
**«Daheim statt Heim – Förderung des Selbstmanagements von
älteren Menschen in der stationären Kurzzeitpflege»**

Evaluationsbericht

Im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz

Abschlussbericht Evaluation

Autor:innen

Heidrun Gattinger, Rouven Brenner & Myrta Kohler

Institut für Angewandte Pflegewissenschaft IPW

OST Ostschweizer Fachhochschule

Rosenbergstr. 59

9000 St. Gallen, Switzerland

Datum 1.9.2022

Impressum

Evaluiertes Projekt	«Daheim statt Heim – Förderung des Selbstmanagements von älteren Menschen in der stationären Kurzzeitpflege» (Projekt-Nr. PGM02.052/2)
Laufzeit der Evaluation	Januar 2020 – April 2022
Datenerhebungsperiode	Februar 2021 – März 2022
Begleitung Evaluationsprojekt bei Gesundheitsförderung Schweiz:	Dr. Beatrice Annaheim und Peter Stettler, MA, Prävention in der Gesundheitsversorgung
Meta-Evaluation:	Das Team «Prävention in der Gesundheitsversorgung» bei Gesundheitsförderung Schweiz hat den Entwurf des Berichts, gestützt auf die Qualitätsstandards der Schweizerischen Evaluationsgesellschaft (SEVAL-Standards), geprüft. Die Resultate dieser Prüfung wurden den Evaluationsverantwortlichen mitgeteilt und fanden Berücksichtigung im vorliegenden Bericht. Jedoch müssen Interpretation der Ergebnisse, Schlussfolgerungen und Empfehlungen nicht dem Standpunkt von Gesundheitsförderung Schweiz entsprechen.
Bezug:	Gesundheitsförderung Schweiz, 3014 Bern Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV) www.gesundheitsfoerderung.ch/pgv/evaluation/evaluationsberichte
Übersetzung:	
Zitiervorschlag:	Gattinger H., Brenner R. & Kohler M. (2022). Evaluationsbericht «Daheim statt Heim – Förderung des Selbstmanagements von älteren Menschen in der stationären Kurzzeitpflege». Im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz.
Korrespondenzadresse:	heidrun.gattinger@ost.ch

Inhaltsverzeichnis

Impressum	II
Inhaltsverzeichnis	III
Abbildungsverzeichnis	IV
Tabellenverzeichnis	V
Abkürzungsverzeichnis	VI
1 Executive Summary	1
2 Einleitung	3
2.1 Ausgangslage	3
2.2 Ziel und Zweck des Projekts	3
2.3 Beschreibung des Evaluationsgegenstandes	4
2.4 Programm zur Förderung des Selbstmanagements	6
3 Evaluation	7
3.1 Evaluationsdesign und -fragen	7
3.2 Evaluationsmethoden und realisierte Stichprobe	8
4 Ergebnisse	10
4.1 Nutzen des Programms zur Förderung des Selbstmanagements	10
4.2 Finanzierungsmodell	18
5 Interpretation	21
6 Schlussfolgerung und Empfehlung	26
7 Literaturverzeichnis	28

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Übersicht über die beiden Projektstränge	4
Abbildung 2: Wirkungsmodell "Daheim statt Heim"	5
Abbildung 3: Inhalte des Programms zur Förderung des Selbstmanagements von älteren Menschen	6
Abbildung 4: Mittelwerte Gesundheitszustand EQ-5D-3L.....	12
Abbildung 5: Personenzentrierung der GFP mittels PCPI-S (T0 = oberer Balken, T1= unterer Balken) ...	14
Abbildung 6: IPZ mittels AITCS-II (T0 = oberer Balken, T1= unterer Balken)	15
Abbildung 7: Finanzierungsmodell "Daheim statt Heim" mit äusserem und innerem Raum	19
Abbildung 8: Innerer Raum des Finanzierungsmodells «Daheim statt Heim»	20

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Evaluationsmatrix mit Evaluationsfragen	7
Tabelle 2: Funktionalität mittels Barthel-Index	10
Tabelle 3: Gesundheitsbezogene Lebensqualität mittels EQ-5D-3L	11
Tabelle 4: Individuelle Zielerreichung der Betroffenen.....	12

Abkürzungsverzeichnis

AITCS-II	Assessment von Interprofessional Team Collaboration Scale
AÜP	Akut- und Übergangspflege
BFS	Bundesamt für Statistik
GFP	Gesundheitsfachpersonen
IPZ	Interprofessionelle Zusammenarbeit
PCPI-S	Person-centered Practice Inventory – Staff
PZH	Personenzentriertes Handeln
SwissDRG	Leistungsbezogene Fallpauschalen (von engl. «Diagnosis Related Groups»)

1 Executive Summary

Ein Spitalaufenthalt stellt für ältere Menschen eine grosse Herausforderung dar, insbesondere wenn sie mehrfach krank und gebrechlich sind. Aufgrund der gesetzlichen, finanziellen und strategischen Ausrichtung des schweizerischen Gesundheitssystems besteht für die Betroffenen die erhebliche Gefahr einer dauerhaften Pflegeabhängigkeit und der damit verbundenen finanziellen Belastung. Das Instrumentarium der spitalärztlichen verordneten Akut- und Übergangspflege (AÜP) wird lediglich unzureichend genutzt und ist aufgrund ihrer zeitlichen Beschränkung nicht ideal für ältere Menschen.

Sowohl für die Betroffenen als auch für die Institutionen besteht eine unzufriedenstellende Finanzierung der Kurzzeitpflege, welche die Selbstmanagementförderung ins Zentrum stellt. Die Betroffenen müssen zusätzlich zur Franchise und zum Selbstbehalt für Pflege- und Betreuungsleistungen auch vollumfänglich die Kosten für Hotellerie tragen. Parallel haben sie weiterlaufende Wohnkosten zu tragen. Die Pflegeinstitutionen können Pflegeleistungen mittels Verordnung für AÜP, die allerdings maximal 14 Tage abdeckt, abrechnen.

Um die Bedürfnisse der Zielgruppen abzudecken und die damit verbundene Versorgungslücke zu schliessen, verfolgte das Projekt «Daheim statt Heim» folgende Ziele:

- 1) Die Entwicklung und Evaluation eines Programms zur Förderung des Selbstmanagements von älteren Personen, die nach einem Spitalaufenthalt einen Kurzzeitpflegeplatz in Anspruch nehmen. Dieses Programm soll einer frühzeitigen Pflegeabhängigkeit entgegenwirken und zur Verbesserung der Autonomie und Lebensqualität der Betroffenen führen.
- 2) Die nicht zufriedenstellende Situation der Finanzierung der Kurzzeitpflege zwecks Selbstmanagementförderung zu analysieren und ein Finanzierungsmodell zu entwickeln.

Die Lösungsansätze zur Zielerreichung innerhalb des Projekts verfolgten dabei einen partizipativen Ansatz, in welchem sowohl das Programm wie auch das Finanzierungsmodell gemeinsam mit den relevanten Stakeholdern entwickelt und ebenfalls durch diese validiert wurde. Zusätzlich wurde das Programm jeweils an die spezifischen Bedürfnisse und Gegebenheit der insgesamt drei Praxisinstitutionen, in welche das Programm implementiert wurde, angepasst.

Insgesamt resultierte das Programm bei den Betroffenen in einer Verbesserung ihrer Funktionalität sowie ihrer Lebensqualität während des Aufenthalts und drei Monate nach dem Austritt. Bei den involvierten Gesundheitsfachpersonen konnte ein umfassenderes Gesundheitsverständnis entwickelt sowie eine verbesserte ressourcenorientierte und personenzentrierte Pflege und Betreuung gefördert werden. Zudem unterstützt das Programm eine wertschätzende, achtsame und partnerschaftliche Beziehung zwischen den Betroffenen, deren Angehörigen und den Gesundheitsfachpersonen. Die Programminhalte wurden von den Gesundheitsfachpersonen sehr gut beurteilt bzw. die Unterstützungsmassnahmen wurden geschätzt. Mit dem Finanzierungsmodell steht erstmals ein umfassendes Modell zur Verfügung, welches Langzeitpflegeinstitutionen bei der Einführung bzw. Etablierung eines Kurzzeitpflegeangebotes gezielt unterstützen kann.

Das Projekt «Daheim statt Heim» adressiert eine wichtige Versorgungslücke im schweizerischen Gesundheitswesen. Gerade hinsichtlich der staatlichen Massnahmenpakete zur Kostendämpfung im

Executive Summary

Gesundheitswesen und der Entwicklung hin zu integrierten Versorgungsmodellen besitzt das Projekt hohe Relevanz. Weiterführende, wissenschaftlich begleitete Implementierungen in stationären Langzeitpflegeinstitutionen und eine forschungsbasierte Evaluation sind – gerade auch aufgrund der Dynamik im Gesundheitswesen – indiziert.

2 Einleitung

2.1 Ausgangslage

Mit der Einführung der leistungsbezogenen Fallpauschalen (SwissDRG) wurden Anreize gesetzt, die Spitalaufenthaltsdauern zu verkürzen. Dies stellt für hochaltrige, mehrfach kranke und gebrechliche Personen ein Problem dar. Denn sie benötigen nach einer akuten Erkrankung mehr Zeit, um ihre funktionalen Fähigkeiten wiederzuerlangen und damit Alltagsaktivitäten (z.B. sich waschen, sich ankleiden oder die Toilette zu benutzen) wieder selbstständig durchführen zu können. Oft bekommen die Betroffenen keinen stationären Rehabilitationsaufenthalt bewilligt. Als Alternative bleibt ein stationärer Aufenthalt in einer Langzeitpflegeinstitution. Diese Angebote werden oft als Übergangspflege oder Kurzzeitpflege bezeichnet.

Eine Erhebung aus dem Kanton St. Gallen zeigt, dass Langzeitpflegeinstitutionen für die Kurzzeitpflege kaum spezifische Angebote und Konzepte haben, bei welchen systematisch das Selbstmanagement der Betroffenen gefördert wird (Gattinger et al., 2018). Um älteren Menschen nach einem Spitalaufenthalt die Rückkehr nach Hause zu ermöglichen, müssen deren Selbstpflegekompetenz und das Selbstmanagement systematisch gestärkt werden. Betroffene und deren Angehörige benötigen Wissen, Kompetenzen und Motivation, um handeln zu können (Kessler et al., 2018). Spezifische, für ältere Menschen entwickelte Selbstmanagement-Programme, welche die funktionalen Fähigkeiten und Selbstständigkeit fördern, zeigen einen positiven Effekt auf die Funktionalität und Zufriedenheit der Betroffenen. Zudem können dauerhafte Einweisungen in eine Pflegeinstitution sowie Wiedereintritte ins Spital reduziert werden (Bachmann et al., 2010; Colón-Emeric et al., 2016). Obwohl sich einzelne Programme als nützlich erwiesen haben, ist deren Umsetzung in der Praxis oft nicht gegeben. Barrieren für die Umsetzung solcher Programme sind vielfältig und die Einführung evidenzbasierter Programme erfordert den Einbezug von verschiedenen Stakeholdern, beispielsweise des pflegerischen, ärztlichen und therapeutischen Personals (LaRocca et al., 2012; Stetler et al., 2011).

Sowohl für die Betroffenen als auch für die Institutionen besteht eine unzufriedenstellende Finanzierung der Kurzzeitpflege, welche die Selbstmanagementförderung ins Zentrum stellt. Die Betroffenen müssen zusätzlich zur Franchise und zum Selbstbehalt für Pflege- und Betreuungsleistungen zusätzlich vollumfänglich die Kosten für Hotellerie tragen. Parallel haben sie weiterlaufende Wohnkosten zu tragen. Die Pflegeinstitutionen können Pflegeleistungen mittels Verordnung für Akut- und Übergangspflege (AÜP), die allerdings maximal 14 Tage abdeckt, abrechnen. Ist ein Aufenthalt von mehr als 14 Tagen notwendig, wird über die Pflegefinanzierung abgerechnet. Dieses Instrument ist wiederum nicht ideal, um eine rehabilitative Pflege und Versorgung zu finanzieren (Gattinger et al., 2018).

2.2 Ziel und Zweck des Projekts

Dieses Projekt verfolgte zwei Ziele:

- 1) Die Entwicklung und Evaluation eines Programms zur Förderung des Selbstmanagements von älteren Personen, die nach einem Spitalaufenthalt einen Kurzzeitpflegeplatz in Anspruch nehmen. Dieses Programm soll einer frühzeitigen Pflegeabhängigkeit entgegenwirken und zur Verbesserung von Autonomie und Lebensqualität der Betroffenen führen.
- 2) Die nicht zufriedenstellende Situation der Finanzierung der Kurzzeitpflege zwecks Selbstmanagementförderung zu analysieren und ein Finanzierungsmodell zu entwickeln.

2.3 Beschreibung des Evaluationsgegenstandes

Innerhalb des im Frühjahr 2020 gestarteten Projektes wurden die Projektmassnahmen zur jeweiligen Zielerreichung anhand von zwei Projektsträngen strukturiert (Abbildung 1). Beim ersten Projektstrang wurde gemeinsam mit drei Praxisinstitutionen in den Kantonen St. Gallen und Thurgau ein Programm zur Förderung einer ressourcenorientierten und personenzentrierten Pflege und Betreuung entwickelt. Hierfür wurden relevante Stakeholder wie Gesundheitsfachpersonen (3 interprofessionelle Workshops) sowie Betroffene und deren Angehörige (7 Betroffenen-Angehörigen-Tandem Interviews) befragt und die Ergebnisse analysiert. Basierend auf diesen Daten sowie Erkenntnissen aus der Forschung (Literaturreview) wurde das Programm entwickelt, an jede Institution individuell adaptiert und durch gezielte Unterstützung implementiert. Parallel dazu begann als zweiter Projektstrang die Entwicklung eines Finanzierungsmodells, wozu wiederum relevante Stakeholder wie finanzverantwortliche Personen der Praxisinstitutionen und Vertretungen von Krankenversicherungen befragt wurden. Zusätzlich wurden Expertinnen und Experten zu Pflegefinanzierung bzw. Akut- und Übergangspflege (AÜP) auf nationaler, kantonaler und Gemeinde-Ebene interviewt. Für die darauffolgende Weiterentwicklung des Finanzierungsmodells war zudem der Bezug zum Konzept «Koordinierte Versorgung» und zum Projekt «Vision Wohnen im Alter» von CURAVIVA wegweisend (CURAVIVA Schweiz, 2020).

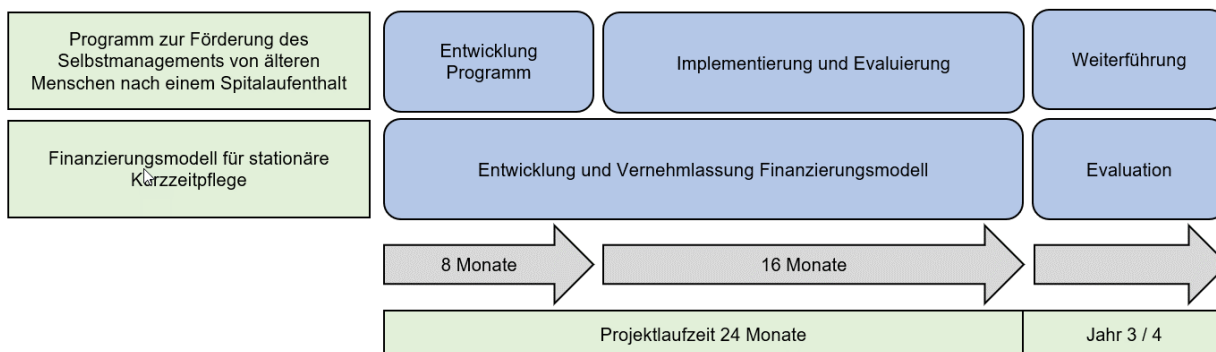


Abbildung 1: Übersicht über die beiden Projektstränge

Um die Wirkungsziele im Sinne einer Wirkungslogik mit den eingesetzten Ressourcen und der erbrachten Leistung in Beziehung zu setzen, wurde eine grafische Darstellung der Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge (Abbildung 2) in Anlehnung an das Logische Modell erstellt (Kellogg Foundation, 2004). Darin ist ersichtlich, wie die Wirkungskette indirekt über einen Wissenserwerb und eine Verhaltensänderung der Multiplikatoren eine längerfristige, gesellschaftliche Veränderung (Impact) erzielen soll. Hierfür wurden, ausgehend von den eingesetzten Mitteln (Input), die Umsetzung, die Leistungen (Output) sowie die damit verbundenen Ziele und Indikatoren für deren Erreichung (Outcome) jeweils für die Multiplikatoren und die Zielgruppe beschrieben (Fässler & Studer, 2018; Guggenbühl, 2017).

Einleitung

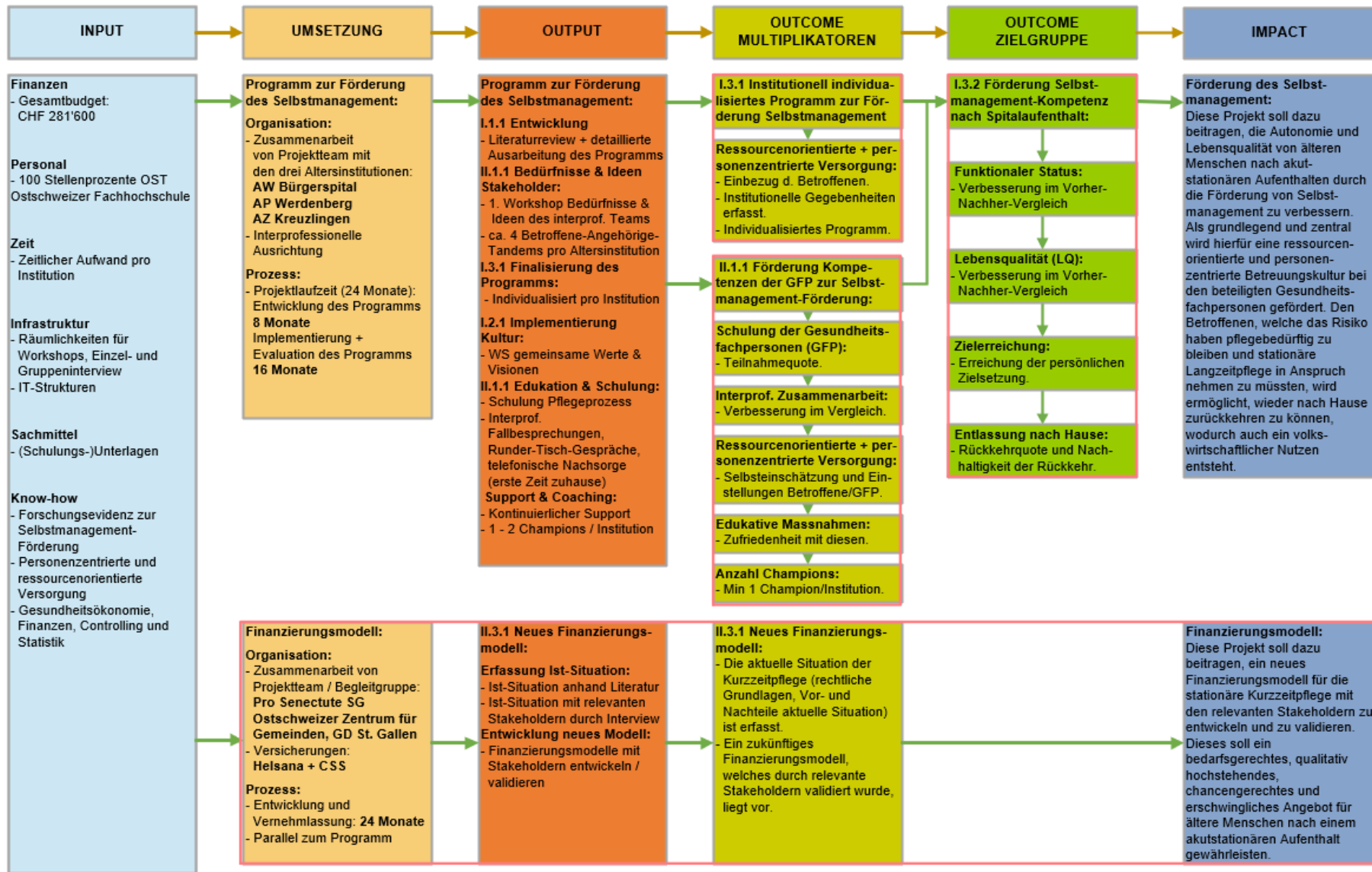


Abbildung 2: Wirkungsmodell "Daheim statt Heim"

2.4 Programm zur Förderung des Selbstmanagements

Das final entwickelte Programm zur Förderung des Selbstmanagements von älteren Menschen, die nach einem Spitalaufenthalt einen Kurzzeitpflegeplatz in einer Pflegeinstitution in Anspruch nehmen, basiert auf vier Pfeilern. Diese vier Pfeiler und deren Inhalte sind in Abbildung 3 dargestellt.

In den beiden aufeinander aufbauenden Workshops (Kultur- und RehaCare) wurden die ressourcenorientierte und personenzentrierte Haltung der Gesundheitsfachpersonen (Workshop Kultur) sowie eine dementsprechende Planung der Pflege und Betreuung (Workshop RehaCare) thematisiert. Zudem wurden sogenannte «Champions» (Personen, welche Verantwortung für die Weiterführung des Programmes übernehmen sollten) eingeführt und diese mittels Coaching begleitet. Die Kinästhetik-Trainerinnen nahmen unter anderem an einer interinstitutionellen Veranstaltung teil, in welcher ein fokussiertes Assessment zur Bewegungskompetenz vermittelt wurde. Dieses Assessment sollte kurz nach Eintritt bei der Zielgruppe durchgeführt werden und als Grundlage der Bewegungsförderung in die ressourcenorientierte und personenzentrierte Planung der Pflege und Betreuung einfließen.

Kultur-Workshop	RehaCare-Workshop	Coaching	Kinästhetik-Trainerinnen
<ul style="list-style-type: none">▪ Definitionen von Ressourcenorientierung und Personenzentrierung▪ Ressourcen, Stärken, Wünsche, Interessen, Talente erkennen▪ Partizipative, gemeinsame Entscheidungsfindung▪ Betroffene als Expert:in▪ Stellenwert der Angehörigen	<ul style="list-style-type: none">▪ Ressourcenorientierte und personenzentrierte Pflegeplanung▪ Förderung von Wissen, Kompetenz und Motivation der Betroffenen▪ Gemeinsame Ziel- und Prioritätensetzung mit den Bewohnenden und deren Angehörigen▪ Austrittsplanung	<ul style="list-style-type: none">▪ Beratung zu Inhalten des Programms▪ Unterstützung der «Champions» in der Rollenfindung und Reflexion der eigenen Rolle▪ Fallbezogene Beratung	<ul style="list-style-type: none">▪ Fokussiertes Bewegungskompetenz Assessment▪ Spezifische Zielsetzung und Massnahmenplanung zur Förderung der Bewegungskompetenz▪ Gemeinsame Umsetzung mit Unterstützung durch Trainerinnen▪ Interinstitutioneller Austausch der Trainerinnen

Abbildung 3: Inhalte des Programms zur Förderung des Selbstmanagements von älteren Menschen

3 Evaluation

3.1 Evaluationsdesign und -fragen

Eine summative und eine formative Evaluation kamen zum Einsatz. Die summative Evaluation beurteilte den Nutzen des Programms zur Selbstmanagementförderung auf Ebene der betroffenen Personen (funktionaler Status, persönliche Zielerreichung, Lebensqualität und Möglichkeit, nach Hause zurückzukehren) und auf Ebene der Gesundheitsfachpersonen (Einstellungen und Kompetenz hinsichtlich einer ressourcenorientierten/personenzentrierten Versorgung, interprofessionelle Zusammenarbeit). In einer formativen Evaluation wurden förderliche und hemmende Faktoren hinsichtlich der Umsetzung analysiert. Das Evaluationsdesign beinhaltet einen Soll-Ist-Vergleich sowie einen Vorher-Nachher-Vergleich. Es kamen verschiedene quantitative (Assessmentinstrumente, Fragebögen) und qualitative Methoden (Einzel-, Fokusgruppeninterviews) zum Einsatz. Bei den betroffenen Personen gab es drei Messzeitpunkte: bei Eintritt, bei Austritt und drei Monate nach Austritt als Follow-up. Bei den Gesundheitsfachpersonen gab es zwei Messzeitpunkte: vor und nach der Intervention (Einführung des Programms zur Selbstmanagementförderung). Die Evaluationsmatrix und die Evaluationsfragen sind in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1: Evaluationsmatrix mit Evaluationsfragen

Evaluationsfragen	Zählungen	(Schriftliche) Befragung	Fokusgruppe	Soll-Ist	Vorher-Nachher
Gesundheitsfachpersonen (Multiplikatoren)					
1. Wieviel Gesundheitsfachpersonen haben an den edukativen Massnahmen teilgenommen?	■			■	
2. Wie hat sich der Einbezug der Betroffenen und Angehörigen verändert?		■			■
3. Welche Einstellungen zur Versorgungskultur haben die Gesundheitsfachpersonen?			■		
4. Wie hat sich die interprofessionelle Zusammenarbeit verändert?		■			■
5. Wieviel Gesundheitsfachpersonen sind mit den edukativen Massnahmen zufrieden?	■	■		■	
6. Wieviel Champions pro Altersinstitution gibt es?	■			■	
Betroffene Personen (Zielgruppe)					
1. Wie hat sich der funktionelle Status der Betroffenen verändert?		■			■
2. Wie hat sich die gesundheitsbezogene Lebensqualität bei den Betroffenen verändert?		■			■
3. Wieviel Betroffene haben ihre individuelle Zielsetzung vollständig erreicht?	■	■		■	
4. Wieviel Betroffene sind nach drei Monaten ohne zwischenzeitliche Einweisung noch zuhause?	■	■		■	
Umsetzung des Programms					
1. Welche Erfahrungen wurden bei der Umsetzung des Programms gemacht (Erfolgsfaktoren und Hemmnisse)			■		

3.2 Evaluationsmethoden und realisierte Stichprobe

Die Implementierung und Wirksamkeit des Programms wurden durch verschiedene Ergebnismessungen im Vorher-Nachher-Vergleich überprüft. Bei der Zielgruppe der älteren Personen umfassten diese die gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ-5D-3L und/oder Schweizerische Gesundheitsbefragung) (Bundesamt für Statistik [BFS], 2021; EuroQoL Group, 1999), die Funktionalität (Barthel-Index) (Heuschmann et al., 2005) und die dreistufige Bewertung der individuellen Zielerreichung (vollständig, teilweise oder nicht erreicht). Der EQ-5D-3L besitzt fünf Domänen («Beweglichkeit/Mobilität», «Für sich selbst sorgen», «Allgemeine Tätigkeiten», «Schmerzen/körperliche Beschwerden» und «Angst/Niedergeschlagenheit»), welche jeweils dreistufig (sinngemäss: «keine Probleme», «einige Probleme» und «erhebliche Probleme») durch die Betroffenen selbst eingestuft werden. Zusätzlich wird der aktuelle Gesundheitszustand auf einer Skala von 0 bis 100 selbst bewertet (100 = bester denkbarer Gesundheitszustand) (EuroQoL Group, 1999). Um für das telefonische Follow-up eine weniger komplexe Möglichkeit bei fehlender Visualisierung zu haben, wurde zusätzlich die Frage zur Lebensqualität der schweizerischen Gesundheitsbefragung (fünfstufige Likert-Skala von «sehr schlecht» bis sehr gut») verwendet (BFS, 2021). Die Funktionalität mittels Barthel-Index wurde durch die Fachpersonen eingeschätzt, wobei eine höhere Punktzahl (max. 100 Punkte) für eine bessere Funktionalität steht (Heuschmann et al., 2005).

Die Gesundheitsfachpersonen bewerteten per Fragebogen in Selbsteinschätzung ihre Personenzentrierung im Handeln (Person-Centered Practice Inventory – Staff [PCPI-S]) (Weis et al., 2020) sowie die interprofessionelle Zusammenarbeit im Team (Assessment von Interprofessional Team Collaboration Scale [AITCS-II]) (Orchard, 2015). Bei beiden Fragebögen gaben die Teilnehmenden ihre Zustimmung für Aussagen bzw. ihre Einschätzung auf einer fünfstufigen Likert-Skala von «stimme überhaupt nicht zu» bis «stimme völlig zu» und von «nie» bis «immer» an, wobei ein höherer Wert eine höhere Zustimmung bzw. Einschätzung bedeutet.

Ergänzend zu den quantitativen Daten wurden gegen Ende der Implementierungsphase Fokusgruppeninterviews mit den Programmverantwortlichen und -anwendenden durchgeführt (pro Institution ein Interview).

Die quantitativen Daten wurden deskriptiv, die qualitativen Daten inhaltsanalytisch ausgewertet und beschrieben.

Stichprobe der Personen, die einen Kurzzeitpflegeplatz in Anspruch nahmen

Insgesamt konnten 27 ältere Personen, welche nach einem Spitalaufenthalt einen Kurzzeitpflegeplatz in Anspruch nahmen, in die Evaluation eingeschlossen werden. Das durchschnittliche Alter der Betroffenen ($n=27$) betrug 78.7 (SD 11.39) und die Mehrheit war weiblich (56%, $n=15$). Die Personen lebten vor dem Spitalaufenthalt zuhause ($n=26$, eine fehlende Angabe). Der Grund für einen Aufenthalt in der Kurzzeitpflege war für knapp die Hälfte (48%, $n=13$) Erholung/Aufbau. Die weiteren häufig genannten Gründe waren Frakturen (19%, $n=5$) und Wunden (11%, $n=3$). Die Aufenthaltsdauer variierte: 41% ($n=11$) blieben für maximal zwei Wochen in der Kurzzeitpflege. Es gab drei Personen, die für länger als acht Wochen stationär aufgenommen wurden (Aufenthaltsdauer: Median = 14 Tage, Mittelwert = 29 Tage (SD 28.58), ein Ausreisser mit 120 Tagen).

Stichprobe der Gesundheitsfachpersonen

Von den 82 angefragten Gesundheitsfachpersonen nahmen bei der T0-Erhebung 65 Personen (Rücklaufquote 79.3%) und bei der T1-Erhebung 42 Personen (Rücklaufquote 51.2%) an der Befragung teil. Das

Evaluation

Alter der Teilnehmenden lag bei 41.9 Jahren (SD 11.63) und die Erfahrung in der Langzeitpflege lag bei 9.3 Jahren (SD 8.23) im Mittel. 80% ($n=56$) der Teilnehmenden waren weiblich. Dreiviertel der Teilnehmenden (75.7%, $n=53$) waren dem Pflegeberuf angehörig, wobei annähernd ein knappes Drittel (30%, $n=21$) der Befragten in der Pflegeassistenz und 28.6% ($n=20$) als diplomierte Pflegefachpersonen tätig waren.

Teilnehmende der Fokusgruppeninterviews

An den drei Fokusgruppeninterviews nahmen insgesamt 12 Personen teil. Die Teilnehmenden waren in oberen leitenden Funktionen (Heimleitung, Pflegedienstleitung, $n=2$), in mittleren leitenden Funktionen (Stationsleitung, Teamleitung, $n=4$) oder in Stabsfunktionen (Berufsbildung, Pflegeexpertin, Aufnahme- und Entlassungsmanagement, $n=3$) tätig. Zudem haben eine Physiotherapeutin, eine Kinästhetik-Traineein und eine Assistentin Gesundheit und Soziales teilgenommen. Das durchschnittliche Alter der Teilnehmenden ($n=12$) betrug 39 Jahre (SD 11.10) und die deutliche Mehrheit (83%, $n=10$) war weiblich.

4 Ergebnisse

4.1 Nutzen des Programms zur Förderung des Selbstmanagements

Ältere Menschen, welche das Programm in Anspruch nahmen

Funktionalität

Die Funktionalität der Betroffenen ($n=27$) wurde beim Eintritt mittels Barthel-Index im Durchschnitt gesamt-haft mit 65.9 Punkten (SD 24.24) und beim Austritt mit 84.5 Punkten (SD 19.79) eingeschätzt, was auf eine deutlich verbesserte Funktionalität hinweist. Bei Betrachtung der einzelnen Domänen des Barthel-Indexes zeigt sich, dass die Betroffenen ihre Funktionalität im Mittel am deutlichsten in den Domänen «Treppensteigen» ($T0 M = 4.3$ zu $T1 M = 7.0$) «Körperpflege» ($T0 M = 2.2$ zu $T1 M = 4.4$), «An- und Auskleiden» ($T0 M = 6.3$ zu $T1 M = 8.5$) und «Bett-/ (Roll-)Stuhltransfer» ($T0 M = 11.3$ zu $T1 M = 13.4$) während des Aufenthalts verbessert haben (Tabelle 2).

Die Erkenntnisse aus den Fokusgruppeninterviews unterstreichen die Verbesserung der Funktionalität. Die Betroffenen konnten in der Selbstwahrnehmung und in der Fremdwahrnehmung durch die Gesundheitsfachpersonen in «einem verbesserten (Gesundheits-)Zustand» austreten und diese Veränderungen konnten mit den Instrumenten der Datenerhebung «gut aufgezeigt» und «sichtbar» gemacht werden.

Tabelle 2: Funktionalität mittels Barthel-Index

Domänen des Barthel-Index	Maximale Funktionalität bei Punktezahl	Eintritt (T0)			Austritt (T1)		
		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Essen	10	27	8.52	2.709	25	9.40	1.658
Baden	5	27	2.04	2.504	25	2.60	2.550
Körperpflege	5	27	2.22	2.532	25	4.40	1.658
An- und Auskleiden	10	27	6.30	2.972	24	8.54	2.322
Stuhlkontrolle	10	27	8.52	3.620	25	9.00	2.887
Urinkontrolle	10	26	8.08	4.019	25	8.80	2.986
Toilettenbenutzung	10	27	7.04	3.180	24	8.96	2.074
Bett-/ (Roll-)Stuhltransfer	15	27	11.30	3.821	25	13.40	2.784
Mobilität	15	27	10.00	5.000	25	11.80	4.761
Treppensteigen	10	27	4.26	3.312	25	7.00	3.536

Anmerkung: *N* = Anzahl der Betroffenen, *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung

Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Basierend auf den fünf Domänen des EQ-5D-3L («Mobilität», «Für sich selbst sorgen», «Allgemeine Tätigkeiten», «Schmerzen» und «Angst und Niedergeschlagenheit») konnte aufgezeigt werden, dass vom Eintritt bis zum Follow-up nach drei Monaten die Lebensqualität verbessert werden konnte. In der Domäne «Mobilität» gaben bei Eintritt (T0) 15% der befragten Betroffenen an, keine Probleme zu haben. Beim Follow-up (T2) nach drei Monaten gaben schliesslich 50% der Befragten an, problemlos mobil zu sein. In der Domäne «Für sich selbst sorgen» konnten zu Beginn 33% für sich selbst sorgen. Beim Follow-up konnten 47% selbstständig für sich selbst sorgen. Fast zwei Drittel konnte «allgemeinen Tätigkeiten», beispielsweise Arbeit, Beruf, Hausarbeit, Studium, Familien- oder Freizeitaktivitäten, bei Eintritt nicht nachgehen. Beim Austritt waren es noch 16% und beim Follow-up nur noch 6%, was hier einer Person entspricht. Auch bezüglich der Schmerzen konnten Verbesserungen verzeichnet werden. Beim Eintritt gaben 22% extreme Schmerzen oder Beschwerden an. Beim Austritt waren es noch 20% und beim Follow-up hatten nur noch 17% extreme Schmerzen. Zwei Drittel gaben beim Follow-up an, gar keine Schmerzen zu haben. Beim Eintritt hingegen waren es nur 41%. Extreme Angst und Niedergeschlagenheit konnte von 26% (T0) auf 17% (T2) reduziert werden (Tabelle 3).

Tabelle 3: Gesundheitsbezogene Lebensqualität mittels EQ-5D-3L

	Mobilität			Selbstsorge			Allgemeine Tätigkeiten			Schmerzen			Angst		
	N (%)			N (%)			N (%)			N (%)			N (%)		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2	T0	T1	T2	T0	T1	T2	T0	T1	T2
Level 1	4	11	9	9	12	8	6	9	8	11	10	11	12	14	11
	(15)	(44)	(50)	(33)	(48)	(47)	(22)	(36)	(44)	(41)	(40)	(61)	(44)	(56)	(61)
Level 2	21	10	8	12	10	8	13	12	9	10	10	4	8	4	4
	(78)	(40)	(44)	(44)	(40)	(47)	(48)	(48)	(50)	(37)	(40)	(22)	(30)	(16)	(22)
Level 3	2	4	1	6	3	1	8	4	1	6	5	3	7	7	3
	(7)	(16)	(6)	(22)	(12)	(6)	(30)	(16)	(6)	(22)	(20)	(17)	(26)	(28)	(17)
Total	27	25	18	27	25	17	27	25	18	27	25	18	27	25	18
	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)

Anmerkung: Level 1 = «keine Probleme», Level 2 = «einige Probleme», Level 3 = «erhebliche Probleme»

Ergebnisse

Mittels EQ-5D-3L wurde zusätzlich der Gesundheitszustand auf einer visuellen Analogskala (VAS) von 0 (schlechtester denkbare Gesundheitszustand) bis 100 (bester denkbare Gesundheitszustand) eingeschätzt. Abbildung 4 zeigt, dass sich der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand vom Eintritt bis zum Erfassungszeitpunkt nach drei Monaten im Mittel von 60.74 ($SD=16.85$) auf 76.39 ($SD=17.97$) verbessert hat (auf einer Skala von 0 bis 100).

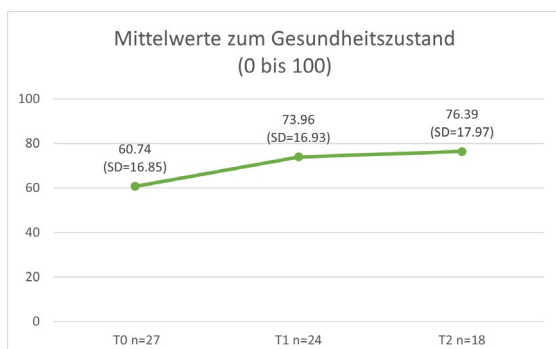


Abbildung 4: Mittelwerte Gesundheitszustand EQ-5D-3L

Individuelle Zielerreichung

Im Rahmen der individuellen Zielerreichung wurde mit den Betroffenen (und im Idealfall mit deren Angehörigen) besprochen, welche Fern- und Nahziele sie für den Kurzzeitpflege-Aufenthalt verfolgen möchten. Das Fernziel bezog sich dabei in der Regel auf den zu erreichenden Zustand bis zum Austritt oder auf den eigentlichen Austritt. Die Nahziele sollten hierfür als «Meilensteine» dienen. Dies sollte einerseits das Fernziel greifbarer machen und aufzeigen, welche Voraussetzungen für den Austritt erfüllt sein müssen. Andererseits sollte so die Motivation der Betroffenen gefördert werden, weil immer wieder Nahziele erreicht werden konnten. So könnten beispielsweise das Bewältigen einer bestimmten Anzahl von Treppenstufen die selbständige Übernahme von Teilen der Körperpflege oder der alleinige Toilettengang als Nahziele für das Fernziel «Wieder nach Hause zurückkehren» dienen.

Das Fernziel hat die Mehrheit der Betroffenen (68% $n=17$) vollständig und knapp ein Viertel der Betroffenen (24%, $n=6$) teilweise erreicht. Auch bei den Nahzielen (sofern festgehalten) gaben mehr als die Hälfte der Personen an, diese vollständig erreicht zu haben. Dabei hat sich die Anzahl der Nahziele, welche als Teilschritte für das Fernziel anzusehen sind, deutlich unterschieden (Tabelle 4).

Tabelle 4: Individuelle Zielerreichung der Betroffenen

Ausprägungsgrad der Zielerreichung	FZ	NZ 1	NZ 2	NZ 3	NZ 4	NZ 5
	N	N	N	N	N	N
Vollständig erreicht	17	9	8	5	3	1
teilweise erreicht	6	8	4	1	1	-
nicht erreicht	2	1	3	2	1	-
Gesamtzahl Personen	25	18	15	8	5	1

Anmerkung: FZ = Fernziel, NZ Nahziel, N = Anzahl Betroffene

Rückkehrquote

Von den eingeschlossenen Betroffenen ($n=27$) konnten von 18 Personen Daten zum Follow-up (mittels eines Telefonanrufs zuhause circa drei Monate nach Austritt erhoben werden. Bei 61% ($n=11$) dieser Personen verlief der Aufenthalt zuhause unproblematisch. Sieben Personen (39%) wurden allerdings erneut in eine stationäre Gesundheitsinstitution (Spital, Rehabilitationsklinik oder Pflegeheim) aufgenommen. Die Gründe dafür waren eine geplante Operation, ein Harnwegsinfekt oder ein verschlechterter Allgemeinzustand.

Psychoemotionale Outcomes

Die Analyse der Daten aus den Fokusgruppeninterviews ergaben zusätzliche Erkenntnisse zu psychoemotionalen Outcomes bei den Betroffenen. So bot das Austrittsgespräch den Betroffenen die Möglichkeit, «mit dem Austritt verbundene Sorgen und Ängste» anzusprechen. Dabei erlebten die Personen es als «motivierend» und «förderlich», wenn ihnen die «Verbesserungen und Erfolgserlebnisse aufgezeigt» werden konnten. Die Ankündigung der nochmaligen Kontaktaufnahme nach drei Monaten löste bei den Personen «Freude» aus und wurde als «Wertschätzung» wahrgenommen.

Gesundheitsfachpersonen (GFP)

Personenzentrierung

Die Teilnehmenden bewerteten ihr personenzentriertes Handeln mittels PCPI-S auf der fünfstufigen Skala von «stimme überhaupt nicht zu» bis «stimme völlig zu». Die Hälfte der sechzehn Aussagen erzielten bei der T0-Erhebung bei den Teilnehmenden eine deutliche Zustimmung von $\geq 95\%$ («stimme zu» und «stimme völlig zu»). Diese Aussagen thematisierten den «Einbezug des Wissens über die Bewohnenden» (Item 1), die «Achtung der Wahrnehmung der Bewohnenden» (Item 3), das «Verständnis für die Perspektive der Bewohnenden» (Item 8), das «aufmerksame Zuhören, um unerfüllte Bedürfnisse zu identifizieren» (Item 11), «Aufmerksamkeit auf die Bewohnenden richten» (Item 13), «ganzheitliche Wahrnehmung der Bewohnenden» (Item 14) und «Berücksichtigung der ganzheitlichen Wahrnehmung» bei der Umsetzung der Massnahmen (Item 16).

Die drei Items, welche die geringste Zustimmung erhielten («stimme nicht zu» und «stimme überhaupt nicht zu») thematisierten den Versuch (Item 2, 11.5%) und den tatsächlichen Einbezug der Angehörigen in die Pflegeplanung (Item 5, 4.8%) sowie den Einbezug der Bedürfnisse der Bewohnenden bezüglich aller Aspekte ihres Lebens (Item 15, 4.7%). Insgesamt hat sich die Zustimmung zu den Aussagen bei der T1-Erhebung erhöht. So erreichten fünf der acht Items, welche eine Zustimmung von $\geq 95\%$ hatten, eine hundertprozentige Zustimmung (Items 1, 3, 8, 13 und 14). Auch die Ablehnung bei den drei Items (Item 2 [7.7%], Item 5 [2.6%] und Item 15 [0%]) nahm ab (Abbildung 5).

Aus den Fokusgruppeninterviews geht hervor, dass die Gesundheitsfachpersonen aufgrund des Programms eine «positivere Sprache» entwickelten und eine «höhere Beziehungsqualität» zu den betroffenen Personen wahrnahmen. Zudem wurde eine positive Veränderung hinsichtlich der «Bewegungsförderung», des «Einbezugs der Betroffenen» und der Fähigkeit, sich ein «eigenes Bild zu verschaffen», beschrieben.

Ergebnisse

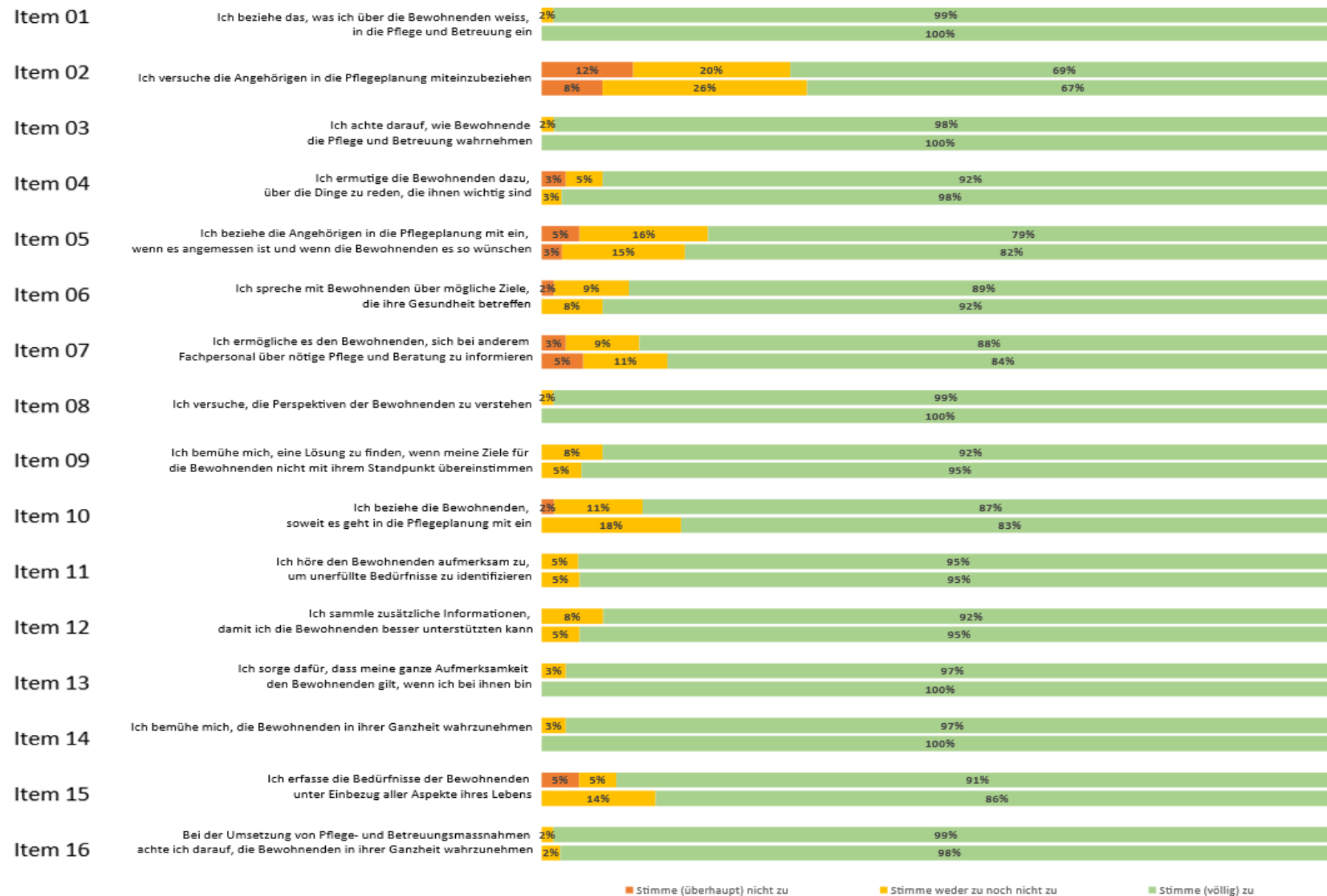


Abbildung 5: Personenzentrierung der GFP mittels PCPI-S (T0 = oberer Balken, T1= unterer Balken)

Ergebnisse

Interprofessionelle Zusammenarbeit

Die interprofessionelle Zusammenarbeit schätzten die Teilnehmenden bei der T0-Erhebung am förderlichsten («meistens» und «immer» $\geq 85\%$) bezüglich «Respekt und Vertrauen» (Item 2, 89.2%), «Offenheit und Ehrlichkeit» (Item 3, 87.6%), «Grenzen des Handelns» (Item 6, 85.5%) sowie «Verständnis von gemeinsamem Wissen und Fertigkeiten» (Item 7, 90.7%) ein. Die Macht untereinander zu teilen (Item 1), wurde am häufigsten (9%) in der Zusammenarbeit vermisst («nie» und «selten»). Bei der T1-Erhebung nahmen insgesamt betrachtet die förderlich («meistens» und «immer») bewerteten Handlungen mehrheitlich zu und die hinderlich bewerteten Handlungen mehrheitlich ab («nie» und «selten»). Die einzige Ausnahme ist hierbei das Verständnis für die Grenzen (Item 6) (Abbildung 6).

Die Interviewteilnehmenden haben zusätzlich zu einer insgesamten Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit den Eindruck, dass die Gesundheitsfachpersonen, beispielsweise durch Checklisten und Leitfäden für die Gespräche, innerhalb der Professionen und gegenüber den betroffenen Personen sowie Angehörigen «professioneller auftraten». Auch die Regelmässigkeit der Gespräche (z. B. Round-Table-Gespräche) hat sich verbessert, da diese Gespräche wieder «häufiger stattfanden».

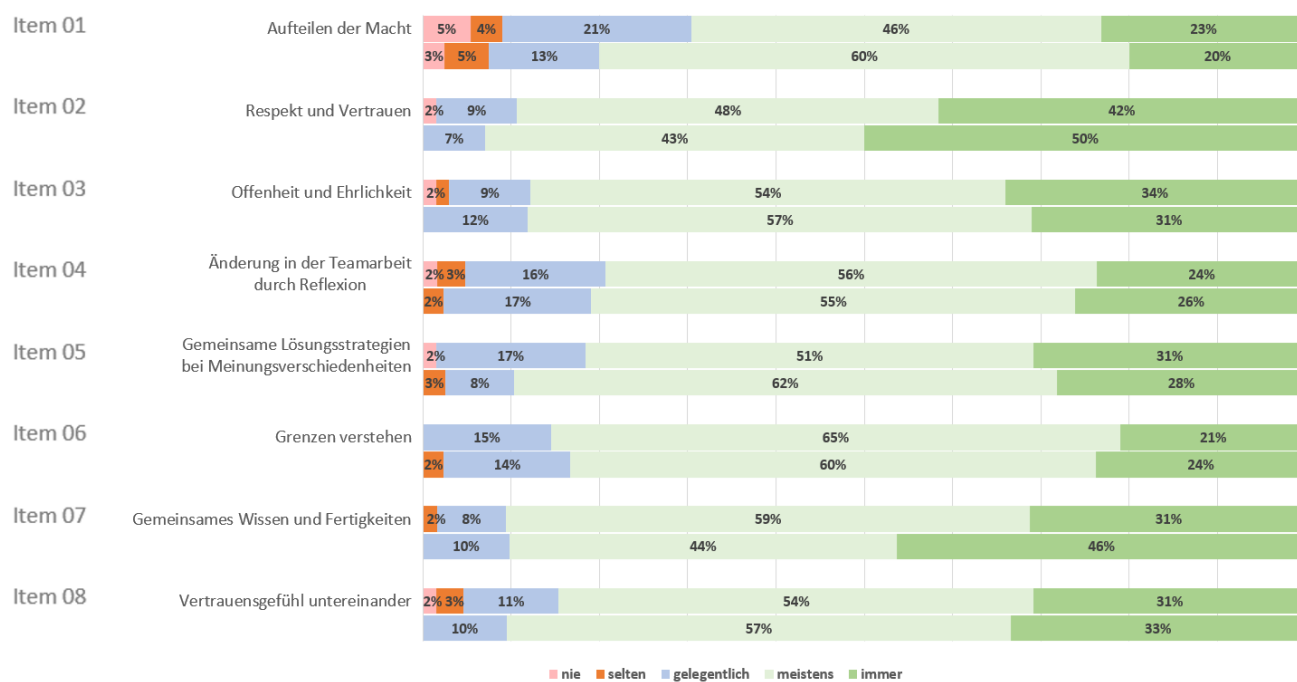


Abbildung 6: IPZ mittels AITCS-II (T0 = oberer Balken, T1= unterer Balken)

Umsetzung / Prozessevaluation

Beurteilung der Workshops

An den Kultur-Workshops nahmen über alle Praxisinstitution verteilt insgesamt 61 Personen teil (Teilnahmequote: 74.4%), von denen wiederum nochmals 28 Personen an den RehaCare-Workshops teilnahmen. Die Kultur-Workshops als Ganzes wurden insgesamt mit 5.5 bewertet (Bewertung anhand Schulnotensystem: 1 = sehr schlecht bis 6 = sehr gut). Der persönliche Profit und die sinnvolle, interessante Themenauswahl wurden jeweils mit 5.4 beurteilt. Die Fähigkeit der Dozierenden, schwierige, anspruchsvolle Themen verständlich zu vermitteln, wurde mit 5.5, ihre Kompetenz mit 5.4 und die Schaffung eines lernförderlichen Klimas mit 5.4 bewertet. Die RehaCare-Workshops als Ganzes wurden insgesamt und der persönliche Profit jeweils mit 5.6 bewertet. Die sinnvolle, interessante Themenauswahl wurden mit 5.7 beurteilt. Die Fähigkeit der Dozierenden, schwierige, anspruchsvolle Themen verständlich zu vermitteln, wurde mit 5.7, ihre Kompetenz und die Schaffung eines lernförderlichen Klimas jeweils mit 5.9 bemessen.

Champions und Coaching

Pro Institution wurden eine bzw. zwei Personen mit der Funktion des «Champions» betraut. Personen mit «Champion»-Funktion übernehmen eine wichtige Rolle innerhalb der Implementierung von neuen Prozessen durch Kompetenzerweiterung und Fachverantwortung. Durch ihr Auftreten und Handeln tragen sie zu einer nachhaltigen Umsetzung dieser Neuerungen bei (Li et al., 2018).

Dementsprechend wurden für die Personen mit «Champion»-Funktion folgende Schlüsselkompetenzen formuliert:

- Sie kennen die Programminhalte und wenden diese professionell und zielführend an
- Sie schulen und beraten Pflegefachpersonen bezüglich der Programminhalte
- Sie übernehmen eine Vorbildfunktion durch ihr Auftreten und Handeln
- Sie übernehmen Verantwortung für die fachliche Weiterentwicklung ihres Umfelds
- Sie üben eine Koordinationsfunktion aus und sind kompetente Ansprechperson für die Betroffenen, deren Angehörige sowie das interprofessionelle Team
- Sie reflektieren ihr eigenes Handeln und die Zusammenarbeit im interprofessionellen Team hinsichtlich der Programminhalte und können dementsprechende Reaktionen ableiten
- Sie beteiligen sich durch ihre Erfahrungen sowie Expertise in der Umsetzung an der Evaluation und Beurteilung der Programminhalte. Zudem gab es in jeder Institution eine Kinästhetik-Trainee, welche in das Projekt eingebunden wurde.

Als zusätzliche «Champions» fungierten auch die Kinästhetik-Trainerinnen, welche in den drei Institutionen arbeiten. Sie erhielten eine Online-Schulung zum Thema «Assessment zur Bewegungskompetenz», welches sie im Laufe des Projekts bei den betroffenen Personen gezielt durchführten. Zudem unterstützen sie die Pflegenden bei der Umsetzung von Massnahmen zur Förderung der Bewegungskompetenz. Die Kinästhetik-Trainerinnen trafen sich institutionsübergreifend zu fünf Online-Meetings, um Erfahrungen über die Institutionen hinweg auszutauschen, was als sehr bereichernd empfunden wurde.

Ergebnisse

Das Coaching verfolgte zwei übergeordnete Ziele: Erstens sollen die Personen mit einer «Champion»-Funktion in der Umsetzung der Inhalte aus den Workshops unterstützt werden (personenzentrierte, ressourcenorientierte Pflege und Betreuung). Zweitens sollen sie in ihrer Rollenfindung als Personen mit erweiterten Kompetenzen (d. h. Personen mit «Champion»-Funktion) unterstützt werden. Pro Institution fanden zwei Coachings vor Ort statt.

Förderliche und hemmende Faktoren

Bei der Umsetzung des Programms wurden von den Interviewteilnehmenden verschiedene förderliche und hemmende Einflüsse identifiziert. Die förderlichen Einflüsse können in intrinsische Faktoren und Programminhalte unterteilt werden. Die hemmenden Einflüsse lassen sich in intrinsische und extrinsische Faktoren sowie Informations-/ Kommunikationsfluss kategorisieren.

Die förderlichen, intrinsischen Faktoren beinhalten die Themen Haltung (z. B. Wiederbesinnung auf Personenzentrierung oder salutogenetische Sichtweise) und Zielvereinbarung. Bei den förderlichen Programminhalten wurden insbesondere die Instrumente und Workshopinhalte sowie das Coaching hervorgehoben.

Der Informations- und Kommunikationsfluss wurde als hinderlich erlebt, wenn nicht alle Mitarbeitenden die notwendigen Informationen erhielten oder wenn unklar war, wie bestimmte Programmbestandteile zu integrieren sind (z. B. Assessment der Bewegungskompetenz durch Kinästhetik-Trainerinnen).

Hemmende extrinsische Faktoren umfassen die Personalfuktuation und die COVID-19-Pandemie (sowohl durch Infektionen in der Institution wie und bezüglich einer reduzierten Angebotsnachfrage). Hemmende intrinsische Faktoren betrafen das Aufrechterhalten der Motivation, die Wahrnehmung des Programms (z. B. nur hintergründig oder «das machen wir schon») und die Fähigkeit, Inhalte umsetzen zu können.

Einzelne Einflussfaktoren wurden sowohl als förderlich als auch als hinderlich erlebt. So wurden beispielsweise die Zielvereinbarung und der Einbezug der Angehörigen sowohl als förderlich (Tagesziele setzen bzw. Angehörige als Ressource) als auch als hemmend («unrealistische» Ziele der Betroffenen bzw. «hohe Anspruchshaltung der Angehörigen») erlebt.

Dementsprechend möchten die Institutionen zukünftig die Angehörigen noch «besser und strukturierter» einbeziehen. Insgesamt wurden die Programminhalte als sehr gut beurteilt. Elemente wie die angepassten Leitfäden für die Eintrittsgespräche (Eintritts-Assessment), die Austrittsplanung oder die Kontaktaufnahme zu Hause wollen die Institutionen beibehalten.

4.2 Finanzierungsmodell

Im Zuge der Einführung des schweizerischen Fallpauschalen-Systems (SwissDRG) im Jahr 2012 zur Kosteneindämmung im Gesundheitswesen wurde ein Paradigmenwechsel in der Abrechnung von Gesundheitsdienstleistungen vollzogen – weg von der Kostendeckung hin zur Leistungsfinanzierung. Um diesbezügliche negative Auswirkungen durch die Einführung abzufedern, wurden verschiedene Massnahmen vom Gesetzgeber ins Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) aufgenommen. Eine dieser Schutzmassnahmen war die Akut- und Übergangspflege (AÜP). Der angestrebte Nutzen von AÜP wurde aus verschiedenen Gründen jedoch nicht erreicht. Daher wurde im Projekt «Daheim statt Heim» die Entwicklung eines Finanzierungsmodells als ein möglicher Lösungsansatz angestrebt.

Während der Entwicklung wurden verschiedene Methoden kombiniert. Die drei im Gesamtprojekt etablierten Praxisinstitutionen sowie Vertretungen der Krankenkassen partizipierten an einem Workshop, um die Ausgangslage und die Herausforderungen zu skizzieren. Darauf aufbauend wurden Expertinnen und Experten zur Thematik auf nationaler, kantonaler und Gemeinde-Ebene interviewt. Die diesbezüglichen Ergebnisse und Erkenntnisse wurden analysiert und bildeten die Grundlage für die Entwicklung eines ersten Vorschlags für das Finanzierungsmodell. Dieser wurde in einem zweiten Workshop ausgesuchten Expertinnen und Experten sowie den Praxisinstitutionen vorgestellt und hinsichtlich Reichweite und Einsatzfähigkeit diskutiert. Hierbei wurde nochmals bestärkt, dass sich die drei Praxisinstitutionen auch bei gleichen kontextuellen Voraussetzungen deutlich voneinander unterscheiden. Dementsprechend war es wesentlich für die Entwicklung, dass das Finanzierungsmodell diesem Spannungsfeld aus vorgegebenen, kontextuellen Rahmenbedingungen und den diversen Geschäftsmodellen von (zukünftigen) Langzeitpflegeinstitutionen angemessen Rechnung trägt. Zudem wurde die Entwicklung des Modells durch die Grundsätze der «koordinierten Versorgung» geleitet. «Koordinierte Versorgung» kann definiert werden als Gesamtheit von Verfahren, welche dazu dienen, die Behandlungsqualität über die ganze Behandlungskette hinweg zu verbessern.

Das Finanzierungsmodell «Daheim statt Heim» kombiniert das St. Galler Management-Modell (SGMM) als äusseren und das Business Model Canvas (BMC) als inneren Raum miteinander (Abbildung 7). Dabei bilden die Umweltsphären des SGMM – Natur, Gesellschaft, Wirtschaft und Technologie – den übergeordneten, umgebenden Kontext, in welchem das Programm zur Förderung einer ressourcenorientierten und personenzentrierten Pflege und Betreuung (und somit auch deren Finanzierung) eingebettet ist. Auch die Anspruchsgruppen, z.B. Zielgruppen, Mitarbeitende und Kapitalgebende, und deren Relevanz für das Unternehmen werden auf dieser übergeordneten Ebene beschrieben. Dadurch kann der äussere Raum auf andere Institutionen der stationären Langzeitpflege in der Deutschschweiz übertragen werden.

Im Zentrum des Finanzierungsmodells befindet sich das BMC als Instrument zur Visualisierung des Geschäftsmodells mit dem Leistungsversprechen, der Wertschöpfung und der Kostenstruktur, also im Sinne von: «Was biete ich meinen Zielgruppen und was kostet dieses Angebot?». Dieser innere Raum ist einzigartig und spezifisch für jede Institution. Dementsprechend wird das Geschäftsmodell im inneren Raum mit gezielten Fragestellungen auf jede einzelne Institution abgestimmt erstellt. Diese Fragen sind den folgenden neun Bausteinen zugeordnet: Wertangebote, Schlüsselverbündete, Schlüsselaktivitäten, Schlüsselressourcen, Kostenstruktur, Zielgruppenbeziehungen, Zielgruppensegmente, Kanäle und Einnahmequellen. Zusätzlich wurden für jede Kategorie ein Ergebnis (grün) sowie Beispiele (blau) und – falls indiziert – Hinweise (rot) formuliert (Abbildung 8).

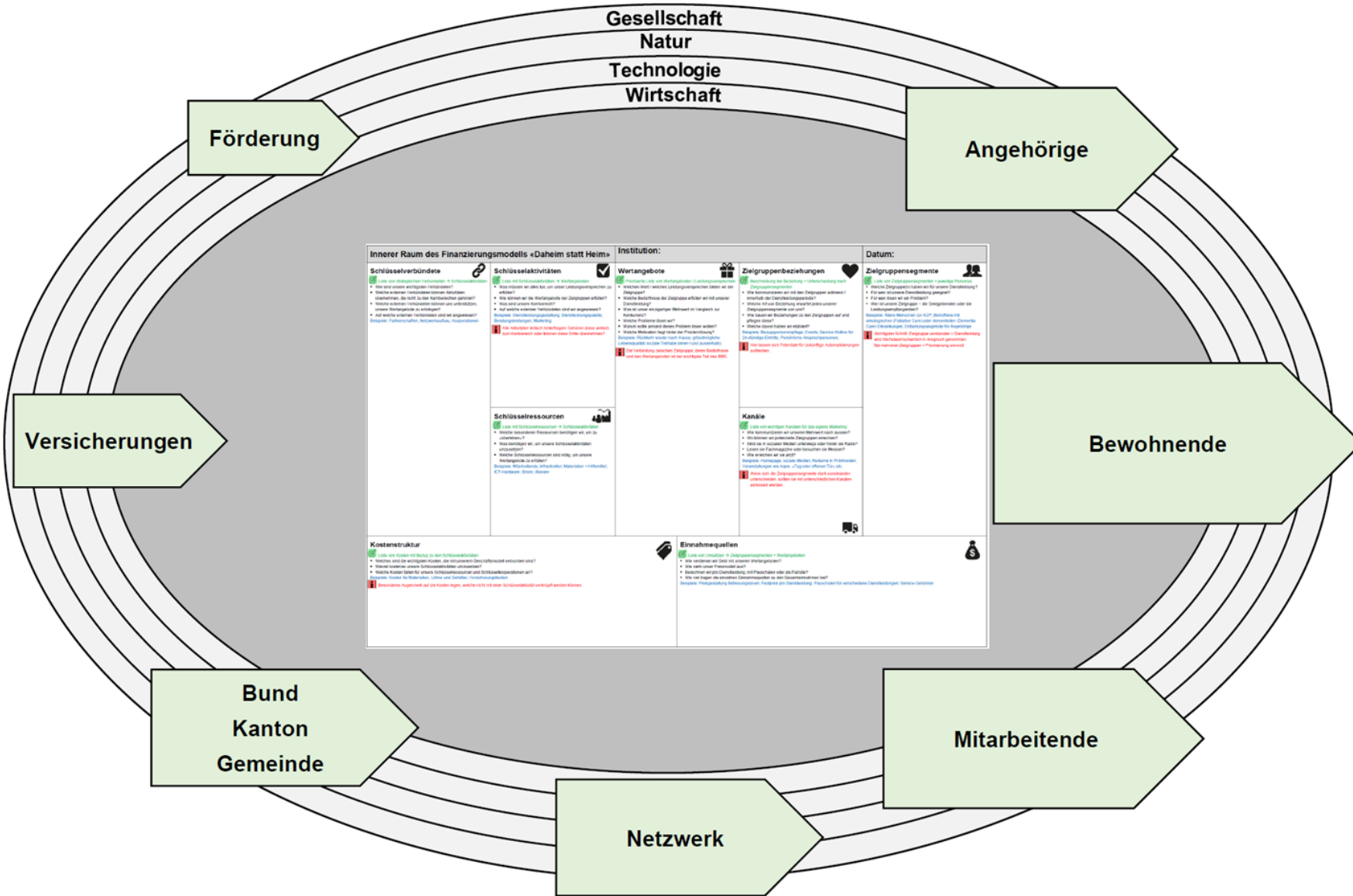


Abbildung 7: Finanzierungsmodell "Daheim statt Heim" mit äusserem und innerem Raum
























Innerer Raum des Finanzierungsmodells «Daheim statt Heim»		Institution:	Datum:	
<p>Schlüsselverbündete </p> <p> Liste von strategischen Verbündeten → Schlüsselaktivitäten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wer sind unsere wichtigsten Verbündeten? • Welche externen Verbündeten können Aktivitäten übernehmen, die nicht zu den Kernbereichen gehören? • Welche externen Verbündeten können uns unterstützen, unsere Wertangebote zu erbringen? • Auf welche externen Verbündeten sind wir angewiesen? <p>Beispiele: Partnerschaften, Netzwerkaufbau, Kooperationen</p>	<p>Schlüsselaktivitäten </p> <p> Liste mit Schlüsselaktivitäten → Wertangeboten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Was müssen wir alles tun, um unser Leistungsversprechen zu erfüllen? • Wie können wir die Wertangebote der Zielgruppen erfüllen? • Was sind unsere Kernbereiche? • Auf welche externen Verbündeten sind wir angewiesen? <p>Beispiele: Dienstleistungsgestaltung; Dienstleistungspalette; Beratungsleistungen; Marketing</p> <p> Alle Aktivitäten kritisch hinterfragen: Gehören diese wirklich zum Kernbereich oder können Dritte diese übernehmen?</p>	<p>Wertangebote </p> <p> Priorisierte Liste von Wertangeboten / Leistungsversprechen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Welchen Wert / welches Leistungsversprechen bieten wir der Zielgruppe? • Welche Bedürfnisse der Zielgruppe erfüllen wir mit unserer Dienstleistung? • Was ist unser einzigartiger Mehrwert im Vergleich zur Konkurrenz? • Welche Probleme lösen wir? • Warum sollte jemand dieses Problem lösen wollen? • Welche Motivation liegt hinter der Problemlösung? <p>Beispiele: Rückkehr wieder nach Hause; grösstmögliche Lebensqualität; soziale Teilhabe (inner- und ausserhalb)</p> <p> Die Verbindung zwischen Zielgruppe, deren Bedürfnisse und den Wertangeboten ist der wichtigste Teil des BMC.</p>	<p>Zielgruppenbeziehungen </p> <p> Beschreibung der Beziehung + Unterscheidung nach Zielgruppensegmenten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie kommunizieren wir mit den Zielgruppen während / innerhalb der Dienstleistungsperiode? • Welche Art von Beziehung erwartet jedes unserer Zielgruppensegmente von uns? • Wie bauen wir Beziehungen zu den Zielgruppen auf und pflegen diese? • Welche davon haben wir etabliert? <p>Beispiele: Bezugspersonenpflege; Events; Service-Hotline für 24-stündige Eintritte; Persönliche Ansprechpersonen;</p> <p> Hier lassen sich Potentiale für zukünftige Automatisierungen aufdecken.</p>	<p>Zielgruppensegmente </p> <p> Liste von Zielgruppensegmenten + jeweilige Personas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Welche Zielgruppe(n) haben wir für unsere Dienstleistung? • Für wen ist unsere Dienstleistung geeignet? • Für wen lösen wir ein Problem? • Wer ist unsere Zielgruppe – die Geldgebenden oder die Leistungsempfangenden? <p>Beispiele: Ältere Menschen zur AOP; Betroffene mit onkologischen (Palliative Care) oder dementiellen (Dementia Care) Erkrankungen; Entlastungsangebote für Angehörige</p> <p> Wichtigster Schritt: Zielgruppe verstanden = Dienstleistung wird höchstwahrscheinlich in Anspruch genommen. Bei mehreren Zielgruppen = Priorisierung sinnvoll.</p>
<p>Schlüsselressourcen </p> <p> Liste mit Schlüsselressourcen → Schlüsselaktivitäten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Welche besonderen Ressourcen benötigen wir, um zu «überleben»? • Was benötigen wir, um unsere Schlüsselaktivitäten umzusetzen? • Welche Schlüsselressourcen sind nötig, um unsere Wertangebote zu erfüllen? <p>Beispiele: Mitarbeitende; Infrastruktur; Materialien + Hilfsmittel; ICT-Hardware; Strom; Wasser</p>		<p>Kanäle</p> <p> Liste von wichtigen Kanälen für das eigene Marketing</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie kommunizieren wir unseren Mehrwert nach aussen? • Wo können wir potenzielle Zielgruppen erreichen? • Sind sie in sozialen Medien unterwegs oder hören sie Radio? • Lesen sie Fachmagazine oder besuchen sie Messen? • Wie erreichen wir sie jetzt? <p>Beispiele: Homepage; soziale Medien; Reklame in Printmedien; Veranstaltungen wie bspw. «Tag der offenen Tür» etc.</p> <p> Wenn sich die Zielgruppensegmente stark voneinander unterscheiden, sollten sie mit unterschiedlichen Kanälen adressiert werden.</p>		
<p>Kostenstruktur </p> <p> Liste von Kosten mit Bezug zu den Schlüsselaktivitäten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Welches sind die wichtigsten Kosten, die mit unserem Geschäftsmodell verbunden sind? • Wieviel kostet es, unsere Schlüsselaktivitäten umzusetzen? • Welche Kosten fallen für unsere Schlüsselressourcen und Schlüsselkooperationen an? <p>Beispiele: Kosten für Materialien; Löhne und Gehälter; Versicherungskosten</p> <p> Besonderes Augenmerk auf die Kosten legen, welche nicht mit einer Schlüsselaktivität verknüpft werden können.</p>		<p>Einnahmequellen </p> <p> Liste von Umsätzen → Zielgruppensegmenten + Wertangeboten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie verdienen wir Geld mit unseren Wertangeboten? • Wie sieht unser Preismodell aus? • Berechnen wir pro Dienstleistung, mit Pauschalen oder als Flatrate? • Wie viel tragen die einzelnen Einnahmequellen zu den Gesamteinnahmen bei? <p>Beispiele: Preisgestaltung Betreuungstaxen; Festpreis pro Dienstleistung; Pauschalen für verschiedene Dienstleistungen; Service-Gebühren</p>		

Abbildung 8: Innerer Raum des Finanzierungsmodells «Daheim statt Heim»

5 Interpretation

Im folgenden Abschnitt werden die Evaluationsfragen beantwortet und es erfolgt eine Interpretation der Ergebnisse.

Gesundheitsfachpersonen (Multiplikatoren)

Evaluationsfragen
<p>1. Wie viele Gesundheitsfachpersonen haben an den edukativen Massnahmen teilgenommen?</p> <p>Schon bei der Entwicklung des Programms fand im Rahmen der Stakeholder-Workshops (1 Workshop pro Institution) ein Input zur aktuellen Forschungsevidenz zum Thema Selbstmanagement statt. Die Stakeholder-Workshops waren interprofessionell ausgelegt: Es nahmen in zwei Institutionen jeweils eine ärztliche Vertretung teil. In der dritten Institution nahm eine Advanced Practice Nurse (im Rahmen eines Heimarztsystems) in Vertretung des ärztlichen Dienstes teil. Ebenso waren Therapeutinnen und Therapeuten (Physio, Ergo), Aktivierungsfachpersonen, Sozialdienst ($n=10$) sowie das Pflegepersonal vertreten ($n=12$).</p> <p>Am Kultur-Workshop nahmen über alle Praxisinstitution hinweg insgesamt 61 Personen teil (Teilnahmequote: 74.4%), von denen wiederum nochmals 28 Personen an den RehaCare-Workshops teilnahmen. Pro Institution fanden zwei Coachings vor Ort statt, an denen eine bis vier Personen teilnahmen. Die Kinästhetik-Trainerinnen der Institutionen ($n=3$) nahmen an einer Online-Schulung zum Thema «Assessment und Förderung der Bewegungskompetenz» teil und hatten fünf Online-Austauschtreffen.</p>
<p>2. Wie hat sich der Einbezug der Betroffenen und Angehörigen verändert?</p> <p>Der Einbezug der Betroffenen und Angehörigen in die Pflege- und Betreuungsplanung wurde im Kultur-Workshop, im RehaCare-Workshop und in den Coachings thematisiert.</p> <p>Die Ergebnisse der Befragung der Gesundheitsfachpersonen zeigt, dass der Einbezug von Betroffenen und Angehörigen prinzipiell sehr ausgeprägt ist. Durch die Edukationsmassnahmen konnten einzelne Aspekte jedoch weiter verbessert werden. Beispielsweise wurde nach den Edukationsmassnahmen häufiger zugestimmt, dass mit den Betroffenen über deren Ziele gesprochen wird oder dass Angehörige vermehrt in die Pflegeplanung einbezogen werden.</p>
<p>3. Welche Einstellungen zur Versorgungskultur haben die Gesundheitsfachpersonen?</p> <p>Die Ergebnisse der Befragung der Gesundheitsfachpersonen zeigt, dass die personenzentrierte Haltung prinzipiell sehr ausgeprägt ist.</p> <p>Aus den Fokusgruppeninterviews geht hervor, dass die Gesundheitsfachpersonen aufgrund des Programms eine «positivere Sprache» entwickelten und eine «höhere Beziehungsqualität» zu den Betroffenen wahrnahmen. Zudem wurden positive Veränderungen hinsichtlich der «Bewegungsförderung», des «Einbezugs der Betroffenen» und der Fähigkeit, sich ein «eigenes Bild zu verschaffen», beschrieben.</p>
<p>4. Wie hat sich die interprofessionelle Zusammenarbeit verändert?</p> <p>Die interprofessionelle Zusammenarbeit wurde von den Teilnehmenden am förderlichsten bezüglich «Respekt und Vertrauen», «Offenheit und Ehrlichkeit», «Grenzen des Handelns» sowie «Verständnis von gemeinsamem Wissen und Fertigkeiten» eingeschätzt. Diese Beurteilung wurde durch den gemeinsamen Austausch während der edukativen Massnahmen noch verbessert.</p> <p>Die Teilnehmenden in den Interviews haben zusätzlich zu einer insgesamt Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit den Eindruck, dass die Gesundheitsfachpersonen, beispielsweise durch die Checklisten und Leitfäden für die Gespräche innerhalb der Professionen und gegenüber den betroffenen Personen und der Angehörigen, «professioneller auftraten». Auch die Regelmässigkeit der Gespräche (z. B. Round-Table-Gespräche) hat sich verbessert, da diese wieder häufiger stattfanden.</p>

5. Wieviel Gesundheitsfachpersonen sind mit den edukativen Massnahmen zufrieden?

Die Kultur-Workshops als Ganzes wurden insgesamt mit 5.5 bewertet (Schulnotensystem: 1 = sehr schlecht bis 6 = sehr gut). Der persönliche Profit und die sinnvolle, interessante Themenauswahl wurden jeweils mit 5.4 beurteilt. Die Fähigkeit der Dozierenden, schwierige, anspruchsvolle Themen verständlich zu vermitteln, wurde mit 5.5, ihre Kompetenz mit 5.4 und die Schaffung eines lernförderlichen Klimas mit 5.4 bewertet. Die RehaCare Workshops als Ganzes und der persönliche Profit wurden jeweils mit 5.6 bewertet. Die sinnvolle, interessante Themenauswahl wurden mit 5.7 beurteilt. Die Fähigkeit der Dozierenden, schwierige, anspruchsvolle Themen verständlich zu vermitteln, wurde mit 5.7, ihre Kompetenz und die Schaffung eines lernförderlichen Klimas wurden jeweils mit 5.9 bemessen.

6. Wieviel «Champions» pro Altersinstitution gibt es?

Pro Institution wurden ein bis zwei Personen mit der Funktion des «Champions» betraut. Als zusätzliche «Champions» fungierten auch die Kinästhetik-Trainerinnen, welche in den drei Institutionen arbeiten. Sie erhielten eine Online-Schulung zum Thema «Bewegungskompetenz-Assessment», welches sie im Laufe des Projektes bei den betroffenen Personen gezielt einsetzten. Sie unterstützten die Pflegenden bei der Umsetzung von Massnahmen zur Förderung der Bewegungskompetenz.

Interpretation der Ergebnisse

Der Ansatz, das Programm zur Selbstmanagementförderung aus verschiedenen Perspektiven (Forschungsevidenz, Einbezug des interprofessionellen Teams sowie der Betroffenen und deren Angehörigen) zu entwickeln, hat sich bewährt. Dadurch entstand ein Programm, welches dem Bedarf und den Bedürfnissen sowohl der Betroffenen und Angehörigen als auch der Gesundheitsfachpersonen entsprach. Schon die gemeinsamen Stakeholder-Workshops zur Entwicklung des Programms förderten die gemeinsame Auseinandersetzung hinsichtlich des Themas «personenzentrierte und ressourcenorientierte Versorgung» und das interprofessionelle Verständnis. Durch den Ansatz, das Programm noch an die jeweiligen Gegebenheiten der Institutionen zu adaptieren (z. B. wurden die Gesprächsleitfäden an die bestehenden Dokumentationssysteme der jeweiligen Institution adaptiert) konnte eine grosse Akzeptanz bei den Gesundheitsfachpersonen erzielt werden.

Das Programm selbst (die Edukationsmassnahmen) wurde wie geplant umgesetzt. Die Teilnehmerquote lag bei 74.4% und damit etwas unter den anvisierten 80%. Die Evaluation der beiden Programmpfeiler «Kultur-Workshop» und «RehaCare-Workshop» fiel sehr positiv aus. Alle Aspekte wurden mit Noten zwischen 5.4 und 5.9 beurteilt. Auch die anderen beiden Programmpfeiler «Coaching» und der gezielte Einsatz der «Kinästhetik-Trainerinnen» wurden in den Interviews sehr positiv bewertet. Allerdings wurde bei diesen beiden Programmpfeilern eine verbesserungswürdige Koordination und Kommunikation ausgemacht. Zukünftig müssen die notwendigen Ressourcen, welche die Kinästhetik-Trainerinnen für diese Aufgabe benötigen, besser kalkuliert und geplant werden. Die Coachings sollten bereits mit fixen Terminen längerfristig geplant werden.

Das Wissen und die Einstellungen der Gesundheitsfachpersonen hinsichtlich einer personenzentrierten und ressourcenorientierten Versorgung sowie die interprofessionelle Zusammenarbeit konnte verbessert werden.

Betroffene Personen (Zielgruppe)

Evaluationsfragen
<p>1. Wie hat sich der funktionelle Status der Betroffenen verändert?</p> <p>Die Funktionalität der betroffenen Personen ($n=27$) wurde beim Eintritt mittels Barthel-Index im Durchschnitt gesamtthaft mit 65.9 Punkten und beim Austritt mit 84.5 Punkten eingeschätzt, was auf eine deutlich verbesserte Funktionalität hinweist. Beim Betrachten der einzelnen Domänen des Barthel-Indexes zeigt sich, dass die Betroffenen ihre Funktionalität im Mittel am deutlichsten in den Domänen «Treppensteigen» ($T0 M = 4.3$ zu $T1 M = 7.0$) «Körperpflege» ($T0 M = 2.2$ zu $T1 M = 4.4$), «An- und Auskleiden» ($T0 M = 6.3$ zu $T1 M = 8.5$) und «Bett-/ (Roll-)Stuhltransfer» ($T0 M = 11.3$ zu $T1 M = 13.4$) während des Aufenthalts verbessert haben.</p>
<p>2. Wie hat sich die gesundheitsbezogene Lebensqualität bei den Betroffenen verändert?</p> <p>Die gesundheitsbezogene Lebensqualität mittels EQ-5D-3L war im Mittel beim Eintritt bei 1.33 Punkten ($SD 0.72$), beim Austritt bei 2.26 Punkten ($SD 0.76$) und beim Follow-Up nach drei Monaten bei 2.43 Punkten ($SD 0.68$), wobei 3 Punkte die höchste Lebensqualität darstellen. Beim Betrachten der einzelnen Domänen des EQ-5D-3L hat sich die gesundheitsbezogene Lebensqualität in der Selbsteinschätzung durch die Betroffenen am deutlichsten bei «Allgemeine Tätigkeiten» ($T0 M = 1.9$ zu $T1 M = 2.2$), «Für sich selbst sorgen» ($T0 M = 2.1$ zu $T1 M = 2.4$) und «Beweglichkeit/Mobilität» ($T0 M = 2.1$ zu $T1 M = 2.3$) während des Aufenthalts verbessert haben. Alle Werte haben sich beim Follow-up nach drei Monaten nochmals verbessert.</p>
<p>3. Wieviel Betroffene haben ihre individuelle Zielsetzung vollständig erreicht?</p> <p>Das Fernziel hat die Mehrheit der Betroffenen (68% $n=17$) vollständig und knapp ein Viertel der Betroffenen (24%, $n=6$) teilweise erreicht. Auch bei den Nahzielen, sofern festgehalten, gaben mehr als die Hälfte der Personen an, diese vollständig erreicht zu haben. Dabei hat sich die Anzahl der Nahziele, welche als Teilschritte für das Fernziel anzusehen sind, deutlich unterschieden.</p>
<p>4. Wieviel Betroffene sind nach drei Monaten (ohne zwischenzeitliche Einweisung) noch zuhause?</p> <p>Von den eingeschlossenen Betroffenen ($n=27$) konnten von 18 Personen Daten zum Follow-up (mittels eines Telefonanrufs zuhause circa drei Monate nach Austritt) erhoben werden. Bei 61% ($n=11$) dieser Personen verlief der Aufenthalt zuhause unproblematisch. Sieben Personen (39%) wurden allerdings erneut in eine stationäre Gesundheitsinstitution (Spital, Rehabilitationsklinik oder Pflegeheim) aufgenommen. Die Gründe dafür waren eine geplante Operation, ein Harnwegsinfekt oder ein verschlechterter Allgemeinzustand.</p>

Interpretation der Ergebnisse

Bei den 27 Personen, die während des Projektes in das Programm eingeschlossen werden konnten, hat sich die Funktionalität während des Aufenthalts deutlich verbessert: die Betroffenen wurden vor allem in den Bereichen «Treppensteigen», «Körperpflege», «An- und Auskleiden» und «Bett-/ (Roll-)Stuhltransfer» selbstständiger. Diese alltäglichen Aktivitäten wieder selbstständig auszuführen, ist für die Betroffenen wichtig und oft eine Voraussetzung, um wieder zuhause wohnen zu können. Ebenso wie die Funktionalität hat sich die selbsteingeschätzte Lebensqualität der Betroffenen verbessert. Beide Parameter («Funktionalität» und «Lebensqualität») haben sich beim Follow-up nach drei Monaten nochmals verbessert.

Ihre Ziele hat der Grossteil der betroffenen Personen vollständig bzw. teilweise erreicht. Die Analyse der Ziele zeigte auch, dass eine gute Zielformulierung (Fern- sowie Nahziele nach SMART-Kriterien) für die Gesundheitsfachpersonen eine Herausforderung darstellt. Die Ziele wurden mit den Betroffenen/Angehörigen abgesprochen. Inwiefern diese auch interprofessionell abgestimmt wurden, ist nicht zu beurteilen.

Interpretation

Das Ziel, dass die Mehrheit der Betroffenen drei Monate nach der Kurzzeitpflege ohne zwischenzeitliche Einweisung zuhause lebt, konnte bei 61% erreicht werden. Da davon auszugehen ist, dass es sich bei dieser Gruppe mehrheitlich um gebrechliche Personen handelt, kann bereits ein «kleines» Ereignis, beispielsweise ein Harnwegsinfekt, zu einer Verschlechterung des Allgemeinzustands und zum neuerlichen Bedarf einer Institutionalisierung führen. Es sollte weiter untersucht werden, wie hier noch bessere Ergebnisse erzielt werden können, beispielsweise durch eine gezieltere Kommunikation mit und zwischen den ambulanten Gesundheitsdienstleistern (v.a. hausärztliche Versorgung, Spitex) und durch noch mehr Engagement für ein verbessertes Selbstmanagement bei den Betroffenen und Angehörigen.

Die insgesamt positiven Ergebnisse müssen in weiteren Studien untersucht werden. Generell benötigt es noch ein vertiefteres Verständnis, wie Massnahmen (Programmpfeiler), Mechanismen (z.B. Lernerfolge und Verhaltensänderungen bei Gesundheitsfachpersonen, Betroffenen und Angehörigen) und der Kontext (z.B. strukturelle Charakteristika und Kultur der Institution, Gesetze, Finanzierung) zusammenspielen.

Umsetzung des Programms

Evaluationsfragen

1. Welche Erfahrungen wurden bei der Umsetzung des Programms gemacht?

Erfolgsfaktoren und Hemmnisse

Bei der Umsetzung des Programms wurden von den Interviewteilnehmenden verschiedene förderliche und hemmende Einflüsse identifiziert. Die förderlichen Einflüsse können in intrinsische Faktoren und Programminhalte unterteilt werden. Die hemmenden Einflüsse lassen sich in intrinsische und extrinsische Faktoren sowie Informations-/ Kommunikationsfluss kategorisieren. Die förderlichen, intrinsischen Faktoren beinhalten die Themen Haltung (z. B. Wiederbesinnung auf Personenzentrierung oder salutogenetische Sichtweise) und Zielvereinbarung. Bei den förderlichen Programminhalten wurde insbesondere die Instrumente und Workshopinhalte sowie das Coaching hervorgehoben. Der Informations- und Kommunikationsfluss wurde als hinderlich erlebt, wenn nicht alle Mitarbeitenden die notwendigen Informationen erhielten oder wenn unklar war, wie bestimmte Programmbestandteile zu integrieren sind (z. B. Assessment der Bewegungskompetenz durch Kinästhetik-Trainerinnen). Hemmende extrinsische Faktoren umfassen die Personalfuktuation und die COVID-19-Pandemie (sowohl durch Infektionen in der Institution wie auch bezüglich einer reduzierten Angebotsnachfrage). Hemmende intrinsische Faktoren betrafen das Aufrechterhalten der Motivation, die Wahrnehmung des Programms (z. B. nur hintergründig oder «das machen wir schon») und die Fähigkeit, Inhalte umsetzen zu können. So wurden beispielsweise die Zielvereinbarung und der Einbezug der Angehörigen sowohl als förderlich (Tagesziele setzen bzw. Angehörige als Ressource) wie auch als hemmend («unrealistische» Ziele der Betroffenen bzw. «hohe Anspruchshaltung der Angehörigen») erlebt. Dementsprechend möchten die Institutionen zukünftig die Angehörigen noch «besser und strukturierter» einbeziehen. Insgesamt wurden die Programminhalte als sehr gut beurteilt. Neue Elemente wie die Austrittsplanung oder die Kontaktaufnahme zu Hause wollen die Institutionen beibehalten.

Interpretation der Ergebnisse

Das Programm wurde von den teilnehmenden Gesundheitsfachpersonen als sehr gut beurteilt.

Die jeweils an die Institutionen adaptierten Instrumente (z.B. Checkliste für Assessmentgespräch oder Austrittsplanung) wurden als sehr hilfreich bewertet. Das Coaching wurde sehr geschätzt und pro Institution zwei Mal in Anspruch genommen. Von Seiten der Projektverantwortlichen wären pro Institution zehn bis maximal fünfzehn Stunden Coaching möglich gewesen. Dieses Angebot wurde nicht vollumfänglich in Anspruch genommen. Gründe dafür waren COVID-19 Infektionen beim Personal, keine Betroffenen mit

Interpretation

Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege oder Schwierigkeiten bei der Terminfindung.

Kritisch wurde angemerkt, dass es eine bessere Information bezüglich der Änderungen an alle Mitarbeitenden benötigt hätte und dass es Unklarheiten hinsichtlich der Rolle und Zuständigkeit der Kinästhetik-Trainerinnen gab.

6 Schlussfolgerung und Empfehlung

Das Projekt «Daheim statt Heim» adressiert mit seinem Programm zur Förderung des Selbstmanagements von älteren Menschen und dem diesbezüglichen Finanzierungsmodell eine wichtige Versorgungslücke in der stationären Langzeitpflege in der Schweiz. Das Programm setzt sich aus vier Pfeilern zusammen: den Kultur- und RehaCare-Workshops, dem Coaching der Pflegefachpersonen im pflegerischen Praxisalltag und dem gezielten Einsatz von Fachpersonen in Kinästhetik auf Trainerstufe. Das Finanzierungsmodell besteht aus einem äusseren und inneren Kreis. Diese Kreise können umgebungs- und institutionsbezogene Faktoren für die Finanzierung aufzeigen bzw. identifizieren.

Insgesamt resultierte das Programm bei den Betroffenen in einer deutlichen Verbesserung ihrer Funktionalität sowie ihrer Lebensqualität während des Aufenthalts und drei Monate nach dem Austritt. Bei den involvierten Gesundheitsfachpersonen konnte ein umfassenderes Gesundheitsverständnis entwickelt sowie eine verbesserte ressourcenorientierte und personenzentrierte Pflege und Betreuung gefördert werden. Zudem unterstützt das Programm die Initiierung und Aufrechterhaltung einer wertschätzenden, achtsamen und partnerschaftlichen Beziehung zwischen den Betroffenen, deren Angehörigen sowie den Gesundheitsfachpersonen. Die Programminhalte wurden von den Gesundheitsfachpersonen sehr gut beurteilt bzw. die Unterstützungsmassnahmen wurden geschätzt. Mit dem Finanzierungsmodell steht erstmals ein umfassendes Modell zur Verfügung, welches Langzeitpflegeinstitutionen bei der Einführung bzw. Etablierung eines Kurzzeitpflegeangebotes gezielt unterstützen kann.

Der Einbezug der relevanten Stakeholder – sowohl bei der Entwicklung des Programms als auch des Finanzierungsmodells – hat sich hinsichtlich der Güte und Akzeptanz dieser Bestandteile bewährt. Ebenso erwies es sich in der Umsetzung als förderlich, dass die Coachings durch eine pflegerische Fachperson mit ausgewiesener Expertise in der stationären Langzeitpflege und mit einem Masterabschluss in Pflegewissenschaft durchgeführt wurden. Dies unterstützte den Theorie-Praxis-Transfer während der Implementierungsphase und förderte die Akzeptanz der Pflegefachpersonen. Demgegenüber war im Verlauf der Implementierung die Terminfindung für die Coachings äusserst anspruchsvoll, wodurch diese nicht in der gewünschten bzw. benötigten Anzahl und Frequenz angeboten werden konnten. Ausserdem war es komplex, eine adäquate intra- und interinstitutionelle Kommunikation über alle vier Pfeiler des Programms zu etablieren und aufrechtzuerhalten.

Wir empfehlen der Praxis, basierend auf unseren Erfahrungen, bei einer Implementierung des Programms zur Förderung des Selbstmanagements von älteren Menschen folgendes zu berücksichtigen.

- Die vier Pfeiler des Programms sollten untereinander koordiniert und eine nachhaltige Verbindung dieser sichergestellt werden.
- Eine intra- und interinstitutionelle Kommunikation sollte adäquat etabliert werden. Zudem könnte es hilfreich sein, im Vorfeld der Implementierung interinstitutionelle Kommunikationsgefässe zu etablieren.
- Das Coaching als Unterstützungsmassnahme sollte in häufigerer Frequenz und vermehrter Anzahl zur Verfügung gestellt werden. Dies bedarf jedoch einer langfristigen Planung, vorzugsweise noch vor der Implementierungsphase. Für die Unterstützung bei der Implementierung und vor allem der Durchführung des Coachings bedarf es einer entsprechenden Expertise. Im vorliegenden Projekt wurden die Schulungen und Coachings durch eine Pflegeexpertin / einen Pflegeexperten durchgeführt.

Schlussfolgerung und Empfehlung

Wir empfehlen hinsichtlich der Forschung eine weitere Überprüfung des Programms zur Förderung des Selbstmanagements von älteren Menschen, welche nach einem Spitalaufenthalt Kurzzeitpflege in einer Pflegeinstitution in Anspruch nehmen. Folgenden Fragen sollte nachgegangen werden:

- Welche Personengruppe profitiert besonders davon?
- Wie kann die Austrittsplanung noch effektiver gestaltet werden?
- Wie kann eine personenzentrierte und ressourcenorientierte Kultur nachhaltig gefördert werden?
- Was funktioniert unter welchen Umständen und wie? Wie beeinflussen kontextuelle Faktoren (etwa das politische Umfeld oder der innere und äussere Kontext einer Gesundheitsorganisation) den Erfolg – oder Misserfolg – der Umsetzung des Programms? Welches sind die wirksamsten Strategien und Praktiken, um das Programm nachhaltig in einer Institution zu verankern?

Das neu entwickelte Finanzierungsmodell sollte in einem nächsten Schritt wissenschaftlich begleitet, angewendet und evaluiert werden.

7 Literaturverzeichnis

Bachmann, S., Finger, C., Huss, A., Egger, M., Stuck, A. E., & Clough-Gorr, K. M. (2010). Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, *340*, c1718.

<https://doi.org/10.1136/bmj.c1718>

Bundesamt für Statistik (Ed.). (2021). *Schweizerische Gesundheitsbefragung*.

Colón-Emeric, C., Naylor, M. D., Barroso, J., & Anderson, R. A. (2016). Transitional care in skilled nursing facilities: A multiple case study. *BMC Health Services Research*, *16*, 186.

<https://doi.org/10.1186/s12913-016-1427-1>

CURAVIVA Schweiz (Ed.). (2020). *Faktenblatt: Vision Wohnen im Alter von CURAVIVA Schweiz*.

EuroQoL Group (Ed.). (1999). *EuroQol - a new facility for the measurement of health-related quality of life* (No. 3). <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0168851090904219>

[https://doi.org/10.1016/0168-8510\(90\)90421-9](https://doi.org/10.1016/0168-8510(90)90421-9)

Fässler, S., & Studer, S. (2018). *Wirkungsevaluation von Interventionen: Leitfaden für Projekte im Bereich Bewegung, Ernährung und psychische Gesundheit*. Arbeitspapier 46. Bern und Lausanne.

Gattinger, H., Plank, D., & Kohler, M. (2018). *Stationäre Kurzzeitpflege im Kanton St. Gallen: Unveröffentlichter Abschlussbericht*.

Guggenbühl, L. (2017). *Wirkungen der Gesundheitsförderung nachweisen und optimieren: Einblicke in die Arbeitsweise des Wirkungsmanagements von Gesundheitsförderung Schweiz sowie in die Ergebnisse der Gesundheitsförderungskonferenz 2017 zum Thema "Gesundheitsförderung wirkt!"*. Arbeitspapier 42. Bern und Lausanne.

Heuschmann, P. U., Kolominsky-Rabas, P. L., Nolte, C. H., Hünermund, G., Ruf, H.-U., Laumeier, I., Meyrer, R., Alberti, T., Rahmann, A., Kurth, T., & Berger, K. (2005). Untersuchung der Reliabilität der deutschen Version des Barthel-Index sowie Entwicklung einer postalischen und telefonischen Fassung für den Einsatz bei Schlaganfall-Patienten [The reliability of the german version of the barthel-index and the development of a postal and telephone version for the application on stroke patients]. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, *73*(2), 74–82. <https://doi.org/10.1055/s-2004-830172>

- Kellogg Foundation, W. K. (2004). *Logic model development guide: Using logic models to bring together planning, evaluation and action*. WK Kellogg Foundation.
- Kessler, C., Stoffel-Kurt, N., Marcacci, A., Steinle, S., Weber, M., Hösli, S., Duetz, M., Walther, E., Fischer-Taeschler, D., Guler, M., Biedermann, A., Keller, R., & Wyss, S. (2018). *Selbstmanagement-Förderung bei chronischen Krankheiten und Sucht: Konzeptionelle Klärung, Umsetzungsbeispiele und strategische Empfehlungen*.
- LaRocca, R., Yost, J., Dobbins, M., Ciliska, D., & Butt, M. (2012). The effectiveness of knowledge translation strategies used in public health: A systematic review. *BMC Public Health*, 12, 751.
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-751>
- Orchard, C. (2015). Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale II (AITCS-II).
- Stetler, C. B., Damschroder, L. J., Helfrich, C. D., & Hagedorn, H. J. (2011). A Guide for applying a revised version of the PARIHS framework for implementation. *Implementation Science : IS*, 6, 99.
<https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-99>
- Weis, M. L. D., Wallner, M., Köck-Hódi, S., Hildebrandt, C., McCormack, B., & Mayer, H. (2020). German translation, cultural adaptation and testing of the Person-centred Practice Inventory - Staff (PCPI-S). *Nursing Open*, 7(5), 1400–1411. <https://doi.org/10.1002/nop2.511>