

---

# PROJEKT

---

des Pflegedienstes



**45, avenue Grande-Duchesse Charlotte L-3441 Düdelingen**

## Projekt des SASD SOSS Aider et Soigner Autrement

Ein SASD (Service d'Aide et de Soins à Domicile) ist eine Struktur, die sowohl häusliche Pflege- als auch Krankenpflagedienste in einem einzigen System vereint. Ziel ist es, diese Dienste zu koordinieren, um den Bedürfnissen von älteren, behinderten oder eingeschränkten Menschen besser gerecht zu werden und ihnen zu ermöglichen, so lange wie möglich zu Hause in optimaler Begleitung zu bleiben.

### I. Einleitung

#### Rechtlicher Hintergrund und Begründung

Der Service „Aider et Soigner Autrement“ wurde vom luxemburgischen Familien- und Integrationsministerium genehmigt, nachdem die Qualitätsanforderungen überprüft wurden.

Die CNS (Nationale Gesundheitskasse) hat dem Dienstleister einen Code zugeteilt, der ihm die Erbringung von Pflege- und Unterstützungsdiensten nach bestimmten Qualitätskriterien erlaubt, hauptsächlich im häuslichen Umfeld der Nutzer.

#### Allgemeine Ziele

- Hochwertige Krankenpflege auf ärztliche Verschreibung leisten
- Lebensqualität der begleiteten Personen verbessern
- Den Verbleib zu Hause fördern
- Ganzheitliche, angepasste und effiziente Versorgung sicherstellen
- Nationale Ressourcen effizient nutzen
- Vermeidbare Krankenhauseinweisungen verhindern und Krankenhausaufenthalte verkürzen
- Die Rückkehr nach Hause für hospitalisierte Personen erleichtern, die keine intensive Krankenhauspflege mehr benötigen



## **II. Zielgruppenanalyse**

### **Zielgruppe:**

Ziel ist es, die betroffenen Personen zu identifizieren und die Pflegebedürfnisse bestmöglich zu erfüllen.

Personen, die im Großherzogtum Luxemburg ansässig sind, Zugang zum luxemburgischen Sozialsystem haben und aufgrund akuter oder chronischer Gesundheitsprobleme pflegebedürftig sind, können von den Diensten des SASD SOSS profitieren. Diese können temporäre oder dauerhafte Pflegebedürfnisse haben, sei es aufgrund körperlicher oder kognitiver Beeinträchtigungen.

### **Vulnerable Personen:**

Der Begriff "vulnerable Personen" bezieht sich auf Menschen, die aufgrund physischer, psychischer oder sozialer Faktoren anfälliger sind. Dies schließt ältere, mehrfach erkrankte oder abhängige Personen, Menschen mit psychischen Erkrankungen, Menschen mit juristischem Schutzstatus sowie Kinder oder Personen am Lebensende ein.



### III. Organisation des SASD

#### Struktur

Das SASD wird nach einem ganzheitlichen Managementansatz organisiert. Es stützt sich auf das McKinsey 7S-Modell, das sieben interdependente Dimensionen umfasst: Strategie, Struktur, Systeme, Managementstil, Kompetenzen, Personal und geteilte Werte.

#### Die 7 Dimensionen:

1. **Strategie:** Plan, um einen Mehrwert gegenüber bestehenden SASD zu bieten.
2. **Struktur:** Wie die Organisation strukturiert ist.
3. **Systeme:** Prozesse und Arbeitsabläufe.
4. **Stil:** Führungsstil.
5. **Kompetenzen:** Fähigkeiten der Mitarbeiter.
6. **Personal:** Soziale Fähigkeiten der Mitarbeiter.
7. **Geteilte Werte:** Zentrale Unternehmenswerte und Arbeitsethik.

#### Die 7 Werte:

1. **Vertrauen:** Grundlage jeder starken Beziehung.
2. **Kompetenz:** Garantiert Effektivität.
3. **Mitgefühl:** Fördert das Wohlbefinden der Nutzer.
4. **Klima:** Schafft eine positive Umgebung.
5. **Kongruenz:** Übereinstimmung zwischen Worten und Taten.
6. **Kohäsion:** Stärkt den Teamgeist.
7. **Konstanz:** Schafft Stabilität und Beständigkeit.

#### Bewertung und Qualität

Der SASD misst die Leistung anhand von Indikatoren wie der Zufriedenheit der Nutzer und der Vermeidung von Krankenhauseinweisungen. Regelmäßige Bewertungen und ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess sichern die Qualität der Dienstleistungen.



## Modalitäten des Betriebs

### **Arbeitszeiten**

Die Pflegekräfte arbeiten in Schichten von 6 bis 22 Uhr an allen Tagen der Woche, um eine ständige Versorgung zu gewährleisten.

In Notfällen, wie bei Palliativpflege, kann der Dienst rund um die Uhr verfügbar sein.

### **Aufnahmeprozess**

Die Aufnahme in den Dienst erfolgt nach einer umfassenden Analyse der Bedürfnisse des Nutzers.

Der Prozess wird in Abstimmung mit den verschiedenen medizinischen und sozialen Akteuren durchgeführt, um eine kohärente und kontinuierliche Versorgung sicherzustellen. Regelmäßige Besuche zu Hause helfen, den Pflegeplan auf die individuellen Bedürfnisse anzupassen.

### **Der Betreuungsvertrag**

Der SASD erstellt gemeinsam mit der betreuten Person und/oder ihrem gesetzlichen Vertreter einen individuellen Betreuungsvertrag. Dieser Vertrag beschreibt die zu erbringenden Pflegeleistungen und wird bei der Aufnahme der Person festgelegt.

### **Pflege- und Unterstützungsplan**

Der koordinierende Krankenpfleger bewertet die Bedürfnisse der betreuten Personen anhand objektiver und anerkannter Skalen, wie den 14 grundlegenden Bedürfnissen nach Virginia Henderson, den Skalen zur Schmerz- und Dekubitusbewertung sowie weiteren relevanten Werkzeugen.



## **Koordination der Pflege**

Die Koordination der Pflege wird durch den Pflegekoordinator sichergestellt, der die verschiedenen an der Betreuung beteiligten Fachkräfte koordiniert und regelmäßig die Pflegepläne überprüft und aktualisiert.

Das SASD SOSS entwickelt Strategien zur Vernetzung mit externen Ressourcen, um den Nutzern die bestmöglichen Dienstleistungen zu bieten.

### **Modalitäten des Betriebs:**

In einer Struktur wie einem SASD, in der die Pflege zu Hause erbracht wird und/oder jeder eine Begleitung zu ähnlichen Zeiten wünscht, z. B. bei der Hilfe bei der Körperpflege, den Mahlzeiten usw., kann die Verwaltung der Zeitpläne zu einer echten Herausforderung werden.

Im täglichen Betrieb werden die Pflegeleistungen nach Dringlichkeitsgrad und den Bedürfnissen der Nutzer geplant, wobei ihr Biorhythmus, ihre Verpflichtungen und Wünsche so weit wie möglich berücksichtigt werden. Es gibt festgelegte Zeitfenster für Pflegeleistungen und Haushaltsdienste. In kritischen Notfällen oder palliativen Situationen ist es jedoch von grundlegender Bedeutung, die Bedürfnisse nach Dringlichkeit und Gesundheitszustand zu priorisieren.

### **Pflege- und Hilfsteam**

Die Teams aus Pflegekräften und Haushaltshilfen sind in Schichten organisiert, um den ganzen Tag von 6 Uhr bis 22 Uhr abzudecken, und das 7 Tage die Woche, gemäß dem mit jedem Nutzer vereinbarten Zeitplan, außer für kurzfristige Pflegeleistungen. Eine Koordination zwischen den verschiedenen Beteiligten ist entscheidend, um sicherzustellen, dass die geleistete Hilfe und die erbrachten Pflegeleistungen den ganzen Tag über reibungslos ablaufen.

In einer End-of-Life-Situation oder bei komplexer Betreuung kann der SASD SOSS rund um die Uhr an sieben Tagen die Woche eingreifen.



## **Bearbeitung der Aufnahmeanforderung**

Abgesehen von Pflegeleistungen gemäß der Nomenklatur und den Tarifen für Pflegeleistungen und -dienste (Koordinierte Fassung vom 01.09.2023), bei denen die Pflegeleistungen auf der Grundlage einer ärztlichen Verordnung erbracht werden, erfolgt die Aufnahme einer Person durch den Service für Pflege und Unterstützung zu Hause SOSS Aider et Soigner Autrement systematisch durch eine vorherige Analyse sowie eine Bewertung der Bedürfnisse des Nutzers und seiner Erwartungen. Anschließend werden Pflegeleistungen/Betreuung erbracht.

Die Aufnahme und Bewertung erfolgt in Zusammenarbeit mit Akteuren aus der Pflege, Betreuung oder medizinisch-sozialen bzw. rechtlichen Koordinierung im Gebiet, um Mehrfacheingriffe zu vermeiden und die Kohärenz sowie Kontinuität der Maßnahmen zu gewährleisten.

SOSS organisiert regelmäßige Austauschmomente, die verschiedene Analyseebenen ermöglichen. Unser Näheansatz in Verbindung mit der Zusammenarbeit verschiedener Fachleute, die an der Betreuung des Nutzers beteiligt sind, ermöglicht einen kohärenten und relevanten Betreuungsplan.

Angesichts der Vielzahl von Gesprächspartnern achten wir darauf, dass die aufgenommene Person ihre Wünsche äußern kann. Der Hausbesuch ist ein unverzichtbares Element der Bewertung der Pflege- und Hilfsbedürfnisse des Nutzers. Dieser Besuch, bei dem viele Informationen über die Situation des Nutzers, seine Bedürfnisse und Gewohnheiten gesammelt werden, sollte nach Möglichkeit von einem Familienmitglied oder der Pflegeperson begleitet werden, um den Erwartungen des Nutzers gerecht zu werden.

Die Situation der Person, die in all ihren Dimensionen erfasst wird, ermöglicht es, ihre Wünsche zu berücksichtigen, ihre Bedürfnisse zu bewerten und den individuellen, personalisierten Plan mitzugestalten.



### **Die elektronische Patientenakte des Nutzers umfasst mindestens:**

1. Eine strukturierte Gesundheitsakte, die alle Daten, Bewertungen und Informationen aller Art über den Gesundheitszustand des Nutzers und dessen Entwicklung enthält. Eine großherzogliche Verordnung legt den Inhalt fest.
2. Die Identifikationsdaten des Nutzers, einschließlich Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht sowie der Name und Vorname der gesetzlichen Vertreter und die nationale Identifikationsnummer des Nutzers.
3. Eine Kopie des Dokuments, das eine Vertrauensperson im Sinne des geänderten Gesetzes vom 24. Juli 2014 über die Rechte und Pflichten des Nutzers und des Gesetzes vom 16. März 2009 über Palliativpflege, Patientenverfügung und End-of-Life-Begleitung benennt.
4. Die Kontaktdaten der vom Nutzer angegebenen Personen und gegebenenfalls seines Pflegepersonals im Sinne des Artikels 350, Absatz 7 des Sozialversicherungsgesetzes.
5. Eine Kopie des Betreuungsvertrags, des Kostenvoranschlags und gegebenenfalls der Zusatzvereinbarungen.
6. Alle notwendigen Informationen im Zusammenhang mit der Pflege des Nutzers für die in Artikel 18 definierten Leistungen.
7. Der Hinweis auf eine rechtliche Schutzmaßnahme gegenüber dem Nutzer.

### **Zugriff auf die in der individuellen Akte enthaltenen Daten haben:**

1. Der Nutzer, gegebenenfalls sein gesetzlicher Vertreter oder die Person, die den Vertrag vorübergehend unterzeichnet hat.
2. Der Leiter der Einrichtung, das im Artikel 20 genannte Betreuungspersonal sowie der behandelnde Arzt, soweit der Zugriff für die Erfüllung der gesetzlichen oder vertraglichen Aufgaben erforderlich ist, die ihnen zur Betreuung des Nutzers und zur Erstellung und Überwachung des Betreuungsplans übertragen wurden.

Die individuelle Akte des Nutzers, der ausschließlich Pflegeleistungen im Rahmen der Zuständigkeiten der Gesundheitsberufe in Anspruch nimmt, umfasst mindestens die in Absatz 2 genannten Teile und Informationen unter den Punkten 1, 3, 4 und 6.





Änderungen oder Nachträge können vorgenommen werden, wenn die ursprünglichen Bedingungen des Dokuments geändert werden. Diese Nachträge werden unter den gleichen Bedingungen wie das ursprüngliche Dokument erstellt.

### **Pflege- und Betreuungsplan**

Der koordinierende Pflegefachmann stützt sich auf verschiedene objektive und anerkannte Skalen zur Bewertung der Grundbedürfnisse. Die 14 Grundbedürfnisse nach Virginia Henderson:

- Atmen
- Trinken und Essen
- Ausscheidung (Urin und Stuhl)
- Sich bewegen und eine gute Körperhaltung einnehmen
- Schlafen und Ausruhen
- Sich an- und ausziehen
- Die Körpertemperatur regulieren
- Sauberkeit und Schutz der Haut
- Gefahren vermeiden
- Kommunizieren
- Nach den eigenen Glaubenssätzen und Werten handeln
- Sich beschäftigen, um sich zu verwirklichen
- Sich erholen
- Sich unterhalten
- Lernen

### **Bezüglich des Dekubitus-Screenings und der Prävention:**

- Norton-Skala
- Braden-Skala

### **Bezüglich der Schmerzerkennung:**

- EVS-Skala
- Verhaltensskala Doloplus
- ECPA-Skala



Das Depressions-Screening-Tool (GDS/MINI GDS) zielt darauf ab, das Erkennen, die diagnostische Vorgehensweise und die richtige Versorgung von Depressionen bei älteren Menschen zu erleichtern.

Das Palliativpflege-Tool zielt darauf ab, die Qualität der Palliativpflege und der End-of-Life-Begleitung von älteren und behinderten Menschen in Gesundheitseinrichtungen, in MDS und zu Hause zu verbessern.

#### **Bezüglich der Unterernährungserkennung:**

- MUST-Skala

Die Erstellung und Umsetzung des individuellen und personalisierten Projekts wird einer formellen multidisziplinären Analyse unterzogen, die durch die Führung der elektronischen Akte des Nutzers dokumentiert wird.

Diese wird in Abhängigkeit von der Entwicklung der Person, ihren Pflegebedürfnissen und Erwartungen aktualisiert, mindestens jedoch einmal pro Quartal.

Eine erneute Bewertung zu Hause erfolgt jedes Mal, wenn dies erforderlich ist, insbesondere bei wesentlichen Veränderungen in der Situation der Person oder auf deren Wunsch.

Wenn die Person nicht in die Kriterien und Möglichkeiten des angebotenen Dienstes passt, klärt der SASD SOSS, basierend auf seinem Wissen über die Akteure und Strukturen im Gebiet, mögliche Umorientierungen zu einer anderen Ressource unter enger Einbeziehung der Person und ihres Umfelds und stellt sicher, dass sie die Situation gut verstehen.



**Die Pflegeakte ist ein Bestandteil des Pflegebereichs des personalisierten Projekts.**

Sie muss Folgendes enthalten:

- Die detaillierte Kennzeichnung des Nutzers (Aufnahme-Checkliste)
- Die Person, die im Bedarfsfall benachrichtigt werden soll (Aufnahme-Checkliste)
- Die Vertrauensperson und Angehörige, mit denen medizinische und pflegerische Informationen ausgetauscht werden können (Aufnahme-Checkliste)
- Die wöchentlichen und monatlichen Pflegeberichte und Nachverfolgung
- Den personalisierten Betreuungsplan des Nutzers (personalisiertes Pflegeprojekt)
- Die detaillierte Pflegeakte mit der Nachverfolgung der ärztlichen Anweisungen
- Die Modalitäten der vorgesehenen Betreuung (Art der Handlungen, Häufigkeit).
- Informationen zur Nachverfolgung.
- Informationen zu den Krankenpflegeleistungen (Wundbehandlung, Behandlungen).
- Informationen zu den von anderen Gesundheitsfachkräften erbrachten Pflegeleistungen (Podologe, Physiotherapeut, Diätassistent, Facharzt).
- Der gesetzliche Vertreter, falls die Person unter einer Schutzmaßnahme steht.
- Patientenverfügung oder gegebenenfalls Bestimmungen zur End-of-Life-Begleitung, der Hinweis auf deren Existenz sowie die Kontaktdaten der verantwortlichen Person.
- Die formellen Informationen zum Ende der Betreuung.



## Grundpflege

Grundpflege wird als Erhaltungspflege und Lebensfortführungspflege definiert, d. h. als Gesamtheit der „Maßnahmen, die darauf abzielen, funktionelle Einschränkungen teilweise oder vollständig auszugleichen, um die Vitalfunktionen der Person aufrechtzuerhalten und ihr die Wiedererlangung der Autonomie zu ermöglichen“

Diese Pflege berücksichtigt die Lebensgewohnheiten, Sitten und Werte der gepflegten Person.

Die Grundpflege umfasst insbesondere Hygienemaßnahmen und Komfortpflege, aber auch Maßnahmen, die sicherstellen, dass der Leistungsempfänger eine saubere Körperpflege hat und in einer gesunden und angenehmen Umgebung lebt.

Die Grundpflege erfordert spezifische Techniken, die besonders wichtig für die Verhinderung von Dekubitus (Druckgeschwüren) sind.

Diese Prävention beruht teils auf der lokalen Pflege der verschiedenen Hautdruckstellen, aber auch auf der Überwachung der Hydratation, einer ausgewogenen Ernährung, der Überwachung klinischer Anzeichen (Gewicht, Temperatur, Blutdruck, Puls) und der Prävention von Missbrauchssituationen.

Diese Maßnahmen sollen Schmerzen vorbeugen, insbesondere im Rahmen der Mobilisierung und Positionierung der Person, zur Vermeidung von Unterernährung und Dehydrierung, wodurch Stürze verhindert werden und sich dies positiv auf die kognitiven Fähigkeiten auswirkt.

Die Grundpflege umfasst auch die Hautüberwachung, einschließlich der Überprüfung des Fußzustands, insbesondere bei Diabetikern.



## **Koordination der Pflege und der Maßnahmen durch SASD SOSS**

Der SASD SOSS übernimmt auch die Koordination durch die koordinierende Pflegekraft, die folgende Aufgaben wahrnimmt:

- Koordination der Mitarbeiter des SASD für die betreute Person.
- Koordination der Fachkräfte des Dienstes.
- Koordination der Einsätze des Dienstes mit den verschiedenen Akteuren, die an der Betreuung der Person beteiligt sind.
- Empfang der Personen und ihrer Angehörigen.
- Bewertung der Pflegebedürfnisse der Person bei einem Hausbesuch.
- Erstellung und Nachverfolgung der Umsetzung individueller Pflegepläne für jede betreute Person.
- Neubeurteilung der Situation und Aktualisierung der Pflegepläne.

**Im Rahmen der Koordination der Fachkräfte des Dienstes** übernimmt die koordinierende Pflegekraft die Organisation der Einsätze der Krankenpfleger, Pflegeassistenten, sozialen Familienhelfer und anderer Pflege- und Begleitkräfte des Dienstes sowie die Koordination der Gesundheitsfachkräfte (Podologe, Physiotherapeut) für die Nutzer des Dienstes.

**Im Rahmen der Koordination der Einsätze des Dienstes mit den verschiedenen Akteuren des Sektors:**

- Koordination der Einsätze mit allen Beteiligten im häuslichen Bereich.
- Zusammenarbeit mit medizinischen und sozialen Einrichtungen und Diensten, mit Gesundheitseinrichtungen und freiberuflichen Gesundheitsfachkräften.

Der SASD SOSS strebt an, Strategien zu entwickeln, die nach außen gerichtet sind, um die Ressourcen im Gebiet zu optimieren, die Partner kennenzulernen und sich bekannt zu machen, sowie den Leistungsempfängern ein auf ihre Bedürfnisse abgestimmtes Serviceangebot zu unterbreiten.



## **Kontinuität der Pflegeleistungen**

Alle vom SASD betreuten Personen profitieren von den nach einem angepassten Zeitplan erbrachten Pflegeleistungen.

Die Dienste gewährleisten die Kontinuität der Pflegeleistungen, sie leisten täglich, auch an Sonntagen und Feiertagen

Die Kontinuität der Pflegeleistungen wird für geplante Pflege sichergestellt. Dies erfordert keine 24-Stunden-Bereitschaft, außer im Fall spezieller Pflegeleistungen wie Palliativpflege oder Nachtdienst im Rahmen der Entlastung der Pflegeperson.

In Notfällen, im Rahmen nicht spezifischer Pflegeleistungen und außerhalb der Öffnungszeiten des SASD SOSS von 6 Uhr bis 22 Uhr, wird der Nutzer gebeten, die **Notrufnummer 112** zu wählen.



