

Kantonales Konzept Palliative Care

(Projekt vom 12. Januar 2015)



ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

Direction de la santé et des affaires sociales DSAS
Direktion für Gesundheit und Soziales GSD



Vorwort

Eine Strategie für Palliative Care im Kanton Freiburg

Die nationale Strategie Palliative Care besteht seit 2010. Über sie empfiehlt der Bund den Kantonen, ihre Angebote palliativer Pflege und Betreuung zu verbessern und zu verstärken, um ein bestimmtes Qualitätsniveau zu erreichen und der Bevölkerung Wahlmöglichkeiten innerhalb des sozialmedizinischen Leistungsangebots zu bieten. Da die zweite Phase der nationalen Strategie Ende 2015 endet, fordert der Bund die Kantone auf, ihrerseits weiter am Thema zu bleiben. Das vorliegende Konzept tritt direkt auf diese Empfehlung ein.

Auf das am 16. Februar 2009 vom Grossen Rat angenommene Postulat der Grossratsmitglieder Ursula Krattinger-Jutzet und Christian Marbach antwortete der Staatsrat, das Palliativpflege- und Betreuungsangebot müsse ergänzt werden und ein Palliative Care-Konzept werde den Bericht begleiten.

Dieses Konzept ist wegleitend für eine öffentliche Politik, die sich nachhaltig auf die Gesellschaft auswirken will. In diesem Sinne sind die strategischen Ziele, die das Ergebnis dieser Auswirkung beschreiben, auf die Qualität des Angebots, seine Weiterentwicklung und auf die Wahrnehmung der Palliativpflege in der Gesellschaft zentriert.

Der Leitgedanke bei der Ausarbeitung des Konzepts war, dass es der Realität des Terrains und den Bedürfnissen der betroffenen Personen entsprechen müsse. Deshalb wurde es unter Einbezug der betroffenen Kreise und der helfenden Angehörigen ausgearbeitet.

Der Staat unterstützt die palliative Versorgung, auch finanziell. Leistungsangebote von Seiten verschiedener Akteure stehen schon zur Verfügung. Das Spektrum der angebotenen Leistungen verschafft der Einwohnerschaft des Kantons eine gute palliative Versorgung.

Nichtsdestoweniger wurden einige Lücken festgestellt, die mit dem Konzept und dem zugehörigen Massnahmenplan behoben werden sollen.

Das Konzept ist die Frucht einer engen und intensiven Zusammenarbeit zwischen Kantonsarztamt, Sozialvorseorgeamt und Amt für Gesundheit. Während seiner Ausarbeitung wurden die Erfahrungsberichte verschiedener externer Quellen eingeholt. Die Projektleitung wurde von einem Steuerungsausschuss sichergestellt, mit dem Qualitätsmanagement der Projektdurchführung ein externer Partner betraut.

Mit diesem Konzept möchte die Direktion für Gesundheit und Soziales zur Förderung eines qualitativ guten Palliativpflegeangebots, das den verschiedenen Bedürfnissen der betroffenen Personen entspricht, und zur Sensibilisierung der Bevölkerung für den palliativen Ansatz beitragen. Es geht darum, die nötigen Anstrengungen zu vereinen: öffentliche Hand, öffentliche, halböffentliche und private Leistungserbringer, Umfeld, Angehörige, Freiwillige – sie alle haben eine Rolle zu spielen, damit unser Kanton ein Angebot gewährleisten kann, das den Bedürfnissen der kranken Personen gerecht wird.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	2	7 VII. Qualität der Angebote im Bereich der palliativen Pflege und Betreuung	27
Abkürzungen	5	7.1 Ist-Zustand	27
1 Zusammenfassung	7	7.2 Herausforderungen des Konzepts	27
2 Einführung	9	7.3 Verbindung mit der nationalen Strategie und Anwendung in den Kantonen	28
3 Hintergrund des Bereichs Palliative Care	10	7.4 Operationelle Ziele	28
3.1 Politischer Hintergrund	10	8 VIII. Diversität der Angebote in der palliativen Pflege und Betreuung	30
3.2 Gesellschaftlicher Hintergrund	10	8.1 Ist-Zustand	30
3.2.1 Alterung der Bevölkerung	11	8.2 Herausforderung des Konzepts	31
3.2.2 Veränderung der Familienstruktur	11	8.3 Verbindung mit der nationalen Strategie und Anwendung in den Kantonen	31
3.2.3 Wunsch zu Hause zu sterben	11	8.4 Operationelle Ziele	31
3.2.4 Bild vom Lebensende in Verbindung mit einer gewissen Verdrängung des Todes	11	9 Wahrnehmung von Tod und schwerer Krankheit in der Gesellschaft	33
3.2.5 Assistierter Suizid	12	9.1 Ist-Zustand	33
4 Palliative Care und palliativer Ansatz	13	9.2 Herausforderung des Konzepts	34
4.1 Vielschichtigkeit der Betreuung einer Person mit Palliativpflegebedarf	13	9.3 Verbindung mit der nationalen Strategie und Anwendung in den Kantonen	34
4.2 Begriffsbestimmung Palliative Care	14	9.4 Operationelle Ziele	34
4.3 Grundsätze des palliativen Ansatzes	16	10 Massnahmenplan	35
4.3.1 Lebensqualität	16	10.1 Ausbildung (s. S. 29-30)	36
4.3.2 Bedürfnisse der kranken Person	16	10.2 Koordination (s. S. 29-30)	41
4.3.3 Selbstbestimmung	17	10.3 Leistungsangebot (s. S. 31-33)	44
5 Tragweite und Grenzen des Konzepts	18	10.4 Sensibilisierung und Information (s. S. 34-35)	49
5.1 Palliative Care beeinflussende Faktoren	18	10.5 Auswertung des Massnahmenplans	53
5.2 Verbindung zwischen dem Konzept Senior+ und dem kantonalen Konzept für Palliative Care	19	10.6 Zusammenstellung	54
6 Strategie des Konzepts	21	11 Schlusswort	55
6.1 Detaillierte Ergebnisse des Fragenkatalogs	21	12 Literaturverzeichnis	56
6.2 Vision	25		
6.3 Strategischer Zeit	26		

Abkürzungen

BAG	<i>Bundesamt für Gesundheit</i>
BCPS	<i>Bureau cantonal de la Pastorale de la santé</i>
BIK	<i>Betroffene interessierte Kreise</i>
BSV	<i>Bundesamt für Sozialversicherung</i>
CAS	<i>Certificate of advanced studies</i>
CHUV	<i>Centre hospitalier universitaire vaudois</i>
DAS	<i>Diploma of advanced studies</i>
FNPG	<i>Freiburger Netzwerk für psychische Gesundheit</i>
FRK	<i>Freiburgisches Rotes Kreuz</i>
GesA	<i>Amt für Gesundheit</i>
GSD	<i>Direktion für Gesundheit und Soziales</i>
HFR	<i>freiburger spital</i>
HIB	<i>Interkantonales Spital der Broyeregion</i>
KAA	<i>Kantonsarztamt</i>
KLV	<i>Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung</i>
MPCT	<i>Mobiles Palliative Care Team</i>
NFP	<i>Nationale Forschungsprogramme</i>
SBK	<i>Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, Sektion Freiburg</i>
SMCF	<i>Ärztegesellschaft des Kantons Freiburg</i>
SPITEX	<i>Dienste für Hilfe und Pflege zu Hause</i>
SVF	<i>Spitex-Verband Freiburg</i>
VALM	<i>Vivre avec la mort</i>
VFA	<i>Vereinigung freiburgischer Alterseinrichtungen</i>
VZÄ	<i>Vollzeitäquivalente</i>
WABE	<i>Wachen und Begleiten Krankenbegleitung</i>

***Dem Anderen helfen, sich noch im Zustand
extremer Verletzlichkeit zu entfalten.***

*Palliative Care nach Jean Vanier
(Gründer der Gemeinschaft Arche)*

1 Zusammenfassung

Als Reaktion auf das im Jahr 2009 vom Grossen Rat angenommene Postulat der Grossratsmitglieder Ursula Krattinger-Jutzet und Christian Marbach und infolge verschiedener nationaler und kantonaler Vorstösse machte sich der Kanton Freiburg an die Ausarbeitung einer umfassenden Politik für die palliative Versorgung. Diese Politik soll den Bedürfnissen der kranken Menschen entsprechen, indem sie die sozialmedizinischen Leistungen für die Kranken und ihre Angehörigen verbessert und diversifiziert. Darüber hinaus verfolgt das Konzept das Ziel, die Freiburger Bevölkerung auf die Wichtigkeit eines solchen Angebots und das Erleben der betroffenen Personen zu sensibilisieren.

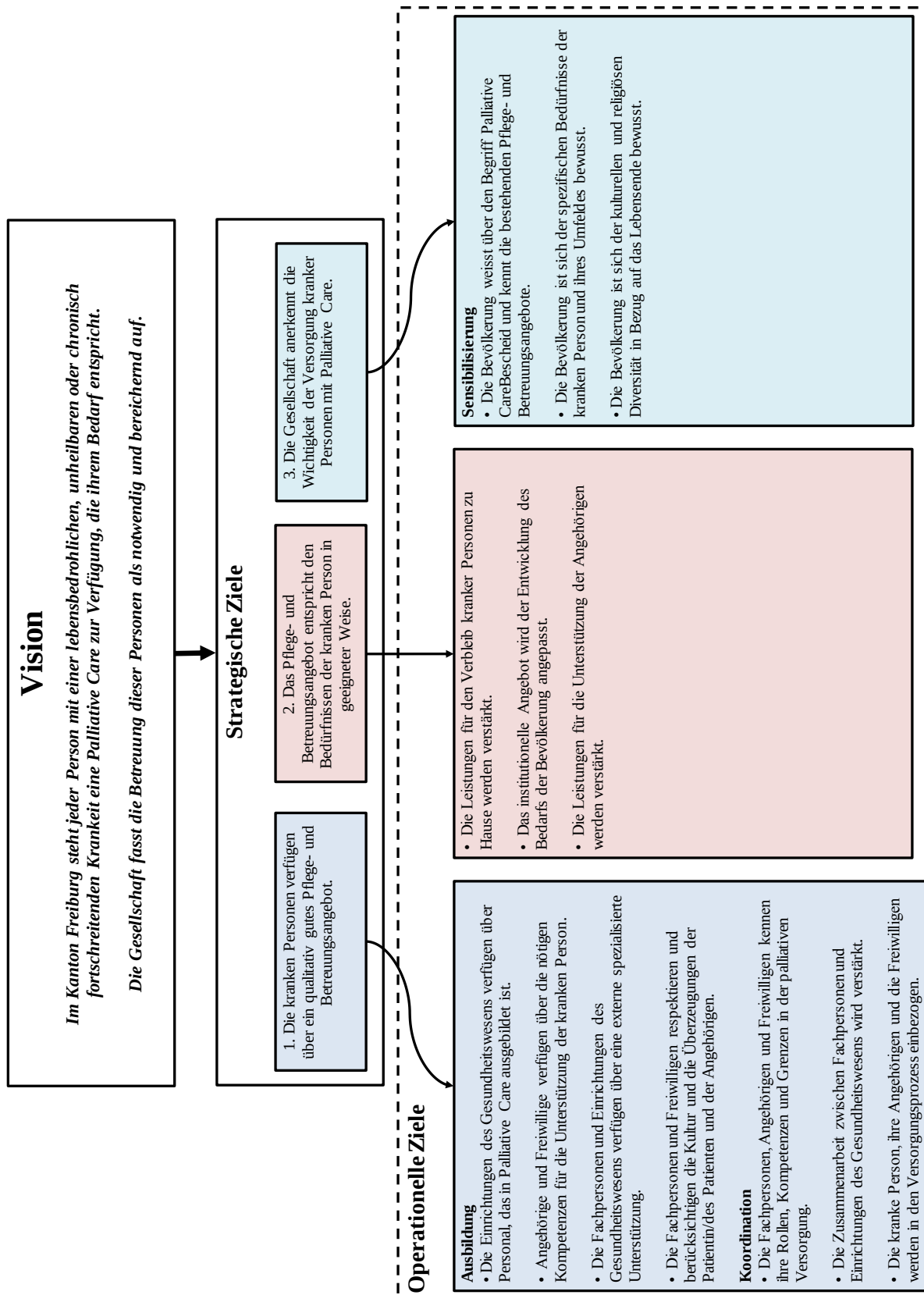
Mit Hilfe einer Befragung der betroffenen Kreise und wiederholter Zusammenkünfte mit den Fachpersonen für Palliativpflege sowie helfenden Angehörigen konnten die Stärken und Schwächen des bestehenden kantonalen Palliative Care-Angebots identifiziert werden.

Das Wohlbefinden der kranken Person wird als System aus mehr oder weniger beeinflussbaren Variablen angesehen. Die Variablen, auf die der Staat einwirken kann, wurden identifiziert. Viele davon sind dem Konzept Senior+ gemeinsam. Daher weist der Massnahmenplan, der mit dem vorliegenden Konzept einhergeht, Verbindungen zum Konzept Senior+ auf.

Ausgehend von den Prinzipien, die Palliative Care zugrunde liegen – Lebensqualität, Achtung vor den Bedürfnissen des kranken Menschen und Wahrung seiner Selbstbestimmung – wird eine Vision (anzustrebende Idealsituation) vorgeschlagen, zusammen mit konkreten Zielen, um diese Vision zu verwirklichen. In ihr finden sich alle Dimensionen des Menschen wieder: seine physische, soziale, psychologische und spirituelle Dimension.

Der Massnahmenplan im zweiten Teil dieses Dokuments schlägt konkrete Massnahmen für die Erreichung dieser Ziele vor. In Zukunft wird eine Auswertung dazu dienen, die Zweckmässigkeit der eingeführten Massnahmen und ihre Effizienz im Verhältnis zu den angestrebten Zielen zu beurteilen. Der Massnahmenplan wird alle fünf Jahre angepasst und aktualisiert.

Das Konzept kann in der folgenden Tabelle zusammengefasst werden:



2 Einführung

Palliative Care berührt den Bereich von schwerer Krankheit und Tod. Somit bewegt sie sich stets im Umfeld tief schürfender Fragen und starker Emotionen. Es leuchtet daher ein, dass sie sich nicht auf die Erteilung von Pflegeleistungen beschränkt, sondern auch und vielleicht vor allem darin besteht, Gehör zu schenken, die Würde und Intimität der Kranken zu wahren, die kranken Menschen und ihre Angehörigen zu begleiten. In diesem Sinne gibt der Ausdruck «palliativer Ansatz» das tatsächliche Angebot der Palliativpflege viel besser wieder. In der Tat handelt es sich um ein Bemühen im Sinne einer ständigen Neuausrichtung auf die fluktuierenden Bedürfnisse der Person. Die mit der Entwicklung der Krankheit einhergehende Trauer – Trauer, nicht mehr allein für sich sorgen zu können, Trauer über den körperlichen Verfall, über nicht verwirklichte Pläne, um sein Leben – ruft in dem Masse Bedürfnisse und verschiedene Gefühle hervor, als die Zeit verstreicht und die Krankheit fortschreitet. Palliative Care ermöglicht es, dicht an der Person zu bleiben und dabei ihren Rhythmus zu respektieren.

Ab Beginn der Vorarbeiten für die Aufstellung dieses Konzepts bestand der Leitgedanke darin, eine umfassende Palliative Care-Politik vorzuschlagen, die der Realität des Terrains und den Bedürfnissen der betroffenen Personen entspricht. Zu diesem Zweck wurden die betroffenen Kreise angehört und Zusammenkünfte organisiert, um die Situation im Kanton erfassen und beschreiben zu können. Mit Hilfe einer Analyse der gewonnenen Daten und des Studiums der Fachliteratur konnten die Stärken und Schwächen des kantonalen Palliativpflege-Angebots sichtbar gemacht werden.

Dieses Konzept fügt sich in politische Bestrebungen ein, die schon vor einigen Jahren einsetzten (III. Kap., Punkt 1). Palliative Care gewinnt zunehmend an Bedeutung in den politischen Anliegen zahlreicher Länder. Die Schweiz bildet keine Ausnahme, wurde doch 2010 eine nationale Strategie Palliative Care ins Leben gerufen. Wie viele andere Kantone und gemäss den Empfehlungen der nationalen Strategie entwickelt der Kanton Freiburg parallel dazu sein eigenes Konzept. Dieses berücksichtigt die Merkmale unserer modernen westlichen Gesellschaft (III. Kap., Punkt 2), wie etwa die Alterung der Bevölkerung oder die veränderten Familienstrukturen.

Eine homogene Definition von Palliative Care fehlt: Einige Fachpersonen setzen auf Palliative Care, wenn eine Heilung unmöglich ist, andere, wenn der Akzent auf die Linderung von Beschwerden gelegt wird und so fort. Daher enthält dieses Konzept eine Begriffsbestimmung, die sich an derjenigen der Weltgesundheitsorganisation ausrichtet (IV. Kap., Punkt 2). Die Grundprinzipien von Palliative Care (IV. Kap., Punkt 4), die die kranke Person und ihr Wohlbefinden ins Zentrum rücken und ihr damit den ihr gebührenden Platz einräumen, liegen der angestrebten Vision (VI. Kap., Punkt 2) und den strategischen Zielen des Konzepts (VI. Kap., Punkt 3) zugrunde. Von den drei als vorrangig identifizierten Zielen sind die zwei ersten direkt auf das Pflege- und Betreuungsangebot ausgerichtet, das erste auf eine Verstärkung der Qualität, das zweite auf den Ausbau des Angebots. Das dritte hingegen gilt einer Bekämpfung der Isolierung der Kranken durch die Veränderung der Art und Weise, wie Palliative Care und Tod in der Gesellschaft wahrgenommen werden.

Mehrere Faktoren, vom persönlichen Hintergrund einer jeden Person, wie etwa dem Bestehen oder Fehlen eines helfenden Umfelds, bis hin zu den Freiburger sozialmedizinischen Leistungen, wie die Pflegequalität und die Vielfalt des Angebots, wirken sich auf das Wohlbefinden der kranken Person aus. Obwohl all diesen Faktoren Rechnung getragen werden muss, kann der Staat nicht jeden von ihnen direkt beeinflussen (V. Kap., Punkt 1). Für die Umsetzung jedes strategischen Ziels wurden operationelle Ziele gesetzt (VII., VIII., IX. Kap.). Unter diesen werden nur diejenigen berücksichtigt, die der Staat direkt beeinflussen kann. Ein Massnahmenplan mit den verschiedenen Massnahmen (X. Kap.) für die Erreichung der operationellen Ziele ist diesem Konzept angefügt und dient seiner Umsetzung. Er ist mehrjährig und ist gültig bis 2020.

3 Hintergrund des Bereichs Palliative Care

3.1 Politischer Hintergrund

Alarmiert durch die Aussicht, dass künftig die Zahl der Personen mit unheilbaren und chronischen Krankheiten stark ansteigen wird, rief der Bund eine nationale Strategie Palliative Care 2010-2015 ins Leben.

Diese Strategie unterteilt sich in zwei Phasen: Die erste (2010-2012) zielte auf die Verankerung von Palliative Care in den sozialmedizinischen Leistungen hin, indem sie den Akzent auf die Förderung von spezialisierter Palliative Care setzte. Seit 2010 ist die Zahl der Personen mit Zugang zu den Palliative Care-Angeboten gestiegen. Der positiven Bilanz der ersten Phase folgte eine zweite Etappe (2013-2015); sie zielt zum einen auf die nachhaltige Verankerung der Errungenschaften der ersten Phase hin, zum anderen auf die Entwicklung eines Qualitätsangebots. Besondere Aufmerksamkeit gilt der Förderung von Palliative Care in der Grundversorgung, zum Beispiel durch ihre Aufnahme in die nichtuniversitären Ausbildungen der Fachpersonen aus verschiedenen Bereichen wie Gesundheit, Soziales oder Psychologie.

Auch im Kanton Freiburg trat das Interesse an Palliative Care im Verlauf der letzten Jahre mehrmals zu Tage:

Das Freiburger Manifest «Eine nationale Strategie für die Entwicklung von Palliative Care in der Schweiz», das am 1. Februar 2001 anlässlich der nationalen Konsensus-Tagung vorgestellt wurde, machte sich für die palliative Versorgung durch ausgebildete, vernetzt arbeitende Personen sowie die von der Patientin oder dem Patienten gewünschte palliative Versorgung ohne Mehrkosten stark. Dieses Manifest führte zur Schaffung der Palliativpflegestation am Standort Châtel-Saint-Denis des freiburger spitals.

Das Postulat von Grossrätin Ursula Krattinger-Jutzet und Grossrat Christian Marbach vom Februar 2009 «*Palliatives Betreuungskonzept für den Kanton Freiburg*» verlangte die Ausarbeitung eines umfassenden Konzepts für palliative Versorgung. Im Mai 2010 beschloss der Grosse Rat, dass der Staatsrat darauf antworten werde, sobald die Ergebnisse des Projekts Voltigo bekannt seien. Infolge der ermutigenden Ergebnisse dieses Projekts beauftragte die Direktion für Gesundheit und Soziales (GSD) das Amt für Gesundheit (GesA) mit der Ausarbeitung des Konzepts. Formalisiert wurde dieser Schritt im «Regierungsprogramm und Finanzplan für die Legislaturperiode 2012-2016», wo die Herausforderung Nr. 4 «*Festigung des sozialen Zusammenhalts und der Lebensqualität vor dem Hintergrund eines starken Wachstums*» unter anderem die Ausarbeitung und Umsetzung eines kantonalen Konzepts für Palliativpflege nennt.

Aus einem von der Schweizerischen Krebsliga ausgeschriebenen Wettbewerb, mit dem regionale Pilotprojekte unterstützt werden sollten, ging das Projekt Voltigo als Gewinner hervor; dieses startete im Januar 2009. Das von der GSD in Partnerschaft mit der Krebsliga Freiburg und dem freiburger spital (HFR) unterstützte Projekt zielt auf die Entwicklung eines Netzwerks für die Unterstützung, Rehabilitation und Palliativpflege für Krebsbetroffene im Kanton Freiburg ab.

Im November 2010 wurde auf Initiative von Akteurinnen und Akteuren des Freiburger Terrains die Freiburger Sektion von palliative.ch («*palliative fribourg-freiburg*») gegründet.

3.2 Gesellschaftlicher Hintergrund

Wie gesagt, muss das Konzept der Realität des Terrains und den Bedürfnissen der Bevölkerung gerecht werden.

Rund um den Problemkreis Lebensende konnten fünf Merkmale ausgemacht werden, die unsere moderne westliche Gesellschaft auszeichnen:

- > Die Alterung der Bevölkerung
- > Die Veränderung der Familienstruktur
- > Der Wunsch, zu Hause zu sterben
- > Das Bild vom Lebensende in Verbindung mit einer gewissen Verdrängung des Todes
- > Der assistierte Suizid (Sterbehilfe)

3.2.1 Alterung der Bevölkerung

Die Ausarbeitung eines Konzepts für Palliative Care im Kanton Freiburg ist undenkbar ohne eine Analyse der demografischen Entwicklung. Wie die Mehrheit der industrialisierten Länder und die Schweiz insgesamt sieht sich unser Kanton künftig einer starken Zunahme des Anteils älterer Menschen an der Bevölkerung und einer immer längeren Lebenserwartung aufgrund der medizinischen Fortschritte gegenüber.

Schon heute zählen 47'825 Personen im Kanton mehr als 65 Jahre¹, und bis zum Jahr 2035 dürfte ihre Anzahl um 107 % steigen. Heute sind 80 % der sterbenden Personen über 65 Jahre alt.² Diese Personen sind mehrheitlich von einer Multimorbidität betroffen, einer direkten Folge der Alterung der Bevölkerung. All dies macht die nötige Palliativversorgung vielschichtiger und erfordert den Einsatz erfahrener und ausgebildeter Personen.³

Die Verlängerung der Lebenserwartung ist eine positive Tatsache. Sie bedingt aber geplante Aktionen und eine echte Strategie, um auf die künftigen Herausforderungen an unsere Gesellschaft zu reagieren.

3.2.2 Veränderung der Familienstruktur

Die Anzahl in einer Partnerschaft lebender Personen und die Geburtenrate sind signifikant rückläufig. Immer mehr Personen leben allein. Im Kanton bestehen zwei Drittel der Haushalte aus einer oder zwei Personen.⁴ Im Übrigen haben immer mehr Personen keine Kinder. Die Geburtenrate in der Schweiz ist sehr niedrig.⁵ Die Folge ist eine Schrumpfung des familiären Netzes, das für die Betreuung kranker Menschen in Frage kommt.

3.2.3 Wunsch zu Hause zu sterben

Der verbreitete Wunsch, zu Hause zu sterben, wurde schon 2009 in einer gesamtschweizerischen Studie beobachtet. Aus dieser Studie ging hervor, dass 73 % der befragten Personen ihren Sterbeort zu Hause wünschen.⁶

85 % der Sterbefälle erfolgen aber im Spital oder Pflegeheim.⁷ Zu Hause sterben ist nicht immer möglich, weil es der schwerkranken Person und/oder ihren Angehörigen an Unterstützung fehlt. Es kann sein, dass die Person allein ist oder ihre Angehörigen mangels Kompetenzen oder Ressourcen die nötige Unterstützung nicht mehr sicherstellen können. Im Übrigen kann die kranke Person auch einer stationären Pflege bedürfen, so dass eine Spitaleinweisung oder der Eintritt in eine andere Einrichtung unvermeidlich ist.

3.2.4 Bild vom Lebensende in Verbindung mit einer gewissen Verdrängung des Todes

In unserer Gesellschaft, die Leistungsfähigkeit und Nutzen auf ihr Banner schreibt, kann die kranke und/oder sterbende Person ein Bild von Autonomieverlust und/oder Niederlage herauf beschwören. Die Angst vor Leiden und

¹ Website des Amtes für Statistik des Staates Freiburg,

http://appl.fr.ch/stat_statonline/portrait/etape2.asp?Niveau=2&NavMenu=portrait&langue=de, konsultiert am 26.04.2013.

² BUNDESAMT FÜR STATISTIK, «Sterbefälle und Sterbeziffern wichtiger Todesursachen, nach Alter», ausgewähltes Jahr: 2012.

³ BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT & SCHWEIZERISCHE KONFERENZ DER KANTONALEN GESUNDHEITSDIREKTORINNEN UND -DIREKTOREN, *Nationale Strategie Palliative Care 2010-2012*, Bern, Oktober 2009, S. 3.

⁴ Website des Amtes für Statistik des Staates Freiburg,

http://appl.fr.ch/stat_statonline/portrait/etape2.asp?Niveau=2&langue=fr&NavMenu=portrait, konsultiert am 26.04.2013.

⁵ Website des Bundesamtes für Statistik, <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/06/blank/key/02/02.html>, konsultiert am 17.06.2014. 2012 lag die Geburtenrate bei 10.3 Lebendgeburten auf 1000 Einwohnerinnen und Einwohner.

⁶ GfK SWITZERLAND AG, beauftragt vom Bundesamt für Gesundheit und vom Bundesamt für Sozialversicherung, «Zusammenfassung der Ergebnisse zur Studie «Palliative Care», 3. Dezember 2009, Hergiswil, S. 6.

⁷ BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT & SCHWEIZERISCHE KONFERENZ DER KANTONALEN GESUNDHEITSDIREKTORINNEN UND -DIREKTOREN, *Nationale Strategie Palliative Care 2010-2012*, Bern, Oktober 2009, S. 11.

Verfall ist allgegenwärtig und wird zuweilen mit dem Verlust der Würde in Verbindung gebracht. Die Sterbehilfesuche spiegeln diese Ängste.

Im Übrigen ist in unserem Alltagsleben die Begleitung Sterbender gegenüber früher gewiss viel seltener geworden. Zum einen hat sich das Familienmodell verändert: Die älteren Generationen leben nicht mehr mit den jüngeren zusammen. Zum anderen sterben die Personen zur grossen Mehrheit im Spital oder Pflegeheim.

Somit ist der Tod häufig ein Tabu-Thema, das Angst machen kann. Das Gleiche gilt für die schwere Krankheit.

3.2.5 Assistierter Suizid

Von 64'443 Todesfällen im Jahr 2012 nahmen nur 508 Personen Sterbehilfe in Anspruch; dies entspricht 0.78 % der Todesfälle.⁸ Auch wenn die Personen am Lebensende viel häufiger Palliative Care in Anspruch nehmen, tritt klar zu Tage, dass der assistierte Suizid als Möglichkeit eines selbstbestimmten Lebensendes bekannter als Palliative Care ist. Dies geht aus einer nationalen Studie hervor.⁹ Im Übrigen kann eins auf das andere folgen; eine Person, die palliativ behandelt wird, kann auch beschliessen, Sterbehilfe in Anspruch zu nehmen.

Obwohl es sich um ein sehr aktuelles Phänomen handelt, mit dem sich jeder von uns im Lauf seines Lebens als Privat- oder als Gesundheitsfachperson konfrontiert sehen kann, ist der assistierte Suizid nach wie vor ein heikles Thema, zu dem die Meinungen diametral auseinander gehen und bei dem jede betroffene Person nach ihrer innersten Überzeugung entscheiden muss. Nach Auffassung des Bundes wie auch des Kantons ist die Palliativmedizin ein Mittel zur Prävention des assistierten Suizids.

Im vorliegenden Konzept liegt der Akzent gänzlich auf der Begleitung und Information der kranken Person, die wirklich frei und aufgeklärt entscheiden können muss. In diesem Sinne stellt eine gute palliative Versorgung, die auf Verlangen der Patientin oder des Patienten oder auf Vorschlag der Ärztin bzw. des Arztes (und/oder der Pflegepersonen) in die Wege geleitet wird, eine echte Alternative zum assistierten Suizid dar.¹⁰

⁸ BUNDESAMT FÜR STATISTIK – STATISTISCHE ENZYKLOPÄDIE DER SCHWEIZ, «Sterbefälle und Sterbeziffern wichtiger Todesursachen nach Alter, Männer und Frauen» und «Assistierter Suizid nach Geschlecht und Alter», Daten am 27.05.2014.

⁹ BUNDESRAT, «Palliative Care, Suizidprävention und organisierte Suizidhilfe», Bern, Juni 2011, S. 35.

¹⁰ BORASIO GIAN DOMENICO, «Mourir», Presses polytechniques et universitaires romandes, Lausanne, 2014, S. 131.

4 Palliative Care und palliativer Ansatz

4.1 Vielschichtigkeit der Betreuung einer Person mit Palliativpflegebedarf

Herr X, 56 Jahre alt, leidet an Krebs im Endstadium. Er lebt zu Hause, wo ihm seine Frau und seine Tochter beistehen. Seine Krankheit dauert schon seit zwei Jahren, und seine Familie konnte ihn bisher mit Unterstützung durch einen Spitexdienst und dank der Hilfe Freiwilliger immer selber betreuen.

Seit Kurzem nun hat sich sein Zustand verschlechtert. Er leidet unter starken Ängsten, vor allem in der Nacht, und für seine Familie wird es immer schwieriger, damit umzugehen. Der Einbruch der Nacht bedeutet für seine Angehörigen einen grossen Stress, sie wissen nicht, an wen sie sich in diesen Momenten wenden können, und sind am Rand der Erschöpfung. Der Hausarzt schlägt deshalb vor, Herrn X ins Spital einzuweisen. Dieser willigt allein deshalb ein, um seine Angehörigen zu entlasten.

Zwei Wochen später stirbt Herr X in seinem Spitalzimmer im Beisein seiner Angehörigen. Diese machen sich in der Folge Vorwürfe, dass sie ihn ins Spital gebracht haben.

Anhand dieses fiktiven Beispiels können viele Fragen aufgeworfen werden:

- > Fanden die Angehörigen und ihre Empfindungen ausreichend Gehör?
- > Warum zogen die Fachpersonen nicht den mobilen Palliativdienst bei, um Hilfe zu verlangen?
- > Was brachte die Angehörigen dazu, die Hilfe Freiwilliger in Anspruch zu nehmen, wo doch die meisten ihre eigenen Erholungsbedürfnisse vollständig vernachlässigten?
- > Wo können Herr X und seine Angehörigen die Informationen finden, die sie brauchen?
- > Hätte es eine andere Lösung gegeben, um eine unerwünschte oder unangebrachte Spitaleinweisung zu vermeiden?

Frau Y leidet seit nunmehr dreizehn Jahren an multipler Sklerose. Einen ersten Krankheitsschub hatte sie im Alter von fünfzehn Jahren. Erst beim zweiten Krankheitsschub und als Sehstörungen auftraten wurde die Krankheit diagnostiziert. Infolge dieser zweiten Episode hat sich ihr Gesundheitszustand unaufhörlich verändert. Dieses ständige Auf und Ab bedeutete für sie und ihr Umfeld eine grosse emotionale Belastung.

Nach Ablauf mehrerer Jahre hat Frau Y den Gebrauch ihrer Beine verloren. Sie ist jetzt auf den Rollstuhl angewiesen. Sie wohnt in einem Haus ohne Fahrstuhl, und die Wohnung, wo sie zusammen mit ihrer Familie lebt, ist völlig untauglich für den Gebrauch eines Rollstuhls.

Frau Y leidet an starken Schmerzen. Die meiste Zeit über sind es ihre Eltern und ihre beiden Brüder, die ihr beistehen.

Hier liegt eine besondere Situation vor, denn Frau Y steht nicht eigentlich am Lebensende. Dennoch ist sie schon in einer Lage, wo ein palliativer Ansatz gefragt ist. Auch dieses zweite fiktive Beispiel bietet Anlass zu verschiedenen Fragen:

- > Würde eine solche Situation den Einbezug spezialisierter Fachpersonen erfordern, die einen palliativen Ansatz verfolgen?
- > Werden die Angehörigen Gehör und Hilfe finden, um die Situation langfristig ertragen zu können?
- > Wer könnte ihnen vorschlagen, Hilfe zu suchen?

Solche Situationen sind nicht selten. Die meisten der während der Ausarbeitung dieses Konzepts gehörten Erfahrungsberichte zeugten von den gleichen Problemen, vor allem: von der Schwierigkeit, zu Hause zu bleiben, der Erschöpfung der helfenden Angehörigen, der Unkenntnis des palliativen Angebots auf Seiten der Familien wie auch zahlreicher Fachpersonen, der Schwierigkeit, eine Lösung für die Nacht zu finden. Auf derartige Probleme wollen das Konzept und der Massnahmenplan antworten.

Es mag stimmen, dass es weder einen idealen Tod noch Techniken gibt, die ein Sterben im „Stand der Glückseligkeit“ ermöglichen¹¹, jedoch ist es die ureigenste Aufgabe von Palliative Care, dem Leben trotz der Krankheit zu Qualität und Würde zu verhelfen.

4.2 Begriffsbestimmung Palliative Care

Zwar ist der Begriff Palliativpflege bzw. Palliative Care heute in aller Munde, doch bleibt es schwierig zu bestimmen, was er beinhaltet, da verschiedene Definitionen dieses Begriffs kursieren. Viele verstehen darunter nur die Linderung von Schmerzen. Jedoch betrifft lediglich ein kleiner Teil von Palliative Care die Schmerzbehandlung. Es handelt sich vor allem und zuvorderst um eine Begleitung psychosozialer und spiritueller Natur.¹² Ein grosser Teil der Arbeit in Palliative Care besteht darin, aufmerksam hinzuhören, die Bedürfnisse der Patientin oder des Patienten und vor allem auch diejenigen der Angehörigen zu verstehen.¹³

Die in diesem kantonalen Konzept gewählte Begriffsbestimmung lehnt sich weit gehend an diejenige der Weltgesundheitsorganisation aus dem Jahr 2002 an.¹⁴ Sie kann wie folgt zusammengefasst werden:

Palliative Care ist ein Pflege- und Betreuungsansatz für die Verbesserung der Lebensqualität von Patientinnen, Patienten und ihren Familien, die mit den Auswirkungen einer lebensbedrohlichen, unheilbaren oder chronisch fortschreitenden Krankheit konfrontiert sind. Dabei geht es um die Vorbeugung und Linderung von Leiden mittels frühzeitiger Erkennung, hochqualifizierter Beurteilung und Behandlung von Schmerzen und anderen Problemen physischer, psychosozialer und spiritueller Natur.

Palliative Care:

- > *bejaht das Leben und betrachtet das Sterben als natürlichen Prozess,*
- > *will den Tod weder beschleunigen noch hinauszögern,*
- > *sorgt für die Linderung von Schmerzen und anderen quälenden Symptomen,*
- > *trägt zu einer besseren Lebensqualität bei und kann den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen,*
- > *hilft die Würde der Patientin oder des Patienten zu erhalten,*
- > *respektiert den Willen der Patientinnen, Patienten und ihrer Angehörigen,*
- > *erlaubt es den Patientinnen, Patienten und ihren Angehörigen, in der Wahl der Betreuung und der Behandlungen den Platz einzunehmen, den sie wünschen,*
- > *anerkennt die Kompetenzen der Angehörigen und bietet ihnen Unterstützung, um ihnen den Umgang mit der Krankheit der Patientin oder des Patienten und der eigenen Trauer zu erleichtern,*
- > *integriert die psychologischen und spirituellen Aspekte der Betreuung,*
- > *bietet Unterstützung, damit die Patientinnen und Patienten ihr Leben so aktiv wie möglich gestalten können,*
- > *wendet ein interdisziplinäres Teamkonzept an, um den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen gerecht zu werden,*
- > *wird frühzeitig eingesetzt, als Ersatz oder in Ergänzung anderer Behandlungen und Untersuchungsmethoden, wobei die Wünsche der Patientinnen, Patienten und ihrer Angehörigen stets im Vordergrund stehen.*

Im Rahmen von Palliative Care wird der Mensch in seiner Gesamtheit berücksichtigt, in all seinen Dimensionen: der physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Dimension, die unmöglich isoliert voneinander betrachtet werden können.

¹¹ BORASIO, Gian Domenico, « Mourir », Presses polytechniques et universitaires romandes, 1. Auflage, Lausanne, 2014, S. 104.

¹² Ebd., S. 139-140.

¹³ MAZZOCATO, Claudia, zitiert in DUBOIS, Claudine, « Des soins pour rester vivant jusqu'au bout », in *La Liberté*, 13.09.12, S. 25.

¹⁴ BRUERA, Eduardo, CASTRO, Monica, « Une nouvelle définition des soins palliatifs », in *Revue internationale de soins palliatifs* 1/ 2003 (Vol. 18), S. 4, URL : www.cairn.info/revue-infokara-2003-1-page-1.htm, DOI : [10.3917/inka.031.0001](https://doi.org/10.3917/inka.031.0001).

4.3 Palliative Care in der Grundversorgung und spezialisierte Palliative Care

Die nationale Strategie Palliative Care führte die Konzepte Palliative Care in der Grundversorgung und spezialisierte Palliative Care ein. Unterschieden werden sie nach dem Grad der Komplexität und Instabilität des Zustands der Patientin oder des Patienten. Palliative Care in der Grundversorgung kann von allen in der Grundversorgung tätigen Leistungserbringern erteilt werden, für die spezialisierten Angebote hingegen sind Palliative Care-Expertinnen und -Experten zuständig.¹⁵ Diese Unterscheidung ist allerdings sehr theoretisch und steht nicht für die Realität. Sie ermöglicht es vor allem, die Pflege- und Betreuungsstrukturen sowie ihre Leistungen einzuteilen und Fragen der Kostenübernahme zu regeln.

In der Praxis sind diese beiden Formen schwer voneinander abzugrenzen. Je nach Entwicklung der Krankheit können spezialisierte Angebote und Angebote der Grundversorgung abwechselnd zum Zug kommen. Die Pflegepersonen arbeiten zusammen, und die besonderen Kenntnisse der einen sind ein Mehrwert für die anderen, die diese Kenntnisse in ihre eigene Praxis integrieren können. Somit wäre die Behauptung, dass die Grundversorgerin oder der Grundversorger nur Basisleistungen von Palliative Care erteilt, stark vereinfachend und entspräche nicht der gemeinschaftlichen Lerndynamik, die in Wirklichkeit besteht. Das Gleiche gilt für alle anderen Leistungserbringer rund um die Palliativpatientin oder den Palliativpatienten.¹⁶

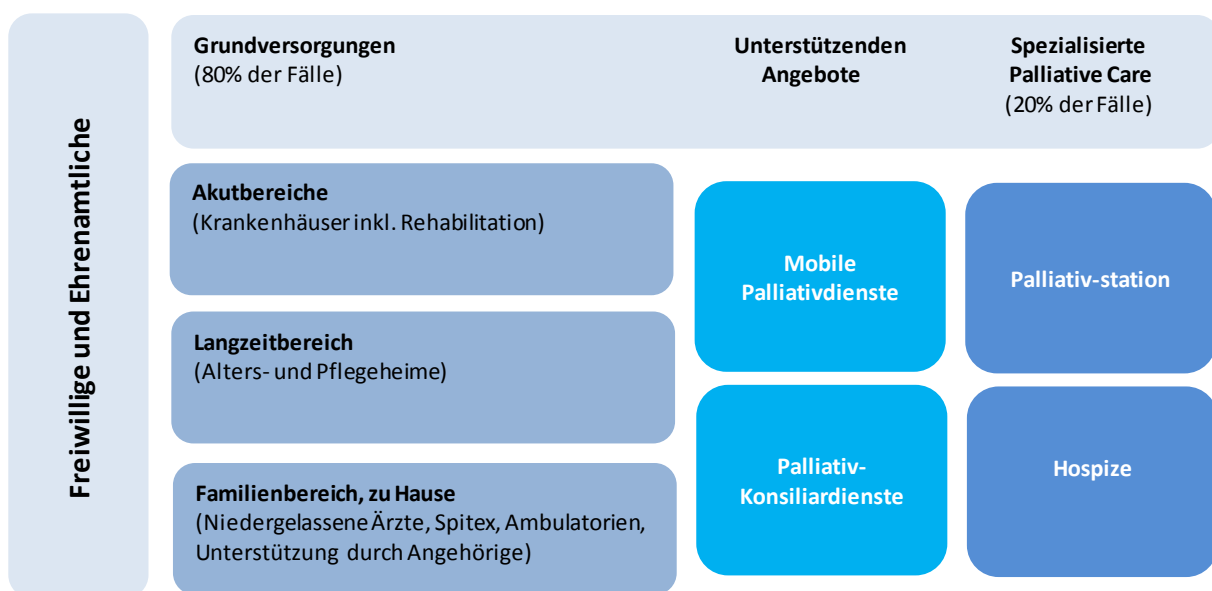


Abb. 2: Palliativ Care-Strukturen, nach dem Bedarf¹⁷

¹⁵ PALLIATIVE CH, BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT & SCHWEIZERISCHE KONFERENZ DER KANTONALEN GESUNDHEITSDIREKTORINNEN UND -DIREKTOREN, «Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz», Bern, August 2012, S. 8-9.

¹⁶ Überlegungen mit der Fachpersonen-Gruppe.

¹⁷ Grafik nach: BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT & SCHWEIZERISCHE KONFERENZ DER KANTONALEN GESUNDHEITSDIREKTORINNEN UND -DIREKTOREN, , Bern, Oktober 2009, S. 21.

4.4 Grundsätze des palliativen Ansatzes

Jeder palliative Ansatz gründet auf den folgenden Prinzipien:

- > Verbesserung der Lebensqualität der kranken Person¹⁸,
- > Achtung der Bedürfnisse der kranken Person und
- > Selbstbestimmung der kranken Person, die selber Schritt für Schritt entscheidet, wie und wo sie ihre letzte Lebensphase verbringen will.¹⁹

Diese Grundsätze, die einander ergänzen und gleichwertig sind, waren für die Überlegungen in allen Etappen der Ausarbeitung dieses Konzepts wegleitend.

4.4.1 Lebensqualität

Nur die kranke Person kann sagen, was zu ihrer Lebensqualität beiträgt. Es handelt sich dabei um einen subjektiven, relativen und persönlichen Wert, der sich von einer Person zur anderen stark unterscheidet. Für einige Personen ist diese Qualität an die Behandlung im eigentlichen Sinne gebunden, für andere wiederum an die Gewissheit, „vor dem letzten Atemzug“ alles geregelt zu haben.²⁰

So kann zum Beispiel eine ledige krebskranke Mutter ihre Lebensqualität als viel besser empfinden, wenn sie für ihr Kind ein Zuhause gefunden hat, wo es warmherzig betreut wird, und zuversichtlich ist, dass es aus eigener Kraft durchs Leben kommen wird. Für sie stehen die starken körperlichen Schmerzen deshalb nicht im Vordergrund.²¹

Alle Palliativpatientinnen und -patienten müssen bis zum Ende die Lebensqualität erhalten, die sie sich wünschen.

4.4.2 Bedürfnisse der kranken Person

Zahlreiche Studien haben sich mit den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten befasst, deren Lebensprognose auf dem Spiel steht. Diese Bedürfnisse ändern sich im Verlauf der Krankheit, und je nach Krankheitsphase und dem Empfinden der kranken Person lösen bestimmte Bedürfnisse andere ab. Milieu, Kultur, Überzeugungen oder Lebenserfahrungen haben einen Einfluss auf den Umgang mit den Bedürfnissen.²² Für die kranke Person kann es aber Leiden und eine starke emotionale Belastung zur Folge haben, wenn ihre Bedürfnisse ignoriert werden.

Die Studien heben sieben unterschiedliche Bedürfnisse hervor:

- > Körperliche Bedürfnisse im Zusammenhang mit Schmerzen, Ernährung oder extremer Müdigkeit;
- > Informationsbedürfnisse in Verbindung mit den Auskünften, die geeignet sind, die kranke Person zu beruhigen, und ihr helfen, ihre Entscheidungen zu treffen, oder auch in Bezug auf rasche Untersuchungsergebnisse;
- > Emotionale Bedürfnisse, etwa nach den Gefühlen von Trost und Geborgenheit oder in Verbindung mit dem Gefühl, zu nichts mehr nützlich zu sein;

¹⁸ BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT & SCHWEIZERISCHE KONFERENZ DER KANTONALEN GESUNDHEITSDIREKTORINNEN UND –DIREKTOREN, *Nationale Strategie Palliative Care 2010-2012*, Bern, Oktober 2009, S. 6.

¹⁹ EIDGENÖSSISCHES DEPARTEMENT DES INNERN «Grundsätze des EDI zur Palliative Care (Charta) »», 20.01.09.

²⁰ Überlegungen mit der Fachpersonengruppe.

²¹ BORASIO, Gian Domenico, *op. cit.*, S. 63-67.

²² HOWELL, D., CURRIE, S., MAYO, S., JONES, G., BOYLE, M., HACK, T., GREEN, E., HOFFMAN, L., SIMPSON, J., COLLACUTT, V., MCLEOD, D., ET DIGOUT, C., « *Guide canadien de pratique clinique : évaluation des besoins en soins psychosociaux du patient adulte atteint de cancer* », Toronto, Partenariat canadien contre le cancer (groupe d'action pour l'expérience globale du cancer) et Association canadienne d'oncologie psychosociale, Mai 2009, S. 1.

-
- > Psychologische Bedürfnisse, etwa in Verbindung mit dem Selbstwertgefühl, der Angst vor dem Fortschreiten der Krankheit und dem Autonomieverlust;
 - > Soziale Bedürfnisse, etwa das Bedürfnis nach familiären Beziehungen oder die Sorge um die Angehörigen;
 - > Spirituelle Bedürfnisse im Zusammenhang mit der Frage nach Sinn und Zweck des Lebens, mit Hoffnung, der Unfähigkeit, sich für sinnerfüllte Aktivitäten zu aktivieren, oder mit der Ungewissheit, was nach dem Tod sein wird;
 - > Praktische Bedürfnisse im Zusammenhang mit den finanziellen Ressourcen oder der Fähigkeit, bestimmte Aufgaben selber zu erledigen.²³

Aus all dem geht hervor, dass sich die Bedürfnisse von Palliativpatientinnen und -patienten nicht auf Bedürfnisse physischer Art beschränken, sondern alle Facetten des Menschen betreffen.

4.4.3 Selbstbestimmung

Mit der Diagnose einer lebensbedrohlichen, unheilbaren oder chronisch fortschreitenden Krankheit konfrontiert zu sein, bedeutet eine tiefe existenzielle Erschütterung. Der schwerkranke Mensch muss seine letzte Lebensphase so gestalten können, wie er es für richtig hält.

Der Entscheid für Palliative Care zieht weitere Entscheide nach sich, wie etwa die Wahl der Behandlung, des Orts oder auch in Bezug auf den Sinn, den die betroffenen Personen dem ganzen Geschehen verleihen werden.

Die Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten wird durch eine ganze Reihe von Gesetzen geschützt.²⁴ In Tat und Wahrheit genügen diese jedoch nicht immer, die Selbstbestimmung der Patientin oder des Patienten zu gewährleisten. Viele Faktoren können die freie Wahl einer Person einschränken oder verunmöglichen. Sie kann durch körperliche Schmerzen, die Unfähigkeit, sich mitzuteilen, die individuellen finanziellen Ressourcen, das fehlende Umfeld oder auch das verfügbare Versorgungsangebot beeinflusst werden.

Es geht also darum, die Versorgungsleistungen in Berücksichtigung des bestehenden Angebots sowie des sozialen Umfelds und des vorhandenen Beziehungsgeflechts wählen zu können. Palliative Care-Angebote entsprechend dem Alter, dem Wunsch, zu Hause zu bleiben oder institutionell betreut zu werden sowie der Komplexität der Krankheit sind von wesentlicher Bedeutung, damit die Patientin oder der Patient unter den verfügbaren Lösungen wirklich wählen kann.

In der Palliativpflege tätige Fachpersonen können mit Situationen konfrontiert sein, wo eine Person nach Sterbehilfe verlangt²⁵. Der Entscheid der Person muss von den Gesundheitsfachpersonen und den Direktionen der Einrichtungen uneingeschränkt respektiert werden, unabhängig von ihren persönlichen Überzeugungen. Wenn eine kranke Person ein solches Verlangen äussert, ist es die Aufgabe der Fachpersonen und Einrichtungen, sie eingehend über Palliative Care zu informieren, damit die Person wirklich in vollem Wissen entscheiden kann, wie sich ihr Lebensende gestalten soll. Wenn die kranke Person in der Folge ihr Verlangen wiederholt, besteht ihre Rolle darin, sie bis zum Ende zu begleiten.²⁶ Da hingegen der assistierte Suizid nicht als medizinischer Akt gilt, darf das Personal eines Heims keine aktive Rolle dabei übernehmen.²⁷

²³ Ebd., S. 19. und FITCH, Margaret, STEELE, Rose, « *Besoins en soins de soutien des personnes atteintes de cancer du poumon* », in *Revue canadienne des soins infirmiers en oncologie*, 20.01.10, S. 4-6.

²⁴ Insbesondere durch das neue Erwachsenenschutzrecht, aber auch durch das Gesundheitsgesetz.

²⁵ Zur Erinnerung: In der Schweiz ist nach Art. 115 StGB die Beihilfe zum Selbstmord nicht strafbar, wenn die sterbewillige Person urteilsfähig ist und ihr Leben selber beendet und wenn die assistierende Person frei von selbstsüchtigen Beweggründen ist.

²⁶ Nach den Richtlinien des Kantonsarztes haben Einrichtungen des Gesundheitswesens das Recht, Sterbehilfe innerhalb ihrer Mauern abzulehnen. Die betreffende Person muss aber ohne Einschränkungen begleitet werden, bis sie das Heim verlässt, um Sterbehilfe in Anspruch zu nehmen. Die für das Verlassen des Heims nötige Hilfe und Unterstützung müssen ihr erteilt werden. Die Einrichtungen werden ermuntert, dieses Problem in internen Richtlinien und Verfahren zu regeln, das Personal zu diesem Thema zu schulen und ihm eine (psychologische) Unterstützung zu gewährleisten.

5 Tragweite und Grenzen des Konzepts

Das kantonale Konzept erhebt keinen Anspruch darauf, sämtliche Probleme und Situationen zu regeln, die mit der palliativen Versorgung verbunden sind. Bestimmte Aspekte fallen nicht in die Zuständigkeit der Kantone. Im Übrigen hängen aus Gründen der Kohärenz und Effizienz einige in diesem Konzept genannte Herausforderungen spezifischer mit anderen Konzepten zusammen, wie etwa dem Konzept Senior+.

5.1 Palliative Care beeinflussende Faktoren

Die palliative Versorgung kann als System begriffen werden, das heisst, jedes Problem ist auf eine Gesamtheit von Faktoren oder Variablen zurückzuführen, die untereinander in Beziehung stehen. Theoretisch können insbesondere im Bereich der Humanwissenschaften alle diese Faktoren miteinander verbunden sein, so dass sie ein kohärentes Ganzes bilden. Wenn man auf einen von ihnen einwirkt, berührt dies das ganze System, und dieses reorganisiert sich.

Wie schon unterstrichen, sind alle Überlegungen in diesem Konzept auf die Verbesserung der Lebensqualität der kranken Personen als den Nutzniesserinnen und Nutzniessern der gesetzten Ziele und geplanten Massnahmen ausgerichtet. Somit dreht sich die Problemstellung um die Lebensqualität der Palliativpatientinnen und -patienten.

In Verbindung mit der Frage «Was beeinflusst das Wohlbefinden/die Lebensqualität der kranken Person?» wurden dreizehn Variablen identifiziert:

- > Profil der Person (Alter, Krankheit, gesprochene Sprache)
- > Zugang zur Information
- > Bild der Palliativpflege
- > Freiwillige Begleitung
- > Verfügbarkeit der Angehörigen
- > Selbstbestimmung der Person
- > Wohnort der kranken Person
- > Interprofessionelle und interinstitutionelle Zusammenarbeit
- > Verfügbare finanzielle Ressourcen
- > Qualität der Leistungen
- > Verfügbares Leistungsangebot (Vielfalt)
- > Zugang zu diesem Angebot
- > Wohlbefinden der Angehörigen

Einige dieser Variablen sind wenig oder nicht direkt beeinflussbar: Dabei handelt es sich um das Profil der Person (Alter, Krankheit, gesprochene Sprache), ihre finanziellen Ressourcen, die Verfügbarkeit Angehöriger für ihre Betreuung und den Wohnort. Andere Variablen können durch das Palliative Care-Konzept direkt beeinflusst werden und werden daher im Zentrum der einzuführenden Strategie stehen. Hier handelt es sich um die Qualität der

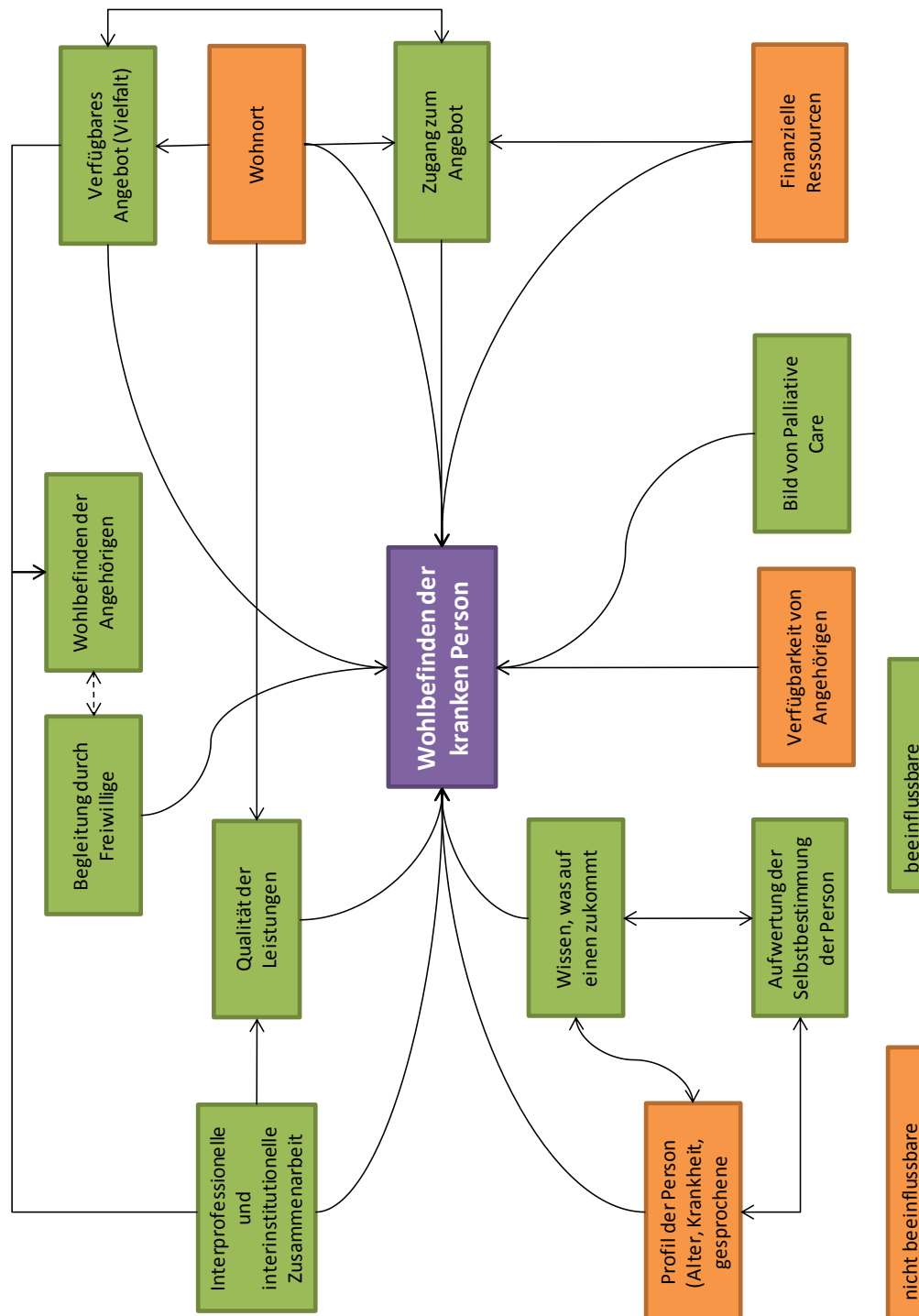
Ausserdem muss die diesbezügliche Politik der Einrichtung Gegenstand der Informationen sein, die der Heimbewohnerin oder dem Heimbewohner vor dem Heimeintritt erteilt werden, und/oder im Beherbergungsvertrag aufgeführt werden.

²⁷ SALATHÉ M., ZIMMERMANN-ACKLIN M., «Die neuen medizinischen Richtlinien der SAMW zur Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende», in Schweizerische Ärztezeitung, 2005 ;86 : Nr. 3.

Leistungen, den Zugang zur Information, das Bild der Palliativpflege, die Begleitung durch Freiwillige, die Selbstbestimmung der Person, die interprofessionelle und interinstitutionelle Zusammenarbeit, das verfügbare Angebot (Vielfalt) und das Wohlbefinden der Angehörigen. Die nachstehende Grafik illustriert das ganze System und zeigt die Verknüpfung zwischen den verschiedenen Variablen des Systems auf.

5.2 Verbindung zwischen dem Konzept Senior+ und dem kantonalen Konzept für Palliative Care

Eine grosse Anzahl der Personen, die Palliative Care erhalten, sind mindestens 65 Jahre alt, ebenso die betroffenen helfenden



Angehörigen.²⁸ Als solche werden diese Personen im Konzept Senior+ berücksichtigt. Somit müssen Verbindungen zwischen dem Konzept Senior+ und dem Konzept Palliative Care gezogen werden, um eine kohärente, harmonische und effiziente Umsetzung der verschiedenen geplanten Massnahmen zu ermöglichen.

²⁸ BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT & SCHWEIZERISCHE KONFERENZ DER KANTONALEN GESUNDHEITSDIREKTORINNEN UND -DIREKTOREN, *Nationale Strategie Palliative Care 2010-2012*, Bern, Oktober 2009, S. 13f.

6 Strategie des Konzept

Die Kapitel VI, VII, VIII und IX bilden das Herzstück dieses Dokuments und stellen den Aufbau jedes Konzepts dar: eine Bestandsaufnahme, eine Vision, strategische Ziele und konkrete Zielvorgaben. Hier werden zugleich die heutige Situation im Kanton Freiburg und die für den Kanton gewünschte Situation dargestellt. Auf diesen Elementen beruht der im Kapitel X vorgestellte Massnahmenplan.

6.1 Detaillierte Ergebnisse des Fragenkatalogs

Im September 2011 erging ein Fragenkatalog an die von Palliative Care betroffenen Akteure, um ihre verschiedenen Leistungsangebote auf dem Gebiet in Erfahrung zu bringen. Im Verlauf der letzten drei Jahre hat sich die Situation im Kanton Freiburg etwas weiterentwickelt. Die folgende Bestandsaufnahme gründet hauptsächlich auf der Beantwortung des Fragenkatalogs, berücksichtigt aber auch die Entwicklung des Angebots seit 2011.

Versorgung und Finanzierung

> Spitäler

Im Bereich somatische Pflege

Der Kanton Freiburg hat vier Spitäler für somatische Pflege, darunter zwei Privatkliniken in der Stadt Freiburg. Dabei handelt es sich um das *freiburger spital* mit fünf Standorten (Freiburg, Tafers, Meyriez-Murten, Riaz und Billens), das interkantonale Spital der Broyeregion mit zwei Standorten (Payerne und Estavayer-le-Lac), die Clinique générale und das Daler-Spital.

Seit der Schliessung des Standorts Châtel-St-Denis zählt das *freiburger spital* zwei Palliativpflegestationen, deren eine sich seit Anfang 2014 in Freiburg in der Villa St-François, die andere in Meyriez-Murten befindet (derzeit wegen Umbau geschlossen). Die Station in Freiburg zählt 14 Betten. Die Station in Meyriez-Murten wird nach Abschluss der Arbeiten acht Betten für deutschsprachige Patientinnen und Patienten zählen, somit fünf Betten mehr als vorher. Diese beiden Einheiten werden den Bedürfnissen an stationärer Palliativbetreuung in subakuten Krankheitsphasen entsprechen.

Neben diesen beiden Abteilungen ist auch die ganze palliative Pflege- und Betreuungsarbeit zu unterstreichen, die in den Akutpflege-Abteilungen und den Kliniken für Innere Medizin geleistet wird. Derzeit befinden sich rund 40 % der Patientinnen und Patienten in einer Palliativpflegesituation, ohne dass das betreuende Personal spezifisch in Palliative Care ausgebildet ist.

Übrigens unterstützt die Freiburger Stiftung für Palliative Care *Serenitas* das HFR in der Förderung der Palliativpflege. In der Tat werden nicht alle Palliative Care-Leistungen durch die Gesetzgebung über die Krankenversicherung gedeckt. Daher wurde diese Stiftung gegründet, um die Lücken zu schliessen.

Das *interkantonale Spital der Broyeregion (HIB)* führt an seinem Standort Estavayer-le-Lac zwei Betten für Patientinnen und Patienten mit Palliativpflegebedarf (jährlich etwa 24 Patientinnen und Patienten). Dieses Angebot kommt im Wesentlichen der Einwohnerschaft des Broyebezirks zugute.

Gemäss ihren eigenen Angaben nehmen die *Privatkliniken* keine Patientinnen und Patienten mit Palliativpflegebedarf auf.

Im Bereich psychische Gesundheit

Das *Freiburger Netzwerk für psychische Gesundheit (FNPG)* umfasst drei Sektoren: Erwachsenenensektor, Sektor für ältere Menschen und Sektor für Kinder und Jugendliche.

Alle Sektoren zusammen verzeichnen insgesamt jährlich rund 15 Palliativpflegesituationen. Anders sieht es für die Alterspsychiatrie, die so genannte Psychogeriatric, aus. Das FNPG verfügt über das Pflegeheim Les Camélias, wo die Personen bis zu ihrem Lebensende bleiben. Im Übrigen ist zu erwähnen, dass das mobile Palliative Care Team (MPCT) Voltigo für bestimmte Fälle im Pflegeheim Les Camélias zum Einsatz gelangt. Umgekehrt ist es vorgekommen, dass das FNPG in der Palliativpflegestation von Châtel-St-Denis für einen Patienten mit psychiatrischen Störungen intervenierte.

> Pflegeheime

Allgemein sind die Pflegeheime gewillt, dem Palliativpflegebedarf ihrer Bewohnerinnen und Bewohner zu entsprechen.

Umfassendere Überlegungen zur Betreuung der Heimbewohnerinnen und -bewohner mit Palliativpflegebedarf wurden von der Résidence Le Manoir in Givisiez und vom Foyer St-Joseph in Sâles entwickelt. Aufgrund dieser Bemühungen wurden diese Einrichtungen von der Vereinigung freiburgischer Alterseinrichtungen (VFA) als Pilot-Pflegeheime für Palliative Care bezeichnet.

Ausserhalb der beiden genannten Einrichtungen gibt es sehr wenig Personal in den Pflegeheimen, das in Palliativpflege ausgebildet ist. Es bestehen somit grosse Diskrepanzen unter den Einstellungen der Heime zur Ausbildung des Personals in Palliative Care.

Seit 2010 beteiligt sich der Staat zu 0.05 % der Lohnsumme an der Ausbildung in den Pflegeheimen, ganz besonders gilt dies für die Ausbildung in Psychogeriatric und Palliative Care.

> Sondereinrichtungen für behinderte Personen

In diesen Einrichtungen ist die Zahl der Pflegepersonen allgemein sehr gering, da es sich vor allem um Lebensstätten handelt. Wenn sich eine entsprechende Situation einstellt, ziehen die Einrichtungen externe Leistungserbringer bei oder sehen dies vor.

> Dienste für Hilfe und Pflege zu Hause

Der Kanton Freiburg zählt zehn Dienste für Hilfe und Pflege zu Hause. Jeder Bezirk hat einen solchen Dienst, nur der Seebezirk zählt vier Dienste.

Ihre Leistungen im Bereich Palliative Care reichen je nach Dienst mehr oder weniger weit, alle aber sind regelmässig mit palliativ zu versorgenden Fällen konfrontiert. Von den neun Diensten, die geantwortet haben, geben sechs an, über Personal mit einer Palliative Care-orientierten Ausbildung zu verfügen.

Der *Entlastungsdienst des Freiburgerischen Roten Kreuzes für Angehörige* steht Angehörigen zur Verfügung, die zu Hause ältere und/oder kranke Personen betreuen. Der Entlastungsdienst für Angehörige ist ein selbständiger Dienst, ergänzt aber die Dienste für Hilfe und Pflege zu Hause. Er wendet Tarife an, die sich nach der finanziellen Lage der Leistungsbezügerin oder des Leistungsbezügers richten (Bemessung aufgrund der Steuerveranlagung).

> Selbständige Pflegefachpersonen

Aus der Tatsache, dass die Antwortrate hier sehr gering ausfiel, darf nicht auf einen geringen Einsatz der selbständigen Pflegefachpersonen geschlossen werden. Keine der den Fragenkatalog beantwortenden Personen verfügt über eine Palliative Care-Ausbildung höheren Levels. Alle haben aber Grundausbildungen absolviert und versorgen regelmässig Personen in Palliativpflegesituationen.

> Ärztliche Grundversorgerinnen und Grundversorger

Die Hälfte der den Fragebogen beantwortenden Ärztinnen und Ärzte führen eine Kurzausbildung an. Keine Person von ihnen hat einen «Berufstitel» in Palliative Care erworben.

Aus der Tatsache, dass die Antwortrate bei den ärztlichen Grundversorgerinnen und Grundversorgern sehr niedrig war, darf nicht geschlossen werden, dass sie sich in geringem Mass im Bereich Palliative Care engagieren.

> Mobiles Palliative Care Team Voltigo (MPCT Voltigo)

Das MPCT Voltigo ist ein Team von auf Palliative Care spezialisierten Pflegefachpersonen, das vor allem in zweiter Linie zum Einsatz kommt. Es kann vorkommen, dass die Personen dieses Teams subsidiär Palliativpflege erteilen, in Absprache und Zusammenarbeit mit den Fachpersonen der bestehenden Dienste. Auch initiiert das Team Ausbildungsaktivitäten.

Am 1. Januar 2013 wurde eine Vereinbarung mit dem freiburger spital und der Krebsliga Freiburg abgeschlossen, um dem Projekt Nachhaltigkeit zu verleihen.

> Apotheken

Die Apothekerinnen und Apotheker sind allgemein in die Palliativpflege involviert, indem sie Arzneimittel abgeben und die Klientel beraten sowie im Fall einer Apotheke Arzneimittel herstellen und die Palliativpflegestation des HFR in der Villa St-François damit beliefern.

> Gesundheitsligen

Die auf Erkrankungen der Atemwege spezialisierte *Lungenliga Freiburg* stellt, häufig notfallmässig, für alle Palliativpatientinnen und -patienten auf ärztliche Verordnung die Sauerstofftherapie zu Hause oder in ihren Räumen sicher. Diese Tätigkeit betrifft jährlich rund 100 Fälle. Die Organisation verwaltet auch den Gerätedienst (Abgabe von Atemgeräten).

Die *Freiburger Krebsliga* bietet allen Personen in der Palliative Care-Phase und ihren Angehörigen psychosoziale Unterstützung. Dieser Dienst beschäftigt fünf Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter für jährlich rund 50 Fälle und ist unentgeltlich.

> Soziale Anlaufstelle

Freiburg für Alle ist eine Anlaufstelle innerhalb des Sozialhilfesystems für die Orientierung der im Kanton Freiburg wohnenden Personen. Es handelt sich um eine unentgeltliche Unterstützung und Beratung, dank der die Personen leicht an die ihrem Anliegen entsprechenden Informationen gelangen können.

Ausbildung

Dieser Punkt betrifft nicht nur die in unserem Kanton bestehenden Ausbildungsangebote für Palliative Care, sondern auch die Ausbildungen, die die Pflegepersonen in anderen Westschweizer Kantonen absolvieren.

Im Kanton Freiburg angebotene Ausbildungen

> Das *Rote Kreuz* bietet seit Oktober 2012 die Palliativpflege-Ausbildung «*Passage*» für Personen an, die sich als Freiwillige betätigen möchten. Die Ausbildung wendet sich an alle Personen gleich welcher Vorbildung und verteilt sich auf 48 Stunden.

> Die Freiburger Hochschule für Gesundheit bietet ein *Certificate of Advanced Studies in Palliative Care (CAS)* an. Diese Ausbildung, die auf Deutsch und in Zusammenarbeit mit der FH Wallis in Visp erteilt wird, wendet sich an im

Gesundheits- und Sozialbereich tätige Fachpersonen, die sich für schwer kranke oder am Lebensende stehende Personen einsetzen. Die Ausbildung dauert insgesamt etwas länger als ein Jahr.

> Das Departement für Moraltheologie und Ethik der Universität Freiburg organisiert im Rahmen eines *Diploma of Advanced Studies* (DAS) «*Ethik und Spiritualität in der Pflege*» ein Modul «*Tod und Sterben*». Diese Ausbildung wendet sich Gesundheitsfachpersonen mit einem Bachelor-Abschluss. Die Ziele dieser Ausbildung bestehen darin, den Pflegenden Kenntnisse über die Diskurse und Praktiken zu vermitteln, die dem Sinn, den wir in unserer Kultur dem Tod verleihen, zugrunde liegen. Das Modul dauert drei Tage.

> Die Vereinigung valm bietet wie oben erwähnt eine *Ausbildung für die Begleitung Sterbender und Trauernder* an. Diese halbjährige Ausbildung richtet sich an die künftigen Freiwilligen der Vereinigung, aber auch an alle weiteren Personen, die an ihrer persönlichen Entwicklung und ihrer Einstellung zum Tod arbeiten möchten.

> Das *Dicastère Formation et Ressources en Pastorale de l'Eglise catholique* bietet eine fünftägige Ausbildung für Freiwillige an, die trauernde Personen begleiten möchten. Dieser Ausbildung schliesst sich ein Praktikum in drei Etappen an.

In anderen Kantonen absolvierte Ausbildungen

> Die Hochschule ARC Gesundheit, die Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (SUPSI) und das Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) bieten seit 2014 ein CAS und ein *DAS in Palliative Care* an. Die Ausbildung wendet sich an Personen aus den Bereichen Gesundheit oder Sozialarbeit, die mit Palliativpflegesituationen konfrontiert sind, und dauert ein Jahr.

> Die Genfer Hochschule für Gesundheit in Partnerschaft mit den Hochschulen Neuenburg und Wallis bietet ein *DAS in Onkologie und Palliative Care* an. Sie beinhaltet 1050 auf 22 Monate verteilte Arbeitsstunden.

> Die *Plateforme latine de soins palliatifs* entstand 2014. Diese Vereinigung hat zum Ziel, die Pflegequalität in der lateinischen Schweiz durch die Ausbildung in Palliative Care und die Forschung zu verbessern. Dank ihres Impulses haben die Hochschule ARC Gesundheit, die SUPSI und das CHUV beschlossen, ihre jeweiligen Palliative Care-Ausbildungen zusammenzulegen.

Forschung

Der Bundesrat beauftragte den Schweizerischen Nationalfonds (SNF) mit der Einsetzung eines Nationalen Forschungsprogramms «Lebensende» (NFP 67). Eins der Projekte des NFP 67 besteht in der Untersuchung der Bedürfnisse der Angehörigen von Personen in Palliativpflegesituationen im Kanton Freiburg.

Sensibilisierung

> Palliative fribourg-freiburg

Palliative fribourg-freiburg ist die Freiburger Sektion von palliative.ch. Sie wurde im November 2010 gegründet und besteht derzeit aus 40 Einzelmitgliedern und 25 kollektiven Organisationen, die sich für die Entwicklung von Palliative Care engagieren. Sie setzt sich für die Förderung von Palliative Care im Kanton ein, indem sie ihr Handeln auf die Sensibilisierung der Fachpersonen und der Bevölkerung zentriert.

Freiwilligeneinsatz und Unterstützung der Angehörigen

> Spirituelle und freiwillige Begleitung

Es gibt im Kanton verschiedene Akteure, die es sich zur Aufgabe gemacht haben, sowohl die Kranken als auch deren Angehörige zu begleiten und spirituell zu unterstützen. Die Rolle dieser Akteure, die aus Vertreterinnen und

Vertretern der vom Staat anerkannten Kirchen und aus Freiwilligen bestehen, darf im Bereich Palliative Care nicht unterschätzt werden.

> So hat das HFR mit der römisch-katholischen Kirche des Kantons Freiburg und der Evangelisch-Reformierten Kirche einen Leistungsvertrag für die Ausübung der Spitalseelsorge abgeschlossen. Für die übrigen Glaubensgemeinschaften erfolgt die Zusammenarbeit von Fall zu Fall. Die Spitalseelsorgerinnen und -seelsorger der katholischen und der reformierten Kirche stellen auch die Verbindung zu den Vertreterinnen und Vertretern anderer Religionsgemeinschaften sicher.

> Mit seinen 46 im Sensebezirk und 18 im Seebezirk aktiven Mitgliedern begleitet der Verein WABE (Vereinigung Wachen und Begleiten) schwer kranke oder sterbende Personen zu Hause, im Pflegeheim oder im Spital. Er unterstützt auch die Angehörigen, indem er sie bei Bedarf ersetzt (den Kranken zu trinken geben, sie zur Toilette führen, zuhören usw.). Alle aktiven Mitglieder des Vereins haben eine interne Ausbildung absolviert, die sie befähigt, auf kranke oder sterbende Menschen zuzugehen.

> Eine gleichartige Vereinigung besteht für den französischsprachigen Kantonsteil unter dem Namen *Vivre avec la mort (valm)*. Diese Vereinigung zählt rund 40 Mitglieder, die in den Bezirken Saane, Broye, Glane, Vivisbach und Greyerz aktiv sind. Die Freiwilligen von valm absolvieren ebenfalls eine Ausbildung, die sie befähigt, auf sterbende Personen und ihre Angehörigen einzugehen.

> Die Vereinigung *As'trame* bietet für Kinder und Erwachsene bei einem Trauerfall in der Familie oder dem Auftreten einer schweren Krankheit eine individuelle oder an Gruppen gerichtete Unterstützung an. Das mehrdisziplinäre Team bietet den betroffenen Personen eine Begleitung sowie einen Beratungsdienst für Fachpersonen an. Für Fachpersonen, die mit derartigen Situationen konfrontiert sind, besteht auch die Möglichkeit, sich in der Vereinigung auszubilden.

6.2 Vision

Die Vision, die sich im Bereich Palliative Care als Ziel aufdrängt, das der Kanton idealerweise erreichen sollte, orientiert sich an der WHO-Definition von Gesundheit.

Im Kanton Freiburg verfügt jede Person mit einer lebensbedrohlichen, unheilbaren oder chronisch fortschreitenden Krankheit über Palliative Care-Leistungen, die ihren Bedürfnissen gerecht werden.

Die Gesellschaft fasst die Begleitung dieser Personen als notwendig und bereichernd auf.

Diese Vision kann wie folgt präzisiert werden:

> **Die Verbesserung der Lebensqualität** einer kranken Person ist ein zentraler Aspekt von Palliative Care. Die Bedürfnisse der kranken Person und ihre Lebensqualität stehen im Zentrum der Versorgung, so dass sie die Prioritäten des Handelns bestimmen. Es handelt sich um subjektive, von der kranken Person selber bestimmte Werte, die so weit wie möglich respektiert werden müssen.

> Mit der Zentrierung des Palliative Care-Angebots auf die Bedürfnisse der kranken Personen will die Vision **der Forderung, die Person in die Entscheide am Lebensende einzubeziehen**, so dass sie ihre Wahl jeweils selber treffen kann, **Gewicht verleihen**.

> Die Vision will auch darauf aufmerksam machen, dass sich die Bedürfnisse der kranken Person nicht auf physische Bedürfnisse beschränken, etwa die Behandlung von Schmerzen oder einer weiteren Verschlechterung des Gesundheitszustands. **Das menschliche Lebewesen umfasst mehrere Dimensionen**, somit sind seine Bedürfnisse physischer, sozialer, psychologischer und spiritueller Natur.

> Die Konfrontation mit schwerer Krankheit und Tod ruft meistens negative Gefühle hervor, Gefühle der Angst oder der Niederlage. Daher wird das Lebensende häufig maskiert, versteckt oder aus den Fragestellungen ausgeklammert. Der palliative Ansatz geht vom Grundsatz aus, dass der Tod **eine natürliche Erscheinung ist**, die mit dem Respekt vor der **Würde** einhergehen muss.

> Die öffentliche Hand, die öffentlichen, halböffentlichen und privaten Leistungserbringer, die Familien, Nahestehenden, Freiwilligen und älteren Menschen, **sie alle haben eine Rolle zu spielen**, um das Wohlbefinden der Kranken zu erhöhen.

6.3 Strategischer Zeit

Das Konzept schlägt vor, das Handeln der öffentlichen Hand auf die folgenden drei strategischen Ziele zu zentrieren:

- > Die kranken Personen verfügen über ein qualitativ gutes Pflege- und Betreuungsangebot.
- > Das Pflege- und Betreuungsangebot entspricht in geeigneter Weise den Bedürfnissen der kranken Person.
- > Die Gesellschaft anerkennt die Wichtigkeit der palliativen Versorgung kranker Personen.

Für jedes dieser strategischen Ziele

- > beschreibt das Konzept den Ist-Zustand,
- > benennt es die Herausforderungen,
- > legt es die entsprechenden operationellen Ziele fest.

7 VII. Qualität der Angebote im Bereich der palliativen Pflege und Betreuung

Strategisches Ziel 1: Die kranken Personen verfügen über ein qualitativ gutes Pflege- und Betreuungsangebot.

Die Qualität einer Leistung bestimmt sich nach der Art und Weise, wie die Leistung erteilt wird, und nach dem Rahmen, in den sie eingebunden ist. Sie muss also von einem bestimmten Mass an Sachkompetenz zeugen und koordiniert sein.

7.1 Ist-Zustand²⁹

Zwar gibt es zahlreiche Palliative Care-Ausbildungen von Seiten verschiedener Anbieter, jedoch sind sie sehr verschiedenartig und schwierig einzuteilen. Es kann sich um Ausbildungen für die Begleitung Sterbender oder Trauernder handeln, um solche in Pflorgetechnik, um wieder andere für die spirituelle Begleitung bei der Sinnsuche angesichts des Todes und zu vielen weiteren Themen. Ausserdem verteilt sich die Anzahl absolvierter Ausbildungen ungleich über die verschiedenen Leistungserbringer, was Ungleichheiten im Zugang zu Palliative Care bewirken kann. Diese Feststellung betrifft sowohl die Freiwilligen als auch die Fachpersonen.

In der Koordination unter den verschiedenen Leistungserbringern von Palliative Care sind noch Verbesserungen nötig. Hier handelt es sich um die Hauptlücke, die in der Beantwortung des Fragebogens und in den Gesprächen mit helfenden Angehörigen hervorgehoben wurde. Viele verschiedene Leistungserbringer sind für das Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten in Palliativsituationen tätig. Nicht immer kennen sie einander, und so haben sie keine Gesamtsicht auf die Kompetenzen und Grenzen einer oder eines jeden, was zu Zweigleisigkeit, Spannungen und manchmal sogar Versäumnissen führen kann. Angehörige bezeugen, dass sie sich häufig gezwungen sehen, selber für die Informationsvermittlung und die Verbindung zwischen den verschiedenen Leistungserbringern zu sorgen. In diesem Fall übernehmen sie eine Rolle und Verantwortung, die eigentlich diejenige der Fachpersonen wäre. Umgekehrt sagen andere Angehörige, dass sie sich von den Fachpersonen bei Seite geschoben fühlen. Dasselbe wird auch von Freiwilligen bezeugt.

7.2 Herausforderungen des Konzepts

Die Ausbildung der die kranke Person Betreuenden und die Koordination der Leistungen tragen dazu bei, qualitativ gute Angebote zu gewährleisten.

Die Ausbildung der Leistungserbringerinnen und -erbringer rund um die kranke Person ist für eine qualitativ gute palliative Versorgung unverzichtbar.³⁰ Sie muss in allen betroffenen Einrichtungen von qualifizierten Personen erteilt werden. Die qualifizierten Personen können zum Personal der Einrichtung zählen oder einem externen mobilen Team mit spezieller Qualifikation angehören.

²⁹Ergebnis der Befragung im September 2011, der Zusammenkünfte mit der Fachpersonengruppe und der Gespräche mit helfenden Angehörigen.

³⁰DE HENNEZEL, Marie, Rapport « Mission « Fin de vie et accompagnement », Oktober 2003, S. 8.

Das Besondere an der Aufgabe der palliativen Versorgung ist, dass sie sich auf viele Fachpersonen aus verschiedenen Bereichen verteilt.³¹ Sie alle entsprechen in ihrem jeweiligen Bereich den verschiedenen Bedürfnissen der kranken Person. Damit die Versorgung optimal ist und effektiv zur Verbesserung der Lebensqualität beiträgt, müssen die verschiedenen Akteure die Rolle einer und eines jeden kennen und in eine Dynamik der Zusammenarbeit eintreten.

Ein gutes Versorgungssystem trägt dazu bei, dass die Selbstbestimmung der Person und die Gleichbehandlung respektiert werden.

7.3 Verbindung mit der nationalen Strategie und Anwendung in den Kantonen

Im Bildungsbereich empfiehlt die nationale Strategie, dass die Fachpersonen und Freiwilligen über die Kompetenzen verfügen, die für ihre jeweilige Rolle nötig sind und ihr entsprechen.³² Die Ausbildung in Palliative Care betrifft alle Personen, die ständig in der Nähe der kranken Person sind, unabhängig von ihren Funktionen oder Aufgaben. In Anwendung dieser Empfehlungen finanzieren zum Beispiel die Kantone Genf und Thurgau unentgeltliche Kurse, um die Mitarbeitenden der Pflegeheime, Spitexdienste und Spitäler zu sensibilisieren.

Die Bedeutung einer guten Koordination zwischen den verschiedenen Akteuren wird ebenfalls in der nationalen Strategie hervorgehoben.³³ Zu diesem Zweck wird eine homogene Definition von Palliative Care und palliativem Ansatz und eine klare Rollenzuweisung empfohlen³⁴. Einige Kantone wie Waadt, Luzern, Basel-Stadt, Solothurn und Tessin haben konkrete oder in Ausarbeitung befindliche Projekte für die kantonale Koordination der Palliative Care-Versorgung. Ausserdem haben die Kantone Waadt, Genf und Aargau spezifische Koordinationsdienste für den Einsatz Freiwilliger in Palliative Care eingeführt.³⁵

7.4 Operationelle Ziele

Damit die Personen über ein qualitativ gutes Pflege- und Betreuungsangebot verfügen, muss das Angebot von qualifizierten und koordiniert arbeitenden Personen erteilt werden. Hier die operationellen Ziele, um dies zu erreichen:

³¹ BORASIO, Gian Domenico, *op. cit.*, S. 51.

³² BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT & SCHWEIZERISCHE KONFERENZ DER KANTONALEN GESUNDHEITSDIREKTORINNEN UND -DIREKTOREN, *Nationale Strategie Palliative Care 2010-2012*, Bern, Oktober 2009, S. 57.

³³ BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT & SCHWEIZERISCHE KONFERENZ DER KANTONALEN GESUNDHEITSDIREKTORINNEN UND -DIREKTOREN, *nationale Strategie Palliative Care 2013-2015*, Bern, Oktober 2012, S. 32 und 41-42.

³⁴ *Ebd.*, S. 38 und 40f.

³⁵ COPPEX, P., WYSS, N., SCHWEIZERISCHE KONFERENZ DER KANTONALEN GESUNDHEITSDIREKTORINNEN UND -DIREKTOREN, «*Stand der Umsetzung von Palliative Care in den Kantonen 2013*», Ergebnisbericht vom 11. Juni 2013, Fassung vom 24.06.2013, S. 11 und 12.

Bereich	Ziele
Bildung	Die Einrichtungen des Gesundheitswesens verfügen über in Palliative Care ausgebildetes Personal.
	Angehörige und Freiwillige verfügen über die nötigen Kompetenzen für die Unterstützung der kranken Person.
	Die Fachpersonen und Einrichtungen des Gesundheitswesens verfügen über eine externe spezialisierte Unterstützung.
	Fachpersonen und Freiwillige respektieren und berücksichtigen die Kultur und die Überzeugungen der Patientinnen, Patienten und ihrer Angehörigen.
Koordination	Gesundheitsfachpersonen, Angehörige und Freiwillige kennen ihre Rollen, Kompetenzen und Grenzen in der palliativen Versorgung.
	Die Zusammenarbeit zwischen den Fachpersonen und Einrichtungen des Gesundheitswesens wird verstärkt.
	Die kranke Person, ihre Angehörigen und die Freiwilligen werden in den Betreuungsprozess eingebunden.

8 VIII. Diversität der Angebote in der palliativen Pflege und Betreuung

Strategisches Ziel 2: Das Pflege- und Betreuungsangebot entspricht in geeigneter Weise den Bedürfnissen der kranken Person.

Das Pflege- und Betreuungsangebot steht in enger Beziehung zur Befriedigung der Bedürfnisse der kranken Person. Wie weiter oben beschrieben, kann die kranke Person Bedürfnisse physischer Natur haben, das Bedürfnis nach Geborgenheit, nach dem Wissen, dass es den Angehörigen gut geht, nach der Gewissheit, dass die finanziellen Ressourcen gesichert sind und so fort. Um derart vielfältigen Bedürfnissen gerecht zu werden, braucht es ein vielseitiges Angebot.

Ein diversifiziertes und bedarfsgerechtes Versorgungsangebot ermöglicht nicht nur die vermehrte Anerkennung der Bedürfnisse, sondern auch die Selbstbestimmung der Person. Damit eine Person entscheiden kann, wie sie das Ende ihres Lebens verbringen will, muss sie unter anderem so weit wie möglich unter verschiedenen Lösungen wählen können.³⁶ Dieses Kapitel unterteilt sich in zwei Arten der Pflege und Betreuung: zu Hause und ausserhalb von zu Hause, das heisst in einem Pflegeheim, Spital oder einer Palliativpflegestation.³⁷

Die meisten Leute (73 %) möchten zu Hause sterben. 85 % der Leute sterben aber im Spital oder im Pflegeheim.³⁸ Zu Hause sterben ist selten möglich, obwohl dieser Wunsch am häufigsten formuliert wird. « *Die Rückkehr nach Hause, um dort zu sterben, ist einem friedlichen Tod förderlich. Die Befriedigung, zu Hause zu schlafen, seinem eigenen Rhythmus folgen zu können, am Familientisch zu essen [...] hilft, das Fortschreiten der Krankheit besser zu ertragen und dem Tod mit weniger Angst entgegen zu sehen. [...] Die Angehörigen schliesslich, die mit ihrer Präsenz und Betreuung den Bedürfnissen ihrer oder ihres Kranken entsprechen können, haben das Gefühl, nützlich zu sein, und dies lindert die im Umfeld häufig oft vorhandenen Schuldgefühle [...].* »³⁹

Den Bedürfnissen kranker Menschen entsprechen setzt voraus:

- > die Entwicklung eines Pflege- und Betreuungsangebots, das dem Verbleib zu Hause förderlich ist, und
- > das Angebot alternativer Angebote, wenn der Verbleib zu Hause unmöglich ist oder nicht gewünscht wird.

8.1 Ist-Zustand⁴⁰

Der Verbleib zu Hause hängt von der Situation des Umfelds und dem verfügbaren Angebot ab. Es ist derzeit für Kranke sozusagen unmöglich, zu Hause zu bleiben, wenn keine Angehörigen für ihre Betreuung zur Verfügung stehen. Helfende Angehörige sind heute aber immer seltener vorhanden. Ausserdem vernachlässigen die helfenden Angehörigen sehr häufig ihre eigenen Bedürfnisse und Grenzen und verausgaben sich bis zur Erschöpfung.⁴¹ Man

³⁶ Eidgenössisches Departement des Innern, *op. cit.*

³⁷ Der Verbleib zu Hause zentriert sich auf die Möglichkeit, in einem nicht medizinischen Umfeld zu sterben. So sind das eigene Daheim oder eine Sondereinrichtung für Behinderte ein Zuhause in dem hier gemeinten Sinn. Dies gilt jedoch nicht für ein Pflegeheim, wo es medizinisches Personal gibt, auch wenn man sich dort wie zu Hause fühlen kann.

³⁸ Bundesamt für Gesundheit & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, *nationale Strategie Palliative Care 2010-2012*, Bern, Oktober 2009, S. 11.

³⁹ De Hennezel, Marie, *op. cit.*, S. 26.

⁴⁰ Ergebnis der Befragung im September 2011, der Zusammenkünfte mit den Fachpersonengruppen und der Gespräche mit helfenden Angehörigen.

⁴¹ Sottas, B., Brügger, S., Jaquier, A., Brühlart, D. & Perler, L. (2014). « *Informal Caregivers in Critical End of Life Situations.* », NFP67. <http://www.formative-works.ch/?page=projekte&lang=de>.

weiss heute, dass 40 % von ihnen selber Hilfe brauchen⁴² und 50 % der unangebrachten Hospitalisationen im Rahmen von Palliative Care anscheinend auf die Erschöpfung der Angehörigen zurückzuführen sind.⁴³ Das Freiwilligennetz ermöglicht es, die helfenden Angehörigen zu entlasten.

Der Verbleib zu Hause ist auch an das bestehende Angebot gebunden. Dieses kann sich aber unter den einzelnen Bezirken oder von einer Einrichtung zur anderen unterscheiden, was möglicherweise zu Ungleichbehandlungen der Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons führt. Was die Betreuung in der Nacht betrifft, so intervenieren sehr wenige Leistungserbringer bei der Person zu Hause, mit Ausnahme des mobilen Teams, wenn es aufgeboten worden ist, oder Freiwilliger. Die Angehörigen sind daher allein mit der kranken Person.

Das Angebot von Palliative Care ausserhalb von zu Hause wird von verschiedenen Leistungserbringern zur Verfügung gestellt, deren Auftrag nicht unbedingt in der Aufnahme von Palliativpatientinnen und -patienten besteht. So etwa kommt es vor, dass Personen ins Pflegeheim gehen müssen, obwohl sie weit unterhalb des Durchschnittsalters der Heimbewohnerinnen und -bewohner liegen, oder dass Personen hospitalisiert werden, obgleich sie nicht viel Pflege brauchen. Die Aufnahme in Einrichtungen, die ihren Bedürfnissen nicht wirklich entsprechen, kann für diese Personen zusätzliches Leiden bedeuten.

8.2 Herausforderung des Konzepts

Damit die Selbstbestimmung des kranken Menschen einen höheren Stellenwert erhält, ist eine Diversifizierung und Verstärkung des bestehenden Angebots nötig. Der Verbleib zu Hause ist die mehrheitlich gewünschte Option und muss deshalb unterstützt werden.⁴⁴

Für eine palliative Versorgung zu Hause sind Angehörige und Freiwillige unentbehrlich. Der Einsatz der Familien und Freiwilligen bei Palliativpatientinnen und -patienten bedeutet eine volkswirtschaftliche Einsparung, die schon im Jahr 2000 auf den Wert von 1,2 Milliarden Franken für die ganze Schweiz veranschlagt wurde.⁴⁵

Das verfügbare Angebot muss vielseitig genug sein, um den Bedürfnissen der Personen, für die der Verbleib zu Hause keine geeignete oder gewünschte Lösung ist, zu entsprechen.

8.3 Verbindung mit der nationalen Strategie und Anwendung in den Kantonen

In der nationalen Strategie wird die Bereitstellung eines ausreichenden palliativen Pflege- und Betreuungsangebotes empfohlen, das den Bedürfnissen der kranken Person gerecht wird. Dies betrifft sowohl das Angebot in der Grundversorgung als auch die spezialisierte Palliative Care. Ausserdem wird empfohlen, der Unterstützung der Angehörigen besondere Aufmerksamkeit zu schenken.

Bestimmte Leistungsangebote bestehen in der Mehrheit der Kantone, darunter Freiburg, so etwa Palliativpflegestationen oder Palliativ-Konsiliardienste (spitalintern) und mobile Palliativdienste (spitalextern). Einige Kantone sind weiter gegangen und haben neue Angebote eingeführt, um besonderen Bedürfnissen zu entsprechen. So gibt es in rund zehn Kantonen die Möglichkeit ambulanter Palliative Care (Tages- und Nachtstrukturen), in vier Kantonen Hospize wie zum Beispiel die «Maison Tara» in Genf. Was die helfenden Angehörigen angeht, so hat der Kanton Waadt den «Espace Pallium» eröffnet, ein Informations- und Beratungszentrum für Angehörige von Personen in Palliative Care-Situationen.⁴⁶ Diese Projekte sind auch

⁴² PIERARD, Geneviève, Vortrag zum Thema der helfenden Angehörigen, organisiert von den Partnervereinigungen des Quadrant im Rahmen der Woche der Generationen, Freiburg, 04.12.2013.

⁴³ « Les urgences et les dernières heures à domicile » in *Guide de soins palliatifs*, Nr. 6-2008, S. 21.

⁴⁴ EIDGENÖSSISCHES DEPARTEMENT DES INNERN, *op. cit.*

⁴⁵ BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT & SCHWEIZERISCHE KONFERENZ DER KANTONALEN GESUNDHEITSDIREKTORINNEN UND -DIREKTOREN, *nationale Strategie Palliative Care 2013-2015*, Bern, Oktober 2012, S. 13.

⁴⁶ COPPEX, P., WYSS, N., SCHWEIZERISCHE KONFERENZ DER KANTONALEN GESUNDHEITSDIREKTORINNEN UND -DIREKTOREN, *op. cit.*, S. 6 ff und 11.

Gegenstand der Überlegungen in der Palliativpflegestation der Villa S-François, namentlich über die Stiftung *Serenitas*.

8.4 Operationelle Ziele

Damit das Pflege- und Betreuungsangebot den Bedürfnissen der kranken Personen gerecht wird, muss es angepasst und verstärkt werden. Hier die operationellen Ziele, um dies zu erreichen:

Ziele
Die Leistungen für den Verbleib kranker Personen zu Hause werden verstärkt.
Das institutionelle Angebot wird der Entwicklung des Bedarfs der Bevölkerung angepasst.
Die Leistungen zur Unterstützung der Angehörigen werden verstärkt.

9 Wahrnehmung von Tod und schwerer Krankheit in der Gesellschaft

Strategisches Ziel 3: Die Gesellschaft anerkennt die Wichtigkeit der palliativen Versorgung kranker Personen.

In unseren westlichen Gesellschaften ist der Tod häufig ein Tabu-Thema. Indem Palliative Care dem Tod wieder seinen Platz in der Gesellschaft zuerkennt, ihn als existenzielle Realität berücksichtigt und nicht mehr als etwas betrachtet, das möglichst versteckt werden muss, gesteht sie dem schwer kranken Menschen Würde zu und stärkt seine Lebensqualität wie auch diejenige seiner Angehörigen.

9.1 Ist-Zustand⁴⁷

In der Regel löst der Tod fast immer negative Emotionen aus. Angehörige schilderten die Reaktionen, denen sie sich gegenüber sahen, wenn sie auf die schwere Krankheit eines ihrer Familienmitglieder zu sprechen kamen. In solchen Momenten fühlen sich viele von ihnen extrem einsam und spüren, dass es ihrem Gegenüber an Verständnis und/oder Bereitschaft zum Zuhören mangelt.

Was die Kenntnis der Schweizer Bevölkerung des Begriffs Palliative Care angeht, so traten grosse Divergenzen zu Tage. In der Romandie scheint die Palliativpflege bekannter als in der deutschsprachigen Schweiz zu sein. Immerhin wussten 64 % der Schweizerinnen und Schweizer den Begriff nicht genau zu definieren. Von denen, die den Begriff kennen, beriefen sich 26 % auf Zeitungsbeiträge und 22 % auf Fernsehsendungen. Im Übrigen zeigte sich: Je höher der Bildungsstand, desto bekannter ist der Begriff. Broschüren im Spital, Pflegeheim oder Wartezimmer wurden vor allem von den 64- bis 75-jährigen Personen als Informationsquelle genannt.⁴⁸

In den Medien wird das Thema Palliative Care wenig angesprochen, und wenn doch, dann fast immer in Verbindung mit einem anderen Thema wie etwa Sterbehilfe oder Patientenverfügung. Diejenigen aber, die über Palliative Care Bescheid wissen, stehen den entsprechenden Angeboten deutlich positiver gegenüber und wären viel eher bereit, sie zu nutzen.

Von den Gesundheitsfachpersonen kennen viele den Begriff Palliative Care, wissen aber weder über ihre Ziele noch ihren Ansatz richtig Bescheid. Nun stellt aber das medizinische Personal in der Grundversorgung, insbesondere die Allgemeinärztinnen und -ärzte, bei diesbezüglichen Fragen die erste Auskunftsource dar. Nach einer Studie des BAG sind Allgemeinärztinnen und -ärzte die ersten Ansprechpersonen (51 %), an zweiter Stelle folgen Angehörige und Nahestehende.⁴⁹

Angehörige, die selber Hilfe erhalten oder Gehör gefunden haben, waren eher bereit, ihrerseits ein krankes Familienmitglied zu unterstützen. In solchen Situationen können schöne Momente, die von grosser Aufrichtigkeit und Liebe geprägt sind, mit der kranken Person und zwischen den Angehörigen geteilt werden.

⁴⁷ Ergebnis der Befragung im September 2011, der Zusammenkünfte mit der Fachpersonengruppe und der Gespräche mit helfenden Angehörigen.

⁴⁸ GfK SWITZERLAND AG, *op.cit.*, S. 5-6.

⁴⁹ *Ebd.*, S. 8 und 11.

9.2 Herausforderung des Konzepts

Die Bevölkerung sensibilisieren heisst, sie in die Lage zu versetzen, ihre Einstellung zu ihrer eigenen Endlichkeit zu reflektieren sowie sich gegenüber kranken Personen und ihren Angehörigen solidarisch zu erweisen und gegen deren soziale Isolierung anzukämpfen. Für die Förderung des mitbürgerlichen Engagements muss die Bevölkerung auch besser über die Freiwilligenarbeit informiert werden.

9.3 Verbindung mit der nationalen Strategie und Anwendung in den Kantonen

Schon in ihrer ersten Phase wollte die nationale Strategie die Bevölkerung auf das bislang fast unbekannte Thema Palliative Care sensibilisieren. Da hierfür drei Jahre nicht ausreichen, gilt die Sensibilisierung auch in der zweiten Phase als eine der Prioritäten. Es wird empfohlen, zunächst die Fachpersonen so mit dem Thema vertraut zu machen, dass sie die Fragen der Bevölkerung beantworten können.⁵⁰ Im Übrigen bedarf es einer besonderen Anstrengung in Bezug auf die Migrationsbevölkerung. Hierfür wäre eine Studie über die kulturellen Unterschiede in Verbindung mit Tod, Leiden, Krankheit und Autonomie erforderlich.⁵¹

Die Aktivitäten der kantonal gesteuerten Sensibilisierung von Zielgruppen sind in der Mehrzahl punktuell. Dabei handelt es sich zum Beispiel um Wanderausstellungen, Vorträge oder Presse-Artikel.⁵²

9.4 Operationelle Ziele

Damit die Gesellschaft die Wichtigkeit der palliativen Versorgung kranker Menschen anerkennt, muss die Bevölkerung sensibilisiert werden. Hier die Ziele, um dahin zu gelangen:

Ziele
Die Bevölkerung und die Gesundheitsfachpersonen kennen den Begriff Palliative Care und die bestehenden Pflege- und Betreuungsangebote.
Die Bevölkerung und die Fachpersonen sind sich der spezifischen Bedürfnisse kranker Menschen und ihres Umfelds bewusst.
Die Bevölkerung und die Fachpersonen sind sich der kulturellen und religiösen Diversität in Bezug auf das Lebensende bewusst.

⁵⁰ BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT & SCHWEIZERISCHE KONFERENZ DER KANTONALEN GESUNDHEITSDIREKTORINNEN UND -DIREKTOREN, *nationale Strategie Palliative Care 2013-2015*, Bern, Oktober 2012, S. 38.

⁵¹ *Ebd.*, S. 38ff.

⁵² COPPEX, P., WYSS, N., SCHWEIZERISCHE KONFERENZ DER KANTONALEN GESUNDHEITSDIREKTORINNEN UND -DIREKTOREN, *nationale Strategie Palliative Care 2013-2015*, Bern, S. 12.

10 Massnahmenplan

Die Konkretisierung des Konzepts ist Gegenstand eines Massnahmenplans 2016-2020. Dieser schlägt die vom Staat umzusetzenden Massnahmen vor, entsprechend ihrer Auswirkung und in Berücksichtigung der verfügbaren Ressourcen (Personalressourcen und/oder Finanzmittel). Die Angaben für die Jahre 2016 bis 2020 stammen zum Teil vom Finanzplan des Staates, zum Teil aus Abschätzungen. Die tatsächlich gewährten Beträge werden von den Budgetverfügbarkeiten des Staates abhängen.

Es handelt sich um zwei Arten von Massnahmen: solche zur Verbesserung und Verstärkung des bestehenden Angebots und solche zu seiner Ergänzung.

Allgemein wird heute schon viel getan. Die bestehenden Leistungen stellen einen Reichtum dar, den es zu fördern und zu verstärken gilt. In diesem ersten Massnahmenplan 2016-2020 geht es in erster Linie also darum, das schon Verfügbare besser bekannt zu machen, zu koordinieren und zu optimieren.

Ansonsten geht es um neue Initiativen, wie etwa die Ausbildung bestimmter Berufsgruppen oder die Bereitstellung der Beratung helfender Angehöriger in Form von Hausbesuchen.

Die Idee besteht vor allem darin, die schon vorhandenen Leistungen aufzuwerten und zugleich Neues hinzuzufügen, um bisherige Lücken zu füllen. Im Endeffekt kann mit beiden Massnahmenarten zusammen ein echtes Sicherheitsnetz geschaffen werden. Mit der gleichzeitigen Entwicklung beider Massnahmenarten ist es möglich, dem Kanton Freiburg einen Mehrwert in Bezug auf die palliative Betreuung zu verschaffen.

10.1 Ausbildung (s. S. 27-29)

Erinnerung an die Ziele im Ausbildungsbereich:

- > Die Institutionen des Gesundheitswesens verfügen über genügend Personal, das in Palliative Care ausgebildet ist.
- > Angehörige und Freiwillige verfügen über die nötigen Kompetenzen für die Unterstützung der kranken Person.
- > Die Fachpersonen und Einrichtungen des Gesundheitswesens verfügen über eine externe spezialisierte Unterstützung.
- > Fachpersonen und Freiwillige respektieren und berücksichtigen die Kultur und die Überzeugungen der Patientin oder des Patienten und der Angehörigen.

Strategisches Ziel		
Die kranken Personen verfügen über ein qualitativ gutes Pflege- und Betreuungsangebot.		Umsetzung
Vorbereitungen		
Massnahme 1	2016	2016
Aufstellung eines Verzeichnisses von Palliative Care-Ausbildungen zuhanden der beauftragten Pflegeheime und Dienste für Hilfe und Pflege zu Hause (Spitexdienste)		
Beschrieb	Bezüglich der Anzahl für Palliativpflege ausgebildeter Personen in den verschiedenen vom Staat beauftragten Pflegeheimen und Spitexdiensten bestehen grosse Unterschiede. Dies kann bei den Benützerinnen und Benützern dieser Leistungsangebote eine Ungleichheit des Zugangs zu Palliative Care bewirken. Bei den Pflegeheimen richtet der Staat schon alljährlich 0.05% der Lohnsumme für die Ausbildungen des Pflegeheimpersonals aus, insbesondere für die Palliativpflege und die Psychiatrie. Das Ausbildungsverzeichnis stellt eine ergänzende Massnahme dar.	

Gesamtkosten zu Lasten des Staates (in tausend Franken und in Tätigkeitsgrad)

2016		2017		2018		2019		2020		Total
CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF
6	0.05									6

Davon neue Lasten für den Staat (in tausend Franken und in Tätigkeitsgrad)

2016		2017		2018		2019		2020		Total
CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF
0	0									0

Strategisches Ziel		
Die kranken Personen verfügen über ein qualitativ gutes Pflege- und Betreuungsangebot.		Umsetzung
Vorbereitungen		
Massnahme 2		
Finanzierung einer Beitragsleistung für die Ausbildung des Pflegepersonals der beauftragten Dienste für Hilfe und Pflege zu Hause (Spitexdienste) in Palliative Care		2016 2016
Beschrieb	In Bezug auf die Anzahl für Palliativpflege ausgebildeter Personen in den vom Staat beauftragten Spitexdiensten bestehen grosse Unterschiede. Dies kann bei den Benützerinnen und Benützern dieses Leistungsangebots eine Ungleichheit des Zugangs zu Palliative Care bewirken. Im Übrigen ist die Betreuung in Palliative Care-Situationen sehr anforderungsreich und monopolisiert die Pflegenden über lange Zeiträume hinweg. Dabei möchten immer mehr Personen zu Hause sterben. Daher wird eine Summe für die Förderung der Palliative Care-Ausbildung in den Spitexdiensten vorgesehen, wozu zu sagen ist, dass sich diese Massnahme in einen schon bestehenden Ausbildungszusammenhang einfügt. In der Tat haben die Pflegefachpersonen des mobilen Palliative Care Teams Voltigo seit mehreren Jahren den Auftrag, die Gesundheitsfachpersonen, mit denen sie bei bestimmten Betreuungen Schwerverkrankter in Berührung kommen, auszubilden. Diese Massnahme steht in Verbindung mit der vorhergehenden Massnahme «<i>Aufstellung eines Verzeichnisses von Palliative Care-Ausbildungen zuhnden der beauftragten Pflegeheime und Dienste für Hilfe und Pflege zu Hause (Spitexdienste)</i>».	

Gesamtkosten zu Lasten des Staates (in tausend Franken und in Tätigkeitsgrad)

2016		2017		2018		2019		2020		Total
CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF
30		30		30		30		30		150

Davon neue Lasten für den Staat (in tausend Franken und in Tätigkeitsgrad)

2016		2017		2018		2019		2020		Total
CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF
30		30		30		30		30		150

Strategisches Ziel		
Die kranken Personen verfügen über ein qualitativ gutes Pflege- und Betreuungsangebot.		Vorbereitungen Umsetzung
Massnahme 3		
Leistungsauftrag an das Centre de formations des soins des freiburger spitals (HFR) für die Schaffung einer Palliative Care-Ausbildung des Pflegepersonals der akutmedizinischen Stationen in den Spitälern des Kantons		2015 2016
Beschrieb	Die Palliativpflegestation zählt nicht nur Pflegepersonen, die spezifisch in Palliative Care ausgebildet sind. Andererseits können in den Stationen für Akutmedizin grosse Unterschiede bezüglich der Anzahl für Palliativpflege ausgebildeter Personen bestehen. Es ist wichtig, das Pflegepersonal dieser akutmedizinischen Stationen vermehrt zu sensibilisieren, um zu verhüten, dass Personen, die für ihr Lebensende dort hospitalisiert werden, einen ungleichen Zugang zu palliativer Betreuung haben. Daher wird eine Summe für die Förderung der Palliative Care-Ausbildung in diesen Stationen vorgesehen, wobei zu bedenken ist, dass sich diese Massnahme in einen schon bestehenden Ausbildungskontext einfügt. In der Tat haben die Pflegefachpersonen des mobilen Palliative Care Teams Voltigo seit mehreren Jahren den Auftrag, die Gesundheitsfachpersonen, mit denen sie bei bestimmten Betreuungen von Schwerkranken (unter anderem in akutmedizinischen Stationen) in Berührung kommen, auszubilden. Die Schaffung der Ausbildung sowie die Organisationskosten gehen zu Lasten des Staates. Ein Leistungsauftrag ergeht an das Centre de formation des soins des HFR, damit es eine Ausbildung konzipiert, die den spezifischen Herausforderungen und der Arbeitspraxis in den akutmedizinischen Stationen gerecht wird. Die Ausbildung wird vorrangig von Freiburger Referentinnen und Referenten erteilt, so dass die interdisziplinäre Vernetzung und die Verbindung zwischen den Fachpersonen verstärkt werden. Das HFR seinerseits nimmt die Palliativpflege in seine Ausbildungsprioritäten auf, in direkter Bezugnahme auf die Empfehlungen der nationalen Strategie und des kantonalen Konzepts. Ein Teil des Pflegepersonals wird bis 2020 ausgebildet und kann als Ressource innerhalb dieser Stationen zum Einsatz gelangen. Diese Weiterbildung steht allen Akutspitälern des Kantons (HIB, Daler) zur Verfügung, wobei jedes Spital für seine Personalbestände verantwortlich bleibt.	

Gesamtkosten zu Lasten des Staates (in tausend Franken und in Tätigkeitsgrad)

2016		2017		2018		2019		2020		Total
CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF
12		5		5		5		5		32

Davon neue Lasten für den Staat (in tausend Franken und in Tätigkeitsgrad)

2016		2017		2018		2019		2020		Total
CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF
10		5		5		5		5		30

Transversale Massnahme		Vorbereitungen	Umsetzung
Massnahme 4 Leistungsauftrag an einen Organismus für die Organisation von halbtägigen Sensibilisierungsveranstaltungen zum Thema Palliative Care für die Allgemeinärztinnen und -ärzte des Kantons Freiburg		2015	2016
Beschrieb	Die Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin sind Schlüsselakteure in der palliativen Versorgung. Für sie werden alljährlich halbtägige Sensibilisierungsveranstaltungen organisiert, die ihren Anliegen in Verbindung mit ihrer Rolle entsprechen. Das Kantonsarztamt wird bei der Ausarbeitung dieser Massnahme angehört. Diese Massnahme ist Teil des Leistungsauftrags an Palliative Fribourg-Freiburg unter der Massnahme 7.		

Gesamtkosten zu Lasten des Staates (in tausend Franken und in Tätigkeitsgrad)

2016		2017		2018		2019		2020		Total
CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF
9		3.5		3.5		3.5		3.5		23

Davon neue Lasten für den Staat (in tausend Franken und in Tätigkeitsgrad)

2016		2017		2018		2019		2020		Total
CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF
9		3		3		3		3		21

Strategisches Ziel

Die kranken Personen verfügen über ein qualitativ gutes Pflege- und Betreuungsangebot.

Vorbereitungen

Umsetzung

Massnahme 5

Leistungsauftrag an einen Organismus für die Bereitstellung einer Beratung helfender Angehöriger zu Hause

2015

2017

Beschrieb

Über einen Leistungsauftrag unterstützt die öffentliche Hand die helfenden Angehörigen durch die Organisation einer Beratungsleistung in Palliative Care-Situationen. Dadurch können die Kenntnisse der helfenden Angehörigen verbessert werden, und dies wiederum hilft ihnen bei der Betreuung einer kranken Person zu Hause.

Diese Massnahme ist Teil des Leistungsauftrags an Voltigo unter der Massnahme 9.

Hier wird die Massnahme von Senior+ «Erteilung von Leistungsaufträgen an Organismen für die Organisation von Kursen und die Bereitstellung von Beratungen für helfende Angehörige und Freiwillige» aufgegriffen. Da es in Palliative Care-Situationen für die helfenden Angehörigen nicht leicht ist, die betreute Person allein zu lassen, wird hier der Akzent auf die Beratung zu Hause gelegt. Was die Ausbildung der Freiwilligen angeht, so wird diese in einer anderen Massnahme dieses Dokuments angesprochen.

Gesamtkosten zu Lasten des Staates (in tausend Franken und in Tätigkeitsgrad)

2016		2017		2018		2019		2020		Total
CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF
20		20		20		20		20		100

Davon neue Lasten für den Staat (in tausend Franken und in Tätigkeitsgrad)

2016		2017		2018		2019		2020		Total
CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF
20		0		0		0		0		20

10.2 Koordination (s. S. 27-29)

Erinnerung an die Ziele im Koordinationsbereich:

- > Gesundheitsfachpersonen, Angehörige und Freiwillige kennen ihre Rollen, Kompetenzen und Grenzen in der palliativen Betreuung.
- > Die Zusammenarbeit unter Fachpersonen und Einrichtungen des Gesundheitswesens wird verstärkt.
- > Die kranke Person, ihre Angehörigen und die Freiwilligen werden in den Betreuungsprozess einbezogen.

Strategisches Ziel		
Die kranken Personen verfügen über ein qualitativ gutes Pflege- und Betreuungsangebot.		Umsetzung
Vorbereitungen		
Massnahme 6		
Schaffung einer Netzwerk-Karte, die auf die Leistungsangebote sowie die Rolle, die Kompetenzen und Grenzen jeder/jedes von Palliative Care betroffenen Akteurin/Akteurs verweist		
		2017 2018
Beschrieb	Im Kanton Freiburg bestehen viele Leistungen, und mehrere von ihnen können gleichzeitig für eine Palliative Care-Situation beansprucht werden. Daraus ergibt sich für einen einzigen Fall eine zuweilen grosse Anzahl verschiedener Akteure. Eine schlechte Koordination kann sich negativ auf die Betreuung der Person mit Palliative Care-Bedarf sowie auf ihre Angehörigen auswirken. Zudem kann es vorkommen, dass bestimmte Rollen schlecht abgegrenzt sind, insbesondere diejenigen der Angehörigen und Freiwilligen. Die Schaffung einer Netzwerk-Karte erfolgt mit allen Partnern und wird jedem von ihnen im beruflichen Alltag dienen. Für die Ausarbeitung dieses Instruments sind eine Arbeitsgruppe sowie ein Netzwerk-Tag vorgesehen, um die Akteure einzubeziehen und zu Reflexionen zum Thema Koordination und Rollenverteilung in den Fachkreisen anzuregen. Die Netzwerk-Karte wird allen auf Internet zur Verfügung gestellt und kann von Fachkreisen, Freiwilligen und Angehörigen als Referenz genutzt werden.	

Gesamtkosten zu Lasten des Staates (in tausend Franken und in Tätigkeitsgrad)

2016		2017		2018		2019		2020		Total
CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF
		12	0.1	20	0.1					32

Davon neue Lasten für den Staat (in tausend Franken und in Tätigkeitsgrad)

2016		2017		2018		2019		2020		Total
CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF
		0	0	6	0					6

Strategisches Ziel

Die kranken Personen verfügen über ein qualitativ gutes Pflege- und Betreuungsangebot.

Vorbereitungen

Umsetzung

Massnahme 7

Leistungsauftrag an Palliative Fribourg- Freiburg für die Organisation von Netzwerk-Treffen der von Palliative Care betroffenen Fachpersonen

2015

2016

Beschrieb

Rund um eine Palliative Care-Situation sind zahlreiche Akteure im Einsatz. Eine allfällige schlechte Koordination gereicht der kranken Person und/oder ihren Angehörigen zum Nachteil. Bei Zusammenkünften, die der stärkeren Verbindung zwischen den Fachpersonen dienen und ein gutes Funktionieren des Netzwerks fördern sollen, werden eine Reihe von Themen behandelt, wie etwa Kultur und Überzeugungen der kranken Person und ihrer Angehörigen oder der Einbezug der kranken Person, ihrer Angehörigen oder der Freiwilligen in den Betreuungsprozess.

Durch die Erteilung dieses Auftrags kann diese von Palliative Fribourg-Freiburg geleistete Arbeit aufgewertet und können deren Ziele sowie die Kontrollmodalitäten festgesetzt werden.

Gesamtkosten zu Lasten des Staates (in tausend Franken und in Tätigkeitsgrad)

2016		2017		2018		2019		2020		Total
CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF
12		6		6		6		6		36

Davon neue Lasten für den Staat (in tausend Franken und in Tätigkeitsgrad)

2016		2017		2018		2019		2020		Total
CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF
6		6		6		6		6		30

Strategisches Ziel		
Die kranken Personen verfügen über ein qualitativ gutes Pflege- und Betreuungsangebot.		Umsetzung
Vorbereitungen		
Massnahme 8		
Integration von Palliative Care in das allen beauftragten sozialmedizinischen Leistungserbringern gemeinsame Instrument für die Bedarfsermittlung und Orientierung der Person		2015
		2015
Beschrieb	Um die Zusammenarbeit unter den verschiedenen Gesundheitsakteuren, insbesondere zwischen Spitälern und beauftragten sozialmedizinischen Leistungserbringern zu verbessern und zu erleichtern, wird ein Instrument für die Beurteilung des Bedarfs der Person erarbeitet und ihnen zur Verfügung gestellt. Dieses Instrument gewährleistet allen geschwächten Personen, die sozialmedizinischer Leistungen bedürfen, ein einheitliches Bedarfsermittlungsverfahren und verbessert die Effizienz ihrer Versorgung. Bei der Übernahme dieser Massnahme in das Konzept Palliative Care geht es darum, dieses Instrument auch für Palliative Care-Fälle brauchbar zu machen, unabhängig vom Alter der kranken Person.	

Gesamtkosten zu Lasten des Staates (in tausend Franken und in Tätigkeitsgrad)

2016		2017		2018		2019		2020		Total
CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF
12	0.1	12	0.1							24

Davon neue Lasten für den Staat (in tausend Franken und in Tätigkeitsgrad)

2016		2017		2018		2019		2020		Total
CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF
0	0	0	0							0

10.3 Leistungsangebot (s. S. 30-32)

Erinnerung an die Ziele im Bereich Leistungsangebot:

- > Die Leistungen für den Verbleib der kranken Personen zu Hause werden verstärkt.
- > Das institutionelle Angebot wird der Entwicklung des Bedarfs der Bevölkerung angepasst.
- > Die Leistungen für die Unterstützung der Angehörigen werden verstärkt.

Strategische Ziele

Die kranken Personen verfügen über ein qualitativ gutes Pflege- und Betreuungsangebot.

Das Pflege- und Betreuungsangebot entspricht in geeigneter Weise den Bedürfnissen der kranken Person.

Vorbereitungen

Umsetzung

Massnahme 9

Leistungsauftrag an das mobile Palliative Care Team (MPCT) Voltigo

2015

2016

Beschrieb

Das MPCT setzt sich seit 2010 in der spezialisierten Beratung von Gesundheitsfachpersonen und direkt bei kranken Personen ein.

Neben den beiden Palliativpflegestationen des HFR sind die Mitarbeitenden des MPCT die einzigen Fachpersonen mit spezialisierter Palliative Care-Ausbildung und somit die einzigen, die in der Lage sind, bestimmte Personen in besonders komplexen Palliativpflegesituationen zu betreuen.

Derzeit wird der anfallende Betrag über die übrigen Leistungen des HFR finanziert. Die Tätigkeit des MPCT ändert sich mit der Einführung eines Leistungsauftrags nicht, jedoch können mit dem Leistungsauftrag die Ziele und Kontrollmodalitäten für die Tätigkeit des MPCT festgesetzt werden.

Gesamtkosten zu Lasten des Staates (in tausend Franken und in Tätigkeitsgrad)

2016		2017		2018		2019		2020		Total
CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF
860		960		985		985		985		4781

Davon neue Lasten für den Staat (in tausend Franken und in Tätigkeitsgrad)

2016		2017		2018		2019		2020		Total
CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF
0		0		0		0		0		0

Strategische Ziele		
Die kranken Personen verfügen über ein qualitativ gutes Pflege- und Betreuungsangebot.		Vorbereitungen
Das Pflege- und Betreuungsangebot entspricht in geeigneter Weise den Bedürfnissen der kranken Person.		Umsetzung

Massnahme 10		
Erhöhung der Dotation der vom Staat beauftragten Dienste für Hilfe und Pflege zu Hause (Spitexdienste) für eine Verbesserung der palliativen Betreuung in der Pflege zu Hause	2016	2016

Beschrieb	Soweit möglich möchte die Bevölkerung zu Hause gepflegt werden bzw. im Fall einer Palliative Care-Situation in der Umgebung Angehöriger sterben. Die Betreuung von Personen mit Palliative Care-Bedarf ist aber besonders anforderungsreich und nimmt die Pflegenden über sehr lange Zeit hinweg stark in Anspruch, sowohl tagsüber als auch nachts. Da die Nacht eine besonders kritische Zeit ist, verpflichtet sich der Staat, diese Versorgung zu unterstützen. Die vom Staat beauftragten Spitexdienste werden stärker dotiert, nach dem im Kanton Thurgau (dessen Leistungsangebote denjenigen in unserem Kanton gleichen) angewandten Modell. Diese Massnahme steht in Verbindung mit der im Konzept Senior+ vorgeschlagenen Massnahme: «Ausweitung der Versorgung durch die Dienste für Hilfe und Pflege zu Hause»; diese sieht vor, 2018 von der Dotationskürzung, die auf die neue Gesetzgebung über die sozialmedizinischen Leistungen zurückzuführen ist, abzusehen. Ab 2018 wird diese Beibehaltung der Dotation auch für die Finanzierung der Massnahme des Konzepts Palliative Care verwendet. Übrigens wird damit dem vom Spitex Verband Freiburg vorgeschlagenen Organisationsmodell entsprochen.	
-----------	--	--

Gesamtkosten zu Lasten des Staates (in tausend Franken und in Tätigkeitsgrad)

2016		2017		2018		2019		2020		Total
CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF
18		18								36

Davon neue Lasten für den Staat (in tausend Franken und in Tätigkeitsgrad)

2016		2017		2018		2019		2020		Total
CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF
18		18								36

Finanzielle Auswirkung für die Gemeinden: 43'000 im Jahr = 86'000.-/ 2 Jahre

Transversale Massnahme	Vorbereitungen	Umsetzung
Massnahme 11 Ausarbeitung von Standards in der Palliative Care-Ausbildung von Freiwilligen im Kanton Freiburg	2018	2018

Beschrieb

Wer für eine Begleitung am Lebensende die Dienste Freiwilliger in Anspruch nehmen möchte, kann mindestens fünf Vereinigungen kontaktieren. Jede dieser Vereinigungen weist entsprechend ihren Leitlinien und ihrem Geist Besonderheiten auf. Demzufolge können unerwünschte Disparitäten in der Begleitung bestehen, was die Wahl zwischen den verschiedenen Vereinigungen erschwert.

Es werden Standards für die Freiwilligenausbildung erarbeitet, um Basisleistungen zu fördern, die bei sämtlichen Freiwilligen identisch sind, und das Angebot zu bereichern, indem die Besonderheiten jeder Vereinigung und die persönliche Motivation jeder und jedes Freiwilligen aufgewertet werden.

Alle Standards werden in Partnerschaft mit den betroffenen Vereinigungen sowie den Angehörigen und gemäss den nationalen Empfehlungen ausgearbeitet.

Gesamtkosten zu Lasten des Staates (in tausend Franken und in Tätigkeitsgrad)

2016		2017		2018		2019		2020		Total
CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF
				6	0.05					6

Davon neue Lasten für den Staat (in tausend Franken und in Tätigkeitsgrad)

2016		2017		2018		2019		2020		Total
CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF
				0	0					0

Strategisches Ziel		
Das Pflege- und Betreuungsangebot entspricht in geeigneter Weise den Bedürfnissen der kranken Person.		
	Vorbereitungen	Umsetzung
Massnahme 12		
Leistungsauftrag an eine Organisation für die Entwicklung eines Dienstes für Hilfe für die helfenden Angehörigen, in palliativen Situationen	2015	2016

Beschrieb Während und infolge der Betreuung einer oder eines kranken Angehörigen können die helfenden Angehörigen in einen Erschöpfungszustand geraten oder selber Gesundheitsprobleme entwickeln. Im Übrigen ist es in Palliative Care-Situationen nahezu unmöglich, die kranke Person alleine zu lassen. Ein professionelles Betreuungsangebot zu erschwinglichen Preisen verschafft den Angehörigen Zeit für sich selber und kann solchen Folgen vorbeugen.

Gesamtkosten zu Lasten des Staates (in tausend Franken und in Tätigkeitsgrad)

2016		2017		2018		2019		2020		Total
CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF
50		50		50		50		50		250

Davon neue Lasten für den Staat (in tausend Franken und in Tätigkeitsgrad)

2016		2017		2018		2019		2020		Total
CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF
50		50		50		50		50		250

Strategisches Ziel

Das Pflege- und Betreuungsangebot entspricht in geeigneter Weise den Bedürfnissen der kranken Person.

Vorbereitungen

Umsetzung

Massnahme 13

Leistungsauftrag an die Vereinigung freiburgischer Alterseinrichtungen (VFA) für die Koordination der palliativen Betreuung in den Pflegeheimen des Kantons

2015

2016

Beschrieb

Palliative Care ist seit Langem ein Anliegen der Pflegeheime des Kantons und ihres Dachverbands VFA. Eine grosse Anzahl von Pflegeheimen verfügt schon über Formulare oder Protokolle zu Themen in direkter Verbindung mit dem Lebensende wie etwa Schmerzmanagement, Patientenverfügungen oder Sterbehilfe. Derzeit haben zwei Pflegeheime des Kantons ein auf eigene Initiative eingeführtes Gesamtkonzept für die palliative Betreuung in ihrem Heim. Um solche Initiativen in den übrigen Pflegeheimen des Kantons zu unterstützen und zu fördern, erhält die VFA eine finanzielle Unterstützung für die Organisation und Koordination entsprechender Bemühungen.

Gesamtkosten zu Lasten des Staates (in tausend Franken und in Tätigkeitsgrad)

2016		2017		2018		2019		2020		Total
CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF
26		20		20		20		20		106

Davon neue Lasten für den Staat (in tausend Franken und in Tätigkeitsgrad)

2016		2017		2018		2019		2020		Total
CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF
10		10		10		10		10		50

10.4 Sensibilisierung und Information (s. S. 33-34)

Erinnerung an die Ziele im Bereich Sensibilisierung und Information:

- > Bevölkerung und Gesundheitsfachpersonen kennen den Begriff Palliative Care und die bestehenden Pflege- und Betreuungsangebote.
- > Bevölkerung und Gesundheitsfachpersonen sind sich der spezifischen Bedürfnisse der kranken Person und ihres Umfelds bewusst.
- > Bevölkerung und Gesundheitsfachpersonen sind sich der kulturellen und religiösen Diversität in Bezug auf das Lebensende bewusst.

Strategisches Ziel		Vorbereitungen	Umsetzung
Die Gesellschaft anerkennt die grosse Bedeutung von Palliative Care in der Betreuung kranker Personen.			
Massnahme 14			
Veranstaltungen zur Sensibilisierung der Bevölkerung für Palliative Care		2016	2016
Beschrieb	Die Themen Tod und schwere Krankheit sind in unserer Gesellschaft ein grosses Tabu. Um der Isolierung betroffener Personen und ihrer Angehörigen entgegen zu wirken und diese Themen anzusprechen sowie das individuelle Nachdenken und die Selbstbestimmung zu fördern, werden Sensibilisierungs- und Informationsveranstaltungen organisiert. Diese finden alljährlich statt. Diese Massnahme gehört zum Leistungsauftrag, der an Palliative Fribourg-Freiburg unter der Massnahme 7 erteilt wird.		

Gesamtkosten zu Lasten des Staates (in tausend Franken und in Tätigkeitsgrad)

2016		2017		2018		2019		2020		Total
CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF
2		2		2		2		2		10

Davon neue Lasten für den Staat (in tausend Franken und in Tätigkeitsgrad)

2016		2017		2018		2019		2020		Total
CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF
2		2		2		2		2		10

Transversale Massnahme		Vorbereitungen	Umsetzung
Massnahme 15		2017	2017
Finanzierung von Ausgestaltung und Unterhalt der Website von Palliative Fribourg-Freiburg			
Beschrieb	Im Kanton bestehen schon viele Palliative Care-Angebote. Sie sind vielseitig und gut, aber zuweilen schwierig aufzufinden. Dank einer Erleichterung der Suche nach Informationen könnte dem Informationsbedarf der Bevölkerung besser entsprochen werden. Auf diese Weise würde es den Einzelnen auch erleichtert, unter den Angeboten auszuwählen. Die Website von Palliative Fribourg-Freiburg besteht schon und beinhaltet bestimmte Informationen. Mit ihrem Ausbau wird sie eine Referenz für diejenigen (Fachpersonen des Gesundheits- und Sozialbereichs sowie Privatpersonen), die alle Palliative Care-Angebote im Kanton, ihre Finanzierung und das Vorgehen bzw. die Kontaktstellen für den Zugang in Erfahrung bringen müssen. Darüber hinaus wird ein einheitlicher Zugriff für die von Palliative Care betroffenen Fachpersonen geschaffen, über den sie Dokumente oder Informationen, die ihrer Praxis dienlich sind, austauschen können. Diese Massnahme gehört zum Leistungsauftrag, der Palliative-Fribourg-Freiburg unter der Massnahme 7 erteilt wird. Für die Finanzierung der Website werden Lösungen gesucht.		

Gesamtkosten zu Lasten des Staates (in tausend Franken und in Tätigkeitsgrad)

2016		2017		2018		2019		2020		Total
CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF
		53		2		2		2		59

Davon neue Lasten für den Staat (in tausend Franken und in Tätigkeitsgrad)

2016		2017		2018		2019		2020		Total
CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF
		53		2		2		2		59

Transversale Massnahme		Vorbereitungen	Umsetzung
Massnahme 16			
Organisation von Informationssitzungen bei den Migrantengemeinschaften		2016	2016
Beschrieb	Die in unserem Kanton lebende Migrationsbevölkerung ist weniger über das Angebot sozialmedizinischer Leistungen für ältere Menschen und die Bedingungen sowie das Vorgehen für den Zugang zu diesen Leistungen auf dem Laufenden als der Durchschnitt der Freiburger Bevölkerung. Zudem können Sprachprobleme und kulturelle Gepflogenheiten den Zugang zu den in Broschüren, Faltblättern und im Internet verfügbaren Informationen erschweren oder verhindern. Aus diesem Grund schlug das Konzept Senior+ die Organisation von Sitzungen direkt mit den Migrantengemeinschaften vor, statt eine systematische Übersetzung aller Dokumente zu empfehlen. Aus allen diesen Gründen wird im Konzept Palliative Care der gleiche Ansatz verfolgt. Dabei sollen die Synergien und Netzwerke von Senior+ genutzt und die Aktionen koordiniert werden. Ab 2016 bis 2020 werden jährlich mindestens zwei Sitzungen organisiert.		

Gesamtkosten zu Lasten des Staates (in tausend Franken und in Tätigkeitsgrad)

2016		2017		2018		2019		2020		Total
CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF
2		2		1.5		1.5		1.5		8.5

Davon neue Lasten für den Staat (in tausend Franken und in Tätigkeitsgrad)

2016		2017		2018		2019		2020		Total
CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF
0.5		0.5		0.5		0.5		0.5		2.5

Transversale Massnahme	Vorbereitungen	Umsetzung
Massnahme 17 Schaffung einer visuellen Identität zwecks Verteilung auf diverse Promotionsträger, um die Palliative Care-Leistungsangebote sowie den Link zur Website von Palliative Fribourg-Freiburg vorzustellen	2018	2019

Beschrieb Die visuelle Identität zeigt den Link zur Website, wo sich alle Informationen auffinden lassen. Sie wird in verschiedenen Formen entwickelt, so dass sie zum Beispiel auf Plakaten oder Flyern oder auf der Website des Staates erscheint.
Die Plakate mit den Flyern werden in den Praxen der ärztlichen Grundversorgerinnen und Grundversorger sowie bei verschiedenen Organismen wie Freiburg für Alle, Pro Senectute, in den Spitälern und Apotheken zur Verfügung stehen.
Vorgesehene Auflage: 500 Plakatexemplare und 5000 Flyer.
Diese Massnahme steht in Verbindung mit der Massnahme 15 «Finanzierung des Ausbaus der Website von Palliative Fribourg-Freiburg».

Gesamtkosten zu Lasten des Staates (in tausend Franken und in Tätigkeitsgrad)

2016		2017		2018		2019		2020		Total
CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF
				4		3				7

Davon neue Lasten für den Staat (in tausend Franken und in Tätigkeitsgrad)

2016		2017		2018		2019		2020		Total
CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF
				3		3				6

10.5 Auswertung des Massnahmenplans

Transversale Massnahme	Vorbereitungen	Umsetzung
Massnahme 18 Auswertung der Massnahmen des Massnahmenplans 2016-2020	2020	2020

Beschrieb Die Massnahmen dieses Massnahmenplans müssen im Hinblick auf den nächsten Massnahmenplan 2021-2025 ausgewertet werden. Die Auswertungen betreffen die Auswirkung der Massnahmen auf die Zielgruppen, aber auch auf die Personen, die Palliative Care benötigen.

Gesamtkosten zu Lasten des Staates (in tausend Franken und in Tätigkeitsgrad)

2016		2017		2018		2019		2020		Total
CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF
								40		40

Davon neue Lasten für den Staat (in tausend Franken und in Tätigkeitsgrad)

2016		2017		2018		2019		2020		Total
CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF	VZÄ	CHF
								40		40

10.6 Zusammenstellung

Total pro Jahr (in tausend Franken)		2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Staat	Gesamtkosten	28 0.2%*	1'045 0.2%**	1'182 0.15%**	1155 0.2%**	1128 0.05%*	1165 0.05%	5'703
	davon neue Lasten	0 0%	156 0%	178 0%	117.5 0%	111.5 0%	148.5 0%	711
Gemeinden	Gesamtkosten	0	43	43	0	0	0	86
	davon neue Lasten	0	43	43	0	0	0	86
Total nach Massnahmen (in tausend Franken)		2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Ausbildung								
1. Aufstellung eines Verzeichnisses von Palliative Care-Ausbildungen zuhause der beauftragten Pflegeheime und Dienste für Hilfe und Pflege zu Hause (Spitexdienste)	Gesamtkosten		6 0.05%					6
	davon neue Lasten		0 0.00%					0
2. Finanzierung einer Beitragleistung für die Palliative Care-Ausbildung des Pflegepersonals der beauftragten Dienste für Hilfe und Pflege zu Hause (Spitexdienste)	Gesamtkosten		30	30	30	30	30	150
	davon neue Lasten		30	30	30	30	30	150
3. Leistungsauftrag an das Centre de formations des soins des freiburger spitals (HFR) für die Schaffung einer Palliative Care-Ausbildung des Pflegepersonals der akutmedizinischen Stationen in den Spitälern des Kantons	Gesamtkosten	2	10	5	5	5	5	32
	davon neue Lasten	0	10	5	5	5	5	30
4. Leistungsauftrag an einen Organismus für die Organisation von halbtägigen Sensibilisierungsveranstaltungen zum Thema Palliative Care für die Allgemeinärzte des Kantons Freiburg	Gesamtkosten		9	3.5	3.5	3.5	3.5	23
	davon neue Lasten		9	3	3	3	3	21
5. Leistungsauftrag an einen Organismus für die Bereitstellung einer Beratung helfender Angehöriger zu Hause	Gesamtkosten		20	20	20	20	20	100
	davon neue Lasten		20	0	0	0	0	20
Koordination								
6. Schaffung einer Netzwerk-Karte, die auf die Leistungsangebote sowie auf die Rollen, Kompetenzen und Grenzen jedes von Palliative Care betroffenen Akteurs verweist	Gesamtkosten			12 0.10%	20 0.10%			32
	davon neue Lasten			0 0%	6 0%			6
7. Leistungsauftrag an Palliative Fribourg- Freiburg für die Organisation von Netzwerk-Treffen der von Palliative Care betroffenen Fachpersonen	Gesamtkosten	6	6	6	6	6	6	36
	davon neue Lasten		6	6	6	6	6	30
8. Integration von Palliative Care in das allen beauftragten sozialmedizinischen Leistungsbringer gemeinsame Instrument zur Bedarfsermittlung und Orientierung der Person	Gesamtkosten	12 0.10%	12 0.10%					24
	davon neue Lasten	0 0%	0 0%					0
Leistungsangebote								
9. Leistungsauftrag an das mobile Palliative Care Team (MPCT) Volltito	Gesamtkosten	6	860	960	985	985	985	4'781
	davon neue Lasten	0	0	0	0	0	0	0
10. Erhöhung der Dotation der vom Staat beauftragten Dienste für Hilfe und Pflege zu Hause (Spitexdienste) für eine Verbesserung der palliativen Betreuung in der Pflege zu Hause	Gesamtkosten		18	18				36
	davon neue Lasten		18	18				36
11. Ausarbeitung von Standards in der Palliative Care-Ausbildung von Freiwilligen im Kanton Freiburg	Gesamtkosten				6 0.05%			6
	davon neue Lasten				0 0%			0
12. Leistungsauftrag an eine Organisation für die Entwicklung eines Dienstes für Hilfe für die helfenden Angehörigen, in palliativen Situationen	Gesamtkosten	2	50	50	50	50	50	252
	davon neue Lasten	0	50	50	50	50	50	250
13. Leistungsauftrag an die Vereinigung freiburgischer Altersheimen (VFA) für die Koordination der palliativen Betreuung in den Pflegeheimen des Kantons	Gesamtkosten	6	20	20	20	20	20	106
	davon neue Lasten	0	10	10	10	10	10	50
Sensibilisierung								
14. Veranstaltungen zur Sensibilisierung der Bevölkerung für Palliative Care	Gesamtkosten		2	2	2	2	2	10
	davon neue Lasten		2	2	2	2	2	10
15. Finanzierung von Ausgestaltung und Unterhalt der Website von Palliative Fribourg-Freiburg	Gesamtkosten			53	2	2	2	59
	davon neue Lasten			53	2	2	2	59
16. Organisation von Informationssitzungen bei den Migrantengemeinschaften	Gesamtkosten		2	2	1.5	1.5	1.5	8.5
	davon neue Lasten		0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	2.5
17. Schaffung einer visuellen Identität zwecks Verteilung auf verschiedene Promotionsträger, um die Palliative Care-Leistungsangebote und den Link zur Website vorzustellen	Gesamtkosten				4	3		7
	davon neue Lasten				3	3		6
Evaluation								
18. Auswertung der Massnahmen des Massnahmenplans 2016-2020	Gesamtkosten						40	40
	davon neue Lasten						40	40

* + 0.1% VZÄ für die Schaffung der Mandate

** + 0.05% für die Nachverfolgung der Mandate

11 Schlusswort

Die Konzeption des Palliative Care-Systems als öffentliche Politik ermöglichte die Identifizierung der Schlüsselvariablen, auf deren Grundlage eine Strategie für den Kanton ausgearbeitet werden kann. Das Konzept Palliative Care setzt einen Bezugsrahmen, der es ermöglicht, die strategischen Ziele, die aufgrund der Bedürfnisse der verschiedenen die Kranken betreuenden Akteurinnen und Akteure ausgearbeitet wurden, zu erreichen. Dieser Bezugsrahmen ist präzise genug für die Integrierung des aktuellen Massnahmenplans, gleichzeitig lässt er einen ausreichenden Handlungsspielraum für die Ausarbeitung der künftigen Massnahmenpläne.

Der in diesem Dokument vorgestellte Massnahmenplan wurde für eine Geltungsdauer von fünf Jahren erstellt. Er wird nachverfolgt und Gegenstand einer Auswertung sein. Aufgrund der Ergebnisse wird es möglich sein, Ende 2020 das weitere Vorgehen festzusetzen.

Die Initiative und das Engagement, die im Rahmen der Ausarbeitung dieses Konzepts bei den implizierten Personen – Angehörige, Fachpersonen oder Freiwillige – zu Tage traten, sind zwei Haupttrümpfe im Bestreben, den kranken Personen ein Pflege- und Betreuungsangebot zu verschaffen, das ihren Bedürfnissen entspricht, ihnen hilft, ihre Würde zu wahren, und ihre Entscheide respektiert.

12 Literaturverzeichnis

EINZELPUBLIKATIONEN

BORASIO, Gian Domenico, «*Mourir*», Presses polytechniques et universitaires romandes, 1. Auflage, Lausanne, 2014.

COPPEX, P., WYSS, N., SCHWEIZERISCHE KONFERENZ DER KANTONALEN GESUNDHEITSDIREKTORINNEN UND -DIREKTOREN, «*Stand der Umsetzung von Palliative Care in den Kantonen 2013*, Ergebnisbericht – 11. Juni 2013», Fassung vom 24.06.2013.

DE HENNEZEL, Marie, Rapport «*Mission «Fin de vie et accompagnement*», Oktober 2003.

EIDGENÖSSISCHES DEPARTEMENT DES INNERN, «*Grundsätze des EDI zur Palliative Care (Charta)*», 20.01.09.

GfK SWITZERLAND AG, im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit und des Bundesamtes für Sozialversicherung, «*Zusammenfassung der Ergebnisse zur Studie «Palliative Care*», 3. Dezember 2009, Hergiswil.

HOWELL, D., CURRIE, S., MAYO, S., JONES, G., BOYLE, M., HACK, T., GREEN, E., HOFFMAN, L., SIMPSON, J., COLLACUTT, V., MCLEOD, D., ET DIGOUT, C. «*Guide pancanadien de pratique clinique : évaluation des besoins en soins psychosociaux du patient adulte atteint de cancer*», Toronto, Partenariat canadien contre le cancer (groupe d'action pour l'expérience globale du cancer) et Association canadienne d'oncologie psychosociale, Mai 2009.

BUNDESAMT FÜR STATISTIK, «*Sterbefälle und Sterbeziffern wichtiger Todesursachen, nach Alter*», ausgewähltes Jahr: 2012.

BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT & SCHWEIZERISCHE KONFERENZ DER KANTONALEN GESUNDHEITSDIREKTORINNEN UND -DIREKTOREN, «*Nationale Strategie Palliative Care 2010-2012*», Bern, Oktober 2009.

BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT & SCHWEIZERISCHE KONFERENZ DER KANTONALEN GESUNDHEITSDIREKTORINNEN UND -DIREKTOREN, «*Nationale Strategie Palliative Care 2013-2015*», Bern, Oktober 2012.

WELTGESUNDHEITSORGANISATION, REGIONALBÜRO FÜR EUROPA, «*GESUNDHEIT21: Das Rahmenkonzept «Gesundheit für alle» für die Europäische Region der WHO*», in *Europäische Schriftenreihe «Gesundheit für alle»*, Nr. 6, Kopenhagen, S. 46f.

PALLIATIVE CH, BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT & SCHWEIZERISCHE KONFERENZ DER KANTONALEN GESUNDHEITSDIREKTORINNEN UND -DIREKTOREN, «*Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz*», Bern, August 2012.

ARTIKEL UND VORTRAG

BRUERA, Eduardo, CASTRO, Monica, «*Une nouvelle définition des soins palliatifs*», in *Revue internationale de soins palliatifs* 1/ 2003 (Vol. 18), S. 4, URL : www.cairn.info/revue-infokara-2003-1-page-1.htm, DOI : [10.3917/inka.031.0001](https://doi.org/10.3917/inka.031.0001).

FITCH, Margaret, STEELE, Rose, «*Besoins en soins de soutien des personnes atteintes de cancer du poumon*», in *Revue canadienne des soins infirmiers en oncologie*, 20.01.10.

MAZZOCATO, Claudia, zitiert in DUBOIS, Claudine, «*Des soins pour rester vivant jusqu'au bout*», in *La Liberté*, 13.09.12.

PIERARD, Geneviève, Vortrag zum Thema der helfenden Angehörigen, organisiert von den Partnervereinigungen des Quadrant im Rahmen der Woche der Generationen, Freiburg, 04.12.2013.

SALATHE M., ZIMMERMANN-ACKLIN M., «*Die neuen Richtlinien der SAMW für die Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende*», in *Schweizerische Ärztezeitung*, 2005, 86 : Nr. 3.

SOTTAS, B., BRÜGGER, S., JAQUIER, A, BRÜLHART, D. & PERLER, L. (2014). «*Informal Caregivers in Critical End of Life Situations*», NFP67. <http://www.formative-works.ch/?page=projekte&lang=fr>.

«*Les urgences et les dernières heures à domicile*» in *Guide de soins palliatifs*, Nr. 6-2008.

INTERNET-SEITEN

Website des Amtes für Statistik des Staates Freiburg,
http://appl.fr.ch/stat_statonline/portrait/etape2.asp?Niveau=2&langue=fr&NavMenu=portrait, konsultiert am 26.04.2013.

Website des Bundesamtes für Statistik,
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/06/blank/key/02/02.html>, konsultiert am 17.06.2014.