



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.

Zusammenfassung



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

Zusammenfassung

Autoren

Raphaëlle-Ashley Guerbaai

Christine Serdaly

Michael Simon

Carlo De Pietro

Kornelia Kotkowski

Nathalie I. H. Wellens

Jana Bartakova

Reto W. Kressig

Andreas Zeller

Sabina De Geest

Franziska Zúñiga

Basel, 2024

Über diesen Bericht

Dieser Bericht kann von unserer Website heruntergeladen werden:

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

Diese Publikation ist die Zusammenfassung des zweiten nationalen Berichts zur INTERCARE-Studie, die vom Schweizerischen Nationalfonds (SNF) im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms «Smarter Health Care» (NRP 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., Kotkowski, K., Wellens N.I.H., Bartakova, J., Kressig, R.W., Zeller, A., De Geest S., Zúñiga, F. (2024). 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:

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

Veröffentlicht von

Institut für Pflegewissenschaft, Medizinische Fakultät, Universität Basel, 2024

© Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel, 2024

INTERCARE™ ist eine eingetragene und geschützte Marke. Dieses Werk ist lizenziert unter einer Creative Commons Attribution – NonCommercial – NoDerivatives 4.0 International License.



Inhaltsverzeichnis

Kapitel 1 – Einführung ... 8

Kapitel 2 – Das INTERCARE-Modell ... 10

Kontext ... 10

INTERCARE Pflegefachpersonen ... 10

Implementierungswissenschaft und unterstützende Strategien ... 11

Kapitel 3 – Der Erfolg von INTERCARE ... 14

Klinische und personelle Ergebnisse ... 14

Implementierungsergebnisse ... 14

Kapitel 4 – Künftige Schritte ... 16

Kapitel 5 – Empfehlung und Schlussfolgerung ... 18

Abkürzungsverzeichnis ... 20

Literaturverzeichnis ... 21

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 Heimleitungen und Leitungen Pflege 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.

Kurzer Überblick über das INTERCARE-Modell



The INTERCARE model consists of six core components:

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

Die zentralen Elemente des Modells sind das **interprofessionelle Behandlungsteam** und 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 vom Führungsteam der Pflegeinstitutionen, die **Verantwortung für das klinische Leadership in komplexen Bewohnersituationen**, befähigen Pflgeteams durch **Coaching und Unterstützung** in ihrem Alltag und **fördern die interprofessionelle Zusammenarbeit**. INTERCARE Pflegefachpersonen **schliessen Lücken im geriatrischen Fachwissen**, um die Pflegequalität zu verbessern. Darüber hinaus **leiten** sie gemeinsam mit dem Führungsteam der Pflegeinstitutionen die **Implementierung** des multidimensionalen geriatrischen Assessments (Comprehensive Geriatric Assessment: CGA) und der gesundheitlichen Vorausplanung (Advance Care Planning: ACP), und sie analysieren die verfügbaren Daten, um die Qualität zu überwachen und zu optimieren.

Kapitel 1 – Einführung

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. Gleichzeitig kann die aktuelle Anzahl der medizinischen Leistungserbringenden, wie z. B. Hausärzt*innen und Pflegefachpersonen, den wachsenden Bedarf nicht decken, was zu einem erheblichen Mangel an Gesundheitsfachkräften in der Langzeitpflege führt, insbesondere in Pflegeinstitutionen (Bundesamt für Statistik, 2020; Merçay et al., 2016).

In der Schweiz wird ein Teil der Pflege von Bewohnenden in Pflegeinstitutionen von nicht-tertiären Pflegefachpersonen mit geringer medizinischer Ausbildung und geriatrischem Fachwissen erbracht (Bundesamt für Statistik, 2020). Diplomierte Pflegefachpersonen in der Schweiz verfügen über eine mindestens 3-jährige Diplombildung, während andere Pflege- und Betreuungspersonen, wie z. B. eine Fachperson Gesundheit EFZ oder Assistenz- und Hilfspersonen ein unterschiedliches Ausbildungsniveau haben (Bundesamt für Statistik, 2020). Während in den Spitälern ein hoher Prozentsatz der Pflegeteams diplomierte Pflegefachpersonen sind, machen in Pflegeinstitutionen Fachpersonen Gesundheit EFZ sowie Assistenz- und Hilfspersonen die Mehrheit aus. 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 (Zheng et al., 2022). Die derzeitige Organisation der Ärzt*innen in Pflegeinstitutionen in der Schweiz zeigt ausserdem Herausforderungen bei der Koordination in der Versorgung und behindert eine schnelle Beurteilung der Bewohnenden in akuten Situationen. Ein erheblicher Prozentsatz der Bewohnenden wird von auswärtigen Hausärzt*innen betreut, wodurch die Pflegekoordination und ein schnelles Reagieren in Notfallsituationen erschwert wird (Castle, 2007; Lerner et al., 2014).

Diese Herausforderungen tragen zu ungeplanten und vermeidbaren Spitaleinweisungen bei (Colombo et al., 2011; World Health Organization, 2015; Zúñiga et al., 2010). In der Schweiz ist eine beträchtliche Anzahl von Spitaleinweisungen aus Pflegeinstitutionen potenziell vermeidbar und kostet das Gesundheitssystem Millionen von Schweizer Franken (Muench et al., 2019). International wurden mehrere pflegegeleitete Versorgungsmodelle entwickelt, um diese Spitaleinweisungen zu reduzieren und die Qualität der Pflege zu verbessern (Hullick et al., 2021; Kane et al., 2017; Ouslander et al., 2011; Tena-Nelson et al., 2012; Vogelsmeier et al., 2021). Bei diesen Modellen arbeiten die Pflegefachpersonen in erweiterten Rollen eng mit den Bewohnenden und Angehörigen zusammen. Inwieweit diplomierte Pflegefachpersonen im Rahmen von pflegegeleiteten Versorgungsmodellen unabhängig von Ärzt*innen ihren Aufgaben nachgehen können, hängt von ihrem Ausbildungsstand und ihrem Tätigkeitsbereich ab.

Auf internationaler Ebene werden die meisten pflegegeleiteten Versorgungsmodelle von einer Advanced Practice Nurse (APN) geleitet oder beinhalten eine APN. In der Schweiz sind APNs nicht ohne Weiteres verfügbar, weshalb das INTERCARE-Modell entwickelt wurde, um den spezifischen 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. Das Modell baut darauf auf, diplomierte Pflegefachpersonen, die bereits in der eigenen Pflegeinstitution arbeiten, zu rekrutieren und zu empoweren. Somit können, im Vergleich zur Einstellung von neuem Personal, Zeit und Ressourcen, gespart werden (Zúñiga et al., 2019). Die INTERCARE Pflegefachpersonen erhalten eine spezifische Ausbildung, um ihre geriatrischen Kompetenzen zu verbessern und das Pflegeteam zu unterstützen. INTERCARE konzentrierte sich auch auf die Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen und Hausärzt*innen oder Geriater*innen, um den Entscheidungsprozess für die Bewohnenden zu optimieren. (Zúñiga et al., 2019). Eine kurze Zusammenfassung des INTERCARE-Modells finden Sie auf Seite 7.

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).

In der ersten Phase von INTERCARE entwickelten wir mit Hilfe einer breit angelegten Kontextanalyse sowie Einbeziehung von Stakeholdern ein kontextangepasstes, aus mehreren Komponenten bestehendes pflegegeleitetes Versorgungsmodell. Die sechs Kernelemente des INTERCARE-Modells wurden auf die Schweiz zugeschnitten auf Basis der Erfahrungen von 14 Pflegeinstitutionen in verschiedenen Regionen. Ziel des Modells ist es, die Qualität der Pflege zu verbessern und ungeplante Spitaleinweisungen zu reduzieren. Ein erster nationaler Bericht, der die Kontextanalyse und die Entwicklung des INTERCARE-Modells im Detail beschreibt, kann [hier](#) abgerufen werden.

Kapitel 2 – Das INTERCARE-Modell

Kontext

Zu den Einschlusskriterien für Pflegeinstitutionen, die an der INTERCARE-Studie teilnehmen wollten, gehörten 60 oder mehr Pflegebetten, 0,8 oder mehr Spitaleinweisungen pro 1.000 Pflagetage der Bewohnenden im Vorjahr und die geographische Lage in der Deutschschweiz. **Elf Pflegeinstitutionen wurden zur Teilnahme an der Studie eingeladen.** 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). Vor Beginn der INTERCARE Intervention wurde eine Umfrage an die Führungsteams der Pflegeinstitutionen, Abteilungsleitungen und Mitarbeitenden der Pflegeinstitutionen versendet, **um Informationen über den Kontext zu sammeln.** Insgesamt waren die **Führungsteams der Pflegeinstitutionen, die Abteilungsleitungen und Mitarbeitenden der Pflegeinstitutionen durchaus bereit INTERCARE umzusetzen.**

INTERCARE Pflegefachpersonen

Die INTERCARE Pflegefachpersonen sind ein **Kern-element 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. Allerdings verfolgten nicht alle Pflegeinstitutionen dieselbe Rekrutierungsstrategie. In einigen Pflegeinstitutionen gab es bereits diplomierte Pflegefachpersonen in erweiterten Funktionen, z. B. als Pflegeexpert*innen, die den Wunsch äusserten, **sich beruflich weiterzuentwickeln und das INTERCARE-Modell zu implementieren.**

Die **Rolle** der INTERCARE Pflegefachperson wurde sorgfältig **mit Hilfe der Stakeholder entwickelt,** um dem Kontext der Deutschschweiz gerecht zu werden (Basinska et al., 2021). Sie wurde im Laufe der INTERCARE-Studie auf die Bedürfnisse der verschiedenen Pflegeinstitutionen zugeschnitten. Bevor sie ihre Rolle antraten, wurden alle INTERCARE Pflegefachpersonen befragt und anhand von sieben Kernkompetenzen eingeschätzt: **klinische Tätigkeiten, Coaching, Beratung, Forschungsfähigkeiten, klinisches und professionelles Leadership, interprofessionelle Zusammenarbeit und ethische Entscheidungsfindung.**

Während ihrer Arbeit waren die INTERCARE Pflegefachpersonen mit direkter klinischer Praxis, Coaching-Aktivitäten, Informationsaustausch mit Pflegeexpert*innen, Literaturrecherche sowie Medikamentenüberprüfung und dem Monitoring von unerwünschten Ereignissen beschäftigt. Zu ihrer Arbeit gehört auch die Pflegeplanung, Zusammenarbeit mit den Pflege- und Betreuungspersonen und Ärzt*innen sowie Gespräche über das Lebensende mit Bewohnenden und Angehörigen. Insgesamt spielten **die INTERCARE Pflegefachpersonen eine entscheidende Rolle bei der Entwicklung, Implementierung und Evaluation verschiedener Projekte in den Pflegeinstitutionen.**

Die INTERCARE Pflegefachpersonen strukturierten ihren Arbeitstag meistens nach den **Bedürfnissen der verschiedenen an der INTERCARE-Studie teilnehmenden Abteilungen.** Ein typischer Tag beginnt mit einem morgendlichen Austausch mit den Abteilungsleitungen, **um die aktuelle Situation der Bewohnenden einzuschätzen und Aufgaben zu definieren.** Sie kümmern sich um **akute Situationen, koordinieren** pflegerische Massnahmen und halten bei Bedarf **Rücksprache** mit externen Fachkräften. Sie **unterstützen die Pflageams** in komplexen Situationen. Die INTERCARE Pflegefachpersonen haben **unterschiedliche Tätigkeitsbereiche:** Einige führen auch klinische Assessments durch, während sich andere auf das Coaching und Unterstützung konzentrieren. Über ihre täglichen Aufgaben hinaus beteiligen sie sich auch an der **Einführung von neuen Mitarbeitenden** und leiten oder **unterstützen Projekte zur Praxisentwicklung.**

Die INTERCARE-Studie endete vor der SARS-COVID-19-Pandemie, daher wurden die Daten ein Jahr nach der ersten SARS-COVID-19-Welle erhoben, um Veränderungen und Anpassungen der Rolle zu erfassen. **Während der Pandemie waren die INTERCARE Pflegefachpersonen für Tests, Isolierung, Schutzmassnahmen und die Verwaltung von Vorräten für Schutzinterventionen zuständig.** Sie übernahmen auch die Rolle der Ausbruchsermittler und entwickelten Richtlinien für den Umgang mit Infektionskrankheiten. Einige geplante Aktivitäten und Projekte mussten gestoppt werden, um den zusätzlichen Verantwortlichkeiten und Aufgaben welche die SARS-COVID-19-Ausbrüche mit sich brachten, nachzukommen.

Die INTERCARE Pflegefachpersonen spielen eine **entscheidende Rolle bei der professionellen Unterstützung der Pflege- und Betreuungspersonen.** Sie äussern den Wunsch nach zusätzlichen Schulungen im geriatrischen Bereich und sind bereit, mehr Entscheidungsbefugnisse zu übernehmen. Sie können sich auch vorstellen, klinische Aspekte mit Projekt- oder Qualitätsmanagementaufgaben zu verbinden.

Idealerweise werden die INTERCARE Pflegefachpersonen nicht zu den direkten Pflegefachpersonen gezählt, sondern in einer separaten Position angestellt, um mehr Freiraum für interne Projekte zu haben. Die **INTERCARE Pflegefachpersonen sind der Meinung, dass ihre Rolle über die Fokussierung auf komplexe Bewohnersituationen hinaus weiterentwickelt werden kann.**

Implementierungswissenschaft und unterstützende Strategien

Die Implementierungsforschung zielt darauf ab, die Einführung von evidenzbasierten Praktiken (EBP) oder Interventionen zu erleichtern (Peters et al., 2014). Die Stärke der Implementierungsforschung liegt in der Kombination mehrerer methodischer Überlegungen, einschliesslich Kontextanalyse, Einbeziehung von Stakeholdern und theoriegeleiteter Interventionsentwicklung. Um die **Implementierung des INTERCARE-Modells** in Langzeitpflegeeinrichtungen zu unterstützen, **wurden Implementierungsstrategien angewandt** (Powell et al., 2012).

Zu den **Strategien**, die zur **Implementierung des INTERCARE-Modells** eingesetzt wurden, gehörten **Führungstreffen, die Bereitstellung von Informationen, kontinuierliche Unterstützung, persönliche Treffen und Coaching-Sitzungen.** Vor der Implementierung des INTERCARE-Modells wurden Führungstreffen mit den Pflegeinstitutionen organisiert, um die notwendigen Schritte zu besprechen und zu planen. 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 **vom Forschungsteam** Informationen und **Anleitungen, um sich auf die Implementierung vorzubereiten.** 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. 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 Führungsteams der Pflegeinstitutionen und INTERCARE Pflegefachpersonen teilnahmen. Bei diesen Treffen ging es darum, **die Implementierung des Modells zu erörtern, hinderliche und förderliche Faktoren zu identifizieren und spezifische Bewohnersituationen**

anzusprechen. Die INTERCARE Pflegefachpersonen erhielten ebenfalls **Coaching-Sitzungen in den Pflegeinstitutionen**, um ihre **Führungsqualitäten** und ihr **Fachwissen im Umgang mit komplexen Bewohnersituationen** zu verbessern. Diese Strategien zielten darauf ab, die Pflegeinstitutionen bei der **effektiven Implementierung des Modells** und der Bewältigung auftretender Herausforderungen zu unterstützen. Die Liste der Implementierungsstrategien finden Sie im vollständigen [Bericht](#).

Nach dem Ende der Studie **planten 10 der 11 teilnehmenden Pflegeinstitutionen, das INTERCARE-Modell fortzuführen, wobei die INTERCARE Pflegefachpersonen ihre Positionen beibehalten sollten**. Während der gesamten Studie wurden Treffen mit den Pflegeinstitutionen organisiert, **um die Nachhaltigkeit von INTERCARE zu diskutieren**. Dabei wurden die Ergebnisse der Studie und die Erfahrungen mit den Implementierungsstrategien ausgetauscht und über die Zukunft des pflegegeleiteten INTERCARE-Modells diskutiert. In einem abschließenden Online-Treffen tauschten sich die Pflegeinstitutionen darüber aus, welche **Kernelemente noch im Einsatz sind**, und diskutierten über **hinderliche und förderliche Faktoren bei der Weiterführung des Modells**. 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**. Zusätzliche Schulungen für die INTERCARE Pflegefachpersonen und speziell entwickelte Pfade zur Entscheidungsfindung wurden als notwendige nächste Schritte diskutiert.

Insgesamt **bietet die Implementierungswissenschaft einen Rahmen und Strategien zur Unterstützung der erfolgreichen Implementierung** von evidenzbasierten Praktiken oder Interventionen, wie z. B. dem INTERCARE-Modell in Langzeitpflegeinstitutionen. Durch die Anwendung dieser Strategien sollen die Qualität der Pflege und die Ergebnisse für die Bewohnenden von Pflegeinstitutionen verbessert werden.

Kapitel 3 – Der Erfolg von INTERCARE

Klinische und personelle Ergebnisse

Während der INTERCARE-Studie führte die Implementierung des INTERCARE-Modells zu einer **signifikanten Reduzierung von ungeplanten Spitaleinweisungen** in den teilnehmenden Pflegeinstitutionen (Zúñiga et al., 2022). Die teilnehmenden Einrichtungen zeigten ein **starkes Engagement zur Reduzierung von Spitaleinweisungen** und trugen so zum Erfolg des Modells bei. Die INTERCARE Pflegefachpersonen spielten eine entscheidende Rolle bei der Vermeidung von Spitaleinweisungen, indem sie die **gesundheitliche Vorausplanung (ACP) umsetzten, die Pflege innerhalb der Pflegeinstitutionen koordinierten** und als **Hauptansprechpartner für komplexe Situationen fungierten**. Bei jeder ungeplanten Spitalweisung wurden Reflexionsgespräche geführt, und es wurde festgestellt, dass klinische **Untersuchungen vor Ort durch Hausärzt*innen oder Fachärzt*innen** dazu beitragen könnten, ungeplante Spitalweisungen weiter zu reduzieren. Eine Kombination aus besserem **Zugang zu medizinischem Fachpersonal, ACP-Schulungen und Diagnose- und Behandlungsressourcen** kann die Qualität der Versorgung verbessern und zur Reduzierung ungeplanter Spitalweisungen beitragen. ACP als eines der Kernelemente des INTERCARE-Modells wurde in den meisten teilnehmenden Pflegeinstitutionen eingeführt und erforderte, dass die Pflegeinstitutionen die Präferenzen der Bewohnenden in Bezug auf Reanimation, Spitalweisung und Antibiotikabehandlung bei einer eventuellen Verschlechterung des Gesundheitszustandes dokumentieren. Obwohl die Einführung der ACP-Komponente in den meisten Einrichtungen einige Zeit in Anspruch nahm, spielte die **Anwendung von ACP** in der INTERCARE-Studie eine **wichtige Rolle bei der Reduzierung ungeplanter Spitalweisungen** (Guerbaai et al., 2023).

Die Ärzt*innen erlebten das INTERCARE-Modell unterschiedlich: Während einige Ärzt*innen keine Veränderungen feststellen konnten, äusserten andere eine starke Entlastung. Die INTERCARE Pflegefachpersonen wurden als kompetent und erfahren beschrieben, und ihre **Zusammenarbeit mit den Ärzt*innen basierte auf Partnerschaft und gemeinsamen Zielen**. Eine Umfrage mit diplomierten Pflegefachpersonen und Fachpersonen Gesundheit zeigte, dass

Faktoren wie **gegenseitiges Lernen, unterstützendes Leadership und die Bereitschaft der Organisation zum Wandel, die interprofessionelle Zusammenarbeit beeinflussen** (Plácido, 2021). Die Arbeitszufriedenheit der Pflege- und Betreuungspersonen hat sich nach der Einführung von INTERCARE leicht verbessert und die Absicht, ihre derzeitige Position zu verlassen, ging zurück. **Diese positive Veränderung lässt sich trotz bereits hoher Arbeitszufriedenheit bei Start von INTERCARE feststellen**. Die **Selbstwirksamkeit des Personals bei der Bewältigung akuter Situationen** und der Unterstützung von Bewohnenden und Angehörigen **war hoch**, wenngleich die Bewertung und Messung der Polypharmazie Verbesserungspotenzial bot. Eine gesundheitsökonomische Bewertung zeigte Unterschiede bei den Kosten und der Dauer der Implementierung des INTERCARE-Modells in den verschiedenen Pflegeinstitutionen, wobei das Modell zwar **kostspieliger, aber effektiver in Bezug auf die Reduzierung der Spitalweisungen** war (Bartakova et al., 2022). Die teilnehmenden **Pflegeinstitutionen berichteten über klarere Prozesse, eine geringere Personalfuktuation und eine höhere Zufriedenheit der Bewohnenden und Pflege- und Betreuungspersonen**. Direkte Rückmeldungen von Bewohnenden und Angehörigen wurden im Rahmen der Studie jedoch nicht eingeholt.

Implementierungsergebnisse

Die Implementierungsforschung untersucht Methoden zur Unterstützung der systematischen Übernahme von evidenzbasierten Interventionen in Politik und Praxis. 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 (Bauer et al., 2015). Durch die Messung von **Implementierungsergebnissen sowie hinderlichen und förderlichen Faktoren bei der Implementierung können Forschende die Wirksamkeit von Interventionen bewerten und Erkenntnisse darüber gewinnen, warum sie erfolgreich sind oder scheitern** (Curran et al., 2012; Proctor et al., 2009).

In der INTERCARE-Studie wurden **vier Implementierungsergebnisse** gemessen: Grad der Übernahme, Grad der Treue, Akzeptanz und Machbarkeit. Diese Ergebnisse geben Aufschluss über **den Implementierungsprozess und die Bedingungen, die für die klinische Wirksamkeit und die Ergebnisse der Dienstleistungen erforderlich sind**. Alle elf Pflegeinstitutionen setzten INTERCARE um, was einen **Grad der Übernahme von 100%** bedeutet. Die Akzeptanz und Machbarkeit wurden mit dem "Acceptability of Intervention Measure" (AIM) und dem "Feasibility of Intervention Measure" (FIM) gemessen (Weiner et al., 2017). Die Studie bewertete auch die Treue zur Implementierung, die misst, inwieweit die Interventionen wie vorgesehen durchgeführt werden (Guerbaai et al., 2023).

Die INTERCARE-Studie **konzentrierte sich speziell auf die Akzeptanz und Machbarkeit von evidenzbasierten Instrumenten, die von Pflege- und Betreuungspersonen eingesetzt werden, um ungeplante Spitaleinweisungen zu reduzieren**. Es wurden Fragebögen und Fokusgruppeninterviews mit Mitarbeitenden von Pflegeinstitutionen durchgeführt, um ihre Sichtweisen zu erfassen. Das **ISBAR-Instrument** und die **INTERCARE Pflegefachperson** wurden als **akzeptabel und machbar** eingestuft, während das **Stop&Watch-Instrument geringere Akzeptanzraten aufweist** (Basinska et al., 2022). Faktoren wie 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 beeinflussten den Erfolg der Implementierung der Kernelemente von INTERCARE (Basinska et al., 2022). Zur Optimierung der Implementierungsprozesse wird eine tägliche Unterstützung durch ausgewählte und geschulte Personen empfohlen, die die Implementierung auf Organisations- und Abteilungsebene betreuen.

Die Bewertung der Treue zur INTERCARE-Intervention lieferte wertvolle Erkenntnisse über die Implementierung und die Auswirkungen auf die Reduzierung ungeplanter Spitaleinweisungen. **Höhere Werte für die Treue zur Implementierung wurden mit niedrigeren Raten ungeplanter Spitaleinweisungen in Verbindung gebracht**, insbesondere bei der gesundheitlichen Vorausplanung (Guerbaai et al., 2023). In der Studie wurde auch die Bedeutung der **Zusammenarbeit mit den Hausärzt*innen und die Notwendigkeit** hervorgehoben, dass **Pflegefachpersonen in erweiterten Rollen arbeiten** (Guerbaai et al., 2023). 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. Was die Bewertung der Implementierungsstrategien betrifft, so wurde in einer Umfrage unter den Leitungen der Pflegeinstitutionen und den INTERCARE Pflegefachpersonen die **laufende Projektunterstützung als wichtigste Implementierungsstrategie** genannt.

Kapitel 4 – Künftige Schritte

Die INTERCARE-Studie hat ihre **klinischen und Implementierungsergebnisse erfolgreich erreicht** und die Erwartungen übertroffen. Die INTERCARE Pflegefachpersonen spielten eine **zentrale Rolle und wurden von den Pflegeinstitutionen akzeptiert und sehr geschätzt**. Die COVID-19-Pandemie hat die Bedeutung der INTERCARE Pflegefachpersonen bei der Schulung und Unterstützung von Hygieneintervention noch deutlicher gemacht. Zu den **Herausforderungen, mit denen die INTERCARE Pflegefachpersonen konfrontiert waren, gehörten Veränderungen in der Leitung, Personalwechsel und Arbeitsbelastung**. Die **Beteiligung von Ärzt*innen war in den einzelnen Pflegeinstitutionen unterschiedlich**, und ihre **Unterstützung war entscheidend** für die Implementierung von Kernelementen, wie die gesundheitliche Vorausplanung. Die regelmässige Kommunikation mit der Leitung der Pflegeinstitution wurde als entscheidend für die Nachhaltigkeit angesehen. Insgesamt zeigte die Studie die **Vorteile und das Potenzial des INTERCARE-Modells**.

Das INTERCARE-Modell wurde entwickelt, um ungeplante Spitaleinweisungen in Pflegeinstitutionen zu reduzieren. Es folgte den Grundsätzen der Implementierungswissenschaft und **zeigte eine erfolgreiche Implementierung und klinische Wirksamkeit**. Es sind jedoch weitere Analysen erforderlich, um die Gründe für den Erfolg, mögliche Verbesserungen für das Scale-up des Modells und künftige Pflegemodelle zu berücksichtigen. **Weitere Forschung ist notwendig, um die wirksamsten Implementierungsstrategien zu ermitteln und sie an verschiedene Pflegeinstitutionen anzupassen**.

Die Bewertung der Treue zur Implementierung und die **Einbeziehung von Bewohnenden und Angehörigen in Studien wie INTERCARE sind wichtige Überlegungen**. Das Angehen von spezifischen Typen von Transfers und die Verwendung von Algorithmen zur Beurteilung von Spitaleinweisungen könnten die Prozesse in den Pflegeinstitutionen weiter verbessern.

Pflegeinstitutionen in der Schweiz stehen vor dem Problem, qualifiziertes Personal zu finden und zu halten, was die Qualität der Pflege beeinträchtigt. Modelle wie INTERCARE können helfen, aber die langfristige Nachhaltigkeit ist noch nicht gesichert. **Auch der Zugang zu rechtzeitigem medizinischem Assessment und die Rollenabgrenzungen und Erwartungen an Pflegeexpert*innen wie die INTERCARE Pflegefachperson sind Bereiche, die einer Klärung bedürfen**. Das **dezentralisierte Gesundheitssystem der Schweiz stellt eine Herausforderung** für die Implementierung erweiterter Rollen wie Advanced Practice Registered Nurses (APRNs) dar.

INTERCARE ist eine Lösung für Pflegeinstitutionen, politische Entscheidungsträger und Stakeholdergruppen, die die geriatrische Kompetenz in Pflegeinstitutionen stärken und ungeplante Spitaleinweisungen reduzieren möchten. INTERCARE kann **parallel zur künftigen Einführung von APRNs implementiert werden** und als Sprungbrett für deren Einführung dienen.

Kapitel 5 – Empfehlung und Schlussfolgerung

Politische Entscheidungsträger und Stakeholder sollten sich darauf konzentrieren, **diplomierte Pflegefachpersonen mit Weiterbildung für die Arbeit in Pflegeinstitutionen zu gewinnen und zu halten**. Dies kann durch die Integration von mehr geriatrischer Ausbildung in die Lehrpläne der Langzeitpflege und die Schaffung attraktiver Lernumgebungen in Pflegeinstitutionen für angehende Pflegefachpersonen gefördert werden. **Bessere Gehälter, Arbeitsbedingungen und innovative Modelle wie INTERCARE** können die Attraktivität von Pflegeinstitutionen ebenfalls steigern. Die Anerkennung und Unterstützung der Fähigkeiten von diplomierten Pflegefachpersonen, inkl. jene, die in erweiterten Rollen arbeiten, ist von entscheidender Bedeutung, wobei Möglichkeiten für Schulungen und Coaching geboten werden sollten. **Die Stärkung von Partnerschaften zwischen Pflegeinstitutionen, Spitälern, Notfallstationen, Ambulanzen und Hausarztpraxen ist notwendig**, um das Problem der (Wieder)Einweisungen anzugehen, die Kommunikation und den Informationsaustausch zu verbessern sowie Austrittsplanungen aus dem Spital zu erstellen. Die Unterstützung und Mitwirkung der Leitungen der Pflegeinstitutionen bei der Modellumsetzung ist für die erfolgreiche Implementierung und Nachhaltigkeit der neuen Aufgaben der Langzeitpflege unerlässlich. Lokale Stakeholder sind ebenfalls wichtig, um das Modell und die neue Rolle der INTERCARE Pflegefachperson zu kommunizieren und die Integration der Rolle zu erleichtern.



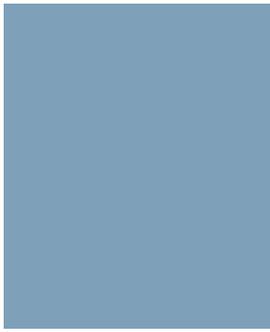
Abkürzungsverzeichnis

ACP	<i>Gesundheitliche Vorausplanung</i>
AIM	<i>Acceptability of Intervention Measure</i>
APN	<i>Advance Practice Nurses</i>
APRN	<i>Advanced Practice Registered Nurses</i>
CGA	<i>Multidimensionales geriatrisches Assessment</i>
EFZ	<i>Eidg. Fähigkeitszeugnis Fachmann/-frau Gesundheit EFZ</i>
FIM	<i>Feasibility of Intervention Measure</i>
INTERCARE	<i>Pflegegeleitetes Versorgungsmodell in Schweizer Pflegeinstitutionen: Verbesserung der interprofessionellen Pflege für bessere Bewohnerergebnisse</i>
INTERSCALE	<i>Nachhaltige Verbesserung der INTERprofessionellen Versorgung für bessere Bewohnerergebnisse: SCALE-up eines evidenzbasierten Versorgungsmodells für Pflegeinstitutionen</i>
ISBAR	<i>Identifikation, Situation, Background, Assessment, Recommendation</i>

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>
- Bartakova, J., Zúñiga, F., Guerbaai, R. A., Basinska, K., Brunkert, T., Simon, M., Denhaerynck, K., De Geest, S., Wellens, N. I. H., Serdaly, C., Kressig, R. W., Zeller, A., Popejoy, L., Nicca, D., Desmedt, M., & De Pietro, C. (2022). Health economic evaluation of a nurse-led care model from the nursing home perspective focusing on residents' hospitalizations. *BMC Geriatrics*, 22(496), 1-16.
- Basinska, K., Wellens, N. I. H., Simon, M., Zeller, A., Kressig, R. W., & Zúñiga, F. (2021). Registered nurses in expanded roles improve care in nursing homes: Swiss perspective based on the modified Delphi method. *J Adv Nurs*, 77(2), 742-754. <https://doi.org/10.1111/jan.14644>
- 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>
- 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>
- Guerbaai, R. A., De Geest, S., Popejoy, L. L., Simon, M., Wellens, N. I. H., Denhaerynck, K., & Zúñiga, F. (2023). 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>
- Hullick, C. J., Hall, A. E., Conway, J. F., Hewitt, J. M., Darcy, L. F., Barker, R. T., Oldmeadow, C., & Attia, J. R. (2021). Reducing hospital transfers from aged care facilities: a large-scale stepped wedge evaluation. *J Am Geriatr Soc*, 69(1), 201-209. <https://doi.org/10.1111/jgs.16890>
- International Council of Nurses (ICN) (2008). *The scope of practice, standards and competencies of the Advanced Practice Nurse*. Monograph, ICN Regulation Series: Geneva.
- Kane, R. L., Huckfeldt, P., Tappen, R., Engstrom, G., Rojido, C., Newman, D., Yang, Z., & Ouslander, J. G. (2017). Effects of an intervention to reduce hospitalizations from nursing homes: a randomized implementation trial of the INTERACT program. *JAMA Intern Med*, 177(9), 1257-1264. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2017.2657>
- 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>
- 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., Lamb, G., Tappen, R., Herndon, L., Diaz, S., Roos, B. A., Grabowski, D. C., & Bonner, A. (2011). Interventions to reduce hospitalizations from nursing homes: Evaluation of the INTERACT II collaborative quality improvement project. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(4), 745-753. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03333.x>
- 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>

- 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. 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>
- Tena-Nelson, R., Santos, K., Weingast, E., Amrhein, S., Ouslander, J., & Boockvar, K. (2012). Reducing potentially preventable hospital transfers: results from a thirty nursing home collaborative. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13(7), 651-656. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2012.06.011>
- Vogelsmeier, A., Popejoy, L., Canada, K., Galambos, C., Petroski, G., Crecelius, C., Alexander, G. L., & Rantz, M. (2021). Results of the Missouri quality initiative in sustaining changes in nursing home care: Six-year trends of reducing hospitalizations of nursing home residents. *Journal of Nutritional Health Aging*, 25(1), 5-12.
- 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>
- Zheng, Q., Williams, C. S., Shulman, E. T., & White, A. J. (2022). Association between staff turnover and nursing home quality – evidence from payroll-based journal data. *J Am Geriatr Soc*, 70(9), 2508-2516. <https://doi.org/10.1111/jgs.17843>
- 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