



Universität
Basel


Medizinische Fakultät
Departement Public Health

Pflegewissenschaft
Nursing Science



inter*care*

Ein pflegegeleitetes Versorgungsmodell zur Stärkung der geriatrischen Kompetenz in Pflegeinstitutionen:
Die Entwicklung und Inhalte des INTERCARE-Modells.



Das **INTERCARE** Projekt ist finanziert von:



Gesundheitsversorgung
Nationales Forschungsprogramm



Ein pflegegeleitetes Versorgungsmodell zur Stärkung der geriatrischen Kompetenz in Pflegeinstitutionen:
Die Entwicklung und Inhalte des INTERCARE-Modells.

Autoren

Kornelia Basinska
Raphaëlle-Ashley Guerbaai
Michael Simon
Sabina De Geest
Nathalie I.H. Wellens
Christine Serdaly
Carlo De Pietro
Mario Desmedt
Reto W. Kressig
Dunja Nicca
Andreas Zeller
Anja Vaes
Franziska Zúñiga

Basel 2021

Über diesen Bericht

Dieser Bericht kann von unserer Website heruntergeladen werden:

www.intercare.nursing.unibas.ch/publikationen/

Diese Publikation ist ein nationaler Bericht der INTERCARE-Studie, die vom Schweizerischen Nationalfonds (SNF) im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms «Smarter Health Care» (NRP 74) gefördert wurde.

Eine vollständige Liste der INTERCARE Publikationen finden Sie auf der Website:

www.intercare.nursing.unibas.ch/publikationen/

Erfahren Sie mehr über unsere Arbeit

www.intercare.nursing.unibas.ch

Vorgeschlagene Zitierung

Basinska, K., Guerbaai, R.A., Simon, M., De Geest, S., Wellens N.I.H., Serdaly, Ch., De Pietro, C., Desmedt, M., Kressig, R.W., Nicca, N., Zeller, A., Vaes, A., Zúñiga, F. (2021). *Ein pflegegeleitetes Versorgungsmodell zur Stärkung der geriatrischen Kompetenz in Pflegeinstitutionen: Die Entwicklung und Inhalte des INTERCARE-Modells.*

Institut für Pflegewissenschaft; Universität Basel,
Abgerufen von:

<https://intercare.nursing.unibas.ch/publikationen/>

Veröffentlicht von

Institut für Pflegewissenschaft, Medizinische Fakultät,
Universität Basel, 2021

INTERCARE™ ist als Marke geschützt.

© Institut für Pflegewissenschaft, Medizinische Fakultät, Universität Basel, 2021

Inhaltsverzeichnis

<i>Kapitel 1</i> – Einleitung ...	6
<i>Kapitel 2</i> – INTERCARE als Implementierungsforschungsprojekt ...	8
Implementierungsforschung ...	8
Implementierungsforschung in INTERCARE ...	8
Phasen des Implementierungsprozesses ...	8
Die Rolle der Forschungsgruppe ...	11
<i>Kapitel 3</i> – INTERCARE: Ein pflegegeleitetes Versorgungsmodell für Pflegeinstitutionen ...	14
Überblick INTERCARE-Modell ...	14
Kernelemente ...	15
Implementierungsstrategien ...	27
<i>Kapitel 4</i> – Entwicklung des INTERCARE-Modells ...	32
Studie 1: Literaturrecherche ...	32
Studie 2: Fallstudien ...	33
Studie 3: Einbezug von Stakeholdern ...	46
Studie 4: Einbezug von Bewohnern/-innen und Angehörigen ...	47
<i>Kapitel 5</i> – Diskussion ...	50
Bedarf an innovativen Lösungen für Pflegeinstitutionen ...	50
Das INTERCARE-Modell ...	51
Neue Rollen für diplomierte Pflegefachpersonen ...	53
Implementierungsforschung ...	54
<i>Kapitel 6</i> – Empfehlungen ...	56
Implementierung von INTERCARE ...	56
Pflegegeleitete Versorgungsmodelle und Politik ...	57
Akronyme und Abkürzungen ...	59
Tabellen und Abbildungen ...	60
Referenzen ...	61

Über das Projekt

Die Schweiz erlebt wie die meisten Länder weltweit einen Wandel in der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen, der durch demografische, wirtschaftliche und technologische Trends angetrieben wird. Angesichts einer alternden Bevölkerung steigt die Zahl älterer Menschen, die Pflege benötigen. Gleichzeitig ist es schwierig, genügend Personal für die Langzeitpflege zu rekrutieren. Pflegegeleitete Versorgungsmodelle sind eine mögliche Lösung für diese Herausforderung, da sie durch einen gezielten Skill-Mix eine umfassende Versorgung älterer Menschen mit chronischen Erkrankungen bieten sowie das Potenzial haben, die geriatrische Kompetenz vor Ort zu stärken und die Attraktivität des Pflegeberufs in der Langzeitpflege zu erhöhen.

Dieser nationale Bericht enthält die Beschreibung und Entwicklung eines neuen Versorgungsmodells im Rahmen der INTERCARE-Studie («Improving **INTER**professional **CARE** for better resident outcomes – INTERCARE»). Unter Anwendung der Methodik der Implementationsforschung – d.h. der Kombination von evidenzbasierten Interventionen mit kontextbezogenen Informationen – haben wir zusammen mit Stakeholdern ein an den Kontext angepasstes, nachhaltiges und pflegegeleitetes Modell entwickelt, um die Pflegequalität zu verbessern, die interprofessionelle Zusammenarbeit zu fördern und ungeplante Spitäleinweisungen zu reduzieren. Das INTERCARE-Modell ist auf die Bedürfnisse und Ressourcen der Schweizer Pflegeinstitutionen ausgerichtet, und dieser Bericht bildet die Grundlage für eine mögliche Ausweitung des Modells in der Zukunft.

Die 4-jährige (2017-2020) nationale Implementationsstudie wurde vom Schweizerischen Nationalfonds (SNF) im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms «Smarter Health Care» (NFP 74, Grant 407440_167458), der Stiftung Pflegewissenschaft Schweiz und der Ebnet Stiftung, Schweiz finanziert. In der Phase A (2017-2018) wurde das INTERCARE-Modell entwickelt. In der Phase B (2018-2020) wurde das INTERCARE-Modell in 11 Pflegeinstitutionen der Deutschschweiz implementiert und auf seine klinische Wirksamkeit hin evaluiert, wobei das Hauptergebnis ungeplante Spitäleinweisungen waren.

INTERCARE-Forschungsgruppe

Die Forschungsgruppe besteht aus verschiedenen Fachleuten mit einem breiten Spektrum an Fähigkeiten und Erfahrungen in der Langzeitpflege, aber auch in der Primär- und Akutversorgung sowie im privaten, staatlichen und nichtstaatlichen Sektor. Zu den beruflichen Hintergründen gehören klinische Einrichtungen, Gesundheitsförderung, Forschung und Wissenschaft sowie Projektmanagement.

Nursing Science – Pflegewissenschaft, Medizinische Fakultät, Universität Basel, Schweiz

Prof. Dr. M. Simon (Studienleitung)

Dr. F. Zúñiga (Projektleitung)

Prof. Dr. D. Nicca

Prof. Dr. S. De Geest

K. Basinska

R.A. Guerbaai

N. Zimmermann

Dr. J. Bartakova

Medizinische Fakultät, Universität Basel, Schweiz Zentrum für Hausarztmedizin, Universität Basel, Schweiz

Prof. Dr. med. A. Zeller

Medizinische Fakultät, Universität Basel, Schweiz Universitäre Altersmedizin FELIX PLATTER, Basel, Schweiz

Prof. Dr. med. R. W. Kressig

Institut für Betriebswirtschaft, Gesundheit und Soziales, La Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (SUPSI), Lugano, Schweiz

Dr. C. De Pietro

Department für Gesundheitswesen und Sozialwesen Kanton Waadt, Lausanne, Schweiz

Dr. N.I.H Wellens

Fondation Asile des Aveugles, Lausanne, Schweiz

Dr. M. Desmedt

Serdaly & Ankers, Conches, Schweiz

C. Serdaly

Stakeholder

Die Arbeit der Forschungsgruppe wurde von einer Schweizer Stakeholder-Gruppe unterstützt. Die Stakeholder begleiteten das INTERCARE-Projekt in der Entwicklungs-, Implementierungs- und Evaluierungsphase der Studie.

Vertretene Institutionen

SPO Patientenschutz

Schweizerische Alzheimervereinigung

Demenz Netzwerk beider Basel

Die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH

Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie (SFGG)

Verband Bildungszentren Gesundheit Schweiz BGS

Akademische Fachgesellschaft (AFG)

Gerontologische Pflege

Verband Pflegeassistenz Schweiz

Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft (VFP)

LangzeitSchweiz

Spitex Schweiz

Palliative ch

IG Swiss ANP,

Interessengruppe Swiss Advanced Nursing Practice

Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und

Pflegefachmänner SBK-ASI

Swissuniversities

CURAVIVA Schweiz

CURAVIVA Baselland

Vereinigung Freiburgerischer Alterseinrichtungen

AFIPA-VFA

Senesuisse – Verband wirtschaftlich unabhängiger

Alters- und Pflegeeinrichtungen Schweiz

Universitätsspital Basel

Swiss Nurse Leaders

Curafutura

Tarifsuisse ag

Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK/CDS)

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (OBSAN)

Typ

Patienten, Bewohner/-innen und ältere Menschen

Fachpersonen

Gesundheitsdienstleister und Versicherungsgesellschaften

Bund und Kantone

Danksagung

Dieser Bericht spiegelt den Einsatz aller Mitglieder der Forschungsgruppe sowie der Pflegeinstitutionen wider, die wir während der Kontextanalyse besuchten, und der Pflegeinstitutionen, die über einen Zeitraum von zwei Jahren an der INTERCARE-Studie teilnahmen.

Die Entwicklung des INTERCARE-Modells und dieser Bericht wären nicht möglich gewesen ohne die 14 Schweizer Pflegeinstitutionen, die wir in der Phase A während der Kontextanalyse besuchten, einschliesslich der Pflegeexperten/-innen, Leitungen Pflege und Ärzte/-innen, die Fragebögen ausgefüllt, an den Interviews teilgenommen und unveröffentlichte Informationen über ihre Versorgungsmodelle zur Verfügung gestellt haben. Wir danken allen Beteiligten für ihre Zeit und ihren Einsatz, sowohl für die Interviews als auch für das Lesen und die Rückmeldung zu den Beschreibungen ihrer Modelle.

Wir danken auch den 11 Pflegeinstitutionen, die mit grossem Einsatz und Enthusiasmus am Implementierungsteil von INTERCARE teilgenommen haben. Sie waren bereit, sich mit uns auf eine zweijährige Reise zu begeben und ihre Erfahrungen mit uns zu teilen. Zu Beginn unserer Reise halfen sie uns, den Inhalt der Kernelemente des Modells zu klären und gaben uns Feedback zu allen Dokumenten und Werkzeugen, die für eine erfolgreiche Implementierung des Modells benötigt wurden.

Von Beginn der Studie an waren die Stakeholder sehr unterstützend. Ihr Input hat uns geholfen, ein Versorgungsmodell zu entwickeln, das in den Schweizer Kontext passt. Dieses erlaubt, Hindernisse bei der Umsetzung zu überwinden und das Modell nachhaltig zu implementieren. Wir wissen ihr Engagement und ihre Teilnahme sehr zu schätzen.

Aufbau des Berichts

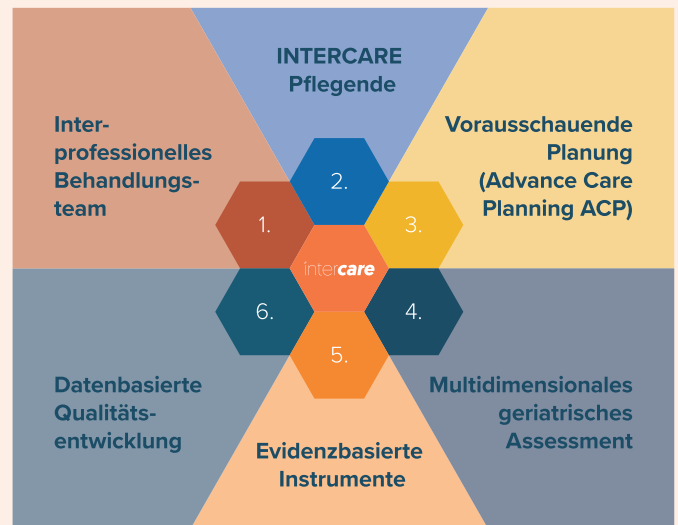
Das **erste Kapitel** gibt eine kurze Einführung in die INTERCARE-Studie. **Kapitel zwei** enthält einen Überblick über die Methodik der Implementierungsforschung, die zur Entwicklung des pflegegeleiteten Versorgungsmodells, d.h. des INTERCARE-Modells, verwendet wurde. Das INTERCARE-Modell als Hauptfokus dieses Berichts wird in **Kapitel drei** vorgestellt.

Kapitel vier konzentriert sich auf die Entwicklung des INTERCARE-Modells auf Grund der Ergebnisse von vier Studien in der Phase A von INTERCARE als Forschungsprojekt: eine Literaturübersicht, Fallstudien, eine modifizierte Delphi-Methode mit Schweizer Stakeholdern und Fokusgruppeninterviews mit Bewohnern/-innen und Angehörigen. In **Kapitel fünf** wird das INTERCARE-Modell mit seinen Kernelementen diskutiert und in **Kapitel sechs** werden Empfehlungen für Forschung und Praxis zusammengefasst.

Anhang eins enthält die Einzelbeschreibungen der 14 Schweizer Pflegeinstitutionen, die als Fallstudien für pflegegeleitete Versorgungsmodelle im nationalen Kontext dienen.

Anhang zwei fasst mögliche Faktoren zusammen, die eine Modellimplementierung beeinflussen.

Das INTERCARE-Modell im Überblick



Das INTERCARE-Modell besteht aus sechs Kernelementen:

1. Interprofessionelles Behandlungsteam
2. INTERCARE Pflegende
3. Vorausschauende Planung (Advance Care Planning: ACP)
4. Multidimensionales geriatrisches Assessment
5. Evidenzbasierte Instrumente
6. Datenbasierte Qualitätsentwicklung

Das zentrale Element des Modells ist die INTERCARE Pflegende, eine diplomierte Pflegefachperson mit erweiterter Rolle. Im Vergleich zur diplomierten Pflegefachperson verfügt sie über zusätzliche Kompetenzen und Verantwortlichkeiten im Betrieb. INTERCARE Pflegende übernehmen, unterstützt von der Leitung Pflege, die Verantwortung für das klinische Leadership in komplexen Bewohnersituationen, befähigen Pflgeteams durch Coaching und Unterstützung in ihrem Alltag und erleichtern die interprofessionelle Zusammenarbeit. INTERCARE Pflegende schliessen Lücken im geriatrischen Fachwissen, um Schaden zu vermeiden und die Pflegequalität zu verbessern. Darüber hinaus leiten sie gemeinsam mit der Leitung Pflege die Implementierung des multidimensionalen geriatrischen Assessments (Comprehensive Geriatric Assessment: CGA) und der vorausschauenden Planung (Advance Care Planning: ACP), während sie gleichzeitig die verfügbaren Daten analysieren, um die Qualität zu überwachen und zu optimieren. Der letzte Teil des dritten Kapitels befasst sich mit praktischen Informationen über Implementierungsstrategien, die eingesetzt werden können, um die Umsetzung des INTERCARE-Modells in Pflegeinstitutionen zu erleichtern.



Kapitel 1 – Einleitung

Weltweit nimmt die Zahl pflegebedürftiger älterer Menschen zu, die eine qualitativ gute Pflege und professionelle Gesundheitsdienstleistungen benötigen [1], bedingt durch die steigende Lebenserwartung, eine wachsende Anzahl chronischer Erkrankungen mit Multimorbidität und Demenz. Die Anzahl des professionellen Gesundheitspersonals wie diplomierte Pflegefachpersonen und Hausärzte/-innen kann den wachsenden Bedarf jedoch nicht decken, was zu einem erheblichen Mangel an Gesundheitsfachkräften in der Langzeitpflege führt [2]. Infolgedessen wird die direkte Pflege in Pflegeinstitutionen meist von nicht-tertiär ausgebildeten Assistenz- und Hilfspersonen mit wenig Ausbildung und geringem geriatrischen Fachwissen durchgeführt [1, 3]. Es zeigt sich, dass die Arbeit von nicht-tertiär ausgebildetem Pflege- und Betreuungspersonal ohne Supervision durch Pflegefachpersonen zu einer suboptimalen Pflegequalität führt, bei der das Management von chronischen Erkrankungen zu kurz kommt und eine Verschlechterung des Gesundheitszustands entsprechend später erkannt wird. Zusätzlich tragen hohe Fluktuationsraten in der Langzeitpflege zur Diskontinuität in der Versorgung und einer hohen Arbeitsbelastung bei [4]. Darüber hinaus erschwert die derzeitige Organisation der Ärzte/-innen in Schweizer Pflegeinstitutionen die Koordination der Versorgung und eine schnelle Beurteilung im Falle einer akuten Situation [5-7], da 77 % der Hausärzte/-innen, die Bewohner/-innen behandeln, extern sind [8]. Alle oben genannten Herausforderungen erhöhen die Wahrscheinlichkeit von unerwünschten Ereignissen und Spitaleinweisungen [9-11]. So waren 42% aller Spitaleinweisungen aus Pflegeinstitutionen in der Schweiz im Jahr 2013 potenziell vermeidbar und kosteten das Gesundheitssystem zwischen 89 und 105 Millionen Schweizer Franken [12]. International deuten die Zahlen darauf hin, dass zwischen 19% und 67% der Spitaleinweisungen aus Pflegeinstitutionen potenziell vermeidbar sind [13]. Vermeidbarkeit bezieht sich auf Fälle, in denen die Symptome, die zur Spitaleinweisung führten, bei früherer Erkennung und besserem Management in der Pflegeinstitution hätten vermieden werden können [12].

Die Aufrechterhaltung der Versorgungsqualität erfordert den möglichst effizienten Einsatz der vorhandenen qualifizierten Gesundheitsfachkräfte. Auch die COVID-19-Pandemie unterstreicht, dass Pflegeinstitutionen in der Lage sein

müssen, schnell auf neue Herausforderungen und Krisensituationen zu reagieren. Pflegegeleitete Versorgungsmodelle mit einem höheren Mass an geriatrisch fokussiertem, klinischen Leadership, wurden in mehreren Ländern erfolgreich entwickelt und evaluiert [10, 14-18]. Diese Modelle beschreiben die Erbringung und Koordination der Pflege unter der Leitung von Pflegefachpersonen in erweiterten Rollen, die am engsten mit Patienten/-innen, Bewohnern/-innen oder Klienten/-innen zusammenarbeiten. Das Ausmass, in dem Pflegefachpersonen innerhalb von pflegegeleiteten Modellen unabhängig von Ärzten/-innen Tätigkeiten ausführen, variiert in Abhängigkeit von ihrem Ausbildungsstand und ihrem Tätigkeitsbereich und hängt bis zu einem gewissen Punkt vom Grad des Vertrauens der Ärzte/-innen ab [19].

International werden pflegegeleitete Versorgungsmodelle meist von Advanced Practice Nurses (Pflegeexperten/-innen APN¹) geleitet [20, 21]. Allerdings sind Pflegeexperten/-innen APN in der Schweiz, ähnlich wie in anderen europäischen Ländern, nicht ohne weiteres in grosser Anzahl vorhanden. Bis heute gibt es in 70 % der europäischen Länder keine Pflegeexperten/-innen APN in den verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens [22]. Darüber hinaus sind international etablierte pflegegeleitete Versorgungsmodelle, die mit Pflegeexperten/-innen APN arbeiten, nicht einfach auf den Schweizer Kontext übertragbar. Daher müssen in der Zwischenzeit, um die Kapazität der geriatrischen Pflegeexpertise in Pflegeinstitutionen zu erhöhen, andere Arten von Pflegeexperten/-innen in die Entwicklung von pflegegeleiteten Versorgungsmodellen einbezogen werden. Darüber hinaus bestehen pflegegeleitete Versorgungsmodelle aus mehreren interagierenden Elementen, an denen verschiedene Mitarbeitende – wie Pflegefachpersonen, Ärzte/-innen oder Physiotherapeuten/-innen – mit unterschiedlichen Praxismustern (Pflegestandards oder -methoden) und Handlungsspielräumen (erlaubte Verfahren, Handlungen oder Prozesse einer Gesundheitsfachperson) beteiligt sind. Dies macht die Entwicklung, Implementierung und Aufrechterhaltung von Versorgungsmodellen komplex. Um ein nachhaltiges, an die Bedürfnisse und Ressourcen der Schweiz angepasstes, pflegegeleitetes Versorgungsmodell zu entwickeln, wurde daher INTERCARE als ein Implementierungsforschungsprojekt aufgebaut [23].

¹Der International Council of Nurses (ICN) definiert eine APN als «eine Pflegefachperson, welche sich Expertenwissen, Fähigkeiten zur Entscheidungsfindung bei komplexen Sachverhalten und klinische Kompetenzen für eine erweiterte pflegerische Praxis angeeignet hat. Die Charakteristik der Kompetenzen wird vom Kontext und/oder den Bedingungen des jeweiligen Landes geprägt, in dem sie für die Ausübung ihrer Tätigkeit zugelassen ist. Ein Masterabschluss in Pflege (Nursing Science) gilt als Voraussetzung» (ICN, 2008).



Kapitel 2 – INTERCARE als Implementierungsforschungsprojekt

Implementierungsforschung

Die Implementierungsforschung zielt darauf ab, die Einführung von evidenzbasierten Praktiken (EBP) oder Interventionen (z.B. Versorgungsmodelle, die sich als effizient erwiesen haben) in einer realen Umgebung (z.B. in Spitälern) zu erleichtern [24]. Die Stärke der Implementierungsforschungsmethodik ist die Kombination mehrerer Methoden. Dies ist besonders vorteilhaft für die Kontextanalyse einschliesslich der Kontextexploration, wie z.B. die Untersuchung der unterschiedlichen Bedürfnisse potenzieller Stakeholder wie Bewohner/-innen oder Pflegepersonen zeigt. Darüber hinaus werden verschiedene Methoden bei der Entwicklung der Intervention, ihrer Implementierung und ihrer Aufrechterhaltung angewendet. Zusätzlich zielt die Implementierungsforschung darauf ab, Implementierungsstrategien zu entwickeln und zu evaluieren, d.h. Methoden oder Techniken zu untersuchen, die den EBP oder Intervention helfen, in der realen Welt zu funktionieren [25]. Ein weiterer Vorteil der Implementierungsforschung besteht darin, dass die Arbeit auf einem Framework basiert, das als grundlegende konzeptionelle Struktur dient, in die wiederum lokale Stakeholder einbezogen werden [24, 26]. Um das Verständnis der verschiedenen Schritte zu unterstützen und die verschiedenen Phasen des Implementierungsprozesses zu beschreiben, haben wir das EPIS-Framework² (Exploration, Vorbereitung, Implementierung, Aufrechterhaltung) während der gesamten INTERCARE-Studie verwendet [27]. Dieser Bericht konzentriert sich auf die im EPIS-Framework beschriebene Explorations- und Vorbereitungsphase. Die Implementierungs- und Aufrechterhaltungsphase wird in einem zweiten nationalen Bericht beschrieben.

Implementierungsforschung in INTERCARE

Wenn der lokale Kontext in der Explorations- und Vorbereitungsphase ungenügend verstanden wird, wird das neue Versorgungsmodell höchstwahrscheinlich weder umgesetzt noch nachhaltig sein [28]. Zu einem schlecht verstandenen Kontext zählen zu wenig Informationen über das Setting, in dem die Intervention umgesetzt werden soll, der mangelnde Einbezug von Stakeholdern, das Fehlen geeigneter kontextbezogener Anpassungen der Intervention und fehlende Unterstützung durch die lokale Führung.

Phase A der INTERCARE-Studie umfasste die Explorations- und Vorbereitungsphase gemäss dem EPIS-Framework im Implementierungsprozess [27]. Die Explorationsphase umfasste vier Studien: i) eine Literaturrecherche (**Studie 1**) zur Identifizierung von evidenzbasierten Modellen, insbesondere von pflegegeleiteten Versorgungsmodellen, die erfolgreich ungeplante Spitaleinweisungen reduzierten, ii) eine Kontextanalyse (**Studie 2 - 4**) zur Bewertung von hinderlichen und förderlichen Faktoren für die Modellimplementierung und zum besseren Verständnis, wie das neue Versorgungsmodell für eine erfolgreiche Implementierung lokal angepasst werden kann. Um die gesammelten Informationen zu strukturieren, haben wir zwei theoretische Frameworks verwendet: 1) das Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) [29] und 2) das Hamric Framework für «Advanced Nursing Practice» (siehe Textbox 1 für eine detaillierte Beschreibung) [30]. In der nachfolgenden Vorbereitungsphase definierten wir sechs Kernelemente oder Grundlagen für das INTERCARE-Modell, erarbeiteten die auf die jeweiligen Bedürfnisse der teilnehmenden Pflegeinstitutionen zugeschnittenen Implementierungsstrategien und unterstützten schliesslich jede Pflegeinstitution individuell bei der Vorbereitung zur Implementierung des INTERCARE-Modells.

Phasen des Implementierungsprozesses

Im folgenden Kapitel werden die wichtigsten Ergebnisse aus den vier Studien kurz beschrieben. Kapitel 4 enthält detaillierte Beschreibungen.

Explorationsphase

Literaturrecherche (Studie 1). Die Explorationsphase begann mit einer Literaturrecherche (**Studie 1**) auf der Suche nach internationalen, evidenzbasierten, pflegegeleiteten Versorgungsmodellen, die erfolgreich ungeplante Spitaleinweisungen reduzierten. Wir identifizierten fünf evidenzbasierte Modelle [15-18, 31] mit Schlüsselkomponenten, die zur Reduzierung ungeplanter Spitaleinweisungen beitrugen, wie z.B. die Rolle der Pflegeexperten/-innen APN. In dieser Phase nutzten wir auch Daten der Krankenhausstatistik der Schweiz, um die Hauptdiagnosen zu ermitteln, die mit der Verlegung von Bewohnern/-innen aus einer Pflegeinstitution in ein Akutspital verbunden waren [12].

CFIR

Das Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) zeigt Konzepte auf, die mit einer effektiven Implementierung von Interventionen verbunden sind. Diese wurden auf der Grundlage einer umfassenden Literaturübersicht von 500 Quellen aus 13 wissenschaftlichen Disziplinen entwickelt. Wir nutzen CFIR, um den Kontext prospektiv zu bewerten und um Entscheidungen über Implementierungsstrategien zu treffen, welche die Implementierung unterstützen könnten.

CFIR besteht aus 38 Konstrukten, die in fünf Domänen organisiert sind, von denen jede die Implementierung einer Intervention beeinflussen kann: (1) Interventionscharakteristika, d.h. Schlüsselattribute, die die Intervention beeinflussen (z.B. Quelle der Intervention, Anpassungsfähigkeit der Intervention an das individuelle Setting) (2) Charakteristika der beteiligten Personen (z.B. Wissen und Überzeugungen über die Durchführbarkeit der Intervention, Bildungsniveau der beteiligten Mitarbeitenden) (3) Inneres Setting (z.B. bestehende Organisationsstrukturen, Organisationskultur), (4) Implementierungsprozesse (z.B. Planung, Monitoring und Evaluation der Intervention), die mit einer effektiven Implementierung assoziiert werden, (5) äusseres Setting (z.B. Strukturen der Gesundheitsversorgung, Richtlinien). Basierend auf den identifizierten hinderlichen und förderlichen Faktoren innerhalb der CFIR-Konstrukte wurden Implementierungsstrategien entwickelt, die diese adressieren, um die Implementierung zu erleichtern [29].

HAMRIC FRAMEWORK

Das Hamric Framework für Advanced Nursing Practice beschreibt sieben Kernkompetenzbereiche von Pflegefachpersonen in einer fortgeschrittenen Praxisrolle:

(1) klinische Tätigkeiten, (2) Coaching, (3) klinisches und professionelles Leadership, (4) interprofessionelle Zusammenarbeit, (5) Forschungsfähigkeiten, (6) ethische Entscheidungsfindung, (7) Beratung.

Obwohl das Hamric-Framework in erster Linie für die Beschreibung von Pflegeexperten/-innen APN verwendet wird, haben wir dieses Framework angewandt, um eine klare Beschreibung der erweiterten Pflegerollen in Übereinstimmung mit internationalen Entwicklungen und den erforderlichen Kompetenzen zu erstellen. Standardisierte Definitionen erleichtern den Austausch und die Verbreitung der Ergebnisse in sinnvoller Weise [18].

Kontextanalyse (Studie 2-4). Als nächstes begannen wir mit der Erforschung des Schweizer Kontextes anhand von Fallstudien (**Studie 2**). Durch Mitglieder der Forschungsgruppe identifizierten wir Schweizer Pflegeinstitutionen, die bereits mit pflegegeleiteten Versorgungsmodellen arbeiteten. Wir baten diese Pflegeinstitutionen, weitere Pflegeinstitutionen zu empfehlen, die unsere Kriterien erfüllen würden, auch bekannt als Schneeballverfahren. Angesichts der Tatsache, dass es nur sehr wenige Pflegeexperten/-innen APN gibt, die in Pflegeinstitutionen arbeiten, suchten wir nach Pflegeinstitutionen, die mit Pflegefachpersonen in erweiterten Rollen arbeiteten, welche auch oft als Pflegeexperten/-innen bezeichnet werden. Pflegeexperten/-innen sind diplomierte Pflegefachpersonen mit einer Zusatzausbildung in einem bestimmten klinischen Bereich, z.B. einem Master of Advanced Studies (MAS) in Gerontologie oder Palliative Care. Wir nutzten Fragebögen und Interviews während eines Vor-Ort-Besuchs mit der Leitung Pflege und den Pflegeexperten/-innen sowie Telefoninterviews mit Ärzten/-innen, die in den jeweiligen Pflegeinstitutionen arbeiteten, um die interprofessionelle Zusammenarbeit, Praxismuster, sowie die Kompetenzen und erwarteten Ergebnisse der Pflegeexperten/-innen in Schweizer Pflegeinstitutionen zu beleuchten [32]. Zusätzlich haben wir mit Hilfe von Fragebögen und Interviews Faktoren identifiziert, die die Implementierung solcher Modelle im Schweizer Kontext beeinflussen (unterstützen oder behindern) könnten. Für die kontextuelle Analyse wurden Fallstudien aus französisch- (n=2) und deutschsprachigen (n=7) Pflegeinstitutionen verwendet. In einer späteren Phase wurden weitere fünf Pflegeinstitutionen in der deutsch- (n=1), in der französisch- (n=2) und in der italienischsprachigen (n=2) Schweiz identifiziert. Diese fünf Pflegeinstitutionen wurden jedoch nicht bei der Entwicklung des INTERCARE-Modells berücksichtigt.

Textbox 1. Frameworks in der INTERCARE Studie

²EPIS-Framework, (Exploration, Preparation, Implementation, Sustainment)

Basierend auf der Synthese der neun Fallstudien und der Literaturübersicht haben wir die nationale Stakeholder Gruppe von INTERCARE einbezogen (siehe Textbox 2), um geeignete Kompetenzen und Ergebnisse für Pflegefachpersonen mit erweiterten Rollen durch die modifizierte RAND UCLA Delphi-Methode im Schweizer Kontext bewerten zu lassen (**Studie 3**) [33]. Die Ergebnisse halfen herauszufinden, welche Kompetenzen für Pflegefachpersonen in erweiterten Rollen im INTERCARE-Modell angemessen sind, und weitere Faktoren zu diskutieren, die die Umsetzung beeinflussen (unterstützen oder behindern) könnten.

Akademische Fachgruppe für gerontologische Pflege (AFG Gerontologie); Bundesamt für Gesundheit (BAG), Curafutura; CURAVIVA Baselland; CURAVIVA Schweiz; Demenz Netzwerk beider Basel; Die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH; Freiburgische Alterseinrichtungen des Kantons Freiburg (AFIPA – VFA) Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK/CDS); IG Swiss ANP (Interessengruppe Advanced Nursing Practice), Langzeit Schweiz; Palliative.ch; Schweizer Berufsverband für Pflegefachpersonal (SBK-ASI); Schweizerische Alzheimervereinigung; Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie (SFGG); Schweizerischer Verband Bildungszentren BGS; Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft (VFP); Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (OBSAN); Senesuisse – Verband wirtschaftlich unabhängiger Alters- und Pflegeeinrichtungen Schweiz; Spitex Verband Schweiz; SPO Patientenschutz; Swiss Nurse Leaders; Swissuniversities; Tarifsuisse ag; Universität Spital Basel, Basel; Verband Pflegeassistenz Schweiz

Textbox 2. Stakeholder in der INTERCARE Studie

Schliesslich führten wir Fokusgruppeninterviews mit Bewohnern/-innen und Angehörigen durch (**Studie 4**), um Erfahrungen und Präferenzen bezüglich der Pflege in Akutsituationen zu erforschen [34]. Sieben Bewohner/-innen und elf Angehörige in drei Pflegeinstitutionen (zwei in der deutsch- und eine in der französischsprachigen Schweiz), die mit Pflegeexperten/-innen zusammenarbeiten, nahmen daran teil. Wir identifizierten unterschiedliche Erwartungen an die Pflege, die bei der Umsetzung des INTERCARE-Modells berücksichtigt werden sollten [34].

Vorbereitungsphase

Auf der Grundlage der Ergebnisse aus den Studien 1-4 haben wir das INTERCARE-Modell mit sechs Kernelementen entwickelt (Kapitel 3). Jedes Kernelement beinhaltet Minimalanforderungen (zwingend erforderlich für die Implementierung) und periphere Anforderungen (können auf die Situation in jeder Pflegeinstitution angepasst werden). Zusätzlich gewannen wir Einblicke in organisatorische (z.B. Kultur, Klima, Führung) und individuelle (z.B. Berufserfahrung) Variationen von pflegegeleiteten Versorgungsmodellen in der Schweiz sowie in Faktoren, die die Modellimplementierung beeinflussen (unterstützen oder behindern), und verfeinerten so die Implementierungsstrategien.

Sobald das INTERCARE-Modell definiert war, konnten die an der Phase B teilnehmenden Pflegeinstitutionen spezifische Fragen diskutieren oder ihr Verständnis des Modells während gemeinsamer Treffen klären. Sie wurden bei der Vorbereitung zur Implementierung der Kernelemente unterstützt und passten die peripheren Anforderungen des INTERCARE-Modells auf ihren individuellen Kontext an. Während der ersten sechs Monate der Implementierungsphase nahmen wir weitere Anpassungen an den Minimalanforderungen vor, basierend auf den ersten Erfahrungen der Pflegeinstitutionen. Die Anpassungen erfolgten auf Grund der Informationen, welche Aspekte der Kernelemente machbar waren und welche nicht (z.B. wie die Kommunikation zwischen den verschiedenen Berufsgruppen gestaltet wurde). Mit dem Abschliessen der Lernmodule über die Kernelemente des INTERCARE-Modells konnten die INTERCARE Pflegenden weitere lokale Anpassungen der Kern- sowie peripheren Elemente vornehmen. Die Beschreibung der Kernelemente des INTERCARE-Modells und die entsprechenden Minimalanforderungen wurden validiert und definitiv festgelegt, sobald die letzte Pflegeinstitution mit der Implementierung begonnen hatte (Februar 2019). Danach fanden keine Anpassungen der Minimalanforderungen mehr statt. Ausserdem nutzten wir die Informationen aus der Kontextanalyse, um Implementierungsstrategien zu definieren, die die Umsetzung des INTERCARE-Modells in den Pflegeinstitutionen unterstützten.

Die Rolle der Forschungsgruppe

Die Entwicklung und Implementierung des INTERCARE-Modells war eine Teamleistung der gesamten Forschungsgruppe (d.h. des Implementierungsteams). Das Implementierungsteam bestand aus Mitgliedern der Bereiche Pflege, Medizin/Geriatrie und klinische Praxis, die mehrere Institutionen und drei Sprachregionen der Schweiz vertraten, mit spezifischem Fachwissen, Kenntnissen und Fähigkeiten in:

- » Der Etablierung neuer, pflegegeleiteter Versorgungsmodelle im Schweizer Gesundheitswesen und international
- » Quantitativer und qualitativer Forschungsmethodik
- » Der Qualität der Versorgung und Organisationsentwicklung im schweizerischen und deutschen Setting von Pflegeinstitutionen
- » Der Entwicklung und Implementierung neuer Pflegerollen in Pflegeinstitutionen, einschliesslich Pflegeexperten/-in APN
- » Geriatrie aus der Perspektive des Spitals und der medizinischen Grundversorgung
- » Gesundheitseinrichtungen und öffentlichen Diensten
- » Management und Shared Governance
- » Regulierung von Gesundheitsberufen und Personalmanagement in Gesundheitseinrichtungen
- » Gesundheitsökonomie

Die spezifische Expertise aller Mitglieder hat die Definition des INTERCARE-Modells geprägt und die Vorbereitungs-, Implementierungs- und Aufrechterhaltungsphase weiter unterstützt.

Kapitel 3 – INTERCARE: Ein pflegegeleitetes Versorgungsmodell

Überblick INTERCARE-Modell

Die sechs Kernelemente des INTERCARE-Modells, die im Folgenden beschrieben werden, wurden von elf Pflegeinstitutionen in der Deutschschweiz umgesetzt und von der Forschungsgruppe evaluiert. Da jede Pflegeinstitution einzigartig ist (z.B. in Bezug auf Grösse, Anzahl und Modell der Ärzte/-innen, Qualifikationsmix des Personals), war ein gewisses Mass an Flexibilität erforderlich. Daher hat jedes Kernelement minimale Anforderungen, die von den Pflegeinstitutionen umgesetzt werden sollten, und periphere Anforderungen, um sicherzustellen, dass jede Pflegeinstitution jedes der Kernelemente an seine internen Strukturen und Prozesse anpassen konnte, wie in CFIR empfohlen.

Das INTERCARE-Modell enthält sechs Kernelemente, die im folgenden Kapitel beschrieben werden:

1. Interprofessionelles Behandlungsteam
2. INTERCARE Pflegende
3. Vorausschauende Planung (ACP)
4. Multidimensionales geriatrisches Assessment
5. Evidenzbasierte Instrumente
6. Datenbasierte Qualitätsentwicklung

Eine Übersicht, wie die Kernelemente miteinander interagieren können, ist in Abbildung 1 dargestellt. Die Entwicklung der Kernelemente basierte auf den vier im Kapitel 2 beschriebenen Studien und wird in Kapitel 4 ausführlicher beschrieben.

Ursprünglich war geplant, das INTERCARE-Modell sowohl in der Deutschschweiz wie in der Romandie einzuführen. Aufgrund begrenzter zeitlicher und finanzieller Ressourcen und zu Gunsten der Curriculumsentwicklung für die Ausbildung der INTERCARE Pflegenden haben wir uns anders entschieden. Wir sind der Meinung, dass das INTERCARE-Modell leicht auf die Romandie und das Tessin adaptiert werden kann, indem man mit lokalen Stakeholdern und interessierten Pflegeinstitutionen in Diskussion tritt und insbesondere das Curriculum so anpasst, dass es die INTERCARE Pflegende auf ihre Rolle vorbereitet [18].

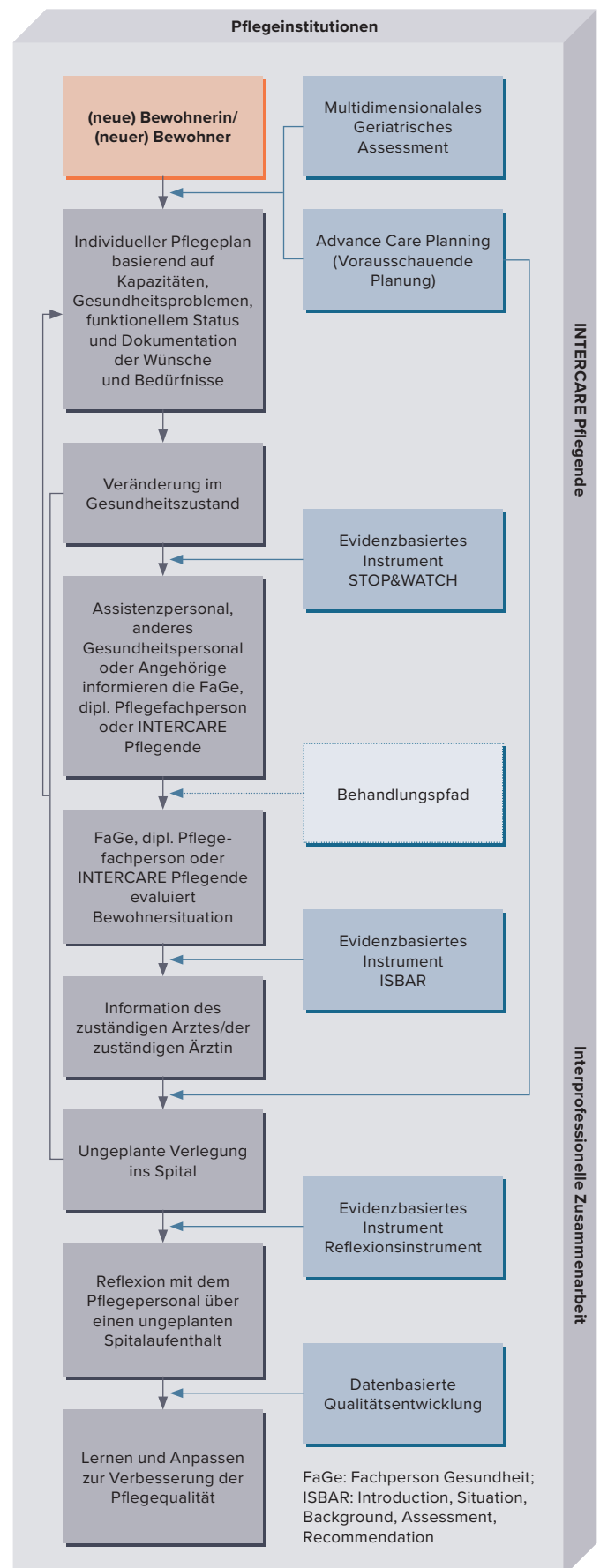


Abbildung 1. Überblick über die Kernelemente und deren Abhängigkeiten

Kernelemente

Interprofessionelles Behandlungsteam

Dieses Kernelement bildete die Grundlage für das INTERCARE-Modell, das die Bedeutung der Zusammenarbeit und Partnerschaft zwischen allen an der Bewohnerbetreuung beteiligten Gesundheitsfachpersonen in den Mittelpunkt stellte. Das interprofessionelle Behandlungsteam ist eine Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige Pflege, die auf die individuellen Bedürfnisse der Bewohner/-innen und Angehörigen zugeschnitten ist. Die Bedürfnisse und Fähigkeiten von Bewohnern/-innen und Angehörigen sind komplex und die Komplementarität zwischen den Professionen garantiert, dass alle Bedürfnisse abgedeckt und alle Fähigkeiten angesprochen werden. Für INTERCARE ist dieses interprofessionelle Behandlungsteam definiert als mindestens zwei verschiedene Berufsgruppen, wie Pflegefachpersonen, Ärzte/-innen, Vertreter/-innen therapeutischer Berufe oder Sozialarbeiter/-innen, die zusammenarbeiten, um die individuellen Bedürfnisse der Bewohner/-innen auf positive Weise zu beeinflussen [35]. Gemeinsam trägt das interprofessionelle Behandlungsteam zur bestmöglichen Behandlung und Pflege der Bewohner/-innen bei, was zu einer personenzentrierten Pflege und zur Reduzierung ungeplanter Spitaleinweisungen führt. Interprofessionelles Arbeiten erfordert jedoch gegenseitiges Vertrauen, Respekt, Verständnis und Akzeptanz aller beteiligten Berufe. Die individuellen Kompetenzen sowie klinisches Fachwissen und zwischenmenschliche Fähigkeiten aller Berufsgruppen sind zentral, um eine gute Partnerschaft zu entwickeln.

Minimale Anforderungen. Um die interprofessionelle Zusammenarbeit zu gewährleisten, definierte jede Pflegeinstitution eine klare Struktur, die die Kommunikation zwischen mindestens zwei verschiedenen Gesundheitsfachpersonen erleichtert (z.B. Treffen, Visiten) und kommunizierte diese innerhalb der Pflegeinstitution klar. Generell wird vom Pflege-team erwartet, dass es sich mit den relevanten Fachkräften in Verbindung setzt, um die Probleme der Bewohner/-innen zu lösen. Ziel ist, die Pflege der Bewohner/-innen festzulegen, indem zunächst ein Assessment durchgeführt wird, die Ergebnisse interpretiert werden und ein interprofessioneller Pflege- und Behandlungsplan in Zusammenarbeit mit dem Bewohner/der Bewohnerin und den Angehörigen formuliert wird. Nicht zuletzt, da die meisten Pflegeinstitutionen mit externen Hausärzten/-innen und nicht mit Heimärzten/-innen arbeiten, ist eine

Person notwendig, die den Kommunikationsprozess zwischen den Ärzten/-innen und dem Pflegeteam unterstützt und erleichtert. Die INTERCARE Pflegende, ein weiteres Kernelement, erfüllt diese Rolle.

Um die Pflegeinstitutionen bei ihrer Definition der interprofessionellen Zusammenarbeit zu unterstützen, baten wir sie, über bestehende Strukturen nachzudenken, die die interprofessionelle Zusammenarbeit erleichtern, z.B. welche Treffen mit welchen Berufen geplant waren und wie häufig; ob es Richtlinien zur Vorbereitung und Durchführung dieser Treffen oder Visiten gibt; wenn ja, sind sie noch gültig oder brauchen sie eine Anpassung; werden weitere Strukturen benötigt?

Periphere Anforderungen. Dementsprechend konnte jede Pflegeinstitution frei entscheiden, wie und mit welcher Intensität die Kommunikation zwischen Pflegeteams und Ärzten/-innen oder anderen Berufsgruppen erfolgen soll, z.B. regelmässige Visiten mit dem Arzt/der Ärztin oder Visiten auf Anfrage. Die Unterstützung der INTERCARE Pflegenden, um die Kommunikation zwischen Ärzten/-innen und Pflegeteams zu erleichtern, sollte der aktuellen Situation in der Pflegeinstitution angepasst sein, da sie stark von der einzelnen INTERCARE Pflegenden sowie von den Fähigkeiten des Pflegeteams abhängt. Beispielsweise kann die INTERCARE Pflegende das Pflegeteam coachen, indem sie bei der Vorbereitung eines Gesprächs mit einem Arzt/einer Ärztin hilft, oder sie kann als Vorbild dienen, indem sie dem Team vorzeigt, wie man einen Anruf tätigen kann.

INTERCARE Pflegende

Die INTERCARE Pflegende ist das zweite Kernelement des INTERCARE-Modells. INTERCARE Pflegende werden von der Pflegeinstitution angestellt und arbeiten vor Ort. Ihre Arbeit konzentriert sich auf klinisches Leadership, klinische Tätigkeiten, das Coaching von Pflegeteams und die Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit. Insgesamt besteht die Rolle der INTERCARE Pflegenden darin, die Pflegeteams bei der Bewältigung von (komplexen) Bewohnersituationen effektiv zu unterstützen und die interprofessionelle Zusammenarbeit zu fördern, um die Lebensqualität der Bewohner/-innen zu verbessern und negative klinische Folgen wie Stürze oder Spitaleinweisungen zu reduzieren. In ihrer täglichen Arbeit arbeiten die INTERCARE Pflegenden eng mit der Leitung, insbesondere mit den Abteilungsleitungen, und mit anderen Fachkräften zusammen. Sie bieten den Pflegeteams einen stetigen Zugang zu geriatrischem Fachwissen und vermitteln ein Gefühl der Sicherheit und Unterstützung.

Minimale Anforderungen an die INTERCARE Pflegende.

Um eine INTERCARE Pflegende zu werden, müssen folgende Kriterien erfüllt sein:

- » Diplomierte Pflegefachperson
- » Mindestens drei Jahre Erfahrung in einer Pflegeinstitution als diplomierte Pflegefachperson
- » Beschäftigungsgrad von mindestens 60% pro 80 Plätze

Weiterhin haben wir vier Kernkompetenzen der INTERCARE Pflegenden definiert:

1. Klinisches Leadership
2. Klinische Tätigkeit
3. Coaching
4. Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit

1. Klinisches Leadership

Minimale Anforderungen. Das klinische Leadership spielt eine zentrale Rolle für die INTERCARE Pflegende und beeinflusst alle ihre Aktivitäten. Die INTERCARE Pflegende übernimmt eine klinische Leadershiprolle, um die Qualität, Konsistenz und Effizienz der Pflege zu verbessern und die Ergebnisse der Pflege zu überprüfen. Darüber hinaus umfasst das klinische Leadership das Wissen und die Fähigkeiten der INTERCARE Pflegenden, um den Bedarf an Innovation und Veränderung in der Pflegeinstitution zu erkennen und Strategien zu entwickeln und umzusetzen, um die bestmögliche Pflege zu erreichen. Sie setzt das klinische Leadership durch Coaching und Unterstützung der Pflegeteams in der täglichen Praxis um. Das übergeordnete Ziel besteht darin, die Pflegeteams bei der Umsetzung der Pflege zu unterstützen, d.h. bei der Durchführung und Interpretation von Assessments, beim Management typischer geriatrischer Probleme, wie Harnwegsinfektionen, Demenz und BPSD (Verhaltensbezogene und psychologische Symptome der Demenz), bei Stürzen, Delir, Dekubitus oder Hautpflege, Schmerzmanagement sowie insgesamt bei der Pflege und kritischem Denken. Wenn sich beispielsweise der Zustand von Bewohnern/-innen verschlechtert, kann die INTERCARE Pflegende gerufen werden, um das Pflegeteam bei der Priorisierung und Organisation verschiedener Aufgaben zu unterstützen (z.B. Überweisung, Anruf beim Arzt/bei der Ärztin, Anruf bei Angehörigen oder Organisation eines Transfers, Unterstützung des Personals bei der Kommunikation mit Bewohner/-in mit aggressivem Verhalten, oder Übernahme von Gesprächen, wenn sich die Kommunikation mit Angehörigen als schwierig erweist).

Die INTERCARE Pflegende ist auch für die Implementierung der evidenzbasierten Instrumente (STOP&WATCH, ISBAR und Reflexionsinstrumente) in ihrer Pflegeinstitution verantwortlich, ein weiteres Kernelement des INTERCARE-Modells.

Periphere Anforderungen. Das Ausmass, in welchem die INTERCARE Pflegende an der Qualitätsverbesserung beteiligt ist, kann je nach Kontext variieren. Während einige an der Analyse der nationalen Schweizer Qualitätsindikatoren [36] und der Entwicklung von Qualitätszyklen wie z.B. PDCA auf Basis der Ergebnisse beteiligt sind, sind es andere nicht; ausserdem sind nicht alle an der Umsetzung eines multidimensionalen geriatrischen Assessments beteiligt.

2. Klinische Tätigkeiten

Minimale Anforderungen. Die direkten und indirekten klinischen Tätigkeiten sind eine Kernaktivität der INTERCARE Pflegenden, unabhängig von ihrem Ausbildungsniveau. Sowohl die direkten als auch die indirekten klinischen Tätigkeiten ermöglichen das rechtzeitige Erkennen spezifischer Probleme und Bedürfnisse der Bewohner/-innen, um Komplikationen zu vermeiden und ihre Gesundheit sowie ihre kognitiven/kommunikativen Fähigkeiten zu erhalten. Die INTERCARE Pflegende identifiziert Wissenslücken und den Weiterbildungsbedarf der Pflegeteams mit dem Ziel, dieses zu befähigen und die Verbesserung der Pflegequalität voranzutreiben. Darüber hinaus ermöglichen die klinischen Tätigkeiten der INTERCARE Pflegenden die Förderung von Partnerschaften zwischen Bewohnern/-innen und anderen Fachkräften, da sie Zustandsveränderungen der Bewohner/-innen beurteilt und diese direkt an das Pflegepersonal oder andere Fachkräfte weiterleitet. Abhängig vom Ausbildungshintergrund der INTERCARE Pflegenden sowie ihren Fähigkeiten und Kenntnissen beurteilt sie Bewohner/-innen in akuten Situationen, wenn sie von einem Mitglied des Pflegeteams gerufen wird, z.B. durch Auskultation oder Palpation oder mit der Durchführung von Fokusassessments zu verschiedenen Symptomen. Die INTERCARE Pflegende unterstützt die Pflegeteams dabei, eine personenzentrierte Pflege zu leisten und die Ressourcen der Bewohner/-innen zu berücksichtigen. Indirekte klinische Tätigkeiten beziehen sich auf Aktivitäten wie die Entwicklung von Pflegeplanungen mit den Pflegeteams, um sie bei der Entwicklung von spezifischen Interventionen bei Bewohnern/-innen zu unterstützen sowie die Dokumentation und Gespräche mit Angehörigen, welche die INTERCARE Pflegende neben ihren anderen Aufgaben und Verantwortlichkeiten durchführt.

Periphere Anforderungen. Die Kompetenzen der INTERCARE Pflegenden in den direkten klinischen Tätigkeiten stehen in direktem Zusammenhang mit ihrem Ausbildungsniveau über ihre Ausbildung als diplomierte Pflegefachperson hinaus. Eine INTERCARE Pflegende mit einem CAS in Demenzpflege wird in einem anderen Rahmen tätig sein, als eine INTERCARE Pflegende mit einem Master-Abschluss und einer vertieften klinischen Ausbildung unter ärztlicher Aufsicht, insbesondere im Bereich der körperlichen Untersuchung. Dementsprechend wird der Umfang der klinischen Tätigkeiten der INTERCARE Pflegenden

von ihrem Ausbildungsniveau, ihrer Erfahrung in klinischen Tätigkeiten sowie der Unterstützung durch Ärzte/-innen vor Ort abhängig sein. Diese Unterstützung trägt auch zur Weiterentwicklung ihrer klinischen Kompetenzen bei, z.B. in den Bereichen multidimensionales geriatrisches Assessment oder körperliche Untersuchung.

3. Coaching

Minimale Anforderungen. Die Coaching-Kompetenz der INTERCARE Pflegenden ist die Fähigkeit, Pflegeteams zu unterstützen und zu befähigen (Erhöhung der geriatrischen Expertise zur Verbesserung der klinischen Entscheidungsfindung) durch verschiedene Bildungsaktivitäten, wie z.B. Bed-Side-Coaching. Darauf aufbauend können Pflegeteams ihre Fähigkeit zur Bewältigung komplexer Situationen erhöhen, ihre Symptomerkennung und Überwachung chronischer Erkrankungen verbessern, kompetent mit akuten Pflegesituationen umgehen und damit Spitalweisungen reduzieren.

Informelles Bed-Side-Training und direktes Coaching der Pflegeteams sind zentrale Aufgaben der INTERCARE Pflegenden. Die Themen des Coachings basieren auf den Bedürfnissen der Bewohner/-innen, den Wünschen der Pflegeteams oder deren Wissenslücken, die von der INTERCARE Pflegenden oder anderen Fachkräften (z.B. Abteilungsleitung) festgestellt wurden. Auf Basis der lokalen Bedürfnisse plant und führt die INTERCARE Pflegende formale Fortbildungsveranstaltungen für Pflegeteams durch, z.B. strukturierte Pflegegespräche über Mangelernährung oder das Management von Diabetes.

Periphere Anforderungen. Der Ausbildungsschwerpunkt der INTERCARE Pflegenden hängt von den organisatorischen Faktoren der Pflegeinstitution (Grösse und Pflegeprofil der Einrichtung, Akutheit der Bewohner/-innen, Qualifikationsmix des Personals, Anzahl der Pflegeexperten/-innen) und den Merkmalen der Bewohner/-innen (z.B. Pflegebedarf, Gesundheitszustand) ab. Die INTERCARE Pflegende kann die Art und Häufigkeit der Schulungsveranstaltungen je nach den lokalen Bedürfnissen variieren.

4. Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit

Minimale Anforderungen. Die INTERCARE Pflegende erleichtert die Kommunikation zwischen Ärzten/-innen und Pflegeteams (s. Kernelement interprofessionelles Behandlungsteam) und sorgt für eine effiziente, kongruente Kommunikation zwischen Bewohnern/-innen, Pflegeteams, anderen Berufsgruppen und anderen externen Dienstleistern. Die INTERCARE Pflegende unterstützt Pflegeteams bei der Vorbereitung von Telefonaten oder Besuchen oder leitet schwierige Gespräche im interprofessionellen Team.

Periphere Anforderungen. Inwieweit die INTERCARE Pflegende den Kommunikationsprozess zwischen Ärzten/-innen und Pflegeteams unterstützt, ob die INTERCARE Pflegende z.B. an Visiten beteiligt ist oder nicht, kann variieren.

Periphere Anforderungen an die INTERCARE Pflegende

Zusätzlich zu den vier Kernkompetenzen mit ihren minimalen und peripheren Anforderungen haben wir allgemeine periphere Anforderungen an die INTERCARE Pflegende definiert. Diese beziehen sich in erster Linie darauf, wie die INTERCARE Pflegende in die Pflegeinstitution eingebettet ist und in welchem Mass sie die oben genannten vier Kernelemente der Rolle ausführt. Da die Rolle der INTERCARE Pflegenden auf die Strukturen und Bedürfnisse der einzelnen Pflegeinstitutionen (z.B. Arztmodell, häufigste Bewohnersituationen) sowie auf den Qualifikationsmix des Personals zugeschnitten sein muss, kann sie lokal variieren.

Darüber hinaus bringt jede INTERCARE Pflegende ihre einzigartigen Fähigkeiten mit. Während alle mindestens ein Pflegediplom besitzen müssen, können sie eine Vielfalt von höheren oder weiterführenden Ausbildungen haben, wie z.B. einen Bachelor oder Master in Pflege, ein CAS oder DAS, eine Höhere Fachausbildung (HöFa) Stufe I und Stufe II oder sie können eine bestimmte Spezialisierung in einem klinischen Bereich haben (z.B. Palliative Care oder Demenz). Abhängig von ihrem Bildungshintergrund kann eine zusätzliche Schulung erforderlich sein (siehe Kapitel über Implementierungsstrategien). Was die Rekrutierung betrifft, so könnte es eine Person geben, die bereits in der Pflegeinstitution arbeitet und die Rolle der INTERCARE Pflegenden, wie sie hier beschrieben wird, als Karriereschritt übernehmen könnte, oder die Pflegeinstitution

könnte sich entscheiden, eine externe Pflegefachperson einzustellen, um die Rolle auszufüllen. Obwohl wir einen Arbeitsprozensatz von mindestens 60 % für 80 Plätze definiert haben, kann die Anzahl der Bewohner/-innen und Abteilungen variieren, d.h. die INTERCARE Pflegende könnte auch mit einer oder wenigen Abteilungen beginnen und die Rolle langsam ausbauen. Eine andere Möglichkeit wäre Jobsharing, z.B. zwei diplomierte Pflegefachpersonen teilen sich die Position der INTERCARE Pflegenden und die Verantwortung für die Bewohner/-innen, indem sie z.B. beide niederprozentig arbeiten und zusammen alle Wochentage abdecken.

Multidimensionales geriatrisches Assessment

Das multidimensionale geriatrische Assessment (Comprehensive Geriatric Assessment = CGA) ist ein weiteres Kernelement des INTERCARE-Modells. CGA ist ein multidimensionaler, interdisziplinärer Prozess, der darauf abzielt, Frailty/Gebrechlichkeit zu erkennen und zu bewerten, den medizinischen Zustand, die psychische Gesundheit, die funktionelle Fähigkeit und die sozialen Umstände einer älteren Person zu beurteilen und folglich ihren Pflege- und Behandlungsbedarf zu ermitteln.

Es ist wichtig, die Ressourcen der Bewohner/-innen zu berücksichtigen, um funktionelle Fähigkeiten und die Interaktion mit ihrer Umgebung zu fördern. Diese sollten erkannt werden und als Grundlage im Gesamtpflegeplan dienen. Zwangsläufig weisen Bewohner/-innen oft komplexe Probleme aufgrund von Multimorbidität, Gebrechlichkeit, Polymedikation oder Funktionseinschränkungen auf, wenn sie in einer Pflegeinstitution leben. Darüber hinaus müssen die aktuellen medizinischen Probleme, Symptome und Einschränkungen immer im Zusammenhang mit den Werten und Überzeugungen der Bewohner/-innen, der Lebenserwartung sowie dem sozialen und wirtschaftlichen Kontext gesehen werden. Dementsprechend benötigen Bewohner/-innen in Pflegeinstitutionen eine Behandlung und Pflege mit einem ganzheitlichen Ansatz. Das CGA bewertet Fähigkeiten, Gesundheitsprobleme und den funktionellen Status, einschliesslich Kommunikation, Kognition (z.B. Demenz, Delir), Stimmung, Mobilität, Appetit, Gewicht, Darm- und Blasenfunktion, medizinische Probleme und Medikamente, soziale Präferenzen und Verhalten. Auf Basis der Ergebnisse des CGA wird ein interprofessioneller Pflege- und Behandlungsplan erstellt, um das Wohlbefinden und die Autonomie des Bewohners/der Bewohnerin zu fördern.

Minimale Anforderungen. Die INTERCARE Pflegenden beteiligt sich aktiv und unterstützt das Pflegeteam bei der Beobachtung und dem Assessment in den fünf Dimensionen des CGA: physisch, funktionell, psychisch, sozial und wirtschaftlich. Dazu gehören die medizinischen Diagnosen und Symptome, funktionelle Beeinträchtigungen, psychologische Aspekte sowie Umwelt- und soziale Aspekte, die das Wohlbefinden des Bewohners/der Bewohnerin beeinflussen. Die Berücksichtigung aller fünf Dimensionen erleichtert indirekt die interprofessionelle Zusammenarbeit,

da eine umfassende geriatrische Pflege durchaus mit interprofessioneller Pflege und Behandlung verbunden ist. Die INTERCARE Pflegenden stellt sicher, dass Bewohner/-innen und Angehörige in den Entscheidungsprozess einbezogen werden und ihre Wünsche in den Pflegeprozess integriert werden (einschliesslich der vorausschauenden Planung, ein weiteres Kernelement).

Für eine erfolgreiche Zusammenarbeit beim CGA muss die INTERCARE Pflegenden klären, wer zu welcher Dimension beiträgt und so sicherstellen, dass verschiedene Perspektiven zu einem vollständigen und umfassenden Assessment führen. Basierend auf dem CGA und dem entwickelten Pflege- und Behandlungsplan erfüllt jede Berufsgruppe ihre Rolle: Der Arzt/die Ärztin (je nach Situation Geriater/-in) stellt sicher, dass medizinische Behandlungen sicher durchgeführt werden; die Pflegenden deckt alle Aspekte der Pflege ab; Ergotherapeuten/-innen sind für Aktivitäten, Hilfsmittel und Geräte zuständig; Physiotherapeuten/-innen fokussieren die Themen Transfer und Mobilität; und Sozialarbeiter/-innen berücksichtigen soziale Unterstützungsmechanismen, Interventionen und Finanzierung (falls erforderlich).

Damit die Pflegefachperson ihre Rolle erfüllen kann, müssen Pflegeinstitutionen sich überlegen, welche validierten Assessmentinstrumente für ihre Situation am besten geeignet sind und diese folglich Schritt für Schritt einführen, z.B. für körperliche oder funktionelle Probleme.

Periphere Anforderung. Die Pflegeinstitution kann frei wählen, welche Assessmentinstrumente welcher Dimension sie zuerst einführen möchte. Eine Pflegeinstitution sollte das auswählen, was in ihrem jeweiligen Kontext am sinnvollsten ist, basierend auf einer internen Diskussion mit allen beteiligten Berufsgruppen und entsprechend der aktuellen Ausbildung und Erfahrung der Mitarbeitenden.

Wir raten davon ab, mehrere Assessmentinstrumente gleichzeitig zu implementieren und empfehlen, bei der Einführung des INTERCARE-Modells eher langsam zu beginnen. Der Zeitrahmen für die Einführung wird je nach Anzahl der einzuführenden Instrumente und den in der Pflegeinstitution verfügbaren Ressourcen unterschiedlich sein.

Vorausschauende Planung

Zu diesem Kernelement des INTERCARE-Modells gehört die minimale Abklärung des Vorhandenseins einer Patientenverfügung sowie die Besprechung der Bewohnerwünsche bezüglich Reanimation, möglicher Spitaleinweisung und Antibiotikatherapie bei neu aufgenommenen Bewohnern/-innen sowie, falls erforderlich, die Entwicklung eines Notfallversorgungsplans.

Ziel dieses Kernelements ist es, sicherzustellen, dass Bewohner/-innen, Angehörige und/oder die vertretungsberechtigten Personen über Möglichkeiten und Folgen möglicher medizinischer Eingriffe gut informiert sind und zu gewährleisten, dass ihre Anliegen, Wünsche und Bedürfnisse in den Pflege- und Behandlungsplan einbezogen werden. Dieser Prozess beginnt mit dem Eintritt des Bewohners/der Bewohnerin und wird wiederholt evaluiert. Dies kann direkt zur Reduzierung ungeplanter Spitalweisungen, z.B. am Lebensende, beitragen [37, 38].

Minimale Anforderung. Die Implementierung der vorausschauenden Planung als Routineprozess benötigt Zeit und Ressourcen und sollte als Kulturwandel betrachtet werden. In Anbetracht der begrenzten zeitlichen und personellen Ressourcen in den Pflegeinstitutionen und des Schulungsbedarfs für die Durchführung umfassender Planungsgespräche beschränkten sich unsere Mindestanforderungen auf vier Fragen, die mit neu aufgenommenen Bewohnern/-innen besprochen werden sollten. Wir haben nicht erwartet, dass die Pflegeinstitutionen die Gespräche mit allen Bewohnern/-innen führen. Die folgenden Punkte sollten bei Eintritt mit dem Bewohner/der Bewohnerin und/oder den Angehörigen geklärt werden:

- » Vorhandensein einer Patientenverfügung. Falls vorhanden, wird das Dokument auf seine Aktualität und den aktuellen Willen überprüft
- » Wünsche bezüglich Wiederbelebungsmassnahmen und Herzdruckmassage
- » Wünsche für eine eventuelle Spitaleinweisung im Falle einer Notfallsituation, sei es für lebensverlängernde Massnahmen³ oder zur Symptomlinderung

- » Wünsche bezüglich einer Antibiotikatherapie, sei es als lebensverlängernde Massnahme oder zur Symptomlinderung

Das Ergebnis der Gespräche bzw. die Absicht, diese Fragen mit Bewohnern/-innen und ihren Angehörigen oder gesetzlichen Vertretungen zu klären, wird in der Bewohnerakte dokumentiert.

Zusätzlich liegt für Bewohner/-innen in instabilem Zustand vor den Wochenenden ein Notfallpflegeplan vor: Anordnungen und Pflegepläne (Notfallplan) werden durch benannte verantwortliche Personen in der Pflegeinstitution mit dem zuständigen Arzt/der zuständigen Ärztin geklärt.

Periphere Anforderungen. Die Pflegeinstitutionen wählen die verantwortliche Person für die Durchführung dieser Gespräche und die Auslösung eines Notfallplans bei Bedarf. Oftmals wurden erfahrene und sachkundige interne Mitarbeitende ausgewählt, um diese Verantwortung zu übernehmen. Die Pflegeinstitutionen waren frei, vollständige Gespräche zu initiieren und konnten die Gespräche auf alle Bewohner/-innen auszudehnen, unabhängig von der Dauer ihres Aufenthalts in der Einrichtung.

³Lebensverlängernde Massnahmen sind Behandlungsmethoden oder Therapien, die bei einer lebensverkürzenden Erkrankung den Bewohner/die Bewohnerin so lange wie möglich am Leben erhalten oder seine Lebensqualität am Lebensende erhöhen sollen. Sie verlangsamen den beginnenden Sterbeprozess, können ihn aber auch quälend lange hinauszögern, wenn der Bewohner/die Bewohnerin eigentlich bereit ist, aus dem Leben zu scheiden.

Evidenzbasierte Instrumente

Dieses Kernelement beinhaltet die Implementierung von drei evidenzbasierten Instrumenten: STOP&WATCH, ISBAR und Reflexionsinstrumente.

Diese drei evaluierten, evidenzbasierten Instrumente haben sich als wirksam erwiesen, um Gesundheitsfachkräfte bei der Entwicklung, Förderung oder Verbesserung der Qualität der Gesundheitsversorgung in Pflegeinstitutionen zu unterstützen:

1. STOP&WATCH: zur Unterstützung des Informationsflusses über Zustandsveränderungen von Bewohnern/-innen zwischen Assistenz- und Hilfspersonal und Fachpersonen Gesundheit/Betreuung (FaGe/FaBe) oder diplomierten Pflegefachpersonen⁴.
2. ISBAR: zur Strukturierung und Verbesserung der Kommunikation zwischen den FaGe/FaBe/ diplomierten Pflegefachpersonen und den Ärzten/-innen über Zustandsveränderungen bei den Bewohnern/-innen.
3. Reflexionsinstrument nach einer Spitaleinweisung in ein Akutspital oder in die Psychiatrie: um zu reflektieren, ob Spitaleinweisungen vermeidbar gewesen wären oder nicht, und um herauszufinden, wie eine Wiederholung in einer zukünftigen, ähnlichen Situation verhindert werden könnte.

Das Reflexionsinstrument wurde zu Beginn der Modellumsetzung implementiert. Die anderen beiden Instrumente (STOP&WATCH und ISBAR) wurden innerhalb der ersten 6 Monate nach Modellstart implementiert. Zusätzlich boten wir Behandlungspfade als peripheres Element an, um die Entscheidungsfindung zu leiten, wenn Bewohner/-innen neue Symptome zeigen.

1. STOP&WATCH

Eine effektive Kommunikation zwischen den Mitarbeitenden ist ein wesentlicher Faktor für die Sicherheit der Bewohner/-innen. Werden Zustandsveränderungen von Bewohnern/-innen frühzeitig erkannt und effektiv an die zuständige Pflegefachperson weitergeleitet, können zeitnah passende Massnahmen ergriffen und die Pflegequalität verbessert werden.

STOP&WATCH ist ein einfaches, aber umfassendes Kommunikationsinstrument für das Frontline-Personal, die Assistenz- und Hilfspersonen, die in regelmässig engem Kontakt mit den Bewohnern/-innen stehen (siehe Abbildung 2). Ziel ist es, leichte Zustandsveränderungen des Bewohners/der Bewohnerin zu erkennen und diese klar an die verantwortliche Pflegefachperson auf der Abteilung zu kommunizieren, damit diese der beobachteten Veränderung nachgehen kann. STOP&WATCH deckt fünf Themenbereiche ab, in denen Zustandsveränderungen auftreten können:

- » Kognitiver Zustand
- » Physischer Zustand
- » Funktioneller Status
- » Änderungen im Verhalten
- » Schmerzen

Das Instrument ermöglicht es, Unterschiede im Zustand oder Status des Bewohners/der Bewohnerin zu erkennen und diese zu beobachten, ohne sofort ein vollständiges Assessment durchzuführen.

Minimalanforderung. Wir haben die Pflegeinstitutionen gebeten, die folgenden Punkte einzuhalten:


- » Alle Mitarbeitenden in der Pflegeinstitution sind über die Umsetzung von STOP&WATCH informiert
- » Die INTERCARE Pflegende ist für die Implementierung von STOP&WATCH auf den Abteilungen innerhalb der ersten 6 Monate nach Einführung des INTERCARE-Modells verantwortlich und überwacht die Anwendung von STOP&WATCH in der täglichen Praxis auf den Abteilungen

⁴Assistenzpersonal hat zwei Jahre Ausbildung, Hilfspersonal absolviert einen 2-3-monatigen Kurs oder lernt im Job; Hilfspersonal Fachpersonen Gesundheit/Betreuung (FaGe/FaBe) Pflegefachpersonen haben 2 bis 3 Jahre Berufsausbildung; Diplomierte Pflegefachfrau oder Diplomierter Pflegefachmann haben mindestens 3 Jahren Berufsausbildung;


- » Alle Mitarbeitenden, die STOP&WATCH verwenden, werden darin geschult
- » STOP&WATCH wird in erster Linie von Assistenz- und Hilfspersonen verwendet, um die verantwortliche Pflegefachperson über Zustandsveränderungen bei den Bewohnern/-innen zu informieren. Bei Ausweitung auf anderes Personal ist klar definiert, wer das STOP&WATCH anwendet
- » STOP&WATCH-Notizblöcke oder Taschenversionen werden an alle Mitarbeitenden verteilt, die STOP&WATCH anwenden
- » STOP&WATCH sind auszufüllen und ggf. die entsprechenden Buchstaben zu markieren, sobald eine Änderung im Zustand des Bewohners/der Bewohnerin festgestellt wird
- » Die Situation, in der STOP&WATCH eingesetzt wurde, wird in der Dokumentation des Bewohners/der Bewohnerin festgehalten
- » Die zuständige Pflegefachperson sollte ein passendes Assessment durchführen, nachdem sie via STOP&WATCH über eine Zustandsveränderung informiert wurde

Periphere Anforderung. Obwohl sich STOP&WATCH insbesondere an Assistenz- und Hilfspersonen richtet, kann die Anwendung des Instruments auch auf andere Mitarbeitende, wie z.B. das Reinigungspersonal, Therapeuten/-innen oder auch Angehörige, erweitert werden.

Die Pflegeinstitution entscheidet, wie das Personal über das Instrument informiert und geschult wird, wie das Instrument implementiert, wie es gehandhabt und wo es nach dem Ausfüllen aufbewahrt wird, und was die besten internen Prozesse sind, damit STOP&WATCH funktioniert und andere Kommunikationsprozesse nicht unterbrochen oder verdoppelt werden. Dazu gehört auch, wem STOP&WATCH nach dem Ausfüllen ausgehändigt wird und wer die Verantwortung für die Nachverfolgung der beobachteten Veränderungen übernimmt. Schliesslich könnte das Instrument auch zur Strukturierung der mündlichen oder schriftlichen Übergabe verwendet werden.



Universität
Basel
Medizinische Fakultät
Department Public Health



Stop and Watch¹
Instrument zur Früherkennung von Warnsignalen bei Bewohnenden

Wenn Sie während der Pflege oder Beobachtung von Bewohnerinnen oder Bewohnern Veränderungen feststellen, umkreisen Sie bitte den entsprechenden Buchstaben auf diesem Blatt. Legen Sie es anschliessend an dem dafür vorgesehenen Ort ab. Wenn Sie den Ablageort nicht kennen, übergeben Sie es bitte einer Pflegeperson.

S	Scheint anders als sonst zu sein
T	Spricht, kommuniziert weniger als sonst
O	Support: Benötigt allgemein mehr Hilfe und Unterstützung
P	Schmerz: Neu oder verstärkt; beteiligt sich weniger an Aktivitäten
A	Isst weniger
N	Kein Stuhlgang seit 3 Tagen oder Durchfall
D	Trinkt weniger
W	Gewichtsveränderung
A	Gereizter, agitierter oder nervöser als sonst
T	Geschwächt, müde, verwirrt, schläfrig
C	Veränderung der Hautfarbe oder Hautbeschaffenheit
H	Gehen: Mehr Hilfe bei Transfer oder Toilettengang notwendig als üblich


Bewohner / Bewohnerin:
Name, Vorname: _____ Zimmer: _____

Ausfüllende Person: _____ **Datum:** _____

Pflege / Therapie Andere Bereiche Besucher / Besucherin, Angehörige

¹ Stop and Watch: © INTERACT Quality Improvement Tool 4.0. Das Copyright für das Instrument liegt bei der Florida Atlantic University, das Dokument darf für den klinischen Gebrauch verwendet werden, aber nicht verkauft oder in eine elektronische Software integriert werden. Vorliegende Übersetzung auf Deutsch und Anpassungen durch Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel, 2018

Universität Basel | DPH
Pflegewissenschaft
Nursing Science, Bernoullistrasse 28
4056 Basel, Switzerland
www.nursing.unibas.ch
intercare-nursing@unibas.ch






Abbildung 2. STOP&WATCH Instrument

2. ISBAR

Eine fehlende oder unzureichende Kommunikation spielt eine entscheidende Rolle für das Auftreten von unerwünschten Ereignissen. Ein paar grundlegende Hindernisse für die Kommunikation über verschiedene Disziplinen und Mitarbeitererebenen hinweg sind Hierarchie, Geschlecht, Alter, Erfahrung, ethnischer Hintergrund und Unterschiede in der Kommunikation. So kann z.B. unerfahrenen Mitarbeitenden das Vertrauen fehlen, wenn sie mit erfahreneren Kollegen/-innen oder Vorgesetzten kommunizieren.

ISBAR besteht aus standardisierten Fragen in fünf Bereichen, um sicherzustellen, dass die Mitarbeitenden prägnante und fokussierte Informationen weitergeben (Vorstellung (Introduction), Situation (Situation), Hintergrund (Background), Beurteilung (Assessment), Empfehlung (Recommendation)). Siehe Abbildung 3. ISBAR ist:

- » einfach zu bedienen
- » leicht zu merken
- » logisch aufgebaut

Minimale Anforderung. Im INTERCARE-Modell zielt das ISBAR-Instrument auf die Optimierung der Kommunikation zwischen diplomierten Pflegefachpersonen, FaGes/FaBes, INTERCARE Pflegenden und Ärzten/-innen ab. Es bietet eine einfache und strukturierte Form der Kommunikation in Situationen, in denen eine Verschlechterung oder Veränderung des Gesundheitszustandes von Bewohnern/-innen telefonisch an den Arzt/die Ärztin gemeldet werden muss. Die ISBAR-Struktur hilft, notwendige Informationen schnell, klar und sachgerecht weiterzugeben, so dass der Arzt/die Ärztin eine effiziente Grundlage für das weitere Vorgehen hat und eine schnelle Entscheidungsfindung ermöglicht wird. Die minimalen Anforderungen sind wie folgt:

- » Die INTERCARE Pflegende ist für die Implementierung des ISBAR-Instruments auf den Abteilungen innerhalb der ersten 6 Monate nach Einführung des Modells verantwortlich; sie überwacht die Verwendung von ISBAR in der täglichen Praxis und gibt Feedback

- » ISBAR wird in erster Linie von diplomierten Pflegefachpersonen und FaGes/FaBes in der Kommunikation mit Ärzten/-innen und mit der INTERCARE Pflegenden in Akutsituationen verwendet. Bei einer Ausweitung auf die Mitglieder des Pflegeteams ist klar definiert, wer ISBAR verwenden wird
- » Alle Mitarbeitenden, die ISBAR verwenden, werden darin geschult
- » Alle Mitarbeitenden auf der Abteilung sind über die Umsetzung von ISBAR informiert
- » Verteilung der ISBAR Pocket Version an alle diplomierten Pflegefachpersonen, FaGes/FaBes und andere Mitarbeitende, die in der Anwendung von ISBAR geschult sind

Periphere Anforderung. Die Situationen und das Format, in welchem ISBAR verwendet wird, können über Telefongespräche hinaus erweitert werden, z.B. bei Visiten auf der Abteilung mit Ärzten/-innen oder zwischen diplomierten Pflegefachpersonen oder FaGes/FaBes und INTERCARE Pflegenden bei der Übermittlung von allgemeinen Bewohnerinformationen. ISBAR kann bei der Übergabe von nicht mündlichen Informationen an den Arzt/die Ärztin, z.B. über verschlüsselte E-Mails oder Faxe verwendet werden.

ISBAR: Kommunikation mit dem Arzt / Ärztin bei Meldung von Veränderungen im Gesundheitszustand

I Identifikation	Identifikation <ul style="list-style-type: none"> • Name und Funktion • Abteilung / Bereich • Bewohner / Bewohnerin: Name, Vorname, Geburtsdatum
S Situation beschreiben	Situation <ul style="list-style-type: none"> • Aktuelles Problem? Seit wann? • Vitalzeichen? Bewusstsein?
B Background unterbreiten	Hintergrund <ul style="list-style-type: none"> • Diagnosen / Nebendiagnosen /Medikation • Aktuelle medizinische / therapeutische Massnahmen • Involvierte Spezialisten / Spezialistinnen
A Assessment aufzeigen	Einschätzung <ul style="list-style-type: none"> • Welcher Art ist Ihrer Meinung nach das Problem (physisch, psychisch, kognitiv, funktional)? • Verdachtsdiagnose? Verdacht auf Delir? • Wie schätzen Sie die Dringlichkeit ein?
R Recommen- dation	Empfehlung <ul style="list-style-type: none"> • Welchen Vorschlag haben Sie für das weitere Vorgehen? • Was erwarten Sie vom Arzt / der Ärztin?

Abbildung 3. ISBAR Instrument

3. Reflexionsinstrumente zur Einweisung in das Akutspital oder die Psychiatrie

Um unnötige Spitaleinweisungen zu reduzieren, ist es wichtig, ungeplante Verlegungen in das Akutspital oder die Psychiatrie gründlich zu analysieren. Dies hilft, besser zu verstehen, wie und warum die Verlegung stattgefunden hat und zu lernen, wie ähnliche Verlegungen in Zukunft vermieden werden könnten. Dies wird als Ursachenanalyse bezeichnet und ermöglicht es dem Gesundheitspersonal, mögliche Bereiche für Verbesserungen zu identifizieren oder frühe Anzeichen und Symptome bei den Bewohnern/-innen besser anzugehen, um Spitaleinweisungen von vornherein zu vermeiden. Das INTERCARE-Modell verwendet zwei Instrumente: Ein Reflexionsinstrument für Spital- einweisungen in ein Akutspital und ein weiteres für Spital- einweisungen in die Psychiatrie, um:

- » Faktoren und Muster im Zusammenhang mit ungeplanten Spital- einweisungen zu identifizieren
- » Verbesserungspotenziale zu erkennen

Minimale Anforderung: Die INTERCARE Pflegende ist verantwortlich dafür, die Reflexionsinstrumente einzuführen, sie auszufüllen und die Reflexion nach einer ungeplanten Spital- einweisung mit den Mitgliedern des Pflege- teams, die direkt an der Verlegung beteiligt waren, anzuleiten. Beide Reflexionsinstrumente bestehen aus fünf Teilen, die durch die Reflexion führen:

- » Identifizieren von Risikofaktoren bei Eintritt
- » Beschreiben der akuten Zustandsveränderung und anderer Faktoren
- » Beschreiben der Massnahmen im Umgang mit der Zustandsänderung
- » Beschreiben der Verlegung ins Spital
- » Identifizieren von Verbesserungsmöglichkeiten

Die Reflexion ungeplanter Verlegungen mit den Pflege- teams unterstützt diese bei der Identifikation von Faktoren, die die Verlegungen möglicherweise hätten vermeiden können, und wo eine Verbesserung im Pflegeprozess hätte stattfinden können. Die Reflexionsinstrumente sind als ausfüllbare PDF-Formulare Teil der Bewohnerdokumentation. Die Ergebnisse aus den Reflexionsinstrumenten werden von der INTERCARE Pflegenden und der Führung besprochen, um Massnahmen zur Verbesserung zu planen; z.B.

Schulungen des Pflegepersonals zu bestimmten Themen, die sich auf häufige Gesundheitsprobleme bei einer Verlegung beziehen, oder die Anpassung von Arbeitsprozessen wie der Schichtübergabe.

Periphere Anforderungen. Es gibt keine peripheren Anforderungen zu diesem Instrument.

Peripheres Element

Behandlungspfade beinhalten Schritte, die durchgearbeitet werden können, wenn ein bestimmtes Symptom, wie Fieber oder Kurzatmigkeit, festgestellt wird. Dies hilft dem Pflegepersonal zu entscheiden, welche weiteren Abklärungen wann und wie vorgenommen werden sollten. Behandlungspfade sind periphere Elemente, und jede Pflege- institution kann selbst entscheiden, ob, wie und wann sie sie umsetzen möchte. Mit INTERCARE haben wir sieben Behandlungspfade für die folgenden Symptome oder Krankheiten bereitgestellt: Kurzatmigkeit, Fieber, Magen- Darm Symptome, kongestive Herzinsuffizienz, Harn- wegsinfektion und Infektion der oberen Atemwege.

Datenbasierte Qualitätsentwicklung

Dieses Kernelement des INTERCARE-Modells beinhaltet das Sammeln und Analysieren von Daten zu Spitaleinweisungen und den nationalen Qualitätsindikatoren. Das Ziel ist die Planung und Umsetzung von Interventionen zur Verbesserung der Versorgungsqualität auf Grund von identifizierten Problembereichen.

Es ist unerlässlich, bestimmte Daten zu sammeln, um die Qualität zu überwachen und zu optimieren, damit Bewohner/-innen die bestmögliche Pflegequalität erhalten. Auf der Grundlage von Daten können Massnahmen diskutiert und umgesetzt werden, um die Pflegequalität zu verbessern. Unter datenbasierter Qualitätsentwicklung versteht man einen strukturierten, organisationsweiten Ansatz, um die zugrunde liegenden Arbeitsprozesse zu verstehen und zu verbessern. Um die Qualität zu verbessern, definierten die Pflegeinstitutionen in einem ersten Schritt, in welchen Bereichen sie Daten zur Pflegequalität überwachen möchten, und sie identifizierten anhand der Ergebnisse verbesserungsbedürftige Bereiche und haben verstanden, welche Faktoren zur Pflegequalität beitragen. Qualitätsverbesserung ist ein kontinuierlicher Prozess und eine Teamleistung, bei der Mitarbeitende auf allen Ebenen der Pflegeinstitutionen (Assistenz- und Hilfspersonal, Pflegefachpersonen, Führung, Verwaltung, usw.) gemeinsam auf das gleiche Ziel hinarbeiten.

Minimale Anforderung. Das übergreifende Ziel des INTERCARE-Modells ist die Verbesserung der Versorgungsqualität durch die Reduzierung der Anzahl ungeplanter Spitaleinweisungen und die Verbesserung der sechs nationalen Qualitätsindikatoren in vier Themenbereichen (Einsatz von bewegungseinschränkenden Massnahmen, Schmerzen, Gewichtsverlust und Polymedikation). Im INTERCARE-Modell werden kontinuierlich Daten zu allen ungeplanten und geplanten Spitaleinweisungen sowie zu den sechs nationalen Qualitätsindikatoren (QIs) erhoben. Zusätzlich wird die INTERCARE Pflegende gebeten, die Gründe für jede Spitaleinweisung zu identifizieren und zu bewerten. Hierfür werden die Reflexionsinstrumente für Spital- und Psychiatrieeinweisungen verwendet (siehe 3.2.5).

Die Daten zu den Schweizer Qualitätsindikatoren werden vierteljährlich in jeder der teilnehmenden Pflegeinstitutionen aus RAIssoft exportiert. Die Ergebnisse zu den Spital-

einweisungen und den Schweizer Qualitätsindikatoren werden grafisch dargestellt und den Pflegeinstitutionen zur Verfügung gestellt. Die Pflegeinstitutionen erhalten halbjährliche Benchmarking-Berichte, in denen 26 mit RAI-NH gemessene QIs dargestellt werden, so dass jede Pflegeinstitution ihre eigenen Ergebnisse mit denen anderer Pflegeinstitutionen vergleichen kann. Die Pflegeinstitutionen erhalten Qualitätsregelkarten (3-monatlich) für jeden der 6 Qualitätsindikatoren, die Veränderungen im Laufe der Zeit zeigen und ihnen helfen, Bereiche mit Verbesserungspotenzial zu identifizieren. Darüber hinaus werden Benchmarking-Berichte mit Angaben zum Stand bezüglich vorausschauender Planung über vier Zeitpunkte und zusammenfassende Berichte mit einer Analyse der Reflexionsinstrumente, die für Spitaleinweisungen ausgefüllt wurden, an jede Pflegeinstitution gesendet.

Darauf aufbauend können Interventionen nach dem PD-CA-Zyklus (Planen (plan) – Tun (do) – Überprüfen (check) – Umsetzen (act)) geplant, angewendet, evaluiert und angepasst werden. Die Daten werden wiederholt mit dem Führungsteam besprochen, ebenso wie alle weiteren Schritte, die zur Qualitätsverbesserung und zum Abschluss eines Qualitätszyklus notwendig sind.

Periphere Anforderungen. Jede Pflegeinstitution entscheidet selber, abhängig von ihren Organisationsstrukturen, wer für den Export der Daten verantwortlich ist, wer an den Charts/Benchmarking-Diskussionen teilnimmt (z.B. Abteilungsleitung, RAI-NH-Supervisor/-in, INTERCARE Pflegende, Leitung Pflege), wer für die Anwendung des PD-CA-Zyklus verantwortlich ist, etc. So kann die INTERCARE Pflegende allein für die Identifizierung von Gründen für Qualitätsprobleme auf einzelnen Abteilungen verantwortlich, oder in den gesamten Qualitätsverbesserungsprozess eingebunden sein. Zusätzlich wird eine Analyse aller Qualitätsindikatoren auf Basis anonymisierter Daten zur Verfügung gestellt. Jede Pflegeinstitution berücksichtigt ihre eigenen Prioritäten und Herausforderungen und arbeitet an diesen, um die Pflegequalität zu verbessern.

Implementierungsstrategien

Implementierungsstrategien sind Methoden oder Techniken, die die Umsetzung des INTERCARE-Modells in den Pflegeinstitutionen unterstützen [25]. Basierend auf unserer Kontextanalyse identifizierten wir hinderliche und förderliche Faktoren, die einen Einfluss auf die Implementierung des pflegegeleiteten Versorgungsmodells haben. Wir wählten verschiedene Implementierungsstrategien, um die identifizierten Faktoren in der Vorbereitungs-, der Implementierungs- und der Aufrechterhaltungsphase zu adressieren [39]. Um die Identifizierung passender Implementierungsstrategien zu leiten, verwendeten wir zunächst CFIR, um die Faktoren zusammenzustellen und stimmten sie mit den Implementierungsstrategien ab, wie sie in den Expert Recommendations for Implementing Change Compilation (ERIC) beschrieben sind [39, 40]. Die Intensität der eingesetzten Implementierungsstrategien variiert zeitlich und innerhalb der Pflegeinstitution, d.h. sie sind auf die Bedürfnisse der einzelnen Pflegeinstitution zugeschnitten. In diesem Kapitel stellen wir kurz die Implementierungsstrategien vor, die auf Basis der Erkenntnisse der Kontextanalyse in den Fallstudien entwickelt wurden.

Förderung der Anpassungsfähigkeit

Alle Pflegeinstitutionen, die als Fallstudien dienten, arbeiteten mit Pflegeexperten/-innen. Die tatsächlichen Kompetenzen der Pflegeexperten/-innen, ihre Weiterbildung und ihr klinisches Fachgebiet variierten jedoch zwischen den Pflegeinstitutionen und wurden den lokalen Bedürfnissen entsprechend festgelegt.

Daher wurden zusätzlich zu den Minimalanforderungen auch periphere Anforderungen definiert. Die Minimalanforderungen des INTERCARE-Modells stellen die Vergleichbarkeit zwischen den Pflegeinstitutionen sicher. Dennoch sind alle Pflegeinstitutionen frei in der Anpassung der peripheren Anforderungen, so dass das INTERCARE-Modell auf ihre individuellen Bedürfnisse zugeschnitten werden kann. Diese Anpassungsfähigkeit ermöglicht es, dass das Modell nicht nur in der Deutschschweiz eingesetzt werden kann, sondern möglicherweise auch auf andere Sprachregionen der Schweiz oder im Ausland zugeschnitten werden kann.

Beurteilung der Bereitschaft zur Veränderung

Die Kontextanalyse bestätigte, dass die Bereitschaft der Pflegeinstitutionen zur Veränderung einer der wesentlichen Faktoren für die erfolgreiche Umsetzung des Modells ist. Die Führung muss die Einstellung von Innovatoren haben, mit der Bereitschaft und Motivation aktuelle Praxismuster zu verändern. Die Organisation muss eine neue Vision für die Zukunft der Pflegeinstitution schaffen.

In der INTERCARE-Studie besuchten Mitglieder der Forschungsgruppe die Pflegeinstitutionen und stellten das INTERCARE-Modell vor, um die Bereitschaft zur Veränderung vor der Aufnahme in die INTERCARE-Studie zu explorieren. Anhand der Vorstellung der Studie konnten die Pflegeinstitutionen reflektieren, ob sie bereit waren, aktiv zu werden und die sechs Kernelemente zu implementieren, einschliesslich Diskussionen über die mit der Implementierung verbundenen Kosten. Da es sich bei der Umsetzung des INTERCARE-Modells um eine «Teamleistung» handelt, musste die Führung auch die Bereitschaft ihrer Mitarbeitenden berücksichtigen, die durch das INTERCARE-Modell eingeführten Veränderungen mitzutragen. Eine ähnliche Untersuchung der Bereitschaft für Veränderung ist für alle Pflegeinstitutionen ratsam, die das INTERCARE-Modell einführen wollen.

Formales Commitment einholen

Die Kontextanalyse zeigte deutlich, dass die Unterstützung und das Engagement der Führung für die Umsetzung des pflegegeleiteten Versorgungsmodells entscheidend waren. Aus diesem Grund wurden für die INTERCARE-Studie Verträge zwischen der Forschungseinrichtung (dem Institut für Pflegewissenschaft) und den teilnehmenden Pflegeinstitutionen abgeschlossen, sobald sich die Führung der Pflegeinstitution zur Teilnahme entschlossen hatte. In dem Vertrag erklärte die Führung, dass sie das INTERCARE-Modell umsetzen würde. Die Verträge enthielten die Verpflichtung, den Zeitplan für die Implementierung des INTERCARE-Modells einzuhalten und die erforderlichen Daten und Dokumente zu sammeln und bereitzustellen. Darüber hinaus enthielt der Vertrag die Höhe der finanziellen Vergütung für die Datenerhebung durch die Pflegeinstitution im Rahmen der Studie. Alle Pflegeinstitutionen erhielten eine Studienbeschreibung mit allen Details zu Zielen, Methoden, Datenerhebung und Schulung der INTERCARE Pflegenden.

Hinderliche und förderliche Faktoren identifizieren

Durch die Kontextanalyse haben wir verstanden, wie einzigartig die einzelnen Pflegeinstitutionen sind, zum Beispiel in Bezug auf Ressourcen, Führungsstile oder Visionen. Daher war die Reflexion möglicher lokaler interner – hinderlicher oder förderlicher – Faktoren, die die Umsetzung behindern oder stärken können, entscheidend für den Erfolg.

Um diese Faktoren anzugehen, organisierten wir individuelle Schulungen für die Führung der Pflegeinstitutionen und weiteres Personal, wie die zukünftige(n) INTERCARE Pflegende(n), Abteilungsleitungen und Hausärzte/-innen. Die individuellen Vorbereitungstreffen waren wichtig, um das Commitment der Führung sicherzustellen und die peripheren Anforderungen des INTERCARE-Modells auf die Bedürfnisse der einzelnen Pflegeinstitutionen abzustimmen. Zu diesem Zeitpunkt diskutierte jede Pflegeinstitution die minimalen Anforderungen an die Rolle der INTERCARE Pflegenden und entschied über periphere Anforderungen, um die Rolle auf ihren eigenen Kontext zuzuschneiden. Darüber hinaus reflektierten die Pflegeinstitutionen während der Treffen ihre eigenen möglichen – hinderlichen und förderlichen – Faktoren für die Modellimplementierung, basierend auf der Synthese aus den Fallstudien. Diese regte zum Denken an und gab Orientierung. Schliesslich erfuhren wir in der Kontextanalyse, dass die Rekrutierung der INTERCARE Pflegenden schwierig sein kann. Daher diskutierten wir Rekrutierungsstrategien, entwarfen eine Stellenbeschreibung für die INTERCARE Pflegende und rieten der Führung, das vorhandene Personal zu überprüfen, um potenzielle Pflegefachpersonen zu identifizieren, die die Rolle der INTERCARE Pflegenden übernehmen könnten. Wenn eine Pflegeinstitution keine internen Kandidaten/-innen hatte, entwarfen wir eine Stellenausschreibung, die für die externe Rekrutierung genutzt werden konnte.

Neue klinische Teams zusammenstellen

Während der Kontextanalyse wurde deutlich, dass Innovationen wie neue Versorgungsmodelle Vermittlung brauchen, um das Modell zu implementieren. In unserer Studie haben wir die Pflegeinstitutionen entscheiden lassen, wer diese Vermittlungsrolle einnimmt, und in jeder Pflegeinstitution hatte das Implementierungsteam eine andere Zusammensetzung mit Vertretungen aus der Führung, der INTERCARE Pflegenden und anderen Positionen (z.B. Qualitätsmanagement, Abteilungsleitung, RAI-Supervisor/-in). Die INTERCARE Pflegende ist für die Überwachung der Implementierung der evidenzbasierten Instrumente verantwortlich. Daher hatte die INTERCARE Pflegende in einigen Pflegeinstitutionen Arbeitsgruppen mit Champions, d.h. lokale Vermittler auf jeder Abteilung, die die Implementierung und Anwendung der Instrumente STOP&WATCH und ISBAR pflanzten, überwachten und evaluierten. Die Champions, die von der INTERCARE Pflegenden gecoacht wurden, führten die Pflegeteams in die Instrumente ein und coachten sie in deren täglicher Anwendung. Die Einbindung der Champions stellte sicher, dass die Art und Weise, wie die Instrumente eingesetzt werden, mit den Bedürfnissen und Praktiken des Pflegeteams übereinstimmt und eher auf Unterstützung ausgerichtet ist, als dass sie ein Hindernis in der täglichen Praxis dargestellt hätte. Die Einbindung der Champions trug zur nachhaltigen Nutzung des Instruments bei. Jedes Mitglied des Pflegeteams kann ein Champion werden.

Das Blended-Learning-Curriculum für die INTERCARE Pflegende

Fortlaufende Schulungen durchführen. Noch bevor die Kontextanalyse abgeschlossen war, war klar, dass die Pflegeexperten/-innen, die in den Pflegeinstitutionen arbeiten, unterschiedliche Ausbildungsniveaus haben, d.h. einige wiesen spezialisiertes Wissen in einem bestimmten klinischen Bereich auf, andere jahrelange Erfahrung. Dementsprechend kann die INTERCARE Pflegende eine ähnliche Vielfalt an Wissen und Fähigkeiten aufweisen.

Um die Kernkompetenzen auszugleichen, erhielt die INTERCARE Pflegende eine kontinuierliche Ausbildung (vor dem Start des Modells und während der gesamten Implementierungsphase) auf der Grundlage eines neu entwickelten Blended-Learning-Curriculums. Das Blended-Learning-Curriculum von ca. 300 Stunden zielte darauf ab, die INTERCARE Pflegende auf ihre Rolle im interprofessionellen Team vorzubereiten und umfasste acht Module:

- » Klinische Führung (z.B. Methoden erfolgreicher Führung, emotionale Intelligenz und Führung, Leitungsstile nach Goleman, Selbstreflexion, Fallbeispiele)
- » Kommunikation (z.B. Modell der interpersonellen und intrapersonellen Kommunikation nach Schulz von Thun, Kommunikationstechniken und -stile, Verhaltensassessment nach dem DISG-Persönlichkeitsmodell⁵ des Psychologen William Moulton Marston)
- » Multidimensionales geriatrisches Assessment/ vorausschauende Planung
- » Geriatrische Syndrome (Delir, Sturz, Seh- und Hörverlust, Sarkopenie & Gebrechlichkeit, Mangelernährung, Schmerzen, Immobilität, BPSD)
- » Chronische Erkrankungen (COPD & Asthma, Diabetes, kongestive Herzinsuffizienz)
- » Akute Symptome (z.B. akute Dyspnoe, abdominale Schmerzen, Hypoglykämie, Suizidalität)
- » Medikationsmanagement (z.B. Polymedikation, Interaktionen zwischen Medikamenten)
- » Datenbasierte Qualitätsentwicklung (z.B. Qualitätsregelkarte, Benchmarking, PDCA-Zyklus)

Training dynamisch gestalten. Die Heterogenität der INTERCARE Pflegenden erforderte Variation bei der Durchführung der Ausbildung, um die Lernergebnisse zu maximieren, da Erwachsene unterschiedliche Lernstile und Arbeitsumgebungen haben. Das Blended-Learning-Curriculum ermöglicht verschiedene Methoden der Informationsvermittlung, um unterschiedliche Lernstile und Arbeitskontexte zu bedienen und die Schulungen interaktiv zu gestalten. Zu den Lernmethoden gehörten: E-Learning, Lektüre, Selbsteinschätzungen, Reflexionen, persönliche Treffen, Supervision und Austausch unter den Teilnehmenden.

Entwickeln und Verteilen von Bildungsmaterialien. Um die erfolgreiche Implementierung von evidenzbasierten Instrumenten und deren Einhaltung zu erleichtern, sind Richtlinien zur Implementierung von evidenzbasierten Instrumenten, Entscheidungsbäume, wie und wann das Reflexionsinstrument verwendet werden soll, Handouts für das Personal sowie PowerPoint Präsentationen, um das Personal über die Instrumente zu informieren, erforderlich.

Die INTERCARE-Forschungsgruppe entwickelte und verteilte Schulungsmaterial (einschliesslich Leitlinien, Entscheidungsbäume, Handouts und PowerPoint Präsentationen). Alle Materialien wurden über Online-Lernplattformen zur Verfügung gestellt und/oder per E-Mail verschickt.

⁵DISG®-Persönlichkeitsmodell: Dominant (D), Initiativ (I), Stetig (S) und Gewissenhaft (G)

Kontinuierliche Unterstützung für Pflegeinstitutionen

Lokale technische Unterstützung bereitstellen. Während der Kontextanalyse stellten wir fest, dass alle identifizierten Pflegeinstitutionen seit Jahren mit verschiedenen Daten arbeiten, z.B. Daten zu Qualitätsindikatoren, die aus der elektronischen Bewohnerdokumentation stammen. Daher verfügten sie über die erforderlichen Fähigkeiten, um mit dem elektronischen System zu arbeiten. Im INTERCARE Projekt baten wir die teilnehmenden Pflegeinstitutionen alle drei Monate, Daten aus RAIsoft, der Software für den Zugriff auf RAI-NH-Daten, zu extrahieren. Um die Pflegeinstitutionen bei der Datenextraktion zu unterstützen und eine gute Kommunikation zwischen den Pflegeinstitutionen und der Forschungsgruppe während des gesamten Projekts zu gewährleisten, stand eine Studienkoordinatorin für alle Pflegeinstitutionen zur Verfügung. Die Pflegeinstitutionen wurden im Bedarfsfall bei der Datenextraktion unterstützt.

Laufende Beratung anbieten. In der Kontextanalyse zeigte sich, dass die kontinuierliche Unterstützung der Führung und der INTERCARE Pflegenden während des Implementierungsprozesses eine Voraussetzung für den Erfolg sein würde. Daher boten wir den Pflegeinstitutionen regelmässig die Möglichkeit, sich mit der Forschungsgruppe zu beraten. Wir führten zweimonatliche Treffen mit jeder Pflegeinstitution durch und boten zweiwöchentliche Telefonate an, um die INTERCARE Pflegenden zu unterstützen. Hinzu kam die spontane Unterstützung auf Basis von individuellen Bedürfnissen während der Interventionsphase. Während der zweimonatlichen Treffen trafen sich die Führung (z.B. Leitung Pflege) und die INTERCARE Pflegenden mit zwei Mitgliedern aus der Forschungsgruppe. Während der zweistündigen Treffen wurde die Umsetzung der einzelnen Kernelemente sowie hinderliche und förderliche Faktoren besprochen und Fragen beantwortet. Während der zweiwöchentlichen Telefonate mit der INTERCARE Pflegenden besprach die Studienkoordinatorin die individuellen Herausforderungen im Umsetzungsprozess, gab Feedback und unterstützte sie in ihrer persönlichen Entwicklung, indem sie sowohl ihre eigene als auch die Praxis, Fähigkeiten, Verhaltensweisen und Herausforderungen der anderen kritisch reflektierte, um einen effektiven Wissenstransfer zu gewährleisten (Curriculum - Praxis).

Auditieren und Feedback geben. Die datenbasierte Qualitätsentwicklung war eines der gemeinsamen Kernelemente in allen Fallstudien der Phase A. Es ist wichtig, klinische Leistungsdaten über einen spezifischen Zeitraum zu sammeln und zusammenzufassen, um alle Involvierten zu informieren, damit sie Pflegeprozesse überwachen, bewerten und modifizieren können.

Wir lieferten vierteljährliche Exporte für die Qualitätsindikatoren und vorausschauende Planung, um die Pflegeinstitutionen dabei zu unterstützen, herauszufinden, wo eine bessere Pflegequalität erreicht werden könnte und welche Massnahmen sie wählen könnten. Die Ergebnisse wurden während der zweimonatlichen Treffen in jeder Pflegeinstitution besprochen, um diese bei ihrer kontinuierlichen Qualitätsentwicklung zu unterstützen. Die Ergebnisse des Reflexionsinstruments und mögliche Muster wurden mit zusammenfassenden Berichten zurückgemeldet und während der zweiwöchentlichen Telefonate mit der INTERCARE Pflegenden besprochen und, wo nötig, in der Besprechung mit der Führung aufgegriffen. Wir führten zusätzlich Fragebogenerhebungen mit den Mitarbeitenden und den INTERCARE Pflegenden durch, um Veränderungen über die Zeit, in Bezug z.B. auf Arbeitsumgebungsqualität, Personalergebnisse, resp. Kompetenzbereich vor der Modellimplementierung sowie 6 und 12 Monate nach Beginn der Intervention zu erhalten. Die Ergebnisse der Umfragen wurden halbjährlich mittels strukturierter Berichte an die Pflegeinstitutionen zurückgemeldet.

Kapitel 4 – Entwicklung des INTERCARE-Modells

Die Entwicklung des INTERCARE-Modells mit seinen sechs Kernelementen und Implementierungsstrategien basierte auf vier Studien. Wir begannen mit einer Literaturrecherche (Studie 1), einer kontextuellen Analyse mit Fallstudien (Studie 2) und dem Input von Stakeholdern (Studie 3). Die drei Studien halfen uns, das INTERCARE-Modell auf Grund vorhandener Evidenz für die effektive Reduzierung ungeplanter Spitaleinweisungen zu entwickeln und lokal an den Schweizer Kontext anzupassen. Die Flexibilität des Modells mit seinen peripheren Anforderungen erlaubt in Zukunft eine Anpassung an die spezifischen Merkmale anderer Pflegeinstitutionen in allen Sprachregionen. Die letzte Studie, die sich mit den Erfahrungen von Bewohnern/-innen und Angehörigen während eines Akutereignisses befasste (Studie 4), wurde zu einem späteren Zeitpunkt durchgeführt und die Ergebnisse wurden den an der Implementierung beteiligten Pflegeinstitutionen zurückgespielt. Die Ergebnisse flossen nicht unmittelbar in die Entwicklung der Kernelemente ein, sondern trugen dazu bei, unser Verständnis der Bedürfnisse von Bewohnern/-innen und Angehörigen in Bezug auf Akutsituationen zu erweitern. In dieser Synthese stellen wir die Ergebnisse aller vier Studien vor.

Studie 1: Literaturrecherche

Wir begannen mit der Untersuchung internationaler, evidenzbasierter, pflegegeleiteter Versorgungsmodelle, die effektiv vermeidbare Spitaleinweisungen reduzieren. Es wurden fünf internationale, pflegegeleitete Versorgungsmodelle identifiziert: EVERCARE, INTERACT™, MOQI und OPTIMISITC in den USA und die Nurse Practitioner Initiative in Kanada [15-18, 31].

Alle identifizierten Versorgungsmodelle in der gefundenen Literatur arbeiteten mit einem Pflegeexperten/einer Pflegeexpertin APN⁶ (Nurse Practitioner oder Clinical Nurse Specialist) mit einem Master-Abschluss in Pflegewissenschaft. Ein Modell verlangte zusätzlich zwei bis drei Jahre klinische Erfahrung als Pflegeexperte/-in APN [17]. Insgesamt hat die Rolle einen erweiterten Praxisumfang. Die Pflegeexperten/-innen APN in den beschriebenen Modellen sind in der Lage, bestimmte diagnose- und behandlungsbezogene Tätigkeiten innerhalb eines interdisziplinären Teams auszuführen, haben die Befugnis, selbstständig eine Diagnose einer Erkrankung mitzuteilen, diagnostische Untersuchungen anzuordnen und das gesamte Spektrum oder ein begrenztes Spektrum an Medikamenten zu verschreiben, je nach Gesetzgebung des Landes/der Region. Die Pflegeexperten/-innen APN verbringen zudem mindestens ein Drittel ihrer Arbeitszeit in der klinischen Tätigkeit und arbeiten alle Vollzeit. In zwei Modellen wurden den Pflegeexperten/-innen APN die gleichen Verantwortlichkeiten und klinischen Aufgaben übertragen wie den Hausärzten/-innen [15, 31].

Die Kompetenzen und Zuständigkeiten der Pflegeexperten/-innen APN variieren innerhalb verschiedener Pflegeinstitutionen und Projekte, je nach den Bedürfnissen der Bewohner/-innen, den Präferenzen der Ärzte/-innen, den Leistungsvereinbarungen und dem Vorhandensein etablierter Programme (z.B. Impfkliniken) und Spezialisten/-innen vor Ort (z.B. Wundversorgungsspezialisten/-innen). Dennoch führen alle Pflegeexperten/-innen APN klinische Assessments durch, beurteilen und managen episodische und chronische Krankheiten,

⁶Der International Council of Nurses (ICN) definiert einen Pflegeexperten als «eine Pflegefachperson, welche sich Expertenwissen, Fähigkeiten zur Entscheidungsfindung bei komplexen Sachverhalten und klinische Kompetenzen für eine erweiterte pflegerische Praxis angeeignet hat. Die Charakteristik der Kompetenzen wird vom Kontext und/oder den Bedingungen des jeweiligen Landes geprägt, in dem sie für die Ausübung ihrer Tätigkeit zugelassen ist. Ein Masterabschluss in Pflege (Nursing Science) gilt als Voraussetzung.»

Studie 2: Fallstudien

coachen die Pflgeteams, bieten klinisches Leadership und erleichtern die interprofessionelle Zusammenarbeit mit Pflgeteams, Ärzten/-innen, Therapeuten/-innen oder anderen, die von den jeweiligen Bedürfnissen der Bewohner/-innen bestimmt werden. Pflegeexperten/-innen APN führen keine Forschungsaktivitäten durch. Ein Modell beschreibt die Teilnahme von Pflegeexperten/-innen APN an beruflichen Weiterbildungsaktivitäten, einschliesslich der Teilnahme an Konferenzen, Workshops und Kursen, um ihr Fachwissen zu erweitern (z.B. Psychogeriatric, Wundversorgung, Palliative Care und Kontinenzmanagement), und sie engagieren sich in Berufsverbänden, im Rahmen einer allgemeinen Mitgliedschaft bis hin zur aktiven Teilnahme an Verwaltungs- und Vorstandsausschüssen. Zu den weiteren Aktivitäten gehören Präsentationen vor verschiedenen Gruppen über die Rolle von Nurse Practitioners in der Langzeitpflege (z.B. vor Pflege- und medizinischen Beiräten).

In einem Modell sind die Pflegeexperten/-innen APN an der Entwicklung, Implementierung und Evaluation von Pflegeprotokollen, Best-Practice-Richtlinien und neuen Pflegeverfahren beteiligt. In drei Modellen sind die Pflegeexperten/-innen APN für die Umsetzung des INTERACT-Programms verantwortlich. Das INTERACT-Programm konzentriert sich auf die frühzeitige Erkennung, Bewertung und Behandlung von akuten Erkrankungen der Bewohner/-innen, um Spitaleinweisungen zu reduzieren. Um die Spitaleinweisungsrate zu reduzieren, verwendet INTERACT verschiedene Instrumente, die in die tägliche Pflege integriert werden. Einige der INTERACT-Instrumente sind: ISBAR (zur Anleitung und Strukturierung der Kommunikation), STOP&WATCH (zur frühen Erkennung von Zustandsveränderungen), ein Reflexionsinstrument (zur Identifizierung von Faktoren und Mustern im Zusammenhang mit Spitaleinweisungen und zur Ermittlung von Verbesserungspotenzialen) oder die vorausschauende Planung, um die Wünsche und Werte der Bewohner/-innen zu erfassen [41]. Insgesamt verbessern alle Modelle erfolgreich die Pflegequalität, indem sie chronische Erkrankungen, den Medikamenteneinsatz und die Versorgung am Lebensende überwachen und angehen; sie reduzieren Spitaleinweisungen und Wiedereinweisungen, verbessern die Pflegekoordination und erhöhen die Zufriedenheit der Angehörigen [17, 31, 42-45]. Die Ergebnisse der Literaturrecherche flossen in den Inhalt jedes der sechs INTERCARE Kernelemente ein.

In den Fallstudien identifizierten wir 14 Schweizer Pflegeinstitutionen, die bereits mit pflegegeleiteten Versorgungsmodellen arbeiteten, die aber noch nie auf ihre Effektivität hin evaluiert worden waren. Das Ziel der Fallstudien war es, Faktoren zu verstehen, die die Einführung des Modells beeinflussen, und die konstituierenden Elemente der Modelle und relevante Praxismuster zu erforschen, um sowohl die sechs Kernelemente zu ergänzen als auch Implementierungsstrategien festzulegen. Ein kurzer Überblick über die Fallstudien ist in Textbox 3 dargestellt. Aus Zeitgründen wurden bei der inhaltlichen Definition der sechs INTERCARE Kernelemente nur die Ergebnisse von 7 Pflegeinstitutionen im deutsch- und 2 Pflegeinstitutionen im französischsprachigen Teil berücksichtigt. Im folgenden Abschnitt werden alle 14 Fallstudien vorgestellt.

Bestehende pflegegeleitete, Schweizer Versorgungsmodelle

Die Pflegeinstitutionen variierten in Bezug auf ihre geografische Lage, Grösse, Rechtsstatus, Arztmodell und angebotene Pflegeleistungen (siehe Tabelle 1). Die rekrutierten Pflegeinstitutionen repräsentierten die Unterschiede und Vielfalt der Schweizer Landschaft, waren aber weder für eine der Sprachregionen der Schweiz noch für Pflegeinstitutionen allgemein charakteristisch. Die Pflegeinstitutionen in unserer Stichprobe waren grösser (Bereich 31-300, Mittelwert 141), als dies in der Schweiz mit durchschnittlich 60 Plätzen pro Pflegeinstitution meist anzutreffen ist. Die Synthese aller Fälle zeigt, dass eine gemeinsame Komponente für alle pflegegeleiteten Versorgungsmodelle aus diplomierten Pflegefachpersonen bestand, die als Pflegeexperten/-innen arbeiteten – (d.h. über den Bereich der diplomierten Pflegefachperson hinaus) – international als Pflegefachperson in erweiterter Rolle bezeichnet. Eine Pflegeinstitution beschäftigte zwischen 1 und 6 Pflegeexperten/-innen. Ein weiteres gemeinsames Element war die Nutzung von Daten, um die Qualitätsverbesserung in der Pflegeinstitution voranzutreiben.

Alle Pflegeexperten/-innen waren diplomierte Pflegefachpersonen mit verschiedenen Ausbildungsniveaus in Geriatrie, Demenz oder Palliative Care, einschliesslich Certificate, Diploma oder Master of Advanced Studies (CAS, DAS, MAS) [52-54], oder einem Bachelor oder Master in Nursing Science. Diese Pflegeexperten/-innen arbeiteten in unterschiedlichem Masse in der klinischen Praxis (z.B.

Ziel: Beschreibung aktueller nationaler, pflegegeleitete Versorgungsmodelle im Hinblick auf (1) Faktoren, die die Einführung des Modells beeinflussen, (2) Elemente der Modelle, (3) Kompetenzen der lokalen Pflegeexperten/-innen, (4) Ergebnisse der lokalen Pflegeexperten/-innen, (5) erfolgreiche Implementierungsstrategien

Entwurf: Exploratives Mehrfach-Fallstudien-Design [46]

Teilnehmende und Stichprobengrösse: 14 Pflegeinstitutionen: 8 in der Deutschschweiz, 4 in der Romandie, 2 im Tessin

Einschlusskriterien: Pflegeinstitution: Langzeitbewohner/-innen (>30 Tage Aufenthalt), Arbeit mit einem pflegegeleiteten Versorgungsmodell.

Pflegeschfachpersonen mit erweiterter Rolle: Pflegefachperson, die in der Rolle einer Pflegeexpertin/eines Pflegeexperten oder einer ähnlichen Rolle arbeitet, z.B. eine diplomierte Pflegefachperson mit erweiterter Rolle aufgrund einer zusätzlichen Ausbildung, die (a) mindestens 6 Monate in dieser Rolle in einer geeigneten Pflegeinstitution arbeitet, (b) eng mit Ärzten/-innen zusammenarbeitet und (c) einen der folgenden Punkte erfüllt: vertiefte Kenntnisse in der geriatrischen Pflege, Führung des Pflegeprozesses, Führen der Bedarfsermittlung bei Bewohnern/-innen, Koordination der Pflege und von Transfers innerhalb und zwischen Settings.

Leitung Pflege/Heimleitung: Person aus dem Führungsteam der betreffenden Pflegeinstitution, die an der Umsetzung des Modells beteiligt war

Ärztlicher Leiter/ärztliche: Leiterin oder Arzt/Ärztin: verantwortlich für die Bewohner/-innen in der betreffenden Pflegeinstitution und enge Zusammenarbeit mit der identifizierten Pflegeexpertin/dem Pflegeexperten

Rekrutierung: Die Pflegeinstitutionen wurden von der Stakeholder-Gruppe und den Mitgliedern der INTERCARE-Forschungsgruppe (zielgerichtete Stichprobe) oder durch Empfehlungen der angesprochenen Pflegeinstitutionen (Schneeballverfahren) identifiziert. Die identifizierten Pflegeinstitutionen erhielten eine E-Mail, in der sie über die Studie und ihren Zweck informiert wurden, sowie einen Fragebogen zu den Eignungskriterien, in dem der Standort, die Grösse, das Arztmodell, sowie der Bildungshintergrund und der Praxisumfang der erweiterten Rolle der diplomierten Pflegefachperson erfragt wurden.

Datenerfassung: In allen Pflegeinstitutionen, die die Zulassungskriterien erfüllten, wurden sowohl qualitative als auch quantitative Daten aus vier Quellen gesammelt: (1) Untersuchung interner Dokumente, (2) Informationen von Webseiten der Pflegeinstitutionen, (3) strukturierte Fragebögen mit wenigen offenen Fragen, (4) persönliche und telefonische halbstrukturierte Interviews.

Interne Dokumente: Dokumente, die z.B. Kommunikationsstrukturen, interprofessionelle Zusammenarbeit, Stellenbeschreibung für Pflegeexperten/-innen betreffen

Website: Verfügbare Informationen über Organisationsstrukturen der Pflegeinstitutionen und Pflegeprofil

Fragebögen (quantitative und qualitative Daten): Fragebogen für die Führung: Sozio-demografische Daten, lokaler und gesetzlicher Kontext der Modellimplementierung, wesentliche hinderliche und förderliche Faktoren, die sich auf die Implementierung des Versorgungsmodells auswirken, wahrgenommene Qualitätsverbesserungen und Daten, die zur Überwachung und Bewertung der Qualität verwendet werden. Fragebogen für Pflegeexperten/-innen: Sozio-demografische Daten, Kompetenzen, wesentliche hinderliche und förderliche Faktoren, die die Umsetzung des Versorgungsmodells beeinflussen, interprofessionelle Zusammenarbeit [47-51]

Interviews (qualitative Daten): Hinderliche und förderliche Faktoren für die Entwicklung und Umsetzung des pflegegeleiteten Versorgungsmodells, Erfahrungen mit interprofessioneller Zusammenarbeit, Praxisumfang und Kompetenzen des Pflegeexperten/der Pflegeexpertin

Analyse: Einzelfallanalyse: Jede Pflegeinstitution wurde als separater Fall betrachtet und deduktiv nach den Strukturen (Setting, Pflegeexperten- und Bewohnercharakteristika) und Prozessen (Kompetenz der Pflegeexperten/-innen) gemäss Hamric-Framework [30] sowie hinderlichen und förderlichen Faktoren gemäss CIFR [29] analysiert.

Integration Fallstudien: Nach der Beschreibung der einzelnen Fälle wurde eine fallübergreifende Synthese durchgeführt. Fallübergreifende Schlussfolgerungen über das pflegegeleitete Versorgungsmodell in Bezug auf (a) hinderliche und förderliche Faktoren bei der Modellimplementierung und (b) Praxisumfang, Kompetenzen der Pflegeexperten/-innen, wurden vorgestellt.

Durchführung von pflegerischen Interventionen einschliesslich Überwachung des Zustands der Bewohner/-innen), im Coaching (z.B. Bereitstellung von massgeschneiderten Schulungen für Bewohner/-innen und Personal) und in der klinischen Führung, während sie mit anderen Berufsgruppen zusammenarbeiteten und somit die interprofessionelle Zusammenarbeit stärkten. Dennoch schien jede Pflegeinstitution die Rolle an ihre aktuellen Bedürfnisse, ihr strategisches Ziel und das eigene Fachgebiet des Pflegeexperten/der Pflegeexpertin angepasst zu haben.

Grund für die Entwicklung der pflegegeleiteten Versorgungsmodelle

Die Hauptmotivation für die Entwicklung eines pflegegeleiteten Versorgungsmodells in den Fallstudien war die Verbesserung der Lebens- und Pflegequalität der Bewohner/-innen. Der Auslöser für die Einführung von pflegegeleiteten Versorgungsmodellen war jedoch häufig eine Kombination aus mindestens zwei der folgenden Elemente: Bedürfnisse der Bewohner/-innen und Angehörigen, verfügbare Ressourcen, Personalprobleme und Umstrukturierungsprozesse in der Pflegeinstitution, wie z.B. die Fusion verschiedener Pflegeinstitutionen oder eine Erweiterung [55]. Es muss betont werden, dass die Unterstützung durch die Führung und die Bereitschaft zur Veränderung als Voraussetzung für jeden Wandel in den Pflegeinstitutionen genannt wurde. Basierend auf diesen Informationen haben wir Implementierungsstrategien zur Bewertung der Bereitschaft zur Veränderung entwickelt und angewendet (vgl. Implementierungsstrategien).

Die Pflegeinstitutionen haben die Entwicklung der pflegegeleiteten Modelle nicht nur rasch voran getrieben, sondern sorgfältig den Kontext berücksichtigt, einschliesslich der lokalen Bedürfnisse der Bewohner/-innen (z.B. Forderung nach personenzentrierter Pflege), der verfügbaren Ressourcen (z.B. Zeit, Budget, Qualifikationsmix) und des Leitbilds der Pflegeinstitutionen. Der Inhalt der Rolle eines Pflegeexperten/einer Pflegeexpertin wird oft durch die Faktoren bestimmt, die die Entwicklung des Modells ausgelöst haben. Darüber hinaus sind die Versorgungsmodelle stets in der Entwicklung, um neue Erwartungen und Bedürfnisse abzudecken. Die Vision der Führung für ein neues Versorgungsmodell spielt eine zentrale Rolle bei dessen Entwicklung.

Praxismuster

Die Praxismuster variierten unter den Pflegeinstitutionen. Während einige Elemente für alle Pflegeexperten/-innen gleich waren, sind andere spezifisch, da sie versuchen, die jeweils öfter vorkommenden Pflegesituationen mit den Problemen und Bedürfnissen der Bewohner/-innen anzugehen.

Vier der Pflegeexperten/-innen nahmen neben der Rolle als Pflegeexperte/-in eine zusätzliche Rolle ein: eine als Abteilungsleitung (P9), eine andere fungierte als Leitung Pflege (P8), und in P14 war eine der Pflegeexpertinnen Abteilungsleitung und die andere Leitung Pflege. Während die meisten Pflegeexperten/-innen für eine Pflegeinstitution arbeiten, arbeitete eine der Pflegeexperten/-innen (P2) in drei Pflegeinstitutionen, die der gleichen Gruppe angehören, mit dem Ziel, Schulungen und Projekte über alle drei Standorte hinweg abzustimmen, aber dabei die strukturellen Unterschiede und lokalen Kontexte dieser Pflegeinstitutionen zu berücksichtigen.

Im Allgemeinen sind alle Pflegeexperten/-innen in klinische und pädagogische Aktivitäten sowie im klinischen Leadership beteiligt und entwickeln kollaborative Beziehungen mit dem Pflege-, Medizin- und Hilfspersonal. Aktivitäten in den Bereichen ethische Entscheidungsfindung oder Forschung sind nicht für alle Pflegeexperten/-innen üblich und hängen von der persönlichen Expertise und dem Interesse der Pflegeexperten/-innen sowie den Bedürfnissen ihrer Pflegeinstitutionen ab. Ethische Entscheidungsfindung war bei Pflegeexperten/-innen, die sich auf Palliative Care spezialisiert haben, häufiger anzutreffen.

Sprachregion	Identifikation	Kanton ¹	Ort	Anzahl Plätze	Rechtsstatus	Arztmodell ²	Anzahl Mitarbeitende ³
Deutschschweiz	P1	ZH	Agglomeration	116	Öffentlich	Gemischt	220
	P2	ZH	Ländlich	208	Privat	Heimarzt/-ärztin	450
	P3	TG	Ländlich	154	Öffentlich	Gemischt	160
	P4	ZH	Städtisch	300	Öffentlich	Heimarzt/-ärztin	383
	P5	BE	Ländlich	130	Öffentlich	Hausarzt/-ärztin	190
	P6	BS	Städtisch	2894	Privat subventioniert	Gemischt	200 ⁴
	P7	SO	Agglomeration	87	Privat subventioniert	Hausarzt/-ärztin	130
	P8	SO	Ländlich	93	Öffentlich	Hausarzt/-ärztin	150
Romandie	P9	NE	Städtisch	128	Privat subventioniert	Hausarzt/-ärztin	162
	P10	GE	Städtisch	227	Privat subventioniert	Gemischt	68
	P11	FR	Agglomeration	103	Privat subventioniert	Gemischt	112
	P12	VD	Agglomeration	56	Privat subventioniert	Gemischt	102
Tessin	P13	TI	Ländlich	52	Privat subventioniert	Gemischt	60
	P14	TI	Ländlich	59	Privat subventioniert	Hausarzt/-ärztin	100

¹Kanton: BE: Bern; ZH: Zürich; TG: Thurgau; BS: Basel Stadt; SO: Solothurn; NE: Neuchâtel; GE: Genève; FR: Fribourg; VD: Vaud; TI: Ticino.

²Gemischt – es gibt einen für die Pflegeinstitution zuständigen Arzt/eine zuständige Ärztin, die Versorgung findet durch mehrere Hausärzte/-innen statt.

³Unter der Anzahl der Mitarbeitenden wurden die folgenden Gruppen erfasst: Pflegefachpersonen, Fachperson Gesundheit (FaGe)/ Fachperson Betreuung (FaBe), Assistenz- und Hilfspersonal.

⁴Beinhaltet Mitarbeitende von zwei Standorten, nur einer war Teil der Fallstudie.

Tabelle 1. Merkmale der an den Fallstudien beteiligten Pflegeinstitutionen

Eine detaillierte Zusammenfassung der Tätigkeiten der einzelnen Pflegeexperten/-innen ist im Anhang 1 zu finden, wo jeder Fall separat beschrieben ist. Die Modelle aus der deutschsprachigen Schweiz liegen in deutscher Sprache vor, die Modelle aus der französisch- und italienischsprachigen Schweiz in französischer Sprache. Die nächsten Unterkapitel fassen alle Aktivitäten innerhalb der fünfzehn Fälle nach dem Hamric-Modell zusammen (vgl. Textbox 1). Es muss betont werden, dass die Studie im Jahr 2017 durchgeführt wurde: In der Zwischenzeit könnten sich die Rollen der Pflegeexperten/-innen geändert haben oder nicht mehr existieren, da sie sich ständig weiterentwickeln. In Tabelle 2 werden die Hauptmerkmale der Pflegeexperten/-innen dargestellt. Alle Pflegeexperten/-innen waren von der Pflegeinstitution angestellt. Unter «Funktion» steht der Name der Funktion des Pflegeexperten/der Pflegeexpertin in der eigenen Pflegeinstitution.

1. Klinische Tätigkeiten

Klinische Tätigkeiten – Schlüsselpunkte:

- » Die klinische Tätigkeit ist eine Kerntätigkeit aller Pflegeexperten/-innen.
- » Die klinische Tätigkeit beeinflusst Kompetenzen in anderen Bereichen wie Coaching oder klinisches Leadership.
- » Die klinische Tätigkeit trägt zur Glaubwürdigkeit und Akzeptanz der Rolle des Pflegeexperten/der Pflegeexpertin bei.

Die direkte und indirekte klinische Tätigkeit ist eine Kerntätigkeit aller Pflegeexperten/-innen in den beschriebenen Modellen, unabhängig von ihrer Ausbildung und ihrem Spezialgebiet. Das Ausmass, in dem die Pflegeexperten/-innen an der direkten und indirekten klinischen Tätigkeit beteiligt sind, unterscheidet sich sowohl innerhalb einer – als auch zwischen verschiedenen – Pflegeinstitutionen. Die Variabilität basiert auf den unterschiedlichen Bedürfnissen der Bewohner/-innen oder des Personals und der Vielfalt der Verantwortlichkeiten, die mit der Position der Pflegeexperten/-innen in einer Pflegeinstitution verbunden sind. Einige Pflegeexperten/-innen konzentrieren sich hauptsächlich auf indirekte klinische Tätigkeiten, z.B. durch die Identifizierung von Problemen bei der Durchsicht der Bewohnerdokumentation und das zur Verfügung stellen von Anleitung und Unterstützung per Telefon (P2-6, 10, 11, 12, 13, 14).

Es kommt hinzu, dass sie nicht nur für einen bestimmten klinischen Bereich wie Palliative Care oder Psychogeriatric zuständig sind, sondern für alle Bereiche der klinischen Pflege. Pflegeinstitutionen, die mit mehr als einem Pflegeexperten/einer Pflegeexpertin arbeiten, kombinieren in der Regel direkte und indirekte klinische Tätigkeiten und mindestens einer oder eine der Pflegeexperten/-innen arbeitet in einem spezialisierten klinischen Bereich, z.B. Palliative Care, Demenz, BPSD oder Psychogeriatric (P2, 3, 8, 9, 10, 13, 14). Die Spezialisierungen der Pflegeexperten/-innen sind auf das Profil der Pflegeinstitutionen abgestimmt, z.B. wenn eine Pflegeinstitution einen Palliative Care/End-of-Life-Schwerpunkt hat (P3), hat sicher auch einer oder eine der Pflegeexperten/-innen eine Zusatzausbildung in Palliative Care. Zwei Pflegeinstitutionen arbeiten mit

Sprachregion	Pflege- institution	Funktion	Anzahl pro Institution	Verhältnis*	Ausbildung	Anstellung %	Vorgesetzte
Deutschschweiz	P1	Pflegeexpertin	1	164:1	MAS	100%	LP
	P2	Klinische Fachspezialistin	6	30:1	MAS	490%	Abteilungsleitung
		Co-Leitung Klinische	1	46:1	MAS	80%	LP
		Fachspezialistin	1	30:1	MAS	80%	LP
	P3	Fachexperte	1	0	CAS	10%	Stellvertretende LP
		Fachexperte	1	0	MAS	20%	Stellvertretende LP
		Pflegeexpertin/ stellvertretende LP	1	150:1	MAS	100%	LP
	P4	Pflegeexpertin APN	1	50:1	MScN	60%	Chefärztin
	P5	Pflegeexpertin	1	130:1	CAS	60%	LP
	P6	Pflegeexpertin/ Pflegerexpertin APN	1	58:1	MScN	40%	LP
			50:1		20%		
Pflegerexperte		1	140:1	BSN	100%	LP	
P7	Pflegeexpertin	1	85:1	MScN	80%	LP	
P8	Pflegerexperte	2	0	MScN	35%	Heimleitung	
	Pflegeexpertin/LP		93:1	CAS	80%	Heimleitung	
Romandie	P9	Infirmier expert/ Abteilungsleitung	4	21:1	CAS	330%	LP
		Infirmière clinicienne	1	128:1	CAS	70%	Heimleitung
	P10	Infirmière clinicienne	1	126:1	CAS, DAS	100%	Heimleitung
	P11	Infirmière clinicienne spécialisée	1	103:1	MScN	60%	LP Heimleitung
Tessin	P12	Infirmière spécialiste clinique	1	0	MScN	100%	Heimleitung
	P13	Infirmière spécialiste clinique	2	54:2	DAS	180%	LP
		Infirmière spécialiste clinique/LP	1	54:1	DAS	100%	Heimleitung
	P14	Infirmière spécialiste clinique	2	59:2	DAS	200%	LP
Infirmière spécialiste clinique		1	59:1	MAS	100%	Heimleitung	

*Anzahl der Bewohner/-innen im Verhältnis zur Anzahl der Pflegeexperten/-innen. Manche Pflegeexperten/-innen sind nicht direkt für die Bewohner/-innen zuständig, indiziert durch 0.

Abkürzungen: APN, Advanced Practice Nurse; BSN, Bachelor of Science in Nursing; CAS, Certificate of Advanced Studies; DAS, Diploma of Advanced Studies; MAS, Master of Advanced Studies; MScN, Master of Science in Nursing; LP, Leitung Pflege; P, Pflegeinstitution;

Tabelle 2. Hauptmerkmale der Pflegeexperten/-innen

Pflegeexperten/-innen APN mit fortgeschrittener klinischer Tätigkeit, d.h. auf einem höheren Fähigkeitsniveau in der unabhängigen, autonomen und fachlichen Tätigkeit im Vergleich zu anderen Pflegeexperten/-innen (P4, 6).

In ihren direkten klinischen Tätigkeiten konzentrieren sich alle Pflegeexperten/-innen auf die Prävention, die Beurteilung und das Management von episodischen Zustandsveränderungen der Bewohner/-innen, chronische Erkrankungen und Verhaltensmanagement. Sie unterstützen die Pflgeteams, wenn sich der Zustand von Bewohnern/-innen verschlechtert, oder bei einem akuten Ereignis wie einem Sturz, oder wenn Bewohner/-innen die Pflege verweigern. Falls erforderlich, werden die Pflegeexperten/-innen zum Assessment eines neuen Bewohners/einer neuen Bewohnerin gerufen, um zu ermitteln, welche Bedürfnisse sie haben könnten, oder für die Triage bezüglich einer geeigneten Abteilung. Sie entwickeln gemeinsam mit dem Bewohner/der Bewohnerin und den Angehörigen Pflegeziele, z.B. wie sie sich das Leben in der Pflegeinstitution vorstellen, welche Aktivitäten sie weiterhin durchführen möchten und was in der Pflegeinstitution getan werden kann, um ihnen zu helfen, ihre Ziele erfolgreich zu erreichen. Neben den oben genannten Pflegeexperten/-innen APN führten nur drei weitere Pflegeexperten/-innen regelmässig klinische Körperuntersuchungen für Atmung, Herz und Magen-Darm-Trakt durch (P2, 3, 7).

Klinische Expertise ist die Basis, um Glaubwürdigkeit für die eigene Rolle zu schaffen. Durch die regelmässige Unterstützung und Beratung des Pflgeteams in komplexen Situationen von Bewohnern/-innen auf den Abteilungen erwerben sich die Pflegeexperten/-innen mit ihrer hohen geriatrischen Expertise den Ruf als vertrauenswürdige Ansprechpersonen. In Übereinstimmung mit den Ergebnissen der Literatur wird die Glaubwürdigkeit der Rolle etabliert, wenn die Pflgeteams ein solides klinisches Urteilsvermögen feststellen, das auf solider klinischer Expertise beruht [56].

2. Coaching

Coaching – Schlüsselpunkte:

- » Der Fokus des Coachings hängt vom Kontext der Pflegeinstitution und der Anzahl der Pflegeexperten/-innen in der Pflegeinstitution ab.
- » Das Coaching hat eine zentrale Bedeutung in jenen Pflegeinstitutionen, in denen das Personal oft keine geriatrische Expertise hat und hauptsächlich aus Assistenz- und Hilfspersonal und FaGes/FaBes besteht.

Alle Pflegeexperten/-innen sind an verschiedenen Bildungsaktivitäten für das Pflegepersonal beteiligt. Jedoch sind nicht alle Pflegeexperten/-innen in direkte Bildungsaktivitäten für Bewohner/-innen und Angehörige eingebunden. Alle Pflegeexperten/-innen identifizieren Wissenslücken beim Personal während der direkten oder indirekten Pflege auf der Abteilung und nutzen Gelegenheiten zum Coaching der Pflgeteams für das frühzeitige Erkennen von Zustandsveränderungen.

In Pflegeinstitutionen mit mehr als einem Pflegeexperten/einer Pflegeexpertin kann die Verantwortung für das Coaching geteilt oder entsprechend der jeweils spezifischen Expertise der Pflegeexperten/-innen aufgeteilt werden. Im P3 war z.B. eine Pflegeexpertin für das Coaching in Palliative Care und eine andere in der Demenzpflege zuständig. In P9 und P8 schulte eine der Pflegeexpertinnen die Pflgeteams spezifisch im Bereich der Gerontopsychiatrie (z.B. wie man besser auf Bewohner/-innen mit aggressivem oder herausforderndem Verhalten zugeht) und in P8 kümmerte sich eine Pflegeexpertin vor allem um die Schulung des Personals in multisensorischer Stimulation, Kinästhetik und dem Pflegeprozess. Darüber hinaus unterrichteten alle Pflegeexperten/-innen die Pflgeteams in der Anwendung spezifischer Richtlinien (z.B. Wundversorgung, Delir-Leitlinien, Schmerzmanagement) mit kontinuierlicher Weiterbildung und klinischer Unterstützung.

3. Klinisches und professionelles Leadership

Klinisches und professionelles Leadership – Schlüsselpunkte:

- » Pflegeinstitutionen brauchen klinische Führungspersonen, um die Pflege- und Lebensqualität, die personenzentrierte Pflege und die Sicherheit der Bewohner/-innen zu evaluieren und verbessern. Die Pflegeexperten/-innen sind der Schlüssel, um die Praxisentwicklung voranzutreiben.
- » Die Pflege in Pflegeinstitutionen ist einem ständigen Wandel unterworfen. Pflegeexperten/-innen sind in der Lage, Bereiche zu identifizieren, die Veränderungen oder Innovationen benötigen.

Klinische Leadership Kompetenzen gehörten zu den wesentlichen Kompetenzen, die alle Pflegeexperten/-innen besitzen und die entweder durch Ausbildung oder durch Erfahrung erworben wurden. Da sich das Gesundheitswesen ständig weiterentwickelt, sind die Leadership Kompetenzen der Pflegeexperten/-innen unentbehrlich, um Innovationsprozesse voranzutreiben. Diese Kompetenz erfordert state-of-the-art, klinisches, evidenzbasiertes Wissen mit Schwerpunkt auf zwischenmenschlichen Fähigkeiten, um mit Kollegen/-innen auf verschiedenen Ebenen der Pflegeinstitutionen und ausserhalb in Verbindung treten zu können, um die Veränderung voranzutreiben. Die Leadership Kompetenzen von Pflegeexperten/-innen entwickeln sich als Reaktion auf die sich ändernden Bedürfnisse, Möglichkeiten und Erfahrungen in den Pflegeinstitutionen ständig weiter.

Alle Pflegeexperten/-innen identifizierten den Bedarf an Innovation, Entwicklung, Implementierung und Evaluierung von evidenzbasierten Projekten, einschliesslich der Entwicklung von Konzepten (z.B. end-of-life care) oder Handlungsanweisungen und Richtlinien (z.B. Spitalweisungen, Mangelernährung). Die evidenzbasierten Projekte zielten darauf ab, die Praxis zu verändern, indem auf die Bedürfnisse der Bewohner/-innen eingegangen wird und gleichzeitig sichergestellt wird, dass sie die bestmögliche Pflege erhalten. Alle Pflegeexperten/-innen in den Fallstudien waren für solche Projekte verantwortlich. Alle Pflegeexperten/-innen arbeiteten auch daran, die Pflegqualität zu verbessern. So konzentrierten sich die Pflegeexperten/-innen hauptsächlich auf die Überprüfung

der Bewohnerdokumentation, z.B. ob alle Aspekte der erbrachten Pflege enthalten sind und die Bedarfseinschätzung angemessen widerspiegeln.

Alle Pflegeexperten/-innen leiteten oder beteiligten sich an Fachgruppen, die sich je nach eigenem Fachgebiet mit einem bestimmten Thema wie Palliative Care oder Hygiene beschäftigten. Ziel solcher Fachgruppen war es, Mitglieder aus verschiedenen Teams mit gemeinsamen Interessen zusammenzubringen, um sich zu vernetzen, auszutauschen, fachlich weiterzuentwickeln, ihre Expertise zu stärken und um den Wissenstransfer in die Praxis zu erleichtern. Je nach Thema wurden solche Gruppen auch interprofessionell gebildet, d.h. mit Mitarbeitenden aus einem anderen beruflichen Hintergrund, wie z.B. Physiotherapeuten/-innen, Ergotherapeuten/-innen oder anderen Berufsgruppen.

Darüber hinaus waren einige Pflegeexperten/-innen an der formalen Schulung der Pflgeteams (P1-3, 5-8 und 11, 14) beteiligt, die auf die Anforderungen der einzelnen Pflegeinstitutionen zugeschnitten war (Personalbedarf, Profil der Pflegeinstitution und Überprüfung und Analyse der Qualitätsindikatoren). Regelmässige Schulungen entwickelten das Wissen und die Fähigkeiten der Pflgeteams weiter. Sie hatten entweder einen klinischen Schwerpunkt, d.h. Management chronischer Krankheiten (z.B. Diabetes, Herzinsuffizienz), Psychogeriatric, Geriatric (z.B. Demenz), geriatrische Syndrome (z.B. Delir, Harninkontinenz), Palliative Care und Sterbebegleitung sowie Grundpflege (z.B. Mundpflege) oder sie hatten einen allgemeinen Schwerpunkt (z.B. Kommunikation).

4. Interprofessionelle Zusammenarbeit und Partnerschaft mit Bewohnern/-innen und Angehörigen

Interprofessionelle Zusammenarbeit – Schlüsselpunkte:

- » Alle Kernkompetenzen der Pflegeexperten/-innen wurden in Zusammenarbeit mit anderen Mitgliedern des interprofessionellen Teams ausgeführt
- » Interprofessionelle Zusammenarbeit ist notwendig, um chronisch kranke, ältere Erwachsene in den Pflegeinstitutionen effektiv zu versorgen

Zusammenarbeit mit Pflegeteams

Die Zusammenarbeit mit den Pflegeteams bei der direkten Pflege der Bewohner/-innen ist typisch für alle Pflegeexperten/-innen in den Pflegeinstitutionen. In der Regel wird die Zusammenarbeit von den Mitgliedern der Pflegeteams initiiert, d.h. von diplomierten Pflegefachpersonen, FaGes/FaBes oder Assistenz- und Hilfspersonen. Sie rufen die Pflegeexperten/-innen entweder an oder sprechen sie direkt während der Abteilungsbesuche an, z.B. bei Akut- oder Notfallsituationen. In anderen Fällen identifiziert der Pflegeexperte/die Pflegeexpertin komplexe Situationen anhand der Bewohnerdokumentation (z.B. Bewohner/-in ist in der Nacht gestürzt, unbehandelte Schmerzen) und geht direkt auf die Abteilung, um das Problem zu lösen. Die Rolle der Pflegeexperten/-innen besteht darin, die Teamarbeit zu erleichtern und eine personenzentrierte, qualitativ hochwertige und effiziente Pflege für die Bewohner/-innen zu gewährleisten. In einer End-of-Life-Situation kann der Pflegeexperte/die Pflegeexpertin sein/ihr Fachwissen einsetzen, um Pflegeteams zu unterstützen und die Aufgaben im Pflegeteam zu managen, um die Wünsche der Bewohner/-innen und der Angehörigen zu erfüllen. Sie arbeiten auch in komplexen Situationen in unterschiedlichem Umfang mit dem therapeutischen Personal zusammen.

Zusammenarbeit mit Ärzten/-innen

Alle Pflegeexperten/-innen bauten kollaborative Beziehungen mit Ärzten/-innen auf, die auf Vertrauen, gegenseitigem Respekt und Wissensaustausch basierten, auch wenn dies nicht in allen Situationen gelang. Allerdings waren in allen Pflegeinstitutionen die Pflegefachpersonen auf den Abteilungen die ersten Ansprechpartner/-innen für die Ärzte/-innen. Die Pflegeexperten/-innen wurden hauptsächlich

dann hinzugezogen, wenn die Situation komplex war, wenn ihre Einschätzung benötigt wurde oder wenn die Kommunikation mit dem Arzt/der Ärztin schwierig war. In P₃ und P₈ hatten zwei Pflegeexperten/-innen aufgrund geringer Arbeitszeit (20% bzw. 35%) wenig oder keinen direkten Kontakt zu den Ärzten/-innen.

Die Pflegeinstitutionen mit einem Hausarzt/-ärztin vor Ort (P₂, 4), einem verantwortlichen Arzt/einer verantwortlichen Ärztin (P₁, 9, 10, 11, 12, 13) oder einem Hausarzt/-ärztin mit Büro vor Ort (P₆, 8) arbeiteten strukturiert, indem sie sich z.B. zweimal täglich mit dem Arzt/der Ärztin zum Austausch trafen, basierend auf einer «Triage», d.h. einer Priorisierung der medizinischen Leistungen. In P₄ arbeitete die Pflegeexpertin APN eng mit der Chefärztin zusammen, die sie in ihren täglichen Tätigkeiten coachte und unterstützte, z.B. beim klinischen Assessment, dem Medikamentenmanagement und der Besprechung von medizinischen Verfahren sowie Therapien und Medikation. In Pflegeinstitutionen mit mehreren Hausärzten/-innen (P₃, 5, 7, 14) war die Zusammenarbeit anspruchsvoller. Es gab nur wenige oder keine regelmässigen Besuche und die Kommunikation fand meist per E-Mail oder Telefon statt.

Zusammenarbeit mit Fachärzten/-innen

Die Pflegeinstitutionen arbeiteten oft mit auf Geriatrie spezialisierten Psychiatern/-innen zusammen (P₄, 6, 10, 12) oder Pflegeexperten/-innen initiierten dies, wenn eine Zusammenarbeit noch nicht bestand (P₁, 5, 7). Die wachsende Zahl von Bewohnern/-innen mit Demenz sowie anderen psychischen Störungen am Lebensende, die eine spezialisierte Pflege, Behandlung oder Diagnose benötigten, erforderte eine engere Zusammenarbeit zwischen Pflegeinstitutionen, geriatrischen Psychiatern/-innen, Palliativmedizinern/-innen und Hausärzten/-innen. Spezialisierte Ärzte/-innen beraten Pflegeteams zu herausforderndem Verhalten oder end-of-life Situationen. Für Pflegeinstitutionen ohne Ärzte/-innen vor Ort sind rund um die Uhr verfügbare Palliative Care Dienste sehr wichtig, um Besuche auf dem Notfall zu vermeiden: Wenn der Hausarzt/die Hausärztin nicht erreichbar ist, ermöglichen solche Dienste bessere Lösungen in end-of-life Situationen. Zusätzlich können andere Formen der Zusammenarbeit mit verschiedenen Fachpersonen, die in der Regel nicht an der Versorgung von Pflegeinstitutionen beteiligt sind, initiiert werden, wie es P₅ mit einer engen Zusammenarbeit mit einem Zahnarzt/einer Zahnärztin tat.

Zusammenarbeit mit der Führung

Die Zusammenarbeit mit der Führung in der Pflegeinstitution war für die Pflegeexperten/-innen von zentraler Bedeutung, sei es auf der Ebene der Abteilungsleitung, der Leitung Pflege oder der gesamten Geschäftsleitung. Diese Zusammenarbeit hatte oft schon vor der Einführung der Modelle begonnen, indem Pflegeexperten/-innen und Führung die Aufgaben und Pflichten der Pflegeexperten/-innen gemeinsam entwickelten. Geschieht dies nicht, besteht die Gefahr, dass die Ziele und Aufgaben der Pflegeexperten/-innen nicht erfüllt werden oder die Rolle nicht gut umgesetzt wird. Ist das Modell einmal etabliert, wird die Zusammenarbeit strukturiert eingebettet. In Besprechungen mit den Abteilungsleitungen tauschten sich die Pflegeexperten/-innen über die Situation der Bewohner/-innen und die Bedürfnisse des Personals aus, um zu entscheiden, inwieweit die Unterstützung durch die Pflegeexperten/-innen erforderlich ist. Die Pflegeexperten/-innen trafen sich regelmäßig mit der Leitung Pflege zum Informations- und Ideenaustausch, wodurch ein gemeinsames Verständnis und eine übereinstimmende Vorstellung für die Aufgaben und Ziele der Pflegeinstitutionen aufgebaut und gestärkt wurde. Die Ziele können sich auf die Pflege, die Entwicklung von Schwerpunktabteilungen wie z.B. einer Demenzabteilung, oder Strukturen für die Zusammenarbeit zwischen Pflegeexperten/-innen, Pflgeteams und Ärzten/-innen beziehen. Gemeinsame Ziele könnten z.B. die Entwicklung einer Richtlinie zum Verzicht auf bewegungseinschränkende Massnahmen, Projekte zur Qualitätsverbesserung oder datenbasierte Änderungen im Schmerzmanagement auf Grund von Qualitätsindikatoren sein.

Zusammenarbeit mit Bewohnern/-innen und Angehörigen

Die meisten Pflegeexperten/-innen beschrieben, dass sie in komplexen Situationen direkt mit Bewohnern/-innen und Angehörigen interagierten, z.B. bei der Kommunikation über schwerwiegende Zustandsveränderungen von Bewohnern/-innen und über die Behandlungsplanung. Die Pflgeteams blieben jedoch die erste Anlaufstelle für Bewohner/-innen und Angehörige.

5. Forschungsfertigkeiten

Forschungsfertigkeiten – Schlüsselpunkte:

- » Die Nutzung grundlegender Forschungsfertigkeiten zur Bearbeitung klinischer Probleme variierte unter den Pflegeexperten/-innen

Die grundlegenden Forschungsfertigkeiten liegen in der Fähigkeit, evidenzbasierte Informationen zu suchen, zu finden, zu sammeln, zu analysieren, zu interpretieren und zu bewerten, die für ein vorliegendes klinisches Problem relevant sind, z.B. Mangelernährung oder Stürze. Grundlegende Forschungsfertigkeiten sind wichtig, um evidenzbasierte Projekte zu entwickeln; sie sind jedoch nicht für alle Pflegeexperten/-innen eine Grundvoraussetzung. Der Grad, in dem Pflegeexperten/-innen sich wohlfühlten und in der Lage waren, evidenzbasierte Erkenntnisse aus der Literatur zu verstehen und zu nutzen, variierte erheblich zwischen den einzelnen Pflegeexperten/-innen. Unabhängig davon erfüllten sie den Zweck ihrer Rolle in ihrer Pflegeinstitution und verbesserten insgesamt die Pflegequalität. Auf der anderen Seite war für diejenigen Pflegeexperten/-innen, die ihre Forschungsfertigkeiten nutzten, diese Kompetenz ein integraler Bestandteil ihrer Rolle.

6. Ethische Entscheidungsfindung

Ethische Entscheidungsfindung – Schlüsselpunkte:

- » Die ethische Entscheidungsfindungskompetenz erfordert Fachwissen und Fähigkeiten
- » In den meisten Pflegeinstitutionen ist mindestens ein Pflegeexperte/eine Pflegeexpertin in der vorausschauenden Planung erfahren

Ethische Entscheidungsfindung wird umgesetzt, indem ethische Dilemmata, Konflikte und Probleme frühzeitig erkannt und effektiv angegangen werden. Dazu gehört auch die Fähigkeit, eine vorausschauende Planung zu erstellen, die auf eine angemessene Versorgung am Lebensende hinweist und alle Beteiligten (d.h. Bewohner/-innen, Angehörige, behandelnden Arzt/behandelnde Ärztin und andere Gruppen) soweit möglich einbezieht. Pflegeexperten/-innen wenden ihr Fachwissen in der Alltagspraxis an und bieten den Pflegeteams Unterstützung im Umgang mit ethischen Fragen und Dilemmata. Diese Kompetenz ist stark mit den direkten klinischen Tätigkeiten verbunden, die ihnen hilft, ethische Fragestellungen zu erkennen. In den meisten der befragten Pflegeinstitutionen gab es einen starken institutionellen Fokus für die vorausschauende Planung. Ziel ist es, Wünsche und Erwartungen an die Behandlung und Pflege (z.B. Entscheidung gegen eine Spitalweisung) von Bewohnern/-innen mit Demenz und/oder anderen multiplen chronischen Erkrankungen zu klären und Entscheidungen bezüglich end-of-life care klar zu kommunizieren. Mindestens ein Pflegeexperte/eine Pflegeexpertin in fast allen Pflegeinstitutionen war gut darin geschult, offene Diskussionen mit Bewohnern/-innen, Angehörigen, Ärzten/-innen und Pflegeteams über den Wert medizinischer Interventionen zu initiieren und zu führen, Anordnungen bezüglich Spitalweisung und Reanimation zu klären und Präferenzen am Lebensende auf zugängliche und transparente Weise zu dokumentieren. Darüber hinaus verfügte mindestens ein Pflegeexperte/eine Pflegeexpertin über die Fähigkeiten und das Wissen, um Angehörige bei der Betreuung am Lebensende zu unterstützen.

Die Pflegeexperten/-innen überprüften in fast allen Pflegeinstitutionen den Status bzw. die Wünsche der vorausschauenden Planung, wie von der jeweiligen Einrichtung

festgelegt, z.B. einmal jährlich in stabilen Situationen oder jeweils bei schwerwiegenden Zustandsveränderungen. In einigen Pflegeinstitutionen passte der Pflegeexperte/die Pflegeexpertin die bestehende Dokumentation der vorausschauenden Planung in Zusammenarbeit mit dem Arzt/der Ärztin an (P2, 3, 4, 6, 7, 9, 13, 14) oder macht dem Arzt/der Ärztin zumindest Vorschläge für Anpassungen (P1, 5, 13), die auf den Wünschen der Bewohner/-innen und Angehörigen beruhten und veränderte Pflegeziele aufgriffen.

Die Pflegeexperten/-innen in den Pflegeinstitutionen in der Deutschschweiz (P1-4, 6, 7) und in einer Pflegeinstitution im Tessin (P14) waren stark an der Initiierung und Leitung von Rundtischgesprächen in komplexen Situationen beteiligt und boten den Pflegeteams Unterstützung bei ethischen Fragen und Dilemmata.

Datenbasierte Qualitätsentwicklung

Alle 14 an der Fallstudie teilnehmenden Pflegeinstitutionen arbeiteten mit Bedarfserfassungsinstrumenten (z.B. RAI-NH, PLAISIR oder BESA⁷), die es ihnen ermöglichten, routinemässig erhobene Bewohnerdaten zu nutzen, um Aktivitäten zur Qualitätsentwicklung voranzutreiben und zu überwachen. Qualitätsindikatoren werden mit den Bedarfserfassungsinstrumenten erhoben und zur Beurteilung, Berichterstattung und Überwachung der Qualität der erbrachten Pflege und ihrer Veränderungen im Laufe der Zeit verwendet. Qualitätsindikatoren, die aus den Bedarfserfassungsinstrumenten abgeleitet werden, liefern typischerweise Daten zu den Bewohnerergebnissen (z.B. der Prozentsatz der Bewohner/-innen mit schweren oder mässigen Schmerzen). Die Pflegeinstitutionen werten die Daten intern aus oder erhalten jährliche Berichte von den Kantonen oder von den Anbietern der Bedarfserfassungsinstrumente. Die Ergebnisse dienen entweder:

- » als Grundlage für die Diskussion im Führungsteam und mit denjenigen Personen, die für die Qualitätsverbesserung in der Pflegeinstitution verantwortlich sind, um strategische Entscheidungen über die Pflegequalität zu treffen und Massnahmenpläne weiterzuentwickeln.
- » Sensibilisierung der Mitarbeitenden für die mit Qualitätsindikatoren gemessenen Themen anhand der Ergebnisse. Die Pflegeinstitutionen betonten, dass bei der Präsentation der Ergebnisse zu den Qualitätsindikatoren für die Mitarbeitenden die folgenden Faktoren berücksichtigt werden sollten:
 - Die Ergebnisse sollten in einer klaren und verständlichen Form dargestellt werden, d.h. es sollte eine einfache Sprache zur Beschreibung der Qualitätsindikatoren verwendet werden, damit die Menschen einen grösseren Wert in den Informationen finden.
 - Die Ergebnisse sollten in geeigneter Weise veröffentlicht werden, d.h. den Pflgeteams in Teamsitzungen vorgestellt, per E-Mail verteilt, im Intranet veröffentlicht, auf den Abteilungen ausgehängt werden.

Neben der Arbeit mit Qualitätsindikatoren aus den Bedarfserfassungsinstrumenten führten einige Pflegeinstitutionen Befragungen von Mitarbeitenden, Bewohnern/-innen und Angehörigen durch, um die Zufriedenheit mit der Pflege in der Pflegeinstitution zu messen. Andere arbeiteten mit der jährlichen kantonalen Qualitätsberichterstattung zu breiteren Massnahmen, einschliesslich Struktur- und Prozessindikatoren, oder führten Audits durch, die eine Überprüfung der Dokumentation oder Qualitätsaudits auf den Abteilungen beinhalten können.

Hinderliche und förderliche Faktoren für die Implementierung von pflegegeleiteten Versorgungsmodellen

Basierend auf den Fallstudien fassten wir hinderliche und förderliche Faktoren zusammen, die die Umsetzung der Modelle beeinflussen. Wir strukturierten sie systematisch nach CFIR in fünf Bereiche: (1) Interventionsmerkmale, (2) Eigenschaften der individuellen Akteure, (3) innerer Rahmen, (4) Implementierungsprozess und (5) äusserer Rahmen. Die folgende Beschreibung befasst sich mit den Hauptfaktoren, die die Implementierung des pflegegeleiteten Versorgungsmodells innerhalb vier der fünf CFIR-Domänen beeinflussen. Eine Zusammenfassung aller Faktoren der fünf CFIR-Domänen findet sich in Anhang 2.

Innerhalb des Bereichs der **Interventionsmerkmale** haben wir verschiedene Eigenschaften des Versorgungsmodells identifiziert, die die Implementierung erleichtern können. Erstens ist die Quelle der Intervention wichtig. Wenn der Grund für die Entwicklung des Modells und die Rolle des Pflegeexperten/der Pflegeexpertin darin besteht, auf ein lokales Problem zu reagieren (z.B. zunehmende Komplexität der Bewohner/-innen, Spitaleinweisungen, Skill-Grade-Mix) und der Pflegeexperte/die Pflegeexpertin aus dem Pool des Personals in der Pflegeinstitution rekrutiert wird, hat das Modell bessere Chancen für eine erfolgreiche Implementierung. Ausserdem ist es wichtig, die Kompetenzen des Pflegeexperten/der Pflegeexpertin an die Bedürfnisse der Pflegeinstitution anzupassen und nicht einfach die gleiche Rolle wie in anderen Pflegeinstitutionen zu kopieren/zu spiegeln. Was in einer Pflegeinstitution funktioniert hat, muss nicht unbedingt den Bedürfnissen einer anderen Pflegeinstitution entsprechen.

⁷Swiss version of the Resident Assessment Instrument-Nursing Home (RAI-NH); Planification informatisée des soins infirmiers requis (PLASIR/PLEX); BewohnerInnen-Einstufungs- und Abrechnungssystem (BESA).

Im Bereich der **Eigenschaften der individuellen Akteure** sind positive Einstellungen, Wissen und Überzeugungen wichtig für eine erfolgreiche und nachhaltige Umsetzung der Pflegeexpertenrolle. Wenn die Mitarbeitenden die genauen Kompetenzen der Pflegeexperten/-innen nicht kennen, werden sie sie möglicherweise nicht akzeptieren und nicht mit ihnen zusammenarbeiten wollen. Wenn das Personal jedoch erkennt, dass der Pflegeexperte/die Pflegeexpertin eine Ressource ist und sie als Unterstützung in der täglichen Arbeit betrachtet, wird dies bei der Implementierung helfen. Die persönlichen Eigenschaften der Pflegeexperten/-innen wie Berufserfahrung und Fachwissen in der Geriatrie, Motivation und fortgeschrittene zwischenmenschliche und Führungskompetenzen können die Implementierung erleichtern. Insgesamt kann ein geringes Commitment des Pflegepersonals, z.B. bei einer hohen Personalfuktuation, die Implementierung negativ beeinflussen oder sogar behindern.

Der **innere Rahmen** bezieht sich auf den internen Kontext der Pflegeinstitution. Hier scheint die Organisationskultur der Pflegeinstitution das wesentliche Hindernis bzw. der wesentliche förderliche Faktor für die Implementierung eines pflegegeleiteten Versorgungsmodells zu sein. Zum einen werden hierarchische Strukturen als Hindernis erlebt, z.B. wenn sich der Arzt/die Ärztin gegenüber dem Pflegeexperten/der Pflegeexpertin als überlegen sieht. Zum anderen kann eine fehlende gemeinsame Vorstellung für die zukünftige Entwicklung der Pflegeexpertenrolle die Implementierung behindern. Eine Kultur der offenen Kommunikation zwischen den Mitarbeitenden, in der gegenseitiger Respekt zwischen den Professionen wichtig ist, z.B. bei der Einbindung von Assistenz- und Hilfspersonal oder der Hauswirtschaft, ermöglicht eine bessere Umsetzung von Innovationen, wie pflegegeleitete Versorgungsmodelle. Darüber hinaus werden ausreichend verfügbare Ressourcen benötigt, die für die Entwicklung und Umsetzung der Rolle des Pflegeexperten/der Pflegeexpertin eingesetzt werden, einschliesslich der Zeit, die investiert wird, um die Veränderung mit den Pflgeteams vorzubereiten. Die Verbreitung von Informationen und Wissen über die Rolle des Pflegeexperten/der Pflegeexpertin trägt zu einem besseren Verständnis der Mitarbeitenden und zu einer höheren Akzeptanz bei, indem Teile des Unbekannten beseitigt werden. Wenn es keine oder nicht genügend Informationen über die Rolle des Pflegeexperten/der Pflegeexpertin gibt,

wird das Personal sich wahrscheinlich weniger engagieren. Ein weiteres zentrales Element sind Netzwerke und Kommunikation. Es braucht einen kontinuierlichen Austausch zwischen dem Pflegeexperten/der Pflegeexpertin und ihren Vorgesetzten, um die Umsetzung und ihre Herausforderungen zu besprechen und Unterstützung zu geben, sowie einen professionellen Austausch des Pflegeexperten/der Pflegeexpertin mit anderen Pflegeexperten/-innen. Der fachliche Austausch wird für die berufliche Weiterentwicklung benötigt und bietet die Möglichkeit, voneinander zu lernen, wie sich Pflegequalität verbessern lässt.

Schliesslich ist der **Implementierungsprozess** entscheidend für die erfolgreiche Umsetzung der Pflegeexpertenrolle. Erstens sollten die Führung und vorzugsweise der Pflegeexperte/die Pflegeexpertin vor der Implementierung planen, wie und an wen das neue Versorgungsmodell und die Rolle des Pflegeexperten/der Pflegeexpertin kommuniziert werden soll. Es braucht Klarheit, wie die Rolle in die bestehenden Arbeitsprozesse integriert wird, d.h. zu welchen Zeiten der Pflegeexperte/die Pflegeexpertin die Abteilungen besuchen wird, wie er/sie mit den Ärzten/-innen zusammenarbeiten wird, wer die/der hierarchische Vorgesetzte sein wird, und wo der Pflegeexperte/die Pflegeexpertin im Organigramm positioniert sein wird. Als nächstes ist es in der Planungsphase wichtig, die Beteiligten zu berücksichtigen, d.h. diejenigen, die in ständigem Kontakt mit dem Pflegeexperten/der Pflegeexpertin stehen werden und sich an die neue Rolle gewöhnen müssen. Das wären z.B. Abteilungsleitungen, Pflgeteams und Ärzte/-innen, aber auch diejenigen, die die Umsetzung unterstützen, z.B. die obere Führungsebene. In der Durchführungsphase ist es letztendlich wichtig, die Rolle des Pflegeexperten/der Pflegeexpertin in Bezug auf die Arbeitsbelastung zu überwachen, ob sie die geplanten Kompetenzen und Aufgaben umsetzen kann und gegebenenfalls Anpassungen vorzunehmen.

Studie 3: Einbezug von Stakeholdern

Wir haben aus den Fallstudien und der Evidenz in der Literatur gelernt, dass ein wichtiger förderlicher Faktor für die Implementierung einer neuen Pflegerolle eine klare Definition der benötigten Kompetenzen ist [57]. Solche Definitionen bieten eine Grundlage für die Überwachung und Bewertung der Effektivität der Rolle und des Beitrags zur Reduzierung ungeplanter Spitaleinweisungen [57]. Daher haben wir mit dem Input der wichtigsten Stakeholder zusammengearbeitet, um die relevanten Kompetenzen unter Berücksichtigung des lokalen Kontexts zu entwickeln und zu definieren. Die Methode für eine strukturierte Bewertung und Diskussion mit den Stakeholdern über Kompetenzen und erwartete Ergebnisse von Pflegeexperten/-innen in erweiterten Rollen in Pflegeinstitutionen ist in Textbox 4 beschrieben. Wir beschreiben vier zentrale Erkenntnisse aus den Diskussionen mit den Stakeholdern.

Berufliche Grenzen

Das Interesse an einer Ausweitung der Rolle der Pflegefachperson als Ersatz für den Arzt/die Ärztin in der Primärversorgung wächst. Die Stakeholder betonten jedoch, dass diese mehr Nurse Practitioner (NP) orientierte Rolle nicht der Schwerpunkt für die Rolle der INTERCARE Pflegenden sein sollte. Erstens sind die Ausbildung der zukünftigen INTERCARE Pflegenden und das Gebiet, in dem sie sich spezialisiert, nicht homogen. Zweitens erfordert die Substitution der ärztlichen Aufgaben, z.B. die Durchführung des klinischen Assessments, die Diagnosestellung oder Verschreibung von Medikamenten eine weitere fachliche Ausbildung auf Masterniveau (z.B. mit 900 Stunden ärztlicher Supervision) und eine gesetzliche Ermächtigung, um entsprechend abrechnen zu können. Unter den aktuellen Umständen werden jedoch nur wenige INTERCARE Pflegenden einen Masterabschluss haben. Somit sollte die Rolle der INTERCARE Pflegenden eher Aspekte der international als Clinical Nurse Specialists (CNS) bekannten Rolle umfassen, die sich auf das Coaching von Pflegenden in komplexen Situationen mit dem Ziel der Befähigung konzentrieren; die Förderung und Verbesserung der Pflegequalität durch die Unterstützung evidenzbasierter Tätigkeiten; und die Ermöglichung von Systemveränderungen durch klinisches Leadership (wobei auch hier der Grad der Umsetzung dieser Rolle vom Ausbildungshintergrund abhängen wird). Die Diskussion spiegelte die Unterschiede zwischen der Deutschschweiz und der Romandie wider. Im französischsprachigen Kanton Waadt wurde das Gesetz angepasst und

Die RAND/UCLA-Methode, eine modifizierte Delphi-Methode, wurde iterativ mit Stakeholdern eingesetzt, um die für Pflegeexperten/-innen relevanten Kompetenzen und Ergebnisse zu definieren [33, 58].

Basierend auf der Literaturrecherche (Studie 1) und den Fallstudien (Studie 2) wurden Kompetenzen und Ergebnisse von Pflegeexperten/-innen APN aus internationaler und von Pflegeexperten/-innen aus Schweizer Perspektive zu pflegegeleiteten Versorgungsmodellen extrahiert und in eine strukturierte Fragebogenerhebung integriert.

Eine Gruppe von nationalen Stakeholdern (Personen, die direkt oder indirekt in einem Schweizer Gesundheitssektor für ältere Erwachsene involviert sind, z.B. als Leistungserbringer, Kostenträger), z.B. ein Delegierter einer Versicherungsgesellschaft, Berufsgruppe oder ein/e politische Entscheidungsträger/in) bewertete die Relevanz jeder der Kompetenzen und Ergebnisse in einer strukturierten Fragebogenerhebung in zwei Runden. Die Stakeholder bewerteten ihre Relevanz für Pflegeexperten/-innen in Schweizer Pflegeinstitutionen, ohne Berücksichtigung des aktuellen Gesundheitsrechts oder der Finanzierungsmodelle [33]. Zusätzlich konnten die Stakeholder Vorschläge zur Modifikation oder Ergänzung von Items machen. Detaillierte Ergebnisse können in Basinska et al. [59] nachgelesen werden.

Textbox 4. Die RAND/UCLA-Methode

dieses gibt Pflegefachpersonen mit einem Master-Abschluss das Recht, nach Abschluss der entsprechenden Ausbildung Medikamente zu verschreiben [60]. In der Deutschschweiz ist dies noch nicht der Fall.

Kernkompetenzen

Dementsprechend bewerteten die Stakeholder die folgenden Kompetenzen als Kernkompetenzen der INTERCARE Pflegenden: 1) Coaching der Pflgeteams; 2) Unterstützung und Befähigung des Pflgeteams; 3) klinische Tätigkeit, die die regelmässige Arbeit auf den Abteilungen in komplexen Situationen umfasst; 4) Identifizierung von Wissenslücken in den Pflgeteams und entsprechende Planung von Aktivitäten; 5) Durchführung von Analysen ungeplanter Spitaleinweisungen mit den Pflgeteams.

Studie 4: Einbezug von Bewohnern/-innen und Angehörigen

Professionelle Akzeptanz

Die Stakeholder sprachen über Hindernisse für die Implementierung der Rolle der INTERCARE Pflegenden. Sie betonten vor allem, dass die Akzeptanz der neuen Rolle durch die diplomierten Pflegefachpersonen selbst in Frage gestellt werden könnte. Insbesondere braucht es Sorgfalt bei der Definition der spezifischen Kompetenzen, damit die Rolle der regulären diplomierten Pflegefachperson nicht eingeschränkt wird. Darüber hinaus werden ein klarer Praxisumfang und die Festlegung von Berufsgrenzen den Implementierungsprozess erleichtern, die Akzeptanz erhöhen und zur Nachhaltigkeit der Rolle beitragen.

Diversität der Settings

Genauso wie Modelle nicht von einem Land auf ein anderes übertragen werden können, wiesen die Stakeholder darauf hin, dass die neue Rolle nicht direkt von einer Pflegeinstitution auf eine andere «mit Copy-Paste» übertragen werden könnte. Es gibt keine Grösse, die für alle passt. Daher muss jede Pflegeinstitution den Inhalt der Rolle weiter definieren und ihn auf Grund ihrer Strukturen, Prozesse und Ressourcen kontinuierlich anpassen. Eine solche Rolle muss als Antwort auf den lokalen Kontext mit den jeweils spezifischen Bedürfnissen der Bewohner/-innen gestaltet werden, damit die Rolle nachhaltig ist.

Als weiteren Teil unserer Kontextanalyse führten wir Fokusgruppeninterviews mit Bewohnern/-innen und Angehörigen in drei der Pflegeinstitutionen durch, die auch an den Fallstudien teilnahmen (siehe Textbox 5 für eine Beschreibung der Methodik). Ziel war es, zu erforschen, wie Bewohner/-innen und Angehörige akute Situationen erleben. Da die qualitative Analyse der Fokusgruppeninterviews zeitgleich mit der Implementierung des INTERCARE-Modells in den elf Pflegeinstitutionen durchgeführt wurde, konnten die Ergebnisse nicht in die Entwicklung des Modells einfließen. Die Erkenntnisse aus den Fokusgruppeninterviews flossen jedoch in die Gespräche mit den elf Pflegeinstitutionen ein, während wir das Modell noch auf den jeweiligen lokalen Kontext abstimmten. Im Folgenden werden die wichtigsten Erkenntnisse aus den Fokusgruppeninterviews vorgestellt. Detaillierte Ergebnisse aus den Fokusgruppeninterviews finden Sie in dem veröffentlichten Artikel von Basinska, et al. [61].

Erfahrungen im Pflegealltag

Alle Teilnehmenden teilten ähnliche tägliche Erfahrungen, in denen sie die Pflegeinstitutionen als ein gut organisiertes System beschrieben, das mit einer festgelegten Routine und mit begrenzten Ressourcen, z.B. begrenztem Pflegepersonal, gut funktionierte. Die Teilnehmenden nahmen die begrenzten Ressourcen in erster Linie als einen Mangel an Personal wahr, insbesondere an diplomierten Pflegefachpersonen mit geriatrischem Fachwissen und Zeit, um Aufgaben und Verantwortlichkeiten auf ihrer Ebene zu erfüllen. Darüber hinaus erlebten einige Bewohner/-innen und Angehörige einen eingeschränkten Zugang zu geriatrischem Fachwissen von Ärzten/-innen, die in der Regel nicht vor Ort verfügbar waren. Dies stellte eine Herausforderung dar, weil die Vereinbarung eines persönlichen Kontakts mit Ärzten/-innen zur Besprechung der medizinischen Behandlung von der Verfügbarkeit und Anwesenheit von Ärzten/-innen abhängig war.

Akute Situationen

Bei der Entwicklung der Studie stellten wir uns vor, dass die Teilnehmenden uns von akuten Situationen berichten würden, die sich auf Veränderungen ihres Gesundheitszustands mit entsprechendem Bedarf nach medizinischer Hilfe beziehen (d.h. medizinische und somatische Probleme wie Schmerzen, Unterzuckerung, Lungenentzündung mit Überlegungen zur Verlegung ins Spital). Die Bewohner/-innen und Angehörigen nahmen jedoch meist Situationen

als akut wahr, die sich auf Grundbedürfnisse (z.B. Toiletengang oder Hunger) und die Aufrechterhaltung einer guten Lebensqualität der Bewohner/-innen bezogen. Die Lebensqualität drückt sich im Einbezug der persönlichen Vorlieben in den Pflegealltag aus (z.B. spazieren gehen, in der Cafeteria einen Kaffee trinken, Lieblingsessen).

Wünsche

Angehörige und Bewohner/-innen würden mehr pflegerische Unterstützung und Anleitung bei der täglichen Pflege und bei Spitaleinweisungen begrüßen. Eine mögliche Lösung wäre, Bewohner/-innen und Angehörige in die vorausschauende Planung und eine gemeinsame Pflegeplanung einzubeziehen. Dies würde die Angehörigen vor schwierigen, medizinischen Ad-hoc-Entscheidungen bewahren. Um die akute Situation in Bezug auf die Grundbedürfnisse zu vermeiden und eine gute Lebensqualität zu gewährleisten, ist ausserdem eine bessere Beziehung zwischen dem Personal, den Bewohnern/-innen und den Angehörigen erforderlich. Die Biographiearbeit könnte als Ausgangspunkt dienen, um die Erwartungen, Ressourcen und Wünsche der Beteiligten in Bezug auf die grundlegenden Lebens- und Pflegebedürfnisse und die Hoffnungen in Bezug auf die persönlichen Beziehungen kennen zu lernen. Schliesslich würde eine für den Bewohner/die Bewohnerin verantwortliche Bezugsperson die Kontinuität in der Kommunikation und Betreuung gewährleisten. Pflegeexperten/-innen mit bestimmten Ausbildungsstandards und klinischen Kompetenzen könnten nach Meinung der Befragten das Pflegepersonal im Pflegealltag unterstützen.

In **Fokusgruppeninterviews** wurden die Werte und Präferenzen von Bewohnern/-innen und Angehörigen bezüglich der Pflege in Akutsituationen erhoben. Sieben Bewohner/-innen und elf Angehörige in drei Pflegeinstitutionen (zwei in der Deutschschweiz und eine in der Romandie), die mit Pflegeexperten/-innen arbeiten, nahmen teil. Die Interviews wurden aufgezeichnet, in der jeweiligen Muttersprache (2 deutsch, 1 französisch) transkribiert und mittels reflexiver thematischer Analyse nach Braun and Clarke [62] ausgewertet.

Textbox 5. Fokusgruppeninterviews mit Bewohnern/-innen und Angehörigen

Kapitel 5 – Diskussion

Dieser nationale Bericht der vierjährigen (2017-2020) vom SNF geförderten Studie «Improving **INTER**professional **CARE** for better resident outcomes – **INTERCARE**» beschreibt die erste Phase des Projekts. INTERCARE besteht aus der Entwicklung eines neuen pflegegeleiteten Versorgungsmodells für den Schweizer Kontext unter Verwendung der Implementationsforschung als übergreifende Methodik. Die umfangreiche Analyse des Schweizer Kontextes hat die Bedürfnisse und verfügbaren Ressourcen in Schweizer Pflegeinstitutionen aufgezeigt und daraus die Entwicklung des INTERCARE-Modells ermöglicht.

Bedarf an innovativen Lösungen für Pflegeinstitutionen

Da die Bewohner/-innen in stets späterem Lebensalter in eine Pflegeinstitution einziehen, oft mit fortgeschrittenen Stadien chronischer Erkrankungen mit funktionellen oder kognitiven Einschränkungen, steigt die Komplexität der Pflege. Eine umfassende Betreuung unter Einbezug der Angehörigen ist erforderlich. Zunehmend bemühen sich Pflegeinstitutionen, die notwendige Infrastruktur für die Versorgung von Bewohnern/-innen mit komplexen medizinischen Situationen in einem nicht-akutem Rahmen bereitzustellen [63, 64]. Insgesamt verändert sich der Grad-Mix in Schweizer Pflegeinstitutionen mit einer Zunahme von FaGes/FaBes auf Kosten von diplomierten Pflegefachpersonen [2, 65]. Im Jahr 2018 waren nur 24% (private Pflegeinstitutionen) bzw. 29% (öffentliche Pflegeinstitutionen) des Pflegepersonals diplomierte Pflegefachpersonen. Pflegeinstitutionen haben Schwierigkeiten, qualifiziertes Pflegepersonal mit geriatrischer Expertise zu rekrutieren, da sie nicht unbedingt als attraktives Arbeitsumfeld gesehen werden. Ausserdem sind die in Pflegeinstitutionen arbeitenden diplomierten Pflegefachpersonen oft mit medizinischen und administrativen Aufgaben beschäftigt. Darüber hinaus deckt die Zahl der Hausärzte/-innen nicht den aktuellen Bedarf, obwohl ihre Zahl zunimmt. In der Schweiz behandeln insgesamt 77% der Hausärzte/-innen Bewohner/-innen in Pflegeinstitutionen [8]. Dies bedeutet, dass Pflegeinstitutionen oft mit mehreren Hausärzten/-innen arbeiten, die jedoch jeweils nur wenige Bewohner/-innen behandeln. Dies hat Auswirkungen auf die Kontinuität der Versorgung, die interprofessionelle Zusammenarbeit

und Kommunikation sowie die Verfügbarkeit von Hausärzten/-innen für Besuche vor Ort. Der Mangel an geriatrischem Fachwissen vor Ort kann zu einer Verzögerung bei der umfassenden Erkennung, Handhabung und Behandlung komplexer Bewohnersituationen führen. Der Mangel an geriatrischem Fachwissen in Pflegeinstitutionen, sowohl national als auch international, verlangt nach innovativen Lösungsansätzen. Die Lösungsansätze sind zahlreich, z.B. integrierte Versorgungsmodelle mit externen Case Managern/-innen, Telemedizin, mobile Hausärzte/-innen oder mobile gemischte Teams, oder pflegegeleitete Versorgungsmodelle mit Pflegeexperten/-innen APN.

In England hat der NHS (National Health Services) z.B. ein nationales Programm zur Entwicklung neuer integrierter Versorgungsmodelle gestartet. Sechs davon wurden für Pflegeinstitutionen mit dem Ziel entwickelt, den Bedarf an Akutversorgung zu reduzieren und das Personal durch Schulung und Weiterbildung zu befähigen [66, 67]. Ein innovativer Aspekt dieses Programms ist die Zusammenarbeit von Pflegeinstitutionen mit einer engagierten Hausarztpraxis, die mit gemischten Teams aus Grundversorgern, Therapeuten/-innen, freiwillig engagierten Pflegepersonen und anderen Fachkräften zusammenarbeitet. Die gemischten Teams bieten einen flexiblen, effizienten und rasch reagierenden Service, der auf die Bedürfnisse der Bewohner/-innen und ihrer Angehörigen eingeht. Ein anderes Versorgungsmodell beinhaltet ein externes «schnelles» Unterstützungsteam, das den Pflegeinstitutionen innerhalb von 60 Minuten Beistand bietet. Eine andere Lösung, die in England weit verbreitet ist und sich in Deutschland abzeichnet [68], aber in der Schweiz noch relativ neu ist, besteht im Einsatz von Technologie wie z.B. Videosprechstunden. Dies ermöglicht eine zeitnahe Reaktion für Pflegeinstitutionen, die Unterstützung benötigen, und zeigt vielversprechende Ergebnisse mit einer Reduzierung von Arztbesuchen um 50 % [69]. Darüber hinaus erweisen sich während saisonaler Virusepidemien und der jüngsten COVID-19-Pandemie Fern-Assessments und telefonische Unterstützung als wichtige Lösung für Pflegeinstitutionen, um die virale Ausbreitung zu begrenzen, aber auch um Zugang zu Unterstützung zu bewahren und Verlegungen in das Akutspital zu begrenzen, wann immer dies möglich ist. Ein weiteres Beispiel für moderne Kommunikation, welches in der Schweiz bereits im Bereich der

⁸Parahelp bietet schweizweit ambulante Pflegeberatung für Menschen mit angeborenen oder erworbenen traumatischen oder krankheitsbedingten Querschnittslähmungen sowie für Menschen mit Spina bifida und ALS (Amyotrophe Lateralsklerose) an.

Das INTERCARE-Modell

Primärversorgung implementiert ist, sind Hotlines mit Experten/-innen (z.B. Parahelp⁸); sie könnten von den Pflegeinstitutionen übernommen werden, um dem Personal bei Unsicherheiten Fernzugriff auf geriatrische Expertise zu bieten. Weitere innovative Lösungen in der Schweiz sind mobile Hausarztteams [70] und spezialisierte Palliativversorgungsteams [71]. Bislang gibt es in elf Schweizer Kantonen mobile Hausarztteams, um der Überlastung mit Notfalleintritten und der sinkenden Zahl von Hausärzten/-innen entgegenzuwirken. Solche Teams bestehen aus erfahrenen Ärzten/-innen verschiedener Fachrichtungen, die Behandlungen in den Pflegeinstitutionen durchführen [70]. Zu den spezialisierten Palliativversorgungsteams gehören ein Hausarzt/eine Hausärztin und eine Pflegefachperson als Kernteam, und bei Bedarf werden Seelsorge, soziale und psychologische Dienste und anderes therapeutisches Personal eingebunden, um die Bedürfnisse der Bewohner/-innen und ihrer Angehörigen zu erfüllen. Die Mitarbeitenden der Pflegeinstitutionen können die spezialisierten Palliativversorgungsteams, die rund um die Uhr persönliche Beratung und einen Ansprechpartner anbieten, für Bewohner/-innen in komplexen Situationen direkt einbeziehen.

Die Implementierung von interprofessionellen Teams mit Pflegeexperten/-innen APN ist eine weitere innovative Lösung, die in den USA, Grossbritannien, Australien, Schweden und den Niederlanden gut etabliert ist und auch in der Schweiz neu aufkommt [21]. Ein Beispiel sind Hausarztpraxen, die Pflegeexperten/-innen APN in ihr Team aufnehmen; in der Schweiz gibt es etwa 12 Hausarztpraxen mit Pflegeexperten/-innen APN, die auch Pflegeinstitutionen besuchen [72]. Eine derzeit weniger verbreitete, alternative Lösung ist ein pflegegeleitetes Versorgungsmodell mit Pflegeexperten/-innen APN, die von den Pflegeinstitutionen eingestellt werden, wie in zwei unserer Fallstudien dargestellt.

Das INTERCARE-Modell bietet eine potenzielle Lösung für die verschiedenen oben genannten Probleme, ist aber eine kontextuell angepasste Lösung, die auf den verfügbaren Ressourcen in Schweizer Pflegeinstitutionen basiert, mit dem Ziel, das Schweizer Gesundheitssystem weiter zu entwickeln. Pflegegeleitete Versorgungsmodelle unter der Leitung von Pflegeexperten/-innen APN wären eine grosse Bereicherung für die Schweizer Pflegeinstitutionen. Allerdings ist dies derzeit noch keine umsetzbare Möglichkeit, wenn man bedenkt, dass nur wenige Pflegeexperten/-innen APN an einer Tätigkeit in der Langzeitpflege interessiert sind. Ausserdem hat die Schweiz nur begrenzte Erfahrung mit Pflegeexperten/-innen APN, da das erste diesbezügliche Programm im Jahr 2000 startete [73]. Bis zum Jahr 2015 hatten nur 328 Pflegeexperten/-innen APN graduiert, und die meisten von ihnen sind in der Akutpflege tätig [73]. Aus diesem Grund wurde INTERCARE auf die verfügbaren Ressourcen zugeschnitten; es sollte auf diplomierten Pflegefachpersonen statt auf Pflegeexperten/-innen APN aufbauen und mit motivierten Pflegeinstitutionen und vor allem mit Pflegefachpersonen arbeiten, die daran interessiert waren, ihr Fachwissen und ihre klinische Leadershiprolle weiterzuentwickeln, ohne notwendigerweise ein Masterprogramm zu absolvieren.

Ähnlich wie bei den Modellen, die mit Pflegeexperten/-innen APN arbeiten, ist der Kern des INTERCARE-Modells das **interprofessionelle Behandlungsteam** mit der INTERCARE Pflegenden, einer diplomierten Pflegefachperson in einer erweiterten Rolle. Im Gegensatz zu Modellen in anderen Ländern wird die INTERCARE Pflegenden von der Pflegeinstitution angestellt. Dies trägt dazu bei, dass die geriatrische Expertise innerhalb der Pflegeinstitution bleibt, anstatt dass Experten/-innen in der Pflegeinstitution ein- und ausgehen, ohne dass dies Auswirkungen auf die Praxis hat oder den Pflegenden hilft, ihr eigenes Wissen zu erweitern. Wie in den Fallstudien gezeigt wurde, ist es am besten, Kandidaten/-innen für diese Rolle intern zu rekrutieren, um den diplomierten Pflegefachpersonen eine Karriereleiter zu bieten und ihnen zu helfen, ihren Tätigkeitsbereich zu erweitern. Obwohl die Idee, jemanden mit geriatrischem Fachwissen in einer klinischen Leadershiprolle innerhalb der Pflegeinstitution zu haben, für INTERCARE von zentraler Bedeutung ist, haben wir aus den Fallstudien gelernt, dass die Inhalte dieses Fachwissens variieren und an den Auftrag und die Strategien der einzelnen

Pflegeinstitution angepasst werden können. Im Gegensatz zu den Pflegeexperten/-innen in einigen Fallstudien betonen wir jedoch, wie wichtig es ist, dass die INTERCARE Pflegenden nahe mit den Teams zusammenarbeitet, regelmässig die Abteilungen besucht und als Vorbild in den direkten Kontakten mit den Bewohnern/-innen eingebunden ist, z.B. bei der Durchführung eines Assessments oder der Leitung eines Gesprächs. Wie von den Pflegeexperten/-innen beschrieben, helfen diese täglichen Kontakte dabei, zu erkennen, wo Coaching oder formelles Training notwendig ist, um die Pflegeteams bei der Prävention und Behandlung zu unterstützen.

Die **INTERCARE Pflegenden** konzentriert sich auf die Befähigung und Unterstützung des Personals und auf die Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit mit den Hausärzten/-innen. Mit dem **multidimensionalen geriatrischen Assessment** als einem der Kernelemente betonen wir die Tatsache, dass es sich bei den Bewohnern/-innen von Pflegeinstitutionen um ältere Menschen handelt, die eine interprofessionelle Pflege benötigen; die interprofessionelle Zusammenarbeit ist ein Kernmerkmal des CGA (Comprehensive Geriatric Assessment); alle Fachpersonen sind darauf angewiesen, die Pflegeziele des Bewohners/der Bewohnerin gemeinsam zu erreichen. Um interprofessionell arbeiten zu können, muss die INTERCARE Pflegenden die Konzepte und die Terminologie der geriatrischen Pflege lernen. Einerseits hilft das Verständnis der geriatrischen Konzepte der INTERCARE Pflegenden, die Probleme gut zu beschreiben und die Hausärzte/-innen über die Wünsche der Bewohner/-innen und der Angehörigen zu informieren. Andererseits fördert das Verständnis und die Verwendung der geriatrischen Terminologie die effektive Kommunikation mit den Hausärzten/-innen. Da die meisten Pflegeinstitutionen in der Schweiz mit mehreren Hausärzten/-innen zusammenarbeiten und nur wenige einen Hausarzt/eine Hausärztin vor Ort haben, sind geriatrisches Wissen und Fachkenntnisse sowie Erfahrung in der Langzeitpflege der Schlüssel zum Aufbau nachhaltiger Beziehungen zu verschiedenen Ärzten/-innen. Wie wir aus den Fallstudien gelernt haben, wollen Ärzte/-innen eine/n Ansprechpartner/in, auf den/die sie sich verlassen und dem/der sie vertrauen können, da ihre medizinische Entscheidungsfindung von einer ausführlichen Beschreibung der Situation des Bewohners/der Bewohnerin abhängt. Im Idealfall gibt es, wie wir in

mehreren Fallstudien gesehen haben, einen Hausarzt/eine Hausärztin, der/die den Pflegeexperten/die Pflegeexpertin schulen kann. Dies ist jedoch in vielen Pflegeinstitutionen nicht gegeben. Dementsprechend kann das Ausmass, in dem CGA oder klinisches Assessment angewandt wird, und die Bedeutung, die ihm für die Rolle der INTERCARE Pflegenden beigemessen wird, variieren. Da die INTERCARE Pflegenden sehr unterschiedliche berufliche Hintergründe haben, unterstützen wir sie darin, in ihren beruflichen Tätigkeiten nur so weit zu gehen, wie es ihrer Ausbildung entspricht. Das Vertrauen bei der interprofessionellen Zusammenarbeit beruht auf der Selbsteinschätzung der einzelnen Fachkräfte in Bezug auf ihre professionellen Grenzen und der Fähigkeit, diese zu kommunizieren.

Alle Pflegeinstitutionen in den Fallstudien verwendeten irgendeine Form von **vorausschauender Planung**. Sie betonten die Wichtigkeit der Gespräche mit den Bewohnern/-innen und Angehörigen über ihre Bedürfnisse und Wünsche und die interprofessionelle Orientierung auf eine personenzentrierte Pflege- und Behandlungsplanung. Die vorausschauende Planung hat in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen und wird vom Bundesamt für Gesundheit unterstützt [74], da sie eine bessere Einschätzung der Werte und Behandlungspräferenzen der Bewohner/-innen ermöglicht. Obwohl es Hinweise darauf gibt, dass vorausschauende Planung die Kommunikation, die Zufriedenheit der Angehörigen und des Personals verbessert sowie die Belastung des Personals reduziert [37], bleibt die Integration in die Routineversorgung für Pflegeinstitutionen eine Herausforderung [75, 76]. Dies ist unter anderem auf fehlende zeitliche und personelle Ressourcen zurückzuführen. Dementsprechend sind die Anforderungen, die wir in INTERCARE formuliert haben, minimal und spiegeln nicht den Beratungsprozess wider, den eine vorausschauende Planung normalerweise beinhaltet. Wie wir jedoch in den Fallstudien festgestellt haben, werden selbst solche Minimalgespräche über den Reanimationsstatus und Wünsche bezüglich Spitaleinweisungen oft nicht geführt und wären ein erster Schritt. Wir sind zuversichtlich, dass positive Erfahrungen die Pflegeinstitutionen dazu bewegen werden, die Vorteile von vorausschauender Planung weiter zu erforschen. Die in den Pflegeinstitutionen arbeitenden Fachpersonen haben eine vertrauensvolle Beziehung zu ihren Bewohnern/-innen aufgebaut. Daher sind die Fachpersonen der Pflegeinstitutionen in der besten

Position, vorausschauende Planungsgespräche zu führen, wenn sie entsprechend geschult sind.

Das Kernelement **evidenzbasierte Instrumente** fördert mehrere Instrumente (STOP&WATCH, ISBAR, Reflexionsinstrument) zur Unterstützung der Erkennung von Zustandsveränderungen bei den Bewohnern/-innen, deren Kommunikation und Reflexion innerhalb des Pflegeteams und mit den Ärzten/-innen, um Akutverlegungen zu reduzieren. Dies ist ein Kernelement, das in der Literatur als wichtiger Bestandteil in pflegegeleiteten Versorgungsmodellen vorkommt. Keine der von uns besuchten Fallstudien arbeitete strukturiert mit diesen Instrumenten, obwohl einige von ihnen mit ISBAR vertraut waren. Ein wesentlicher Unterschied des INTERCARE-Modells im Vergleich zu den Fallstudien besteht darin, dass wir das Modell im Hinblick auf die Reduzierung ungeplanter Spitaleinweisungen entwickelt haben, während die Fallstudien sich auf die Verbesserung der gesamten Pflegequalität konzentrierten. Um das neue Modell zu evaluieren, musste ein messbares klinisches Ergebnis gewählt werden. Ungeplante Spitaleinweisungen beeinträchtigen nicht nur die Lebensqualität der Bewohner/-innen, sondern können aufgrund des höheren Risikos für iatrogene Komplikationen auch Schaden anrichten, und es wurde wiederholt gezeigt, dass sie durch pflegegeleitete Versorgungsmodelle reduziert werden können. Den besten Erfolg zeigte ein in den USA eingesetztes Modell namens INTERACT, das mit den drei Instrumenten arbeitete, die wir übersetzt, lokal angepasst und in INTERCARE eingesetzt haben.

Wir waren beeindruckt, wie gründlich die **datenbasierte Qualitätsentwicklung** in den Pflegeinstitutionen, die an den Fallstudien teilnahmen, eingebettet war. Die Überzeugung, ein Versorgungsmodell mit Pflegeexperten/-innen zu implementieren, mag stark mit der Gesamtidee verbunden sein, wie man an Qualität arbeiten und sie verbessern kann. Das Sammeln von Daten reicht jedoch nicht aus; sie müssen analysiert, verstanden und diskutiert werden, um die Pflegequalität verbessern zu können. Die Resultate dieser Diskussion werden benötigt um zu entscheiden, wo die Energie und die Bemühungen der Pflegeexperten/-innen am besten eingesetzt werden, nicht zuletzt, um die zusätzliche Position und damit verbundenen Kosten mit sichtbaren Ergebnissen gegenüber einer manchmal kritischen Geschäftsleitung zu verteidigen, jenseits der

anekdotischen Evidenz ihrer Wirkung. Im INTERCARE-Modell konzentrierten wir uns auf die Messung von Schlüsselthemen unserer Studie (Spitaleinweisungen, Qualitätsindikatoren, vorausschauende Planung, Mitarbeiterbefragungen), regten aber natürlich auch andere Datenquellen an, wie sie in den Fallstudien zu sehen sind, z.B. Befragungen von Bewohnern/-innen und Angehörigen.

Neue Rollen für diplomierte Pflegefachpersonen

Die klinische Führungsposition der INTERCARE Pflegenden bietet eine Karriereleiter für Pflegefachpersonen in Pflegeinstitutionen, um ihre beruflichen Fähigkeiten weiter zu entwickeln. Als solches hat das INTERCARE-Modell das Potenzial, die Attraktivität der stationären Langzeitpflege für diplomierte Pflegefachpersonen zu erhöhen, indem es ihnen die Möglichkeit gibt, ihre Rolle und ihren Tätigkeitsbereich zu erweitern, wobei sie in der klinischen Schiene bleiben und nicht in eine Leitungsposition wechseln müssen.

Wir hoffen, dass sowohl die Rolle der INTERCARE Pflegenden (oder anderer diplomierter Pflegefachpersonen in erweiterten Rollen) als auch die der Pflegeexperten/-innen APN in den Pflegeinstitutionen an Bedeutung gewinnen werden. Wir schlagen vor, beide Rollen weiterzuentwickeln, die Rollen hochqualifizierter Pflegefachpersonen, wie die der INTERCARE Pflegenden, zu konsolidieren und kontinuierlich in die Gewinnung von Pflegeexperten/-innen APN für die Pflegeinstitutionen zu investieren. Wir würden die Pflegeinstitutionen nicht darauf beschränken, entweder Pflegeexperten/-innen APN oder diplomierte Pflegefachpersonen in erweiterten Rollen zu haben, sondern sehen die Möglichkeit einer Vielzahl von Kombinationen. Im OPTIMISTIC-Modell in den USA arbeiten z.B. Nurse Practitioners mit diplomierten Pflegefachpersonen in erweiterten Rollen zusammen, jede mit ihren spezifischen Kompetenzen, mit den Nurse Practitioners in einer eher überwachenden Rolle als rechte Hand der Hausärzte/-innen [77]. Die INTERCARE Pflegenden sind in einer hervorragenden Position, um die Pflegeteams zu unterstützen und zu befähigen. Während Pflegeexperten/-innen APN in einer Nurse Practitioner-Rolle die medizinische Versorgung der Bewohner/-innen verbessern und dem zunehmenden Mangel an Hausärzten/-innen entgegenwirken

können, bringen Clinical Nurse Specialists breitere Fähigkeiten in der Praxisentwicklung und Qualitätsverbesserung sowie klinische Expertise mit. Wir sind sicher, dass alle Rollen eine Zukunft in Pflegeinstitutionen haben, um die beste Versorgung für Bewohner/-innen und ihre Angehörigen zu bieten. Jede Pflegeinstitution muss ihre eigenen Möglichkeiten und Bedürfnisse bewerten, um eine Kombination der Rollen zu planen, die am besten zu ihrem Kontext passt.

Implementierungsforschung

Die Entwicklung des INTERCARE-Modells wurde durch die Implementierungsforschung vorangetrieben. Dies ermöglicht die Entwicklung innovativer Lösungen, die für die reale Welt relevant sind und erfolgreich umgesetzt werden können. Wichtige Methoden in der Phase der Exploration sind eine Kontextanalyse, ein theoriegeleiteter Ansatz und der Einbezug von Stakeholdern [24].

Selbst mit der bestehenden Evidenzbasis in der Literatur zu neuen Versorgungsmodellen, der Erhöhung der Pflegequalität in Pflegeinstitutionen und der Reduzierung ungeplanter Spitaleinweisungen ist es unmöglich, neue Modelle in einem anderen Kontext ohne eine angemessene Kontextanalyse zu implementieren. Eine fehlende Analyse des Kontextes, in dem die Implementierung stattfinden soll, hat negative Auswirkungen, da fehlende Kenntnisse zu Bedingungen und Ressourcen sowie zu vorhandenen hinderlichen und förderlichen Faktoren oder Präferenzen der Bewohner/-innen verhindert, dass diese entsprechend berücksichtigt werden können. Andererseits hängt eine erfolgreiche Implementierung auch stark von den lokalen Erwartungen, Bedürfnissen und Ressourcen der Pflegeinstitutionen ab, die das Modell umsetzen wollen. Um die Implementierung begleiten zu können, haben wir in einem ersten Schritt Kernelemente des Modells definiert, die helfen, das Ziel der Stärkung der geriatrischen Expertise und der Verbesserung der Pflegequalität erfolgreich zu erreichen. In einem zweiten Schritt mussten diese Kernelemente eine gewisse Flexibilität aufweisen, damit die Pflegeinstitutionen, die das Modell umsetzen, sie an ihren lokalen Kontext anpassen können. Wir definierten minimale Anforderungen, die für alle Pflegeinstitutionen verpflichtend waren, und periphere Anforderungen, die an die

lokalen Bedürfnisse und Präferenzen angepasst werden konnten. Wir nutzten die Erkenntnisse aus den Fokusgruppeninterviews mit Bewohnern/-innen und Angehörigen, um die Rolle der INTERCARE Pflegenden weiter zu gestalten. In einem letzten Schritt werden wir die Ergebnisse der Implementierung bewerten, d.h. die Akzeptanz, Machbarkeit, Aufnahme, Treue und Kosten der verschiedenen Kernelemente. Dies wird Informationen über den Implementierungsprozess liefern, die für die Ausweitung des INTERCARE-Modells genutzt werden können.

Die Kontextanalyse sowie die Stakeholder dienten als Orientierung bei der Definition von Implementierungsstrategien und erleichterten so die Umsetzung des INTERCARE-Modells in den Pflegeinstitutionen [39]. Genauso wie die Intervention vielschichtig war, mussten auch die Implementierungsstrategien verschiedene Ebenen der Umsetzung ansprechen. Dementsprechend enthielten sie sowohl Massnahmen auf der Ebene der Führung (um sie auf die Implementierung vorzubereiten und den Umgang mit Qualitätsdaten zu diskutieren) als auch Strategien auf der Ebene der INTERCARE Pflegenden (z.B. Schulungsprogramme). Die vorgeschlagenen Implementierungsstrategien können als Diskussionsgrundlage für weitere Pflegeinstitutionen dienen, die das INTERCARE-Modell implementieren möchten.

Kapitel 6 – Empfehlungen

Implementierung von INTERCARE

Das INTERCARE-Modell kann als Bauplan für Pflegeinstitutionen in der Schweiz dienen, die den Zugang zu geriatrischem Fachwissen verbessern möchten. Die Pflegeinstitutionen können die Kernelemente von INTERCARE unter Berücksichtigung ihrer eigenen Bedürfnisse und Ressourcen an ihren lokalen Kontext anpassen. Die Pflegeinstitutionen können diesen Bericht als Quelle nutzen, um ihre Ressourcen und Bedürfnisse zu bewerten, die mögliche Umsetzung der Kernelemente zu diskutieren, und dabei Einflussfaktoren und Umsetzungsstrategien zu berücksichtigen, die die Bemühungen unterstützen.

Da die Einführung des INTERCARE-Modells grössere organisatorische Veränderungen mit sich bringt, z.B. die neue Rolle, die eine Verschiebung der Verantwortlichkeiten mit sich bringt, ist die Bereitschaft für eine solche Veränderung von entscheidender Bedeutung, und die Führung der Pflegeinstitution muss sich auf die Veränderungen einstellen, die mit der Einführung eines neuen Versorgungsmodells einhergehen [78-80]. Die Veränderung muss von allen Beteiligten gewollt sein, damit sie funktioniert. Nach unseren Erkenntnissen aus den Fallstudien können Positionen von Pflegeexperten/-innen stark an die Vision eines Mitglieds des Führungsteams gebunden sein und sobald diese Person ausscheidet, wird die Position instabil. Dementsprechend ist die Bildung eines gemeinsamen Verständnisses über die Notwendigkeit und das Ziel dieser Rolle wichtig für ihre Nachhaltigkeit. Obwohl alle Kernelemente wichtig sind, wird das Modell stark von der INTERCARE Pflegenden geprägt. Daher sind die Anstrengungen, die in die Definition und Abgrenzung dieser Rolle gesteckt werden, von grundlegender Bedeutung für das Funktionieren des Modells. Es muss einen strategischen Kommunikationsprozess geben, um das Ziel der INTERCARE Pflegenden zu betonen, die Pflegeteams und die diplomierten Pflegefachpersonen zu unterstützen und die Rolle der diplomierten Pflegefachperson nicht zu de-qualifizieren oder zu bedrohen. Ausserdem braucht der Aufbau einer solchen Rolle Zeit, und den INTERCARE Pflegenden muss eine Reflexionsphase gegeben werden, damit sie in ihre neue Rolle und Verantwortung hineinwachsen können, insbesondere wenn sie keine Aufgaben mit anderen INTERCARE Pflegenden teilen. Die Einführung einer Rolle wie die der

INTERCARE Pflegenden wird nicht zu unmittelbaren Auswirkungen auf die Pflegequalität oder auf ungeplante Spitaleinweisungen führen, aber ein kontinuierlicher Austausch mit dem Führungsteam ist wichtig, um die Rolle zunächst richtig zu implementieren und kollaborativ zu arbeiten, so dass kurzfristige Ergebnisse sichtbar werden (z.B. die Zufriedenheit der Mitarbeitenden) und langfristige Ergebnisse erreichbar sind.

Es gibt viele Möglichkeiten für diplomierte Pflegefachpersonen in erweiterten Rollen, ihre geriatrischen Kenntnisse und Fähigkeiten durch verschiedene Ausbildungsprogramme und Schulungen zu erweitern. Normalerweise konzentrieren sich die Schulungsprogramme auf einzelne klinische Themen wie Wundversorgung oder Schmerzmanagement oder auf spezifische Konzepte wie kinästhetische oder multisensorische Stimulation. Andererseits gibt es Ausbildungsprogramme (z.B. CAS), die umfassendere Themen, wie Demenz, Palliative Care oder Gerontologie, abdecken. Um die Nachhaltigkeit und Skalierbarkeit der Rolle der INTERCARE Pflegenden über die INTERCARE-Studie hinaus besser zu gewährleisten, haben wir ein Certificate of Advanced Studies-Programm entwickelt, das auf dem INTERCARE Lehrplan für Pflegefachpersonen basiert, und bieten es als postgraduales Certificate of Advanced Studies (CAS) Programm an der Universität Basel an⁹. Das CAS «INTERCARE – Klinische Fachverantwortung in der Geriatrie» wird sich speziell auf klinisches Wissen für diplomierte Pflegefachpersonen in erweiterten Rollen in Pflegeinstitutionen konzentrieren und dabei nicht nur klinische Fertigkeiten entwickeln, sondern auch das Coaching zur Vorbereitung auf eine klinische Führungsrolle übernehmen. Zusätzlich ist eines der CAS-Module für die Führung in den Pflegeinstitutionen der eingeschriebenen diplomierten Pflegefachpersonen konzipiert. Damit sollen sie bei der Einführung der neuen Rolle in ihrer Pflegeinstitution unterstützt werden.

⁹Weitere Informationen über zukünftige Angebote des Programms: <https://nursing.unibas.ch/de/weiterbildung/cas-intercare/>

Pflegegeleitete Versorgungsmodelle und Politik

Die finanzielle Frage lag vielen Diskussionen zu Grunde, die wir mit interessierten Parteien und Stakeholdern führten. In jeder der Fallstudien in den verschiedenen Kantonen wurden die Pflegeexperten/-innen im Rahmen des Budgets der Pflegeinstitutionen finanziert. Allerdings handelte es sich bei den in den Fallstudien beschriebenen Pflegeinstitutionen um eher grosse Einrichtungen, was ihnen einen finanziellen Spielraum gab, da es eher möglich war, von verschiedenen Abteilungen Stellenprozent für eine übergreifende Stelle zusammenzunehmen. Daher sehen wir eine Herausforderung für mittelgrosse oder kleine Pflegeinstitutionen, je nach Kanton und Finanzierungsmechanismen, ein solches Versorgungsmodell zu starten. Es besteht die Möglichkeit, dass mehrere Pflegeinstitutionen zusammenarbeiten, um eine diplomierte Pflegefachpersonen in erweiterter Rolle einzustellen.

In Anbetracht der Kosten, die durch vermeidbare Spitalweisungen von Pflegeinstitutionen entstehen, sollten politische Entscheidungsträger die Entwicklung von Pflegeexpertenrollen stärken, indem sie es diplomierten Pflegefachpersonen in Pflegeinstitutionen ermöglichen, eine vertiefte Ausbildung in Geriatrie und Gerontologie zu erhalten, damit sie klinische Leadershiprollen übernehmen können. Die Politik kann die Attraktivität von Pflegeinstitutionen fördern, indem sie die Schaffung von Pflegeexpertenstellen unterstützt, z.B. durch die Anrechnung von Pflegeexpertenstellen als zusätzliche Stelle bezogen auf eine definierte Anzahl von Plätzen oder durch die Unterstützung mit finanziellen Anreizen für Pflegeinstitutionen, in Bezug auf die Ausbildung von Pflegeexperten/-innen über ihre Ausbildung als diplomierte Pflegefachpersonen hinaus. Pflegeheimverbände könnten den Austausch zwischen Pflegeexperten/-innen fördern und die administrative Arbeit für den Aufbau von Netzwerken übernehmen, damit sich die Pflegeexperten/-innen auf Initiativen und Interventionen konzentrieren können, die zur Bewältigung von Problemen und zur Förderung der geriatrischen Expertise in ihrer Pflegeinstitution erforderlich sind. Ein aussagekräftiges Beispiel ist die aktuelle COVID-19-Pandemie, die stark unterstreicht, dass die Pflegeinstitutionen bei der Bewältigung neuer Herausforderungen auf sich allein gestellt sind. Pflegeexperten/-innen könnten eine Gruppe von Fachleuten sein, die dazu beitragen, die Ressourcen innerhalb einer Region zu konzentrieren, um aktuelle und neue Probleme anzugehen.

Ein zweiter nationaler Bericht wird 2022 veröffentlicht werden, nachdem wir die Implementierung des INTERCARE-Modells in den 11 deutschsprachigen Pflegeinstitutionen sorgfältig evaluiert haben. Die Interventionsphase fand zwischen Juni 2018 und Februar 2020 statt und es finden nun sowohl statistische als auch qualitative Analysen statt, um mehr Informationen darüber liefern zu können, was wir über den Implementierungsprozess und über die Effektivität dieses pflegegeleiteten Versorgungsmodells gelernt haben.

Akronyme und Abkürzungen

ACP	Vorausschauende Planung [Advance Care Planning]
APN	Pflegeexperten/-innen APN [Advanced Practice Nurse]
BPSD	Verhaltensbezogene und psychologische Symptome der Demenz [Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia]
CAS	Certificate of Advanced Studies
CFIR	Konsolidierter Rahmen für die Implementierungsforschung [Consolidated Framework for Implementation Research]
CGA	Multidimensionales geriatrisches Assessment [Comprehensive geriatric assessment]
CNS	Clinical Nurse Specialist
COPD	Chronisch obstruktive Lungenerkrankung [Chronic obstructive pulmonary disease]
COVID	Coronavirus-Krankheit [Coronavirus disease]
DAS	Diploma of Advanced Studies
DISG	DISG®-Persönlichkeitsmodell: Dominant (D), Initiativ (I), Stetig (S) und Gewissenhaft (G)
EBP	Evidenzbasierte Praktiken
EPIS	Erkundung [exploration], Vorbereitung [preparation], Implementierung [implementation], Aufrechterhaltung [sustainment]
ERIC	Expert Recommendations for Implementing Change compilation
FaGe/FaBe	Fachperson Gesundheit/Fachperson Betreuung
FTE	Vollzeitäquivalent
HöFa	Höhere Fachausbildung
INTERACT	Interventions to Reduce Acute Care Transfers
INTERCARE	Improving INTERprofessional CARE for better resident outcomes
ISBAR	Vorstellung [Introduction], Situation [Situation], Hintergrund [Background], Bewertung [Assessment], Empfehlung [Recommendation]
LP	Leitung Pflege
MAS	Master of Advanced Studies
MAS	Master of Advanced Studies
MOQI	Missouri Quality Initiative
NHS	National Health Services
NP	Nurse Practitioner
OPTIMISITC	Optimizing Patient Transfers, Impacting Medical Quality and Improving Symptoms: Transforming Institutional Care
PDCA	Planen [plan]-Tun [do]-Überprüfen [check]-Umsetzen [act]
RAND	Forschung und Entwicklung [Research and developmen]t
SNSF	Schweizerischer Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung
UCLA	Universität von Kalifornien in Los Angeles [University of California, Los Angeles]
USA	Vereinigte Staaten von Amerika

Tabellen und Abbildungen

Textbox 1	<i>Frameworks in der INTERCARE Studie</i>	9
Textbox 2	<i>Stakeholder in der INTERCARE Studie</i>	10
Textbox 3	<i>Fallstudien</i>	34
Textbox 4	<i>Die RAND/UCLA-Methode</i>	46
Textbox 5	<i>Fokusgruppeninterviews mit Bewohnern/-innen und Angehörigen</i>	48
Abbildung 1	<i>Überblick über die Kernelemente und deren Abhängigkeiten</i>	14
Abbildung 2	<i>STOP&WATCH Instrument</i>	22
Abbildung 3	<i>ISBAR Instrument</i>	24
Tabelle 1	<i>Merkmale der an den Fallstudien beteiligten Pflegeinstitutionen</i>	36
Tabelle 2	<i>Hauptmerkmale der Pflegeexperten/-innen</i>	38

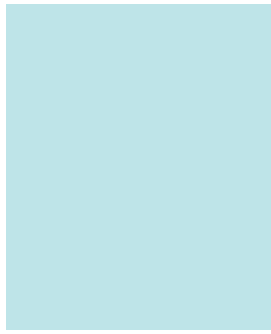
Referenzen

1. Merçay C., Burla L., & Widmer M. (2016). *Gesundheitspersonal in der Schweiz. Bestandesaufnahme und Prognosen bis 2030*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Retrieved from <http://www.obsan.admin.ch>
2. Bundesamt für Gesundheit. (2016). *Bestandesaufnahme und Perspektiven im Bereich der Langzeitpflege, Bericht des Bundesrates*. Retrieved from https://www.curaviva-zh.ch/files/EQQJSFF/bestandesaufnahme_und_perspektiven_im_bereich_der_langzeitpflege.pdf
3. Malone M.L., Capezuti E., & Palmer R.M. (2015). *Geriatrics models of care: Bringing' best practice to an aging America*. New York: Springer.
4. Zúñiga F., Chu C.H., Boscart V., Fagertun A., Gea-Sanchez M., Meyer J., . . . McGilton K.S. (2019). Recommended common data elements for international research in long-term care homes: Exploring the workforce and staffing concepts of staff retention and turnover. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 5. doi:10.1177/2333721419844344
5. Senn N., Ebert S.T., & Cohidon C. (2016). *Die Hausarztmedizin in der Schweiz – Perspektiven. Analyse basierend auf den Indikatoren des Programms SPAM*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Retrieved from <https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/die-hausarztmedizin-der-schweiz-perspektiven>
6. Castle N.G., & Anderson R.A. (2011). Caregiver staffing in nursing homes and their influence on quality of care: Using dynamic panel estimation methods. *Medical Care*, 49(6), 545-552. doi:10.1097/MLR.0b013e31820fbca9
7. Castle N.G., Engberg J., & Men A. (2007). Nursing home staff turnover: Impact on nursing home compare quality measures. *Gerontologist*, 47(5), 650-661. doi:10.1093/geront/47.5.650
8. Lerner N.B., Johantgen M., Trinkoff A.M., Storr C.L., & Han K. (2014). Are nursing home survey deficiencies higher in facilities with greater staff turnover. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(2), 102-107. doi:10.1016/j.jamda.2013.09.003
9. World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf?ua=1
10. Colombo F., Llena-Nozal A., Mercier J., & Tjadens F. (2011). *Help Wanted? Providing and paying for long-term care, OECD Health Policy Studies*. Retrieved from <https://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>
11. Zúñiga F., Jenni G., Wiesli U., & Schwendimann R. (2010). Entwicklung der Rolle der Advanced Practice Nurse in der stationären Langzeitpflege älterer Menschen in der Schweiz. *Pflege*, 23(6), 375.
12. Muench U., Simon M., Guerbaai R.A., De Pietro C., Zeller A., Kressig R.W., & Zúñiga F. (2019). Preventable hospitalizations from ambulatory care sensitive conditions in nursing homes: Evidence from Switzerland. *International Journal of Public Health*, 64(9), 1273-1281. doi:10.1007/s00038-019-01294-1
13. Graverholt B., Forsetlund L., & Jamtvedt G. (2014). Reducing hospital admissions from nursing homes: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 14, 36. doi:10.1186/1472-6963-14-36
14. Rowe J.W. (2008). *Retooling for an aging America: Building the health care workforce*. Washington DC: The National Academies Press.
15. Kane R.L., Keckhafer G., & Robst J. (2002). *Evaluation of the Evercare demonstration program: Final report*. Division of Health Service Research and Policy, School of Public Health, University of Minnesota. Retrieved from <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.522.8780&rep=rep1&type=pdf>
16. Ouslander J.G., Bonner A., Herndon L., & Shutes J. (2014). The INTERACT quality improvement program: An overview for medical directors and primary care clinicians in long-term care. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(3), 162. doi:10.1016/j.jamda.2013.12.005
17. Rantz M.J., Popejoy L., Vogelsmeier A., Galambos C., Alexander G., Flesner M., . . . Petroski G. (2017). Successfully reducing hospitalizations of nursing home residents: Results of the Missouri Quality Initiative. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(11), 960-966.
18. Holtz L.R., Maurer H., Nazir A., Sachs G.A., & Unroe K.T. (2015). OPTIMISTIC: A program to improve nursing home care and reduce avoidable hospitalizations. In Malone M.L., Capezuti E.A., & Palmer R.M. (Eds.), *Geriatrics models of care: Bringing' best practice to an aging America* (pp. 287-292). New York: Springer
19. Khair K., & Chaplin S. (2017). What is a nurse-led service? A discussion paper. *The Journal of Haemophilia Practice*, 4(1), 4-13. doi:10.17225/jhp00100
20. Donald F., Martin-Misener R., Carter N., Donald E.E., Kaasalainen S., Wickson-Griffiths A., . . . DiCenso A. (2013). A systematic review of the effectiveness of advanced practice nurses in long-term care. *Journal of Advanced Nursing*, 69(10), 2148-2161. doi:10.1111/jan.12140
21. Morilla-Herrera J.C., Garcia-Mayor S., Martin-Santos F.J., Uttumchandani S.K., Campos A.L., Bautista J.C., & Morales-Asencio J.M. (2016). A systematic review of the effectiveness and roles of advanced practice nursing in older people. *International Journal of Nursing Studies*, 53, 290-307. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.10.010

22. World Health Organization. (2020). *State of the world's nursing 2020: Investing in education, jobs and leadership* (978-92-4-000327-9). Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331677/9789240003279-eng.pdf>
23. De Geest S., Zúñiga F., Brunkert T., Deschodt M., Zullig L.L., Wyss K., & Utzinger J. (2020). Powering Swiss health care for the future: Implementation science to bridge «the valley of death». *Swiss Medical Weekly*, 150, w20323. doi:10.4414/smw.2020.20323
24. Peters D.H., Tran N.T., & Adam T. (2013). *Implementation research in health: A practical guide*. Alliance for Health Policy and Systems Research, World Health Organization. Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/91758/9789241506212_eng.pdf?sequence=1
25. Proctor E.K., Powell B.J., & McMillen J.C. (2013). Implementation strategies: Recommendations for specifying and reporting. *Implementation Science*, 8, 139. doi:10.1186/1748-5908-8-139
26. Peters D.H., Adam T., Alonge O., Agyepong I.A., & Tran N. (2014). Implementation research, how to do it. *Sports Medicine*(48), 731-736. doi:10.1136/bmj.f6753
27. Aarons G.A., Hurlburt M., & Horwitz S.M. (2011). Advancing a conceptual model of evidence-based practice implementation in public service sectors. *Administration and Policy in Mental Health*, 38(1), 4-23. doi:10.1007/s10488-010-0327-7
28. Pfadenhauer L.M., Gerhardus A., Mozygemba K., Lysdahl K.B., Booth A., Hofmann B., . . . Rehfuss E. (2017). Making sense of complexity in context and implementation: The Context and Implementation of Complex Interventions (CICI) framework. *Implementation Science*, 12(1), 21. doi:10.1186/s13012-017-0552-5
29. Damschroder L.J., Aron D.C., Keith R.E., Kirsh S.R., Alexander J.A., & Lowery J.C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4, 50. doi:10.1186/1748-5908-4-50
30. Hamric A.B. (2015). *Advanced practice nursing. An integrative approach* (5th ed.). Missouri, USA: Elsevier.
31. Stolle E., & Hillier L. (2002). *The Ontario nurse practitioner in long-term care facilities pilot project – interim evaluation*. *æstima research*. Retrieved from http://www.health.gov.on.ca/en/common/ministry/publications/reports/nurseprac02/np_report_022302.pdf
32. Yin R.K. (2009). *Case study research: Design and methods* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
33. Fitch K., Bernstein S.J., Aguilar M.D., Burnand B., LaCalle J.R., Lázaro P., . . . Kahan J.P. (2000). *The RAND/UCLA appropriateness method user's manual* (0-8330-2918-5). Retrieved from https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/monograph_reports/2011/MR1269.pdf
34. Greenbaum T.L. (1998). *The handbook for focus group research* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
35. Zwarenstein M., Goldman J., & Reeves S. (2009). Interprofessional collaboration: Effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(3). doi:10.1002/14651858.CD000072.pub2
36. Zúñiga F., Blatter C., Wicki R., & Simon M. (2019). Nationale Qualitätsindikatoren in Schweizer Pflegeheimen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 52(8), 730-736. doi:10.1007/s00391-019-01583-7
37. Houben C.H.M., Spruit M.A., Groenen M.T.J., Wouters E.F.M., & Janssen D.J.A. (2014). Efficacy of advance care planning: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(7), 477-489. doi:10.1016/j.jamda.2014.01.008
38. Brinkman-Stoppelenburg A., Rietjens J.A., & van der Heide A. (2014). The effects of advance care planning on end-of-life care: A systematic review. *Palliative Medicine*, 28(8), 1000-1025. doi:10.1177/0269216314526272
39. Powell B.J., Waltz T.J., Chinman M.J., Damschroder L.J., Smith J.L., Matthieu M.M., & ... & Kirchner J.E. (2015). A refined compilation of implementation strategies: Results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project. *Implementation Science*, 10(1), 21. doi:10.1186/s13012-015-0209-1
40. Waltz T.J., Powell B.J., Matthieu M.M., Damschroder L.J., Chinman M.J., Smith J.L., . . . Kirchner J.E. (2015). Use of concept mapping to characterize relationships among implementation strategies and assess their feasibility and importance: Results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) study. *Implementation Science*, 10, 109. doi:10.1186/s13012-015-0295-0
41. Ouslander J.G., Bonner A., Herndon L., & Shutes J. (2014). The INTERACT quality improvement program: An overview for medical directors and primary care clinicians in long-term care. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(3), 162-170. doi:10.1016/j.jamda.2013.12.005
42. Kappas-Larson P. (2008). The Evercare story: Reshaping the health care model, revolutionizing long-term care. *The Journal for Nurse Practitioners*, 4(2), 132-136. doi:10.1016/j.nurpra.2007.12.014
43. Kane R.L., Keckhafer G., Flood S., Bershadsky B., & Siadaty M.S. (2003). The effect of Evercare on hospital use. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(10), 1427-1434. doi:10.1046/j.1532-5415.2003.51461.x

44. Ouslander J.G., Perloe M., Givens J.H., Kluge L., Rutland T., & Lamb G. (2009). Reducing potentially avoidable hospitalizations of nursing home residents: Results of a pilot quality improvement project. *Journal of the American Medical Directors Association*, 10(9), 644-652. doi:10.1016/j.jamda.2009.07.001
45. Hickman S.E., Unroe K.T., Ersek M., Stump T.E., Tu W., Ott M., & Sachs G.A. (2019). Systematic advance care planning and potentially avoidable hospitalizations of nursing facility residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(8), 1649-1655. doi:10.1111/jgs.15927
46. Crowe S., Cresswell K., Robertson A., Huby G., Avery A., & Sheikh A. (2011). The case study approach. *BMC Medical Research Methodology*, 11(1), 100. doi:1471-2288/11/100
47. Abdallah L., Fawcett J., Kane R., Dick K., & Chen J. (2005). Development and psychometric testing of the EverCare Nurse Practitioner Role and Activity Scale (ENPRAS). *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 17(1), 21-26. doi:10.1111/j.1041-2972.2005.0006.x
48. Canadian Nurse Practitioner Initiative. (2006). *Implementation and evaluation toolkit for nurse practitioner in Canada* (1-55119-810-X). Retrieved from https://nurseone.ca/~media/nurseone/files/en/toolkit_implementation_evaluation_np_e.pdf?la=en
49. Donald F., Martin-Misener R., Ploeg J., DiCenso A., Brazil K., Kaasalainen S., . . . Bryant-Lukosius D. (2011). *Understanding the individual, organizational, and system factors influencing the integration of the nurse practitioner role in long-term care settings in Canada*. Retrieved from <https://www.ryerson.ca/apnltc/pdf/FinalReport.pdf>
50. Mick D.J., & Ackerman M.H. (2000). Advanced practice nursing role delineation in acute and critical care: Application of the strong model of advanced practice. *Heart and Lung*, 29(3), 210-221. doi:10.1067/mhl.2000.106936
51. Müller M. (2013). Nursing competence: Psychometric evaluation using Rasch modelling. *Journal of Advanced Nursing*, 69(6), 1410-1417. doi:10.1111/jan.12009
52. Archibald M.M., & Fraser K. (2013). The potential for nurse practitioners in health care reform. *Journal of Professional Nursing*, 29(5), 270-275. doi:10.1016/j.profnurs.2012.10.002
53. Bauer L., & Bodenheimer T. (2017). Expanded roles of registered nurses in primary care delivery of the future. *Nursing Outlook*, 65(5), 624-632. doi:10.1016/j.outlook.2017.03.011
54. Zúñiga F., De Geest S., Guerbaai R.A., Basinska K., Nicca D., Kressig R.W., . . . Simon M. (2019). Strengthening geriatric expertise in Swiss nursing homes: INTERCARE implementation study protocol. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(10), 2145-2150. doi:10.1111/jgs.16074
55. De Geest S., Moons P., Callens B., Gut C., Lindpaintner L., & Spirig R. (2008). Introducing advanced practice nurses/nurse practitioners in health care systems: A framework for reflection and analysis. *Swiss Medical Weekly*, 138(43-44), 621-628.
56. McNamara S., Giguere V., St-Louis L., & Boileau J. (2009). Development and implementation of the specialized nurse practitioner role: Use of the PEPPA framework to achieve success. *Nursing & Health Sciences*, 11(3), 318-325. doi:10.1111/j.1442-2018.2009.00467.x
57. Bryant-Lukosius D., & DiCenso A. (2004). A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *Journal of Advanced Nursing*, 48(5), 530-540. doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03235.x
58. INVOLVE. (2012). *Briefing notes for researchers: Involving the public in NHS, public health and social care research*. Retrieved from <http://www.invo.org.uk/wp-content/uploads/2012/04/INVOLVEBriefingNotesApr2012.pdf>
59. Basinska K., Wellens N.I.H., Simon M., Zeller A., Kressig R.W., & Zúñiga F. (2020). Registered nurses in expanded roles improve care in nursing homes: Swiss perspective based on the modified Delphi method. *Journal of Advanced Nursing*, 77(2). doi:10.1111/jan.14644
60. Le grand conseil du canton de Vaud a adopté une modification de la loi 800.01 sur la santé publique (LSP). Retrieved from <https://repopub.unil.ch/newsunil/document/1518686811969.D1518686863597>
61. Basinska K., Künzler-Heule P., Guerbaai R.A., Zúñiga F., Simon M., Wellens N.I.H., . . . Nicca D. (2021). Residents' and relatives' experiences of acute situations: A qualitative study to inform a care model. *Gerontologist*, ahead of print. doi:10.1093/geront/gnabo27
62. Braun V., & Clarke V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi:10.1191/1478088706qrp0630a
63. Bundesamt für Gesundheit. (2012). *Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates. Gesundheit2020*. Eidgenössisches Departement des Innern. Retrieved from www.bag.admin.ch/gesundheit2020
64. Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz und Bundesamt für Gesundheit. (2012). *Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung*. Retrieved from www.nationalegesundheit.ch
65. Bundesamt für Statistik. (2020). *Pflegepersonal 2018*. Retrieved from <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/neue-veroeffentlichungen.gnpdetail.2020-0494.html>

66. National Health Services. (2016). *The Enhanced Health in Care Homes (EHCH) Framework*. Retrieved from www.england.nhs.uk/vanguards
67. National Health Services. (2016). *New care models: Vanguard – developing a blueprint for the future of NHS and care services*. Retrieved from https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/11/new_care_models.pdf
68. Ärzteschaft. (2020). Telemedizin hält Einzug in die Pflege in Sachsen. In *Ärzteblatt*. Retrieved from <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/111864/Telemedizin-haelt-Einzug-in-die-Pflege-in-Sachsen>
69. Parker M., & Haig M. (2019). *General practitioners to care homes video-consultation connect wave 2 evaluation*. Retrieved from https://8doef719-7944-4f39-90d8-f3cc2319997a.filesusr.com/ugd/a2b9d4_176faf2cd50847cf9d09c56287b56515.pdf
70. Mobile Ärzte. Retrieved from <https://mobile-aerzte.ch/info.html>
71. Eychmüller S. (2012). *Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz*. Retrieved from https://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/H_%20Downloads/Versorgungsstrukturen_DE.pdf
72. Sottas B., Josi R., Gysin S., & Essig S. (2019). Implementing advanced practice nurses in Swiss primary care. *Eurohealth*, 25(4).
73. Maier C.B., Aiken L.H., & Busse R. (2017). Nurses in advanced roles in primary care: Policy levels for implementation. *OECD Health Working Papers* (No. 98), OECD Publishing, Paris. doi:10.1787/a8756593-en
74. Bundesamt für Gesundheit und palliative ch. (2018). *Gesundheitliche Vorausplanung mit Schwerpunkt «Advance Care Planning». Nationales Rahmenkonzept für die Schweiz*. Retrieved from www.bag.admin.ch/koordinierte-versorgung
75. Flo E., Husebo B.S., Bruusgaard P., Gjerberg E., Thoresen L., Lillemoen L., & Pedersen R. (2016). A review of the implementation and research strategies of advance care planning in nursing homes. *BMC Geriatrics*, 16, 24. doi:10.1186/s12877-016-0179-4
76. Hecht K., Kronen T., Otto T., Karzig-Roduner I., & Loupatatzis B. (2018). Advance care planning in Swiss nursing homes: Results of a focus group study. *Praxis*, 107(20), 1085-1092. doi:10.1024/1661-8157/a003101
77. Hickman S.E., Parks M., Unroe K.T., Ott M., & Ersek M. (2020). The role of the palliative care registered nurse in the nursing facility setting. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 22(2), 152-158. doi:10.1097/NJH.0000000000000634
78. Harvey G., Jas P., & Walshe K. (2015). Analysing organisational context: Case studies on the contribution of absorptive capacity theory to understanding inter-organisational variation in performance improvement. *BMJ Quality & Safety*, 24(1), 48-55. doi:10.1136/bmjqs-2014-002928
79. Narine L., & Persaud D.D. (2003). Gaining and maintaining commitment to large-scale change in healthcare organizations. *Health Services Management Research*, 16(3), 179-187. doi:10.1258/095148403322167933
80. Wachter R.M. (2010). Patient safety at ten: Unmistakable progress, troubling gaps. *Health Affairs*, 29(1), 165-173. doi:10.1377/hlthaff.2009.0785



**Educating
Talents**
since 1460.

Universität Basel
Pflegerwissenschaft - Nursing Science
Department Public Health
Bernoullistrasse 28
4056 Basel, Switzerland
nursing.unibas.ch