



Universität
Basel

Medizinische Fakultät
Departement Public Health

Pflegewissenschaft
Nursing Science



inter*care*

Ein pflegegeleitetes Versorgungsmodell
zur Stärkung der geriatrischen
Kompetenz in Pflegeinstitutionen:
**Implementierung und Evaluation des
INTERCARE-Modells.**



Das **INTERCARE** Projekt wurde finanziert von:



Gesundheitsversorgung
Nationales Forschungsprogramm



Ein pflegegeleitetes Versorgungsmodell
zur Stärkung der geriatrischen Kompetenz
in Pflegeinstitutionen:
**Implementierung und Evaluation des
INTERCARE-Modells.**

Die Autor*innen:

Raphaëlle-Ashley Guerbaai

Christine Serdaly

Michael Simon

Carlo De Pietro

Kornelia Basinska

Nathalie I.H. Wellens

Jana Bartakova

Reto W. Kressig

Andreas Zeller

Sabina De Geest

Franziska Zúñiga

Basel, 2023

Über diesen Bericht

Dieser Bericht kann von unserer Website heruntergeladen werden:

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

Diese Publikation ist der zweite nationale Bericht zur INTERCARE-Studie, die vom Schweizerischen Nationalfonds (SNF) im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms "Smarter Health Care" (NFP 74) finanziert wurde.

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

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

Erfahren Sie mehr über unsere Arbeit

www.intercare.nursing.unibas.ch

Vorgeschlagene Zitierung

Guerbaai, R.A., Serdaly, C., Simon, M., De Pietro, C., Basinska, K., Wellens N.I.H., Bartakova, J., Kressig, R.W., Zeller, A., De Geest S., Zúñiga, F. (2023). Ein pflegegeleitetes Versorgungsmodell zur Stärkung der geriatrischen Kompetenz in Pflegeinstitutionen: Implementierung und Evaluation des INTERCARE-Modells.

Institut für Pflegewissenschaft, Medizinische Fakultät, Universität Basel. Abgerufen von

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

Veröffentlicht von

Institut für Pflegewissenschaft, Medizinische Fakultät, Universität Basel, 2023

© Institut für Pflegewissenschaft, Medizinische Fakultät, Universität Basel, 2023

INTERCARE™ ist eine eingetragene und geschützte Marke.

Dieses Werk ist lizenziert unter einer Creative Commons Attribution – NonCommercial – NoDerivatives 4.0 International License.



Inhaltsverzeichnis

<i>Kapitel 1</i> – Einführung	... 5
<i>Kapitel 2</i> – Anwendung der Implementationsforschung in Pflegeinstitutionen	... 8
Implementierungsstrategien: Unterstützung bei der Implementierung von INTERCARE	... 8
Strategien zur Erhaltung von INTERCARE	... 9
<i>Kapitel 3</i> – Teilnehmende Pflegeinstitutionen	... 12
Beschreibung der Pflegeinstitutionen	... 12
Kontext für die Implementierung	... 12
INTERCARE Pflegefachpersonen...	19
<i>Kapitel 4</i> – Implementierungsergebnisse	... 24
In der INTERCARE-Studie gemessene Implementierungsergebnisse	... 24
Wichtigkeit der Implementierungsstrategien	... 27
<i>Kapitel 5</i> – Der erfolgreiche Effekt des INTERCARE-Modells	... 30
INTERCARE: eine Lösung zur Reduzierung ungeplanter Spitaleinweisungen	... 30
Die Implementierung der gesundheitlichen Vorausplanung	... 30
Interprofessionelles Behandlungsteam	... 31
Ergebnisse der Pflege- und Betreuungspersonen	... 32
Kostenwirksamkeit von INTERCARE	... 34
Anekdotische Evidenz	... 34
<i>Kapitel 6</i> – Die Nachhaltigkeit von INTERCARE	... 36
<i>Kapitel 7</i> – Diskussion	... 38
Allgemeine Erfolge und Herausforderungen von INTERCARE	... 38
Nächste Schritte in der Forschung	... 40
Nächste Schritte in der Schweizer Landschaft	... 41
Empfehlungen	... 42
Abkürzungen	... 43
Tabellen und Abbildungen	... 44
Literaturverzeichnis	... 45

Über die Studie

Die aktuelle Situation in der Schweiz

Wie andere europäische Nachbarländer hat auch die Schweiz Schwierigkeiten, geriatrisches Fachwissen in der stationären Langzeitpflege zu stärken und zu erhalten sowie Personal für die Pflegeinstitutionen zu gewinnen, was bei einer wachsenden älteren Bevölkerung zu Personalmangel führt. Ältere Menschen in Pflegeinstitutionen haben verschiedene Erkrankungen, sind sehr vulnerabel und oft kognitiv eingeschränkt und benötigen dementsprechend eine komplexe Pflege, um die Qualität der Gesundheitsversorgung zu erhalten. Die SARS-COVID-19-Pandemie hat die Situation in den Pflegeinstitutionen verschärft, da das Pflegepersonal zusätzliche Aufgaben übernehmen und besondere Sicherheitsvorkehrungen treffen musste, was zusätzliche Zeit in Anspruch nahm und somit Zeit von der direkten Pflege abzog. Die mit der Pandemie verbundenen Quarantäneinterventionen führten zu weiteren Personalengpässen und setzten die Pflegeinstitutionen zunehmend unter finanziellen Druck. Neben der jüngsten Pandemie und saisonalen Epidemien sind die Pflegeinstitutionen mit einer wachsenden Anzahl pflegebedürftiger älterer Menschen konfrontiert, während es gleichzeitig schwierig ist, genügend Personal für die Langzeitpflege zu rekrutieren und zu halten. Neue Pflegemodelle haben sich als hilfreich erwiesen, um Pflegeinstitutionen bei der Bewältigung des Wandels in der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen zu unterstützen und sie bei der Bewältigung demografischer, wirtschaftlicher und technologischer Herausforderungen zu begleiten.

Mögliche Lösungen

Eine mögliche Lösung für diese Herausforderungen sind pflegegeleitete Versorgungsmodelle, die durch einen gezielten Skill-Mix eine umfassende Versorgung älterer Menschen mit chronischen Erkrankungen bieten. Diese Modelle haben das Potenzial, die geriatrische Kompetenz vor Ort zu stärken und die Attraktivität des Pflegeberufs im Bereich der Langzeitpflege zu erhöhen.

INTERCARE ist ein solches Modell. Das pflegegeleitete Versorgungsmodell INTERCARE wurde unter Anwendung implementierungswissenschaftlicher Grundsätze als kontextgerechtes, nachhaltiges pflegegeleitetes Modell entwickelt, unter anderem durch die Kombination von evidenzbasierten Interventionen mit kontextbezogenen Informationen. Ziel von INTERCARE ist es, die Qualität

der Pflege zu verbessern, die interprofessionelle Zusammenarbeit zu fördern und ungeplante Spitaleinweisungen in Schweizer Pflegeinstitutionen zu reduzieren. Die INTERCARE-Studie dauerte 4 Jahre (2017-2020). Sie 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 Phase A der Studie wurde das INTERCARE-Modell entwickelt und in Phase B in 11 Pflegeinstitutionen in der Deutschschweiz getestet.

Nationale INTERCARE Berichte

Dieser nationale Bericht ist eine Fortsetzung eines früheren Berichts mit dem Titel "Ein pflegegeleitetes Versorgungsmodell zur Stärkung der geriatrischen Kompetenz in Pflegeinstitutionen: Die Entwicklung und Inhalte des INTERCARE-Modells.", der vom Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel im Jahr 2021 veröffentlicht wurde. Der erste INTERCARE Bericht befasst sich mit dem ersten Teil der Studie, der Phase A. Er enthält die Beschreibung und Entwicklung eines pflegegeleiteten Modells im Rahmen der INTERCARE-Studie ("Verbesserung der interprofessionellen Pflege für bessere Bewohnerergebnisse – INTERCARE"). Eine kurze Zusammenfassung des ersten Berichts kann [hier](#) heruntergeladen werden.

In diesem zweiten nationalen Bericht werden die Ergebnisse des zweiten Teils der Studie, Phase B, der Implementierung des INTERCARE-Modells auf Einrichtungs-, Abteilungs- und Bewohner*innen-Ebene sowie die wichtigsten Ergebnisse und Erfahrungen der Pflegeinstitutionen aus der Sicht der Leitung von Pflegeinstitutionen und der INTERCARE Pflegefachpersonen erörtert. Das Modell erwies sich als wirksam bei der Reduzierung ungeplanter Spitaleinweisungen und war – aus der Perspektive der Implementierungswissenschaft – für das Personal der Pflegeinstitutionen akzeptabel und umsetzbar und wurde insgesamt gut angenommen. Das INTERCARE-Modell war in den teilnehmenden Deutschweizer Pflegeinstitutionen zwar kostspieliger, aber effektiver als die übliche Versorgung.

INTERCARE Forschungsgruppe

Die Forschungsgruppe setzt sich aus Fachpersonen zusammen, die über ein breites Spektrum an Kompetenzen und Erfahrungen nicht nur in der Langzeitpflege, sondern auch in der Primär- und Akutversorgung sowie im privaten, staatlichen und nichtstaatlichen Sektor verfügen. Sie kommen aus dem klinischen Bereich, der Gesundheitsförderung, der Forschung, dem akademischen Bereich und dem Projektmanagement.

Institut für Pflegewissenschaft (INS), Medizinische Fakultät der Universität Basel, Schweiz

Prof. Dr. M. Simon (Studienleitung)

Prof. Dr. F. Zúñiga (Co-Leitung)

Prof. Dr. D. Nicca

Prof. Dr. S. De Geest

Dr. K. Basinska

Dr. R.A. Guerbaai

N. Zimmermann

Dr. J. Bartakova

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

Prof. Dr. A. Zeller

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

Prof. Dr. R. Kressig

Departement für Betriebswirtschaft, Gesundheit und Soziales an der Fachhochschule Südschweiz, Lugano, Schweiz

Prof. Dr. C. De Pietro

La Source School of Nursing, HES-SO Fachhochschule Westschweiz, Lausanne, Schweiz

Prof. Dr. N. Wellens

Serdaly & Ankers snc, Conches, Schweiz

C. Serdaly

Box 1. *INTERCARE Forschungsgruppe.*

Stakeholder

Die Arbeit der Forschungsgruppe wurde von einer Schweizer Stakeholdergruppe unterstützt. Die Stakeholder haben die INTERCARE-Studie während der Entwicklungs-, Implementierungs- und Evaluierungsphase unterstützt.

Vertretene Institutionen

*Patient*innen, Bewohner*innen und ältere Menschen:*

SPO Patientenschutz

Alzheimer Schweiz

Demenz Netzwerk beider Basel

Fachpersonen:

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

Gesundheitsdienstleister und Versicherungsgesellschaften:

CURAVIVA Schweiz

CURAVIVA Baselland

Vereinigung Freiburgischer Alterseinrichtungen

AFIPA-VFA

Senesuisse – Verband wirtschaftlich unabhängiger

Alters- und Pflegeeinrichtungen Schweiz

Universitätsspital Basel

Swiss Nurse Leaders (SNL)

Curafutura

Tarifsuisse ag

Bund und Kantone:

Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK/CDS)

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (OBSAN)

Box 2. *INTERCARE Stakeholder Gruppe.*

Danksagung

Dieser Bericht spiegelt das Engagement der Mitglieder der Forschungsgruppe, der Pflegeinstitutionen, die über zwei Jahre an der INTERCARE-Studie teilgenommen haben, der externen Mitarbeitenden, die die Schulungen und das Coaching der INTERCARE Pflegefachpersonen während der Studie durchgeführt oder unterstützt haben, sowie der Stakeholdergruppe wider.

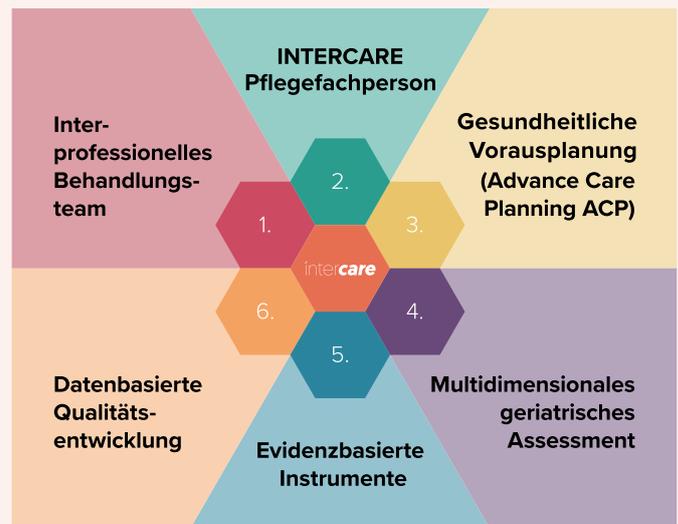
Die Implementierung und Auswertung des INTERCARE-Modells und dieser Bericht wären nicht möglich gewesen ohne die 11 Schweizer Pflegeinstitutionen, die bereit waren, ihre Zeit und Ressourcen in die Durchführung von INTERCARE zu investieren, einschliesslich der INTERCARE Pflegefachpersonen, der Leitungen der Pflegeinstitutionen, der Verwaltung der Pflegeinstitutionen, der Projektleitungen, Abteilungsleitungen, Ärzt*innen und aller anderen Mitarbeitenden. Sie haben die verschiedenen Kernelemente von INTERCARE mit viel Einsatz umgesetzt und unterstützten die Datenerhebung, indem sie Fragebögen ausfüllten, an Interviews teilnahmen, klinische Daten sammelten und an Sitzungen teilnahmen. Wir danken ihnen für ihre Zeit, ihre Bemühungen und ihr Engagement für die Studie. Ausserdem halfen sie uns zu Beginn unserer Reise, den Inhalt der Kernelemente des Modells zu klären. Sie gaben uns Feedback zu allen Dokumenten und Tools, die für eine erfolgreiche Implementierung des Modells erforderlich sind.

Die Stakeholdergruppe hat uns während der gesamten Dauer der Studie sehr unterstützt. Ihre Beiträge halfen bei der Entwicklung eines pflegegeleiteten Versorgungsmodells, das in den Schweizer Kontext passt, und ermöglichten es den Institutionen, Hindernisse bei der Implementierung zu überwinden, was zu einer nachhaltigen Intervention beitrug. Wir schätzen ihr Engagement und ihre Teilnahme sehr.

Aufbau des Berichts

Eine kurze Einführung in die INTERCARE-Studie wird in **Kapitel 1** gegeben. **Kapitel 2** konzentriert sich auf die Anwendung der Implementierungswissenschaft zur Unterstützung der Einführung von INTERCARE in Pflegeinstitutionen und beschreibt die angewandten Implementierungsstrategien und die Planung der Nachhaltigkeitsphase. **Kapitel 3** enthält eine Gesamtdarstellung der Pflegeinstitutionen, die an der Interventionsstudie teilgenommen haben, ihre Merkmale, ihren Implementierungskontext und einen detaillierten Überblick über die INTERCARE Pflegefachpersonen und ihr Profil. **Kapitel 4** fokussiert die im Rahmen der Studie gemessenen Implementierungsergebnisse: den Grad der Treue zur Implementierung, sowie die Akzeptanz und die Machbarkeit der einzelnen Kernelemente. **Kapitel 5** erörtert die Auswirkungen von INTERCARE auf ungeplante Spitalweisungen, auf das interprofessionelle Behandlungsteam und auf die gesundheitliche Vorausplanung sowie die Kosteneffizienz des Modells. **Kapitel 6** gibt Aufschluss darüber, wie die Abteilungsleitungen die Aufrechterhaltung verschiedener Kernelemente einschätzten, und **Kapitel 7** beleuchtet einige der Erfolge und Herausforderungen von INTERCARE sowie mögliche Verbesserungen und Empfehlungen.

Das INTERCARE-Modell im Überblick



Das INTERCARE-Modell besteht aus sechs Kernelementen:

1. Interprofessionelles Behandlungsteam
2. INTERCARE Pflegefachperson
3. Gesundheitliche Vorausplanung
4. Multidimensionales geriatrisches Assessment
5. Evidenzbasierte Instrumente
6. Datenbasierte Qualitätsentwicklung

Das zentrale Element des Modells ist die INTERCARE Pflegefachperson, eine diplomierte Pflegefachperson mit erweiterter Rolle. Im Vergleich zur diplomierten Pflegefachperson verfügt sie über zusätzliche Kompetenzen und Verantwortlichkeiten im Betrieb. INTERCARE Pflegefachpersonen übernehmen, unterstützt von der Leitung von Pflegeinstitutionen, die Verantwortung für das klinische Leadership in komplexen Bewohner*innen-Situationen, befähigen Pflegeteams durch Coaching und Unterstützung in ihrem Alltag und erleichtern die interprofessionelle Zusammenarbeit. INTERCARE Pflegefachpersonen schliessen Lücken im geriatrischen Fachwissen, um Schaden zu vermeiden und die Pflegequalität zu verbessern. Darüber hinaus leiten sie gemeinsam mit der Leitung von Pflegeinstitutionen die Implementierung des multidimensionalen geriatrischen Assessments (Comprehensive Geriatric Assessment: CGA) und der gesundheitlichen Vorausplanung (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.

Box 3. Das INTERCARE-Modell.

Kapitel I – 1 Einführung

Das Schweizer Gesundheitssystem

Die steigende Lebenserwartung und eine alternde Bevölkerung mit zahlreichen chronischen Erkrankungen, einschliesslich Komorbiditäten und Demenz, stellen die Gesundheitssysteme vor grosse Herausforderungen. Bis 2030 wird es mehr Menschen geben, die 65 Jahre und älter sind, als Menschen, die jünger als fünf Jahre sind, und derzeit ist unser Gesundheitssystem nicht auf die Komplexität der Versorgung dieser wachsenden Gruppe älterer Menschen vorbereitet (Bundesamt für Gesundheit. 2016; Bundesamt für Statistik. 2020a; Merçay et al. 2016). Gleichzeitig kann die Zahl der medizinischen Leistungserbringer, wie z. B. Hausärzt*innen, und der Pflegefachpersonen den wachsenden Bedarf nicht decken, was zu einem erheblichen Mangel an Gesundheitsfachkräften in der Langzeitpflege führt, insbesondere in Pflegeinstitutionen (Bundesamt für Statistik. 2020a).

In der Schweiz wird ein Teil der Pflege von Bewohner*innen in Pflegeinstitutionen von nicht-tertiären Pflegefachpersonen mit geringer medizinischer Ausbildung und geriatrischem Fachwissen erbracht (Bundesamt für Gesundheit. 2016). In der Schweiz gibt es drei Hauptkategorien von Pflege- und Betreuungspersonen, die je nach Funktion und Ausbildungsniveau definiert werden. Diplomierten Pflegefachpersonen in der Schweiz verfügen über eine mindestens 3-jährige Diplombildung; eine Fachperson Gesundheit EFZ ist vergleichbar mit einer "Licensed Practical Nurse" (LPN) / "Licensed Vocational Nurse" (LVN) in den USA und verfügt über eine 3-jährige Ausbildung mit Fähigkeitszeugnis im Gesundheitswesen. Eine Assistenzperson mit einem Berufsattest hat eine 2-jährige Ausbildung und Hilfspersonal hat eine 2- bis 3-monatige Ausbildung oder eine Ausbildung am Arbeitsplatz (Bundesamt für Statistik. 2020b). Die meisten diplomierten Pflegefachpersonen arbeiten in Spitälern (67% der Gesamtzahl), während Fachpersonen Gesundheit EFZ eher in Pflegeinstitutionen beschäftigt sind (58%), wie auch das Assistenz- und Hilfspersonal (60%). Im Jahr 2018 lag der Qualifikationsmix in Pflegeinstitutionen bei rund 30% diplomierten Pflegefachpersonen, 40% Fachpersonen Gesundheit und 30% Assistenz- und Hilfspersonen (Bundesamt für Statistik. 2020b). Es zeigt sich, dass Aufgaben,

die von nicht-tertiären Pflegefachpersonen ohne Aufsicht durch höher qualifiziertes Personal ausgeführt werden, zu einer suboptimalen Pflegequalität führen können, da ein konsequentes Management chronischer Erkrankungen und eine frühzeitige Erkennung von Verschlechterungen des Gesundheitszustands fehlen. Hohe Fluktuationsraten in der Langzeitpflege tragen ebenfalls zur Unbeständigkeit der Versorgung und zu einer hohen Arbeitsbelastung des bleibenden Personals bei. Darüber hinaus macht die derzeitige Organisation der Ärzt*innen in Pflegeinstitutionen in der Schweiz mit 77% auswärtigen Hausärzt*innen, die Koordination der Versorgung zu einer Herausforderung und behindert eine schnelle Beurteilung der Bewohner*innen in einer akuten Situation (Castle 2007; Lerner et al. 2014).

Ungeplante und vermeidbare Verlegungen ins Spital

Alle zuvor genannten Herausforderungen erhöhen die Wahrscheinlichkeit von unerwünschten Ereignissen und Spitaleinweisungen (Colombo et al. 2011; World Health Organization 2015; Zúñiga et al. 2010). In der Schweiz waren im Jahr 2013 42% aller Spitaleinweisungen aus Pflegeinstitutionen potenziell vermeidbar, was das Gesundheitssystem zwischen 89 und 105 Millionen Franken kostete (Muench et al. 2019). International zeigen die Zahlen, dass zwischen 19% und 67% der Spitaleinweisungen aus Pflegeinstitutionen potenziell vermeidbar sind (Graverholt et al. 2014). Unter Vermeidbarkeit sind Fälle zu verstehen, in denen der Spitalaufenthalt von Bewohner*innen durch eine frühere Erkennung der Verschlechterung und/oder eine bessere Versorgung in der Pflegeinstitution hätte vermieden werden können (Muench et al. 2019). Um ungeplante und vermeidbare Spitaleinweisungen zu reduzieren sowie die Versorgungsqualität zu verbessern, wurden pflegegeleitete Versorgungsmodelle entwickelt und umgesetzt. Diese Modelle beschreiben die Erbringung und Koordination der Pflege unter der Leitung von diplomierten Pflegefachpersonen in erweiterten Rollen, die eng mit Bewohner*innen und

Angehörigen zusammenarbeiten. Inwieweit diplomierte Pflegefachpersonen im Rahmen von pflegegeleiteten Versorgungsmodellen unabhängig von Ärzt*innen ihren Aufgaben nachgehen können, hängt von ihrem Ausbildungsstand und ihrem Tätigkeitsbereich ab.

INTERCARE: Ein pflegegeleitetes Versorgungsmodell

Auf internationaler Ebene werden die meisten pflegegeleiteten Versorgungsmodelle von einer Advanced Practice Nurse (APN¹) geleitet oder beinhalten eine APN. In der Schweiz, wie auch in anderen europäischen Ländern, sind APNs nicht ohne Weiteres verfügbar und arbeiten nicht routinemässig in Pflegeinstitutionen. Um dieses Problem anzugehen und die Schwierigkeiten bei der Anpassung bestehender pflegegeleiteter Versorgungsmodelle an den Schweizer Kontext zu überwinden, wurde das INTERCARE-Modell entwickelt, um der Situation und den Bedürfnissen der Schweizer Pflegeinstitutionen gerecht zu werden (Zúñiga et al. 2019). Das Rückgrat von INTERCARE bestand darin, das Modell auf eine diplomierte Pflegefachperson zu stützen, die in einer erweiterten Rolle arbeitet – die sogenannte INTERCARE Pflegefachperson (Zúñiga et al. 2019). Das Modell baut darauf auf, diplomierte Pflegefachpersonen zu rekrutieren, die in der eigenen Pflegeinstitution arbeiten oder über Erfahrung in der stationären Langzeitpflege verfügen. Dies ermöglicht es Pflegeinstitutionen, in die Weiterbildung und Erweiterung der Rollen von bereits in der Institution arbeitenden diplomierten Pflegefachpersonen zu investieren, was Zeit und Ressourcen sparen kann und gleichzeitig hilft, sonstige Herausforderungen zu umgehen (z. B. brauchen neue Mitarbeitende Zeit, um sich vollständig in einer Einrichtung zu integrieren und es braucht Zeit, um die richtige Person einzustellen). Die Position der INTERCARE Pflegefachperson wurde durch ein massgeschneidertes Curriculum unterstützt, das jeder INTERCARE Pflegefachperson half, sich vollständig auf ihre Rolle vorzubereiten und diese Rolle auf die Bedürfnisse ihrer jeweiligen Pflegeinstitutionen zuzuschneiden. Dies

war wichtig, um die klinischen geriatrischen Kompetenzen der INTERCARE Pflegefachperson zu stärken und sie beim Coaching und der Befähigung der Pflege- und Betreuungspersonen zu unterstützen und den Wissenstransfer in die Pflegeinstitutionen zu gewährleisten (Zúñiga et al. 2019). INTERCARE konzentrierte sich auch auf die Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen diplomierten Pflegefachpersonen und Hausärzt*innen oder Geriater*innen, um eine bessere Zusammenarbeit bei der Entscheidungsfindung für die Bewohner*innen zu fördern.

In der ersten Phase von INTERCARE entwickelten wir ein kontextangepasstes, aus mehreren Komponenten bestehendes pflegegeleitetes Versorgungsmodell mit einer breit angelegten Kontextanalyse. Die umfasste Fallstudien in 14 Pflegeinstitutionen in der deutsch-, französisch- und italienischsprachigen Region, die Einbeziehung von Stakeholdern und Workshops mit Bewohner*innen und Angehörigen. Der erste nationale Bericht, der [hier](#) heruntergeladen werden kann, beschreibt die Entwicklung des INTERCARE-Modells, einschliesslich der Schritte, die zur Zusammenstellung der sechs Kernelemente führten, die das INTERCARE-Modell bilden. Der Bericht beschreibt die sechs Kernelemente, einschliesslich ihrer minimalen und peripheren Anforderungen, sowie die Art und Weise, wie die Kontextinformationen gesammelt wurden, um die Kernelemente von INTERCARE zu entwickeln.

¹Der International Council of Nurses (ICN) definiert eine APN als "eine diplomierte Pflegefachperson, die das Fachwissen, die komplexen Entscheidungsfähigkeiten und die klinischen Kompetenzen für eine erweiterte Praxis erworben hat, deren Merkmale durch den Kontext und/oder das Land geprägt sind, in dem sie zur Praxis zugelassen ist. Ein Master-Abschluss wird für den Einstieg empfohlen" (ICN, 2008).



Kapitel 2 – Anwendung der Implementierungsforschung in Pflegeinstitutionen

Die Implementierungsforschung zielt darauf ab, die Einführung von evidenzbasierten Praktiken (EBP) oder Interventionen zu erleichtern (z. B. Pflegemodelle, die sich in einem realen Umfeld wie den Pflegeinstitutionen als wirksam erwiesen haben) (Peters et al. 2013). Die Stärke der Implementierungsforschung liegt in der Kombination mehrerer methodischer Überlegungen, einschliesslich Kontextanalyse, Einbeziehung von Stakeholdern und theoriegeleiteter Interventionsentwicklung. Bei der Arbeit im Bereich der Implementierungsforschung müssen Implementierungsstrategien entwickelt werden, d. h. Methoden oder Techniken, die dazu beitragen, dass die EBP oder Intervention unter realen Bedingungen wirksam wird (Powell et al. 2012). Theoretische Frameworks der Implementierungswissenschaft stehen zur Verfügung, um Forschende bei den verschiedenen Schritten der Studie anzuleiten. Die Frameworks werden benötigt, um die grundlegende konzeptionelle Struktur eines jeden Implementierungsprozesses zu verstehen und den Mehrwert und die Notwendigkeit der Einbeziehung lokaler Stakeholder zu untermauern (Aarons et al. 2011; Peters et al. 2014; Pfadenhauer et al. 2017). Um das Verständnis der verschiedenen Schritte zu unterstützen und die verschiedenen Phasen des Implementierungsprozesses zu beschreiben, haben wir in der gesamten INTERCARE-Studie das EPIS-Framework (Exploration, Preparation, Implementation, Sustainment) verwendet (Aarons et al. 2011). Dieser Bericht konzentriert sich auf die letzten beiden Phasen der Implementierung und Aufrechterhaltung. Die Phasen der Exploration und Vorbereitung werden im ersten nationalen Bericht ([hier](#)) beschrieben.

Implementierungsstrategien: Unterstützung bei der Implementierung von INTERCARE

Um die Pflegeinstitutionen bei der Vorbereitung der Implementierung des INTERCARE-Modells zu unterstützen, wurden vor der Implementierung des INTERCARE-Modells **Führungstreffen mit den Pflegeinstitutionen** organisiert. Die Pflegeinstitutionen wurden eingeladen, an einem ganztägigen und zwei halbtägigen Treffen teilzunehmen, **um die für die Implementierung erforderlichen Schritte zu diskutieren und konkret zu organisieren**. Während der Treffen diskutierten die Pflegeinstitutionen

über strukturelle Merkmale, ihr Implementierungsklima, die Art und Weise, wie sie über INTERCARE kommunizieren wollen, und ihre Bereitschaft, das INTERCARE-Modell umzusetzen. Sie erhielten **Informationen vom Forschungsteam und einige Leitfragen zur Vorbereitung auf die Folgesitzungen** mit dem Forschungsteam, so dass die Implementierung des INTERCARE-Modells konkreter wurde und Probleme antizipiert und diskutiert werden konnten. Die Pflegeinstitutionen erhielten ausserdem zu Beginn des ersten Treffens ein Portfolio mit Erklärungen und Beispielen von Tools, so dass **sie über ein Handbuch verfügten, auf das sie sich beziehen oder innerhalb der Pflegeinstitutionen weitergeben konnten**.

Nachdem die Pflegeinstitutionen mit dem INTERCARE-Modell gestartet sind, profitierten sie von einer **einmonatigen Anpassungsphase**, in der sich insbesondere die INTERCARE Pflegefachpersonen auf ihre neue Rolle einstellen konnten. Auf diese Weise konnten die Pflegeinstitutionen auch lernen, wie man Hospitalisierungsdaten erfasst und in eine Online-Plattform für die Studie eingibt. Darüber hinaus **unterstützte die INTERCARE Forschungskordinatorin** die Pflegeinstitutionen während des gesamten Studienzeitraums **telefonisch mit der Beantwortung** von Fragen und der Besprechung des Studienverlaufs in den Pflegeinstitutionen. Nach Studienbeginn **wurden alle zwei Monate persönliche Treffen mit jeder teilnehmenden Pflegeinstitution organisiert**, an denen in der Regel Mitglieder der Leitungsteams der Pflegeinstitutionen und INTERCARE Pflegefachpersonen teilnahmen. Bei diesen Treffen wurden die Implementierung des Modells sowie die hinderlichen und förderlichen Faktoren für die Implementierung der einzelnen Kernelemente besprochen. Bei den INTERCARE Pflegefachpersonen lag der Schwerpunkt auf der Entwicklung ihrer jeweiligen Rolle sowie auf der Erörterung spezifischer Bewohner*innen-Situationen. Die INTERCARE Pflegefachpersonen **wurden auch gecoacht**, um ihre Führungsqualitäten und ihr Fachwissen im Umgang mit Bewohner*innen zu stärken. Eine **vollständige Liste der Strategien**, die zur Implementierung von INTERCARE eingesetzt wurden, sowie deren Beschreibungen finden Sie in **Tabelle 1**.

Strategien zur Erhaltung von INTERCARE

Nach dem Ende der Studie planten 10 der 11 teilnehmenden Pflegeinstitutionen, das INTERCARE-Modell fortzuführen. In diesen Pflegeinstitutionen arbeiteten die INTERCARE Pflegefachpersonen weiterhin in ihren Rollen. In einer Pflegeinstitution wurde INTERCARE unterbrochen, nachdem sowohl die Leitung der Pflegeinstitution als auch die INTERCARE Pflegefachperson die Pflegeinstitution verlassen hatten.

In der Mitte der Studie diskutierte die Forschungsgruppe mit den Pflegeinstitutionen über die Weiterführung des INTERCARE-Modells. Ein persönliches Treffen mit allen Pflegeinstitutionen fand eintägig im Juni 2019, acht Monate vor Studienende, statt, um den Pflegeinstitutionen zu helfen, darüber nachzudenken und zu diskutieren, wie sie INTERCARE in ihren Pflegeinstitutionen weiterführen könnten. Das Ziel dieses Treffens war es, einen gemeinsamen Austausch über die INTERCARE-Studie mit allen teilnehmenden Pflegeinstitutionen zu fördern. Die ersten Ergebnisse der Studie (d. h. die Hospitalisierungsraten) wurden präsentiert und diskutiert, ebenso wie die Erfahrungen mit den Implementierungsstrategien, die zur Unterstützung der Implementierung von INTERCARE entwickelt wurden. Ein Austausch zwischen den INTERCARE Pflegefachpersonen und den Leitungen der Pflegeinstitutionen wurde angeregt, um Informationen über die Auswirkungen der INTERCARE-Studie sowie über zukünftige Erwartungen und Wünsche der Pflegeinstitutionen hinsichtlich der Entwicklung des INTERCARE-Modells zu sammeln. Neun Monate nach dem Ende von INTERCARE, im November 2020, fand ein Online-Treffen statt, das ursprünglich für Juni 2020 geplant war, um die Studie abzuschließen. Dieses Treffen wurde aufgrund der SARS-COVID-19-Pandemie verschoben und als Online-Treffen organisiert. Das übergeordnete Ziel dieses Treffens war es zu erörtern, welche Kernelemente in den Pflegeinstitutionen noch vorhanden sind und welche Anpassungen vorgenommen wurden. Ebenfalls wurden hinderliche und förderliche Faktoren im Zusammenhang mit der Fortführung der Arbeit mit den verschiedenen Kernelementen identifiziert. Die zusammenfassenden Ergebnisse dieses Treffens sind in Kapitel 7 beschrieben. Der zweite Teil dieses Treffens befasste sich mit der Frage, wie die Zahl der ungeplanten Spitaleinweisungen in bestimmten Situationen, z. B. nach einem Sturz eines Bewohners/einer Bewohnerin, verringert werden kann. Die Teilnehmenden erörterten, wie sie die Zusammenarbeit fortsetzen können, um Fachwissen

und Erfahrung zu gewinnen und die Entscheidungsfindung auf Basis von Anzeichen und Symptomen der Bewohner*innen zu verbessern. Zusätzliche Schulungen für die INTERCARE Pflegefachpersonen und speziell entwickelte Pfade zur Entscheidungsfindung wurden als notwendige nächste Schritte diskutiert.

Implementierungsstrategie	Beschreibung für INTERCARE
Internationale und nationale Besuche in Pflegeinstitutionen	Während der vorbereitenden Phase A der INTERCARE-Studie wurden Fallstudien in 14 Schweizer Pflegeinstitutionen durchgeführt, um Strukturen, Prozesse und Ergebnisse des pflegegeleiteten Versorgungsmodells sowie hinderliche und förderliche Faktoren für die Implementierung zu erfassen, sowie geplante Strategien, um hinderliche Faktoren zu reduzieren und die Nachhaltigkeit der Intervention zu gewährleisten. Es wurden auch internationale Modelle besucht, um einen Einblick in die Rolle der Pflegefachpersonen mit erweiterten Funktionen und die Unterschiede zwischen den Modellen zu erhalten.
Treffen mit Stakeholdern	Eine Stakeholder-Gruppe, bestehend aus Führungskräften von Pflegeinstitutionen, Ärzt*innen, politischen Entscheidungsträger*innen in der Schweiz und Vertretungen der kantonalen Verbände (vgl. S. 2), wurde in wichtige Entscheidungen bezüglich der Intervention einbezogen, wie z. B. die Entscheidung über die Angemessenheit der klinischen Aufgaben und Verantwortlichkeiten der neuen erweiterten Rolle der Pflegefachperson, die Definition der Kernelemente der Intervention, die Unterstützung bei der Identifizierung von hinderlichen und förderlichen Faktoren für die Implementierung der Intervention sowie die Erörterung von erwarteten Ergebnissen des Modells für den Schweizer Kontext. Die Stakeholdergruppe traf sich halbjährlich, um wichtige Punkte im Zusammenhang mit der Intervention auszutauschen und zu diskutieren.
Bestimmung von Kernelementen und peripheren Anforderungen des pflegegeleiteten Versorgungsmodells	Das Modell besteht aus 6 Kernelementen mit Minimalanforderungen sowie peripheren Anforderungen, die es ermöglichen, die Intervention auf die spezifischen Bedürfnisse der jeweiligen Pflegeinstitution zuzuschneiden (siehe Seite 6). Die Kernelemente müssen zwingend umgesetzt werden, während die peripheren Anforderungen individuell angepasst werden können. Die Kernelemente wurden entwickelt und beschrieben, um die spezifischen klinischen Ergebnisse der Studie zu erreichen.
Training und Schulungen für Leitungen der Pflegeinstitutionen	Speziell zugeschnittene Schulungen für die Leitungen der Pflegeinstitutionen und zusätzliches Personal wie Buchhaltung, Ärzt*innen und Pflegefachpersonen wurden durchgeführt, um die Akzeptanz und die Anpassung des pflegegeleiteten Modells an die einzelnen Pflegeinstitutionen zu gewährleisten, indem hinderliche und förderliche Faktoren ermittelt wurden. Allen 11 teilnehmenden Pflegeinstitutionen wurden eine ganztägige Schulung und zwei halbtägige Nachschulungen angeboten.
INTERCARE Pflegefachperson Blended Learning Curriculum	Mit der Einführung des Modells erwerben die INTERCARE Pflegefachperson neue Kompetenzen und Fähigkeiten, die das übliche Profil erweitern. So wurde ein Stellenprofil entwickelt und neue Kompetenzen beschrieben, um die Fähigkeiten zu gewährleisten, die Intervention durchzuführen. Die kontinuierliche Weiterbildung der INTERCARE Pflegefachpersonen begann bereits vor der Umsetzung des Modells im Betrieb und wurde während der Umsetzung weiter ausgebaut. Partnerschaften mit Bildungseinrichtungen der Pflege, die über geriatrisches Fachwissen und/oder Erfahrung in der Lehrplanentwicklung verfügen wurden etabliert. Der Lehrplan für das Blended Learning Curriculum umfasste: E-Learning, Lektüre, Tests, Reflexionen und Fallstudien sowie persönliche Treffen, was für eine variantenreiche Vermittlung der Inhalte der Weiterbildung sorgt. Durch diese Methoden wurden die Lernerfolge maximiert unter Berücksichtigung, dass Erwachsene unterschiedliche Lernstile und Arbeitsumgebungen haben.
Datenerhebung für Benchmarking und interne Qualitätskontrolle	Mit Hilfe von vierteljährlichen Exporten für Qualitätsindikatoren und laufende Datenerfassung für Spitaleinweisungen wurden die Pflegeinstitutionen dabei unterstützt herauszufinden, wo eine bessere Versorgungsqualität erreicht werden kann und welche Massnahmen sie ergreifen können. Dies wurde bei den zweimonatlichen Treffen in jeder Pflegeinstitution besprochen.
Kontinuierliche Unterstützung der Pflegeinstitutionen	Eine Forschungskordinatorin stand zur Verfügung, um eine gute Kommunikation zwischen den Pflegeinstitutionen und dem Forschungsteam zu gewährleisten. Es fanden regelmässige persönliche Treffen mit den Führungsteams statt. Eine Vernetzungsplattform stand den Pflegeinstitutionen zur Verfügung, um Erfahrungen und Dokumentationen auszutauschen, sowie zweimonatliche persönliche Treffen und zweiwöchentliche Telefonanrufe zur Unterstützung der INTERCARE Pflegefachperson während des Implementierungsprozesses.

Tabelle 1. Alle Implementierungsstrategien zur Implementierung von INTERCARE.

Kapitel 3 – Teilnehmende Pflegeinstitutionen

Siebzehn Pflegeinstitutionen in der Deutschschweiz wurden von der INTERCARE Forschungsgruppe während der Rekrutierungsphase für INTERCARE kontaktiert, basierend auf früheren Studienkooperationen und Empfehlungen von Mitgliedern der Stakeholdergruppe. Die Rekrutierung erfolgte auf der Grundlage der folgenden Einschlusskriterien: (1) Pflegeinstitutionen mit 60 oder mehr Pflegebetten, (2) 0,8 oder mehr Spitaleinweisungen pro 1'000 Pflagetage der Bewohner*innen im Jahr vor der Rekrutierung basierend auf ihren administrativen Daten, (3) in der Deutschschweiz gelegen. 11 Pflegeinstitutionen wurden zur Teilnahme an der INTERCARE-Studie eingeladen. Zusätzlich zu den Einschlusskriterien mussten sie sich bereit erklären, das pflegegeleitete Pflegemodell einzuführen und die entsprechenden Pflegefachpersonen in einer erweiterten Rolle zu rekrutieren. In jeder Pflegeinstitution wurden alle Bewohner*innen einbezogen, die ihre schriftliche Einwilligung gegeben hatten, mit Ausnahme der Kurzzeit-Bewohner*innen. Wenn die Bewohner*innen nicht einwilligen konnten, wurden ihre gesetzlichen Vertretungen angefragt.

Beschreibung der Pflegeinstitutionen

Siehe **Tabelle 2** für die Beschreibung der Pflegeinstitutionen, die an der INTERCARE-Studie teilnahmen.

Kontext für die Implementierung

Im Allgemeinen werden Informationen über den Kontext der Implementierung in der Forschung, insbesondere bei klinischen Studien, selten berichtet. Der Kontext, in dem eine Intervention durchgeführt wird, bezieht sich nicht nur auf die physische Umgebung, die Verfügbarkeit spezifischer Tools und die Verfügbarkeit von Zeitressourcen, sondern auch auf das Verhalten, das Engagement sowie die Einstellungen und Überzeugungen der beteiligten Mitarbeitenden in Bezug auf die Durchführung einer Intervention (Aarons et al. 2011). Der Kontext, in dem eine Intervention umgesetzt wird, ist ein entscheidender Faktor dafür, ob die Implementierung gelingt. Vor Beginn der INTERCARE Intervention haben wir eine Umfrage an alle Leitungen der Pflegeinstitutionen, Abteilungsleitungen und Mitarbeitenden der Pflegeinstitutionen geschickt, um Informationen über den Kontext zu sammeln, einschliesslich ihres Engagements für

INTERCARE, ihrer Einstellungen und Überzeugungen. Wir befragten 11 Leitungen von Pflegeinstitutionen und 51 Abteilungsleitungen zu Beginn der Modellumsetzung und 58 Abteilungsleitungen 12 Monate danach.

Insgesamt waren die Leitungen der Pflegeinstitutionen der Meinung, dass sie über die notwendigen personellen Ressourcen für die Implementierung von INTERCARE verfügten und dass die Mitarbeitenden der Pflegeinstitutionen durchaus bereit waren, INTERCARE umzusetzen. Auf die Frage nach ihrer Bereitschaft und der wahrgenommenen Bereitschaft des Personals der Pflegeinstitutionen zeigten sich die Abteilungsleitungen enthusiastisch, bei allen befragten Themen mitzuarbeiten: Gesundheitliche Vorausplanung, interprofessionelles Behandlungsteam, Schmerzmanagement bei Bewohner*innen und Spitaleinweisungen. Obwohl die wahrgenommene Bereitschaft insgesamt hoch war, wurde die Bereitschaft zur Implementierung des Kernelements gesundheitliche Vorausplanung am höchsten eingestuft. Die folgenden Unterkapitel zeigen detaillierte und weiterführende Ergebnisse.

Bereitschaft zur Implementierung von INTERCARE

Die Leitungen der Pflegeinstitutionen⁷ und die Abteilungsleitungen wurden vor Beginn der Intervention gebeten, die Bereitschaft und Kapazität ihrer Pflegeinstitutionen und Mitarbeitenden in Bezug auf verschiedene Faktoren zu bewerten. Die Bereitschaft zur Implementierung einer Intervention gilt als entscheidend, dass evidenzbasierte Verfahren übernommen und Implementierungsergebnisse eher erreicht werden. Sie wird bezeichnet als "die Bereitschaft und Fähigkeit aller relevanten Akteure, die Praxis zu ändern" (Damschroder et al. 2009). Elf Leitungen von Pflegeinstitutionen wurden vor der Einführung des INTERCARE-Modells in der Anfangsphase befragt. Achtzig Prozent der Leitungen der Pflegeinstitutionen stimmten zu, dass die Mitarbeitenden der Pflegeinstitutionen bereit waren, INTERCARE umzusetzen, und dass die personellen Ressourcen als ausreichend angesehen wurden. Etwas mehr als 60% der Abteilungsleitungen stimmten zu, dass sie über genügend Zeit für die Umsetzung von INTERCARE verfügten.

Um die Wahrnehmung der Abteilungsleitungen hinsichtlich ihrer Bereitschaft zur Implementierung der INTERCARE Kernelemente und der wahrgenommenen Bereitschaft des Personals zu analysieren, wurden vier zentrale Themen von INTERCARE erfasst. Obwohl die Abteilungsleitungen ihre

⁷Die Leitungen der Pflegeinstitutionen sind für den Betrieb der Einrichtung verantwortlich, was in der Regel die Führung der verschiedenen Abteilungsleitungen beinhaltet.

	Zentrum Schlossmatt	VIVA Luzern Dreilinden	VIVA Luzern Eichhof	VIVA Luzern Rosenberg	VIVA Luzern Staffelhof
Demografische Daten der Pflegeinstitutionen (Baseline)					
Standort	Ländlich	Städtisch	Städtisch	Städtisch	Städtisch
Status	Privat	Privat	Privat	Privat	Privat
Anzahl der Abteilungen die an INTERCARE teilnehmen	8	4	4	4	4
Anzahl der Plätze (insgesamt)	148	120	289	114	173
Anzahl der INTERCARE Plätze	107	80	87	89	80
Ärztliches Modell					
	Ärzt*innen vor Ort	Gemischtes Modell	Gemischtes Modell	Gemischtes Modell	Gemischtes Modell
Leitung von Pflegeinstitutionen					
Dauer der Beschäftigung (Jahre)	8.5	5	2.75	17	0.5
Bildungshintergrund²	diplomierte Pflegefachperson (DN II) Höhere Fachschule Stufe 1 (Höfa I) Management Weiterbildungszertifikat für Gesundheitsmanagement	diplomierte Pflegefachperson (AKP) CAS – Führung	/ Nachdiplomstudium (NDS) in Veränderungsprozessen und Coaching	diplomierte Pflegefachperson (HF) Führungstraining für das Pflegemanagement	diplomierte Pflegefachperson (FH) CAS ³ – Veränderungsmanagement
Stellenbesetzung					
Vollzeitäquivalente pro 100 Plätze⁶	52.1	32.9	53.3	50	51.7
Art der angebotenen Dienstleistungen					
Allgemeine Langzeitpflege	x	x	x	x	x
Pflege von Menschen mit Demenz	x	x	x		x
Gerontopsychiatrische Versorgung	x				
Palliativmedizin	x	x	x		
Betreutes Wohnen			x		
Kurzzeitpflege	x	x	x	x	x
Rehabilitation	x			x	
Tagesklinik	x		x		
Nachtklinik					
Langzeit-Rehabilitation	x				
Langzeitbeatmung					x

¹In der Schweiz gibt es verschiedene Pflegediplome: Diplom Gesundheits- und Krankenpflege Stufe 2 (DN II); Diplom Allgemeine Krankenpflege (AKP); Pflegefachperson 3 Jahre Berufsbildung (HF/FH); Master in Advanced Practice (ANP)

³Zertifikat für weiterführende Studien (CAS) / ⁴Master of Business Administration (MBA) / ⁵Master of Advanced Studies (MAS)

⁶Unter Personalbestand wurden folgende Gruppen erfasst: diplomierte Pflegefachpersonen, Fachpersonen Gesundheit EFZ, Assistenzpersonen. Studierende und Auszubildende wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

Tabelle 2. Beschreibung der Pflegeinstitutionen, die an der INTERCARE-Studie teilnahmen.

VIVA Luzern Wesemlin	Reusspark-Zentrum für Pflege und Betreuung	Domicil Schwabgut	Marienhaus	Stiftung Obesunne	Pflegewohnheim St Christophorus
Städtisch	Ländlich	Städtisch	Städtisch	Städtisch	Städtisch
Privat	Privat	Staatlich	Privat	Privat	Privat
4	4	6	7	4	4
130	288	120	111	114	64
81	92	120	111	114	64
Gemischtes Modell	Gemischtes Modell	Gemischtes Modell	Externe Ärzt*innen	Externe Ärzt*innen	Externe Ärzt*innen
7	24	3	4	3	5
diplomierte Pflege- fachperson (HF)	diplomierte Pflege- fachperson (ANP)	diplomierte Pflege- fachperson (AKP)	diplomierte Pflege- fachperson (HF)	/	diplomierte Pflege- fachperson (HF)
MBA ⁴	MAS ⁵ – Management von Einrichtungen des Gesundheitswesens	Ausbildung von Führungskräften, CAS in der systemi- schen Beratung	/	Nachdiplomstudium in Gesundheits- management	Management-Kurs
46.2	55.9	44	62	53.5	57.3
x	x	x	x	x	x
x	x	x	x	x	
	x	x	x	x	
x	x	x	x	x	x
x	x		x	x	x
	x	x	x	x	x
	x	x			
	x			x	
	x			x	

Leitungen Pflegeinstitutionen: Wie beurteilen Sie die Bereitschaft und Kapazität Ihres Heims INTERCARE umzusetzen?

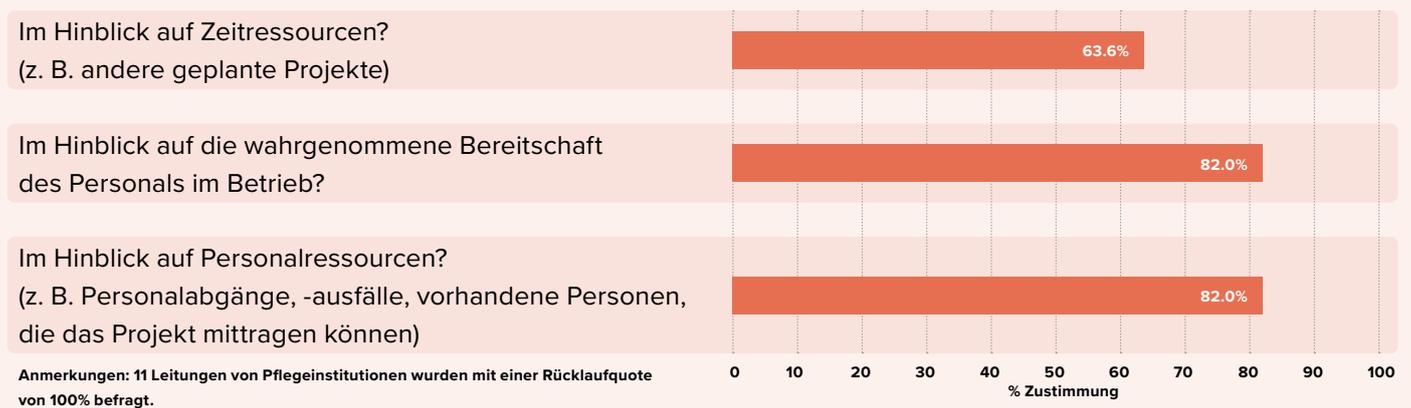


Abbildung 1. Wahrnehmung der Leitungen bezüglich der Bereitschaft der eigenen Pflegeinstitution zur Einführung von INTERCARE zu Beginn der Studie.

Bereitschaft der Abteilungsleitung und wahrgenommene Bereitschaft des Pflorgeteams für die folgenden Themen

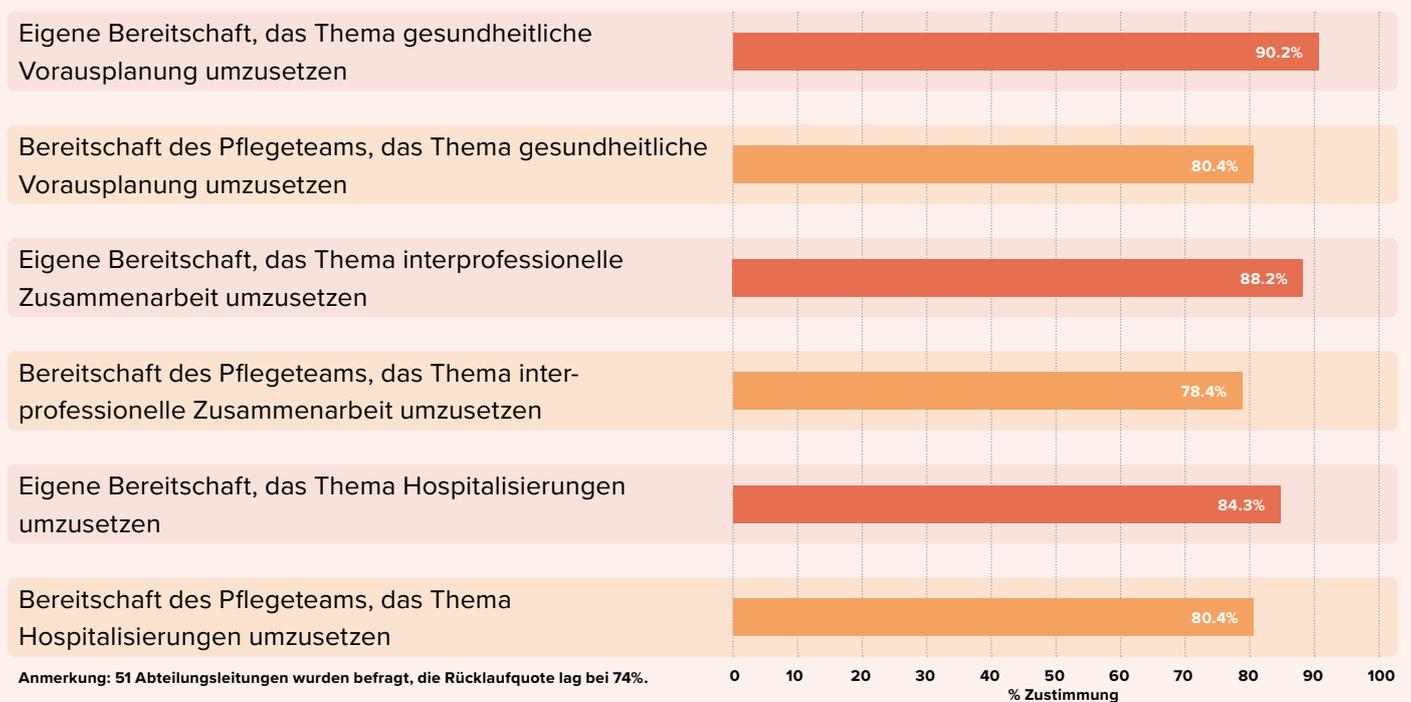


Abbildung 2. Die Bereitschaft der Abteilungsleitungen, an wichtigen Themen zu arbeiten, und die wahrgenommene Bereitschaft ihrer Pflege- und Betreuungspersonen, an denselben Themen zu arbeiten.

Abteilungsleitungen schätzen die Bedeutung von drei Themen ein

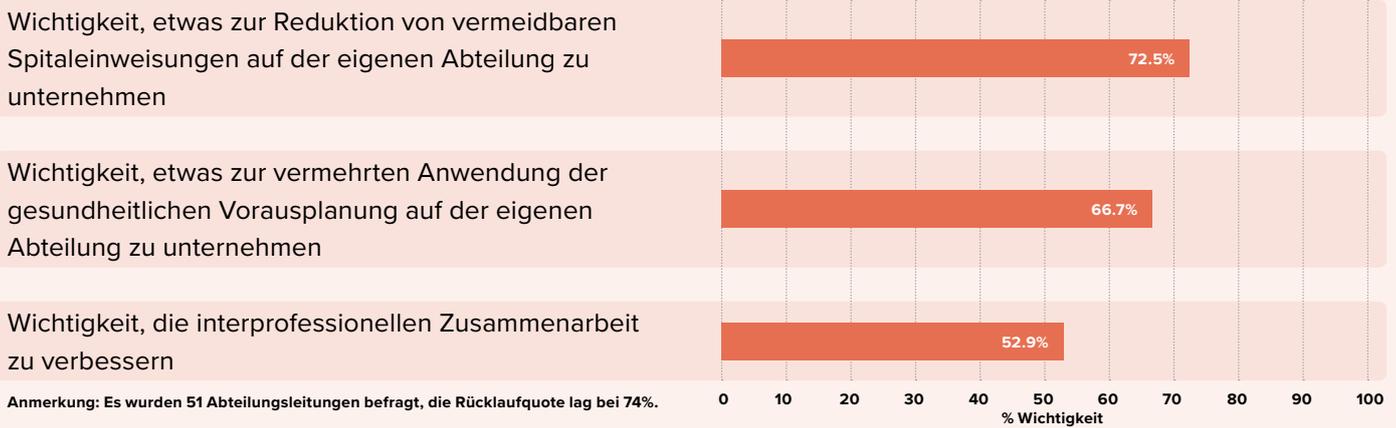


Abbildung 3. Von den Abteilungsleitungen wahrgenommene Bedeutung der Reduzierung vermeidbarer Spitaleinweisungen, der Zunahme der gesundheitlichen Vorausplanung und der Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit.

eigene Bereitschaft zur Arbeit mit der gesundheitlichen Vorausplanung, zur Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit und des Schmerzmanagements sowie zur Reduzierung der Spitaleinweisungen höher einschätzten als die wahrgenommene Bereitschaft ihrer Mitarbeitenden, waren die Abteilungsleitungen der Ansicht, dass die Teams bereit waren, die oben genannten Themen zu bearbeiten und zu verbessern. Die Abteilungsleitungen spielen eine entscheidende Rolle bei der Verbesserung der Pflegequalität und der Aufrechterhaltung der personenzentrierten Qualität der Pflege in Pflegeinstitutionen, und die Ergebnisse unterstreichen dies. Da die Abteilungsleitungen die Bereitschaft ihrer Mitarbeitenden insgesamt als hoch einschätzen, kann davon ausgegangen werden, dass sie sich für ihre Teams und die Zusammenarbeit engagieren, was in leistungsstarken Pflegeinstitutionen oder solchen mit starker Führung häufig der Fall ist (Asante et al. 2021).

Wichtigkeit der Bearbeitung von INTERCARE Schlüsselthemen

Die Schlüsselthemen wurden auf der Grundlage der dringlichsten Bereiche oder Themen ausgewählt, die sich aus den Diskussionen mit den elf Pflegeinstitutionen ergaben, die an der Studie teilnahmen. Die Abteilungsleitungen wurden gebeten, die Wichtigkeit der drei Themen einzuschätzen: Reduzierung vermeidbarer Spitaleinweisungen, Übernahme oder Verbesserung der gesundheitlichen Vorausplanung und Förderung der interprofessionellen Behandlungsteams. Das Hauptergebnis von INTERCARE war die Reduzierung ungeplanter Spitaleinweisungen, was auch von den Abteilungsleitungen als ein wichtiges Thema

angesehen wurde, insbesondere die Reduzierung vermeidbarer Spitaleinweisungen. Dies zeigt, dass die Pflegeinstitutionen bereits proaktiv darüber nachdachten, dass dieses Problem angegangen werden muss, obwohl die teilnehmenden Pflegeinstitutionen vor Beginn der INTERCARE-Studie eine unterdurchschnittliche Spitaleinweisungsrate aufwiesen.

Ausgehend von den Gesprächen, die das Forschungsteam mit den teilnehmenden Pflegeinstitutionen führte, waren die Pflegeinstitutionen der Meinung, dass bereits Bemühungen zur Stärkung des interprofessionellen Behandlungsteams investiert wurden, was erklären könnte, warum dieses Thema etwas niedriger bewertet wurde als die anderen Themen.

Einflussfaktoren auf Spitaleinweisungen

Die Abteilungsleitungen wurden zu Beginn und 12 Monate nach der Einführung von INTERCARE zu bestimmten Faktoren befragt, die zu einer Reduzierung der Spitaleinweisungen in ihrer jeweiligen Abteilung beitragen könnten. Zu Beginn der Studie antworteten 51 Abteilungsleitungen (74% Rücklaufquote), 12 Monate später 58 Abteilungsleitungen (84% Rücklaufquote). Sowohl zu Beginn als auch 12 Monate nach der Einführung gaben die Abteilungsleitungen an, dass die Zahl der Spitaleinweisungen gesenkt werden könnte, wenn das Personal in Bezug auf medizintechnische Einrichtungen sicherer wäre (z. B. Einrichtung und Durchführung einer Infusionstherapie) und die Angehörigen generell weniger ängstlich wären.

Spitaleinweisungen könnten weiter reduziert werden, wenn ...

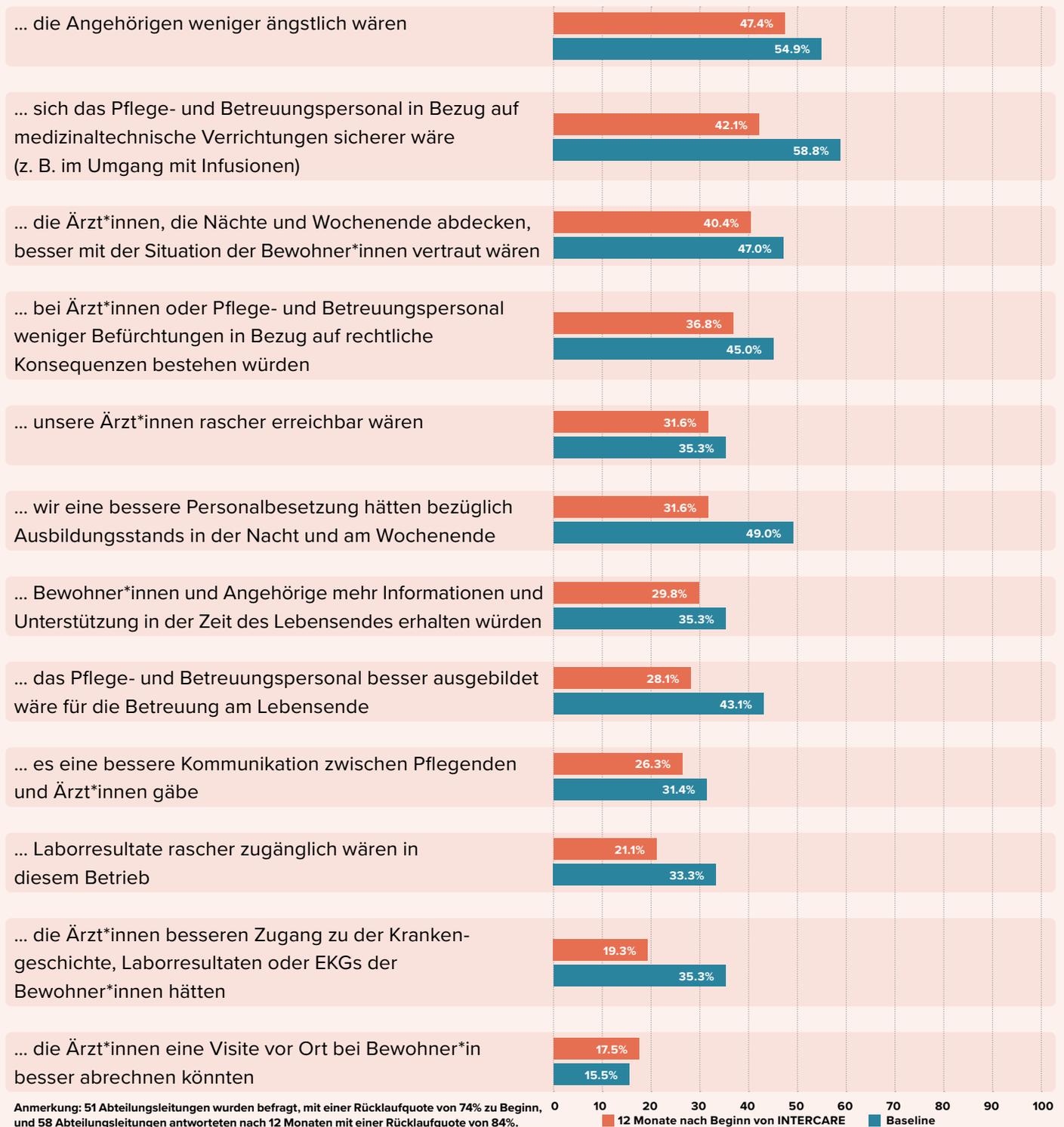


Abbildung 4. Meinungen der Abteilungsleitungen zur Reduzierung der Spitalweisungen zu Beginn und 12 Monate nach Beginn der Modellumsetzung.

Diese Ergebnisse stimmen mit den Ergebnissen einer INTERCARE-Teilstudie überein, die zeigte, dass 25% der sturzbedingten Verlegungen in Spitälern potenziell vermeidbar sind und dass die Verfügbarkeit von diagnostischen Ressourcen als wichtigste und geeignetste Ressource zur Bewältigung dieser speziellen Untergruppe von Verlegungen angesehen wird (Guerbaai et al. 2022). Einer der Hauptgründe für eine potenziell vermeidbare Spitalweisung ist die Verlegung eines Bewohners/einer Bewohnerin auf Wunsch der Angehörigen (Guerbaai et al. 2022). Im Rahmen der Kontextanalyse, die der Entwicklung des INTERCARE-Modells zugrunde lag, wurden Bewohner*innen und Angehörige nach ihren Bedürfnissen in schwierigen oder herausfordernden Bewohner*innen-Situationen befragt (Basinska et al. 2021). Vor allem Angehörige äusserten ihre Unsicherheit, als Entscheidungsträger zu fungieren, insbesondere wenn es den Bewohner*innen akut schlecht ging (Basinska et al. 2021). Aus den Umfragen unter den Abteilungsleitungen geht hervor, dass dies ein bekanntes Problem ist, das kontinuierlich berücksichtigt werden sollte. Die grössten Unterschiede zwischen der Baseline und 12 Monaten nach der Einführung wurden beim Zugang von Hausärzt*innen zu den Daten der Bewohner*innen und beim höheren Ausbildungsniveau des Pflegepersonals, das nachts und am Wochenende arbeitet, festgestellt. Dies deutet darauf hin, dass INTERCARE durch die INTERCARE Pflegefachperson den Zugang der Hausärzt*innen zu Informationen über die Bewohner*innen verbessert und das geriatrische Fachwissen in den Teams auf der Schicht erhöht haben könnte.

Motivation zur Implementierung von INTERCARE

Pflegeinstitutionen, die an INTERCARE teilnahmen, hatten eine Vision und Prioritäten, die sie umsetzen wollten. Insgesamt waren die Pflegeinstitutionen sehr daran interessiert und motiviert, das INTERCARE-Modell umzusetzen, insbesondere die geriatrische Kompetenz in ihren Pflegeinstitutionen zu stärken und INTERCARE Pflegefachpersonen zur Unterstützung des Pflege- und Betreuungspersonals einzusetzen. Die Schwierigkeit, diplomierte Pflegefachpersonen zu rekrutieren, wurde realistisch eingeschätzt. Sie sahen die Notwendigkeit, diplomierte Pflegefachpersonen mit fortgeschrittenen Kenntnissen in der Geriatrie einzusetzen, um die Pflege- und Betreuungspersonen bei der Bewältigung der zunehmend komplexer werdenden Situationen der Bewohner*innen zu unterstützen. Aufgrund der Schwierigkeiten der Pflegeinstitutionen bei der Rekrutierung von Personal unterstützte das Forschungsteam die Pflegeinstitutionen bei der Rekrutierung von internen

Pflegefachpersonen, die motiviert waren, sich weiterzubilden und die Rolle der INTERCARE Pflegefachperson zu übernehmen. Die INTERCARE-Studie bot somit einen angeleiteten organisatorischen Wandel zur Integration von INTERCARE Pflegefachpersonen und die entsprechende Unterstützung, von der Suche nach einer geeigneten Person bis hin zu deren Weiterbildung und Coaching, um ihre Rollen nachhaltig zu entwickeln. Die Pflegeinstitutionen setzten sich stark dafür ein, Spitalweisungen zu reduzieren, die gesundheitliche Vorausplanung in ihre tägliche Praxis zu integrieren oder dieses Thema weiterzuentwickeln. Alle Pflegeinstitutionen waren bestrebt, das interprofessionelle Behandlungsteam zu stärken und verschiedene Disziplinen einzubeziehen, um die Qualität der Pflege zu verbessern. Die Pflegeinstitutionen waren sich auch darüber im Klaren, dass ein gewisses Mass an Bereitschaft erforderlich war: Obwohl in einigen Pflegeinstitutionen zum Zeitpunkt der Einführung von INTERCARE bereits kleinere Projekte liefen, priorisierten die Leitungen der Pflegeinstitutionen die Einführung von INTERCARE und bewerteten ihre Fähigkeit, ein solches Modell einzuführen, bevor sie ihre Teilnahme zusagten.

INTERCARE Pflegefachpersonen

INTERCARE Pflegefachpersonen als Hauptbestandteil des Modells

Die INTERCARE Pflegefachpersonen sind ein Kernelement des INTERCARE-Modells und gelten als zentral für den Erfolg des Modells. Die INTERCARE Pflegefachpersonen wurden von den teilnehmenden Pflegeinstitutionen und nicht vom Forschungsteam rekrutiert. In den meisten Pflegeinstitutionen wurde die Stelle der INTERCARE Pflegefachperson intern ausgeschrieben, und ihre Rekrutierung basierte auf ihren Kenntnissen und Fähigkeiten, aber auch auf ihrem Wunsch, sich als klinische Führungskraft weiterzuentwickeln, und ihrem Engagement für die INTERCARE-Studie. Die meisten INTERCARE Pflegefachpersonen wurden intern rekrutiert, aber nicht alle Pflegeinstitutionen verfolgten die gleiche Rekrutierungsstrategie. In einigen Pflegeinstitutionen gab es bereits diplomierte Pflegefachpersonen in erweiterten Funktionen, z. B. als Pflegeexpert*innen. Diese diplomierten Pflegefachpersonen äusserten den Wunsch, sich beruflich weiterzuentwickeln, was durch die Implementierung des INTERCARE-Modells ermöglicht wurde. Eine Pflegeinstitution rekrutierte eine externe Pflegefachperson, indem sie die Stelle ausschrieb und die INTERCARE-Studie mit ihr besprach.

Die Rolle der INTERCARE Pflegefachperson wurde sorgfältig mit Hilfe der Stakeholder entwickelt, um dem Kontext der Deutschschweiz gerecht zu werden. Sie wurde im Laufe der INTERCARE-Studie auf die Bedürfnisse der verschiedenen Pflegeinstitutionen zugeschnitten. Der erste nationale Bericht von INTERCARE beschreibt und diskutiert die Entwicklung der Rolle der INTERCARE Pflegefachperson.

Grundlegende Merkmale der INTERCARE Pflegefachpersonen (N=19)

Alter, Jahre, Median (IQR)	39 (30.5-51)
INTERCARE Pflegefachpersonen pro Pflegeinstitution, Median (IQR)	1 (1-4)
Anzahl Plätze, für die INTERCARE Pflegefachperson zuständig ist, Median (IQR)	95 (80-121.5)
Anzahl Bewohner*innen pro Tag, mit denen INTERCARE Pflegefachperson im Kontakt ist, Mittelwert (Spannweite)	13 (0-32)

Tabelle 3. Merkmale der 19 INTERCARE Pflegefachpersonen, die an INTERCARE teilnahmen.

Alle INTERCARE Pflegefachpersonen wurden bei Start der Modellumsetzung, bevor sie ihre Rolle und Aufgaben übernahmen, zu ihren Aufgaben und Kompetenzen befragt. Die folgende Übersicht zeigt einige zentrale Erkenntnisse, gegliedert nach den sieben Kernkompetenzbereichen von Pflegefachpersonen in erweiterten Praxisrollen gemäss dem Hamric Framework für Advanced Nursing Practice (Hamric et al. 2009; Spross, J. et al. 2005).

Klinische Tätigkeiten

INTERCARE Pflegefachpersonen waren in unterschiedlichem Ausmass an direkten klinischen Tätigkeiten mit und für die Bewohner*innen beteiligt, insbesondere an Tätigkeiten, die in Anwesenheit und zusammen mit den Bewohner*innen durchgeführt wurden. Die Tätigkeiten umfassten Pflegemassnahmen, Prävention und Rehabilitation.

Coaching

Mehr als 75% der INTERCARE Pflegefachpersonen waren bereits vor Start der Umsetzung im Rahmen ihrer Rolle an regelmässigen Coaching-Aktivitäten beteiligt, die je nach Situation direkt bei den Bewohner*innen oder ausserhalb des Zimmers stattfinden konnten. INTERCARE Pflegefachpersonen können vom Pflege- und Betreuungspersonal direkt zu den Bewohner*innen gerufen werden oder die INTERCARE Pflegefachpersonen ermitteln die Bedürfnisse des Personals und organisieren Coaching-Sitzungen, um auf diese einzugehen.

Beratung

Fast 70% der INTERCARE Pflegefachpersonen tauschten sich vor Beginn des INTERCARE-Modells mit anderen Pflegeexpert*innen über Fachfragen aus.

Forschungsfähigkeiten

Während INTERCARE Pflegefachpersonen kaum in Benchmarking-Aktivitäten involviert waren, haben rund 75% der INTERCARE Pflegefachpersonen bereits vor Modellstart regelmässig Literaturrecherchen durchgeführt und ihre Erkenntnisse mit den Teams geteilt.

Klinisches und professionelles Leadership

Mehr als 50% der INTERCARE Pflegefachpersonen waren bereits vor INTERCARE an der Entwicklung, Umsetzung und Evaluation verschiedener Projekte in den Pflegeinstitutionen beteiligt. Über 75% der INTERCARE Pflegefachpersonen überwachten die Medikation und unerwünschte Arzneimittelwirkungen, insbesondere bei Opioiden, Diuretika, oralen Antikoagulantien und Insulin. Über 75% der INTERCARE Pflegefachpersonen waren bei komplexen Situationen im Alltag der Bewohner*innen an der Pflegeplanung beteiligt.

Interprofessionelle Zusammenarbeit

Mehr als die Hälfte der INTERCARE Pflegefachpersonen arbeiteten täglich mit dem Pflege- und Betreuungspersonal, wöchentlich oder ein- bis dreimonatlich mit den Ärzt*innen und in komplexen Situationen mit Angehörigen und Bewohner*innen zusammen. Die meisten INTERCARE Pflegefachpersonen arbeiteten mindestens ein- bis dreimonatlich mit Ärzt*innen zusammen, wenn es um die Behandlung von Bewohner*innen ging. Etwa 75% der INTERCARE Pflegefachpersonen waren mit der Zusammenarbeit mit den medizinischen Teams in den folgenden Bereichen zufrieden: Kommunikation, Erreichbarkeit und Isolation (im Sinne von ob jede Berufsgruppe für sich arbeitet oder ob Themen gemeinsam angegangen werden). In Bezug auf die Entscheidungsfindung bei Spitaleinweisungen waren die INTERCARE Pflegefachpersonen vor Beginn der INTERCARE-Studie nur wenig involviert.

Ethische Entscheidungsfindung

Die meisten INTERCARE Pflegefachpersonen (75%) waren vor Modellstart an Gesprächen über das Lebensende mit Bewohner*innen und Angehörigen beteiligt.

Ein Tag aus der Sicht einer INTERCARE

Pflegefachperson

Die INTERCARE Pflegefachpersonen strukturierten ihren Arbeitstag meistens nach den Bedürfnissen der verschiedenen an der INTERCARE-Studie teilnehmenden Abteilungen. Sie begannen ihren Tag in der Regel damit, dass sie sich morgens mit den Abteilungsleitungen austauschten, um die aktuelle Situation der Bewohner*innen einzuschätzen, spezifische Aufgaben zu definieren oder Folgefragen zu besprechen. Während diese Aufgaben das wöchentliche Arbeitspensum strukturieren können, besteht die Möglichkeit, sich flexibel um akute Situationen der Bewohner*innen zu kümmern, wenn sie auf eine Abteilung gerufen werden. Die INTERCARE Pflegefachperson ist dann dafür verantwortlich, die durchzuführenden Pflegemassnahmen festzulegen und, falls erforderlich, die Kontaktaufnahme mit verschiedenen Fachdisziplinen in die Wege zu leiten, um die Nachsorge oder die Verlegung ins Spital zu organisieren. INTERCARE Pflegefachpersonen waren in der Regel in schwierigen oder komplexen Situationen anwesend, um die Pflege- und Betreuungspersonen mit ihrem Fachwissen zu unterstützen. Häufig beschriebene komplexe Situationen waren z. B. die Beurteilung der Situation nach einem Sturz eines Bewohners/einer Bewohnerin. INTERCARE Pflegefachpersonen beschreiben typischerweise solche Situationen, wenn sie über vermiedene Spitaleinweisungen sprechen.

Die INTERCARE Pflegefachpersonen unterschieden sich in ihrem Tätigkeitsbereich und ihren klinischen Fähigkeiten. Einige INTERCARE Pflegefachpersonen führten ausführliche klinische Assessments durch, während andere weniger in die direkte klinische Pflege involviert waren und sich mehr auf Coaching und Unterstützung konzentrierten. Alle INTERCARE Pflegefachpersonen arbeiteten vor Ort, waren die Hauptansprechpartner in komplexen Bewohner*innen-Situationen oder bei medizinischen Notfällen und unterstützten und förderten das Personal der Pflegeinstitutionen. Einige INTERCARE Pflegefachpersonen überarbeiteten und überprüften die Dokumentation (z. B. die Pflegepläne der Bewohner*innen) und gaben neuen Mitarbeitenden im Rahmen ihrer Routineaufgaben eine Einführung.

«Die Bewohnerin ist gestürzt und hat sich den Kopf gestossen und blutete stark. Die Fachkraft hat mich aufge-regt angerufen, um mich zu informieren, dass sie die mobilen Ärzte holen wird. Ich habe mir selbst ein Bild der Situation direkt vor Ort gemacht und die Fachkraft angeleitet, dass wir die Kopfwunde (1,5 cm lange Platzwunde an der Stirn) versorgen und wegen einer evtl. Commotio cerebri engmaschig Vitalzeichen messen und Kontrollen durchführen. Der Hausarzt wurde über die Situation mittels ISBAR informiert.»

Frau Katharina Weber,

Pflegeexpertin, Marienhaus

«Eine typische Situation ist, wenn sich die Abteilungen melden, weil sie mit einer komplexen Situation an ihre Grenzen kommen. Dass die Situation in einer Fallbesprechung gemeinsam erarbeitet wird. Wenn möglich werden andere Professionen integriert. Mit der Bezugsperson wird das weitere Vorgehen geplant und anfangs begleitet. Sobald man merkt, die Bezugsperson hat die Situation wieder im Griff, übergibt man die ganze Verantwortung wieder der Bezugsperson.»

Frau Aaricia Lauwers,

Pflegeexpertin, Viva Luzern Wesemlin/Tribtschen

«Ich gehe auf die Abteilung und schaue mit der Tagesverantwortlichen gemeinsam bei der Bewohnerin vorbei. Ich untersuche die Bewohnerin (z. B. Hautverhältnisse beurteilen, Lunge abhören, Extremitäten beurteilen nach einem Sturz...). Wir besprechen das gesundheitliche Problem und mögliche Ursachen sowie die nächsten Schritte. Je nach Situation kann ich eine Massnahme vorschlagen oder nehme mit dem Arzt oder der Ärztin Kontakt auf.»

Frau Sandra Kunz,

Pflegeexpertin APN-CH, Domicil Schwabgut

«Entscheidungsfindung betreffend eventueller weiterer pflegerischer Massnahmen im Hinblick auf eventuelle Beziehung weiterer situationsrelevanter Personen/ Dienste (z. B. Arzt; mobile Ärzte; Notfallverlegung ins Spital; Angehörige...)»

Pflegeexpertin

Box 4. INTERCARE Pflegefachpersonen bei der täglichen Arbeit.

Die Auswirkung von SARS-COVID-19 auf die Rolle der INTERCARE Pflegefachpersonen

Die INTERCARE-Studie endete im Februar 2020, kurz vor dem ersten Ausbruch der SARS-COVID-19-Pandemie. Die Datenerhebung und die Unterstützung durch das Forschungsteam waren bereits beendet. Daher wurde zusätzlich (Oktober-Dezember 2022) bei den weiterhin tätigen INTERCARE Pflegefachpersonen Erfahrungen über Veränderungen und Anpassungen der Rolle gesammelt. Insgesamt veränderte sich die Rolle der INTERCARE Pflegefachpersonen: sie waren nun für die Tests von Bewohner*innen und Personal, die Organisation von Isolation und De-Isolation, die Durchführung von Schutzinterventionen und die Planung und Beschaffung von Vorräten für Schutzinterventionen (z. B. FFP2-Masken) verantwortlich sind. Die Pandemie führte bei einigen INTERCARE Pflegefachpersonen dazu, dass sie bei neuen Ausbrüchen in den Pflegeinstitutionen zu Ermittler*innen wurden, sie Hygienekonzepte einführten und Richtlinien für den Umgang mit Infektionskrankheiten entwickelten. Zudem beschrieben INTERCARE Pflegefachpersonen, dass sie laufende Aktivitäten und geplante Projekte in den Pflegeinstitutionen, die die INTERCARE-Studie angestossen hatte, einstellen mussten, um den zusätzlichen Verantwortlichkeiten und Aufgaben, die die SARS-COVID-19-Ausbrüche mit sich brachten, nachzukommen.

Ausblick auf die Zukunft

In den Gesprächen, die die Forschungsgruppe mit den INTERCARE Pflegefachpersonen führte, betonten diese, dass ihre Rolle aufgrund des Mangels an Pflegepersonal und der Personalfuktuation, sowie dem Skill-Grademix in den Pflegeinstitutionen weiterhin wichtig sei, um die Pflege- und Betreuungspersonen professionell zu unterstützen, und dass sie eine interessante Möglichkeit zur Weiterbildung im geriatrischen Bereich für diplomierte Pflegefachpersonen mit oder ohne Weiterbildung bieten. Die INTERCARE Pflegefachpersonen wurden im Oktober 2022 (über zwei Jahre nach Abschluss der INTERCARE-Studie) ebenfalls befragt und gaben an, dass sie bereit sind, von weiteren auf ihre Rolle und ihre bisherigen Erfahrungen zugeschnittenen Weiterbildungen im Bereich der geriatrischen Pflege zu profitieren. Sie sind bereit und motiviert, mehr Entscheidungsbefugnisse in Pflegeinstitutionen zu übernehmen. Darüber hinaus befürworten die INTERCARE Pflegefachpersonen eine innovative Arbeitsstruktur, die möglicherweise die klinischen Aspekte ihrer Position mit einer Projektmanagement- oder Qualitätsmanagementfunktion in der Zukunft kombiniert. Idealerweise werden die INTERCARE Pflegefachpersonen nicht zu den direkten Pflegefachpersonen gezählt, sondern in einer separaten Position angestellt. Dies würde den INTERCARE Pflegefachpersonen mehr Freiraum geben, um

«Ich war verantwortlich für die Testung, Impfungen, Isolation/Deisolation und die ganze Umsetzung der Hygienemassnahmen. In der Pandemie-Zeit bei Ausbrüchen wurden die meisten Tätigkeiten als INTERCARE Pflegefachperson eingestellt und die volle Aufmerksamkeit galt dem Corona Virus. Wenn sich die Situation stabilisierte, konnte der normale Betrieb wieder aufgenommen werden.»

Frau Aaricia Lauwers,

Pflegeexpertin, Viva Luzern Wesemlin/Tribschen

«Das Personal rund um Covid 19 gecoacht und unterstützt. Hygienemassnahmen, Isolation, Care-Coach-Einträge (elektronische Pflegedokumentation), die Bewohner beobachtet und beurteilt, Organisation der Deisolation, Schlussreinigung. Die geplanten Projekte konnten in dieser Zeit nicht weiterverfolgt werden.»

Frau Nathalie Walting,

Pflegeexpertin, Viva Luzern Staffelnhof

«Leitung des Schutzkonzeptes und Planung des weiteren Verlaufes. Koordination von Massnahmen und Abklärung von Krankheitsverläufen.»

Herr Sébastien De Brabander,

Pflegeexperte, St. Christophorus

«Am Anfang der Pandemie lief die Testung der Bewohner und Bewohnerinnen und des Personals über uns (wir sind mehrere Personen mit der Aufgabe). Dies über längere Zeit, wir visitieren die positiv getesteten Bewohner, wir erteilen Isolationen und lösen Isolationen wieder auf. Wir sind zuständig für die Covid Impfungen, am Anfang beim Personal und den Bewohnern, jetzt nur noch bei den Bewohnern. Wir sind Ansprechpersonen, wenn es darum geht, ob Bewohner getestet werden sollen.»

Frau Heidi Eichenberger,

Pflegeexpertin, Reusspark

Box 5. *Erfahrungen von INTERCARE Pflegefachpersonen während der SARS-COVID-19-Pandemie.*

interne Projekte zu entwickeln und gleichzeitig die Hauptansprechperson in einer komplexen Situation zu sein. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die INTERCARE Pflegefachpersonen der Meinung sind, dass ihre Rolle über die Fokussierung auf komplexe Bewohner*innen-Situationen hinaus weiterentwickelt werden kann.

Kapitel 4 – Implementierungsergebnisse

Die Implementierungsforschung untersucht Methoden zur Unterstützung der systematischen Übernahme von evidenzbasierten Interventionen in Politik und Praxis (Bauer et al. 2015). Sie zielt darauf ab, die Lücke zwischen dem, was wir wissen, und dem, was wir tun, zu schliessen (oft als "Know-Do-Gap" bezeichnet), indem sie hinderliche Faktoren identifiziert und adressiert, die die Einführung bewährter Gesundheitsinterventionen und evidenzbasierter Praktiken verlangsamen oder verhindern. Dies ermöglicht ein besseres Verständnis dafür, warum die Intervention erfolgreich war oder im Gegenteil (teilweise) gescheitert ist (Bauer et al. 2015; Curran et al. 2012). Forschende können bewerten, wie wirksam Interventionen umgesetzt werden, indem sie die Implementierungsergebnisse sowie die hinderlichen und förderlichen Faktoren bei der Implementierung einer Intervention messen. Implementierungsergebnisse sind Indikatoren für den Erfolg der Implementierung, einschliesslich die Übernahme einer Intervention, den Grad der Treue, Akzeptanz und Machbarkeit. Implementierungsergebnisse geben Aufschluss über Implementierungsprozesse und die Voraussetzungen, die erforderlich sind, um klinische Wirksamkeit und/oder Dienstleistungsergebnisse zu erzielen (Proctor et al. 2011). Darüber hinaus kann die Erhebung von Daten über den Implementierungsprozess frühzeitig Aufschluss darüber geben, warum Interventionsempfänger*innen eine Intervention nicht übernehmen, Schwierigkeiten bei der Implementierung haben oder sie nicht aufrechterhalten können (Proctor et al. 2009).

In der INTERCARE-Studie gemessene Implementierungsergebnisse

Im Rahmen der INTERCARE-Studie wurden vier Implementierungsergebnisse gemessen und berichtet. Diese waren: der Grad der Übernahme der Intervention als Ganzes wie auch von bestimmten INTERCARE Kernelementen, der Grad der Akzeptanz und der Machbarkeit bestimmter Kernelemente und der Grad der Treue zur Implementierung von INTERCARE insgesamt und zu seinen Kernelementen. Anzumerken ist, dass der Grad der Übernahme ursprünglich als messbares Ergebnis für INTERCARE als Ganzes aufgeführt war; da jedoch alle elf Pflegeinstitutionen INTERCARE umsetzten, wurde der Grad der Übernahme als 100% angesehen, und es war keine weitere Messung auf Betriebsebene erforderlich (Proctor et al. 2011). Um den

Grad der Akzeptanz und Machbarkeit von INTERCARE zu messen, wurde das "Acceptability of Intervention Measure" (AIM) (Weiner et al. 2017) und das "Feasibility of Intervention Measure" (FIM) verwendet (Weiner et al. 2017). Vier Fragen bewerten den Grad der Akzeptanz und Durchführbarkeit für jede der oben genannten Messungen. Für INTERCARE haben wir speziell die Akzeptanz und Machbarkeit der evidenzbasierten Tools (Stop&Watch und ISBAR) aus der Perspektive des Personals der Pflegeinstitutionen gemessen (Basinska et al. 2022). Die Treue bei der Implementierung bewertet das Ausmass, in dem eine Intervention so durchgeführt wird, wie sie planmässig durchgeführt werden sollte. Mit Hilfe der Treue lässt sich feststellen, ob die Ergebnisse zur Wirksamkeit einer Intervention tatsächlich auf die Intervention selbst zurückzuführen sind oder ob es Unterschiede in der Treue zur Intervention gab, die die Wirksamkeit beeinflussten (Allen et al. 2012).

Akzeptanz und Machbarkeit der INTERCARE

Kernelemente

Wir haben die Akzeptanz und Machbarkeit der Tools Stop&Watch und ISBAR sowie der speziell geschulten INTERCARE Pflegefachpersonen, die vor Ort geriatrische Unterstützung leisten, gemessen (Basinska et al. 2022). Diese Kernelemente wurden insbesondere deshalb ausgewählt, weil sie sich an das Pflege- und Betreuungspersonal richteten und zur Reduzierung ungeplanter Spiteleinweisungen eingesetzt wurden. Insgesamt füllten 573 Pflege- und Betreuungspersonen zu zwei Zeitpunkten während der INTERCARE-Studie (6 und 12 Monate nach Modellstart) Fragebögen zur Bewertung der Akzeptanz, der Machbarkeit und der Übernahme der Interventionselemente aus (Basinska et al. 2022). Zweiundzwanzig Fokusgruppeninterviews (108 Pflegefachpersonen) wurden mit Mitarbeitenden von Pflegeinstitutionen durchgeführt, um zu untersuchen, warum die Kernelemente akzeptabel und machbar waren, und um Informationen über den Prozess zur Übernahme der Interventionen zu sammeln (Basinska et al. 2022). Daten zum Implementierungsprozess wurden auch während der Implementierungssitzungen mit der Leitung der Pflegeinstitution gesammelt. Das ISBAR-Instrument und die INTERCARE Pflegefachperson wurden als akzeptabel und machbar eingestuft und von >70% der Pflegeinstitutionen angenommen. Das Stop&Watch-Instrument wurde am wenigsten akzeptiert (Mittelwert: 68%), wobei die Akzeptanz in den elf Pflegeinstitutionen zwischen 24%


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


Universität Basel
 Medizinische Fakultät
 Department Public Health



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 Recommendation	Empfehlung <ul style="list-style-type: none"> Welchen Vorschlag haben Sie für das weitere Vorgehen? Was erwarten Sie vom Arzt / der Ärztin?

Abbildung 5. Stop&Watch und ISBAR-Tools.

und 100% lag (Basinska et al. 2022). Eine Kombination von Faktoren beeinflusste offenbar den Erfolg der Implementierung. Diese Faktoren waren der Umfang der erhaltenen Informationen zu den Interventionen, das Ausmass der Unterstützung in der täglichen Praxis bei der Umsetzung, die von den Anwender*innen wahrgenommene Leichtigkeit bei der Anwendung der Intervention und ihrer Anpassungen, sowie die Nützlichkeit der Intervention (Basinska et al. 2022). Zwei als Beispiel ausgewählte Pflegeinstitutionen veranschaulichten kontextspezifische Implementierungsprozesse, die als hinderliche Faktoren oder förderliche Faktoren für die Implementierung dienen (Basinska et al. 2022). Unsere Ergebnisse deuten darauf hin, dass neben der Bereitstellung von Informationen kurz vor Beginn der Intervention eine kontinuierliche tägliche Unterstützung für den Erfolg der Implementierung entscheidend ist. Im Idealfall wird diese Unterstützung von ausgewählten und geschulten Personen geleistet, die die Implementierung auf Organisations- und Abteilungsebene betreuen.

Führungskräfte, die die Intervention in Pflegeinstitutionen umsetzen wollen, sollten deren Komplexität und die Auswirkungen auf den Arbeitsablauf berücksichtigen, um die Implementierungsprozesse entsprechend zu optimieren (Basinska et al. 2022).

Der Grad der Treue zu INTERCARE

Die Bewertung der Treue zu einer Intervention wie INTERCARE kann nützliche Informationen darüber liefern, ob die Pflegeinstitutionen die verschiedenen Komponenten so umgesetzt haben, wie wir (Forschende) es beabsichtigten, und ob das Ausmass der Treue wichtig war, um ungeplante Spitaleinweisungen zu reduzieren. Wir füllten mit den INTERCARE Pflegefachpersonen zu vier verschiedenen Zeitpunkten während der Studie einen Fragebogen zur Treue aus, um diese während der gesamten Studie zu bewerten, und wir trafen uns alle zwei Monate mit der Leitung der Pflegeinstitutionen und den INTERCARE Pflegefachpersonen, um die Implementierung der Kernelemente

und den Verlauf in jeder Pflegeinstitution zu besprechen. Dabei zeigte sich, dass die Wahrscheinlichkeit ungeplanter Spitaleinweisungen umso geringer war, je höher die Werte für die Treue zur Implementierung waren (Guerbaai et al. 2023a). Wir überprüften ebenfalls, ob der Treue-Score einen Einfluss auf die einzelnen Komponenten hatte und fanden heraus, dass eine höhere Treue zur gesundheitlichen Vorausplanung mit einer geringeren Rate ungeplanter Spitaleinweisungen, und eine geringere Treue zu den Tools ISBAR und Stop&Watch mit einer höheren Rate ungeplanter Spitaleinweisungen verbunden war (Guerbaai et al. 2023a). Die Pflegeinstitutionen berichteten, dass es einfacher sei, eine hohe Treue zu erreichen und aufrechtzuerhalten, wenn sie mit internen Hausärzt*innen zusammenarbeiten und wenn das Personal der Pflegeinstitutionen den Bedarf an einer Fachperson in einer erweiterten Rolle wahrnimmt, wie z. B. die Rolle einer INTERCARE Pflegefachperson. Für eine nächste Studie empfehlen wir auch Beobachtungselemente in die Forschung zu integrieren, um besser zu verstehen, inwieweit Pflegeinstitutionen INTERCARE umsetzen und um klar herauszuarbeiten, welche Anpassungen auf dem Weg dorthin vorgenommen werden (Guerbaai et al. 2023a).

Wichtigkeit der Implementierungsstrategien

Es wurde eine kurze Umfrage mit 22 Leitungen der 11 Pflegeinstitutionen und siebzehn INTERCARE Pflegefachpersonen durchgeführt, um herauszufinden, welche Implementierungsstrategien für die Implementierung der Kernelemente von INTERCARE als am wichtigsten erachtet wurden. Für jede Strategie konnten die Teilnehmenden die Wichtigkeit von "überhaupt nicht wichtig" bis "sehr wichtig" bewerten. Die wichtigste Strategie für beide Gruppen

war die laufende Projektunterstützung. Die für die INTERCARE Pflegefachpersonen als weniger wichtig eingestufte Strategie war ein verbindlicher Vertrag mit dem Forschungsteam und die Unterstützung bei der Rollenentwicklung der INTERCARE Pflegefachperson. Diese beiden Strategien richteten sich in erster Linie an die Leitungen der Pflegeinstitutionen. Für die Leitungen der Pflegeinstitutionen hingegen war das Coaching der INTERCARE

Die Wichtigkeit der verschiedenen Implementierungsstrategien für INTERCARE je nach Rolle

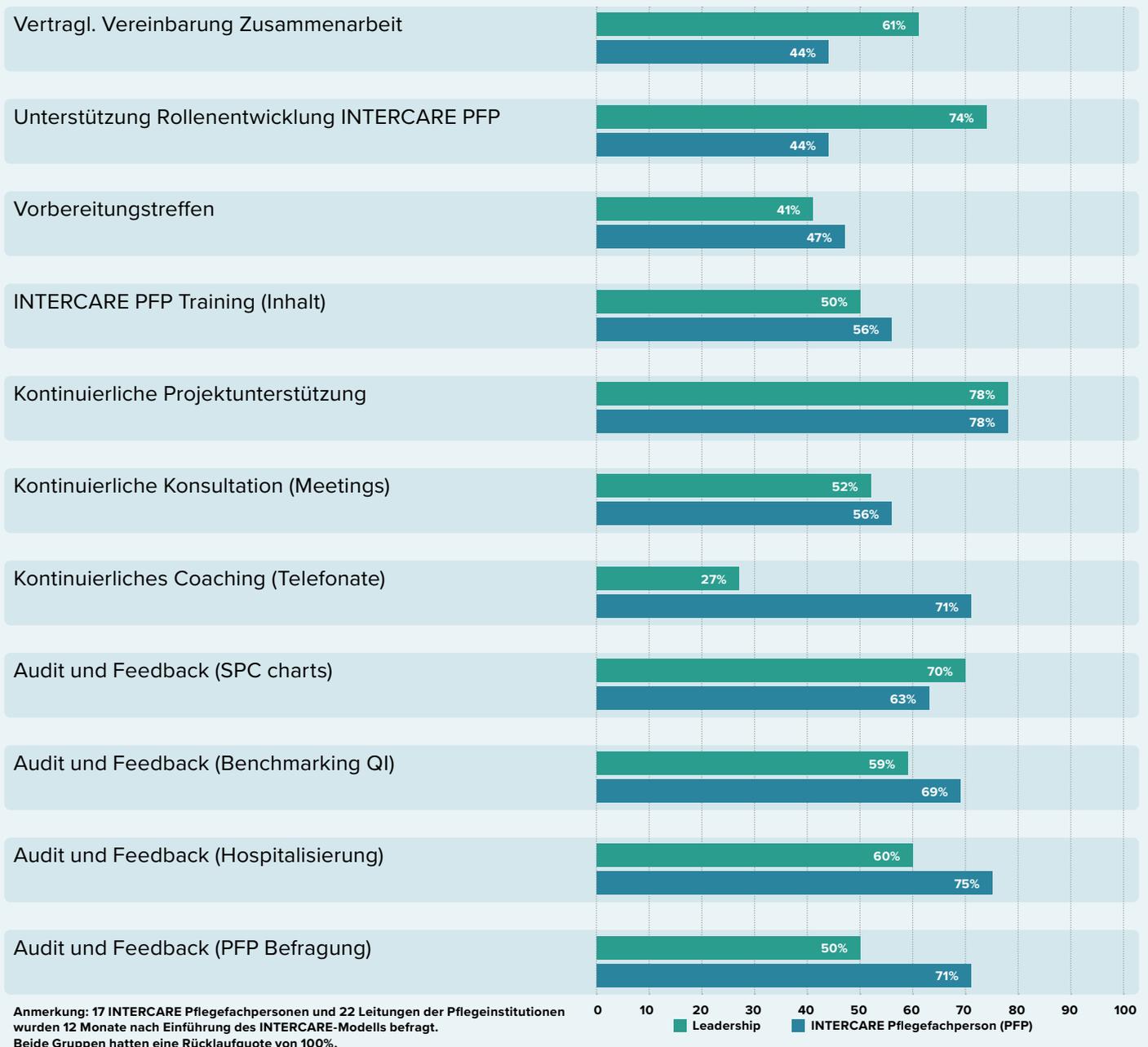


Abbildung 6. Die Wichtigkeit der verschiedenen Implementierungsstrategien für INTERCARE je nach Rolle.

Fragen	Median	IQR	Anzahl der Befragten (100% Rücklaufquote)
Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit den Curriculuminhalten? (Skala 1-5: sehr unzufrieden – sehr zufrieden)	3.5	3-4	19
Ich habe den Stoff, der in dieser Ausbildung vermittelt wurde, verinnerlicht (Skala 1-5: Stimme nicht zu – Stimme zu)	4	3.25-5	19
Was ich in diesem Kurs gelernt haben, kann ich in der Praxis umsetzen (Skala 1-5: Stimme nicht zu – Stimme zu)	4	4-5	19
Ich habe die Lernziele erreicht (Skala 1-5: Stimme nicht zu – Stimme zu)	4.5	3.25-5	19
Ich würde die INTERCARE Ausbildung weiterempfehlen (Skala 1-5: Stimme nicht zu – Stimme zu)	4	4-5	19

Tabelle 4. Zufriedenheit der INTERCARE Pflegefachpersonen mit dem Blended Learning Curriculum.

Pflegefachpersonen weniger wichtig. Diese Strategie richtete sich an die INTERCARE Pflegefachpersonen, und das Coaching war vertraulich, so dass die Leitungen keine Kenntnis davon hatten, was während der Coaching-Sitzungen besprochen wurde, es sei denn, die INTERCARE Pflegefachpersonen besprachen die Sitzungen mit ihnen. Dieser Mangel an Einblick könnte ein Grund für die niedrige Bewertung sein.

Die INTERCARE Pflegefachpersonen wurden zu ihrer Wahrnehmung des Blended Learning Curriculums befragt, das vom INTERCARE Studienteam entwickelt und im ersten nationalen Bericht ([hier](#)) ausführlich beschrieben wurde. Insgesamt waren die INTERCARE Pflegefachpersonen sehr zufrieden mit dem Curriculum und würden es anderen interessierten diplomierten Pflegefachpersonen empfehlen, die ihr geriatrisches Fachwissen erweitern möchten.

Der Lehrplan umfasste 8 Module, darunter klinisches Leadership (z. B. Methoden erfolgreicher Führung, emotionale Intelligenz und Leadership, Führungsstile, Selbstreflexion, Fallstudien), Kommunikation (z. B., Modell der inter- und intrapersonellen Kommunikation nach Schulz von Thun, Kommunikationstechniken und -stile), multidimensionales geriatrisches Assessment/gesundheitliche Vorausplanung, geriatrische Syndrome (Delirium, Stürze, Seh- und Hörverlust, Sarkopenie und Gebrechlichkeit, Mangelernährung, Schmerzen, Immobilität, BPSD), chronische Erkrankungen (COPD und Asthma, Diabetes, Herzinsuffizienz), akute Symptome (z. B., akute Dyspnoe,

Abdominalschmerzen, Hypoglykämie), Medikamentenmanagement (z. B. Polymedikation, Arzneimittelinteraktionen) und datenbasierte Qualitätsentwicklung (z. B. statistische Prozesslenkung, Benchmarking, PDCA-Zyklus). Die Erfahrungen der INTERCARE Pflegefachpersonen mit dem Curriculum wurden gegen Ende des Studienzeitraums in Interviews vertieft. Zu den wichtigsten Erkenntnissen gehörte die hohe Wertschätzung der interaktiven Teile, in denen sie verschiedene Lösungsansätze für Probleme diskutieren und ausprobieren konnten, insbesondere in den Bereichen Führung und Kommunikation. Bei den geriatrischen Syndromen und Krankheiten betrachteten sie mehrere Teile als Wiederholungen. Gleichzeitig hätten andere Themen wie Polymedikation, Medikamentenüberprüfung und Unterstützung bei der Qualitätsverbesserung vertieft werden können, was die Zufriedenheit mit der mittleren Gesamtnote des Curriculums von 3,5 (1 - nicht zufrieden, 5 - sehr zufrieden) erklären kann. Sie schätzten die Vielfalt der Methoden mit Online-Lernen und Austausch und Diskussion vor Ort. Ein Schlüsselement des Curriculums war das individuelle Coaching, das insbesondere ihre Fähigkeit zur Selbstreflexion stärkte und sie dabei unterstützte, ihre Rolle zu reflektieren und bei der Umsetzung ihrer Rolle voranzukommen.



Kapitel 5 – Der erfolgreiche Effekt des INTERCARE-Modells

Um die Auswirkungen von INTERCARE zu bewerten, wurden während des gesamten Studienzeitraums verschiedene Ergebnisse gemessen und den teilnehmenden Pflegeinstitutionen zurückgemeldet sowie in wissenschaftlichen Veröffentlichungen verbreitet. Zu den wichtigsten gemessenen Ergebnissen gehörten die Auswirkungen des INTERCARE-Modells auf ungeplante Spitaleinweisungen, d. h. Überweisungen aus den teilnehmenden Pflegeinstitutionen in Spitäler oder Notfallstationen aus ungeplanten Gründen. Darüber hinaus wurden weitere Effekte von INTERCARE evaluiert, um zu verstehen, wie sich das INTERCARE-Modell auf aktuell wichtige Themen für Pflegeinstitutionen auswirkt. Zu diesen Themen gehören die gesundheitliche Vorausplanung (ACP), das interprofessionelle Behandlungsteam und die Wahrnehmungen des Personals, wie z. B. die Arbeitszufriedenheit und das Ausmass, in dem sich das Personal in der Lage sieht, bestimmte Aufgaben zu erfüllen. Auch die Kosten des INTERCARE-Modells wurden gemessen und berichtet. Insgesamt verbesserte das INTERCARE-Modell die gemessenen Ergebnisse und erzielte positive Resultate.

INTERCARE: eine Lösung zur Reduzierung ungeplanter Spitaleinweisungen

Im Rahmen der INTERCARE-Studie kam es bei einer Stichprobe von 942 Bewohner*innen zu 303 ungeplanten und 64 geplanten Spitaleinweisungen (Zúñiga et al. 2022). Durch die Implementierung des INTERCARE-Modells konnte die Zahl der ungeplanten Spitaleinweisungen in den 11 an der Studie beteiligten Pflegeinstitutionen deutlich reduziert werden. In Kapitel 3 wurden die Bereitschaft der Pflegeinstitutionen, das Problem der ungeplanten Spitaleinweisungen anzugehen, und die von der Leitung der Pflegeinstitutionen unternommenen Bemühungen zur Bewältigung dieses Problems erörtert.

Die Anzahl der vermiedenen Spitaleinweisungen wurde im Rahmen der Studie zwar nicht gemessen, jedoch konnten die INTERCARE Pflegefachpersonen beispielhaft Situationen aufzeigen, in denen der Gesundheitszustand von Bewohner*innen innerhalb der Pflegeinstitution beurteilt und eine Verlegung vermieden wurde. Viele der von den INTERCARE Pflegefachpersonen beschriebenen vermiedenen Verlegungen standen im Zusammenhang mit der Implementierung einer gesundheitlichen Vorausplanung für die Bewohner*innen, welche die Wünsche der Bewohner*

innen klärte, aber auch einen klaren Plan enthielt, mit dem die Angehörigen und Pflege- und Betreuungspersonen im Falle einer plötzlichen Verschlechterung des gesundheitlichen Zustands vertraut waren. Die INTERCARE Pflegefachpersonen beschrieben auch ihre Rolle als Pflegekoordinator*innen, z. B. als Schlüsselperson, die mit verschiedenen Fachpersonen in Kontakt steht, um die Pflege in der Pflegeinstitution zu organisieren und Termine mit verschiedenen Fachpersonen zu vereinbaren. In komplexen Situationen bleiben sie die Hauptansprechpartner*innen für Bewohner*innen, Angehörige und Pflege- und Betreuungspersonen (Basinska et al. 2021). Zusätzlich wurden die INTERCARE Pflegefachpersonen gebeten, während der Studie bei jeder ungeplanten Spitaleinweisung Reflexionsgespräche mit den Pflege- und Betreuungspersonen zu führen. Eine Teilstudie, die sich mit der Bewertung der Vermeidbarkeit ungeplanter Spitaleinweisungen durch Ärzt*innen und INTERCARE Pflegefachpersonen befasste, zeigte, dass klinische Untersuchungen vor Ort durch eine/n Hausärzt*in oder Fachärzt*in eine Lösung sein könnten, um ungeplante Spitaleinweisungen zu reduzieren (Guerbaai et al. 2023b).

Die Implementierung der gesundheitlichen Vorausplanung

Obwohl die gesundheitliche Vorausplanung (ACP) in Pflegeinstitutionen von grosser Bedeutung ist, unterstreicht die internationale Literatur den Mangel an ACP in diesem Setting (Hickman et al. 2019; Ouslander et al. 2012), der als ein beitragender Faktor für ungeplante Verlegungen aus Pflegeinstitutionen beschrieben wird. Derzeit wird ACP in europäischen Pflegeinstitutionen eher wenig umgesetzt, da nur wenige Bewohner*innen und ihre Angehörigen nach ihren Wünschen in Bezug auf ihre Pflege gefragt werden, einschliesslich der Präferenzen in Bezug auf die Versorgung am Lebensende (z. B. ob im Falle einer plötzlichen Verschlechterung eine Verlegung ins Spital gewünscht wird) (Mignani et al. 2017). In einer Studie wurde berichtet, dass etwa 30% der Bewohner*innen eine Patientenverfügung hatten (Andreasen et al. 2019). Das Personal von Pflegeinstitutionen ist nicht ausreichend in ACP geschult und hat möglicherweise Angst davor, sensible Gespräche zu führen und komplexe Fragen und Probleme im Zusammenhang mit der Pflege am Lebensende anzusprechen (z. B. Meinungsverschiedenheiten in der Familie) (Ouslander et

Gespräche zur gesundheitlichen Vorausplanung

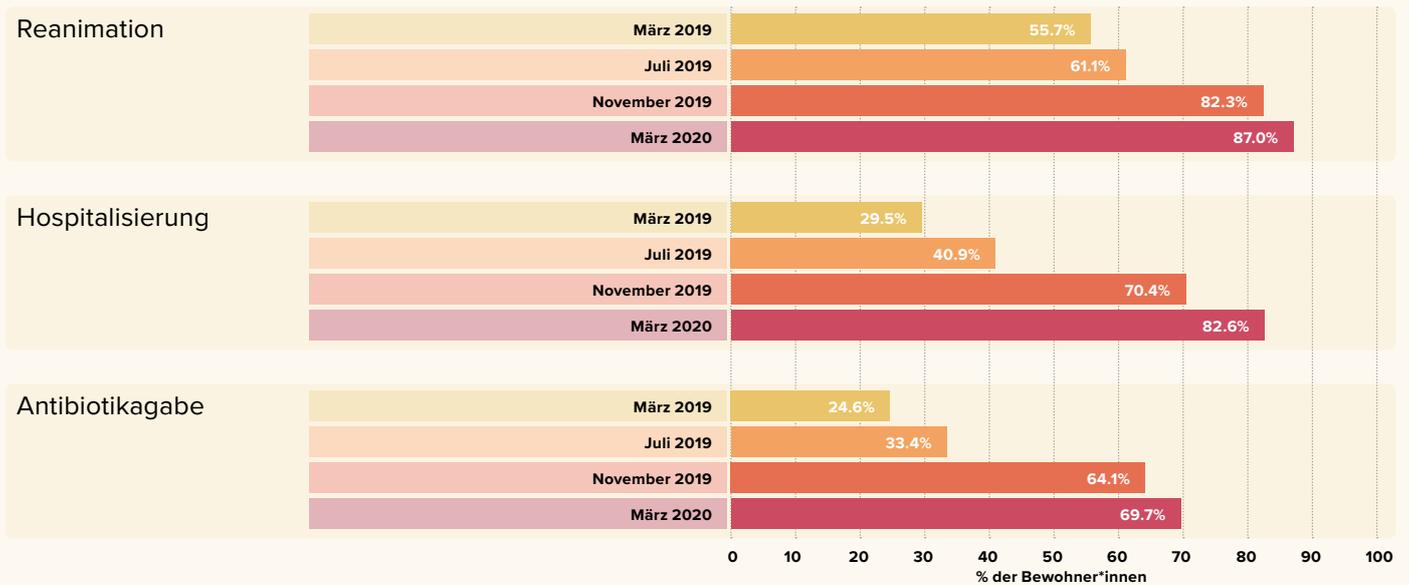


Abbildung 7. Der Prozentsatz der Bewohner*innen mit geklärten Antworten auf Gespräche zur gesundheitlichen Vorausplanung zwischen März 2019 und März 2020.

al. 2016). Die Qualität der Pflege mit einer Reduktion von vermeidbaren Transfers kann durch eine Kombination aus besserem Zugang zu Hausärzt*innen oder zu geriatrischem Fachwissen, Unterstützung für Pflegefachpersonen sowie weiteren Bemühungen um ACP und Diagnose- und Behandlungsressourcen erreicht werden. ACP ist eines der Kernelemente von INTERCARE, und die Pflegeinstitutionen wurden gebeten, die Präferenzen der Bewohner*innen (oder der nächsten Angehörigen) in Bezug auf Reanimation, die Verlegung in ein Spital während eines akuten Ereignisses und die Verabreichung von Antibiotika während der Palliativpflege zu dokumentieren.

Im Rahmen der INTERCARE-Studie beobachteten wir den Prozentsatz der Bewohner*innen, die zu vier Zeitpunkten während der Studie bereits zu diesen Themen befragt wurden. Obwohl Abteilungsleitungen und Leitungen von Pflegeinstitutionen die Wichtigkeit von ACP erkannten und deren Implementierung unterstützten, war es im ersten Jahr der INTERCARE-Studie schwierig, Zeit für Gespräche mit den Bewohner*innen und ihren Angehörigen zu finden. Ausserdem arbeitete nicht jede Pflegeinstitution mit betriebsinternen Ärzt*innen zusammen, so dass es schwierig war, die Ärzt*innen der Bewohner*innen einzubeziehen. INTERCARE Pflegefachpersonen können die Implementierung von ACP vorantreiben und sind gut ausgebildet, um Gespräche zu führen. Die Implementierung von ACP in Pflegeinstitutionen erfordert jedoch klare Prozesse, und es braucht Zeit, bis diese vollständig in die tägliche Praxis

eingebettet sind (Guerbaai et al. 2023a). Während des Studienzeitraums konnten wir einen deutlichen Anstieg des Prozentsatzes der Bewohner*innen feststellen, mit denen solche Gespräche geführt wurden. Darüber hinaus hörten wir von den Pflegeinstitutionen, dass sie sich angesichts des Schwerpunkts auf ACP während des Studienzeitraums auch besser auf die Herausforderungen im Hinblick auf ACP während der SARS-COVID-19-Pandemie vorbereitet fühlten, die unmittelbar nach Abschluss der Studie begann.

Interprofessionelles Behandlungsteam

Die Perspektive der Ärzt*innen

Die im Rahmen der Studie befragten Ärzt*innen erlebten das INTERCARE-Modell unterschiedlich: Während einige Ärzt*innen keine Veränderungen feststellen konnten, äusserten andere eine starke Entlastung. Einige Ärzt*innen sahen durch die Einführung der INTERCARE Pflegefachperson eine Verbesserung der Kommunikations- und Fachkompetenz der diplomierten Pflegefachpersonen, die sich z. B. durch eine frühzeitige und problemorientierte Klärung von Bewohner*innen-Situationen auszeichnete. In einigen Pflegeinstitutionen wurde die INTERCARE Pflegefachperson zu einer konstanten Ansprechperson, was eine bessere Pflegekontinuität gewährleistet. Der Rat der Ärzt*innen wurde weniger beansprucht, und die faktenbasierte Kommunikation der diplomierten Pflegefachpersonen ermöglichte zielgerichtetere medizinische Entscheidungen.

Obwohl einige Ärzt*innen die Einführung der INTERCARE Pflegefachperson nicht mitbekommen haben, kannten andere die INTERCARE Pflegefachperson persönlich und vermittelten, dass INTERCARE Pflegefachpersonen durch ihre Erfahrung in der Langzeitpflege eine andere Perspektive auf die Situation der Bewohner*innen einbringen können. Die INTERCARE Pflegefachpersonen wurden von den Ärzt*innen als kompetent, kommunikationsfähig, offen und interessiert an der Weiterentwicklung ihrer Kenntnisse und Fähigkeiten beschrieben. Die Zusammenarbeit zwischen Ärzt*innen und INTERCARE Pflegefachpersonen fand partnerschaftlich und zielorientiert statt. Es wurde deutlich, dass die INTERCARE Pflegefachperson ein wichtiger Katalysator für eine erfolgreiche interprofessionelle Zusammenarbeit mit Pflegeinstitutionen ist. Um eine gute Zusammenarbeit zwischen Ärzt*innen und INTERCARE Pflegefachpersonen zu etablieren, müssen zunächst gegenseitiger Respekt und Vertrauen aufgebaut werden. Einige Ärzt*innen haben betont, dass sie bereit sind, die INTERCARE Pflegefachperson zu unterstützen und sie bei der Entwicklung ihrer medizinischen Fähigkeiten und Kenntnisse zu coachen.

Die Effekte von INTERCARE auf die interprofessionelle Zusammenarbeit

Um die Effekte von INTERCARE auf die interprofessionelle Zusammenarbeit während der Studie zu ermitteln, wurden diplomierte Pflegefachpersonen und Fachpersonen Gesundheit befragt. Ziel der Umfrage war es, die Auswirkungen von INTERCARE auf die interprofessionelle Zusammenarbeit zu untersuchen und die Faktoren zu ermitteln, die aus der Sicht der diplomierten Pflegefachpersonen zu Veränderungen in der Zusammenarbeit zwischen diplomierten Pflegefachpersonen, Fachpersonen Gesundheit und Ärzt*innen beitragen (Plácido 2021). Insgesamt zeigte sich keine signifikante Veränderung in der Wahrnehmung der

interprofessionellen Zusammenarbeit aus der Sicht der diplomierten Pflegefachpersonen und Fachpersonen Gesundheit im Studienverlauf. Es wurden jedoch Zusammenhänge zwischen Geschlecht, Arbeitsumgebungsfaktoren wie gegenseitiges Lernen, Leadership und Bereitschaft zur Veränderung in der Organisation mit der Wahrnehmung der interprofessionellen Zusammenarbeit festgestellt (Plácido 2021). Dies bedeutet, dass diplomierte Pflegefachpersonen und Fachpersonen Gesundheit eine bessere interprofessionelle Zusammenarbeit wahrnehmen, wenn sie motiviert sind, als Team Neues zu lernen, Innovationen umzusetzen und die Pflege der Bewohner*innen zu verbessern, und wenn die Leitung der Pflegeinstitutionen sich um ihre Mitarbeitenden kümmert, ein offenes Ohr für ihre Anliegen hat und ihnen Wertschätzung und Anerkennung entgegenbringt (Plácido 2021).

Ergebnisse der Pflege- und Betreuungspersonen

Arbeitszufriedenheit und Empfehlung der Arbeitsstelle
Zwischen der Baseline und 12 Monaten nach der Einführung von INTERCARE waren die Arbeitszufriedenheit und die Empfehlung der Pflegeinstitutionen ähnlich hoch, was darauf hindeutet, dass die Pflege- und Betreuungspersonen bereits vor der Einführung von INTERCARE mit ihren Arbeitsbedingungen zufrieden waren.

Kündigungsabsicht

Die Absicht, ihre derzeitige Position zu verlassen, wurde in Form von fünf Fragen zu Beginn und 12 Monate nach der Einführung von INTERCARE erhoben. Bei allen Fragen wurden kleine, aber deutliche Unterschiede festgestellt. Es scheint, dass die Einführung von INTERCARE den Pflege- und Betreuungspersonen das Gefühl gab, dass es leichter als vor INTERCARE wäre, eine neue Stelle zu finden.

Arbeitszufriedenheit und Empfehlung der Arbeitsstelle

Würden Sie Ihr Heim einem Kollegen/einer Kollegin als einen guten Arbeitsort empfehlen?

86.6%

83.8%

Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrer Arbeitsstelle?

84.0%

85.6%

Anmerkung: 619 Mitarbeitende von Pflegeinstitutionen nahmen an der Basiserhebung teil, was einer Rücklaufquote von 72.8% entspricht. Bei der Nachbefragung nach 12 Monaten haben 623 Mitarbeitende geantwortet, was einer Rücklaufquote von 74.7% entspricht.



Abbildung 8. Arbeitszufriedenheit und Empfehlungen der Pflege- und Betreuungspersonen der Pflegeinstitutionen zu Beginn und 12 Monate nach Beginn der Modellumsetzung.

Kündigungsabsicht

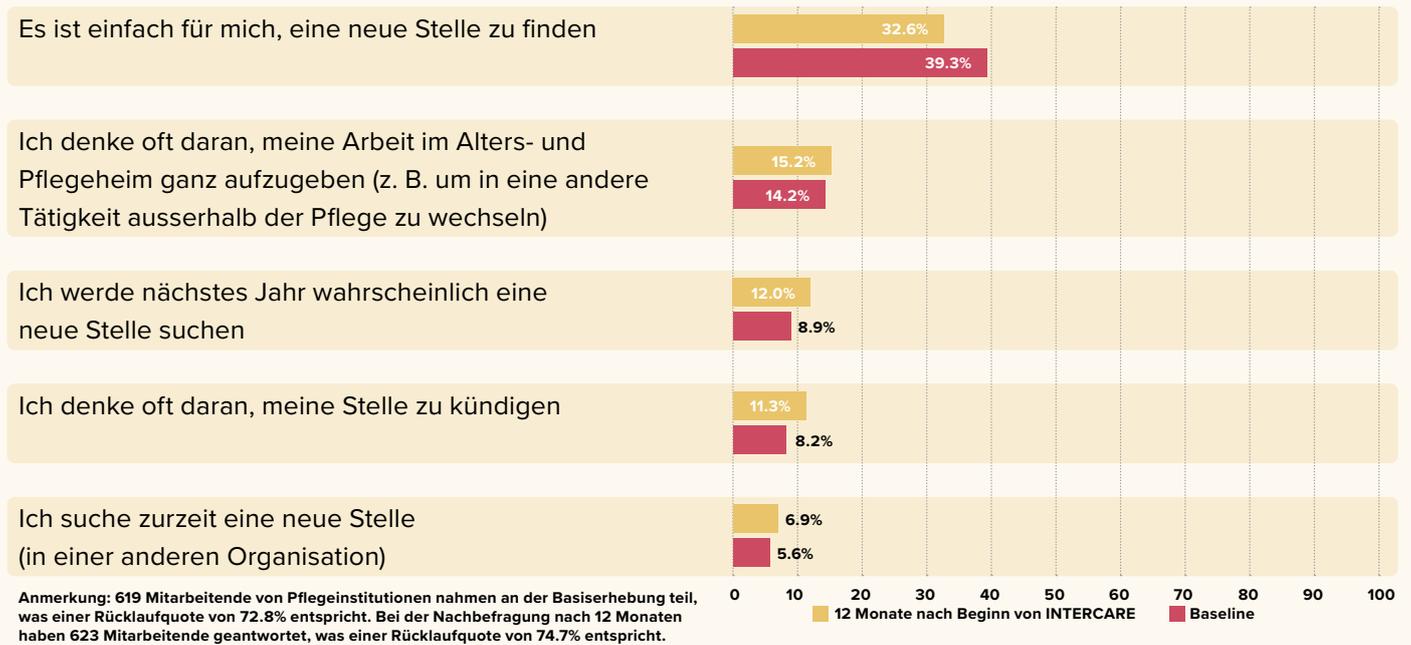


Abbildung 9. Kündigungsabsicht der Pflege- und Betreuungspersonen zu Beginn und nach 12 Monaten.

Wie zuversichtlich fühlen Sie sich ...

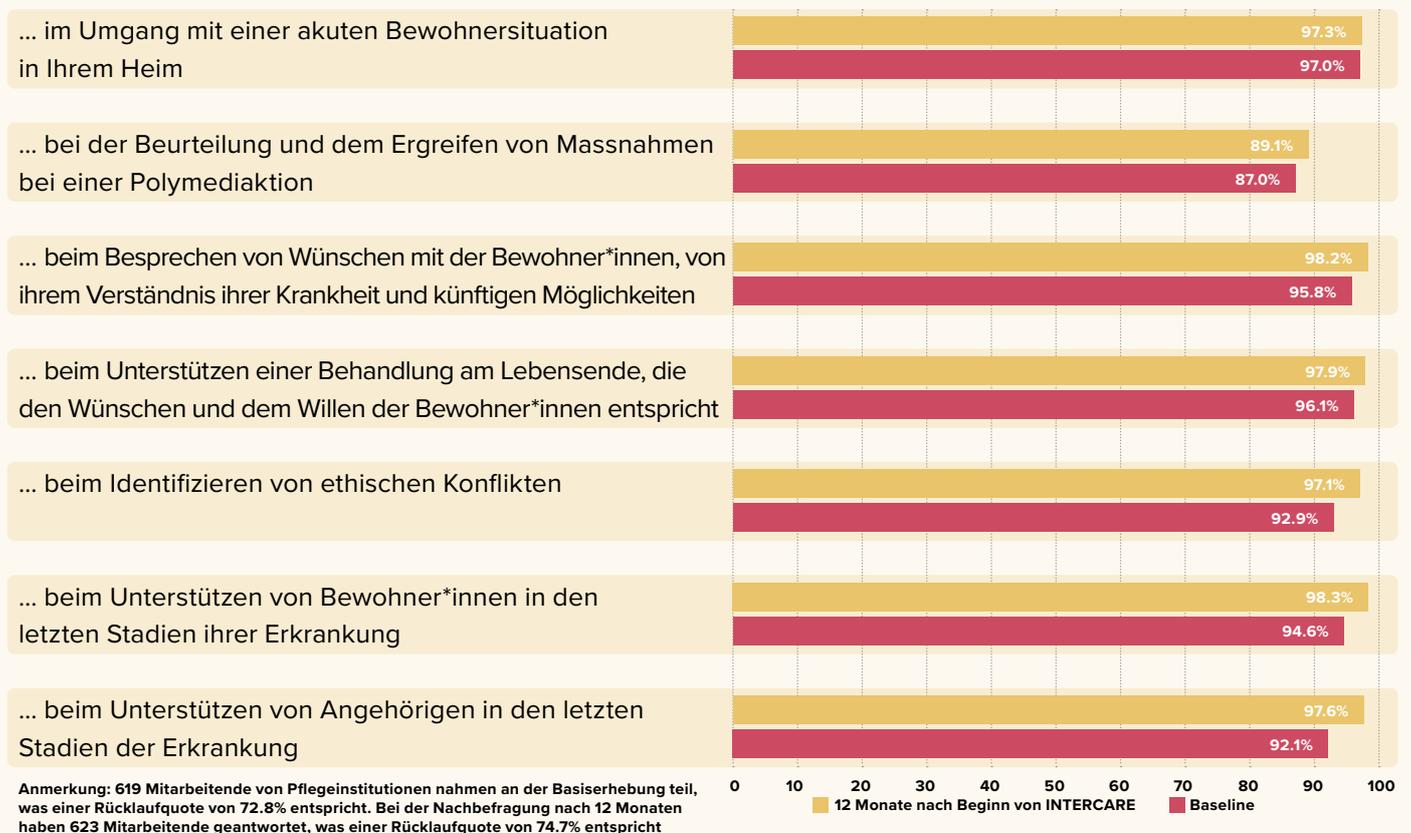


Abbildung 10. Selbstwirksamkeit der Pflege- und Betreuungspersonen der Pflegeinstitutionen in bestimmten Situationen zu Beginn und 12 Monate nach Modellumsetzung.

Selbstwirksamkeit

Selbstwirksamkeit bezieht sich auf den Glauben an die eigenen Fähigkeiten, eine bestimmte Aufgabe zu erfüllen, mit anderen Worten, wie sicher sich eine Person fühlt. Sowohl die Bewältigung akuter Situationen (z. B. eines Sturzes) als auch die Initiierung oder Führung regelmässiger Gespräche mit Bewohner*innen und Angehörigen über die Pflege am Lebensende können eine Herausforderung darstellen und werden durch den Grad der Selbstwirksamkeit beeinflusst. Die Selbstwirksamkeit der Pflege- und Betreuungspersonen in den Pflegeinstitutionen wurde zu Beginn der Studie und 12 Monate nach Einführung des INTERCARE-Modells gemessen. Die Selbstwirksamkeit im Umgang mit akuten Situationen und der Unterstützung von Bewohner*innen und Angehörigen am Lebensende war insgesamt hoch (>90%). Die Bewertung und Messung der Polymedikation könnte ein Themenbereich sein, auf den man sich in Zukunft konzentrieren sollte; obwohl die Selbstwirksamkeit immer noch als hoch eingestuft wurde, war dieser Punkt der am niedrigsten bewertete (87%). INTERCARE unterstützte die Selbstwirksamkeit durch Coaching und Vorbildfunktion durch INTERCARE Pflegefachpersonen.

Kostenwirksamkeit von INTERCARE

Ökonomische Analysen sind für die Verbreitung und Integration von evidenzbasierten Interventionen (EBI) in die tägliche Praxis unerlässlich, werden aber in der Pflegeforschung selten durchgeführt. Die INTERCARE Forschungsgruppe hatte das Ziel, eine erste gesundheitsökonomische Bewertung der Implementierung und Intervention des INTERCARE-Modells für die 11 teilnehmenden Pflegeinstitutionen durchzuführen. Zu diesem Zweck wurden die Kosten und der Zeitaufwand für die Implementierung des Modells berechnet. Bei der Berechnung dieser Kosten konzentrierten wir uns auf den Lohn der INTERCARE Pflegefachperson und Tätigkeiten, die in direktem Zusammenhang mit der Einführung von INTERCARE durch die Pflegeinstitution zu tun hatten (z. B. Schulungen, interne Projektgruppensitzungen). Wir berechneten auch die Verluste und Einsparungen, die den Pflegeinstitutionen im Zusammenhang mit Spitalaufenthalten entstehen. Schliesslich führten wir eine Kosten-Wirksamkeits-Analyse des Modells im Vergleich zur üblichen Versorgung durch. Die Analyse ergab grosse Unterschiede zwischen den Pflegeinstitutionen in Bezug auf die Implementierungs- und Interventionskosten und die Zeit für die Implementierung des Modells. Die Implementierungskosten und der Zeitaufwand pro Platz betragen durchschnittlich 685 CHF

und 9,35 Stunden, einschliesslich der Arbeiten während der Vorbereitungszeit und während der Implementierungsphase des Modells. Interne Schulungen und Informationsveranstaltungen verursachten die höchsten Kosten und den grössten Zeitaufwand. Die durchschnittlichen jährlichen Interventionskosten in Form von Gehältern für INTERCARE Pflegefachpersonen beliefen sich auf 939 CHF pro Platz, bei einer durchschnittlichen Anzahl von 1,4 INTERCARE Pflegefachpersonen pro 100 Plätze und einer durchschnittlichen Beschäftigungsrate von 76% des Vollzeitäquivalents pro INTERCARE Pflegefachperson. Spitalaufenthalte von Bewohner*innen waren mit einem durchschnittlichen Verlust von 52% der normalen Einnahmen der Pflegeinstitutionen verbunden. Die Kosten des INTERCARE-Modells beliefen sich auf 22.595 CHF pro vermiedenem Spitalaufenthalt. Obwohl unsere Ergebnisse darauf hindeuten, dass das INTERCARE-Modell kostspieliger war, war es wirksamer als die übliche Pflege. Die Reduzierung von Spitalaufenthalten kommt den Kostenträgern und Pflegeinstitutionen zugute, da Einnahmeausfälle vermieden werden.

Anekdotische Evidenz

Zusätzlich zu den gemessenen Ergebnissen sprachen die teilnehmenden Pflegeinstitutionen über ihre Erfahrungen während der INTERCARE-Studie. Sie berichteten darüber, wie die INTERCARE-Studie zu klareren Prozessen und Strukturen führte und die Attraktivität der Arbeit in Pflegeinstitutionen erhöhte. Die Pflegeinstitutionen waren der Meinung, dass potenzielle Mitarbeitende an den ausgeschriebenen Stellen interessiert waren, weil die Pflegeinstitutionen mit dem INTERCARE-Modell arbeiteten und die Personalfuktuation abnahm, was bei einigen Pflegeinstitutionen dazu führte, dass sie nicht mehr auf Temporär-Mitarbeitende angewiesen waren. Aus der Sicht der Bewohner*innen berichteten die Pflegeinstitutionen, dass sich die Bewohner*innen und ihre Angehörigen wahrgenommen fühlten und Probleme oder Situationen rascher von den Pflege- und Betreuungspersonen gelöst wurden. Die Pflegeinstitutionen stellten weniger Beschwerden und Konflikte mit Bewohner*innen und Angehörigen fest und waren mit den INTERCARE Pflegefachpersonen sehr zufrieden. Während der INTERCARE-Studie wurden von den Bewohner*innen oder Angehörigen keine besonderen Herausforderungen gemeldet. Um den Aufwand der Datenerhebung zu verringern, wurden die Bewohner*innen und Angehörigen jedoch nicht direkt dazu befragt, wie das Modell wahrgenommen wurde.

Kapitel 6 – Die Nachhaltigkeit von INTERCARE

Zwölf Monate nach Beginn der Modellumsetzung wurden die Abteilungsleitungen nach ihrer Meinung zu den folgenden Kernelementen befragt: INTERCARE Pflegefachperson, gesundheitliche Vorausplanung, Stop&Watch und ISBAR. Das Element, das in Bezug auf die kontinuierliche Nutzung und Empfehlung unklar erschien, war das Stop&Watch Instrument, wie in Kapitel 4 im Hinblick auf die Treue bei der Implementierung bereits diskutiert wurde.

Die Pflegeinstitutionen betonten, dass das Instrument nicht immer verwendet wurde und dass es an Verfahren fehlte, was zu tun ist, sobald ein Mitglied der Pflege- und Betreuungspersonen das Instrument ausgefüllt hat. Um die Nutzung des Instruments zu fördern, ist eine weitere Diskussion erforderlich, um zu entscheiden, ob Stop&Watch ein Kernelement bleiben sollte oder ob eine andere Strategie erforderlich ist, um seine Nachhaltigkeit zu verbessern.

Weitere Verwendung von INTERCARE Kernelementen nach Projektende

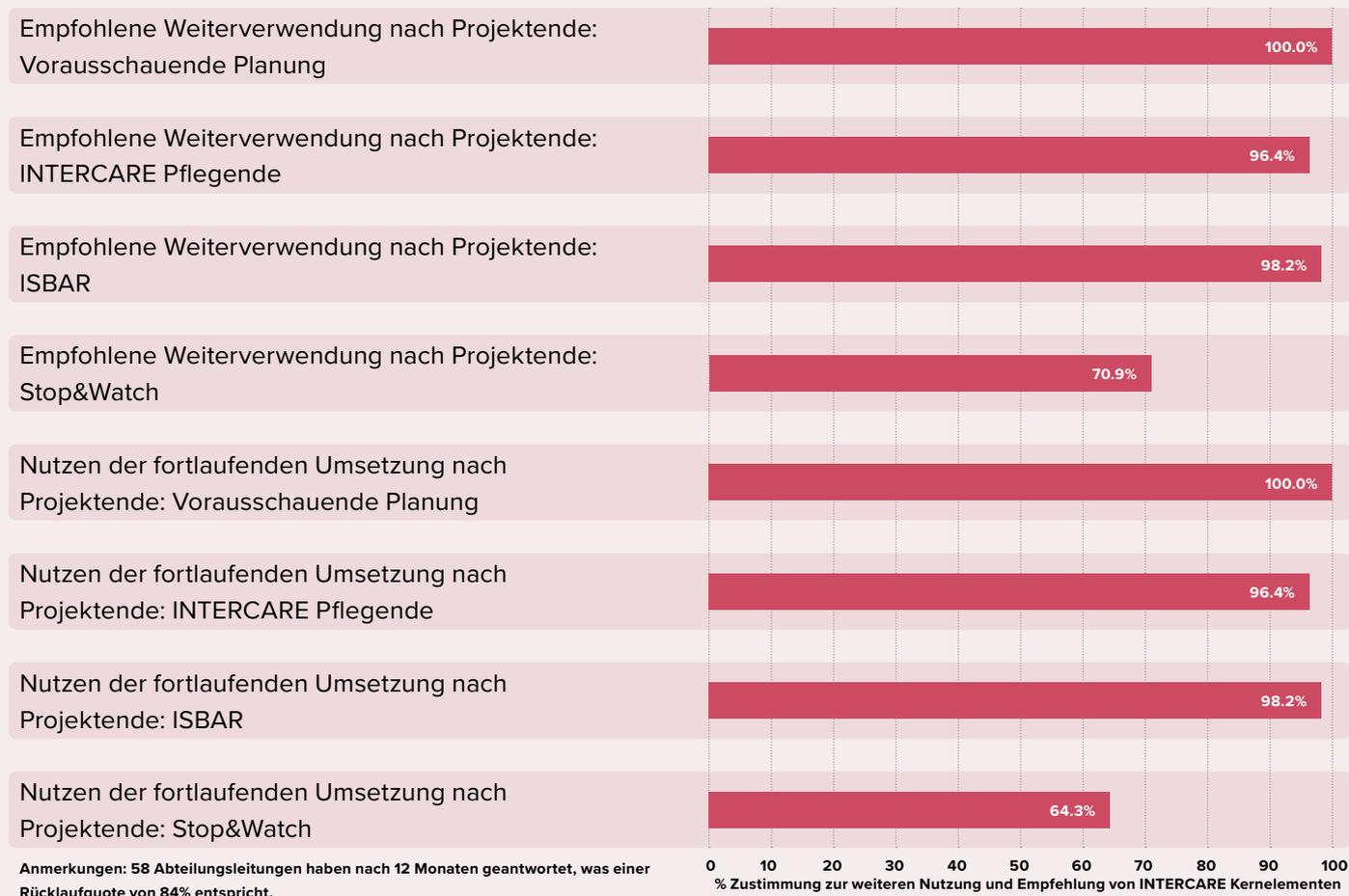


Abbildung 11. Meinungen der Abteilungsleitungen zur Aufrechterhaltung der Kernelemente und ihre Empfehlung zur weiteren Verwendung.

Kapitel 7 – Diskussion

Allgemeine Erfolge und Herausforderungen von INTERCARE

INTERCARE wurde als hybride Implementierungsstudie des Typs 2 entwickelt und hatte zum Ziel, ungeplante Spitaleinweisungen zu reduzieren und Informationen über die Ergebnisse der Implementierung zu sammeln und zu bewerten (Zúñiga et al. 2019). Während der Vorbereitungs- und Implementierungsphase wurden die Pflegeinstitutionen von der Forschungsgruppe der Studie vorbereitet, unterstützt und geschult (Zúñiga et al. 2019). Insgesamt war die INTERCARE-Studie erfolgreich bei der Erreichung der vordefinierten klinischen und Implementierungsergebnisse (Basinska et al. 2022; Guerbaai et al. 2023a; Zúñiga et al. 2022). Noch wichtiger ist jedoch, dass die teilnehmenden Pflegeinstitutionen berichteten, dass der Nutzen von INTERCARE im Allgemeinen die Erwartungen übertraf. Die Pflegeinstitutionen stellten fest, dass die INTERCARE Pflegefachpersonen im Mittelpunkt des Modells standen, dass die Akzeptanz der INTERCARE Pflegefachpersonen sehr hoch war und dass die Bedeutung der Rolle im Laufe der Studie exponentiell wuchs. Die INTERCARE Pflegefachpersonen wurden in den Pflegeinstitutionen als treibende Kraft für die Implementierung gesehen und als Unterstützungspersonen geschätzt. INTERCARE wurde kurz nach dem Ende der Studie im Februar 2020 unerwartet auf die Probe gestellt, als die SARS-COVID-19-Pandemie ausbrach, und die Pflegeinstitutionen das Modell fortsetzten. Die Pflegeinstitutionen berichteten in einem Folgegespräch (November 2020), dass die INTERCARE Pflegefachpersonen das Personal der Pflegeinstitutionen in Hygieneintervention schulten und Unterstützung und Sicherheit bieten konnten. Obwohl einige Elemente des Modells (z. B. Tools) zur Seite gelegt wurden, waren die Pflegeinstitutionen bereit, erneut in die weitere Implementierung des Modells zu investieren.

In Bezug auf einige der Herausforderungen, mit denen die Pflegeinstitutionen konfrontiert waren, betonten sie häufig, dass Veränderungen in der Leitung, Personalwechsel und die Anzahl der gleichzeitig laufenden Projekte die Implementierung von INTERCARE behindern könnten. Eine weitere Herausforderung war die Arbeitsbelastung der INTERCARE Pflegefachpersonen, die Anzahl der Bewohner*innen, für die sie zuständig waren, und die Wichtigkeit, diese Anzahl zu definieren. Der regelmässige Austausch mit den Leitungen der Pflegeinstitutionen wurde

als entscheidend für die Nachhaltigkeit der Rolle und für den Fortbestand von INTERCARE angesehen. Die Beteiligung von Ärzt*innen war in den 11 Pflegeinstitutionen, die an INTERCARE teilnahmen, unterschiedlich. Aus den verschiedenen Teilstudien, insbesondere der Studie zur Treue, ging hervor, dass die Implementierung einiger Kernelemente, wie z. B. gesundheitliche Vorausplanung, eine Herausforderung darstellen kann, wenn die Ärzt*innen nicht mit an Bord sind. Auch die INTERCARE Pflegefachpersonen fühlten sich mit ärztlicher Unterstützung und Anleitung wohler.

Kernelemente und Implementierungsstrategien:

Was soll beibehalten werden?

Was die Kernelemente von INTERCARE betrifft, so werden die meisten von ihnen bis heute in den Pflegeinstitutionen umgesetzt. Wie bereits erwähnt, ist die INTERCARE Pflegefachperson das zentrale Element des Modells, und ihre Rolle entwickelt sich weiter.

Um die Nachhaltigkeit und Skalierbarkeit der Rolle über die INTERCARE-Studie hinaus zu gewährleisten, wurde ein Certificate of Advanced Studies-Programm entwickelt, das auf dem Curriculum für INTERCARE Pflegefachpersonen basiert und als Weiterbildungsstudium Certificate of Advanced Studies (CAS) an der Universität Basel eingeführt wurde. Das "CAS INTERCARE - Klinische Fachverantwortung in der Geriatrie" konzentriert sich speziell auf klinisches Wissen für diplomierte Pflegefachpersonen, die in Pflegeinstitutionen in erweiterten Rollen arbeiten. Nicht nur die Entwicklung klinischer Fähigkeiten ist Bestandteil, sondern auch die Anleitung zur Übernahme einer klinischen Führungsrolle. Darüber hinaus ist eines der CAS-Module für die jeweiligen Leitungen der Pflegeinstitutionen der teilnehmenden diplomierten Pflegefachpersonen bestimmt. Damit sollen sie bei der Einführung der neuen Rolle in ihrer Pflegeinstitution⁸ unterstützt werden.

Das Kernelement gesundheitliche Vorausplanung ist für Pflegeinstitutionen wichtig. Sie entlastet das Pflegepersonal, da der Umgang mit Situationen klarer ist und die Wünsche der Bewohner*innen und Angehörigen bekannt sind und erfüllt werden können.

⁸Weitere Informationen zum Programm: <https://nursing.unibas.ch/de/weiterbildung/cas-intercare/>

Die Tools ISBAR, Stop&Watch und das Reflexionsinstrument wurden insgesamt als sehr hilfreich für die Unterstützung der interprofessionellen Zusammenarbeit und der Kommunikation empfunden. Nicht alle Pflegeinstitutionen sahen einen zusätzlichen Nutzen von Stop&Watch. Einerseits wurden mit diesem Instrument insbesondere mehr Implementierungsaufwand und Engagement der Abteilungsleitungen sowie regelmässige Schulungen für neu angestellte Pflegefachpersonen und Auffrischungsschulungen für das bestehende Personal gefordert. Andererseits könnte Stop&Watch die bereits gut etablierten Kommunikationskanäle stören, insbesondere in kleinen Teams.

Was die Implementierungsstrategien betrifft, so sind sich alle Pflegeinstitutionen einig, dass die Implementierung von INTERCARE insgesamt regelmässige Schulungen und Unterstützung benötigt. Die Ermutigung und Beteiligung der Leitungen sind für eine erfolgreiche Implementierung und Nachhaltigkeit entscheidend. Besprechungen mit den Leitungen und die zeitnahe Auswertung von Daten über Qualitätsindikatoren mittels Berichte (Benchmarking-Berichte, statistische Prozesslenkung und Befragungen der Pflege- und Betreuungspersonen) wurden als wichtig erachtet, um Probleme erkennen und lösen zu können. Dies zeigt, wie wichtig eine angeleitete Implementierung einer komplexen Intervention wie INTERCARE ist. Gleichzeitig muss man in Erwägung ziehen, den Pflegeinstitutionen Tools an die Hand zu geben, die ihnen mehr Unabhängigkeit bei der Überwachung von Schlüsseldaten in Bezug auf die Qualität der Pflege oder die Wahrnehmung des Personals ermöglichen.

Kernelemente und Implementierungsstrategien:

Was sollte verworfen werden?

Ausgehend von Gesprächen mit Pflegeinstitutionen gilt es zu überlegen, ob Stop&Watch-Tool weiterhin ein Kernelement des INTERCARE-Modells sein soll, oder eher eine periphere Anforderung. Die Prozesse zur Nutzung der ausgefüllten Stop&Watch Tools sind schwierig zu definieren und hängen vom Kontext in den Pflegeinstitutionen ab. Den Pflegeinstitutionen könnte freigestellt werden, das Tool so zu implementieren, dass es für sie von Vorteil ist. Einige Pflegeinstitutionen möchten das Stop&Watch-Tool vielleicht nutzen, um die Übergabe von Informationen zu erleichtern oder neuen Mitarbeitenden dabei zu helfen, auf Veränderungen im Zustand der Bewohner*innen zu achten, bevor sie sich sicher fühlen, diese zu erkennen und zu berichten.

Die Pflegeinstitutionen und INTERCARE Pflegefachpersonen fanden das multidimensionale geriatrische Assessment schwierig umzusetzen und konnten dieses Kernelement nicht nachvollziehen. Dieses Kernelement wird angepasst, und die INTERCARE Pflegefachperson wird nicht mehr allein für die Leitung der Implementierung verantwortlich sein, sondern der Schwerpunkt wird auf die Interprofessionalität gelegt, um das multidimensionale geriatrische Assessment so zu entwickeln, dass es den Bedürfnissen der Pflegeinstitutionen gerecht wird.

Als Implementierungsstrategie wurde auch eine Vernetzungsplattform für den Austausch unter INTERCARE Pflegefachpersonen angeboten. Diese wurde jedoch nicht genutzt, da die gewählte Plattform nicht deren Bedürfnissen entsprach. Die INTERCARE Pflegefachpersonen schätzen die Möglichkeit, sich auszutauschen und voneinander zu lernen, aber dieser Austausch muss auf eine andere Art und Weise erfolgen (z. B. intuitive Foren oder persönliche Treffen).

Kernelemente und Implementierungsstrategien:

Was soll verbessert oder neu entwickelt werden?

Das multidimensionale geriatrische Assessment und die datenbasierte Qualitätsentwicklung waren für Pflegeinstitutionen und INTERCARE Pflegefachpersonen schwierig zu verstehen (Guerbaai et al. 2023a). Diese beiden Kernelemente werden derzeit mit Pflegeinstitutionen diskutiert, um eine bessere Übernahme zu erreichen. Einerseits ist ein umfassendes geriatrisches Assessment erforderlich, um ein klares Bild von den Bedürfnissen und Zielen der Bewohner*innen zu erhalten. Herausforderungen bestehen beispielsweise bei der Verwendung vorhandener Assessment-Daten, der Integration von Fokus-Assessments oder der Zusammenarbeit im interprofessionellen Team, was angesichts der knappen zeitlichen und finanziellen Ressourcen in Pflegeinstitutionen für ein geriatrisches Assessment entscheidend ist. Die Bedürfnisse der Pflegeinstitutionen im Hinblick auf ein multidimensionales geriatrisches Assessment werden in Vorbereitung auf das Scale-up des INTERCARE-Modells in der nächsten Phase noch genauer untersucht.

Hinsichtlich der datenbasierten Qualitätsentwicklung waren die Pflegeinstitutionen in der Lage, potenzielle Probleme (z. B. Polymedikation) zu erkennen und zu erörtern, benötigen jedoch Unterstützung bei der Analyse und dem Verständnis von Daten, die sie durch routinemässige Bewohner*innen-Assessments (RAI-NH, BESA, PLAISIR) erhalten können. Dieses Thema wird derzeit erörtert, um

Nächste Schritte in der Forschung

herauszufinden, wie Pflegeinstitutionen eigenständig mit den von ihnen erhobenen Daten arbeiten können.

Was das Kernelement der interprofessionellen Behandlungsteams angeht, so hatten Pflegeinstitutionen, die mit einem gemischten oder externen Ärzt*innen-Modell arbeiten, Schwierigkeiten, das interprofessionelle Behandlungsteam zu fördern. Weitere Massnahmen sind erforderlich, um Pflegeinstitutionen bei der erfolgreichen Zusammenarbeit mit externen Ärzt*innen besser zu unterstützen.

Hinsichtlich der Implementierung und der verwendeten Strategien gaben die Pflegeinstitutionen in verschiedenen Sitzungen an, dass die vorbereitenden Leadership-Treffen früher stattfinden sollten, um mehr Zeit für die Vorbereitung der Implementierung zu haben. Die Leitungen der Pflegeinstitutionen schätzen spezifische Coaching-Sitzungen wie bspw. für die INTERCARE Pflegefachpersonen. Die Einbindung der Abteilungsleitungen der Pflegeinstitutionen und die Frage, wie sie bei der Implementierung eines solchen Modells am besten unterstützt werden können, bedarf weiterer Überlegungen.

Die Rolle der INTERCARE Pflegefachpersonen muss geregelt und von anderen Rollen in den Pflegeinstitutionen differenziert werden, um Konflikte zu vermeiden und eine solide interprofessionelle Zusammenarbeit zu ermöglichen. Das Curriculum der INTERCARE Pflegefachpersonen war eine intensive Strategie, um die Rolle der INTERCARE Pflegefachperson zu implementieren und zu stärken. Die INTERCARE Pflegefachpersonen verfügten jedoch über unterschiedliche Ausbildungs- und Erfahrungsniveaus. In Zukunft könnte das Curriculum für jede INTERCARE Pflegefachperson angepasst werden, je nachdem, welche Wissensbereiche ihr fehlen.

Die 11 Pflegeinstitutionen, die an INTERCARE teilnahmen, zeigten eine hohe Bereitschaft zur Implementierung des Modells und bereiteten sich schon viele Monate vor Modellumsetzung auf die Implementierung vor. Die Pflegeinstitutionen konnten selbst entscheiden, wann sie sich bereit fühlten, mit dem INTERCARE-Modell innerhalb von sechs Monaten zu beginnen, die vom Forschungsteam festgelegt wurden. Dies ermöglichte ihnen eine gute Planung, obwohl die Pflegeinstitutionen der Meinung waren, dass die vorbereitenden Führungstreffen früher hätten stattfinden sollen, um mehr Zeit für die Vorbereitung zu haben.

Das INTERCARE-Modell wurde auf der Grundlage einer sorgfältigen Kontextanalyse entwickelt und leistete einen Beitrag zum vorhandenen Wissen über Versorgungsmodelle zur Reduzierung ungeplanter Spitaleinweisungen. Es gehört zu den ersten Studien in diesem Bereich, die den Grundsätzen der Implementationsforschung folgen und einen starken theoretischen Hintergrund haben (Zúñiga et al. 2019). Obwohl wir eine erfolgreiche Implementierung und klinische Wirksamkeit erreicht haben, ist eine weitere eingehende Analyse des Implementierungsprozesses von INTERCARE erforderlich, um die Gründe für den Erfolg von INTERCARE besser zu verstehen und mögliche Verbesserungen für das Scale-up von INTERCARE und zukünftigen Pflegemodellen zu berücksichtigen. Weitere Forschung ist notwendig, um zu verstehen, welche Implementierungsstrategien entscheidend sind, um die Implementierung von INTERCARE bestmöglich zu unterstützen, und welche Strategien möglicherweise verfeinert oder angepasst werden müssen. Die Entwicklung eines hybriden Studiendesigns des Typs 3 und die Randomisierung einer grösseren Stichprobe von Pflegeinstitutionen zu verschiedenen Bündeln von Implementierungsstrategien sowie die Messung der Ergebnisse bei den Bewohner*innen werden wichtige Erkenntnisse darüber liefern, welche Bündel von Implementierungsstrategien am effektivsten sind, um die Implementierung und Aufrechterhaltung von INTERCARE zu unterstützen. Die Betrachtung verschiedener Implementierungsstrategien und deren Anpassung an andere Pflegeinstitutionen wird die Übertragung von Forschungsergebnissen in die Praxis erleichtern (Ioannidis et al. 2014). Die Einbeziehung von Pflegeinstitutionen, die sich beispielsweise in Bezug auf Management- und Führungsstile, Personalfuktuation, Spitaleinweisungen und hausärztliche Versorgung unterscheiden, könnte dazu beitragen, herauszufinden, ob zusätzliche Implementierungsstrategien erforderlich sind, die Pflegeinstitutionen bei der Implementierung und Aufrechterhaltung von INTERCARE helfen könnten.

Fundierte Methoden zur Bewertung der Implementierungstreue komplexer Interventionen erfordern weitere Forschung. Es braucht mehr Anleitung, um Forschenden bei der Entwicklung von Messinstrumenten zu helfen, mit denen die Treue während des gesamten Durchführungszeitraums einer Intervention genau gemessen werden kann (Carroll et al. 2007; Guerbaai et al. 2023a). Damit die Pflegeforschung den Einsatz von Methoden der Implementationsforschung verbessern und beispielsweise wichtige Ergebnisse der Implementierung, wie den Grad der

Implementierungstreue, besser messen können, sollten die Förderorganisationen den damit verbundenen Kosten mehr Bedeutung beimessen und die Forschenden in diesem Bereich besser unterstützen. INTERCARE war eine kostenintensive Studie, und um Fortschritte zu erzielen und Wissenslücken zu schliessen, wie z. B. bei der Untersuchung der Implementierungstreue und der Prozessevaluierung, ist eine angemessene Finanzierung eine Voraussetzung für weitere Forschung und die Weiterbildung von Forschenden auf dem Gebiet der Implementierungsforschung (Swiss Academy of Medical Sciences (SAMS) 2021).

Für die zukünftige Forschung wäre es wichtig zu untersuchen, wie Bewohner*innen und Angehörige am besten in Studien wie INTERCARE integriert werden können. Dies ist jedoch herausfordernd, da insbesondere (meist gebrechliche) Bewohner*innen von Pflegeinstitutionen oft Unterstützung benötigen bei der aktiven Beteiligung in einer Studie. Dies wiederum kann das Pflege- und Betreuungspersonal aufgrund fehlender zeitlicher- und finanzieller Ressourcen überfordern und stellt auch für Forschende eine Herausforderung dar. Aufgrund der mit INTERCARE gesammelten Erfahrungen ist es sehr sinnvoll, Workshops mit Bewohner*innen und ihren Angehörigen zu organisieren (Basinska et al. 2021). Allerdings kam es häufig zu Ausfällen und kurzfristigen Schwierigkeiten, was die Beteiligung von Bewohner*innen und Angehörigen behindern kann.

Um die Versorgungsprozesse für die Bewohner*innen besser zu verstehen und weiter zu verbessern, muss besser erfasst werden, wie Pflegeinstitutionen die Erkennung von Verschlechterungen des Gesundheitszustands und Spitalweisungen problematisieren. Der nächste Schritt besteht darin, die Zahl der gezielten Spitalweisungen zu reduzieren, indem individuelle, auf spezifische Verlegungen (z. B. sturzbedingte Verlegungen) zugeschnittene Massnahmen durchgeführt werden. Für eine allgemeine Reduktion von Spitalweisungen könnte die Verwendung von Algorithmen, die zur Bewertung von Spitalweisungen aus Pflegeinstitutionen entwickelt wurden, dazu beitragen, die Qualität der erhobenen Daten zu verbessern (Housley et al. 2018). Das Einbeziehen von Pflegeinstitutionen in Studien mit Unterschieden zwischen niedrigen und hohen Einweisungsraten könnte auch dazu beitragen, unterschiedliche Versorgungsprozesse zu identifizieren und zu ermitteln, wie Modelle für andere Pflegeinstitutionen angepasst werden können. Weitere Untersuchungen könnten

sich auch mit dem Nutzen national standardisierter Dokumentationsformate befassen, um die Früherkennung von Symptomen und Einschätzung von Bewohner*innen zu verbessern und die Unterschiede in der täglichen Dokumentation in Pflegeinstitutionen zu verringern, was den Zugang zu vollständigen, homogenen Daten für Forschende in verschiedenen Einrichtungen erleichtern könnte.

Nächste Schritte in der Schweizer Landschaft

Pflegeinstitutionen in der Schweiz, wie auch in anderen Nachbarländern, haben zunehmend Probleme, genügend qualifiziertes Personal zu rekrutieren und zu halten, was die Qualität der Pflege gefährden kann. Zwar können Modelle wie INTERCARE die Attraktivität für Pflegeinstitutionen erhöhen, doch ob dies langfristig ausreicht und wie der Personalschlüssel verbessert werden kann, ist noch nicht geklärt. Auch der Zugang zu einer rechtzeitigen medizinischen Untersuchung und die Frage, wie diese verbessert werden kann, sind noch ungeklärt. Es gibt viele Fragen zu den Rollenabgrenzungen und den Erwartungen an Pflegeexpert*innen wie die INTERCARE Pflegefachperson, wie diese in Pflegeinstitutionen eingebettet ist und wie sich solche Rollen weiterentwickeln sollten. In der Schweiz ist die Umsetzung solcher Rollen, einschliesslich der Advanced Practice Nurses, mit besonderen Herausforderungen verbunden, da die Entscheidungen im Gesundheitswesen auf kantonaler Ebene getroffen werden und Gesetzesänderungen und deren Umsetzung Jahre dauern können.

INTERCARE ist eine Lösung für Pflegeinstitutionen, politische Entscheidungsträger und Stakeholdergruppen, die die geriatrische Kompetenz in Pflegeinstitutionen stärken und ungeplante Spitalweisungen reduzieren möchten, aber dafür mehr diplomierte Pflegefachpersonen benötigen, die in erweiterten Rollen arbeiten, oder Advanced Practice Registered Nurses (APRNs). Darüber hinaus kann INTERCARE parallel zur Einführung von APRNs implementiert werden, da das Modell komplementär zu Pflegemodellen ist, die APRNs einschliessen. Ein Modell wie INTERCARE kann als Sprungbrett dienen und die Einführung von APRNs an der Seite von Fachpersonen, die in erweiterten Rollen arbeiten, erleichtern.

Empfehlungen

Neben der Implementierung von Pflegemodellen wie INTERCARE müssen politische Entscheidungsträger und Stakeholder über bessere Möglichkeiten nachdenken, um diplomierte Pflegefachpersonen mit Weiterbildung für die Arbeit in Pflegeinstitutionen zu gewinnen und zu halten (Devi et al. 2021). Die Forschung zeigt, dass in den Lehrplänen für Langzeitpflege eine unzureichende geriatrische Ausbildung vorgesehen ist, und Pflegeinstitutionen kein Setting sind, in dem sich Pflegefachpersonen weiter entwickeln möchten. Pflegeinstitutionen mit innovativen Modellen könnten attraktiv sein und eine solide Lernumgebung für Studierende der Pflege bieten. Zu den Investitionen in die Attraktivität von Pflegeinstitutionen gehören auch bessere Gehälter, Arbeitsbedingungen und, wie wir bei INTERCARE erlebt haben, eine innovative Arbeitsweise, die die Pflegeinstitutionen positiv hervorhebt, z. B. ein Lernumfeld und Unterstützung für diplomierte Pflegefachpersonen durch Fachpersonen, die in erweiterten Rollen arbeiten. Die Pflegeinstitutionen berichteten, dass sie im Rahmen von INTERCARE mehr Anfragen von diplomierten Pflegefachpersonen erhalten haben, um in den teilnehmenden Pflegeinstitutionen zu arbeiten, da INTERCARE die Attraktivität, in solchen Einrichtungen zu arbeiten, erhöhte. Diplomierte Pflegefachpersonen, inkl. jene, die in erweiterten Rollen arbeiten, müssen öffentlich für ihre zusätzlichen Fähigkeiten anerkannt, unterstützt und ermutigt werden, ihre Kompetenzen weiterzuentwickeln. Es müssen Möglichkeiten für Schulungen und Coaching in den Pflegeinstitutionen geschaffen werden, um ihnen zu helfen, das erforderliche Fachwissen für Rollen zu entwickeln, welche in Pflegeinstitutionen durch den sich verändernden Bedarf und die Ansprüche der Bewohner*innen entstehen.

Die gesamte INTERCARE-Studie unterstreicht die Notwendigkeit, Partnerschaften zwischen Pflegeinstitutionen und Spitälern, Notfallstationen, Ambulanzen und Hausarztpraxen zu stärken, um ein besseres Verständnis dafür zu erlangen, was in den Umfeldern noch getan werden könnte, um (Wieder)Einweisungen anzugehen, die Kommunikation und den Informationsaustausch zu verbessern und Austrittsplanungen aus dem Spital zu erstellen, die dem Umfeld der Pflegeinstitutionen angemessen sind. Eine engere Zusammenarbeit mit den Hausärzt*innen und ihre weitere Einbeziehung in die Entwicklung von Pflegemodellen wie INTERCARE, und die praktische tägliche Arbeit, die solche Modelle erfordern, ist von entscheidender Bedeutung,

damit Fachpersonen, die in erweiterten Funktionen tätig sind, die Möglichkeit haben, innerhalb eines Tätigkeitsbereichs und innerhalb von Rahmenbedingungen zu arbeiten, mit denen die medizinischen Fachkräfte einverstanden sind und die sie verstehen.

Schliesslich war die INTERCARE Pflegefachperson ein zentraler Bestandteil des INTERCARE-Modells. Am Beispiel von INTERCARE zeigt sich, dass die Unterstützung durch die Leitung der Pflegeinstitution und ihre Einbindung in die Modellumsetzung für den Erfolg entscheidend war. Abhängig von ihrer Unterstützung wird die nachhaltige Einführung neuer Pflegerollen, wie die der INTERCARE Pflegefachperson, gelingen oder scheitern (McKenna et al. 2009; McKenna et al. 2015). Die Abteilungsleitungen sind für solche Modellumsetzungen unverzichtbar, da sie alles von der Kommunikation bis zur Gesundheitsversorgung auf der Abteilung organisieren. Sie stehen auch in direkter Verbindung mit den Pflege- und Betreuungspersonen und den Pflegefachpersonen in erweiterten Rollen. Sie sind wichtige Stakeholder, die es zu berücksichtigen gilt, da sie direkten Einfluss auf die Akzeptanz des Modells auf den Abteilungen haben, Unterstützung bieten und Konflikte mit der oberen Leitung lösen (McKenna et al. 2009). Lokale Stakeholder sind auch wichtig, um das Modell und die neue Rolle zu kommunizieren und die Integration der Rolle zu erleichtern. Eine starke Einbindung der Stakeholder trägt ebenso dazu bei, dass Erwartungen kommuniziert werden und anstehende Probleme auf Makroebene angegangen werden können.

Abkürzungen

ACP	<i>Gesundheitliche Vorausplanung</i>
AIM	<i>Acceptability of Intervention Measure</i>
AKP	<i>Diplom Allgemeine Krankenpflege</i>
ANP	<i>Advanced Nursing Practice</i>
APN	<i>Advance Practice Nurses</i>
APRNs	<i>Advanced Practice Registered Nurses</i>
CAS	<i>Certificate of Advanced Studies</i>
CGA	<i>Multidimensionales geriatrisches Assessment</i>
DN II	<i>Diplom Gesundheits- und Krankenpflege Stufe 2</i>
EBI	<i>Evidenzbasierte Interventionen</i>
EBP	<i>Evidenzbasierte Praxis</i>
EFZ	<i>Eidg. Fähigkeitszeugnis "Fachmann/-frau Gesundheit EFZ</i>
EPIS	<i>Explore Prepare Implement Sustain framework</i>
FH	<i>Pflegfachleute FH (Bachelor of Science)</i>
FIM	<i>Feasibility of Intervention Measure</i>
HF	<i>Diplomierte Pflegefachperson Höhere Fachschule</i>
HöFa	<i>Höhere Fachausbildung in Gesundheits- und Krankenpflege</i>
INTERCARE	<i>Pflegegeleitetes Versorgungsmodell in Schweizer Pflegeinstitutionen: Verbesserung der interprofessionellen Pflege für bessere Bewohnerergebnisse - INTERCARE</i>
INTERSCALE	<i>Nachhaltige Verbesserung der INTERprofessionellen Versorgung für bessere Bewohnerergebnisse: SCALE-up eines evidenzbasierten Versorgungsmodells für Pflegeinstitutionen (INTERSCALE)</i>
ISBAR	<i>Identifikation, Situation, Background, Assessment, Recommendation</i>
MAS	<i>Master of Advanced Studies</i>
MBA	<i>Master of Business Administration</i>

Tabellen und Abbildungen

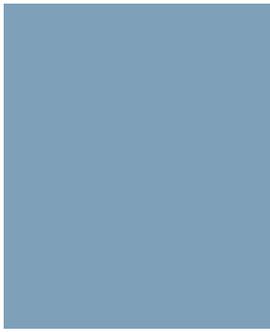
Box 1	<i>INTERCARE Forschungsgruppe.</i>	2
Box 2	<i>INTERCARE Stakeholder Gruppe.</i>	2
Box 3	<i>Das INTERCARE-Modell.</i>	4
Box 4	<i>INTERCARE Pflegefachpersonen bei der täglichen Arbeit.</i>	19
Box 5	<i>Erfahrungen von INTERCARE Pflegefachpersonen während der SARS-COVID-19-Pandemie.</i>	20
Tabelle 1	<i>Alle Implementierungsstrategien zur Implementierung von INTERCARE.</i>	9
Tabelle 2	<i>Beschreibung der Pflegeinstitutionen, die an der INTERCARE-Studie teilnahmen.</i>	13
Tabelle 3	<i>Merkmale der 19 INTERCARE Pflegefachpersonen, die an INTERCARE teilnahmen.</i>	19
Tabelle 4	<i>Zufriedenheit der INTERCARE Pflegefachpersonen mit dem Blended Learning Curriculum.</i>	28
Abbildung 1	<i>Wahrnehmung der Leitungen bezüglich der Bereitschaft der eigenen Pflegeinstitution zur Einführung von INTERCARE zu Beginn der Studie.</i>	15
Abbildung 2	<i>Die Bereitschaft der Abteilungsleitungen, an wichtigen Themen zu arbeiten, und die wahrgenommene Bereitschaft ihrer Pflege- und Betreuungspersonen, an denselben Themen zu arbeiten.</i>	15
Abbildung 3	<i>Von den Abteilungsleitungen wahrgenommene Bedeutung der Reduzierung vermeidbarer Spitaleinweisungen, der Zunahme der gesundheitlichen Vorausplanung und der Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit.</i>	16
Abbildung 4	<i>Meinungen der Abteilungsleitungen zur Reduzierung der Spitaleinweisungen zu Beginn und 12 Monate nach Beginn der Modellumsetzung.</i>	17
Abbildung 5	<i>Stop&Watch und ISBAR-Tools.</i>	25
Abbildung 6	<i>Die Wichtigkeit der verschiedenen Implementierungsstrategien für INTERCARE je nach Rolle.</i>	27
Abbildung 7	<i>Der Prozentsatz der Bewohner*innen mit geklärten Antworten auf Gespräche zur gesundheitlichen Vorausplanung zwischen März 2019 und März 2020.</i>	31
Abbildung 8	<i>Arbeitszufriedenheit und Empfehlungen der Pflege- und Betreuungspersonen der Pflegeinstitutionen zu Beginn und 12 Monate nach Beginn der Modellumsetzung.</i>	32
Abbildung 9	<i>Kündigungsabsicht der Pflege- und Betreuungspersonen zu Beginn und nach 12 Monaten.</i>	33
Abbildung 10	<i>Selbstwirksamkeit der Pflege- und Betreuungspersonen der Pflegeinstitutionen in bestimmten Situationen zu Beginn und 12 Monate nach Modellumsetzung.</i>	33
Abbildung 11	<i>Meinungen der Abteilungsleitungen zur Aufrechterhaltung der Kernelemente und ihre Empfehlung zur weiteren Verwendung.</i>	36

Literaturverzeichnis

- Aarons, G. A., Hurlburt, M., & Horwitz, S. M. (2011). Advancing a conceptual model of evidence-based practice implementation in public service sectors. *Adm Policy Ment Health*, 38(1), 4-23. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0327-7>
- Allen, J. D., Linnan, L. A., & Emmons, K. M. (2012). Fidelity and its relationship to implementation effectiveness, adaption, and dissemination (dissemination and implementation research in health: translation science to practice). *Published to Oxford Scholarship Online*. <https://doi.org/DOI:10.1093/acprof:oso/9780199751877.003.0014>
- Andreasen, P., Finne-Soveri, U. H., Deliens, L., Van den Block, L., Payne, S., Gambassi, G., Onwuteaka-Philipsen, B. D., Smets, T., Lilja, E., Kijowska, V., Szczerbinska, K., & consortium, P. (2019). Advance directives in European long-term care facilities: a cross-sectional survey. *BMJ Support Palliat Care*, 12(e3), e393-402. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2018-001743>
- Asante, B. L., Zúñiga, F., & Favez, L. (2021). Quality of care is what we make of it: a qualitative study of managers' perspectives on quality of care in high-performing nursing homes. *BMC Health Serv Res*, 21(1), 1090. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07113-0>
- Basinska, K., Künzler-Heule, P., Guerbaai, R. A., Zúñiga, F., Simon, M., Wellens, N. I. H., Serdaly, C., & Nicca, D. (2021). Residents' and relatives' experiences of acute situations: a qualitative study to inform a care model. *Gerontologist*. <https://doi.org/10.1093/geront/gnabo27>
- Basinska, K., Zúñiga, F., Simon, M., De Geest, S., Guerbaai, R. A., Wellens, N. I. H., Nicca, D., & Brunkert, T. (2022). Implementation of a complex intervention to reduce hospitalizations from nursing homes: a mixed-method evaluation of implementation processes and outcomes. *BMC Geriatrics*, 22(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-02878-y>
- Bauer, M. S., Damschroder, L., Hagedorn, H., Smith, J., & Kilbourne, A. M. (2015). An introduction to implementation science for the non-specialist. *BMC Psychol*, 3, 000-000. <https://doi.org/10.1186/s40359-015-0089-9>
- Bundesamt für Gesundheit. (2016). *Bestandesaufnahme und Perspektiven im Bereich der Langzeitpflege, Bericht des Bundesrates*. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/bundesratsberichte.html>
- Bundesamt für Statistik. (2020a). *Pflegepersonal 2018*. Abgerufen von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/neue-veroeffentlichungen.gnpdetail.2020-0494.html>
- Bundesamt für Statistik. (2020b). *Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2019 Standardtabellen*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/somed.assetdetail.11647599.html>
- Carroll, C., Patterson, M., Wood, S., Booth, A., Rick, J., & Balain, S. (2007). A conceptual framework for implementation fidelity. *Implement Sci*, 2, 40. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-2-40>
- Castle, N. G. (2007). Nursing home staff turnover: impact on nursing home compare quality measures. *The Gerontologist*(5), 650-661.
- Colombo, F., Llena-Noza, A., Mercier, J., & Tjadens, F. (2011). Help wanted? Providing and paying for long-term care, OECD Health Policy Studies. Abgerufen von <https://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>
- Curran, G. M., Bauer, M., Mittman, B., Pyne, J. M., & Stetler, C. (2012). Effectiveness-implementation hybrid designs: combining elements of clinical effectiveness and implementation research to enhance public health impact. *Med Care*, 50(3), 217-226. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3182408812>
- 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. *Implement Sci*, 4, 50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
- Devi, R., Goodman, C., Dalkin, S., Bate, A., Wright, J., Jones, L., & Spilsbury, K. (2021). Attracting, recruiting and retaining nurses and care workers working in care homes: the need for a nuanced understanding informed by evidence and theory. *Age Ageing*, 50(1), 65-67. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa109>
- Graverholt, B., Forsetlund, L., & Jamtvedt, G. (2014). Reducing hospital admissions from nursing homes: a systematic review. *BMC Health Service Research*, 14(36), 86-94. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-36>
- Guerbaai, R. A., De Geest, S., Popejoy, L. L., Simon, M., Wellens, N. I. H., Denhaerynck, K., & Zúñiga, F. (2023a). Evaluating the implementation fidelity to a successful nurse-led model (INTERCARE) which reduced nursing home unplanned hospitalisations. *BMC Health Serv Res*, 23(1), 138. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09146-8>
- Guerbaai, R. A., Dollinger, C., Kressig, R. W., Zeller, A., Nathalie, I. H. W., Popejoy, L. L., Serdaly, C., & Zúñiga, F. (2023b). Unplanned hospitalizations from Swiss nursing homes and factors associated with a rating of avoidability: a cohort study. *Geriatric Nursing*. *Accepted*.
- Guerbaai, R. A., Kressig, R. W., Zeller, A., Troger, M., Nickel, C. H., Benkert, B., Wellens, N. I. H., Osinska, M., Simon, M., & Zúñiga, F. (2022). Identifying appropriate nursing home resources to reduce fall-related emergency department transfers. *J Am Med Dir Assoc*. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2022.01.063>

- Hamric, A. B., & Delgado, S. A. (2009). Ethical decision making. In Hamric, A.B., Spross, J.A., & Hanson, C.M. (Eds.), *Advanced practice nursing: An integrative approach* (4th ed.). Saunders Elsevier.
- 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. *J Am Geriatr Soc*, 67(8), 1649-1655. <https://doi.org/10.1111/jgs.15927>
- Housley, G., Lewis, S., Usman, A., & Gordon, A. L. S., D. E. (2018). Accurate identification of hospital admissions from care homes; development and validation of an automated algorithm. *Age and Ageing*, 47, 387-391. <https://doi.org/10.1093/gerona/glw212>
- Ioannidis, J. P. A., Greenland, S., Hlatky, M. A., Khoury, M. J., Macleod, M. R., Moher, D., Schulz, K. F., & Tibshirani, R. (2014). Increasing value and reducing waste in research design, conduct, and analysis. *The Lancet*, 383(9912), 166-175. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62227-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62227-8)
- 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. *J Am Med Dir Assoc*, 15(2), 102-107. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.09.003>
- Merçay, C., Burla, L., & Widmer, M. (2016). *Gesundheitspersonal in der Schweiz. Bestandesaufnahme und Prognosen bis 2030. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium*. Abgerufen von <https://www.obsan.admin.ch>
- Mignani, V., Ingravallo, F., Mariani, E., & Chattat, R. (2017). Perspectives of older people living in long-term care facilities and of their family members toward advance care planning discussions: a systematic review and thematic synthesis. *Clin Interv Aging*, 12, 475-484. <https://doi.org/10.2147/CIA.S128937>
- Muench, U., Simon, M., Guerbaai, R. A., De Pietro, C., Zeller, A., Kressig, R. W., Zúñiga, F., & Intercare Research Group. (2019). Preventable hospitalizations from ambulatory care sensitive conditions in nursing homes: evidence from Switzerland. *Int J Public Health*, 64(9), 1273-1281. <https://doi.org/10.1007/s00038-019-01294-1>
- Ouslander, J. G., & Maslow, K. (2012). Geriatrics and the triple aim: defining preventable hospitalizations in the long-term care population. *J Am Geriatr Soc*, 60(12), 2313-2318. <https://doi.org/10.1111/jgs.12002>
- Ouslander, J. G., Naharci, I., Engstrom, G., Shutes, J., Wolf, D. G., Alpert, G., Rojido, C., Tappen, R., & Newman, D. (2016). Root cause analyses of transfers of skilled nursing facility patients to acute hospitals: lessons learned for reducing unnecessary hospitalizations. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(3), 256-262. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.11.018>
- Peters, D. H., Adam, T., Alonge, O., Agyepong, I. A., & Tran, N. (2014). Republished research: Implementation research: what it is and how to do it. *British Journal of Sports Medicine*, 48(8), 731-736. <https://doi.org/10.1136/bmj.f6753>
- 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*. Abgerufen von https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/91758/9789241506212_eng.pdf?sequence=1
- Pfadenhauer, L. M., Gerhardus, A., Mozygemba, K., Lysdahl, K. B., Booth, A., Hofmann, B., Wahlster, P., Polus, S., Burns, J., Brereton, L., & Rehfuess, E. (2017). Making sense of complexity in context and implementation: the Context and Implementation of Complex Interventions (CICI) framework. *Implement Sci*, 12(21), 1-17. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0552-5>
- Plácido, S. (2021). Effects of a nurse-led model of care on the interprofessional collaboration between nurses and physicians in Swiss nursing homes. *University of Basel, Unpublished Master thesis*.
- Powell, B. J., McMillen, J. C., Proctor, E. K., Carpenter, C. R., Griffey, R. T., Bunger, A. C., Glass, J. E., & York, J. L. (2012). A compilation of strategies for implementing clinical innovations in health and mental health. *Med Care Res Rev*, 69(2), 123-157. <https://doi.org/10.1177/1077558711430690>
- Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., Griffey, R., & Hensley, M. (2011). Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Adm Policy Ment Health*, 38(2), 65-76. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0319-7>
- Proctor, E. K., Landsverk, J., Aarons, G., Chambers, D., Glisson, C., & Mittman, B. (2009). Implementation research in mental health services: an emerging science with conceptual, methodological, and training challenges. *Adm Policy Ment Health*, 36(1), 24-34. <https://doi.org/10.1007/s10488-008-0197-4>
- Sottas, B., Josi, R., Gysin, S., & Essig, S. (2019). Implementing Advanced Practice Nurses in Swiss Primary Care. *Eurohealth*, 25(4), 1-6.
- Spross, J., & Larson, MT. (2005). Conceptualizations of advanced practice nursing. In: Hamric A, Spross J, Hanson C, editors. *Advanced Practice Nursing: An Integrative Approach*. (3rd ed.). Elsevier Saunders.
- Staniszewska, S., Brett, J., Simera, I., Seers, K., Mockford, C., Goodlad, S., Altman, D. G., Moher, D., Barber, R., Denegri, S., Entwistle, A., Littlejohns, P., Morris, C., Suleman, R., Thomas, V., & Tysall, C. (2017). GRIPP2 reporting checklists: tools to improve reporting of patient and public involvement in research. *BMJ*, 358, j3453. <https://doi.org/10.1136/bmj.j3453>

- Swiss Academy of Medical Sciences (SAMS) (2021). White Paper: Clinical Research. *Swiss Academies Communications*, 16(4), 1-45.
- Weiner, B. J., Lewis, C. C., Stanick, C., Powell, B. J., Dorsey, C. N., Clary, A. S., Boynton, M. H., & Halko, H. (2017). Psychometric assessment of three newly developed implementation outcome measures. *Implement Sci*, 12(108), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0635-3>
- World Health Organization. (2015). *Strengthening a competent health workforce for the provision of coordinated/ integrated health services*. Abgerufen von <https://www.euro.who.int/en>
- Zúñiga, F., De Geest, S., Guerbaai, R. A., Basinska, K., Nicca, D., Kressig, R. W., Zeller, A., Wellens, N. I. H., De Pietro, C., Vlaeyen, E., Desmedt, M., Serdaly, C., & Simon, M. (2019). Strengthening geriatric expertise in Swiss nursing homes: INTERCARE implementation study protocol. *J Am Geriatr Soc*, 67(10), 2145-2150. <https://doi.org/10.1111/jgs.16074>
- Zúñiga, F., Guerbaai, R. A., De Geest, S., Popejoy, L., Bartakova, J., Denhaerynck, K., Trutschel, D., Basinska, K., Nicca, N., Kressig, R. W., Zeller, A., Wellens, N. I. H., De Pietro, C., Desmedt, M., Serdaly, C., & Simon, M. (2022). Positive effect of the INTERCARE nurse-led model on reducing nursing home transfers: a non-randomized stepped-wedge design. *J Am Geriatr Soc*, 70(5), 1546-1557.
- 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.



**Educating
Talents**
since 1460.

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