



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.**

Zusammenfassung



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.**

Zusammenfassung

**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/](http://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.

Diese Zusammenfassung ist in Deutsch, Englisch, Französisch und Italienisch verfügbar.

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

[www.intercare.nursing.unibas.ch/publikationen/](http://www.intercare.nursing.unibas.ch/publikationen/)

## **Erfahren Sie mehr über unsere Arbeit**

[www.intercare.nursing.unibas.ch](http://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. Zusammenfassung.* 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 eingetragen und markenrechtlich geschützt.

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

# Inhaltsverzeichnis

1 – Einführung ... 3

2 – INTERCARE-Studie ... 4

2.1 – INTERCARE Kernelemente ... 4

2.2 – Implementierungsstrategien ... 7

3 – Entwicklung des INTERCARE-Modells ... 9

3.1 – Stärke der Evidenz (erste Studie) ... 9

3.2 – Kontextanalyse (zweite Studie) ... 9

3.3 – Einbeziehung von Stakeholdern (dritte Studie) ... 11

3.4 – Einbeziehung von Bewohnern/-innen und Familienmitgliedern (vierte Studie) ... 12

4 – Synthese ... 13

Akronyme und Abkürzungen ... 16

Referenzen ... 17



# 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.

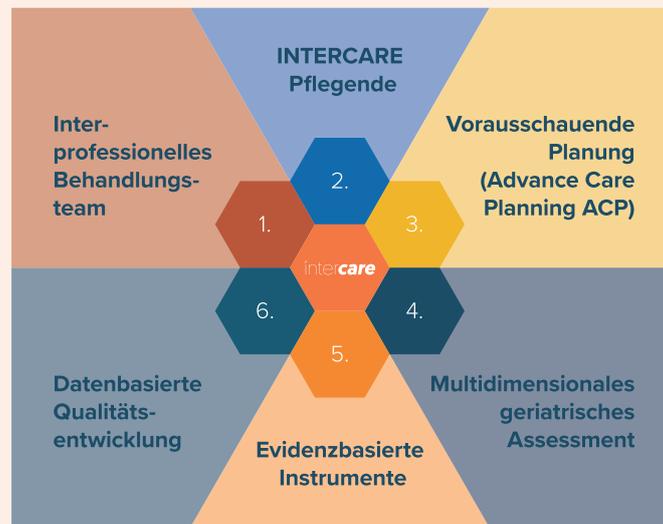
Die Entwicklung des INTERCARE-Modells und dieser Bericht wären nicht möglich gewesen ohne die 14 Schweizer Pflegeinstitutionen, die wir in der Phase A während der Kontextanalyse besuchten, einschliesslich der Pflegeexperten/-innen, Leitungen Pflege und Ärzte/-innen, die Fragebögen ausgefüllt, an den 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.



**INTERCARE – «Improving INTERprofessional CARE for better resident outcomes» [Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit für bessere Bewohnerergebnisse]**



INTERCARE ist ein pflegegeleitetes Versorgungsmodell für Pflegeinstitutionen. Es bedeutet, dass diplomierte Pflegefachpersonen in erweiterten Rollen und mit geriatrischem Fachwissen die Pflegequalität verbessern, indem sie die Pflegeteams dazu befähigen, die Versorgung zu verbessern. Das übergreifende Ziel ist ungeplante Spitaleinweisungen zu reduzieren.

Die INTERCARE-Studie umfasste zwei Phasen:

- » **Phase A,**  
die sich mit der Entwicklung eines neuen, pflegegeleiteten Versorgungsmodells für den Schweizer Kontext befasste (2017-2018).
- » **Phase B,**  
die die Implementierung und Evaluation des INTERCARE-Modells in elf Pflegeinstitutionen in der Deutschschweiz untersuchte (2018-2020).

Der vorliegende nationale Bericht befasst sich mit der Entwicklung des an den Kontext angepassten pflegegeleiteten Versorgungsmodells - Phase A. Im ersten Teil dieses Berichts beschreiben wir die Inhalte des INTERCARE-Modells mit seinen sechs Kernelementen. Der zweite Teil konzentriert sich auf die Entwicklung des INTERCARE-Modells.

Ein weiterer Bericht, der über die Implementierung und klinische Wirksamkeit des Modells berichtet, wird voraussichtlich Anfang 2022 erscheinen und enthält Empfehlungen für die Praxis und die Politik.

## I – Einführung

Der demografische Wandel hat zu einem wachsenden Bedarf an professioneller Langzeitpflege in Pflegeinstitutionen geführt [1]. Bewohner/-innen treten in höherem Alter in die Pflegeinstitutionen ein, haben eine wachsende Anzahl chronischer Erkrankungen mit Multimorbidität und Demenz sowie Einschränkungen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens [2]. Die Versorgung der Bewohner/-innen erfordert oft eine ressourcenintensive Pflege, einschliesslich des Managements von chronischen Erkrankungen, der palliativen Versorgung und der Pflegekoordination, die durch Fachpersonal gewährleistet ist. Die Anzahl des Fachpersonals, wie diplomierte Pflegefachpersonen und Hausärzte/-innen, kann den wachsenden Bedarf jedoch nicht decken, was zu einem erheblichen Mangel an Fachpersonen in der Langzeitpflege führt [3]. Infolgedessen wird die direkte Pflege in Pflegeinstitutionen meist von Assistenz- und Hilfspersonen mit wenig Ausbildung und geringem geriatrischen Fachwissen durchgeführt, begleitet von Fachpersonen Gesundheit<sup>1</sup>. Den Assistenz- und Hilfspersonen fehlt oft spezifisches geriatrisches Wissen und das Personal ist suboptimal ausgerüstet, um chronische Krankheiten zu managen, eine Verschlechterung des Gesundheitszustands frühzeitig zu erkennen oder geriatrische Syndrome rechtzeitig zu behandeln. Diese Herausforderungen erhöhen die Wahrscheinlichkeit von unerwünschten Ereignissen und ungeplanten Spitaleinweisungen (einschliesslich Besuch der Notfallstation), die eine Belastung für die Bewohner/-innen darstellen (z. B. iatrogene Komplikationen). Zusätzlich führen die ungeplanten Spitaleinweisungen zu hohen Folgekosten für das Gesundheitssystem. International deuten die Zahlen darauf hin, dass zwischen 19% und 67% der ungeplanten Spitaleinweisungen aus Pflegeinstitutionen potenziell vermeidbar sind [4]. Im Jahr 2013 waren in der Schweiz 42% aller Spitaleinweisungen aus Pflegeinstitutionen potenziell vermeidbar und kosteten das Gesundheitssystem zwischen 89 und 105 Millionen Schweizer Franken [5].

Die Aufrechterhaltung der Versorgungsqualität erfordert den möglichst effizienten Einsatz der vorhandenen Fachpersonen. Das diplomierte Pflegefachpersonal ist eine zentrale Berufsgruppe im Langzeitbereich und es ist wichtig, ihre Kompetenzen optimal zu nutzen und zu stärken als mögliche Lösung, um geriatrisches Fachwissen in den Pflegeinstitutionen zu gewährleisten und die Pflegequalität zu verbessern. Pflegegeleitete Versorgungsmodelle mit

einem höheren Mass an geriatrisch fokussierter klinischer Fachführung wurden in mehreren Ländern erfolgreich entwickelt und evaluiert [6-10]. International werden pflegegeleitete Versorgungsmodelle meist von Advanced Practice Nurses (Pflegeexperten/-innen APN, diplomierten Pflegefachperson mit einem Masterabschluss) mit geriatrischen Kompetenzen geleitet [11]. Die APNs leiten die interprofessionellen Pflgeteams, sichern die Kontinuität der Pflege und befähigen die Pflgeteams, um eine den individuellen Bedürfnissen der Bewohner/-innen angepasste Betreuung zu gewährleisten [6-10]. Allerdings sind Pflegeexperten/-innen APN in der Schweiz, ähnlich wie in anderen europäischen Ländern, nicht ohne weiteres in grosser Anzahl vorhanden [12]. Darüber hinaus bestehen pflegegeleitete Versorgungsmodelle aus mehreren interagierenden Elementen, an denen verschiedene Mitarbeitende - wie diplomierte Pflegefachpersonen, Fachpersonen Gesundheit, 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 INTERCARE als ein Implementierungsforschungsprojekt aufgebaut.

<sup>1</sup>Assistenzpersonal hat zwei Jahre Ausbildung, Hilfspersonal absolviert einen 2-3 monatigen Kurs oder lernt im Job; Fachpersonen Gesundheit/Betreuung (FaGe/FaBe) haben 2 bis 3 Jahre Berufsausbildung; Diplomierte Pflegefachpersonen haben mindestens 3 Jahre Berufsausbildung

## 2 – INTERCARE-Studie

Die INTERCARE-Studie wurde durchgeführt, um den Herausforderungen in den Pflegeinstitutionen zu begegnen. In der INTERCARE-Studie wurde ein pflegegeleitetes Versorgungsmodell mit Methoden der Implementationsforschung entwickelt [13]. Die wichtigsten Methoden der Implementationsforschung, die genutzt wurden, umfassen die Kontextanalyse, den Einbezug von Stakeholdern und einen theoriegeleiteten Ansatz auf der Grundlage des Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) [14] sowie die Definition von Implementationsstrategien.

Die Kontextanalyse hat uns ermöglicht, die verschiedenen Elemente nationaler, pflegegeleiteter Versorgungsmodelle in Schweizer Pflegeinstitutionen im Hinblick auf die Elemente der Modelle zu beschreiben und zu verstehen, welche davon in Schweizer Pflegeinstitutionen relevant sind. Darüber hinaus haben wir Faktoren identifiziert, die die Einführung des Modells beeinflussen können. Die identifizierten förderlichen und hinderlichen Faktoren dienen als Grundlage für die Definition von Implementationsstrategien, um die Akzeptanz des Modells zu verbessern (z. B. durch die Bereitstellung von Schulungen oder die Unterstützung der Pflegeinstitutionen) [15].

### 2.1 – INTERCARE Kernelemente

Das INTERCARE-Modell besteht aus **sechs Kernelementen**. Jedes Kernelement hat sowohl minimale Anforderungen, die von den Pflegeinstitutionen umgesetzt werden sollten, als auch periphere Anforderungen, um sicherzustellen, dass jede Pflegeinstitution jedes der Kernelemente an seine internen Strukturen und Prozesse anpassen kann. Die sechs Kernelemente sind:

#### 1. Interprofessionelles Behandlungsteam:

Die Bedürfnisse und Fähigkeiten von Bewohnern/-innen sind komplex. Das interprofessionelle Behandlungsteam ist eine Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige Pflege, die auf die individuellen Bedürfnisse der Bewohner/-innen und Angehörige zugeschnitten ist. Für INTERCARE ist dieses interprofessionelle Behandlungsteam definiert als mindestens zwei verschiedene Berufsgruppen, wie diplomierte Pflegefachpersonen, Ärzte/-innen, Vertreter/-innen therapeutischer Berufe oder Sozialarbeiter/-innen,

die zusammenarbeiten, um die individuellen Bedürfnisse der Bewohner/-innen auf positive Weise anzugehen [16].

Um die interprofessionelle Zusammenarbeit zu gewährleisten, definiert jede Pflegeinstitution als Minimalanforderung eine klare Struktur, die die Kommunikation zwischen mindestens zwei verschiedenen Gesundheitsfachpersonen erleichtert (z. B. Treffen, Visiten) und kommuniziert diese innerhalb der Pflegeinstitution klar. Generell wird vom Pflegeteam erwartet, dass es sich mit den relevanten Fachkräften in Verbindung setzt, um die Probleme der Bewohner/-innen zu lösen. Wir empfehlen den Pflegeinstitutionen auch, über die Rolle der INTERCARE Pflegenden für die Unterstützung der Pflegeteams in der Kommunikation mit den Ärzten/-innen nachzudenken.

#### 2. INTERCARE Pflegende:

Die INTERCARE Pflegende ist das zentrale Element von INTERCARE. INTERCARE Pflegende werden von der Pflegeinstitution angestellt und arbeiten vor Ort. Die INTERCARE Pflegende ist eine diplomierte Pflegefachperson, von der erwartet wird, dass sie mindestens drei Jahre Erfahrung in einer Pflegeinstitution als diplomierte Pflegefachperson hat und für mindestens 60% pro 80 Plätze arbeitet (d. h. 25h/Woche pro 80 Bewohner/-innen).

Die INTERCARE Pflegende ist in die klinische Praxis eingebettet, und die Kerntätigkeit der INTERCARE Pflegenden umfasst das Coaching und die Unterstützung des Pflegeteams bei der Entscheidungsfindung in komplexen Bewohner-situationen und bei der allgemeinen Pflege. Das Coaching und die Unterstützung durch die INTERCARE Pflegende sollen das Pflegepersonal befähigen, akute Probleme effektiv zu bewältigen, chronische Krankheiten kompetent zu begleiten und geriatrische Symptome zu managen. Weiterhin unterstützt, bzw. leitet die INTERCARE Pflegende Gespräche mit Bewohnern/-innen und Angehörigen, um individuellen Bedürfnissen und Erwartungen gerecht zu werden. Darüber hinaus unterstützt die INTERCARE Pflegende die Pflegeteams bei der Vorbereitung von ärztlichen Visiten oder bei der Kommunikation, um die interprofessionelle Zusammenarbeit positiv zu beeinflussen und eine effiziente Kommunikation zwischen Bewohnern/-innen, Pflegeteams und Ärzten/-innen sicherzustellen. Das Ziel der Rolle ist es, die klinischen Ergebnisse und die Lebensqualität der Bewohner/-innen zu verbessern und

ungeplante Spitaleinweisungen (einschliesslich Besuch der Notfallstation) zu reduzieren.

Das Ausmass, in welchem die INTERCARE Pflegende an der Qualitätsverbesserung beteiligt ist, kann je nach Kontext variieren und hängt von der lokalen Struktur der Pflegeinstitution, sowie der Kapazität und Erfahrung der INTERCARE Pflegenden ab. Auch das Ausmass, in welchem die INTERCARE Pflegende an der Umsetzung des multidimensionalen geriatrischen Assessments beteiligt ist, beruht auf ihrer bisherigen Erfahrung und den spezifischen Möglichkeiten der Pflegeinstitution, ein kontinuierliches Training unter Aufsicht eines Arztes/einer Ärztin anzubieten oder zu unterstützen.

### 3. Umfassendes geriatrisches Assessment (Comprehensive Geriatric Assessment, CGA):

CGA ist ein multidimensionaler, interprofessioneller 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 [17].

Die INTERCARE Pflegende sollte eine umfassende Beurteilung der Bewohnerbedürfnisse unter Einbeziehung aller Dimensionen, d. h. der physischen, funktionellen, psychischen, sozialen und wirtschaftlichen Dimension, durchführen, die das Wohlbefinden des Bewohners/der Bewohnerin beeinflussen. Als Minimalanforderung sollen die Pflegeinstitutionen sich überlegen, welche validierten Assessmentinstrumente für ihre Situation am besten geeignet sind, diese mit den zuständigen Ärzten/-innen besprechen und anschliessend Schritt für Schritt einführen. Die Pflegeinstitutionen können frei entscheiden, welche Assessment-Instrumente sie einführen möchten, wer diese anwenden soll (z. B. alle Pflegenden, nur INTERCARE Pflegende, Physiotherapeuten/-innen) und wann diese eingesetzt werden.

### 4. Vorausschauende Gesundheitsplanung (Advance Care Planning, ACP):

ACP ist ein fortlaufender Prozess, um sicherzustellen, dass Bewohner/-innen, Angehörige und/oder die vertretungsberechtigten Personen über Möglichkeiten und Folgen möglicher Behandlungen gut informiert sind, und um zu gewährleisten, dass ihre Anliegen, Wünsche und Bedürfnisse in den Pflege- und Behandlungsplan einbezogen werden [18]. ACP-Gespräche müssen geschult werden und die Implementierung der vorausschauenden Planung als Routineprozess benötigt Zeit und Ressourcen. 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 eintretenden Bewohnern/-innen besprochen werden sollten: das Vorhandensein einer Patientenverfügung, Wünsche bezüglich einer Reanimation, Wünsche bezüglich Wiederbelebungsmaßnahmen und Herzdruckmassage, und Wünsche für eine eventuelle Spitaleinweisung im Falle einer Notfallsituation, sei es für lebensverlängernde Massnahmen oder zur Symptomlinderung. Wir erwarteten, dass die Pflegeinstitutionen entweder die aufgrund des ACP-Gesprächs getroffenen Entscheidungen dokumentierten oder die Ablehnung des Bewohners/der Bewohnerin, ein ACP-Gespräch zu führen. Zusätzlich verlangten wir, dass die Pflegeinstitutionen sich Prozesse überlegen, damit für Bewohner/-innen in instabilem Zustand vor den Wochenenden ein Notfallplan vorliegt. Als eine periphere Anforderung stand es den Pflegeinstitutionen frei zu entscheiden, wer die ACP-Gespräche umsetzen würde.

### 5. Evidenzbasierte Instrumente:

Diese drei Instrumente unterstützen den Kommunikationsprozess und die Reflexion über Spitaleinweisungen in Pflegeteams [8]:

» **STOP&WATCH** zur Unterstützung des Informationsflusses über Zustandsveränderungen von Bewohnern/-innen zwischen Assistenz- und Hilfspersonal und diplomierten Pflegefachpersonen/FaGe/FaBe [8]. Als periphere Anforderung könnten die Pflegeinstitutionen die Nutzung von **STOP&WATCH** auf andere Mitarbeitende ausweiten, wie z. B. Reinigungspersonal, Aktivierungspersonal, Therapeuten/-innen oder Besucher/-innen.

» **ISBAR** besteht aus standardisierten Fragen in fünf Bereichen, um sicherzustellen, dass die Mitarbeitenden prägnante und fokussierte Informationen weitergeben. ISBAR steht für (Identifikation (Introduction), Situation (Situation), Hintergrund (Background), Einschätzung (Assessment), Empfehlung (Recommendation). ISBAR dient der Strukturierung und Verbesserung der Kommunikation zwischen den FaGe/ FaBe/, diplomierten Pflegefachpersonen und Ärzten/-innen über Zustandsveränderungen bei den Bewohnern/-innen [8]. Im Rahmen der Minimalanforderung sollte ISBAR von allen Pflegefachpersonen/FaGe verwendet werden, wenn Ärzte/-innen in Situationen kontaktiert werden, in denen sich der Zustand eines Bewohners/ einer Bewohnerin verschlechtert hatte.

» Das letzte Instrument, das von der INTERCARE Pflegenden zwingend eingesetzt werden sollte, ist das «**Reflexionsinstrument**» [8], um für jede ungeplante Verlegung eine Ursachenanalyse durchzuführen. Dieses hilft besser zu verstehen, wie und warum eine Verlegung stattgefunden hat und zu lernen, wie ähnliche Verlegungen in Zukunft vermieden werden können. Die INTERCARE Pflegenden diskutiert Verlegungen mit den involvierten Personen. Mit der Führung können mögliche Muster und häufige Gründe für ungeplante Verlegungen besprochen werden, um daraus Massnahmen abzuleiten.

» Als periphere Anforderung können verschiedene **Behandlungspfade** implementiert werden, um eine standardisierte klinische Entscheidungsfindung zu unterstützen [8]. Behandlungspfade beinhalten Schritte, die durchgeführt werden können, wenn ein bestimmtes Symptom, wie z. B. Fieber oder Kurzatmigkeit festgestellt wird. Dies hilft dem Pflegefachpersonal zu entscheiden, welche weiteren Abklärungen wann, in welcher Form und wie von wem vorgenommen werden sollten. Jede Pflegeinstitution kann selbst entscheiden, ob, wie und wann sie diese umsetzen möchte. Mit INTERCARE haben wir sieben Behandlungspfade für die folgenden Symptome oder Krankheiten bereitgestellt: Kurzatmigkeit, Fieber, Magen-Darm Symptome, kongestive Herzinsuffizienz, Harnwegsinfektion und Infektion der oberen Atemwege.

Das **STOP&WATCH**- und **ISBAR**-Instrument kann in deutscher Sprache von unserer Website heruntergeladen werden:

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

STOP&WATCH, ISBAR, das Reflexionsinstrument und die Behandlungspfade wurden aus dem INTERACT-Programm «Interventions to Reduce Acute Care Transfers» [8] adaptiert. INTERACT ist ein Programm zur Qualitätsverbesserung, das die Identifizierung, Bewertung und Kommunikation von Veränderungen im Bewohnerstatus verbessern soll. INTERACT® wurde erstmals in einem von den Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) unterstützten Projekt entwickelt. Weitere Informationen finden Sie hier:

<https://pathway-interact.com>

## 6. Datengesteuerte Qualitätsverbesserung:

Um die Qualität zu dokumentieren und zu verbessern, benötigt eine Pflegeinstitutionen einen strukturierten, organisationsweiten Ansatz, um die zugrunde liegenden Arbeitsprozesse zu verstehen und zu verbessern. Auf der Grundlage von Bewohnerdaten (z. B. aus RAI-NH, Qualitätsindikatoren), kann die Pflegeinstitution entscheiden, an welchen Themen sie arbeiten möchte. Darauf aufbauend können Interventionen nach dem PDCA-Zyklus (Planen (plan) – Tun (do) – Überprüfen (check) – Umsetzen (act)) umgesetzt werden. Während der Implementierung analysierte die Forschungsgruppe die Daten zu den Spitaleinweisungen und nationalen Qualitätsindikatoren (z. B. bewegungseinschränkende Massnahmen, Gewichtsverlust, Schmerzen, Polymedikation) und stellte die Ergebnisse den Pflegeinstitutionen in Form von Benchmarking-Berichten zur Verfügung. Das Ziel bestand darin, die Ergebnisse regelmässig zu diskutieren und die Pflegeinstitutionen bei der Bewältigung identifizierter Probleme zu unterstützen. Als Minimalanforderung entscheidet die Pflegeinstitution, wer für die Interpretation der Ergebnisse und die Umsetzung von Qualitätsverbesserungsmassnahmen verantwortlich ist.

## 2.2 – Implementierungsstrategien

Basierend auf der durch CFIR [14] geleiteten Kontextanalyse konnten hinderliche und förderliche Faktoren identifiziert werden, die einen Einfluss auf die Implementierung des pflegegeleiteten Versorgungsmodells haben. Für die Kontextanalyse wurden 14 Schweizer Pflegeinstitutionen, die mit pflegegeleiteten Versorgungsmodellen arbeiteten, untersucht. Die identifizierten Faktoren nutzten wir, um ein Bündel von **Implementierungsstrategien** zu definieren [15]. Eine Implementierungsstrategie steht für eine Handlung, die hilft die Umsetzung der sechs Kernelemente des Modells im Alltag zu fördern. Wir haben die Strategien auf der Grundlage der Zusammenstellung von Expertenempfehlungen für die Umsetzung von Veränderungen (ERIC) [15, 19] festgelegt:

### **Förderung der Anpassungsfähigkeit:**

Wie oben diskutiert, haben alle Kernelemente sowohl minimale als auch periphere Anforderungen. Die Minimalanforderungen von INTERCARE beschreiben essentielle und nicht ersetzbare Teile vom INTERCARE Modell und sind nicht anpassbar. Die peripheren Anforderungen können an interne Strukturen und Prozesse der Pflegeinstitutionen angepasst werden. Diese Möglichkeit erhöht die Akzeptanz und Machbarkeit des Modells. Ein Beispiel für eine periphere Anforderung sind die Arbeitszeiten der INTERCARE Pflegenden.

### **Beurteilung der Veränderungsbereitschaft:**

Die Kontextanalyse bestätigte, dass ohne die Bereitschaft der Führung der Pflegeinstitutionen zur Veränderung das Modell nicht erfolgreich umgesetzt werden kann. Dementsprechend unterstützte die Forschungsgruppe die Führungspersonen bei der Vorbereitung und Implementierung der Veränderungen. In der Vorbereitungsphase reflektierten und diskutierten die Führungspersonen die Vision, die sie für das Modell hatten, und die Bereitschaft und Motivation des Personals, aktuelle Praxismuster zu verändern.

### **Formales Commitment einholen:**

Da es sich bei INTERCARE um eine Forschungsstudie handelte, verpflichteten sich die teilnehmenden Pflegeinstitutionen vertraglich zur Umsetzung des Modells.

### **Hinderliche und förderliche Faktoren identifizieren:**

Alle Pflegeinstitutionen sind einzigartig und unterscheiden sich z. B. in Bezug auf Ressourcen, Führungsstile oder Visionen. In der Vorbereitungsphase reflektierten die Pflegeinstitutionen zusätzlich ihre eigenen, potentiell hinderlichen und förderlichen Faktoren für die Modellimplementierung und erarbeiteten Strategien, um diesen zu begegnen. Diese Strategien zielten zum Beispiel auf Themen wie fehlende Unterstützung der Hausärzte/-innen für die Rolle der INTERCARE Pflegenden, Herausforderungen während der Rekrutierung einer INTERCARE Pflegenden oder hohe Fluktuationsraten. Die Forschungsgruppe diskutierte mit den einzelnen Pflegeinstitutionen, wie man die Faktoren am besten identifizieren und ihnen begegnen könnte.

### **Neue klinische Teams zusammenstellen:**

In jeder Pflegeinstitution wurde ein Implementierungsteam zusammengestellt, um die Umsetzung des Modells zu unterstützen. In einigen Pflegeinstitutionen hatten die INTERCARE Pflegenden Arbeitsgruppen mit «Champions», um die Implementierung auf jeder Abteilung zu überwachen. Jedes Mitglied des Pflegeteams kann ein Champion werden mit entsprechendem Training und Unterstützung.

### **Blended-Learning-Curriculum für die INTERCARE Pflegenden:**

Die INTERCARE Pflegenden haben unterschiedliche klinische Erfahrung/Berufserfahrung und unterschiedliche Ausbildungshintergründe, je nachdem, ob sie weitere Fort- und Weiterbildungen nach Abschluss der Grundausbildung besucht haben. Um die Kernkompetenzen anzugleichen, insbesondere für noch nicht lang diplomierte Pflegefachpersonen, die die Rolle der INTERCARE Pflegenden übernehmen, wurde im Rahmen der INTERCARE Studie ein Blended-Learning-Curriculum entwickelt. Das Curriculum umfasst acht Module: klinische Führung und Kommunikation, Multidimensionales geriatrisches Assessment, Geriatrische Syndrome, Chronische Erkrankungen, Akute Symptome, Medikationsmanagement und Datenbasierte Qualitätsentwicklung. Dieses Curriculum erlaubte, die INTERCARE Pflegenden im geriatrischen Fachwissen zu stärken und sie auf ihre Rolle vorzubereiten. Das Curriculum war **dynamisch gestaltet mit verschiedenen Lernmethoden**, wie z. B. E-Learning, Selbstevaluation, Reflexion, persönliche Treffen und Coaching. Darüber hinaus

entwickelte und verteilte die Forschungsgruppe **Schulungsmaterial**, das die Implementierung der evidenzbasierten Instrumente unterstützte.

#### **Kontinuierliche Unterstützung für Pflegeinstitutionen:**

Um die Pflegequalität kontinuierlich zu verbessern, mussten die Pflegeinstitutionen die aus ihren Daten abgeleiteten Ergebnisse verstehen; daher stellte die Forschungsgruppe **lokale technische Unterstützung** beim Datenmanagement und in den Diskussionen während regelmässiger Treffen bereit. Zusätzlich bot die Forschungsgruppe **laufende Beratung** an. Es wurden zweimonatliche Treffen mit jeder Pflegeinstitution durchgeführt, um die Umsetzung der Kernelemente, hinderliche und förderliche Faktoren zu diskutieren und offene Fragen mit den Führungspersonen und den INTERCARE Pflegenden zu besprechen. Zusätzlich führte die Projektkoordinatorin (Mitglied des Forschungsteam) zweiwöchentliche Telefonate mit den INTERCARE Pflegenden durch, um individuelle Herausforderungen im Implementierungsprozess zu besprechen, ihre Fortschritte in der Rollenentwicklung zu diskutieren und einen effektiven Wissenstransfer sicherzustellen.

Basierend auf den Datenexporten zu ungeplanten Spitalweisungen und Qualitätsindikatoren **auditierte** die Forschungsgruppe die **Qualitätsergebnisse und gab Feedback**. Die Forschungsgruppe half herauszufinden, wo Verbesserungspotential bestand und welche Massnahmen die Pflegeinstitutionen wählen könnten, um die Verbesserung anzugehen. Zusätzlich monitorierte die Forschungsgruppe die Wahrnehmung des Personals bezüglich Arbeitsumgebungsqualität und dem neu eingeführten Modell mit Fragebogenerhebungen jeweils bei Modellstart, nach sechs und nach 12 Monaten. Die Ergebnisse der Umfragen wurden halbjährlich mittels strukturierter Berichte an die Pflegeinstitutionen zurückgemeldet.

## 3 – Entwicklung des INTERCARE-Modells

Die Entwicklung des INTERCARE-Modells mit seinen sechs Kernelementen basierte auf vier Studien: 1) Literaturrecherche zur Evidenz bezüglich internationaler, pflegegeleiteter Versorgungsmodelle, die effektiv vermeidbare Spitaleinweisungen reduzieren, 2) Durchführung einer kontextuellen Analyse mit Fallstudien, um ein besseres Verständnis für bereits bestehende pflegegeleitete Versorgungsmodelle zu erlangen, 3) dem Input von Stakeholdern, um die Kompetenzen und Aufgabenbereiche der INTERCARE Pflegenden zu bestimmen und 4) Einbezug der Meinungen von Bewohnern/-innen und Angehörigen. Die Entwicklung der Kernelemente des Modells folgte CFIR [14].

### 3.1 – Stärke der Evidenz (erste Studie)

**In einer ersten Studie** wurden fünf internationale, pflegegeleitete Versorgungsmodelle identifiziert, die effektiv Besuche auf der Notfallstation oder Spitaleinweisungen reduzierten [6-10]. Die Inhalte der Modelle flossen in den Inhalt der sechs INTERCARE Kernelemente ein. Das erste gemeinsame Element, das in allen fünf Modellen identifiziert wurde, war der Einsatz von APNs. APNs gehörten zum interprofessionellen Team, arbeiteten klinisch, führten klinische Assessments durch, beurteilten und managten episodische und chronische Erkrankungen. Die APNs coachten Pflegeteams, boten klinische Führung und förderten die interprofessionelle Zusammenarbeit.

Darüber hinaus arbeiteten drei der fünf identifizierten Modelle mit INTERACT (Interventions to Reduce Acute Care Transfers). Das INTERACT-Programm konzentriert sich auf die frühzeitige Erkennung, Bewertung und Behandlung von akuten Erkrankungen der Bewohner/-innen, um Spitaleinweisungen zu reduzieren [8]. Um die Spitalweisungsraten zu reduzieren, wurden in den Pflegeinstitutionen lokale Champions eingesetzt und verschiedene Instrumente zur Verfügung gestellt, wie z. B. STOP&WATCH, ISBAR, Reflexionsinstrumente und ACP [8].

### 3.2 – Kontextanalyse (zweite Studie)

**In der zweiten Studie** wurde eine kontextuelle Analyse mit Fallstudien von Schweizer Pflegeinstitutionen durchgeführt. Die Kontextanalyse hatte zwei Ziele. Einerseits konnten wir basierend auf den 14 in den Fallstudien untersuchten Pflegeinstitutionen verstehen, welche Elemente der Modelle für den Schweizer Kontext passend und umsetzbar sind [20]. Das Explorieren der Kompetenzen und Ergebnisse der Pflegeexperten/-innen in den Schweizer Pflegeinstitutionen war ein wesentlicher Teil der Kontextanalyse. Andererseits konnten wir auf Grund der Kontextanalyse hinderliche und förderliche Faktoren identifizieren, die die Einführung des Modells beeinflussten. Auf der Grundlage der identifizierten Faktoren haben wir die oben dargestellten Implementierungsstrategien entwickelt. Insgesamt **umfasste die Kontextanalyse 14 Fallstudien** und die Ergebnisse wurden in einer fallübergreifenden Synthese zusammengefasst.

#### Fallbeispiele (Schweizer Pflegeinstitutionen)

Die fallübergreifende Synthese ergab zwei gemeinsame Elemente für alle pflegegeleiteten Versorgungsmodelle in der Schweiz. Das erste gemeinsame Element waren die diplomierten Pflegefachpersonen, die als Pflegeexperten/-innen arbeiteten (d. h. über den Kompetenzbereich der diplomierten Pflegefachperson hinaus); international als diplomierte Pflegefachperson in erweiterter Rolle bezeichnet [21]. Das zweite gemeinsame Element war die Nutzung von Daten, um die Qualitätsverbesserung voranzutreiben.

Anhand der Fallstudien konnten wir feststellen, dass der Auslöser für die Einführung von pflegegeleiteten Versorgungsmodellen häufig aus einer Kombination von verschiedenen Elementen resultierte, abhängig von den Bedürfnissen und Visionen der Pflegeinstitutionen. Dazu gehörten die Bedürfnisse der Bewohner/-innen und Angehörigen, verfügbare Ressourcen, Personalprobleme und Umstrukturierungsprozesse in der Pflegeinstitution. Pflegeexperten/-innen und Führung mussten eng zusammenarbeiten, um die Rolle der Pflegeexperten/-innen zu entwickeln und sie waren im ständigen Austausch, um eine gemeinsame Vision für ihren Auftrag und die zu bietende Pflege aufzubauen. Dies erleichterte die Einführung der neuen Versorgungsmodelle in den verschiedenen Pflegeinstitutionen. Entsprechend waren die Versorgungsmodelle

in den Fallstudien stets in Entwicklung, basierend auf internen Veränderungen, sowie neuen Erwartungen und Bedürfnissen.

### **Rollen der Schweizer Pflegeexperten/-innen**

Die Pflegeexperten/-innen haben sich in verschiedenen Bereichen spezialisiert mit Ausbildungen wie z. B. ein Certificate of Advanced Studies in Demenz oder ein Diploma of Advanced Studies in Palliative Care; und zwei waren Pflegeexperten/-innen APN (diplomierte Pflegefachpersonen mit einem Masterabschluss in Pflege). Die Pflegeinstitutionen haben die Rollen der Pflegeexperten/-innen an ihre Fähigkeiten und Stärken angepasst und an die Bedürfnisse der Pflegeinstitution.

Wir beschrieben den Inhalt der Pflegeexperten/-innen-Rollen gemäss Hamrics Framework für Advanced Practice Nursing [22]. Hamrics Modell umfasst sieben Kompetenzbereiche, darunter: **klinische Praxis, Coaching, klinische und professionelle Führung, interprofessionelle Zusammenarbeit, ethische Entscheidungsfindung und Forschungsfähigkeiten** [22]. Forschungskompetenz war der am wenigsten entwickelte Kompetenzbereich der Pflegeexperten/-innen. Im Bereich der Forschungskompetenz konzentrierten sich die Pflegeexperten/-innen in der Regel darauf, evidenzbasierte Informationen zu nutzen, um pflegerische Handlungen zu unterstützen oder Richtlinien zu aktualisieren. Die meisten Pflegeexperten/-innen konzentrierten sich ausschliesslich auf diese Expertenrolle, und nur wenige kombinierten sie mit einer Managementposition, z. B. als Stationsleitung. Einige arbeiteten in einer Pflegeinstitution an einem Standort, andere über mehrere Standorte hinweg, die zur gleichen Pflegeinstitutionen-Gruppe gehörten (Eine detaillierte Zusammenfassung der 14 Pflegeinstitutionen, die an der Fallstudie teilgenommen haben, ist im Anhang 1 auf unserer Website zu finden:

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

Die Modelle aus der deutschsprachigen Schweiz liegen in deutscher Sprache vor, die Modelle aus der französisch- und italienischsprachigen Schweiz in französischer Sprache).

### *Kompetenzen der Pflegeexperten/-innen:*

» Die **klinische Praxis** ist eine Kerntätigkeit aller Pflegeexperten/-innen. Sie verleiht ihnen Glaubwürdigkeit, da sie in der Lage sind, das Pflegepersonal bei der Identifizierung und Lösung von Problemen zu unterstützen, und sie gewinnen Akzeptanz als Experten/-innen, da sie Coaching anbieten und klinische Führung übernehmen. Der Grad der Einbindung in die klinische Praxis ist unterschiedlich: Während sich einige von ihnen auf die Unterstützung und Anleitung in komplexen Situationen beschränkten, beurteilten andere neu eintretende Bewohner/-innen, entwickelten gemeinsam mit Bewohnern/-innen und Familienmitgliedern Pflegeziele oder unterstützten sie bei akuten Ereignissen. Ihre klinische Praxis ermöglichte es ihnen, Wissenslücken der Pflegeteams zu erkennen und Gelegenheiten zu ergreifen, um Mitarbeitende zu coachen und ihre geriatrische Expertise zu stärken.

» Pflegeexperten/-innen identifizierten den Bedarf an Innovation, Praxisentwicklung und evidenzbasierter Praxis. Sie alle hatten **klinische Führungsrollen**, bewerteten und verbesserten die Sicherheit der Bewohner/-innen, die Pflegequalität, die Lebensqualität und die personenzentrierte Pflege.

» Alle Pflegeexperten/-innen betonten die Wichtigkeit der **interprofessionellen Zusammenarbeit**, nicht nur mit den Ärzten/-innen, sondern auch mit allen anderen Gesundheitsberufen, die an der Pflege und Behandlung der Bewohner/-innen beteiligt sind. Sie unterstützten die Pflegeteams bei der Kommunikation mit den Ärzten/-innen und hatten je nach Arztmodell die Möglichkeit, eng mit den Ärzten/-innen zusammenzuarbeiten (z. B. täglicher Austausch über aktuelle Probleme).

» Im Bereich der **ethischen Entscheidungsfindung** halfen Pflegeexperten/-innen, ethische Dilemmata zu erkennen und effektiv zu bewältigen. Sie spielten eine wesentliche Rolle im ACP mit Bewohnern/-innen und Familienmitgliedern, um Wünsche und Erwartungen an die Behandlung und Pflege zu klären. Mindestens eine Pflegeexpertin in jeder Pflegeinstitution war darin geschult, offene Diskussionen und Gespräche am Lebensende mit Bewohnern/-innen und Familienmitgliedern zu führen.

### **Datengesteuerte Qualitätsverbesserung**

Alle Pflegeeinrichtungen in den Fallstudien nutzten **datengesteuerte Qualitätsverbesserung**. Sie nutzten Bewohnerdaten (z. B. Qualitätsindikatoren aus den Bedarfserhebungsinstrumenten), um die Qualität zu kontrollieren und zu verbessern. Sie nutzten die Daten, um Aktionspläne zu beschliessen und um das Personal für bestimmte Themen zu sensibilisieren. Zusätzlich nutzten sie alle Umfragen bei Mitarbeitenden, Bewohnern/-innen oder Angehörigen, um deren Meinung zu ermitteln und verbesserungsbedürftige Bereiche zu identifizieren.

### **Überlegungen vor der Implementierung**

Anhand der Fallstudien konnten wir mehrere **Faktoren** identifizieren, **die die Implementierung eines pflegerisch geleiteten Pflegemodells potenziell erschweren oder erleichtern könnten** (alle Faktoren sind im Anhang 2 «Zusammenfassung potenzieller Einflussfaktoren auf die Implementierung eines Modells in Pflegeinstitutionen» beschrieben, der in englischer und deutscher Sprache auf unserer Website verfügbar ist: <https://intercare.nursing.unibas.ch/publikationen/>). Die Faktoren wurden in Anlehnung an CFIR strukturiert [14]. Zwei der fünf Dimensionen von CFIR werden hier beispielhaft ausgeführt.

**Interventionsmerkmale.** Das pflegegeleitete Versorgungsmodell sollte auf ein lokales Problem oder Anliegen reagieren und dabei auf die Bedürfnisse und Gegebenheiten der Pflegeinstitution angepasst werden. Ein und dasselbe Modell passt nicht zu jedem Kontext, zu jeder Pflegeinstitution, da diese unterschiedliche Ressourcen und Bedürfnisse haben.

Die Kompetenzen der Pflegeexperten/-innen müssen klar definiert werden, und die Rolle muss sich von der Rolle der diplomierten Pflegefachpersonen unterscheiden. Wenn Pflegeexperten/-innen als Ressource wahrgenommen werden und in der täglichen Praxis den Pflegeteams Unterstützung bieten, steigt die Akzeptanz der Rolle in den Pflegeteams und es erhöht die Präferenzen des Pflegeteams, mit Pflegeexperten/-innen zusammenzuarbeiten. Damit das Modell im Alltag funktioniert, benötigen Pflegeexperten/-innen Berufserfahrung, geriatrisches Fachwissen und gute soziale und Führungskompetenzen.

**Innerer Rahmen.** Eine Organisationskultur, die für die Umsetzung des Modells fördernd ist, zeichnet sich aus durch (1) eine transparente Kommunikation zwischen den

Mitarbeitenden und der Führung, (2) gegenseitigen Respekt zwischen den Professionen, (3) eine gemeinsame Vision hinsichtlich der Rolle von Pflegeexperten/-innen in der Pflegeinstitution und (4) eine kontinuierliche Unterstützung der Mitarbeitenden und Pflegeexperten/-innen.

Die Pflegeinstitution sollte die Einführung des neuen Versorgungsmodells sorgfältig vorbereiten. Zur Vorbereitung gehört die Klärung der Ziele und Kompetenzen der Pflegeexperten/-innen und ein Plan für die Integration der Rolle in die täglichen Arbeitsabläufe (z. B. wann werden Pflegeexperten/-innen auf den Abteilungen vorbeigehen oder mit dem Arzt/der Ärztin Kontakt aufnehmen). Von Anfang an müssen alle wichtigen Interessengruppen wie Ärzte/-innen und Abteilungsleiter/-innen in die Entwicklung und Umsetzung der Rolle eingebunden werden.

### **3.3 – Einbeziehung von Stakeholdern (dritte Studie)**

**In der dritten Studie** bewerteten die **Stakeholder** relevante Kompetenzen und Ergebnisse für die diplomierten Pflegefachpersonen in erweiterten Rollen für den Schweizer Kontext [21]. Basierend auf der Literaturrecherche (Studie 1) und den Fallstudien (Studie 2) wurden mögliche Kompetenzen und Ergebnisse von Pflegeexperten/-innen APN extrahiert und in eine strukturierte Fragebogenerhebung integriert [21]. Die Stakeholder-Gruppe bestand dabei aus Vertretungen der Leistungserbringer, Leitungspersonen aus den Pflegeinstitutionen, Kostenträgern (z. B. ein Delegierter einer Versicherungsgesellschaft) sowie politischen Entscheidungsträgern und Vertretungen von verschiedenen Berufsgruppen. Die Stakeholder bewerteten klinische Fachführung und Coaching, Unterstützung und Befähigung des Pflegeteams und Verbesserung der Pflegequalität durch evidenzbasierte Praxis als Kernkompetenzen der Pflegefachpersonen in erweiterten Rollen (1). Insbesondere betonten die Stakeholder, dass es eine Sorgfalt bei der Definition der spezifischen Kompetenzen der Rolle braucht, damit die Rolle der regulären diplomierten Pflegefachperson nicht eingeschränkt wird mit der Einführung der neuen Rolle. Genauso wichtig ist die Anpassung der Rolle und Kompetenzen auf den lokalen Kontext.

### 3.4 – Einbeziehung von Bewohnern/-innen und Familienmitgliedern (vierte Studie)

In der letzten Studie haben wir **Fokusgruppeninterviews mit Bewohnern/-innen und Angehörigen** durchgeführt, um deren Erfahrungen und Bedürfnisse in Akutsituationen zu erforschen [23]. Die Fokusgruppen fanden in drei Pflegeinstitutionen statt, die mit Pflegeexperten/-innen arbeiteten (zwei in der Deutschschweiz und eine in der Romandie). 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 wichtigste Erkenntnis veränderte unser Verständnis bezüglich akuten Situationen. Die Forschungsgruppe hatte unter akuten Situationen primär eine medizinische Problematik verstanden, in der Handlung erforderlich ist. Die Bewohner/-innen und Angehörigen hingegen verstanden die akuten Situationen als jene Situationen, in denen die Grundbedürfnisse der Bewohner/-innen oder Angehörigen nicht erfüllt waren und die Lebensqualität nicht erhalten werden konnte. Dementsprechend sollte die Förderung von Beziehungen zwischen Personal und Bewohnern/-innen und Gespräche über Bedürfnisse und Wünsche (z. B. mit ACP oder der Erstellung eines gemeinsamen Pflegeplans) ein wichtiger Teil der Rolle der INTERCARE Pflegenden sein. Darüber hinaus sprachen die Bewohner/-innen und Angehörigen aus allen teilnehmenden Pflegeinstitutionen über ähnliche tägliche Erfahrungen von beschränkten Ressourcen, eingeschränktem Zugang zu diplomierten Pflegefachpersonen mit geriatrischem Fachwissen und eingeschränktem Zugang zu Ärzten/-innen, die in der Regel nicht vor Ort verfügbar sind. Die detaillierten Ergebnisse sind in einer Publikation beschrieben [23].

## 4 – Synthese

### INTERCARE – eine mögliche Antwort auf aktuelle Herausforderungen in Pflegeinstitutionen

Das INTERCARE-Modell bietet eine potenzielle Lösung, um geriatrisches Fachwissen in Pflegeinstitutionen zu bringen, die Qualität der Pflege zu verbessern und ungeplante Spitaleinweisungen zu reduzieren. Das INTERCARE-Modell ist evidenzbasiert und baut auf bestehenden Schweizer Modellen auf, wobei es eine machbare, kontextuell angepasste Lösung bietet, die auf weitere Betriebe ausgedehnt werden kann. Wie in den Fallstudien basiert auch das INTERCARE-Modell auf Pflegefachpersonen in erweiterten Rollen, die als INTERCARE Pflegenden arbeiten und von den Pflegeinstitutionen angestellt werden. Das Ziel der Rolle ist es, internes geriatrisches Fachwissen zur Verfügung zu stellen und die Kompetenzen des Pflegepersonals zu stärken. Zu den Aufgaben der INTERCARE Pflegenden gehört regelmässiges Vorbeigehen auf den Abteilungen, um den Pflegeteams nahe zu sein und sich in die klinische Pflege einzubringen sowie Coaching und Schulungen anzubieten. Die INTERCARE Pflegenden verfügt über das Fachwissen, um Lücken in der Praxisentwicklung anzusprechen und Projekte nach Bedarf zu implementieren, um die Vision und Ziele der Pflegeinstitution zu erfüllen.

Pflegegeleitete Versorgungsmodelle unter Leitung der Pflegeexperten/-innen APN wären eine grosse Bereicherung für Schweizer Pflegeinstitutionen. Allerdings ist dies derzeit keine umsetzbare Möglichkeit, wenn man bedenkt, wie wenige Pflegeexperten/-innen APN zur Verfügung stehen für eine Tätigkeit in der Langzeitpflege. Ausserdem hat die Schweiz nur begrenzte Erfahrung mit Pflegeexperten/-innen APN, da das erste diesbezügliche Programm erst im Jahr 2000 startete [24]. Im Jahr 2015 hatten nur 328 Pflegeexperten/-innen APN graduiert, und die meisten von ihnen sind in der Akutpflege tätig [24].

Ein weiteres wesentliches Element des INTERCARE-Modells ist die interprofessionelle Zusammenarbeit. Die Versorgungsziele der Bewohner/-innen können nur mit einem interprofessionellen Team erreicht werden. Die INTERCARE Pflegenden unterstützen den Aufbau einer

vertrauensvollen Beziehung zu den zuständigen Ärzten/-innen. Alle Pflegeinstitutionen in den Fallstudien betonten, wie wichtig es ist, mit den Bewohnern/-innen und Angehörigen über ihre Bedürfnisse und Wünsche zu sprechen und sich auf eine personenzentrierte Pflege zu konzentrieren. Alle Pflegeinstitutionen arbeiteten bis zu einem gewissen Grad mit ACP, z. B. durch die Dokumentation der Wünsche der Bewohner/-innen bei Eintritt oder am Ende des Lebens. Daher ist ACP ein weiteres wichtiges Element des INTERCARE-Modells. Die Integration von ACP in die Routineversorgung bleibt jedoch eine Herausforderung für Pflegeeinrichtungen, insbesondere wenn sie keinen Arzt/keine Ärztin vor Ort in der Einrichtung haben [25, 26]. Dementsprechend beginnt INTERCARE mit ACP, indem es Minimalanforderungen, wie Gespräche über den Reanimationsstatus und Wünsche bezüglich Spitaleinweisungen definiert. Nach der Implementierung des INTERCARE-Modells in den elf Pflegeinstitutionen in der deutschsprachigen Schweiz (Phase B der INTERCARE-Studie), wird die Forschungsgruppe die Machbarkeit und Akzeptanz von ACP evaluieren, um aus den gemachten Erfahrungen Hinweise auf die Implementierung von ACP zu geben.

### Evidenzbasierte Instrumente

Das Kernelement der evidenzbasierten Instrumente umfasst das **STOP&WATCH**, **ISBAR** und das **Reflexionsinstrument**. Dieses Kernelement ist das einzige, das ausschliesslich auf der Literatur basiert und nicht aufgrund der Ergebnisse aus den Fallstudien auf die lokalen Gegebenheiten angepasst wurde. Die Literatur weist darauf hin, dass die frühzeitige Erkennung von Zustandsveränderungen von Bewohnern/-innen und deren effektive Weiterleitung an die zuständige diplomierte Pflegefachperson/Fachperson Gesundheit und Ärzte/-innen sowie eine gründliche Analyse der Faktoren, die zu Verlegungen ins Spital beigetragen haben, zur Reduktion von Spitaleinweisungen führen kann. Daher haben wir die drei evidenzbasierten Instrumente des INTERACT-Programms verwendet, das ungeplante Spitaleinweisungen effektiv reduziert hat [8]. Wir haben STOP&WATCH zur Unterstützung der frühzeitigen Erkennung von Veränderungen im Zustand der Bewohner/-innen, ISBAR zur strukturierten Kommunikation mit Ärzten/-innen und das Reflexionsinstrument zur Reflexion ungeplanter Spitaleinweisungen genutzt.

### **Datenbasierte Qualitätsentwicklung**

Das Kernelement der datenbasierten Qualitätsentwicklung wurde in allen Pflegeinstitutionen aus den Fallstudien genutzt. Routinemässig erhobene Bewohnerdaten ermöglichen den Pflegeinstitutionen zu entscheiden, wo sie Aktivitäten zur Qualitätsentwicklung investieren möchten und wo der Fokus der Pflegeexperten/-innen am besten hingeleitet wird. Die Daten bilden eine Grundlage für die strategischen Entscheidungen zur Verbesserung der Pflegequalität und die Entwicklung von weiteren Massnahmen. Für die INTERCARE-Studie war die Erhebung und Auswertung von Spitaleinweisungen und Qualitätsindikatoren wichtig.

### **INTERCARE Pflegende**

Die klinische Führungsposition der INTERCARE Pflegenden bietet eine Karriereleiter für diplomierte 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.

Um die INTERCARE Pflegenden für ihre Rolle vorzubereiten, haben wir ein Programm entwickelt, das die Basis bietet für die Entwicklung eines Certificate of Advanced Studies (weitere Informationen über das Programm: <https://nursing.unibas.ch/de/weiterbildung/cas-intercare/>). Wir betonen nachdrücklich, dass die Rolle der INTERCARE Pflegenden nicht die Pflegeexperten/-innen APN ersetzt, sondern eine Ergänzung darstellt. Die INTERCARE Pflegende ist eine pragmatische Lösung um Pflegeinstitutionen zu helfen, kurzfristig geriatrische Expertise aufzubauen. Eine APN bietet eher eine mittel- und langfristige Lösung und kann als Weiterführung und Ergänzung dienen. Sowohl die INTERCARE Pflegende als auch die Pflegeexperten/-innen APN können in derselben Pflegeinstitution arbeiten, jede innerhalb ihres spezifischen Aufgabenbereichs, um Bewohner/-innen und Angehörige zu betreuen sowie Pflegeteams zu unterstützen.

### **Von einem Forschungsprojekt zum Gebrauch im Alltag**

Die Entwicklung des INTERCARE-Modells wurde durch die Implementierungsforschung vorangetrieben. Die wichtigste Methodik der Implementierungsforschung zur Modellentwicklung beruht auf einer Kombination aus Kontextanalyse und Einbezug von Stakeholdern, was wiederum zur Definition von Implementierungsstrategien führt. Dies ermöglicht die Entwicklung innovativer Lösungen, die für alltagsrelevant sind und erfolgreich umgesetzt werden können. Während uns die Literaturrecherche erlaubte, effektive pflegegeleitete Versorgungsmodelle zu identifizieren, hat uns die Kontextanalyse anhand der Fallstudien ermöglicht, verschiedene Elemente nationaler, pflegegeleiteter Versorgungsmodelle zu beschreiben und zu verstehen, welche Elemente in Schweizer Pflegeinstitutionen relevant sind. Der Einbezug der Stakeholder trug dazu bei, akzeptable Kompetenzen und erwartete Ergebnisse von Pflegefachpersonen in erweiterten Rollen in solchen Modellen zu identifizieren [21].

Die Kontextanalyse diente auch als Orientierung bei der Definition von Implementierungsstrategien, die auf Basis der identifizierten hinderlichen und förderlichen Faktoren definiert wurden und so die Umsetzung des INTERCARE-Modells in den Pflegeinstitutionen erleichterten. In der Evaluation der Phase B werden wir untersuchen, welche Implementierungsstrategien für den Erfolg der Implementierung grundlegend sind (Teil des weiteren nationalen Berichts).

Die Pflegeinstitutionen können diesen Bericht als Quelle nutzen, wenn sie ein pflegegeleitetes Versorgungsmodell einführen möchten. Die Reflektion über Kernelemente des eigenen Modells, über hinderliche und förderliche Faktoren, die berücksichtigt werden müssen damit die Einführung klappt und über die benötigten Implementierungsstrategien, können die Bemühungen unterstützen. Die Pflegeinstitutionen können die Kernelemente von INTERCARE unter Berücksichtigung ihrer eigenen Bedürfnisse und Ressourcen an ihren lokalen Kontext anpassen. Die Beschreibungen der Pflegeinstitutionen, die an den Fallstudien teilgenommen haben (Anhang 1), können als Beispiele und Inspiration dienen.

Die Einführung eines pflegegeleiteten Versorgungsmodells ist eine grössere organisatorische Veränderung auf allen Ebenen der Organisation und bringt Verschiebungen von Verantwortlichkeiten mit sich. Dementsprechend ist die Bereitschaft für eine solche Veränderung von entscheidender Bedeutung. Die Führung der Pflegeinstitution braucht eine klare Vision der Veränderungen, die sie bewirken möchte. Die INTERCARE Pflegende braucht die entsprechende Vorbereitung, die geriatrische Expertise und gute Sozial- und Führungskompetenzen, um die Rolle umzusetzen. Das INTERCARE-Modell hat das Potenzial, die Pflegeinstitutionen bei der Bewältigung der wachsenden Herausforderungen zu unterstützen und die Qualität der Pflege sowie die Lebensqualität der Bewohner/-innen zu verbessern. Finanzielle Anreize können die allgemeine Entwicklung von Pflegeexperten/-innen in Pflegeinstitutionen unterstützen und fördern, um aktuelle Probleme anzugehen und auf neue Herausforderungen vorbereitet zu sein.

Ein weiterer nationaler Bericht wird 2022 veröffentlicht werden, nachdem wir die Implementierung des INTERCARE-Modells in den 11 deutschsprachigen Pflegeinstitutionen sorgfältig evaluiert haben. Aktuell laufen die Analysen, 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	<i>Vorausschauende Planung [Advance Care Planning]</i>
APNs	<i>Pflegeexperten/-innen APN [ Advanced Practice Nurses]</i>
CAS	<i>Certificate of Advanced Studies</i>
CFIR	<i>Consolidated Framework for Implementation Research</i>
CGA	<i>Umfassendes geriatrisches Assessment [Comprehensive Geriatric Assessment]</i>
ERIC	<i>Expertenempfehlungen für die Umsetzung der Änderungserfassung [Expert Recommendation for Implementing change]</i>
INTERACT	<i>Interventionen zur Reduzierung von Überweisungen in die Akutversorgung</i>
INTERCARE	<i>Improving INTERprofessional CARE for better resident outcomes</i>
ISBAR	<i>Identifikation [Identification], Situation [Situation], Hintergrund [Background], Einschätzung [Assessment], Recommendation [Empfehlung]</i>
PDCA	<i>Planen [Plan] - Durchführen [Do] - Kontrollieren [Check] - Act [Handeln]</i>

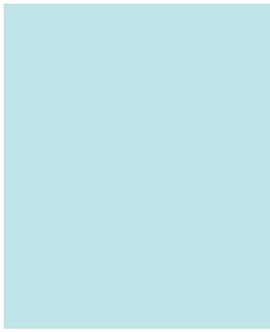
# Referenzen

1. 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](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf?ua=1)
2. Ng R., Lane N., Tanuseputro P., Mojaverian N., Talarico R., Wodchis W.P., . . . Hsu A.T. (2020). Increasing complexity of new nursing home residents in Ontario, Canada: A serial cross-sectional study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(6), 1293-1300. doi:10.1111/jgs.16394
3. Fujisawa R., & Colombo F. (2009). *The long-term care workforce: overview and strategies to adapt supply to a growing demand* (No. 44). OECD Health Working Papers, OECD Publishing, Retrieved from: <https://doi.org/10.1787/225350638472>.
4. 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
5. 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
6. 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. doi:10.1016/j.jamda.2017.05.027
7. 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. University of Minnesota, Retrieved from: <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.522.8780&rep=rep1&type=pdf>
8. 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
9. 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
10. 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/nursepraco2/np\\_report\\_022302.pdf](http://www.health.gov.on.ca/en/common/ministry/publications/reports/nursepraco2/np_report_022302.pdf)
11. International Council of Nurses. (2020). *Guidelines on advanced practice nursing*. Retrieved from: [https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN\\_APN%20Report\\_EN\\_WEB.pdf](https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf)
12. 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>
13. 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/smww.2020.20323
14. 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
15. 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
16. 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
17. Rubenstein L.Z. (2015). Evolving models of comprehensive geriatric assessment. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(6), 446-447. doi:10.1016/j.jamda.2015.03.012
18. Séchaud L., Goulet C., Morin D., & Mazzocato C. (2013). Advance care planning for institutionalised older people: An integrative review of the literature. *International Journal of Older People Nursing*, 9(2), 159-168. doi:10.1111/opn.12033
19. 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

20. Yin R.K. (2009). *Case Study Research: Design and methods* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
21. 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
22. Hamric A.B. (2015). *Advanced Practice Nursing. An integrative approach* (5th ed.). Missouri, USA: Elsevier.
23. Basinska K., Kunzler-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
24. Maier C.B., Aiken L.H., & Busse R. (2017). *Nurses in advanced roles in primary care: Policy levels for implementation* (No. 98). OECD Health Working Papers OECD Publishing, Retrieved from: <https://www.oecd-ilibrary.org/content/paper/a8756593-en>
25. 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
26. Hecht K., Krones 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







**Educating  
Talents**  
since 1460.

Universität Basel  
Pflegerwissenschaft - Nursing Science  
Department Public Health  
Bernoullistrasse 28  
4056 Basel, Switzerland  
[nursing.unibas.ch](http://nursing.unibas.ch)