



COPASNEWS

FÉVRIER 2016 N° 1



Etablissement public « Centre hospitalier
neuropsychiatrique » (CHNP)



Association Luxembourg
Alzheimer (ALA)

SOMMAIRE

ÉDITO

par Marc Fischbach

03

AIDE ET SOINS

04

- Neue Rollen in der Pflege
- Buchbesprechung

QUALITÉ

08

Qualitätszertifizierte Pflege:
Vertrauen schaffen oder Sicherheit vortäuschen

MEMBRE

11

Association Luxembourg Alzheimer (ALA)
Etablissement public « Centre hospitalier
neuropsychiatrique » (CHNP)

FINANCES

14

L'Economie sociale et solidaire au Luxembourg

TRIBUNE LIBRE

16

Resilienz Coaching für Mitarbeiter und
Führungskräfte im Gesundheitswesen

ACTUALITÉS

18

Tricentenaire : Distinction « Milieu Novateur »
CIPA REWA : Certification ISO 9001 : 2008

COPASINDOOR

19

Présentation des nouveaux chargés de missions



Des articles peuvent être envoyés à la COPAS (stephanie.heintz@copas.lu) pour publication dans une prochaine édition de la COPASNEWS. Tout article envoyé pour publication devra être signé par son auteur. La COPAS se réserve le droit de publier ou non les articles qui lui parviennent. D'aucune manière la COPAS ne pourra être tenue responsable pour le contenu de ces articles qui feront un renvoi à leurs auteurs.

© Tous les textes publiés dans la COPASNEWS peuvent être utilisés dans un contexte non commercial, sans autorisation préalable de la COPAS, à condition d'en indiquer la source.

Clôture de rédaction : 16 février 2016

Tirage : 800 exemplaires

Comité de relecture :

Marc Fischbach, Dr Carine Federspiel, Pierrette Biver,
Christophe Lesuisse, Michel Simonis, Nathalie Wagner

Coordination administrative : Stéphanie Heintz

Layout et impression : Service imprimerie des
Ateliers du Tricentenaire

Photos : Luc Deflorenne ©



Chères lectrices, chers lecteurs,

L'année 2015 a été marquée par les discussions autour des différentes options proposées par le Ministre de la Sécurité sociale en vue de la réforme de l'assurance dépendance.

Dans son avis complémentaire présenté en automne la COPAS a mis en évidence les enjeux de la réforme : la qualité des aides et des soins ; le droit individuel aux prestations d'aides et de soins ; le champ d'intervention de l'assurance dépendance dans les activités de soutien. Ce sera donc par rapport au concept définitif attendu pour le mois prochain que la COPAS va poursuivre le dialogue avec le Ministre de la Sécurité sociale et les autres instances concernées afin d'influencer dans toute la mesure du possible la mouture finale du projet de loi.

En automne de l'année dernière, les syndicats ont dénoncé la convention collective dont les négociations continueront en 2016.

Enfin, le gel des valeurs monétaires que la COPAS a subi pour la 3^{ème} fois consécutive n'allait pas rester sans conséquences sur la situation financière du secteur.

Au niveau gestion de leurs structures, les membres de la COPAS se sont vus confrontés aux mesures d'économie du

Zukunftspak mis en vigueur dès la fin 2014. C'est surtout la mesure 257 se traduisant par des évaluations plus restrictives de la part de la Cellule d'Évaluation et d'Orientation qui a eu des effets négatifs sur la gestion financière des membres et donc sur le secteur dans sa globalité.

Il s'avère que pour 2016, les valeurs monétaires ont à nouveau été gelées et que les mesures d'évaluation restrictive continueront dans la direction entamée. La diminution des prestations, frôlant les 20%, met le secteur devant de véritables défis financiers. Dans ce contexte, la COPAS salue l'initiative du Ministre de soutenir le secteur par des aides temporaires tendant à compenser les pertes engendrées par les mesures prises depuis 2014.

Dans l'attente du projet de réforme de l'Assurance dépendance, restant ouverte au dialogue avec les autorités et instances concernées, la COPAS va poursuivre son action pour une bonne qualité des soins, seule finalité de l'activité de l'ensemble des acteurs du secteur d'aides et de soins.

Marc Fischbach
Président

Neue Rollen in der Pflege Wie Sprache unsere Haltung beeinflusst

Der Begriff « Rolle » bezeichnet die expliziten (ausdrücklichen) und impliziten (nicht ausdrücklich gesagten) Erwartungen, die an die Mitglieder einer bestimmten Gruppe gestellt werden. So hat man z.B. die Erwartung, dass ein Pflegender seiner Berufsgruppe entsprechend bestimmte Fähigkeiten und Kompetenzen besitzt und sich seinen Patienten menschlich zugewandt verhält. Umgekehrt sollte ein Patient – seiner Rolle gemäß – angebotene Hilfe annehmen und den Empfehlungen der medizinischen Fachkräfte folgen.¹ (I CARE ; Thieme Verlag ; 2015)

Von der Eminenz zur Evidenz – vom Heiler zum Manager²

Es ist einfach spannend zu verfolgen, wie sich die Sprache in Medizin und Pflege entwickelt hat und noch weiter entwickelt, und wie sich dann die o.g. expliziten und impliziten Erwartungen an die jeweiligen Rollenträger verändern. Im Bereich der Arzt-Patienten-Beziehung wird das am Paradigmenwechsel vom „Paternalismus“ hin zur „Partnerschaft“ recht deutlich. Und – so meine These – dieser Rollenwandel verändert auch unsere innere Haltung. „Der Vertrauensvorschuss, den Patienten ihren Ärzten geben, möchten sie durch externe Qualitätsprüfung³ gerechtfertigt sehen“, so David Klemperer in seinem Artikel „Der Arztberuf im Wandel“⁴. Ich möchte in diesem kurzen Artikel ein paar Denkanstöße geben, um zu demonstrieren, wie sich Sprache, Rolle und Haltung in der Altenpflege neu gestalten. Da der „neue“ Patient⁵ seinerseits mutmaßlich einfacher an Informationen kommt, nimmt er dementsprechend eine emanzipiertere Position in der Pflegebeziehung ein, weil er sich informiert fühlt! Ob er damit wirklich gut oder umfassend genug informiert ist, um sich ein korrektes Urteil zu erlauben, sei dahingestellt.

Informed Consent, Patient Empowerment, Shared Decision Making

Das sind die neuen Schlagworte. Schaut man etwas genauer hin, verstecken sich hinter diesen drei Termini drei verschiedene Rollenverständnisse – sprich explizite und implizite Erwartungen. Und das nicht nur für die Patienten, sondern auch für die Pflegenden! Durch diese Begriffe wird das eigene Rollenverständnis der Pfleger direkt tangiert.

Vereinfacht dargestellt geht es nicht nur darum, umfassend und gut informiert (evidence based) zu sein, damit man dann ggf. als Patient zustimmen könnte, sondern zusätzlich um die Möglichkeit der aktiven Mitwirkung und Mitentscheidung – und damit auch um die Befähigung zur Mitbestimmung.

Urs E. Gattiker schreibt zum Careum Congress „Was ist Patient Empowerment?“, dass eine klare Definition dieses Begriffes notwendig ist⁶. Aus seiner Analyse der unterschiedlichen Ansätze sind zwei Anmerkungen hervorzuheben:

- Empowerment sollte nicht bedeuten, dass sich der Patient die Informationen beschaffen muss. Diese müssen [weiterhin] vom Pflege- und Medizinpersonal bereitgestellt werden.
- Dabei müssen wir beachten, dass medizinisches [pflegerisches] Fachpersonal die Expertise und Erfahrung mit den zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten hat.

Daraus ergeben sich nach Urs E. Gattiker drei Dimensionen. Diese sind für die weitere Ausführung maßgebend, da sie sich dazu eignen, die Rolle der Pflegenden zu verstehen:

- WISSEN: der Patient hat die notwendigen Daten über die Krankheit sowie auch das notwendige Wissen und Verständnis über mögliche Behandlungsmethoden;
- RISIKEN: der Patient versteht die Risiken und wie diese sich durch persönliche Verhaltensweisen oder Behandlungen / Therapien verändern können;
- MOTIVATION: der Patient ist Willens, die notwendige Compliance aufzubringen um die vereinbarte Therapie zum bestmöglichen Erfolg zu führen. Beispiel: wie vom Behandlungsplan verlangt, werden die vorgegebenen Gymnastikübungen auch ausgeführt.

Gesundheitserziehung, Information, Schulung, Beratung

Diese veränderte Patientenrolle ist durch die neue Gesetzgebung in Bezug auf seine Patientenrechte und -pflichten auch bei uns de jure verankert, und aus diesen Rechten und Pflichten ergibt sich dann auch die vermeintlich veränderte Rolle der Pflegenden. Vor allem aber ergeben sich daraus unausgesprochene Erwartungen an die Pflegefachkräfte. Dieser nicht definierte Rollenwandel mutet zunächst einseitig an und rüttelt ipso facto am Selbstbild der Pflege-

fachkräfte. Ihre Rolle wird sogar aus meiner Sicht korrumpt. Dies geschieht durch die Aufweichung der impliziten Zuordnung von Professionalität der Pflegekräfte auf der Verantwortungs- und Expertenebene.

So wurde zum Beispiel auch hierzulande die Infektionsprävention „Händehygiene“ mit der Einbeziehung der Patienten gefördert – mit dem Ziel, die Compliance der Mitarbeiter bei der Händedesinfektion zu erhöhen⁷. Wir beobachten in der Folge einen weiteren subtilen Wandel der Machtverhältnisse: so wird die „caritative Handlung“ zur Dienstleistung; der Patient wird zum Klient; und nun der Kunde zum Kontrolleur. Wohlwissend, dass es in der Pflegebeziehung sowohl dominante Patienten als auch dominante Pfleger gibt, so ist es für beide Parteien nicht so einfach, sich solche von außen initiierte neue Rolleninhalte zu eigen zu machen.

Dass also neue Begriffe die bisherigen Erwartungen an die Rollenträger verändern (implizit und explizit) scheint mir klar, allerdings verändert es aber auch die Haltungen und Verhaltensweisen. Ob diese Veränderung sich aber generationsübergreifend zeigen wird, wage ich zu bezweifeln. Denn, so Christine Reichardt und Petra Gastmeier: „Bei weitem nicht alle Patienten können sich mit der neuen aktiven Rolle identifizieren“.⁸

„Patienten mit schweren Grunderkrankungen und mehreren Komorbiditäten verhalten sich eher passiv, ebenso wie ältere Patientinnen.“ (Christiane Reichardt, Petra Gastmeier)

Wenn sich das Rollenempfinden dahingehend verändert, dass die Verantwortung in der Pflegebeziehung in Bezug auf die o.g. Dimensionen „Wissen“, „Risiken“ und „Motivation“ undifferenziert zur alleinigen Pflicht der Patienten wird – ohne auch ihr Recht zu werden –, so hat dies meines Erachtens eine Auswirkung auf das Rollenverständnis Pflegenden. Solche Auswirkungen kennen wir schon durch die veränderten Begriffe „Patient – Klient“ sowie aus dem ethischen Konflikt „Selbstbestimmung versus Fürsorge“.

« Et si l'autonomie était une illusion »?⁹ Jean-Michel Longneaux fragt zu Recht in seinem Leitartikel, ob wir uns da nicht einer Illusion hingeben, wenn wir glauben, dass Menschen – nicht nur die Kranken, Pflegebedürftigen und Leidenden unter

Ängsten und Schmerzen – jederzeit frei und bewusst wählen, zustimmen und entscheiden können.

Diese falsch verstandene Sicht der „Selbstbestimmung“ ist nach meiner Einschätzung eine falsch verstandene Sicht der Freiheit mit dem Risiko der Korruption des Rollenverständnisses Pflegenden. Denn es scheint nach wie vor unerlässlich, dass Pflegekräfte bewusst und aktiv die Pflegebeziehung gestalten. Und deswegen beruht die Kompetenz Pflegenden eben nicht nur auf Pflegefachwissen und Kommunikationstechniken, sondern auch auf Empathie und langjähriger Erfahrung.

Empathie ist die Voraussetzung dafür, dass man in der Lage ist, die eigene Rolle in jeder einzelnen Pflegebeziehung neu zu gestalten. Und dies ist wichtig, um uneigennützig und fürsorglich weiterhin *differenziert* informieren, schulen und beraten zu können und sich selbst immer wieder zu hinterfragen, „mit welchem Recht“ oder „mit welchem Zweck“ in einer bestimmten Situation interagiert wird/wurde.

Fassen wir zusammen

Der Patient ist emanzipiert. Der Patient ist informiert – oder will informiert werden, und das umfassend und unparteiisch. Der Patient will mitwirken und mitentscheiden. Er will sein Recht auf einen freien Willen leben.

Die Pflegefachkraft muss dabei weiterhin eine verlässliche Informationsquelle für den Patienten sein. Die Pflegefachkraft muss ebenso weiterhin auf die Folgen der zur Verfügung stehenden Optionen hinweisen, und das *neutral* und sachlich (evidence based).

Das geht meines Erachtens nur, wenn *patient empowerment* (Gesundheitserziehung ist „out“), nämlich die Information, die Schulung und die Beratung von Patienten durch Pflegefachkräfte offiziell als Dienstleistung anerkannt wird.¹⁰ Das heißt Anerkennung sowohl von Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter wie auch der systematischen Umsetzung in der Praxis mit den dazugehörigen Rahmenbedingungen¹¹. Das ist aber ohne Finanzierung über den Leistungskatalog der Gesundheitskasse nicht zu leisten. Ich bin sicherlich kein Verfechter davon, Altruismus, Solidarität oder Fürsorge als ökonomisches Gut zu sehen, das sich erschöpfen könnte.¹²

Buchbesprechung

Aber nur, wenn die Damoklesschwerter „Zeit“ und „Geld“ nicht mehr über den Köpfen der Pflegefachkräfte schweben, wird eine demütige, sprich empathische Haltung, überhaupt wieder eine Option. Die Patient-Pfleger-Beziehung wird sich neu gestalten.¹³

Für die Pflegefachkraft bedeutet dies einen Rollenwechsel vom Diener zum Partner. Und auf diesem Nährboden ist Fürsorge wieder denkbar.

Martine Regenwetter

Digital lernen – evidenzbasiert pflegen Neue Medien in der Fortbildung von Pflegefachkräften



Margot Sieger; Lutz Goertz; Axel Wolpert;
Annette Rustemeier-Holtwick *Hrsg.*

Verlag: Springer 2015
172 Seiten / Softcover / Deutsch

ISBN: 978-3-662-44297-5

unverbindliche Preisangabe: 40 €

Der rezente Paradigmenwechsel vom „informed consent“ hin zum „shared decision making“ erweitert den Auftrag an die Pflege dahingehend, dass sich – neben dem Fokus auf die Entwicklung der Medizin – auch Beratung, Anleitung und Unterstützung deutlich gezielter an interner (Erfahrung im interdisziplinären Team) als auch an externer Evidenz (Pflegewissenschaften) orientieren muss.

Das Buch berichtet über das 3-jährige Forschungs- und Entwicklungsprojekt „**Flexicare 50+**“. Dieses Projekt der Fachhochschule GERA beschäftigt sich mit den Möglichkeiten des flexiblen und demographie-sensiblen Lernens zur Nutzung digitaler Medien in der Fort- und Weiterbildung von Pflegefachkräften der Altersgruppe der über 50-Jährigen mit dem Ziel, interne und externe Evidenz im Pflegealltag zusammen zu verbinden.

Die gesammelten Erfahrungen bezüglich der Potentiale der digitalen Medien für die berufliche Fort- und Weiterbildung werden kritisch reflektiert. Der Bericht eignet sich somit als interessanter, aber auch recht nüchterner Ratgeber für die Konzeption neuer Wege in der Organisationsentwicklung (QM, PE, WB¹⁴).

¹ „Wissen to go“ ; I CARE Georg Thieme Verlag 2015 Kapitel: Informieren, Schulen, Beraten

² „Vom Paternalismus zur Partnerschaft : Der Arztberuf im Wandel“ ; erschienen in „Professionalisierung im Gesundheitswesen“; Verlag H. Huber, 2006, S. 61-75

³ Siehe auch EU Direktive 24/2011 Nationale Kontaktstelle ; Qualitäts- und Sicherheitsbestimmungen

⁴ „Vom Paternalismus zur Partnerschaft : Der Arztberuf im Wandel“ ; erschienen in „Professionalisierung im Gesundheitswesen“; Verlag H. Huber, 2006, S. 61-75

⁵ Patient steht stellvertretend für Klient; Kunde; Bewohner u.v.m

⁶ <http://blog.careum.ch/blog/selbsthilfegruppe-patientenorganisation-2/>

⁷ WHO - World Alliance for Patient Safety ; Global Patient Safety Challenge 2005-2006 ; Clean care is Safer Care. Guide to implementation of the WHO multimodal hand hygiene improvement strategy. / Campagne Ministère de la Santé : „Bevor ich Sie pflege, desinfiziere ich die Hände! Habe ich es vergessen, sprechen Sie mich an!“ https://www.google.lu/search?q=H%C3%A4nde+hygiene+luxembourg+2015&biw=1303&bih=581&source=Inms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKewiloM-c9qPKAhWEUBQKHWN4Q_AUIBigB&dpr=1#imgsrc=yqQ1OUeLfyrGPM%3A

⁸ « Patient Empowerment » Wie viel können Patienten zu einer verbesserten Compliance des Personals beitragen? , In „Krankenhaushygiene up2date“ 8 / 2013 / DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1344688> Thieme Verlagsgruppe

⁹ „Und wenn die Selbstbestimmung eine Illusion wäre – Et si l'autonomie était une illusion?“ Ethica clinica Trimestriel 77 / 2015 Revue francophone d'éthique des soins de santé

¹⁰ Siehe auch : nomenclature infirmier – éducation à l'auto-traitement

¹¹ Zugang zu Portalen ; Zeitschriften ; Kongressen der Pflegewissenschaft

¹² Michael J. Sandel ; « Ce que l'argent ne saurait acheter ; Comment le marché évince la morale » ; page 207 ; Edition du seuil ; 2014

¹³ http://www.vdek.com/presse/pressemitteilungen/2015/zukunftspreis_2015.html ; „Gesucht: Ideen für die Rolle der Pflegekräfte von morgen“; Preisgeld von 20.000 Euro ausgeschrieben; 2015.

¹⁴ Qualitätsmanagement, Personalentwicklung, Weiterbildung



Das didaktische Konzept des Forschungsprojektes beinhaltet fünf Ziele:

- Priorität die eigene Berufserfahrung wertzuschätzen (interne Evidenz);
- Systematisch nach den Antworten im Sinne einer externen Evidenz zu suchen;
- Sich von den alten und vertrauten Referenzsystemen zu lösen;
- Die durch Forschung und wissenschaftliche Überlegungen gewonnenen pflegerischen Erkenntnisse wertzuschätzen;
- Die Ergebnisse der Pflegewissenschaften in den Dialog mit der Berufserfahrung zu bringen.

Der Leser gewinnt einen detaillierten Einblick in medien-gestützte Lernprozesse. Da ist die Rede von Webinaren, Hypertext-Kursen, MOOC (*massive Open Online Course*), Foren und Chats oder innovativeren Lernformen wie „*Serious Games*“ und „individuelle Lernportfolios“. Anhand der Kapitel „Begriffserklärung“, „didaktisches und organisatorisches Konzept“, „Erprobung“ und „Literatur“ werden auf

dreißig Seiten drei klassische Instrumentarien des digitalen Lernens systematisch vorgestellt:

- *Micro Learning*,
- *Blended Learning und das Lernszenario*,
- *Community of Practice*.

Besonders hervorzuheben sind die Auseinandersetzungen mit den nicht zu unterschätzenden Anforderungen an Rahmenbedingungen wie :

- On- oder Offline lernen
- interne Regelungen zu Arbeits- und Lernzeiten
- Mentoring / Coaching (auch im Bereich der fehlenden Medienkompetenz)
- Lerninseln
- die Crux mit der Hardware (Endgeräte)
- Zugang zu digitalen Wörterbüchern (Hilfsmittel zum Verständnis englischsprachige Literatur)

Diese Ausarbeitungen beziehen sich spezifisch auf das Pflegesetting (Langzeitpflege und Krankenhaus).

Weiterhin werden sechs typische Lernanwendungen anhand von Beispielen erläutert – so z.B. das „CNE (Certified Nursing Education)“ des Georg Thieme Verlags.

Abzuwarten bleibt, wie sich solche Angebote im Bereich der Zertifizierungen durchsetzen und ob sich in Europa ein *Credit* – System für Digitale Fort- und Weiterbildung (nach dem Vorbild von ECTS und ECVET) entwickeln lässt.

Fazit

Alles in allem ein interessantes Buch für alle Referenten im Bereich Human Resources (Personalentwicklung, Fort- und Weiterbildung) und Qualitätsmanagement in der Pflege.

Martine Regenwetter

NB: Wer Lust hat kann sich online das „Web Based Training AGID“ anschauen, das das Thema des Alterns und geistiger Behinderung abdeckt. Es ist entstanden im Konsortium A.P.E.M.H. (L), Montfort University (UK); Universität Wien (A), ARFIE (EU), CADIAL (I), Les Genêts d'Or (F) und Zonnellied (B).
<http://agid-project.eu/index.php/en/training>



Qualitätszertifizierte Pflege: Vertrauen schaffen oder Sicherheit vortäuschen

Qualitätslabels liegen im Trend. Der Gaststättenbereich will damit Kunden anziehen und sogar das ganze Land will sich gegenüber den Nachbarn vorteilhaft darstellen, um nur zwei aktuelle Beispiele in Luxemburg zu nennen. Unternehmen bemühen sich „sozial verantwortlich“ oder „umweltbewusst und nachhaltig“ zu handeln und nutzen Labels, um mit Qualität zu punkten und ihr positives Image zu fördern.

Auch im Pflegebereich hat die geplante Reform der Pflegeversicherung die Diskussion über Qualität und Qualitätssicherung wieder neu angefacht. Leistungen sollen speziell auf die individuellen Bedürfnisse der Leistungsempfänger abgestimmt sein, von qualifiziertem Pflegepersonal erbracht werden und zudem finanzierbar bleiben. Doch die finanziellen Mittel werden knapper, die Ansprüche der Leistungsempfänger und deren Angehörigen höher und die Anbieter der Pflegeleistungen sind längst zu Organisationen geworden, die zum Teil mehrere hundert Mitarbeiter beschäftigen und Umsätze in Millionenhöhe erbringen.

Dass in diesem Kontext ernsthafte Qualitätsarbeit mit strategischer Planung und Definition von präzisen Qualitätszielen notwendiger ist denn je, wird wohl kaum jemand in Frage stellen. Um das Unternehmen jedoch wirklich nachhaltig zu festigen kommt es auf die Umsetzung der abgeleiteten Qualitätsmaßnahmen und die Überprüfung ihrer Wirksamkeit an.

Qualitätsmanagementsysteme

Um die Qualitätsziele erreichen zu können, müssen die Forderungen aller Interessenspartner, das sind Leistungsempfänger, Geldgeber, Mitarbeiter, Kooperationspartner und die Öffentlichkeit bestmöglich erfüllt werden. Ein Qualitätsmanagementsystem beinhaltet alle Vorgaben, Regeln und Handlungen, die zur Erreichung der Qualitätsziele erforderlich sind.

In ihrer Charta für Qualitätsentwicklung unterstützt die COPAS ihre Mitglieder unter anderem darin, ein bestehendes Qualitätsmanagementsystem anzuwenden oder ein System zu entwickeln, das ihren Ansprüchen und Gegebenheiten gerecht wird. Viele Anbieter sind diesem Aufruf bereits nachgekommen und arbeiten nach gängigen Systemen, wie beispielsweise, ISO, E-Qualin, EFQM oder anderen. Diese dienen dazu die Unternehmensphilosophie zu entwickeln,

sowie Strukturen und Prozesse zu definieren, damit die geforderte Qualität jederzeit gewährleistet werden kann.

Selbstbewertung

Um eine Qualitätssteigerung darstellen zu können, müssen Werkzeuge geschaffen werden, die das Erreichen der Ziele messen und dokumentieren können. Dazu ist es notwendig, dass sich das Unternehmen einer Selbstbewertung unterzieht. So können Schwachstellen aufgedeckt werden, Anregungen zur Verbesserung gegeben und die Überwachung der eingeleiteten Maßnahmen strukturiert werden. Nur erkannte und verstandene Probleme können auch behoben werden. Mit einer Selbstbewertung kann sich die Organisation dem eigentlichen Ziel, kontinuierliche Verbesserung anzustreben und exzellente Qualität zu leisten, bereits deutlich annähern. Welchen Mehrwert hat also eine externe Bewertung?

Fremdbewertung und externe Zertifizierung

Da die Strukturen, Abläufe und Prozesse im Unternehmen von einer unabhängigen Person überprüft werden, können Schwachstellen schnell aufgedeckt und verbessert werden. Der Assessor geht in der Überprüfung der Abläufe und Strukturen systematisch und neutral vor, ohne im Voraus zu wissen oder zu ahnen wo er auf eventuelle Probleme stoßen wird. Ausgebildete und erfahrene Fachleute können außerdem wertvolle Anregungen bringen und neue Perspektiven im Unternehmen eröffnen. Die Fremdbewertung wird normalerweise im Hinblick auf eine offizielle Zertifizierung im Auftrag gegeben.

Die Zertifizierung ist ein Verfahren, bei dem eine dritte Stelle schriftlich bestätigt, dass ein Produkt, ein Prozess oder ein System festgelegte Anforderungen vollständig erfüllt. Es überprüft also die Wirksamkeit und die Konformität des Qualitätsmanagementsystems.

Vorteile der externen Zertifizierung

Eine Zertifizierung wird gerne als Werbemittel eingesetzt und kann einen Wettbewerbsvorteil gegenüber anderen – nicht zertifizierten - Anbietern schaffen. Es steigert die Transparenz nach außen. Da es regelmäßig erneuert werden muss, ist die Organisation quasi verpflichtet sich in regelmäßigen Abständen wieder zu überprüfen – oder sich überprüfen zu lassen.

Hat das Management sich bewusst für eine externe Zertifizierung entschieden, ist das zuerkannte Zertifikat sicherlich eine Anerkennung für geleistete Qualitätsarbeit und Motivation für die Mitarbeiter, auch zukünftig ihre Aktivitäten weiterhin auf Verbesserungsmöglichkeiten zu überprüfen. Organisationen, die von öffentlichen Geldern finanziert werden, können durch eine Zertifizierung den verantwortungsvollen Umgang mit diesen Ressourcen nach außen belegen. Sinnvoll angewendet belegt das Zertifikat, dass die geleistete Qualität nicht dem Zufall zuzuordnen sondern jederzeit reproduzierbar ist.

Das Zertifikat ist aber immer nur das „Sahnehäubchen“ und darf in keinem Fall das Ziel der Qualitätsarbeit sein.

Nachteile der Zertifizierung

Nachteile sind ganz klar die hohen Kosten des Zertifizierungsverfahrens verbunden mit einem großen administrativen und zeitlichen Aufwand der für den Leistungsempfänger normalerweise keine direkt ersichtlichen Vorteile bringt.

Um die administrativen Aufgaben zu bewältigen, wird oft ein Qualitätsbeauftragter eingestellt, der die Prozedur leitet und die Daten verwaltet. Er ist aber „nur“ der Projektleiter und somit einer von vielen, die an der Qualitätsarbeit beteiligt sind. Das Management darf sich also nicht dazu verleiten lassen, das Erreichen oder nicht Erreichen der Ziele an seine Person zu binden und die übrigen Mitarbeiter oder sogar sich selbst aus der Verantwortung zu nehmen.

Hat die Organisation das Zertifikat erhalten, besteht das Risiko, dass die Mitarbeiter dies als Zielpunkt des Qualitätsmanagement ansehen. Die Unternehmensleitung muss also

unbedingt im Unternehmen klarstellen, dass das Zertifikat nie das Ende der Anstrengungen bedeutet, sondern eine qualitätserhaltende Wirkung haben muss.

Zertifizierung bedeutet dass Prozesse und Abläufe definiert und dokumentiert worden sind und dass die Mitarbeiter sie kennen. Dass sie jederzeit und von jedem einzelnen umgesetzt werden, setzt voraus, dass das Qualitätsbewusstsein sich bei jedem entwickelt hat und dass er Sinn erkennt in der Art und Weise wie er seine Arbeit verrichtet. Diese Entwicklung braucht Zeit und riskiert vom Zeitdruck der bei einem externen Zertifizierungsverfahren entstehen kann, beeinträchtigt zu werden.

Wird eine Zertifizierung von außen, zum Beispiel von einer öffentlichen Instanz beauftragt ohne dass die Unternehmensleitung und die Mitarbeiter dahinter stehen, sind die Chancen schlecht, dass die wahren Ziele damit erreicht werden. Es besteht das Risiko, dass das Qualitätslabel den Leistungsempfängern nur ein Gefühl von Sicherheit vermittelt, aber die politischen Entscheidungsträger sich im Fall von Problemen eventuell damit aus der Verantwortung ziehen – ohne dass die Leistungserbringer ihre Vorgehensweise analysiert haben.

Vielfalt von Zertifikaten/Labels/Auszeichnungen

Neben anerkannten und allgemein bekannten Zertifizierungen wie ISO oder Auszeichnungen wie dem EFQM Excellence Award gibt es eine große Auswahl an Labels und Auszeichnungen, die mehr oder weniger aussagekräftig sind und trotzdem als Prüf-, Güte- oder Qualitätssiegel dienen sollen. Per Definitionem ist ein Label ein Etikett, das auf ein Produkt oder dessen Verpackung geklebt wird. Die Kriterien um das Label zu erhalten sind so vielfältig wie die Labels selbst. Um zu wissen was es genau beinhaltet, müsste der „Konsument“ sich mit den Kriterien bekannt machen. Da dies aufwendig ist und für die Leistungsempfänger im Pflegebereich nicht unbedingt machbar, sollten die Pflegeanbieter von Auszeichnungen und Labels absehen, die nur der Werbung dienen. Wichtig ist vielmehr dass die erbrachte Leistung den Erwartungen des Empfängers entspricht, also die vereinbarte Qualität auch geliefert wird.

Schlussfolgerung

Qualität ist Managementaufgabe. Die Unternehmensleitung muss sich zur Qualitätsarbeit bekennen, die Unternehmensphilosophie und die Ziele aufstellen und die benötigten Mittel zu Verfügung stellen. Wenn dies sichergestellt ist, sollte die gesamte Belegschaft miteinbezogen werden, damit sich das Qualitätsbewusstsein entwickelt und jeder einzelne versteht, was von ihm verlangt wird und warum. Nur so kann er sich mit der Unternehmenspolitik identifizieren und seine Aufgaben in der vereinbarten Form erledigen. Das Qualitätsmanagementsystem stellt die Werkzeuge zur Verfügung mit denen die Qualitätsarbeit verwirklicht wird – es dient als Standardisierung des Qualitätsmanagements. Das Erreichen der Ziele wird anhand der internen Bewertung gemessen und eventuell durch eine externe Zertifizierung untermauert und transparent nach außen kommuniziert.

Nur wenn all diese Schritte aus Überzeugung und erfolgreich vom Unternehmen ausgeführt worden sind, ist auch Qualität drin, wo Qualität drauf steht. Andernfalls ist das Zertifikat nur ein hübsches, aber möglicherweise irreführendes Schmuckstück, aus dem der Leistungsempfänger keinen wahren Nutzen ziehen kann. Wenn die Organisation sein Vertrauen jedoch durch beständige gute Qualität gewonnen hat, wird er seine Zufriedenheit nach innen und nach außen mitteilen.

Martine Ewerard

LITERATURVERZEICHNIS

- Bleicher, K.: Das Konzept Integriertes Management, Frankfurt/ Main, New York, 1999
Din En ISO 9001:2000 Qualitätsmanagementsysteme-Anforderungen-, Beuth Verlag, Berlin: Dezember 2000
Kamiske, G.F, Brauer, J.P. : Qualitätsmanagement von A bis Z. München: Carl Hanser Verlag, 2008
Pfeiffer, T.: Qualitätsmanagementsysteme, Studienbrief TQM 0300, Kaiserslautern ZFUW: 2006
Pfeiffer, Thilo: Qualitätsmanagementsysteme, Studienbrief TQM 0300 Kaiserslautern ZFUW: 2006
Zink, K.J.: Grundlagen Total Quality Management, Studienbrief TQM 0100 Kaiserslautern: 2007
Wikipedia:<http://de.wikipedia.org/wiki/Qualitätsmanagementsystem>, Stand 20.01.2016
www.kmu.admin.ch/kmu/betreiben, Stand 23.12.2015
www.qe-online.de/artikelarchiv, 15.12.2015
www.nonprofit.de/artikel-lesen/artikel/qualitaetssystem-zertifizierung, 15.12.2015



Die Oase im Wohn-und Pflegeheim « Beim Goldknapp »

Die Pflegeoase "An der Oase" ist ein alternatives innovatives Pflege- und Betreuungskonzept zu den anderen Wohnformen des Wohn- und Pflegeheim "Beim Goldknapp". Die Oase ist demnach ein Zusatzangebot welches in das ganze Konzept des Hauses integriert ist. Sie ist speziell für Menschen in einem weit fortgeschrittenen Stadium der Demenz konzipiert, die darüber hinaus eine ausgeprägte Ängstlichkeit und ein besonderes hohes Geborgenheitsbedürfnis aufweisen.

Die Oase hat sich seit ihrer Eröffnung im Februar 2008 ständig weiterentwickelt und dies nicht zu Letzt durch die zwei externen Evaluationen die vom Familienministerium in Auftrag gegeben worden sind (Demenz Support Stuttgart: „Da Sein“ Pflegeoase in Luxemburg, eine Evaluationsstudie/Ernst-Abbe-Hochschule Jena: Prozessevaluierung zur Kommunikationsqualität in den Pflegeoasen Luxemburgs).



Weiter wurde intern ständig an der Weiterentwicklung gearbeitet. Architektonische Anpassungen wurden seit 2008 immer wieder vorgenommen. Ständig werden die Mitarbeiter der Oase spezifisch geschult. Sehr schnell haben wir auch festgestellt dass es wichtig ist die Person, die in die Oase aufgenommen wird, gut zu kennen damit sie vom Profil her in diese Umgebung passt. Wir haben daher eine interne Verlegungsprozedur erarbeitet welche die Regeln für einen eventuellen Transfer festlegt. Grundregel dabei ist es, dass in der Oase nur Bewohner aufgenommen werden die vorher in einer anderen Wohngruppe unseres Hauses gewohnt haben. Dabei spielen zum Beispiel folgende Dinge eine Rolle:

- eine individuellere Betreuung wird unumgänglich,
- die Betreuung in der Gruppe stellt sich immer mehr als schwierig heraus, wird als Überforderung empfunden
- die sensorischen, emotionalen und körperlichen Bedürfnisse werden immer vorrangiger,
- der Bewohner braucht sehr viel Ruhe und ist eventuell bettlägerig und verbringt viel Zeit liegend im Zimmer. Die Gefahr einer sozialen Isolation ist sehr hoch.

Die Besonderheit der Pflegeoase wird auf den ersten Blick durch die räumliche Gestaltung deutlich: anders als in den



restlichen Wohneinheiten des Wohn- und Pflegeheims besteht die Pflegeoase primär aus einem einzigen Raum, wo 9 Bewohner zusammen leben. Küche, Essbereich, Aufenthaltsbereich und die Rückzugsbereiche der Bewohner werden mit mobilen Möbeln und Trennwänden voneinander abgegrenzt. Der Raum kann somit je nach den Bedürfnissen der einzelnen Bewohner ständig neu gestaltet werden. Diese Raumgestaltung ermöglicht den Bewohnern einerseits die Wahrung ihrer Intimsphäre und andererseits eine ständige, intensive Pflege und ein dauerhaftes Zugehörigkeits- und Sicherheitsgefühl. Das Betreuungsangebot der Pflegeoase stützt sich in erster Linie auf die Stimulation der Sinne. Lichter, Farben und Formen, taktile Reize sowie Gerüche und Geräusche ermöglichen den Bewohnern Erfahrungen und Kommunikation auf einer Ebene, die ihren Bedürfnissen und Fähigkeiten angepasst ist. Wir verfolgen diesen Ansatz vor Allem durch eine Raumgestaltung mit unterschiedlichen visuellen Reizen, durch entspannende und stimulierende Massagen und durch den Einsatz von Aromaölen und Musik.

Die Pflegeoase ist keine Palliativstation. Der Palliativ-Gedanke ist Teil der Philosophie der Institution und beschränkt sich nicht nur auf die Oase. Die Bewohner werden nicht zum Sterben in die Oase verlegt. Dennoch verläuft der Sterbeprozess anders weil die architektonischen Begebenheiten anders sind.

Die Angehörigen der Bewohner werden als wichtige Partner in der Begleitung des Bewohners gesehen und werden, wenn sie es wünschen, aktiv in unsere Arbeit mit einbezogen. Sie erleben ihren Besuch „anders“ als dies in den üblichen Formen in Einrichtungen der Fall ist. Auch für das Personal wird bei der Arbeit in der Oase ein anderes Vorgehen verlangt als sie es "normalerweise" kennen. Eine fortwährende Evaluation aller beteiligten Akteure (Bewohner, Angehörige, Mitarbeiter, ...) und des Umfeldes sind für die Qualität der Betreuung und Pflege in all ihren Aspekte unerlässlich.

„Eine **Oase** [o'a:.zə] (von altgr. ὄασις óasis „bewohnter Ort“; aus dem Ägyptischen, altägyptisch waset „Kessel“) ist ein **Vegetationsfleck** in der **Wüste**, üblicherweise an einer **Quelle**, **Wasserstelle** oder einem **Wadi** gelegen“ (Wikipedia)

Wenn wir diese Definition bildlich auf die Pflegeoase im Centre Pontalize übertragen, so könnte man diese als einen Ort der Ruhe, des Wohlbefindens, der Erholung, Sicherheit und Geborgenheit beschreiben, in einem Umfeld das oft von Betriebsamkeit und Arbeitsabläufen charakterisiert ist.

Lydie Diederich
Membre Directoire de l'Association Luxembourg Alzheimer
Directrice Long Séjour

Die Oase im Centre Pontalize

Betreuungsziele in der Pflege

In der OASE stehen die Lebensqualität der Bewohner einerseits, und die Leidenslinderung andererseits, im Vordergrund. Diese Lebensqualität ist gekennzeichnet durch ein möglichst großes Selbstwertgefühl, Vermeidung von Ängsten, körperliches Wohlbefinden, Vermeidung negativer Emotionen, dem Gefühl der Zugehörigkeit.

Nun ist es natürlich so, dass die Lebensqualität in einem ganz individuellen, lebensgeschichtlichen Kontext des Menschen anzusehen ist. Die Sicht und die Bedürfnisse des Bewohners sind entscheidend.

Nur kann der Bewohner diese Sicht und seine Bedürfnisse oft nicht mehr selbst sprachlich kommunizieren.

Folglich verlangt die Lebensqualität des Bewohners vom Mitarbeiter seine permanente Achtsamkeit. Diese stellt für ihn eine alltägliche Herausforderung dar. Nur so kann er dem Ausdruck der Gefühle, des Schmerzes, der Freude und des Leids des Bewohners genügend Platz lassen.

Die Leidenslinderung wird gefördert durch die Einbindung (in die Alltagspflege) von therapeutischen Angeboten wie Aromatherapie, Physiotherapie, Snoezelen sowie Elementen der basalen Stimulation in die Alltagspflege.

Dieses Angebot setzt eine interdisziplinäre Zusammenarbeit voraus um dem Bewohner der OASE zu jedem Moment die bestmögliche Betreuung anbieten zu können.

Die Betreuung in der Pflegeoase ist eine personen-zentrierte Pflege, welche die gesamte Person mit ihren physischen, emotionalen, sozialen, aktivitätsbezogenen und spirituellen Bedürfnissen ins Zentrum der Pflege stellt. (Dr Anja Rutenkröger, Christina Kuhn 2010)

Zielgruppe

Die Kriterien, die es dem Personal erlauben sollen die Bewohner zu identifizieren die bestmöglich von dem speziellen Pflegeangebot der OASE profitieren können sind folgende:

- Verbale Kommunikationsstörungen
- Wahrnehmungsstörungen
- Bewegungseinschränkungen
- Menschen mit einem zusätzlich stark erhöhten Pflegebedarf

Aufnahmeprozedur

Die Aufnahme oder Verlegung eines Menschen in die OASE wird von einer „*Aufnahmekommission*“ vorgeschlagen. Die endgültige Entscheidung treffen die Familienangehörigen.

Gruppengröße

Die Gruppe besteht aus 4 Bewohnern.

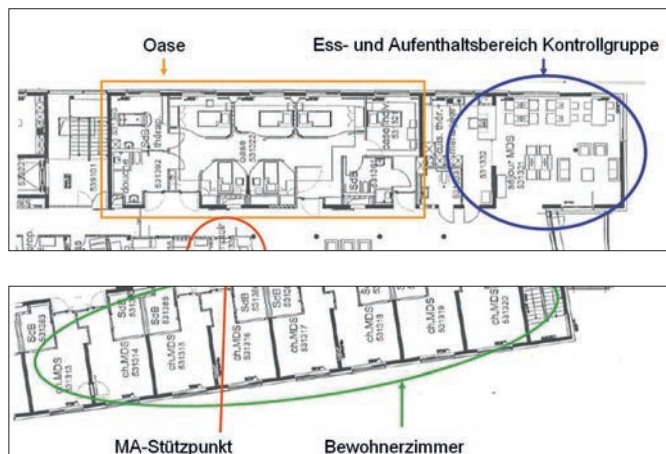
Ein angrenzendes Einzelzimmer ist der OASE zugeordnet und der Bewohner wird in der OASE mitbetreut.

Die Bewohner der OASE können von allen zur Verfügung stehenden Räumlichkeiten des Centre Pontalize profitieren.

Räumlichkeiten

Die Pflegeoase im Centre Pontalize bietet Wohn und Lebensraum für 4 Menschen, die sich in einem weitfortgeschrittenen Stadium der Pflegebedürftigkeit befinden.

Die OASE ist integriert in einer Betreuungsstruktur welche, zusätzlich zu den OASE-Bewohnern, 12 Bewohner(innen) betreut und pflegt. Es stehen 10 Einzelzimmer und ein Doppelzimmer, alle mit Nasszelle ausgerüstet, zur Verfügung.



Die OASE besteht aus einer Gesamtgrundfläche von 104,22 m² (Wohnbereich mit 85,37 m², einem Pflegebad mit Sternenhimmel mit 10,68 m² und einer Nasszelle mit 8,17 m²) für 4 Bewohner. Im Pflegebad kommt die Aromapflege (neben der Raumbeduftung und den Körpermassagen in der Oase selbst) zum Einsatz. Je nach Ölmischung werden hier belebende als auch entspannende Bäder angeboten.

Um die Privatsphäre der Bewohner zu bewahren, wurden „Kojen“ mit feststehenden und mobilen Holzelementen geschaffen. Ein Vorhang schirmt das Bewohnerbett ab. Die Kojen sind mit Familienfotos oder anderen Erinnerungsstücken dekoriert, so bekommt die Wohnnische eine persönliche Note. Der Bewohner soll sich geborgen und heimisch fühlen.

Die Klimaanlage wird zentral gesteuert, die Musikanlage und die Einstellung der Beleuchtung kann individuell gesteuert werden.

Personalstruktur

Das Mitarbeiterteam der Oase setzt sich aus 6,75 ETP Pflegekräften zusammen, davon arbeitet ein Mitarbeiter (0,75 ETP) nur in der Oase, alle anderen arbeiten zur Hälfte in der Oase und zur Hälfte auf der Wohngruppe von Grentzen 3. Für die konzeptionelle Umsetzung ist es wichtig, dass die Arbeitsansätze und die Gestaltung der Gruppenatmosphäre vom ganzen Team getragen werden. Um dies sicher zu stellen, wird das Team regelmäßig von einer Fachpflegerin in Psychiatrie mit einer Zusatzausbildung in basaler Stimulation, im Bereich Snoezelen und in der Motogeragogik, sowie einer Krankenschwester mit Zusatzausbildung in Aromapflege, begleitet und auch konzeptuell unterstützt (Fallbesprechungen).

Die Mitarbeiter arbeiten nach dem Prinzip der Bezugspersonenpflege. Jede Mitarbeiter(in) übernimmt die Verantwortung für ein oder zwei Bewohnerinnen und kümmert sich um deren ganz persönlichen Belange. Die Mitarbeiter(in) ist als Referenzperson die Ansprechpartnerin für die Familienangehörigen und dafür verantwortlich, dass die definierten Maßnahmen regelmäßig im Team und mit dem verantwortlichen Arzt evaluiert werden. Dazu werden auch alle spezifischen Angebote, wie Aroma-



pflege, basale Stimulation und Snoezelen individuell in der Bewohnerakte dokumentiert und sind so quantitativ messbar, wie auch qualitativ zu jeder Zeit einschaubar.

Die Personalbesetzung in der Pflegeoase sieht jeweils eine Mitarbeiterin in der Früh- und in der Spätschicht vor. Zur Unterstützung ist eine Mitarbeiterin von Grentzen 3 für die Pflegeoase eingeteilt, die im Dienstplan als „Aide-Oase“ ausgewiesen ist.

Bleibt zu erwähnen, dass die Pflegekräfte oft alleine auf sich gestellt sind in der Organisation ihrer Arbeit und der Bewältigung der Arbeitsabläufe. Dies verlangt von jedem Mitarbeiter ein sehr hohes Maß an Verantwortungsbewusstsein und Selbstständigkeit in der Organisation der Alltagsgestaltung.

Finanzierung

Der Pensionspreis für die Bewohner der OASE ist der gleiche wie für jeden Bewohner eines der drei Doppelzimmer im Centre Pontalize.

Der Aufwand für Pflege wird von der Pflegeversicherung finanziert nach den gleichen Kriterien wie bei jedem anderen Bewohner auch.

„In der Oase ticken die Uhren anders“
Christiane Grün, Revue nr.17, 23.04.2014

Jean Feith
Direktor des Centre Pontalize

LITERATUR
„Da-sein“ Pflegeoasen in Luxemburg. Eine Evaluationsstudie: Dr. Anja Rutenkröger, Christina Kuhn 2010
Prozessevaluierung zur Kommunikationsqualität in den Pflegeoasen Luxemburgs. Prof. Dr. Olaf Scupin, Katharina Rädcl-Ablass, Ursel Basener-Roszak, 2015.



L'économie sociale et solidaire au Luxembourg



Union luxembourgeoise de
l'économie sociale et solidaire

L'économie sociale et solidaire recouvre une large variété d'entreprises dont l'objectif principal n'est pas de générer du profit pour leurs actionnaires ou propriétaires, mais d'avoir un impact social ou sociétal positif. Elles forment un secteur en plein essor dans l'Union européenne, composé en majeure partie de petites et moyennes entreprises qui s'appuient sur des activités commerciales pour proposer des solutions durables et pérennes aux problèmes sociaux.

L'Europe mise aujourd'hui explicitement sur l'entrepreneuriat social pour relancer le marché unique en mettant en avant le fait que l'économie sociale et solidaire représente environ 10% de l'ensemble des entreprises européennes (soit environ 2 millions d'entreprises) et 6% de l'emploi total.

La montée en puissance de l'entrepreneuriat social a été accentuée sur le plan européen avec l'entrée en vigueur du règlement n°346/2013 du Parlement européen et du Conseil du 17 avril 2013 relatif aux fonds d'entrepreneuriat social européens et avec le lancement en mai 2013 du fonds « Social Impact Accelerator » par la Banque Européenne d'Investissement d'un poids initial de 60 millions d'euros pour soutenir l'entreprise sociale en Europe.

L'impact social au centre du modèle économique

Avec notamment la montée du chômage et de phénomènes d'exclusion sociale multiples, il existe actuellement un besoin croissant pour des entreprises dont le mode de fonctionnement et d'encadrement permet d'améliorer la situation sociale des personnes et de contribuer au bien-être collectif.

Il peut s'agir de services d'accès au logement, de soins de santé, d'assistance aux personnes âgées ou aux personnes handicapées, de garde d'enfants, d'accès à l'emploi et à la formation, ainsi que de gestion de la dépendance et des services qui visent l'intégration sociale.

Font également partie des entreprises sociales toutes les entreprises qui emploient des méthodes de production de biens ou de prestation de services qui intègrent leur vocation sociale, sans que leurs activités se limitent nécessairement à la fourniture de biens ou de services sociaux. Sont visées notamment des entreprises d'insertion sociale et professionnelle permettant l'accès à l'emploi à des personnes défavorisées (par manque de qualification ou par

d'autres difficultés sociales, professionnelles ou physiques/psychiques qui conduisent à l'exclusion).

Conformément à la vision de l'entreprise sociale du Parlement européen et du Conseil, ces activités peuvent également concerner la protection de l'environnement assortie d'une incidence sociale ou sociétale, par exemple dans les domaines de la lutte contre la pollution, du recyclage et des énergies renouvelables.

Face à l'émergence de nouveaux besoins sociétaux non ou mal satisfaits, que ce soit parce que les services requis coûtent trop cher ou que le public cible n'est pas suffisamment solvable ou parce que les pouvoirs publics n'ont pas les moyens ou la flexibilité pour les organiser, il importe de donner aux acteurs économiques qui ont pour objectif la prise en charge de ces besoins les moyens de se développer et d'accroître leur efficacité.

L'économie sociale et solidaire en chiffres

Dans une étude publiée le 5 juin 2015, le Statec constate que l'économie sociale et solidaire au Luxembourg constitue un secteur d'activités en très nette progression :

- En 2012, environ 27.500 salariés étaient employés dans une des 1064 entreprises sociales que compte le Luxembourg (soit 7,8% du total de l'emploi salarié du pays) ;
- Les entreprises sociales et solidaires ont presque doublé leur poids dans l'emploi total depuis 2000. En effet, entre 2000 et 2012, la croissance de l'emploi de l'économie sociale et solidaire atteignait 12,88% par an ;
- Les entreprises sociales incluent les associations sans but lucratif, les établissements d'utilité publique, les fondations ainsi que les entreprises enregistrées dans le secteur économique « Santé et action sociale »: 66,45% des entreprises sociales en 2012 étaient des « Associations sans but lucratif », 14,47% étaient des « Sociétés à responsabilité limitée », et 7,24% étaient des « Sociétés coopératives ».

Un facteur important pour le bien-être des personnes

L'économie sociale et solidaire est un important facteur pour le bien-être des citoyens et améliore la qualité de vie au Luxembourg. Les entreprises sociales et solidaires améliorent la qualité de vie des résidents au Luxembourg et, en particulier, des plus défavorisés, des chômeurs et des immigrants.

Dans une analyse réalisée en 2013, le Statec constate que les actions de ces entreprises favorisent la cohésion sociale et réduisent les inégalités relatives au mal-être social.

L'économie sociale et solidaire améliore significativement le bien-être de la population luxembourgeoise. En particulier, l'économie sociale et solidaire permet de réduire les inégalités relatives au mal-être social, tels que le sentiment d'exclusion sociale, qui est particulièrement présent parmi les personnes socialement et/ou économiquement vulnérables comme les personnes ayant de très faibles revenus, les personnes en recherche d'emploi, les immigrés, ainsi que les personnes présentant un handicap physique ou psychique.

Une reconnaissance accrue de l'importance de l'entrepreneuriat social

La capacité de répondre de manière flexible et innovante à des besoins sociétaux qui apparaissent et évoluent au cours du temps a conféré une importance croissante à l'entrepreneuriat social, non seulement sur le plan politique européen, mais également auprès d'investisseurs qui, au-delà de seuls rendements financiers, visent également des objectifs sociaux ou sociétaux et cherchent à investir de manière durable et responsable.

A l'heure actuelle, le Luxembourg ne s'est pas encore doté d'une définition légale ni de ce que recouvre l'économie sociale et solidaire, ni des entreprises qui la composent. Aucun texte juridique ne reconnaît encore la spécificité des entreprises sociales et solidaires qui partagent des principes communs identifiés comme tels pour caractériser l'entrepreneuriat social au niveau européen. Pourtant plusieurs pays européens ont déjà initié un mouvement de reconnaissance de modèles économiques où la poursuite d'un impact social ou sociétal prime sur la recherche du seul profit financier. Ainsi, la France a adopté le 31 juillet 2014 une loi sur l'économie sociale et solidaire qui marque une avancée considérable dans ce domaine. Le Luxembourg pourrait également adopter prochainement une loi sur l'économie sociale et solidaire,

puisque un projet de loi en ce sens a été déposé à la Chambre des Députés le 1^{er} juillet 2015 (projet de loi portant création des sociétés d'impact sociétal – doc. parlementaire 6831).

Par contre, l'économie sociale et solidaire dispose à la fois d'un Ministre de tutelle, M. Nicolas Schmit, Ministre du Travail, de l'Emploi et de l'Economie sociale et solidaire, et d'une organisation faîtière, l'ULESS (Union luxembourgeoise de l'économie sociale et solidaire). Créée en juillet 2013, l'ULESS a notamment pour mission de fédérer, de représenter, de promouvoir et de défendre par tous les moyens appropriés l'économie sociale et solidaire.

A propos de l'auteur

De nationalité luxembourgeoise, Jean-Christophe Burkel est le directeur de l'ULESS depuis le 1^{er} avril 2014. Docteur en Droit, Jean-Christophe Burkel était préalablement responsable des questions de sécurité sociale au sein de l'Union des Entreprises Luxembourgeoises et membre du Comité directeur de la Caisse Nationale des Prestations Familiales, du Conseil d'administration de la Mutualité des Employeurs et du Centre Commun de la Sécurité sociale.

Pour aller plus loin...

- CIRIEC International : <http://www.ciriec.ulg.ac.be/>
- Commission européenne : http://ec.europa.eu/growth/sectors/social-economy/enterprises/index_en.htm
- OCDE : <http://www.oecd.org/cfe/leed/social-economy.htm>
- Social Economy Europe : <http://www.socialeconomy.eu.org/>

Quelques ouvrages publiés en 2015 sur le sujet...

- Marie J. BOUCHARD & Damien ROUSSELIÈRE, « *The Weight of the Social Economy – An International Perspective* », CIRIEC, 2015, 333 pp.
- Lester M. SALAMON, « *Leverage for Good – An introduction to the New Frontiers of Philanthropy and Social Investment* », Oxford University Press, 2014, 162 pp.
- ULESS, « *Financing Social Economy Enterprises / Financer les entreprises de l'économie sociale* », édité par l'Union luxembourgeoise de l'économie sociale et solidaire avec le soutien du Ministère du Travail, de l'Emploi, de l'Economie sociale et solidaire dans le cadre de la Présidence luxembourgeoise du Conseil de l'Union européenne, décembre 2015, 163 pp.



Resilienz Coaching für Mitarbeiter und Führungskräfte im Gesundheitswesen¹⁵

Führung in Veränderung

Verstärkter Wettbewerb, zunehmende interdisziplinäre Projektarbeit, höheres Tempo, mehr Flexibilität, schlankere Strukturen, mangelnde Ressourcen, neue Informationstechnologien, Mitarbeiter verschiedener Altersstufen und Kulturen, die unter- und miteinander kommunizieren müssen, „arbeitsbedingte Krankheiten“ sind nur einige der aktuellen unternehmenspolitischen Herausforderungen im Dienstleistungssektor.

Change Management

Führungskräfte stehen in der gegenwärtigen wirtschaftlichen Situation, in einer Welt der schnellen technischen und soziologischen Veränderung tagtäglich auf dem Prüfstand. War es in der jüngsten Vergangenheit durchaus begehrt, eine Führungsrolle zu übernehmen, so sind Führungskräfte zurzeit eher verunsichert. Es finden sich seltener Mitarbeiter, die bereit sind, Verantwortung für andere und Institutionen zu übernehmen sowie über längere Zeit nachhaltig zu gewähren.

Die Suche nach neuen strategischen Orientierungen ist topaktuell, um Unternehmen erfolgreich durch Veränderungsprozesse und Krisen zu führen. Die engagierten Menschen in Führungs- und Leitungsaufgaben brauchen neue Strategien, Konzepte und Unterstützungen wie z.B. Weiterbildungsmaßnahmen, individuelles Coaching und Supervision, damit sie Veränderungen souverän managen können – für sich selbst, die Mitarbeiter, Kunden und Unternehmen.

Resilient durch Flexibilität

Wolfgang Bilinski schreibt in seinem Buch „Phönix aus der Asche“ im Abschnitt „Resilienz durch Flexibilität“: „Wenn rund um uns alles schwankt, müssen wir beweglich bleiben“ (S. 184): „Stabilität erreicht man in bewegten Zeiten nur durch Bewegung und Flexibilität und nicht durch Starre! Das Beharren auf dem, was immer war, erweckt zwar den Eindruck von Stabilität, ist aber bestenfalls dann sinnvoll, wenn rundherum alles still ist. Bei Bewegung, bei stürmischer See, gilt das ganz sicher nicht. Man muss beweglich bleiben, dann erreicht man Stabilität – das ist das Geheimnis.“

In den Pflegeberufen wird gelehrt, individuell auf den Klienten und seine spezifische Persönlichkeit einzugehen, die

ganzheitlich unter Berücksichtigung von physischen, psychischen und sozio- kulturellen Aspekten aus der Vergangenheit und Zukunft im Hier und Jetzt gepflegt, betreut und geheilt werden soll.

Könnte es nicht auch ein Ansatzpunkt sein, dass Führungskräfte unter diesem Aspekt der Ganzheitlichkeit individuell und persönlich gecoacht werden? Mit dem Ziel, die Mitarbeiter motivierter, flexibler, selbstsicherer, stärker und arbeitszufriedener durch anstehende Veränderungen zu begleiten.

Führungskräfte sind erfolgreicher, wenn sie selbst zum Coach ihrer Mitarbeiter werden. Coaching könnte somit einen wichtigen Anteil an einem modernen Konzept von Führungskompetenz haben.

Resilienz durch Veränderungsmanagement – negative und positive Veränderungen.

Der amerikanische Unternehmensberater Daryl R. Conner zeigt in seinem Buch im Kapitel „Momentane Rückschläge managen und Krisen bewältigen“, dass sich die Phasen, die von Elisabeth Kübler-Ross im Hinblick auf den Sterbeprozess beschrieben werden (Schock und Verneinung, Wut, Verhandeln, Depression, Testen und Akzeptieren), auch bei Veränderungen bewahrheiten.

Erwartungen bestimmen, wie Veränderungen wahrgenommen werden. Wenn man etwas erwartet oder gar herbeiwünscht, bekommt der Ablauf eine andere Dynamik, als bei jenen Veränderungen, die als Rückschlag empfunden werden.

Aber auch bei Menschen, die eine Veränderung sehnsüchtig herbeiwünschen, kann es zu einer Krise kommen, weil nicht immer alles so ist, wie man es sich zuvor ausgemalt hat.

Daryl R. Conner hat die Stufen der positiven Veränderungsprozesse unter die Lupe genommen und folgende Phasen festgestellt:

- Uninformed Optimism: rosarote Brille
- Informed Pessimism: nach der anfänglichen Freude zurück auf den Boden der Realität kommen
- Hopeful Realism: die neue Situation realistisch sehen und ein Licht tut sich am Horizont auf
- Informed Optimism: man kennt die Vor- und Nachteile,

- man weiß, dass die positiven Dinge überwiegen
- Completion: die Anpassung an die Veränderung gelingt, man akzeptiert die neue Situation, so wie sie ist und integriert sie in das neue Leben

(zitiert nach Bilinski, „Phönix aus der Asche“, S. 65 und 183)

Connor untersuchte Resilienz in Zusammenhang mit dem Management von Veränderungen und beschreibt folgende Ressourcen, die sich bei erfolgreichen Menschen als besonders wichtig erwiesen haben:

- Positiv: Selbstvertrauen und Optimismus, dass das Leben voller Möglichkeiten ist
- Fokussiert: Ein klares Ziel und die Fähigkeit, sich darauf zu konzentrieren
- Flexibel: Ideenreichtum und Spontaneität, um auf Unvorhergesehenes angemessen zu reagieren
- Organisiert: Strukturiertes Planen und Handeln
- Proaktiv: die Initiative ergreifen statt zu klagen, was alles nicht geht

Ziele im Führungskräftecoaching zum Erwerb von Resilienz – Kompetenz

Handlungs- und Entscheidungssichere, zufriedene Führungskräfte, die als authentisch und kompetent wahrgenommen werden, und fähig sind, Spannungen im mittleren Management als Ressourcen zukunftsorientiert, bestmöglich für alle Beteiligten umzusetzen, sind für gesunde Dienstleistungsbetriebe daher unabkömmlich.

Während sich das persönliche Coaching im klassischen Sinne auf die Person konzentriert, auf ihre Anliegen und persönlichen Zielsetzungen im emotionalen wie rationalen Bereich, kommt beim Führungskräftecoaching die Differenzierung von organisations- und systembezogenen Phänomenen dazu. Unabhängig vom Auslöser für ein Coaching, seien es individuelle oder organisatorische Fragestellungen, stehen beide Themenstränge in einem engen Zusammenhang und erfordern aufmerksame, achtsame und ganzheitliche Betrachtung.

Das kann ein Coaching -Auftrag im Pflegebereich sein.

So schreiben Heidrun und Frank Strikker in ihrem Artikel „Herausforderungen an Coaching im Change und in der

Krise“ im Buch „Coachingwissen“ (Hrsg. von Bernd Birgmeier, VS Verlag, ab S. 343):

„Die Vielfalt der Coaching- Angebote und die große Nachfrage aus verschiedenen Zielgruppen zeigen, dass Coaching im Change auf einen Zeitnerv trifft. Coachees werfen mit ihrem differenzierten Bedarf an spezifischen Veränderungen sowohl systemische, organisatorisch-strukturelle als auch individuell- persönliche neue Fragestellungen auf. Den parallelen Anforderungen, die sich daraus ergeben, müssen sich Coaches inhaltlich wie methodisch gewachsen zeigen. Derzeit stehen daher keine Change-Methode und kein Coaching-Modell für sich allein erfolgreich am Markt, um der Fülle und Gleichzeitigkeit der Veränderungen explizit begegnen zu können.“

Coaching übernimmt und leistet stattdessen eine besondere, variable Brückenfunktion zwischen den Veränderungen innerhalb und außerhalb der Organisationen und ihren beteiligten Personen, zwischen subjektiven Erwartungen der Einzelnen oder der Gruppe sowie der fachlich-sachlichen Anpassung an künftige systemische Anforderungen zwischen intensiven kommunikativen Prozessen und strukturellen, IT (informationstechnisch) gestützten Abläufen.

Josée Thill

Lehrerin für Gesundheitsberufe

Fachkraft für Gerontopsychiatrie

Erfahrungen als Fach- und Führungskraft im Gesundheits- und Altenbereich

Coach für Mitarbeiter und Führungskräfte im Gesundheitswesen

LITERATURHINWEISE

Monika Gruhl, „Das Geheimnis starker Menschen“, Kreuz Verlag ;
Wolfgang Bilinski, „Phönix aus der Asche“, Haufe Mediengruppe ;
Stephen R. Covey, „Die 7 Wege der Effektivität, Prinzipien für persönlichen und beruflichen Erfolg“, Verlag First Edition ;
Dr. Gunther Schmidt, „Hypnotische Konzepte, Grundlagen und Anwendungsfelder – Hypnotische Interventionsstrategien maßgeschneidert für einzigartige Systeme“ (Handout zum Seminar im Rahmen des 27. Metaforum Sommercamps 2014) ;
Elke M. Schüttelkopf, „Lernen aus Fehlern, Wie man aus Schaden klug wird“ Taschen Guide, Haufe ;
Ella Gabriele Amann, „Resilienz“ Taschen Guide, Haufe ;
Bernd Birgmeier, „Coachingwissen“ (2. aktualisierte und erweiterte Auflage, VS Verlag) ;

¹⁵ Auszüge aus einem Referat "Ganzheitliches Basis – Resilienz Coaching" 2015; von Josée Thill

Distinction « Milieu Novateur »



« Quand le vent du changement se lève, les uns construisent des murs, les autres des moulins à vent ». *Proverbe chinois*

Le 16 novembre 2015, dans le cadre de la semaine de la qualité du MLQE (Mouvement Luxembourgeois pour la Qualité et l'Excellence), le Tricentenaire s'est vu remettre la distinction « Milieu Novateur » par le Conseil Québécois de l'Agrément. Une certification prestigieuse au Québec que cette association s'est vue octroyer pour la 1^{ère} fois au Luxembourg, la 2^{ème} en Europe.

Madame Bracco, Directrice de l'Agrément et Milieu Novateur, l'a souligné, le « Milieu Novateur » est un programme de distinction qui témoigne du fait qu'une organisation a mis en place une culture et des conditions lui permettant de gérer ses processus d'innovation, dans une logique de développement organisationnel et d'amélioration continue. Le Tricentenaire a réalisé un score exceptionnel de 85,42 %. Les évaluateurs, qui ont rencontré des représentants des usagers, résidents, familles, bénévoles, professionnels de terrain et des services «supports», des cadres, de la direction et du Conseil d'Administration, ont surtout apprécié de constater qu'à tous les niveaux de prise de décision du mode de gouvernance de l'association, la notion de co-construction était présente.



(de gauche à droite : Mme CAHEN, Ministre de la Famille et de l'Intégration – Mme BRACCO, Directrice de l'Agrément et Milieu Novateur, Québec – M Christophe LESUISSE, Directeur Général du Tricentenaire – Mme RODESCH, vice-présidente du Tricentenaire)

Une certification valable pour les 4 années à venir. La deuxième partie de la démarche consistera à présenter tout un projet sous l'ensemble des angles de l'innovation. Un appel à projet a donc été lancé au sein des usagers et des équipes du Tricentenaire pour une future sélection de ce qui sera présenté devant les experts du CQA en 2019.

Christophe Lesuisse
Directeur du Tricentenaire

Certification ISO 9001 : 2008 pour le CIPA REWA

Au bout de quatre ans d'efforts intensifs en management de la qualité le CIPA Résidence op der Waassertrap s'est vu décerner la certification ISO 9001 : 2008. Ceci, après un audit externe assuré par le TÜVRheinland®.



Si l'établissement était déjà certifié ISO 9001 :2008 depuis fin 2013, il était donc inévitable que le département «aide, assistance et soins» suive le pas et soit également audité et certifié. Ceci afin d'assurer une continuité dans l'ensemble des processus inhérents à l'établissement comme l'accueil, l'encadrement et l'animation, les soins et l'hôtellerie pour en citer que quelques-uns.

Le CIPA REWA figure ainsi en tant que premier établissement de soins continus au Grand-Duché de Luxembourg à recevoir cette certification reconnue dans le monde entier.

La volonté d'avoir une démarche de l'amélioration continue de notre qualité et de nos prestations a également été couronnée par un prix décerné 2015 par le Mouvement Luxembourgeois pour la qualité et de l'excellence (MLQE) où nous avons obtenu la mention « sur la voie de l'excellence ».

La direction du CIPA REWA est bien consciente de l'importance d'un processus d'amélioration en continu, et c'est donc dans cette vision que les outils de qualité comme « Eqalin » et « Philosophie de l'Humanité » sont régulièrement mis en pratique par tous les collaborateurs du CIPA REWA. Une démarche de trois ans a d'ailleurs été engagée afin d'obtenir le « Label Humanité ».

Par la qualité de ses prestations, le CIPA-REWA estime avoir une vision adéquate afin d'affronter les défis des années à venir en matière d'encadrement et de soins de la personne âgée.

Alain Willet
Directeur

Martine Ewerard

Chargée de missions « Prestations »

Martine Ewerard a rejoint l'équipe de la COPAS le 16 novembre 2015 en tant que Chargée de missions prestations.

« Assistante d'hygiène sociale de formation, j'ai débuté ma carrière dans le travail social mais je me suis vite orientée vers le domaine des personnes âgées. Travaillant dans une structure qui intégrait plusieurs types de services, résidence pour seniors, foyer de jour, repas sur roues, les aides et soins à domicile, en plein essor, ont rapidement constitué la plus grande partie des activités que je gérais au quotidien.

Pendant presque dix-huit ans, j'ai pu m'investir dans ce secteur, qui a connu un développement impressionnant. J'ai pu participer à la mise en place des structures et processus et à la recherche de l'amélioration continue de la qualité des prestations.

Convaincue de la nécessité de favoriser une bonne gestion de la qualité dans les organisations et motivée à développer des nouveaux projets, je rejoins la COPAS à un moment où beaucoup d'acquis sont remis en question et des changements importants seront à affronter. La réforme imminente de l'assurance dépendance demandera la redéfinition de nombreux paramètres et nous amènera à explorer de nouvelles pistes, tout en maintenant l'objectif d'assurer des prestations d'aides et de soins individualisés sans jamais négliger la relation avec la personne.

Je mettrai donc en valeur au quotidien mon expérience pratique de terrain, mes connaissances du secteur ainsi que ma créativité pour au mieux défendre les intérêts des membres de la COPAS face aux défis à gérer. »

Olivier Wolf

Chargé de missions « Finances »

Olivier Wolf, de nationalité luxembourgeoise, diplômé d'Expertise Comptable en France, a rejoint la COPAS au 15 février 2016 en tant que chargé de missions finances. Olivier a une expérience réussie de près de 10 ans dans un cabinet d'audit international et était responsable de mission dans l'audit de sociétés industrielles, commerciales, d'établissements d'utilité publique et d'associations, ainsi que dans le secteur de la formation. Il parle français, anglais et a de bonnes notions d'allemand et de luxembourgeois.

« Je suis heureux de rejoindre la COPAS afin d'y apporter mon expérience. Nouveau, mais pas novice, je souhaite apporter un regard différent dans le domaine de l'assistance aux personnes. Passionné par l'être humain et conscient des défis à court, moyen et long terme, je suis convaincu que je peux apporter une réelle valeur ajoutée. Ouvert d'esprit, je me montrerai disponible et à l'écoute pour répondre efficacement à vos attentes. ».



À ce jour, la COPAS compte une cinquantaine de membres qui gèrent au Grand-Duché de Luxembourg la quasi-totalité des maisons de soins, des centres intégrés pour personnes âgées, des centres de jour psycho-gériatriques, des structures et services pour personnes en situation de handicap,

des institutions actives en matière de psychiatrie extra-hospitalière, des réseaux d'aide et de soins à domicile et quelques logements encadrés. Pour aider et accompagner les usagers de leurs structures et services, les membres de la COPAS emploient plus de 11.000 salariés.



COPAS
rue de Turi L-3378 Livange

www.copas.lu
T : 27 17 22 – F : 27 17 22-20

*All d'Ariichtungen a Servicer fir den 3ten a 4ten Alter
déi vun Sodexo geréiert ginn, fannt Dir op: www.sodexoseniors.lu*



*Maison de soins
an de wisen*



*Maison de soins
Op Lamp*



*Centre Intégré pour
Personnes Âgées
Gréngewald*



*Logement encadré
Résidence Centre Riedgen*



*Logement encadré
KonviktsGaart*



*Résidence Service
Le Parc Laval*



*Club Senior
Stroossen*



Repas sur roues

