

Pflegebedarf im Alter – ein aktuelles ärztliches Thema

A. Stuck*

Nachfolgend werden die neuen Richtlinien der SAMW zur Behandlung und Betreuung pflegebedürftiger älterer Personen vorgestellt und interessierten Kreisen (u. a. der Ärzteschaft) zur Vernehmlassung unterbreitet.

Jeder ärztliche Grundversorger und jede Hausärztin kennt die folgenden Situationen: Eine 83jährige Frau wird notfallmässig hospitalisiert wegen Pflegenotstands («Pflegenotfall»); eine 87jährige Frau benötigt kurzfristig täglich Spitex, da sie pflegebedürftig ist; eine 77jährige Frau klagt in der Sprechstunde, dass sie erschöpft sei von der Betreuung ihres dementen Ehemanns; ein 77jähriger Patient mit Status nach Sturz und Beckenringfraktur muss ohne hinreichende Planung rasch aus dem Spital austreten, da die Betreuung zu Hause durch die Spitex ausreichend sei.

Die Frage stellt sich: Ist Pflegebedarf, wie in obigen Beispielen dargestellt, auch ein medizinisches Problem, das uns Ärztinnen und Ärzte betrifft, oder ist es nicht vielmehr «nur» ein pflegerisches Problem? In erster Linie benötigten diese Patienten eine gute pflegerische Betreuung, ärztliche Interventionen seien hier, wenn überhaupt vonnöten, nur von untergeordneter Bedeutung, wird argumentiert.

Aus medizinischer Sicht muss ich dieser Haltung klar widersprechen: Pflegebedarf im Alter entsteht nicht «aus dem Nichts», er ist *immer* die Folge von sich oft überlagernden akuten und chronischen Krankheiten im Sinne einer Multimorbidität. Für den Arzt stellen sich damit bei jeder neu aufgetretenen oder sich verändernden Pflegebedürftigkeit die folgenden Fragen:

- Welches ist der wirkliche Pflegebedarf im Alltag?
- Welches sind die möglichen medizinischen Ursachen dieses Pflegebedarfs?
- Sind diese Ursachen durch geeignete Massnahmen modifizierbar? (z. B. Krafttraining? Schmerzbehandlung? Rehabilitation? Orthopädischer Eingriff?)
- Welche psychischen, funktionellen, sozialen und umgebungsbezogenen Aspekte sind zu berücksichtigen?

Ärztliche Überlegungen und Verordnungen spielen hier eine ganz zentrale Rolle. Selbstverständlich ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit

Pflegenden und Therapeuten entscheidend. Deshalb richten sich die Richtlinien nicht nur an Ärzte, sondern auch an Pflegenden und an Therapeuten. Dennoch hat der Arzt eine zentrale Rolle inne, da er mittels Verordnung, Rezept und ärztlichem Zeugnis in den sich ergebenden Entscheidungsprozessen die medizinische und nicht zuletzt auch ökonomische und juristische Verantwortung dafür trägt, ob eine diagnostische, therapeutische oder pflegerische Massnahme durchgeführt wird oder nicht.

In der Arbeit unserer SAMW-Subkommission haben ein Hausarzt, eine Heimärztin und ein Arzt aus einem Spital aktiv mitgewirkt. Gemeinsam mit Vertretenden der Pflege, der Heime, der Seniorenorganisationen, der Rechtswissenschaft und der Ethik und unter Einbezug weiterer Expertinnen und Experten haben wir uns bemüht, pragmatische Richtlinien zu entwickeln, die sowohl das Recht des Patienten auf Autonomie wie auch unsere Pflicht, ihn zu schützen, berücksichtigen. Bei beiden Prinzipien besteht Handlungsbedarf.

Das Recht des pflegebedürftigen älteren Menschen auf Autonomie, obschon theoretisch in den Patientenrechten festgelegt, wird in der Praxis nicht immer gelebt. Erschwerend ist, dass viele dieser Menschen in Heimen dement und damit nicht oder nur begrenzt urteilsfähig sind. Nur in wenigen Fällen ist ein gesetzlicher Vertreter oder eine Vertrauensperson bestimmt, welche die Interessen der urteilsunfähigen Person wahrnimmt. Auch bei der Umsetzung freiheitsbeschränkender Massnahmen besteht häufig Unklarheit darüber, wo die Grenze zwischen Recht auf Autonomie und Gewährleistung von Schutz und Würde liegt.

Pflegebedürftige ältere Menschen sind heute eher von Unter- als von Überbehandlung bedroht: Studien belegen, dass bei vielen pflegebedürftigen Patienten indizierte medizinische Massnahmen (z. B. Schmerzbehandlung, Rehabilitation) nicht oder nur ungenügend eingesetzt werden. Der Kostendruck, Fallpauschalen und gesellschaftliche Vorurteile dem hohen Alter gegenüber verstärken diese Tendenzen.

Wir Ärzte nehmen eine zentrale Position im Gesundheitswesen ein, können aber nur in einem adäquaten Umfeld agieren. Deshalb ent-

* Andreas Stuck ist Präsident der SAMW-Subkommission, welche die in diesem Heft vorgestellten Richtlinien und Empfehlungen erarbeitet hat. Er ist Chefarzt am Zentrum Geriatrie-Rehabilitation Spital Bern Ziegler und Honorarprofessor für Geriatrie an der Universität Bern.

Korrespondenz:
Prof. Dr. med. Andreas Stuck
Spital Bern Ziegler
Zentrum Geriatrie-Rehabilitation
Postfach
CH-3001 Bern
Tel. 031 970 73 35
Fax. 031 970 77 67

E-Mail: andreas.stuck@spitalbern.ch

halten die vorliegenden Richtlinien auch einen zweiten Teil mit Empfehlungen an Organisationen. Das vorliegende Papier soll eine massgebende Grundlage von zukünftigen nationalen, regionalen oder anderen Regelungen sein, welche die Betreuung pflegebedürftiger älterer Personen betreffen. Aus meiner Sicht ergibt sich mit

den vorliegenden Richtlinien erstmals die Möglichkeit eines nationalen Konsenses zu den Rechten von älteren pflegebedürftigen Personen. In diesem Sinn ist die Ärzteschaft ganz besonders herzlich eingeladen, im Rahmen der Vernehmlassung Rückmeldungen zu diesen Richtlinien einzubringen.

Les indications de soins pour les personnes âgées – un sujet médical d'actualité

A. Stuck*

Dans la présente édition du Bulletin des médecins suisses, l'ASSM présente ses nouvelles directives pour le traitement et la prise en charge des personnes âgées en situation de dépendance et les soumet à la consultation des milieux intéressés (au corps médical entre autres).

Chaque médecin de premier recours rencontre des situations telles que les suivantes: une femme de 83 ans hospitalisée d'urgence pour insuffisance de soins («urgence médico-sociale»); une femme de 87 ans en situation de dépendance ayant immédiatement besoin de soins à domicile; une femme de 77 ans se plaignant d'être épuisée par la prise en charge de son époux dément; un patient de 77 ans victime d'une fracture du bassin après une chute contraint de quitter l'hôpital rapidement, privé d'un minimum d'assistance, sous prétexte qu'une prise en charge par un organisme de soins à domicile est suffisante.

Dès lors, il faut se demander si les indications de soins, telles qu'elles ressortent des exemples ci-dessus, sont aussi un problème médical, qui nous concerne, nous médecins, ou si elles ne sont pas plutôt «seulement» un problème paramédical? En première ligne, ces patients auraient eu besoin d'une bonne prise en charge paramédicale, les interventions médicales – si tant est qu'elles soient nécessaires – étant dans ces cas secondaires.

D'un point de vue médical, je dois clairement m'opposer à cette attitude: le besoin de soins dans la vieillesse ne surgit pas du néant, il est *toujours* la suite de maladies aiguës et chroniques souvent simultanées, c'est-à-dire d'une multi-

morbidity. Pour le médecin se posent alors, pour chaque nouvelle indication de soins, les questions suivantes:

- Quels sont les soins nécessaires au quotidien?
- Quelles sont les raisons médicales qui sont à l'origine de ces indications de soins?
- Est-il possible d'y pallier par des mesures appropriées? (p.ex. entraînement physique? Traitement de la douleur? Rééducation? Intervention orthopédique?)
- Quels aspects psychiques, fonctionnels, sociaux et environnementaux doivent être pris en compte?

A cet égard, les réflexions des médecins et les prescriptions médicales jouent un rôle central. La collaboration interdisciplinaire avec les soignants et les thérapeutes est bien entendu décisive. C'est pourquoi, les directives ne sont pas seulement destinées aux médecins, mais également aux soignants et thérapeutes. Le rôle du médecin n'en est pas moins important, puisque c'est lui qui, à travers ses ordonnances et certificats médicaux, porte la responsabilité non seulement médicale, mais également économique et juridique d'une mesure diagnostique, thérapeutique ou paramédicale.

Ont participé aux travaux de la sous-commission un médecin de famille, un médecin d'une institution de soins et un médecin exerçant dans un hôpital. En collaboration avec des représentants des professions de soins, des institutions, des organisations de retraités, des domaines du droit et de l'éthique, et avec la participation de divers expert(e)s, nous nous sommes

* Andreas Stuck est le président de la sous-commission qui a élaboré les directives et recommandations présentées dans ce numéro du Bulletin des médecins suisses. Il est médecin-chef au Centre de gériatrie et de rééducation de l'Hôpital Bern Ziegler et professeur honoraire en gériatrie à l'université de Berne.

Correspondance:
Prof. Dr Andreas Stuck
Hôpital Bern Ziegler
Zentrum Geriatrie-Rehabilitation
Case postale
CH-3001 Berne
Tél. 031 970 73 35
Fax 031 970 77 67

E-mail andreas.stuck@spitalbern.ch

efforcés d'élaborer des directives pragmatiques qui prennent en compte aussi bien le droit des patients à l'autonomie que notre devoir de protection à leur égard. Ces deux principes méritent notre engagement.

Bien qu'il soit énoncé théoriquement dans les droits des patients, le droit des personnes âgées en situation de dépendance à l'autonomie n'est pas toujours respecté dans la pratique. En outre, comme circonstance aggravante, bon nombre de ces patients dans les institutions sont déments, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas ou seulement partiellement capables de discernement. Dans très peu de cas, un représentant légal ou une personne de confiance qui défend les intérêts de la personne incapable de discernement a été désigné. De même, lors de l'application de mesures restrictives de liberté, la limite entre leur droit à l'autonomie et la garantie de leur protection et de leur dignité ne peut pas toujours être clairement définie.

De nos jours, les personnes âgées en situation de dépendance courent bien plus le risque d'un traitement insuffisant que celui d'un traitement excessif: des études prouvent que de nombreux

patients en situation de dépendance ne bénéficient pas du tout ou de trop peu de mesures faisant l'objet d'une indication (par ex. traitement de la douleur, rééducation). La pression économique, les forfaits et les préjugés sociaux à l'égard des personnes d'un âge avancé renforcent ces tendances.

En tant que médecins, nous jouons un rôle important dans le système de santé; nous ne pouvons toutefois agir que dans un environnement adéquat. C'est pourquoi, les présentes directives contiennent en deuxième partie des recommandations destinées aux institutions. Ce document devrait constituer une base décisive pour l'élaboration de futures réglementations nationales, régionales ou autres qui concernent la prise en charge de personnes âgées en situation de dépendance. A mon avis, les présentes directives représentent un premier pas vers un consensus national en matière de droits des personnes âgées en situation de dépendance. C'est dans ce sens que nous invitons tout particulièrement le corps médical à nous soumettre ses remarques et suggestions dans le cadre de la procédure de consultation.