



Nachhaltige Verbesserung der INTERprofessionellen Versorgung für bessere Bewohnerergebnisse: SCALE-up eines evidenzbasierten Versorgungsmodells für Pflegeinstitutionen (INTERSCALE)

Version 1.6 / September 2024

Das Versorgungsmodell INTERCARE und seine Wirkung

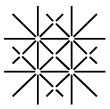
Langzeitpflegeinstitutionen stehen unter Druck, mit schwierigen Rahmenbedingungen eine qualitativ hochstehende Pflege und Betreuung zu erbringen. Fachkräftemangel, enge finanzielle Bedingungen und der teilweise fehlende Zugang zu geriatrischer Expertise sind Herausforderungen, die neue Lösungswege erfordern. Zur Erhaltung der Pflegequalität braucht es einen optimalen Einsatz von hochqualifiziertem Fachpersonal mit geriatrischer Expertise. Eine mögliche Antwort sind pflegegeleitete Versorgungsmodelle, in denen geriatrisch vertieft geschulte Pflegefachpersonen erweiterte Rollen übernehmen, um die Pflege- und Betreuungsteams zu coachen, Fachwissen einzubringen und die interprofessionelle Zusammenarbeit zu stärken. Ein solches Modell ist INTERCARE, das auf der Grundlage einer sorgfältigen Kontextanalyse für Pflegeinstitutionen in der deutschsprachigen Schweiz entwickelt und erfolgreich umgesetzt wurde. Die sechs Kernelemente des Modells umfassen:

- 1) Einführung einer Pflegefachperson in einer erweiterten Rolle (INTERCARE Pflegefachperson)
- 2) Stärkung des interprofessionellen Behandlungsteams
- 3) Einführung von evidenzbasierten Instrumenten zur Stärkung der Kommunikation innerhalb der Pflege- und Betreuungsteams und mit Ärzt:innen
- 4) Einsatz des multidimensionalen geriatrischen Assessments
- 5) Umsetzung der gesundheitlichen Vorausplanung
- 6) Datenbasierte Qualitätsentwicklung

Eine detaillierte Beschreibung des Modells, respektive eine Zusammenfassung der Ergebnisse der INTERCARE Studie finden Sie [hier](#) im ersten und zweiten nationalen Bericht.

INTERCARE wurde zwischen 2018 und 2020 in elf Deutschschweizer Pflegeinstitutionen eingeführt. Das Studienteam konnte zeigen, dass es zu weniger Spitaleinweisungen kam und mehr Bewohnende verfügten über eine gesundheitliche Vorausplanung. Von der Finanzierung her gleichen sich die zusätzlichen Kosten für die INTERCARE Pflegefachperson und der Wegfall von Verlusten durch vermiedene Spitaleinweisungen in etwa aus. Das Modell stiess auf hohe Akzeptanz in den Betrieben und gemäss den Erzählungen der teilnehmenden Betriebe erlebten die Pflege- und Betreuungsteams mit der Einführung der neuen Rolle ein Empowerment. Die Fachkompetenz stieg, es gab mehr interprofessionellen Austausch, weniger Konflikte mit Ärzt:innen und weniger Reklamationen von Bewohnenden.

Es bestätigt damit internationale Evidenz zur Wirksamkeit von pflegegeleiteten Versorgungsmodellen zur Verbesserung der Pflegequalität in Betrieben der stationären Langzeitpflege. Die begleitende Evaluation zeigte eine hohe Akzeptanz von INTERCARE bei den teilnehmenden Pflegeinstitutionen und auch zwei Jahre nach Projektende wird das Projekt in den teilnehmenden Pflegeinstitutionen umgesetzt. INTERCARE hat damit ein sehr hohes Potential, eine nachhaltige, auf den Schweizer Kontext passende Lösung für dringende Herausforderungen im Bereich der stationären Langzeitpflege zu bieten.



Die Umsetzung eines Modells wie INTERCARE

Die Einführung eines pflegegeleiteten Versorgungsmodells ist ein Organisationsentwicklungsprozess, der aktiv gestaltet werden will. Für die erfolgreiche Umsetzung von INTERCARE wurden die teilnehmenden Betriebe mit verschiedenen Implementierungsstrategien unterstützt. Unter einer Implementierungsstrategie wird eine Handlung verstanden, die hilft, eine Intervention im Alltag umzusetzen. Dazu gehörten Einführungsveranstaltungen und regelmässige Treffen mit den Leitungen Pflege/Heimleitung, resp. den Führungsteams, ein Ausbildungsprogramm (heute das [CAS INTERCARE](#)) und zweiwöchentliche Coachings für die INTERCARE Pflegefachperson, Feedback und Benchmarking zu Qualitätsindikatoren sowie das Zur-Verfügung-Stellen von unterschiedlichen Materialien für die Einführung von INTERCARE im Betrieb. Die Implementierungsstrategien wurden von den an der INTERCARE-Studie teilnehmenden Pflegeinstitutionen als sehr hilfreich und wichtig für die gelungene Einführung des INTERCARE Modells erachtet, insbesondere die regelmässigen Treffen und das Coaching.

Ziel von INTERSCALE

INTERCARE wirkt, von der Umsetzung her waren die Implementierungsstrategien jedoch sowohl für die Pflegeinstitutionen wie für das Studienteam ressourcenintensiv. Um INTERCARE künftig breitflächig einführen zu können, möchten wir in Erfahrung bringen, welche Implementierungsstrategien in einem guten Kosten-Nutzen-Verhältnis liegen. In der Folgestudie INTERSCALE wird untersucht, welche Implementierungsstrategien die Pflegeinstitutionen effizient bei der Umsetzung eines neuen Versorgungsmodell unterstützen und was die Einrichtungen selbst für eine nachhaltige Implementierung tun können. Ziel ist es, herauszufinden welche Kombination von Implementierungsstrategien gleicherweise zur erfolgreichen Reduktion von Spitaleinweisungen und zur nachhaltigen Umsetzung von INTERCARE führt und dabei (zeitliche, personelle, finanzielle) Ressourcen schont.

Das Studienteam INTERSCALE hat in einem ersten Schritt zwischen 2022 und 2024 in Zusammenarbeit mit verschiedenen Pflegeinstitutionen INTERCARE als Versorgungsmodell aktualisiert und die Implementierungsstrategien verfeinert. In einem zweiten Schritt ist nun eine Studie geplant, in der zwei verschiedene Bündel an Implementierungsstrategien im Hinblick auf ihre Wirksamkeit für eine nachhaltige Einführung eines Modells wie INTERCARE untersucht werden.

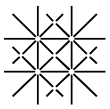
Ablauf der Studie

Das Projekt besteht aus zwei Arbeitspaketen, die sich über sechs Jahre erstrecken (2022 – 2028):

Arbeitspaket 1: Partizipative Entwicklung von Implementierungsstrategien (2022 – 2024)

Im Arbeitspaket 1 (AP1) wurde einerseits das INTERCARE Modell auf Basis der Erfahrungen aus der ersten Umsetzung überprüft und aktualisiert (z. B. Anpassung der Unterrichtsinhalte für die INTERCARE Pflegefachpersonen an die aktuelle Evidenz, Update von Informationsmaterialien für die Pflegeinstitutionen). Ebenso wurden die damals verwendeten Implementierungsstrategien aktualisiert (Set O). Andererseits wurde ein zusätzliches Bündel an Implementierungsstrategien für Arbeitspaket 2 (AP2) entwickelt, welches im Vergleich zu dem Bündel an Implementierungsstrategien der ersten Umsetzung von INTERCARE aus einer anderen Kombination besteht (Set A).

Die Aktualisierung von Set O und Entwicklung von Set A geschah in einem partizipativen Ansatz mit einer Gruppe von Pflegeinstitutionen und einer Stakeholdergruppe. Für die Pflegeinstitutionen wurden sowohl Betriebe aus dem ersten Durchgang als auch Betriebe mit Interesse an INTERSCALE eingeladen. Für die Stakeholdergruppen wurden alle Stakeholder aus dem ersten Durchgang eingeladen und die Gruppe wurde nach Bedarf ergänzt (z. B. Vertretungen von Politik, Behörden, Leistungserbringer, Berufsgruppen, Bewohnergruppen).



Arbeitspaket 2: Implementierung von INTERCARE und Evaluation der Implementierungsstrategien (2024– 2028)

Im AP 2 wird INTERCARE als Versorgungsmodell implementiert und die Auswirkungen von zwei verschiedenen Bündeln an Implementierungsstrategien auf die Implementierungsergebnisse (z. B. Akzeptanz, Machbarkeit, Grad der Umsetzung), die Kosten und die Ergebnisse für die Bewohnenden (ungeplante Spitaleinweisungen) und Organisation (z. B. Personalfuktuation) in 40 Pflegeinstitutionen in der deutschsprachigen Schweiz bewertet. Es handelt sich um eine sogenannte cluster-randomisierte kontrollierte Studie, d.h. wir rekrutieren auf der Ebene der Langzeitpflegeinstitutionen (=cluster) und teilen diese zufällig (randomisiert) einem der beiden Bündel an Implementierungsstrategien zu (=kontrolliert, da es zwei Studienarme gibt).

Beide Studiengruppen erhalten die INTERCARE Intervention, bei den Betrieben der ersten Gruppe kommt das aktualisierte Bündel an Implementierungsstrategien zum Einsatz (Set O), bei der zweiten Gruppe wird das Bündel mit einer anderen Kombination und anderem Format an Implementierungsstrategien (Set A) eingesetzt.

Die erste Kohorte hat im April 2024 gestartet, die zweite wird im Januar 2025 beginnen. Weitere Kohorten werden bis Herbst 2026 starten und es ist jederzeit möglich, in die Studie einzusteigen. Die Studienteilnahme dauert 25 Monate (1 Monat Einführung und 12 Monate Umsetzung von INTERCARE unter Begleitung, 12 Monate Weiterführung).

Im Rahmen der Evaluation wird die Wirksamkeit der unterschiedlichen Implementierungsstrategien untersucht. Dabei werden insbesondere Implementierungsergebnisse, z.B. Umsetzungstreue und Akzeptanz der Kernelemente von INTERCARE, zum anderen aber auch klinische Ergebnisse, d.h. Anzahl ungeplanter Spitaleinweisungen gemessen. Es wird untersucht, wie viel die Implementierung aus Perspektive des Studienteams und der Betriebe kostet und welche Kombination von Implementierungsstrategien ressourceneffizienter ist. Es werden auch Ergebnisse auf Organisationsebene wie Personalfuktuation oder Absentismus gemessen. Darüber hinaus werden Akzeptanz und Machbarkeit der Implementierungsstrategien erfragt und es wird die Nachhaltigkeit der Einführung bis 12 Monate nach Ende der Begleitung durch das Studienteam untersucht.

Mehr Informationen zum Ablauf und zu den Teilnahmebedingungen der Studie erhalten Sie bei Interesse in einem separaten Informationsdokument.

Erwarteter Nutzen

Das INTERCARE-Modell bietet eine potenzielle Lösung, um geriatrisches Fachwissen in Pflegeinstitutionen zu stärken und die Qualität der Pflege zu verbessern. Bei einer Teilnahme werden Pflegeinstitutionen bei der Einführung des neuen Versorgungsmodells und der Rolle der INTERCARE Pflegefachperson begleitet. Im Rahmen der Studie übernimmt das Studienteam zwei Drittel der Ausbildungskosten einer INTERCARE Pflegefachperson. Mehr Informationen zu INTERSCALE sind auf der Webseite erhältlich (<https://intercare.nursing.unibas.ch/interscale-studie/>).

Funding / Studienteam

Das Projekt wird vom Schweizerischen Nationalfonds, der Stiftung Pflegewissenschaft und der Ebnet Stiftung finanziert.

Das Institut für Pflegewissenschaft (INS) der Universität Basel führt die Studie mit Prof. Dr. F. Zúñiga als Studienleiterin zusammen mit Dr. RA. Guerbaai, Dr. F. Siqeca, Dr. F. Islam, L. Saringer-Hamiti, S. Holzer, N. Zimmermann und V. Litschgi. Sie arbeiten dabei eng zusammen mit Prof. Dr. M. Simon, Dr. J. Bartakova, Dr. T. Brunkert, Dr. S. Staudacher und Prof. Dr. S. De Geest vom INS, Prof. Dr. A. Zeller vom Universitären Zentrum für Hausarztmedizin beider Basel, Prof. Dr. R.W. Kressig, Klinische Professur für Geriatrie, Universität Basel und Universitäre Altersmedizin FELIX PLATTER, Basel, Prof. Dr. N. Wellens Institut et Haute École de la Santé La Source, Lausanne, und C. Serdaly, Serdaly&Ankers snc, Conches.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an: Prof. Dr. F. Zúñiga, Mail: franziska.zuniga@unibas.ch.