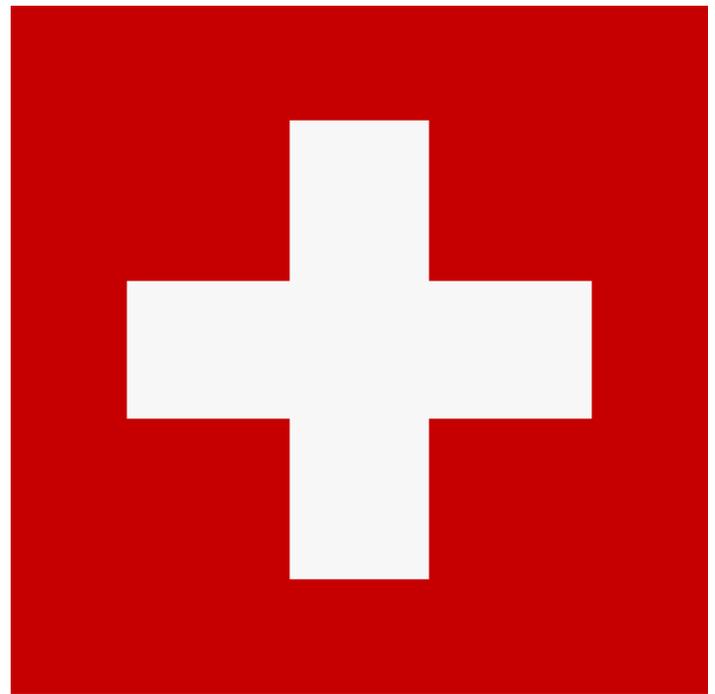


Verpflegungssituation von Menschen mit Dysphagie im Privathaushalt

Frühjahrstagung der Sektion Alter(n) und Gesellschaft
der Deutschen Gesellschaft für Soziologie
01. und 02. März 2012, Köln

C. Brombach,
A. Bongartz, J. Bohlender
Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften,
ORL-Klinik Universitätsspital Zürich

Christine.Brombach@zhaw.ch



- Einleitung
- Dysphagie und Alltagsverpflegung:
was und wie essen?
- Methoden
- Ergebnisse
- Textured modified food: Baby Nahrung und
Convenience Produkte – einige pragmatische
Überlegungen
- Schlussfolgerungen

Gegessen wird immer...von Geburt bis zum Tod

*Niemand wird «voraussetzungslos» in die Welt geboren**

Pregnant women



Small children



Infants

Vegetarians, diabetics, ...



Elderly

* Gehlen

Erziehung in der Kindheit (erlernte Wertschätzung und Umgang mit Lebensmitteln)

Sozialisation:

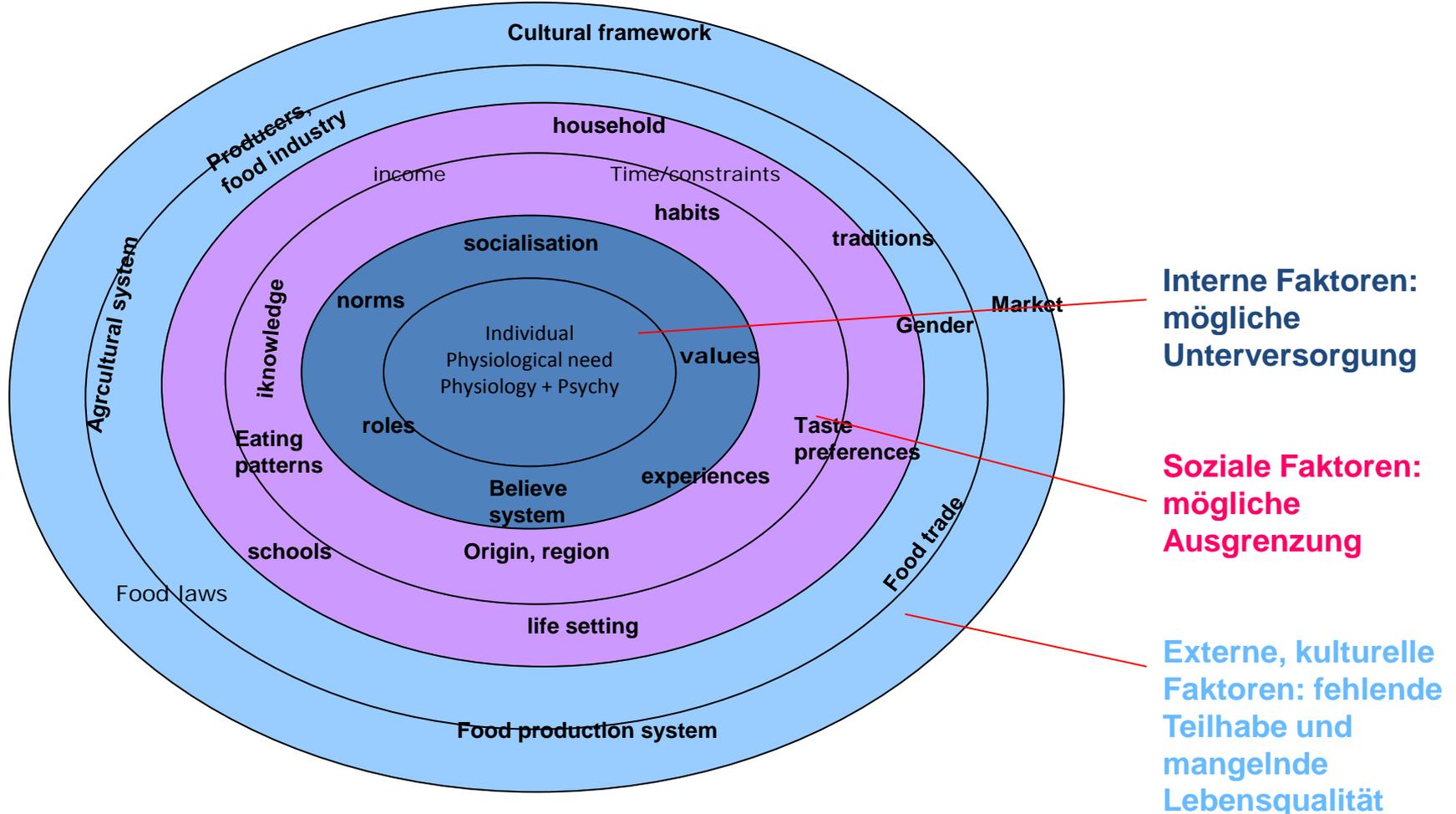
- Verhaltenskodex
- Normen und Wertesystem
- Emotionen und Erinnerungen
- Liebe und Wertschätzung der eigenen Person

G. Simmel: „... das Gemeinsamste, was alle Menschen miteinander teilen ist, dass sie gemeinsam essen...“

- Essen ist etwas anderes als Ernährung!
- Esskultur als Verstehen des „Gewordenseins“, des Wahrnehmens, des Sinns aus Sicht der jeweils handelnden Individuen*

*Anthropologisches Handeln in Bezug auf Max Scheler, Helmuth Plessner

Essen als Teil der alltäglichen Lebensführung und Bedeutungen für Autonomie und Teilhabe



Eigene Darstellung

- Allgemein: Schluckschwierigkeiten
- Alle Schluckphasen können betroffen sein
- An einem Schluckvorgang sind über 50 Muskelpaare beteiligt (reflektorischer und willentlicher Akt)
- Durchschnittlich schlucken wir ca. 2000 mal pro Tag!

Was aber, wenn jemand nicht mehr schlucken, d.h. nicht mehr «normal» essen kann?

- Keine Teilhabe an gemeinsamen Mahlzeiten nehmen kann?
- Nicht mehr gleichzeitig sprechen und essen kann (im Falle einer Kehlkopfresektion)
- Dauerhaft auf PEG-Sonde angewiesen ist, weil Verpflegung sonst zu schwierig, unmöglich wird?
- Wie versorgen sich Menschen, die Schluckstörungen haben, in Privathaushalten? Was sind deren Herausforderungen?
- **wie kann aus Sicht der Lebensmitteltechnologie die Verpflegung unterstützt werden?**

Prävalenz von Dysphagie*

- Prevalence of dysphagia in the elderly > 65 years: 7–22% (Bloem et al. 1990, Feinberg et al. 1996)
- Nursing home residents: 40-50% (Lindgren et al. 1991, Sonies et al. 1992)
- Dysphagia in the very old is higher, especially after stroke or due to neurological diseases (Parkinson, Dementia) (Lieu et al. 2001, Nilsson et al. 1996)

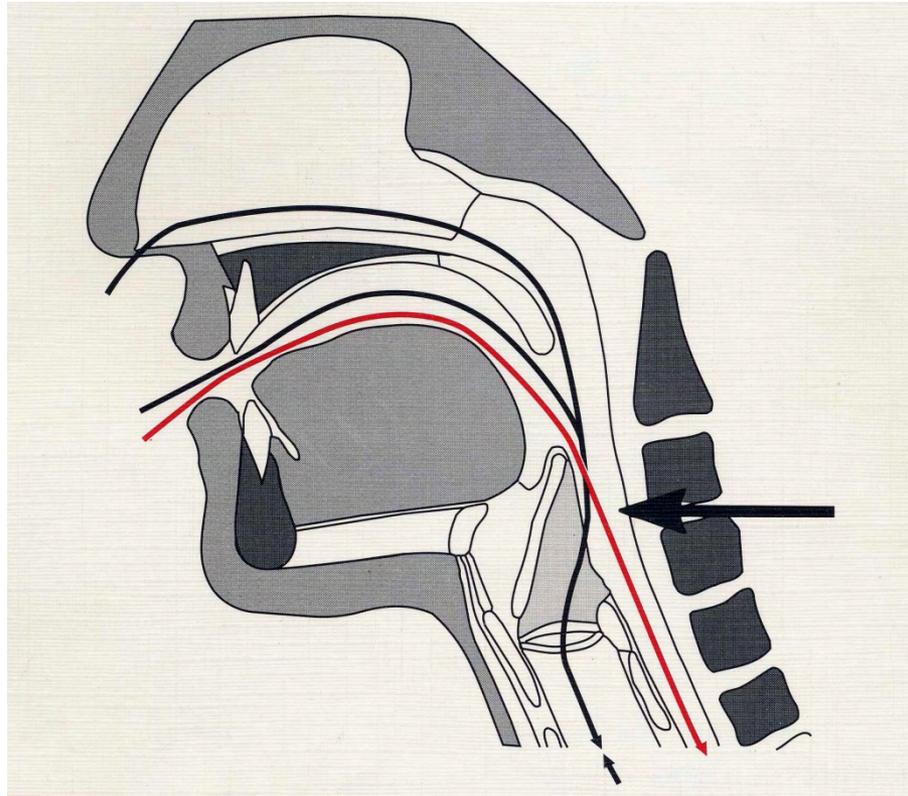
*Source: Dr. J. Bohlender, University Hospital, Zurich, 2011

Dysphagie und Pneumonie in Heimen*

- Of those >65 years and neurological diseases about 50% suffer from dysphagia, of which 30% will eventually develop pneumonia (Horner et al. 1988)
- 80% of the patients in nursing homes die of pneumonia (Feinberg et al. 1996)

*Source: Dr. J. Bohlender, University Hospital, Zurich, 2011

Crossing of larynx and esophagus*



*Source: Dr. J. Bohlender, University Hospital, Zurich, 2011

Ursachen und Konsequenzen von Dysphagie (1)

Ursachen:

- Funktioneller Verlust
- Neurologisch: Schlaganfall, Demenz
- Strukturelle Veränderungen, Operationen, Bestrahlungen
- Tumore
- Medikamente
- Verletzungen (z.B. Schädeltrauma)

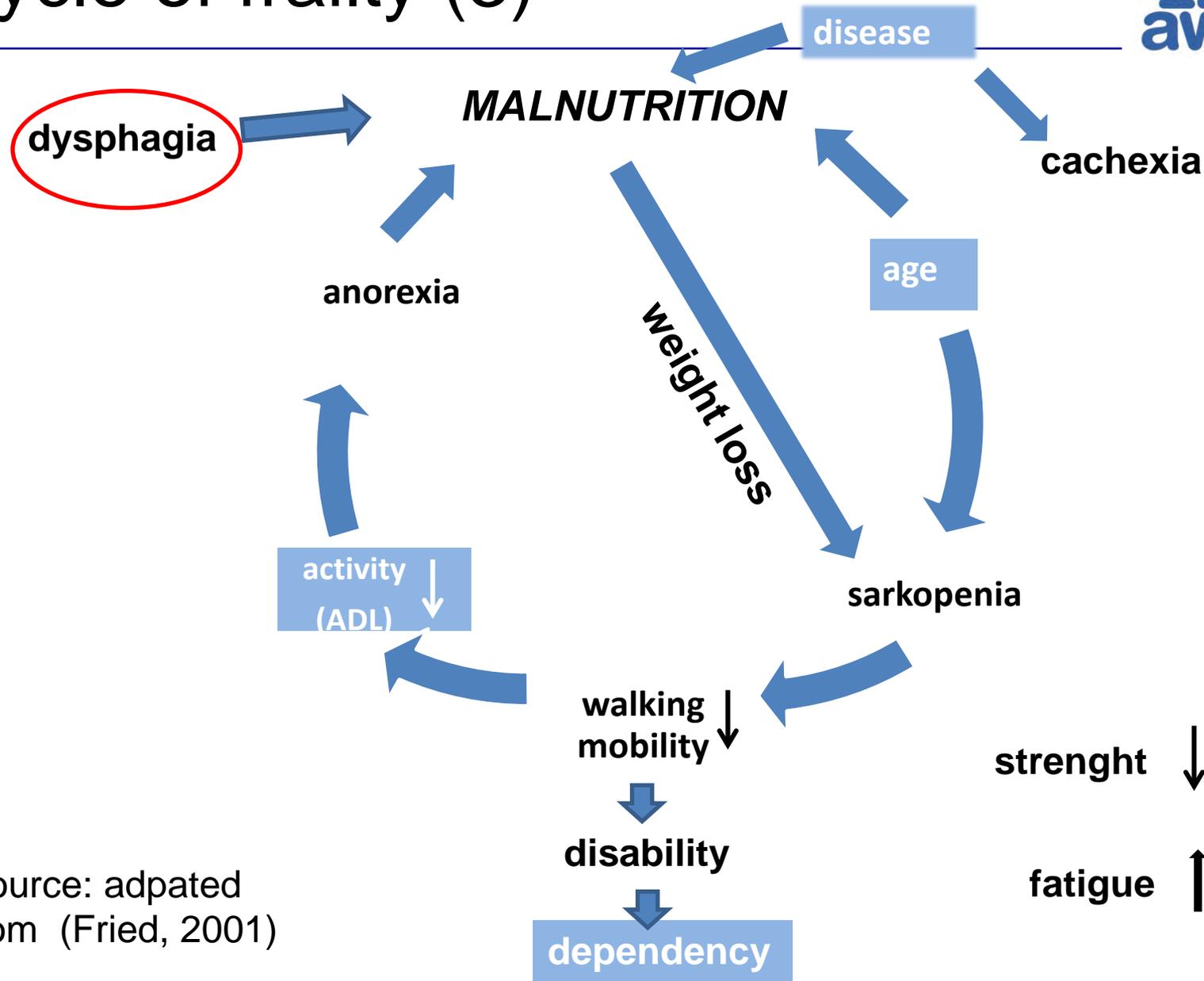
Konsequenzen auf Kostformen:

- Enterale Ernährung (PEG-Sonde)
- Fein passierte Kost
- Pürierte Kost
- Gewürfelte Kost
- Normalkost (leichte, halbweiche Kost)

Folgen von Dysphagie (2)

- Gewichtsverlust, quantitative und qualitative Unterernährung
- Aspiration von Nahrung, Lungenerkrankung, COPD
- Sozialer Rückzug, da Essen in Gemeinschaft schwierig wird
- Verlust von Lebensqualität
- Wie verpflegen sich Menschen mit Dysphagie in Privathaushalten?
- Wie gehen sie mit ihrer Situation um?
- ***Wenig ist darüber bekannt, es gibt kaum Studien dazu!***

Cycle of frailty (3)



Source: adapted
from (Fried, 2001)

- Zwei qualitative Studien
 - Interviews und Fragebögen zu Essbiografie und Essqualität (EAT-14 FB) bei 12 Menschen, die in Privathaushalten leben, sich selbst versorgen und eine Kehlkopfresektion hatten (11 m, 1 w, Durchschnittsalter 66.8y)
 - Interviews mit 5 Patienten, die in Privathaushalten leben und an schwerer Dysphagie leiden (Interviews fokussierten auf spezielle Bedürfnisse, Barrieren und Herausforderungen bei der täglichen Verpflegung und Nahrungszubereitung)
- Es sollten Alltags- und Bewältigungsstrategien aufgedeckt werden.
- Gibt es Lebensmittel, die vermieden werden, wird Freude am Essen empfunden, was sind die besonderen Herausforderungen im Zusammenhang mit Essen.

Teilnehmende beider Studien wurden via Phoniatische Ambulanz des Universitätsspitals Zürich rekrutiert

Interviews wurden aufgezeichnet und anschliessend transkribiert und ausgewertet, wie auch die Fragebögen

Schriftliche Einverständniserklärung wurde vorgängig eingeholt

Ergebnisse (1)

- Veränderung der Lebensqualität
- Verzicht auf gewisse Lebensmittel
- Teilweise Nährstoffdeckung durch Supplemente
- Veränderungen hinsichtlich Geruchs- und Geschmackswahrnehmung
- Schwierigkeiten beim Auswärts essen
- Hilfe von erfahrenen Personen häufig erforderlich

- Meist wurde Fleisch gemieden, vor allem sehr faseriges Fleisch (Ausnahme: Geflügelfleisch)
 - Nahrung wurde länger als normal gekocht um weichere Konsistenz zu erlangen (Nährstoffversorgung?)
 - Salate wurden gemieden
 - Oftmals wurde auf Brot, Vollkornprodukte, rohe Früchte , Gemüse verzichtet (Energieversorgung? Nährstoffe?)
 - Essen wurde als wenig schmackhaft empfunden, galt häufig als *mühsam*
 - Kaum Ausser Haus Verzehr! Meist nur im Familienkreis
- Fast alle TN waren untergewichtig!**

- TN berichteten, dass sie Speisen bevorzugen, die schnell zubereitet werden können. Eine Person berichtete, dass sie sich fast ausschliesslich von (Tüten)Suppen ernähre.
 - Alle TN benötigen Informationen, wie sie die verfügbaren Speisen besser an ihre Bedürfnisse anpassen können
- Spezielle Nahrung mit Texturmodifikation **gibt es NICHT im herkömmlichen Sortiment im Laden**
- Essen muss entweder über **Apotheken** oder **online** gekauft werden, es ist **teuer, wenig Auswahl** hinsichtlich Geschmack und Farben
- Für die Andickung, Pürieren und Zubereitung benötigt es Kenntnisse und Fertigkeiten (alte Menschen, Kranke, ohne Kochkenntnisse?)

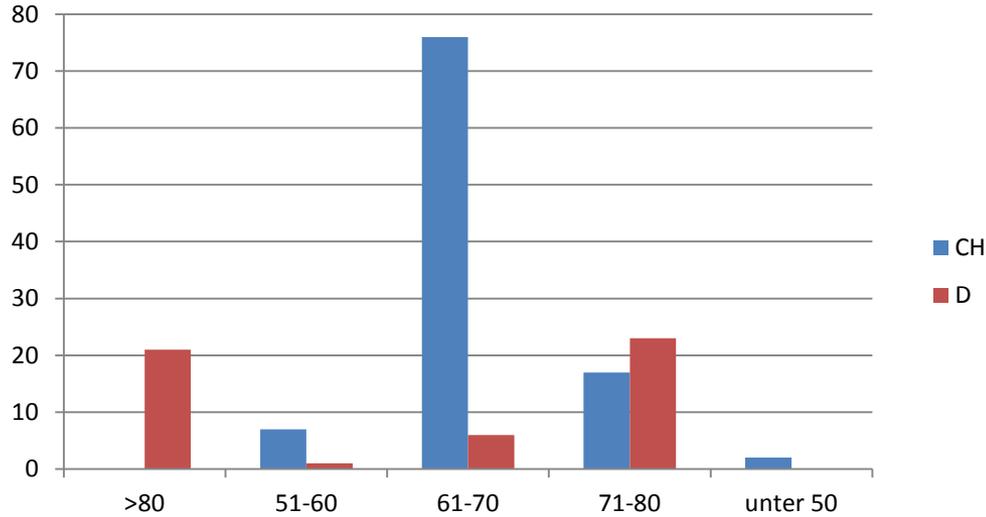
- **bei Dysphagie häufig: Exklusion statt Inklusion!**
- Lebensqualität?
- Wie kann die soziale Teilhabe bei gleichzeitiger schmackhafter und ausgewogener Ernährung gewährleistet werden?
- Was kann hier die Lebensmitteltechnologie beitragen?

Pilotstudie zu Umgang mit Lebensmitteln bei Ü 65 Jährigen ohne Schluckstörung*

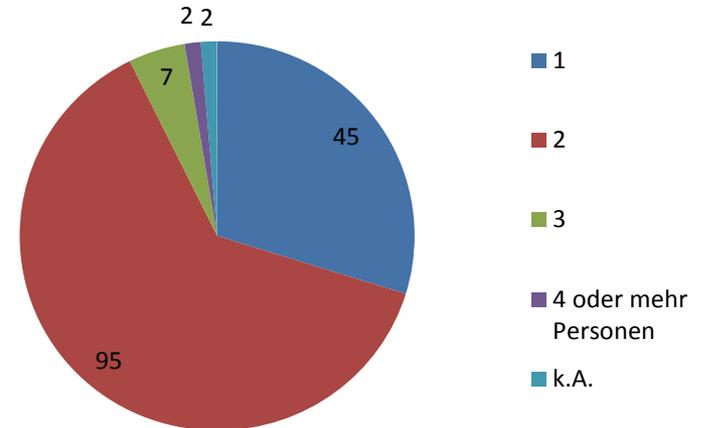
- Befragungen von 102 CH>65y, 51 D >65 y
- Themen Einkauf, Verpackungen, Kochen...

* Gemeinsam mit A. Bongartz, zhaw

Beschreibung der Teilnehmer: Altersgruppen, Haushaltsgrösse

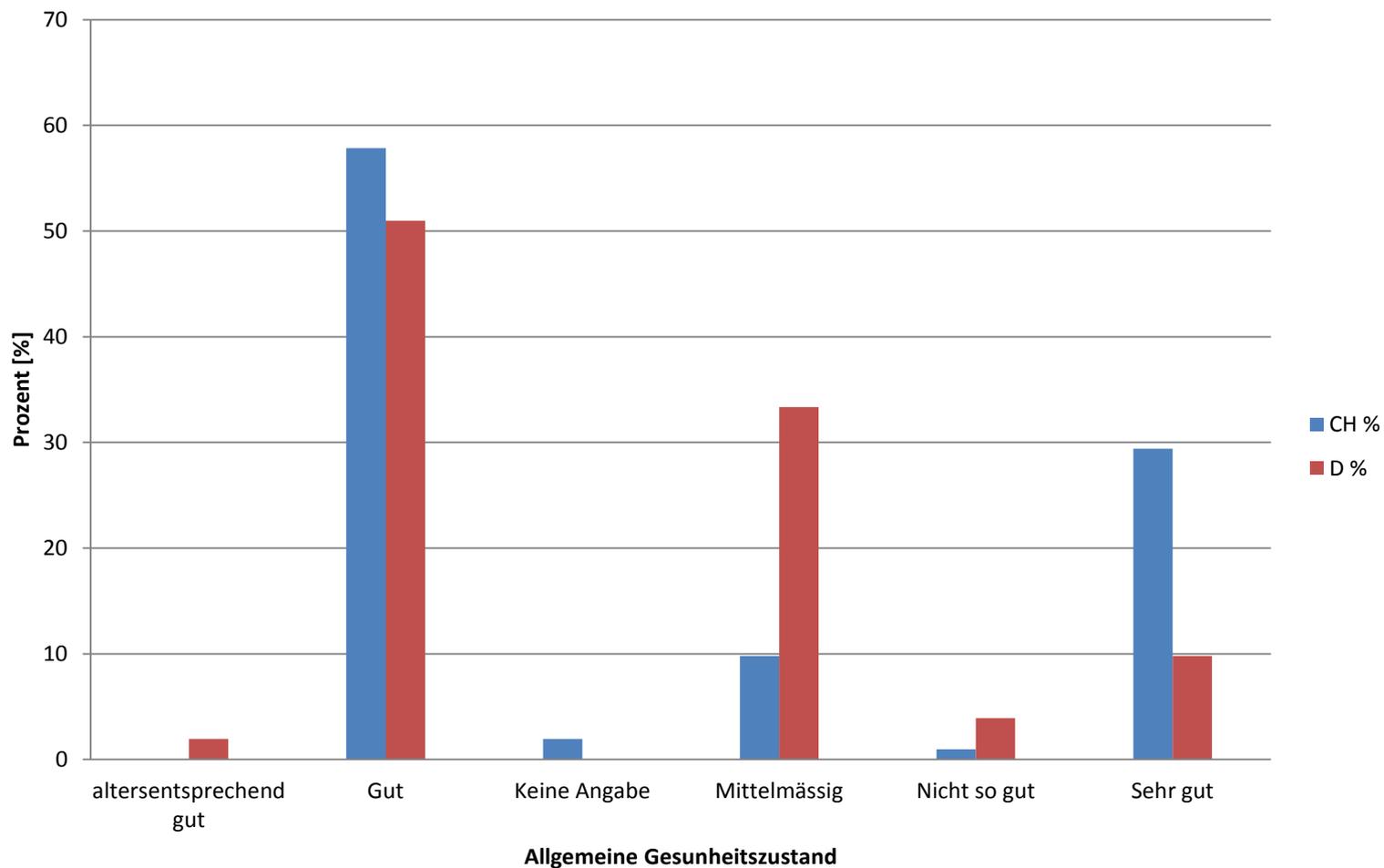


Altersgruppen der TN für D und CH in absoluten Zahlen

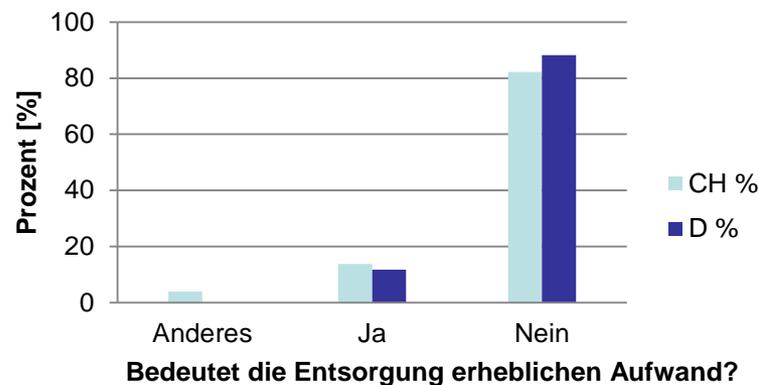
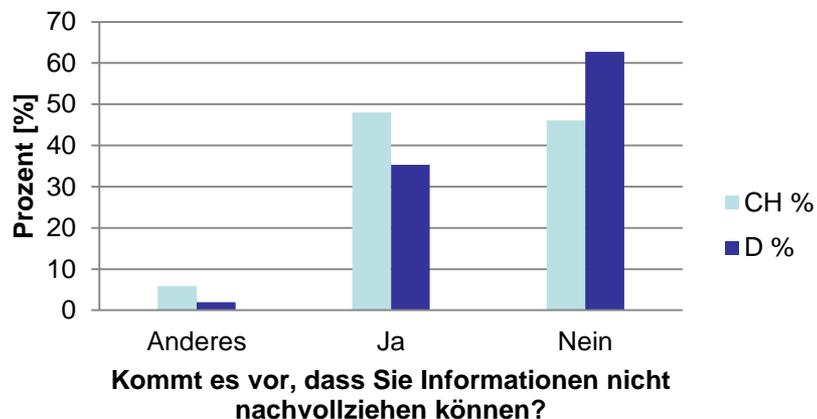
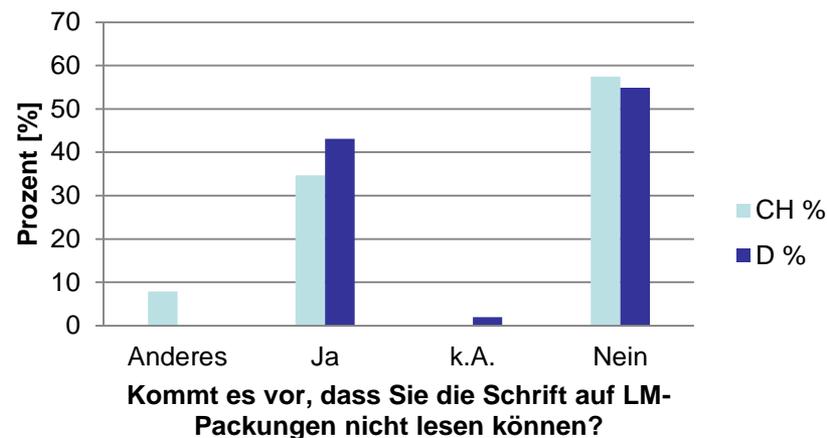
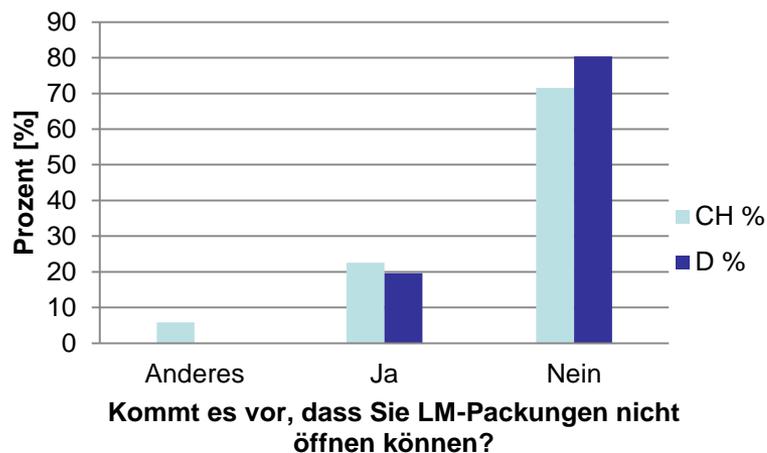


Haushaltsgrösse der TN für D und CH in absoluten Zahlen

Subjektiver Gesundheitszustand in %



Schwierigkeiten...beim Öffnen, Lesen, Entsorgen...



- Drei weitere Studien wurden zu Sensorik, Rheologie, Smooth Food durchgeführt

Alternativen im Alltag im Privathaushalt (1)

- Smooth Food*?

Geschmeidige Konsistenz

Mixen, pürieren, passieren, aufschäumen

Ernährungsphysiologisch hochwertig

Klassische Zubereitungsarten und Anwendungen der Molekularküche

- Überprüfung der Praktikabilität:

Rezepte ausgewählt

Nachkochen in der Versuchsküche der ZHAW

- Sensorische Bewertung:

Hedonische Prüfung mit Studenten und Angestellten ZHAW

Beurteilung von Optik, Geschmack, Textur und allgemeiner Einschätzung

Fragebogen mit 9-Punkt-Skala

*M. Biedermann (2010)

Ergebnisse - Praktikabilität

- Zeitfaktor zur Herstellung hoch
- Kostenfaktor hoch (Verdickungsmittel teuer)
- Geräte und deren Umgang muss bekannt sein
- Ernährungsphysiologisch nur bedingt ausgewogen
- Sensorische Bewertungen mittel bis gut



Alternativen im Alltag im Privathaushalt (2)

- Baby Food Hersteller und Händler wissen, dass ca. 15-20% der Babynahrung von Erwachsenen konsumiert werden.
- Es wird immer wieder (in Kliniken) berichtet, dass Menschen mit Dysphagie Babynahrung konsumieren, ***Zahlen und genaue Daten dazu gibt es nicht!***
- Frage: wie können bereits auf dem Markt eingeführte Convenience Produkte angepasst, modifiziert werden für die Bedürfnisse von Menschen mit Dysphagie?
- Gibt es dazu Marktpotential und wie sollte eine solche Strategie kommuniziert werden?

Ziel der sensorischen und rheologischen Studien:

- Marktrecherche, um mögliche Produkte zu finden, die sich für Dysphagiebetreffene eignen
- Könnten **Fertiggerichte**, die püriert werden, nicht eine Alternative zu Babynahrung sein?
- Auswahl (matching) von je 5 Convenience Produkten und 5 Baby Food aus Sortiment des CH-Detailhandel
- Nährstoffberechnungen und Vergleich Baby Food und Convenience Produkte zu Ernährungsempfehlungen (D-A-CH-Referenzwerte)
- Sensorische Bewertungen aller untersuchten Produkte
- Betrachtung und Beobachtung des gesamten Vorgangs der Zubereitung (Öffnen, Kochen und Handhaben)
- Rheologische Untersuchungen (Textur, Viskosität, Verdickungsmittel)

Produktauswahl



- ... ist leicht zu öffnen
- ... leicht zu handhaben
- ... leicht zuzubereiten und zu erwärmen
- ... eine gewisse Auswahl, Geschmack
- ... Kauf ist sozial akzeptiert da für «Enkelkind»(!)
- ... erscheint sicher und «gesund»



→ Wird von Dysphagiebetreffenden als Alternative zu herkömmlichen Speisen gesehen!
ABER ist dem so?

Convenience Produkte

- ... wie gut kann es geöffnet werden?
- ... wie soll es gehandhabt werden?
- ... wie soll es angedickt bzw. püriert werden?
- ... wie sollte Information kommuniziert werden?



Convenience Produkte:

- ... sozial akzeptiert
- ... bieten Vielfalt und Abwechslung, decken Nährstoffbedarf besser

→ Kann es an die Bedürfnisse von Menschen mit Dysphagie angepasst werden? Wie?



Convenience Food: Verpackungsöffnung



Convenience Food Öffnen





Convenience Food – püriert...



Convenience Food- püriert...

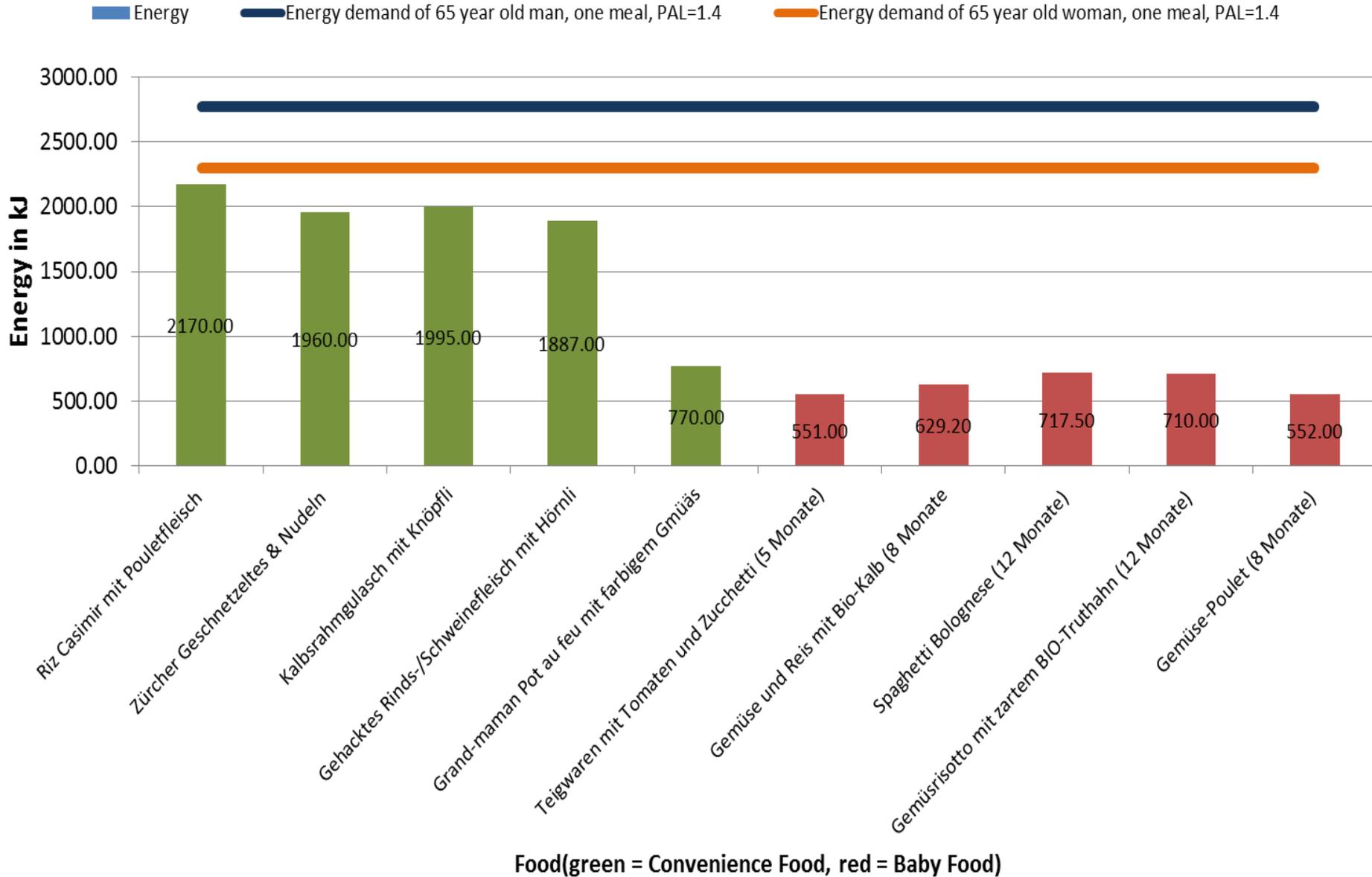


Ergebnisse (4) Convenience Food vs. Baby Food



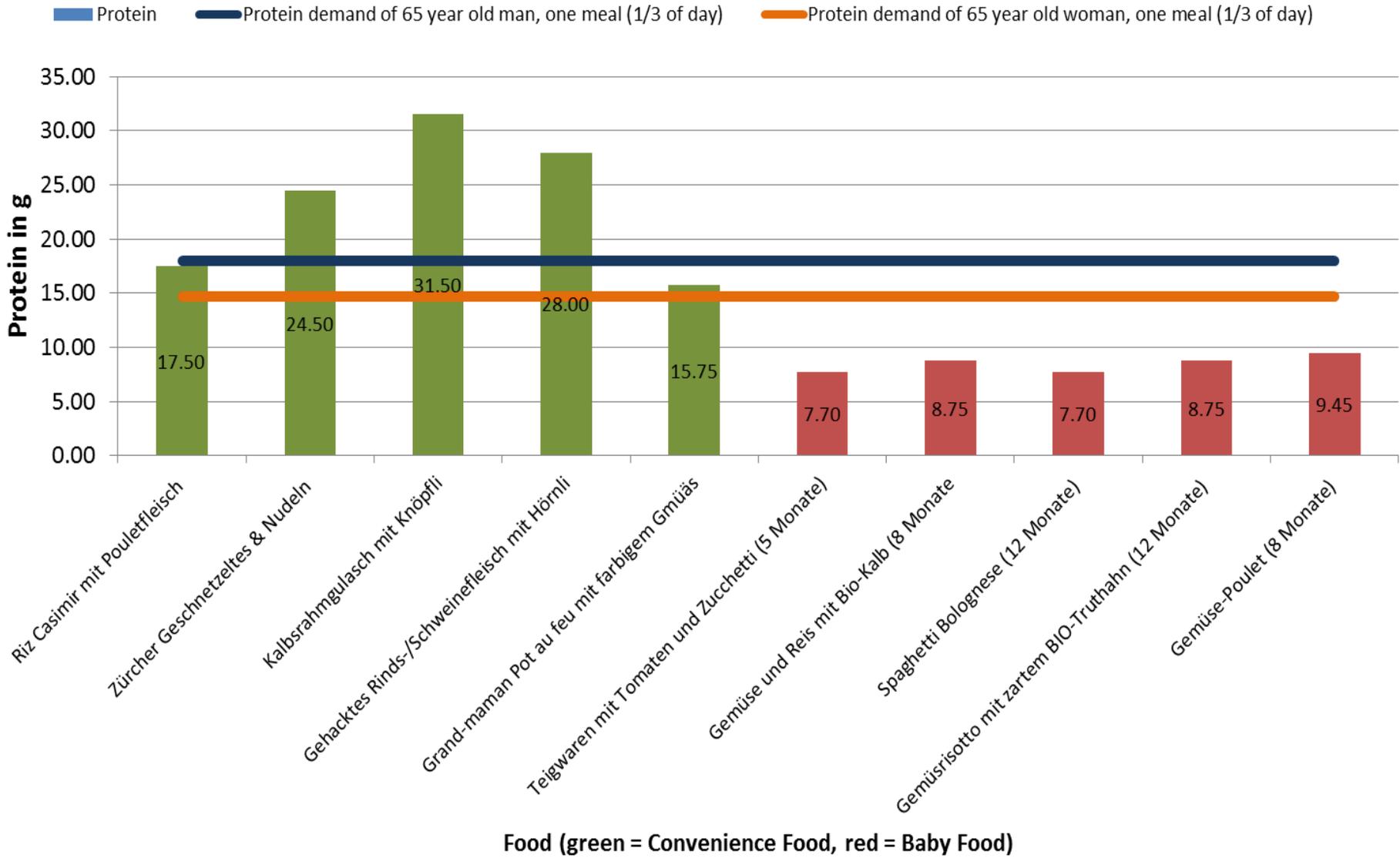
Convenience and Baby Food compared

Energy content in one portion



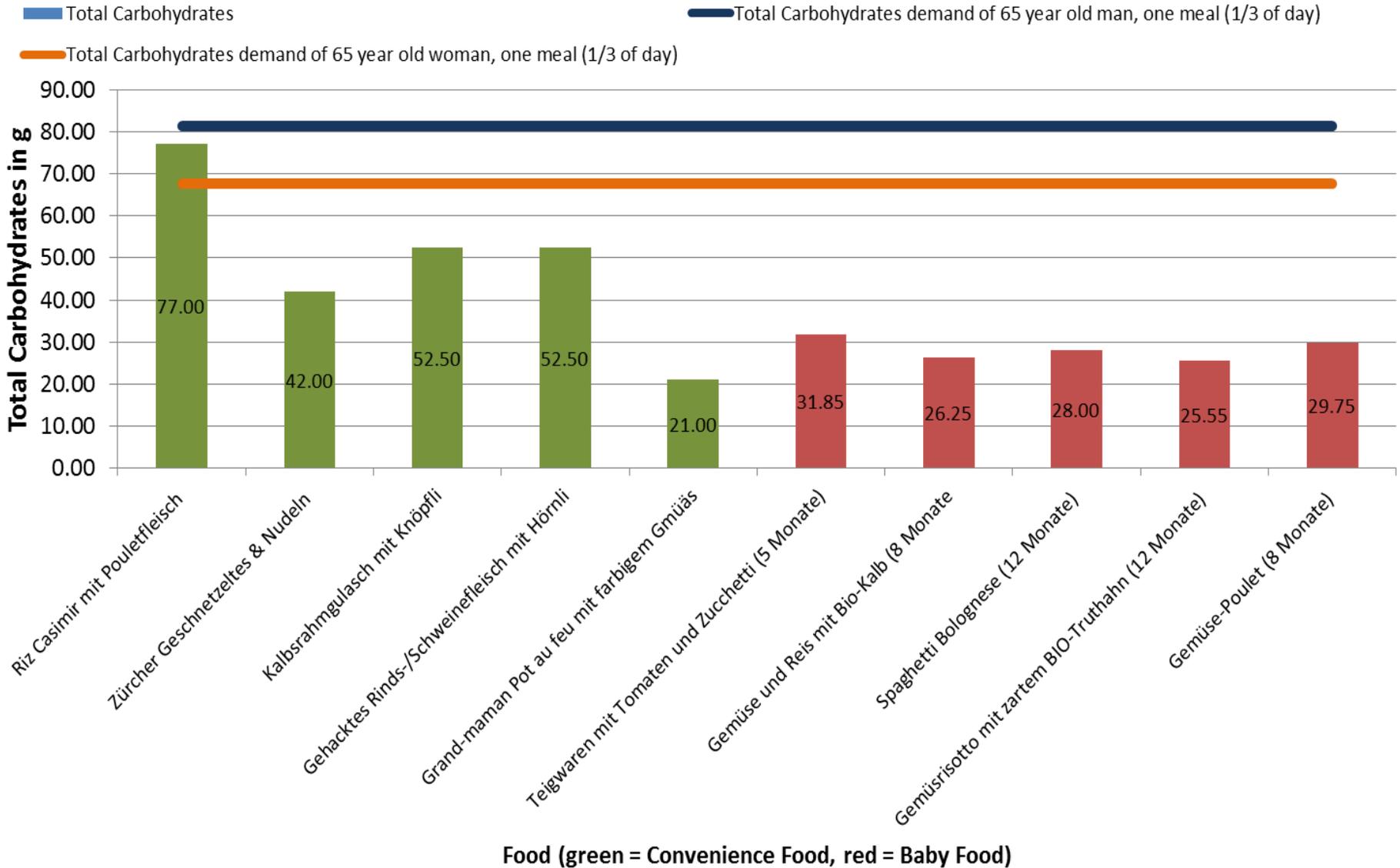
Convenience and Baby Food compared

Protein content in one portion



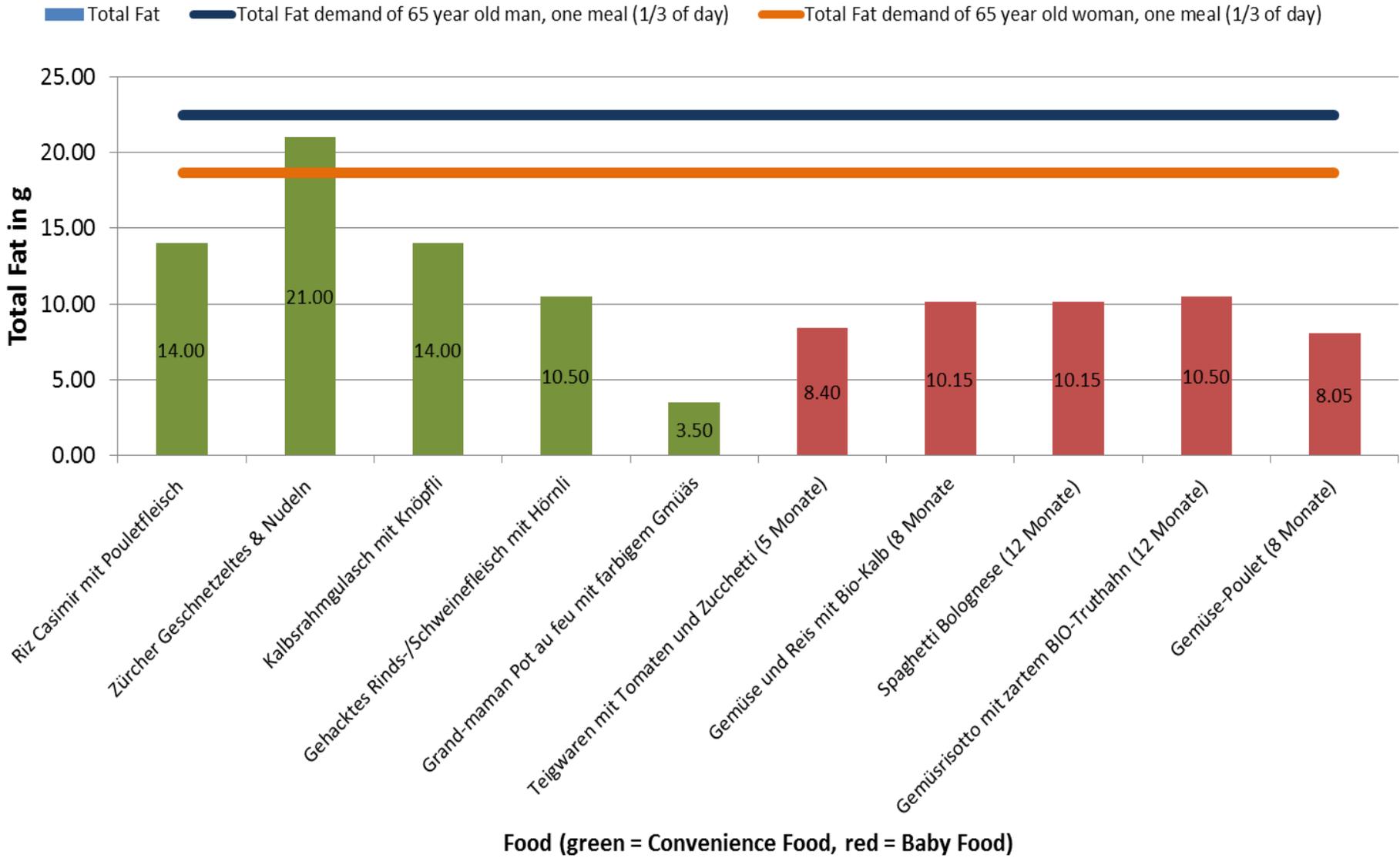
Convenience and Baby Food compared

Total Carbohydrates content in one portion



Convenience and Baby Food compared

Total fat content in one portion



Baby Nahrung deckt nicht den Nährstoffbedarf von Erwachsenen ab

Convenience food ist nicht immer leicht zu öffnen, pürieren ist nicht standardisiert, Informationen dazu sind notwendig

Textur und Nährstoffe sind (noch) nicht ideal

What can we learn from this story?

Wie können Convenience Produkte, die schon am Markt sind, adaptiert, modifiziert oder verbessert werden?

Zürich University
of Applied Sciences

zhaw Life Sciences and
Facility Management
Institute of Food and
Beverage Innovation

Convenience Produkte haben ein ausgewogeneres Nährwertprofil und sind daher besser geeignet für Erwachsene (allerdings sind Optimierungen notwendig)



Alle Befragten würden ein Kennzeichen auf den Verpackungen von Convenience Produkten begrüßen, um eine sichere Wahl und Zubereitung für Menschen mit Dysphagie zu erleichtern

Unsere rheologischen Untersuchungen zeigen, dass die untersuchten Produkte für Betroffene mit leichter bis mittlerer Dysphagie modifiziert werden können und eine entsprechende Textur erreichen. Nach Einschätzung von Logopädinnen des Unispitals Zürichs eignen sich diese modifizierte Speisen für Dysphagiepatienten mit mittelschwerer Dysphagie

Schlussfolgerungen

1. Convenience Produkte sind sozial akzeptiert,
=> Marketing Potential, auch für Menschen mit Dysphagie
2. Convenience Produkte sind nicht diskriminierend
3. Convenience Produkte sind nicht verknüpft mit Erkrankungen
4. Soziale Teilhabe möglich: Mahlzeit kann geteilt werden, ein Teil wird für Betroffene püriert, der andere Teil kann so verzehrt werden (Inklusion! statt Exklusion)
5. Einfache Handhabung (und Zubereitung)
6. Vielfalt an Produkten und Auswahl
7. Selbstbestimmung , hohes Mass an Sicherheit durch standardisierte Rezepturen
8. Nahrungsautonomie und Selbständigkeit
9. Leichte Verpackungsöffnungsmechanismen
10. Zusätzliche Informationen, wie Nahrung zubereitet werden soll, Anpassungen an Nährstoffbedarf



Acknowledgements

- Dr. med. J. Bohlender, University Hospital
Zürich, Schweiz
- Janine Gries, ZHAW, Wädenswil, Schweiz
- Glacilene Lötscher, ZHAW, Wädenswil, Schweiz
- Stefanie Rutschi, ZHAW, Wädenswil, Schweiz
- Martina Arnold, ZHAW, Wädenswil, Schweiz
- Katrin Schuh, Universität Jena, Deutschland

Literatur

- Fried L, Tangen CM, Walston J et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol* 2001; 56: M146–M156
- Kressig, R (2010) Mangelernährung im Alter– vorbeugen, verhindern, behandeln. *SZE* 1 (10):44-45
- Löser C Unter/Mangelernährung im Krankenhaus. *Aktuel Ernähr Med.* 2011;36:57–75
- Imoberdorf, R Mangelernährung – Unterernährung. *Schweiz Med Forum* 2011;11(44):782–786
- Frei, A 2006 Mangelernährung im Spital – medizinische Kosten und Kosteneffektivität bei Verhinderung. Bundesamt für Gesundheit
- Stone, R.(2009): Dysphagia in the elderly. <https://www.bmc.org/Documents/bmc-Dysphagia-Elderly.pdf> (25.08.2011).
- Anon. (1998): Kau- und Schluckbeschwerden, DGE-aktuell, 03/98. <http://www.dge.de/modules.php?name=News&file=print&sid=6> (05.09.2011).
- Anon. (2001): Pschyrembel Klinisches Wörterbuch, 259. Auflage, Walter de Gruyter GmbH&Co. KG, Berlin.
- DeFabrizio, M.E., Rajappa, A. (2010): Contemporary Approaches to Dysphagia Management, *The Journal for Nuresse Practitioners*, 6, 8, S. 622-630.
- Biedermann, M., Furer-Fawer, S., Thill, H. (2010): Smooth Food 5 Sterne für die Heimküche, Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau.
- Cook, I.J., Khalrilas, P.J. (1999): AGA technical review on management of oropharyngeal dysphagia, *Gastroenterology*, 2, 116, S.455-478.