

VON DER
KREBSLIGA SCHWEIZ
FÜR HERVORRAGENDE
SCHMERZTHERAPIE
AUSGEZEICHNET

HOSPIZ • IM PARK

Klinik für palliative Medizin, Pflege + Begleitung

Stollenrain 12 · 4144 Arlesheim
Tel. 061 706 92 22 · Fax 061 706 92 20
www.hospizimark.ch · info@hospizimark.ch

Alle Versicherungsklassen.

HOSPIZ • IM PARK

Klinik für palliative Medizin, Pflege + Begleitung

2005

HOSPIZ FOLIO
mit Jahresbericht
HOSPIZ IM PARK
Arlesheim

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort	2
Ethische Entscheidungsfindung	3
Das HOSPIZ IM PARK	10
Jahresbericht 2004	13
Physiotherapie im HOSPIZ IM PARK	16
Neue Stiftungsrätin	18
Neue- und ausgetretene MitarbeiterInnen 2004/05	19
Fortbildungsveranstaltung im HOSPIZ IM PARK 2005	20
Tag der offenen Tür · FREUNDE DES HOSPIZ	21

STIFTUNGSRAT:

Dr. iur. Mathis Burckhardt · Iris Johner · Dr. med. Heinrich Schaefer · Vreni Schmid

HOSPIZLEITUNG:

Dr. med. Heike Gudat (leitende Hospizärztin) · Helen Haase (Leitung Administration)

Ruth Merk (Leitung Pflege)

VORWORT

Liebe Leserin, lieber Leser

Sie halten unser neues HOSPIZ FOLIO in der Hand und ich hoffe, es fällt Ihnen nicht schwer, am blumigen neuen Auftritt Gefallen zu finden. Es braucht bekanntlich Mut, sich von Altvertrautem zu verabschieden und Neues zu wagen.

Sich von Vertrautem verabschieden, sich auf Neues einlassen ist im Hospiz ein alltägliches Thema und bereitet trotzdem immer wieder Mühe. So war es auch nicht einfach, Hanno Niemeijer aus dem Gremium des Stiftungsrates zu verabschieden. Er hat sehr viel zum Gelingen des Hospiz beigetragen, wir sind ihm sehr dankbar.

Nicht nur das HOSPIZ FOLIO, auch den Stiftungsrat haben wir verjüngt und aufgefrischt. Wir haben mit Frau Iris Johner eine initiative, fachlich kompetente und achtsame Stiftungsrätin gefunden.

Frau Dr. med. Heike Gudat, unsere leitende Hospizärztin, hat an der «2nd International Conference on Clinical Ethics Consultation» (17.-20 März 05) in Basel teilgenommen. Sie leitete den Workshop «Clinical Ethics Consultation in Palliative Care».

Sie, liebe Leserin, lieber Leser haben die Möglichkeit, mit der gekürzten Fassung ihres Vortrages einen Einblick in das sehr komplexe und schwierige Thema der «Ethischen Entscheidungsfindung in Palliative Care» zu bekommen.

Ich wünsche Ihnen eine anregende Lektüre und grüsse Sie herzlich

Vreni Schmid



ETHISCHE ENTSCHEIDUNGS- FINDUNG IN PALLIATIVE CARE – HERAUSFORDERUNGEN UND HALTUNG IM HOSPIZ IM PARK

Palliative Care hat zum Ziel, angesichts einer lebensbedrohenden Krankheit die **LEBENSQUALITÄT** der Betroffenen und deren Angehörigen zu verbessern. Viele Aspekte der Palliative Care beginnen schon mit der Diagnose einer unheilbaren Krankheit. Sie ist nicht nur bedeutsam bei rasch verlaufenden, tödlich endenden Erkrankungen, sondern auch bei jeder langsam fortschreitenden, chronisch-unheilbaren Krankheit wie zystischer Fibrose, neuromuskulären degenerativen Erkrankungen oder chronischer Niereninsuffizienz. Je geringer die Heilungschancen sind, umso weiter rückt als Priorität die Lebensqualität in den Vordergrund.

Die sogenannte «End-of-Life-Care» ist ein Teil der Palliative Care. Sie beinhaltet die letzte Lebensspanne, wenn keine stabilisierenden oder sogar kurativen Möglichkeiten mehr bestehen. Eine eindeutige Definition bezüglich ihres Beginns gibt es nicht, die End-of-Life-Care beträgt in der Regel Tage bis wenige Wochen. Sie ist mit ganz spezifischen Fragen und Problemen verbunden. Dies nicht zuletzt, weil die heutigen technischen Möglichkeiten die Überlebenszeit vieler chronischen Krankheiten erheblich verlängern können. Diese Möglichkeiten greifen auch in die fortgeschrittene Krankheitsphase hinein, in welcher lebensverlängernde Massnahmen die Einbusse einzelner Funktionen nicht mehr auffangen können (Gehunfähigkeit durch zunehmende Schwäche oder Lähmung, Gewichtsabnahme durch schwindenden Appetit, Probleme mit der Ausscheidung und anderes). Bezeichnenderweise spricht man auch von einem «dissoziierten Sterben», in welchem mitunter dem Patienten, meistens aber den Therapeuten, der Mut fehlt aufzuhören («wer A sagt, muss auch B sagen»). Allein daher ist nicht verwunderlich, dass sich die Bioethik zunehmend mit Grenzfragen am Ende des Lebens auseinandersetzt. An den grösseren medizinischen Zentren der angloamerikanischen Länder spielen «Bioethics» auch in der Palliative Care eine wachsende Rolle.

Tabelle 1: Definitionen

KURATIVE MEDIZIN

Heilende Medizin. Beispielsweise Antibiotikatherapie bei Entzündung, Operation eines Knochenbruchs.

PALLIATIVMEDIZIN ODER PALLIATIVE CARE* (NACH WHO)

Palliative Care definiert eine Behandlung, Begleitung und Haltung («approach»), welche angesichts einer lebensbedrohlichen Krankheit die Lebensqualität von Patienten und deren Angehörigen verbessern sollen.

Palliative Care:

- beinhaltet Linderung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen
- bejaht das Leben und akzeptiert das Sterben als einen normalen Prozess
- will den Tod weder beschleunigen noch aufhalten
- integriert psychische, spirituelle und soziale Aspekte in die Behandlung
- bietet den Angehörigen Unterstützung in der Verarbeitung an

«END-OF-LIFE-CARE»

Die End-of-Life-Care ist ein Teil der Palliative Care. Sie beinhaltet die letzte Lebensspanne und ist mit ganz spezifischen Fragen und Problemen verbunden. Beginn nicht eindeutig definierbar, Dauer in der Regel Tage bis wenige Wochen.

*Da die englische Bezeichnung Palliative Care sehr treffend die medizinische Behandlung, Pflege und Begleitung beschreibt, wird sie in Fachkreisen der eindimensionalen deutschen Bezeichnung Palliativmedizin vorgezogen.

WARUM NEHMEN ETHISCHE FRAGEN AM ENDE DES LEBENS EINEN DERART HOHEN STELLENWERT EIN?

Auch in Palliativsituationen müssen kontinuierlich Entscheidungen getroffen, Behandlungen angepasst werden. Je klarer der Handlungsspielraum in einer Situation ist, umso leichter können tragfähige, verantwortbare Entscheidungen getroffen werden. Gerade hier liegt ein Hauptproblem der Palliative Care:

1. **DIAGNOSTIK:** die wichtigen «palliativmedizinischen Befunde» lassen sich nicht exakt messen – es gibt keine «Blutwerte» für Lebensqualität, Schmerzen, Atemnot, Angst und Übelkeit.
2. **THERAPIE:** für die wenigsten Beschwerden bestehen allseits anerkannte Therapieempfehlungen (Ausnahme: Schmerztherapie nach WHO)
3. **DISSOZIIERTER STERBEPROZESS:** technische Möglichkeiten können den Sterbeprozess erheblich verlängern, das Abwägen von Nutzen und Schaden ist schwierig.
4. **ENTSCHEIDUNGSFÄHIGKEIT:** überdurchschnittlich viele Patienten sind in ihrer letzten Lebensphase verwirrt oder nicht mehr ansprechbar und damit bezüglich komplexer Fragen nicht mehr entscheidungsfähig.
5. **GÜTERABWÄGUNG:** Komplexe Situationen haben biologische, psychologische oder soziokulturelle Ebenen. Diese müssen situativ gegeneinander abgewogen werden.
6. **GRENZSITUATIONEN:** Palliative Care bewegt sich regelmässig in ethisch-moralischen und juristischen Grauzonen (Euthanasie, Sedation).
7. **Fehlende Finanzierung palliativmedizinischer Angebote und mangelhafte Fachkompetenz in Palliative Care** behindern eine optimale palliativmedizinische Betreuung.
8. **TENDENZ ZUR UNGENÜGENDEN QUALITÄTSSICHERUNG:** zu palliativmedizinischen Fragen wird kaum Forschung betrieben, die Fehlerkultur ist ungenügend, das technische Monitoring zurückhaltend.

HÄUFIGSTE KONFLIKTBEREICHE IN PALLIATIVSITUATIONEN

Im Hospiz finden sich die häufigen Konfliktherde wieder, wie sie auch in zahlreichen Untersuchungen beschrieben werden (Tabelle 2).

Eine grosse Herausforderung stellt das Dilemma zwischen Autonomie des Patienten und Paternalismus durch seine Betreuer dar. Wie unabhängig handelt ein Individuum, das eingebettet ist in eine soziale Umgebung (Bsp.: der Patient will keine Lebensverlängerung, die Familie drängt auf eine Therapie)? Ab wann handelt es sich um eine falsch verstandene Autonomie oder um eine eigentliche Entsolidarisierung der Gesellschaft mit ihren schwächsten Mitgliedern (uneingeschränkte Palliation/Lebenshilfe anstelle Hilfe zum Suizid)? Wie weit kann ein schwerkranker Patient schwierige Therapieentscheide überblicken, wie weit muss er von den betreuenden Fachexperten geleitet werden, ab wann müssen Entscheide sogar ganz durch das betreuende Team übernommen werden? – Diese Fragen werfen regelmässig kontroverse Fragen auf und gehören auch nach langer Berufserfahrung zu den interessantesten, aber auch zu den schwierigsten.

Die Fragen zu Therapieverzicht oder -abbruch (juristisch gesehen ist das kein Unterschied) sind besonders schwierig bei nicht ansprechbaren Patienten. Manchmal drängen sich hier radikale Therapieentscheide auf, wenn die Gesamtprognose (noch) nicht sicher abschätzbar ist (Frage der künstlichen Ernährung oder Infektbehandlung bei Wachkomapatienten).

Konflikte zwischen Autonomie und Paternalismus treten häufig auf. In diesem Licht können Patientenverfügungen, welche eigentlich einem Autonomieanspruch über die wirkliche Entscheidungsfähigkeit hinaus entsprechen, problematisch sein. Spiegeln sie wirklich die aktuelle Haltung des Betroffenen wider? Entsprang die Patientenverfügung einer Angst vor der technisierten Medizin und entspricht sie eher einem Hilferuf nach sorgfältiger Palliation?

Am schwierigsten ist, wenn Konfliktsituationen gleich zu Beginn der Hospitalisation im Hospiz auftreten beziehungsweise, wenn sich die Therapieempfehlungen zwischen Zuweiser und Hospiz grundsätzlich widersprechen. Dies kommt leider wiederholt vor. In diesen Situationen wird, oft unter Zeitdruck, zusammen mit Familie, Hausarzt und unabhängigen, externen Experten ein Konsens gesucht.

Tabelle 2: häufige Konfliktsituationen

AUTONOMIE-PATERNALISMUS (BEVORMUNDUNG)

INADÄQUATE THERAPIEWÜNSCHE VON PATIENTEN ODER ANGEHÖRIGEN

THERAPIEVERZICHT ODER -ABBRUCH

SEDATION – «SLOW EUTHANASIA»

ASSISTIERTER SUIZID

FEHLENDER KONSENS IM TEAM

EXTREME BELASTUNGSSITUATIONEN

BURN OUT IM TEAM

ETHISCHE URTEILSBILDUNG IM HOSPIZ IM PARK

Fast täglich fallen im Hospiz Fragen mit ethischem Hintergrund an. Das Wichtigste ist, sich die Fragen überhaupt zu stellen. Wie unten beschrieben wird, bedarf es verschiedener Plattformen für informelle und strukturiertere Diskussionen. Ein Team muss eine Diskussionskultur entwickeln, welche auch unbequeme oder sogar tabuisierte Fragen (wie beispielsweise Einschränkungen von besonders teuren oder personalintensiven Behandlungen) zulässt.

Die ethischen Fragen – meist handelt es sich um Konflikte zwischen zwei oder mehr Handlungsmöglichkeiten – müssen klar formuliert werden. Schon beim Zusammentragen der wichtigsten Hintergrundinformationen und beim gemeinsamen Ringen um die Formulierung des eigentlichen Kernproblems lösen sich viele «Konflikte» von selber auf. So lassen sich zahlreiche Fragen innerhalb des Teams lösen. Häufig müssen aber auch die vorbehandelnden Betreuer (meist Hausarzt, Fachspezialist, ambulante Onkologiepflege) involviert werden. Weitaus seltener wird ein sogenanntes ethisches Komitee einberufen, das je nach Situation zusammengestellt wird (sogenanntes ad hoc Komitee). Die besten Erfahrungen werden im Hospiz mit Fachpersonen gemacht, welche im direkten Patientenkontakt stehen. Ihnen gelingt es oft am besten, die abstrakten Argumente auf die hochkomplexen Realität «herunterzuberechnen» und massvolle Kompromisse für alle Beteiligten zu finden.

KONFLIKTPROPHYLAXE

Kommunikation zwischen Patient/Angehörigen und Team sowie vorausschauendes Handeln stellen die wichtigste Prophylaxe dar. Ein detailliertes Eintrittsgespräch zwischen Patient und Pflegefachperson sowie die sogenannten Familiengespräche zwischen Patient, Angehörigen, Pflegeperson und Arzt haben einen festen Platz im Behandlungsprozess. Die Behandlung von kritischen Komplikationen (Blutung, Schmerzkrisen, Reanimation und ähnliches) wird, wann immer möglich, in «guten Zeiten» mit dem Patienten oder seinen gesetzlichen Vertretern verhandelt. Innerhalb des Teams geschieht die Konfliktprophylaxe durch regelmässige Supervision und Fallbesprechungen zu ethischen Problemen.

FAZIT

In der Betreuung von Patienten in Palliativsituationen sind ethische Fragen aus den mannigfaltigsten Gründen allgegenwärtig. An der notwendigen Sensibilität, Diskussionskultur und strukturierter Analyse muss laufend gearbeitet werden. Entsprechende nationale oder internationale Qualitätsstandards fehlen leider vollständig. Das HOSPIZ IM PARK bemüht sich um verbindliche hausinterne Standards und plant zur weiteren Qualitätssicherung einen regelmässigen Austausch mit medizinethisch spezialisierten Institutionen.

Heike Gudat, leitende Hospizärztin



HOSPIZ MIT RUHIGEM, GROSSEM GARTEN

DAS HOSPIZ IM PARK

Das **HOSPIZ IM PARK** ist eine palliative Klinik mit öffentlichem Leistungsauftrag. Es stehen 13 Betten zur Verfügung. Schwerkranke Menschen, bei denen eine Heilung nach menschlichem Ermessen nicht mehr möglich ist, werden ärztlich behandelt und gepflegt.

Die Behandlung geschieht nach den Grundsätzen der palliativen Medizin, Pflege und Begleitung entsprechend den Richtlinien der SGPM (Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung), beziehungsweise der Weltgesundheitsorganisation WHO.

Das Wort palliativ kommt aus dem Lateinischen und bedeutet umhüllend, umfassend und schützend (pallium: der Mantel).

Um für den Patienten eine bestmögliche Lebensqualität zu erhalten und ihm ein würdevolles Sterben zu ermöglichen, sehen wir unsere Aufgabe in der Linderung belastender Symptome wie Schmerzen, Atemnot, Übelkeit und Angst, sowie in der Unterstützung und Begleitung der Angehörigen.

BEHANDLUNGSANGEBOT IM HOSPIZ IM PARK

- Im HOSPIZ IM PARK werden z.B. unheilbar krebserkrankte Patienten und Patienten mit neurologischen Erkrankungen, chronischen Nieren-, Leber-, Herz- und Lungenerkrankungen im Endstadium ärztlich behandelt und umfassend gepflegt.
- Zur Einleitung oder Optimierung einer symptomorientierten, medikamentösen Behandlung. Das Team verfügt besonders in der Therapie starker Schmerzen, beziehungsweise im Umgang mit Opioiden über breite Erfahrung.
- Zur Erholung nach einer Chemo- oder Strahlentherapie oder nach einer Operation.
- Eine Teilzeit-Beanspruchung des Hospiz-Dienstes ist auch möglich: Tagesklinik, nachts oder nur zum Mittagstisch.
- Eine Aufnahme ins Hospiz ist meist sehr kurzfristig und rund um die Uhr möglich.
- Nach Möglichkeit „Ferienbetten“ für Patienten zur Entlastung pflegender Angehöriger.

BESUCHSZEITEN:

Nach Bedürfnis der Patienten. Übernachtungs- und Verpflegungsmöglichkeit für Freunde und Angehörige.

WEITERE ANGEBOTE

- Rund um die Uhr stellt das Hospiz-Team ärztliches, pflegendes und seelsorgerisches Personal zur Verfügung.
- Zusätzlich zu den Hospizärzten steht ein Netz von spezialisierten Konsiliarärzten zur Seite.
- Nach Wunsch werden weitere Therapien angeboten, wie Physio- oder Musiktherapie.
- Vorbestehende Therapien, inklusive komplementäre Heilmethoden, können grundsätzlich weitergeführt werden.
- Wenn immer möglich bestimmen der physische und der psychische Zustand des Patienten die Tagesstruktur und damit den Rhythmus der Betreuung durch das Pflege team.
- Angehörige und Freunde sind jederzeit willkommen, werden in der schweren Zeit begleitet und auf Wunsch in die Pflege miteinbezogen.
- Sorgfältige Ernährung, welche auf die persönlichen Erfordernisse und Wünsche eingeht.
- Mithilfe beim Organisieren rund um den Tod.
- Unterstützung von Trauerarbeit.

TRÄGERSCHAFT

Das HOSPIZ IM PARK ist eine karitative Institution und wird von einer privaten Stiftung getragen. Das Haus steht erwachsenen Menschen offen, ungeachtet ihrer Diagnose, ihrer Nationalität, ihrer Religion und Weltanschauung und ihrer finanziellen Verhältnisse.

SPENDEN

Legate und Spenden werden dankbar entgegengenommen.

Spendenkonto HOSPIZ IM PARK: PC 40-339568-8 oder

Spendenkonto Nr. 16 3.103.654.31 bei der Basellandschaftlichen Kantonalbank, 4414 Liestal, PC 40-44-0.



HOSPIZ IM PARK, KLINIK FÜR PALLITIVE MEDIZIN, PFLEGE UND BEGLEITUNG
MIT ÖFFENTLICHEM LEISTUNGSaufTRAG

JAHRESBERICHT 2004

Nun steht das Hospiz im Park bereits im achten Jahr seit seiner Gründung und wir dürfen feststellen, dass unser Angebot zur palliativen Behandlung und Begleitung von schwer kranken Patienten weiter an Bekanntheit und vor allem an Anerkennung gewonnen hat. Immer wieder bekommen wir Zeichen der Dankbarkeit zu spüren. Dabei ist es allerdings für eine kleine Einrichtung wie die unsrige nicht einfach, sich in Fachkreisen und beim Publikum angemessen und auch wirksam zu positionieren. Wir haben uns auch im Berichtsjahr Gedanken gemacht, wie wir hier weiterkommen können.

Die Auslastung, gerechnet in Belegungstagen, konnte in gleicher Höhe wie im Vorjahr gehalten werden, wobei wir allerdings im Verlauf des Jahres immer wieder Schwankungen in der Höhe der Belegung haben, die sich bei einem kleinen Betrieb deutlicher auswirken. Gegen Ende des Jahres hat die Auslastung wieder spürbar angezogen. Die Aufenthaltsdauer unserer Patienten hat die Tendenz, sich zu verkürzen, dafür steigt die Anzahl der Patienten. Dieser strengere Wechsel von Patienten bringt unserem Betrieb einen höheren Aufwand und auch mehr Kosten (Leertage).

In personeller Hinsicht dürfen wir wiederum auf ein stabiles Jahr zurückblicken. Unter der bewährten Leitung des Managementteams, bestehend aus Frau Ruth Merk, Pflegedienstleiterin, Frau Helen Haase, administrative Leiterin und Frau Dr. med. Heike Gudat, leitende Hospizärztin, hat unser Team seine anspruchsvolle und oft auch belastende Arbeit mit grossem Verantwortungsbewusstsein erbracht. Wir hatten im Mitarbeiterteam erfreulicherweise nur wenige Wechsel zu verzeichnen. Auch das Aerteam mit Frau Dr. med. Heike Gudat, Frau Dr. med. Lydia Dettwiler, Herr Dr. med. Peter Jäggi und Herr Dr. med. Roland Keller hat unverändert und mit grossem Engagement unsere Patienten betreut.

Auf das Ende des Berichtsjahres ist Hanno Niemeijer, Stiftungsrat seit Gründung des Hospiz, von seinem Amt zurückgetreten. Er hat sehr viel zur Entwicklung des Hospiz beigetragen und wir sind ihm für seinen wertvollen Einsatz zu grossem Dank verpflichtet.

Als Nachfolgerin konnte Frau Iris Johner gewonnen werden, sie wird als Pflegedienstleiterin des Alters- und Pflegeheim Holbeinhof in Basel wertvolle Erfahrung einbringen können. Sie stellt sich selbst auf Seite 18 vor.

Am Sonntag, den 29. August fand wiederum ein Tag der offenen Tür statt. Dank grossem Einsatz unserer Mitarbeiter/innen konnten viele interessierte Menschen unsere Klinik besuchen. Sehr beliebt waren die sehr informativen Kurzvorträge von Frau D. med. Heike Gudat und Frau Ruth Merk.

Die traditionelle grosse Gedenkfeier fand am letzten Sonntag im Oktober statt. Pfarrerin Antionette Gass und Pfarrer Matthias Grüninger gestalteten in der reformierten Kirche in Arlesheim die Feier mit Texten, das Bläseroktett Octomania gab der Feier den musikalischen Rahmen mit Werken von Ludwig van Beethoven und Leos Janáček.

Am 27. und 28. November konnten wir in der Matthäuskirche in Basel und im Dom in Arlesheim zwei grosse Benefizkonzerte veranstalten. Dank grosszügiger Gönner/innen und Sponsoren/innen wurde es möglich, Charles Medlam als Dirigenten und Ingrid Seifert als Konzertmeisterin, beide vom Ensemble «London Baroque», und die Musiker/innen und Sänger/innen vom Ensemble «musica sacra basel», für unser Konzert zu gewinnen. Es gelangten Werke von Marc Antoine Charpentier, Georg Friedrich Händel, Domenico Scarlatti und Johann Sebastian Bach zur Aufführung. Die Konzerte waren ein grosser Erfolg.

Auch in diesem Jahr konnten wir unsere Nachbarn, das Kindertagesheim Sunnegarte regelmässig mit Mahlzeiten beliefern, was eine erwünschte Ergänzung in der Arbeit der Mitarbeiter unserer Küche bedeutet.

Wie jedes Jahr, mussten wir auch das Jahr 2004 mit einem erheblichen Defizit abschliessen. Dies ist die Folge davon, dass wir keinerlei staatliche Subventionen erhalten und die uns von den Krankenkassen zugestandenen Tarife nicht kostendeckend sind. Immerhin können wir beim gegenwärtigen Stand der Diskussion um die Reform des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) darauf hoffen, dass in der Subventionierung eine Gleichbehandlung der staatlichen und der privaten Spitäler erreicht wird. Bis auf weiteres sind wir aber weiterhin in erheblichem Mass auf Spenden angewiesen, wenn das

Hospiz Bestand haben soll. Unseren Gönner/innen und Spender/innen, die uns auch in diesem Jahr wieder unterstützt haben, sind wir zu grossem Dank verpflichtet. Dieser Dank richtet sich insbesondere auch an die Angehörigen von bei uns verstorbenen Patienten, die sich immer wieder grosszügig zeigen.

Wir sind gerne bereit, interessierten Personen Einblick in unsere Jahresrechnung zu gewähren.

Nachstehend halten wir einige Kennzahlen aus unserer Betriebsrechnung fest:

	2003	2004
Anzahl Pflegetage	3'111	3'113
Durchschnittliche Auslastung	85,2%	85%
Verrechnete Pflege- und Aufenthaltstaxen	CHF 1'483'416	CHF 1'541'462
Löhne und Sozialleistungen	CHF 1'618'279	CHF 1'686'873
Küche und Haushalt	CHF 116'910	CHF 123'138
Energie und Entsorgung	CHF 21'101	CHF 21'548
Betriebsdefizit vor Spenden	CHF 680'935	CHF 685'571
Spenden für Hospiz und Kranzablösung	CHF 64'420	CHF 83'220

Mathis Burckhardt, Stiftungsrat

PHYSIOTHERAPIE IM HOSPIZ

Der sorgfältige Einsatz von Physiotherapie in der Palliativmedizin im Sinne einer ganzheitlichen Therapie kann helfen, Schmerzen zu lindern und das positive Lebensgefühl des Patienten zu stärken. Die Pflegenden können die Bewegungsmöglichkeiten des Patienten unterstützen und durch gute Lagerung die Liegeschmerzen verringern oder gar vermeiden sowie die Atmung verbessern.

Seit langem ist Lis Gallus von der Praxis Schlozer in Arlesheim für die Physiotherapie im Hospiz verantwortlich.

Die Indikation für die physiotherapeutische Therapie geben die Hospizärzte. Frau Gallus erkundigt sich jeweils vorgängig bei der verantwortlichen Pflegefachkraft nach dem Befinden des Patienten. Sie tauscht sich auch regelmässig mit den Hospizärzten aus. Im folgenden kurzen Interview mit Ruth Merk gibt uns Frau Gallus einen kurzen Einblick in ihre Arbeit.

R.M. Wie unterscheidet sich deine Arbeitsweise im Hospiz von der Arbeit in der Praxis?

L.G. Im Hospiz steht der Mensch als Ganzes im Mittelpunkt, nicht die Rehabilitation für ein bestimmtes Problem. Es gilt sorgfältig herauszufinden, was dem Patienten wirklich gut tut.

R.M. Welche Therapieverfahren eignen sich besonders?

L.G. Oft kann eine dem Befinden und der Situation des Patienten angepasste Massage das Wohlbefinden positiv beeinflussen. Durch das krankheitsbedingte lange Liegen kann über die Berührung und über den Hautkontakt eine bessere Durchblutung erreicht werden. Die bessere Durchblutung der Haut, der Muskulatur und des umliegenden Gewebes ist für die meisten Patienten sehr angenehm und führt sie für einige Zeit in einen entspannteren Zustand. Bei vielen Palliativpatienten ist das Lymphödem ein zusätzlich belastendes Symptom. Dank meiner Ausbildung in manueller Lymphdrainage kann ich auch diesen Patienten eine Therapie anbieten, die sie als sehr wohltuend empfinden und gleichzeitig die starken Oedeme etwas lindern. Es ist eine ruhige, rhythmische Behandlung, in der das ganze Lymphsystem von aussen unterstützt und angeregt wird.



R.M. Wie kannst du Patienten mit Atembeschwerden unterstützen?

L.G. In der Regel wird die Atmung besser, wenn der Patient sich entspannen kann. Durch die Entspannung geschieht eine Atemvertiefung. Durch feine Ausstreichung der Arme und Beine und durch leichten Zug an den Fingern und Füssen kann ich zu einer ruhigeren Bauchatmung beitragen und dadurch fühlt sich der Patient oft als Ganzes entspannter.

R.M. Verändert sich deine Aufgabe in den letzten Lebenstagen?

L.G. In der Regel wird eine gezielte, sorgfältige Berührung immer geschätzt, doch gibt es auch Patienten, die ein so starkes Ruhebedürfnis haben, dass ihnen alles zuviel ist und es für sie stimmig ist, keine Physiotherapie mehr anzubieten. Natürlich respektiere ich diesen Wunsch, immer mit der klaren Mitteilung, dass der Patient jederzeit wieder auf das Therapieangebot zurückgreifen kann.

R.M. Was bedeutet dir ganz persönlich die Arbeit im Hospiz?

L.G. Für mich ist diese Aufgabe eine grosse Bereicherung, einerseits für meine Berufsarbeit, andererseits aber auch für mich ganz persönlich. Diese Arbeit löst bei mir immer wieder Fragen aus, lässt mich in meinem Alltag innehalten und reflektieren. Manchmal kann es auch belastend sein, vor allem wenn ich Menschen über längere Zeit begleite habe, an ihrem Schicksal teilnehme und über längere Zeit eine Beziehung entstanden ist oder wenn ähnlich alte Menschen sterben müssen, die mir vom Alter und von der Biografie her nahe stehen.

DIE NEUE STIFTUNGSRÄTIN

Ich freue mich, dass ich mich Ihnen in dieser Ausgabe des HOSPIZ FOLIO persönlich vorstellen darf. Zu jeder Vorstellung gehört ein kurzer Abriss des Lebenslaufs, deshalb möchte ich Ihnen meine Eckdaten nicht vorenthalten.

Mein Name: **IRIS JOHNER**. Ich schloss meine Ausbildung zur Krankenschwester AKP (heute Pflegefachfrau) 1984 am Kantonsspital in Aarau ab.

Nach einigen Lehr- und Wanderjahren in den verschiedensten Fachrichtungen der Akutpflege widmete ich mich zuerst als Stationsleiterin, später als Pflegedienstleiterin immer mehr der Führung von MitarbeiterInnen und dem Management im Spitalbetrieb. Um mir das nötige Wissen anzueignen, besuchte ich entsprechende Kaderschulen und Diplomausbildungen.

Seit 2001 arbeite ich als Pflegedienstleiterin im Holbeinhof in Basel.

Der Holbeinhof entstand aus dem Zusammenschluss dreier Institutionen des Kantons Basel-Stadt. Die Anstellung im Holbeinhof bewog mich, meinen Wohnsitz in den für mich etwas entfernten Kanton Basel zu verlegen. Heute fühle ich mich in Basel und der Umgebung von Basel sehr wohl und heimisch.

Im Herbst vergangenen Jahres durfte ich Frau Vreni Schmid und das Hospiz kennen lernen. Frau Schmid hat mich mit ihrem Grundgedanken und ihrer Initiative zur Gründung des Hospizes und ihrem bis zum heutigen Tag sehr grossen Engagement für die palliative Pflege tief beeindruckt. Die Atmosphäre beim Betreten des Hospizes berührt und spricht durch die Ruhe an. Spürbar wird das Gefühl, dass hier individuell und mit dem Ziel der Ganzheitlichkeit auf die zu betreuenden Menschen eingegangen wird. Die Mitarbeiterinnen des Management-Teams, die ärztliche Betreuung, die Pflegenden, jene die für das leibliche Wohl zuständig sind und die freiwilligen Mitarbeiterinnen, die ich bis heute kennen lernen konnte, sind mir als kompetente und fachlich versierte Betreuende begegnet.



Im Mittelpunkt steht für alle der Patient. Dieser ist umgeben von einer wertschätzenden, einfühlsamen und vom medizinischen Standpunkt aus gesehen äusserst kompetenten palliativen Pflege und Versorgung, die ein Leben in Würde bis zuletzt ermöglichen.

Es sind dies Parallelen, die zu einem grossen Teil auch Schwerpunkte in meinem jetzigen Aufgabengebiet sind. Sehr gerne engagiere ich mich deshalb als neues Mitglied im Stiftungsrat für die Arbeit und die Ziele des Hospizes. Ich hoffe, dass ich als Pflegefachfrau mit einer gewissen Erfahrung im Managementbereich mein Wissen einbringen und den Verantwortlichen beratend zur Seite stehen kann.

Iris Johner, Stiftungsrätin

MITARBEITER/-INNEN 2004/05

UNSERE NEUEN MITARBEITERINNEN UND MITARBEITER:

1 Krisztina Agovic Hauswirtschaft, **2 Philipp Grüter** Garten
3 Irene Studer Pflegefachfrau, **4 Eva-Maria Dundore** Pflegeassistentin
5 Maren Graebner Pflegefachfrau

FREIWILLIGE NEU: Gerti Kramer · Madeleine Stöcklin

AUSTRITTE: Nicole Lauber · Karl von Gierke · Susanne Friedli · Selvi Manohararasa
Beatrice Freiermuth



FORTBILDUNG IM HOSPIZ

28. April Vernetzungstag des **PALLIATIVNETZ NWCH**
09.15-16.30 Uhr im Schulungszentrum des
Kantonsspital Bruderholz
19. Mai **KINÄSTHETIK**
Wiederholung und Auffrischung
Verantwortung: Brigitte Adam
16. Juni **EINBLICK IN DIE CHINESISCHE MEDIZIN**
Verantwortung: Urs Prétot vom
Institut für traditionelle chinesische Medizin
(öffentlich)
18. August **FRAGEN RUND UM DIE PFLEGE**
04. September **TAG DER OFFENEN TÜR HOSPIZ IM PARK**
29. September **SALUTOGENESE IN DER PALLIATIVPFLEGE**
Verantwortung: Yvonne Frei
(öffentlich)

TAG DER OFFENEN TÜR

AM SONNTAG, DEN 4. SEPTEMBER 2005, VON 13:30 BIS 17 UHR

organisieren wir wieder einen Tag der offenen Tür. Kommen Sie mit Ihrer Familie und/oder Freunden zu uns. Wir sind für Sie da und bereiten kleine Vorträge und Demonstrationen vor. Das HOSPIZ IM PARK und sein Team freuen sich auf ihren Besuch!

FREUNDE DES HOSPIZ IM PARK

Möchten Sie auch Mitglied der «FREUNDE DES HOSPIZ» werden? Als Mitglied erhalten Sie regelmässige Informationen über Aktivitäten des Hospiz und bekommen das HOSPIZ FOLIO zugeschickt. Frau Haase gibt Ihnen gerne Auskunft: **061 706 92 22**, oder mit Anmeldeformular: www.hospizimpark.ch



Herausgeberin: HOSPIZ IM PARK · Redaktion: Vreni Schmid · Auflage: 4'000
Gestaltung: una.>the ideas company, Basel · Druck: Thoma Druck AG, Basel
© 2005 HOSPIZ IM PARK, Arlesheim