Gesundheitszentrum Fricktal

REVUE

Herbst 2018

HEY, ALTER!

EDITORIAL

Die Schweiz hat eine der höchsten Lebenserwartungen weltweit. Die Menschen leben hierzulande immer länger und länger zu Hause. Wenn sie in eine Pflegeinstitution eintreten, dann allerdings mit einer höheren, sprich komplexeren Pflegebedürftigkeit.

Doch was bedeutet dieser gesellschaftliche Wandel für die Menschen? Heisst länger leben einfach länger pensioniert und somit im ‹Ruhestand› zu sein? Ist alt automatisch krank oder gebrechlich? Was bedeutet dieser demografische Wandel für die Medizin im Alter? Welche Herausforderungen bringt er für die medizinische, pflegerische und therapeutische Betreuung älterer Patienten? Was bedeutet er für die eigene Selbstwahrnehmung? Welche Bedürfnisse und Vorstellungen haben Menschen im Alter? Was wünschen sie sich — was wollen sie dezidiert nicht?

Von Autonomie, über Selbstbestimmung bis hin zu Vereinsamung und Gebrechlichkeit: Wichtige Aspekte — wenn auch längst nicht alle — der Medizin und des Lebens im Alter werden im vorliegenden Magazin thematisiert. Mit dem Ziel, für sich selber oder für liebe Angehörige Denkanstösse zu finden und ein besseres Verständnis über diese Thematik zu erhalten.

‹Madame Optimisme› (Seite 26) ist eine bunte Collage über Angèle Gröflin, die — gerade mal 97 Jahre jung — zeigt, wie Souveränität und Zuversicht im Alter aussehen kann.

Wir wünschen auch Ihnen ein langes, gesundes und eigenständiges Leben nach Ihren Vorstellungen und Werten. Doch erst einmal eine spannende, anregende Lektüre!

Anneliese Seiler
CEO

INHALT

4 DAS GZF IN DREI ALTERSWEISHEITEN

7 EIN FALL FÜR DIE MEDIZIN IM ALTER?

14 DIE ALTERSMEDIZIN UND AKUT-GERIATRIE AUF DEN PUNKT GEBRACHT

16 ‹AB EINEM GEWISSEN ALTER TUT AUCH DIE FREUDE WEH.›

20 WER RASTET, ROSTET!

22 ‹AGEISM›

24 FAST WIE ZU HAUSE IM PFLEGEHEIM

26 ‹MADAME OPTIMISME›

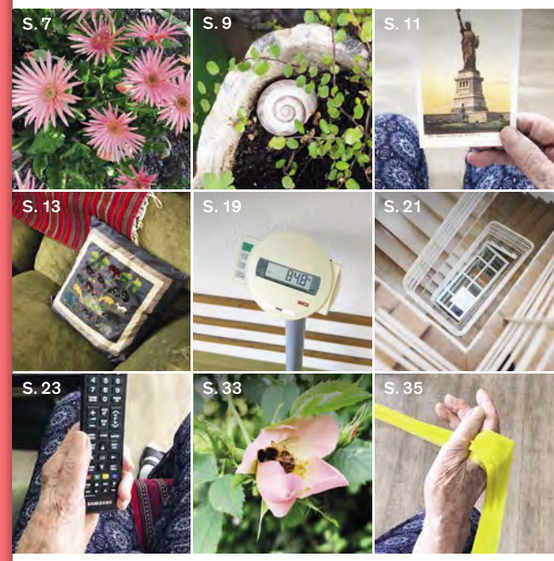
97 Jahre | 3 Kinder | 3 Enkel

Folgen

Angèle Gröflin-Schopfer

im Pflegeheim Rheinfelden daheim

Bonjour! Ich bin Angèle Gröflin, 97 Jahre alt und lebe im Pflegeheim Rheinfelden des GZF. Kommen Sie mit auf eine kleine Reise durch meinen abwechslungsreichen Lebensalltag!



DAS GZF IN DREI ALTERSWEISHEITEN

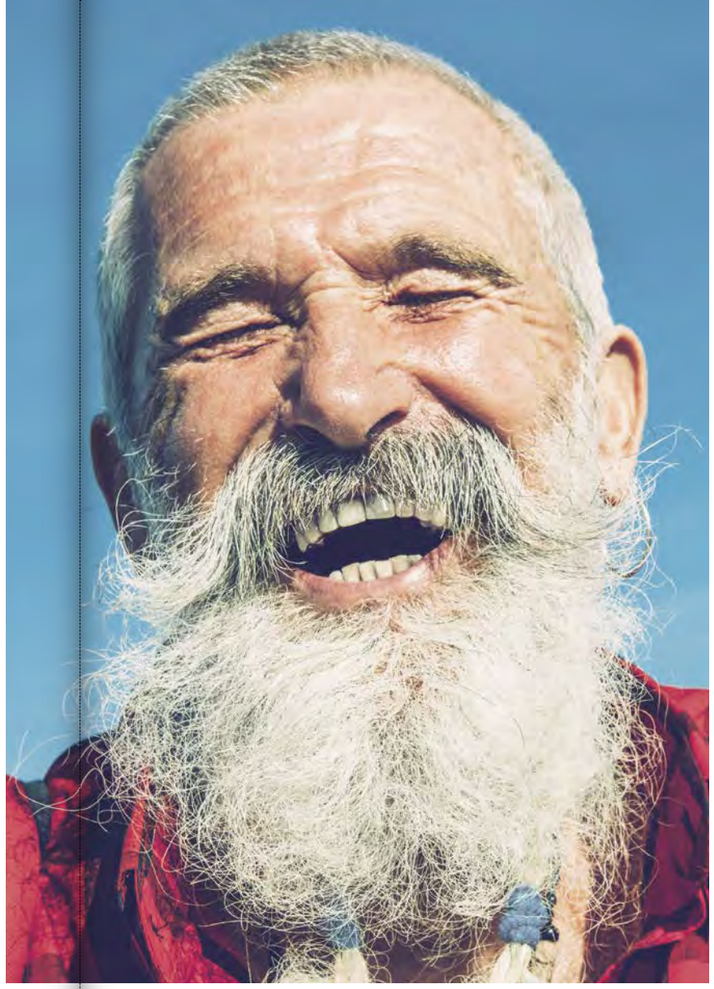
Das GZF ist 19 Jahre ‹jung›. Die Spitäler Rheinfelden (1911) und Laufenburg (1905) hingegen blicken auf eine über hundertjährige Geschichte zurück – und sind noch kein bisschen müde. Qualität, Kontinuität, Tradition und Bestand sind prägend. Sind Alter und Lebensdauer von Menschen und Organisationen in irgendeiner Form vergleichbar? In welcher Phase befindet sich das GZF aktuell? Anneliese Seiler, CEO, und Katharina Hirt, Präsidentin des Verwaltungsrats, über das GZF in drei knackigen Altersweisheiten.

N° 1 *«Ich denke niemals an die Zukunft. Sie kommt früh genug.»*

Albert Einstein, Physiker

Anneliese Seiler: Ein leicht chaotisches und sympathisches Physik-Genie darf sich diesen Luxus vielleicht leisten. Als CEO einer Unternehmung, die auf nachhaltigen Erfolg setzt, überlässt man hingegen möglichst wenig dem Zufall, wie uns gerade die jüngsten Entwicklungen in Laufenburg gezeigt haben. Das GZF hat sich in den vergangenen Jahren sehr stark entwickelt und ist zu einem modernen Gesundheitsdienstleister mit einem Jahresumsatz von rund 115 Millionen Franken, 970 Mitarbeitenden und sieben Standorten gedeiht. Dafür braucht es eine klare Strategie, taktisches Geschick und ein grosses Engagement des ganzen GZF-Teams. Heute umfasst das GZF nicht mehr nur die Akutspitäler in Rheinfelden und Laufenburg mit den integrierten Pflegeheimen, sondern seit nunmehr sechs Jahren auch das Fachärztehaus Frick, die Klinik Aesthea sowie mehrere Hausarztpraxen in der Region.

Das GZF präsentiert sich nach umfassenden Umbauarbeiten und Investitionen modern und für die Herausforderungen der Zukunft bereit. In einem Punkt gebe ich Albert Einstein aber Recht: Die Zukunft kommt früh genug — daher sind Vision und Weitsicht wichtiger denn je!



N° 2 *«Das Alter ist nur eine Zahl.»*

Unbekannt

Katharina Hirt: Damit werden die zunehmenden Einschränkungen im Alter ins Verhältnis mit den eigenen Fähigkeiten gesetzt. Die Weisheit von unbekannter Quelle spricht somit die Relativität der Dinge an, womit wir fast wieder bei Einstein wären.

Was für Meilensteine, Leistungsausweise, Kompetenzen und Erfahrungen kumuliert man mit den Jahren, also trotz oder gerade wegen des steigenden Alters? Frau Seiler hat dazu ein paar beachtliche Zahlen erwähnt, für eine Organisation, die in ihrer jetzigen Form zwar ‹nur› 19 Jahre alt ist, aber deren Skelett über 100 Jahre alt ist. Mensch und Organisation haben beide einen Lebenszyklus, der geprägt ist von unterschiedlichen Phasen. Von der Geburt oder Einführung, über das Wachstum mit dem Erreichen einer Blütezeit, bis hin zur Reife, zur Sättigung und altersbedingten Degeneration.

Wenn wir das GZF unter diesem Blickwinkel betrachten, so befindet sich die Organisation gesamthaft im Wachstum und ist dank den Investitionen in die Zukunft auch mit über 100 Jahre alten Knochen sehr fit und agil.

N° 3 *«Alle wollen alt werden, aber keiner will es sein.»*

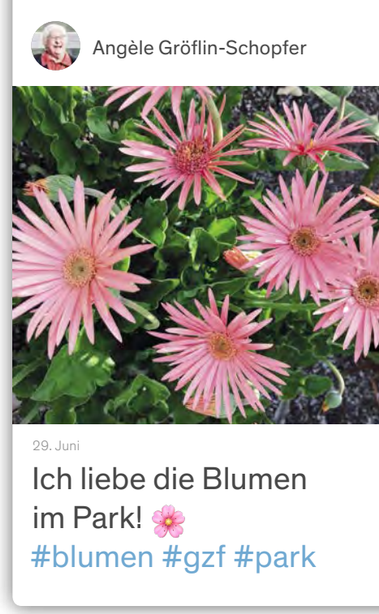
Gustav Knuth, Schauspieler

Anneliese Seiler: Ein wirklich treffender Gedanke, denn alle möchten weiter existieren, gedeihen, sich entwickeln und Bestand haben. Doch keiner will alt sein im Sinne von Stagnation, Stehenbleiben oder Abhängigkeit. Von Darwin bis zu Hawking sind sich nämlich alle einig, Anpassungsfähigkeit und Wandelbarkeit sind entscheidend. Wie ein Dinosaurier aussterben, oder obsolet werden, will niemand.

Eine weitere schöne Metapher für die Unfähigkeit von Unternehmungen, gerade langsamen, graduellen Wandel wahrzunehmen und sich weitsichtig und frühzeitig darauf einzustellen, ist die Fabel des ‹boiling frog›, des siedenden Frosches. Die Annahme ist, dass ein Frosch, den man in kochendes Wasser fallen lässt, sofort rausspringen würde. Setzt man einen Frosch hingegen in lauwarmes Wasser und macht es fast unmerklich aber konstant wärmer, so wird er die Gefahr zu spät erkennen und im siedenden Wasser sterben.

Das GZF mit seiner kontinuierlichen Weiterentwicklung kann man in dieser Hinsicht als gutes Beispiel sehen für einen sehr aufmerksamen Frosch, der frühzeitig und vor allem kontinuierlich die Wassertemperatur misst. Also für eine Organisation, die sich ständig neu entwickelt, immer wieder Feinjustierungen vornimmt und sich konsequent den neuen Gegebenheiten anpasst — sowohl im Markt, als auch in punkto Technologie oder Gesundheitspolitik. Daher haben wir ein so stolzes Alter erreicht, sind aber nicht alt.

EIN FALL FÜR DIE MEDIZIN IM ALTER?



Herr Meier erlitt bei der Küchenarbeit einen Schwindelanfall und stürzte unglücklich. In der Folge klagte er über Handgelenkschmerzen. Seine Frau begleitete ihn auf die Notfallstation.

Der behandelnde Arzt auf der Notfallstation untersuchte Herrn Meier. Aufgrund der Schwellung im Handgelenk und der geäusserten Beschwerden wurde ein Röntgenbild durchgeführt, das einen Bruch des Vorderarmes bestätigte. Weil Herr Meier über 70 Jahre alt ist und die Ursache des Sturzes nicht ganz klar ist, wird ein sogenanntes geriatrisches Kurz-Assessment durchgeführt. Dieses liegt in Form einer Checkliste auf den Notfallstationen vor (siehe Seite 9).

VON VORNHEREIN DER BLICK AUFS GANZE

Sofern ein Patient nicht vorgängig durch den Hausarzt seines Vertrauens voruntersucht und uns zugewiesen wird, ist die Notfallstation der erste Ort, an dem ein Patient versorgt wird. Hier werden die Weichen für die nachfolgende Behandlung gestellt. Dies erfolgt selbstverständlich stets in Abstimmung mit dem Patienten selbst, mit den Angehörigen und dem Hausarzt. Er kennt den Patienten am besten und nebst seinem Wissen über das aktuelle Problem, kennt er auch seinen allgemeinen Gesundheitszustand inklusive seiner aktuellen Medikation, seine psychische Verfassung und seine Lebenssituation. So steht neben der Fraktur des Vorderarmes auch die Frage im Vordergrund, weshalb es Herrn Meier überhaupt schwindelig wurde. Zudem stellt sich die Frage, ob es sich um ein Erstereignis handelt, oder ob derartige Schwindelattacken in letzter Zeit vermehrt aufgetreten sind.

Als Ursache dafür könnte dabei im Hintergrund ein Blutmangel stehen, oder auch andere ernsthafte Erkrankungen, wie zum Beispiel ein Tumor oder ein Herzproblem. Möglicherweise ist der Schwindel aber aus einem ganz anderen Grund, beispielsweise aufgrund eines psychischen Problems aufgetreten. Diese und weitere Fragen stehen zu Beginn der Behandlung im Vordergrund und werden im Gespräch mit dem Patienten und dem Hausarzt eruiert, um die nächsten Schritte in der Behandlung möglichst zielführend und rasch einzuleiten.

WARUM WERDEN GERADE DIESE DIMENSIONEN UNTERSUCHT?

Immobilität und Stürze, kognitive Defizite, Inkontinenz, die Einnahme von zahlreichen Medikamenten sowie Mangelernährung gehören zu typischen Problemen im Alter. Eine systematische Kategorisierung führt schliesslich zu einer konkreten Aussage über die Gebrechlichkeit (‹Frailty›) einer Person im Alterungsprozess. ‹Frailty› liegt dann vor, wenn ein Mensch in drei oder mehr Dimensionen ein positives Ergebnis (einen positiven ‹Score›) erreicht.

SCHNELLE UND PRÄZISE TRIAGE IST WICHTIG

Die systematische Erfragung und Beobachtung des Patienten anhand des geriatrischen Kurz-Assessments hilft, Herrn Meier möglichst rasch an die richtige kompetente Stelle zu leiten und ihm möglichst zeitnah die korrekte medizinische Behandlung zukommen zu lassen. Somit lassen sich Defizite oder Risiken in verschiedenen Aspekten der eigenen Funktionalität gut ausmachen. Die Checkliste des geriatrischen Kurz-Assessments umfasst Dimensionen der Kognition, der Mobilität, eine Patientenbefragung zum Sturzhergang, Fragen über die eigene Selbständigkeit, über die emotionale Verfassung sowie über die Ernährung.

Herr Meier schien vordergründig robust und fit. Im Gespräch stellte sich allerdings heraus, dass er nicht zum ersten Mal gestürzt war, sondern in der letzten Zeit einige Stürze aufgetreten waren, deren Ursache er nicht ausdrücken konnte. Er fühlte sich dadurch zu Hause beim Gehen verunsichert, was seine Angst vor weiteren Stürzen verstärkte. Die Erkenntnisse aus diesem Teil des Gesprächs spiegeln sich in der Checkliste des geriatrischen Kurz-Assessments als positiver Score in der Dimension ‹Sturzanamnese› wieder.

Im weiteren Gespräch zeigt sich, dass Herr Meier nach Angabe seiner Ehefrau eher gehemmt und etwas bedrückt wirkte, obwohl er grundsätzlich eine Frohnatur ist. Es fällt auch auf, dass gewisse Hobbies, denen er früher sehr intensiv und engagiert nachging, seit einigen Monaten komplett aufgegeben bzw. vernachlässigt werden. Somit zeigt sich in der emotionalen Dimension ebenfalls ein auffälliger Befund. Im Weiteren wird festgestellt, dass Herr Meier an einer zunehmenden Appetitlosigkeit leidet, was sich in der Dimension ‹Ernährung› zeigt. In Zusammenschau all dieser Beobachtungen und der entsprechenden Abbildung im geriatrischen Kurz-Assessment ergibt sich, dass alle Kriterien für eine Überweisung in die Akutgeriatrie erfüllt sind.

Geriatrisches Kurzassessment

*N° 1 KOGNITION** ○

- ○ *Wo sind wir?*
- ○ *Was haben wir für ein Jahr?*
- ○ *Welches Datum haben wir heute? (+/- 1 Tag)*
- ○ *Besteht eine zunehmende Vergesslichkeit in den letzten Wochen/Monaten?*
- ○ *Delirantes Zustandsbild auf der Notfallstation?*

N° 2 MOBILITÄT ○

- ○ *Benötigen Sie im Innen- oder Aussenbereich ein Gehhilfsmittel?*
- ○ *Haben Sie Mühe mit dem Gleichgewicht?*
- ○ *Ist das Gehen drinnen oder draussen erschwert?*
- ○ *Immobilität/Transfer-Hilfe der Notfallstation?*

*N° 3 STURZANAMNESE*** ✓

- ✓ *Sind Sie in den letzten sechs Monaten gestürzt?*
- ✓ *Haben Sie Angst zu stürzen?*

N° 4 SELBSTÄNDIGKEIT ○

- ○ *Nehmen Sie zu Hause Hilfe (Spitex, Angehörige etc.) in Anspruch?*
- ○ *Nehmen Sie zu Hause mehr als fünf Medikamente ein?*

N° 5 EMOTION ✓

- ✓ *Sind Sie in letzter Zeit eher traurig oder bedrückt?*
- ✓ *Haben Sie viele von Ihren Interessen aufgegeben?*

N° 6 ERNÄHRUNG ✓

- ✓ *Haben Sie in den letzten Tagen/Wochen weniger gegessen?*
- ○ *Haben Sie in den letzten drei Monaten Gewicht verloren?*

Sturzanamnese positiv mit 2 Punkten
Emotion positiv mit 2 Punkten
Ernährung positiv mit 1 Punkt

→ *Kriterien für die Überweisung in die Akutgeriatrie sind erfüllt.*

* *Kognition: Unter Kognition versteht man zusammengefasst die Denk- und Wahrnemungsprozesse sowie die Verarbeitung von Informationen eines Menschen.*

** *Sturzanamnese: In der Patientenbefragung über den Sturzhergang wird die Sturzgefährdung einer Person ermittelt. Übergeordnetes Ziel der Befragung ist die Sturzprävention und die Minimierung von Sturzrisiken.*

Angèle Gröflin-Schopfer

3. Juli

Immer schön in Bewegung bleiben … 🏋️ #gruppenturnen

Angèle Gröflin-Schopfer

11. Juli

Ein schönes Schneckenhaus! 🐚🌿 #natürlich #elegant

ENGE VERZAHNUNG VERSCHIEDENER DISZIPLINEN

Die auf der Notfallstation veranlassten Röntgenbilder zeigen einen Vorderarmbruch, der operiert werden muss. Ohne das bereits beschriebene spezialisierte akutgeriatrische Betreuungskonzept wäre Herr Meier früher lediglich operiert und im Anschluss nach kurzem stationärem Aufenthalt auf der unfallchirurgischen Abteilung wieder entlassen worden. Dank des geriatrischen Assessments ist nun zu Beginn der ärztlichen Behandlung klar, dass Herr Meier eine weiterführende Behandlung benötigt, die über die Versorgung des Bruchs hinausgeht. Schliesslich gilt es die ursächlichen Probleme, die in einem grösseren Kontext stehen, zu untersuchen. Insbesondere interessieren die Fragen, weshalb es Herrn Meier schwindelig wurde, woher sein emotionales Tief rührt und welche Gründe in der Appetitlosigkeit zu suchen sind? Gibt es möglicherweise einen Zusammenhang zwischen diesen Befunden? Diese Fragen müssen mit den Fachspezialisten verschiedener Disziplinen (Innere Medizin, Altersmedizin, Ernährungsberatung, Spezialisten des Magen-Darm-Traktes, Chirurgie etc.) geklärt werden. Ebenfalls ist es wichtig, Herrn Meier unmittelbar nach der Ankunft im Spital auf seine weitere Genesung vorzubereiten.

Einerseits ist es notwendig, dem Patienten die Art und Weise der Operation, aber auch die Bedeutung der Operation für seine unmittelbare Zukunft zu formulieren. Herr Meier muss verstehen, dass er für einige Wochen die Hand nicht normal gebrauchen kann, was für ihn Einschränkungen, zum Beispiel in der Durchführung der persönlichen Hygiene, aber auch beim Anziehen oder bei einfachen Verrichtungen des Alltages bedeutet. Ebenfalls ist es wichtig, ihn körperlich und psychisch fit zu halten, das heisst weiterhin geistig und körperlich zu fordern. Deswegen werden unmittelbar nach der Operation die Pflege, die Physiotherapie und die Ernährungsberatung hinzugezogen, um in einem Tagesplan die weitere Rehabilitation festzulegen.

Behandlungsablauf Akutgeriatrie

Patient mit Indikation der Inneren Medizin und Bedarf der Akutgeriatrie

Eintritt über Notfall → Akutgeriatrie → Austritt in gewohnte Umgebung → Alltag

Patient mit unfallmedizinischer /orthopädischer Indikation, chirurgischem Eingriff und Bedarf der Akutgeriatrie

Eintritt über Notfall → Operation → Überwachung (IMC) → Akutgeriatrie → Austritt in gewohnte Umgebung → Alltag

Patient mit unfallmedizinischer Indikation, konservativer Behandlung und Bedarf der Akutgeriatrie

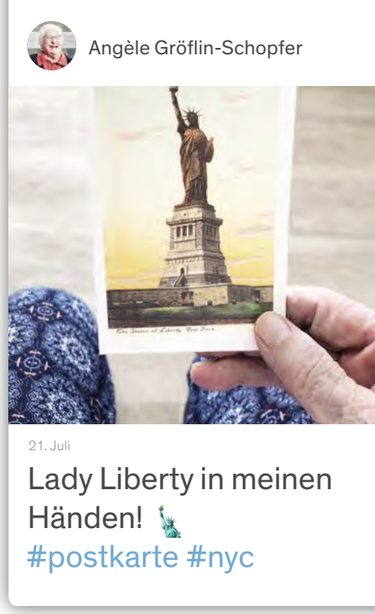
Eintritt über Notfall → Akutgeriatrie → Austritt in gewohnte Umgebung → Alltag

OPERATION UND DANN ...?

Herr Meier wird am Abend des gleichen Tages operativ versorgt. Er erhält eine sogenannte Osteosynthese, eine Verplattung des Unterarmes. Ausserdem erhält er eine Schiene. Im Anschluss an die Operation kann er direkt auf die akutgeriatrische Abteilung verlegt werden. Die Betreuung erfolgt ein- bis zweimal täglich durch die Chirurgie in Ergänzung zur Betreuung der Spezialisten aus der Akutgeriatrie.

INTENSIVE REHABILITATION FORDERT UND FÖRDERT

Herrn Meier steht ein straffes Rehabilitationsprogramm bevor. Er erhält pro Woche rund zehn Therapieeinheiten oder Beratungsgespräche, wovon zwei in der Gruppe absolviert werden können. Seine persönliche Lebenssituation wird bei Eintritt, in der Mitte des akutgeriatrischen Aufenthaltes sowie am Ende im Team besprochen. Neben der lokalen Rehabilitation der Hand durch die Ergotherapeuten erhält Herr Meier ein Rehabilitationsprogramm durch die Physiotherapie. Dabei wird Herr Meier mobilisiert, muss Gehstrecken ablaufen, muss die Muskulatur der oberen Extremität und des Rumpfes trainieren. Ebenfalls findet eine Betreuung in Bezug auf die Ernährung und eine psychosoziale Begleitung statt. Zu diesem Zweck werden bei Eintritt, in der Mitte und am Ende des Aufenthaltes Gespräche mit ihm durchgeführt. Dazu werden auch die Angehörigen hinzugezogen, um das weitere Vorgehen bei und nach dem Austritt planen zu können. In der Regel verbleibt ein solcher Patient zwei Wochen im Hause, in schwierigen Fällen auch bis zu drei Wochen.



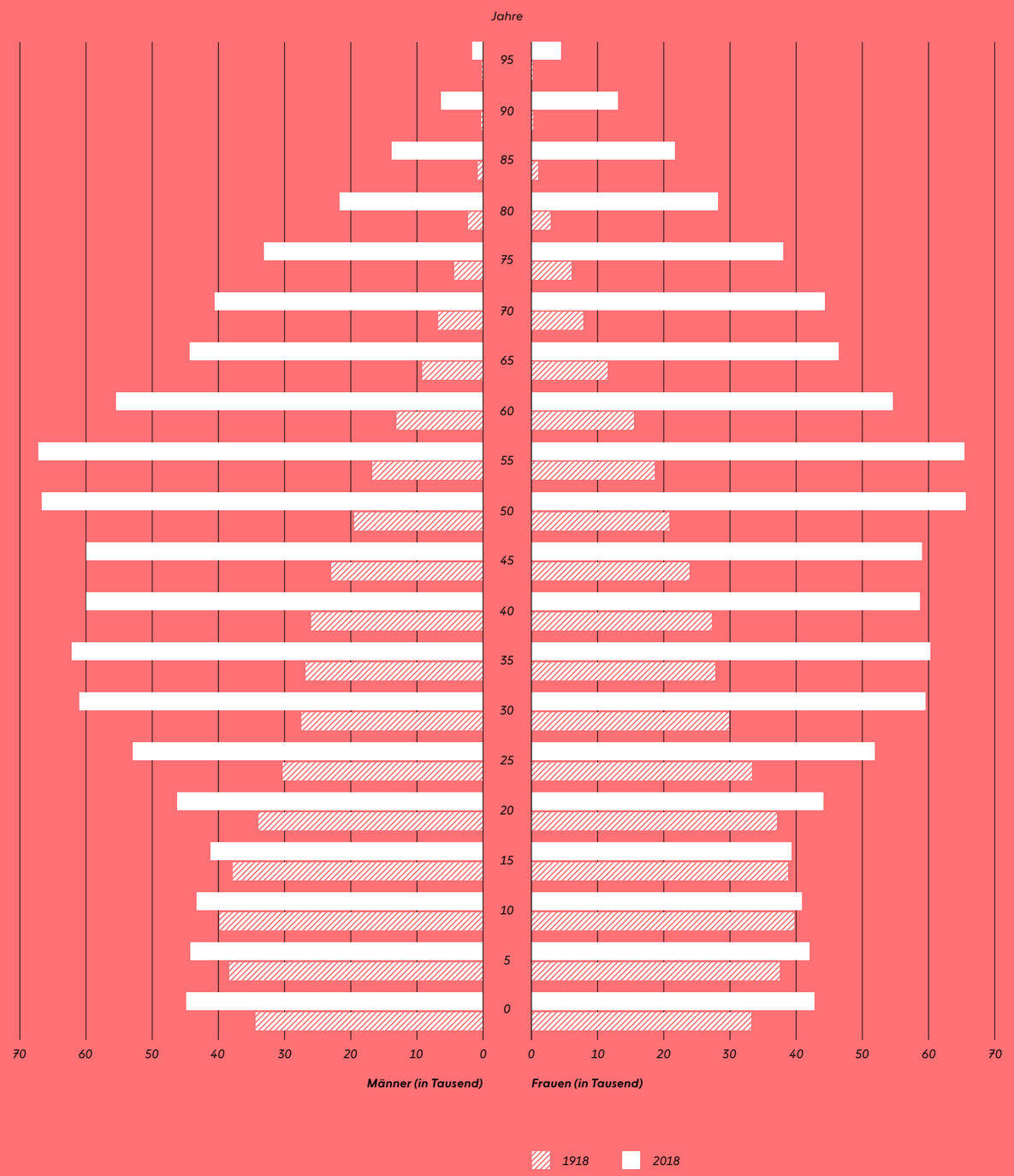
NACH ZWEI WOCHEN BEREITS NACH HAUSE

Herr Meier kann nach zwei Wochen bereits nach Hause entlassen werden. Im Röntgenbild zeigt sich eine korrekte Lage des Implantates und eine gute Heilungssituation. Die Handgelenksmobilisation konnte dank dem regelmässigen Einsatz der Ergotherapeuten rasch verbessert werden, sodass Herr Meier bis zu seinem Austritt selbständig mit Messer, Gabel und Teller umgehen kann. Ebenfalls sind einfache aber wichtige Bewegungsabläufe wie das Zuknüpfen eines Hemdes wieder möglich. Für die persönliche Hygiene ist er aber noch auf die Unterstützung durch die Spitex angewiesen, welche durch die Klinik und das Case Management geplant werden. Ebenfalls konnte in den zwei Wochen auf der akutgeriatrischen Abteilung die Ursache des Schwindels abgeklärt und medikamentös eingestellt werden. Mit diesen Medikamenten sind die Schwindelbeschwerden nun nicht mehr aufgetreten. Ebenfalls konnte die Blutarmut abgeklärt und durch Vitaminzusätze verbessert werden. Ein in diesem Zusammenhang häufig bestehender Dickdarmtumor konnte dank einer Dickdarmspiegelung sicher ausgeschlossen werden.

Regelmässige Treffen mit dem Case Management werden vereinbart, sodass Herr Meier auch nach der Rückkehr in sein privates Umfeld noch auf das im Spital entwickelte Netzwerk zurückgreifen kann. Der Hausarzt und die involvierten Spezialisten werden regelmässig schriftlich über den Behandlungsverlauf und die weiteren geplanten Schritte informiert.

Herr Meier ist zwischenzeitlich nach Hause zurückgekehrt. Er freut sich bereits darauf, im Frühling in seinem Garten mit seiner Frau nach dem Rechten sehen zu können.

Die Schweizer leben länger und selbstbestimmter



Quelle: Bundesamt für Statistik: https://www.media-stat.admin.ch/animated/chart/01pyramid/ga-q-01.03.02-dashboard.html

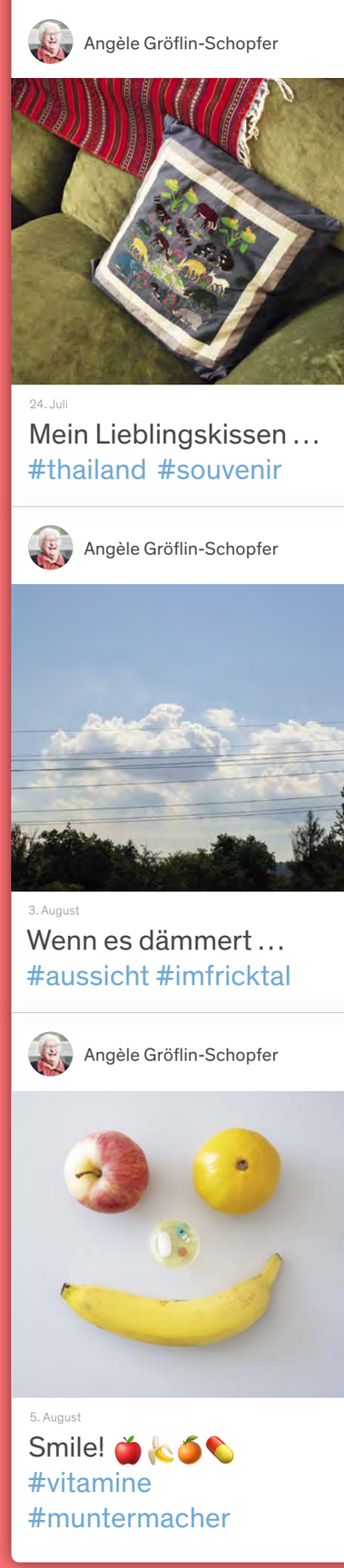
Die Menschen in der Schweiz werden stetig älter. Die Lebenserwartung bei Geburt in der Schweiz ist eine der höchsten der Welt. Lag die Lebenserwartung bei Geburt der Schweizer 1981 bei 72.4 Jahren für Männer und 79.2 Jahren bei Frauen, so liegt diese im Jahr 2016 bei 81.5 Jahren für Männer und 85.3 Jahren für Frauen. Dies zeigt sich auch deutlich in der sogenannten Alterspyramide. Diese sah vor hundert Jahren wie eine Tanne aus: 39 Prozent der Bevölkerung war unter 20 Jahre jung, 55 Prozent war zwischen 20 und 64 Jahre alt und lediglich 6 Prozent war über 65 Jahre alt. Dies bei einer Bevölkerung von rund 4 Millionen.

Fast forward um 100 Jahre ins Jahr 2018: Von den 8.6 Millionen Schweizer sind nur noch 20 Prozent (-19%) unter 20 Jahre jung. Der Anteil der 20-64-jährigen liegt bei 62 Prozent (+7%) und die Anzahl der über 65-jährigen liegt heute bei 19 Prozent (+13%). Aus der Tanne ist – wie treffend – eine Art ‹Urne› geworden, mit einer deutlich verbreiterten Spitze. Dies, weil die Babyboom-Generationen in die höheren Altersklassen eintreten. Wie sich die Basis der Pyramide entwickeln wird, hängt schliesslich von den zukünftigen Geburten ab.

Doch die Menschen werden nicht nur älter, sondern sie haben auch eine andere Vorstellung davon, wie ihr Leben im Alter aussehen soll. So treten Menschen heute später in eine Pflegeinstitution ein. Der Trend ist eindeutig: Menschen wollen so lange wie möglich ein selbständiges und selbstbestimmtes Leben führen.

Diese demografischen Veränderungen gepaart mit einem erhöhten Anspruch ans eigene Leben im Alter bringen einen deutlich erhöhten Grad an Komplexität in den medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Alltag. Diesem trägt das GZF proaktiv Rechnung – sei es durch spezialisierte Behandlungs- und Betreuungskonzepte sowie durch eine verstärkte Einbindung des sozialen Umfelds.

Durch die steigende Lebenserwartung der Menschen begegnen uns vor allem polymorbide Patienten. Das sind Patienten, die gleichzeitig verschiedene Erkrankungen aufweisen, was ihre Behandlung herausfordernder und anspruchsvoller macht. So treten vermehrt Demenzerkrankungen auf, die man mit spezialisierten Konzepten (von der Früherkennung bereits beim Hausarzt über Ernährungskonzepte bis hin zur Betreuung im Pflegeheim) möglichst umfassend behandelt. Entsprechend passen wir uns als Gesundheitsdienstleister diesen sich wandelnden Bedürfnissen kontinuierlich an. Immer mit dem Ziel vor Augen: Auch der ältere Patient möchte wenn immer möglich wieder nach Hause gehen und weiterhin ein eigenständiges Leben in gewohnter Umgebung führen!



DIE ALTERSMEDIZIN UND AKUTGERIATRIE AUF DEN PUNKT GEBRACHT

«Das GZF vereint die wichtigsten (konservativen und operativen) medizinischen und therapeutischen Angebote für Menschen im Alter unter einem Dach, wohnortsnah und in familiär-persönlichem Ambiente. Das ist einzigartig!»

Dr. med. Bernard Flückiger

Die Altersmedizin (Geriatrie) ist eine medizinische Spezialdisziplin, die sich mit körperlichen, psychischen, funktionellen und sozialen Aspekten bei der medizinischen Betreuung älterer Menschen befasst. Dazu gehört ihre Behandlung bei akuten sowie chronischen Erkrankungen, als präventive Zielsetzung, bei (früh-)rehabilitativen Fragestellungen und speziellen, auch palliativen Fragestellungen zur Beschwerde- und Schmerzlinderung am Lebensende.

Geriatrische Medizin geht daher über einen organzentrierten Zugang hinaus und bietet eine umfassende Behandlung in einem Team aus Spezialisten verschiedener Fachdisziplinen an. Hauptziel dieser Behandlung ist die Optimierung des funktionellen Status des älteren Patienten mit Verbesserung der Lebensqualität und der eigenen Autonomie.

ABTEILUNG & KONZEPT

- Spezialisierte Abteilung am Spital Rheinfelden mit 12 Betten
- Umfassendes, interdisziplinäres Betreuungskonzept (Ärzteschaft, Pflege, Therapien und Beratungen sowie Case Management) mit einer Aufenthaltsdauer von mindestens sieben Tagen
- Einbezug der persönlichen Lebenssituation und der Ziele des Patienten sowie deren Angehörigen
- Ziel der akutgeriatrischen Behandlung ist eine Rückkehr in die gewohnte Umgebung.

DR. MED. BERNARD FLÜCKIGER
ist Facharzt für Allgemeine Innere Medizin mit Schwerpunkt Geriatrie. Er ist Chefarzt der Medizinischen Klinik Rheinfelden und ärztlicher Leiter der Akutgeriatrie.

KONTAKT
Sekretariat
T +41 (0)61 835 65 12
medizin.rf@gzf.ch

VORTEILE

- Akutgeriatrie
- Alterstraumatologie
- Therapien: Physiotherapie, Osteopathie, Ergotherapie und Aktivierungstherapie
- Diabetesberatung
- Ernährungsberatung
- Pflegeheim in Akutspital integriert
- Zahlreiche ambulante Spezialsprechstunden (bspw. Beckenboden- und Inkontinenzsprechstunde, Wund- und Stomaberatung etc.)
- Enge Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern in unmittelbarer Nähe (Herzpraxis am Rhein, Reha Rheinfelden, Klinik Schützen Rheinfelden, ALTIUS Swiss Sportmed Center)
- Case Management
- Seelsorge

DR. MED. PRISKA GRÜNIG-ERZBERGER
ist Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Chefärztin der Medizinischen Klinik Laufenburg.

KONTAKT
Sekretariat
T +41 (0)62 874 52 09
medizin.lf@gzf.ch

DIE MEDIZINISCHE KLINIK

Die Medizinische Klinik kümmert sich um die stationäre Grundversorgung aller Patienten mit internistischen Erkrankungen. Darin angesiedelt sind auch der Schwerpunkt ‹Medizin im Alter› sowie die spezialisierte Abteilung für Akutgeriatrie (in Rheinfelden). Gemeinsam mit dem Claraspital Basel führt die Medizinische Klinik ein Tumorzentrum mit hämatologischen und onkologischen Sprechstunden (inkl. Chemotherapie) und einem interdisziplinären Tumorboard, einer regelmässigen Sitzung, an der Patienten mit einer Krebserkrankung von Spezialisten verschiedener Fachrichtungen besprochen werden. Weiter bietet die Medizinische Klinik zahlreiche ambulante Spezialsprechstunden in verschiedenen Fachdisziplinen an.

LEISTUNGSSPEKTRUM

- Allgemeine Innere Medizin
- Schwerpunkt ‹Medizin im Alter› mit Akutgeriatrie und Alterstraumatologie
- Tumorzentrum* mit Hämatologie, Onkologie und interdisziplinärem Tumorboard
- Diabetologie und Endokrinologie
- Kardiologie
- Nierenerkrankungen und Bluthochdruck
- Pneumologie
- Rheumatologie

*gemeinsam mit dem Claraspital Basel

‹AB EINEM GEWISSEN ALTER TUT AUCH DIE FREUDE WEH.›

Charlie Chaplin, Komiker, Schauspieler und vieles mehr …

Dr. med. Urs Genewein, Chefarzt für Traumatologie und Handchirurgie im Interview über das Alter(n), und über die Hand als ganz besonderes Organ.

Was sagen Sie zu diesem Zitat von Charlie Chaplin und zum Altern im Allgemeinen?

Urs Genewein: Wenn wir über das Altern sprechen, dann möchte ich kurz eine Geschichte erzählen, die als Einstieg dienen soll. Ich habe früher viel Cello gespielt und mein Lehrer sagte immer: ‹Wenn man intensiv instrumentiert, dann hat man immer irgendwo Schmerzen›. Es stimmt! Wenn man mit Hingabe und Spass dieser Kunst nachgeht, dann schmerzen schliesslich die Finger, der Rücken und die Muskulatur. Oder umgekehrt salopp formuliert: Wenn einem nichts mehr weh tut, dann weiss man, dass man gestorben ist. Allgemein formuliert ist der Genuss also dann vorbei, wenn man nichts mehr spürt. Das ist auch mit der Lebensfreude so. Je kreativer man ist, je mehr ‹Mensch› man ist, im ganz ursprünglichen Sinne, je mehr man schöpferisch tätig sein darf, gestalten und Einfluss nehmen kann, umso mehr lebt man. Es ist aber auch offensichtlich, dass man dann auch mehr Lebensschmerz erlebt und erleidet. Wir setzen uns dafür ein, dass Menschen auch im Alter noch möglichst selbstbestimmt und mit möglichst viel eigener Initiative und Kreativität leben können.

Aktives Leben – wandern, musizieren und tanzen, Sex – auch im hohen Alter, birgt also Freuden, aber auch Risiken. Wie erleben Sie das in Ihrem Berufsalltag als Chirurg und Alterstraumatologe?

Die Menschen wünschen sich auch im Alter ein Leben möglichst ohne oder nur mit wenigen körperlichen Einschränkungen. Ihre Ansprüche sowohl an die Funktionalität des Körpers als auch an die Ästhetik steigen stetig. Auch ältere Menschen verlangen hinsichtlich dieser Aspekte einwandfreie Resultate. Dies stellt die Chirurgie vor ganz neue Herausforderungen, weil sich der Heilungsverlauf nach einer Operation beim älteren Menschen in vielen Punkten grundlegend von demjenigen eines jungen Menschen unterscheidet. Interessant ist übrigens auch der Anspruch vieler Patienten an die Behandlungsdauer: In der letzten Sprechstunde berichtete eine frisch am Morbus Dupuytren operierte, über achtzigjährige Patientin, dass sie mit ihrem Mann regelmässig golft und in zwei Wochen wieder auf dem Platz stehen möchte. Und sie ist kein Einzelfall. Diese Ansprüche werden immer öfters und immer deutlicher kommuniziert. Allgemein formuliert erkennen wir einen Wandel in der Haltung vieler älterer Menschen – weg vom Bild des demütigen Alternden hin zum selbstbestimmten Menschen, der die Möglichkeiten zur Verbesserung der Lebensqualität nutzen möchte.

Möchte man den wachsenden Bedürfnissen gerecht werden, greift der Blick aus nur einer Disziplin wohl zu kurz, oder?

Ja, das ist wahr. Der Ansatz eines interdisziplinären Behandlungsmodelles innerhalb eines Spitals kann aber nur ein erster Schritt sein. Für die Vermittlung eines Lebensgefühls und zur Steigerung der Lebensqualität im Alter wird auch ein gesellschaftlicher Wandel notwendig. Ältere Menschen müssen in einem gesellschaftlichen Netzwerk eingebunden sein, das nicht nur die medizinischen Felder abdeckt, sondern vielmehr diejenigen der Mobilität, der Bildung, der sozialen Integrität etc. Ein Beispiel dazu: In meiner Hand-Sprechstunde spricht ein Patient selten mehr als ein paar wenige Minuten über das eigentliche funktionelle Problem an der Hand. Das Gespräch wechselt dann jeweils rasch auf die nächste Bedürfnisebene, nämlich zum Beispiel welche Einschränkungen im Haushalt resultieren, und drittens, wie seine Lebensplanung dadurch beeinträchtigt wird. Er kommuniziert relativ klar, was er noch alles machen oder erleben will, beispielsweise wohin er noch reisen möchte. In diesem Prozess begleiten wir den Patienten als Ärzte und geben durchaus Empfehlungen fürs Leben. Wie kann ich mein Leben möglichst nach meinen Wünschen führen? Was kann und darf ich mir noch zumuten? Diese Gespräche gab es früher nicht so häufig.

Wie funktionieren denn die spezialisierten Konzepte der Altersmedizin?

Der Unterschied zu früheren Behandlungskonzepten liegt im Blick auf den Behandlungsansatz des Patienten. In der ‹alten› Version wurde das isolierte Problem, beispielsweise ein Knochenbruch nach einem Sturz, operativ behoben. Man versorgte in erster Linie die Fraktur. Damit schloss der Chirurg, der Traumatologe oder Orthopäde im Wesentlichen seine Behandlung ab. Diese relativ eingeschränkte Sichtweise wurde vielen der bereits erwähnten Ansprüche nicht gerecht. Heute beginnt die Behandlung ganz anders. Auf der Notfallstation erhält der Patient neben der körperlichen Untersuchung und dem Erstgespräch das sogenannte geriatrische Assessment (s. Seite 9), das einen kurzen Überblick über seine kognitiven und körperlichen Fähigkeiten verschafft. Ab diesem Zeitpunkt kümmern sich Chirurgen, Altersmediziner und weitere Fachspezialisten gemeinsam um den Patienten, sodass die Bedürfnisse und Ansprüche des Patienten von allen sehr früh aufgenommen und koordiniert umgesetzt werden können. Kommt ein 80-jähriger Patient mit einer Schulterverletzung, so fragen wir dennoch: Was haben Sie für Vorstellungen? Wie haben Sie bisher gelebt und wie wollen Sie zukünftig leben? Der Arzt mischt sich heute bewusst ins Leben seines Patienten ein – im positiven Sinne. Früher wurde anhand des Alters bereits vieles vorweggenommen und gar nicht individuell erfragt. Zusammenfassend kann man also sagen: Einerseits sind die Ansprüche der Patienten gestiegen, aber auch das Bewusstsein und die Sensibilität auf Seiten der Ärzte, der Pfleger und Therapeuten. Dies bedeutet für uns aber auch, kritisch zu sein. Wie sind die kognitiven Fähigkeiten des Patienten? Wie gut reflektiert er sich und sein Umfeld? Wie ist er darin integriert?

Ist das der Punkt, an dem ein Patient von der Alterstraumatologie in die Akutgeriatrie kommt?

Genau. Dann wird gemeinsam mit dem Altersmediziner ermittelt, wie viel therapeutisch-rehabilitatives Potenzial während der Hospitalisierung realisiert werden kann und wie die einzelnen Therapien und Beratungen dabei zum Tragen kommen. Und das Bouquet an Möglichkeiten wird kontinuierlich grösser. Je differenzierter wir unser Angebot an den Patienten ausrichten können, desto besser können wir ihn betreuen.

Wir sind in diesem Sinne eine richtige ‹Manufaktur›. Dabei liegt der Fokus nicht wie früher ausschliesslich auf dem jungen Patienten, den man möglichst schnell wieder in die Arbeit integrieren möchte. Dies ist heute selbstverständlich. Aber die Rückkehr des älteren und betagten Patienten in sein Umfeld, und dies für möglichst lange Zeit, das ist unser Hauptaugenmerk. Denn das bedeutet einerseits Lebensqualität für die Betroffenen und andererseits auch eine langfristige Minimierung der Gesundheitskosten. Dabei schaut man vermehrt über die eigentliche medizinische Betreuung hinaus auf Themen wie die Ernährung oder auch kulturelle Ansprüche. Studien belegen zum Beispiel, dass Menschen, die regelmässig tanzen, weniger stürzen. Weil Tänzer sich besser bewegen, ihre koordinativen Fähigkeiten besser sind und sie viel schneller Ausfallschritte machen können und somit einen Sturz besser verhindern.

Je mehr jemand also tanzt, desto weniger stürzt er – ein schönes Paradoxon!

In der Tat ein schöner Widerspruch. Man kann sogar sagen: Ist jemand schon gestürzt, dann sollte er erst recht schnell wieder mobilisiert werden — und zwar nicht nur körperlich, sondern auch geistig, psychisch, sozio-kulturell und emotional. Wir werden in dieser Hinsicht gegenüber älteren und betagten Patienten fordernder. Auch Stichworte wie ‹mobile Rehabilitation im häuslichen Umfeld› werden an Bedeutung gewinnen. Wir stehen hier erst am Anfang.

Man muss den Patienten schliesslich dort abholen, wo er sich emotional sicher und zu Hause fühlt. Ein Sturz mit einem Bruch kann für eine ältere Person ein sehr einschneidendes Erlebnis sein, denn diese Person ist sich bewusst, dass ihr Leben nachher allenfalls anders aussehen wird und bangt daher um ihre Mobilität, ihre Eigenständigkeit und ihre Lebensqualität. In den 60er Jahren verstarb ein sehr hoher Anteil der über 70-jährigen an einem Oberschenkelbruch. Das hat sich grundlegend verändert: Heute wollen die Menschen wieder mobil werden — diese Ängste und Unsicherheiten muss man gut mitberücksichtigen.

‹Alte Leute sind gefährlich – sie haben keine Angst vor der Zukunft.› Hat dieses Zitat vom irischen Dramatiker George Bernard Shaw in diesem Kontext denn überhaupt noch Gültigkeit?

George Bernard Shaw bezieht diese Zeilen auf die Gelassenheit im Alter. Aber so ganz scheint auch das nicht mehr zu stimmen! Im Gegenteil, mit dem Alter steigt der Reichtum und daraus ergeben sich für den älteren Menschen viele Chancen, die im Berufsleben nicht möglich waren. Natürlich geht die Sorge um, all das zu verlieren. Wenn wir ältere Menschen also richtig behandeln, können wir sie hoffentlich länger in ihrer aktiven Lebensphase halten! Daher ist in dieser speziellen Situation auch die Bindung an den Bewegungstherapeuten, an den Arzt und das gesamte geriatrisch-traumatologische Netzwerk sehr wichtig.

Ich komme zurück auf das Stichwort ‹Manufaktur›, das vorher im Gespräch fiel, und mache damit einen Bogen zu Ihrer Tätigkeit als Handchirurgen.

Die Manufaktur impliziert, dass wir etwas von Hand erschaffen, dass wir manuell und im Kleinen, individuellen tätig sind. Wir sind nicht einfach ‹Mechaniker› und wir sind schon gar nicht am Fliessband tätig. ‹Manu facere›, also etwas von Hand schaffen, bedeutet für mich, dem Patienten als Menschen zu begegnen, seine Sorgen ernst zu nehmen, seine Bedürfnisse zu erkennen und Vertrauen aufzubauen. Jeder Mensch ist anders und somit ist auch die Begegnung mit ihm immer anders. Das bedeutet als Arzt auch: Bevor ich jemanden behandle, nehme ich ihn auch als Menschen wirklich wahr? Gerade bei älteren Menschen ist das sehr wichtig, schliesslich formen wir durch einen chirurgischen Eingriff mehr oder weniger relevant auch seinen weiteren Lebensverlauf. Wie wollen wir diesen formen? Wie wollen, können und dürfen wir diesen Menschen weiter begleiten?

Denken wir an den Musiker, so denken wir nicht nur an funktionelle Virtuosität, sondern auch an Expressivität und Kreativität. Aber auch im ganz normalen Alltag führen wir mit unseren Händen täglich viele Bewegungen aus. Vom Tragen der Einkäufe, über das Zuknöpfen einer Bluse bis hin zum Bürsten der Haare. Vermeintlich einfache Handlungen, die wir als selbstverständlich erachten. Mit den Händen drücken wir auch Zuneigung aus. Die Hand ist wichtig. Was bedeutet die Hand, gerade für ältere Menschen?

Das Leben geht durch die Hand. Die Hand ist eines der Greiforgane mit der höchsten Nervendichte. Jede Berührung, jedes Streicheln führt die Hand aus. Wir schreiben jemandem einen Brief, um unsere Gefühle und Gedanken zum Ausdruck zu bringen. Wir greifen nach etwas oder jemanden, bis hin zu gewalttätigen Bewegungen, die es natürlich auch gibt. Die Hand ist ein wichtiges sensorisches und motorisches Element unseres Körpers. Diese Fähigkeiten und Eigenschaften möchten wir möglichst lange erhalten. Heute mobilisieren wir gerade auch ältere Patienten nach einer Handoperation sehr schnell. Früher hat man lange die Hand in einer Schiene oder in einem Gips getragen. Heute startet man sehr schnell die funktionelle Mobilisation, weil nach der Operation meist eine ausreichende Stabilität vorhanden ist und die Beschwerden in der Regel deutlich geringer sind. Dadurch treten auch viel weniger Stoffwechselprobleme an der Hand auf wie beispielsweise der Morbus Sudeck. Nach rund vier Wochen können die wichtigsten Tätigkeiten wieder selbständig durchgeführt werden. Auch die Gesamtbehandlungsdauer hat heute bei vielen Handerkrankungen durch den medizinischen Fortschritt abgenommen. Nebst der Mobilisierung braucht es oft eine ergotherapeutische Betreuung (bspw. beim polyrheumatischen Patienten), um in der Therapie und auch danach überhaupt das Sensorium zu erhalten. Wenn wir etwas berühren und nicht wissen, was, dann geht viel Lebensqualität verloren. Wie will ich jemanden streicheln, den ich nicht spüre? Wie soll ich Zärtlichkeit mit meiner Hand vermitteln? Ein derart grosser Teil unseres emotionalen Ausdrucks erfolgt durch, mit und über die Hand. Sensorik, Sinn und Sinnlichkeit sind sehr eng beieinander. Da braucht es Harmonie zwischen der Medizin und dem Leben — wie beim Musizieren.

DR. MED. URS GENEWEIN
ist Facharzt für Chirurgie, Facharzt für Handchirurgie und Chefarzt für Traumatologie und Handchirurgie.

ANDREAS MAURER
ist Facharzt für Chirurgie, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates und Chefarzt für Orthopädie

KONTAKT
Sekretariat
T +41 (0)61 835 65 06
toh@gzf.ch

Klinik für Traumatologie, Orthopädie und Handchirurgie

Die Klinik für Traumatologie, Orthopädie und Handchirurgie bietet ein fachübergreifendes integrales Angebot zu Erkrankungen und Verletzungen des Bewegungsapparates. Neben der Grundversorgung bietet die Klinik auch eine spezialisierte medizinische Versorgung im Bereich der Traumatologie (Unfallchirurgie), Sportmedizin, Orthopädie und Handchirurgie an. Dank standardisierten Behandlungspfaden, einer zentralen Koordination und unserer Präsenz an beiden Spitalstandorten und am Fachärztehaus Frick gewährleistet die Klinik eine zeitnahe und qualitativ hochstehende Betreuung.

Leistungsspektrum:
- Traumatologie (Unfallchirurgie)
- Orthopädie
- Prothetik (Schulter, Hüfte, Knie, Sprunggelenk)
- Sportmedizin
- Handchirurgie
- Notfallversorgungen/Stabilisierungen
- Ambulantes Behandlungszentrum in Rheinfelden
- interdisziplinäre Zusammenarbeit
- Sprechstunden in Rheinfelden, Laufenburg und am Fachärztehaus Frick

Angèle Gröflin-Schopfer

9. August

Ach, die Waage …⚖️😅
#gewichthalten
#gesund

Angèle Gröflin-Schopfer

13. August

Gute Karten in der Hand! ☘️⛔️
#uno #gutaufpassen

WER RASTET, ROSTET!

Wichtige Informationen zur Sturzprävention

Ein Sturz ist schnell passiert – oft mit schwerwiegenden, langwierigen Folgen und negativen Auswirkungen auf die Mobilität und Selbständigkeit der betroffenen Person. Wichtige Infos und Tipps zur Sturzprävention auf einen Blick:

Wer ist besonders stark betroffen?
Ein Viertel der über 65-jährigen und ein Drittel der über 80-jährigen stürzen mindestens einmal jährlich.

Wann passiert's?
Am häufigsten kommt es beim Aufstehen vom Bett oder beim Absitzen auf einen Stuhl zum Sturz. Auch im Bad kommt es teilweise zu Sturzunfällen.

Was sind typische Risikofaktoren?
Verlust von Muskelmasse und -kraft, Gang- und Gleichgewichtsstörungen, Seh- und Hörbehinderung, Kreislaufprobleme, Mangelernährung, Polymedikation etc. Dazu kommen äussere Faktoren wie Stolperfallen (Teppiche, Schwellen), rutschige Bodenbeläge, schlecht angepasste Geh- und Sehhilfen, fehlende Beleuchtung etc.

Was sind die Konsequenzen?
In über 3000 Fällen pro Jahr kommt es zu einem Hüftbruch, der operiert werden muss. Bei vielen Personen kommt es zu Einschränkungen der Mobilität, die einen Aufenthalt in einer Pflegeeinrichtung nach sich ziehen können.

In der Schweiz sterben jedes Jahr über 1380 Personen an den Folgen eines Sturzes: Das sind rund 13-mal mehr Todesopfer als Verkehrsunfälle fordern.

Was kann man dagegen tun?
Das Sturzrisiko mit gezielter Bewegung und Übungen minimieren: Wichtig ist zuerst ein regelmässiges, körperliches Training. Aktivitäten wie Gehen, Nordic Walking, Fahren auf dem Hometrainer oder dem Velo, oder schon nur Spaziergänge verbessern die Ausdauer des Kreislaufsystems. Daneben helfen Bewegungsübungen, welche die Kraft verbessern, oder ein angeleitetes Krafttraining. Weiter müssen Stolperfallen eliminiert werden; die Raumumgebung muss entsprechend angepasst werden.

Was bringt Bewegung?
Durch die Verbesserung der Muskelkraft steigen Sicherheit und Geschicklichkeit. Übungen wie Einbein-, Zehen- und Fersenstand oder Übungen auf Balancebrettern verbessern das Gleichgewicht und die Standsicherheit. Wenn dabei die Augen geschlossen werden, sind die Anforderungen an das Gleichgewicht noch höher. Weiter sollten die oben genannten Risikofaktoren möglichst vermieden oder behandelt werden. Durch diese Massnahmen kann das Sturzrisiko stark reduziert werden.

FELIX MANGOLD
Leiter Therapien und Beratungen

KONTAKT
T +41 (0)61 835 65 24
physio.rf@gzf.ch

Angèle Gröflin-Schopfer

20. August

Da nehme ich besser den Lift! 🤓
#stolperfalle
#liebernicht

Tipp zur Sturzprävention: das Trainingsprogramm ‹3×5›

Das Trainingsprogramm ‹3×5› der Beratungsstelle für Unfallverhütung (bfu) legt die Trainingsschwerpunkte auf Kraft (Kräftigung der Bein- und Rumpfmuskulatur), Gleichgewicht im Stehen und auf das dynamische Gleichgewicht (beim Gehen).

Daraus leiten sich die drei entsprechenden Trainingsprogramme ab, bestehend aus je fünf Basisübungen.

Das Programm ist folgendermassen aufgebaut:

N° 1 Aufwärmen (rund zwei Minuten)

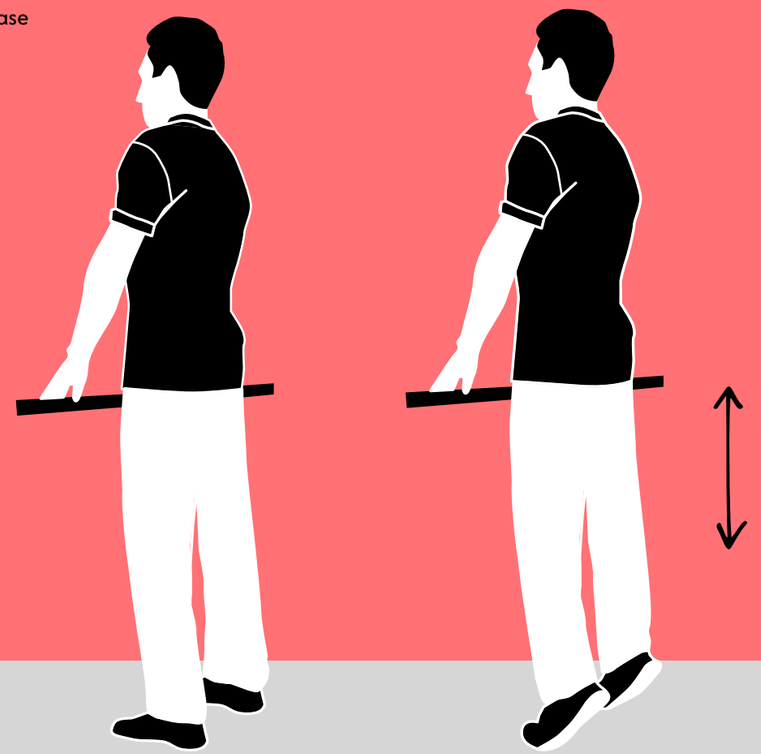
N° 2 Trainings-Programm (Kraft, statisches Gleichgewicht oder dynamisches Gleichgewicht) wählen, fünf Basisübungen bewusst und konzentriert durchführen (30 Minuten)

N° 3 Cool-down: Entspannungsphase nach dem Training

Unten finden Sie ein Beispiel an der Übung des Zehenstands zur Stärkung der Beinkraft. Diese benötigen Sie für zahlreiche Aktivitäten im Alltag (Gehen, Treppensteigen, Einkaufstaschen tragen etc.).

Abwechselnd auf einem Bein stehen. 10 × rechts Gewicht auf die Zehenspitzen verlagern, 10× links Gewicht auf die Zehenspitzen verlagern.

Das vollständige Trainingsprogramm zur Sturzprävention mit Anleitung der Kraft- und Gleichgewichtsübungen finden Sie unter www.sichergehen.ch.



Quelle: Beratungsstelle für Unfallverhütung http://www.bfu.ch

‹AGEISM›

(engl.) Begriff für Altersdiskriminierung von Individuen oder ganzen Gruppen basierend auf stereotypischen Wahrnehmungen, die einzig auf dem Alter einer Person beruhen.

Die Annahme, dass ältere Menschen abhängig oder eine Last sind, kann als Beispiel eines solchen Stereotyps genannt werden. Mit welchen Folgen? Diese undifferenzierte Stereotypisierung kann eine zu einseitige Fokussierung auf Kosten bei der Formulierung gesundheitspolitischer Strategien nach sich ziehen. Die zahlreichen Beiträge – nicht nur gesellschaftlicher, sondern rein wirtschaftlicher Natur – älterer Menschen werden dabei zu wenig berücksichtigt.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) zitiert eine englische Studie aus dem Jahre 2011, in der geschätzt wird, dass ältere Menschen einen Netto-Beitrag von rund 40 Milliarden Pfund an die Gesellschaft im Vereinigten Königreich leisten. Bis ins Jahr 2030 soll dieser Beitrag gar 77 Milliarden Pfund erreichen. Dieser Netto-Beitrag wurde ermittelt als Summe aller Beiträge aus Steuern, Konsum und anderer wirtschaftlich wertvollen Aktivitäten minus die Ausgaben für Pensionen, Sozialhilfen und Gesundheitskosten.

Quellen:

[1] WHO World report on ageing and health, 2015: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/1/WHO_FWC_ALC_15.01_eng.pdf?ua=1

[2] Cook J. The socio-economic contribution of older people in the UK. Work Older People. 2011;15(4):141–6. doi: http://dx.doi.org/10.1108/1366366111119125

FAST WIE ZU HAUSE IM PFLEGEHEIM

Unsere Pflegeheime befinden sich in Rheinfelden und Laufenburg und somit im Herzen der Region Fricktal. Die malerische Lage am Rhein sowie die Nähe zur Natur bieten unseren Bewohnern die ideale Balance zwischen Ruhe, Erholung und Aktivitätsmöglichkeiten.

Unsere Pflegeheime erfreuen sich einer hervorragenden medizinischen und pflegerischen Betreuung und stehen in beiden Häusern unter eigener ärztlicher Leitung. Dank der unmittelbaren Anbindung an unser Akutspital ist rund um die Uhr für qualifizierte ärztliche Hilfe gesorgt — auch im Notfall.

Unsere Pflegeheime verstehen sich als Wohn- und Begegnungsorte, die den besonderen Lebensumständen von Pflegebedürftigen mit teilweise komplexen Pflegebedürfnissen auch in besonderer Weise Rechnung tragen.

DIENSTLEISTUNGEN

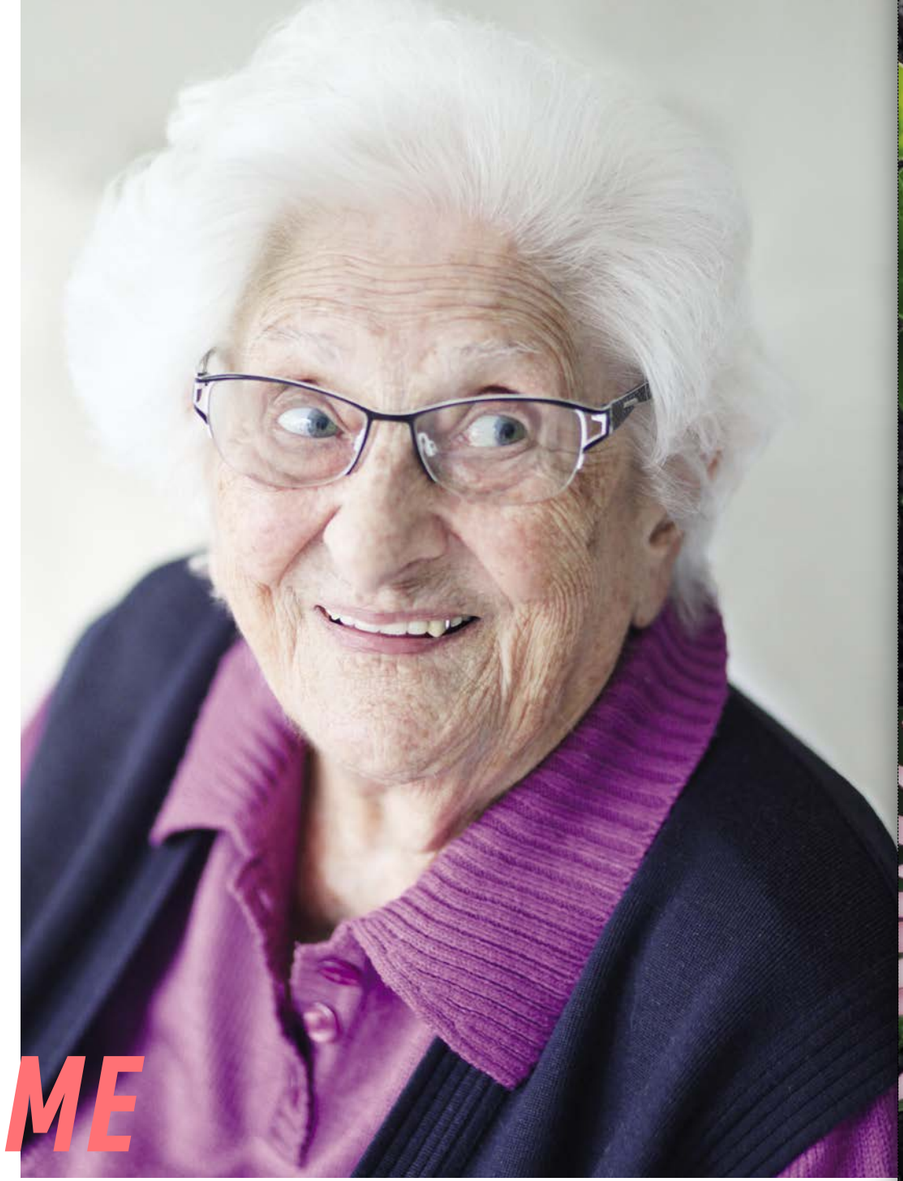
- Akut- und Übergangspflege: Bei einem zeitlich befristeten Pflegebedarf von bis zu maximal 14 Tagen im Anschluss an einen Spitalaufenthalt
- Befristete Langzeitpflege: Mit einer Aufenthaltsdauer von bis zu 90 Tagen zur weiteren Optimierung der Behandlungs- und Betreuungspfade pflegebedürftiger Patienten
- Langzeitpflege und -Betreuung: Menschen, die länger als drei Monate oder permanent Betreuung und Pflege benötigen, werden in die Langzeitpflege und -Betreuung aufgenommen.

ZUSATZANGEBOTE

- Abwechslungsreiches Aktivitätenprogramm (Ausflüge, Konzerte, Jassen etc.)
- Akutgeriatrie
- Pflegenotfälle / vorübergehende Entlastung pflegender Angehörigen
- Ferienunterkunft
- Aktivierungstherapie
- Physiotherapie und Ergotherapie (nach ärztlicher Verordnung)
- Seelsorge

ALISA LAUB-LUCASSEN
Gesamtleitung Pflegeheime

KONTAKT
T +41 (0)61 835 67 12
pflegeheim@gzf.ch



‹MADAME OPTIMISME›

Angèle Gröflin lebt im Pflegeheim Rheinfelden. Mit ihren stolzen 97 Jahren hat sie schon so einiges erlebt. Auch wenn sie keine ‹grosse Gümp› mehr macht und manchmal etwas Mühe mit ihren Händen hat, ihre Augen sind freundlich und hellwach, sie verströmt ihren welschen Charme und hat immer ein Lächeln auf dem Gesicht. Madame Gröflin ist geistig sehr fit: Sie weiss ganz genau, was sie möchte und was nicht. Mit ihrem ansteckenden Optimismus ist sie ein Beispiel für Selbstbestimmung, Zuversicht und Souveränität. Eine bunte Collage aus ihrem Lebensalltag in Rheinfelden.

97 Jahre **3** Kinder **3** Enkel

Folgen

Steckbrief

Angèle Gröflin-Schopfer

🌸 Mein Name ist Angèle Gröflin-Schopfer.

👶 Geboren wurde ich am 6. Oktober 1921 in Fiez (VD) als Älteste von fünf Geschwistern.

👧 Kinder habe ich drei: Silvia, Hanspeter (†) und André

🔵 Meine Lieblingsfarbe ist blau.

📺 Im Fernsehen schaue ich gerne den Musigplausch, obwohl ich selber gänzlich unmusikalisch bin! Meine Grossmutter wollte zwar, dass ich lerne, die Handorgel zu spielen, doch daraus wurde nichts.

🎵 Ich höre sehr gerne französische Chansons. Generell mag ich Französisch um mich herum! Für mich ist das jeweils ein ‹Stückchen Heimat›.

🚰 Zur Erfrischung trinke ich am liebsten Mineralwasser mit einem Schuss Sirup!

🍟 Ich mag es währschaft: ein ‹Schnippo› mit Ketchup und ‹Hörnli mit Ghacktem›!

📞 Ich telefoniere täglich mit meiner Tochter Silvia, die im Tessin wohnt.

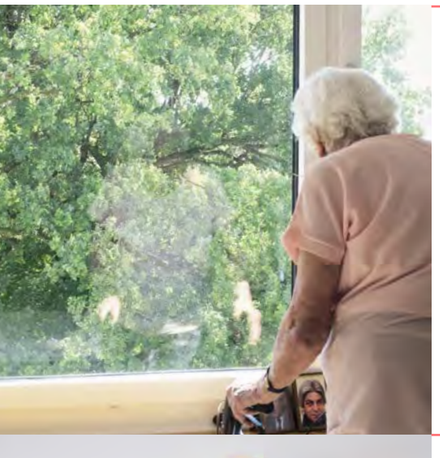
📚 Lesen ist spannend! Ich habe schon so viele Bücher verschlungen. Auch Zeitungen lese ich gerne und regelmässig, um mich über Aktuelles auf dem Laufenden zu halten. Obwohl meine Augen doch manchmal ermüden, macht mir die kleine Schrift nichts aus – auch nicht im Gebetsbüchlein in der Messe.

❤️ Mein Alltag ist belebt von zahlreichen Aktivitäten! Langeweile ist zwar ein bekannter Feind im Alter, aber ich bin keine Person, die sich gehen lässt.

🇫🇷 Eine schöne Erinnerung ist für mich die Reise nach Paris mit meinem Mann, meinem Bruder und der Schwägerin. Wir konnten ja alle Französisch!

🤓 Mein Geheimnis für ein langes, erfülltes Leben … Ehrlich gesagt habe ich keine Ahnung! Es ist einfach so. Ich hatte wohl Glück. Und gute Knochen. Ich bin eine ‹Gschaffigi›, eine Stehauf-Frau! Schon immer, auch früher, all die Jahre. Ich habe mich nie gehen lassen und mein Rezept lautet: Schaue immer aufs Positive und hol Dir stets das Gute raus!

MEIN ALLTAG



7.00 UHR

Aufstehen – aber ganz ohne Wecker! Ich muss zwar nirgends hin, aber ich mag den Morgen!

8.00 UHR

Zmorge – meine Lieblingsmahlzeit! Da mag ich Orangensaft, Joghurt und Zwieback. Das ass ich schon früher mit meinen Kindern. Einzige Kritik: Wenns nach mir ginge, dürfte das Frühstück ruhig etwas früher serviert werden, denn um 8 Uhr bin ich bereits sehr hungrig!

10.00 UHR

Oft beobachte ich auf meiner Lieblingsbank im 4. Stock das rege Kommen und Gehen der GZF-Mitarbeitenden. Immer wieder kommt es zu interessanten Gesprächen und schönen Begegnungen.

Ich schaue ganz genau auf die Mode der Leute. Das hat mir schon immer gefallen!

Manchmal habe ich einen Termin mit der Coiffeuse – für die Dauerwelle und eine schöne Frisur! Bei gutem Wetter gehe ich auf den Balkon oder raus in den Park.

«Regelmäsig bekomme ich viele Servietten zum Falten. Das tut meinen Händen sehr gut! Besonders meine linke Hand ist etwas steif. Da ich früher im Hotel gearbeitet habe, habe ich ein gutes Auge für schöne Details. Heute habe ich drei ganze Stapel Servietten gefaltet! Ich kann dann nicht aufhören, bis ich damit fertig bin!»

11.30 UHR

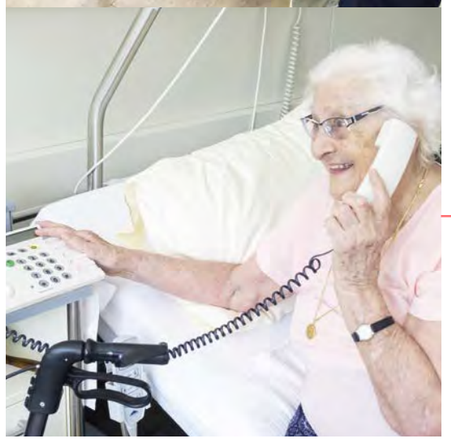
Donnerstags kochen wir gemeinsam und essen danach die zusammen zubereiteten Kreationen. Am Freitag backen wir was Süsses!

12.00 UHR

Das Mittagessen kommt. Meistens esse ich in meinem Zimmer, da habe ich meine Ruhe. Ich wähle und bestelle meine Menus selber im Voraus. Teilweise erinnere ich mich gar nicht mehr daran, was ich die Woche zuvor vorbestellt habe – so ergeben sich immer wieder erfreuliche kulinarische Überraschungen!

14.30 UHR

Montags ist Spielnachmittag. Da stehen viele Spiele wie Halma, Karten, Tisch- oder Brettspiele auf dem Programm. Teilweise gibt es auch eine Hundeschau – was ich schön finde!



14.30 UHR

Dienstags ist Gruppenturnen im Aufenthaltsraum – da kommen wir ins Schwitzen! Mittwochs gehe ich zur Predigt in die hauseigene kleine Kapelle. Auch für Gespräche – mit Besuchern, Mitarbeitenden des GZF und der Seelsorgerin, Frau Lauper, die mich einmal pro Woche besucht und ich sehr mag – hab ich nachmittags gut Zeit.

Besonders freuen mich die Besuche meines Sohnes, der in der Region wohnt! Ungefähr alle 14 Tage besucht mich auch ein Bekannter vom Mahlzeitendienst. Was für eine tolle Aufmerksamkeit!

17.00 UHR

Silvia, meine Tochter, ruft mich jeden Abend an! Wir reden über Gott und die Welt. Es ist einfach schön, ihre Stimme zu hören!

«Mit Frau Lauper habe ich mehrere lange Gespräche geführt, die sie dann in der Geschichte meines Lebens zusammengefasst hat. Mei, 46 Seiten haben wir gefüllt! Wenn ich zurückdenke an all die Jahre, ein ständiges Auf und Ab! Meine Kinder haben von vielem, was ich erlebt habe, keine Ahnung. Darum wollte ich meine Geschichte niederschreiben. Manchmal vergessen die Kinder, dass man ein eigenes Leben hat!»

18.00 UHR

En Guete: Jetzt gibt's feines Znacht! Danach geniesse ich den Abend mit Fernsehen und Lektüre.

21.00 UHR

Nach gemütlichem Fernsehen mache ich zumeist etwa um 21 Uhr das Licht aus!

MEINE LIEBLINGSSTÜCKE UND TÄGLICHEN BEGLEITER

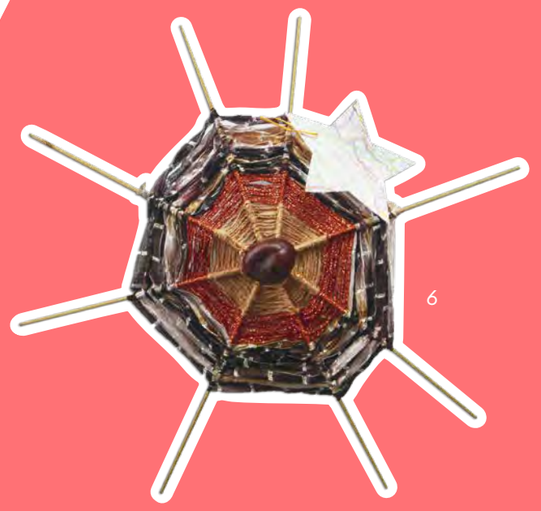
1

2

3

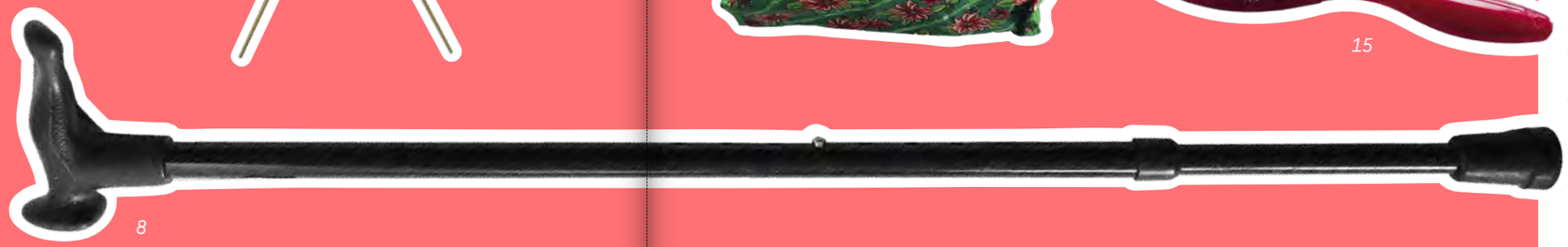
4

5



6

7



8

9

10

11

12

13

14

15

1 *Cape aus Wolle – gibt schön warm um die Schultern!*

2 *Kissen aus dem fernen Thailand – ein Geschenk meines Mannes!*

3 *Auch ein Geschenk, doch von wem nur?*

4 *Ketchup mag ich gerne – auf Pommes Frites!*

5 *Im TV-Guide schaue ich nach, was im Fernsehen läuft.*

6 *Aus Wolle, selbst gebastelt*

7 *Meine drei lieben Kinder!*

8 *Beim Gehen brauche ich etwas Unterstützung!*

9 *Mein Mann und ich am Tag unserer Hochzeit!*

10 *Immer auf dem Laufenden – ich lese gerne Zeitung!*

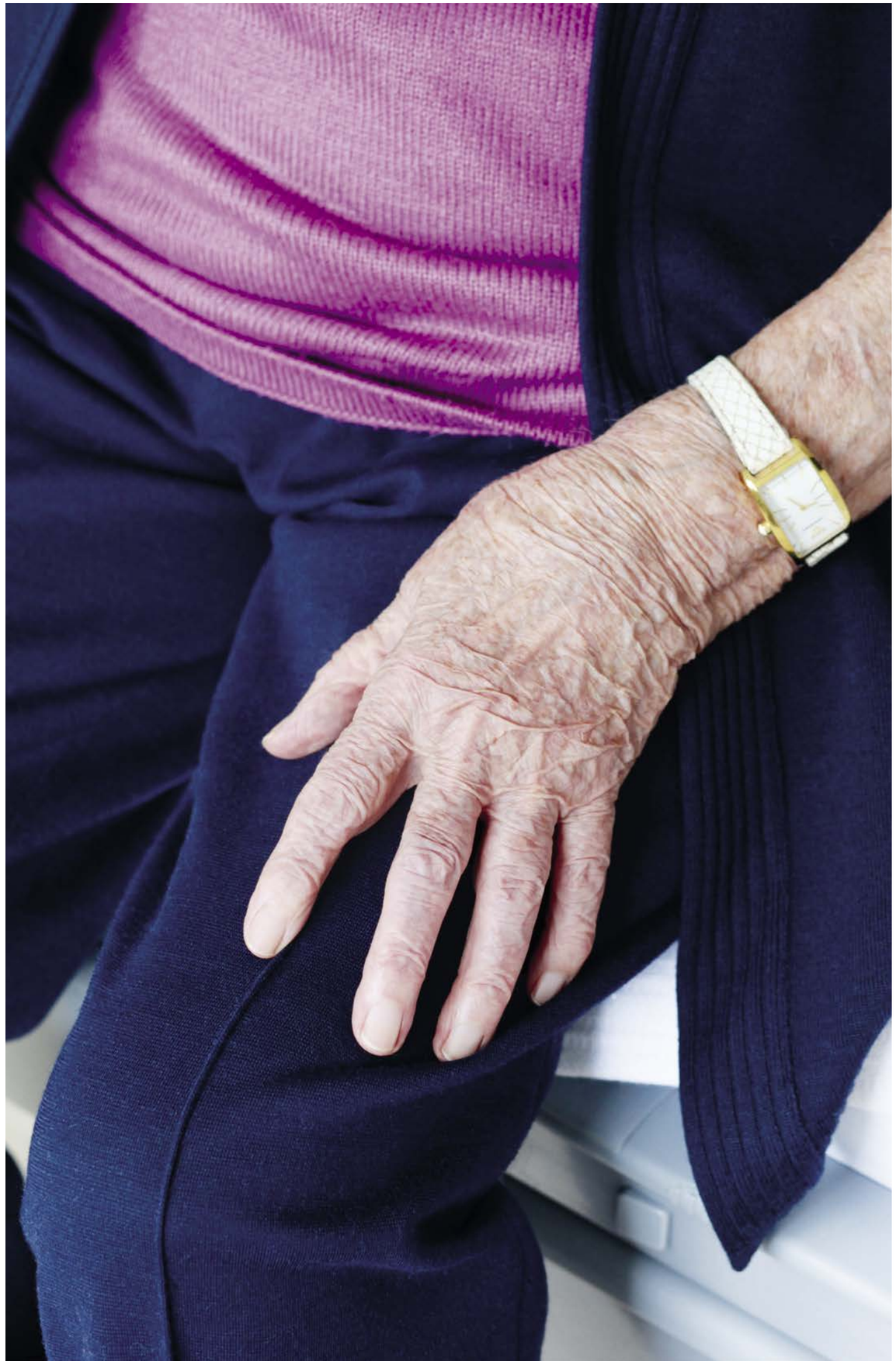
11 *Manchmal tut so eine flauschige Decke auf dem Schoss einfach gut.*

12 *Mein Lieblingsparfum*

13 *Meine Toilettenartikel bewahre ich in meinem Nécessaire auf.*

14 *In New York war ich noch nie, aber dafür in Paris!*

15 *Mir selber die Haare zu bürsten, ist mit meinen Händen gar nicht immer so einfach.*



Ob beim Spazieren, Kochen oder Backen:
Selbst ist die Frau – und Frau Gröflin sowieso!

Angèle Gröflin-Schopfer

30. August

Nur nicht vertippen ☎️
#präzis #tipptipp

Angèle Gröflin-Schopfer

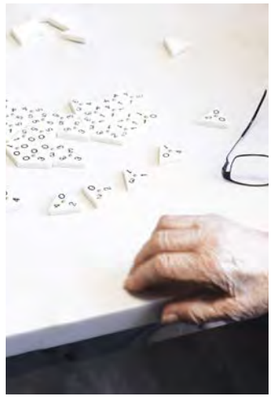
3. September

Ein schöner Anblick! 🐝
#blumen
#augenweide

Angèle Gröflin-Schopfer

6. September

Ein kühles Rivella
im Sommer 💦 🌞
#frisch #schmecktmir



Beobachtungen und Erinnerungen.
Im Alter hat man dafür endlich Zeit.

GZF | Gesundheitszentrum Fricktal

Gesundheitszentrum Fricktal AG
Riburgerstrasse 12
4310 Rheinfelden
www.gzf.ch

IMPRESSUM
Redaktion: Anneliese Seiler, Urs Genewein, Miriam Crespo Rodrigo, Modulator
Layout: Modulator, Branding + Design
Fotografie: Jean-Luc Cramatte, Michael Orlik, Modulator
Druck: Gremper AG
Nächste Ausgabe: Frühling 2019