



SVDE ASDD

Schweizerischer Verband
der Ernährungsberater/innen

Association suisse
des diététiciens-ne-s

Associazione Svizzera
delle-dei Dietiste-i

SVDE ASDD

Info

5/2021

September | Septembre | Settembre



Augen auf – Ernährung bei Menschen mit Behinderung
Gros plan sur l'alimentation des personnes en situation de handicap
L'alimentazione delle persone con disabilità merita

NUTILIS AQUA BLAUBEERGESCHMACK MEHR ALS WASSER.

NUTILIS AQUA GOÛT MYRTILLE PLUS QUE DE L'EAU.

Mehr Sichtbarkeit:

Intensive blaue Farbe vorteilhaft
z.B. für FEES-Untersuchungen³

Plus de visibilité:

Couleur bleu intense
avantageuse, p. ex. pour
les examens FEES³

Mehr Nähe:

Entwickelt nach
Markt-Feedback², in
Zusammenarbeit mit Experten

Plus de proximité:

Développé après un retour
du marché², en collaboration
avec des experts

Mehr Sicherheit:

Behält Konsistenz auch im
Mund¹ und bei Raumtemperatur

Plus de sécurité:

Maintien de la consistance
également à température
ambiante ou buccale¹

Konsistenzadaptiertes Wasser.

Perfekt geeignet, um einer Dehydrierung bei Menschen mit Schluckstörung entgegenzuwirken und ein sichereres Schlucken zu unterstützen.

Eau de consistance adaptée.

Parfaite pour lutter contre la déshydratation chez les personnes atteintes de troubles dysphagiques et pour favoriser une déglutition plus sûre.



¹ Amylase ist ein Enzym im menschlichen Speichel, das Stärke bereits im Mund zersetzt. Nutilis Aqua enthält neben Stärke zusätzlich Ballaststoffe und besitzt nachweislich amylaseresistente Eigenschaften, d.h. es behält auch bei Speichelkontakt seine Konsistenz bei. ² Umfrage unter medizinischem Fachpersonal im Nutricia Dysphagie-Newsletter 2017 mit 197 Teilnehmenden. ³ Nutilis Aqua mit Blaubeergeschmack ist ein Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke (bilanzierte Diät) und für das Dehydrationsmanagement bei Dysphagie bestimmt. Bitte verwenden Sie Nutilis Aqua im Rahmen der Schluckdiagnostik nur, wenn Sie davon ausgehen, dass Ihre Patientin bzw. Ihr Patient Flüssigkeiten mit honigartiger Konsistenz (Stufe 2) bzw. IDDSI Level 3 schlucken kann.

¹ L'amylase est une enzyme dans la salive humaine qui dégrade l'amidon déjà dans la bouche. Nutilis Aqua, qui contient non seulement de l'amidon, mais aussi des fibres supplémentaires, possède des propriétés prouvées de résistance à l'amylase, c'est-à-dire qu'il conserve sa consistance même au contact de la salive. ² Enquête auprès des professionnels de la santé dans la newsletter Nutricia Dysphagie 2017 avec 197 participants. ³ Nutilis Aqua goût myrtille est une denrée alimentaire destinée à des fins médicales spéciales, convenant à la gestion de la déshydratation en cas de dysphagie. Veuillez utiliser Nutilis Aqua dans le cadre du diagnostic de la déglutition uniquement si vous supposez que votre patient peut avaler des liquides de consistance mielleuse (niveau 2) ou IDDSI niveau 3.

Nutilis Aqua ist ein Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke (bilanzierte Diät). Es ist nicht geeignet für Kinder unter 3 Jahren. Geeignet für Menschen mit krankheitsbedingter Mangelernährung. Nutilis Aqua ist ein angedicktes Wasser, geeignet für Patienten mit Schluckstörungen. Nur unter ärztlicher Aufsicht verwenden.

Nutilis Aqua est une denrée alimentaire destinée à des fins médicales spéciales. Elle ne convient pas aux enfants de moins de 3 ans. Pour les besoins nutritionnels en cas de dénutrition associée à une maladie. Nutilis Aqua est une eau gélifiée convenant aux patients avec des troubles de la déglutition. N'utiliser que sous surveillance médicale.

NutriDays

Kongress der Ernährung und Diätetik
Congrès de la nutrition et diététique

Schon reserviert?

NutriDays 2022

25. + 26. März 2022 in Bern

Die SVDE-Generalversammlung findet im

Rahmen der NutriDays am 26. März 2022 statt.

www.nutridays.ch

Déjà réservé?

NutriDays 2022

25 + 26 mars 2022 à Berne

L'assemblée générale de l'ASDD se tiendra

le 26 mars 2022 dans le cadre des NutriDays.

www.nutridays.ch

DEUTSCHSCHWEIZ

Editorial	2
Fachteil	4
Wort des Präsidenten	37
Verbandsinfo	38
Fortbildung	39
Buchrezension	41
Kursübersicht	43

SUISSE ROMANDE

Editorial	2
Rubrique professionnelle	6
Le mot du président	37
Info de l'ASDD	38
Formation continue	39
Vue d'ensemble des cours	43

SVIZZERA ITALIANA

Editoriale	2
Rubrica professionale	8
Parola del presidente	37
Info dell'ASDD	38
Panoramica dei corsi	43

Impressum

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

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

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

Stellenanzeiger + Inserate / Service d'emploi +
Annonces / Offerte d'impiego + Annunci
SVDE ASDD, Sekretariat, Altenbergstrasse 29, Postfach 686,
3000 Bern 8

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

Auflage / Tirage / Tiratura: 1600

Themen / Sujets / Temi
6/2021 Ernährung auf der IPS
Nutrition aux soins intensifs
Nutrizione in terapia intensiva

1/2022 Nachhaltige Ernährung
Alimentation durable
Alimentazione sostenibile

2/2022 Zöliakie im Beratungsaltag
La maladie coeliaque dans les activités de conseil
La celiachia nella consulenza nutrizionale

3/2022 NutriScore

4/2022 Essstörung
Troubles alimentaires
Disturbi alimentari

5/2022 Nephrologie
Néphrologie
Nefrologia

6/2022 Aktuelles aus der IG SpitERB
Actualités du groupe d'intérêt SpitERB
Novità dal gruppo di interesse SpitERB

Druck / Impression / Stampa
Multicolor Print AG, Baar

Redaktions- und Inserateschluss / Délais des insertions
et de rédaction / Termine d'inserzione et di redazione:
6/2021: 13.10.2021

Tarifikodifikation / Documentazione tariffaire /
Documentazione delle tariffe
www.svde-asdd.ch

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Titelbild / Photo de couverture / Illustrazione di copertina
SVDE-Fachgruppe «Mensch mit Behinderung»

ISSN 2504-1681
Schlüsselwörter: Info
(Schweizerischer Verband der Ernährungsberater/Innen)

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



SVDE-Fachgruppe Deutschschweiz – Mensch mit Behinderung
Groupe spécialisée ASDD Suisse alémanique – personne handicapée
Gruppo specializzato ASDD Svizzera tedesca – persona con disabilità

Liebe Leserin, lieber Leser

Rechte, Pflichten oder Wunschkonzert?

In der Schweiz leben geschätzt 1,7 Millionen Menschen mit einer Behinderung, davon gelten 27 % als stark beeinträchtigt. Dies sind rund 355 000 Kinder und Erwachsene. Ihre Lebenserwartung steigt. Gründe dafür sind optimierte Betreuungs- und Wohnverhältnisse, ein gesünderer Lebensstil sowie eine bessere gesundheitliche und medizinische Versorgung. Dennoch ist die durchschnittliche Lebenserwartung im Vergleich zur Gesamtbevölkerung – je nach Art und Ausprägung der Behinderung – weiterhin 6 bis 12 Jahre tiefer.

Eine Besonderheit bei Menschen mit einer komplexen Behinderung liegt darin, dass sie sich oft nicht direkt zum Erlebten äussern können. Im Weiteren bilden die Multimorbidität und die Polypharmazie für die medizinischen Fachpersonen eine grosse Herausforderung.

Die Fachgruppe ist der Meinung, dass wir als Ernährungsberater/innen noch zu wenig integriert sind in die Betreuung von Menschen mit Behinderung. Individuelle Ernährungsstrategien sind nötig. Wünschenswert ist ein gesundheitliches Qualitätskonzept in den Institutionen, in dem die Ernährungstherapie/Beratung Bestandteil ist. Regelmässige Visite durch den/die Ernährungsberater/in in den Wohngruppen mit Bewohnerbesprechung ist ein mögliches funktionierendes Konzept. In vielen Häusern wird die Arztvisite auch schon in den Wohngruppen abgehalten. Genau jetzt ist die richtige Zeit, uns einzubringen und uns für diese Menschen zu engagieren!

Chères lectrices, chers lecteurs

Droits, obligations ou souhaits?

En Suisse, selon les estimations, 1,7 million de personnes vivent avec un handicap, et 27 % d'entre elles avec un handicap sévère. Cela représente près de 355 000 enfants et adultes. Leur espérance de vie augmente. Cela s'explique par l'amélioration de leurs conditions de prise en charge et d'habitation, par leur mode de vie plus sain et par l'amélioration des soins de santé et médicaux. Néanmoins, leur espérance de vie moyenne par rapport à la population globale est inférieure de 6 à 12 ans en fonction de la nature et de la gravité du handicap.

La particularité des personnes avec un handicap complexe réside dans le fait que souvent, elles ne parviennent pas à s'exprimer directement au sujet de ce qu'elles vivent. De plus, la multimorbidité et la polypharmacie constituent un grand défi pour le corps médical.

Le groupe spécialisé est d'avis qu'en tant que diététicien-ne-s, nous sommes encore trop peu intégré-e-s dans la prise en charge des personnes en situation de handicap. Il est nécessaire de mettre au point des stratégies nutritionnelles personnalisées. Il est souhaitable que les institutions disposent d'un concept de qualité des soins de santé intégrant la thérapie nutritionnelle et le conseil diététique. Les visites régulières d'un-e diététicien-ne dans les communautés d'habitation et échanges interdisciplinaires sont un concept qui peut être concluant. Dans de nombreux établissements, des visites médicales sont déjà organisées au sein des communautés. C'est le bon moment pour nous de jouer un rôle actif et de nous engager pour ces personnes!

Cara Lettrice, caro lettore

Diritti, doveri o un po' di questo e un po' di quello?

Secondo le stime, in Svizzera vivono 1,7 milioni di persone disabili; il 27 % di esse – circa 355 000 tra bambini e adulti – ha una disabilità grave. La loro speranza di vita è in aumento grazie alle migliori condizioni di assistenza e di abitazione, a uno stile di vita più sano e a una migliore presa a carico sanitaria e medica. Ciononostante, a seconda del tipo e dell'entità della disabilità, la speranza di vita media di queste persone resta di 6 fino a 12 anni inferiore rispetto a quella della popolazione totale.

Una particolarità delle persone con una disabilità complessa risiede nel fatto che spesso non sono in grado di esprimersi direttamente sul proprio vissuto. Inoltre, multimorbidità e polifarmacia rappresentano una grossa sfida per il personale medico.

Il gruppo specializzato è dell'opinione che noi dietiste e dietetisti siamo ancora troppo poco integrati nella presa a carico delle persone con disabilità. Sono necessarie strategie nutrizionali individuali. Sarebbe auspicabile che gli istituti avessero un piano di qualità sanitario che integri anche la terapia/consulenza nutrizionale. Ad esempio con visite regolari da parte del/della dietista nei gruppi abitativi per avere un dialogo con i residenti. In molte case anche la visita medica avviene già all'interno dei gruppi abitativi. È proprio questo il momento giusto per farci avanti e impegnarci a favore di queste persone!

Bedeutung der Wadenumfangmessung zur Erkennung reduzierter Muskelmasse



Dr. clin. nutr. Caroline Kiss, Leiterin klinische Ernährung Universitäre Altersmedizin FELIX PLATTER, Basel

Die Bedeutung der Muskeln für die Gesundheit und den Erhalt der Mobilität im Alter gewinnt aufgrund der demografischen Entwicklung zunehmend an Bedeutung. Präventive Massnahmen für die Muskelgesundheit sind die adäquate Protein- und Energieversorgung sowie gesundheitswirksame Bewegung. Im klinischen Alltag gehört die reduzierte Muskelmasse zu den Indikatoren für Malnutrition, Sarkopenie und Kachexie. Um diese frühzeitig zu erkennen, kann der Wadenumfang eine einfache und hilfreiche Messung sein.

Anthropometrische Messdaten gelten als einfachste, überall einsetzbare, kostengünstige und nicht-invasive Methode zur Erhebung der Körperdimensionen und -zusammensetzung. Der Wadenumfang ist die sensitivste Messung, als approximatives Mass für die Muskelmasse und ist der Oberarm-Umfangmessung überlegen. Ein reduzierter Wadenumfang reflektiert eine verminderte fettfreie Masse und/oder eine reduzierte Aktivität. Der Gold-Standard für die Messung der Körperzusammensetzung ist die Magnetresonanz und Computertomographie. Diese sind jedoch teuer und invasiv. Zur Bestimmung des Skelettmuskelindex oder appendikulären Magermasse werden die Doppelröntgen-Absorptiometrie (DXA) oder die Bioelektrische Impedanzanalyse (BIA) eingesetzt. Weil diese Messungen aufwändig und nicht überall verfügbar sind, kann als ungefähres Mass der Wadenumfang verwendet werden.

Wadenumfang als Indikator einer Mangelernährung

Im Screening Instrument Mini Nutritional Assessment (MNA) wird der Wadenumfang in die Einschätzung einbezogen, wenn die Bestimmung von BMI, respektive Grösse und Gewicht nicht möglich ist. Ein Wadenumfang von <31 cm korreliert mit BMI <20. Weitere Untersuchungen fanden bei Wadenumfang von <31 cm deutlichen Einschränkung der Funktionalität (z.B. Schwierigkeiten beim Aufstehen, Ankleiden), Mobilität und erhöhtem Sturzrisiko.

Wadenumfang als Indikator einer Sarkopenie

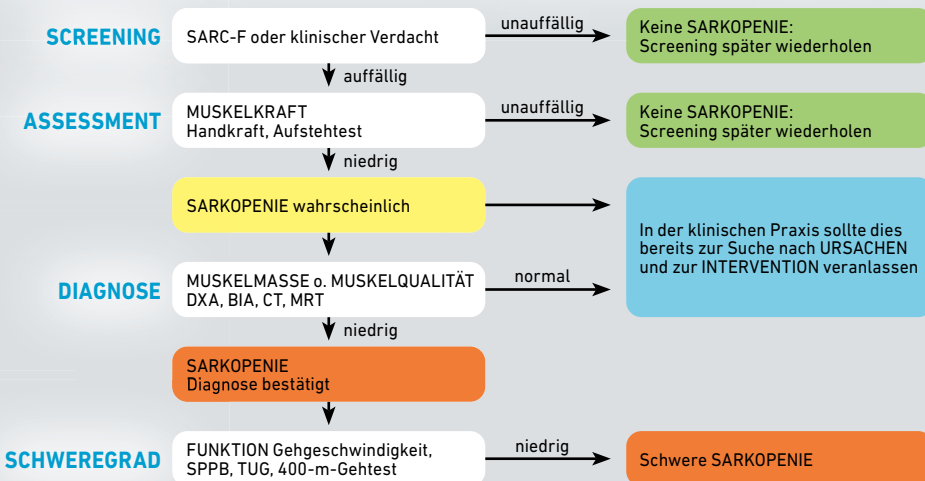
Die Sarkopenie ist gekennzeichnet durch den übermässigen Verlust von Muskelkraft, Muskelmasse und Muskelfunktion. Während die Diagnosekriterien international noch nicht einheitlich definiert sind, besteht heute ein Konsensus, dass die geringe Muskelmasse nicht als alleiniges oder wichtigstes Kriterium gilt.

Zur Diagnose kann der SARC-F Fragebogen oder der klinische Verdacht zum Assessment führen. Der SARC-F Fragebogen hat eine hohe Spezifität, jedoch eine geringe Sensitivität. Wird er kombiniert mit dem Wadenumfang verbessert sich diese deutlich. Sind die Handkraft oder der Aufstehetest auffällig, ist eine Sarkopenie wahrscheinlich. Diese sollen in der klinischen Praxis bereits zur Suche nach Ursachen und zur Intervention führen.

Die Bestätigung der Diagnose erfolgt durch die apparative Bestimmung der Muskelmasse/-qualität. Wenn diese Messmethoden nicht vorhanden sind, kann gemäss den Empfehlungen als Mass der Wadenumfang verwendet werden.

Den Schweregrad der Sarkopenie wird durch die Gehgeschwindigkeit bestimmt.

Diagnose-Algorithmus der europäischen Sarkopenie-Konsensusdefinition



Das Wadenmessband kann bei Ihrer medizinischen Beraterin / Ihrem medizinischen Berater von Nestlé Health Science bestellt werden.

Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J et al. Sarkopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. Age Ageing 2019

Referenzen: Inoue T. Calf circumference value for sarcopenia screening among older adults with stroke. Arch Gerontol Geriatr 2021.; Carin-Levy G. The effect of different body positions on anthropometric measurements and derived estimates of body composition. Int J Body Comp Res. 2008.; Deutz N, Ashurst I, Ballesteros M et al. The underappreciated role of low muscle mass in the management of malnutrition. JAMDA 2019.; Kiss CM, Bertschi DK, Beerli N, Kressig RWK. Calf circumference as an indicator for muscle mass in evaluating sarcopenia (LB-287). ESPEN 2020.; Mohd Nawi S, Khaw K, Lim W, Yu S. Screening tools for sarcopenia in community-dwellers: A scoping review. Ann Acad Med Singapore 2019.; Rolland Y, Lauwers-Cances V, Cournot M et al. Sarcopenia, calf circumference, and physical function of elderly women: a cross-sectional study. J Am Geriatr Soc 2003.; Gonzales M, Mehrnezhad A, Razaviarab N et al. Calf circumference: cutoff values from the NHANES 1999-2006. Am J Clin Nutr 2021.

Autonomie und Fremdbestimmung – eine Gratwanderung?

Ein guter Ernährungszustand führt zu Lebensfreude und -qualität und ist ein Indiz für eine kompetente Betreuung, ein ganzheitliches Ernährungskonzept – ein Qualitätsmerkmal. Wenn Menschen mit einer Behinderung sich nicht adäquat ernähren, ist das oftmals ein Zeichen der knapp bemessenen Ressourcen der unterstützungsleistenden Personen.



Daniela Specht, BSc
Ernährungsberaterin SVDE
CAS Gesundheitsförderung und Prävention
in Organisationen
d.specht@bluewin.ch

In Altersheimen ist die Erfassung des Ernährungszustandes längst Routine. Es gibt Auflagen, Ernährungspläne und die gemeinsame Haltung, dass gesundes Essen schmecken, Freude bereiten und den Körper fit halten soll. In Institutionen für Menschen mit einer Behinderung ist das Bewusstsein hingegen noch wenig vorhanden. Die UNO-Behindertenkongvention fordert Lebensqualität und Gesundheit auch für Menschen mit Behinderung. Dies erfordert ein Umdenken in Institutionen. Denn Menschen mit Behinderung sind häufiger von Mangel- und Fehlernährung betroffen als die Allgemeinbevölkerung. In Institutionen leidet fast jede dritte Person an einer Essstörung (die sich nicht alleine am Gewicht festlegen lässt).

Niemand lässt sich gerne in sein Leben reinreden, auch Menschen mit einer Behinderung nicht. Ernährungsgewohnheiten umzustellen ist immer eine besondere Herausforderung. In Heimen oder Tagesstätten für Menschen mit Behinderung fehlen oft Zeit und Wissen dafür. Zudem bewegt sich das Personal auf einem dünnen Grat zwischen Bevormundung und Selbstverantwortung: Was lasse ich «durchgehen», wo greife ich ein? Darf ich mein Gegenüber zum Essen «zwingen»? Aus der Praxis ist das Argument bekannt, dass das Essen doch schliesslich eine kleine Freude im Alltag bereite.

Food literacy ist dabei zentral und beschreibt die Fähigkeit, den Ernährungsalltag selbstbestimmt, verantwortungsbewusst und genussvoll zu gestalten. Fehlt diese Kompetenz, braucht es Unterstützung aus dem Umfeld. Gewisse neuropsychologische Störungen können dazu führen, dass Personen beim blossen Anblick von Essen die Kontrolle verlieren. Es kommt vor, dass Menschen mit geistiger Behinderung keine Sättigung verspüren, da diese von neurologischen Verknüpfungen abhängt. In solchen Situationen wird die Frage der Selbstbestimmung problematisch.

Hier kommen Ernährungsberaterinnen und -berater ins Spiel: Sie unterstützen das Team, gemeinsam Fragen wie diese zu beantworten: Was ist gesund und was nicht? Gibt es Süßes nur zu besonderen Anlässen? Welches Gewicht ist anzustreben? Und wie können unterstützungsleistende Personen selber ein Vorbild sein?

Gesundheit und Genuss sollen im Gleichgewicht sein

Für Betreuende von Menschen mit Behinderung wirkt es sich direkt aus, wenn sie deren Gesundheit und besonders ein gesundes Körpergewicht fördern. Die Gesundheit von Menschen mit Behinderung beeinflusst ihre Lebenssituation und ihren Alltag direkt. So kann sich beispielsweise die Betreuungs- oder Pflegesituation bei einer Gewichtszunahme für die betreuenden Personen erheblich erschweren. Wichtig ist, dass sich Betreuende und Betreute die Verantwortung teilen, zum Beispiel indem sie sich gemeinsam mehr bewegen und gemeinsam gesünder leben.

Selbstbestimmung ist nicht immer das einzige Ziel, oft sind Menschen mit Behinderung überfordert und auf klare Leitplanken angewiesen.

Eine gemeinsame Haltung zu definieren muss immer ein Miteinander sein – und zwar als Betreuungsteam wie auch im Umgang mit den betreuten Personen. Wer versteht, warum Broccoli gesünder ist als Pommes und mitreden kann, wenn es um den eigenen Körper geht, dem fällt eine Ernährungsumstellung leichter.

Wenn die Haltung einheitlich und klar ist, funktioniert es. Der Weg dahin muss sinnvoll und attraktiv sein. Ernährungsfachpersonen mit Schwerpunkt «Ernährung bei Menschen mit Behinderung» können motivierend Unterstützung und Sicherheit vermitteln.

Mit dem Verein meingleichgewicht.ch engagiere ich mich seit 2011 für gesundheitsfördernde Projekte mit und für Menschen mit Behinderung. Wir unterstützen Institutionen dabei, sich mit den Themen gesunde Ernährung, Begegnung, Entspannung und Bewegung auseinanderzusetzen und ganzheitliche, nachhaltige Programme zu entwickeln.

BEI MANGELERNÄHRUNG
UND MUSKELABBAU

NACHWEISLICH
MEHR KRAFT ...

... MEHR MOBILITÄT
... MEHR LEBEN^{#0†4,6-9}



**NEU – ENSURE® COMPACT
PROTEIN HMB**

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

Unterstützt die Muskelsynthese und hemmt den Muskelabbau - für eine raschere Genesung und mehr Lebensqualität für Ihre Patienten.^{†#§1-5}

DAS STÄRKSTE*
COMPACT
DER SCHWEIZ

18 g Protein
1.5 g Leucin
1.5 g CaHMB
500 IU Vitamin D
27 Vitamine & Mineralien
125 ml
2.4 kcal/ml



VERHELFEN SIE IHREN PATIENTEN ZU
MEHR KRAFT ZUM LEBEN

Rückvergütung: alle Ensure®-Trinknahrungen werden gemäss GESKES-Richtlinien durch die Grundversicherung rückvergütet.
HMB: β -Hydroxy- β -Methylbutyrat; ONS: Oral Nutritional Supplement (Trinknahrung)

+Die Studienformulierung (Ensure Plus Advance mit 20 g Protein, 1,5 g Calcium-HMB und 330 Kalorien pro 220 ml-Portion) unterscheidet sich von Ensure Compact Protein HMB (18 g Protein, 1,5 g Calcium-HMB und 300 Kalorien pro 125-ml-Portion).

#In einer klinischen Studie mit älteren Frauen mit Ernährungsrisiko und Hüftfraktur waren in der Gruppe, die zweimal täglich Ensure mit hohem Proteinanteil und HMB erhielt, signifikant mehr Patientinnen sowohl am Tag 15 als auch am Tag 30 mobil und ambulant im Vergleich zu Patientinnen, die eine Standardnahrung erhielten (p=0,001). §In einer einarmigen Open-Label-Studie mit älteren mangelernährten Patienten verbesserte sich die Lebensqualität signifikant gegenüber dem Ausgangswert nach der Einnahme von Ensure mit Hoch-Protein und HMB-Gehalt zweimal täglich über 12 Wochen (p< 0,05).

°Wurde in einer randomisierten Kontrollstudie zur Untersuchung der Auswirkungen eines spezialisierten ONS auf mangelernährte, kardiopulmonale Patienten (> 65 Jahre) vs. Placebo gezeigt. Das spezialisierte ONS verringerte die Sterblichkeit 90 Tage nach der Entlassung aus dem Krankenhaus; die Studie beobachtete jedoch keinen signifikanten Effekt für den primären zusammengesetzten Endpunkt der nicht-elektiven Wiederaufnahme oder des Todes. †Die Muskelqualität wurde als Beinkraft, ausgedrückt im Verhältnis zur Muskelmasse, berechnet.

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

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

Abbott
life. to the fullest.®

CH-ENSCP-2100001

Autonomie et décision de tiers: un difficile exercice d'équilibre?

Un bon état nutritionnel est source de joie de vivre, améliore la qualité de vie et est le signe d'une prise en charge compétente et d'un concept nutritionnel exhaustif. C'est donc un critère de qualité. Quand les personnes en situation de handicap n'ont pas une alimentation adéquate, cela indique souvent que les ressources des personnes leur apportant du soutien sont calculées au plus juste.



Daniela Specht, BSc
Diététicienne ASDD
CAS Promotion de la santé
et prévention dans
les organisations
d.specht@bluewin.ch

Dans les maisons de retraite, l'évaluation de l'état nutritionnel est un acte de routine depuis très longtemps. Il existe des directives, des plans nutritionnels et une posture commune établissant qu'un repas sain doit avoir bon goût, être source de plaisir et contribuer à la bonne forme physique. Dans les institutions pour personnes en situation de handicap en revanche, la prise de conscience sur ce sujet n'est pas suffisante. La Convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées définit un droit à la qualité de vie et à la santé des personnes en situation de handicap. Cette exigence force à revoir la façon de penser dans les institutions. En effet, les personnes en situation de handicap sont plus souvent concernées par la malnutrition et l'alimentation déséquilibrée que la population générale. Dans les institutions, quasiment une personne sur trois souffre d'un trouble alimentaire (qui ne se définit pas uniquement par rapport au poids).

Personne n'apprécie que les autres viennent se mêler de leur vie, et ce n'est pas non plus le cas des personnes en situation de handicap. Changer d'habitudes alimentaires est toujours un grand défi. Dans les homes ou les structures d'accueil de jour pour personnes en situation de handicap, le temps et les connaissances manquent souvent pour s'occuper de cet aspect. De plus, le personnel doit trouver un juste

équilibre entre mise sous tutelle et responsabilité individuelle: qu'est-ce que je laisse passer? Où est-ce que j'interviens? Dois-je «forcer» mon interlocuteur/trice à manger? En pratique, l'argument selon lequel manger procure des petits plaisirs au quotidien est bien connu.

La **littératie alimentaire** (ou Food literacy en anglais) est essentielle dans ce contexte. Elle décrit la capacité à organiser son alimentation quotidienne de façon autodéterminée et responsable tout en se faisant plaisir. Si une personne n'a pas cette compétence, elle a besoin du soutien de son entourage. Certains troubles neuropsychologiques peuvent avoir comme conséquence que le simple fait de voir la nourriture entraîne une perte de contrôle. Il peut arriver que les personnes en situation de handicap mental ne ressentent pas le signal de satiété, car celui-ci dépend de connexions neurologiques. Dans de telles situations, la question de l'autodétermination devient problématique.

C'est alors qu'interviennent les diététicien-ne-s: nous aidons l'équipe à répondre ensemble à des questions telles que: qu'est-ce qui est sain et qu'est-ce qui ne l'est pas? Les sucreries sont-elles réservées aux occasions spéciales? Quel poids faut-il chercher à avoir? Et comment des personnes apportant leur soutien peuvent-elles elles-mêmes montrer l'exemple?

Un juste équilibre entre santé et plaisir

Dans l'assistance aux personnes en situation de handicap, le fait de promouvoir leur santé et notamment leur poids de forme a

un effet immédiat. La santé de ces personnes a un impact direct sur leur situation de vie et leur quotidien. Ainsi, la situation en matière de soins ou de prise en charge peut compliquer considérablement les tâches d'assistance en cas de prise de poids corporel. Il est donc important que la personne prodiguant de l'assistance et celle prise en charge se partagent cette responsabilité, par exemple en faisant plus d'activité physique ensemble et en menant ensemble une vie plus saine.

L'autodétermination n'est pas toujours le seul objectif. Les personnes en situation de handicap sont souvent dépassées et ont besoin de garde-fous bien précis.

Définir une posture commune doit toujours relever d'une coopération, que ce soit en tant qu'équipe de prise en charge et dans les relations avec les personnes assistées. Une fois que l'on a compris pourquoi les brocolis sont plus sains que les frites et que l'on est capable de s'exprimer dès lors qu'il est question de son corps, un changement d'alimentation sera plus facile.

Si la posture est claire et cohérente, cela fonctionne. Il faut que le cheminement vers ce but soit judicieux et attrayant. Les professionnel-le-s de la nutrition spécialisée-s dans l'alimentation pour les personnes en situation de handicap peuvent apporter du soutien et de la sécurité de façon motivante.

Avec l'association Mon équilibre (mein-gleichgewicht.ch/fr), je m'engage depuis 2011 pour des projets de promotion avec et pour les personnes en situation de handicap. Notre rôle est d'aider les institutions à se pencher sur les thèmes de l'alimentation, du contact social, de la détente et de l'activité physique ainsi que de développer des programmes complets et durables.

Le plaisir sans les effets secondaires

En votre qualité de diététicien-ne, vous aidez régulièrement les personnes souffrant d'allergie ou d'intolérance alimentaire à adopter une alimentation saine tout en se faisant plaisir. Vous leur permettez ainsi d'avoir un quotidien plus agréable. Coop Free From poursuit le même objectif avec plus de 500 produits spécialement adaptés aux personnes souffrant d'intolérances alimentaires.

Des alternatives a aussi savoureuses que l'original

Lorsqu'une intolérance est diagnostiquée, les questions se bousculent: le pain sans gluten est-il insipide? Dois-je renoncer au muesli au yogourt? La gamme Free From propose un vaste choix d'alternatives sans gluten et/ou sans lactose. Outre les classiques comme le pain Schär Meisterbäckers Multicéréales et les baguettes Free From à cuire au four, Coop offre de nombreuses farines sans gluten de sa marque propre Naturaplan. Quant au yogourt, il peut facilement être remplacé par le yogourt nature bio sans lactose Free From.

Les produits Free From toujours plus nombreux

Les personnes qui vivent depuis longtemps avec une intolérance alimentaire connaissent bien l'offre des détaillants. Coop répond à leurs besoins en enrichissant en permanence son assortiment de produits sans gluten et sans lactose. Plusieurs pâtes toutes prêtes sans gluten sont disponibles au rayon frais, comme la pâte feuilletée sans gluten Leisi. De même, l'offre de lait sans lactose ne cesse de s'agrandir: Coop propose actuellement plus de 70 boissons lactées sans lactose, en grande partie des alternatives végétales au lait comme la boisson au riz bio Coop Karma Amande. De quoi varier les saveurs au quotidien.

Coop Free From: pour allier plaisir et bien-être

Depuis 15 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 craindre d'éventuels effets secondaires. Avec plus de 500 produits, Coop propose le plus

grand choix d'aliments du commerce de détail suisse pouvant être consommés sans danger par les personnes souffrant d'une intolérance alimentaire. Ils sont facilement repérables en rayon grâce aux affichettes Free From. En savoir plus: coop.ch/freefrom

Nouveauté
le sachet
plastique
thermosoudé

Pour encore plus de sécurité, les farines de qualité sans gluten Coop Naturaplan sont désormais conditionnées dans des emballages plastiques thermosoudés hermétiques, de sorte que la farine n'entre pas en contact avec des produits en rayon contenant du gluten. Les personnes atteintes de la maladie cœliaque ou intolérantes au gluten peuvent ainsi faire leurs courses en toute simplicité.



Autonomia e dipendenza dagli altri – un difficile equilibrio?

Un buono stato nutrizionale genera gioia di vivere e qualità di vita; è indice di una presa a carico competente e di un approccio nutrizionale globale. In breve, è un marchio di qualità. Quando le persone con disabilità non si nutrono in modo adeguato, ciò spesso è sintomo delle limitate risorse delle persone che li assistono.



Daniela Specht, BSc
Dietista ASDD
CAS in promozione della
salute e prevenzione
in organizzazioni
d.specht@bluewin.ch

Nelle case per anziani la valutazione dello stato nutrizionale viene ormai effettuata di routine. Ci sono condizioni, piani nutrizionali e il pensiero comune secondo cui il cibo sano deve piacere, recare gioia e mantenere in forma il corpo. Negli istituti che accolgono persone con disabilità questa consapevolezza è invece ancora poco presente. La convenzione ONU per le persone con disabilità rivendica qualità di vita e salute anche per le persone con disabilità. Agli istituti è quindi richiesto un cambiamento di mentalità. La malnutrizione e l'alimentazione errata, infatti, sono più frequenti tra le persone con disabilità che nella popolazione generale. Negli istituti, quasi una persona su tre soffre di un disturbo alimentare (non riscontrabile unicamente sulla base del peso).

A nessuno piace che si metta il naso nella propria vita, nemmeno alle persone con una disabilità. Cambiare le abitudini alimentari è sempre una sfida non da poco. Negli istituti o nei centri diurni per persone con disabilità mancano spesso il tempo e le conoscenze necessari. Inoltre, il personale spesso si muove in un fragile equilibrio tra messa sotto tutela e responsabilità propria: cosa lascio «correre», quando in-

tervengo? Posso «obbligare» il mio interlocutore a mangiare? Dalla pratica è noto l'argomento secondo cui il cibo in fondo è una piccola gioia nel quotidiano.

In questo contesto il concetto di **food literacy**, alfabetizzazione alimentare, è di centrale importanza e descrive la capacità di gestire l'alimentazione quotidiana in modo autodeterminato, responsabile e piacevole. Se una persona non possiede questa competenza, necessita dell'aiuto di chi le è accanto. Alcuni disturbi neuropsicologici possono implicare, in chi ne è affetto, una perdita di controllo alla sola vista del cibo. Vi sono casi in cui persone con disabilità mentali non percepiscono alcun senso di sazietà, visto che esso dipende da connessioni neurologiche. In questi casi la questione dell'autodeterminazione diventa problematica.

E qui entrano in gioco le dietiste e i dietisti che aiutano il team a rispondere collettivamente a domande come: cosa è sano e cosa non lo è? I dolci vanno mangiati solo in occasioni speciali? A quale peso occorre mirare? In che modo le persone che prestano sostegno possono essere loro stesse da esempio?

Salute e piacere devono essere in equilibrio

Promuovere la salute e soprattutto un peso corporeo sano nelle persone con disabilità ha un impatto diretto sul personale di cura. La salute delle persone con

disabilità influenza direttamente la loro situazione di vita e la loro quotidianità. In caso di aumento di peso, ad esempio, la situazione di presa a carico o di cura può diventare molto più difficile per la persona che presta le cure. È importante che le persone che assistono e gli assistiti condividano le responsabilità, ad esempio facendo insieme più movimento e vivendo in modo più sano.

Non sempre l'autodeterminazione è l'unico obiettivo: spesso le persone con disabilità non sono in grado di gestirla e hanno bisogno di chiari paletti.

Per definire una linea comune si deve collaborare, sia all'interno del team sia nella relazione con le persone assistite. Chi capisce perché i broccoli sono più sani delle patatine e può dire la sua opinione quando si tratta del proprio corpo riesce più facilmente a cambiare la propria alimentazione.

Se esiste una linea unitaria e chiara, si ottengono risultati. La via per raggiungerli deve essere ragionevole e allettante. Esperti ed esperte della nutrizione con specializzazione in nutrizione nelle persone con disabilità possono motivare dando sostegno e sicurezza.

Con l'associazione meingleichgewicht.ch mi impegno dal 2011 in progetti di promozione della salute con e per persone con disabilità. Aiutiamo gli istituti a confrontarsi con i temi alimentazione sana, incontro, rilassamento e movimento e a sviluppare programmi globali e sostenibili.

Tutto il gusto del cibo, senza pensieri

Nella vostra attività di dietiste e dietisti, ogni giorno aiutate persone con allergie o intolleranze alimentari a seguire un'alimentazione sana che garantisca loro il massimo benessere. In questo modo contribuite a rendere la loro vita più piacevole e spensierata. Anche la linea Free From di Coop condivide lo stesso proposito con oltre 500 prodotti appositamente studiati per chi soffre di intolleranze alimentari.

Alternative buone come gli originali

Chi scopre di soffrire di un'intolleranza alimentare si trova spesso a dover chiarire tanti dubbi: è vero che il pane senza glutine non è buono? A colazione dovrò rinunciare al solito muesli con lo yogurt? L'assortimento Free From offre una grande varietà di alternative senza glutine e/o lattosio. Oltre ai classici come il pane multicereali Meisterbäckers Schär o le baguette precotte Free From, Coop propone anche diverse farine senza glutine della marca propria Naturaplan. E lo yogurt bio al naturale senza lattosio Free From è l'ideale per chi non vuole rinunciare a questo piacere.

L'assortimento Free From continua a crescere

Chiunque debba convivere con un'intolleranza alimentare conosce bene gli assortimenti dei principali dettaglianti. Coop continua a introdurre nuovi prodotti senza glutine e senza lattosio con la massima attenzione alle esigenze dei consumatori. Per esempio, nel banco frigo si trovano ora la pasta sfoglia senza glutine Leisi e tante altre paste pronte. E con oltre 70 prodotti, tra cui diverse alternative vegetali come il drink di riso alla mandorla bio di Karma, anche l'offerta di latte senza glutine è sempre più varia: un ulteriore stimolo per portare un po' di novità nella dieta quotidiana.

Coop Free From: il gusto del benessere

Con Free From, da 15 anni Coop si impegna per offrire a chi soffre di intolleranze prodotti facili da riconoscere in negozio e da gustare senza pensieri. Con oltre 500 articoli da consumare senza problemi anche in caso di intolleranze, Coop offre il più vasto assortimento di questo genere nel commercio al dettaglio alimentare svizzero. E i cartellini

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

ORA
nella busta
di plastica

Per garantire la massima sicurezza, le farine senza glutine di Coop Naturaplan sono ora confezionate nella busta di plastica sigillata. In questo modo si prevengono eventuali contaminazioni anche sullo scaffale. Grazie a questa novità, chi soffre di celiachia o di intolleranza al glutine può acquistare e consumare i prodotti con ancora più tranquillità.



Ernährung als Thema von Lebensqualität und der UN-BRK



Caroline Hofmann, BSc
 Ernährungsberaterin SVDE
 SVDE-Fachgruppe
 «Mensch mit Behinderung»
 info@wertvoll-miteinander.ch

CURAVIVA Schweiz vertritt als Branchenverband landesweit über 2700 Institutionen aus den drei Bereichen «Kinder und Jugendliche», «Menschen mit Behinderung» und «Menschen im Alter». Die Mitgliederinstitutionen bieten rund 120 000 Menschen ein Zuhause. CURAVIVA Schweiz unterstützt die Institutionen aller drei Fachbereiche in ihrer Aufgabe, die Lebensqualität von Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf ganzheitlich und umfassend zu fördern.

Das Lebensqualitätskonzept wurde zusammen mit dem Institut für Erziehungswissenschaften der Universität Zürich 2014 entwickelt. Das Konzept ist eine Zielperspektive.

- Ziele: (1)
- Einheitliches Verständnis von Lebensqualität
 - Wissenschaftlich fundierte Basis mit renommiertem Partner (Uni Zürich)
 - Begriffsklärungen und einheitliche Verwendung der Begriffe (Terminologie)
 - Strukturierte Reflexion der Lebensqualität (individuell/kollektiv)
 - Individuelle Begleit- und Unterstützungsarbeit kann danach zielorientiert und strukturiert ausgerichtet werden (bedarfsorientiert/nicht angebotsorientiert)

Die vier Bereiche sind in 17 Kategorien unterteilt. Ernährung als Kategorie gehört unter «Funktionalität und Gesundheit».

2006 wurde die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) von der UNO verabschiedet. Sie ist weltweit ein universelles



Abbildung 1: Vier Lebensbereiche der Lebensqualität, CURAVIVA 2014

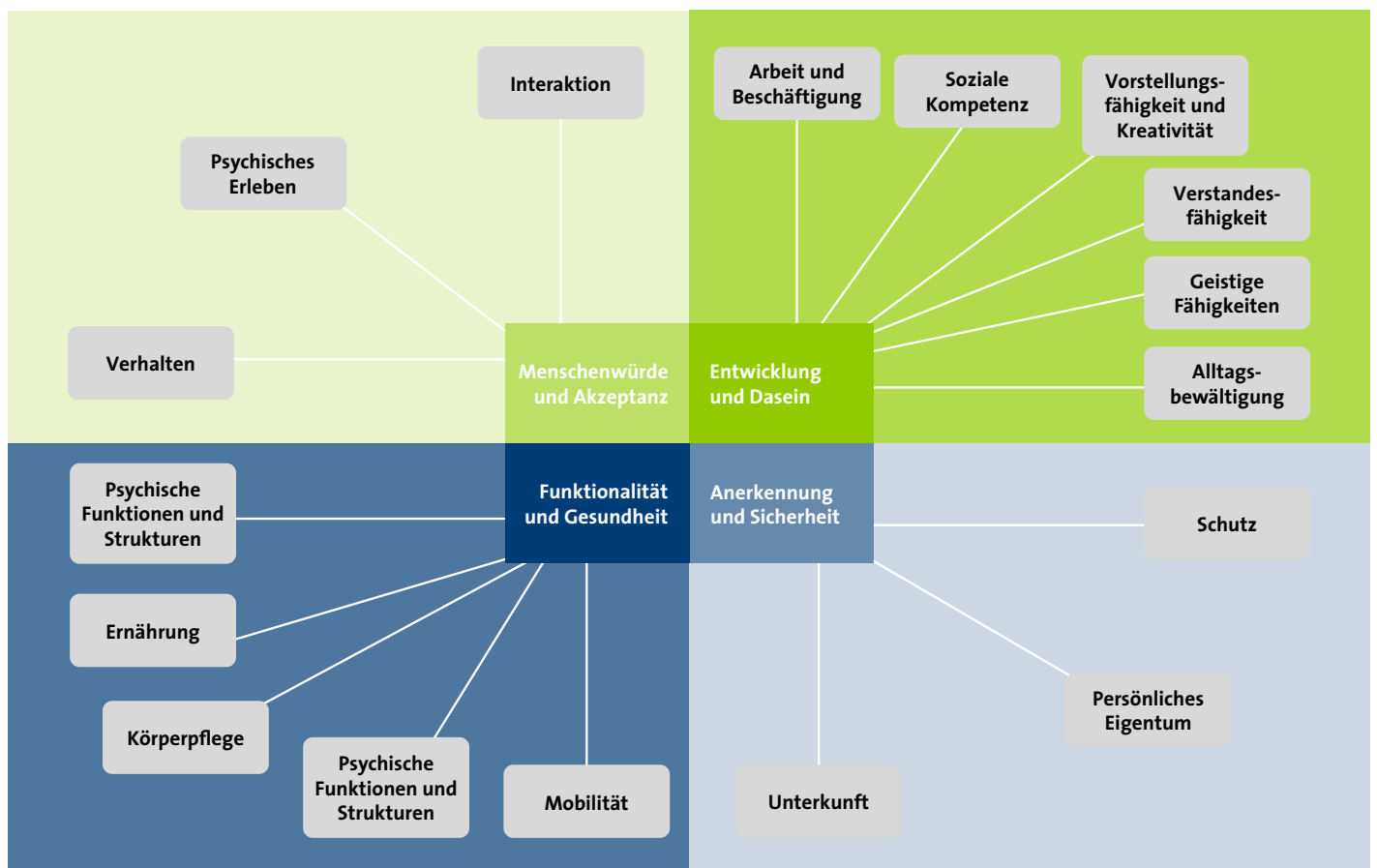


Abbildung 2: Das Lebensqualitätsmodell mit seinen 4 Kernbereichen sowie den dazugehörigen 17 Kategorien

Rechtsinstrument für Lebensqualität und Menschenrechte. Die Schweiz ist 2014 beigetreten. Es sind 50 Artikel beschrieben, die Ernährung ist unter Artikel 25 zu finden.

Die Vertragsstaaten anerkennen das Recht von Menschen mit Behinderung auf das Höchstmass an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung.

Der Aktionsplan 2019–2023 (2) zeigt umfassend und konkret, wie die Verbände und sozialen Institutionen die UN-BRK bei sich umsetzen können. Es sind 35 Ziele und 145 Massnahmen beschrieben. Ernährung kann in Ziel 19 und 22 verortet sein:

Ziel 19: Prävention, Schutz und Nachsorge: Körperliche und seelische Unversehrtheit
Ziel 22: Gesundheitsversorgung: Es steht eine qualitativ hochstehende medizini-

sche, psychische und psychosoziale Versorgung offen.

Es braucht für die Umsetzung Aufklärung, Schulung und anderes.

Im UN-BRK-Navigator (3) werden die agogischen Ressourcen beschrieben. Es sind fünf Dimensionen. Der Navigator zeigt konkret auf, welche spezifischen **Haltungen, Kenntnisse und Fähigkeiten** Fachpersonen in Unterstützungsangeboten brauchen, um in den zentralen fünf Dimensionen kompetent tätig zu sein. Gesundheit wird auf Seite 8 beschrieben.

Wir als Ernährungsberater/innen sollten in den Institutionen beraten und begleiten (Coaching). Eine Inhouse-Betreuung (Weiterbildung und Beratung) hat viele Vorteile. Die Mitarbeitenden nehmen an einem gemeinsamen Lernprozess teil und die da-

bei erworbenen Qualifikationen bilden eine neue gemeinsame Verständigungs-



Abbildung 3: UN-BRK-Navigator



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





Abbildung 4: UN-BRK-Navigator/Gesundheit

Visionen der SVDE-Fachgruppe «Mensch mit Behinderung»

Die Institutionen haben ein Gesundheitskonzept, in dem ein Ernährungskonzept enthalten ist, und arbeiten mit einer/einem Ernährungsberater/in zusammen.

Beschrieben und implementiert sind:

- Grundlage der Gemeinschaftsverpflegung
- Ernährung im Alter/spezifische Anforderungen
- Adipositas-konzept
- Mangelernährung erkennen und behandeln: Screeningtool angepasst und standardisiert
- Themen wie Obstipation, Diarrhoe u. a. werden breitgefächert behandelt
- Schluckstörung: Stufenkost wird angeboten (interdisziplinäre Zusammenarbeit)
- und anderes

basis. Eine Haltung kann zu einem Thema gefunden werden. Die Mitarbeitenden sind schlussendlich für die Umsetzung verantwortlich und begleiten die Betroffenen. Es kann dabei Grundlegendes in der Wohngruppe strukturiert werden. Nicht nur ein/e Bewohner/in profitiert gesundheitlich davon, sondern auch die anderen.

Literaturverzeichnis

1. www.curaviva.ch/files/PgVUIZo/lebensqualitaetskonzeption__curaviva_schweiz
2. www.curaviva.ch/files/9O45WZK/aktionsplan_un_brk_20192023__vahs_curaviva_schweiz_insos_schweiz_2019.pdf
3. www.curaviva.ch/files/Q96C4F3/un_brk_navigator_die_agogische_arbeit_mit_der_un_brk_vahs_insos_schweiz_curaviva_schweiz_2021.pdf
4. www.curaviva.ch/files/IFGZXyl/inhouse_auf_sie_zugeschnitten_gazette_curaviva_bildung_maerz_2017.pdf



INNOVATION QUALITÉ

Jetzt Projekt einreichen – bis 06.12.2021

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

L'alimentation comme élément de la qualité de vie et de la CDPH



Caroline Hofmann, BSc
 Diététicienne ASDD
 Groupe spécialisé Suisse
 alémanique «Personnes en
 situation de handicap»
 info@wertvoll-miteinander.ch

En sa qualité d'association de branche, CURAVIVA Suisse représente à travers le pays plus de 2700 institutions œuvrant dans les trois domaines suivants: «Enfants et adolescents», «Personnes en situation de handicap» et «Personnes âgées». Les institutions membres de CURAVIVA offrent un toit à quelque 120000 personnes. CURAVIVA Suisse aide les institutions de chacun des trois domaines spé-

cialisés dans leur mission de promotion globale et exhaustive de la qualité de vie des personnes ayant un besoin de soutien spécifique.

Le concept de qualité de vie a été développé en 2014 avec l'Institut für Erziehungswissenschaften de l'Université de Zurich. Le concept envisage la qualité au travers d'objectifs.

Objectifs: (1)

- Conception homogène de la qualité de vie
- Base fondée scientifiquement avec un partenaire renommé (Université de Zurich)
- Termes bien définis et utilisés de façon homogène (terminologie)

- Réflexion structurée sur la qualité de vie (individuelle/collective)
- Le travail individuel d'accompagnement et de soutien peut ensuite être ciblé et structuré (en fonction des besoins et pas en fonction de l'offre)



Figure 1: Quatre domaines clés de la qualité de vie, CURAVIVA 2014

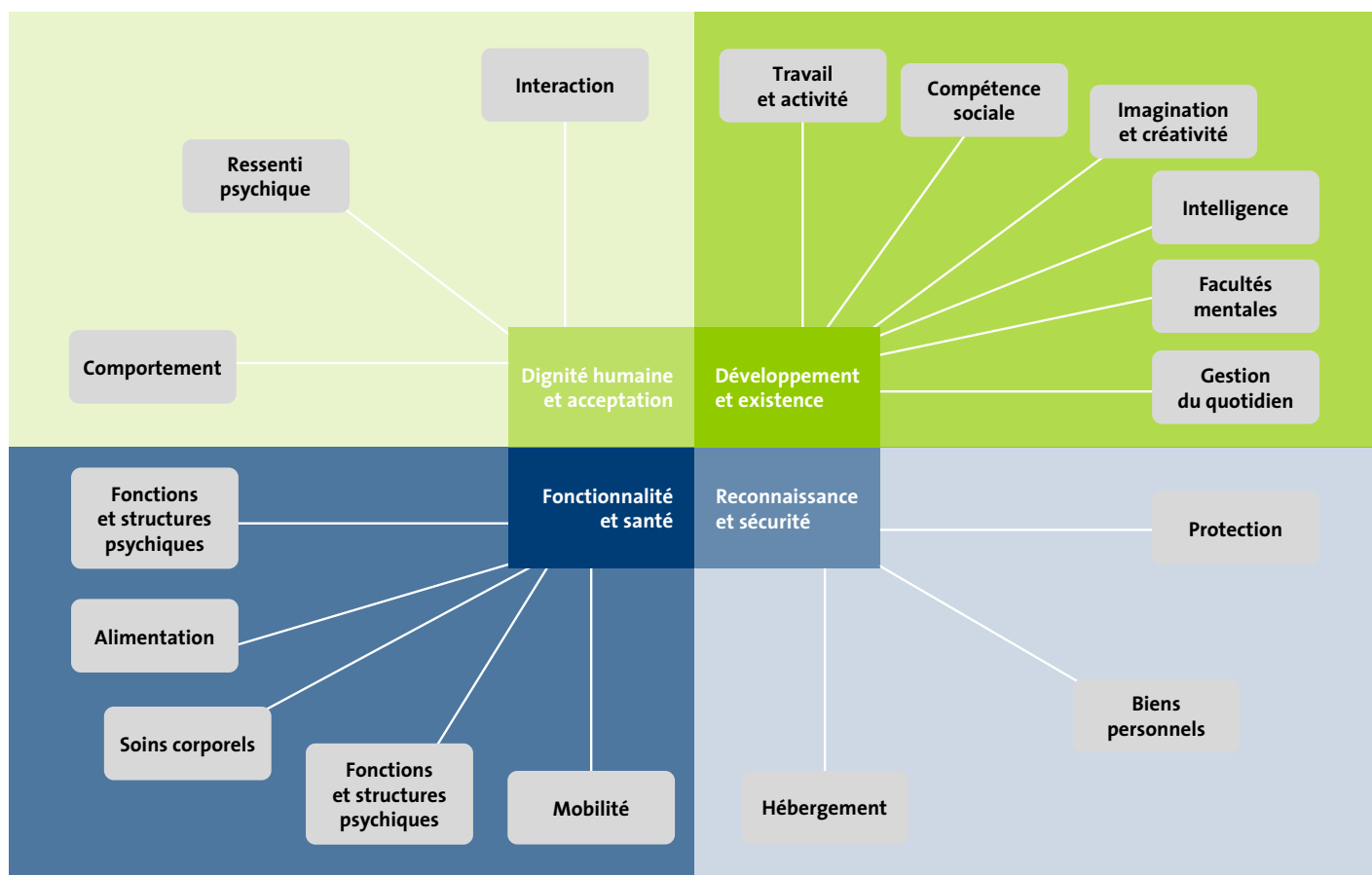


Figure 2: Le modèle de qualité de vie articulé autour de quatre domaines clés et de 17 catégories

Ces quatre domaines concrets recensent 17 catégories. L'alimentation est une catégorie classée dans le domaine clé Fonctionnalité et santé.

En 2006, la Convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) a été adoptée par l'ONU. Elle représente au niveau mondial un instrument juridique universel qui définit la qualité de vie et les droits humains. La Suisse y a adhéré en 2014. Elle renferme au total 50 articles et l'alimentation est mentionnée à l'article 25.

Les Etats parties reconnaissent que les personnes handicapées ont le droit de jouir du meilleur état de santé possible sans discrimination fondée sur le handicap.

Le «plan d'action 2019–2023» (2) explique de façon concrète et exhaustive comment

les associations et les institutions peuvent mettre en œuvre la CDPH-ONU. Il décrit 35 objectifs et 145 mesures. L'alimentation peut être rattachée aux objectifs 19 et 22:

Objectif 19: prévention, protection et suivi: intégrité physique et mentale

Objectif 22: accès aux services de santé: les personnes en situation de handicap bénéficient d'un accès à des services de santé médicale, psychique et psychosociale de grande qualité.

Pour la mise en œuvre, il faut effectuer un travail d'explication, de formation, etc.

Dans la boussole-CDPH (3) sont décrites les ressources agogiques. Il y a cinq dimensions. La boussole montre concrètement quelles sont les **postures, connaissances et capacités à agir** nécessaires dont les pro-

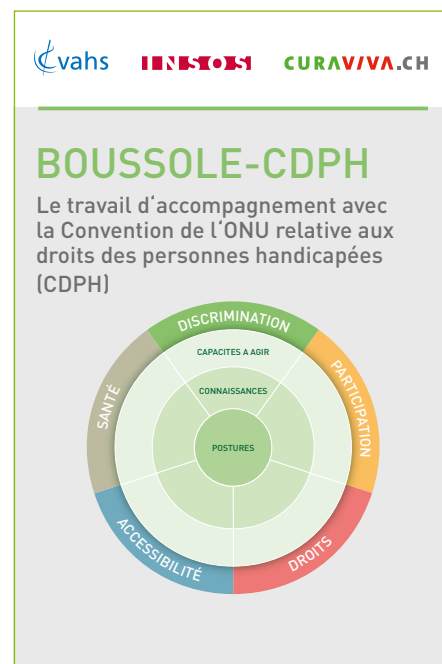


Figure 3: Boussole-CDPH



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



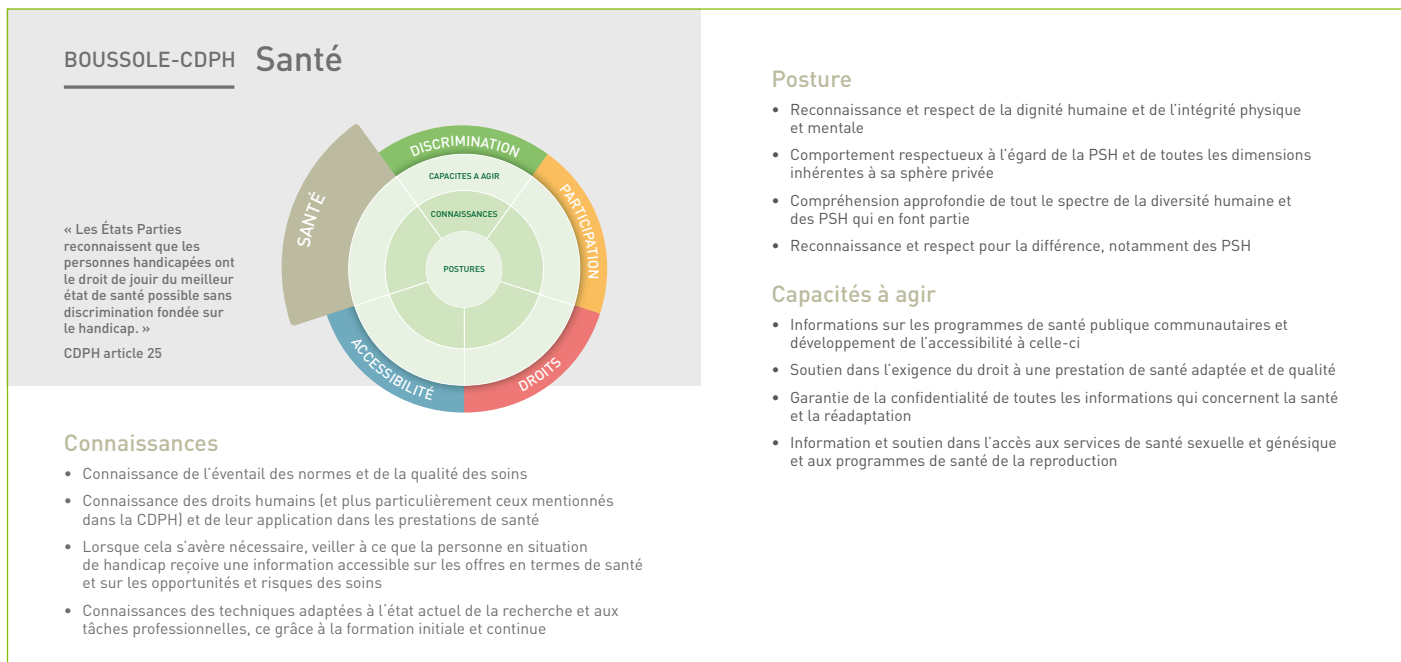


Figure 4: Boussole-CDPH/Santé

Visions du groupe spécialisé ASDD

Les institutions disposent d'un concept de santé dans lequel figure un plan nutritionnel et collaborent avec un-e diététicien-ne.

Sont décrits et mis en œuvre:

- Bases de la restauration collective
- Alimentation des personnes âgées et exigences spécifiques
- Concept relatif à l'obésité
- Dépistage et prise en charge de la malnutrition: instrument de dépistage adapté et standardisé
- Des sujets comme la constipation, la diarrhée, entre autres, sont traités selon une approche large
- Troubles de la déglutition: des aliments de différents niveaux de texture sont proposés (collaboration interdisciplinaire)
- etc.

professionnel-le-s doivent faire preuve dans les offres de soutien afin de travailler avec compétence en cohérence avec les cinq dimensions essentielles de la Convention relative aux droits des personnes en situation de handicap. La santé est décrite à la page 8.

En tant que professionnel-le-s de la nutrition, nous devrions jouer un rôle de conseil et d'accompagnement au sein des institutions (coaching). Un suivi à l'intérieur de l'établissement (formations continues et conseil) comporte de nombreux avantages. Les collaborateurs/trices participent à un processus d'apprentissage commun et les qualifications ainsi acquises constituent une nouvelle base commune pour se comprendre. Il est ainsi possible de dégager une posture sur un thème donné. Au final, les collaborateurs/trices sont responsables de la mise en œuvre et accompagnent les personnes concernées. Il est ainsi possible d'établir des structures fondamentales au sein de la communauté

d'habitation. Cela n'est pas seulement bénéfique pour la santé d'un-e résident-e en particulier, mais aussi des autres.

Bibliographie

1. www.curaviva.ch/files/PgVUIZo/lebensqualitaetskonzeption_curaviva_schweiz
2. www.curaviva.ch/files/9Q4SWZK/aktionsplan_un_brk_20192023_vahs_curaviva_schweiz_insos_schweiz_2019.pdf
3. www.curaviva.ch/files/Q96C4F3/un_brk_navigator_die_agogische_arbeit_mit_der_un_brk_vahs_insos_schweiz_curaviva_schweiz_2021.pdf
4. www.curaviva.ch/files/IFGZXYL/inhouse_auf_sie_zugeschnitten_gazette_curaviva_bildung_maerz_2017.pdf

L'alimentazione come tema della qualità di vita e della CDPD dell'ONU



Caroline Hofmann, BSc
 Dietista ASDD
 Gruppo specializzato Svizzera tedesca «Persona con disabilità»
 info@wertvoll-miteinander.ch

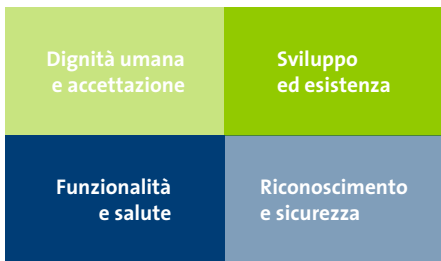


Illustrazione 1: I quattro ambiti della qualità di vita, CURAVIVA 2014

CURAVIVA Svizzera, associazione nazionale di categoria, rappresenta su tutto il territorio oltre 2700 istituzioni dei tre settori «Bambini e adolescenti», «Persone con disabilità» e «Persone anziane». Le istituzioni affiliate offrono un tetto a circa 120 000 persone. CURAVIVA Svizzera sostiene le istituzioni dei tre settori specializzati nella loro missione volta a promuovere ampiamente e globalmente la qualità di vita delle persone particolarmente bisognose di assistenza.

Il concetto della qualità di vita è stato sviluppato nel 2014 in collaborazione con l'Istituto di scienze dell'educazione dell'Università di Zurigo. Il concetto definisce degli obiettivi.

Obiettivi: (1)

- Accezione comune della qualità di vita
- Base scientificamente fondata con un partner rinomato (Uni Zurigo)
- Definizione e uso coerente di nozioni (terminologia)
- Riflessione strutturata sulla qualità di vita (individualmente/collettivamente)
- Il lavoro di assistenza e di sostegno individuale può riferirsi per organizzarsi in modo mirato e strutturato (orientato in funzione dei bisogni, non dell'offerta)

I quattro ambiti sono suddivisi in 17 categorie. La categoria dell'alimentazione si situa nell'ambito funzionalità e salute. Nel 2006 è stata adottata la Convenzione dell'ONU sui diritti delle persone con disabilità

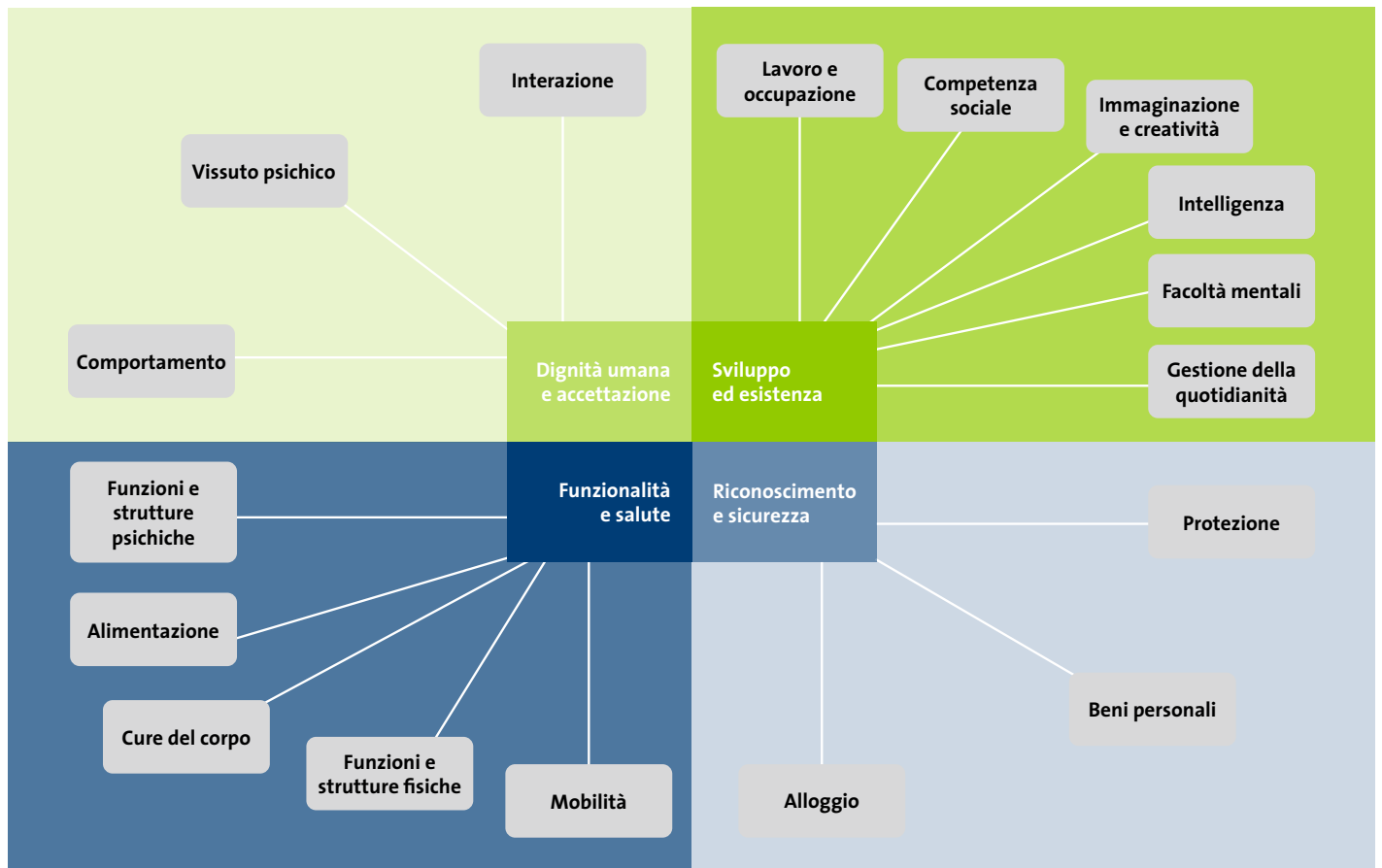


Illustrazione 2: Il modello della qualità di vita con i suoi quattro ambiti centrali e le 17 categorie

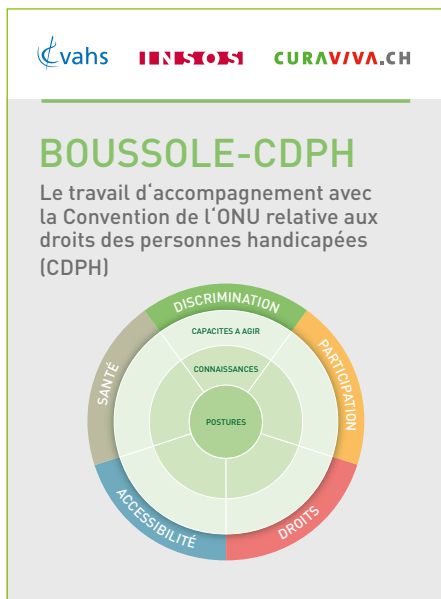


Illustrazione 3 (solo in tedesco/francese):
 Bussola CDPD

(CDPD). La Svizzera vi ha aderito nel 2014. Tale convenzione rappresenta uno strumento giuridico universale in favore della

qualità di vita e dei diritti umani in tutto il mondo. Conta in totale 50 articoli e l'alimentazione si trova all'articolo 25.

Aspirazioni del gruppo specializzato dell'ASDD

Gli istituti hanno un concetto sanitario che include un concetto nutrizionale e collaborano con un/una dietista.

Sono descritti e implementati:

- basi della ristorazione collettiva;
- l'alimentazione nella terza età/esigenze particolari;
- concetto dell'obesità;
- riconoscimento e cura della malnutrizione: strumento di screening adeguato e standardizzato;
- temi quali costipazione, diarrea, ecc. vengono trattati ad ampio spettro;
- disturbi della deglutizione: viene offerto cibo con un aumento graduale della consistenza (collaborazione interdisciplinare);
- e altro.

BOUSSOLE-CDPH Santé

« Les États Parties reconnaissent que les personnes handicapées ont le droit de jouir du meilleur état de santé possible sans discrimination fondée sur le handicap. »
 CDPH article 25

Connaissances

- Connaissance de l'éventail des normes et de la qualité des soins
- Connaissance des droits humains (et plus particulièrement ceux mentionnés dans la CDPH) et de leur application dans les prestations de santé
- Lorsque cela s'avère nécessaire, veiller à ce que la personne en situation de handicap reçoive une information accessible sur les offres en termes de santé et sur les opportunités et risques des soins
- Connaissances des techniques adaptées à l'état actuel de la recherche et aux tâches professionnelles, ce grâce à la formation initiale et continue

Posture

- Reconnaissance et respect de la dignité humaine et de l'intégrité physique et mentale
- Comportement respectueux à l'égard de la PSH et de toutes les dimensions inhérentes à sa sphère privée
- Compréhension approfondie de tout le spectre de la diversité humaine et des PSH qui en font partie
- Reconnaissance et respect pour la différence, notamment des PSH

Capacités à agir

- Informations sur les programmes de santé publique communautaires et développement de l'accessibilité à celle-ci
- Soutien dans l'exigence du droit à une prestation de santé adaptée et de qualité
- Garantie de la confidentialité de toutes les informations qui concernent la santé et la réadaptation
- Information et soutien dans l'accès aux services de santé sexuelle et génésique et aux programmes de santé de la reproduction

Illustrazione 4 (solo in tedesco/francese): Bussola CDPD/salute

Gli Stati parte riconoscono che le persone con disabilità hanno il diritto di godere del più alto standard conseguibile di salute, senza discriminazioni sulla base della disabilità.

Il «Piano d'azione 2019–2023» (2) illustra in modo completo e concreto come le associazioni e le istituzioni sociali possono applicare la CDPD dell'ONU. Descrive 35 obiettivi e 145 misure. L'alimentazione può essere collocata negli obiettivi 19 e 22: obiettivo 19: prevenzione, protezione e presa a carico: integrità fisica e mentale; obiettivo 22: accesso ai servizi sanitari: accesso a un'assistenza medica, psichica e psicosociale di alta qualità.

Per l'attuazione sono necessari informazione, formazione e altro.

Nella bussola CDPD (3), che esiste in francese e tedesco, sono descritte le risorse per il lavoro di accompagnamento. Si tratta di cinque dimensioni. La bussola illustra concretamente quali **posizioni, conoscenze e capacità di agire** specifiche debba avere chi lavora nell'offerta di sostegno per agire in modo competente nelle cinque dimensioni chiave. La salute è descritta a pagina 8 della versione tedesca e a pagina 10 di quella francese.

Noi dietiste e dietisti dovremmo avere una funzione di consulenza e accompagnamento negli istituti (coaching). Un accompagnamento inhouse (formazione continua e consulenza) ha molti vantaggi. I collaboratori partecipano a un processo di apprendimento comune e le qualifiche così ottenute costituiscono una nuova

base d'intesa comune. È possibile trovare una posizione comune su un tema. In fin dei conti i collaboratori sono responsabili dell'attuazione e accompagnano gli utenti. È così possibile strutturare processi di base all'interno del gruppo abitativo. A beneficiarne non sarà la salute di un solo ospite ma anche quella degli altri.

Bibliografia

1. www.curaviva.ch/files/PgVUIZo/lebensqualitaetskonzeption_curaviva_schweiz
2. www.curaviva.ch/files/gO4SWZK/aktionsplan_un_brk_20192023_vahs_curaviva_schweiz_insos_schweiz_2019.pdf
3. www.curaviva.ch/files/Q96C4F3/un_brk_navigator_dieagogische_arbeit_mit_der_un_brk_vahs_insos_schweiz_curaviva_schweiz_2021.pdf
4. www.curaviva.ch/files/IFGZXYL/inhouse_auf_sie_zugeschnitten_gazette_curaviva_bildung_maerz_2017.pdf



INNOVATION QUALITÉ

Inscrivez votre projet d'ici le 6 décembre 2021

Les projets novateurs en faveur de la qualité des soins méritent une distinction: remportez le prix «Innovation Qualité» dédié à la qualité en médecine en inscrivant votre projet sur le site www.innovationqualite.ch.

POUR LA MALNUTRITION
ET LA FONTE MUSCULAIRE

CLINIQUEMENT
PROUVÉ : PLUS
DE PUISSANCE ...

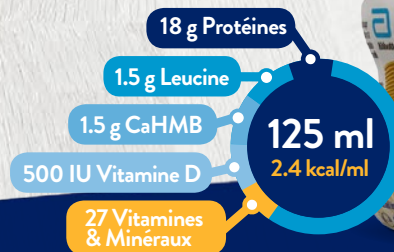
... PLUS DE MOBILITÉ
... PLUS DE VIE^{#0‡4,6-9}



NOUVEAU – ENSURE®
COMPACT PROTEIN HMB

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

Favorise la synthèse musculaire et inhibe la dégradation du muscle - pour une récupération plus rapide et un retour à une meilleure qualité de vie pour vos patients.^{+‡§1-5}



LE COMPACT
LE PLUS MUSCLÉ*
DE SUISSE



AIDEZ VOS PATIENTS À
RETROUVER DES FORCES VITALES

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

HMB: β-hydroxy-β-méthylbutyrate, SNO: Supplément Nutritif Oral

+La formulation de l'étude (Ensure Plus Advance fournissant 20 g de protéines, 1,5 g de calcium HMB et 300 calories par portion de 200 ml) diffère d'Ensure Compact Protein HMB (18 g de protéines, 1,5 g de calcium HMB et 300 calories par portion de 125 ml).

#Dans une étude clinique menée auprès de femmes âgées à risque nutritionnel ayant subi une fracture de la hanche, un nombre significativement plus élevé de patientes étaient mobiles et ambulatoires au 15e jour et au 30e jour dans le groupe recevant Ensure à haute teneur en protéines et HMB deux fois par jour, comparativement aux patientes recevant une alimentation standard (p=0,001). § Dans une étude ouverte à un seul bras menée auprès de patients âgés souffrant de malnutrition la qualité de vie s'est améliorée de manière significative par rapport aux valeurs de départ après la prise d'Ensure à haute teneur en protéines et de HMB deux fois par jour pendant 12 semaines (p<0,05).

*Selon les résultats d'un essai contrôlé randomisé visant à étudier les effets d'un SNO spécialisé sur des patients malnutris et cardiopulmonaires (> 65 ans) par rapport à un placebo. Le SNO spécialisé a diminué la mortalité à 90 jours après la sortie de l'hôpital; cependant, l'étude n'a pas observé d'effet significatif pour le critère composite primaire de réadmission non élective ou de décès. ‡La qualité musculaire a été calculée comme la force des jambes exprimée par rapport à la masse musculaire.

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

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

Abbott
life. to the fullest.®

Ernährungstherapie und Medizin für erwachsene behinderte Menschen



Eva Ledig, Dr. med.
 Internistin, Medizin
 für Menschen mit
 Behinderung, Hamburg (DE)
 eva.ledig@gmx.de



Caroline Hofmann, BSc
 Ernährungsberaterin SVDE
 SVDE-Fachgruppe
 Deutschschweiz
 «Mensch mit Behinderung»
 info@wertvoll-miteinander.ch

Mit der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) wird die Arbeit mit und für Menschen mit Behinderung zu einem Menschenrechtsthema. Im Artikel 25 wird die Gesundheit benannt. Hier ein Auszug (1):

Menschen mit Behinderung haben das Recht auf das erreichbare Höchstmass an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung. Sie erhalten Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite und Qualität wie andere auch; und darüber hinaus, wenn aufgrund der Behinderung spezielle Gesundheitsleistungen benötigt werden.

Die Lebenserwartung der Menschen mit Behinderung hat sich in den letzten Jahrzehnten an die der Gesamtbevölkerung angenähert. Je nach Ausprägung der Behinderung ist sie jedoch weiterhin 6–12 Jahre tiefer (2). Mit dem Alter sind Menschen mit Behinderung deshalb vermehrt mit Krankheiten wie Herz-Kreislauf, Krebs, Demenz u. a. konfrontiert.

Ärztinnen und Ärzte erkennen allmählich die besonderen medizinischen Bedürfnisse. Unter anderem kommt es durch Forschungsergebnisse bei der Untersu-

chung von genetischen Syndromen zu neuem Wissen und Besonderheiten. Daraus ergibt sich ein neuer Blick auf die Medizin für Menschen mit Behinderung. Es braucht vermehrt Kenntnisse über die Häufigkeit besonderer Risiken. Dies sind zum Beispiel Reflux, Osteoporose, Schluckstörungen, Fehlernährung, Misshandlung und Missbrauch, ebenso wie über neurologische, epileptologische, orthopädische, zahnmedizinische u. a. Probleme, die, durch die Behinderung selber oder durch die damit verbundenen besonderen Lebensweisen bedingt, vermehrt auftreten und einer Versorgung bedürfen (3).

Die medizinische Forschung zu diesem Thema ist jedoch noch nicht sehr weit fortgeschritten. Einzig in der Genetikforschung sind Ausnahmen zu sehen. Gewünscht ist in erster Linie eine Forschung, die gesundheitliche Versorgung verbessert. Die Erfassung von Langzeitverläufen und dem Alterungsprozess verschiedener Behinderungsformen ist wünschenswert. Daraus abgeleitete Guidelines würde die Behandlung und Betreuung vereinfachen (3).

Auch in der Ernährungsberatung sind individuelle Kenntnisse und Ernährungsstrategien nötig. Spezifische oder angepasste Guidelines wie auch Richtwerte gibt es wenig.

Was zum Essverhalten bei Menschen mit Behinderung häufig auffällt (4):

- zu schnell
- Hinunterschlingen
- grosse Portionen
- fehlende Kommunikation über das Essen
- Verweigerung des Essens

Ernährungs- und Essverhalten werden gelernt und sind abhängig von gesellschaftlichen Bedingungen. Das Essverhalten kann Ausdruck von Selbstbestimmung sein. Durch mehr Wahlfreiheit im Lebensstil bekommen die Menschen mit Behinderung auch mehr Risikofaktoren wie z. B. erhöhte Cholesterin- oder Zuckerwerte. Dadurch steigt das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

In allen 3 Säulen kann ein Mensch mit Behinderung Defizite und Störungen haben. Durch Erfahrungen kann es zu Prägung kommen, die ihn ablehnend macht. Zwänge sind sehr häufig bei geistig behinderten Menschen. Die oft gehörte Meinung, Menschen mit Behinderung seien vielfach übergewichtig, ist nicht ganz falsch. Mittelschwerer Grad der Behinderung ist eng assoziiert mit Adipositas (5). Ebenso können Psychopharmaka eine Gewichtszunahme fördern. Sowohl bei einer Gewichtszunahme als auch bei Abnahme sollten immer die Medikamente überprüft

Das 3 Komponenten-Modell – 3 Säulen:

Innere Reize
 (Primärbedürfnisse)
 Hunger
 Sättigung

Äussere Reize
 (Sekundärbedürfnisse)
 Lebensmittelangebot,
 Mahlzeitengestaltung,
 soziale Lebensform,
 Gewohnheiten,
 Regularien

Rationale Einstellungen,
 kognitive Bewertungen,
 Wissen um Verträglichkeit und gesundheitsfördernde Wirkung,
 kognitive Kontrolle durch Wissen

werden, ob diese die Gewichtsveränderung mit hervorgerufen haben können.

Adipositas ist auch bei M. Down häufig. Diese Menschen haben einen verringerten Grundumsatz. Hierdurch erklärt sich die Muskelhypotonie und die Schilddrüsenunterfunktion, die häufig beobachtet wird. Durch Herzfehler und Sehschwäche besteht zudem oft Bewegungsmangel.

Der erste Beratungstermin sollte immer zusammen mit der Betreuerperson oder/und mit den Eltern stattfinden. Je nach kognitiven Möglichkeiten kann die Beratung zu einem späteren Zeitpunkt auch mit der betroffenen Person alleine durchgeführt werden. Wobei der Austausch mit den Ansprechpersonen weiter wichtig bleibt. Menschen mit Behinderung fehlt oft das Wissen für gesunde Ernährung oder sie können ihr Wissen nicht alleine nachhaltig umsetzen.

Wohnt die Person in einer Institution, ist eine Inhouse-Beratung auch sinnvoll. Strukturen in den Wohngruppen sollten generell angepasst werden. Zum Beispiel gezuckerte Getränke: Bewohner akzeptieren meist auch kalten Tee – allenfalls mit Stevia oder anderem leicht gesüsst –, wenn die ganze Wohngruppe mitmacht. Das Betreuersteam und seine Haltung sind Vorbild. Wichtig dabei ist immer die Förderung der Selbstständigkeit des Bewohners. Ist die Auswahl zu gross, kann es zu Überforderung kommen, oder er wählt nur das, was er kennt. Eine kleine Auswahl von sinnvollem Angebot anzubieten, ist meist eine gute Strategie. Dazu brauchen die betreuenden Personen Kenntnisse und Fähigkeiten. Der/die Ernährungsberater/in sollte deshalb auch in der Rolle eines Coaches auf der Wohngruppe tätig sein.

Eine grosse Herausforderung ist aus der Sicht der Mitglieder der SVDE-Fachgruppe

das Erkennen und Behandeln einer Mangelernährung. Im Alltag besteht bei der Betreuung oft ein Spannungsfeld zwischen Selbstbestimmung und der ausgewogenen Ernährung. Fehlernährung ist häufig bei kognitiv fitteren Menschen, welche gern selber einkaufen gehen und dabei viel Snacks, Süssigkeiten und Süssgetränke kaufen. Aber am Tisch wird dann vielleicht sehr einseitig gegessen. Dies kann zu Übergewicht oder zu einer Mangelernährung führen.

Bei kognitiv stark eingeschränkten Menschen ist die Mangelernährung häufig. Einerseits können sie bei psychischen Spannungen das Essen verweigern, essen vieles nicht oder das Essen wird ihnen eingegeben und dauert sehr lange. Eine unerkannte Dysphagie hindert daran eine ausreichende Nahrungsaufnahme zu gewährleisten. Auch kann der Energiebedarf sehr hoch sein, wie z.B. bei Spastik,



Berner
Fachhochschule



Master of Science in Ernährung und Diätetik

**Übernehmen Sie neue Rollen
und leisten Sie Pionierarbeit
in der Ernährungsberatung!**

«Das Master-Studium in Ernährung und Diätetik unterstützt mich in der Weiterentwicklung meiner Kenntnisse und Fähigkeiten in der Ernährungstherapie. Es zeigt mir Perspektiven auf und trägt zur Stärkung unserer Profession bei. Die Module im Bereich Forschung, klinische Ernährung und interprofessionelle Zusammenarbeit sind eine optimale Grundlage für die Übernahme von erweiterten Rollen im Gesundheitswesen. In Zukunft möchte ich meine Fachexpertise in Beratung und Therapie, sowie der Forschung einbringen und damit dazu beitragen die Lücke zwischen Praxis und evidenzbasierter Arbeit zu schliessen.»

Fabienne Schaller, Master-Studentin Ernährung und Diätetik an der Berner Fachhochschule BFH

Jetzt informieren:
bfh.ch/master-ernaehrung

OMEGA-life®

Liquid Forte 3000

Unterstützt Herz und Gehirn



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

omega-life.ch

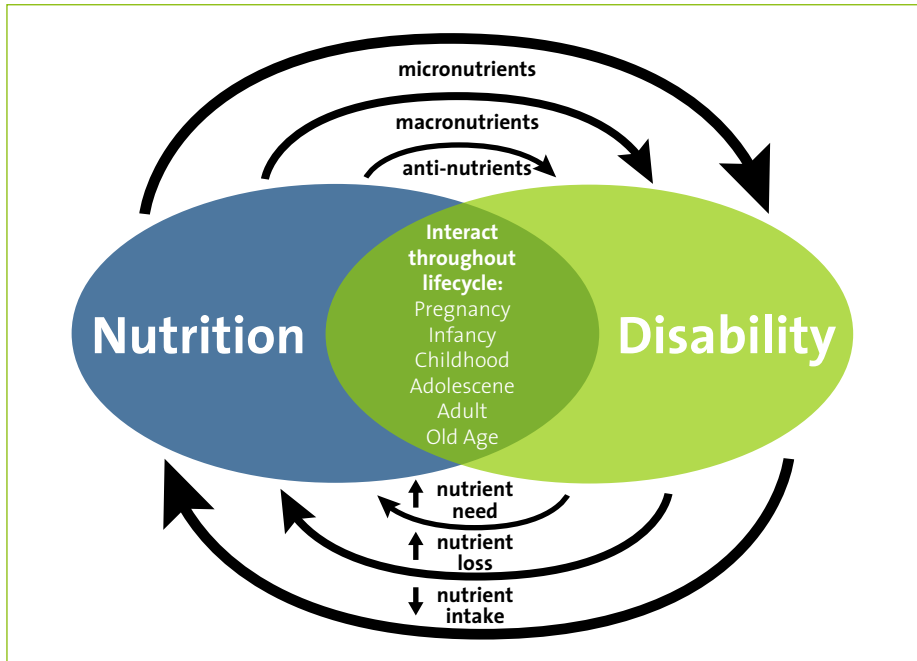


Abbildung 1: A conceptual framework of how malnutrition and disability relate and interact (adapted from Kerac et al., 2014)

unruhigem Verhalten (PAL-Wert von 1,6–2) u.a. Eine Mangelernährung beim Kind geht mit einer Wachstumsretardierung einher (6). Bei Kindern mit einer Zerebralparese (CP) wird beschrieben, dass sie ein niedrigeres Gewicht, weniger Muskelmasse, Fettspeicher und Knochenmasse aufweisen. Die Fehlernährung wird hier nur teilweise für das Wachstumsdefizit verantwortlich gemacht (7). Aber genau hier lohnt sich ein individuelles Beurteilen durch die Ernährungsfachperson. Ziel soll immer sein, die optimale Nährstoffabdeckung zu gewährleisten.

Im Zusammenhang mit dem Älterwerden fällt auch die Gebrechlichkeit (Frailty) auf. Das Risiko für gesundheitliche Störungen und der Unterstützungsbedarf steigen. Schon in frühem Alter kann sich eine Multimorbidität zeigen. Bei Menschen in betreutem Wohnen zeigen sich diese Prozesse langsamer. Durch geistige und körperliche Aktivierung werden diese Prozesse positiv beeinflusst (3).

Wünschenswert ist es, bei Menschen mit Behinderung regelmässig ein Screening für die Mangelernährung durchzuführen. Dies kann in der Wohninstitution als regelmäs-

siges Tool für die Gesundheitserfassung sein oder aber auch in der Hausarztpraxis durchgeführt werden. Idealerweise arbeiten die Behinderteninstitutionen mit einer/ einem Ernährungsberater/in zusammen.

Ein spezifisch erarbeitetes Screening gibt es bisher nicht. Die SVDE-Fachgruppe entwickelt eine Vorlage, die aber noch geprüft werden muss. Wer Interesse hat und mit uns diese Vorlage prüfen möchte, kann sich gern bei der Fachgruppe melden. In unserer Weiterbildung vom 11. November 2021 werden wir das Thema «Gewicht» im Fokus haben.

Das «Mini Nutritional Assessment» (MNA) kann bei Menschen mit Behinderung auf eine Mangelernährung hinweisen, sollte aber nicht als einziges Kriterium verwendet werden, da es nicht spezifisch für Menschen mit Behinderung entwickelt wurde und nicht alle Kriterien sinnvoll verwendet werden können. Aber sicher kann z. B. das Betreuerteam einer Wohngruppe sensibilisiert werden und einen/eine Ernährungsberater/in beziehen.

Der Body-Mass-Index (BMI) kann auch bei schwerer Behinderung als Orientierung

angewendet werden. Denn das oft verminderte Längenwachstum wird damit berücksichtigt. Ein ungewollter Gewichtsverlust ist ausserdem ein eigenständiger Risikofaktor für Mangelernährung. Gleichzeitig sollte bei nicht gewolltem Gewichtsverlust unbedingt immer ein Arzt aufgesucht werden, um ernste Erkrankungen auszuschliessen.

Ein Untergewicht kann mit dem BMI definiert werden (8): $< 18,5 \text{ kg/m}^2$ oder mit Gewichtsverlust $> 10\%$ in 3–6 Monaten oder $> 5\%$ seit den letzten 2 Monaten, kombiniert mit dem BMI $< 20 \text{ kg/m}^2$, wenn unter 70 Jahre, oder 22 kg/m^2 , wenn über 70 Jahre alt (6).

Dabei ist aber wichtig, dass die Altersdefinition beachtet wird (9):

Ein Vorschlag für die Altersdefinition bei Menschen mit Behinderung: mit Gewichtsverlust $> 10\%$ in 3–6 Monaten, oder $> 5\%$ seit den letzten 2 Monaten kombiniert mit dem BMI $< 20 \text{ kg/m}^2$, wenn unter 50 Jahre, oder $< 22 \text{ kg/m}^2$, wenn über 50 Jahre alt.

Ein Essprotokoll und ein Labor mit Ernährungsparametern können weitere Sicht geben und ermöglichen weitere Empfehlungen.

Sinnvolles Labor:

- Protein gesamt
- Albumin
- CRP
- Harnstoff
- Harnsäure
- Kreatin, Elektrolyte, Phosphat, Calcium, Magnesium
- Lipide: Cholesterin, Triglyceride, HDL, LDL
- Vitamin D₃
- B₁₂, Folsäure
- Blutbild, Eisen, Ferritin (bei Anämie/Blutarmut)
- u. a.

Der Einsatz von oralen Supplementationen ist sehr sinnvoll und wirksam. Die Anlage einer perkutanen endoskopischen Gastrotomie (PEG) kann Erleichterung geben und Druck nehmen und bei Kindern überhaupt ein Gedeihen ermöglichen. Bei Dysphagien kann die PEG eine Notwendigkeit werden:

Eine orale Nahrungsaufnahme ist nicht mehr möglich oder es besteht eine zu grosse Gefahr der Aspiration. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit ist hier nötig. Aber es ist wichtig, dass wir überhaupt in diesen Runden anwesend sind und unser Fachwissen einbringen können.

Ein weiteres Thema ist die Obstipation. Rund 40% der Menschen mit Behinderung sind obstipiert. Es ist der zweithäufigste Anlass für eine stationäre Behandlung. Eine unentdeckte Koprostase führt bei einigen Patienten zum Tod (10). Dabei haben viele vorgängig keine spezifischen Symptome. Laxantien oder Klistiere müssen meist regelmässig eingesetzt werden. Vor allem dann, wenn eine Entleerungsstörung vorliegt. Der gezielte und begleitete Einsatz von löslichen Fasern oder einer Fasermischung wie auch der Einsatz

von Probiotika ist sinnvoll und ist aus unserer Erfahrung oftmals wirksam. Durch die Auswertung eines Essprotokolls können weitere Empfehlungen gegeben werden. Auch hier ist die Zusammenarbeit Arzt – Betreuersteam und Ernährungsberatung wichtig.

Wir von der SVDE-Fachgruppe sind überzeugt, dass wir mit unserem Fachwissen und individuellen Ernährungsstrategien einen wichtigen Beitrag für die gesundheitliche Versorgung dieser Menschen beisteuern können. Fallbeispiele sind auf www.wertvoll-miteinander.ch zu finden. Genau jetzt ist die richtige Zeit, uns einzubringen.

Literaturverzeichnis

1. UN-BRK, 2006
2. Curaviva/Fachinformation/Box: Alter und Behinderung
3. Brem, F. (2019). *Medizin und ihr Umgang mit Behinderung*

4. Oddbjorn Hove et al.: *O; ResDivDisabil* 2007; 28:1
5. Christian Schanze, 2018
6. Pedraza DF et al. *Cien Saude Colet.* 2013 Nov.; 18(11): 3333-47
7. Day et al. *Growth patterns in a population of children and adolescents with cerebral palsy.* *Dev. Med. Child. Neurol.* 2007
8. Cederholm T. et al.: *Clinical Nutrition* 34 (2015) 335-340
9. Dieckmann F. et al.: *Die Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung in Deutschland*, 2016
10. Jancar J. Speller: *Fatal intest. Obstruktion in the meantly handicapped*

Gern möchten wir Sie zu unserer Online-Fachtagung einladen:

Das richtige Gewicht – richtig gewichten!

11. November 2021/13.00–17.00 Uhr

4 SVDE-Punkte

Weitere Infos unter:

www.wertvoll-miteinander.ch

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 encerclé par le texte Diététicien-ne ASDD profession suisse de la santé. Ce logo est disponible en noir ou en bleu.

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



SVDE ASDD



Thérapie nutritionnelle et médecine pour les personnes handicapées adultes



Eva Ledig, Dre
Interniste, médecine pour personnes en situation de handicap, Hambourg
eva.ledig@gmx.de



Caroline Hofmann, BSc
Diététicienne ASDD
Groupe spécialisé Suisse alémanique «Personnes en situation de handicap»
info@wertvoll-miteinander.ch

Grâce à la Convention de Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (CDPH), le travail avec et pour les personnes en situation de handicap est devenu une question de droits humains. En voici un extrait, l'article 25 relatif à la santé (1):

Ces dernières décennies, l'espérance de vie des personnes en situation de handicap s'est rapprochée de celle de la population générale. Selon la forme du handicap, elle reste cependant inférieure de 6 à 12 années (2). C'est pourquoi avec l'âge, les personnes handicapées sont davantage confrontées à des maladies, telles qu'affections cardiovasculaires, cancer et démence, entre autres.

Peu à peu, les médecins découvrent les besoins médicaux spécifiques. Les résultats de recherches sur l'étude de syndromes génétiques aboutissent notamment à de nouvelles connaissances et spécificités. Il en découle un nouvel angle de vue de la médecine pour les personnes en situation de handicap. Davantage de connaissances sur la fréquence de risques particuliers sont nécessaires, par exemple le reflux, l'ostéoporose, les troubles de la déglutition, une alimentation déséquilibrée, la maltraitance et les abus, tout comme sur les problèmes plus fréquents notamment neurologiques, épiléptolo-

Les personnes handicapées ont le droit de jouir du meilleur état de santé possible sans discrimination fondée sur le handicap. Elles reçoivent des services de santé couvrant la même gamme et de la même qualité que ceux offerts aux autres personnes et reçoivent, en outre, des services de santé spécifiques dont elles ont besoin en raison de leur handicap.

giques, orthopédiques, médico-dentaires, qui sont causés par le handicap même ou par les modes de vie spécifiques qui y sont associés (3).

La recherche médicale sur ce thème n'est cependant pas encore très avancée, à l'exception de la recherche en génétique. En priorité, une recherche qui améliore la prise en soins est nécessaire. L'analyse d'évolutions sur le long terme et du processus de vieillissement de différentes formes de handicap est également importante. Des directives qui en découlent simplifieraient la prise en charge et le suivi (3).

Des connaissances et stratégies nutritionnelles sur le plan individuel sont également nécessaires pour le conseil diététique. Des

directives spécifiques ou adaptées ainsi que des valeurs de référence sont rares.

Le comportement alimentaire des personnes handicapées se distingue souvent par (4):

- une prise de nourriture trop rapide;
- une ingurgitation sans mâcher correctement;
- de grosses portions;
- un manque de communication sur l'alimentation;
- un rejet de s'alimenter.

Le comportement et les habitudes alimentaires s'apprennent et dépendent d'exigences sociales. Le comportement alimentaire peut être l'expression de l'autodétermination. Mais un mode de vie avec une plus grande liberté de choix entraîne chez les personnes en situation de handicap aussi plus de facteurs de risque, comme une augmentation du cholestérol ou de la glycémie, ce qui accroît le risque de maladies cardiovasculaires.

Dans tous les 3 piliers, les personnes en situation de handicap peuvent présenter des déficits et des troubles. Certaines expériences peuvent les influencer, qui les rendent hostiles. Des compulsions sont très fréquentes chez les personnes handicapées. On entend souvent dire que les personnes en situation de handicap sont

Modèle des 3 composantes ou des 3 piliers

Stimuli internes (besoins primaires):
faim et satiété.

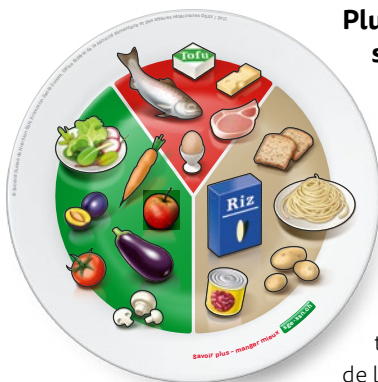
Stimuli externes (besoins secondaires):
offre alimentaire, organisation des repas, vie sociale, habitudes et règles.

Attitudes rationnelles, évaluations cognitives, connaissances sur la tolérance et sur l'effet bénéfique sur la santé, contrôle cognitif par les connaissances et l'expérience.

OUTIL DE CONSEIL: LES RECETTES DE L'ASSIETTE OPTIMALE

En collaboration avec la Société Suisse de Nutrition SSN, Proviande a créé un outil de conseil à l'intention des diététicien-ne-s. L'assiette optimale se décline en plus de trente menus simples, équilibrés et originaux.

Le modèle d'assiette de la Société Suisse de Nutrition SSN montre comment concrétiser les recommandations de la pyramide alimentaire suisse lors des repas principaux. En plus d'une boisson, un repas complet comprend au moins un légume ou un fruit, un aliment farineux (p. ex. pommes de terre, produit céréalier ou légumineuses) et un aliment riche en protéines (viande, poisson, œufs, tofu ou produit laitier).



Plus de trente menus simples et équilibrés

Plus de trente menus simples, équilibrés et originaux, illustrant en images la mise en pratique de la pyramide alimentaire suisse, peuvent désormais être consultés. La palette est étendue et comporte à la fois des plats traditionnels, des menus issus de la cuisine «Nose to Tail», des recettes de special cuts et bien plus encore.

Les recettes sont disponibles gratuitement au format PDF sur viandesuisse.ch/assietteoptimale ou sge-ssn.ch/assiette



Les feuilles d'info comportent chacune la photo du menu avec la mention des valeurs nutritives par portion au recto et la recette correspondante au verso.

Les menus répondent aux critères suivants, pour une portion:

- 1 portion d'aliment protéique (p. ex. 100 à 120 g de viande/poisson ou 30 g de fromage à pâte dure, etc.)
- 1 portion d'aliment farineux (p. ex. 45 à 75 g de pâtes, riz, flocons, etc.)
- 1½ portion de légumes ou de fruits (180 g)
- Fournit entre 400 et 650 kcal (selon calcul avec PRODI 6.7)
- La taille des portions se fonde sur un besoin calorique moyen de 2000 kcal



fréquemment en surpoids, ce qui n'est pas totalement faux. Un handicap de degré moyen est étroitement lié à l'obésité (5). Les psychotropes peuvent également favoriser une prise de poids. Autant dans le cas d'une prise que d'une perte de poids, il faut toujours contrôler si des médicaments ont pu provoquer ce changement de poids.

L'obésité est aussi fréquente chez les personnes atteintes du syndrome de Down. Leur métabolisme de base est réduit, ce qui explique l'hypotonie musculaire et l'hypothyroïdie souvent observées. En outre, un manque d'exercice est fréquent à cause de cardiopathies et de déficiences visuelles.

La première consultation devrait toujours avoir lieu ensemble avec la personne chargée de l'assistance ou avec les parents. En fonction des facultés cognitives, le conseil peut ensuite se tenir avec la personne concernée uniquement. Les échanges avec les personnes de référence restent toutefois importants. Souvent, les personnes en situation de handicap manquent de connaissances sur l'alimentation saine ou elles ne peuvent pas mettre leur savoir en pratique par elles-mêmes sur le long terme. Pour les personnes en institution, un conseil en interne est judicieux. De manière générale, les structures des communautés d'habitation doivent être adaptées. Par exemple, en ce qui concerne les boissons sucrées, la plupart des résident-e-s acceptent de boire du thé froid légèrement sucré avec du stévia par exemple, si toute la communauté d'habitation le fait aussi. L'équipe d'encadrement et son attitude servent de modèle. Promouvoir l'indépendance des résident-e-s est essentiel. Un trop grand choix peut mener au surmenage ou à ce qu'ils/elles choisissent uniquement ce qui est déjà connu. Un choix limité à partir d'une offre raisonnable constitue souvent une bonne stratégie. Pour cela, le personnel d'encadrement a besoin de connaissances et de compétences. C'est pourquoi les diététicien-ne-s doivent aussi tenir le rôle d'un-e coach dans une communauté d'habitation.

Du point de vue des membres du groupe spécialisé, reconnaître et traiter la malnutrition représente un grand défi. Au quoti-

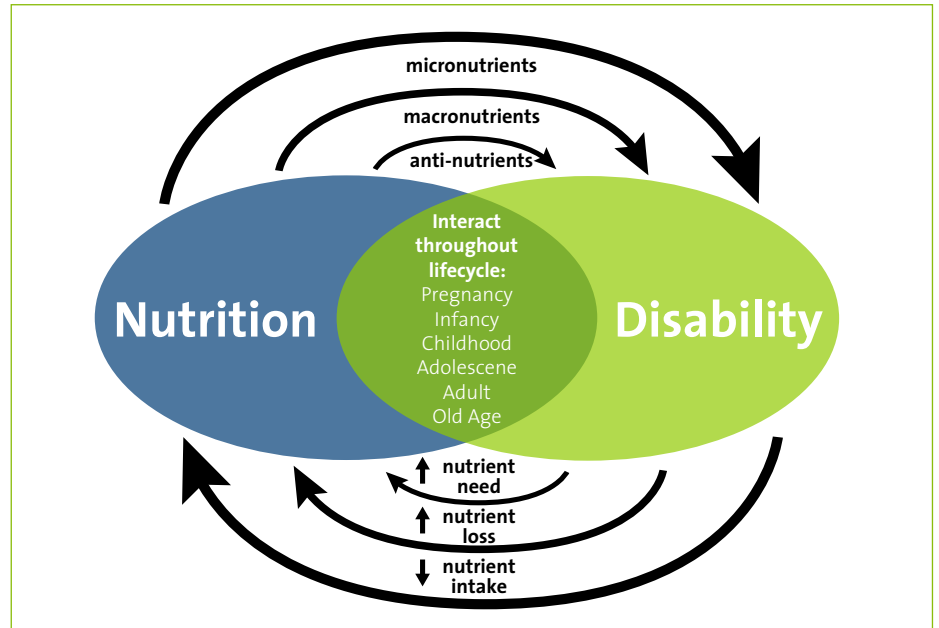


Figure 1: A conceptual framework of how malnutrition and disability relate and interact (adapté de Kerac et al., 2014)

dien, le suivi s'accompagne souvent de tensions entre autodétermination et alimentation équilibrée. Une alimentation déséquilibrée est fréquente chez les personnes plus aptes sur le plan cognitif, qui aiment faire elles-mêmes leurs courses pour y acheter beaucoup de snacks, de sucreries et de boissons sucrées, et qui, à table, préfèrent peut-être manger toujours la même chose. Cela peut conduire au surpoids ou à la malnutrition.

La malnutrition est fréquente chez les personnes fortement limitées sur le plan cognitif. En cas de tensions psychiques, elles peuvent soit refuser de s'alimenter, soit ne pas manger beaucoup de choses, ou alors il faut leur donner à manger et cela dure très longtemps. Une dysphagie non identifiée empêche une prise alimentaire suffisante. Le besoin énergétique peut aussi être très élevé, comme en cas d'une spasticité ou d'un comportement agité (NAP de 1,6-2), entre autres. La malnutrition chez les enfants s'accompagne d'un retard de la croissance (6). Chez les enfants avec une infirmité motrice cérébrale, il est souvent décrit qu'ils/elles présentent un poids inférieur, moins de masse musculaire et osseuse et moins de stockage des graisses. Ici, l'alimentation déséquilibrée n'est que

partiellement considérée comme responsable du retard de la croissance (7). Mais, c'est exactement dans ce cas qu'une évaluation individuelle par le/la diététicien-ne vaut la peine. L'objectif doit toujours être de garantir la couverture optimale en nutriments.

Avec l'âge, une fragilité surgit. Le risque de problèmes de santé et d'un besoin accru de soutien augmente. Une multimorbidité peut déjà apparaître tôt. Ces processus se présentent plus lentement chez les personnes en communauté d'habitation ou en appartements médicalisés. Les activités intellectuelles et physiques ont une influence positive sur ces processus (3).

Il faut dépister régulièrement la malnutrition chez les personnes en situation de handicap. Cela peut s'utiliser comme un outil fréquent de mesure de la santé en institution, mais aussi en cabinet. Idéalement, les institutions pour personnes handicapées travaillent main dans la main avec un-e diététicien-ne.

Un examen de dépistage spécifique n'a pas encore été développé jusqu'ici. Le groupe spécialisé a élaboré un modèle, qui doit néanmoins encore être évalué. En cas d'in-

térêt, les personnes qui voudraient le tester avec nous peuvent s'adresser au groupe. Notre formation continue du 11 novembre 2021 ciblera le thème du poids.

Le «Mini Nutritional Assessment» (MNA) peut indiquer une malnutrition chez les personnes en situation de handicap. Néanmoins, ce questionnaire ne doit pas servir comme seul critère, car il n'a pas été développé spécifiquement pour ces personnes et tous les critères ne peuvent pas être utilisés de manière judicieuse. Mais il est parfaitement possible, par exemple, de sensibiliser l'équipe d'encadrement d'une communauté d'habitation et de faire appel à un-e diététicien-ne.

L'indice de masse corporelle (IMC) peut également servir d'orientation pour les handicaps sévères, car il prend en compte la croissance en longueur, qui est souvent réduite. Une perte de poids involontaire constitue en outre un facteur de risque indépendant de la malnutrition. En même temps, lorsqu'une perte de poids n'est pas souhaitée, il est impératif de consulter un-e médecin afin d'exclure des maladies graves.

Un poids insuffisant peut être défini avec l'IMC (8): < 18,5 kg/m² ou avec une perte de poids de > 10% dans les 3–6 mois ou de > 5% dans les 2 derniers mois en association avec un IMC de < 20 kg/m² pour les < 70 ans ou de 22 kg/m² pour les > 70 ans (6).

Il est essentiel de tenir compte de la définition de l'âge (9).

Modèle pour définir l'âge chez les personnes handicapées: avec une perte de poids de > 10% dans les 3–6 mois ou de > 5% dans les 2 derniers mois en association avec un IMC de < 20 kg/m² pour les < 50 ans ou de 22 kg/m² pour les > 50 ans. Un journal alimentaire et une analyse de

laboratoire des paramètres nutritionnels peuvent apporter de la clarté et permettre de nouvelles recommandations.

Analyses de laboratoire judicieuses:

- protéines totales
- albumine
- CRP
- urée
- acide urique
- créatine, électrolytes, phosphate, calcium, magnésium
- lipides: cholestérol, triglycérides, HDL, LDL
- vitamine D₃
- vitamine B₁₂, acide folique
- formule sanguine, fer, ferritine (en cas d'anémie ou carence en fer)
- autres

L'utilisation de suppléments oraux est très judicieuse et efficace. La pose d'une gastrostomie percutanée endoscopique (GPE) peut soulager et diminuer les contraintes, et chez les enfants, elle peut même permettre le développement. En cas de dysphagies, la PEG peut devenir nécessaire, une prise alimentaire par voie orale n'étant plus possible ou le risque d'aspiration trop grand. Ici, la collaboration interdisciplinaire est donc essentielle. Mais il est important que nous y soyons présent-e-s et que nous puissions y apporter nos connaissances spécialisées.

La constipation est un autre sujet important. Environ 40% des personnes en situation de handicap souffrent de constipation. Il s'agit de la deuxième raison la plus fréquente pour un traitement hospitalier. Une coprostase non détectée peut conduire au décès de certain-e-s patient-e-s (10). Cependant, un bon nombre ne présente pas de symptômes spécifiques préalables. En général, il faut régulièrement avoir recours à des laxatifs ou à des lavements, en particulier en présence d'un trouble de l'évacuation. L'utilisation ciblée et enca-

drée de fibres solubles ou d'un mélange de fibres ainsi que la prise de probiotiques sont judicieuses et, selon notre expérience, souvent efficaces. L'évaluation d'un journal alimentaire permet de donner des recommandations supplémentaires. Ici aussi, la collaboration entre le/la médecin et l'équipe d'encadrement, associée au conseil diététique, est importante.

Au sein du groupe spécialisé, nous sommes convaincu-e-s que grâce à nos connaissances spécialisées et à des stratégies nutritionnelles individuelles, nous pouvons contribuer grandement à une bonne prise en charge des personnes en situation de handicap. Des exemples de cas (en allemand) sont disponibles sur www.wertvoll-miteinander.ch. Le bon moment pour nous impliquer, c'est maintenant!

Nous avons le plaisir de vous inviter à notre colloque online (en allemand) sur la question du poids:

Das richtige Gewicht – richtig gewichten!

11 novembre 2021, de 13 h à 17 h

4 points ASDD

De plus amples informations sont disponibles sous: www.wertvoll-miteinander.ch

Bibliographie

1. UN-BRK, 2006
2. Curaviva/Fachinformation/Box: Alter und Behinderung
3. Brem, F. (2019). Medizin und ihr Umgang mit Behinderung
4. Oddbjorn Hove et al.: O; ResDivDisabil 2007; 28:1
5. Christian Schanze, 2018
6. Pedraza DF et al. Cien Saude Colet. 2013 Nov.; 18(11): 3333-47
7. Day et al. Growth patterns in a population of children and adolescents with cerebral palsy. Dev. Med. Child. Neurol. 2007
8. Cederholm T. et al.: Clinical Nutrition 34 (2015) 335-340
9. Dieckmann F. et al.: Die Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung in Deutschland, 2016
10. Jancar J. Speller: Fatal intest. Obstruktion in the meantally handicapped

Terapia nutrizionale e medicina per adulti disabili



Eva Ledig, Dr. med.
Internista, medicina
per persone con disabilità,
Amburgo
eva.ledig@gmx.de



Caroline Hofmann, BSc
Dietista ASDD
Gruppo specializzato
Svizzera tedesca
«Persone con disabilità»
info@wertvoll-miteinander.ch

La Convenzione dell'ONU sui diritti delle persone con disabilità (CDPD) fa del lavoro con e per le persone disabili una questione di diritti umani. L'articolo 25 della CDPD tratta la salute. Eccone un estratto (1):

Negli ultimi decenni l'aspettativa di vita delle persone con disabilità si è avvicinata a quella della popolazione totale, pur continuando a risultare inferiore di 6–12 anni a seconda dell'entità della disabilità (2). Con l'avanzare dell'età, le persone disabili sono maggiormente confrontate con problemi di salute come malattie cardio-circolatorie, cancro, demenza.

A poco a poco, i medici cominciano a riconoscere le necessità mediche particolari delle persone disabili. I risultati di progetti di ricerca che analizzano le sindromi genetiche, ad esempio, portano a nuove scoperte e mettono in luce peculiarità finora non note, creando così una nuova prospettiva sulla medicina per le persone con disabilità. È necessario acquisire maggiori conoscenze sulla frequenza di alcuni rischi particolari, come il reflusso, l'osteoporosi, i disturbi della deglutizione, l'alimentazione errata, i maltrattamenti e gli abusi, ma anche sulla frequenza di problemi neurologici, epilettici, ortopedici, dentari e altri ancora, che insorgono spesso a causa della disabilità o delle particolari modalità di vita che ne derivano, e necessitano di cure mediche (3).

La ricerca medica su questo tema però non è ancora molto avanzata, se si escludono

Le persone con disabilità hanno il diritto di godere del più alto standard conseguibile di salute, senza discriminazioni sulla base della disabilità. Esse ricevono la stessa gamma, qualità e standard di servizi e programmi sanitari forniti alle altre persone, oltre ai servizi sanitari specificamente necessari a causa delle loro disabilità.

alcune eccezioni nella ricerca genetica. C'è bisogno in prima linea di una ricerca che migliori l'assistenza sanitaria; è necessario documentare i decorsi sul lungo termine e il processo di invecchiamento delle diverse forme di disabilità. Con queste informazioni si potrebbero mettere a punto delle linee guida per semplificare i trattamenti e l'assistenza (3).

Anche nella consulenza nutrizionale servono informazioni individuali e strategie nutritive. Al momento esistono poche linee guida specifiche o adattate alle persone disabili, e pochi valori indicativi.

Per quanto riguarda il comportamento alimentare, si nota spesso che le persone con disabilità (4)

- mangiano troppo velocemente,
- si ingozzano,
- mangiano grandi porzioni di cibo,
- non parlano del cibo,
- si rifiutano di mangiare.

Il comportamento e le abitudini alimentari vengono appresi e dipendono dalle condizioni sociali. Il comportamento alimentare può essere espressione dell'autodeterminazione della persona. Una maggiore libertà di scelta per quanto riguarda lo stile di vita comporta per le persone con disabilità anche un maggior numero di fattori di rischio, come il colesterolo o la glicemia più elevati, con il conseguente

aumento del rischio di malattie cardiovascolari.

Una persona disabile può presentare deficit e disturbi in tutte e tre le componenti del modello. Le esperienze maturate possono segnalarla e portarla a sviluppare un atteggiamento negativo, di rifiuto. Nelle persone con disabilità mentali si riscontrano molto spesso disturbi ossessivi. Si sente anche spesso dire che molte persone disabili sono in sovrappeso. Non si tratta di un'affermazione completamente sbagliata: una disabilità di gravità media è strettamente associata all'obesità (5). Anche gli psicofarmaci possono portare ad un aumento ponderale. In caso di alterazione del peso (aumento, ma anche riduzione) si dovrebbe quindi verificare sempre se la causa non risieda nei medicinali.

L'obesità si riscontra spesso anche in chi ha la sindrome di Down. Queste persone presentano un metabolismo di base ridotto. Ciò spiega l'ipotonia muscolare e la ridotta funzionalità della tiroide che viene spesso riscontrata. Insufficienza cardiaca e debolezza visiva portano inoltre di frequente a una mancanza di movimento.

Alle prime consulenze dovrebbero sempre partecipare la persona che assiste il disabile e/o i suoi genitori; in un momento successivo, se le facoltà cognitive lo permettono, la persona disabile potrà poi partecipare alle sedute da sola, anche se il dialogo con le persone che la assistono continuerà ad essere importante. Le persone con disabilità spesso non dispongono di conoscenze sull'alimentazione sana o non sono in grado di applicare quello che sanno sul lungo termine. Se la persona vive in un istituto, può essere utile una consulenza in loco, che verifichi ad esempio se sia necessario adeguare le strutture nel gruppo abitativo. Prendiamo ad esempio le bibite zuccherate: normalmente i residenti accettano di bere tè freddo (ev. leggermente zuccherato con stevia o altro) se lo fa tutto il gruppo. Molto importante in

questi casi è anche il team di assistenti, che con il suo comportamento funge da modello per i residenti. Fondamentale è promuovere l'autonomia dei residenti. Un'offerta troppo varia può metterli in difficoltà, oppure spingerli a prendere solo quello che conoscono; un'offerta ridotta ma ben selezionata si rivela invece nella maggior parte dei casi una buona strategia. Gli assistenti, però, hanno bisogno delle necessarie conoscenze e competenze per poterla attuare. La/il dietista dovrebbe quindi ricoprire all'interno del gruppo abitativo anche un ruolo di coaching.

Secondo i membri del gruppo specializzato, molto problematico è riconoscere e trattare una malnutrizione. Nell'assistenza quotidiana si ha spesso a che fare con un conflitto tra l'autodeterminazione del paziente e l'alimentazione equilibrata. Un'alimentazione errata si riscontra spesso tra le persone cognitivamente in forma, che vanno volentieri a fare la spesa e comprano molti snack, dolci e bibite zuccherate, ma poi, a tavola, tendono a mangiare in modo troppo unilaterale. Un tale comportamento può portare a sovrappeso o malnutrizione.

La malnutrizione è più frequente nelle persone con forti limitazioni cognitive, che



possono rifiutarsi di mangiare quando soffrono di tensioni psichiche, oppure mangiano solo alcuni alimenti, o hanno bisogno di essere nutrite da qualcun altro, cosa che richiede molto tempo. Una disfagia non riconosciuta impedisce un'assunzione sufficiente di cibo. A volte invece il fabbisogno energetico può essere molto alto, ad esempio in caso di spasticità, comportamento irrequieto (valore PAL 1,6-2), ecc. Una malnutrizione nei bambini è accompagnata da un ritardo nella crescita (6). I bambini con una paralisi cerebrale (PC) presentano un peso inferiore, oltre a massa muscolare, riserve di grasso e massa ossea ridotte. Nel loro caso, l'alimentazione errata è considerata solo in parte respon-

sabile per il deficit di crescita (7). Ma è proprio con questo tipo di pazienti che una valutazione individuale della/del dietista è utile e dovrebbe sempre avere come obiettivo quello di assicurare la migliore copertura nutrizionale possibile.

Con l'avanzare dell'età anche la fragilità ricopre un ruolo sempre più importante. Il rischio di disturbi della salute aumenta, e con esso il bisogno di sostegno. Una multimorbilità può presentarsi anche in giovane età. Su questi processi, che sembrano avanzare più lentamente nelle persone disabili residenti in strutture assistite, è possibile influire positivamente con esercizi di attivazione sia per la mente che per il corpo (3).

È auspicabile che le persone con disabilità vengano sottoposte regolarmente a uno screening per la malnutrizione. Ciò può avvenire nelle strutture dove risiedono, nel qual caso lo screening potrebbe fungere da strumento per un regolare controllo della salute, oppure dal medico di famiglia. La soluzione ideale sarebbe che le istituzioni per i disabili collaborassero con una/un dietista.

Non esiste ancora uno screening specifico per questa categoria di pazienti, ma il gruppo specializzato sta lavorando ad un modello che dovrà poi essere valutato. Le persone interessate a testare il modello insieme a noi possono contattare il gruppo specializzato. Il corso di formazione continua dell'11 novembre 2021 verterà sul tema del peso.

Il «Mini Nutritional Assessment» (MNA) può individuare una malnutrizione nelle

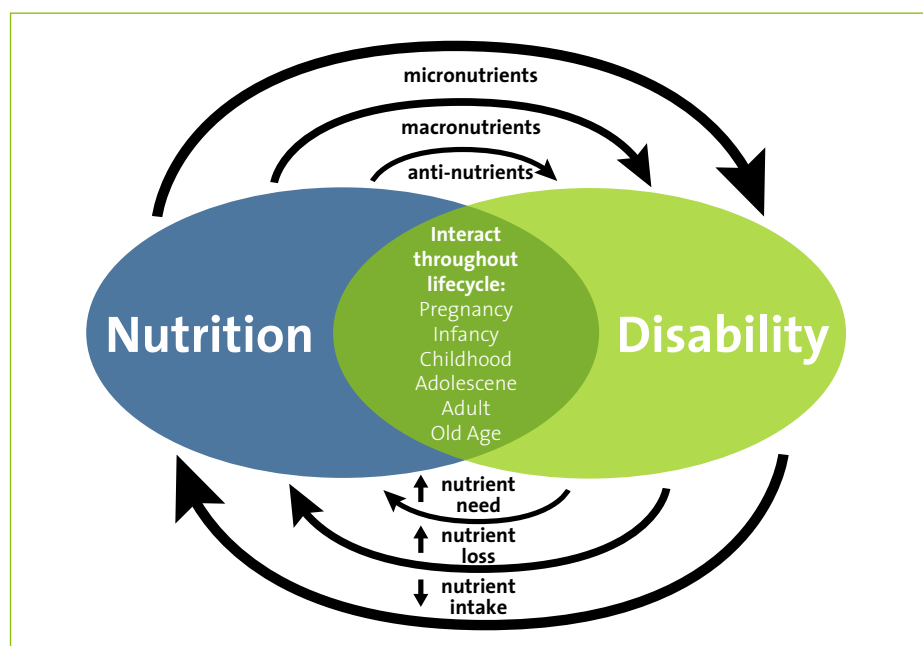


Figura 1: A conceptual framework of how malnutrition and disability relate and interact (adapted from Kerac et al., 2014)

persone con disabilità, ma non dovrebbe essere usato da solo, visto che non è stato sviluppato appositamente per le persone disabili e quindi non tutti i suoi criteri sono applicabili a questo gruppo di pazienti. Ma è sicuramente un ottimo strumento per sensibilizzare il team di assistenti di un gruppo abitativo e spingerli a richiedere l'intervento di una/un dietista.

Anche l'indice di massa corporea (BMI) può fornire indicazioni utili in caso di grave disabilità, visto che tiene conto della crescita della statura, spesso ridotta nelle persone disabili. Una perdita ponderale non voluta, inoltre, rappresenta già di per sé un fattore di rischio per una malnutrizione e andrebbe quindi sempre esaminata con un medico per escludere altre gravi patologie.

L'indice di massa corporea permette di stabilire se la persona è in sottopeso (8): < 18,5 kg/m² o con una perdita ponderale > 10% in 3-6 mesi o > 5% negli ultimi due mesi combinata con un BMI < 20 kg/m² per le persone che hanno meno di 70 anni o > 22 kg/m² per le persone con più di 70 anni (6).

Però è molto importante definire correttamente le categorie di età (9).

Ecco una proposta di categorie di età per le persone disabili: con una perdita ponderale > 10% in 3-6 mesi o > 5% negli ultimi 2 mesi combinata con un BMI < 20 kg/m² se la persona ha meno di 50 anni o < 22 kg/m² per le persone con più di 50 anni.

Un protocollo alimentare ed esami di laboratorio con parametri nutrizionali permettono ulteriori valutazioni e raccomandazioni.

Esami di laboratorio utili:

- proteine totali
- albumina
- CRP
- urea
- acido urico, creatina, elettroliti, fosfati, calcio, magnesio
- lipidi: colesterolo, trigliceridi, HDL, LDL
- vitamina D₃
- B₁₂, acido folico
- emocromo, ferro, ferritina (in caso di anemia)
- altro

L'impiego di supplementazioni orali è molto utile ed efficace. L'applicazione di una PEG può dare sollievo, togliere la pressione e, nel caso dei bambini, permettere in qualche modo che crescano e prosperino. Se la persona disabile soffre di disfagia, la PEG può diventare una necessità, visto che un'alimentazione orale non è più possibile oppure il pericolo di aspirazione è troppo grande. In questo caso è necessaria una collaborazione interdisciplinare. Ma la presenza di noi dietiste e dietisti è comunque sempre importante: solo così potremo infatti mettere a disposizione il nostro sapere e la nostra esperienza.

Un altro tema è la costipazione. Il 40% circa delle persone con disabilità soffre di costipazione. La costipazione è la seconda causa più frequente per un trattamento stazionario. Una coprostasi non diagnosticata può a volte portare alla morte (10). La difficoltà sta nel fatto che molte persone non manifestano prima dei sintomi specifici. Nella maggior parte dei casi, si deve ricorrere regolarmente a lassativi e clisteri, soprattutto in presenza di un disturbo dell'evacuazione. L'impiego mirato

e assistito di fibre solubili (o di un mix di fibre) e di probiotici è utile e, secondo la nostra esperienza, spesso efficace. La valutazione di un protocollo alimentare consente di fornire ulteriori raccomandazioni. Anche in questo caso la collaborazione tra medico, team di assistenti e dietisti/e è importante.

Noi del gruppo specializzato siamo convinti di poter dare un importante contributo per l'assistenza medica di queste persone grazie al nostro sapere e alle nostre strategie nutrizionali su misura (v. i casi pubblicati sul sito www.wertvoll-miteinander.ch). E questo è proprio il momento giusto per metterci al loro servizio!

È con molto piacere che vi invitiamo al nostro convegno online (in tedesco):

Das richtige Gewicht – richtig gewichten!

11 novembre 2021/13.00-17.00

4 punti ASDD

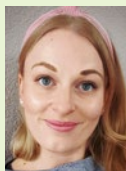
Per ulteriori informazioni:

www.wertvoll-miteinander.ch

Bibliografia

1. CDPD, 2006
2. Curaviva/Fachinformation/Box: Alter und Behinderung
3. Brem, F. (2019). *Medizin und ihr Umgang mit Behinderung*
4. Oddbjorn Hove et al.: *O; ResDivDisabil* 2007; 28:1
5. Christian Schanze, 2018
6. Pedraza DF et al. *Cien Saude Colet.* 2013 Nov; 18(11): 3333-47
7. Day et al. *Growth patterns in a population of children and adolescents with cerebral palsy.* *Dev. Med. Child. Neurol.* 2007
8. Cederholm T. et al.: *Clinical Nutrition* 34 (2015) 335-340
9. Dieckmann F. et al.: *Die Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung in Deutschland*, 2016
10. Jancar J. Speller: *Fatal intest. Obstruktion in the meantally handicapped*

Ein Aufruf zum Hinschauen und Hinhören! Ein Erfahrungsbericht.



Simone Föhn, BSc
Ernährungsberaterin SVDE
SVDE-Fachgruppe «Mensch
mit Behinderung»
info@wertvoll-miteinander.ch

Sexueller Missbrauch als Grund für eine Ernährungstherapie – ein Erfahrungsbericht.

Der Patient kam mit körperlichen und geistigen Behinderungen auf die Welt, der Schluckakt funktionierte von Geburt an – Kaubewegungen waren aber nicht möglich. Der Patient hatte allgemeine Physiotherapie und Logopädie, aber nie Ernährungsberatung oder -therapie.

Die orale Ernährung bestand aus weicher Kost, wobei grundsätzlich grosse Freude dem Essen als Genuss, aber auch als sozialem Moment innerhalb der Familie entgegengebracht wurde. Mit 23 Jahren hat

der Betroffene einen festen Platz in einer Behinderteninstitution für unter der Woche erhalten, Besuche zu Hause wurden weiterhin am Wochenende ermöglicht.

Plötzlich kam es innert kurzen Zeitabständen zu fünf Einweisungen mit dem Rettungsdienst ins Spital, Verdacht auf Lungenentzündung und aufgrund der körperlichen Verkrampfungen auf Epilepsieanfälle. Jedes Mal, wenn die Mutter des Betroffenen auf den Notfall eilte, sass der Betroffene schief grinsend da – diverse Untersuchungen blieben ergebnislos. Erschwerend dazu kam neu, dass der Betroffene den Mund nicht mehr öffnen wollte, die orale Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme war akut nicht mehr möglich. Weiterführend wären auch die Mundhygiene und allfällige Medikamenteneinnahme gefährdet gewesen. Aufgrund der akuten Dehydrationsgefahr wurde im Spital entschieden, dass sofort eine PEG-Sonde eingelegt wird und so die

Zufuhr von Flüssigkeit, Nahrung und Medikamenten sichergestellt werden kann.

5 Monate nach der ersten Spitaleinweisung kam der Telefonanruf vom Leiter der Behinderteninstitution: Ein Betreuer wurde in flagranti bei einem sexuellen Übergriff auf den Betroffenen erwischt. Ob der Betroffene oral sexuell missbraucht wurde und darum die Mundöffnung seitdem verweigerte, ist Spekulation. Der Betreuer wurde per sofort freigestellt und hat bis zum jetzigen Zeitpunkt einzig ein 10-jähriges Berufsverbot erhalten. Mit der sofortigen Freistellung des Täters haben die Spitaleinlieferungen des Betroffenen unmittelbar aufgehört.

Da sich die Pflege in der Behinderteninstitution vor Lungenentzündungen fürchtet, wird seit dem Übergriff immer noch voll enteral ernährt. Aktuell ist es das ernährungstherapeutische Ziel, auf pürierte Kost und schlussendlich wieder auf weiche Kost umzustellen – mit der Hoffnung, dass die PEG-Sonde wieder entfernt werden kann und die Freude sowie der Genuss am Essen wieder zurückkehrt.

Dieses Fallbeispiel soll unsere Berufsgruppe für Folgendes sensibilisieren: Wenn von ärztlicher Seite her organische Ursachen ausgeschlossen worden sind, sich selber und alle in den Fall involvierten Personen nach möglichen psychischen und/oder psychosomatischen Auslösern fragen – gerade für die sensible Patientengruppe, welche selber nicht kommunizieren und für sich eintreten kann.

Das sehen die Betreuungspersonen

Menschen, die...

- immer aufgeregter werden, bis hin zu extremen Eskalationen
- sich leicht und schnell aufregen, sich aber nur schwer beruhigen (lassen) können
- urplötzlich in Panik und sehr aufgeregte (oder wie erstarrt) sind
- plötzlich nicht mehr «richtig da» sind und sich nur scheinbar unauffällig verhalten
- sich ansatzlos z. T. extrem und gefährlich aggressiv oder autoaggressiv verhalten

Das macht es oft noch schwerer

- Menschen mit geistiger Beeinträchtigung, die sich nicht oder kaum verbal mitteilen können
- Häufig keine klaren, verlässlichen Informationen über Konfrontation mit möglichen traumaauslösenden Situationen in der Biografie
- Hartnäckiges Unbehagen im Team: «Irgend etwas stimmt nicht, da muss doch was gewesen sein...»
- Tabuisierung durch Denkverbote über mögliche Gewalt- und Traumasituationen: Ungeheuerlich, den Verwandten/Kolleginnen und Kollegen früher oder heute so etwas zuzutrauen...
- und anderes

Abbildung 1: Trauma und sexualisierte Gewalt bei Menschen mit geistiger Behinderung, hpa Berlin, 09.08.2019, Prof. Dr. Ulrich Elbing

Facts zu sexueller Gewalt bei Menschen mit geistiger Behinderung

Kinder und Jugendliche, die in Heimen oder Pflegefamilien aufwachsen, haben, verglichen mit der Allgemeinbevölkerung, ein ein- bis siebenfach erhöhtes Risiko, misshandelt oder sexuell missbraucht zu



Laktoseintoleranz Gratis-Beratungshilfsmittel

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

Bestellen Sie es jetzt auf [swissmilk.ch/nutrition](https://www.swissmilk.ch/nutrition)



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



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



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



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

werden (Jaritz, C., Wiesinger, D., Schmid, M., 2008).

Circa 64 % der Frauen mit einer Behinderung und 50 % der Männer haben im Laufe ihres Lebens ein- oder mehrmals sexuelle Gewalt erfahren. 26 % der Frau-

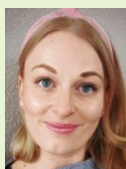
en in ihrer Untersuchung haben eine oder mehrere Vergewaltigungen erleben müssen, 7 % der Männer (Aiha Zemp, 1996/1997).

Circa 21–43 % der Frauen mit Beeinträchtigungen berichten über erzwungene

sexuelle Handlungen (Schröttle-Studie, 2012/2013).

Institutionen sind «Hochrisikogebiete». Die meisten Übergriffe und Misshandlungen bleiben jedoch unentdeckt (Werner Tschan, 2012).

Appel à regarder et écouter de plus près! Un exemple de cas.



Simone Föhn, BSc
Diététicienne ASDD
Groupe spécialisé Suisse
alémanique «Personnes en
situation de handicap»
info@wertvoll-miteinander.ch

Exemple de cas: l'abus sexuel comme motif pour une thérapie nutritionnelle.

Le patient est venu au monde avec des handicaps physiques et mentaux; la déglutition fonctionnait depuis la naissance, mais les mouvements de mastication n'étaient pas possibles. Il a suivi une physiothérapie générale et de la logopédie, mais n'a jamais reçu de conseil diététique ou de thérapie nutritionnelle.

L'alimentation orale, composée d'aliments mous, lui apportait en principe une grande joie, non seulement comme un moment de plaisir mais aussi d'échange au sein de sa famille. Dès ses 23 ans, le patient a bénéficié d'une place fixe dans une institution pour personnes en situation de handicap pendant la semaine avec la possibilité de passer le week-end à la maison.

Puis soudainement, cinq hospitalisations se sont suivies dans un court intervalle, avec intervention du service de secours, pour suspicion de pneumonie et, en raison de crampes, de crises épileptiques. A chaque fois, la mère du patient se précipitait aux urgences pour le retrouver là, un sourire moqueur aux lèvres. Les différents examens réalisés n'ont jamais été

concluants. Puis la situation s'est aggravée, le patient ne voulant plus ouvrir la bouche, rendant l'ingestion d'aliments et de liquides impossible. En outre, cela a menacé l'hygiène buccale et l'éventuelle prise de médicaments. En raison du risque aigu de déshydratation, l'hôpital a pris la décision de poser immédiatement une sonde PEG afin de garantir la prise de liquides, d'aliments et de médicaments.

Cinq mois après la première hospitalisation, le directeur de l'institution pour personnes en situation de handicap a appelé pour informer qu'un membre de l'équipe d'encadrement avait été pris en flagrant délit d'abus sexuel chez ce résident. Nous ne pouvons que spéculer que le résident a été victime d'abus sexuels oraux et, par conséquent, refusait depuis d'ouvrir la bouche. L'assistant a été immédiatement

Ce que les personnes de référence de patient-e-s voient

Des personnes qui ...

- s'énervent toujours plus, jusqu'à l'aggravation extrême;
- s'énervent facilement et rapidement, mais qui ne se laissent (que) difficilement calmer;
- paniquent et s'énervent subitement (ou sont comme paralysé-e-s);
- sont soudainement absent-e-s et semblent avoir un comportement normal qu'à première vue;
- se comportent brusquement avec une agressivité parfois extrême et dangereuse ou parfois dirigée envers elles-mêmes.

Ce qui rend la situation encore plus complexe

- les personnes avec une déficience intellectuelle qui ne peuvent pas ou à peine communiquer verbalement;
- le manque fréquent d'informations claires et fiables dans la littérature sur la confrontation avec de possibles situations traumatisantes;
- un malaise tenace au sein de l'équipe: «Il y a quelque chose qui cloche, quelque chose a dû se passer ...»;
- le tabou qui entoure les situations de violence et de traumatisme en s'interdisant d'y penser: «C'est abominable de soupçonner des proches ou des collègues d'être capables de faire (ou d'avoir fait) quelque chose de pareil»;
- etc.

Figure 1: Congrès (en allemand) sur le traumatisme et la violence sexuelle chez les personnes avec une déficience intellectuelle, hpa Berlin, 09.08.2019, Pr Ulrich Elbing (notre traduction)

licenzié et a, pour l'heure, uniquement reçu une interdiction d'exercer pendant 10 ans. Avec le licenciement immédiat de l'auteur des abus, les hospitalisations du patient se sont aussitôt arrêtées.

Mais le patient continue à être alimenté exclusivement par voie entérale, du fait des craintes de pneumonies par le personnel de l'institution. Actuellement, l'objectif de thérapie nutritionnelle est de passer à des aliments réduits en purée pour ensuite passer de nouveau aux aliments mous, en espérant pouvoir retirer la PEG et redonner la joie et le plaisir de manger au patient.

Cet exemple de cas doit servir à sensibiliser notre groupe professionnel: lorsque les

causes organiques ont été exclues du côté médical, il faut s'interroger (et interroger toutes les personnes impliquées) sur de possibles déclencheurs psychiques ou psychosomatiques, et ce en particulier chez les groupes de patient-e-s sensibles qui ne peuvent pas communiquer et se défendre par eux/elles-mêmes.

Faits sur la violence sexuelle chez les personnes avec une déficience intellectuelle

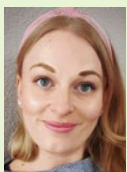
Le risque de maltraitance ou d'abus sexuel chez les enfants et les adolescent-e-s qui grandissent dans des foyers ou chez des familles d'accueil est jusqu'à sept fois plus élevé que dans la population générale (Jaritz, C., Wiesinger, D., Schmid, M., 2008).

Environ 64 % des femmes handicapées et 50 % des hommes handicapés ont subi de la violence sexuelle une ou plusieurs fois au cours de leur vie. Selon une étude, 26% des femmes ont subi un ou plusieurs viols, de même que 7% des hommes (Aiha Zemp, 1996/1997).

Environ 21–43 % des femmes avec une déficience intellectuelle rapportent des actes sexuels forcés (étude Schröttle, 2012/2013).

Les institutions sont des «lieux à haut risque». La plupart des abus et des mauvais traitements restent non détectés (Werner Tschan, 2012).

Un appello a tenere occhi e orecchie ben aperti! **Una testimonianza.**



Simone Föhn, BSc
Dietista ASDD
Gruppo specializzato Svizzera tedesca «Persona con disabilità»
info@wertvoll-miteinander.ch

Un abuso sessuale all'origine di una terapia nutrizionale – una testimonianza.

Si tratta di un paziente nato con una disabilità fisica e mentale. La deglutizione funziona fin dalla nascita, ma non i movimenti masticatori. Il paziente ha fatto fisioterapia generica e logopedia, ma mai una consulenza o terapia nutrizionale.

L'alimentazione orale era a base di alimenti morbidi e il paziente in generale dimostrava grande gioia verso il cibo in quanto piacere, ma anche momento sociale all'interno della famiglia. A 23 anni il paziente ottenne un posto fisso in un istituto per persone disabili nel quale viveva durante

la settimana, per poi tornare a casa il fine settimana per delle visite.

Improvvisamente, a brevi intervalli di tempo, venne ricoverato d'urgenza cinque volte in ospedale con sospetto di polmonite e di crisi epilettiche a causa di contrazioni muscolari. Ogni volta che la madre si precipitava al pronto soccorso, trovava il paziente seduto storto e con un sorriso assente sul viso. I vari esami effettuati non diedero alcun esito. Ad aggravare la situazione si aggiunse il fatto che il paziente non voleva più aprire la bocca: improvvisamente l'assunzione orale di liquidi e cibo diventò impossibile. Con il tempo sarebbero stati a rischio anche l'igiene orale e l'eventuale assunzione di medicinali. A causa dell'acuto rischio di disidratazione, in ospedale si decise l'immediata posa di una sonda PEG per poter garantire l'apporto di liquidi, alimenti e farmaci.

Cinque mesi dopo il primo ricovero in ospedale, arrivò la telefonata del direttore

dell'istituto in cui veniva comunicato che un operatore era stato colto in flagrante mentre abusava sessualmente del paziente. Un'ipotesi è che il paziente da allora si sia rifiutato di aprire la bocca perché vittima di abusi sessuali orali. L'operatore in questione fu sospeso dal lavoro con effetto immediato e ad oggi gli è stata comminata unicamente un'interdizione a esercitare di 10 anni. Con la sospensione immediata dell'autore degli abusi, i ricoveri del paziente sono subito cessati.

Da quando è stato vittima dell'aggressione, il paziente continua ad essere nutrito completamente per via enterale, poiché il personale infermieristico dell'istituto teme le polmoniti. Attualmente l'obiettivo della terapia nutrizionale è di passare a cibo ridotto in purea e poi nuovamente a cibi morbidi, con la speranza di poter togliere la sonda PEG e che il paziente ritrovi la gioia e il piacere di mangiare.

Questo caso clinico vuole sensibilizzare la nostra categoria professionale affinché, una volta che il personale medico abbia escluso eventuali cause organiche, ognuno interroghi se stesso e tutte le persone coinvolte nel caso sulle possibili cause psichiche e/o psicosomatiche, in particolare per questa fascia di pazienti vulnerabili che non possono comunicare e far valere i propri diritti.

Dati di fatto sulla violenza sessuale su persone con disabilità mentale

I bambini e gli adolescenti che crescono in istituti o famiglie affidatarie hanno un rischio di essere maltrattati o abusati sessualmente di una a sette volte superiore rispetto alla popolazione generale (Jaritz, C., Wiesinger, D., Schmid, M., 2008).

Il 64% delle donne e il 50% degli uomini con disabilità ha subito violenza sessuale una o più volte nel corso della vita. In questo studio, il 26% delle donne e il 7% degli uomini ha subito uno o più stupri (Aihha Zemp, 1996/1997).

Il 21-43% circa delle donne con disabilità riporta di essere stata costretta a atti sessuali (Studio Schröttle, 2012/2013).

Quel che vede il personale curante

Persone che...

- diventano sempre più agitate fino all'estremo;
- si agitano facilmente e rapidamente ma solo difficilmente si calmano o lasciano calmare;
- vanno improvvisamente in panico o sono molto agitate (o come pietrificate);
- improvvisamente non sono più «presenti» e si comportano solo apparentemente in modo normale;
- a volte si comportano senza ragione apparente in modo estremo e pericolosamente aggressivo o autoaggressivo.

Quel che spesso rende le cose ancora più difficili

- persone con menomazioni mendali che non possono (praticamente) esprimersi a parole;
- mancanza frequente di informazioni chiare e affidabili su confronti con possibili situazioni traumatiche nella biografia;
- malessere persistente all'interno del team: «Qualcosa non va, deve essere successo qualcosa...»;
- tabuizzazione per l'impossibilità di concepire possibili situazioni violente o traumatiche: è mostruoso pensare che parenti o colleghi possano aver fatto in passato o facciano tuttora qualcosa di simile...;
- e altro.

Illustrazione 1: Trauma e violenza a sfondo sessuale su persone con disabilità mentale, hpa Berlino, 09.08.2019, Prof. Dr. Ulrich Elbing

Gli istituti sono «zone ad alto rischio». La maggior parte degli abusi e dei maltratta-

menti non viene però scoperta (Werner Tschan, 2012).

Schon reserviert? | Déjà réservé? | Già riservato?

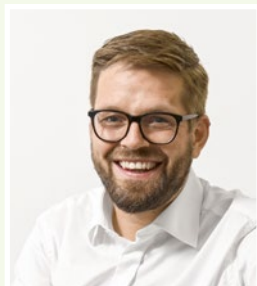
Der nächste internationale Tag der Ernährungsberater/innen findet am 9. März 2022 statt.

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

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



SVDE ASDD



Adrian Rufener

Präsident
Président
Presidente



SVDE ASDD

Liebe Kolleginnen und Kollegen

In meinem letzten Wort des Präsidenten habe ich euch über die Verteilung der Zuständigkeiten innerhalb des neu konstituierten Vorstandes berichtet. Mittlerweile haben die neuen Vorstandsmitglieder ihre Arbeiten aufgenommen und sind aktuell daran, die Projekte umzusetzen. Gerne möchte ich euch heute Einblick in das Projekt zur Überarbeitung der Qualitätsverträge für den ambulanten Bereich geben. Die Gesetzesrevision «Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit» vom 21. September 2019 ist am 1. April dieses Jahres in Kraft getreten. Aufgrund dieser Revision erhalten die Verbände der Leistungserbringer und Krankenversicherer die Kompetenz und die Pflicht, neue gesamtschweizerisch gültige Verträge über die Qualitätsentwicklung (Qualitätsverträge) abzuschliessen (Art. 58^a KVG). Die neuen Qualitätsverträge müssen dem Bundesrat bis am 1. April 2022 zur Genehmigung vorgelegt werden. Hierzu hat der Vorstand des SVDE eine Verhandlungsdelegation mandatiert, zusammengesetzt aus dem zuständigen Vorstandsmitglied, Manuela Deiss, sowie mir und dem Geschäftsführer. Am 16. August fand eine erste Sitzung mit Santé-Suisse und Curafutura statt, in welcher die Eckpunkte des neuen Vertrages besprochen wurden. Gerne berichte ich euch zu einem späteren Zeitpunkt über die Resultate dieses Austausches.

Chères collègues, chers collègues

Lors de mon précédent message en tant que président, je vous ai parlé de la répartition des responsabilités entre les membres du comité nouvellement constitué. Les membres du comité se sont maintenant mis au travail et sont en train de mettre en œuvre les projets. Je souhaite aujourd'hui vous présenter le projet de révision des conventions qualité pour le secteur ambulatoire. Les modifications de la loi visant à renforcer la qualité et l'économie des soins adoptées le 21 septembre 2019 sont entrées en vigueur le 1^{er} avril de cette année. En vertu de cette révision, la compétence et l'obligation sont conférées aux associations de fournisseurs de prestations et d'assureurs-maladie, conformément à l'art. 58^a LAMal, de conclure de nouvelles conventions valables dans toute la Suisse et portant sur le développement de la qualité (conventions qualité). Ces nouvelles conventions qualité doivent être soumises au Conseil fédéral pour approbation d'ici au 1^{er} avril 2022. Dans cette optique, le comité de l'ASDD a mandaté une délégation habilitée à négocier et composée membre du comité responsable de la qualité, Manuela Deiss, de moi-même et du directeur. Le 16 août s'est tenue une première séance avec SantéSuisse et Curafutura, lors de laquelle les principaux contenus de la nouvelle convention ont été abordés. Je vous informerai avec plaisir des résultats de cet échange ultérieurement.

Care colleghe e cari colleghi

Nell'ultimo numero della nostra rivista vi ho informato sulla ripartizione delle competenze tra i membri del nuovo Comitato direttivo. Nel frattempo i membri si sono messi al lavoro e si stanno occupando dei progetti loro assegnati. È con piacere che oggi vi do alcune informazioni sull'elaborazione dei contratti di qualità per il settore ambulatoriale. La revisione della LAMal per rafforzare la qualità e l'efficienza delle prestazioni del 21 settembre 2019 è entrata in vigore il 1° aprile di quest'anno. Questa revisione attribuisce alle associazioni e federazioni dei fornitori di prestazioni e degli assicuratori malattia la competenza e l'obbligo di concludere convenzioni sullo sviluppo della qualità (convenzioni sulla qualità) valide per tutta la Svizzera. Le nuove convenzioni sulla qualità devono essere sottoposte all'approvazione del Consiglio federale entro il 1° aprile 2022. Il Comitato direttivo dell'ASDD ha affidato la negoziazione delle convenzioni ad una delegazione composta da Manuela Deiss, membro del Comitato direttivo responsabile in materia, da me e dal direttore. Il 16 agosto abbiamo avuto una prima riunione con SantéSuisse e Curafutura per discutere insieme dei punti chiave della nuova convenzione. Vi informerò più avanti sui risultati dell'incontro.

NutriDays 2022

Die NutriDays 2022 finden am 25. und 26. März 2022 (GV am 26. März 2022) statt. Im Sinne der «Digitalisierung in der Ernährungsberatung» hat sich das Organisationskomitee dazu entschlossen, die NutriDays 2022 nicht nur physisch in Bern, sondern auch einen Livestream anzubieten. Mehr Informationen hierzu werden Sie zu einem späteren Zeitpunkt erfahren. Ab Mitte Dezember steht Ihnen das Anmeldeformular auf unserer Website zur Verfügung.

Les NutriDays 2022 auront lieu le 25 et 26 mars 2022 (AG 26 mars 2022). Dans l'esprit de la «Numérisation dans le conseil en diététique», le comité d'organisation a décidé de proposer les NutriDays 2022 non seulement physiquement à Berne, mais aussi en livestream. Vous en recevrez plus d'informations à ce sujet à une date ultérieure. A partir de mi-décembre le formulaire d'inscription sera disponible sur notre site internet.

NACHRUF

Wir trauern um

Dr. Heinrich von Grünigen

Ein wichtiger Kämpfer für die Rechte und Belange der Übergewichtigen ist nicht mehr.

Nach seiner Pensionierung engagierte er sich fast 20 Jahre lang unermüdlich und leidenschaftlich als Präsident der Schweizerischen Adipositas-Stiftung. Sein Kampf gegen die Stigmatisierung von Menschen mit Übergewicht war exemplarisch, und seine Verdienste um Aufklärungsarbeit können nicht hoch genug gewichtet werden.

Wir werden sein Andenken stets in Ehren halten. Seiner Familie gilt unser aufrichtiges Mitgefühl.

Vorstand SVDE ASDD

RUBRIQUE NÉCROLOGIQUE

Avec le décès du

Dr Heinrich von Grünigen

Nous perdons un fervent militant des droits et des intérêts des personnes en surpoids.

Une fois à la retraite, il s'est engagé sans relâche et avec passion pendant près de vingt ans en tant que président de la Fondation suisse de l'obésité. Son combat contre la stigmatisation des personnes en surpoids fut exemplaire et tout son travail d'explication ne sera jamais assez loué.

Nous honorerons toujours sa mémoire et adressons nos plus sincères condoléances à sa famille.

Comité SVDE ASDD

NECROLOGIO

Piangiamo la scomparsa del

dottor Heinrich von Grünigen

Con lui abbiamo perso un importante sostenitore dei diritti e degli interessi delle persone in sovrappeso.

Dopo il suo pensionamento, per quasi 20 anni ha svolto instancabilmente e con passione il ruolo di presidente della Fondazione svizzera dell'obesità. La sua lotta contro la stigmatizzazione delle persone in sovrappeso è stata esemplare e la sua opera di informazione e sensibilizzazione non ha prezzo.

Il suo ricordo rimarrà vivo in tutti noi per sempre. Alla famiglia vanno le nostre più sincere condoglianze.

Comitato direttivo ASDD

**Nutrition Care
Process und Nutrition-
Care-Process-Terminologie –
Fallbesprechungen**



Ziele:

- Anhand eines sich verändernden Fallbeispiels zutreffende Ernährungsdiagnosen stellen können
- Verständnis für den Zusammenhang zwischen P-E-S festigen
- Kritische Fragen anwenden können, die bei der Formulierung der Ernährungsdiagnose unterstützen

Inhalt:

- Strukturierung eines Fallbeispiels anhand des NCP
- Nutzung der NCPT bei der Formulierung von Ernährungsdiagnosen
- Praxisbezogene Diskussionen zur Anwendung des NCP und der NCPT

Zielpublikum:

Ernährungsberater/innen, welche Grundkenntnisse zu NCP/T mitbringen und in der Praxis anwenden.

Minimum: 20 Personen

Maximum: 50 Personen

Dauer:

90 Minuten

Teilnahmegebühr:

SVDE-Mitglieder CHF 50.–

Nichtmitglieder CHF 90.–

Referent/innen:

Steuergruppe NCP/T

Anmeldeschluss: 27. Oktober 2021

Kursdatum: 3. November 2021, 16.30–18.00 Uhr

Kursort: Online (Zoom)

Demnächst

Die Tarifkommission des SVDE plant eine Fortbildung für die Freischaffenden Ernährungsberater/innen:

**Beratung zwischen
Effizienz und Empathie**

Inhalt:

Nach zwei Inputreferaten wird anschliessend in Gruppen gearbeitet zu den Themen kompetente, kompakte und klare Praxisführung und Beratung.

Programm und Ausschreibung folgen.

Anmeldeschluss: folgt

Kursdatum: 5. November 2021, 09.00–13.00 Uhr

Kursort: Schönenwerd (beim Bahnhof)

**www.svde-asdd.ch > Bildung
> Fortbildungsangebot
> SVDE-Kurse**

**www.svde-asdd.ch > Formation
> Offre de formation continue
> Cours ASDD**

**Formation
Awareness HIN
en ligne**



**Principaux sujets abordés lors
de la formation HIN Awareness:**

- Protection des données et sécurité de l'information
- Défis et risques
- Données et systèmes requérant un protection dans le monde de la santé (cabinet, hôpital, maison de retraite)
- Principes de protection des données, de finalité et économie des données
- Mesures de sécurité et outils
- Manipulation des données des clients/patients
- Perspective sur le dossier électronique du patient
- Menaces actuelles pour les données et les systèmes

Pré-requis:

- La formation est également ouverte aux personnes et institutions sans raccordement HIN.
- La formation en ligne est dispensée via HIN Talk Video.
- Des instructions seront fournies en temps utile. Les navigateurs web à utiliser: Google Chrome (idéal), Microsoft Edge (possible).

Intervenant:

Monsieur David Fiaux, Health Info Net AG

Frais de cours : membres de l'ASDD

CHF 90.–, non-membres CHF 120.–

Délai d'inscription: 25 octobre 2021

Date du cours: 16 novembre 2021, 16h30–18h30

Lieu du cours: online (HIN Talk Video)

Wir danken den **Gönnern des SVDE-Bildungsfonds** für ihre finanzielle Unterstützung. Dies ermöglicht es, die SVDE-Kurse für Mitglieder kostengünstig anzubieten.

Nous remercions **les donateurs du fonds de formation ASDD** pour leur soutien financier. Cela permet d'offrir les cours à un prix raisonnable aux membres de l'ASDD.



Unbeschwerter Genuss bei Unverträglichkeiten

Als Ernährungsberaterinnen und -berater begleiten Sie regelmässig Menschen mit einer Lebensmittelunverträglichkeit oder -intoleranz zu einer möglichst beschwerdefreien und gesunden Ernährung. Sie machen so ihren Alltag wieder freud- und genussvoller. Coop Free From verfolgt das gleiche Ziel mit über 500 Produkten, die sich für Menschen mit einer Unverträglichkeit eignen.

Alternativen, die genauso fein sind wie das Original

Menschen, bei denen neu eine Lebensmittelunverträglichkeit diagnostiziert wurde, stehen oftmals vor einem Berg voller Fragen, wie: Schmeckt glutenfreies Brot wirklich nicht? Muss ich nun auf mein morgendliches Müsli mit Joghurt verzichten? Das Free From Sortiment bietet eine breite Auswahl an gluten- und/oder lactosefreien Alternativen. Neben Klassiker wie dem Schär Meisterbäckers Mehrkornbrot und den Free From Baguettes zum Aufbacken bietet Coop auch zahlreiche glutenfreie Mehle von der Eigenmarke Naturaplan an. Und das Joghurt lässt sich leicht durch das lactosefreie Bio Naturjoghurt von Free From ersetzen.

Ein immer grösser werdendes Free From Sortiment

Wer schon länger mit einer Lebensmittelunverträglichkeit lebt, kennt die Sortimente der Detailhändler gut. Coop baut ihr Sortiment an gluten- und lactosefreien Produkten stetig aus und hört dabei auf die Bedürfnisse der Betroffenen. So sind mittlerweile mehrere glutenfreie Fertigteige in den Kühlregalen zu finden – beispielsweise der glutenfreie Blätterteig von Leisi. Auch das Angebot an lactosefreier Milch wird immer grösser: Aktuell bietet Coop über 70 lactosefreie Milchgetränke an. Eine breite Auswahl davon sind pflanzliche Milchalternativen, so beispielweise das Bio Reisgetränk mit Mandel von Karma. Dies sorgt für mehr Abwechslung im Alltag.

Coop Free From – für Genuss und Wohlbefinden

Seit 15 Jahren engagiert sich Coop mit Free From dafür, dass Menschen mit einer Unverträglichkeit unkompliziert einkaufen und unbeschwert geniessen können. Deshalb bietet Coop im Schweizer Detailhandel mit über 500 Produkten das grösste Sortiment an Lebensmitteln an, die bei

einer Unverträglichkeit bedenkenlos genossen werden können. Kleine Free From Schilder am Regal helfen für die Erkennbarkeit der Produkte. Mehr dazu unter: coop.ch/freefrom

NEU
im Plastikschweissbeutel

Für noch mehr Sicherheit sind die feinen, glutenfreien Mehle von Coop Naturaplan neu in dichten Plastikschweissbeuteln verpackt. So kommt das Mehl auch im Regal nicht mit glutenhaltigen Produkten in Kontakt. Dank dieser Umstellung können Menschen auch mit Zöliakie oder einer Glutenunverträglichkeit unbeschwert einkaufen und geniessen.



Am Puls neuester Ernährungsforschung: Studienzusammenfassungen von Ernährungsexpertise



tag unterzubringen. Ich muss aber auch eingestehen, dass mir dies nicht immer gelingt – wenn die Agenda voller Beratungstermine ist, gerät das Studium von Fachliteratur gerne mal ans Ende der täglichen To-do-Liste.

Dass ich einmal monatlich direkt mit Zusammenfassungen von relevanten Studien versorgt werde, erleichtert mich sehr. Hinzu kommt, dass ich mich blind darauf verlassen kann, dass deren Studiendesign und -methodik vernünftig aufgebaut sind und insofern ein gutes Evidenzlevel aufweisen. Natürlich könnte ich dies auch in Eigenregie beurteilen, dass ich mich jedoch nicht nochmals neu darin vertiefen muss, stellt eine grosse Zeitersparnis für mich dar.

Sehr praktisch ist ausserdem die Zusammenstellung von praxisorientierten Empfehlungen, welche ich direkt in meiner Beratungstätigkeit verwenden kann.

Auch der Austausch mit Berufskolleg/innen kommt dabei nicht zu kurz, durch eine Kommentarfunktion, welche für andere Abonnent/innen einsehbar ist.

Ich persönlich präferiere es, einen Text direkt zu lesen – bin ich aber dazu trotzdem mal zu bequem, steht mir auch die Möglichkeit zur Verfügung, mir die Zusammenfassung als Podcast anzuhören, was sich problemlos in einen Arbeitsweg integrieren lässt.

In Anbetracht dessen, welchen Arbeitsaufwand ich so nicht betreiben muss, aber trotzdem mich stetig weiterbilde, finde ich auch den Preis angemessen.

Ich bin gespannt auf die nächsten Newsletter und welche neuen Praxisempfehlungen sich damit für mich ergeben.

Rezensiert von:
Tanja Häusermann
BSc, Ernährungsberaterin SVDE

ernaehrungsexpertise.ch/

Autorin: Fabia Bommès,
BSc, Ernährungsberaterin SVDE,
Online-Weiterbildungsangebot seit 2021

- CHF 25.–/Monat für eine Gesundheitsfachperson, CHF 79.–/Monat für eine Unternehmung
- 3–4 Studienzusammenfassungen à 1–2 Seiten pro Monat mit Podcasts und PDFs: pro Zusammenfassung lesbar in ca. 10 Minuten
- Austauschmöglichkeiten im Mitgliederbereich

Fachlich à jour zu bleiben gehört zu den Grundpfeilern unserer Tätigkeit als Ernährungsberater/innen. Zweifellos nimmt es auch dementsprechend viel Zeit in An-

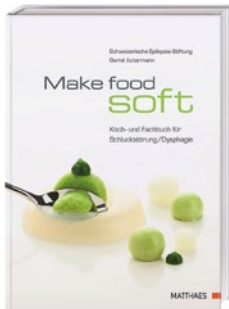
spruch. Entlastung bietet hier das Weiterbildungsangebot Ernährungsexpertise – einmal monatlich erhält man direkt Studienzusammenfassungen, dazu gehören auch eine Bewertung des Evidenzlevels und abgeleitet konkrete Empfehlungen für die Praxis.

Fachthemen sind breit gestreut, jeden Monat wird ein häufiges Krankheitsbild wie Adipositas, Diabetes oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen abgedeckt; aber auch pädiatrische Themen, verschiedene Ernährungsformen oder klinische Aspekte werden behandelt.

Wie wir alle versuche ich, pflichtbewusst die Fortbildungspflicht in meinem Arbeitsall-

Make food soft

Koch- und Fachbuch für Schluckstörung/Dysphagie



*Autor: Bernd Ackermann,
Schweizerische Epilepsie-Stiftung, 2021,
ISBN 978-3-98541-048-4, 238 Seiten*

Der Autor Bernd Ackermann ist Leiter der Küche der Schweizerischen Epilepsie-Stiftung. Mit einem interdisziplinären Team hat er ein umfassendes Fachbuch mit Rezepten für die Ernährung von Menschen mit Schluckstörungen verfasst. Zielgruppe sind Köch/innen und Diätköch/innen in Ausbildung, im Spital und in Heimen sowie pflegende Angehörige.

Der Theorieteil umfasst 15 Seiten und erhält Grundlagen zu Schluckstörungen, die Einteilung der Konsistenzstufen nach IDDSI-Terminologie (International Dysphagia Diet Standardisation Initiative), Ess- und Trinkhilfsmittel, erforderliche Gerätschaften für die Zubereitung, Produktangebot und Anwendungshinweise zu Andickungsmitteln und zur Nährstoffanreicherung.

Die 80 Rezepte beginnen beim Frühstück mit Cappuccino und Gipfeli, Spiegeleiern, gehen von Snacks wie Bruschetta, Sushi, Cola mit Zitrone und Eiswürfeln über Klassiker wie Tomaten-Mozzarella-Salat, Melone mit Rohschinken, Salatteller, Pizza, Spaghetti carbonara, Rinds-Burger mit Pommes frites zu Desserts wie Bratapfel, Erdbeertörtchen, Nusstorte, Spitzbuben, Pralinen – und das alles in IDDSI Stufe 4 (püriert/breiiig)! Auch Garnituren werden nicht weggelassen, sondern in IDDSI Stufe 4 zubereitet.

Die Mengenangaben in den Rezepten sind jeweils für 10 Portionen, wo sinnvoll auch für zwei Portionen, und sie sind mit einer Allergendeckelung versehen. Mittels QR-Code können zu jedem abgebildeten Rezept die Energie- und Nährwerte sowie weiteres Fachwissen und einige Miniclips abgerufen werden. Am Schluss folgen Grundrezepte und weitere Ideen, was sich daraus herstellen lässt.

In diesem Buch steckt sehr viel Fachkenntnis, Praxiserfahrung, Arbeit, Innovation und Engagement und es ist einzigartig. Es wäre wünschenswert, dass dieses Buch in jeder Spital- und Heimküche steht und dass Patient/innen und Bewohner/innen auch in den Genuss solcher Menüs kommen. Nur so lässt sich die Ernährungssituation und Lebensqualität von Menschen mit Schluckstörungen verbessern.

Die Rezepte scheinen jedoch sehr zeitintensiv zu sein, die finanziellen und personellen

Ressourcen sind limitiert und gut ausgebildete Köch/innen immer schwieriger zu finden.

Eine kritische Anmerkung habe ich zu Maltodextrin, welches in fast jedem zweiten Rezept beigegeben wird. Die Energieanreicherung könnte durchaus auch häufiger mit hochwertigem Öl, Nussmus oder Rahm erfolgen. Einerseits handelt es sich bei Maltodextrin um ein hoch raffiniertes Produkt mit «leeren» Kalorien, andererseits ist es für die häufig diabetische Stoffwechselsituation von vorwiegend immobilen Patient/innen ungünstig. Ebenso könnten anstelle von Proteinpulver vermehrt natürliche proteinreiche Lebensmittel verwendet werden, so könnte man beispielsweise bei der Sauce carbonara das Proteinpulver durch Eier ersetzen. Pflanzliche Proteinquellen wie Hülsenfrüchte oder Nüsse fehlen, auch diese liessen sich in geeigneter Form mit den vorgestellten Gerätschaften verarbeiten.

Ausserdem ist mir aufgefallen, dass die Fotos unscharf wirken und der rustikale Tisch als Hintergrund die Menüs nicht optimal ins Bild setzt.

*Rezensiert von:
Dr. clin. nutr. Caroline M. Kiss,
Ernährungsberaterin SVDE,
Fachexpertin Klinische Ernährung,
Universitäre Altersmedizin
FELIX PLATTER, Basel*

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 entrent 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
21.09.2021	Zürich	Symposium der Plattform Interprofessionalität	4
21.09.2021	Online	Nutrition Care Process und Nutrition Care Process Terminologie – Fallbesprechungen	2
21.09.2021	Online	Darm-Mikrobiom-Update und Prävention saisonaler Atemwegserkrankungen: Neue wissenschaftliche Erkenntnisse, praktische Ernährungsempfehlungen	2
21.09.2021	Zürich	Symposium de la Plateforme Interprofessionnalité	4
22.09.2021	Online	Ernährungstherapie und Arzneimitteltherapie bei Schilddrüse, Gicht- und Nierenerkrankungen	2
22.09.2021	Mendrisio	Simposio Ticinese di Nutrizione Clinica: Disturbi del comportamento alimentare	4
23.09.2021	Zürich	Sexualberatung und -therapie	8
23.09.2021	Online	Frenulo linguale: parliamone!	3
23.09.2021	Online	LE MICROBIOTE DANS LA PRÉVENTION DES TROUBLES RESPIRATOIRES SAISONNIERS: De la recherche scientifique la plus récente aux nouveaux conseils spécifiques	2
23.09.2021–28.10.2021	Lausanne	Sensibilisation à l'éducation thérapeutique	12
24.09.2021–25.09.2021	Online	Grundkurs Zöliakie – Kompetent und sicher beraten!	12
25.09.2021–30.10.2021	Basel	FODMAP – Ernährungstherapie bei Reizdarmsyndrom	16
28.09.2021	Online	UPDATE SUL MICROBIOTA IN ONCOLOGIA: Evidenze scientifiche, novità e consigli pratici	2
28.09.2021	Online	Sevrage de l'alimentation par sonde et mise en place de suppléments nutritifs oraux: Aspects pratiques	2
28.09.2021	Online	UPDATE SUL MICROBIOTA IN ONCOLOGIA: Evidenze scientifiche, novità e consigli pratici	2
30.09.2021–01.10.2021	Online	Seminar «Praxis der ketogenen Ernährungstherapie»	9
30.09.2021	Online	Symposium Swissmilk: Alimentation durable en Suisse	6
30.09.2021–01.10.2021	Online	Nutrition et supplémentation du végétarien et du végétalien	14
01.10.2021	Charleroi	18 ^e Journée d'étude de l'Union Professionnelle des Diététiciens de Langue Française (Belgique)	7
01.10.2021–15.11.2021	Online	D-A-CH-Webinar FODMAP-Ernährungstherapie bei Reizdarmsyndrom	18
03.10.2021–07.10.2021	Roaix	ME-CL2 Mindful Eating Conscious Living	18
07.10.2021	Lausanne	Journée Lausannoise: Formation continue et pratiques avancées en nutrition clinique	4
07.10.2021	Gland	Formation DIAfit – Journée interdisciplinaire	7
07.10.2021–14.10.2021	Online	Nutrition et supplémentation de la femme allaitante	14
09.10.2021	Bussigny-près-Lausanne	Risque cardiometabolique	8
12.10.2021	Online	«Hypothyroïdie: Le rôle clef de la micronutrition»	2
14.10.2021	Lausanne	10 ^{ème} Symposium d'obésité pédiatrique	3
14.10.2021	Lancy	L'Expertise des algues santé	7
14.10.2021–15.10.2021	Online	Nutrition et supplémentation des troubles de la thyroïde	14
15.10.2021–16.10.2021	Online	Update Ernährungsmedizin	8
18.10.2021–08.01.2022	Online	Formation Mind-Eat	18
22.10.2021–23.10.2021	Zürich	Wechseljahre – Wandlungsjahre – Die Lebensmittel neu entdeckt	18
25.10.2021–12.11.2021	Zürich	Umwelt und Gesundheit	18
26.10.2021	Luzern	5. Pädiatrisches Ernährungssymposium	6
27.10.2021	Zürich	3rd Swiss Orthogeriatrics Day	3
28.10.2021	Zürich	Aggression – Sind wir nicht alle auch ein wenig aggressiv?	8
28.10.2021	Bern	Berner Symposium & GESKES-Zertifikatskurs: Multiprofessionalität in der Ernährung – Weg zum Erfolg	4
28.10.2021	Lausanne	Journée Lausannoise en nutrition clinique – Cours spécialisé – Module III	4
03.11.2021	Online	Nutrition Care Process und Nutrition Care Process Terminologie – Fallbesprechungen	2

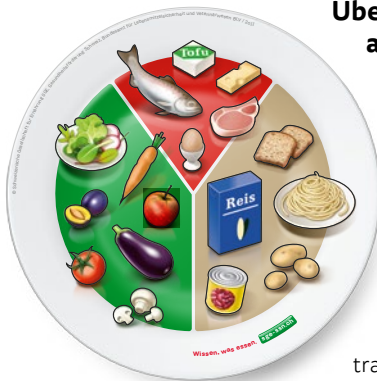
KURSÜBERSICHT VUE D'ENSEMBLE DES COURS PANORAMICA DEI CORSI

Datum Date Data	Ort Lieu Luogo	Veranstaltung Manifestation Manifestazione	SVDE-Punkte Points ASDD Punti ASDD
04.11.2021	Zürich	Der Kühlschrank – mein bester Freund	8
04.11.2021	Bern	Jungs im Fokus: Wie motivieren wir sie für ihre Gesundheit?	3
04.11.2021–05.11.2021	Fribourg	8 ^{ème} Festival suisse des méthodes qualitatives: Le qualitatif en santé	10
04.11.2021–05.11.2021	Online	Nutrition et supplémentation des troubles du cycle menstruel	14
04.11.2021–06.11.2021	Online	Diabetes Update Refresher	18
05.11.2021	Lausanne	INTEGRER LA PHYTOTHÉRAPIE DANS VOTRE PRATIQUE QUOTIDIENNE	6
05.11.2021–06.11.2021	Luzern	Lösungsorientierte Gesprächsführung	12
11.11.2021	Zürich	Frühe und unbewusste Bindungsverletzungen aufspüren	8
11.11.2021	Online	Das richtige Gewicht – richtig gewichten	4
11.11.2021	Lancy	Les algues et la santé de la femme	4
11.11.2021	Lancy	Les algues santé et le sport	2
11.11.2021	Lancy	Les algues santé pour bien vieillir	2
12.11.2021–13.11.2021	Luzern	Humor & Provokation in Therapie und Beratung	12
12.11.2021–20.11.2021	Online	«Beteilige mich, damit ich verstehe». Wirkungsvoll Klient-zentriert beraten mit ernährungspädagogischen Interventionsmethoden. Werden Sie prof.e.a.t. Ernährungsberater 2021	14
16.11.2021	Online	Formations Awareness HIN en ligne	2
17.11.2021	Zürich	Onkologie und Ernährung	6
19.11.2021	Crissier	L'expertise des algues santé	7
19.11.2021–20.11.2021	Zürich	Provozieren – aber richtig!	18
20.11.2021	Bussigny-près-Lausanne	Mettre en pratique les fondamentaux en micronutrition	4
22.11.2021	Online	Nachhaltig und pflanzenbasiert essen – Eine ganzheitliche Betrachtung für die Schweiz	6
23.11.2021	Online	Nachhaltige Lebensmittelproduktion und Ernährung: Schlüsselfaktoren für die öffentliche Gesundheit	3
23.11.2021	Online	AUSSCHREIBUNG KURS DARM UND PSYCHE – TEIL 2	2
24.11.2021	Online	Nutrition et supplémentation du sevrage tabagique	7
25.11.2021	Online	Mise en place d'une alimentation par sonde à domicile: Aspects pratiques de la prise en charge diététique et bases de technique d'administration	2
26.11.2021–27.05.2023	Wülflingen	dipl. Ernährungsdiagnostiker/In	18
30.11.2021	Zürich	Emotions- und Spannungs-Regulation durch Essen	7
30.11.2021	Online	NOS BACTÉRIES SONT-ELLES NOS NOUVEAUX PSYS?	2
02.12.2021–03.12.2021	Online	Nutrition et supplémentation de la femme enceinte	14
10.01.2022–25.04.2022	Online	Dietary Management and the Low FODMAP Diet in IBS – ADVANCED course	18
14.01.2022–16.01.2022	Online	Emotionen kennenlernen und verstehen, was da is(s)t	13
25.01.2022–09.04.2022	Online	Formation Mind-Eat	18
27.01.2022	Crissier	Les algues santé pour bien vieillir	2
17.02.2022	Lugano	La parte degli angeli. Spiritualità e cura.	4
11.03.2022–12.03.2022	Luzern	Humor & Provokation in Therapie und Beratung	12
12.03.2022	Crissier	Les algues et la santé de la femme	4
18.03.2022–19.03.2022	Luzern	Lösungsorientierte Gesprächsführung	12
21.03.2022	Nottwil	Individualisierte Ernährungstherapie bei Querschnittlähmung	5
25.03.2022–26.03.2022	Bern	NutriDays 2022	16
25.03.2022–26.03.2022	Bern	NutriDays 2022	16
12.04.2022–18.06.2022	Online	Formation Mind-Eat	18
21.04.2022–23.04.2022	Bern	Motivational Interviewing in der Ernährungsberatung Teil 1	18
14.05.2022	Luzern	Übungstag Humor und Provokation	6
06.05.2022	Sierre	L'expertise des algues santé	7
13.06.2022–17.06.2022	Bergün	Ketogenic Metabolic Therapies – Future Prevention & Treatment of NCD	18
23.06.2022	Crissier	Les algues santé et le sport	2
06.07.2022–09.07.2022	Stels	Lösungsorientiertes Beraten in der Ernährungs- und Diabetesberatung	18

BERATUNGSTOOL: REZEPTE ZUM OPTIMALEN TELLER

In Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Gesellschaft für Ernährung SGE hat Proviande ein Beratungstool für Ernährungsberater/-innen geschaffen. Zum optimalen Teller gibt es über 30 einfache, ausgewogene und originelle Menüs.

Das Tellermodell der Schweizerischen Gesellschaft für Ernährung SGE veranschaulicht, wie sich die Empfehlungen der Schweizer Lebensmittelpyramide im Rahmen der Hauptmahlzeiten umsetzen lassen. Neben einem Getränk umfasst eine vollständige Mahlzeit mindestens ein Gemüse oder eine Frucht, ein stärkehaltiges Lebensmittel (z.B. Kartoffeln, Getreideprodukt oder Hülsenfrüchte) und ein eiweissreiches Lebensmittel (Fleisch, Fisch, Eier, Tofu oder Milchprodukt).



Über 30 einfache und ausgewogene Menüs

Zum optimalen Teller gibt es mittlerweile über 30 einfache, ausgewogene und originelle Menüs, die in der Beratung die praktische Umsetzung der Schweizer Lebensmittelpyramide bildlich erläutern.

Das Angebot ist vielfältig: So finden sich zum Beispiel traditionelle Gerichte, Menüs aus der Nose-to-Tail-Küche, Rezepte mit Special Cuts und viele mehr.

Die Rezepte sind kostenlos als PDF-Dokumente verfügbar unter schweizerfleisch.ch/optimalerteller oder sge-ssn.ch/teller



Auf der Vorderseite der Merkblätter ist jeweils das Foto des geschöpften Tellers mit den Nährwertangaben pro Portion und auf der Rückseite das dazugehörige Rezept.

Die Menüs erfüllen pro Portion folgende Kriterien:

- 1 Portion Proteinbeilage (z.B. 100–120 g Fleisch/Fisch oder 30 g Hartkäse etc.)
- 1 Portion Stärkebeilage (z.B. 45–75 g Teigwaren, Reis, Flokken etc.)
- 1½ Portionen Gemüse oder Früchte (180 g)
- liefert zwischen 400 und 650 kcal (berechnet mit PRODI 6.7)
- Portionsgrösse richtet sich nach einem durchschnittlichen Kalorienbedarf von 2000 kcal



resource[®] ACTIV

NEU
NOUVEAU



BECAUSE WE CARE

OPTIMALE
ERNÄHRUNGSUNTERSTÜTZUNG
FÜR ÄLTERE MENSCHEN

KRAFT & MOBILITÄT ZURÜCKGEWINNEN*

*Resource[®] Activ ist eine
EINZIGARTIGE KOMBINATION aus:

Hochwertigem Protein, mehrfach ungesättigten Omega-3-Fettsäuren, Vitamin D und Calcium zur Verbesserung des Ernährungszustandes, der Muskelmasse und Muskelfunktion.¹⁻⁵

UN SOUTIEN NUTRITIONNEL
OPTIMAL POUR LES
PERSONNES ÂGÉES

RETROUVER FORCE & MOBILITÉ**

**Resource[®] Activ est une
COMBINAISON UNIQUE de:

Protéines de haute qualité, acides gras polyinsaturés oméga-3, vitamine D et calcium pour améliorer l'état nutritionnel, la masse et la fonction musculaire.¹⁻⁵

Referenzen / Références: 1. Wolfe RR. Regulation of Muscle Protein by Amino Acids. J Nutr. 2002;132(10):3219S-24S.; 2. Blomstrand E, Eliasson J, Karlsson HK, et al. Branched-chain amino acids activate key enzymes in protein synthesis after physical exercise. J Nutr. 2005;136(1 Suppl):269S-73S.; 3. Eley H, Russell S, Tisdale M. Effect of branched-chain amino acids on muscle atrophy in cancer cachexia. Biochem J. 2007;407(1):113-20.; 4. Kimball SR, Jefferson LS. Signaling pathways and molecular mechanisms through which branched-chain amino acids mediate translational control of protein synthesis. J Nutr. 2006;136(1 Suppl):227S-31S.; 5. Muir SW, Montero-Odasso M. Effect of vitamin D supplementation on muscle strength, gait and balance in older adults: A systematic review and meta-analysis. J Am Geriatr Soc. 2011;59(12):2291-300.