

GEMEINDERAT



Geschäft No. 4132A

**Postulat betreffend Bedürfnis- und
Umsetzungsabklärung im Bereich
Palliativmedizin bzw. Palliative Care in der
Gemeinde Allschwil**

Bericht an den Einwohnerrat
vom 17. September 2014

Inhalt	Seite
1. Ausgangslage	3
2. Erwägungen	4
3. Beantwortung der Fragen	8
4. Antrag	9

Allgemeiner Hinweis

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

1. Ausgangslage

Mit Postulat vom 12. März 2013 beantragte die Fraktion GLP / BDP des Einwohnerrates zu prüfen, ob und wie in der Gemeinde Allschwil „Palliative Pflege“ eingesetzt und gefördert werden kann und beantragt beim Gemeinderat zu berichten, ob die Spitex Palliativ Pflege fremd vergibt, die Pflegefachleute der Spitex in Palliativ Pflege ausgebildet sind und der Gemeinderat bereit ist, die Palliativ Pflege als Kernaufgabe in die Leistungsvereinbarung aufzunehmen.



Einwohnerrat Allschwil – Geschäft 4132
Eingang: 20.03.2013

Fraktion GLP / BDP

Allschwil, 12. März 2013

Postulat

Bedürfnis- und Umsetzungsabklärung im Bereich Palliativmedizin bzw. Palliative Care in der Gemeinde Allschwil.

Erläuterung:

Palliative Care ist ein wichtiges Angebot der Gesundheitsversorgung für unheilbar

Leben mit der Krankheit bis zum natürlichen Tod. (In Würde sterben, zu Hause in der gewohnten Umgebung und betreut vom Partner oder Familienangehörigen. Siehe auch "Nationale Strategie in Palliative Care").

Antrag:

Der Gemeinderat wird gebeten zu prüfen, ob und wie er in der Gemeinde Allschwil den Schwerpunkt in "Palliative Care" einsetzen, umsetzen oder fördern kann. Er soll ferner dem Einwohnerrat berichten, ob:

- die Spitex in Allschwil im Bereich Palliative Care alle Pflegeeinsätze fremd vergibt
- bei der Spitex Allschwil, Pflegefachleute in Palliative Care ausgebildet sind
- der Gemeinderat bereit ist, den Dienstleistungsauftrag mit der Spitex Allschwil / Schönenbuch vom 22. April 2009, im Bereich Palliative Care zu erweitern und diese Pflegedienstleistung als zusätzliche Kernaufgabe in der Leistungsvereinbarung aufnimmt. (Statt Fremdvergabe, siehe Leistungsvereinbarung Kapitel 11.2 und 11.3 vom 22. April 2009)

Begründung:

Der schwerstkranke bzw. sterbende Mensch soll im Mittelpunkt aller Handlungen stehen und von fachmännisch ausgebildetem Pflegefachpersonal betreut werden. Es soll den betroffenen Menschen, die Möglichkeit gegeben werden in der gewohnten Umgebung, zu Hause bleiben zu können. Palliative Care ist ein öffentliches Thema und die Bevölkerung von Allschwil hat ein Anrecht auf diese Leistungen. Somit wird Palliative Care in Allschwil zunehmend zu einem zentralen Thema werden.

Jacqueline Misslin
BDP Allschwil

Jérôme Mollet
GLP Allschwil

Lukas Mussler
GLP Allschwil

Nedim Ulucay
Parteilos

Anlässlich seiner Sitzung vom 3. Juli 2013 beriet der Gemeinderat das Postulat ausführlich und entschied, die Fragen zu beantworten und danach dem Einwohnerrat Nicht-Entgegennahme zu beantragen.

Der Einwohnerrat entschied an seiner Sitzung vom 12. Dezember 2013 nach ausführlicher Beratung mit 14 Ja- zu 9 Nein-Stimmen und 8 Enthaltungen, das Postulat zu überweisen.

2. Erwägungen

2.1. Definition von Palliative Care

Unter Palliative Care wird eine umfassende Behandlung und Betreuung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen oder chronisch fortschreitenden Krankheiten verstanden. Ihr Ziel ist es, den Patienten eine möglichst gute Lebensqualität zu ermöglichen. Dies schliesst die Begleitung der Angehörigen mit ein. Leiden soll optimal gelindert werden und entsprechend den Wünschen des Patienten sind auch soziale, seelisch-geistige und religiös-spirituelle Aspekte zu berücksichtigen.

Qualitativ hoch stehende Palliative Care ist auf professionelle Kenntnisse und Arbeitsweisen angewiesen und erfolgt soweit möglich an dem Ort, den der Patient sich wünscht. Ihr Schwerpunkt liegt in der Zeit, in der Sterben und Tod absehbar werden, doch ist es oft sinnvoll, Palliative Care vorausschauend und frühzeitig, eventuell bereits parallel zu kurativen Massnahmen einzusetzen.

Im Einzelnen heisst dies, Palliative Care:

- respektiert das Leben und seine Endlichkeit;
- achtet die Würde und Autonomie des Patienten und stellt seine Prioritäten in den Mittelpunkt;
- wird unabhängig vom Lebensalter jedem Patienten angeboten, der an einer unheilbar fortschreitenden Krankheit leidet;
- strebt die optimale Linderung von belastenden Symptomen wie Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst oder Verwirrung an;
- ermöglicht auch rehabilitative, diagnostische und therapeutische Massnahmen, die zur Verbesserung der Lebensqualität beitragen;
- unterstützt Angehörige bei der Krankheitsbewältigung und der eigenen Trauer.

2.2. Anwendungsbereich von Palliativ Care

Bei allen Krankheiten ohne Heilungsaussicht und begleitend in Situationen mit unklarer Heilungsaussicht soll Palliative Care integriert werden:

- unabhängig vom Lebensalter für alle Menschen (vom Früh- und Neugeborenen bis zum alten Menschen);
- sowohl in der Betreuung zuhause (z.B. durch ambulante Dienste) als auch in stationären Einrichtungen;
- in allen medizinischen und pflegerischen Fachbereichen, sowie
- vernetzt in der Zusammenarbeit von Ärzten, Pflegenden, Sozialarbeitern, Therapeuten, Seelsorgern, Angehörigen und Freiwilligen.

2.3. Allgemeine Aspekte von Palliative Care

In der Medizin stellen sich Fragen der Palliative Care in allen Bereichen. Kurative Behandlungen und Palliative Care ergänzen sich häufig und bilden ein Ganzes. Eine scharfe Trennlinie zwischen kurativem und palliativem Ansatz existiert deshalb nicht. Ausschlaggebend ist die Änderung in der Haltung des Patienten sowie der Behandelnden beim Festlegen des Therapiezieles. Im Vordergrund des palliativen Ansatzes steht die

Auseinandersetzung mit der fortschreitenden Krankheit, dem persönlichen Schicksal des Patienten, mit seinem Umfeld, seiner Lebensgeschichte, seinem Glauben bzw. seinen Lebensüberzeugungen, speziell mit seinen Gedanken und Gefühlen gegenüber Leiden, Sterben und Tod (bio-psycho-sozialer Krankheitsbegriff).

Palliative Care ist jedoch auch Missverständnissen, überhöhten Erwartungen und Gefahren ausgesetzt:

Zu den Missverständnissen gehört, dass:

- alle belastenden Symptome immer genügend gelindert werden können;
- jede lindernde Behandlung bereits Palliative Care ist;
- Palliative Care auf Sterbebegleitung reduziert wird;
- Palliative Care gleichbedeutend ist mit dem Verzicht auf kurative Behandlungsansätze.

Zu den überhöhten Erwartungen an Palliative Care gehört, dass:

- der Wunsch nach begleitetem Suizid oder aktiver Sterbehilfe in allen Situationen zurücktritt;
- das Sterben so beeinflusst werden kann, dass es immer zu einem friedlichen Sterben kommt.

Zu den Gefahren gehört, dass:

- sich Palliative Care auf das Verschreiben von Opioiden beschränkt;
- Palliative Care ausschliesslich an Spezialisten delegiert wird;
- Palliative Care zum Ersatz von sinnvollen kurativen Optionen wird;
- Palliative Care aufgrund ökonomischer Überlegungen zur Vorenthaltung von medizinisch indizierten Massnahmen eingesetzt wird.

2.4. Entscheidungsprozesse

Der Entscheid über die Durchführung, den Abbruch oder das Unterlassen einer vorgeschlagenen medizinischen Massnahme liegt beim urteilsfähigen Patienten, nachdem er umfassend und verständlich informiert worden ist (informed consent). Die für den Patienten notwendigen Entscheidungsgrundlagen werden in der Regel im Betreuungsteam erarbeitet. Dabei soll ein Resultat angestrebt werden, welches von allen Beteiligten mitgetragen werden kann. Wesentliche Beschlüsse werden schriftlich festgehalten, regelmässig überprüft und allenfalls angepasst.

Dem Patienten wird für die Entscheidung – soweit möglich – ausreichend Zeit eingeräumt. Faktoren, welche den Entscheid beeinflussen können, wie beispielsweise Erwartungen Dritter oder das Gefühl, den anderen zur Last zu fallen, müssen angesprochen werden.

Besonders schwierig sind Situationen, in welchen der betroffene Patient hinsichtlich einer medizinischen Massnahme nicht mehr urteilsfähig ist. Der behandelnde Arzt muss sicherstellen, dass abgeklärt wird, ob eine Patientenverfügung vorhanden ist. Hat sich der Patient in Bezug auf die in Frage stehende medizinische Massnahme nicht geäussert, so erstellt das Betreuungsteam unter Einbezug der vertretungsberechtigten Person einen Behandlungsplan. Soweit möglich wird auch die urteilsunfähige Person in die Entscheidungsfindung einbezogen. Der Entscheid über den Behandlungsvorschlag wird letztlich von der Vertretungsperson getroffen. Diese muss nach dem mutmasslichen Willen und den Interessen des Patienten entscheiden. Damit lastet eine hohe Verantwortung auf einer emotional stark involvierten Person. Es sollte deshalb oberstes Ziel sein, bezüglich Behandlungsvorschlag einen von allen Seiten getragenen Konsens zu erzielen.

2.5. Kommunikation

Zur palliativen Behandlung und Betreuung gehört wesentlich der Aspekt der offenen, adäquaten und einfühlsamen Kommunikation mit dem Patienten und auf dessen Wunsch mit seinen Angehörigen. Eine verständliche und wiederholte, stufenweise Aufklärung versetzt den Patienten in die Lage, realistische Erwartungen zu entwickeln und ermöglicht eine

eigenständige Willensbildung und Entscheidung. Grundvoraussetzungen dazu sind Empathie und Wahrhaftigkeit gegenüber dem Patienten und die Bereitschaft, Möglichkeiten und Grenzen der kurativen wie der palliativen Behandlung offen zu legen.

Manchmal möchte sich ein Patient nicht realistisch mit seiner Krankheit auseinandersetzen. Diese Haltung ist zu respektieren. Sie erlaubt dem Kranken, Hoffnungen zu hegen, die ihm helfen können, eine schwierige Situation besser auszuhalten. Hoffnung hat einen eigenständigen Wert, welcher palliative Wirkung entfalten kann.

Drücken Angehörige den Wunsch aus, den Kranken vor schlechten Nachrichten zu schonen, oder umgekehrt die Verleugnung der Krankheit durch den Patienten nicht zu berücksichtigen, müssen die Hintergründe für solche Wünsche thematisiert werden. Das Recht des Patienten auf Aufklärung bzw. Nicht-Wissen steht jedoch über den Wünschen der Angehörigen. Die Angehörigen sollen aber im Umgang mit dieser schwierigen Situation unterstützt werden.

Die Betreuung von Schwerkranken und Sterbenden ist mit einem Risiko von Spannungen und Konflikten zwischen Patient, Angehörigen und Betreuenden verbunden. Ein einheitlicher Informationsstand, regelmässige Gespräche sowie die Bestimmung einer Bezugsperson können hilfreich sein, um Spannungen zu vermindern oder Konflikte zu bewältigen.

2.6. Kontinuität und interdisziplinäre Vernetzung

In der Palliative Care sind für den Patienten und seine Angehörigen nebst den Ärzten und Pflegenden oft weitere Fachpersonen sowie Freiwillige wichtige Säulen des Betreuungs- und Beziehungsnetzes. Für eine gute Zusammenarbeit ist die gegenseitige Akzeptanz und Wertschätzung unerlässlich. Dies erfordert die Wahrnehmung und die Anerkennung der eigenen Grenzen und Möglichkeiten.

Die Sicherstellung der Kontinuität in der Behandlung und Begleitung stellt eine spezielle Herausforderung dar. Ermöglicht wird dies durch die Vernetzung aller involvierten Fachleute, nicht nur innerhalb der Institution, sondern auch zwischen Hausarzt, ambulanten und stationären Einrichtungen und den Institutionen untereinander. Durch die Bestimmung einer verantwortlichen Bezugs- und Ansprechperson für den Patienten können die organisatorischen Voraussetzungen dafür geschaffen werden. Der Hausarzt besitzt hier eine Schlüsselfunktion. Die Notwendigkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit entbindet die behandelnden Ärzte, Pflegenden und weiteren Fachpersonen nicht von ihrer Verantwortung für die Entscheidungen und Massnahmen in ihrem Zuständigkeitsbereich.

2.7. Palliative Care in der Altersmedizin

Die Lebensphase des Alters ist häufig verbunden mit chronischen Krankheiten und Multimorbidität. Durch die Fortschritte der Medizin existieren heute viele Möglichkeiten für komplexe Eingriffe und Therapien. Es besteht die Gefahr, den multimorbiden geriatrischen Patienten als Summe von Organstörungen zu betrachten und jede einzeln zu behandeln, was zu einer zunehmenden Anzahl eingesetzter Medikamente führt. Palliative Care unterstützt den geriatrischen Ansatz, Sinn der Behandlung, Compliance des Patienten und Interaktionen regelmässig zu überprüfen.

Die Indikation für Interventionen ist vor allem am Einfluss auf die Lebensqualität und am Gewinn an Selbständigkeit zu messen und nicht an der medizinischen Machbarkeit. Andererseits dürfen keine Behandlungsoptionen nur auf Grund des Alters des Patienten ausgelassen werden. Chronische Schmerzen sind bei betagten Patienten häufig, werden aber oft ungenügend behandelt, weil die Patienten und das Betreuungsteam sie als unabänderliche Tatsache hinnehmen. Eine Erfassung mit geeigneten Instrumenten ist bei allen Patienten, insbesondere bei Demenzkranken, wichtig, um eine adäquate Schmerztherapie zu ermöglichen.

Ältere, meist multimorbide Menschen, äussern oft Sterbewünsche. Aufgabe des Behandlungsteams ist es in dieser Situation, den Hintergrund des Wunsches zu ergründen,

belastende Symptome zu lindern und allfällige Depressionen zu erkennen und zu behandeln. Sterbewünsche sind nicht primär als Suizidwünsche, sondern als Ausdruck existentieller Not zu betrachten.

2.8. Empfehlungen der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW

Die nachstehenden Empfehlungen richten sich insbesondere an die Institutionen des Gesundheitswesens, der Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie an politische Instanzen und Kostenträger.

Nachfolgende Rahmenbedingungen werden als unerlässlich für die Umsetzung von Palliative Care im ambulanten und stationären Bereich erachtet:

2.8.1. Die Förderung und Unterstützung der Palliative Care durch eidgenössische und kantonale Gesundheitsbehörden sowie die organisatorische und finanzielle Unterstützung von Palliative-Care-Netzwerken.

2.8.2. Die Verankerung der Palliative Care als Ausbildungsinhalt in der Ausbildung (in den medizinischen Fakultäten, den Schulen für Pflegeberufe und den Therapieausbildungen), in der Weiterbildung (Weiterbildungscurricula der Fachgesellschaften, höhere Fachschulen der Pflege) und in der kontinuierlichen Fortbildung (Fachgesellschaften, FMH, SBK usw.).

2.8.3. Das grundsätzliche Überdenken der Finanzierung von Palliative Care im stationären und ambulanten Bereich. Die Entscheidung für den Verzicht auf kurative Anstrengungen in aussichtslosen Situationen zu Gunsten eines palliativen Ansatzes darf für den Patienten nicht zu einer zusätzlichen finanziellen Belastung führen.

2.8.4. Integration von Palliative Care in bestehende Behandlungs- und Pflegekonzepte und laufende Überprüfung der Qualität der angebotenen Palliative Care.

2.8.5. Die Förderung der Forschung in allen Bereichen von Palliative Care.

2.8.6. Die Information der Öffentlichkeit über Inhalte und Möglichkeiten der Palliative Care durch Berufsverbände und interessierte Organisationen (z.B. Krebs- und Lungenliga, Herzstiftung usw.).

2.9. Nationale Strategie Palliative Care

Der Dialog Nationale Gesundheitspolitik von Bund und Kantonen hat die «Nationale Strategie Palliative Care» um drei Jahre bis 2015 verlängert. Der Schwerpunkt der zweiten Phase 2013 bis 2015 liegt in der besseren Verankerung von Palliative Care in den bestehenden Strukturen des Gesundheits- und Bildungswesens. Damit soll gewährleistet werden, dass schwerkranke und sterbende Menschen in der Schweiz überall Zugang zu bedürfnisgerechter Palliative Care erhalten.

Der Schwerpunkt der Nationalen Strategie wird deshalb in den nächsten drei Jahren auf die palliative Grundversorgung gelegt. Vier Fünftel der Patientinnen und Patienten können am Lebensende durch die Leistungserbringer der Grundversorgung betreut werden – zu Hause, im Pflegeheim oder im Akutspital. Voraussetzung dafür ist, dass die betreuenden und behandelnden Fachpersonen über die erforderlichen stufengerechten Kompetenzen in Palliative Care verfügen. Nur ein Fünftel der Palliativpatientinnen und -patienten benötigt eine so komplexe Behandlung und Pflege, dass sie ein Angebot der spezialisierten Palliative Care, wie etwa eine Palliativklinik, beanspruchen.

Im Rahmen der «Nationalen Strategie Palliative Care 2013–2015» wollen Bund und Kantone gemeinsam mit den wichtigsten Partnern Massnahmen umsetzen, die dazu beitragen, dass Palliative-Care-Leistungen in der Grundversorgung in der Schweiz besser bekannt und verfügbar sind. Unter der Federführung der Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK werden diese Leistungen einheitlich definiert. Anschliessend soll gemessen werden, welcher Aufwand für die Erbringung dieser Leistungen entsteht. Diese Bezifferung bildet die Grundlage zur Klärung der bestehenden Finanzierungsfragen. Für spezialisierte Palliative-Care-Stationen oder -Kliniken soll zudem eine spezifische Tarifstruktur erstellt werden, um die heute

unterschiedliche Handhabung zu vereinheitlichen. Das seit diesem Jahr geltende System mit Fallpauschalen ist für Palliative Care nicht geeignet. Dieses ist auf Patientinnen und Patienten ausgerichtet, die wieder genesen.

Unter der Leitung des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) und des Bundesamt für Berufsbildung und Technologie wurde ein Nationales Bildungskonzept erarbeitet. Auf allen Bildungsstufen sind die Verantwortlichen nun aufgerufen zu überprüfen, ob Handlungsbedarf in Bezug auf die Umsetzung der Empfehlungen besteht. Für den übergreifenden Austausch wurde das «Forum Bildung und Arbeitswelt Palliative Care» geschaffen. Der Bereich Freiwilligenarbeit wurde in der ersten Strategie unter dem Aspekt der Bildung betrachtet. Diese Betrachtungsweise wird nun im Hinblick auf eine gemeindenahe Palliativversorgung erweitert werden. Mit diesen und weiteren Massnahmen soll gewährleistet werden, dass schwerkranke und sterbende Menschen in der Schweiz überall Zugang zu ihren Bedürfnissen entsprechender Palliative Care erhalten.

2.10. Palliative Care im Alterszentrum Am Bachgraben, Allschwil (AZB)

Im AZB wurde im 2012 ein Konzept Palliative Care und Sterbehilfe erarbeitet und am 14.8.2012 vom Stiftungsrat genehmigt. Im Zentrum stehen dabei die Individualität, Autonomie, Würde und das Wohlbefinden der BewohnerInnen, deren Angehörigen und der Mitarbeitenden. Schmerzen und belastende Symptome werden erfasst und optimal gelindert um eine gute Lebensqualität bis zuletzt beizubehalten.

3. Beantwortung der Fragen

Der Gemeinderat unterstützt die oben ausgeführte *Nationale Strategie Palliative Care* vollumfänglich und setzt diese um, resp. fördert die entsprechenden Initiativen soweit dies in seiner Kompetenz liegt und nimmt zu den einzelnen Fragestellungen des Postulates wie folgt Stellung:

3.1. Vergibt die Spitex Allschwil-Binningen-Schönenbuch (ABS) Pflegeeinsätze im Bereich der Palliative Care fremd?

Die Verantwortlichen der Spitex ABS bestätigten auf die entsprechende Anfrage, dass die Pflegeeinsätze im Bereich der Palliative Care nicht an Dritte vergeben werden.

Die neue Leistungsvereinbarung mit der Spitex ABS, die im Entwurf vorliegt, sieht vor, dass im Einzelfall jedoch unter Fallführung der Spitex ABS, Pflegeleistungen an Dritte vergeben werden können, sofern die gleichen Qualitätsrichtlinien sichergestellt sind.

3.2. Sind bei der Spitex ABS Pflegefachleute in Palliative Care ausgebildet?

Die Verantwortlichen der Spitex ABS bestätigten auf die entsprechende Anfrage, dass sie über Pflegefachleute in Palliative Care verfügen.

3.3. Ist die Gemeinde bereit, Palliativ Care als Kernaufgabe in die Leistungsvereinbarung mit der Spitex ABS aufzunehmen?

In der neuen Leistungsvereinbarung mit der Spitex ABS, die im Entwurf vorliegt, ist Palliative Care als Kerndienstleistung erfasst (s. Pt. 5, „Allgemeine Leistungen“)

4. Antrag

Gestützt auf diese Ausführungen beantragt Ihnen der Gemeinderat

zu beschliessen:

1. Das Postulat Nr. 4132 „Bedürfnis- und Umsetzungsabklärung im Bereich Palliativmedizin bzw. Palliative Care in der Gemeinde Allschwil“ wird als erledigt abgeschrieben.

GEMEINDERAT ALLSCHWIL

Präsidentin:

Verwalter:

Nicole Nüssli-Kaiser

Dieter Pfister

Quellenangaben:

Medienmitteilung der Bundesverwaltung vom 26.10.2012, der „Dialog Nationale Gesundheitspolitik“ (Auszug):
Pt. 2.9.

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW, „Palliative Care – Medizin-ethische Richtlinien und Empfehlungen“, 23.5.2006 und 1.1.2013 (Auszug):
Pt. 2.1. – 2.8.