

**RAPPORT N° 89** 19 août 2008  
**du Conseil d'Etat au Grand Conseil**  
**sur le postulat N° 295.05 Marie-Thérèse Weber-**  
**Gobet/René Thomet relatif à une politique globale**  
**en faveur des personnes âgées**

## 1. INTRODUCTION

### 1.1 Le postulat

Par postulat déposé et développé le 10 octobre 2005 (BGC p.1386), les député-e-s Marie-Thérèse Weber-Gobet et René Thomet, ainsi que 36 cosignataires, ont demandé au Conseil d'Etat d'élaborer un rapport relatif à une politique globale en faveur des personnes âgées dans le canton de Fribourg.

Dans sa réponse datée du 7 juin 2006, le Conseil d'Etat rappelait que la mise en œuvre des articles 35 et 62 de la Constitution du 16 mai 2004 (projet N° 46) avait été confiée à la Direction de la santé et des affaires sociales. Il était notamment prévu de mener une étude préalable visant à établir un inventaire des mesures qui constituent actuellement les fondements de la politique fribourgeoise en matière de personnes âgées et à définir les besoins qui devront être couverts à l'avenir. Et le Conseil d'Etat de constater que la planification des travaux de mise en œuvre de la Constitution intégrait les préoccupations des député-e-s Weber-Gobet et Thomet.

Le postulat a été accepté par le Grand Conseil le 8 septembre 2006.

### 1.2 Les défis de la mise en œuvre des articles 35 et 62 de la Constitution

La Constitution garantit aux personnes âgées un droit à la participation, à l'autonomie, à la qualité de vie et au respect de leur personnalité. Elle charge l'Etat et les communes d'œuvrer en faveur de la compréhension et de la solidarité entre les générations.

La concrétisation de ces articles exige la mise en œuvre d'une politique qui place la personne âgée et ses besoins au centre des préoccupations des pouvoirs publics et vise la mise en place et la coordination d'un ensemble de prestations à même de garantir l'objectif visé par la Constitution. Ce mandat constitutionnel constitue une occasion unique pour le canton d'élaborer, en collaboration avec l'ensemble des partenaires et milieux concernés, le concept global demandé par les député-e-s Weber-Gobet et Thomet et les principes législatifs de la future politique en matière de personnes âgées.

### 1.3 Les délais des travaux de mise en œuvre

Dans son rapport du 15 novembre 2004 au Grand Conseil sur la mise en œuvre de la nouvelle Constitution, le Conseil d'Etat a classé le projet d'élaboration des dispositions d'application relatives aux articles 35 et 62 Cst. dans les projets d'adaptation dits «facultatifs» par opposition aux projets d'application «impératifs», pour lesquels un délai de mise en œuvre maximal au 1<sup>er</sup> janvier 2009 a été prévu (art. 147 Cst.).

Comme indiqué ci-dessus, la mise en œuvre de ces deux articles constitutionnels nécessite de repenser les fondements de notre politique en faveur des personnes âgées,

en impliquant les milieux concernés. Cette mise en œuvre aboutira à l'élaboration d'une loi sur les personnes âgées et d'un concept y relatif, avec une entrée en vigueur des nouvelles dispositions législatives prévue au 1<sup>er</sup> janvier 2012.

## 1.4 Le contenu du rapport

Le rapport a pour but de présenter les résultats et les conclusions de l'étude préalable menée depuis la fin de l'année 2006 et durant l'année 2007 dans le cadre du projet de concrétisation des articles constitutionnels relatifs aux personnes âgées.<sup>1</sup>

Le rapport est structuré en quatre parties:

- La première partie est consacrée à une présentation du contexte général dans lequel devra s'inscrire la mise en œuvre de la politique en faveur des personnes âgées;
- La deuxième partie a pour objectif de donner une vue d'ensemble des principaux domaines qui concernent les personnes âgées et des prestations qui leur sont offertes actuellement;
- La troisième partie vise à établir un bilan global des lacunes du dispositif actuel et formule de premières hypothèses d'intervention pour y remédier, propositions qui devront être discutées avec les divers partenaires concernés;
- La dernière partie présente l'organisation de projet prévue pour concrétiser la mise en œuvre des articles constitutionnels.

## 2. CONTEXTE GÉNÉRAL DE LA MISE EN ŒUVRE D'UNE POLITIQUE GLOBALE EN FAVEUR DES PERSONNES ÂGÉES

### 2.1 L'évolution démographique en Suisse et dans le canton de Fribourg

#### 2.1.1 En Suisse

En Suisse, la proportion des personnes ayant 65 ans et plus est passée de 15,4% en 2000 à 16% en 2005, alors que celle des moins de 20 ans a diminué de 23,1% à 21,9%. En 2005, l'espérance de vie s'élevait à 83,9 ans pour les femmes et à 78,7 ans pour les hommes. L'écart entre les durées de vie moyennes féminine et masculine s'élève à 5,2 ans. L'espérance de vie des personnes âgées progresse également. Les hommes ayant atteint l'âge de la retraite peuvent espérer vivre encore 18,1 ans en moyenne, les femmes du même âge 21,6 ans.

L'évolution future se présente comme il suit: la classe d'âge des 80 ans et plus connaîtra la plus forte croissance. Son effectif augmentera de 179% d'ici à 2050. Cet accroissement est dû avant tout à l'actuelle structure par âge de la population, la tranche des personnes nées dans les années 1960 étant la plus importante.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> L'étude préalable a aussi porté sur l'analyse de concepts et des projets d'autres cantons suisses et de pays européens ainsi que sur la recherche internationale dans le domaine de la vieillesse. Il n'est pas fait mention de ces travaux dans le présent rapport qui se focalise sur la situation dans le canton de Fribourg.

<sup>2</sup> Office fédéral de la statistique, Les scénarios de l'évolution de la population de la Suisse, 2005–2050, Neuchâtel, 2006.

## 2.1.2 Dans le canton de Fribourg

En 2005, la population du canton de Fribourg se montait à 254 000 personnes. Selon le scénario moyen de l'évolution de la population des cantons 2005–2050, elle devrait atteindre 308 000 en 2030, puis 317 000 personnes en 2050. La croissance de la population du canton jusqu'en 2030 sera due en grande partie à un solde migratoire intercantonal positif. Le solde naturel, ainsi que le solde migratoire international contribueront également à cette augmentation. Dès 2036, le solde naturel sera toutefois négatif.

La proportion des personnes de 65 ans et plus passera entre 2005 et 2030 de 13,1% à 22,9%; en 2050 elle atteindra 26,5%. Par rapport au nombre de personnes en âge de travailler, la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus était en 2005 de 21% (rapport de dépendance des personnes âgées en pour-cent). Cette proportion augmentera régulièrement pour atteindre 41% en 2030. Vers 2035, la hausse devrait toutefois se ralentir et ce taux devrait se situer à 49% en 2050.<sup>1</sup>

### Indicateurs démographiques du canton de Fribourg selon le scénario AR-00-2005/08<sup>2</sup>

	2008	2009	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Taux brut de natalité (pour 1000 habitants)	10,7	10,6	10,5	10,5	10,5	10,1	9,5	9,0	8,8	8,8	8,9
Taux brut de mortalité (pour 1000 habitants)	7,2	7,1	7,1	7,0	7,2	7,6	8,3	8,9	9,8	10,5	11,1
Solde naturel pour 1000 habitants	3,4	3,4	3,4	3,5	3,3	2,5	1,2	-	-1,0	-1,7	-2,2
Solde migratoire international pour 1000 habitants	3,9	3,6	3,3	1,9	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7
Solde migratoire intercantonal pour 1000 habitants	5,8	5,7	5,4	3,2	1,9	1,9	1,8	1,7	1,5	1,3	1,2
Solde migratoire total pour 1000 habitants	9,7	9,3	8,7	5,1	2,5	2,6	2,5	2,4	2,1	2,1	2,0
Taux brut de naturalisation (pour 1000 habitants)	19,0	19,0	18,7	17,0	16,9	16,6	16,2	16,1	16,2	16,1	16,0
Accroissement de la population (pour 1000 habitants)	13,2	12,9	12,2	8,7	5,9	5,1	3,7	2,4	1,2	0,4	-0,2
Proportion d'étrangers en %	16,8	16,9	17,0	17,2	16,7	16,0	15,4	15,0	14,7	14,5	14,3
Rapport de masculinité	98,5	98,4	98,4	98,2	97,8	97,5	97,0	96,6	96,2	95,9	95,7
Âge médian	37,9	38,1	38,4	39,5	40,5	41,4	42,4	43,4	44,2	44,8	45,0
Proportion des moins de 20 ans en %	24,7	24,4	24,1	22,7	21,9	21,7	21,4	20,9	20,4	19,9	19,6
Proportion des 20 - 64 ans en %	61,7	61,7	61,7	61,3	60,3	58,4	56,0	54,4	54,0	54,2	54,1
Proportion des 65 ans ou plus en %	13,7	13,9	14,2	16,0	17,7	19,9	22,6	24,7	25,6	25,9	26,3
Rapport total de dépendance en %	62,1	62,0	62,1	63,1	65,7	71,3	78,5	83,8	85,1	84,5	84,8
Rapport de dépendance des personnes âgées en %	22,1	22,5	23,1	26,1	29,4	34,2	40,4	45,3	47,4	47,9	48,5
Rapport de dépendance des jeunes en %	40,0	39,5	39,0	37,0	36,3	37,1	38,1	38,4	37,7	36,6	36,3

## 2.2 Les changements sociologiques

Les projections linéaires relatives à l'évolution du nombre de personnes âgées ne sont pas à même de saisir les énormes changements intervenus au cours des dernières décennies dans cette population. En Suisse, ce n'est pas uniquement une prolongation de la durée de vie qui se dessine aujourd'hui, mais également le prolongement de la vie sans handicap majeur. Les femmes et les hommes de 65 ans peuvent actuellement s'attendre à vivre plus des trois quarts du reste de leur vie sans grave problème de santé.

Espérance de vie	Hommes	Femmes
à la naissance (en années)	78,7 (2005)	83,9 (2005)
à l'âge de 65 ans (en années)	18,1 (2005)	21,6 (2005)
en bonne santé à l'âge de 65 ans (en années)	12,6 (2002) 11,1 (1992)	13,5 (2002) 11,9 (1992)
sans incapacité à l'âge de 65 ans (en années)	14,6 (2002) 12,3 (1992)	15,9 (2002) 14,7 (1992)

<sup>1</sup> Office fédéral de la statistique, Scénarios de l'évolution de la population des cantons 2005–2050, Canton de Fribourg, Neuchâtel, 2007.

<sup>2</sup> Un glossaire relatif aux notions utilisées dans le tableau figure en annexe.

Malgré une évolution globale réjouissante de l'état de santé des personnes âgées, on constate toutefois une augmentation des maladies de la démence. Selon l'Association Alzheimer Suisse, 96 000 personnes souffrent de dégénérescence progressive et inéluctable du cerveau, dont la forme la plus fréquente est la maladie d'Alzheimer; dans le canton de Fribourg, ce nombre est estimé à 2700. Après 85 ans, on estime que le nombre de personnes atteintes de cette maladie se situe entre 10% et 30%. Ces personnes exigent une prise en charge spécifique tant à domicile que dans les établissements médico-sociaux.

Le développement économique du pays, mais également un système efficace de prévoyance, ont contribué à améliorer de manière significative la situation financière de la majorité des personnes âgées.<sup>3</sup> Grâce à cette évolution positive et à l'amélioration de leur état de santé, les rentières et rentiers sont aujourd'hui plus mobiles et physiquement plus actifs que les générations précédentes. Les personnes âgées consacrent de plus en plus de temps à des loisirs et s'impliquent à titre bénévole dans diverses activités très utiles à notre société. Ce dynamisme des personnes âgées est un atout majeur qu'il y aura lieu de favoriser.

Bien que la situation financière des personnes âgées se soit globalement améliorée, il n'en demeure pas moins qu'un certain nombre de rentières et rentiers ne bénéficient que d'une rente AVS et d'une prestation complémentaire pour couvrir leurs besoins vitaux. En 2007, les bénéficiaires d'une prestation complémentaire étaient dans le canton de Fribourg au nombre de 6400 (6189 en 2006), dont 4405 (4213 en 2006) vivaient à domicile. Il est à relever que sur les 6588 personnes qui ont bénéficié dans le canton de Fribourg d'une aide matérielle de l'aide sociale en 2006, 43 personnes se situaient dans la tranche d'âge de 65 à 79 ans (0,8%), alors que 9 personnes étaient âgées de 80 ans ou plus (0,1%).<sup>4</sup>

L'augmentation de l'espérance de vie se traduit aussi par une coexistence prolongée des générations et donc par une société à quatre générations.<sup>5</sup> Le nombre de personnes non mariées et sans enfants augmentera également de manière importante, ce qui aura certainement une incidence sur le réseau familial à même de participer à la prise en charge de ces personnes dans leur vieillesse. Par ailleurs, il est important de mentionner que la vieillesse se féminise de manière significative, puisqu'on s'attend à une proportion de femmes de plus de 75 ans de 59% en 2050.<sup>6</sup> Les femmes seront plus concernées par les maladies liées à l'âge que les hommes et elles seront également plus menacées par l'isolement social du fait qu'elles sont plus souvent touchées par la perte de leur partenaire. Finalement, les personnes issues des grandes vagues d'immigration atteignent actuellement l'âge de la retraite et leur nombre va s'accroître à l'avenir. La première génération de migrants après la deuxième guerre mondiale a eu peu de possibilités de formation et est en moins bonne santé que les Suisses du même âge. Cette

<sup>3</sup> Höpflinger François; Hugentobler Valérie: Les besoins en soins des personnes âgées en Suisse, prévisions et scénarios pour le 21<sup>e</sup> siècle, Bern, 2003.

<sup>4</sup> Office fédéral de la statistique: Statistique de l'aide sociale: résultats de la statistique de l'aide sociale 2006, canton de Fribourg, Neuchâtel, octobre 2007.

<sup>5</sup> Höpflinger François; Hummel Cornelia: Enkelkinder und ihre Grosseltern. Intergenerationelle Beziehungen im Wandel, Zürich: Seismo, 2006.

<sup>6</sup> US Census Bureau: Global Ageing into the 21<sup>st</sup> century, Washington, 1996.

génération de migrants se trouve également majoritairement dans une situation économique fragile.

### 2.3 Les personnes âgées handicapées

La prise en charge des personnes handicapées vieillissantes est une des problématiques qui sera traitée dans les travaux de mise en œuvre de la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT) en vue de l'élaboration du plan stratégique exigé par la loi fédérale sur les institutions destinées à promouvoir l'intégration des personnes invalides, la LIPPI. Depuis l'entrée en vigueur de la RPT au 1<sup>er</sup> janvier 2008, les cantons disposent en effet d'un délai transitoire de 3 ans pour élaborer leur plan stratégique cantonal qui devra notamment définir les principes et procédures qui régiront dans le futur la prise en compte des besoins de l'ensemble de la population invalide (planification et analyse des besoins).

Une présentation de la mise en œuvre du projet RPT a été faite dans le rapport sur le postulat N° 261.04 Christine Bulliard/Yvonne Stempfel concernant les possibilités d'accueil dans notre canton pour les personnes handicapées physiques nécessitant des soins. Il est précisé dans ce rapport que «en référence au postulat Weber-Gobet/Thomet visant à la mise en place d'une politique globale en matière de personnes âgées, une coordination de la mise en œuvre de la RPT avec le projet de mise en œuvre des nouveaux articles constitutionnels relatifs aux personnes âgées sera assurée par la Direction de la santé et des affaires sociales».

### 2.4 Les enjeux de la politique en faveur des personnes âgées

L'article 35 de la Constitution fribourgeoise stipule que «les personnes âgées ont droit à la participation, à l'autonomie, à la qualité de vie et au respect de leur personnalité». La mise en œuvre d'une politique des personnes âgées se doit de garantir ces droits fondamentaux et de relever les défis posés par l'évolution démographique et sociale exposée plus haut. Elle doit tenir compte de la contribution apportée par les personnes âgées à la société globale et de leur potentiel de participation dans cette société en favorisant la reconnaissance et la valorisation de cette contribution. Elle vise à promouvoir un mode de vie actif et autonome, garantissant aux aînés la possibilité de décider de la manière dont ils aimeraient organiser leur vie. Par ailleurs, elle doit tenir compte des multiples besoins, systèmes de valeurs, modes de vie et attentes des personnes âgées ainsi que des évolutions prévisibles. En outre, la politique en faveur des personnes âgées se construira dans une perspective de solidarité entre les générations, en favorisant la mise en place de mécanismes d'échange entre les aînés et les générations plus jeunes.

Quelles sont les mesures à même d'atteindre ces objectifs? Maintenir la qualité de vie d'une personne ne signifie pas uniquement lui prodiguer des soins adéquats, si nécessaire dans un établissement spécialisé. Il s'agit aussi de pallier, le cas échéant, les conséquences de l'affaiblissement du réseau social et familial de la personne âgée, d'éviter son isolement et de favoriser son intégration. Finalement, il est impératif d'adapter les infrastructures afin de garantir à cette partie toujours plus importante de la population un cadre de vie adéquat.

Les mesures qui devront être prises ne seront pas toutes de la compétence des pouvoirs publics. Ainsi, bon nombre d'initiatives, de prestations et de produits sont développés actuellement sous l'impulsion des milieux économiques, conscients des importantes potentialités du marché que représentent les personnes âgées. Les milieux associatifs ne sont pas en reste et multiplient les actions et prestations les plus diverses pour répondre à leurs attentes. Au plan national et à l'étranger, diverses mesures sont à l'étude en vue de maintenir la personne âgée dans le marché du travail et de bénéficier de ses compétences.

Certaines mesures relèvent toutefois clairement de la compétence des pouvoirs publics. Parmi elles, il en est qui exige une égalité de traitement sur l'ensemble du territoire cantonal, notamment dans le domaine de la santé et des soins. D'autres mesures ne sont à même de développer pleinement leurs effets que si elles tiennent compte des particularités du lieu de vie de la personne, de son entourage social.

La future politique globale du canton de Fribourg en faveur des personnes âgées devra se concentrer sur un certain nombre de mesures jugées prioritaires en vue d'atteindre l'objectif fixé dans la Constitution. Ces mesures ne pourront cependant être mises en œuvre que si tous les milieux concernés les soutiennent.

## 3. LE DISPOSITIF FRIBOURGEOIS AUTOUR DE LA PERSONNE ÂGÉE

Plusieurs politiques touchent directement ou indirectement les personnes âgées, comme tous les habitants de notre canton, et il n'est pas possible d'en décrire de manière exhaustive les impacts spécifiques sur les personnes âgées. Le choix s'est dès lors porté sur une analyse des principaux domaines suivants: le domaine de la santé, le domaine médico-social et l'intégration sociale, y compris les aspects liés aux infrastructures.

Pour pouvoir dresser un état des lieux aussi exhaustif que possible, un questionnaire a été envoyé à l'ensemble des communes du canton. 90% des communes y ont répondu, ce qui rend l'enquête parfaitement représentative.<sup>1</sup>

Il sied de relever que les réponses au questionnaire ont révélé la grande diversité et la richesse des prestations et infrastructures offertes dans notre canton aux personnes âgées par les institutions et organisations privées, par les églises, par les réseaux de bénévoles et par les communes.

### 3.1 Le domaine de la santé

#### 3.1.1 La prise en charge hospitalière

Le canton de Fribourg dispose d'un réseau hospitalier et d'infrastructures de qualité, ainsi que de personnel hautement qualifié. En plus des prestations de base offertes à l'ensemble de la population fribourgeoise dans les divers établissements du réseau hospitalier fribourgeois, certaines missions ont été développées aussi pour répondre aux besoins particuliers des personnes âgées. Il s'agit en particulier d'unités de réadaptation, de suite de traitement et de gériatrie (sites de Billens, Châtel-Saint-Denis, Estavayer-le-Lac et Meyriez). Une unité de soins palliatifs

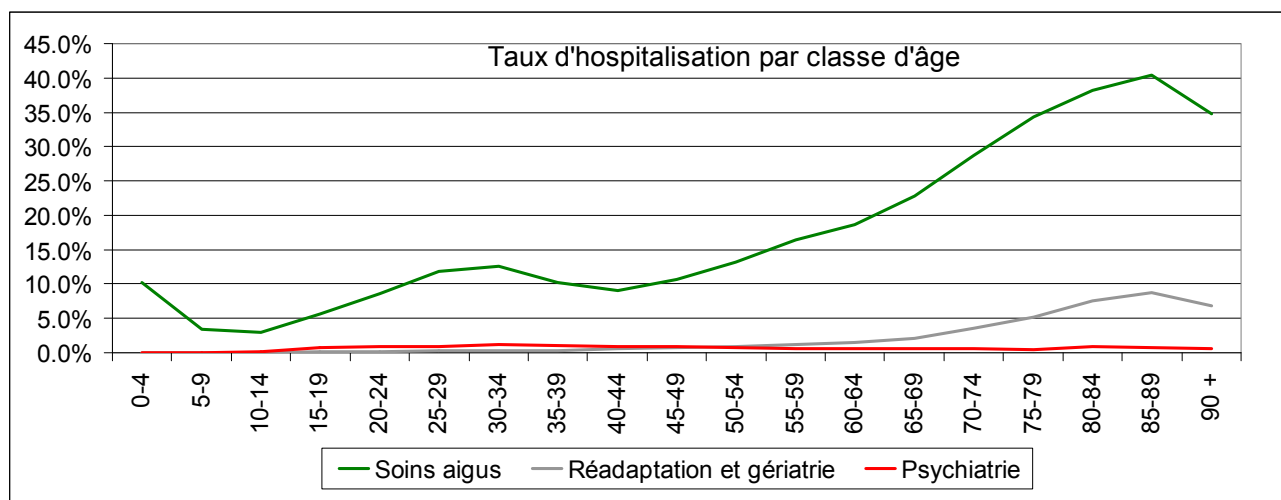
<sup>1</sup> Le questionnaire envoyé aux communes figure en annexe. Aucune exigence méthodologique n'a été formulée sur la manière d'y répondre.

est également opérationnelle sur le site de Châtel-Saint-Denis. Par ailleurs, le Réseau de soins en santé mentale, nouvelle organisation des structures psychiatriques cantonales entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2008, s'articule en 3 secteurs. L'un des secteurs est entièrement dédié à la prise en charge des personnes âgées, que ce soit de manière ambulatoire, dans des structures intermédiaires ou encore stationnaires. Le service de psychogériatrie sur le site hospitalier de Marsens a accueilli 221 personnes en 2007 (191 en 2006 et 258 en 2005).

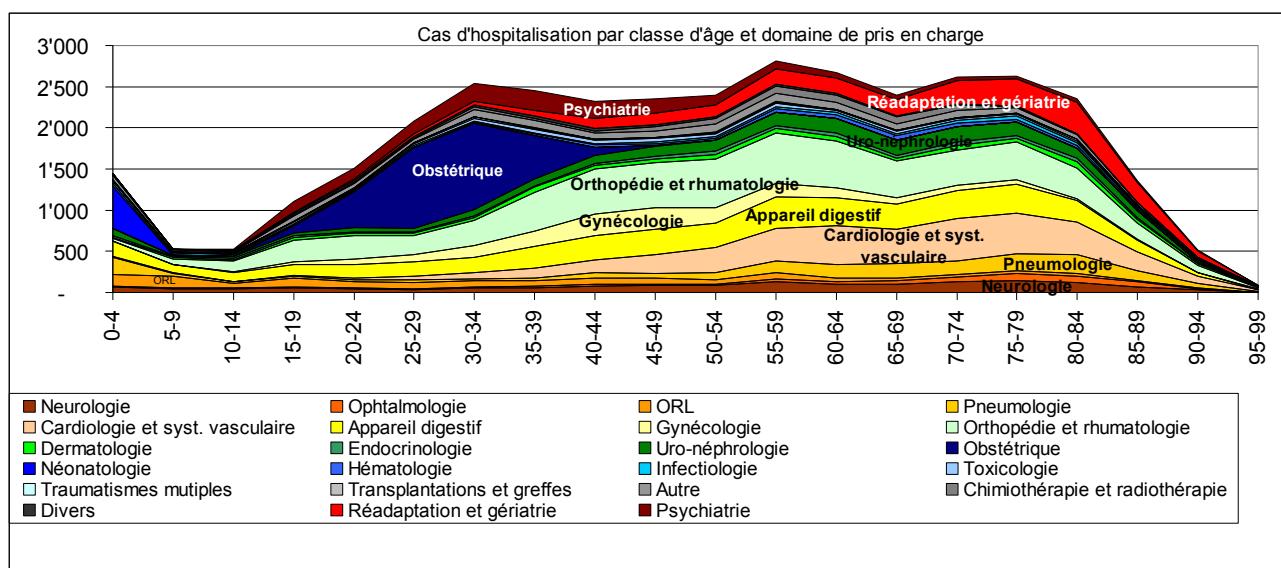
La planification de la prise en charge hospitalière relève de la compétence du Conseil d'Etat. La dernière mise à jour de la planification date de mars 2008. C'est sur la base des travaux du Service de la santé publique et notamment de la Commission de planification sanitaire que le Conseil d'Etat a évalué les besoins futurs en soins (2005 à 2020) et attribué les différents mandats de prestations aux sites hospitaliers du canton. La nouvelle planification est également le résultat d'une large consultation des partenaires de la santé. Ainsi, parmi plus de 200 orga-

nismes, l'Association fribourgeoise des institutions pour personnes âgées (AFIPA), l'Association fribourgeoise des services d'aide et de soins à domicile (AFAS) et la Fédération fribourgeoise des retraités ont également participé à la procédure de consultation.

L'estimation des besoins futurs se fonde sur le constat que les taux et les causes d'hospitalisation varient fortement en fonction de l'âge. Alors qu'entre 40 et 44 ans environ 10% de la population réalise un séjour hospitalier en soins aigus somatiques, ce taux augmente progressivement à 20% entre 60 et 64 ans pour atteindre un seuil maximal de 40% entre 85 et 89 ans. Pour les prestations de réadaptation et de gériatrie, les taux d'hospitalisation sont moins élevés, mais suivent une tendance identique avec des taux également plus élevés pour les personnes âgées. En matière de prise en charge psychiatrique par contre, l'âge n'est pas un critère déterminant et les taux d'hospitalisation sont quasiment identiques chez les jeunes, les adultes à l'âge actif et les personnes âgées.



En ce qui concerne les causes d'hospitalisation, elles varient également en fonction de l'âge. Les maladies liées au domaine cardio-vasculaire et pneumologique ainsi que les traitements de réadaptation et de gériatrie notamment augmentent avec l'âge.





Ces paramètres combinés à l'évolution future de la population, pour chaque classe d'âge, ont permis de déterminer les besoins futurs par prestations. Il est ainsi prévu une augmentation des capacités hospitalières en soins aigus, en réadaptation et en gériatrie.

Concernant la réadaptation et la gériatrie, la nouvelle répartition des prestations par site prévue par la planification hospitalière est la suivante:

- site de Billens: réadaptation générale, réadaptation cardio-vasculaire (nouveau), rééducation respiratoire;
- site de Châtel-Saint-Denis: réadaptation générale, suite de traitement, gériatrie, soins palliatifs;
- site d'Estavayer-le-Lac: réadaptation générale, suite de traitement, gériatrie;
- site de Meyriez: réadaptation générale, suite de traitement, gériatrie, neuroréhabilitation (nouveau), soins palliatifs (nouveau).

Par ailleurs, une activité de médecine aiguë a été maintenue sur le site de Meyriez pour permettre à cet établissement de jouer un rôle de «porte d'entrée» au réseau hospitalier fribourgeois. Cette unité permettra également de prendre en charge les personnes âgées nécessitant des soins aigus.

### 3.1.2 La prise en charge médicale ambulatoire

Le médecin de famille est d'une importance capitale pour le maintien des personnes âgées à domicile. Il est une personne de confiance, qui assure la continuité et la cohérence des soins prodigués. Alors que les médecins de premier recours effectuent le 90% des actes médicaux, et ceci à un moindre coût (15 à 20% des dépenses globales de la santé), leur nombre va vraisemblablement diminuer de manière inquiétante d'ici à 2030. Si les changements dans le mode de recours aux soins ne devaient pas se modifier d'ici là, l'effet démographique conjugué à la diminution du nombre de médecins actifs en cabinets devrait engendrer au plan suisse une diminution du volume des prestations assurées par ces médecins de 29%, voire 40% pour les médecins de famille.<sup>1</sup> Fribourg comptait en 2006 166 médecins en pratique privée pour 100 000 habitants ce qui se situe en dessous de la moyenne suisse. Plus de la moitié des généralistes fribourgeois a dépassé 55 ans et peine, déjà actuellement, à trouver des personnes pour assurer la relève. D'après les réponses au questionnaire adressé aux communes, 35% des communes estiment que sur leur territoire, l'offre en médecins et pharmacies est insuffisante ou inexistante.

En 2002, le Conseil fédéral a décrété un moratoire de trois ans pour l'ouverture de nouveaux cabinets médicaux privés. Le 13 juin 2008, les mesures de moratoire ont été reconduites une nouvelle fois, jusqu'au 31 décembre 2009. Toutefois, les effectifs de médecins fribourgeois étant en dessous des dotations de référence fixées par les autorités fédérales, le canton de Fribourg n'a jamais refusé d'autorisation de pratique à charge de la LAMal en raison du moratoire. Cependant, la lourdeur des investissements, la surcharge de travail et les complications administratives liées aux demandes et attentes croissantes des assureurs-maladie constituent également des freins pour l'installation des jeunes médecins dans des cabinets

privés. Pour combattre la pénurie de médecins, la Société de médecine du canton de Fribourg s'efforce de rendre le métier de médecin de famille attrayant, notamment en créant des réseaux de médecins ou en organisant la garde en collaboration avec des hôpitaux.

En plus des médecins généralistes, il faut relever l'important rôle assuré par un grand nombre d'autres professionnels de la santé, tels que les médecins spécialistes, ergothérapeutes, ostéopathes, physiothérapeutes, orthopédistes, masseurs médicaux, infirmières indépendantes et pharmaciens, qui offrent des prestations aux personnes âgées et contribuent ainsi au maintien de leur santé.

### 3.1.3 La prévention et la promotion de la santé

Dans son rapport sur la promotion de la santé des aînés, l'Observatoire suisse de la santé (ci-après: Obsan) a défini plusieurs champs d'action, dont le comportement en matière d'alimentation (en Suisse, la dénutrition touche entre 5 et 10% des personnes âgées) et l'activité physique.<sup>2</sup>

De nombreuses études récentes démontrent en effet une corrélation entre le manque d'exercice physique et le développement d'une surcharge pondérale ainsi que de nombreuses maladies chroniques. Des travaux effectués par des neurologues américains et canadiens prouvent également que l'activité physique peut avoir un effet préventif et soulager différentes formes de dépression.<sup>3</sup>

Dans le canton de Fribourg, les priorités d'actions en matière de prévention et de promotion de la santé sont fixées dans le Plan cantonal de promotion de la santé et de prévention. Le Plan 2007–2011, accepté par le Conseil d'Etat le 7 mai 2007, confirme le bien-fondé des actions jugées prioritaires avant 2006, à savoir: les comportements néfastes à la santé (mauvaise alimentation, abus d'alcool), les accidents, l'utilisation des services de santé, les suicides. Il prévoit en outre d'intervenir en priorité dans les domaines suivants:

- Alimentation saine et activité physique;
- Santé psychique: stress, violence, dépression/suicide;
- Contexte/conditions cadres.

Parmi les groupes-cibles identifiés, celui des personnes de plus de 50 ans exige des mesures et programmes spécifiques tels que le programme de dépistage du cancer du sein ou le programme de promotion de la santé au travail déjà mis sur pied mais qu'il y a lieu de renforcer. Le Plan cantonal ne prévoit pas d'action spécifique pour les personnes âgées de 65 ans et plus, partant de l'idée que les programmes et mesures proposées auront dans le futur un impact sur l'évolution de la santé et du bien-être des personnes âgées. Les thèmes prioritaires du Plan cantonal 2007–2011 seront déclinés dans un plan d'action. Un inventaire des structures et projets existant dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé sera établi sous l'égide de la Commission cantonale de promotion de la santé et de prévention. Comme l'indique l'Obsan dans une étude relative aux coûts des soins de longue durée, l'efficacité des programmes de prévention

<sup>1</sup> Observatoire suisse de la santé: Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse – Projections à l'horizon 2030, Document de travail 33, Neuchâtel, juillet 2008.

<sup>2</sup> Schweizerisches Gesundheitsobservatorium: Gesundheitsförderung und Prävention im Alter in der Schweiz. Ergebnisse aus dem Gesundheitsprofil-Projekt, Neuchâtel, 2007.

<sup>3</sup> Hays, K. F., Overcoming inertia: Exercise and depression. In K. F. Hays (Ed.), Working it out: Using exercise in psychotherapy (pp. 75 à 85). Washington, DC: American Psychological Association, 1999.

et de maintien de l'autonomie des personnes de 65 ans et plus aura une influence sur la hausse des coûts futurs des soins de longue durée. Il est dès lors important d'intégrer ces programmes dans les mesures du futur Plan cantonal de promotion de la santé et de prévention.<sup>1</sup>

En matière de prévention et de promotion de la santé pour les personnes âgées, les associations privées, essentiellement les sociétés de gymnastique et les groupements des aînés, et Pro Senectute sont très actifs et proposent aux aînés des cours de gymnastique. Pro Senectute a en outre mis sur pied des cours de prévention des chutes et des accidents. Quant à la Croix-Rouge fribourgeoise, elle organise des ateliers santé pour seniors sur les thèmes suivants: nourriture, sommeil, douleurs chroniques, entraînement de la mémoire.

Enfin on peut noter, en termes de prévention, les guides d'intervention pour les professionnel·les à destination des personnes âgées (y inclus des informations sur la problématique du suicide assisté) développés par Prévention Suicide Fribourg (PreSuiFri).

### 3.2 Le domaine médico-social

#### 3.2.1 Les établissements médico-sociaux

Lors de l'entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 1981 de la loi du 21 février 1980 sur le subventionnement des soins spéciaux dans les établissements pour personnes âgées, le canton de Fribourg comptait 3 établissements reconnus pour une centaine de lits médicalisés. Au 1<sup>er</sup> janvier 2002, lors de l'entrée en vigueur de la loi du 23 mars 2000 sur les EMS pour personnes âgées, il y avait 37 EMS reconnus pour 1933 lits médicalisés.

En 2008, le nombre d'EMS reconnus se monte à 46 pour 2273 lits médicalisés, ce qui correspond à 6,36 lits pour 100 personnes âgées de 65 ans et plus et à 23,17 lits pour 100 personnes âgées de 80 ans et plus. A ce nombre, il y a lieu d'ajouter 40 lits médicalisés réservés à des courts séjours d'une durée maximale de 3 mois. On compte encore 89 lits non médicalisés dans les EMS reconnus.

#### Nombre de lits EMS reconnus pour des longs et courts séjours: Situation au 1<sup>er</sup> janvier 2008

Districts	Lits longs séjours	Population 31.12.2007 65 ans et +	Taux couverture district	Population 31.12.2007 80 ans et +	Taux couverture district	Lits courts séjours	Solde lits non médicalisés en EMS
Sarine	745	12 020	6,20%	3 336	22,33%	8	15
Singine	326	5 559	5,86%	1 377	23,67%	10	8
Gruyère	456	6 197	7,36%	1 747	26,10%	3	40
Lac	229	4 231	5,41%	1 194	19,18%	3	21
Glâne	181	2 538	7,13%	738	24,53%	3	5
Broye	187	3 428	5,46%	941	19,87%	9	
Veveysse	149	1 747	8,53%	477	31,24%	4	
<b>Canton</b>	<b>2 273</b>	<b>35 720</b>	<b>6,36%</b>	<b>9 810</b>	<b>23,17%</b>	<b>40</b>	<b>89</b>

Il est important de relativiser les chiffres par district dans la mesure où la provenance des pensionnaires accueillis dans les EMS n'est pas connue. Une enquête est actuel-

<sup>1</sup> Observatoire suisse de la santé: Les coûts des soins de longue durée d'ici à 2030 en Suisse, Document de travail 24, Neuchâtel, 2008.

lement en cours afin de déterminer, pour chaque EMS, la provenance de chaque pensionnaire.

Selon une comparaison intercantonale établie en 2006 par l'Obsan (données statistiques 2002), le taux moyen de recours aux EMS en Suisse se situait à 20% pour les personnes âgées de 80 ans et plus.<sup>2</sup>

En novembre 2003, la commission consultative en matière d'EMS préconisait un taux de 6,5 lits pour 100 personnes âgées de 65 ans et plus et de 25 lits pour 100 personnes âgées de 80 ans et plus. Ces taux seront vérifiés lors de la planification des besoins en matière de prise en charge des personnes âgées, qui débutera cet automne en collaboration avec l'Obsan.

#### Evolution du niveau de soins des pensionnaires en EMS<sup>3</sup>

Années	Niveau de soins A	Niveau de soins B	Niveau de soins C	Niveau de soins D
2001	7,75%	21,90%	27,26%	43,09%
2002	5,87%	20,77%	28,68%	44,68%
2003	5,13%	20,03%	28,08%	46,76%
2004	4,89%	19,48%	29,71%	45,92%
2005	3,49%	18,87%	30,60%	47,04%
2006	2,70%	18,39%	30,93%	47,98%

En relation avec les journées enregistrées dans les comptes des années 2001 à 2006, il y a lieu de constater une diminution de 5,05% des pensionnaires de niveau de soins A, de 3,60% pour le niveau B et une augmentation pour le niveau de soins C de 3,66% et de 4,89% pour le niveau de soins D. Cette tendance se confirme dans les budgets 2007 et 2008.

#### 3.2.2 Les homes simples, pensions et congrégations religieuses

Il existe plus d'une centaine de lits non médicalisés dans des institutions non reconnues par le canton. Parmi ces institutions citons le Home II des Bonnesfontaines, à Fribourg (18 lits), le Foyer Les Peupliers, au Mouret (18 lits), celui de Saint-Joseph, à Morlon (21 lits) et le Hospiz St. Peter, à Gurmels (44 lits).

Ces lits sont actuellement occupés en majorité par des personnes nécessitant des soins et un accompagnement. Ces personnes sont prises en charge soit par du personnel engagé par l'institution soit par les services d'aide et de soins à domicile. En lien avec les EMS reconnus se pose la question de l'égalité de traitement des personnes âgées nécessitant des soins lourds et du financement des prestations de soins dispensées dans ces institutions.

Le canton de Fribourg compte en outre de nombreuses congrégations religieuses qui prodiguent des soins à leurs membres dont deux tiers ont plus de 65 ans.

<sup>2</sup> Observatoire suisse de la santé: Comparaison intercantonale du recours aux soins de longue durée en Suisse, Neuchâtel, 2006.

<sup>3</sup> L'évaluation des besoins en soins et en accompagnement des pensionnaires en EMS est faite au moyen d'une grille définissant 14 domaines à évaluer selon un système de points allant de 1 à 6, en fonction du temps d'intervention des soignants. Selon le nombre de points obtenus, la personne est évaluée avec un degré de dépendance (ou niveau de soins) A, B, C ou D. Le degré de dépendance détermine la dotation nécessaire à la prise en charge de la personne: le degré A correspond à une dotation de 0,15 EPT (44 minutes), le degré B à 0,34 EPT (100 minutes), le degré C à 0,64 EPT (188 minutes) et le degré D à 1,02 EPT (300 minutes).

### 3.2.3 L'aide et les soins à domicile

Depuis l'entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2006 de la loi révisée du 8 septembre 2005 sur l'aide et les soins à domicile, douze services d'aide et de soins à domicile offrent les prestations de base en matière de soins et d'aide à domicile. Parmi elles, cinq ont en outre développé des prestations spécifiques: puériculture, conseil aux parents, ergothérapie, système d'alarme, repas à domicile.

Selon les statistiques 2006 de l'AFAS, l'association faitière des organisations d'aide et de soins à domicile du canton, le nombre de personnes employées par les organisations pour fournir les prestations d'aide et de soins à domicile s'élevait à 585 personnes (561 en 2005), soit 268,63 EPT (265,77 EPT en 2005). A cet effectif s'ajoutent 55 stagiaires en formation, 31 personnes actives dans les services de repas à domicile, 1 infirmière puéricultrice et 1 ergothérapeute, soit un effectif total de 673 personnes (633 en 2005).

En 2006, 428 718 prestations ont été fournies aux 5985 clients qui ont fait appel aux services d'aide et de soins à domicile, dont 3962 étaient au bénéfice d'une rente AVS (67%). 75% des heures d'aide et de soins fournis l'ont été à des personnes âgées de plus de 65 ans. 80% de ces prestations concernaient le domaine des soins et ont été refacturées aux assureurs-maladie. Les données statistiques permettent de constater un recul de l'aide à domicile proportionnellement à l'ensemble des prestations fournies. Globalement, entre 2005 et 2006, les heures d'aide à domicile facturées par client ont reculé d'environ 2%. Cela a son importance, dans la mesure où la clientèle des personnes âgées 65 ans et plus représentait, en 2006, 57% de la clientèle totale.

Selon l'étude de l'Obsan établie en 2006, le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus recourant aux services d'aide et de soins à domicile était de 16,8 pour 100 habitants en 2002 (12,4 en moyenne suisse). En revanche, le nombre d'heures de soins était de 30,4 par client (40,1 en moyenne suisse) et le nombre d'heures d'aide familiale était de 43,7 par client (48,3 en moyenne suisse). Ces données devront être actualisées dans le cadre de la planification des besoins en matière de prise en charge des personnes âgées, qui débutera cet automne en collaboration avec l'Obsan.

Toute personne ayant besoin d'un soutien pour cause de maladie, d'accident, de maternité, de handicap ou en raison de son âge, peut solliciter l'organisation d'aide et de soins à domicile desservant sa région de résidence. La nécessité d'une intervention est établie sur la base d'une évaluation des besoins. Cette évaluation comprend l'appréciation de l'état général de la personne, de son environnement et de ses besoins en aide et/ou en soins. L'introduction d'un instrument uniforme d'évaluation des besoins de la personne est actuellement en cours (RAI-Home-Care).

Grâce aux prestations d'aide et de soins à domicile, les personnes concernées peuvent continuer à vivre dans leur environnement familial en dépit d'incapacités ou réintégrer plus rapidement leur domicile au lendemain d'une hospitalisation. L'aide et les soins à domicile ont pour objectif de maintenir et de stimuler l'autonomie de la personne en associant, dans la mesure du possible, les personnes de son entourage, souvent avec l'appui d'autres professionnels de la santé.

Les organisations d'aide et de soins à domicile n'offrent pas un service 24 heures sur 24. Leur intervention est subsidiaire à celle des parents et des proches. Lorsque les soins et l'encadrement à domicile ne peuvent plus être assurés pour des raisons techniques, humaines ou économiques, il convient de s'orienter vers d'autres solutions. Un transfert en institution doit être envisagé lorsque la sécurité de la personne, de son entourage ou des collaboratrices et collaborateurs des services d'aide et de soins à domicile n'est plus assurée, lorsque les proches impliqués dans les soins ne peuvent plus les assumer ou lorsque le volume des prestations requises dépasse les capacités des organisations d'aide et de soins à domicile.

### 3.2.4 Maintien à domicile et accueil de jour

De nombreuses personnes assurent elles-mêmes les soins de leurs proches à domicile. Selon l'enquête suisse sur la population active 2004, 3,3% des personnes entre 65 et 79 ans apportent une aide à d'autres membres adultes du ménage, généralement l'épouse ou l'époux. On estime que le 70 à 80% des prestations de soins aux personnes âgées sont fournies par un membre de la famille.<sup>1</sup> Des cours sont organisés à leur intention, notamment par la Croix-Rouge.

A noter que Fribourg fait office de pionnier en Suisse en versant une indemnité forfaitaire de 25 francs par jour aux parents et proches qui apportent une aide régulière, importante et durable à une personne impotente pour lui permettre de vivre à domicile.

Les besoins en soins augmentent avec l'âge et les proches soignants sont souvent surchargés, voire épuisés. Il est donc essentiel de les soutenir par des prestations d'accueil de jour. Dans le canton, 6 foyers de jour ont été créés, dont l'un accueille des personnes atteintes de démence. Dans l'ensemble, environ 40 places sont disponibles 3 à 4 jours par semaine. En 2007, 3544 journées d'accueil (2600 en 2006) ont été comptabilisées pour environ 93 personnes (70 en 2006). L'âge moyen des personnes accueillies est de 78 ans. La volonté politique du canton est de soutenir la création de foyers de jour dans tous les districts. Selon le questionnaire transmis aux communes, il est à relever que 52% des communes interrogées n'envisagent toutefois pas de soutenir des projets d'accueil de jour à l'avenir. Conformément à une étude confiée à l'Unité de Psychologie Clinique de l'Université de Fribourg<sup>2</sup>, le niveau de satisfaction des bénéficiaires (84,6%) et de leur entourage (95,5%) à l'égard des prestations des foyers de jour est très élevé. Outre le fait qu'elle permet de retarder l'entrée dans un EMS et de soulager l'entourage de la personne, la prise en charge dans les foyers de jour contribue à enrichir la vie sociale des bénéficiaires.

### 3.2.5 Autres prestations permettant le maintien à domicile

Environ 50% des communes ayant répondu au questionnaire ont mentionné l'existence d'une offre d'aide à domicile, indépendante des services d'aide et de soins à domicile. Ces prestations sont assurées principalement

<sup>1</sup> Commission fédérale de coordination pour les questions familiales COFF, Soigner, garder et payer. La famille dans les phases tardives de la vie. Berne, OFCL 2006.

<sup>2</sup> Reicherts Michaël; Maggiori Christian: Foyers de jour du Canton de Fribourg: Qualité de vie et bien-être des hôtes et de leur entourage proximal; non encore publié.



par Pro Senectute, la Croix-Rouge ou par des services d'entraide. Des professionnels indépendants s'organisent également pour fournir des prestations de qualité.

Pro Senectute et la Croix-Rouge proposent en outre un service de location de moyens auxiliaires. Selon le rapport annuel 2007 de Pro Senectute, 746 personnes (478 en 2006) ont fait appel à ce service. Quant à la Croix-Rouge, elle fait état dans son rapport d'activités 2007 d'une augmentation de 15% des raccordements au système d'alarme (2332 raccordements mensuels contre 2005 raccordements en 2007).

Selon une enquête du Service de la prévoyance sociale effectuée en 2004, environ 750 repas en moyenne par jour ont été livrés ou servis dans le canton à environ 830 personnes de plus de 65 ans. Ces prestations ont été assurées pour près de la moitié par des EMS (47%), par des hôpitaux et institutions spécialisées (35%) et par des restaurateurs et traiteurs (18%). Selon les réponses au questionnaire envoyé aux communes, 9% des communes ne disposeraient d'aucun service de repas à domicile.

### 3.3 Intégration sociale

Actuellement, nos aînés jouissent d'une meilleure santé que les générations précédentes et ont bénéficié d'une meilleure formation. Ils possèdent des compétences sociales importantes. Pour ces hommes et ces femmes, la participation active à la société est essentielle. Nombreux sont d'ailleurs les rentiers et rentières qui s'investissent dans les milieux associatifs. On estime que 40% environ des jeunes retraités en Suisse sont engagés dans des activités informelles telles que la garde des petits-enfants ou l'aide bénévole à des personnes extérieures à la famille. Notre société dépendra de manière croissante des compétences de ces personnes et de l'aide qu'elles pourront apporter aux générations plus jeunes.

L'intégration des personnes âgées dans le tissu social est le seul moyen de réduire le danger d'isolement. Les réponses fournies par le questionnaire établi à l'attention des communes fribourgeoises ont révélé de grandes disparités entre les différentes communes et régions du canton.

#### 3.3.1 Intégration dans la vie politique et défense des intérêts des personnes âgées

Le Conseil suisse des aînés a relevé à plusieurs reprises que les personnes âgées sont ignorées dans la prise de décisions politiques aussi bien par la Confédération que par les cantons et les communes. Selon le questionnaire établi à l'intention des communes fribourgeoises, 8% seulement des communes estiment que l'intégration des personnes âgées dans la vie politique est une tâche communale, alors que 48% attribuent cette tâche à Pro Senectute et 44% aux églises et à des associations privées. Aucun de ces organismes n'a de mandat allant dans ce sens.

La Fédération des retraités est très bien représentée dans tout le canton et joue un rôle important dans la promotion des droits des retraités. Les communes peuvent tirer profit de l'activité de ces organisations, notamment en les incluant comme des partenaires dans l'élaboration de stratégies communales en faveur des personnes âgées.

#### 3.3.2 Intégration dans des activités inter-générationnelles

Il ressort de l'enquête auprès des communes que l'intégration des aînés dans des activités inter-générationnelles, telles que l'accueil extrascolaire, est peu développée dans le canton de Fribourg. De nombreux projets ont été lancés dans ce domaine dans d'autres cantons, notamment en associant les aînés aux programmes Pedibus et à la surveillance bénévole des devoirs. De tels projets n'engendrent pas de coûts importants et sont susceptibles d'être développés dans toutes les communes. Elles soulagent les familles et les collectivités publiques et favorisent le contact entre les générations.

#### 3.3.3 Service de visite à domicile et autres services d'aide

Le service de visite à domicile constitue un moyen simple pour exercer une surveillance préventive. Une visite à domicile permet d'évaluer la situation sociale de la personne âgée et de prévenir une évolution vers l'isolement social. Comme le révèlent les réponses au questionnaire des communes, des visites ponctuelles à domicile sont effectuées dans la plupart des communes par les églises, les organisations pour aînés ou par les associations locales. Certaines communes ont créé un service de visite pour les personnes âgées isolées, notamment la commune de Cugy au sein de laquelle une personne a été mandatée à cet effet. A noter également qu'il existe depuis avril 2005 un réseau de bénévoles à Fribourg, ce qui constitue pour ces activités une ressource importante.

L'enquête auprès des communes révèle aussi l'existence dans certaines communes d'un service d'aide pour les achats organisé par diverses organisations pour personnes âgées ou par des associations privées. Ces prestations permettent à la personne âgée de garder le contact avec la collectivité et favorisent son autonomie.

Par leur complexité, les démarches administratives, notamment dans le domaine des assurances sociales, représentent une difficulté grandissante pour les personnes âgées. Selon l'enquête, un très faible pourcentage des communes (entre 7,2 et 0,6%, selon les districts) assure une telle aide pour les personnes âgées.

#### 3.3.4 Activités et offres de formations pour les aînés

Dans la majorité des communes fribourgeoises, il existe une amicale, un groupe de seniors ou une autre organisation qui organisent des activités spécifiques pour les personnes âgées (sorties, rencontres). Participer à un spectacle, à un concert ou à une exposition favorise le contact des aînés avec la collectivité, surtout lorsque ces manifestations encouragent le contact inter-générationnel.

47% des communes mentionnent l'existence d'une telle offre. Ce sont surtout les sociétés locales qui organisent des événements culturels pour les personnes âgées. Cette offre est variable selon les districts. Les réponses au questionnaire révèlent que les communes alémaniques sont plus nombreuses à impliquer les personnes âgées dans leurs activités culturelles.

La formation continue est un moyen essentiel pour les personnes âgées de maintenir des contacts sociaux et de développer leurs compétences. Des enquêtes effectuées en Suisse par Pro Senectute démontrent que ce sont es-



sentiellement les personnes très actives avant la retraite qui profitent des cours de formation.

82% des communes ayant répondu au questionnaire indiquent qu'il n'existe pas de formation spécifique pour les personnes âgées, 13% déclarent que cette offre existe alors que 5% des communes ne disposent pas d'informations à ce sujet. Parmi les cours qui sont proposés aux personnes âgées, les communes ont cité les cours de travaux manuels, d'informatique, de langues, des cours à caractère religieux, de sport et de danse, des cours de connaissance générale, des cours de téléphone portable et des sorties culturelles. Ces cours sont proposés par Pro Senectute, par l'Université populaire et par d'autres organisations.

### 3.4 Infrastructures

L'autonomie des personnes âgées dépend fortement de l'aménagement de leur cadre de vie. Leur possibilité d'accéder à des services de proximité, tels que commerces, pharmacies et cabinets médicaux, est essentielle. La mobilité apparaît dès lors comme étant un facteur important pour l'autonomie des personnes âgées.

L'aménagement de l'environnement et la qualité des infrastructures sont primordiaux pour assurer aux personnes âgées une qualité de vie et favoriser leur intégration dans le réseau social.

#### 3.4.1 Transports

Les jeunes retraités font fréquemment usage de leur voiture personnelle pour se déplacer. Avec l'avancement de l'âge, les transports publics et les déplacements à pied prennent une place prépondérante. Un réseau de transport public efficace et adapté aux besoins des personnes âgées contribue de manière importante à maintenir leur autonomie. Dans ce domaine, l'enquête auprès des communes fait état d'une situation plutôt satisfaisante au plan cantonal mais, dans certains districts, les communes déplorent un manque de transports publics.

Pour les personnes à mobilité réduite, il existe deux services de transports dans le canton. Créé en 1985, Passe-Partout dispose d'une organisation dans chaque district pratiquant un tarif uniforme et s'appuyant sur le bénévolat. Ce service est en partie financé par les pouvoirs publics. Le service de transport de la Croix-Rouge, reconnue au plan national, est financé par la Confédération. Il fait aussi appel au travail des bénévoles.

Les deux services ont connu une augmentation de la demande durant l'année 2007 et seront de plus en plus sollicités à l'avenir.

#### 3.4.2 Espace public

Les personnes âgées doivent pouvoir faire usage du domaine public sans rencontrer des obstacles qui limitent leur autonomie ou les mettent en danger (un tiers des piétons accidentés ou tués en Suisse a plus de 64 ans). Dès lors, il est important que les personnes âgées puissent disposer de chemins sécurisés, disposant d'un éclairage suffisant et équipés en bancs publics. Si la grande majorité des communes fribourgeoises jugent leurs infrastructures suffisantes, 11% signalent des lacunes dans ce domaine.

### 3.4.3 Habitat et logement

L'aménagement de l'habitat est d'une importance centrale pour le maintien de l'autonomie des personnes âgées. Il ne s'agit pas de réfléchir uniquement en termes de logements sans obstacles, mais également à l'environnement social. Le nombre de personnes âgées vivant dans de petits ménages a fortement augmenté durant les dernières décennies. La cohabitation avec des enfants ou avec des membres de la famille élargie a diminué. A l'heure actuelle, la majorité des personnes âgées en Suisse souhaitent vivre dans un appartement peu coûteux, calme et confortable situé à proximité de commerces.<sup>1</sup> Pour la majorité des personnes âgées, le déménagement dans un EMS est une possibilité qu'elles n'envisagent qu'en cas d'absolue nécessité.

Le vieillissement de la population nécessite dès lors le développement de nouvelles formes d'habitations qui tiennent compte des besoins des aînés et des spécificités et des habitudes de vie locales. Différentes organisations dans le canton, telles que la Fédération fribourgeoise des retraités, demandent la construction de logements sécurisés à des coûts abordables. Une motion populaire allant dans ce sens a par ailleurs été déposée en octobre 2007.

Selon une enquête réalisée par le Service de la prévoyance sociale en 2004, il y avait 432 places en appartements protégés et 75 places en appartements adaptés réservés prioritairement aux personnes âgées. Environ 500 personnes âgées de 65 ans ou plus habitaient dans ces appartements. Eu égard à la demande croissante d'appartements pour personnes âgées ou de logements sécurisés, cette offre est insuffisante. 80% des communes ont répondu n'avoir aucun projet de logement pour personnes âgées à l'étude. Des projets sont toutefois en cours de réalisation dans tous les districts.

Pour les communes urbaines, le concept de quartier solidaire est d'une grande actualité dans plusieurs cantons suisses. Pro Senectute Vaud expérimente depuis plusieurs années des projets basés sur le développement communautaire, qui consistent à encourager la population, les associations et les professionnels à identifier ensemble les besoins d'un quartier ou d'un immeuble afin de lutter contre l'isolement des personnes âgées.

#### 3.4.4 Infrastructures et services publics

L'enquête auprès des communes fribourgeoises démontre que la majorité d'entre elles estiment que leurs bâtiments publics sont adaptés aux personnes âgées. En ce qui concerne les lieux de rencontre, près de 20% des communes indiquent des lacunes dans ce domaine. La généralisation de la police de proximité contribue activement à faciliter l'accès aux lieux publics et à renforcer, notamment auprès des personnes âgées, le sentiment de sûreté dans les espaces de rencontre.

Des services communaux de qualité, tels que le ramassage des ordures, contribuent au maintien à domicile des personnes âgées. La très grande majorité des communes estiment que leur service de ramassage des ordures est performant.

Questionnées sur les aménagements spéciaux mis en place pour la population âgée, 48% des communes consul-

<sup>1</sup> Höpflinger François: Traditionelles und neues Wohnen im Alter. Age Report 2004, Zürich, Seismo Verlag, 2004.

tées n'ont pas fourni de réponse. 22% des communes indiquent qu'elles n'ont investi dans aucun aménagement spécial.

#### **4. BILAN DU DISPOSITIF ACTUEL ET HYPOTHÈSES D'INTERVENTIONS FUTURES**

Pour établir un premier bilan du dispositif actuel autour de la personne âgée afin d'élaborer des hypothèses d'intervention en vue de son amélioration, de très nombreuses organisations et associations privées, institutions et autres acteurs engagés dans le canton de Fribourg en faveur des personnes âgées ont été consultés durant l'année 2007. Grâce à leur disponibilité, à leurs expériences et à leurs compétences, il a été possible de compléter l'image résultant du questionnaire transmis aux communes et d'étayer les premières conclusions résultant de l'analyse de l'application des législations en vigueur.

Les points développés ci-dessous ne prétendent pas donner un compte rendu exhaustif de la situation, mais mettent l'accent sur un certain nombre de problèmes qui devront être traités en priorité dans la mise en œuvre d'une politique globale en faveur des personnes âgées.

##### **4.1 Le domaine médical et le domaine des soins**

Dans le domaine médical et le domaine des soins, diverses mesures ont déjà été prises afin d'améliorer la qualité et la coordination des prestations fournies à la population fribourgeoise. Parmi ces mesures, qui profitent éga-

lement aux personnes âgées, citons la mise en place du nouveau Réseau hospitalier fribourgeois, la mise en place du Réseau de soins en santé mentale ainsi que la réunion des services d'aide et de soins à domicile. Certains districts ont pris l'initiative d'améliorer la coordination de l'offre et des activités des prestataires de soins grâce à la mise en place de réseaux de santé. L'Hôpital de Marsens a développé pour les EMS du canton son offre de prestations de psychiatrie de liaison. De son côté, l'association fribourgeoise des institutions pour personnes âgées (AFI-PA) accomplit un important travail en vue de garantir et d'améliorer la qualité des prestations fournies dans les EMS du canton.

Néanmoins le dispositif en place comporte des lacunes et certains facteurs empêchent son optimalisation.

##### **4.1.1 Le dispositif législatif en vigueur**

Actuellement, la prise en charge médico-sociale de la personne âgée est réglée par deux législations: l'aspect résidentiel est réglementé par la législation sur les EMS, alors que l'aspect ambulatoire relève de la législation sur l'aide et les soins à domicile. Ces deux législations ne disposent pas d'un objectif commun<sup>1</sup> et, dès lors, ne prévoient pas de mesures de coordination garantissant que la personne âgée bénéficie des prestations correspondant effectivement à ses besoins.

Chacune de ces législations attribue les compétences décisionnelles et financières<sup>2</sup> à divers acteurs publics: Etat, commissions de districts, communes. Le tableau ci-après permet de mesurer la complexité du système:

<sup>1</sup> La loi sur les EMS a pour but «d'assurer l'équipement du canton en établissements destinés à l'accueil des personnes âgées». Quant à la loi sur l'aide et les soins à domicile, elle a pour but «d'offrir à toute personne malade, handicapée ou nécessitant un soutien ou une surveillance, [...] la possibilité de continuer à vivre dans son environnement habituel le plus longtemps possible».

<sup>2</sup> Outre les acteurs publics cantonaux, il ne faut pas oublier l'importance des assureurs-maladie dans le financement des soins de longue durée. Le nouveau régime de financement de ces soins, adopté par le parlement fédéral au mois de juin 2008, entraînera d'importantes modifications dans le dispositif actuel.

	Etat	Districts	Communes
Garantie de la couverture des besoins	<b>Aide et soins à domicile:</b> L'Etat établit avec d'autres institutions de la santé les mandats de prestations spéciaux nécessaires à la couverture des besoins spécifiques.	<b>Aide et soins à domicile:</b> Les communes, réunies en associations, garantissent la couverture des besoins de la population (mandats de prestations avec un ou plusieurs services privés ou création de services communaux).	<b>EMS:</b> Les communes assurent la mise à disposition des places nécessaires à l'accueil des personnes âgées.
Planification	<b>EMS:</b> Conseil d'Etat (Elaboration: Commission consultative en matière d'EMS + Commission de planification sanitaire). <b>Aide et soins à domicile:</b> Pas de compétence formelle; la loi sur la santé attribue une compétence générale en matière de planification sanitaire au Conseil d'Etat (Elaboration: Commission de planification sanitaire).	<b>EMS:</b> Préavis des commissions de districts.	
Autorisation d'exploiter	<b>EMS:</b> DSAS (Service de la santé publique). <b>Aide et soins à domicile:</b> DSAS (Service de la santé publique).		
Contrôle de la dotation du personnel de soins	<b>EMS:</b> DSAS (Service de la prévoyance sociale). <b>Aide et soins à domicile:</b> DSAS (Service de la santé publique).		
Reconnaissance	<b>EMS:</b> Le Conseil d'Etat reconnaît les lits médicalisés en EMS (Préavis: Commission consultative en matière d'EMS). <b>Aide et soins à domicile:</b> Pas de reconnaissance, mais possibilité de confier des mandats de prestations spécifiques.	<b>EMS:</b> Préavis des commissions de districts <b>Aide et soins à domicile:</b> Pas de reconnaissance, mais possibilité de confier des mandats de prestations à des services privés.	
Surveillance médicale	<b>EMS:</b> DSAS (Service du médecin cantonal). <b>Aide et soins à domicile:</b> Les infirmières /- iers doivent disposer d'une autorisation de pratique à titre indépendant et supervisent le travail du personnel non soumis à cette autorisation.		
Compétences décisionnelles en matière de financement	<b>EMS:</b> Le Conseil d'Etat <u>fixe le prix de pension</u> maximal pris en considération dans le calcul des prestations complémentaires et, indirectement, dans celui des subventions individuelles pour les frais d'accompagnement. La Caisse de compensation <u>établit le droit aux prestations complémentaires</u> et calcule le <u>montant des subventions individuelles</u> . Le Service de la prévoyance sociale <u>fixe le prix de l'accompagnement pour chaque EMS</u> . <u>Approbation des budgets</u> Personnel de soins et d'accompagnement: DSAS (Service de la prévoyance sociale). <b>Aide et soins à domicile:</b> Le Conseil d'Etat <u>fixe le montant de l'indemnité forfaitaire</u> (sur proposition des districts).	<b>EMS:</b> Les commissions de districts des EMS répartissent entre les communes les frais financiers d'un séjour. <sup>1</sup> <b>Aide et soins à domicile:</b> Les commissions de districts répartissent les charges financières entre les communes. Elles décident de <u>l'octroi de l'indemnité forfaitaire</u>	

<sup>1</sup> Cela n'est toutefois pas le cas dans tous les districts.



	Etat	Districts	Communes
Répartition des charges financières	<p><b>EMS: Prestations complémentaires:</b> la part du canton est à 100% à charge de l'Etat (période transitoire).</p> <p><b>Subventions aux frais d'accompagnement:</b> 45% à charge de l'Etat.</p> <p><b>Aide et soins à domicile:</b> Subvention à raison de 35% des frais du personnel exécutant les prestations de soins et d'aide à domicile.</p> <p><b>Prestations complémentaires:</b> la part du canton est à 100% à charge de l'Etat (période transitoire).</p>		<p><b>EMS: Frais d'investissements et frais financiers:</b> 100% à charge des communes.</p> <p><b>Déficits d'exploitation:</b> 100% à charge des communes liées à l'établissement par convention ou par les statuts d'une association.</p> <p><b>Subventions aux frais d'accompagnement:</b> 55% à charge des communes.</p> <p><b>Aide et soins à domicile:</b> Le paiement de l'indemnité forfaitaire est à la charge des communes.</p> <p><b>L'excédent des dépenses d'exploitation des services</b> est à la charge des communes.</p>
Coordination		<p><b>EMS:</b> Les commissions de districts des EMS (CODEMS) contribuent à la coordination des activités des EMS avec celles des services médico-sociaux de leur district.</p> <p><b>Aide et soins à domicile:</b> Les commissions de districts d'aide et de soins à domicile s'assurent que les services travaillent en collaboration avec les hôpitaux, les EMS et les autres institutions de santé.</p>	

Ce tableau démontre que la responsabilité du pilotage politique et de la coordination dans le domaine des prestations médico-sociales en faveur des personnes âgées n'est pas clairement définie. Cela ne facilite pas l'analyse et la planification des besoins et ne permet pas d'agir de manière cohérente sur l'évolution de l'offre des prestations au plan cantonal. A titre d'exemple, la planification du nombre de places nécessaires dans les EMS (compétence cantonale) est notamment liée à l'offre des prestations dispensées par les services d'aide et de soins à domicile (compétence communale). Dès lors, l'Etat ne peut influencer cette offre.

En outre, dans le domaine des EMS, la répartition des compétences financières entre Etat et communes empêche de définir des normes et des critères de gestion uniformes permettant d'influencer l'évolution des coûts. Cela rend donc difficile leur comparaison au plan cantonal.

Il est dès lors impératif de revoir la répartition des responsabilités entre les divers acteurs publics, de définir lequel parmi eux assume la responsabilité du pilotage et de la coordination des prestations médico-sociales offertes aux personnes âgées.

#### **4.1.2 Outils et données permettant l'évaluation des besoins de la personne âgée**

Les lacunes du dispositif législatif constatées ci-dessus rendent difficile la mise en œuvre de mesures et d'instruments cohérents permettant de prendre en considération les besoins de la personne âgée. La mise en place d'outils et de bases de données est souhaitée par les prestataires de soins consultés pour l'élaboration de ce rapport, en particulier les instruments suivants:

- Système d'information réunissant les données relatives à l'ensemble des structures sanitaires

Comme mentionné dans le message N° 251 du 13 mars 2006 accompagnant le projet de loi concernant le Réseau hospitalier fribourgeois, «le recueil et la mise à disposition d'informations statistiques harmonisées et établies sur une base unique permettront l'établissement de comparaisons fiables entre unités, outil indispensable à une gestion performante». Cette constatation n'est pas valable uniquement pour le Réseau hospitalier fribourgeois. Une politique globale en faveur des personnes âgées exige que l'on puisse disposer d'informations statistiques unifiées relatives à l'ensemble des structures de soins offrant des prestations aux personnes âgées. En l'absence de telles statistiques, un mandat a été confié à l'Obsan pour la planification des besoins 2009–2020 dans le domaine des soins de longue durée; ce mandat comprend notamment la définition des données et des outils nécessaires au canton pour permettre l'analyse régulière et la planification des besoins en EMS et dans le domaine des soins à domicile.

- Système unifié d'évaluation des besoins de la personne âgée

L'introduction au plan cantonal d'une grille d'évaluation des besoins de la personne âgée, valable pour l'ensemble des prestataires de soins, permettrait de mettre en place des critères unifiés pour l'orientation de ces personnes vers les structures de soins les mieux adaptées à leurs besoins.

- Système d'orientation des personnes

Il n'existe pas au plan cantonal d'organisation visant à coordonner les demandes de prise en charge des personnes âgées dans les EMS. Ces demandes se font par l'intermédiaire des services sociaux des hôpitaux ou directement par les familles, en collaboration avec les médecins traitants ou les services de soins à domicile. De ce fait, l'urgence et le bien-fondé d'une admission ne sont évalués que par rapport à la personne concernée et aux places disponibles dans les EMS contactés. Une évaluation plus générale des demandes d'admissions en EMS et de leur degré d'urgence n'est dès lors pas possible au plan cantonal, ce qui serait souhaitable en vue d'optimiser la prise en charge des personnes et l'utilisation des infrastructures.

#### **4.1.3 Structures de coordination**

Il n'est pas rare qu'à la suite d'une hospitalisation, une personne âgée doive entrer en EMS faute d'avoir eu le temps de récupérer les moyens physiques et psychiques lui permettant de regagner son domicile ou faute de pouvoir disposer d'un soutien suffisant de ses proches. Dans ces cas, les services sociaux des hôpitaux sont fortement sollicités en vue de trouver rapidement un lieu de séjour répondant au mieux aux attentes de la personne et de ses proches. Pour assurer la prise en charge post-hospitalière, des structures d'accueil indépendantes de court séjour pourraient être créées, idéalement à proximité des hôpitaux. Leur mission consisterait à évaluer, de manière globale, les compétences de la personne âgée en vue d'un retour à domicile et de travailler à l'amélioration de leur état de santé. Ceci permettrait de libérer des lits dans les structures de soins tout en garantissant à la personne âgée une prise en charge correspondant à ses besoins. Ces structures seraient en outre amenées à définir les besoins de la personne en soins et en prestations d'accompagnement social en cas de retour à domicile (cf. ci-dessous point 4.2.1).

#### **4.1.4 Structures intermédiaires**

Pour décharger les proches qui s'occupent d'une personne âgée, en particulier de personnes atteintes d'une démence, il est important de diversifier les offres d'accueil dans les foyers de jour et dans les EMS de notre canton, notamment les moyens d'accueil pour les courts séjours. Dans ce contexte, il y a lieu de réfléchir aussi au rôle que peuvent jouer les homes simples (pensions) et d'autres institutions de convalescence.

Des projets de création d'appartements ou d'autres formes d'habitations sécurisés, visant à offrir aux personnes âgées une infrastructure adaptée à leurs besoins ainsi que des prestations hôtelières ou de soins, sont actuellement envisagées par des communes ou des privés. Certains de ces projets prévoient d'exploiter un potentiel de synergies offert par des EMS. Ces projets de mise en réseau d'un EMS avec des formes de logements sécurisés posent notamment la question de l'opportunité d'un développement des prestations ambulatoires. Se pose aussi le problème de la localisation de ces logements sécurisés et de la nécessité de leur intégration dans un environnement permettant l'accès aux infrastructures et favorisant les échanges inter-générationnels.

#### **4.1.5 Prise en charge des personnes atteintes de démence**

Les EMS du canton de Fribourg accueillent un nombre croissant de personnes atteintes de démence et bénéficient des prestations de la psychiatrie de liaison offertes par le Réseau de soins en santé mentale. Une priorité claire doit être mise au plan cantonal dans la formation du personnel de soins et d'accompagnement afin de garantir une prise en charge adéquate de ces personnes. Il est aussi important que le personnel travaillant dans les établissements du Réseau hospitalier fribourgeois soit aussi sensibilisé aux besoins spécifiques des personnes atteintes de démence. L'amélioration de la prise en charge des personnes atteintes de démence exige aussi une adaptation des infrastructures d'accueil. L'évaluation du projet pilote d'unité psycho-gériatrique actuellement en cours à la Résidence des Chênes, à Fribourg, permettra de définir les exigences futures relatives à la formation du personnel et aux infrastructures accueillant des personnes atteintes de démence.

#### **4.2 Intégration sociale**

Comme il ressort des questionnaires remplis par les communes, de nombreuses activités et prestations sont offertes sur tout le territoire du canton visant à maintenir la personne âgée dans son environnement social. Au même titre que les prestations de soins, ces prestations sont essentielles au maintien de l'autonomie de la personne âgée et à son intégration au sein de la communauté.

##### **4.2.1 Information et lisibilité des offres existant au plan communal et régional**

L'accès aux diverses prestations offertes pour les personnes âgées nécessite une information claire et facilement accessible tant aux personnes âgées qu'à leurs familles et aux professionnels de la santé. Or, les organismes privés et publics susceptibles d'offrir des prestations d'accompagnement social aux personnes âgées vivant à domicile sont multiples et il n'est pas toujours aisé de savoir précisément quelles sont les prestations offertes par quels organismes et comment accéder à ces prestations. Dès lors, il serait souhaitable de confier à un organisme au plan communal ou régional la tâche de coordonner l'information relative à ces prestations, de créer au plan communal ou régional des guichets permettant de renseigner les personnes âgées et leurs familles sur les offres existantes, de même que les structures de soins cantonales en vue d'un éventuel retour de la personne âgée à domicile (cf. ci-dessus point 4.1.3). Ces organismes pourraient aussi contribuer à l'organisation de ces prestations en fonction des besoins spécifiques et des souhaits de la personne.<sup>1</sup>

##### **4.2.2 Prestations permettant l'intégration des personnes âgées**

De plus en plus de communes prennent conscience de l'importance de développer des prestations et des activités spécifiques pour les personnes âgées, car elles ont compris les avantages d'associer les aînés à la vie politique et sociale de la commune. Il reste de nombreuses

pistes à explorer et des mesures à envisager pour éviter que la personne dépendante ne s'isole ou pour profiter des multiples compétences offertes par nos aînés.

A l'instar de ce qui se fait dans quelques-unes des communes fribourgeoises, la mise en place de concepts communaux en faveur des personnes âgées permettrait de sensibiliser les autorités et la population aux problèmes et aux besoins spécifiques des personnes âgées, de réfléchir à des mesures originales mettant en valeur leurs compétences et favorisant les contacts inter-générationnels. Pour appuyer les communes dans leur démarche, la centralisation et la diffusion des informations relatives à toutes les initiatives et à tous les projets en cours dans les différentes communes pourraient être envisagées au plan cantonal et favoriseraient l'émergence de projets similaires dans d'autres communes.

#### **4.3 Infrastructures**

Pour leur permettre de vivre le plus longtemps à domicile et d'être intégrées dans l'environnement social dans lequel elles ont choisi d'évoluer, les personnes âgées doivent pouvoir bénéficier d'infrastructures et d'un cadre de vie adaptés à leurs besoins. Ces besoins doivent être évalués par les communes, en fonction des spécificités et des habitudes de vie locales. Comme pour les prestations décrites sous le point 4.2.2, le développement de concepts communaux en faveur des personnes âgées permettrait d'établir un constat de la situation des infrastructures au plan communal et d'envisager des mesures concrètes en faveur de leur amélioration.

##### **4.3.1 Logements adaptés et infrastructures communales**

La grande majorité des personnes âgées n'envisagent pas de déménager si elles n'y sont pas obligées. Il existe quelques mesures relativement simples, par exemple dans le domaine sanitaire, permettant de transformer un appartement en un lieu de vie adapté aux besoins de la personne âgée. D'autres mesures architecturales peuvent s'avérer plus complexes, par exemple la construction d'un ascenseur. Encore faut-il que les propriétaires de ces logements soient sensibilisés aux besoins spécifiques des personnes âgées et acceptent de procéder à ces aménagements là où ils s'avèrent pertinents. Une réflexion devra être menée quant aux mesures à mettre en place par les pouvoirs publics pour inciter les propriétaires à entreprendre ces transformations dans leurs immeubles ainsi que les promoteurs privés et publics à construire des logements adaptés aux besoins des personnes âgées. Il en est de même des infrastructures publiques (accès aux bâtiments publics, trottoirs, lieux de rencontres).

##### **4.3.2 Accès aux fournisseurs de services et aux commerces**

La personne âgée dont la mobilité se réduit avec l'âge doit pouvoir accéder aux commerces et aux services assurant ses besoins les plus importants. Dès lors, des mesures favorisant le maintien ou l'installation de commerces et de fournisseurs de services à proximité des logements adaptés aux personnes âgées ou, à défaut, l'organisation de moyens de transport vers des structures plus éloignées doivent être étudiées.

<sup>1</sup> Cette question devra être coordonnée avec le projet de création d'un «guichet social» qui est actuellement discuté au sein de la Direction de la santé et des affaires sociales.



## 5. ORGANISATION DU PROJET POUR LA CONCRÉTISATION DES ARTICLES CONSTITUTIONNELS RELATIFS AUX PERSONNES ÂGÉES

Les constatations relatives aux lacunes du dispositif actuellement en place dans le canton de Fribourg et les premières ébauches de solutions présentées dans le chapitre précédent donnent un aperçu de l'étendue et de la complexité des problèmes à résoudre pour favoriser une politique globale en faveur des personnes âgées.

La mise en place d'une telle politique exige tout d'abord que l'on définisse les objectifs que l'on se propose d'atteindre avant de réfléchir aux instruments et mesures à même d'atteindre ces objectifs. Cette démarche nécessite dès lors la mise en place d'un projet intégrant tous les acteurs publics et privés susceptibles de contribuer à l'amélioration de la condition des personnes âgées.

### 5.1 Le calendrier du projet

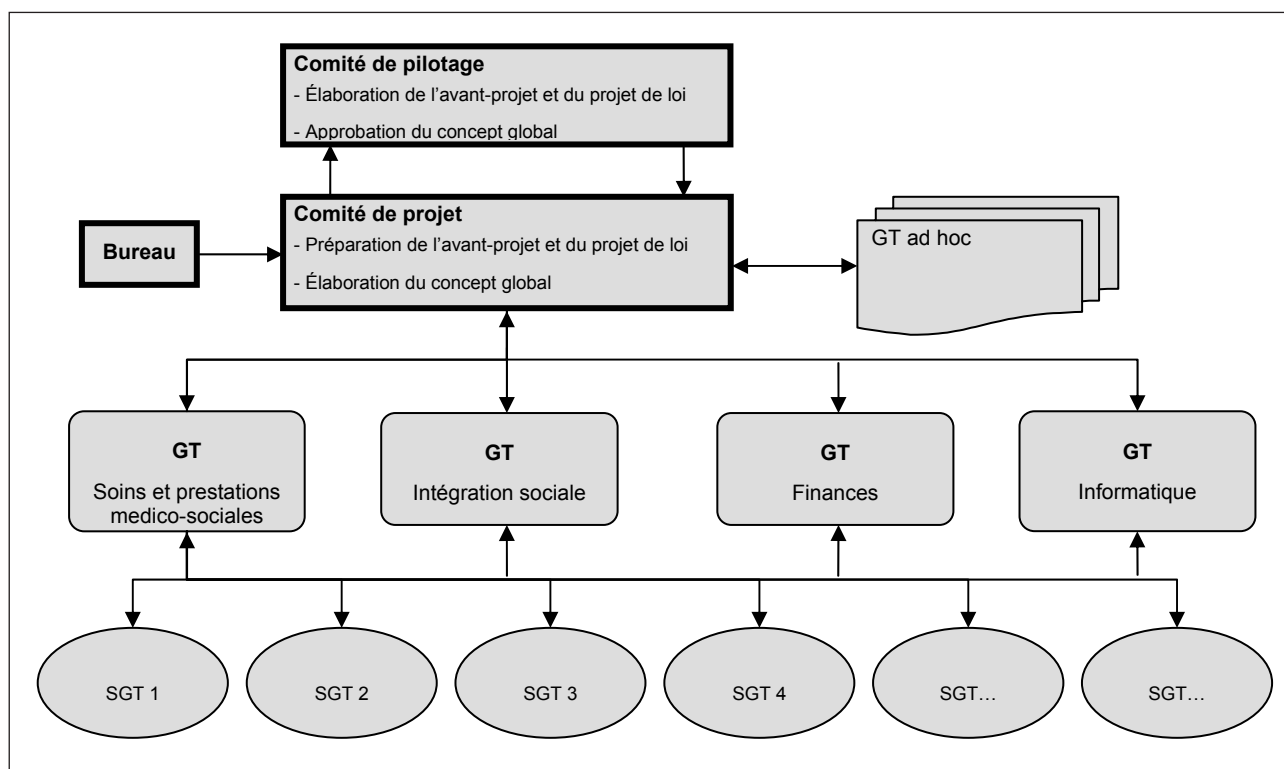
La mise en œuvre du projet de concrétisation des articles constitutionnels relatifs aux personnes âgées est prévue selon le calendrier ci-dessous:

Septembre 2008	• Transmission du rapport au Grand Conseil
Octobre à décembre 2008	• Mise en place de l'organisation de projet
Janvier à décembre 2009	• Elaboration d'un projet de concept global • Elaboration d'une esquisse d'avant-projet de loi
Janvier à mars 2010	• Mise en consultation du projet de concept global auprès des établissements et milieux associatifs

Avril à août 2010	• Elaboration de l'avant-projet de loi • Evaluation des résultats de la consultation • Elaboration du concept global et adaptation de l'avant-projet de loi
Septembre à décembre 2010	• Mise en consultation de l'avant-projet de loi (avec le concept global)
Janvier à février 2011	• Evaluation des résultats de la procédure de consultation • Elaboration du projet de loi et du message
Mars 2011	• Transmission du projet de loi et du concept global au Conseil d'Etat pour adoption
Avril 2011	• Transmission du projet de loi et du message au Grand Conseil
Mai à septembre 2011	• Adoption de la loi par le Grand Conseil
1 <sup>er</sup> janvier 2012	• Entrée en vigueur de la loi et du concept global

### 5.2 L'organisation de projet

La mise en œuvre d'une politique globale en faveur des personnes âgées exige, dès le départ, une participation des milieux concernés qui seront représentés dans les divers groupes et sous-groupes de travail prévus dans l'organigramme ci-après:



Afin de garantir que le projet aboutisse à la mise en place d'un dispositif qui tienne compte des besoins des personnes âgées, des particularités des régions, des moyens financiers à disposition et des interactions existant entre les différents fournisseurs de prestations, les groupes et sous-groupes de travail seront notamment composés de représentants des diverses associations et institutions œuvrant en faveur des personnes âgées, de représentants des milieux de la santé et des autorités communales et cantonales.

## 6. CONCLUSION

Le présent rapport constitue une première étape dans la mise en œuvre des articles constitutionnels relatifs aux personnes âgées. Conformément à ce que le Conseil d'Etat avait annoncé dans sa réponse du 7 juin 2006 au postulat des député-e-s Weber-Gobet et Thomet, il donne un aperçu général des mesures et prestations qui existent actuellement dans notre canton en faveur des personnes âgées et définit les besoins qui devront être pris en compte à l'avenir. Il constitue dès lors un outil nécessaire à la suite des travaux visant à la concrétisation des articles 35 et 62 de la Constitution.

La définition des objectifs à atteindre par la politique cantonale en faveur des personnes âgées et le choix des mesures et instruments jugés prioritaires pour améliorer le dispositif actuel feront l'objet d'une loi-cadre. Cette loi-cadre devra aussi déterminer le rôle et les responsabilités politiques et financières des divers acteurs publics et privés dans la mise en œuvre de cette politique. Elle devra finalement prévoir la mise en place de critères permettant d'évaluer l'impact du nouveau dispositif mis sur pied. Les principes élaborés dans la loi-cadre seront concrétisés dans un concept global en faveur des personnes âgées.

Le Conseil d'Etat vous invite à prendre acte de ce rapport.

---

*Annexes (se trouvent à la fin du message en allemand):*

- Glossaire des indicateurs démographiques (cf. ch. 2.1.2 du rapport)
  - Questionnaire pour les communes
- 

**BERICHT Nr. 89**

19. August 2008

**des Staatsrats an den Grossen Rat**

**zum Postulat Nr. 295.05 Marie-Thérèse Weber-Gobet/René Thomet über eine umfassende Politik zugunsten Betagter**

## 1. EINFÜHRUNG

### 1.1 Das Postulat

Mit ihrem am 10. Oktober 2005 eingereichten und begründeten Postulat (TGR S. 1386) ersuchten Grossrätin Marie-Thérèse Weber-Gobet und Grossrat René Thomet sowie 36 Mitunterzeichnende den Staatsrat um einen Bericht über eine umfassende Politik zugunsten der Betagten im Kanton Freiburg.

In seiner Antwort vom 7. Juni 2006 erinnerte der Staatsrat daran, dass die Direktion für Gesundheit und Soziales mit der Umsetzung der Artikel 35 und 62 der Kantonsverfassung vom 16. Mai 2004 betraut ist (Projekt Nr. 46). Namentlich vorgesehen seien eine Vorstudie zwecks Aufstellung eines Inventars der Massnahmen, die heute der freiburgischen Alterspolitik zugrunde liegen, und die Ermittlung der Bedürfnisse, die künftig gedeckt werden müssen. In der Planung der Arbeiten für die Umsetzung der Verfassung seien die Anliegen von Grossrätin Weber-Gobet und Grossrat Thomet schon integriert.

Das Postulat wurde am 8. September 2006 vom Grossen Rat angenommen.

### 1.2 Herausforderungen der Umsetzung der Verfassungsartikel 35 und 62

Die Verfassung garantiert älteren Menschen den Anspruch auf Mitwirkung, Autonomie, Lebensqualität und Achtung ihrer Persönlichkeit. Sie beauftragt den Staat und die Gemeinden damit, das Verständnis und die Solidarität zwischen den Generationen zu fördern.

Die Umsetzung dieser Artikel erfordert eine Politik, die den älteren Menschen und seine Bedürfnisse ins Zentrum der Anliegen des Gemeinwesens stellt und auf die Einsetzung und Koordination einer Gesamtheit von Leistungen zielt, mit denen das verfassungsmässige Ziel gewährleistet werden kann. Dieser Verfassungsauftrag bietet dem Kanton eine einmalige Gelegenheit, zusammen mit allen betroffenen Partnern und Kreisen das von Grossrätin Weber-Gobet und Grossrat Thomet verlangte Gesamtkonzept und die Gesetzgebungsgrundsätze der künftigen Alterspolitik auszuarbeiten.

### 1.3 Fristen für die Umsetzungsarbeiten

In seinem Bericht vom 15. November 2004 an den Grossen Rat über die Umsetzung der neuen Verfassung reichte der Staatsrat das Projekt der Ausarbeitung von Anwendungsbestimmungen zu den Verfassungsartikeln 35 und 62 in die so genannt «fakultativen» Anpassungsprojekte ein, im Gegensatz zu den «zwingenden» Anpassungsprojekten, für die eine Umsetzungsfrist bis maximal 1. Januar 2009 vorgeschrieben worden ist (Art. 147 der Verfassung).

Wie oben gesagt, bedingt die Umsetzung der beiden Verfassungsartikel ein Überdenken der Grundlagen unserer Alterspolitik, und zwar unter Einbezug der betroffenen

Kreise. Diese Umsetzung wird in die Ausarbeitung eines Gesetzes über ältere Menschen und eines entsprechenden Konzepts münden; die vorgesehenen neuen Gesetzesbestimmungen sollten am 1. Januar 2012 in Kraft treten.

## 1.4 Inhalt des Berichts

Der Bericht hat zum Zweck, die Ergebnisse und Schlussfolgerungen der Vorstudie vorzustellen, die ab Ende 2006 und während des Jahres 2007 im Rahmen des Projekts für die Umsetzung der Verfassungsartikel über ältere Menschen durchgeführt wurde.<sup>1</sup>

Der Bericht enthält vier Teile:

- Im ersten Teil wird der allgemeine Kontext vorgestellt, in den sich die Umsetzung der Alterspolitik wird einfügen müssen.
- Der zweite Teil soll einen Gesamtüberblick über die Hauptgebiete geben, welche ältere Menschen und die ihnen heute gebotenen Leistungen betreffen.
- Der dritte Teil gilt der Aufstellung einer Gesamtbilanz über die Mängel des heutigen Systems und formuliert erste Interventionshypothesen für die Schaffung einer Abhilfe – Vorschläge, die mit den verschiedenen betroffenen Partnern diskutiert werden müssen.
- Der letzte Teil stellt die vorgesehene Projektorganisation für die konkrete Umsetzung der Verfassungsartikel vor.

## 2. ALLGEMEINER KONTEXT FÜR DIE UMSETZUNG EINER UMFASSENDEN POLITIK ZUGUNSTEN ÄLTERER MENSCHEN

### 2.1 Demografische Entwicklung in der Schweiz und im Kanton Freiburg

#### 2.1.1 Schweiz

In der Schweiz stieg der Anteil von Personen ab 65 Jahren von 15,4% im Jahr 2000 auf 16% im Jahr 2005, wohingegen der Anteil der unter 20-Jährigen von 23,1% auf 21,9% zurückfiel. Im Jahr 2005 betrug die durchschnittliche Lebenserwartung der Frauen 83,9 Jahre, diejenige der Männer 78,7 Jahre. Der Unterschied zwischen diesen durchschnittlichen Lebenserwartungen beträgt 5,2 Jahre. Auch die Lebenserwartung älterer Menschen nimmt zu. Männer, die das Pensionsalter erreicht haben, dürfen hoffen, durchschnittlich noch rund 18,1 Jahre zu leben, gleichaltrige Frauen 21,6 Jahre.

Die künftige Entwicklung präsentiert sich wie folgt: Die Altersklasse der Personen ab 80 Jahren wird einen starken Zuwachs erfahren. Sie wird bis 2050 um 179% zunehmen. Dieser Zuwachs verdankt sich vor allem der heutigen Altersstruktur der Bevölkerung, wobei die Tranche der in den Sechzigerjahren geborenen Personen am grössten ist.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Die Vorstudie erstreckte sich auch auf die Untersuchung von Konzepten und Projekten anderer Kantone und europäischer Länder sowie auf die internationale Altersforschung. Diese Arbeiten werden im vorliegenden Bericht, der sich auf die Situation im Kanton Freiburg zentriert, nicht aufgeführt.

<sup>2</sup> Bundesamt für Statistik, Szenarien der Bevölkerungsentwicklung in der Schweiz, 2005–2050, Neuenburg, 2006.

#### 2.1.2 Kanton Freiburg

Im Jahr 2005 belief sich die Bevölkerung des Kantons Freiburg auf 254 000 Personen. Nach dem mittleren Szenario für die Bevölkerungsentwicklung der Kantone 2005–2050 dürfte sie sich im Jahr 2030 auf 308 000, im Jahr 2050 auf 317 000 Personen belaufen. Der Bevölkerungszuwachs des Kantons bis zum Jahr 2030 wird sich zum grossen Teil einem positiven Binnenwanderungssaldo verdanken. Der Geburtenüberschuss sowie der internationale Wanderungssaldo werden ebenfalls zu diesem Anstieg beitragen. Ab 2036 wird der Geburtenüberschuss aber negativ sein.

Der Anteil der Personen ab 65 Jahren wird zwischen 2005 und 2030 von 13,1% auf 22,9% steigen und im Jahr 2050 26,5% erreichen. Im Verhältnis zur Anzahl Personen im erwerbstätigen Alter betrug der Anteil von Personen ab 65 Jahren im Jahr 2005 21% (Altersquotient in Prozent). Dieser Anteil wird regelmässig steigen, um im Jahr 2030 bei 41% anzulangen. Gegen 2035 dürfte sich der Anstieg aber verlangsamen und im Jahr 2050 bei 49% liegen.<sup>3</sup>

#### Demografische Indikatoren des Kantons Freiburg nach dem Szenario AR-00-2005/08<sup>4</sup>

	2008	2009	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Rohe Geburtenziffer (pro 1000 Einw.)	10.7	10.6	10.5	10.5	10.5	10.1	9.5	9.0	8.8	8.8	8.9
Rohe Sterbeziffer (pro 1000 Einw.)	7.2	7.1	7.1	7.0	7.2	7.6	8.3	8.9	9.8	10.5	11.1
Geburtenüberschuss pro 1000 Einw.	3.4	3.4	3.4	3.5	3.3	2.5	1.2	-	-1.0	-1.7	-2.2
Internationaler Wanderungssaldo pro 1000 Einw.	3.9	3.6	3.3	1.9	0.6	0.6	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7
Binnenwanderungssaldo pro 1000 Einw.	5.8	5.7	5.4	3.2	1.9	1.9	1.8	1.7	1.5	1.3	1.2
Wanderungssaldo pro 1000 Einw.	9.7	9.3	8.7	5.1	2.5	2.6	2.5	2.4	2.1	2.1	2.0
Rohe Einbürgerungsziffer (pro 1000 Einw.)	19.0	19.0	18.7	17.0	16.9	16.6	16.2	16.1	16.2	16.1	16.0
Bevölkerungswachstum pro 1000 Einw.	13.2	12.9	12.2	8.7	5.9	5.1	3.7	2.4	1.2	0.4	-0.2
Ausländeranteil in %	16.8	16.9	17.0	17.2	16.7	16.0	15.4	15.0	14.7	14.5	14.3
Geschlechterverhältnis	98.5	98.4	98.4	98.2	97.8	97.5	97.0	96.6	96.2	95.9	95.7
Medianalter	37.9	38.1	38.4	39.5	40.5	41.4	42.4	43.4	44.2	44.8	45.0
Anteil unter 20-Jährige in %	24.7	24.4	24.1	22.7	21.9	21.7	21.4	20.9	20.4	19.9	19.6
Anteil der 20-64-Jährigen in %	61.7	61.7	61.7	61.3	60.3	58.4	56.0	54.4	54.0	54.2	54.1
Anteil der 65-Jährigen in %	13.7	13.9	14.2	16.0	17.7	19.9	22.6	24.7	25.6	25.9	26.3
Gesamtquotient in %	62.1	62.0	62.1	63.1	65.7	71.3	78.5	83.8	85.1	84.5	84.8
Altersquotient in %	22.1	22.5	23.1	26.1	29.4	34.2	40.4	45.3	47.4	47.9	48.5
Jugendquotient in %	40.0	39.5	39.0	37.0	36.3	37.1	38.1	38.4	37.7	36.6	36.3

#### 2.2 Soziologische Veränderungen

Mit den linearen Prognosen in Bezug auf die Entwicklung der Anzahl älterer Menschen können die enormen Änderungen, die im Lauf der letzten Jahrzehnte in dieser Population eingetreten sind, nicht erfasst werden. In der Schweiz zeichnet sich heute nicht nur eine Verlängerung der Lebenserwartung ab, sondern auch die Verlängerung des Lebens ohne grössere Behinderung. 65-jährige Frauen und Männer können heute erwarten, dass sie mehr als drei Viertel ihres restlichen Lebens ohne schwere Gesundheitsprobleme verbringen werden.

Lebenserwartung	Männer	Frauen
bei der Geburt (in Jahren)	78,7 (2005)	83,9 (2005)
im Alter von 65 Jahren (in Jahren)	18,1 (2005)	21,6 (2005)
im Alter von 65 Jahren bei guter Gesundheit (in Jahren)	12,6 (2002) 11,1 (1992)	13,5 (2002) 11,9 (1992)
im Alter von 65 Jahren ohne Behinderung (in Jahren)	14,6 (2002) 12,3 (1992)	15,9 (2002) 14,7 (1992)

<sup>3</sup> Bundesamt für Statistik, Szenarien der Bevölkerungsentwicklung der Kantone 2005–2050, Kanton Freiburg, Neuenburg, 2007.

<sup>4</sup> Ein Glossar der Begriffe in der Tabelle befindet sich im Anhang.



Trotz einer insgesamt erfreulichen Entwicklung des Gesundheitszustands älterer Menschen stellt man aber eine Zunahme von Demenzerkrankungen fest. Gemäss der Alzheimer Vereinigung Schweiz leiden 96 000 Personen an einer fortschreitenden und unaufhaltsamen Degeneration des Gehirns, die am häufigsten in Form der Alzheimer-Krankheit auftritt. Im Kanton Freiburg wird diese Zahl auf 2700 veranschlagt. Nach dem Alter von 85 Jahren veranschlagt man die Zahl der an dieser Krankheit leidenden Personen auf einen Anteil von 10–30%. Diese Personen erfordern eine spezifische Betreuung sowohl zu Hause als auch in den Pflegeheimen.

Die wirtschaftliche Entwicklung des Landes, aber auch ein wirksames Vorsorgesystem haben zu einer signifikanten Verbesserung der finanziellen Lage einer Mehrheit der älteren Menschen beigetragen.<sup>1</sup> Dank dieser positiven Entwicklung und ihres besseren Gesundheitszustands sind die Rentnerinnen und Rentner heute mobiler und körperlich aktiver als in früheren Generationen. Ältere Menschen widmen vermehrt Zeit den Freizeitbeschäftigungen und setzen sich ehrenamtlich in verschiedenen Aktivitäten ein, die unserer Gesellschaft zugute kommen. Diese Dynamik der älteren Menschen ist ein grosser Pluspunkt, den es zu fördern gilt.

Auch wenn sich die finanzielle Lage älterer Menschen gesamthaft verbessert hat, bleibt doch die Tatsache, dass etliche Rentnerinnen und Rentner nur eine AHV-Rente und eine Ergänzungsleistung für die Deckung ihres Existenzbedarfs beziehen. Im Jahr 2007 belief sich die Anzahl von Bezügerinnen und Bezüger einer Ergänzungsleistung im Kanton Freiburg auf 6400 (6189 im Jahr 2006); davon lebten 4405 (4213 im Jahr 2006) zu Hause. Von den 6588 Personen, die im Jahr 2006 im Kanton Freiburg materiell von der Sozialhilfe unterstützt wurden, befanden sich 43 in der Altersklasse zwischen 65 und 79 Jahren (0,8%); 9 Personen waren 80 Jahre alt oder älter (0,1%).<sup>2</sup>

Die höhere Lebenserwartung schlägt sich auch in einem längeren Nebeneinander der Generationen und somit einer Gesellschaft nieder, die vier Generationen umfasst.<sup>3</sup> Auch die Anzahl unverheirateter und kinderloser Personen nimmt erheblich zu, und dies wird sich gewiss auf das familiäre Netz auswirken, das zur Betreuung dieser Personen beitragen kann, wenn sie alt werden. Im Übrigen muss erwähnt werden, dass sich das Alter signifikant «feminisiert», erwartet man doch einen Anteil von Frauen über 75 Jahren von 59% im Jahr 2050.<sup>4</sup> Frauen werden mehr als Männer von altersbedingten Krankheiten betroffen sein, und auch mehr bedroht durch soziale Isolierung, weil sie häufiger durch den Verlust ihres Partners betroffen sind. Schliesslich ist noch zu erwähnen, dass die aus den grossen Einwanderungswellen stammenden Personen derzeit das Rentenalter erreichen und ihre Zahl künftig steigen wird. Die erste Migrantengeneration nach dem Zweiten Weltkrieg hatte geringe Ausbildungsmöglichkeiten und befindet sich bei weniger guter Gesundheit als gleichaltrige Schweizerinnen und Schweizer. Diese

Migrantengeneration befindet sich auch mehrheitlich in einer gefährdeten finanziellen Lage.

### 2.3 Ältere behinderte Personen

Die Betreuung alternder Behinderter ist eines der Probleme, die in den Arbeiten für die Umsetzung der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) behandelt werden, und zwar im Hinblick auf das Konzept, das vom Bundesgesetz über die Institutionen zur Förderung der Eingliederung von invaliden Personen (IFEG) verlangt wird. Seit dem Inkrafttreten der NFA am 1. Januar 2008 haben die Kantone eine Übergangsfrist von drei Jahren für die Ausarbeitung ihres kantonalen Konzepts; dieses muss namentlich die Grundsätze und Verfahren für die künftige Berücksichtigung der Bedürfnisse der invaliden Bevölkerung insgesamt festlegen (Planung und Bedarfsanalyse).

Vorgestellt wurde die Umsetzung des NFA-Projekts im Bericht zum Postulat Nr. 261.04 Christine Bulliard/Yvonne Stempfel über die Betreuungsmöglichkeiten in unserem Kanton für physisch Behinderte mit Pflegebedarf. Dort heisst es: «In Bezugnahme auf das Postulat Thomet/Weber-Gobet für die Einsetzung einer umfassenden Alterspolitik wird ausserdem von der Direktion für Gesundheit und Soziales eine Koordination der NFA-Umsetzung mit dem Projekt für die Umsetzung der neuen Verfassungsartikel im Zusammenhang mit älteren Menschen sichergestellt».

### 2.4 Worum es in der Alterspolitik geht

Nach Artikel 35 der Freiburger Verfassung gilt: «Ältere Menschen haben Anspruch auf Mitwirkung, Autonomie, Lebensqualität und Achtung ihrer Persönlichkeit». Die Umsetzung einer Alterspolitik muss diese Grundrechte garantieren und die Herausforderungen der oben dargestellten demografischen und sozialen Entwicklung aufgreifen. Sie muss dem Beitrag älterer Menschen an die Gesellschaft insgesamt und ihrem Mitwirkungspotenzial in dieser Gesellschaft Rechnung tragen, indem sie die Anerkennung und Wertschätzung dieses Beitrags fördert. Sie zielt auf die Förderung eines aktiven und autonomen Lebensstils hin, der älteren Menschen die Möglichkeit gewährleistet, darüber zu entscheiden, wie sie ihr Leben organisieren möchten. Im Übrigen muss sie den vielfältigen Bedürfnissen, Wertsystemen, Lebensstilen und Erwartungen älterer Menschen sowie den voraussichtlichen Entwicklungen Rechnung tragen. Ausserdem wird die Alterspolitik in einer Perspektive der Solidarität unter den Generationen konzipiert, mit einer Förderung des Einsatzes von Austauschmechanismen, die zwischen den älteren und jüngeren Generationen zum Tragen kommen.

Mit welchen Massnahmen können diese Ziele erreicht werden? Die Lebensqualität einer Person wahren, heisst nicht nur, ihr die geeignete Pflege zukommen zu lassen, wenn nötig in einer spezialisierten Einrichtung. Es geht auch darum, gegebenenfalls die Folgen der Schwächung des sozialen und familiären Netzes der älteren Person wettzumachen, ihre Isolierung zu verhindern und ihre soziale Einbindung zu fördern. Ferner müssen zwingend die Infrastrukturen angepasst werden, um diesem immer grösseren Teil der Bevölkerung einen geeigneten Lebensrahmen zu gewährleisten.

<sup>1</sup> Höpflinger François; Hugentobler Valérie: Zur Pflegebedürftigkeit älterer Menschen in der Schweiz, Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert. Bern, 2003.

<sup>2</sup> Bundesamt für Statistik: Sozialhilfestatistik: Ergebnisse der Sozialhilfestatistik 2006, Kanton Freiburg, Neuenburg, Oktober 2007.

<sup>3</sup> Höpflinger François; Hummel Cornelia: Enkelkinder und ihre Grosseltern. Intergenerationelle Beziehungen im Wandel, Zürich: Seismo, 2006.

<sup>4</sup> US Census Bureau: Global Ageing into the 21<sup>st</sup>. century, Washington, 1996.

Nicht für alle der zu ergreifenden Massnahmen sind die Gemeinwesen zuständig. So werden derzeit auf Anstoss der Wirtschaftskreise, die sich des Marktpotenzials älterer Menschen bewusst sind, zahlreiche Initiativen, Leistungen und Produkte entwickelt. Die Vereinskreise stehen nicht zurück und vervielfachen die verschiedensten Aktionen und Leistungen im Interesse älterer Menschen. Schweizweit und im Ausland laufen verschiedene Studien zur Frage, mit welchen Massnahmen man ältere Menschen auf dem Arbeitsmarkt behalten und von ihren Kompetenzen profitieren könnte.

Bestimmte Massnahmen aber fallen klar in die Zuständigkeit der Gemeinwesen. Darunter solche, die eine Gleichbehandlung auf dem ganzen Kantonsgebiet erfordern, namentlich im Bereich Gesundheit und Gesundheitsversorgung. Andere Massnahmen können ihre Wirkung nur dann voll entfalten, wenn sie den Besonderheiten des Lebensortes und des sozialen Umfelds des älteren Menschen Rechnung tragen.

Die künftige Gesamtpolitik des Kantons Freiburg zugunsten älterer Menschen muss sich auf eine bestimmte Anzahl von Massnahmen konzentrieren, die für die Erreichung des verfassungsmässigen Ziels vorrangig sind. Diese Massnahmen können aber nur mit der Unterstützung aller betroffenen Kreise umgesetzt werden.

### **3. DAS FREIBURGER SYSTEM RUND UM DIE ÄLTEREN MENSCHEN**

Mehrere Politiken berühren direkt oder indirekt die Seniorinnen und Senioren wie alle anderen Einwohnerinnen und Einwohner unseres Kantons, und es ist nicht möglich, in abschliessender Weise zu beschreiben, wie sie sich spezifisch auf die Älteren auswirken. Die Wahl fiel daher auf eine Untersuchung der folgenden Hauptbereiche: Gesundheitsbereich, sozialmedizinischer Bereich und soziale Einbindung, einschliesslich der Aspekte in Verbindung mit den Infrastrukturen.

Für eine möglichst vollständige Bestandesaufnahme wurde allen Gemeinden des Kantons ein Fragebogen zugeschickt. 90% der Gemeinden haben geantwortet, so dass das Umfrageergebnis durchaus repräsentativ ist.<sup>1</sup>

Die Antworten zum Fragebogen zeugen von der grossen Vielfalt und Reichhaltigkeit der Leistungen und Infrastrukturen, die in unserem Kanton älteren Menschen von privaten Einrichtungen und Organisationen, den Kirchen, Freiwilligen-Netzen und den Gemeinden angeboten werden.

#### **3.1 Gesundheitsbereich**

##### **3.1.1 Spitalversorgung**

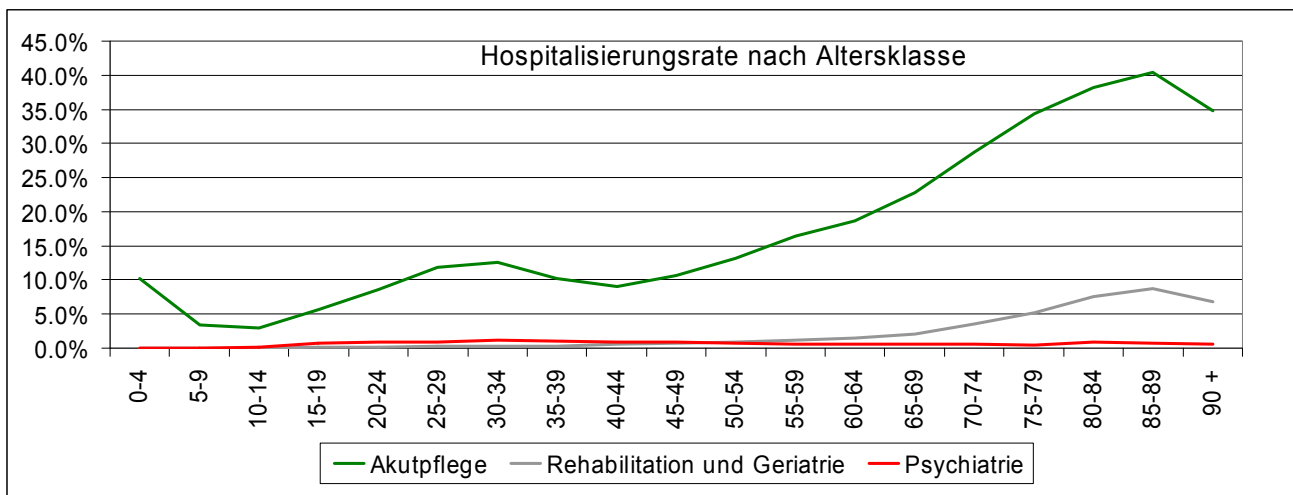
Der Kanton Freiburg verfügt über ein Spitalnetz und gute Infrastrukturen sowie über hoch qualifiziertes Personal. Zusätzlich zu den Grundleistungen für die ganze Freiburger Bevölkerung an den verschiedenen Standorten des Freiburger Spitalnetzes sind auch einige Aufträge entwickelt worden, um dem besonderen Bedarf älterer Menschen zu entsprechen. Es handelt sich insbesondere um Einheiten für die Rehabilitation, die Weiterbehandlung und die Geriatrie (Standorte Billens, Châtel-Saint-Denis,

Estavayer-le-Lac und Meyriez). Am Standort Châtel-Saint-Denis besteht auch eine Palliativpflege-Abteilung. Im Übrigen gliedert sich das Netz für die Pflege im Bereich psychische Gesundheit, eine am 1. Januar 2008 in Kraft getretene Neuorganisation der kantonalen Psychiatrie-Strukturen, in drei Sektoren. Einer davon ist voll und ganz für ältere Menschen bestimmt, ob sie nun ambulant, in Zwischenstrukturen oder stationär betreut werden. Die alterspsychiatrische Abteilung des Spitalstandortes Marsens nahm im Jahr 2007 221 Personen auf (191 im Jahr 2006 und 258 im Jahr 2005).

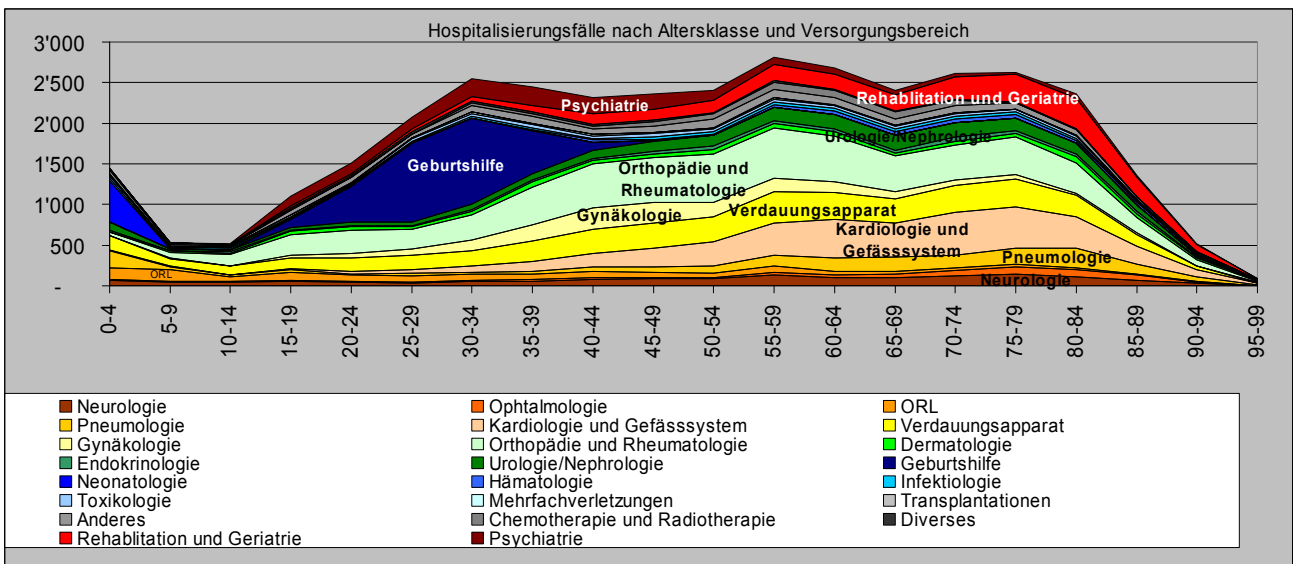
Für die Planung der Spitalversorgung ist der Staatsrat zuständig. Zum letzten Mal aktualisiert wurde sie im März 2008. Aufgrund der Arbeiten des Amtes für Gesundheit und namentlich der Kommission für Gesundheitsplanung beurteilte der Staatsrat den künftigen Versorgungsbedarf (2005–2020) und verteilte die verschiedenen Leistungsaufträge über die Spitalstandorte des Kantons. Die neue Planung ist auch das Ergebnis einer breiten Vernehmlassung unter den Partnern des Gesundheitswesens. So wurden unter mehr als 200 Organismen die Vereinigung freiburgischer Alterseinrichtungen (AFIPA/VFA), der Spitex-Verband Freiburg (AFAS/SVF) und die Freiburgerische Rentnervereinigung in die Vernehmlassung einbezogen.

Die Veranschlagung des künftigen Bedarfs stützt sich auf die Feststellung, dass die Hospitalisierungsraten und -ursachen stark nach Alter variieren. Zwischen 40 und 44 Jahren absolvieren rund 10% der Bevölkerung einen Spitalaufenthalt in somatischer Akutpflege, zwischen 60 und 64 Jahren aber steigt diese Rate progressiv auf 20%, und zwischen 85 und 89 Jahren erreicht sie eine Höchstschwelle von 40%. Bei den Leistungen der Rehabilitation und der Geriatrie sind die Hospitalisierungsraten weniger hoch, folgen aber mit ebenfalls höheren Raten für ältere Menschen der gleichen Tendenz. In der psychiatrischen Versorgung hingegen ist das Alter kein entscheidendes Kriterium und sind die Hospitalisierungsraten bei jungen Menschen, Erwachsenen im Erwerbstätigenalter und Betagten nahezu identisch.

<sup>1</sup> Der Fragebogen an die Gemeinden befindet sich im Anhang. Für seine Beantwortung gab es keine methodischen Vorgaben.



Auch die Hospitalisierungsursachen variieren nach dem Alter. Namentlich kardiovaskuläre und pneumologische Erkrankungen sowie Rehabilitations- und Geriatriebehandlungen nehmen mit dem Alter zu.



Diese mit der künftigen Bevölkerungsentwicklung kombinierten Parameter für jede Altersklasse ermöglichten es, den künftigen Leistungsbedarf zu bestimmen. So ist eine Erhöhung der Spitalkapazitäten in Akutpflege, Rehabilitation und Geriatrie vorgesehen.

In Bezug auf die Rehabilitation und die Geriatrie sieht die von der Spitalplanung vorgesehene Neuverteilung der Leistungen nach Standort wie folgt aus:

- Standort Billens: allgemeine Rehabilitation, kardiovaskuläre Rehabilitation (neu), respiratorische Rehabilitation;
- Standort Châtel-Saint-Denis: allgemeine Rehabilitation, Weiterbehandlung, Geriatrie, Palliativpflege;
- Standort Estavayer-le-Lac: allgemeine Rehabilitation, Weiterbehandlung, Geriatrie;
- Standort Meyriez: allgemeine Rehabilitation, Weiterbehandlung, Geriatrie, Neurorehabilitation (neu), Palliativpflege (neu).

Im Übrigen behält der Standort Meyriez eine akutmedizinische Tätigkeit, damit er eine Rolle als «Eingangspforte» zum Freiburger Spitalnetz spielen kann. Dank dieser Abteilung können auch ältere Menschen mit Akutpflegebedarf versorgt werden.

### 3.1.2 Ambulante medizinische Versorgung

Für den Verbleib älterer Menschen zu Hause ist die Hausärztin oder der Hausarzt äusserst wichtig. Sie oder er ist eine Vertrauensperson, welche die Kontinuität und Kohärenz der erteilten Pflege sicherstellt. Die ärztlichen Grundversorger nehmen 90% der medizinischen Verrichtungen wahr, und zwar zu geringeren Kosten (15–20% der gesamten Gesundheitsausgaben). Jedoch wird ihre Zahl bis zum Jahr 2030 vermutlich in besorgniserregender Weise abnehmen. Falls bis dahin die Einstellung gegenüber der Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen unverändert bleibt, dürfte der demografische Effekt zusammen mit dem Rückgang der Anzahl der in Praxen tätigen Ärztinnen und Ärzten schweizweit eine

Verminderung des von ihnen sichergestellten Leistungsvolumens um 29% bewirken, beziehungsweise um 40% für die Hausärztinnen und Hausärzte.<sup>1</sup> Im Jahr 2006 zählte Freiburg 166 privat praktizierende Ärztinnen und Ärzte auf 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner; damit lag er unter dem Schweizer Durchschnitt. Mehr als die Hälfte der Freiburger Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin sind über 55 Jahre alt und haben schon heute Mühe, eine Nachfolgerin oder einen Nachfolger zu finden. Gemäss ihren Antworten auf den Fragebogen sind 35% der Gemeinden der Auffassung, das Ärzte- und Apothekenangebot sei ungenügend oder nicht existent.

Im Jahr 2002 erliess der Bundesrat einen dreijährigen Zulassungsstopp für die Eröffnung neuer privatärztlicher Praxen. Am 13. Juni 2008 ist dieses Moratorium erneut verlängert worden, diesmal bis zum 31. Dezember 2009. Da aber die Freiburger Ärztebestände unter den bundesbehördlich festgesetzten Referenzdotationen lagen, bestand im Kanton Freiburg keine Notwendigkeit, wegen des Moratoriums eine Praxisbewilligung zulasten der obligatorischen Krankenversicherung zu verweigern. Aber auch die grossen Investitionen, die Arbeitsüberlastung und die administrativen Komplikationen in Verbindung mit den steigenden Forderungen und Erwartungen der Krankenversicherer bremsen die Niederlassung junger Ärztinnen und Ärzte in Privatpraxen. Um den Ärztemangel zu bekämpfen, bemüht sich die Ärztesgesellschaft des Kantons Freiburg um eine vermehrte Attraktivität des Hausarztberufes, namentlich durch die Errichtung von Ärztenetzen oder die Organisation des ärztlichen Bereitschaftsdienstes in Zusammenarbeit mit den Spitälern.

Abgesehen von den Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin ist auch auf die wichtige Rolle weiterer Gesundheitsfachleute hinzuweisen, wie FachärztInnen, ErgotherapeutInnen, OsteopathInnen, PhysiotherapeutInnen, OrthopädInnen, medizinische MasseurInnen, selbständige Pflegefachpersonen und ApothekerInnen, die Leistungen für ältere Menschen anbieten und somit zur Erhaltung ihrer Gesundheit beitragen.

### 3.1.3 Prävention und Gesundheitsförderung

In seinem Bericht über die Gesundheitsförderung älterer Menschen definierte das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) mehrere Handlungsfelder, darunter das Ernährungsverhalten (in der Schweiz betrifft die Mangelernährung zwischen 5 und 10% der älteren Menschen) und die Bewegung.<sup>2</sup>

Zahlreiche neuere Studien zeigen effektiv einen Zusammenhang zwischen Bewegungsmangel und Übergewicht sowie vielen chronischen Krankheiten auf. Arbeiten amerikanischer und kanadischer Neurologen weisen ebenfalls nach, dass sich ausreichende Bewegung präventiv auswirken und verschiedene Formen der Depression mildern kann.<sup>3</sup>

Im Kanton Freiburg werden die Prioritäten der Prävention und Gesundheitsförderung im kantonalen Plan für

Gesundheitsförderung und Prävention festgesetzt. Der vom Staatsrat am 7. Mai 2007 angenommene Plan für den Zeitraum 2007–2011 bestätigt, dass die vor 2006 als vorrangig erachteten Themen nach wie vor gelten, nämlich: gesundheitsschädigende Verhaltensweisen (schlechte Ernährung, Alkoholmissbrauch), Unfälle, Nutzung der Gesundheitsdienste, Suizid. Darüber hinaus sieht er die vorrangige Intervention in den folgenden Bereichen vor:

- Gesunde Ernährung und Bewegung;
- Psychische Gesundheit: Stress, Gewalt, Depression/Suizid;
- Rahmenkontext/Rahmenbedingungen.

Unter den identifizierten Zielgruppen erfordert diejenige der über 50-Jährigen spezifische Massnahmen und Programme wie etwa das Programm für das Brustkrebs-Screening oder das Programm für Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz. Diese Programme sind schon eingeführt, ihre Verstärkung ist aber angebracht. Der kantonale Plan sieht keine spezifische Aktion für Personen ab 65 Jahren vor, denn er geht davon aus, dass die vorgeschlagenen Programme und Massnahmen sich künftig auf die Entwicklung von Gesundheit und Wohlbefinden der älteren Menschen auswirken werden. Die vorrangigen Themen des kantonalen Plans 2007–2011 werden in einen Aktionsplan umgesetzt. Unter der Ägide der kantonalen Kommission für Gesundheitsförderung und Prävention wird ein Inventar der bestehenden Strukturen und Projekte im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung erstellt. Nach Angaben des Obsan in einer Studie über die Langzeitpflegekosten wird die Effizienz der Programme für Prävention und für die Erhaltung der Autonomie von Personen ab 65 Jahren den Anstieg der künftigen Langzeitpflegekosten beeinflussen. Es ist daher wichtig, solche Programme in die Massnahmen des künftigen kantonalen Plans für Gesundheitsförderung und Prävention aufzunehmen.<sup>4</sup>

Im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung für ältere Menschen sind die privaten Vereinigungen, im Wesentlichen Gymnastik- und Seniorenvereine, sowie Pro Senectute sehr aktiv und bieten älteren Menschen Gymnastikkurse an. Pro Senectute hat ausserdem Kurse für Sturz- und Unfallprävention auf die Beine gestellt. Das Freiburger Rote Kreuz organisiert Gesundheitsworkshops für Seniorinnen und Senioren zu den folgenden Themen: Ernährung, Schlaf, chronische Schmerzen, Gedächtnistraining.

Schliesslich seien im Präventionszusammenhang noch die Guidelines für Berufspersonen erwähnt, die sich mit älteren Menschen befassen (einschliesslich Informationen zum Problem der Sterbehilfe), die vom Verein Prévention Suicide Fribourg (PreSuiFri) erarbeitet wurden.

## 3.2 Sozialmedizinischer Bereich

### 3.2.1 Pflegeheime

Als das Gesetz vom 21. Februar 1980 über die Beitragsleistung an die Sonderbetreuung in Betagtenheimen am 1. Januar 1981 in Kraft trat, zählte der Kanton Freiburg drei anerkannte Heime mit insgesamt rund hundert Pflegebetten. Am 1. Januar 2002, als das Gesetz vom

<sup>1</sup> Schweizerisches Gesundheitsobservatorium: Angebot und Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen in der Schweiz – Prognosen bis zum Jahr 2030, Arbeitsdokument 33, Neuenburg, Juli 2008.

<sup>2</sup> Schweizerisches Gesundheitsobservatorium: Gesundheitsförderung und Prävention im Alter in der Schweiz. Ergebnisse aus dem Gesundheitsprofil-Projekt, Neuenburg, 2007.

<sup>3</sup> Hays, K. F., *Overcoming inertia: Exercise and depression*. In K. F. Hays (Ed.), *Working it out: Using exercise in psychotherapy* (pp. 75–85). Washington, DC: American Psychological Association, 1999.

<sup>4</sup> Schweizerisches Gesundheitsobservatorium: Kostenentwicklung der Langzeitpflege von heute bis zum Jahr 2030 in der Schweiz, Arbeitsdokument 34, Neuenburg, 2008.



23. März 2000 über Pflegeheime für Betagte in Kraft trat, gab es 37 anerkannte Pflegeheime mit insgesamt 1933 Pflegebetten.

Im Jahr 2008 beläuft sich die Zahl der anerkannten Pflegeheime auf 46 mit insgesamt 2273 Pflegebetten. Dies entspricht 6,36 Betten auf 100 Personen ab 65 Jahren und 23,17 Betten auf 100 Personen ab 80 Jahren. Zu dieser Zahl kommen noch 40 Pflegebetten für Kurzaufenthalte von höchstens drei Monaten. Ferner sind noch 89 Nicht-Pflegebetten in den anerkannten Pflegeheimen zu zählen.

#### Anzahl anerkannter Pflegeheimbetten für Langzeit- und Kurzaufenthalte: Stand am 1. Januar 2008

Bezirk	Langzeitbetten	Bevölkerung 31.12.2007 65 Jahre und mehr	Deckungsgrad Bezirk	Bevölkerung 31.12.2007 80 Jahre und mehr	Deckungsgrad Bezirk	Kurzaufenthal-Betten	Saldo Nicht-Pflegebetten in Pflegeheimen
Saane	745	12 020	6,20%	3 336	22,33%	8	15
Sense	326	5 559	5,86%	1 377	23,67%	10	8
Greyerz	456	6 197	7,36%	1 747	26,10%	3	40
See	229	4 231	5,41%	1 194	19,18%	3	21
Glane	181	2 538	7,13%	738	24,53%	3	5
Broye	187	3 428	5,46%	941	19,87%	9	
Vivis-bach	149	1 747	8,53%	477	31,24%	4	
<b>Kanton</b>	<b>2 273</b>	<b>35 720</b>	<b>6,36%</b>	<b>9 810</b>	<b>23,17%</b>	<b>40</b>	<b>89</b>

Die Zahlen nach Bezirk müssen insofern relativiert werden, als die Herkunft der in den Pflegeheimen aufgenommenen Personen nicht bekannt ist. Zurzeit läuft eine Umfrage, um für jedes Pflegeheim die Herkunft jeder Pensionärin bzw. jedes Pensionärs zu ermitteln.

Nach einem interkantonalen Vergleich durch das Obsan im Jahr 2006 (Statistikdaten 2002) wurden in der Schweiz durchschnittlich 20% der 80-Jährigen und Älteren in Pflegeheimen betreut.<sup>1</sup>

Im November 2003 empfahl die beratende Kommission für Pflegeheime einen Ansatz von 6,5 Betten auf 100 Personen ab 65 Jahren und von 25 Betten auf 100 Personen ab 80 Jahren. Diese Ansätze werden bei der Bedarfsplanung in Bezug auf die Betreuung Betagter überprüft. Sie beginnt diesen Herbst in Zusammenarbeit mit dem Obsan.

#### Entwicklung der Pflegestufe von Pflegeheim-Bewohnerinnen und -bewohnern<sup>2</sup>

Jahr	Pflegestufe A	Pflegestufe B	Pflegestufe C	Pflegestufe D
2001	7,75%	21,90%	27,26%	43,09%
2002	5,87%	20,77%	28,68%	44,68%
2003	5,13%	20,03%	28,08%	46,76%
2004	4,89%	19,48%	29,71%	45,92%
2005	3,49%	18,87%	30,60%	47,04%
2006	2,70%	18,39%	30,93%	47,98%

<sup>1</sup> Schweizerisches Gesundheitsobservatorium: Kantonaler Vergleich der Langzeitpflege in der Schweiz, Neuenburg, 2006.

<sup>2</sup> Der Pflege- und Betreuungsbedarf der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner wird anhand eines Rasters beurteilt; dieses führt 14 Bereiche auf, die nach einem Punktesystem von 1 – 6 entsprechend der Interventionszeit der Pflegenden zu beurteilen sind. Je nach der sich ergebenden Punktzahl wird die betreffende Person der Pflegestufe A, B, C oder D zugeteilt. Die Pflegestufe bestimmt die für die Betreuung der Person nötige Dotation: Die Stufe A entspricht einer Dotation von 0,15 VZE (44 Minuten), die Stufe B 0,34 VZE (100 Minuten), die Stufe C 0,64 VZE (188 Minuten) und die Stufe D 1,02 VZE (300 Minuten).

Im Zusammenhang mit den in den Geschäftsrechnungen der Jahre 2001–2006 registrierten Tagen ist ein Rückgang der Heimbewohnerinnen und -bewohner mit Pflegestufe A um 5,05%, derjenigen mit Pflegestufe B um 3,60%, derjenigen mit Pflegestufe C um 3,66% und derjenigen mit Pflegestufe D um 4,89% festzustellen. Diese Tendenz bestätigt sich in den Budgets 2007 und 2008.

#### 3.2.2. Altersheime, Pensionen und religiöse Orden

Es gibt mehr als hundert Nicht-Pflegeheimbetten in Institutionen, die nicht vom Kanton anerkannt werden. Unter diesen Institutionen zu nennen sind das Home II des Bonnesfontaines in Freiburg (18 Betten), das Foyer Les Peupliers in Le Mouret (18 Betten), das Foyer Saint-Joseph in Morlon (21 Betten) und das Hospiz St. Peter in Gurmels (44 Betten).

Diese Betten werden derzeit mehrheitlich von Personen belegt, die der Pflege und Betreuung bedürfen. Die Personen werden entweder von Personal betreut, das von der Institution angestellt wurde, oder von den Diensten für Hilfe und Pflege zu Hause. In Verbindung mit den anerkannten Pflegeheimen stellt sich die Frage der Gleichbehandlung Betagter mit erheblichem Pflegebedarf und der Finanzierung der Pflegeleistungen in diesen Institutionen.

Der Kanton Freiburg zählt ausserdem zahlreiche religiöse Orden, die für die Pflege ihrer Mitglieder, von denen zwei Drittel über 65 Jahre alt sind, sorgen.

#### 3.2.3 Hilfe und Pflege zu Hause

Seit dem am 1. Januar 2006 erfolgten Inkrafttreten des Gesetzes vom 8. September 2005 über die Hilfe und Pflege zu Hause bieten zwölf Spitex-Dienste Grundleistungen der Pflege und Hilfe zu Hause an. Fünf von ihnen haben ausserdem spezifische Leistungen entwickelt: Säuglingspflege, Elternberatung, Ergotherapie, Alarmsystem, Mahlzeiten zu Hause.

Nach der Statistik 2006 des Spitexverbands Freiburg (AFAS/SVF), dem Dachverband der Organisationen des Kantons für die Hilfe und Pflege zu Hause, belief sich die Zahl der von diesen Organisationen für die Erteilung der Pflege- und Hilfeleistungen angestellten Personen auf 585 (561 im Jahr 2005), somit 268,63 Vollzeiteinheiten (265,77 VZE im Jahr 2005). Zu diesem Bestand kommen 55 Stagiaires in Ausbildung, 31 für die Mahlzeitendienst tätige Personen, 1 Säuglingsschwester und 1 Ergotherapeutin. Somit ergibt sich ein Gesamtbestand von 673 Personen (633 im Jahr 2005).

Im Jahr 2006 wurden 428 718 Leistungen an die 5985 Klientinnen und Klienten erteilt, welche die Spitex-Dienste in Anspruch nahmen. Darunter waren 3962 Bezügerinnen und Bezüger einer AHV-Rente (67%). 75% der Stunden Hilfe und Pflege wurden Personen im Alter von über 65 Jahren erteilt. 80% der Leistungen betrafen den Pflegebereich und wurden den Krankenversicherern in Rechnung gestellt. Anhand der Statistikdaten lässt sich ein Rückgang der Hilfe zu Hause im Verhältnis zur Gesamtheit der erteilten Leistungen feststellen. Zwischen 2005 und 2006 gingen die je Klientin oder Klient verrechneten Stunden der Hilfe zu Hause gesamthaft um rund 2% zurück. Dies ist von Bedeutung, machte doch im Jahr 2006 die Klientel der mindestens 65-Jährigen 57% der gesamten Klientel aus.

Nach der Obsan-Studie aus dem Jahr 2006 belief sich die Zahl der mindestens 65-Jährigen, die Spitex-Dienste in Anspruch nahmen, im Jahr 2002 auf 16,8 auf 100 Einwohnerinnen und Einwohner (12,4 im schweizerischen Durchschnitt). Hingegen betrug die Anzahl Pflegestunden 30,4 pro Klientin oder Klient (40,1 im schweizerischen Durchschnitt) und diejenige der Stunden für die Hilfe zu Hause 43,7 pro Klientin oder Klient (48,3 im schweizerischen Durchschnitt). Diese Daten müssen im Rahmen der Bedarfsplanung im Bereich der Betagtenbetreuung, die diesen Herbst in Zusammenarbeit mit dem Obsan beginnt, aktualisiert werden.

Jede Person mit einem Unterstützungsbedarf wegen Krankheit, Unfall, Mutterschaft, Behinderung oder aufgrund ihres Alters kann die Spitex-Organisation in Anspruch nehmen, die für ihre Wohnregion zuständig ist. Die Notwendigkeit eines Einsatzes wird mit einer Bedarfsermittlung festgestellt. Diese Evaluation beinhaltet die Beurteilung des allgemeinen Zustands der Person, ihres Umfelds und ihres Bedarfs nach Hilfe und/oder Pflege. Derzeit läuft die Einführung eines einheitlichen Instruments für die Ermittlung des Bedarfs der Person (RAI-Home-Care).

Dank den Spitex-Leistungen können die betroffenen Personen trotz Behinderungen weiterhin in ihrem vertrauten Umfeld leben oder nach einem Spitalaufenthalt schneller wieder nach Hause zurückkehren. Mit der Hilfe und Pflege zu Hause soll die Autonomie der jeweiligen Person gewahrt und stimuliert werden, soweit wie möglich unter Bezug der Personen ihrer Umgebung, häufig mit Unterstützung weiterer Gesundheitsfachleute.

Die Spitex-Organisationen bieten keinen Dienst rund um die Uhr an. Ihr Einsatz erfolgt subsidiär zu demjenigen Angehöriger und Nahestehender. Wenn die Pflege und Betreuung zu Hause aus technischen, menschlichen oder wirtschaftlichen Gründen nicht mehr sichergestellt werden kann, müssen andere Lösungen gesucht werden. Eine Verlegung ins Heim muss erwogen werden, wenn die Sicherheit der Person, ihres Umfelds oder der Mitarbeitenden der Spitex-Dienste nicht mehr gewährleistet ist, wenn die in die Pflege einbezogenen Angehörigen dieser Aufgabe nicht mehr gewachsen sind oder der Umfang der erforderlichen Leistungen die Kapazitäten der Spitex-Organisationen übersteigt.

### 3.2.4 Verbleib zu Hause und Tagesbetreuung

Zahlreiche Personen kümmern sich selber um die Pflege ihrer Angehörigen zu Hause. Nach einer schweizerischen Umfrage unter der aktiven Bevölkerung im Jahr 2004 leisten 3,3% der 65- bis 79-Jährigen weiteren erwachsenen Haushaltsmitgliedern, in der Regel der Gattin oder dem Gatten, eine solche Hilfe. Schätzungsweise 70 bis 80% der Pflegeleistungen an Betagte werden von einem Familienmitglied erteilt.<sup>1</sup> Entsprechende Kurse werden namentlich vom Roten Kreuz organisiert.

Übrigens ist Freiburg Pionier in der Ausrichtung einer Pauschalentschädigung von täglich 25 Franken an Verwandte und Nahestehende, die einer hilflosen Person regelmässig, dauerhaft und in grossem Umfang Hilfe leisten, so dass sie zu Hause leben kann.

<sup>1</sup> Eidgenössische Koordinationskommission für Familienfragen EKFF, Pflegen, betreuen und bezahlen. Familien in späteren Lebensphasen. Bern, BBL 2006.

Der Pflegebedarf nimmt mit dem Alter zu, und die pflegenden Angehörigen sind oft überlastet beziehungsweise erschöpft. Daher ist es wesentlich, sie durch Leistungen der Tagesbetreuung zu unterstützen. Im Kanton sind sechs Tagesstätten errichtet worden, wovon eine Personen mit Demenzerkrankung aufnimmt. Insgesamt stehen an wöchentlich 3–4 Tagen 40 Plätze zur Verfügung. Im Jahr 2007 sind 3544 Betreuungstage (2600 im Jahr 2006) für rund 93 Personen (70 im Jahr 2006) verbucht worden. Das Durchschnittsalter der betreuten Personen lag bei 78 Jahren. Nach dem politischen Willen des Kantons soll die Schaffung von Tagesstätten in allen Bezirken unterstützt werden. Aus dem Fragebogen an die Gemeinden ergibt sich jedoch, dass 52% der befragten Gemeinden nicht vorhaben, künftige Projekte für die Tagesbetreuung zu unterstützen. Nach einer Studie, mit der die Abteilung Klinische Psychologie der Universität Freiburg beauftragt wurde<sup>2</sup>, ist die Zufriedenheit der Klientel (84,6%) und ihres Umfelds (95,5%) mit den Leistungen der Tagesstätten sehr hoch. Die Betreuung in der Tagesstätte ermöglicht nicht nur eine Verzögerung des Pflegeheimintritts, sondern entlastet auch die Umgebung der betreffenden Person und trägt zu einer Bereicherung des Soziallebens der betreuten Personen bei.

### 3.2.5 Weitere Leistungen für den Verbleib zu Hause

Rund 50% der Gemeinden, die den Fragebogen beantworteten, gaben an, es bestehe ein von den Spitex-Diensten unabhängiges Angebot der Hilfe zu Hause. Diese Leistungen werden hauptsächlich von Pro Senectute, dem Roten Kreuz oder nach einem Selbsthilfesystem sichergestellt. Auch selbständige Fachpersonen organisieren sich für die Erteilung von Qualitätsleistungen.

Pro Senectute und das Rote Kreuz bieten ausserdem eine Vermietung von Hilfsmitteln an. Nach dem Jahresbericht 2007 von Pro Senectute nahmen 746 Personen (478 im Jahr 2006) diesen Dienst in Anspruch. Das Rote Kreuz führt in seinem Jahresbericht 2007 auf, dass die Zahl der Anschlüsse an das Alarmsystem um 15% gestiegen sei (2332 monatliche Anschlüsse gegenüber 2005 Anschlüssen im Jahr 2007).

Nach einer Umfrage des Sozialvorsorgeamtes im Jahr 2004 wurden im Kanton durchschnittlich täglich rund 750 Mahlzeiten für rund 830 Personen über 65 Jahren geliefert oder serviert. Sichergestellt wurden diese Leistungen nahezu zur Hälfte von Pflegeheimen (47%), von Spitälern und Sonderheimen (35%) und von Restaurateuren und Traiteuren (18%). Gemäss den Antworten auf den Fragebogen, der an die Gemeinden erging, verfügen 9% von ihnen über gar keinen Mahlzeitendienst.

### 3.3 Soziale Einbindung

Heute erfreuen sich ältere Menschen einer besseren Gesundheit als in früheren Generationen und haben eine bessere Ausbildung genossen. Sie verfügen über grosse Sozialkompetenzen. Für diese Frauen und Männer ist die aktive Mitwirkung in der Gesellschaft wesentlich. Zahlreiche Rentnerinnen und Rentner machen in Vereinen mit. Schätzungsweise 40% der jüngeren Rentnerinnen und Rentner in der Schweiz setzen sich in informellen Tätigkeiten ein wie im Hüten der Enkelkinder oder in der

<sup>2</sup> Reicherts Michaël; Maggiori Christian: Foyers de jour du Canton de Fribourg: Qualité de vie et bien-être des hôtes et de leur entourage proximal; noch unveröffentlicht.

Freiwilligenhilfe an Personen ausserhalb ihrer Familie. Unsere Gesellschaft wird zunehmend von den Kompetenzen dieser Personen und der Hilfe, die sie jüngeren Generationen leisten können, abhängen.

Nur mit der Einbindung älterer Menschen in das soziale Netz kann die Gefahr der Isolierung vermindert werden. Die Antworten auf den Fragebogen zuhanden der Freiburger Gemeinden zeigten grosse Unterschiede unter den Gemeinden und Regionen des Kantons auf.

### **3.3.1 Einbindung in das politische Leben und Vertretung der Interessen älterer Menschen**

Der Schweizerische Seniorenrat hat mehrmals darauf hingewiesen, dass ältere Menschen übergangen werden, wo es darum geht, politische Entscheide zu fällen. Dies betrifft sowohl den Bund als auch die Kantone und die Gemeinden. Gemäss den Antworten auf den Fragebogen zuhanden der Gemeinden erachten nur 8% der Gemeinden die Einbindung älterer Menschen in das politische Leben als kommunale Aufgabe, 48% sind der Auffassung, diese Aufgabe obliege Pro Senectute, und 44% betrachten die Kirchen und Privatvereinigungen als dafür zuständig. Keiner dieser Organismen hat ein Mandat in diesem Sinne.

Die Rentnervereinigung ist im ganzen Kanton sehr gut vertreten und spielt eine wichtige Rolle in der Förderung der Rechte von Rentnerinnen und Rentnern. Die Gemeinden können von der Tätigkeit dieser Organisationen profitieren, indem sie sie namentlich als Partner in die Ausarbeitung kommunaler Strategien zugunsten älterer Menschen einbeziehen.

### **3.3.2 Einbindung in generationsübergreifende Aktivitäten**

Aus der Umfrage bei den Gemeinden geht hervor, dass die Einbindung älterer Menschen in generationsübergreifende Aktivitäten wie zum Beispiel die ausserschulische Betreuung im Kanton Freiburg bisher wenig entwickelt ist. In anderen Kantonen sind diesbezüglich zahlreiche Projekte lanciert worden; so zum Beispiel sind Seniorinnen und Senioren in die Programme Pedibus und die freiwillige Hausaufgaben-Aufsicht einbezogen worden. Solche Projekte verursachen keine hohen Kosten und können in allen Gemeinden aufgezogen werden. Sie entlasten die Familien und die Gemeinwesen und fördern den Kontakt unter den Generationen.

### **3.3.3 Besuchsdienst und weitere Hilfsdienste**

Der Besuchsdienst stellt ein einfaches Mittel dar, eine ältere Person präventiv im Auge zu behalten. Mit dem Besuch bei ihr zu Hause kann ihre soziale Situation beurteilt und einer zunehmenden Vereinsamung vorgebeugt werden. Gemäss den Antworten auf den Fragebogen zuhanden der Gemeinden werden in den meisten Gemeinden vereinzelte Hausbesuche von Seiten der Kirchen, Betagtenorganisationen oder örtlichen Vereinen angestattet. Einige Gemeinden haben einen Besuchsdienst für isolierte Seniorinnen und Senioren geschaffen, namentlich die Gemeinde Cugy, in der eine Person zu diesem Zweck beauftragt worden ist. Übrigens besteht seit April 2005 ein Freiwilligennetz in Freiburg; dieses ist eine wichtige Ressource für solche Tätigkeiten.

Die Umfrage unter den Gemeinden ergab auch, dass in einigen von ihnen ein Einkaufsdienst besteht, der von verschiedenen Betagtenorganisationen oder privaten Vereinigungen organisiert wird. Solche Leistungen ermöglichen es der älteren Person, in Kontakt mit der Gemeinschaft zu bleiben, und begünstigen ihre Autonomie.

Aufgrund ihrer Komplexität bereiten administrative Schritte, vor allem im Bereich der Sozialversicherungen, älteren Menschen zunehmend Schwierigkeiten. Nach einer Umfrage stellen nur sehr wenige Gemeinden (je nach Bezirk zwischen 7,2 und 0,6%) eine entsprechende Hilfe für ältere Menschen sicher.

### **3.3.4 Aktivitäten und Ausbildungsangebote für ältere Menschen**

Mehrheitlich in den Freiburger Gemeinden gibt es einen Klub, eine Seniorengruppe oder eine andere Organisation, die spezifische Aktivitäten für die Älteren veranstalten (Ausflüge, Zusammenkünfte). Die Teilnahme an einer Theateraufführung, einem Konzert oder einer Ausstellung fördert den Kontakt älterer Menschen mit der Gemeinschaft, vor allem wenn die Veranstaltungen zum generationsübergreifenden Kontakt ermuntern.

47% der Gemeinden nennen das Bestehen eines solchen Angebots. Vor allem örtliche Vereine organisieren kulturelle Veranstaltungen für Seniorinnen und Senioren. Das Angebot variiert je nach Bezirk. Gemäss den Antworten auf den Fragebogen sind es vermehrt die deutschsprachigen Gemeinden, welche Seniorinnen und Senioren in ihre kulturellen Aktivitäten einbeziehen.

Die Fortbildung ist ein wesentliches Mittel dafür, dass ältere Menschen weiterhin soziale Kontakte pflegen und ihre Kompetenzen entwickeln. Von Pro Senectute in der Schweiz getätigte Umfragen zeigen auf, dass vor allem Personen, die vor ihrer Pensionierung sehr aktiv waren, von den Ausbildungskursen profitieren.

82% der Gemeinden, die auf den Fragebogen antworteten, geben an, es gebe keine spezifische Ausbildung für ältere Menschen, 13% erklären, dass ein solches Angebot besteht, und 5% der Gemeinden verfügen über keine entsprechenden Informationen. Unter den angebotenen Kursen für Seniorinnen und Senioren nannten die Gemeinden Handarbeits-, Informatik- und Sprachkurse, Kurse religiöser Art, solche im Bereich Sport, Tanz, Kurse zur Allgemeinbildung, für den Gebrauch des Mobiltelefons, Kulturausflüge. Diese Kurse werden von Pro Senectute, der Volkshochschule oder anderen Organisationen angeboten.

## **3.4 Infrastrukturen**

Die Autonomie älterer Menschen hängt stark von der Gestaltung ihres Lebensrahmens ab. Wesentlich sind ihre Möglichkeiten des Zugangs zu bürgernahen Dienstleistungen wie Läden, Apotheken und Arztpraxen. Somit ist die Mobilität ein wichtiger Faktor für die Autonomie älterer Menschen.

Um älteren Menschen eine Lebensqualität sicherzustellen und ihre Integration in das Sozialnetz zu fördern, sind die Gestaltung der Umwelt und die Qualität der Infrastrukturen höchst wichtig.



### 3.4.1 Transporte

Jüngere Rentnerinnen und Rentner benützen häufig ihr eigenes Auto als Fortbewegungsmittel. Mit zunehmendem Alter überwiegen der Gebrauch öffentlicher Verkehrsmittel und die Fortbewegung zu Fuss. Ein effizientes und den Bedürfnissen älterer Menschen entsprechendes Netz öffentlicher Verkehrsmittel trägt erheblich zum Erhalt ihrer Autonomie bei. In diesem Bereich ergibt die Umfrage bei den Gemeinden, dass die Situation auf Kantonsebene eher zufrieden stellend ist. In einigen Bezirken aber beklagen die Gemeinden einen Mangel an öffentlichen Verkehrsmitteln.

Für Personen mit eingeschränkter Mobilität gibt es zwei Transportdienste im Kanton. Der im Jahr 1985 geschaffene Dienst Passe-Partout verfügt über eine Organisation in jedem Bezirk mit Einheitstarif und stützt sich auf die Freiwilligenarbeit ab. Der Dienst wird teilweise von der öffentlichen Hand finanziert. Der Transportdienst des Roten Kreuzes, der auf nationaler Ebene anerkannt ist, wird vom Bund finanziert. Auch er nimmt die Arbeit ehrenamtlich Tätiger in Anspruch.

Beide Dienste verzeichneten im Jahr 2007 eine gesteigerte Nachfrage und werden künftig noch mehr beansprucht werden.

### 3.4.2 Öffentlicher Raum

Ältere Menschen müssen den öffentlichen Raum benützen können, ohne dass sich ihnen Hindernisse entgegenstellen, die ihre Autonomie einschränken oder durch sie gefährdet werden (ein Drittel der in der Schweiz verunfallten oder getöteten Fussgängerinnen und Fussgänger sind über 64 Jahre alt). Demzufolge ist es wichtig, dass ältere Menschen über gesicherte Wege verfügen können, die ausreichend beleuchtet und mit Sitzbänken versehen sind. Die grosse Mehrheit der Freiburger Gemeinden beurteilt ihre Infrastrukturen als ausreichend, 11% aber melden diesbezügliche Mängel.

### 3.4.3 Wohnen

Die Wohnfrage ist für die Erhaltung der Autonomie älterer Menschen von zentraler Bedeutung. Nicht nur geht es um die Gestaltung von Wohnungen, die keine Hindernisse aufweisen, sondern auch um das soziale Umfeld. Die Zahl älterer Menschen, die in Kleinhaushalten leben, ist in den letzten Jahrzehnten erheblich gestiegen. Das Zusammenwohnen mit den Kindern oder mit weiter entfernten Angehörigen hat abgenommen. Derzeit möchten die Seniorinnen und Senioren in der Schweiz mehrheitlich in einer preisgünstigen, ruhigen und komfortablen Wohnung in der Nähe von Einkaufsmöglichkeiten leben.<sup>1</sup> Für die Mehrheit der Seniorinnen und Senioren ist ein Umzug ins Pflegeheim eine Möglichkeit, die nur bei absoluter Notwendigkeit für sie in Frage kommt.

Die Alterung der Bevölkerung bedingt somit die Entwicklung neuer Wohnformen, die den Bedürfnissen älterer Menschen sowie den örtlichen Besonderheiten und Lebensgewohnheiten Rechnung tragen. Verschiedene Organisationen im Kanton wie die Freiburger Rentnervereinigung verlangen den Bau gesicherter Wohnungen

zu erschwinglichen Preisen. Eine Volksmotion in diesem Sinne ist übrigens im Oktober 2007 eingereicht worden.

Nach einer Umfrage des Sozialvorgesamtes im Jahr 2004 gab es 432 Plätze in geschützten Wohnungen und 75 in altersgerechten Wohnungen, die vorrangig älteren Menschen vorbehalten sind. Rund 500 Personen ab 65 Jahren wohnten in diesen Wohnungen. In Anbetracht der wachsenden Nachfrage nach Alterswohnungen oder gesicherten Wohnungen ist dieses Angebot unzureichend. 80% der Gemeinden antworteten, sie befassten sich derzeit mit keinem neuen Alterswohnungsprojekt. In allen Bezirken befinden sich aber Projekte in der Umsetzungsphase.

Für städtische Gemeinden ist das Konzept des solidarischen Quartiers in mehreren Schweizer Kantonen sehr aktuell. Die Waadtländer Pro Senectute experimentiert seit mehreren Jahren mit Projekten, die auf der Entwicklung des Gemeinschaftslebens beruhen. Sie bestehen darin, die Bevölkerung, Vereinigungen und Fachleute zu ermutigen, gemeinsam die Bedürfnisse eines Quartiers oder Wohnblocks zu identifizieren, um der Isolierung älterer Menschen entgegenzuwirken.

### 3.4.4 Infrastrukturen und öffentliche Dienste

Die Umfrage bei den Freiburger Gemeinden ergab, dass diese mehrheitlich der Auffassung sind, ihre öffentlichen Gebäude seien altersgerecht. In Bezug auf die Begegnungsstätten verweisen nahezu 20% der Gemeinden auf diesbezügliche Mängel. Die allgemeine Einführung der bürgernahen Polizei trägt aktiv dazu bei, den Zugang zu den öffentlichen Stätten zu erleichtern und namentlich bei älteren Menschen das Gefühl der Sicherheit an den Begegnungsstätten zu erhöhen.

Gute Gemeindedienste wie zum Beispiel die Abfallentsorgung tragen zum Verbleib älterer Menschen zu Hause bei. Die grosse Mehrheit der Gemeinden hält ihr Abfallentsorgungssystem für gut.

Auf die Frage nach Spezialausrüstungen für die ältere Bevölkerung antworteten 48% der befragten Gemeinden nicht. 22% geben an, dass sie in keine Spezialausrüstung investiert haben.

## 4. BILANZ DES HEUTIGEN SYSTEMS UND HYPOTHESEN IN BEZUG AUF KÜNFTIGE MASSNAHMEN

Für eine erste Bilanz des heutigen Systems rund um ältere Menschen, damit Hypothesen in Bezug auf Verbesserungsmaßnahmen aufgestellt werden können, sind im Jahr 2007 zahlreiche private Organisationen und Vereine, Institutionen und weitere Akteure befragt worden, die sich im Kanton Freiburg für ältere Menschen einsetzen. Dank ihrem Entgegenkommen, ihren Erfahrungen und Kompetenzen konnte das Bild, wie es sich aus dem Fragebogen zuhanden der Gemeinden ergab, vervollständigt werden und wurden die ersten Schlussfolgerungen aus der Analyse der Anwendung der geltenden Gesetzgebung untermauert.

Die im Folgenden diskutierten Punkte erheben keinen Anspruch auf eine abschliessende Darstellung der Situation, sondern legen den Akzent auf eine bestimmte Anzahl von Problemen, die in der Umsetzung einer umfassenden Alterspolitik vorrangig behandelt werden müssen.

<sup>1</sup> Höpflinger François: Traditionelles und neues Wohnen im Alter. Age Report 2004, Zürich, Seismo Verlag, 2004.



#### 4.1 Medizinischer Bereich und Pflegebereich

Im medizinischen und im Pflegebereich sind schon verschiedene Massnahmen ergriffen worden, um die Qualität und die Koordination der Leistungen für die Freiburger Bevölkerung zu verbessern. Unter diesen Massnahmen, die auch den älteren Menschen zugute kommen, sei die Einsetzung des Freiburger Spitalnetzes genannt, diejenige des Netzes für die Pflege im Bereich psychische Gesundheit sowie die Zusammenfassung der Hilfe und Pflege zu Hause in jeweils ein- und demselben Spitex-Dienst. Mit der Errichtung von Gesundheitsnetzen ergriffen einige Bezirke die Initiative zur besseren Koordination des Angebots und der Leistungen der Pflegeleistungserbringer. Das Spital Marsens baute für die Pflegeheime sein Leistungsangebot in Liaison-Psychiatrie aus. Die Vereinigung freiburgischer Alterseinrichtungen (AFIPA/VFA) ihrerseits leistet grosse Arbeit, die Qualität der Leistungen in den Pflegeheimen des Kantons zu gewährleisten und zu verbessern.

Nichtsdestotrotz weist das bestehende System Mängel auf und verhindern bestimmte Faktoren seine Optimierung.

##### 4.1.1 Die geltende gesetzliche Regelung

Heute wird die sozialmedizinische Betreuung älterer Menschen durch zwei Gesetze geregelt: der stationäre Aspekt durch die Gesetzgebung über die Pflegeheime, der ambulante durch die Gesetzgebung über die Hilfe und Pflege zu Hause. Die beiden Gesetzgebungen verfolgen keinen gemeinsamen Zweck<sup>1</sup> und sehen daher keine Koordinationsmassnahmen vor, die gewährleisten würden, dass ältere Personen die Leistungen erhalten, die tatsächlich ihren Bedürfnissen entsprechen.

Jede dieser Gesetzgebungen weist die Entscheidungsbefugnisse und finanziellen Kompetenzen<sup>2</sup> verschiedenen öffentlichen Akteuren zu: Staat, Bezirkskommissionen, Gemeinden. Die folgende Tabelle lässt ermassen, wie komplex das System ist:

---

<sup>1</sup> Das Gesetz über die Pflegeheime «bezweckt, im Kanton das Angebot an Heimen für die Aufnahme betagter Personen sicherzustellen». Das Gesetz über die Hilfe und Pflege zu Hause «soll es jeder kranken, behinderten oder einer Unterstützung oder Überwachung bedürftigen Person ermöglichen, [...] so lange als möglich in ihrem gewohnten Umfeld zu leben».

<sup>2</sup> Neben den kantonalen öffentlichen Akteuren nicht zu vergessen ist die Bedeutung der Krankenversicherer in der Finanzierung der Langzeitpflege. Das vom Bundesparlament im Juni 2008 erlassene neue System für die Finanzierung dieser Leistungen wird erhebliche Änderungen im derzeitigen System bewirken.

	Staat	Bezirke	Gemeinden
Garantie der Bedarfsdeckung	<b>Hilfe und Pflege zu Hause:</b> Der Staat erstellt die besonderen Leistungsaufträge mit weiteren Institutionen des Gesundheitswesens, die für die Deckung des spezifischen Bedarfs der Bevölkerung nötig sind.	<b>Hilfe und Pflege zu Hause:</b> Die Gemeinden in Verbänden gewährleisten die Deckung des Bedarfs ihrer Bevölkerung (Leistungsaufträge an einen oder mehrere private Dienste oder Errichtung kommunaler Dienste).	<b>Pflegeheime:</b> Die Gemeinden sorgen für die Bereitstellung der für die Aufnahme betagter Personen nötigen Plätze.
Planung	<b>Pflegeheime:</b> Staatsrat (Ausarbeitung: Beratende Kommission für Pflegeheime + Kommission für Gesundheitsplanung). <b>Hilfe und Pflege zu Hause:</b> Keine formelle Zuständigkeit; Nach dem Gesundheitsgesetz hat der Staatsrat eine allgemeine Kompetenz in der Gesundheitsplanung (Ausarbeitung: Kommission für Gesundheitsplanung).	<b>Pflegeheime:</b> Stellungnahme der Bezirkskommissionen.	
Betriebsbewilligung	<b>Pflegeheime:</b> GSD (Amt für Gesundheit). <b>Hilfe und Pflege zu Hause:</b> GSD (Amt für Gesundheit).		
Kontrolle der Dotation mit Pflegepersonal	<b>Pflegeheime:</b> GSD (Sozialvorgeamt). <b>Hilfe und Pflege zu Hause:</b> GSD (Amt für Gesundheit).		
Anerkennung	<b>Pflegeheime:</b> Der Staatsrat anerkennt die Pflegebetten in den Pflegeheimen (Stellungnahme: beratende Kommission für Pflegeheime). <b>Hilfe und Pflege zu Hause:</b> Keine Anerkennung, aber Möglichkeit der Erteilung spezifischer Leistungsaufträge.	<b>Pflegeheime:</b> Stellungnahme der Bezirkskommissionen  <b>Hilfe und Pflege zu Hause:</b> Keine Anerkennung, aber Möglichkeit der Erteilung von Leistungsaufträgen an private Dienste.	
Medizinische Überwachung	<b>Pflegeheime:</b> GSD (Kantonsarztamt). <b>Hilfe und Pflege zu Hause:</b> Die Pflegefachpersonen bedürfen einer Bewilligung zur selbständigen Berufsausübung und müssen die Arbeit des Personals überwachen, dass dieser Bewilligung nicht unterstellt ist.		
Finanzielle Entscheidungsbefugnisse	<b>Pflegeheime:</b> Der Staatsrat <u>setzt den maximalen Pensionspreis fest</u> , der in der Berechnung der Ergänzungsleistungen und indirekt der individuellen Beiträge an die Betreuungskosten berücksichtigt wird. Die Ausgleichskasse <u>ermittelt den Anspruch auf Ergänzungsleistungen</u> und berechnet die Höhe der individuellen Beiträge. Das Sozialvorgeamt <u>setzt den Betreuungspreis für jedes Pflegeheim fest</u> . <u>Genehmigung der Voranschläge</u> Pflege- und Betreuungspersonal: GSD (Sozialvorgeamt). <b>Hilfe und Pflege zu Hause:</b> Der Staatsrat <u>setzt die Höhe der Pauschalentschädigung fest</u> (auf Vorschlag der Bezirke).	<b>Pflegeheime:</b> Die Bezirkskommissionen für Pflegeheime teilen die Finanzierungskosten je Aufenthalt unter den Gemeinden auf. <sup>1</sup>  <b>Hilfe und Pflege zu Hause:</b> Die Bezirkskommissionen verteilen die Finanzlasten unter den Gemeinden. Sie entscheiden über die <u>Gewährung der Pauschalentschädigung</u> .	

<sup>1</sup> Dies ist aber nicht in allen Bezirken der Fall.

	Staat	Bezirke	Gemeinden
Verteilung der Finanzlast	<p><b>Pflegeheime:</b> <u>Ergänzungsleistungen:</u> der Kantonsanteil geht zu 100% zulasten des Staates (Übergangsperiode).</p> <p><u>Subventionierung der Betreuungskosten:</u> 45% zulasten des Staates.</p> <p><b>Hilfe und Pflege zu Hause:</b> Beitrag in Höhe von 35% der Kosten des Personals für die Leistungen der Pflege und Hilfe zu Hause.</p> <p><u>Ergänzungsleistungen:</u> der Kantonsanteil geht zu 100% zulasten des Staates (Übergangsperiode).</p>		<p><b>Pflegeheime:</b> <u>Investitions- und Finanzierungskosten:</u> 100% zulasten der Gemeinden.</p> <p><u>Betriebsdefizite:</u> 100% zulasten der Gemeinden, die durch Vereinbarung oder die Statuten eines Vereins mit dem Heim verbunden sind.</p> <p><u>Subventionierung der Betreuungskosten:</u> 55% zulasten der Gemeinden.</p> <p><b>Hilfe und Pflege zu Hause:</b> Die <u>Zahlung der Pauschalentschädigung</u> geht zulasten der Gemeinden.</p> <p><u>Der Betriebskostenüberschuss</u> der Dienste geht zulasten der Gemeinden.</p>
Koordination		<p><b>Pflegeheime:</b> Die Bezirkskommissionen für Pflegeheime (CO-DEMS) tragen zur Koordination der Tätigkeit der Pflegeheime mit derjenigen der sozialmedizinischen Dienste ihres Bezirks bei.</p> <p><b>Hilfe und Pflege zu Hause:</b> Die Bezirkskommissionen für Hilfe und Pflege zu Hause vergewissern sich, dass die Dienste mit den Spitälern, Pflegeheimen und übrigen Institutionen des Gesundheitswesens zusammenarbeiten.</p>	

Diese Tabelle zeigt, dass die Verantwortung für die politische Steuerung und die Koordination bei den sozialmedizinischen Leistungen für ältere Menschen nicht klar definiert ist. Dies erleichtert die Bedarfsanalyse und -planung nicht gerade und verhindert ein kohärentes Einwirken auf die Entwicklung des Leistungsangebots auf Kantonsebene. Zum Beispiel ist die Planung der nötigen Bettenzahl in den Pflegeheimen (kantonale Zuständigkeit) namentlich an das Angebot der Leistungen der Spitex-Dienste (Gemeindezuständigkeit) gebunden. Dieses Angebot kann der Staat nicht beeinflussen.

Im Pflegeheimbereich verhindert ausserdem die Aufteilung der finanziellen Zuständigkeiten zwischen Staat und Gemeinden die Festsetzung einheitlicher Management-Normen und -Kriterien, die eine Beeinflussung der Kostenentwicklung ermöglichen. Dies erschwert den Vergleich auf Kantonsebene.

Demzufolge kommt man nicht umhin, die Verantwortungsverteilung zwischen den verschiedenen öffentlichen Akteuren zu überprüfen, zu bestimmen, wer von ihnen die Verantwortung für die Steuerung und Koordination der sozialmedizinischen Leistungen für ältere Menschen übernimmt.

#### **4.1.2 Instrumente und Daten für die Ermittlung des Bedarfs älterer Menschen**

Die oben festgestellten Mängel des Gesetzgebungssystems erschweren die Einsetzung von kohärenten Massnahmen und Instrumenten, mit denen die Bedürfnisse älterer Menschen berücksichtigt werden können. Von den für die Abfassung dieses Berichts befragten Pflegeleistungserbringern wird der Einsatz von Instrumenten und Datenbanken gewünscht. Dabei handelt es sich insbesondere um die folgenden Instrumente:

- Informationssystem, das die Daten über sämtliche Gesundheitsstrukturen enthält

Wie in der Botschaft Nr. 251 vom 13. März 2006 zum Entwurf des Gesetzes über das Freiburger Spitalnetz gesagt, ermöglicht «die Sammlung und Bereitstellung von harmonisierten und auf einer einzigen Basis erstellten Statistikinformationen zuverlässige Vergleiche zwischen Einheiten – ein unverzichtbares Werkzeug für eine leistungsstarke Bewirtschaftung». Diese Feststellung gilt nicht nur für das Freiburger Spitalnetz. Eine umfassende Alterspolitik verlangt, dass man über harmonisierte Statistikinformationen über sämtliche Pflegeeinrichtungen verfügt, die Leistungen an ältere Personen erteilen. Da es an einer solchen Statistik fehlt, erhielt das Obsan für die Bedarfsplanung 2009–2020 im Langzeitpflege-Bereich einen Auftrag. Dieser Auftrag umfasst namentlich die Bestimmung der Daten und Werkzeuge, die der Kanton für die regelmässige Bedarfsanalyse und die Bedarfsplanung in den Bereichen Pflegeheim und Spitex benötigt.

- Einheitliches System für die Beurteilung der Bedürfnisse älterer Menschen

Mit der kantonsweiten Einführung eines Rasters für die Beurteilung des Bedarfs der älteren Person, das für alle Pflegeleistungserbringer gültig wäre, könnten einheitliche Kriterien geschaffen werden, nach denen diese Personen an die Pflegestrukturen verwiesen würden, die ihrem Bedarf am besten gerecht werden.

- Personen- «Leitsystem»

Auf Kantonsebene gibt es keine Organisation zwecks Koordinierung der Nachfrage nach der Pflegeheimbetreuung älterer Menschen. Die Anträge laufen über die Sozialdienste der Spitäler oder kommen direkt von den Familien, unter Mitwirkung der behandelnden Ärztinnen oder Ärzte bzw. der Spitex-Dienste. Wie dringend und begründet die Heimaufnahme ist, wird somit nur angesichts der betroffenen Person und der verfügbaren Plätze in den kontaktierten Pflegeheimen beurteilt. Eine übergreifendere Beurteilung der Anträge auf einen Pflegeheimenritt und ihrer Dringlichkeit auf Kantonsebene ist somit nicht möglich. Um aber die Betreuung der Personen und die Verwendung der Infrastrukturen zu optimieren, wäre dies wünschenswert.

#### **4.1.3 Koordinationsstrukturen**

Nicht selten muss ein älterer Mensch nach einem Spitalaufenthalt ins Pflegeheim, weil ihm die Zeit fehlte, die für die Heimkehr nötigen physischen und psychischen Mittel wiederzuerlangen oder weil es ihm an ausreichender Unterstützung durch Angehörige mangelt. In solchen Fällen müssen die Sozialdienste der Spitäler rasch einen Aufenthaltsort ausfindig machen, der den Erwartungen der Person und ihrer Angehörigen bestmöglich entspricht. Um die Nachbetreuung nach Spitalaufenthalten sicherzustellen, könnten unabhängige Betreuungsstrukturen für den Kurzaufenthalt geschaffen werden, idealerweise in der Nähe der Spitäler. Ihr Auftrag bestünde darin, gesamthaft die Möglichkeit der älteren Person zur Rückkehr nach Hause zu beurteilen und an der Verbesserung ihres Gesundheitszustands zu arbeiten. Dadurch würden Betten in den Pflegeeinrichtungen frei, und gleichwohl hätte die ältere Person eine Betreuung, die ihrem Bedarf gerecht wird. Solche Strukturen hätten ausserdem die Aufgabe, den Bedarf der jeweiligen Person nach Pflege und Leistungen der sozialen Begleitung im Fall ihrer Heimkehr zu bestimmen (s. Punkt 4.2.1).

#### **4.1.4 Zwischenstrukturen**

Für eine Entlastung Angehöriger, die sich um einen älteren Menschen kümmern, insbesondere um Demenzzranke, müssen die Betreuungsangebote in den Tagesstätten und Pflegeheimen unseres Kantons diversifiziert werden, namentlich die Mittel der Aufnahme für Kurzaufenthalte. In diesem Zusammenhang ist auch über die Rolle zu diskutieren, die von Altersheimen (Pensionen) und weiteren Konvaleszenzeinrichtungen wahrgenommen werden könnte.

Projekte für die Schaffung gesicherter Wohnungen oder anderer Wohnformen mit dem Ziel, älteren Menschen eine bedürfnisgerechte Infrastruktur sowie Hotellerie- oder Pflegeleistungen anzubieten, werden derzeit von Gemeinden oder Privaten erwogen. Einige dieser Projekte sehen vor, ein von den Pflegeheimen gebotenes Synergiepotenzial auszuschöpfen. Solche Projekte der Vernetzung mit einem Pflegeheim (mit Formen gesicherten Wohnens) werfen namentlich die Frage der Zweckmässigkeit eines Ausbaus der ambulanten Leistungen auf. Auch stellt sich die Frage nach der Ansiedlung dieser gesicherten Wohnungen und der Notwendigkeit ihrer Integration in eine Umgebung, die den Zugang zu den Infrastrukturen ermöglicht und den Austausch zwischen den Generationen begünstigt.



#### 4.1.5 Betreuung Demenzkranker

Die Pflegeheime des Kantons Freiburg nehmen eine steigende Anzahl Demenzkranker auf und erhalten liaison-psychiatrische Leistungen des Netzes für die Pflege im Bereich psychische Gesundheit. Klar vorrangig auf Kantonsebene muss die Ausbildung des Pflege- und Betreuungspersonals sein, um eine angemessene Betreuung solcher Personen zu gewährleisten. Wichtig ist auch, dass das in den Spitälern des Freiburger Spitalnetzes arbeitende Personal ebenfalls auf die spezifischen Bedürfnisse Demenzkranker sensibilisiert wird. Eine bessere Betreuung Demenzkranker erfordert auch eine Anpassung der Aufnahme-Infrastrukturen. Die Evaluation des derzeit laufenden Pilotversuchs einer alterspsychiatrischen Abteilung in der Résidence des Chênes in Freiburg wird es ermöglichen, die künftigen Anforderungen in Bezug auf die Ausbildung des Personals und auf die Infrastrukturen für die Aufnahme Demenzkranker festzulegen.

#### 4.2 Soziale Einbindung

Wie aus den von den Gemeinden ausgefüllten Fragebögen hervorgegangen ist, werden auf dem ganzen Kantonsgebiet zahlreiche Aktivitäten und Leistungen angeboten, die darauf hinzielen, ältere Menschen in ihrem sozialen Umfeld zu belassen. Wie die Pflegeleistungen sind auch diese Leistungen wesentlich für die verbleibende Autonomie der älteren Person und ihre Einbindung in die Gemeinschaft.

##### 4.2.1 Information und Klarheit über die auf Gemeinde- und Regionsebene vorhandenen Angebote

Der Zugang zu den verschiedenen Leistungen für Seniorinnen und Senioren bedingt eine klare Information, auf die sowohl ältere Menschen als auch ihre Angehörigen und die Gesundheitsfachleute leicht Zugriff haben. Nun gibt es aber so vielerlei private und öffentliche Organismen, die für Leistungen der sozialen Begleitung zu Hause lebender Seniorinnen und Senioren in Frage kommen, dass es nicht immer leicht ist, in Erfahrung zu bringen, was von wem angeboten wird und wie man zu diesen Leistungen kommt. Deshalb wäre es wünschenswert, einen Organismus auf Gemeinde- oder Regionsebene mit der Koordination der Information über diese Leistungen zu betrauen, ebenso mit der Aufgabe, auf Gemeinde- oder Regionsebene Schalter, an denen sich ältere Menschen und ihre Angehörigen nach den vorhandenen Angeboten erkundigen können, sowie die kantonalen Pflegestrukturen im Hinblick auf eine allfällige Heimkehr der älteren Person (s. Punkt 4.1.3) zu schaffen. Diese Organismen könnten auch zur Organisation dieser Leistungen je nach dem spezifischen Bedarf und den Wünschen der Person beitragen.<sup>1</sup>

##### 4.2.2 Leistungen für die Integration älterer Menschen

Immer mehr Gemeinden werden sich bewusst, wie wichtig es ist, Leistungen und spezifische Aktivitäten für ältere Menschen zu entwickeln, denn sie haben die Vorzüge des Einbezugs der Seniorinnen und Senioren in das politische und soziale Leben der Gemeinde begriffen. Es bleiben

<sup>1</sup> Diese Frage muss mit der geplanten Schaffung eines «Sozialchalters» koordiniert werden, die derzeit in der Direktion für Gesundheit und Soziales diskutiert wird.

noch zahlreiche Wege zu erkunden und Massnahmen zu erwägen, um zu vermeiden, dass abhängige Menschen sich isolieren, oder um von den zahlreichen Kompetenzen unserer Seniorinnen und Senioren zu profitieren.

Wie dies in einigen Freiburger Gemeinden der Fall ist, könnten mit der Einsetzung kommunaler Alterskonzepte die Behörden und die Bevölkerung für die Probleme und spezifischen Bedürfnisse älterer Menschen sensibilisiert werden. Sie würde dazu veranlassen, über originelle Massnahmen nachzudenken, mit denen die Kompetenzen der Seniorinnen und Senioren aufgewertet und Kontakte zwischen den Generationen gefördert werden. Um die Gemeinden in diesem Bemühen zu unterstützen, wäre es denkbar, Informationen über alle in den verschiedenen Gemeinden laufenden Initiativen und Projekte auf Kantonsebene zu zentralisieren und zu verbreiten. Dies würde die Entstehung gleichartiger Projekte in weiteren Gemeinden begünstigen.

#### 4.3 Infrastrukturen

Damit ältere Menschen so lange wie möglich zu Hause leben und in das von ihnen gewählte soziale Umfeld integriert bleiben können, brauchen sie Infrastrukturen und einen Lebensrahmen, die ihren Bedürfnissen gerecht werden. Diese Bedürfnisse müssen von den Gemeinden entsprechend den örtlichen Besonderheiten und Lebensgewohnheiten ermittelt werden. Wie bezüglich der Leistungen unter Punkt 4.2.2 würde die Entwicklung kommunaler Alterskonzepte es ermöglichen, eine Bilanz über den Stand der Infrastrukturen auf Gemeindeebene zu erstellen und konkrete Massnahmen für deren Verbesserung ins Auge zu fassen.

##### 4.3.1 Altersgerechte Wohnungen und Gemeinde-Infrastrukturen

Die grosse Mehrheit älterer Menschen denkt an keinen Umzug, es sei denn, ein solcher wäre unumgänglich. Es gibt einige relativ einfache Massnahmen, zum Beispiel im Sanitärbereich, mit denen eine Wohnung so umgewandelt werden kann, dass sie altersgerecht ist. Andere bauliche Massnahmen, wie zum Beispiel der Einbau eines Aufzugs, können komplexer sein. Zudem müssen die Hauseigentümer ein Gespür für die spezifischen Bedürfnisse älterer Menschen haben und in solche baulichen Anpassungen einwilligen, wo sie sich als nötig erweisen. Es ist zu überlegen, mit welchen Massnahmen die Gemeinwesen Eigentümerinnen und Eigentümer zu Umbauten in ihren Häusern sowie private und öffentliche Promotoren zum Bau altersgerechter Wohnungen motivieren könnten. Das Gleiche gilt für die öffentlichen Infrastrukturen (Zugang zu öffentlichen Gebäuden, Trottoirs, Begegnungsstätten).

##### 4.3.2 Zugang zu Dienstleistungserbringern und Läden

Ältere Menschen mit eingeschränkter Mobilität müssen Zugang zu Läden und anderen Dienstleistungen haben können, mit denen ihr wichtigster Bedarf sichergestellt wird. Demzufolge müssen Massnahmen, die dem Verbleib oder der Ansiedlung von Läden und Dienstleistungserbringern in der Nähe altersgerechter Wohnungen förderlich sind, oder aber muss die Organisation von Verkehrsmitteln zu weiter entfernten Strukturen geprüft werden.

## 5. ORGANISATION DES PROJEKTS FÜR DIE UMSETZUNG DER VERFASSUNGSARTIKEL ÜBER ÄLTERE MENSCHEN

Die Feststellungen zu den Mängeln des heutigen Systems im Kanton Freiburg und die ersten, im vorigen Kapitel vorgestellten Lösungsansätze geben einen Überblick über den Umfang und die Vielschichtigkeit der Probleme, die für die Förderung einer umfassenden Alterspolitik gelöst werden müssen.

Die Einsetzung einer solchen Politik erfordert zuerst die Festlegung der Ziele, die man erreichen will. Erst dann kann man sich mit den Instrumenten und Massnahmen befassen, die sich für die Erreichung dieser Ziele eignen. Dieses Vorgehen setzt ein Projekt voraus, in welches alle öffentlichen und privaten Akteure einbezogen werden, die zur Verbesserung der Lebensbedingungen älterer Menschen beitragen können.

### 5.1 Zeitplan für das Projekt

Für das Projekt zur Umsetzung der Verfassungsartikel über ältere Menschen ist der folgende Zeitplan vorgesehen:

September 2008	• Übermittlung des Berichts an den Grossen Rat
Oktober–Dezember 2008	• Einsetzung der Projektorganisation
Januar–Dezember 2009	• Ausarbeitung eines Entwurfs für das Gesamtkonzept • Skizzierung eines Gesetzesvorentwurfs
Januar–März 2010	• Vernehmlassung über den Entwurf des Gesamtkonzepts bei Pflegeheimen und Vereinskreisen

April–August 2010

• Ausarbeitung des Gesetzesvorentwurfs

• Auswertung der Vernehmlassungsergebnisse  
• Ausarbeitung des Gesamtkonzepts und Anpassung des Gesetzesvorentwurfs

September–Dezember 2010

• Vernehmlassung über den Gesetzesvorentwurf (mit dem Gesamtkonzept)

Januar–Februar 2011

• Auswertung der Vernehmlassungsergebnisse  
• Ausarbeitung des Gesetzesentwurfs und der Botschaft

März 2011

• Übermittlung des Gesetzesentwurfs und des Gesamtkonzepts an den Staatsrat zur Genehmigung

April 2011

• Übermittlung des Gesetzesentwurfs und der Botschaft an den Grossen Rat

Mai–September 2011

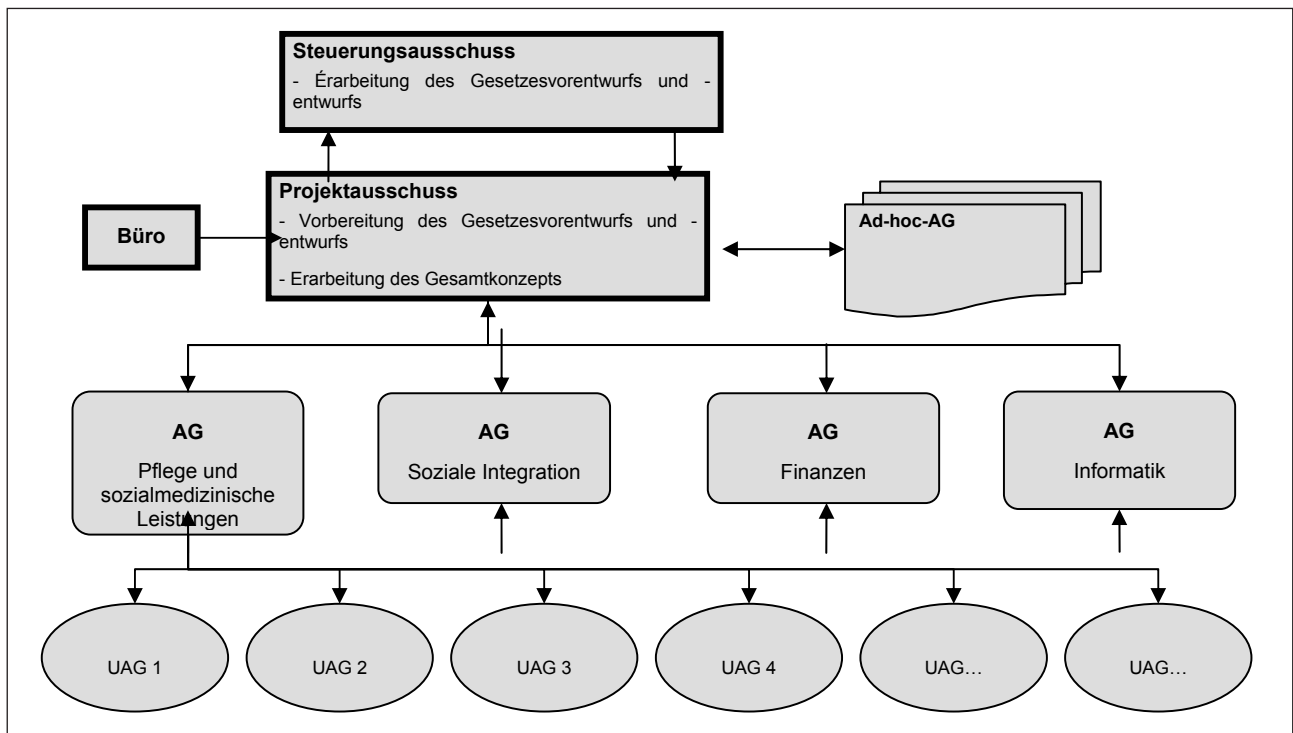
• Erlass des Gesetzes durch den Grossen Rat

1. Januar 2012

• Inkrafttreten des Gesetzes und des Gesamtkonzepts

### 5.2 Projektorganisation

Die Umsetzung einer umfassenden Alterspolitik erfordert von Anfang an eine Mitwirkung der betroffenen Kreise. Diese werden in verschiedenen Arbeitsgruppen (AG) und Arbeits-Untergruppen (UAG) nach dem folgenden Organigramm vertreten sein:



Um zu gewährleisten, dass das Projekt in ein System mündet, welches den Bedürfnissen älterer Menschen, den regionalen Besonderheiten, den verfügbaren Finanzmitteln und den bestehenden Interaktionen zwischen den verschiedenen Leistungserbringern Rechnung trägt, werden die Arbeitsgruppen und -untergruppen namentlich aus Vertreterinnen und Vertretern der verschiedenen für ältere Menschen tätigen Vereine und Institutionen, aus solchen der Gesundheitskreise und solchen der kommunalen und kantonalen Behörden zusammengesetzt.

## 6. ANTRAG

Dieser Bericht stellt eine erste Etappe in der Umsetzung der Verfassungsartikel über ältere Menschen dar. Gemäss der Ankündigung des Staatsrats in seiner Antwort vom 7. Juni 2006 auf das Postulat Weber-Gobet und Thomet gibt er einen allgemeinen Überblick über die Massnahmen und Leistungen, die derzeit in unserem Kanton zugunsten älterer Menschen bestehen, und definiert die Bedürfnisse, denen künftig Rechnung zu tragen ist. Somit ist er ein notwendiges Instrument für die weiteren Arbeiten, die auf die Umsetzung der Verfassungsartikel 35 und 62 hinzielen.

Die Bestimmung der Ziele, die von der kantonalen Alterspolitik erreicht werden müssen, und die Wahl der vorrangigen Massnahmen und Instrumente zur Verbesserung des heutigen Systems werden Gegenstand eines Rahmengesetzes sein. Das Rahmengesetz muss auch die Rolle und die politische und finanzielle Verantwortung der verschiedenen öffentlichen und privaten Akteure in der Umsetzung dieser Politik festlegen. Es muss ferner auch die Einsetzung von Kriterien vorsehen, nach denen die Auswirkung des neuen Systems beurteilt werden kann. Die im Rahmengesetz erarbeiteten Grundsätze werden in einem Gesamtkonzept zugunsten älterer Menschen konkretisiert.

Der Staatsrat lädt Sie ein, von diesem Bericht Kenntnis zu nehmen.

---

### Anhänge:

- Glossar der demografischen Indikatoren (vgl. Ziff. 2.1.2 des Berichts)
  - Fragebogen für die Gemeinden
-

## Glossaire des indicateurs démographiques (cf. ch. 2.1.2 du rapport)

---

Taux brut de natalité (pour 1000 habitants)	→	Le taux brut de natalité correspond au nombre total de naissances vivantes au cours de l'année enregistré dans la seule population résidante permanente au milieu de l'année.
Taux brut de mortalité (pour 1000 habitants)	→	On rapporte le nombre total de décès à l'ensemble de la population résidante permanente au milieu de l'année.
Solde naturel pour 1000 habitants	→	On rapporte le solde qu'on obtient de la différence des naissances moins les décès à l'ensemble de la population résidante permanente au milieu de l'année.
Solde migratoire international pour 1000 habitants	→	Aussi appelé taux de migration nette, on rapporte le solde migratoire international (immigrations moins émigrations) à l'ensemble de la population résidante permanente au milieu de l'année.
Solde migratoire intercantonal pour 1000 habitants	→	Même calcul qu'en dessus au niveau intercantonal.
Solde migratoire total pour 1000 habitants	→	Correspond à la somme des deux soldes précédents.
Taux brut de naturalisation (pour 1000 habitants)	→	On rapporte le nombre d'acquisitions de la nationalité suisse enregistrées durant l'année civile à l'effectif des titulaires d'une autorisation annuelle (B, C et L) au début de l'année.
Accroissement de la population (pour 1000 habitants)	→	On calcule la variation d'une année à l'autre en ‰.
Proportion d'étrangers en %	→	On rapporte le nombre d'étrangers à la population totale de la Suisse.
Rapport de masculinité	→	Le nombre de naissances vivantes masculines est rapporté à l'effectif des naissances vivantes féminines. Le résultat s'exprime en nombre d'hommes pour 100 femmes.
Âge médian	→	Correspond à l'âge où 50% de la population est plus jeune et 50% plus âgée.
Proportion des moins de 20 ans en %	→	On rapporte l'effectif des moins de 20 ans à la population totale de la Suisse.
Proportion des 20–64 ans en %	→	On rapporte l'effectif des 20–64 ans à la population totale de la Suisse.
Proportion des 65 ans ou plus en %	→	On rapporte l'effectif des 65 ans et plus à la population totale de la Suisse.
Rapport total de dépendance en %	→	On rapporte l'effectif des moins de 20 ans et des 65 ans et plus à celui des 20–64 ans.
Rapport de dépendance des personnes âgées en %	→	On rapporte l'effectif des 65 ans et plus à celui des 20–64 ans.
Rapport de dépendance des jeunes en %	→	On rapporte l'effectif des moins de 20 ans à celui des 20–64 ans.

---



## Glossar der demografischen Indikatoren (vgl. Ziff. 2.1.2 des Berichts)

---

Rohe Geburtenziffer (pro 1000 Einwohner)	→	Zahl der Lebendgeburten in einem bestimmten Kalenderjahr je 1000 Personen der ständigen Wohnbevölkerung in der Jahresmitte.
Rohe Sterbeziffer (pro 1000 Einwohner)	→	Zahl der Todesfälle in einem bestimmten Kalenderjahr je 1000 Personen der ständigen Wohnbevölkerung in der Jahresmitte.
Geburtenüberschuss pro 1000 Einwohner	→	Die Differenz zwischen der Zahl der Lebendgeburten und der Zahl der Todesfälle in einem bestimmten Kalenderjahr je 1000 Personen der ständigen Wohnbevölkerung in der Jahresmitte.
Internationaler Wanderungssaldo pro 1000 Einwohner	→	Die Differenz zwischen der Zahl der Einwanderungen und der Zahl der Auswanderungen in einem bestimmten Kalenderjahr je 1000 Personen der ständigen Wohnbevölkerung in der Jahresmitte (auch: internationale Wanderungssaldoziffer).
Binnenwanderungssaldo pro 1000 Einwohner	→	Die Differenz zwischen der Zahl der Zuwanderungen und der Zahl der Abwanderungen innerhalb der Schweiz in einem bestimmten Kalenderjahr je 1000 Personen der ständigen Wohnbevölkerung in der Jahresmitte (auch: Binnenwanderungssaldoziffer).
Wanderungssaldo pro 1000 Einwohner	→	Summe aus internationalem Wanderungssaldo und Binnenwanderungssaldo pro 1000 Einwohner.
Rohe Einbürgerungsziffer (pro 1000 Einwohner)	→	Zahl der in einem bestimmten Kalenderjahr das Schweizer Bürgerrecht erwerbenden Personen je 100 ausländische Aufenthalter und Niedergelassenen am Anfang des gleichen Kalenderjahres.
Bevölkerungswachstum (pro 1000 Einwohner)	→	Zu- oder Abnahme der Bevölkerungszahl in einem bestimmten Kalenderjahr je 1000 Personen der ständigen Wohnbevölkerung in der Jahresmitte (auch Wachstumsrate).
Ausländeranteil in %	→	Zahl der ausländischen Staatsangehörigen in einem bestimmten Kalenderjahr je 100 Personen der gesamten ständigen Wohnbevölkerung.
Geschlechterverhältnis	→	Zahl der männlichen Personen je 100 weibliche Personen der ständigen Wohnbevölkerung.
Medianalter	→	Alter, das eine Bevölkerung statistisch in zwei gleich grosse Gruppen teilt: 50% der Bevölkerung sind jünger, und 50% sind älter als dieser Wert.
Anteil unter 20-Jährige in %	→	Zahl der 0–19-Jährigen je 100 Personen der ständigen Wohnbevölkerung.
Anteil der 20–64-Jährigen in %	→	Zahl der 20–64-Jährigen je 100 Personen der ständigen Wohnbevölkerung.
Anteil der 65-Jährigen und Älteren in %	→	Zahl der 65-Jährigen und Älteren je 100 Personen der ständigen Wohnbevölkerung.
Gesamtquotient in %	→	Verhältnis der 0–19-Jährigen und 65-Jährigen und Älteren zu den 20–64-jährigen Personen.
Altersquotient in %	→	Verhältnis der 65-Jährigen und Älteren zu den 20–64-jährigen Personen.
Jugendquotient in %	→	Verhältnis der 0–19-Jährigen und Älteren zu den 20–64-jährigen Personen.

---



Nom de la commune :

Name der Gemeinde:

District de :

Bezirk:

## Questionnaire pour les communes Fragebogen für die Gemeinden

### Données démographiques Demographische Daten

Combien de personnes âgées votre commune comptait-elle au 31.12.2006 ?  
Wie viele Senioren und Hochbetagte lebten am 31. Dezember 2006 in Ihrer Gemeinde?

Population totale  
Gesamtbevölkerung

de 65 ans à 79 ans  
von 65 Jahren bis 79 Jahren

Femmes / Frauen

Hommes / Männer

80 ans et plus  
ab 80 Jahren

Femmes / Frauen

Hommes / Männer

### Aménagements spéciaux Spezialausrüstung

Dans votre commune, comment qualifieriez-vous l'état actuel, en rapport avec les besoins des personnes âgées, des aménagements suivants ?  
Wie schätzen Sie die gegenwärtigen Infrastrukturen in Hinblick auf die speziellen Bedürfnisse alter Menschen in Ihrer Gemeinde ein?

Bâtiments publics Öffentliche Gebäude	<input type="radio"/> Insuffisant / Ungenügend <input type="radio"/> Suffisant / Genügend <input type="radio"/> Bon / Gut <input type="radio"/> Très bon / Sehr gut
Lieux de rencontre (jardin public, salle polyvalente) Begegnungsstätten (Park, Mehrzweckhalle)	<input type="radio"/> Insuffisant / Ungenügend <input type="radio"/> Suffisant / Genügend <input type="radio"/> Bon / Gut <input type="radio"/> Très bon / Sehr gut
Arrêts de bus Bushaltestellen	<input type="radio"/> Insuffisant / Ungenügend <input type="radio"/> Suffisant / Genügend <input type="radio"/> Bon / Gut <input type="radio"/> Très bon / Sehr gut
Système de ramassage des ordures Abfallentfernung	<input type="radio"/> Insuffisant / Ungenügend <input type="radio"/> Suffisant / Genügend <input type="radio"/> Bon / Gut <input type="radio"/> Très bon / Sehr gut
Trottoirs, Eclairage public, Bancs publics Trottoir, öffentliche Beleuchtung, Sitzbänke	<input type="radio"/> Insuffisant / Ungenügend <input type="radio"/> Suffisant / Genügend <input type="radio"/> Bon / Gut <input type="radio"/> Très bon / Sehr gut
Médecins et pharmacies Äerzte und Apotheken	<input type="radio"/> Insuffisant / Ungenügend <input type="radio"/> Suffisant / Genügend <input type="radio"/> Bon / Gut <input type="radio"/> Très bon / Sehr gut
Commerces et services (Banque, Poste) Läden und Dienste (Bank, Post)	<input type="radio"/> Insuffisant / Ungenügend <input type="radio"/> Suffisant / Genügend <input type="radio"/> Bon / Gut <input type="radio"/> Très bon / Sehr gut

Dans votre commune, quels aménagements spéciaux avez-vous réalisé afin de favoriser l'intégration des personnes âgées ?  
 Welche speziellen Ausrüstungen hat Ihre Gemeinde ausgebaut um die Integration von alten Menschen zu fördern?

**Intégration/Participation  
 Integration/Partizipation**

Quelles offres existent dans votre commune pour les seniors et les personnes âgées (domaine des activités, de l'intégration et de la prévention) ?  
 Welche Angebote für Senioren und Betagte existieren in Ihrer Gemeinde (Bereich Aktivierung, Integration und Prävention)?

	Pro Senectute	Eglises Kirchen	Associations privées Privatverbände	Autres Andere
<b>Conseil des aînés (intégration dans la vie politique)                      Älterenrat (Integrierung in das politische Leben)</b> Organisateur : <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Intégration des aînés dans l'accueil extrascolaire                      Mitarbeit der Senioren am Mittagstisch für Kinder</b> Organisateur : <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Service de visites (non professionnel)                      Besuchsdienste (nicht durch Fachpersonal)</b> Organisateur : <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Aide pour les achats                      Einkaufsdienst</b> Organisateur : <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	Pro Senectute	Eglises Kirchen	Associations privées Privatverbände	Autres Andere
<b>Aide pour les démarches administratives                      Hilfsdienst für Verwaltungsarbeiten</b> Organisateur : <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Gymnastique                      Altersturnen</b> Organisateur : <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Cours de prévention des accidents                      Unfallverhütungskurse</b> Organisateur : <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Excursions                      Ausflüge</b> Organisateur : <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Après-midi pour aînés                      Altersnachmittage</b> Organisateur : <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Groupes de seniors, seniors actifs                      Seniorengruppe, aktive Senioren</b> Noms des organisations : Name der Organisationen:				
<b>Conseil social, conseil pour seniors                      Sozial-, Altersberatung</b> Organisateur : <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Autres                      Andere</b>				

### Formation continue et offre culturelle Weiterbildung und kulturelles Angebot

Existe-t-il une offre de formation pour aînés dans votre commune (ex. cours d'informatique, cours de langues, jardinage, travaux manuels, connaissances générales) ?  
Gibt es in Ihrer Gemeinde ein Bildungsangebot für Senioren und Betagte (Beispiel Computerkurse, Sprachkurse, Gärtnerkurse, Handarbeit, Allgemeinwissen)?

OUI / JA     NON / NEIN     Pas d'information / Keine Information

Si oui, de quel type de cours s'agit-il ?  
Wenn ja, welche Kurse werden angeboten?

Par qui ces cours sont-ils proposés ?  
Wer bietet diese Kurse an?

Existe-t-il une offre culturelle pour aînés dans votre commune (concerts, théâtres, ateliers artistiques etc.) ?  
Gibt es in Ihrer Gemeinde ein kulturelles Angebot für ältere Menschen (Konzerte, Theater, Kunstateliers)?

OUI / JA     NON / NEIN     Pas d'information / Keine Information

Organisateurs :  
Organisatoren:

### Habitat (complément au questionnaire de la Fédération fribourgeoise des retraités) Wohnen (Zusatz zum Fragebogen der Rentnervereinigung Freiburg)

Existe-t-il dans votre commune des projets d'appartements protégés pour personnes âgées qui n'ont pas été réalisés ?  
Gab es in Ihrer Gemeinde ein Projekt für Alterswohnungen, das nicht ausgeführt wurde?

OUI / JA     NON / NEIN     Pas d'information / Keine Information

Si oui, avez-vous une explication pour ce phénomène ?  
Wenn ja, wie erklären Sie sich das Scheitern des Projekts?

Est-ce que dans votre commune, des appartements pour personnes âgées ont été construits, mais ne sont pas ou plus occupés par des personnes âgées selon le projet initial ?  
Wurden in Ihrer Gemeinde Alterswohnungen gebaut, welche heute nicht mehr gemäss ursprünglichem Projekt durch alte Menschen bewohnt werden?

OUI / JA     NON / NEIN     Pas d'information / Keine Information

Si oui, avez-vous une explication pour ce phénomène ?  
Wenn ja, wie erklären Sie sich das Scheitern des Projekts?

Existe-t-il des communautés d'habitations pour aînés (partage d'un logement par plusieurs personnes) ?  
Gibt es in der Gemeinde Alters-Wohngemeinschaften (Teilen einer Wohnung durch mehrere Personen)?

OUI / JA     NON / NEIN     Pas d'information / Keine Information



Si oui, combien ?  
Wenn ja, wie viele?

Existe-t-il dans votre commune des projets innovateurs en matière d'habitat pour personnes âgées ?

Gibt es in Ihrer Gemeinde innovative Wohnprojekte für Senioren und Betagte?

OUI / JA     NON / NEIN     Pas d'information / Keine Information

Si oui, détails des projets :  
Wenn ja, Details der Projekte:

## Santé Gesundheit

Combien d'habitants de votre commune résident dans un EMS ?  
Wie viele Gemeindebewohner leben in einem Pflegeheim?

Pas d'information / Keine Information

Combien d'habitants de votre commune résident dans un home simple ?  
Wie viele Gemeindebewohner leben in einem Altersheim?

Pas d'information / Keine Information

Combien d'habitants de votre commune font appel aux services SPITEX ?  
Wie viele Gemeindebewohner machen vom SPITEX-Angebot Gebrauch?

Pas d'information / Keine Information

## Services favorisant le maintien à domicile Dienste zur Förderung des Lebens im Eigenheim

Dans votre commune, existe-t-il une offre d'accueil de jour ?  
Gibt es in Ihrer Gemeinde ein Angebot für Tagesaufenthalte?

OUI / JA     NON / NEIN     Pas d'information / Keine Information

Si oui, dans quelle institution ou organisation privée ?  
Wenn ja, in welcher Institution oder Privatorganisation?

Votre commune planifie-t-elle de soutenir des projets d'accueil de jour dans un proche avenir ?  
Hat Ihre Gemeinde vor, in nächster Zukunft Projekte für Tagesaufenthalte zu unterstützen?

OUI / JA     NON / NEIN     Pas d'information / Keine Information

Si oui, détails du projet :  
Wenn ja, Details des Projekts:

Dans votre commune, existe-t-il un service de repas à domicile ?  
Gibt es in Ihrer Gemeinde einen Mahlzeitendienst?

OUI / JA     NON / NEIN     Pas d'information / Keine Information

Si oui, qui offre cette prestation ?  
Wenn ja, wer bietet diesen Dienst an?

Environ combien de résidents âgés de votre commune ont-ils recours à ce service ?  
Ungefähr wie viele ältere Gemeindebewohner machen von diesem Dienst Gebrauch?

Pas d'information / Keine Information

Dans votre commune, existe-t-il un service d'aide à domicile (ménage) indépendant de SPITEX ?  
Gibt es in Ihrer Gemeinde einen von SPITEX unabhängigen Haushaltshilfedienst?

OUI / JA  NON / NEIN  Pas d'information / Keine Information

Si oui, qui offre cette prestation ?  
Wenn ja, wer bietet diesen Dienst an?

Environ combien de résidents âgés de votre commune ont-ils recours à ce service ?  
Ungefähr wie viele ältere Gemeindebewohner machen von diesem Dienst Gebrauch?

Pas d'information / Keine Information

## Coordination Koordination

Jouez-vous un rôle de coordinateur entre les différentes organisations qui s'occupent des personnes âgées ?  
Spielen Sie eine Rolle als Koordinator unter den verschiedenen Organisationen, die sich um alte Menschen kümmern?

OUI / JA  NON / NEIN  Pas d'information / Keine Information

Si oui, qui est en charge de cette coordination ?  
Wenn ja, wer ist für diese Koordination zuständig?

## Information Information

Qui est en charge de l'information des personnes âgées sur l'offre existante ?  
Wer ist in Ihrer Gemeinde zuständig für die Information der Senioren und Betagten über die existierenden Angebote?

De quelle manière informez-vous les personnes âgées sur les offres qui existent pour elles ?  
Auf welche Art informieren Sie die Senioren und Betagten Ihrer Gemeinde über das Angebot, welches ihnen zur Verfügung steht?

- Bulletin communal / Gemeindebulletin
- Site Internet / Internetseite
- Circulaires / Rundschreiben
- Presse / Presse
- Soirées d'information / Informationsabende

Autres / Andere :

## Evaluation des besoins Bedürfniserhebung

Votre commune a-t-elle effectué un sondage auprès de ses habitants au sujet des besoins spécifiques des personnes âgées ?  
Hat Ihre Gemeinde je eine Umfrage über die speziellen Bedürfnisse der alten Menschen durchgeführt?

OUI / JA  NON / NEIN

Si oui, quand?  
Wenn ja, wann ?

Si non, quand planifiez-vous de faire un tel sondage ?  
Wenn nein, wann werden Sie eine solche Umfrage durchführen?

Selon vous, quelles seraient les mesures qui devraient être prises pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées ?  
Welche Massnahmen müssten Ihrer Meinung nach getroffen werden, um den Bedürfnissen der alten Menschen besser gerecht zu werden?

	Compétence / Kompetenz		
	Cantonale	Communale	Privée
	Kanton	Gemeinde	Privat
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Suggestions et remarques  
Anregungen und Bemerkungen

Nom et prénom de la personne qui a rempli le questionnaire :  
Name und Vorname der Person die das Formular ausgefüllt hat:

No de téléphone :  
Telefonnummer:

Lieu et date :  
Ort und Datum: