der Emotionen**
- **Raum geben, um Gefühle auszusprechen**
- **Unterstützung signalisieren**

Gespräche über das Nicht-Essen entwickeln sich häufig auch zu Diskussionen über Verlust und Abschiednehmen. Im Fall von Frau S. könnte man ihre Situation wie folgt spiegeln: «Ich sehe, die Entscheidungsfindung bezüglich der PEG-Sonden-Einlage macht Ihnen Sorgen.» Dies gibt Raum für Gefühle und kann helfen, sich über die eigenen Wünsche klar zu werden. Gerade die Essenszubereitung ist für Angehörige oft auch ein Zeichen der Zuneigung. Es soll aufgezeigt werden, dass ihre Ängste bezüglich nicht bedarfsdeckender Ernährung nachvollziehbar sind (10).

S

STRATEGY & SUMMARY

- **Prozedere besprechen**
- **Missverständnisse vermeiden**
- **Aussicht auf weitere Gesprächsmöglichkeit geben**

Um das weitere Vorgehen mit der Patientin zu besprechen, ist wichtig, bei ihr abzuholen, ob ihr Informationen fehlen, um den Entscheid einer PEG-Einlage zu fällen. Aufgrund des geriatrischen Alters der Patientin wird empfohlen, eine gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen Betreuungsteam, Patientin und Angehörigen anzustreben (11).

Einen Plan zu haben und eine Vorgehensweise zu kennen, vermindert Ängste (6).

R

- **Am Ende des Gesprächs abholen, wer was aus dem Gespräch mitnimmt**
- **Nach dem Gespräch tief durchatmen – innehalten – «mentales Händewaschen»**

Grundsätzlich sollte bei einem solchen Gespräch beachtet werden, dass Gefühle/Ambivalenzen auszuhalten sind und zuzugehören, keine direkten Lösungsansätze vorgeschlagen werden und ein aktives, unschreibendes Zuhören unabdingbar ist (12).

Das SENS-Modell bietet für solch herausfordernde Situationen eine gute Vorlage für die Strukturierung des Gesprächs.

Kombiniert mit dem Ablauf nach SPIKES erhalten wir eine wertvolle Unterstützung zum Führen der Gespräche im palliativen Setting. Zusätzlich kann dieses Vorgehen auch in anderen nicht palliativen Situationen angewendet werden. Ihnen gutes Gelingen in herausfordernden Gesprächssituationen mit Ihrer palliativen Klientell! Vergessen Sie dabei vor allem eines nicht: «Die Würde des Menschen besteht in der Wahl» (Max Frisch).

Literaturverzeichnis

1. Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen- und direktoren (GDK). (2014). Nationale Leitlinie Palliative Care. Bern
2. Schweizerische Akademie der Wissenschaft (SAMW). (2013). Medizin-ethische Richtlinien und Empfehlungen Palliative Care. Basel.
3. Eychmüller, S. (2012). SENS is making sense – on the way to an innovative approach to structure Palliative Care problems. *Therapeutische Umschau*, 69(2), 87–90.
4. Fachgruppe Palliative Care SVDE. (2018). Pocket Guide für Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberater SVDE und medizinisch-therapeutische Berufsgruppen; Ernährungstherapie Palliative Care.
5. Hofmann, S. (2015). Am selben Strang ziehen? In Leitfaden (S. 4(3), 60–62).
6. Baile, W., Buckmann, R., Lenzi, R., Glober, R., Beale, E., & Kudelka, A. (5 2000). SPIKES – A Six Step Protocol for Delivering Bad News. *The Oncologist*, S. 302–311.
7. Jürgens, U. (03. Heft 12 Jg. 107, 2010). Das Aufklärungsgespräch – wie sage ich es dem Patienten. *Deutsches Ärzteblatt*, S. 91.
8. Gramm, J. (2012). www.palliativepsychologie.de. Von www.palliativepsychologie.de/wp-content/uploads/Gramm_DasFamiliengespraechInPalliativeCare.pdf abgerufen
9. Pautex, S., & Genton, L. (19 2019). Indikationen für künstliche Ernährung bei Palliativpatienten – ein stufenweiser Ansatz. *SWISS MEDICAL FORUM*, S. 800–802.
10. Häusermann, S. (4 2019). Essen ist Leben - Leben ist Essen. *Onkologiepflege*, S. 11–15.
11. Kunz, R. (2015 (3. Aufl.)). Palliativmedizin in der Geriatrie. In *Programmbereich Medizin. Handbuch Palliativmedizin* (S. 261–278). Huber.
12. Bamberger, G. G. (2015, 5. überarbeitete Auflage). *Lösungsorientierte Beratung*. Beltz.

OMEGA-life®:

Unterstützt Herz und Gehirn.

Natürliche Vitalität aus dem Meer.

OMEGA-life® enthält die lebenswichtigen Omega-3-Fettsäuren EPA und DHA, welche die Blutfettregulation beeinflussen und zum Erhalt einer normalen Herz- und Gehirnfunktion beitragen. Erhältlich in Apotheken und Drogerien.

+ Schutz vor
unangenehmem
Aufstossen ✓

OMEGA-life®
Protect 500



OMEGA-life® – täglich fürs Leben
omega-life.ch

DG
DOETSCH GRETHER

La communication dans les soins palliatifs



Bruno Schiesser
 BSc, Diététicien ASDD
 Hôpital de Lachen (AG)



Michèle Erne
 BSc, Diététicienne ASDD,
 Cheffe d'équipe du service
 externe
 HomeCare Bichsel

La définition des soins palliatifs montre clairement à quel point les situations auxquelles sont confronté-e-s les professionnel-le-s de la santé, toutes disciplines confondues, peuvent être complexes et variées. Outre le traitement et l'assistance sur le plan médical et des soins, ils englobent aussi le soutien psychologique, social et spirituel. Cela vaut non seulement pour les patient-e-s, mais aussi pour leurs proches et leurs personnes de confiance (1). Il en découle de grandes exigences par rapport aux capacités de communication de l'équipe de prise en charge.

Pour assister et accompagner des patient-e-s palliatifs/ives et, s'ils le souhaitent, leurs proches, il est essentiel de savoir communiquer avec empathie. Il est en outre important de parler avec franchise et de ne pas chercher à dissimuler la vérité. Cela signifie qu'il faut être prêt-e à présenter les possibilités et les limites d'un traitement. De même, il faut faire un travail d'explication progressif, pour que les personnes concernées soient en mesure de développer des attentes réalistes. Cela contribue à forger la volonté de façon autonome et sert de point de départ pour prendre des décisions éclairées (2).

Le modèle SENS prend tout son sens

Afin de pouvoir tenir compte de tous ces aspects, le modèle SENS est souvent appliqué dans la pratique quotidienne. Cet ins-

trument d'évaluation offre la possibilité de structurer les entretiens dans le contexte des soins palliatifs. Comme l'interprofessionnalité sous-tend le modèle, il se prête à une utilisation dans le cadre de la thérapie nutritionnelle. Il peut tout à fait être intégré au processus de soins en nutrition.

Le modèle SENS repose sur quatre dimensions, ce qui permet d'avoir une démarche structurée dans l'appréciation de la situation, le contrôle de l'évolution et la planification préalable. Les charges physiques et psychiques des personnes concernées, ainsi que leurs forces et leurs ressources, sont

Symptommanagement, ou gestion des symptômes

(Empowerment/renforcement de l'autonomie)

- Quels sont les symptômes ou problèmes qui occupent le premier plan?
- Quelles ressources personnelles les personnes concernées peuvent-elles utiliser pour elles-mêmes?
- Traitement correct de **symptômes physiques** tels que nausée, xérostomie, intolérances, constipation, diarrhée, fatigue, douleur, dyspnée, plaies
- Tenir compte de **symptômes psychiques** tels que dépression, angoisse, sentiment de perte, de colère, de tristesse, deuil, et accorder une attention particulière à l'eating related distress
- Prendre en considération les **aspects socioculturels** tels qu'habitudes alimentaires et culture alimentaire, repas en famille, traditions
- Intégrer la **dimension spirituelle** comme espoir, désespoir, foi, quête de sens

Entscheidungsfindung, ou prise de décision

(Autodétermination)

- Identifier les objectifs et les priorités des personnes concernées par rapport aux mesures de thérapie nutritionnelle (fixer des objectifs réalistes, écart de Calman)
- Préserver l'autonomie des personnes concernées, percevoir leurs besoins et les vérifier régulièrement, les changements et les positions ambivalentes en font partie et doivent être respectés
- Vérifier le niveau de connaissances des personnes concernées et aborder les questions à clarifier
- Clarifier à un stade précoce et en amont les souhaits et attentes des personnes concernées par rapport aux interventions de thérapie nutritionnelle possibles, notamment si les personnes concernées ne peuvent plus décider elles-mêmes par la suite

Netzwerk, ou réseau/ Notfall, ou urgence

(Sécurité)

- Collaboration interprofessionnelle
- Proposer aux personnes concernées un accompagnement individuel fiable
- Situation en matière de logement, qui soutient les personnes concernées au niveau de leur alimentation?
- Planification de la sortie, soins à domicile (Homecare), rapports de sortie, demande de garantie de prise en charge des coûts

Support

(Soutien)

- Qui a besoin de quel soutien de la part des personnes de référence et des professionnel-le-s de la santé?
- Les personnes concernées s'inquiètent-elles pour leurs personnes de référence et un soutien est-il souhaité à ce niveau?

Figure 1 : Modèle SENS adapté à la thérapie nutritionnelle tiré de Pocket Guide, groupe spécialisé Soins palliatifs (2018)

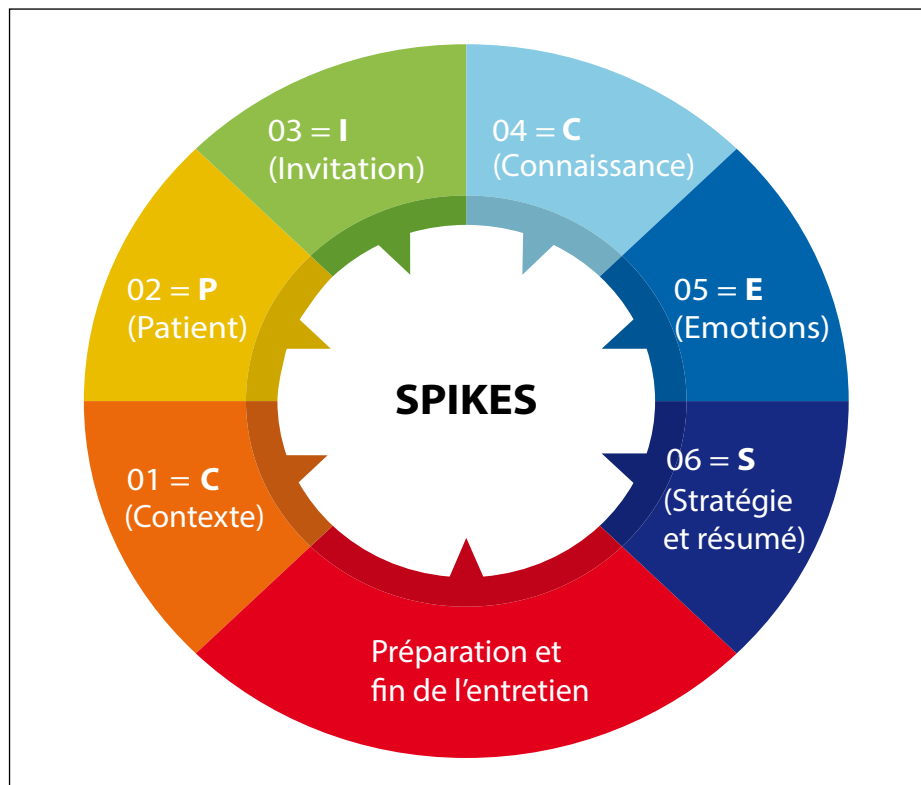


Figure 2: Modèle SPIKES tiré de Pocket Guide, groupe spécialisé Soins palliatifs (2018)

systématiquement évaluées et leur degré de priorité respectif est défini. Les besoins et les valeurs des patient-e-s et de leurs personnes de confiance sont pris au sérieux dans les processus décisionnels (3).

S comme Symptom-Management, ou gestion des symptômes: offrir les meilleures possibilités de soigner les symptômes et rendre le/la patient-e plus autonome et autodéterminé-e dans la prise en charge de ses symptômes.

E comme Entscheidungsfindung, ou prise de décision: définir les priorités et les objectifs personnels, prendre des décisions de façon progressive et en autocontrôle et anticiper les complications possibles.

N comme Netzwerk, ou réseau: mettre sur pied un réseau d'assistance en regroupant les structures ambulatoires (suivi à domicile) et hospitalières.

S comme Support, ou soutien: développer des systèmes de soutien pour les proches, également après le décès, ainsi que des possibilités de soutien pour les professionnel-le-s impliqué-e-s.

La figure 1 montre les quatre dimensions par rapport à une application dans le contexte du suivi de thérapie nutritionnelle (4). Cette synthèse peut servir d'aide pour préparer les entretiens, les mener et réaliser leur débriefing.

Grâce à une bonne collaboration interprofessionnelle et à un objectif thérapeutique défini conjointement, il est possible de diminuer les incertitudes et les angoisses des personnes concernées. Pour que cela fonctionne bien, il est important de clarifier et d'accepter les rôles des différentes personnes impliquées (5).

Le modèle SPIKES pour le déroulement des entretiens au quotidien

Comment un entretien avec Mme S. (v. exemple de cas page 7) doit-il maintenant se dérouler, lors duquel il convient d'évoquer des sujets difficiles comme les conséquences de l'arrêt de l'apport en liquide, le souhait de mourir et les angoisses liées à la gestion de la sonde PEG?

Le déroulement de l'entretien selon SPIKES (6) apporte des éclaircissements à ce sujet: SPIKES définit six étapes pour communiquer des messages difficiles. Le déroulement proposé par ce modèle vise à obtenir les informations nécessaires des personnes concernées et de leurs proches, à garantir une communication des contenus adaptée aux destinataires et à réclamer la coopération future des patient-e-s par rapport au plan thérapeutique.



- **Avant l'entretien, respirer profondément et marquer un temps d'arrêt (faire le vide dans sa tête)**

Faire le vide dans sa tête consiste à se recueillir pour trouver le calme intérieur avant de commencer l'entretien avec Mme S. (7).



SETTING/CONTEXTE

- **Créer un environnement protégé**
- **Impliquer les personnes de référence**
- **Éviter les interruptions**

Pour que l'environnement puisse être protégé, l'entretien ne doit pas se dérouler dans une chambre à plusieurs lits et les appels téléphoniques doivent être déviés. Dans notre exemple, l'avis du fils de la patiente est très important pour elle. Mais il est dans l'impossibilité de participer à l'entretien. Il peut être représenté par une chaise vide (8). Il convient en outre d'attirer l'attention sur le fait qu'un entretien important avec des proches et dans le contexte interprofessionnel peut rendre indispensable une adaptation flexible des horaires de travail.



PATIENT

- **Vérifier le niveau de connaissances des personnes concernées en posant des questions ouvertes**
- **S'assurer que toutes les personnes présentes à l'entretien disposent du même niveau de connaissances**
- **Ecarter les malentendus**

Comme déjà décrit avec le modèle SENS, il est décisif, pour le bon déroulement de l'entretien et pour la prise en charge de Mme S., de faire preuve d'empathie et de sincérité à son égard. La thérapie nutritionnelle dans le contexte des soins palliatifs part généralement du principe que les patient-e-s ne vont pas mourir de faim, mais mourront à cause de la maladie. Il est essentiel de vérifier que cet aspect est compris par l'ensemble des personnes impliquées et d'en parler (9).

I INVITATION

- **Evaluer la capacité à prendre connaissance des informations**
- **Demander des précisions sur la manière dont les personnes concernées voudraient discuter du sujet**

La plupart des patient-e-s veulent des informations transparentes et complètes sur leur diagnostic et leur pronostic, mais ce n'est pas toujours le cas (6). Qu'en est-il de Mme S. et qu'a-t-on le droit de communiquer à ses proches et à d'autres personnes impliquées dans la prise en charge?

C KNOWLEDGE/CONNAISSANCE

- **Choisir des mots adaptés aux patient-e-s (renoncer à utiliser des platitudes ou des mots de langues étrangères)**
- **Subdiviser les informations en petites parties**

Dans le cas de Mme S., il y a un certain consensus quant à l'indication d'une alimentation entérale (amélioration de la qualité de vie). La patiente a néanmoins le droit de refuser l'alimentation artificielle

(9). Pour que la patiente puisse finalement prendre une décision éclairée, il est important que les aspects déterminants puissent lui être communiqués dans un langage simple et s'il le faut à plusieurs reprises. Le chagrin influence la concentration (7).

E EMOTIONS

- **Evaluer et refléter les émotions**
- **Créer une atmosphère propice à l'expression de sentiments**
- **Manifester son soutien**

Les discussions relatives au fait de ne pas s'alimenter évoluent souvent aussi vers les sujets de la perte et du départ. Dans le cas de Mme S., on pourrait refléter sa situation comme suit: «Je comprends que le fait de prendre une décision au sujet de la pose d'une sonde PEG vous préoccupe.» Cela lui ouvre une porte pour exprimer ses sentiments et peut l'aider à clarifier ses propres souhaits. Pour les proches aussi, le fait de préparer les repas est un signe d'affection. Il faut témoigner de la compréhension par rapport à leurs angoisses liées au fait que l'alimentation ne couvre pas les besoins nutritionnels (10).

S STRATÉGIE ET RÉSUMÉ

- **Discuter de la procédure**
- **Éviter les malentendus**
- **Offrir la possibilité de mener d'autres entretiens**

Pour discuter de la suite à donner avec la patiente, il est important de chercher à savoir s'il lui manque des informations pour prendre une décision au sujet de la pose d'une sonde PEG. Compte tenu de l'âge avancé de la patiente, il est recommandé

de chercher à aboutir à une décision commune entre l'équipe de prise en charge, la patiente et ses proches (11).

Le fait d'avoir un plan et de connaître une procédure diminue les angoisses (6).

- **S'enquérir à la fin de l'entretien auprès de chacun-e de ce qu'il/elle retient de l'entretien**
- **Après l'entretien, respirer profondément et marquer un temps d'arrêt (faire le vide dans sa tête)**

Pour un tel entretien, il convient de respecter les règles suivantes: endurer l'expression des émotions et le côté ambivalent car ce sont des manifestations normales; ne pas proposer d'ébauche de solution directe; il est indispensable d'écouter activement en répétant ce qui a été dit par des périphrases (12).

Dans de telles situations délicates, le modèle SENS est efficace pour structurer l'entretien. En l'association au déroulement selon le modèle SPIKES, on dispose d'un précieux soutien pour mener des entretiens dans le contexte des soins palliatifs. De plus, cette démarche peut également être appliquée dans d'autres contextes que celui des soins palliatifs. Nous espérons que les approches présentées vous aideront à gérer des situations délicates et à mener efficacement vos entretiens avec vos patient-e-s des soins palliatifs. Et surtout, n'oubliez jamais ceci: «La dignité humaine consiste à avoir le choix» (Max Frisch).

Bibliographie voir page 27

La comunicazione nelle cure palliative



Bruno Schiesser
BSc, Dietista ASDD
Ospedale di Lachen AG



Michèle Erne
BSc, Dietista ASDD/capo
team Servizio esterno
HomeCare Bichsel

La definizione di cure palliative mostra chiaramente quanto complesse e varie possano essere le situazioni con le quali gli specialisti di qualunque disciplina sono chiamati a confrontarsi nella quotidianità lavorativa. Essa comprende, oltre alle cure mediche e infermieristiche, anche il sostegno psicologico, sociale e spirituale, e non solo per i pazienti, ma anche per i familiari e le persone di riferimento loro vicine (1). Per gli specialisti curanti si pongono quindi grandi sfide sul piano della comunicazione.

Una comunicazione aperta ed empatica rappresenta un elemento cardine dell'assistenza e dell'accompagnamento dei pazienti palliativi e, se lo desiderano, dei loro familiari. Oltre all'empatia, nella comunicazione ai pazienti non deve mancare un altro requisito fondamentale: la veridicità e, di conseguenza, anche la disponibilità a illustrare chiaramente possibilità e limiti di una terapia, nonché il fatto di fornire informazioni graduali in modo che i pazienti siano in grado di elaborare delle aspettative realistiche. Ciò contribuisce a favorire un processo autonomo di formazione della volontà e rappresenta la base su cui prendere le decisioni future (2).

SENS ha senso

Per tenere conto di tutti questi aspetti, sul piano pratico si applica spesso il modello SENS. Si tratta di uno strumento di valutazione che offre la possibilità di strutturare i colloqui nel setting delle cure palliative. In

quanto basato sul concetto di interprofessionalità, il modello si presta per essere adottato anche nell'ambito della terapia nutrizionale e può essere integrato in maniera ottimale anche nel Nutrition Care Process. Il modello SENS si basa su quattro principi che consentono di adottare un approccio strutturato in fase di analisi della situazione, durante le visite di controllo e nell'ambito della pianificazione anticipata.

Symptommanagement o Gestione dei sintomi

(empowerment/potenziamento personale)

- Quali sono i sintomi/problemi in evidenza?
- A quali risorse personali possono fare appello i pazienti?
- Corretto trattamento di **sintomi di natura psichica** come nausea, xerostomia, intolleranze, costipazione, diarrea, spassatezza, dolore, dispnea, ferite
- Considerare eventuali **sintomi di natura psichica** come depressione, ansia, senso di perdita, rabbia, dolore legato al lutto; prestare particolare attenzione all'eating related distress
- Considerare gli **aspetti socio-culturali** come cultura e abitudini alimentari, pranzi e cene in famiglia, tradizioni
- Includere la **dimensione spirituale** come speranza/disperazione, fede, ricerca del senso della vita

NetzwerkNotfall o Rete/Emergenza

(sicurezza)

- Collaborazione interprofessionale
- Offrire ai pazienti un accompagnamento individuale affidabile
- Situazione abitativa, chi offre sostegno ai pazienti sul piano dell'alimentazione?
- Pianificazione della dimissione, home care, rapporto di dimissione, richiesta di assunzione dei costi

Fattori di stress, punti di forza e risorse dei pazienti vengono registrati sistematicamente e classificati in ordine di priorità. Durante le fasi del processo decisionale si prendono in considerazione le esigenze e il sistema di valori dei pazienti e delle loro persone di riferimento (3).

Symptom-Management (gestione dei sintomi): le migliori possibilità per la cura dei

Entscheidungsfindung o Processo decisionale

(autodeterminazione)

- Riconoscere gli obiettivi e le priorità dei pazienti per quanto riguarda le misure di terapia nutrizionale (obiettivi realistici, Calman gap)
- Preservare l'autonomia dei pazienti, cogliere le loro esigenze e verificarle regolarmente, rispettare i cambiamenti e le ambivalenze e accettarli come fattori inevitabili
- Sondare le conoscenze dei pazienti e porre domande aperte
- Chiarire tempestivamente i desideri e le idee dei pazienti riguardo a eventuali interventi nutrizionali, in particolare anche nell'ipotesi che più avanti i pazienti non siano più in grado di decidere autonomamente

Support o Supporto

(sostegno)

- Chi necessita di sostegno da parte delle persone di riferimento e degli specialisti? Quale forma di sostegno viene richiesta?
- I pazienti sono preoccupati per le persone di riferimento a loro vicine ed è auspicato un sostegno in tal senso?

Figura 1: Modello SENS adattato per la terapia nutrizionale, tratto dalla guida tascabile del gruppo specializzato Cure palliative (2018)

sintomi; empowerment finalizzato all'auto-aiuto nel trattamento dei sintomi.

Entscheidungsfindung (processo decisionale): definizione degli obiettivi e delle priorità; processo decisionale graduale e autoguidato; pianificazione preventiva in relazione a eventuali complicazioni.

Netzwerk (rete): creazione di una rete di assistenza che coinvolga strutture ambulatoriali (assistenza a domicilio) e ospedale.

Support (supporto): creazione di sistemi di sostegno per i familiari, anche per la fase successiva al decesso; possibilità di supporto anche per gli specialisti coinvolti.

Nella figura 1 sono illustrati i quattro principi adattati per essere applicati nella terapia di assistenza nutrizionale (4). Lo schema può essere utilizzato per la preparazione e lo svolgimento di un colloquio, nonché per riflettere sul colloquio avvenuto.

Un'efficace collaborazione interprofessionale e un obiettivo terapeutico definito congiuntamente permettono di ridurre le insicurezze e le paure dei pazienti. Una premessa importante di questo processo è che però i ruoli delle singole persone vengano chiariti e accettati (5).

Il modello SPIKES per lo svolgimento dei colloqui nella quotidianità

Come svolgere quindi un colloquio con la signora S. (sulla pagina 9) per affrontare temi delicati come le conseguenze dell'interruzione dell'apporto di liquidi, il desiderio di morire e le paure legate all'utilizzo della PEG?

Il modello SPIKES (6) illustra come svolgere questi colloqui.

Il modello SPIKES si articola in sei fasi finalizzate alla comunicazione di notizie negative. La struttura del modello ha l'obiettivo di ottenere le informazioni necessarie dai pazienti e dai familiari, garantire una trasmissione di informazioni adeguata al profilo dei pazienti e favorire la collaborazione di quest'ultimi nell'ambito del piano terapeutico che sarà adottato in futuro.



Figura 2: Modello SPIKES tratto dalla guida tascabile del gruppo specializzato Cure palliative (2018)



- **Prima del colloquio fermarsi un attimo – respirare profondamente – liberare la mente**

Prima di iniziare il colloquio con la signora S. è importante concedersi un momento di riflessione e trovare la calma necessaria per affrontare il colloquio nel migliore dei modi (7).



SETTING

- **Creare un ambiente protetto**
- **Coinvolgere le persone di riferimento**
- **Evitare le interruzioni**

È importante che colloqui di questo genere avvengano in un ambiente riservato; bisognerebbe quindi evitare le camere con più letti e impostare il trasferimento di chiamata. La signora S. tiene in gran conto l'opinione del figlio, che però non può prendere parte al colloquio. È possibile visualizzare la sua presenza con una sedia

vuota (8). Occorre inoltre tenere presente che, a volte, un colloquio importante che coinvolge i familiari e altro personale medico e curante richiede un adeguamento flessibile degli orari di lavoro.



PATIENT

- **Verificare le conoscenze dei pazienti ponendo domande aperte**
- **Assicurarsi che tutti i partecipanti al colloquio abbiano lo stesso livello di conoscenze**
- **Eliminare le incomprensioni**

Per poter assistere adeguatamente la signora S. è determinante, come già accennato con il modello SENS, impostare con lei una comunicazione empatica e veritiera. Nel caso dei pazienti palliativi, gli esperti in nutrizione partono in generale dal presupposto che i pazienti non muoiano di fame, ma muoiano a causa della malattia. Tematizzare questo punto con tutte le persone coinvolte è fondamentale (9).



INVITATION

- **Valutare la disponibilità a recepire le informazioni**
- **Interrogare i pazienti sul modo in cui intendono affrontare l'argomento**

La maggior parte dei pazienti desidera ricevere informazioni complete e trasparenti riguardo alle proprie diagnosi e prognosi, ma non per tutti è così (6). A quale gruppo appartiene la signora S.? E quali informazioni possono essere comunicate ai familiari e alle altre persone coinvolte nell'assistenza?



KNOWLEDGE

- **Usare un linguaggio adeguato al paziente (evitare parole straniere e formulazioni astratte)**
- **Suddividere le informazioni in piccole unità**

Nel caso della signora S. si evidenzia un certo consenso verso la nutrizione enterale in considerazione della sua indicazione (miglioramento della qualità di vita). Ciononostante la paziente ha il diritto di rifiutare l'alimentazione artificiale (9). Affinché la paziente possa prendere una decisione ponderata, è importante che gli aspetti rilevanti le siano comunicati con un linguaggio semplice ed eventualmente che vengano ripetuti più volte. La preoccupazione influisce sulla capacità di concentrazione (7).



EMOTIONS

- **Cogliere e riflettere le emozioni**
- **Lasciare spazio ai partecipanti perché possano dar voce alle emozioni**
- **Far presente la possibilità di ricevere sostegno**

I colloqui su pazienti che non si nutrono evolvono spesso in discussioni sulla perdita e sul distacco. Nel caso della signora S., si potrebbe introdurre la sua situazione con la frase seguente: «Vedo che la decisione riguardante l'impiego della sonda PEG la preoccupa.» Una simile affermazione dà modo alla paziente di esprimere le proprie emozioni e può aiutare a far luce sui propri desideri. Spesso preparare i pasti è per i familiari anche un modo per manifestare il proprio affetto. Occorre quindi mostrar loro che le paure legate a un'alimentazione insufficiente a coprire il fabbisogno sono comprensibili (10).



STRATEGY & SUMMARY

- **Discutere la procedura da adottare**
- **Evitare l'insorgere di incomprensioni**
- **Precisare che è possibile avere altri colloqui in futuro**

Per discutere con la paziente la procedura da adottare, è importante chiederle se dispone di tutte le informazioni necessarie per poter decidere in merito all'utilizzo della PEG. Sulla base dell'età geriatrica della paziente si consiglia di coinvolgere nel pro-

cesso decisionale anche l'équipe curante e i familiari, al fine di giungere a una decisione condivisa da tutti (11).

Disporre di un piano e conoscere l'approccio da adottare aiuta a ridurre le paure (6).



- **Al termine del colloquio chiedere alle persone coinvolte che cosa hanno imparato**
- **Dopo il colloquio fare una pausa – respirare profondamente – liberare la mente**

In genere, durante un colloquio di questo tipo occorre tenere presente che le emozioni e le ambivalenze sono inevitabili e vanno rispettate, che non vengono fornite proposte di soluzione dirette e che è essenziale ascoltare in modo attivo, parafrasando ciò che il paziente dice (12).

Il modello SENS offre uno strumento adeguato per strutturare i colloqui in queste situazioni delicate. Combinandolo con il modello SPIKES, otteniamo un sostegno prezioso per lo svolgimento dei colloqui nel setting delle cure palliative. Questo approccio può essere adottato anche in situazioni diverse dalle cure palliative. Fate tesoro nel gestire le situazioni di dialogo più complesse con i vostri pazienti palliativi! E non dimenticate che, come diceva Max Frisch, la dignità dell'uomo sta nel fatto che può scegliere.

Bibliografia sulla pagina 27

Per iniziare la giornata con gusto e senza pensieri

Quando in famiglia c'è una persona intollerante al glutine o al lattosio, tutti i componenti si trovano ad affrontare delle sfide. Per questo Coop Free From offre un'ampia selezione di prodotti per fare colazione senza pensieri.

Con i suoi articoli senza glutine, Coop Free From propone soluzioni diverse per iniziare la giornata con più gusto ed energia: come i croccanti crispies di riso e i fiocchi di quinoa Naturaplan in qualità bio e privi di glutine per natura. Per chi invece ama cambiare rimanendo sul classico ci sono i cornflakes bio di Naturaplan: senza glutine e senza zuccheri aggiunti, riescono sempre a dare il giusto slancio alla giornata.

Yogurt senza lattosio e senza zucchero aggiunto

Per preparare un birchermüesli sano e gustoso ci vuole un attimo: basta mescolare insieme fiocchi per la colazione senza glutine, yogurt e frutta di stagione. Free From propone yogurt senza lattosio in tutti i gusti: al naturale, alle castagne, al cioccolato o alla frutta. A proposito: gli yogurt alla

frutta Naturaplan vengono prodotti senza aggiunta di zucchero, perché i frutti e il latte intero bio senza lattosio donano loro una dolcezza naturale.

Pane fatto in casa

Coop Free From offre un'ampia gamma di prodotti anche per chi a colazione preferisce una fetta di pane e marmellata. I panini senza glutine da mettere in forno sono una delle soluzioni più pratiche. Altrimenti potete provare la miscela per pane all'avena firmata Betty Bossi: un'ottima alleata senza glutine per gli ospiti inattesi. A chi ama impastare, invece, proponiamo un'ampia scelta di farine senza glutine per fare il pane in casa, ad esempio con la farina di ceci o di grano saraceno Naturaplan.

Coop Free From: il gusto del benessere

Con Free From, Coop si impegna da oltre dieci anni per offrire a chi soffre d'intolleranze prodotti facili da riconoscere in negozio e da gustare senza pensieri. Il nostro assortimento comprende oltre 500 articoli adatti alle persone con intolleranze alimentari. E i

cartellini Free From sugli scaffali aiutano a individuare meglio i prodotti. Maggiori informazioni su coop.ch/freefrom.

VIVERE
bene senza
lattosio

Oltre che limitante, l'intolleranza al lattosio può essere anche molto spiacevole. Il nuovo opuscolo informativo di Coop Free From si rivolge alle persone che di recente hanno scoperto di essere intolleranti al lattosio. E l'opuscolo "Creazioni senza glutine facili e veloci" offre informazioni e preziosi suggerimenti per preparare prodotti da forno.

L'opuscolo può essere scaricato al link: coop.ch/opuscoli



SuperFeinfood aus dem Thurgau

Seit 1892 steht die Schweizerische Schäl-
mühle E. Zwicky AG für gesunde Nahrungs-
mittel aus Getreide, Hülsenfrüchten, Ker-
nen und Saaten. Nahrungsmittel, die in
einer ausgewogenen Ernährung nie ihre
Bedeutung verloren haben und heute ab-
solut im Trend liegen. Ob vegane Linsenbo-
lognese, Bowls mit Kichererbsen und Qui-
noa, Overnight-Porridge oder glutenfreies
Brot – bei Zwicky findet man die passenden
Zutaten. Es gibt vegane, bio, glutenfreie,
proteinreiche, laktosefreie, ballaststoffrei-
che, zuckerarme, cholesterinsenkende oder
Produkte «aus der Region».

In der vierten Generation in Familienbesitz
ist der Zwerg mit der Ähre Garant für Quali-
tät und immer mehr auch für die gesunde
Alternative, die schmeckt. So wurden brand-

neue Gerichte auf Basis von Schweizer Gers-
te und Quinoa fixfertig gewürzt lanciert.
Kurz mit heissem Wasser gegart, hat man
ein hippes und gesundes Gericht gekocht.
Auch gibt es bereits glutenfreie Zwicky-Ge-
richte auf Hirsebasis. Eine weitere gesunde
Alternative wurde im Snackbereich neu auf
dem Markt gebracht. Protein Pearls sind
reich an pflanzlichem Eiweiss aus Erbsen
und fein gewürzt mit Paprika und Curry. Sie
werden mit einem bewährten Spezialver-
fahren schonend und ohne Fettzusatz her-
gestellt. Der perfekt knusprig-würzige Pro-
tein-Snack ohne schlechtes Gewissen!

Nicht mehr ganz so neu und dafür schon
lange kein Geheimtipp mehr: unsere ge-
sunden Müesli mit Mehrwert. So senken
die Vitaglucan® Müesli- und Flocken-

mischungen auf Gerstenbasis den Choles-
terinspiegel.

Im hauseigenen Onlineshop kann eine
grosse vegane Auswahl schweizweit ganz
bequem direkt nach Hause bestellt oder
vor Ort im Fabrikladen eingekauft werden.
Neugierig?



www.zwicky.swiss



Super

FEINFOOD

since 1892



Natürlich



www.zwicky.swiss



Gabi Fontana
Präsidentin
Présidente
Presidentessa



Liebe Kolleginnen und Kollegen

Als ich 2017 für weitere 4 Jahre zur Präsidentin des SVDE gewählt wurde, nahm ich die Wahl dankend und motiviert an. Gleichzeitig informierte ich, dass dies meine letzte Legislatur als SVDE-Präsidentin sein würde. Seitdem hat der SVDE-Vorstand etliche Bemühungen unternommen, eine Nachfolge zu finden. Unter anderem wurden unter den Mitgliedern Aufrufe gemacht, sich bei Interesse am Amt zu melden, und der Vorstand öffnete seine Sitzungen für Interessentinnen und Interessenten. Bis Ende 2019 blieben jedoch alle Bemühungen erfolglos, weshalb der Vorstand entschied, eine extern begleitete Findungskommission einzusetzen. Mitte 2020 unterbreitete die Findungskommission dem SVDE-Vorstand einen Vorschlag. Der jetzige Vizepräsident Adrian Rufener ist bereit, ab 2021 das Präsidium zu übernehmen. Gleichzeitig wird Larissa Bürki an der Generalversammlung 2021 zur Wahl in den Vorstand vorgeschlagen. Es sind jedoch noch weitere Vorstandssitze vakant. Um Überlastungen bei den einzelnen Vorstandsmitgliedern zu vermeiden, unterstütze ich weiterhin in Form eines Mandats zur Leitung der Tarif- und DRG-Kommission. Zudem werde ich die Legislaturen in verschiedenen Gremien, in welche ich gewählt wurde, beenden. Dazu gehören der Vorstandssitz in der SGE, im SVBG und der Allianz Ernährung und Gesundheit sowie der Sitz in der EEK. Der Vorstand freut sich, mit diesem Vorschlag den Mitgliedern einen optimalen Übergang zu gewährleisten und die Kontinuität aufrechtzuerhalten.

Chères collègues, chers collègues

En 2017, quand j'ai été réélue présidente de l'ASDD pour un nouveau mandat de quatre ans, j'ai accepté de relever ce défi avec motivation, reconnaissante de la confiance m'étant ainsi témoignée. Dans le même temps, j'ai informé du fait que ce mandat à la présidence serait le dernier. Depuis lors, le comité de l'ASDD a tout mis en œuvre pour trouver quelqu'un pour me succéder. Des appels ont notamment été lancés parmi les membres pour qu'ils/elles se manifestent en cas d'intérêt. Le comité a également invité les personnes intéressées à venir assister à ses séances. Comme tous ces efforts sont toutefois restés vains jusqu'à fin 2019, le comité a décidé de mettre sur pied une commission de sélection avec encadrement externe. Au milieu de l'année en cours, cette commission a soumis une proposition au comité de l'ASDD. L'actuel vice-président, Adrian Rufener, est disposé à prendre la présidence à partir de 2021. Dans le même temps, Larissa Bürki se portera candidate pour faire partie du comité lors de l'assemblée générale de 2021. Mais d'autres sièges du comité sont encore vacants. Pour éviter que les membres du comité ne soient surchargés, je continue à apporter mon soutien sous la forme d'un mandat à la tête de la commission Tarif et DRG. De plus, je continuerai jusqu'à terme les fonctions que j'occupe dans différentes instances au sein desquelles j'avais été élue. Je parle ici de ma qualité de membre du comité de la SSN, de la FSAS et d'Alliance nutrition et santé ainsi que de mon siège au sein de la CFN. Avec cette proposition, le comité se réjouit de garantir une transition optimale et de maintenir la continuité.

Care colleghe e cari colleghi

Quando nel 2017 sono stata rieletta Presidentessa dell'ASDD per altri 4 anni, ho accettato la nomina con riconoscenza e motivazione. Al tempo stesso ho comunicato che questa sarebbe stata la mia ultima legislatura in tale veste. Da allora il Comitato direttivo dell'ASDD ha compiuto innumerevoli sforzi per trovare un successore. Tra le altre cose, ha lanciato appelli ai membri per sondare un eventuale interesse a ricoprire l'incarico e ha anche aperto le proprie riunioni a chiunque fosse interessato. Alla fine del 2019 tutti i tentativi non avevano ancora dato frutti e pertanto il Comitato direttivo ha deciso di nominare una commissione con una guida esterna e incaricarla di individuare il potenziale successore. A metà del 2020 la commissione ha sottoposto al Comitato direttivo dell'ASDD una proposta di candidatura. L'attuale vicepresidente Adrian Rufener è disposto ad assumere la presidenza a partire dal 2021, mentre all'Assemblea generale del 2021 verrà presentata la candidatura di Larissa Bürki a membro del Comitato direttivo. All'interno del Comitato direttivo rimangono ancora dei posti vacanti. Per evitare sovraccarichi di lavoro ai membri del Comitato direttivo, continuerò a offrire il mio sostegno assumendo per un mandato la guida della Commissione Tariffe e DRG. Inoltre porterò a termine le legislature che ho in corso in diversi organi, tra cui le cariche in seno al Consiglio direttivo della SSN e ai Comitati della FSAS e dell'associazione Alleanza alimentazione e salute, nonché il mandato presso la CFN. Con questa proposta il Comitato direttivo garantisce un passaggio di consegne ottimale e la continuità del suo operato.

SVDE-Generalversammlung vom 16. Oktober 2020

Verabschiedung und Verdankung von Anne Blancheteau, Vorstandsmitglied

Anne Blancheteau stellte sich an der GV 2016 zur Wahl in den Vorstand. Während ihrer Amtszeit kümmerte sich Anne um die Planung und Organisation der berufsorientierten Fortbildungen des SVDE in der Romandie und der Deutschschweiz. Im Weiteren lagen Anne die Anliegen der in der Klinik tätigen Ernährungsberater/innen sehr am Herzen. Durch ihre Tätigkeit als Ernährungsberaterin in leitender Position im Spital Yverdon und Mitgliedschaft in der RoCaDH ergänzte sie den SVDE-Vorstand optimal. 2019 übernahm sie im Weiteren einen der SVDE-Sitze innerhalb der Arbeitsgruppe DRG. Durch ihre gute Vernetzung, insbesondere in die Romandie, konnten die Anliegen der Mitglieder aufgenommen und im Vorstand diskutiert werden. Im Namen des SVDE-Vorstands und der SVDE-Mitglieder danken wir Anne herzlich für alle ihre Arbeiten!

Wahl von Dominique Rémy zum Vorstandsmitglied

Mit **Dominique Rémy** stellt sich erfreulicherweise ein neues Mitglied zur Wahl als SVDE-Vorstandsmitglied. Das CV von Dominique Rémy ist auf der Website des SVDE bei den Unterlagen zur GV aufgeschaltet. Dominique Rémy hat im vergangenen Jahr bereits an einigen Vorstandssitzungen und an der Retraite des SVDE-Vorstands als Gast teilgenommen. Wir heissen Dominique Rémy im SVDE-Vorstand herzlich willkommen!

Wahl zu Ehrenmitgliedern

Renata Gienal erwarb das Diplom zur Diätassistentin 1978 an der damaligen Ausbildungsstätte in Zürich. Direkt nach der Dip-

lomierung 1978 stieg Renata zu 100 % ins Berufsleben ein. Sie blieb bis zum Erreichen des offiziellen Pensionsalters im März dieses Jahres während 42 Jahren zu 100 % als Ernährungsberaterin tätig und ist seit Ausbildung Verbandsmitglied im SVDE. Renata gehört zu den Gründungsmitgliedern der SpitErb, war bis 2013 Mitglied der BOK und natürlich war sie auch Mitglied der Regiogruppe Ostschweiz. Renatas unermüdliches Engagement für unseren Beruf ist nicht alltäglich. Wir freuen uns, Renata im Kreis der Ehrenmitglieder des SVDE willkommen zu heissen!

Esther Infanger ist ein langjähriges Mitglied des SVDE. Sie hat sich in unterschiedlichen Gremien des SVDE aktiv an der Weiterentwicklung des Verbandes und des Berufsstandes beteiligt. Ein wichtiger Verdienst ihrer Arbeit für den Berufsverband sind die NutriDays, Esther war bei der Konzipierung und Ausgestaltung eine treibende Kraft. Zudem hat Esther unter anderem an der Ausarbeitung des ersten Curriculums für unsere Ausbildung auf Fachhochschulstufe sowie an den berufsspezifischen Abschlusskompetenzen mitgewirkt. Ihre Bestrebungen innerhalb des SVDE waren es, die Bedürfnisse der Verbandsmitglieder aus diesem Bereich ins Bewusstsein der Verbandsarbeit zu rücken, was unter anderem zur Gründung der Interessengruppe RIPE und zum Projekt Verbandsöffnung geführt hat. Esther ist eigentlich noch viel zu jung, um als Ehrenmitglied des SVDE honoriert zu werden. Da Esther jedoch entschieden hat, nach Japan auszuwandern und mit diesem Entscheid auch ihren Verbandsaustritt kommunizierte, hat der Vorstand entschieden, dass die Arbeiten von Esther mit der Ehrenmitgliedschaft gewürdigt werden sollen. Wer den japanischen Abenteuern von Esther folgen möchte, kann dies über ihren Blog www.esthergoeseast.wordpress.com tun.

Marie-Paule Depraz Cissoko: Wenn Marie-Paules Name fällt, denken wir aus der Westschweiz sofort an Fortbildung, an die Gruppe Romandie und den Fachzeitschriftenturnus. Marie-Paule bildete zusammen mit Michèle L. ein zuverlässiges Duo, das «hinter den Kulissen» wirkte, aber jederzeit für den SVDE da war. Nicht unerwähnt bleiben darf an dieser Stelle auch Marie-Paules Laufbahn am Universitätsspital Lausanne (CHUV), wo sie als leitende Ernährungsberaterin tätig und während 15 Jahren auch meine Chefin war. Das Ende dieser langen Karriere ging in der ersten Corona-Welle unter; ihr Abschiedsapéro musste, nach dem Entscheid, sämtliche Zusammenkünfte auszusetzen, abgesagt werden. Ruhig und unermüdlich engagierte sie sich jahrelang innerhalb der Gruppe Romandie; bei der Organisation der Journées Romandes und für die Fortbildung in der Westschweiz. Wir wünschen Marie-Paule alles Gute und hoffen, dass sie ihren wohlverdienten Ruhestand geniessen wird.

Der SVDE dankt Renata, Esther und Marie-Paule für ihr langjähriges Engagement für den Berufsverband und freut sich, sie im Kreis der Ehrenmitglieder willkommen zu heissen!

Weitere Informationen zur Generalversammlung sehen unsere Mitglieder auf www.svde-asdd.ch > Verband > Generalversammlung > Dokumente GV.

Siehe Fotos auf Folgeseite

Assemblée générale de l'ASDD du 16 octobre 2020

Départ d'Anne Blancheteau, membre du comité, et remerciements

Anne Blancheteau s'était proposée comme candidate pour l'élection au comité lors de l'AG 2016. Pendant son mandat, Anne s'est occupée de la planification et de l'organisation de la formation continue à orientation professionnelle de l'ASDD en Suisse romande et en Suisse alémanique. De plus, il lui tenait à cœur de défendre les préoccupations des diététicien-ne-s travaillant en clinique. Comme elle exerçait une fonction dirigeante à l'hôpital d'Yverdon dans le cadre de son activité de diététicienne et qu'elle faisait partie du Ro-CaDH, elle complétait à merveille l'équipe du comité ASDD. En 2019, elle a du reste été désignée comme l'une des représentantes de l'ASDD au sein du groupe de travail DRG. Son bon réseau de relations, notamment en Suisse romande, lui permettait d'être à l'écoute des revendications des membres et d'en discuter au sein du comité. Au nom du comité et des membres de l'ASDD, nous remercions sincèrement Anne pour tout le travail qu'elle a accompli!



Anne Blancheteau

Election de Dominique Rémy comme membre du comité

En la personne de **Dominique Rémy**, une nouvelle membre se porte candidate pour faire partie du comité de l'ASDD, ce qui est réjouissant. Le CV de Dominique Rémy a été publié sur le site Internet de l'ASDD avec les documents de l'AG. L'année passée, Dominique Rémy avait déjà assisté à quelques séances du comité ainsi qu'à la retraite du comité de l'ASDD en tant qu'invitée. Nous souhaitons une cordiale bienvenue à Dominique Rémy au comité de l'ASDD.

Election des membres d'honneur

Renata Gienal a obtenu son diplôme de diététicienne en 1978 à l'école de Zurich qui formait alors les diététicien-ne-s. Elle est ensuite immédiatement entrée dans la vie active et a toujours travaillé à temps plein. Elle a exercé en tant que diététicienne pendant 42 ans et faisait déjà partie de l'ASDD quand elle était encore en formation. Renata compte parmi les membres fondateurs du groupe SpitErb, a



Dominique Rémy

fait partie de la DC jusqu'en 2013 et bien sûr, elle a aussi été membre du groupe régional de Suisse orientale. L'engagement infatigable de Renata pour notre profession est hors du commun. Nous sommes heureux/euses d'accueillir Renata dans le cercle des membres d'honneur de l'ASDD!

Esther Infanger fait partie de l'ASDD depuis de nombreuses années. Au sein de différents organes de l'ASDD, elle s'est impliquée activement dans le développement de l'association et de la profession. Parmi les grands services qu'elle a rendus dans le cadre de son travail pour le compte de l'association professionnelle, il faut citer les NutriDays, à la conception et à l'élaboration desquels Esther a contribué de manière essentielle. Esther a en outre participé aussi à l'aménagement de notre premier cursus de formation au niveau des hautes écoles spécialisées, de même qu'aux compétences finales professionnelles spécifiques. Au sein de l'ASDD, elle s'est toujours efforcée de tenir compte des besoins des membres dans le travail de l'association et de susciter une prise de conscience dans ce sens, ce qui a notamment débouché sur la création du groupe

d'intérêt RIPE et sur le projet d'ouverture de l'association. Esther est en réalité encore beaucoup trop jeune pour se voir décerner la qualité de membre d'honneur de l'ASDD. Mais comme Esther a fait le choix d'émigrer au Japon et qu'elle a donc annoncé sa démission de l'association, le comité a décidé que ses accomplissements méritaient d'être honorés par ce titre. Celles et ceux qui veulent suivre les aventures d'Esther au Japon peuvent se connecter sur son blog www.esthergoeasest.wordpress.com.

Marie-Paule Depraz Cissoko: Quand on évoque le nom de Marie-Paule, tout de suite, les romandes, nous pensons Formation continue, Groupe romand et le tour-nus des revues. Avec Michèle L., c'était le binôme «en arrière» plan certes, mais toujours là pour l'ASDD. Il ne faut pas, bien entendu, oublier sa longue carrière au CHUV, comme diététicienne cheffe. Qu'elle a été pour moi pendant mes 15 années au CHUV. Une fin de carrière estompée par la 1ère vague du Covid, car son apéritif de départ a dû être annulé suite aux décisions de suspendre toutes les réunions de personnes. Toute en discrétion, mais sans relâche pendant des années, investie dans le Groupe romand, pour l'or-

ganisation des journées romandes ou des formations pour la Suisse romande. Nous lui souhaitons tout le meilleur et de bien profiter de cette retraite bien méritée.

L'ASDD remercie Renata, Esther et Marie-Paule pour leur engagement de longue date pour le compte de l'ASDD et est heureuse de les accueillir parmi le cercle des membres d'honneur!

Nos membres peuvent consulter des informations complémentaires sur l'assemblée générale sur: www.svde-asdd.ch > Association > Assemblée générale > Documents assemblée générale.



Renata Gienal



Esther Infanger



Marie-Paule Depraz Cissoko

Assemblea generale ASDD del 16 ottobre 2020

Dimissioni e ringraziamento di Anne Blancheteau, membro del Comitato direttivo

Anne Blancheteau ha proposto la propria candidatura nel Comitato direttivo durante l'Assemblea generale 2016. Durante il suo mandato, Anne si è occupata della pianificazione e dell'organizzazione dei corsi di formazione continua nell'ambito professionale proposti dall'ASDD in Romandia e nella Svizzera tedesca. Ha preso anche molto a cuore gli interessi delle dietiste e dei dietisti che operano nelle cliniche. Dietista, responsabile del servizio di nutrizione e dietetica dell'ospedale di Yverdon e membro del gruppo RoCaDH, Anne era la figura perfetta per completare il Comitato direttivo dell'ASDD. Nel 2019 ha accettato inoltre di rappresentare l'ASDD all'interno del Gruppo di lavoro DRG. Grazie ai suoi numerosissimi contatti professionali, soprattutto in Romandia, è stato possibile tener conto degli interessi dei membri e discuterne all'interno del Comitato direttivo. A nome del Comitato direttivo e dei membri dell'ASDD ringraziamo di cuore Anne per tutto il lavoro svolto!

Elezione di Dominique Rémy a membro del Comitato direttivo

Abbiamo accolto con piacere la candidatura di **Dominique Rémy** a membro del Comitato direttivo dell'ASDD. Il suo curriculum vitae è pubblicato sul sito web dell'ASDD tra i documenti relativi all'Assemblea generale. L'anno scorso Dominique Rémy ha partecipato ad alcune riunioni e al ritiro del Comitato direttivo in veste di ospite. Diamo a Dominique Rémy un caloroso benvenuto in seno al Comitato direttivo dell'ASDD!

Elezione a membri onorari

Renata Gienal ha conseguito il diploma di assistente dietista nel 1978 presso l'allora

centro di formazione di Zurigo e ha cominciato a lavorare subito dopo la conclusione degli studi. Per 42 anni ha lavorato a tempo pieno come dietista ed è membro dell'ASDD sin dai tempi della sua formazione. Da marzo di quest'anno è ufficialmente in pensione. Renata appartiene ai membri fondatori del gruppo di interesse SpitERB, è stata membro della Commissione deontologica (CD) fino al 2013 e, naturalmente, ha fatto anche parte del gruppo regionale Svizzera orientale. L'instancabile impegno dimostrato da Renata per la nostra professione è davvero straordinario. Siamo lieti di darle il benvenuto tra i membri onorari dell'ASDD!

Esther Infanger è membro dell'ASDD da molti anni. Ha partecipato attivamente in diversi organi dell'ASDD e ha contribuito alla crescita e allo sviluppo dell'associazione e della nostra categoria professionale. Pensando al lavoro da lei svolto a favore dell'associazione professionale le riconosciamo l'importante merito di aver contribuito con energia ed entusiasmo all'ideazione e all'elaborazione dei Nutri-Days. Esther ha inoltre partecipato anche alla stesura del primo programma della nostra formazione a livello di scuola universitaria professionale, nonché delle competenze finali specifiche per la professione. All'interno dell'ASDD si è impegnata a richiamare l'attenzione dell'associazione sulle esigenze dei suoi membri affinché venissero prese in considerazione nello sviluppo delle varie attività. Il suo impegno in tal senso ha portato tra l'altro alla costituzione del gruppo di interesse RIPE e al progetto di apertura dell'associazione. Esther, a dire il vero, è ancora troppo giovane per diventare membro onorario dell'ASDD. Ma dato che ha deciso di trasferirsi in Giappone e, di conseguenza, lascia l'associazione, il Comitato direttivo ha deciso di premiare il suo operato conferendole lo status di membro onorario. Chi lo desidera, può seguire le avventure

di Esther in Giappone attraverso il suo blog www.esthergoeseast.wordpress.com.

Marie-Paule Depraz Cissoko: Quando si nomina Marie-Paule, noi della Svizzera romanda pensiamo immediatamente alla formazione continua, al gruppo romando e alla periodicità delle riviste. Insieme a Michèle L. ha lavorato sicuramente da «dietro le quinte», ma è comunque sempre stata disponibile per l'associazione. Ovviamente non bisogna dimenticare la sua lunga carriera al CHUV come capo dietista. Ed è proprio in questa funzione che l'ho conosciuta durante i miei 15 anni trascorsi presso il CHUV. La fine della sua carriera è stata «oscurata» dalla prima ondata di Covid: il suo aperitivo di addio ha dovuto essere annullato in seguito alla decisione di sospendere tutte le riunioni in presenza. Ha lavorato per l'ASDD con la massima discrezione e senza sosta per anni, adoperandosi per il gruppo romando e l'organizzazione delle giornate romande e dei corsi di formazione per la Romandia. Auguriamo a Marie-Paule tutto il meglio e di godersi la meritata pensione.

L'ASDD ringrazia Renata, Esther e Marie-Paule per il loro pluridecennale impegno a favore della nostra associazione e si rallegra di dar loro il benvenuto tra i suoi membri onorari!

Ulteriori informazioni sull'Assemblea generale sono consultabili al sito www.svde-asdd.ch
> Verband > Generalversammlung
> Dokumente Generalversammlung oppure
Association > Assemblée générale
> Documents assemblée générale.

V. foto alla pagina precedente

NÄHRSTOFFLIEFERANT FLEISCH

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

EIWEISSE

Fleisch ist ein wichtiger Lieferant von hochwertigen Eiweissen, die für den Aufbau und den Erhalt der Muskeln wichtig sind.



VITAMIN A

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



VITAMIN B₁

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



VITAMIN B₂

spielt eine wichtige Rolle bei der Aufnahme von Eiweissen und Kohlenhydraten. Innereien enthalten mit Abstand am meisten Vitamin B₂.



VITAMIN B₆

beeinflusst die Funktionen des Nervensystems und der Immunabwehr.



EISEN

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

SELEN

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

VITAMIN B₁₂

kommt ausschliesslich in tierischen Nahrungsmitteln vor. Fleisch ist der wichtigste Vitamin-B₁₂-Lieferant. Es sorgt für die Bildung roter Blutkörperchen und für gesunde Nervenzellen.



ZINK

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



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

ICDA-Website zum Thema nachhaltige Ernährung

Sylvie Borloz

Ernährungsberaterin SVDE

Die webbasierte Toolbox für nachhaltige Ernährungssysteme der International Confederation of Dietetic Associations (ICDA) unterstützt Fachpersonen für Ernährung und Diätetik dabei, Nachhaltigkeit in die Praxis zu integrieren.

Auf der ganzen Welt arbeiten im Bereich Ernährung und Diätetik tätige Fachpersonen mit Lebensmitteln in den verschiede-

nen Phasen innerhalb der Ernährungssysteme; von der Produktentwicklung über die Nahrungsmittelversorgung bis zum Verbrauch. Als Ernährungsberater/innen haben wir die einzigartige Gelegenheit, diese Systeme zugunsten einer nachhaltigeren und nährstoffreicheren Ernährung zu beeinflussen.

Die Toolbox der ICDA besteht aus einer Sammlung bereits vorhandener Ressourcen, wie Infografiken, Lernmodulen und Diskussionsforen.

Als ICDA-Delegierte habe ich mich, auch aus persönlichem Interesse, zwischen 2018 und 2020 für dieses Projekt eingesetzt, indem ich auf bereits in der Schweiz existierendes Material hingewiesen habe. Jetzt können Sie auch Anregendes aus zahlreichen anderen Ländern erfahren. Beginnen Sie mit einer Selbsteinschätzung zur Nachhaltigkeit und machen Sie damit den ersten Schritt auf dem Weg zu einer nachhaltigen Ernährung!

icdasustainability.org

Site internet sur le thème de la durabilité alimentaire proposé par l'ICDA

Sylvie Borloz

Diététicienne ASDD

La boîte à outils des systèmes alimentaires durables de l'International Confederation of Dietetic Associations (ICDA) aide les professionnels de la nutrition et de la diététique à intégrer la durabilité dans la pratique.

Les professionnels de la nutrition et de la diététique du monde entier travaillent

avec les aliments à différents stades, du développement des produits à la consommation en passant par l'approvisionnement. Dans ces rôles, nous avons une occasion unique d'influencer ces systèmes pour qu'ils soient plus durables et plus nutritifs.

Cette boîte à outils est un recueil de ressources existantes, d'infographies, de modules d'apprentissage et de forums de discussion communautaires.

En tant que déléguée de l'ICDA et par in-

térêt personnel, je me suis impliquée pour le développement de ce projet de 2018 à 2020 en donnant quelques pistes sur les documents existants en Suisse. Je vous souhaite de découvrir des informations stimulantes de nombreux autres pays. Vous pouvez commencer par participer à l'auto-évaluation de la durabilité pour vous aider à vous lancer sur la voie de l'alimentation durable!

icdasustainability.org

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

Der internationale Tag der Ernährungsberater/innen findet am 10. März 2021 statt.

La journée internationale des diététicien-ne-s aura lieu le 10 mars 2021.

La giornata internazionale delle-dei Dietiste-i avrà luogo il 10 marzo 2021.



SVDE ASDD

Sito internet sul tema della sostenibilità alimentare proposto dall'ICDA

Sylvie Borloz
Dietista ASDD

Il toolkit dei sistemi alimentari sostenibili dell'International Confederation of Dietetic Associations (ICDA) aiuta i professionisti della nutrizione e della dietetica a integrare il tema della sostenibilità nella loro pratica professionale.

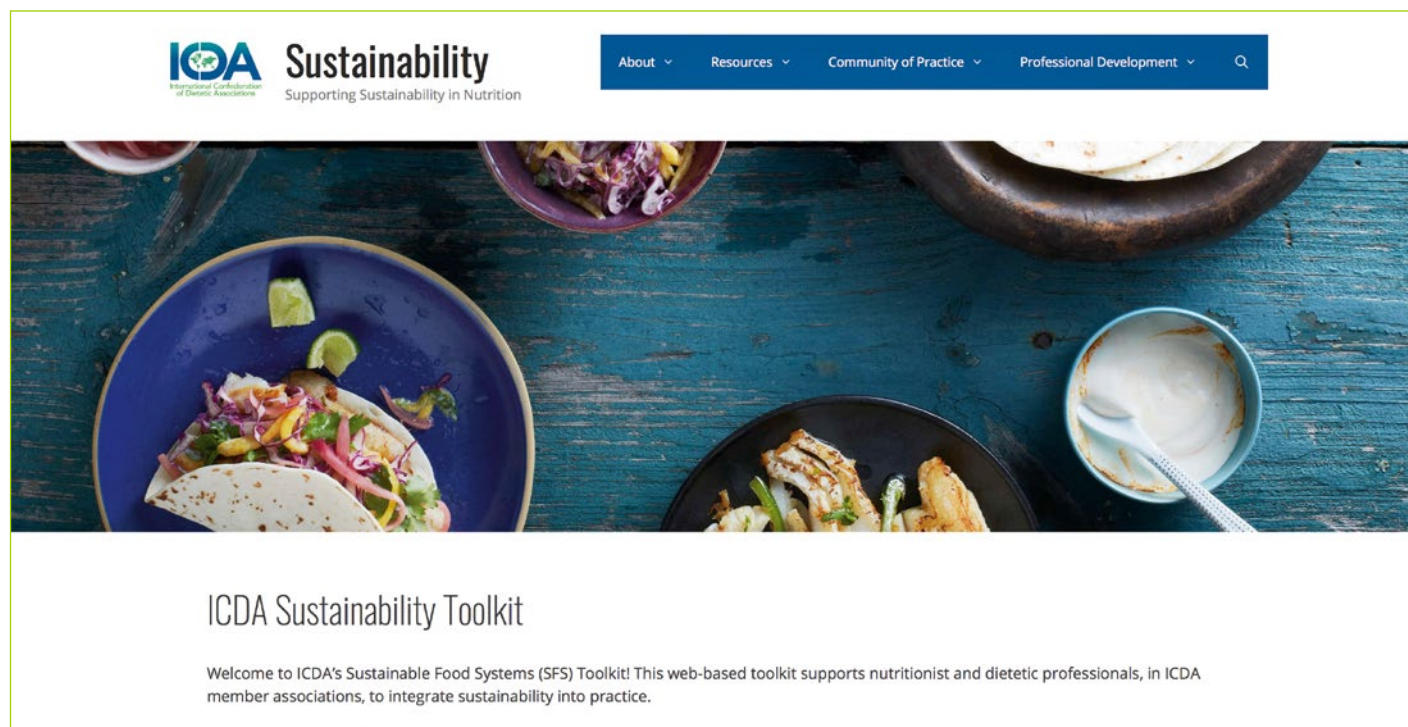
I professionisti della nutrizione e della dietetica di tutto il mondo hanno a che fare

con gli alimenti in diversi stadi, dallo sviluppo dei prodotti al consumo passando per l'approvvigionamento. Nei vari ruoli che ricopriamo, ci viene offerta un'occasione unica per influenzare questi sistemi affinché adottino approcci più sostenibili e maggiormente orientati alla nutrizione.

Questo toolkit è una raccolta delle risorse esistenti, di infografiche, moduli d'apprendimento e forum di discussione comunitari.

In veste di delegata dell'ICDA e spinta da un mio interesse personale, ho partecipato allo sviluppo di questo progetto dal 2018 al 2020, fornendo alcuni input sui documenti esistenti in Svizzera. Vi invito a scoprire le informazioni stimolanti elaborate dagli altri numerosi Paesi. Potete cominciare partecipando all'autovalutazione sulla sostenibilità e iniziare così a intraprendere la strada dell'alimentazione sostenibile!

icdasustainability.org



ICDA Sustainability Toolkit

Welcome to ICDA's Sustainable Food Systems (SFS) Toolkit! This web-based toolkit supports nutritionist and dietetic professionals, in ICDA member associations, to integrate sustainability into practice.

FFHS vergibt 17 Bachelorzeugnisse und 7 Masterdiplome im Bereich Gesundheit

Trotz abgesagter Diplomfeier konnten die insgesamt 311 Absolventinnen und Absolventen der Fernfachhochschule Schweiz (FFHS) ihr Diplom/Zeugnis mit persönlichen Gratulationsworten der Direktion entgegennehmen – die Botschaft erhielten sie in einem AR-Video. Die wertvollen Dokumente wurden Ende September zusammen mit einem kleinen Geschenk per Post versandt. Von den Diplomanden aus der gesamten Schweiz erhielten 17 ihr Zeugnis in Ernährung und Diätetik und 7 Personen ein Masterdiplom in Gesundheitsförderung. Die Bachelorstudierenden in Ernährung und Diätetik erhalten ihr finales Diplom nach Abschluss eines einjährigen Praktikums.

Die FFHS gratuliert herzlich und wünscht den Absolventinnen und Absolventen alles Gute!



Label «Ernährungsberater/in SVDE»

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

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

Unsere Mitglieder finden weitere Informationen sowie das Logo auf www.svde-asdd.ch > Beruf > Logo und Label Ernährungsberater/in SVDE > Logo Ernährungsberater/in SVDE.

Label «Diététicien-ne-s ASDD»

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

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

Nos membres trouveront de plus amples informations et le logo sur www.svde-asdd.ch > Profession > Logo et label Diététicien-ne ASDD > Logo Diététicien-ne-s ASDD.



SVDE ASDD



Petit-déjeuner: tout pour se régaler sans craindre les effets secondaires

Lorsqu'un enfant ou un parent ne tolère pas le gluten ou le lactose, c'est toute la famille qui est concernée. Coop s'attache à faciliter le quotidien de ces personnes en proposant, sous sa marque propre Free From, un vaste choix de produits pour le petit-déjeuner qui permettent de se régaler sans craindre les effets secondaires.

Avec Free From, Coop propose un large choix de produits pour le petit-déjeuner, comme par exemple des cornflakes sans sucres ajoutés, des crispies de riz et des flocons de quinoa. Tous trois sont proposés en qualité bio Naturaplan et ne contiennent naturellement pas de gluten. De quoi varier les plaisirs au quotidien!

Des yogourts sans lactose et sans sucres ajoutés

Des céréales sans gluten, du yogourt et des fruits de saison: il n'en faut pas plus pour préparer en un tournemain un savoureux birchermüesli. Découvrez par exemple les yogourts sans lactose nature, au marron, aux fruits et au chocolat signés Free From, mais aussi les yogourts aux fruits bio Naturaplan sans sucres ajoutés, qui doivent leur goût naturellement sucré aux

fruits et au lait entier sans lactose qu'ils contiennent.

Faire son pain maison, un jeu d'enfant

Avec Coop Free From, les amateurs de petits-déjeuners gourmands trouvent toujours leur bonheur! Laissez-vous séduire par les petits pains précuits sans gluten, idéals pour réaliser de délicieuses tartines, et par la préparation pour gâteau à l'avoine et aux bananes sans gluten, parfaite lorsque des invités débarquent à l'improviste. Et ce n'est pas tout: Coop propose également une belle sélection de farines sans gluten pour fabriquer son propre pain, comme par exemple de la farine de pois chiches ou de sarrasin.

Coop Free From: pour allier plaisir et bien-être

Depuis plus de dix ans, Coop s'engage avec sa marque propre Free From pour faciliter les courses des personnes souffrant d'une intolérance alimentaire et leur permettre de se faire plaisir sans avoir à craindre d'éventuels effets secondaires, en proposant notamment plus de 500 produits spécialement adaptés. Ils sont facilement

repérables en rayon grâce aux affichettes Free From. Pour en savoir plus: coop.ch/freefrom

VIVRE
sans souci
malgré une
intolérance au
lactose

L'intolérance au lactose gêne de nombreuses personnes concernées et peut être très désagréable. La nouvelle brochure d'information de Coop Free From est destinée aux personnes qui viennent de se faire diagnostiquer une intolérance au lactose. La brochure spécial cuisine Free From, quant à elle, fournit des informations et de précieux conseils sur l'alimentation sans gluten.

Cette brochure peut être téléchargée à partir du lien suivant: coop.ch/brochures



KURSÜBERSICHT VUE D'ENSEMBLE DES COURS PANORAMICA DEI CORSI

Am 1. Januar 2020 traten das Fortbildungsreglement (FBR-SVDE) sowie die Zertifizierungsrichtlinien in Kraft. Anlässe und Fortbildungen ab 1. Januar 2020 unterstehen daher dem neuen Punktesystem.

Le 1^{er} janvier 2020 entreront en vigueur le règlement de formation continue (RFC-ASDD) ainsi que les lignes directrices en matière de certification. Toutes les manifestations et formations continues sont soumises au nouveau système de points à partir du 1^{er} janvier 2020.

Datum Date Data	Ort Lieu Luogo	Veranstaltung Manifestation Manifestazione	SVDE-Punkte Points ASDD Punti ASDD
30.11.2020	Online-Kurs	Online Workshop: Kohlenhydrate im Sport – Low-carb oder doch Carboloading?	3
01.12.2020	Online-Kurs	Darm-Hirn-Achse und praktische Ratschläge für den integrierten Einsatz des neuen Psicobrain	1
03.12.2020	Lausanne	Journée de formation pour la thérapie individuelle multidisciplinaire de l'obésité de l'enfant	6
03.12.2020	Bussigny-près-Lausanne	Micronutrition et douleur: Quand il n'y a rien ...	6
17.12.2020–20.12.2020	Online-Kurs	The 12 th Virtual Asia Pacific Conference On Clinical Nutrition	15
11.01.2021–12.1.2021	Zürich	Gesundheitssystem Schweiz	Zertifizierung ausstehend
13.01.2021–15.1.2021	Bern	Sociocultural Transformations and Health	18
14.01.2021	Bern	Der dauergestresste Mensch? Burnout-Konzept kritisch reflektiert	8
20.01.2021	Basel	Vertiefungskurs Klinische Ernährung	5
21.01.2021	Zürich	Orthorexie – Wenn «Richtig-Essen» zur Krankheit wird	8
22.01.2021–23.01.2021	Zürich	Ernährungspsychologie meets Bariatric (B11)	14
26.01.2021	Olten	4. Ernährungsfachkongress Mikronährstoffe «Sinnvolle Supplemente im Alter»	6
28.01.2021	Zürich	Gewaltfreie Kommunikation und Anwendung in Beratung & Therapie	8
04.02.2021	Lugano	La parte degli angeli. Spiritualità e cura.	4
05.02.2021	Bern	Ernährungstherapie bei sekundären Nahrungsmittelallergien	6
06.02.2021	Bussigny-près-Lausanne	Interface Digestive	8
11.02.2021	Genève	6 th Symposium GE-VD: Microbiota, obesity and obesity-associated diseases	3
16.02.2021	Bern	Achtsame Körperwahrnehmung und Emotionsregulation	8
18.02.2021–20.02.2021	Bern	Einführung in Motivational Interviewing. Hintergründe und Grundwerkzeuge.	18
25.02.2021	Zürich	Ernährungspsychologie meets Bariatric	8
05.03.2021–06.03.2021	Luzern	Humor & Provokation in Therapie und Beratung	6
06.03.2021	Bern	Mindful Parenting	8
06.03.2021	Zürich	SSAAMP Jahreskongress 2021	6
08.03.2021–10.03.2021	Zürich	Gesundheitsrecht	Zertifizierung ausstehend
12.03.2021–13.03.2021	Luzern	Lösungsorientierte Gesprächsführung	6
13.03.2021	Bussigny-près-Lausanne	Protection cellulaire	8
25.03.2021	Zürich	Die Depression hat 1000 Gesichter	8
27.03.2021	Bussigny-près-Lausanne	Mettre en pratique les fondamentaux en micronutrition	4
12.04.2021–14.04.2021	Zürich	Gesundheitspolitik	Zertifizierung ausstehend
15.04.2021	Zürich	Systemische Aufstellungen im Einzelsetting	8
15.04.2021	Zürich	Gestalttherapeutisches Vorgehen bei Widerständen in der EPB	8
16.04.2021	Freiburg	Generalversammlung SVDE mit Rahmenprogramm	6
16.04.2021	Fribourg	Assemblée générale ASDD avec programme-cadre	6
22.04.2021–24.04.2021	Bern	Mit Motivational Interviewing den Ambivalenzen der Klientinnen und Klienten begegnen	18
23.04.2021	Luzern	Supervisionstag Lösungsorientierte Gesprächsführung	6
24.04.2021	Luzern	Zucker – eine Droge?	6
27.04.2021	Luzern	Allergie und Unverträglichkeit	6

KURSÜBERSICHT VUE D'ENSEMBLE DES COURS PANORAMICA DEI CORSI

Datum Date Data	Ort Lieu Luogo	Veranstaltung Manifestation Manifestazione	SVDE-Punkte Points ASDD Punti ASDD
30.04.2021–01.05.2021	Bern	Resilienz und andere Ressourcen aktivieren	18
01.05.2021	Luzern	Übungstag Humor und Provokation	6
03.05.2021–05.05.2021	Zürich	Gesundheitsökonomie	Zertifizierung ausstehend
19.05.2021–24.05.2021	Niederwangen, Bern	Mindful Eating – Conscious Living/Achtsam essen – bewusst leben Fachfortbildung/Grundlagen 1	18
20.05.2021	Zürich	Gestalttherapeutischer Zugang in der Behandlung depressiven Erlebens	8
27.05.2021	Zürich	Die Anwendung der Positiven Psychologie in der EPB	8
04.06.2021	Zürich	Die narzisstische Persönlichkeitsstruktur in Beziehungen	8
07.06.2021–11.06.2021	Bergün	Ketogenic Metabolic Therapies – Future Prevention & Treatment of NCD	18
12.06.2021	Bussigny-près-Lausanne	La consultation de Micronutrition et ses outils	7
24.06.2021–26.06.2021	St. Gallen	Dreiländertagung «Ernährung 2021»	18
24.06.2021–26.06.2021	St. Gallen	Nutrition 2021	18
25.06.2021–26.06.2021	Carouge	La rééducation des troubles de la déglutition chez l'adulte	12
26.08.2021	Olten	Aminosäuren	6
30.08.2021–01.09.2021	Zürich	Innovative Versorgungsformen in der Gesundheitsversorgung	Zertifizierung ausstehend
03.09.2021	Bern	Fachtagung SGE – «Mega-Trends und ihr Einfluss auf die Ernährungs-Zukunft»	7
06.09.2021–08.09.2021	Zürich	Einführung in Public Health	Zertifizierung ausstehend
09.09.2021	Zürich	Selbsthypnose zur Selbsthilfe	8
10.09.2021	Zürich	Migrant(inn)en in der Beratung und Therapie	8
11.09.2021	Luzern	Darmbalance – was hat der Darm mit dem metabolischen Syndrom zu tun?	6
11.09.2021	Bussigny-près-Lausanne	Fonction cerveau	8
23.09.2021	Zürich	Sexualberatung und -therapie	8
09.10.2021	Bussigny-près-Lausanne	Risque cardiometabolique	8
22.10.2021–23.10.2021	Zürich	Wechseljahre – Wandlungsjahre – Die Lebensmittel neu entdeckt	18
25.10.2021–12.11.2021	Zürich	Umwelt und Gesundheit	Zertifizierung ausstehend
26.10.2021	Luzern	5. Pädiatrisches Ernährungssymposium	6
28.10.2021	Zürich	Aggression – Sind wir nicht alle auch ein wenig aggressiv?	8
04.11.2021	Zürich	Der Kühlschrank – mein bester Freund	8
11.11.2021	Zürich	Frühe und unbewusste Bindungsverletzungen aufspüren	8

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

Mehr dazu unter www.svde-asdd.ch
 > Bildung > Fort- und Weiterbildung
 > Fortbildungspflicht.

Enregistrez votre formation continue dans **NutriEdu**.

Pour plus d'informations, voir www.svde-asdd.ch > Formation
 > Formation continue et post-grade
 > Obligation de formation continue.



SVDE ASDD



Abound®



Erneuert. Stärkt. Aktiviert.

Wundheilung neu definiert – Für Personen mit akuten und chronischen Wunden

Régénère. Fortifie. Active.

La cicatrisation redéfinie – Pour les personnes souffrant de plaies aiguës ou chroniques

Von ESPEN[#] und
den S3 Leitlinien^{##}
empfohlen

Recommandé par
l'ESPEN[#] et les S3
directives^{##}



Mit HMB*, Glutamin und Arginin

- Verhindert den Abbau körpereigener Proteine
→ *notwendig für die Wundheilung*
- Unterstützt die Kollagensynthese
→ *essentiell für eine intakte Haut*
- Wirken als Aktivatoren für Immunzellen
→ *Reduktion von Infektionen*

À base d'HMB*, de glutamine et d'arginine

- Prévient la dégradation des protéines endogènes
→ *nécessaires pour la cicatrisation*
- Renforce la synthèse du collagène
→ *essentiel pour une peau intacte*
- Agit comme des activateurs pour les cellules immunitaires
→ *Réduction des infections*

* B-Hydroxy-B-Methylbutyrat / B-hydroxy-B-méthylbutyrate

[#] Gomes F, Schuetz P, Bounoure L, et al. ESPEN guidelines on nutritional support for polymorbid internal medicine patients. Clinical Nutrition 2018; Vol. 37, Issue 1, p:336-353

^{##} Arends J, Bertz H, Bischoff S C, et al. Klinische Ernährung in der Onkologie. Aktuelle Ernährungsmedizin 2015; 40: e1-e74

Wussten Sie schon?

Abound wird von einigen Krankenkassen für alle Patienten rückvergütet.*

* Bitte beantragen Sie vorgängig immer eine Kostengutsprache. Die meisten Krankenkassen übernehmen Abound aus der Zusatzversicherung. Bitte fragen Sie Ihre Krankenkasse. Stand: Feb. 2019

Le saviez-vous?

Abound est remboursé par certaines assurances maladie pour tous les patients.*

* Merci de toujours vous renseigner auprès de l'assurance avant toutes démarches. La plupart des autres compagnies d'assurance maladie remboursent Abound avec l'assurance complémentaire. Valable dès février 2019.



Neu / Nouveau



OptiFibre®
FLORA

**Eine neue pflanzliche
Lösung, um Ihre
Darmflora wieder zum
Blühen zu bringen.**

**Auf der Suche nach einer natürlichen
Lösung gegen Durchfall?**

OptiFibre® FLORA ist eine einzigartige Kombination aus Nahrungsfasern und Milchsäurebakterien und kann helfen, die Symptome, das Auftreten und die Schwere von Durchfall nachhaltig zu lindern.

**OptiFibre® FLORA bringt die Darmflora
auf natürliche Weise wieder ins
Gleichgewicht.**

**Une nouvelle solution
végétale pour aider
votre flore intestinale
à s'épanouir à nouveau.**

**Vous cherchez une solution naturelle à
la diarrhée?**

OptiFibre® FLORA est une combinaison unique de bactéries lactiques et de fibres alimentaires qui contribue à soulager durablement les symptômes, l'apparition et la gravité de la diarrhée.

**OptiFibre® FLORA rééquilibre la flore
intestinale de manière naturelle.**