

BACHELORARBEIT

Kompetenzbereich der professionellen Pflege in der Primärversorgung: Ein Literaturreview

eingereicht von

Lena Dockner

Zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Nursing Science

(BScN)

Medizinische Universität Graz

Institut für Pflegewissenschaft

unter der Anleitung von

Eveline Berger, BSc, MSc

Graz, im März 2018

Eidesstattliche Erklärung

„Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, im März 2018

Lena Dockner, eh“

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	3
Abbildungsverzeichnis.....	3
Zusammenfassung.....	4
Abstract:	5
1 Einleitung.....	6
1.1 Hintergrund und Problemdarstellung.....	6
1.2 Begriffsdefinitionen.....	7
1.3 Primärversorgung in Österreich	9
1.4 Primärversorgung im internationalen Vergleich	12
1.5 Forschungslücke	13
1.6 Forschungsziel	13
1.7 Forschungsfrage	13
2 Methode	14
2.1 Design.....	14
2.2 Literaturrecherche	14
2.3 Limitationen.....	16
2.4 Ein- und Ausschlusskriterien.....	16
2.5 Auswahl der Studien	16
2.6 Flowchart	17
2.7 Kritische Bewertung	18
3 Ergebnisse	18
3.1 Charakteristika der inkludierten Studien.....	18
3.2 Kompetenzbereich der professionellen Pflege in der österreichischen Primärversorgung.....	24
3.3 Kompetenzbereich der professionellen Pflege in der Primärversorgung im internationalen Vergleich.....	25

3.3.1 Deutschland	25
3.3.3 Schweden	26
3.3.4 Finnland	27
3.3.5 USA	29
3.3.6 Australien	30
3.3.7 Neuseeland	30
4 Diskussion	34
5 Schlussfolgerung & Ausblick	37
5.1 Praxisempfehlung	38
5.2 Forschungsempfehlung	38
6 Referenzliste	39
7 Anhang	42
7.1 Vorlage des Bewertungsbogens	42
7.2 Bewertung der inkludierten Studien	45

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Synonyme, MeSH und Suggest Subject Terms der Keywords	15
Tabelle 2: Charakteristika der integrierten Studien	19
Tabelle 3: Pflegerische Kompetenzbereiche in der Primärversorgung im internationalen Vergleich	32

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Flowchart der Literaturrecherche	17
---	----

Zusammenfassung

Hintergrund: Durch den demographischen Wandel, den zunehmenden Mangel an Ärztinnen und Ärzten und um generell die Gesamtausgaben des Gesundheitssystems zu senken, wird derzeit international nach Lösungsansätzen gesucht, um Kosten zu reduzieren und gleichzeitig eine gute Qualität der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung, Effizienz, Effektivität und Patientinnen- und Patientenzufriedenheit sicherstellen zu können. Insbesondere durch den Ausbau der Primärversorgung nimmt die professionelle Pflege international eine Schlüsselposition ein, die über einen erweiterten Kompetenzbereich verfügt.

Ziel: Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, aufzuzeigen, wie der Kompetenzbereich der professionellen Pflege in der Primärversorgung ausgerichtet ist und welche internationalen Unterschiede es gibt.

Methode: Es wurde ein Literaturreview durchgeführt. Die Literaturrecherche fand im Zeitraum von Oktober bis Dezember 2017 in den Datenbanken PubMed, CINAHL und ISI Web of Knowledge, sowie mittels der Suchmaschine Google Scholar statt. Die inkludierten Studien wurden vorab mit einem Bewertungsbogen nach Hawker et al. 2002 auf ihre Qualität überprüft. Alle Studien, die 60% oder mehr erreichten, wurden inkludiert.

Ergebnisse: Eine gut ausgebaute Primärversorgungsstruktur im Zusammenspiel verschiedener Gesundheitsberufe wirkt sich signifikant positiv auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung aus. Zu den Kompetenzbereichen, die, international gesehen, überall von der professionellen Pflege ausgeführt werden, zählt die Gesundheitsförderung, die Beratung im Umgang mit z.B. chronischen Erkrankungen, die Kommunikation und die Pflegeplanung.

Schlussfolgerung: Der definierte Kompetenzbereich der professionellen Pflege in der Primärversorgung ist sehr vielfältig und entwickelt sich stetig weiter. Das Ansehen der Pflege nimmt international zu.

Forschungsempfehlung: Mehr Forschungsarbeit zum Thema Primärversorgung und dem Kompetenzbereich der Pflegepersonen, vor allem im ländlichen Bereich der ausgewählten Länder, wäre zu empfehlen.

Schlüsselwörter: Professionelle Pflege, Kompetenz, Primärversorgung

Abstract:

Background: As a reason of the demographic change, the growing lack of general doctors and to reduce the costs from the public health system, many countries are currently looking for a solution to promise a henceforth good quality, efficiency and a high patient satisfaction in primary health care. Especially in cause of the expansion of primary health care, professional caregivers internationally assume a role with extended competencies.

Aim: The aim of this thesis is to show how the professional competences of nurses in primary care are orientated and which international differences exist.

Method: A literature review was used for this thesis. The search process for the articles took place in the period from October to December 2017 and the articles were found with help from the databases: PubMed, CINAHL, ISI Web of Knowledge and with help from the advanced search engine Google Scholar. The included studies were checked for their quality according to the assessment form of Hawker et al. 2002. All studies that reached 60% or more were included.

Results: The primary care with the interplay of different health professions has a significant positive effect on the population's state of health. The strengthening of the personal health competence, consultation in case of a chronic disease, communication with the patients and planning treatments are the main competences of the Caregivers internationally.

Conclusion: The defined competence area of professional caregivers in primary health care is very diverse and constantly evolving. The reputation of care is increasing internationally.

Research recommendation: More research on primary health care and the competences of nurses in rural areas would be highly recommended.

Keywords: Nurses, professional competence, primary health care

1 Einleitung

1.1 Hintergrund und Problemdarstellung

Die Primärversorgung im Gesundheitswesen ist ein Thema, mit dem jeder Mensch früher oder später konfrontiert werden wird. Obwohl es in jedem Land unterschiedliche Gesundheitssysteme gibt, stehen allesamt vor denselben Herausforderungen: die Alterung der Bevölkerung (immer mehr Menschen werden 65 Jahre und älter), immer mehr chronische Erkrankungen, die steigenden Patientinnen- und Patientenansprüche und die steigenden Kosten der Gesundheitsversorgung (Czypionka & Ulinski 2014). Bedingt durch den demographischen Wandel, den zunehmenden Mangel an Ärztinnen und Ärzten und um generell die Gesamtausgaben des Gesundheitssystems zu senken (Rehberger & Kernzer 2016), wird in jedem Land nach passenden Lösungen und interdisziplinären Primärversorgungskonzepten gesucht, um Kosten zu senken und gleichzeitig eine gute Qualität, Effizienz, Effektivität und Patientinnen- bzw. Patientenzufriedenheit sicherzustellen (Smolowitz et al. 2015; Grant et al. 2017; Lännerström et al. 2016; Cass S., Ball & Leveritt 2014; Stigler et al. 2017; Carryer 2017; Kaminsky et al. 2017; Maijala, Tossavainen & Turunen 2015; Rebhandl 2014; Czypionka & Ulinski 2014; Gesundheitsfonds Steiermark 2017).

Die Wirksamkeit der Primärversorgung einzelner Länder, wie z.B. Österreich, Deutschland, Schweden, Finnland, dem Vereinigten Königreich, den USA und Australien, wurde 2010 mit Hilfe eines Messinstrumentes eingestuft und es stellte sich heraus, dass international gesehen, *Österreich eingeschlossen*, die Primärversorgung mancher Länder noch sehr ausbaufähig ist (Stigler et al. 2012).

Als mögliche Lösung übernimmt die professionelle Pflege in vielen dieser genannten Länder einen wichtigen Verantwortungsbereich in der gesundheitlichen Versorgung der Gesellschaft und nimmt somit eine Schlüsselposition ein (Hämel & Schaeffer 2017). Laut dem Berufsbild der professionellen Pflege in Österreich, zählt die *Primärversorgung* bereits zu einem klar definierten Verantwortungsbereich. Die dafür benötigten Struktur- und Rahmenbedingungen müssen allerdings erst geschaffen werden, um diese geplanten Kompetenzen auch ausführen bzw. umsetzen zu können (Gassenbauer et al. 2016).

Wie genau dieser Kompetenzbereich der professionellen Pflegepersonen in der Primärversorgung in Österreich und im internationalen Vergleich ausgerichtet und definiert ist und warum die professionelle Pflege so wichtig ist in diesem Bereich, wird Hauptbestandteil dieser Bachelorarbeit sein.

Als Hinführung zum Thema werden anfangs wichtige Begriffe definiert und anschließend das Primärversorgungskonzept von Österreich in groben Zügen vorgestellt.

1.2 Begriffsdefinitionen

Primärversorgung

Primärversorgung bedeutet die wohnortnahe, gesundheitsbezogene Grundversorgung und Beratung der Bevölkerung, in der über weitere Behandlungsschritte entschieden wird („Gatekeeper“). Die Inanspruchnahme weiterer Dienstleistungen erfolgt ausschließlich aufgrund einer Überweisung dieser Primärversorgungseinheiten, welche eine sogenannte „Gatekeeping Funktion“ einnehmen. Im deutschen und im österreichischen Gesundheitssystem liegt diese Aufgabe derzeit direkt bei den Hausärztinnen bzw. Hausärzten, während in anderen Gesundheitssystemen, wie zum Beispiel in Skandinavien und auch in Großbritannien, entsprechend qualifizierte Teams von Pflegepersonen und gegebenenfalls auch andere Gesundheitsberufe als erste Anlaufstelle der Bevölkerung in die Primärversorgung eingebunden sind (Litsch 2016).

Die Primärversorgung ist die erste, direkt zugängliche, niederschwellige Kontaktstelle für Menschen mit gesundheitlichen Problemen, die den Versorgungsprozess koordinieren und eine ganzheitliche Betreuung gewährleisten soll (Rebhandl 2014).

„Sie umfasst nicht nur die allgemeinärztliche Ebene, sondern auch die Bereiche der Pflege, Psychologie und Psychotherapie, Ergotherapie, Logopädie und andere Gesundheitsberufe“ (Rebhandl 2014, S. 2).

Professionelle Pflege

Professionelle Pflege soll die Gesundheit fördern und auch erhalten und gesundheitliche Schäden vermeiden. Sie soll die Bevölkerung in der Behandlung und im Umgang mit Krankheiten und deren Therapien unterstützen. Ihr Ziel ist es, für Menschen qualitative Behandlungs- und Betreuungsergebnisse, sowie bestmögliche Lebensqualität zu erreichen (Huber 2008).

Kompetenz

Kompetenzen sind Fähigkeiten, die jeder Mensch im Laufe seines Lebens erwirbt und zur Verfügung hat. Eingeschlossen werden alle Wissensbestände, Denkmethode und ein individuelles Vermögen an Befähigung und Potenzial. Die Kompetenz umschreibt zudem die Befugnis der Maßnahmen zur Aufgabenerfüllung, für die der Kompetenzträger verantwortlich ist (Weis 2013).

Einteilung Berufliche Handlungskompetenz der Pflege

Fachkompetenz: „Wer Fachkompetenz besitzt, kann Aufgaben und Probleme auf der Grundlage fachlichen Wissens und Könnens eigenständig lösen und das Ergebnis beurteilen“ (Feely 2015, S. 1).

Selbstkompetenz: „Wer Selbstkompetenz besitzt, kann Anforderungen und Chancen in Familie, Beruf und öffentlichem Leben erfassen und beurteilen. Er kann eigene Begabungen fördern und Lebenspläne entwickeln“ (Feely 2015, S. 1).

Sozialkompetenz: „Wer Sozialkompetenz besitzt, kann soziale Beziehungen leben und gestalten. Er erfasst und versteht Zuwendungen und Spannungen und kann sich mit anderen rational und verantwortungsbewusst verständigen“ (Feely 2015, S. 1).

Jede dieser Kompetenzen beinhaltet zusätzlich die Methodenkompetenz, die Lernkompetenz und die kommunikative Kompetenz (Feely 2015, S. 1).

1.3 Primärversorgung in Österreich

Österreich verfügt über ein schon lange bestehendes, funktionierendes Gesundheitssystem, dessen Effektivität und Effizienz nun für die zukünftigen Herausforderungen, wie z.B. die immer älter werdende Bevölkerung (immer mehr Personen werden älter als 65 Jahre) und die daraus resultierende Zunahme an chronischer Erkrankungen, rasch gesteigert werden muss (Rebhandl 2014).

Derzeit sind in Österreich die Hausärztin bzw. der Hausarzt oder eine Krankenhausambulanz die erste Anlaufstelle der Bevölkerung bei gesundheitlichen Problemen. Doch auch hierzulande ist man, vor allem im ländlichen Bereich, vom zunehmenden Ärztinnen- und Ärztemangel betroffen. Gründe sind z.B. erschwerte Arbeitsbedingungen für die Medizinerinnen bzw. Mediziner, der Bevölkerungsrückgang in bestimmten Regionen oder etwa eine unattraktive Infrastruktur (Gesundheitsfonds Steiermark 2017). Zu lange Wartezeiten in den Ordinationen oder generell ungünstige Ordinationszeiten und maßlos überfüllte Krankenhausambulanzen treiben ebenfalls die Umsetzung eines neuen Primärversorgungskonzeptes, das der sogenannten Primärversorgungszentren, voran (Stigler et al. 2012).

2010 wurde mit Hilfe eines von Starfield entwickelten Messinstrumentes die Primärversorgung von Österreich und auch anderer Ländern (unter anderem von Deutschland, Schweden, Finnland, dem Vereinigten Königreich, den USA und von Australien) gemessen. Insgesamt wurden die verschiedenen Länder auf 15 Merkmale hin getestet. Die Länder wurden z.B. eingestuft, ob die Ärztinnen und Ärzte im Land generell gut aufgeteilt sind, welche Ärztinnen und Ärzte für die Primärversorgung der Patientinnen und Patienten zuständig sind (Allgemeinmedizinerin bzw. Allgemeinmediziner oder z.B. Internistinnen bzw. Internisten), wie viele Stunden am Tag die Primärversorgung für die Bevölkerung zugänglich ist und wie viele medizinische Ausbildungsstätten im Primärversorgungsbereich es in den jeweiligen Ländern gibt (Stigler et al. 2012).

Für alle Charakteristika bzw. Merkmale wurden Punkte verteilt und je nach Punkteanzahl wurden die teilnehmenden Länder in Länder mit einer niedrigen Primärversorgung, Länder mit einer mittelmäßigen Primärversorgung und Länder mit einer fortgeschrittenen Primärversorgung eingestuft (Stigler et al. 2012). Wie bereits erwähnt, galt Österreich, mit nur sieben von fünfzehn zu erreichenden

Punkten, als ein Land mit einem geringen Ausbau der Primärversorgung, dem dringend entgegengewirkt werden müsse (Stigler et al. 2012).

Jenen Ländern, die mit einer geringen Punktezahl abgeschnitten haben, sollte durch diese Einstufung der Handlungsbedarf klar aufgezeigt und gefordert werden, Veränderungen in ihrer jeweiligen Primärversorgung zu initiieren (Stigler et al. 2012). Aufgrund obig genannter Gründe und als mögliche Verbesserung der Primärversorgung wird in einzelnen Regionen Österreichs bereits die Etablierung dieser Primärversorgungszentren aufgebaut, welche als zentrale und wohnortnahe Anlaufstellen fungieren und die Qualität der Primärversorgung steigern sollen.

Die Primärversorgungszentren bestehen allesamt aus einem *Kernteam*, einem *Primärversorgungsteam* und *Primärversorgungspartnerinnen bzw. -partnern*. Das *Kernteam* besteht aus Ärztinnen und Ärzten der Allgemeinmedizin, diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen und Ordinationsassistentinnen bzw. -assistenten. Das *Primärversorgungsteam* besteht unter anderem aus Diätologinnen und Diätologen, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Psychologinnen und Psychologen und Logopädinnen und Logopäden. Die *Primärversorgungspartnerinnen bzw. -partner* sind unter anderem Apotheken, Fachärztinnen und Fachärzte, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Sozialversicherungsträgerinnen bzw. Sozialversicherungsträger und z.B. Orthopädiefachgeschäfte. Durch diese drei Einheiten - dem Kernteam, dem Primärversorgungsteam und deren Partnerinnen und Partnern - soll die erste wohnortnahe, direkte und niederschwellige Gesundheitsversorgung erfolgen. Wird nach dem „Gatekeeping-Prinzip“ beschlossen, dass die Patientin bzw. der Patient weiterführende Behandlung benötigt, wird die zweite Versorgungsstufe, die sogenannte Sekundärversorgung, eingeleitet, welche entweder die ambulante, fachärztliche Versorgung oder die Einweisung in ein Krankenhaus ist. In den ländlichen Regionen wird es mitunter nicht möglich sein, die gesamte gesundheitliche Versorgung in einen Gebäudekomplex unterzubringen. Hier wird die hausärztliche Einzelpraxis weiterhin bestehen bleiben (Rebhandl 2014).

In Österreich wurden bereits zwei Primärversorgungszentren eröffnet. Am 18. Mai 2015 öffnete in *Wien Mariahilf* das erste *Primärversorgungszentrum* Österreichs.

Das interdisziplinäre Team besteht aus drei Ärztinnen bzw. Ärzten, Ordinationsassistentinnen bzw. -assistenten, diplomiertem Pflegepersonal, einer Psychotherapeutin bzw. einem Psychotherapeuten und einer Diätologin bzw. einem Diätologen. Die ausgedehnten Ordinationszeiten (Montag, Mittwoch, Donnerstag und Freitag von 8:00 bis 19:00 Uhr und dienstags von 07:00 bis 19:00 Uhr) kommen der Bevölkerung zu Gute (Medizin Mariahilf 2015).

Das *Gesundheitszentrum Enns* öffnete am 9. Jänner 2017 seine Pforten für die Bevölkerung. Dort sind unter anderem sechs Allgemeinmedizinerinnen bzw. -mediziner, zwei diplomierte Pflegepersonen, vier Ordinationsassistentinnen bzw. -assistenten, eine Psychologin bzw. ein Psychologe, zwei Physiotherapeutinnen bzw. -therapeuten, eine Diätologin bzw. ein Diätologe, eine Ergotherapeutin bzw. ein Ergotherapeut, eine Logopädin bzw. ein Logopäde und eine Sozialarbeiterin bzw. ein Sozialarbeiter tätig. Die Einwohnerinnen bzw. Einwohner von Enns profitieren ebenfalls von den erweiterten Öffnungszeiten. Das Gesundheitszentrum hat von Montag bis Freitag von 7:00 bis 19:00 Uhr und zusätzlich an zwei Tagen bis 21 Uhr geöffnet. Jeden dritten Samstagvormittag hat zudem ein hausärztlicher Notdienst Ordination (OEGKK 2017).

Um eine umfassende Versorgung durch Primärversorgungszentren garantieren zu können, werden definierte Ziele verfolgt: ein kostensparendes, zentrales und zukunftssicheres Gesundheitssystem, welches mit effizienter Behandlungsplanung, der Vermeidung unnötiger Krankenhausaufenthalte und mit einer hohen Patientinnen- bzw. Patientenzufriedenheit einhergehen sollte (Rebhandl 2014).

Bis zum Jahre 2035 soll in Österreich eine ausreichende Anzahl dieser Primärversorgungseinrichtungen bestehen. Außerdem ist geplant, dass bis zu diesem Zeitpunkt für die Bevölkerung eine Telefonhotline bei gesundheitlichen Problemen und Anliegen zur Verfügung stehen soll. Mit Hilfe dieser Hotline, die täglich rund um die Uhr und auch am Wochenende zur Verfügung stehen wird, soll Patientinnen und Patienten in gesundheitsrelevanten Situationen weitergeholfen werden. Besteht ein potentieller Notfall, wird dies mit Hilfe einer standardisierten Checkliste sofort festgestellt und eine sogenannte Notfallversorgung in Gang gesetzt. Kann ein Notfall ausgeschlossen werden, schätzen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Situation selbstständig ein, geben telefonische Auskunft zu Gesundheitsfragen, Ratschläge zur richtigen Erstversorgung oder veranlassen die

weiteren Schritte, wie z.B. die Organisation eines Krankentransportes in die nächst gelegene Primärversorgungseinrichtung oder aktivieren einen ärztlichen Dienst, der sich in der Nähe befindet (Gesundheitsfonds Steiermark 2017).

1.4 Primärversorgung im internationalen Vergleich

Auf sieben der Länder, deren Primärversorgung 2010 ebenfalls mit Hilfe des Messinstrumentes von Barbara Starfield eingestuft wurde, wird in dieser Bachelorarbeit ebenfalls genauer eingegangen und somit der internationale Vergleich des Kompetenzbereiches der professionellen Pflege zu Österreich hergestellt:

Deutschland, Niederlande, Schweden, Finnland, Neuseeland, Australien und die USA (Stigler et al. 2012). Der Rahmen dieser Bachelorarbeit würde gesprengt werden, wenn noch weitere Länder für den Vergleich miteinbezogen werden.

Einstufungsergebnisse nach Barbara Starfield:

Länder mit einer niedrigen Primärversorgung:

Österreich, Belgien, Frankreich, Deutschland und die USA

Länder mit einer mittelmäßigen Primärversorgung:

Australien, Neuseeland, Kanada, Japan und Schweden

Länder mit einer fortgeschrittenen Primärversorgung:

Dänemark, Finnland, Niederlande, Spanien, Vereinigtes Königreich (Stigler et al. 2012).

Obwohl natürlich alle Länder unterschiedliche Prinzipien der Qualitätssicherung für ihre Primärversorgung anwenden, sind sich doch alle in einer Sache einig: sich zu bemühen die Kosten zu senken und effektiv und effizient zu agieren um weiterhin die Wirtschaftlichkeit und den Zugang zum Gesundheitssystem für alle Personengruppen sicherstellen zu können (Czypionka & Ulinski 2014).

1.5 Forschungslücke

Zusammenfassend wurde festgestellt, dass Österreichs Primärversorgung Aufholbedarf gegenüber anderen Ländern hat, damit die gesundheitsbezogene Versorgung der Bevölkerung in ihrer anerkannten Form erbracht werden kann.

Für den österreichischen Kontext gibt es kaum Literatur bzw. Forschungsergebnisse. International gesehen gibt es jedoch einige gute Primärversorgungskonzepte, an die Österreich durchaus gut anknüpfen könnte.

Es existieren zwar Literaturreviews, die den Tätigkeitsbereich der professionellen Pflege in der Primärversorgung behandeln, jedoch gibt es wenig Literatur über den generellen Kompetenzbereich der Pflege in der Primärversorgung oder Primärversorgungszentren und den internationalen Vergleich, mit den für diese Bachelorarbeit ausgewählten Ländern.

Entsprechend dieser Forschungslücke wurde das folgende Forschungsziel definiert:

1.6 Forschungsziel

Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, aufzuzeigen, wie der Kompetenzbereich der professionellen Pflege in der Primärversorgung ausgerichtet ist und welche internationalen Unterschiede es gibt.

Daraus lässt sich folgende Forschungsfrage ableiten:

1.7 Forschungsfrage

Wie ist der Kompetenzbereich für die professionelle Pflege in der Primärversorgung ausgerichtet und welche internationalen Unterschiede gibt es?

2 Methode

2.1 Design

Bei dieser Bachelorarbeit handelt es sich um ein Literaturreview. Ein Literaturreview ist eine kritische Zusammenfassung von bereits vorhandenen wissenschaftlichen Arbeiten zu einem spezifischen neu formulierten Forschungsproblem (Polit & Beck 2011).

2.2 Literaturrecherche

Im Zeitraum von Oktober bis Dezember 2017 fand die Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed, CINAHL und ISI Web of Knowledge statt. Die Internetrecherche wurde mittels der Suchplattform Google Scholar durchgeführt.

Mit Hilfe verschiedenster Suchbegriffe inklusive derer Synonyme (siehe Tabelle 1) wurde in englischer Sprache in den Datenbanken und mithilfe Google Scholar nach der passenden Literatur gesucht. Als erfolgreichste Suchstrategie erwies sich die Kombination der folgenden Begriffe: „Primary Health Care“, „Nurses“ und „Professional Competence“ (MeSH Terms und Suggest Subject Terms), welche mit dem Booleschen Operator „AND“ verbunden wurden.

Tabelle 1: Synonyme, MeSH und Suggest Subject Terms der Keywords

Keywords	Synonyme	MeSH/ Suggest Subject Terms
Kompetenz = competence	<ul style="list-style-type: none"> • professional competence • expertise • proficiency • skills • know how • capability 	Professional Competence
Kompetenzbereich = competence area	-	Professional Competence
Professionelle Pflege = <ul style="list-style-type: none"> • professional nursing • professional maintenance • nurses 	<ul style="list-style-type: none"> • professional fostering • professional attending • registered nurse • nurse practitioner • nursing role 	Nurses
Primärversorgung = <ul style="list-style-type: none"> • primary care • primary health care 	<ul style="list-style-type: none"> • community health care 	Primary Health Care
Pflege = <ul style="list-style-type: none"> • care • nursing 	<ul style="list-style-type: none"> • fostering • attending 	Primary Health Care

2.3 Limitationen

Es wurden nur Artikel und Studien inkludiert, die in den letzten zehn Jahren veröffentlicht und in deutscher oder englischer Sprache verfasst wurden.

2.4 Ein- und Ausschlusskriterien

Eingeschlossen wurden alle Artikel, die den Kompetenzbereich der professionellen Pflege in der Primärversorgung beschreiben. Es wurden alle Arten von Forschungsdesigns (qualitativ, quantitativ und systematische Reviews) inkludiert.

Ausgeschlossen wurde Literatur, die den Fokus auf die Thematik „Primary Nursing“ richtet, Literatur, in der hauptsächlich ärztliche Kompetenzen aufgezeigt werden und Literatur, die sich mit subjektiven Erfahrungen und Meinungen von Patientinnen bzw. Patienten und deren Angehörigen beschäftigt.

2.5 Auswahl der Studien

Insgesamt wurden mit Hilfe der gewählten Suchstrategie 745 Studien aus den drei Datenbanken gefiltert. Nach einem Titelscreening wurden für dieses Literaturreview unter Berücksichtigung der Ein- und Ausschlusskriterien und Limitationen 30 potentiell relevante Studien ausgewählt. Nach Ausschluss zweier gefundener Duplikate wurden noch sieben Studien, die mittels der Suchmaschine Google Scholar gefunden wurden, hinzugefügt. Schlussendlich wurden 35 Studien für das „Abstract Screening“ ausgewählt. Von diesen 35 Studien wurden weitere 17 Studien exkludiert. Beim „Volltext Screening“ wurden noch sieben weitere Artikel aufgrund mangelnder Relevanz ausgeschlossen, die die Forschungsfrage nicht beantworten können. Letztlich wurden 11 Studien der kritischen Bewertung unterzogen. Im Flowchart (siehe Abb. 1) ist der Suchverlauf graphisch dargestellt.

2.6 Flowchart

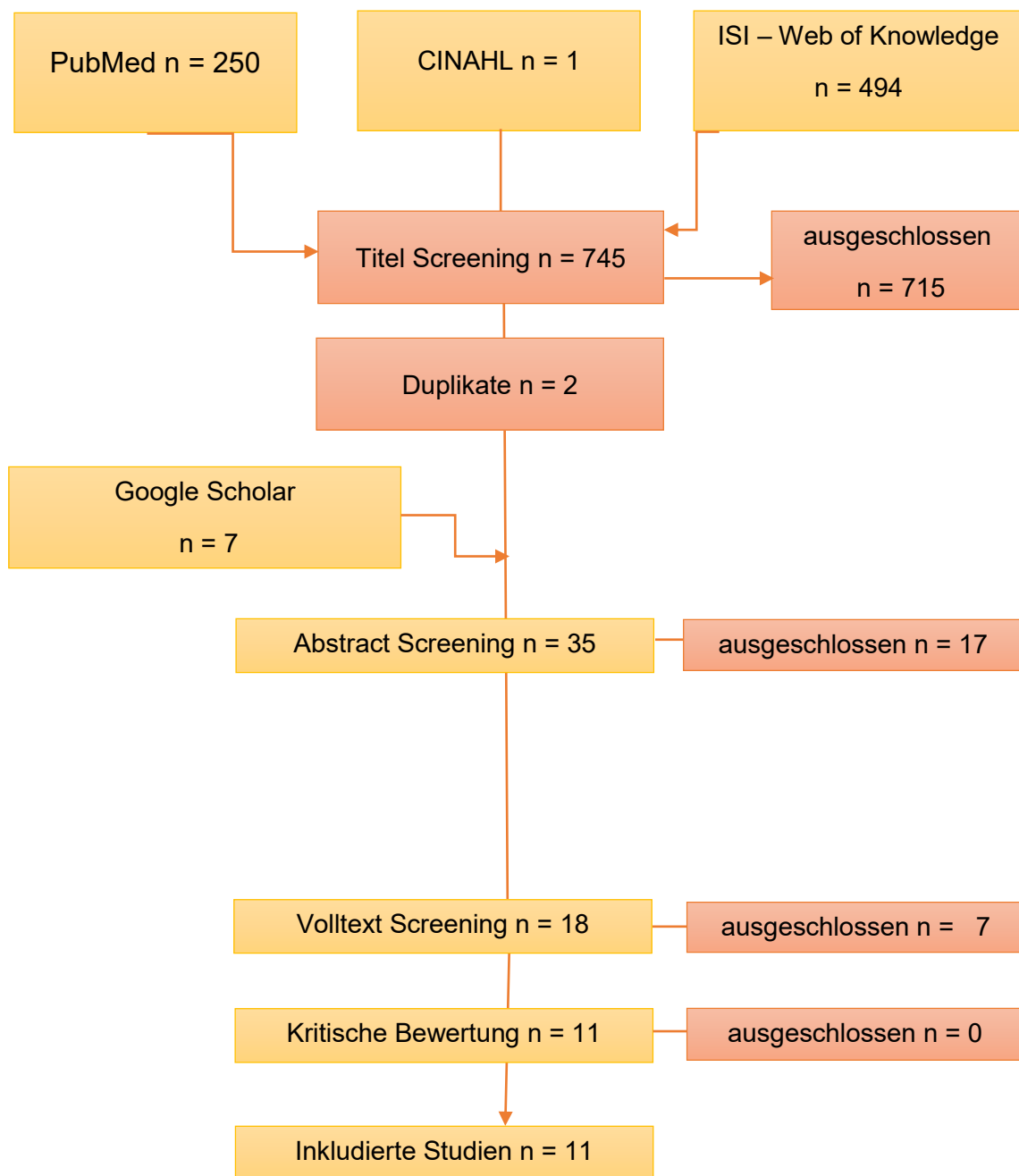


Abbildung 1: Flowchart der Literaturrecherche

2.7 Kritische Bewertung

Für die Qualitätsbewertung der ausgewählten Artikel wurde für diese Bachelorarbeit der Bewertungsbogen von Hawker et al. 2002 verwendet, der von der Medizinischen Universität Graz, vom Institut für Pflegewissenschaften, zur Verfügung gestellt wurde. Pro Frage konnten bis zu vier Punkte vergeben werden. Aus der Gesamtsumme der erreichten Punkte wurde ein Prozentsatz errechnet. Studien bzw. Artikel, die 60 Prozent und mehr erreichten, wurden in diese Bachelorarbeit, für die Beantwortung der Forschungsfrage, inkludiert.

3 Ergebnisse

Im nachfolgenden Ergebnisteil werden zuerst die Charakteristika der Studien vorgestellt. Daraufgehend werden die einzelnen Ergebnisse zum Kompetenzbereich der professionellen Pflege in der Primärversorgung in Österreich im Vergleich mit den Ländern Deutschland, Niederlande, Schweden, Finnland, den USA, Australien und Neuseeland vorgestellt.

3.1 Charakteristika der inkludierten Studien

Insgesamt wurden 11 Studien und Artikel für den Ergebnisteil dieser Bachelorarbeit inkludiert. Zur besseren Übersicht werden die zentralen Charakteristika in Tabelle 2 zusammengefasst.

Tabelle 2: Charakteristika der integrierten Studien

Titel & Autorinnen bzw. Autoren	Design, Methode & Art der Datenerhebung	Forschungsfrage, Forschungsziel oder Zweck dieser Studie	Stichprobe & Setting	Ergebnisse	Bewertung
<p>Role of the registered nurse in primary health care: Meeting health care needs in the 21st century“</p> <p>Smolowitz et al. 2015</p> <p>USA</p>	<p>„Appreciative inquiry framework“, halb strukturierte Interviews (60 – 90 Minuten).</p>	<p>Diese Studie wollte herausfinden, wie sehr die Rolle der professionellen Pflegepersonen durch die Umgestaltung der Gesundheitsversorgung die Qualität der Primärversorgung verbessern kann.</p>	<p>16 „Primary health care practises located throughout the country“.</p>	<p>Die Hauptergebnisse zeigen, dass der Einsatz von professionellen Pflegepersonen, aufgrund ihrer erweiterten Kompetenzbereiche in der Primärversorgung, eine erhöhte Pflegequalität, Effizienz und eine Senkung der Gesamtkosten zur Folge hat.</p>	<p>32 Punkte 89 %</p>
<p>„How do nurse practitioners work in primary health care settings? A scoping review“</p> <p>Grant et al. 2017</p>	<p>„Scoping review“, Datenbanken: CINAHL, Informat, Web of Science, Scopus und Medline.</p>	<p>Zweck dieser Studie war es, herauszufinden, wie professionelle Pflegepersonen in der Primärversorgung arbeiten.</p>	<p>74 Artikel aus acht Ländern, in denen Pflegepersonen in einer Einrichtung der Primärversorgung arbeiten.</p>	<p>Der Fokus der Pflegepersonen in der Primärversorgung liegt vor allem auf der Prävention von Gesundheitsproblemen und dem Engagement für gefährdete Bevölkerungsgruppen, damit</p>	<p>32 Punkte 89 %</p>

				auch diese Zugang zu medizinischer Versorgung erhalten.	
<p>„Registered nurses' work with sick leave questions by telephone in primary health care“</p> <p>Lännerström et al. 2016</p> <p>Schweden</p>	<p>„A descriptive cross-sectional study“.</p> <p>Fragebogen mit insgesamt 120 Fragen.</p>	<p>Ziel dieser Studie war es, die Arbeit der professionellen Pflegepersonen mit Hilfe der Krankheitsbestätigungs-formulare (SLQs) über das Telefon zu beschreiben.</p>	<p>185 diplomierte Pflegepersonen, die in der Primärversorgung als „Telephone Nurse“ tätig sind, in insgesamt 21 Primärversorgungseinrichtungen.</p>	<p>Hauptergebnis dieser Studie war, dass noch viel Übung und Ausbildung erforderlich sind, damit sich die Pflegepersonen in diesem Kompetenzbereich sicher fühlen.</p>	<p>36 Punkte</p> <p>100 %</p>
<p>„Australian practice nurses' perceptions of their role and competency to provide nutrition care to patients living with chronic disease“</p> <p>Cass, Ball & Leveritt 2014</p> <p>Australien</p>	<p>„Semi-structured interview“ Design, mit offenen Fragen.</p>	<p>Das Ziel dieser Studie war herauszufinden, ob die Pflegepersonen in ihrem Kompetenzbereich der Primärversorgung Patientinnen und Patienten, mit Ernährungstipps helfen können.</p>	<p>Telefoninterview mit 20 diplomierten, weiblichen Pflegepersonen mit mindestens neun Jahren Berufserfahrung in der Primär-versorgung.</p>	<p>Ergebnis dieser Studie ist, dass für die Pflegepersonen die Beratung bezüglich der Ernährung bei Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen eine große Rolle spielt und sie die Grenzen zu anderen Gesundheitsberufen nicht überschreiten.</p>	<p>33 Punkte</p> <p>92 %</p>

<p>„Assessing primary care in Austria: room for improvement“</p> <p>Stigler et al. 2017</p> <p>Österreich</p>	<p>„Primary Care assessment tool“ by Barbara Starfield, 15 Merkmale wurden getestet.</p>	<p>Zweck dieser Studie war es, herauszufinden, ob es mit Hilfe dieses Messinstrumentes möglich war, die Primärversorgung in Österreich und anderen Ländern zu messen und einzustufen.</p>	<p>Die Primärversorgung von 14 verschiedenen Ländern, Österreich eingeschlossen.</p>	<p>Hauptergebnis dieser Studie ist es, dass die beteiligten Länder durch deren Platzierungen und Einstufungen motiviert werden, ihre eigene Primärversorgung zu verbessern.</p>	<p>30 Punkte 83 %</p>
<p>„Releasing the potential of Nursing“</p> <p>Carrier 2017</p> <p>Neuseeland</p>	-	<p>Ziel dieses Artikels war die Erweiterung des Kompetenzbereiches der diplomierten Pflegepersonen von Neuseeland in der Primärversorgung.</p>	-	<p>Die Ziele dieses Artikels wurden erreicht. Die professionelle Pflege ist nun die Antwort auf akute Gesundheitsprobleme in Neuseelands Primärversorgung.</p>	<p>22 Punkte 61 %</p>
<p>„Telephone nursing in Sweden: A narrative literature review“</p> <p>Kaminsky et al. 2017</p> <p>Schweden</p>	<p>„A literature review design“ mit einer „narrative presentation“ der Ergebnisse.</p>	<p>Zweck dieser Studie war es zu untersuchen, wie Pflegepersonen, die als „Telephone Nurse“ arbeiten, wahrgenommen werden.</p>	<p>24 Forschungsartikel aus Schweden.</p>	<p>Das Hauptergebnis ist, dass die Bevölkerung von Schweden die „Telephone Nurse“ sehr zu schätzen weiß.</p>	<p>34 Punkte 94 %</p>

<p>„Identifying nurse practitioners‘ required case management competencies in health promotion practice in municipal public primary health care. A two-stage modified Delphi study“</p> <p>Majjala, Tossavainen & Turunen 2015</p> <p>Finnland</p>	<p>„A two-stage modified Delphi study“.</p> <p>1. Runde: „Semi-structured Interview“.</p> <p>2. Runde: Fragebogen.</p>	<p>Ziel dieser Studie ist es, einen Konsens zwischen den erforderlichen „Case Management“ Kompetenzen der Pflegepersonen und den Patientinnen und Patienten der Primärversorgung zu finden.</p>	<p>1. Runde: 42 Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit fünf oder mehr Jahren Berufserfahrung in der Primär-versorgung.</p> <p>2. Runde: 87 Teilnehmerinnen und Teilnehmer.</p> <p>Insgesamt 56 dieser Teilnehmerinnen und Teilnehmer gaben den Fragebogen ausgefüllt wieder zurück.</p>	<p>Das Hauptergebnis ist, dass insgesamt 18 erforderliche „Case Management“ Kompetenzen für Pflegepersonen, die in der Gesundheitsförderung tätig sind, herausgefunden wurden.</p>	<p>35 Punkte 97 %</p>
<p>„Neue Wege in der Primärversorgung, Zur Optimierung der wohnortnahen Gesundheitsversorgung in Österreich“</p> <p>Rebhandl 2014</p> <p>Österreich</p>	<p>-</p>	<p>Ziel dieses Artikels soll die Verbesserung und Lösung vieler derzeitiger Probleme im österreichischen Gesundheitssystem sowie die Umsetzung eines neuen Primärversorgungs-konzeptes sein.</p>	<p>-</p>	<p>Die Ansätze wirken sehr vielversprechend und können für weitere Forschungen und die Praxisumsetzung sehr wichtig sein.</p>	<p>22 Punkte 61 %</p>

<p>„Primärversorgung“ Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungstr äger.</p> <p>Czypionka & Ulinski 2014</p> <p>Österreich</p>	-	<p>Dieser Artikel soll Aufschluss darüber geben, „welche Möglichkeiten es zur Umsetzung von Primärversorgung in Österreich gibt.“</p>	-	<p>In dieser Studie können nur strategische Ziele festgestellt werden, da die Umsetzung erst erfolgen muss.</p>	<p>22 Punkte 61 %</p>
<p>„Steirischer Gesundheitsplan 2035“</p> <p>Land Steiermark 2017</p> <p>Österreich</p>	-	<p>Die Ziele dieses Gesundheitsplans sollen eine Gleichwertigkeit der Versorgung, einen bedarfsgerechten Umgang mit Ressourcen und die Gleichwertigkeit des Zugangs der Akteurinnen und Akteure gewährleisten.</p>	-	<p>Die Ziele dieses Gesundheitsplans befinden sich in der Umsetzungsphase und werden erst 2035 evaluiert.</p>	<p>22 Punkte 61 %</p>

3.2 Kompetenzbereich der professionellen Pflege in der österreichischen Primärversorgung

Die Bundes-Zielsteuerungskommission beschloss bereits 2013 das Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung. Dieses wurde 2016 auch mit der Eröffnung der ersten Primärversorgungszentren modellhaft umgesetzt (Czypionka & Ulinski 2014).

Dieses neu implementierte Primärversorgungskonzept der Primärversorgungszentren soll zu zahlreichen, positiven Effekten führen und somit zu einer rascheren Versorgung im Notfall, einer Erhöhung der Lebensqualität, einer Senkung unnötiger Krankenhauseinweisungen sowie Krankenhausaufenthalten und somit längerfristig zu einer Senkung der Gesamtkosten beitragen. Die Art und Weise der Konzeptumsetzung und die Lokalisation wird nach den Bedürfnissen der Bevölkerung in Absprache mit den Leistungserbringern der Regionen erfolgen. Die Einbindung der neuen Kompetenzbereiche der professionellen Pflege ist wichtig, um die zukünftigen Aufgabenstellungen in der Primärversorgung ausführen zu können (Rebhandl 2014).

Mögliche detaillierte Kompetenzbereiche der professionellen Pflege (gegebenenfalls nach Arztanordnung) in der Primärversorgung in Österreich:

- Erst-Beratung (unter anderem auch telefonische Erst-Beratung in Planung)
- Erste-Hilfe-Maßnahmen durchführen, Erstversorgung einleiten, Koordinierung
- Beratung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Krankheiten
- Vitalzeichenmessung
- Blutabnahmen und Durchführung einfacher Laboruntersuchungen
- Beratung im Impfwesen (Motivation und Aufklärung)
- Injektionen verabreichen (subkutan und intramuskulär)
- Infusionen vorbereiten und verabreichen
- Beratung über parenterale Ernährung und die Durchführung

- Vorbereitung und Beratung von Vorsorgeuntersuchungen und z.B. Mutter – Kind – Pass Untersuchungen
- Legen und Wechsel von Harnkathetern
- Wundmanagement
- Nahtentfernungen
- Hausbesuche für Tätigkeiten wie z.B. Blutabnahmen, Verbandswechsel und Beratung
- Anleitung der Patientinnen und Patienten zum Handling mit bestimmten Hilfsmitteln wie z.B. Inhalatoren
- Beratung bei Inkontinenz in Hinsicht auf die Inkontinenzversorgung und Stomaversorgung
- Unterstützung der Ärztin bzw. des Arztes bei verschiedenen Tätigkeiten z.B. bei der Wundversorgung oder kleinen chirurgischen Eingriffen (Rebhandl 2014).

3.3 Kompetenzbereich der professionellen Pflege in der Primärversorgung im internationalen Vergleich

Nun folgen detaillierte Informationen zu den Kompetenzbereichen der professionellen Pflege in der Primärversorgung aus Deutschland, Schweden, Finnland, den USA, Australien und Neuseeland.

3.3.1 Deutschland

In Deutschland ist derzeit, ähnlich wie in Österreich die Hausärztin bzw. der Hausarzt die zentrale Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten. Diese bzw. dieser koordiniert die verschiedenen Behandlungen und nimmt eine sogenannte „Gate-Keeper-Funktion“ ein. Ein Gate-Keeper ist mit einem „Torwächter“ zu vergleichen, die Ärztin bzw. der Arzt (v.a. eine Allgemeinmedizinerin bzw. ein Allgemeinmediziner) ist im Krankheitsfall die erste Anlaufstelle für die Patientin bzw. den Patienten und übernimmt die Koordination der weiteren, medizinisch-therapeutischen Behandlung (Krauth 2018). Deutschland ist weltweit eines der letzten Länder, in denen die bedarfsgerechte Weiterentwicklung der

Primärversorgung bis vor ein paar Jahren nahezu ohne Beteiligung der Pflege erfolgte (Hämel & Schäffer 2017). Seit 2004 gibt es allerdings Änderungen im System und es wurden auch in Deutschland Medizinische Versorgungszentren (MVZ) gesetzlich erlaubt. Viele dieser MVZ kooperieren mit diplomierten Pflegepersonen, Physiotherapeutinnen bzw. -therapeuten und anderen Gesundheitsberufen (Forum Primärversorgung 2018).

3.3.3 Schweden

Wenn in Schweden eine Person mit gesundheitlichen Problemen bzw. Beschwerden Auskunft über ihren Zustand oder eine Behandlung bekommen möchte, ist es üblich, das primäre Gesundheitszentrum zu kontaktieren bzw. aufzusuchen. Der Hauptzugang zu diesem erfolgt telefonisch, wobei eine Pflegefachkraft diese Aufgabe übernimmt. Die diplomierte Pflegekraft am Telefon kümmert sich auch um eine mögliche Krankenbestätigung für die Patientin bzw. den Patienten. Die telefonische Gesundheitsversorgung ist bekanntlich eine große Herausforderung für die Pflegepersonen, welche die Anrufe erläutern und gleichzeitig auch eine wichtige Rolle als Beraterin bzw. Berater spielen. Das Ziel soll eine leicht zugängliche und sichere Versorgung zum primären Gesundheitssystem sein (Lännerström et al. 2016).

Aus der Sicht der Patientinnen und Patienten wird das sogenannte „Telephone Nursing“ (TN) als sehr positiv angesehen. Sie schätzen die angemessene Beratung und Information mit dem damit verbundenen Zuspruch und der Beruhigung, der seelischen und praktischen Unterstützung und den respektvollen Umgang. Vor allem Eltern, die für ihre Kinder kurzfristig Hilfe benötigen, finden diese Art von Primärversorgung mittels Pflegepersonen sehr hilfreich. Aus der Sicht der Pflegepersonen können dabei aber auch Probleme auftreten: dass man z.B. die Patientin bzw. den Patienten nicht persönlich sehen kann, dass man sofort eine Entscheidung treffen muss und dass man mitunter nicht mit den Patientinnen und Patienten selbst über ihre/ deren Probleme sprechen kann, sondern meist mit einer Bezugsperson oder einem familiären Angehörigen.

Zudem ist das Besprechen von sensiblen und sehr persönlichen Problemen über das Telefon, mitunter ein ethisches Problem. Zu bedenken gilt auch, dass die

Identität der Anruferin bzw. des Anrufers nie überprüft werden kann. Laut Kaminsky et al. (2017), wurde die fachliche Expertise, Bildung und Berufserfahrung der „Registered Nurse“ von einigen männlichen Anrufern nicht ernstgenommen. Ergebnisse dieser Studie zeigen zudem, dass manche „Registered Nurses“ ihre Arbeit als „Telephone Nurse“ als anspruchsvoll, aber dennoch überschaubar empfinden. Sie fühlen sich für den Rat verantwortlich und deswegen ist auch ein umfangreiches Wissen im medizinischen und pflegerischen Bereich eine unbedingte Voraussetzung (Kaminsky et al. 2017).

Die Ziele der Anrufe:

- Beurteilung, Bezugnahme und Beratung für die Anruferin- bzw. den Anrufer
- Unterstützung der Anruferin bzw. des Anrufers
- Stärkung der Anruferin bzw. des Anrufers
- Erklärung der gewählten Intervention
- Das Erlernte festigen helfen (Kaminsky et al. 2017).

Zudem umfasst der Telefonprozess drei Phasen:

Das Sammeln von Informationen zur Bewertung der Bedürfnisse der Anruferin bzw. des Anrufers, die kognitive Verarbeitung der gesammelten Informationen bzw. das Ordnen der mitgeteilten Probleme nach Priorität und die Weitergabe und Anleitung von Pflegemaßnahmen, um die Anruferinnen- bzw. Anruferbedürfnisse zu erfüllen (Kaminsky et al. 2017).

3.3.4 Finnland

In Finnland erfolgt die Erstversorgung über Versorgungszentren, in denen meist mehrere Ärztinnen bzw. Ärzte, Fachkräfte, Psychologinnen bzw. Psychologen, Hebammen, Sozialarbeiterinnen bzw. -arbeiter und Physiotherapeutinnen bzw. Physiotherapeuten angestellt sind (Heintze 2017). Am 30. Dezember 2010 trat ein neues Gesundheitsgesetz in Kraft. Dieses besagt, dass „Registered Nurses“ nun auch als „Nurse Practitioner“ in primären Gesundheitszentren arbeiten dürfen und sich somit ihr Kompetenzbereich erweitert. Die Größe und das Leistungsangebot der Versorgungszentren variiert je nach den örtlichen Bedingungen und dem Einzugsgebiet (Maijala, Tossavainen & Turunen 2015). In Finnland zählt zum

Kompetenzbereich der Pflege in der Primärversorgung vor allem die Gesundheitsförderung, was die Krankenhausaufenthaltsdauer und Krankenhauswiederaufnahmen der Patientinnen und Patienten vermindern soll. Umfangreiche Beratungs- und Kommunikationskompetenzen werden vorausgesetzt. Um die Gesundheit der Menschen zu fördern, müssen diplomierte Pflegepersonen eine breite Palette an Kenntnissen und Fähigkeiten vorweisen können. Die Rolle eines „Nurse Practitioner“ als erste Ansprechperson bei Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen erweist sich bisher als sehr positiv und es wurde festgestellt, dass sich die Aufenthaltszeiten im Krankenhaus und die Zahl der Krankenhauswiederaufnahmen reduziert haben (Maijala, Tossavainen & Turunen 2015).

Der Hauptkompetenzbereich der Pflege ist wie folgt gegliedert:

- Beratung
- Pflegeplanung
- Durchführung und Evaluation geplanter Interventionen
- Forschung
- Organisation und Management verbunden mit Empowerment und Gesundheitsförderung (=„Case Management“) (Maijala, Tossavainen & Turunen 2015).

Die Gesundheitsförderung wird von den professionellen Pflegepersonen in den normalen pflegerischen Alltag eingebettet. Diese Intervention nennen sie „Case Management“, was eigentlich vom Bereich der „Sozialarbeit“ abstammt. „Case Management“ bedeutet eine Koordinierung der Versorgung von chronisch kranken Patientinnen und Patienten und gleichzeitig die kommunikative Gesundheitsförderung. Auch die für die Patientinnen und Patienten verständliche medikamentöse Aufklärung und die Beratung bei chronischen Krankheiten durch die professionellen Pflegepersonen, führt zu weniger stationären Krankenhausaufnahmen, da Fehlverwendungen und Missverständnisse bei der Medikamenteneinnahme verhindert werden können. (Maijala, Tossavainen & Turunen 2015).

3.3.5 USA

In den Vereinigten Staaten von Amerika spielen Pflegepersonen bezüglich der Versorgung von Patientinnen und Patienten zu Hause bzw. in Gemeinden oder auch in Grundschulen schon seit Jahrzehnten eine große Rolle. Hier wurden auch sogenannte „District Nurses“ und „Visiting Nurses“ etabliert, die etwa Hausbesuche durchführen dürfen. Die Nachfrage nach dieser häuslichen, direkten Pflege steigt stetig an. Auch in den USA ist bzw. war die Umgestaltung der primären Gesundheitsversorgung ein zentrales Thema, um effektiv, effizient, nachhaltig und kostensparend bessere Ergebnisse für die Patientinnen- bzw. Patientengesundheit zu schaffen. Derzeit ist die Hausärztin bzw. der Hausarzt, als „General Practitioner“ die erste Anlaufstelle für die Bevölkerung. Die sogenannten „Registered Nurses“ sollen einen zentralen Kompetenzbereich in der Primärversorgung übernehmen, um eine hochwertigere Gesundheitsversorgung zu gewährleisten (Smolowitz et al. 2014). Die „Registered Nurse“ (RN) ist eine diplomierte Krankenpflegeperson mit dem akademischen Grad „Bachelor of Nursing“ (Education USA o. J.).

Diese können die primäre Zugangskrise, die z.B. durch überfüllte Krankenhausambulanzen verursacht wird, bewältigen und zugleich Einzelpersonen, die sich bereits um eine gute eigene Gesundheit bemühen, beraten und/oder diejenigen mit akuten, chronischen oder psychischen Beschwerden, versorgen (Smolowitz et al. 2014). Ein weiterer Kompetenzbereich der professionellen Pflege in der Primärversorgung der USA ist die Verantwortung für die Entwicklung von Pflegeplänen, die telefonische Gesundheitsversorgung, die Beratung und die Unterstützung der Allgemeinmedizinerin bzw. des Allgemeinmediziners z.B. bei Untersuchungen. Sie führen Qualitätsverbesserungsprojekte durch und engagieren sich bei Forschungsinitiativen und Bildungsprogrammen zur Verbesserung der beruflichen Entwicklung. Außerdem führen sie Gesundheitscoaching durch und bewerten und dokumentieren dabei den Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten. Durch die präventive Gesundheitsförderung sollte verhindert werden, dass sich Symptome einer chronischen Krankheit verschlimmern. Darüber hinaus gehören zu den Hauptaufgaben auch die Erfassung der Vitalzeichen, die Verabreichung der Medikamente und Injektionen nach Arztanordnung, die Dokumentation, Vorbereitung und Handhabung von medizinischen Instrumenten und die

Probengewinnung von Körper- und Gewebeflüssigkeiten für Laborzwecke. Durch die verbesserte Grundversorgung wurde auch die Anzahl der Krankenhausaufenthalte reduziert. Die „Registered Nurses“ wurden als der Schlüssel zur Vermeidung von Rehospitalisierung, der damit verbundenen Kostenersparnis und der verbesserten Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten ernannt. Die Zusammenarbeit zwischen einer Gruppe von Gesundheitsexpertinnen und -experten kann zu einer effektiven und effizienten Qualität in der Primärversorgung führen (Smolowitz et al. 2015).

3.3.6 Australien

Die Primärversorgung in Australien ist durch die Allgemeinmedizinerin bzw. den Allgemeinmediziner, den sogenannten „General Practitioner“ gegeben. Die „Practise Nurses“ sind allerdings als integraler Bestandteil in der Primärversorgung anerkannt. Deren Ziel ist es, die Hausärztinnen bzw. die Hausärzte in vielen Bereichen zu unterstützen, bei der Entwicklung von Pflegeplänen für Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen mitzuwirken und pflegebezogene Beratung anzubieten (Cass, Ball & Leveritt 2014). In allen Ordinationen ist mindestens eine „Practise Nurse“ angestellt, welche dafür zuständig ist, durch Beratung das Risiko einer chronischen Krankheit der Patientinnen und Patienten zu vermeiden oder eine adäquate Pflege bzw. Beratung anzuwenden, wenn bereits eine chronische Krankheit vorhanden ist. Die Pflegepersonen verstehen es allerdings als selbstverständlich, in Bezug auf andere Gesundheitsexperten ihre fachlichen Grenzen nicht zu überschreiten. Ein ausreichendes Allgemeinwissen zu Nährstoffen und generelles Allgemeinwissen zu Ernährungsgrundlagen für die Patientinnen und Patienten ist gewährleistet (Cass, Ball & Leveritt 2014).

3.3.7 Neuseeland

Auch hier ist die erste Anlaufstelle bei gesundheitlichen Problemen die Hausärztin bzw. der Hausarzt, der „General Practitioner“. Diplomierte Krankenpflegepersonen galten in Neuseeland bis vor einiger Zeit „nur“ als die Angestellten von Ärztinnen und Ärzten. Die Etablierung der „Nursing-Practitioner“ Disziplin erfolgte sehr langsam, setzte sich schlussendlich aber durch (Carryer 2017).

Ein „Nursing Practitioner“ (NP) ist eine „Registered Nurse“ mit abgeschlossener Fortbildung einer medizinischen Spezialität. Ein „Nurse Practitioner“ kann z.B. selbstständig gewisse Medikamente verschreiben (Medicinenet o.J.).

Der Fokus des Kompetenzbereiches der professionellen Pflege in Neuseelands Primärversorgung liegt vor allem auf der Gesundheitsförderung und der Gesundheitsedukation und der damit verbundenen Beratung. Ihre wichtigste Aufgabe und ihr wichtigstes Anliegen ist es allerdings, die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten ganzheitlich in den Mittelpunkt zu stellen, um die bestmögliche Pflege für sie bzw. ihn zu entwickeln. Die Integration der Pflege ist nun die Antwort auf die Bewältigung akuter Probleme der primären Gesundheitsversorgung in Neuseeland. Laut Carryer wird argumentiert, dass die Stärkung der professionellen Pflege eine positive Wirkung in Hinsicht auf die Verbesserung der Gesamtsituation hat. Darum will man die Zahl der diplomierten Pflegepersonen in Neuseelands Primärversorgung erheblich erhöhen, um sicherzustellen, dass diese ihr gesamtes Potential entfalten können.

Siehe Tabelle 3 zur graphischen Vergleichsdarstellung der Kompetenzbereiche der professionellen Pflege in den unterschiedlichen Ländern.

Tabelle 3: Pflegerische Kompetenzbereiche in der Primärversorgung im internationalen Vergleich

	Österreich	Deutschland	Schweden	Finnland	USA	Australien	Neuseeland
1. Ansprechperson bei gesundheitlichen Problemen (Gatekeeper)	<ul style="list-style-type: none"> • Hausärztin bzw. Hausarzt • Pilotprojekt der Primärversorgungs-zentren bereits in Einführung 	<ul style="list-style-type: none"> • Hausärztin bzw. Hausarzt • Medizinisches Versorgungs-zentrum 	<ul style="list-style-type: none"> • Anruf ins primäre Gesundheits-zentrum („Telephone Nurse“) 	<ul style="list-style-type: none"> • Primär-versorgungs-zentrum 	<ul style="list-style-type: none"> • „General Practitioner • Aber auch: „Visiting & District Nurses“ 	<ul style="list-style-type: none"> • „General Practitioner“ • Aber auch: „Practise Nurse“ 	<ul style="list-style-type: none"> • „General Practitioner“
Kompetenzbereich der professionellen Pflege (gegebenenfalls nach Arztanordnung)	<ul style="list-style-type: none"> • Vitalzeichen-kontrolle • Beratung • Unterstützung der Hausärztin bzw. des Hausarztes • Blutabnahmen • Wund-management • Naht-entfernungen • Hausbesuche 	<ul style="list-style-type: none"> • Beratung • Gesundheits-förderung 	<ul style="list-style-type: none"> • Beratung • Beruhigung und Unterstützung der Anruferin bzw. des Anrufers • Beurteilung und Einschätzung der Problemlage • Ausstellung der Kranken-bescheinigung 	<ul style="list-style-type: none"> • Beratung • Gesundheits-förderung • Entwicklung von Pflegeplänen • Forschung • Medizinische Aufklärungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Vitalzeichen-kontrolle • Beratung • Gesundheits-förderung • Entwicklung von Pflegeplänen • Unterstützung des „General Practitioners“ • Verabreichung von bestimmten Medikamenten • Blutabnahmen 	<ul style="list-style-type: none"> • Beratung • Gesundheits-förderung • Entwicklung von Pflegeplänen • Unterstützung des „General Practitioners“ • Tipps zur gesunden Ernährung 	<ul style="list-style-type: none"> • Beratung • Gesundheits-förderung • Entwicklung von Pflegeplänen • Bereitstellung und Verabreichung bestimmter Medikamente

(Smolowitz et al. 2015; Grant et al. 2017; Lännerström et al. 2016; Cass S., Ball & Leveritt 2014; Stigler et al. 2017; Carryer 2017; Kaminsky et al. 2017; Maijala, Tossavainen & Turunen 2015; Rebhandl 2014; Czipionka & Ulinski 2014; Gesundheitsfonds Steiermark 2017).

Zusammenfassend ergab sich aus den Ergebnissen der inkludierten Studien, dass sich in Bezug auf die Bevölkerungsgesundheit, eine stark ausgeprägte Primärversorgung im Zusammenspiel von professionellen Pflegepersonen mit anderer Gesundheitsberufen in Kommunikation und Koordination signifikant positiv auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung auswirkt und somit zu einer höheren Patientinnen- und Patientenzufriedenheit führt (Czypionka & Ulinski 2014).

Struktur und Prozess einer umfangreichen Primärversorgung beeinflussen die Qualität, Effizienz und die Gleichheit für alle Bevölkerungsgruppen. Durch den Hauptfokus der meisten professionellen Pflegepersonen auf die Gesundheitsförderung und Prävention kann die Anzahl an chronischen Krankheiten reduziert werden. Auch die telefonische Pflege setzt sich international immer mehr durch und gehört insbesondere in den USA, Australien und bald auch in Österreich zu einem integralen Bestandteil der Primärversorgung. Zudem stellte sich heraus, dass die professionelle Pflege in der Primärversorgung als sogenanntes „*Verbindungsglied*“ dafür sorgt, dass etwaige Kommunikationsmissverständnisse, Probleme und Unklarheiten wie z.B. die ungenaue Erklärung der Medikationseinnahmezeiten, oder die unzureichende Erklärung der Nebenwirkungen bzw. gewollten Wirkung der Medikamente, zwischen den involvierten Berufsgruppen und den Patientinnen und Patienten angesprochen und gelöst werden können. Somit kommt es durch die verminderte Nutzung der Krankenhausnotaufnahmen zu reduzierten Krankenhauseinweisungen, zu einer Verringerung der Aufenthaltsdauer in den Krankenhäusern, zur Vermeidung des sogenannten „Drehtüreffektes“, also ständige Wiedereinweisungen der Patientinnen und Patienten und durch die reduzierten Besuche bei der Allgemeinmedizinerin und des Allgemeinmediziners letztendlich auch zu einer Kosteneinsparung in den genannten Ländern. (Smolowitz et al. 2015; Grant et al. 2017; Lännerström et al. 2016; Cass S., Ball & Leveritt 2014; Stigler et al. 2017; Carryer 2017; Kaminsky et al. 2017; Maijala, Tossavainen & Turunen 2015; Rebhandl 2014; Czypionka & Ulinski 2014; Gesundheitsfonds Steiermark 2017).

4 Diskussion

Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist es aufzuzeigen, wie der Kompetenzbereich der professionellen Pflege in der österreichischen Primärversorgung ausgerichtet ist und welche internationalen Unterschiede es gibt. Im Diskussionsteil wird unter anderem noch einmal auf die zukünftig geplanten Änderungen bzw. Verbesserungen in der österreichischen Primärversorgung eingegangen. Zudem wird aufgezeigt, welche etwaigen Probleme für die professionelle Pflege in Österreich und international auftreten können. Österreichs Primärversorgungskonzept befindet sich nun mitten in der Umsetzungsphase, jedoch darf ein wesentlicher Fakt nicht vergessen werden: der *Unterschied zwischen Stadt und Land*. Wie in der Einleitung schon kurz erwähnt, ist das Konzept der Primärversorgungszentren im ländlichen Bereich nicht vollständig umsetzbar, da die Anfahrtswege teilweise zu weit sind. Darüber hinaus erfährt dieses Konzept bei der ländlichen Bevölkerung auch teilweise Widerstand (unter anderem wegen möglicher Ängste vor damit einhergehenden Krankenhausschließungen). In diesen ländlichen Regionen soll die hausärztliche Versorgung somit weiterhin, wie gewohnt, bestehen bleiben. Sollte es in einer Gemeinde mehrere Hausärztin- bzw. Hausarztordinationen geben, werden diese möglicherweise in einem Zentrum zusammengeführt. Geöffnet sein sollen diese Zentren vor allem auch an den Tagesrandzeiten und an Wochenenden. Literatur zu der Einstellung der Bevölkerung bezüglich dieses geplanten Primärversorgungskonzeptes vor allem im ländlichen Bereich Österreichs wurde nicht gefunden. Es handelt sich dabei um eine bestehende Forschungslücke, da diese Einwände und Bedürfnisse zu berücksichtigen sind, um folglich Vor- und Nachteile berücksichtigen zu können. Es wird angenommen, dass im städtischen Bereich von Österreich die Primärversorgungszentren die zukünftig beste Lösung für die jetzigen Probleme sind und in absehbarer Zeit umgesetzt werden (Rebhandl 2014). Wie ebenfalls bereits in der Einleitung erwähnt und um generell fortschrittlich zu handeln hat Österreich, bzw. im Besonderen die Steiermark, den „Gesundheitsplan 2035“ entwickelt (Gesundheitsfonds Steiermark 2017). Darin wird ersichtlich, dass sich Österreich die schwedische Primärversorgung mit der Primärversorgungs-Telefonhotline als Vorbild nimmt.

Mit möglichen Problemen, die diese Telefonhotline mit sich bringt, hat Schweden bereits Erfahrungen gemacht. Aus denen könnte Österreich allerdings schon lernen. Es stellte sich beispielsweise heraus, dass vor allem die weibliche Bevölkerung auf diese Möglichkeit der Versorgung zurückgreift. Männer, aber auch die im Ausland geborenen Patientinnen und Patienten, müssen durch ihre Sprach- bzw. Verständnisschwierigkeiten bei der Kommunikation über das Telefon eher dazu ermutigt werden, diesen Service zu nutzen. Da diese Art von Versorgung als besonders verantwortungsbewusst und belastend gilt, kann nur sehr fachkompetentes und erfahrenes Personal diesen Part der Versorgungskette übernehmen. Entscheidungen wie: wann handelt es sich um einen akuten Notfall, wann reicht ein telefonischer Ratschlag und vor allem die Beruhigung der betroffenen Person aus bzw. wann leitet man die Patientin oder den Patienten zu einem Primärversorgungszentrum weiter, gehören zur Tagesordnung. Die Sicherheit der Patientinnen und Patienten darf durch die fordernden Arbeitsbedingungen nicht beeinträchtigt werden. Etwas Kommunikationsmissverständnisse könnten z.B. dadurch vermieden werden, dass sich die Telefonistin bzw. der Telefonist immer genügend Zeit nimmt, um sich auch vergewissern zu können, dass die Anruferin oder der Anrufer den gegebenen Ratschlag richtig verstanden hat und sich bei der weiteren Vorgehensweise sicher fühlt (Kaminsky et al. 2017). Ein Vorschlag wäre auch, die wohlüberlegte Entscheidung, natürlich nur, wenn es sich nicht um einen akuten Notfall handelt, einer möglichen Intervention erst nach einer kurzen Reflexions- und Nachdenkpause zu treffen, was die Fehlerquelle von z.B. Kurzschlussüberlegungen und falschen Auskünften verringern und zusätzlich das Stresslevel der Telefonistin bzw. des Telefonisten senken könnte. Im Allgemeinen schätzen die schwedischen Anruferinnen und Anrufer ihre sogenannte „Telephone Nurse“ aber sehr und sind dankbar für die Bestätigung, Unterstützung und respektvolle Behandlung. Etwas kritisch anzumerken ist allerdings, dass in den inkludierten, schwedischen Artikeln das Hauptaugenmerk auf der „Telephone Nurse“ liegt und der allgemeine Kompetenzbereich der professionellen Pflege in der Primärversorgung kaum bis gar nicht angesprochen wird (Kaminsky et al. 2017).

Ebenfalls ist anzumerken, dass in einigen Forschungsartikeln Details nur unzureichend angeführt werden. Beispielsweise differenzierte Rebhandl 2017 in

seinen Aufzählungen betreffend den Kompetenzbereich der professionellen Pflege in Österreich nicht, welche Aufgaben die Pflegepersonen selbstständig, und welche erst nach Arztanordnung durchgeführt werden dürfen. Generell wenige Details wurden auch zum Kompetenzbereich der Pflege in Deutschland angeführt. Anzunehmen ist auch, dass generelle Kompetenzen, wie z.B. das Messen von Vitalparametern, welche ebenfalls nicht in jedem Land angeführt wurden, von der Pflege getätigt werden.

Im Hinblick auf erforderliche Forschung im internationalen Vergleich ist ein weiterer Diskussionspunkt, dass in der ausgewählten Literatur der Fokus immer wieder auf Pflegepersonen fällt, die darüber klagen, nicht ausreichend geschult und ausgebildet zu sein und sich gerne weiterbilden würden (Lännerström et al. 2016 & Kaminsky et al. 2017). Ebenfalls so häufig vorgekommen ist der Vorwurf, dass es der professionellen Pflege oft nicht erlaubt ist, den vollen Kompetenzbereich auszuüben und ihr angemessenes Wissen in bestimmten Situationen anzubringen (Carryer, 2017).

Dem müsse in jedem Fall entgegengewirkt werden und eine passende Lösung für alle Beteiligten gefunden werden. Angemessene Fort- bzw. Weiterbildungen sollten für alle Personen in Gesundheitsberufen zugänglich sein. Außerdem sollte jede diplomierte Pflegeperson ihre Grenzen kennen und diese in ihrem Wissen und in ihrer Kompetenz nicht überschreiten.

Ein weiterer Diskussionspunkt dieser Bachelorarbeit ist, dass in den meisten Ländern im internationalen Vergleich zwar die Hausärztin bzw. der Hausarzt die sogenannte „Gate-Keeper“ Funktion bei gesundheitlichen Problemen übernimmt, sich die professionelle Pflege allerdings im internationalen Aufschwung befindet und sich durch ihre unterstützenden Arbeiten eine Schlüsselposition in der Primärversorgung weltweit verschafft (Smolowitz et al. 2015; Grant et al. 2017; Lännerström et al. 2016; Cass S., Ball & Leveritt 2014; Stigler et al. 2017; Carryer 2017; Kaminsky et al. 2017; Maijala, Tossavainen & Turunen 2015; Rebhandl 2014; Cypionka & Ulinski 2014; Gesundheitsfonds Steiermark 2017).

5 Schlussfolgerung & Ausblick

In den meisten Ländern dieser Welt ist der Stellenwert der professionellen Pflege sehr anerkannt. Es bleibt kein Land vom demographischen Wandel verschont und deswegen ist eine Aufwertung der Pflegeberufe international auch dringend notwendig. Vor allem die drei Hauptprobleme, die immer älter werdende Gesellschaft sowie die Zunahme der chronischen Erkrankungen und die Zunahme an Krankenhauseinweisungen und Wiedereinweisungen, der sogenannte Drehtüreffekt, machen der Menschheit zu schaffen. Es könnte aufgezeigt werden, dass bestimmte Primärversorgungskonzepte dagegen ankämpfen könnten. Es hat zwar jedes Land seine eigenen Prinzipien der Primärversorgung, jedoch hat auch jedes Land die gleichen Ziele vor Augen: die Senkung der Krankenhauseinweisungen bzw. Wiedereinweisungen, die Einsparung der allgemeinen Kosten im Gesundheitswesen und die Reduktion des momentan herrschenden Ärztinnen- und Ärztemangels. Beim Erreichen dieser Ziele übernimmt die professionelle Pflege mit Hilfe ihrer (aufgewerteten) Kompetenzen eine wichtige Schlüsselrolle. Um der wachsenden Nachfrage nach einer umfassenden Grundversorgung gerecht zu werden, ist die Bedeutsamkeit der Integration der Pflegepersonen im Primärversorgungsbereich sehr hoch. Der Hauptkompetenzbereich der diplomierten Pflegepersonen ist in Österreich und international gesehen vor allem die Beratung, die Gesundheitsförderung, die Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten und die Pflegeplanung. Diese Kompetenzbereiche sind laut dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes bereits geregelt. Generell stellte sich auch heraus, dass Patientinnen und Patienten viel mehr Bezug zu den Pflegepersonen herstellen können als z.B. zu den Medizinerinnen und Medizinern, da sie mehr Zeit für die Patientinnen und Patienten haben. Laut Patientinnen und Patienten sind sie auch besser dazu geeignet, bestimmte Krankheitsbilder und Medikamente zu erklären. Außerdem kann man mit ihnen, laut Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer, eher intime Probleme besprechen.

Die professionelle Pflege von heute fühlt sich in ihrem Kompetenzbereich und in der Beratung wohl, hält aber die Grenzen zwischen den einzelnen Gesundheitsexpertinnen bzw. -experten ein.

5.1 Praxisempfehlung

Die definierten Primärversorgungskompetenzen, welche laut der Gesundheits-Krankenpflege-Novelle bereits im Gesetz verankert sind, sollten in der Praxis umgesetzt werden, bzw. es sollten Rahmenbedingungen geschaffen werden, die die Umsetzung ermöglichen. Wenn in der Praxis Weiterbildungs- bzw. Fortbildungsbedarf besteht, sollten die jeweiligen Pflegepersonen an bestimmte Stellen weitergeleitet werden, um die zusätzlichen Kompetenzen zu erlangen.

5.2 Forschungsempfehlung

Aufgrund der durchgeführten Literaturrecherche, kann man erkennen, dass für die ländlichen Regionen Österreichs kaum Studien bzw. Forschungsergebnisse in Bezug auf den Kompetenzbereich der professionellen Pflege vorliegen. Daraus resultiert eine dringende Forschungsempfehlung für diesen Bereich. Die Meinungen der Bevölkerung bezüglich der Akzeptanz der Primärversorgungszentren bis hin zu Krankenhausschließungen wären wichtige Themen für weitere Forschungsarbeiten.

6 Referenzliste

BM für Gesundheit 2014, *Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Versorgung in Österreich – „Das Team rund um den Hausarzt“*, http://www.sicher-versorgt.at/uploads/media/Primaerversorgung_BZK-Beschluss_01.pdf, (13.01.2018).

Carrier, J. 2017, „Releasing the potential of Nursing“, *Journal of Primary Health Care*, 9 (3): 197-199.

Cass, S., Ball, L. & Leveritt, M. 2014, „Australian practice nurses' perception of their role and competency to provide nutrition care to patients living with chronic disease“, *Australian Journal of Primary Health*, 20: 203-208.

Christian, K. 2007, *Das Konzept des Primary Nursing. Geschichtliche Entwicklung, Ziele und Grundlagen*, <http://www.educationusa.de/tests/licensingberufszulassung/>, (13.01.2018).

Czypionka, T. & Ulinski, S. 2014, *Primärversorgung*, <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.634761&version=1477896840>, (02.01.2018).

Feely, R. 2015, *I care Krankheitslehre, Berufliche Handlungskompetenz*, 1. Auflage, Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Forum Primärversorgung 2018, *Primärversorgung bei unseren Nachbarn: Deutschland, Schweiz und Slowenien*, <https://primaerversorgung.org/2017/05/08/primaerversorgung-bei-unserer-nachbarn-deutschland-schweiz-und-slowenien/>, (20.01.2018).

Gassenbauer, G., Gratzner, A., Grigo, C., Hais, A., Russinger, D. & Schwaiger, K. 2016, *GuKG Novelle 2016*, https://www.oegkv.at/fileadmin/user_upload/Aktuell/Folien_GuKG-Novelle_-_Endversion.pdf, (06.03.2018).

Grant, J., Lines, L., Darbyshire, P. & Parry Y. 2017, „How do nurse practitioners work in primary health care settings? A scoping review“, *International Journal of Nursing*, 75, 51-57.

Gesundheitsfonds Steiermark 2017, *Steirischer Gesundheitsplan 2035*, http://www.gesundheitsplan-steiermark.at/Documents/Steirischer%20Gesundheitsplan%202035_Leitbild.pdf, (07.02.2018).

Haemel, K. & Schaeffer, D. 2017. „Rolle der Pflege in der Primärversorgung – Internationale Erfahrungen“, *Pflege & Gesellschaft*, 22: 1-4.

Huber, M. 2008, *Universität Basel, Institut für Pflegewissenschaft*, <https://nursing.unibas.ch/institut/institut-fuer-pflegewissenschaft/definition-pflege/>, (16.10.2017).

Heintze, C. o.J., *Finnisches Gesundheitssystem*, https://www.mabuse-verlag.de/Downloads/1456/165_Heintze_Das-finnische-Gesundheitssystem.pdf, (20.01.2018).

Kaminsky, E., Röing, M., Björkman, A. & Holmström I. 2017, „Telephone nursing in Sweden: A narrative literature review“, *Nursing and Health Sciences*, 1-8.

Krauth, C. 2018, *Stichwort: Hausarztzentrierte Versorgung*, <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/17943/hausarztzentrierte-versorgung-gatekeeping-v10.html>, (22.01.2018).

Lännerström, L., Celsing, A., Holmström I. & Wallmann, T. 2016, „Registered nurses' work with sick leave questions by telephone in primary health care“, *Journal of Clinical Nursing*, 26, 641-647.

Litsch, M. 2016, *Primärversorgung*, http://aokbv.de/lexikon/h/index_00384.html, (16.10.2017).

Maijala, V., Tossavainen, K. & Turunen, H., 2015, „Identifying nurse practitioners' required case management competencies in health promotion practise in municipal public primary health care. A two-stage modified Delphi study“, *Journal of Clinical Nursing*, 24, 2554-2561.

Medicinenet o. J., *Medical Definition of Nurse practitioner*, <https://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=11754>, (13.01.2018).

Medizin Mariahilf 2015, *Primary Health Care*, <https://www.medizinmariahilf.at/>, (02.01.2018).

OEGKK 2017, *Österreichs erste vollausgebaute Primärversorgung in Enns eröffnet!*,

<https://www.oegkk.at/portal27/oegkkportal/content?contentid=10007.778500&viewmode=content>, (02.01.2018).

Polit, D. & Beck, C. 2011, *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*, 9. Auflage, Lippincott Williams & Wilkins Verlag, Philadelphia.

Rebhandl, E. 2014, „Neue Wege in der Primärversorgung, Zur Optimierung der wohnortnahen Gesundheitsversorgung in Österreich“, *Gesundheits-Oeconomica*, 1-7.

Smolowitz, J., Speakman, E., Wojnar, D., Whelan, E., Ulrich, S., Hayes C. & Wood, L. 2015, „Role of the registered nurse in primary health care: Meeting health care needs in the 21st century“, *Nursing Outlook*, 63 (2), 130-136.

Stigler, F., Starfield, B., Sprenger, M., Salzer, H. & Campbell, S., 2013, „Assessing primary care in Austria: room for improvement“, 30, 185-189.

Zeitgeist 2017, *Informationen der Stadtgemeinde Enns*, https://www.ghz-enns.at/images/GHZ/pdf/Broschuere_GHZEEnns_web.pdf, (02.01.2018).

Weis, C. 2013, *Das regionale Wirtschaftsportal, Definition Kompetenz*, http://www.business-on.de/kompetenz-definition-kompetenz-_id42274.html, (05.03.2018).

7 Anhang

7.1 Vorlage des Bewertungsbogens

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?

- Good: Structured abstract with full information and clear title.
- Fair: Abstract with most of the information.
- Poor: Inadequate abstract.
- Very Poor: No abstract.

2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

- Good: Full but concise background to discussion/study containing up-to date literature review and highlighting gaps in knowledge. Clear statement of aim AND objectives including research questions.
- Fair: Some background and literature review. Research questions outlined.
- Poor: Some background but no aim/objectives/questions, OR Aims/objectives but inadequate background.
- Very Poor: No mention of aims/objectives. No background or literature review.

3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?

- Good: Method is appropriate and described clearly (e.g., questionnaires included). Clear details of the data collection and recording.
- Fair: Method appropriate, description could be better. Data described.
- Poor: Questionable whether method is appropriate. Method described inadequately. Little description of data.
- Very Poor: No mention of method, AND/OR Method inappropriate, AND/OR No details of data.

4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

- Good: Details (age/gender/race/context) of who was studied and how they were recruited. Why this group was targeted. The sample size was justified for the study. Response rates shown and explained.
- Fair: Sample size justified. Most information given, but some missing.
- Poor: Sampling mentioned but few descriptive details.
- Very Poor: No details of sample.

5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

- Good: Clear description of how analysis was done. Qualitative studies: Description of how themes derived/ respondent validation or triangulation. Quantitative studies: Reasons for tests selected hypothesis driven/ numbers add up/statistical significance discussed.
- Fair: Qualitative: Descriptive discussion of analysis. Quantitative.
- Poor: Minimal details about analysis.
- Very Poor: No discussion of analysis.

6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

- Good: Ethics: Where necessary issues of confidentiality, sensitivity, and consent were addressed. Bias: Researcher was reflexive and/or aware of own bias.
- Fair: Lip service was paid to above (i.e., these issues were acknowledged).
- Poor: Brief mention of issues.
- Very Poor: No mention of issues.

7. Results: Is there a clear statement of the findings?

- Good: Findings explicit, easy to understand, and in logical progression. Tables, if present, are explained in text. Results relate directly to aims. Sufficient data are presented to support findings.

- Fair: Findings mentioned but more explanation could be given. Data presented relate directly to results.
- Poor: Findings presented haphazardly, not explained, and do not progress logically from results.
- Very Poor: Findings not mentioned or do not relate to aims.

8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

- Good: Context and setting of the study is described sufficiently to allow comparison with other contexts and settings, plus high score in Question 4 (sampling).
- Fair: Some context and setting described, but more needed to replicate or compare the study with others, PLUS fair score or higher in Question 4.
- Poor: Minimal description of context/setting.
- Very Poor: No description of context/setting.

9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?

- Good: Contributes something new and/or different in terms of understanding/insight or perspective. Suggests ideas for further research. Suggests implications for policy and/or practice.
- Fair: Two of the above (state what is missing in comments).
- Poor: Only one of the above.
- Very Poor: None of the above.

7.2 Bewertung der inkludierten Studien

Bewertungsbogen nach Hawker et al. 2002

Good = 4 Punkte

Fair = 3 Punkte

Poor = 2 Punkte

Very Poor = 1 Punkt

Lower scores = poor quality = 0 Punkte

„Role of the registered nurse in primary health care: Meeting health care needs in the 21st century“

(Smolowitz et al. 2015)

Gesamtpunktezahl: 32

89%

1. Abstract and title = GOOD (4 Punkte)

Titel: Der Titel enthält alle relevanten Informationen (Population, Setting, Keywords), außer das Design. Er hat die passende Länge für diese Studie und besitzt zusätzlich einen Subtitel.

Abstract: Die Zusammenfassung ist zwar nicht übersichtlich strukturiert, enthält aber ebenfalls alle wichtigen Informationen, außer die Empfehlungen für die Forschung und die Praxis. Keywords sind gegeben.

2. Introduction and aims = GOOD (4 Punkte)

Die Einleitung geht vom Allgemeinen zum Spezifischen und der theoretische Bezugsrahmen wurde hergestellt.

Diese Studie wollte herausfinden, wie sehr die Rolle der professionellen Pflegepersonen durch die Umgestaltung der Gesundheitsversorgung die Qualität der Primärversorgung verbessern kann.

3. Method and data = GOOD (4 Punkte)

Design: „Appreciative inquiry framework“

Measurements: „Semi-structured“ Telefoninterviews (ca. 60-90 Minuten lang)

Setting: „16 primary health care practices“

Data collection: Die Datensammlung erfolgte via Telefoninterview-Notizen.

4. Sampling = GOOD (4 Punkte)

16 von 23 Primärversorgungszentren wurden ausgewählt. In jedem dieser Zentren gab es Vertreter, mit denen die Telefoninterviews durchgeführt wurden.

5. Data analysis = GOOD (4 Punkte)

Nach jedem Interview verglich das Projektteam die Ergebnisse und Notizen. Als alle Interviews geführt wurden, wurden alle gemeinsam noch einmal analysiert und untersucht.

6. Ethics and bias = POOR QUALITY (0 Punkte)

Nicht erhebbar.

7. Results = GOOD (4 Punkte)

Die Ergebnisse sind gut strukturiert und bestehen aus mehreren Unterüberschriften:

„The Context of Care and RNs Roles and Responsibilities“, „Episodic and Preventive Care Delivery“, „Chronic Disease Management“, „Practice Operations“ and „Financial Implications“.

Die Hauptergebnisse besagen, dass die professionellen Pflegepersonen durch ihren erweiterten Kompetenzbereich in der Primärversorgung eine erhöhte Pflegequalität, Effizienz und eine Senkung der Gesamtkosten bezwecken.

8. Transferability or generalizability = GOOD (4 Punkte)

Da insgesamt 16 verschiedene Primärversorgungszentren mit ihren Vertreterinnen und Vertretern die Interviews absolvierten, sind die Ergebnisse für die Amerikanerinnen und Amerikaner generalisierbar.

9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice? = GOOD (4 Punkte)

Im Text dieser Studie gibt es einen eigenen Teil, der sich mit Empfehlungen für die Politik, für die Ausbildung und für die Praxis beschäftigt.

Es ist für die Qualität des Gesundheitssystems sehr wichtig, dass die geplante Umgestaltung die professionelle Pflege miteinbezieht.

„How do nurse practitioners work in primary health care settings? A scoping review“

(Grant et al. 2017)

Gesamtpunktezahl: 32 Punkte

89%

1. Abstract and title = GOOD (4 Punkte)

Titel: Der Titel ist so kurz wie möglich gehalten und enthält die Population, das Setting, die Keywords und das Design.

Abstract: Die Zusammenfassung ist gut gegliedert und gut strukturiert. Allerdings fehlt die Forschungs- und Praxisempfehlung. Keywords sind angegeben.

2. Introduction and aims = GOOD (4 Punkte)

Die Einleitung ist sehr kurz gehalten und führt vom Allgemeinen zum Spezifischen. Der Zweck und das Ziel dieser Studie werden noch einmal erklärt, der theoretische Bezug wurde aufgenommen, sowie die Forschungslücke: „While nurse practitioners

have entered the workforce as primary care providers, little is known about their work in primary care settings“ und „little literature in the area of working with vulnerable children in communities“ ist angegeben.

3. Method and data = GOOD (4 Punkte)

Design: Es handelt sich um eine Vorstufe zum Systematischen Review und ist angemessen für diese Studie.

Measurements: Die genaue Suchstrategie mit den gewählten Suchbegriffen ist mittels einer Tabelle sehr gut nachvollziehbar.

Setting: Die Studien wurden mit Hilfe der Datenbanken CINAHL, Informit, Web of Science, Scopus und Medline gefunden.

Data Collection: Auch die genaue Beschreibung der Interventionen und des Datensammelungsprozesses ist gegeben: „Studies were identified by a search of key nursing electronic databases conducted in September 2015 (and repeated in July 2016.“

4. Sampling = GOOD (4 Punkte)

74 Forschungsartikel werden insgesamt, nachdem die Duplikate exkludiert wurden, inkludiert. Mittels eines Flussdiagrammes ist das Auswahlverfahren der Studien klar und verständlich dargestellt.

Die meisten inkludierten Forschungsartikel stammen aus den USA (45), Kanada (12) und den Niederlanden (9).

5. Data analysis = GOOD (4 Punkte)

Die Studien wurden allesamt vom „Critical Skills Appraisal Programme“ evaluiert.

6. Ethics and bias = POOR QUALITY (0 Punkte)

Nicht erhebbar.

7. Results = GOOD (4 Punkte)

Der Weg, der zu den Ergebnissen führte, wurde am Anfang vom Ergebnisteil noch einmal genau erklärt.

Danach sind die Ergebnisse sehr übersichtlich in sieben Unterüberschriften gegliedert:

1. Die Pflegepersonen in der Primärversorgung
2. Mit welcher Art von Patientinnen und Patienten arbeiten die Pflegepersonen dort zusammen?
3. Welche erweiterten Fähigkeiten dürfen sie in der Primärversorgung ausführen?
4. Beweise, dass die Beratung für Patientinnen und Patienten in der Primärversorgung zu besseren gesundheitlichen Ergebnissen führen
5. Individuelle Vorteile
6. Vorteile für die Gemeinschaft der Primärversorgung
7. Vorteile für die Gesellschaft

Alle Ergebnisse wurden gut verständlich aufgelistet.

Die Hauptergebnisse waren, dass die Pflegepersonen ihre Kompetenzen meist in Primärversorgungszentren anbieten und dort vor allem in der Beratung, in der Gesundheitsförderung und in der Prävention von chronischen Erkrankungen (wie z.B. Diabetes mellitus, ...) tätig sind. Sie erleichtern den Patientinnen und Patienten den Zugang zum Gesundheitswesen und sorgen somit dafür, dass die Kosten des Gesundheitssystems gesenkt werden.

8. Transferability or generalizability = GOOD (4 Punkte)

Die Artikel, die für diese Studie ausgewählt wurden, sind „Reviews“ aus den USA (45), Kanada (12), die Niederlande (9), dem Vereinigten Königreich (3), Australien (2), der Insel Guam (1), Neuseeland (1) und Slowenien (1). Aufgrund der hohen Anzahl verschiedener Länder und der geographischen Verbreitung der Studien, sind die Ergebnisse für die Allgemeinheit anwendbar und zeigen somit Stärke.

9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practise? = GOOD (4 Punkte)

Die Studienergebnisse sind ausschlaggebend, um einen genauen Überblick darüber zu bekommen, wie wichtig diplomierte Pflegepersonen in einer Primärversorgungseinrichtung sind, was diese bezwecken und dass mit Hilfe ihrer präventiven Maßnahmen und Interventionen gesundheitliche Probleme verhindert werden können. Empfehlung für mehr Forschung und Praxis ist gegeben.

„Registered nurses‘ work with sick leave questions by telephone in primary health care“

(Lännerström et al. 2016)

Gesamtpunktezahl: 36 Punkte

100%

1. Abstract and title = GOOD (4 Punkte)

Title: Der Titel ist passend für diese Studie und die wichtigen Keywords sind an erster Stelle angeführt.

Abstract: Die Zusammenfassung ist sehr gut strukturiert und enthält alle wichtigen Informationen. Lediglich die Forschungsempfehlung fehlt. Keywords sind vorhanden. Auch wenn der Artikel nicht gelesen werden würde, würde man alleinig mit dem Abstract verstehen, worum es geht.

2. Introduction and aims = GOOD (4 Punkte)

Die Einleitung ist allgemein bis spezifisch gegliedert und nimmt auch Bezug zum theoretischen Hintergrund. Die wichtigsten Keywords sind beschrieben.

Forschungslücke ist keine angegeben, nur, dass es bis heute sehr wenig Literatur zu diesem Thema gibt.

Das Forschungsziel ist angegeben: „Therefore, the aim of this study was to describe RN’s work with SLQ’s by telephone.“

3. Method and data = GOOD (4 Punkte)

Generell ist der Methodenteil in mehrere Unterüberschriften gegliedert:

„Questionnaire“, „Participants and setting“ and „Analysis“.

Design: Es wurde ein „Cross-sectional questionnaire“ Design verwendet, welches für diese Studie aussagekräftig ist.

Measurements: Es wurde ein Fragebogen mit insgesamt 120 Fragen verwendet.

Setting: 21 Primärversorgungseinrichtungen im Zentrum von Schweden.

Data collection: „The questionnaire was distributed to 185 RNs at 21 PHCCs in the autumn of 2014.“

4. Sampling = GOOD (4 Punkte)

185 diplomierte Pflegepersonen, die in der Primärversorgung als Telefonistinnen und Telefonisten tätig sind, beantworteten den Fragebogen. Hauptsächlich waren Frauen, zwischen 30-65 Jahre alt, die Teilnehmerinnen.

Es gab keine Ausschlusskriterien. Die Rücklaufquote lag bei 62%.

5. Data analysis = GOOD (4 Punkte)

Die Fragebögen wurden mit „Statistical Package for The Social Sciences (SPSS) und mit einer „manifest content analysis“ analysiert.

6. Ethics and bias = GOOD (4 Punkte)

Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer dieser Studie wurden vor Beginn der Studie über den Zweck und das Ziel informiert. Die Vertraulichkeit der Daten wurde gewährleistet und eine unterzeichnete Zustimmung war Voraussetzung für die Teilnahme.

„The study was approved by the Local Committee for Research Ethics in Uppsala, Sweden.“

7. Results = GOOD (4 Punkte)

Der Ergebnisteil ist gut übersichtlich strukturiert. Zudem sind drei Tabellen angeführt, um die Ergebnisse graphisch darzustellen und um das Verständnis zu verbessern.

Die Ergebnisse sind mit Unterüberschriften in drei Kategorien gegliedert:

„Registered nurses' role and work with SLQs“, „Registered nurses' perception of problems with SLQs“, and „Competence and quality“.

Das Hauptergebnis war, dass die Mehrheit der Pflegepersonen (95 von 114) auf Unterstützung von ihrer Auftraggeberin bzw. dem Auftraggeber bei dem Handling mit dem Krankenbestätigungs-Formular angewiesen waren. Somit bestehen noch einige Schwierigkeiten und die Nachfrage nach mehr Übung und Ausbildung.

8. Transferability or generalizability = GOOD (4 Punkte)

Durch die gewählte Teilnehmerzahl und durch die vielen gleichen Resultate ist dieses Studienergebnis generalisierbar.

9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice? = GOOD (4 Punkte)

In der Studie wird beschrieben, dass ein dringender Ausbildungsbedarf der Pflegepersonen für dieses Thema besteht, damit die Pflege weiterhin eine gute Versorgungsqualität für diese Gruppe von Patientinnen und Patienten bieten kann.

„Australian practice nurses‘ perceptions off their role and competency to provide nutrition care to patients living with chronic disease“

(Cass, Ball & Leveritt 2014)

Gesamtpunktezahl: 33

92%

1. Abstract and title = GOOD (4 Punkte)

Title: Der Titel dieser Studie könnte etwas kürzer sein. Ansonsten sind alle wichtigen Informationen, außer das Setting, im Titel angegeben. Ein möglicher Vorschlag wäre: „Australian practise nurses‘ provide nutrition care to patients with chronic disease in primary care facilities.“

Abstract: Die Zusammenfassung ist zwar nicht übersichtlich gegliedert, allerdings sind alle wichtigen Informationen darin enthalten (Ziel, Methode, Ergebnisse, Schlussfolgerung, Empfehlungen für die Praxis und die Forschung).

Die Keywords sind nicht angegeben.

2. Introduction and aims = GOOD (4 Punkte)

Die Einleitung geht vom Allgemeinen zum Spezifischen und berücksichtigt auch den theoretischen Hintergrund.

Eine klar definierte Forschungslücke gibt es zwar nicht, jedoch geht eine klare Forschungsempfehlung aus dieser Studie hervor, dass man mehr über die Rolle der Pflegepersonen, die Ernährungstipps für chronisch erkrankte Patientinnen und Patienten geben kann, erfahren möchte: „There is a clear need to expand on the study by Mitchell et al. 2011.“

Die wichtigsten Keywords wurden beschrieben und am Schluss der Einleitung steht das Forschungsziel dieser Studie: „Therefore, the aim of the present study was to investigate the perceptions of PNs regarding their role and competency to provide nutrition care to patients living with chronic disease.“

3. Method and data = GOOD (4 Punkte)

Generell ist der Methodenteil sehr übersichtlich gegliedert.

Design: Diese qualitative Studie verwendete ein „semi-structured interview“ Design mit offenen Fragen.

Measurements: Die Interviews wurden mittels Telefon durchgeführt und dauerten ca. 11 bis 39 Minuten.

Setting: Interviews via Telefon.

Data collection: Die Interviews wurden über 2 Monate (März und April 2012) geführt, so lange bis die gewünschte Datensättigung erreicht war.

4. Sampling = FAIR (3 Punkte)

20 diplomierte, australische, weibliche Pflegepersonen wurden zielgerichtet ausgewählt und nahmen an dieser Studie teil. Alle Teilnehmerinnen hatten neun Jahre Erfahrungen und arbeiten als Unterstützung für einen „General Practitioner“ in der Primärversorgung.

Eine etwas wenig aussagekräftige Anzahl der Teilnehmerinnen.

5. Data analysis = GOOD (4 Punkte)

Die Daten wurden von „Investigator“ (SC) und anderen Forschungsmitgliedern analysiert.

6. Ethics and bias = GOOD (4 Punkte)

„The study protocol was approved by the Griffith University Human Research Ethics Committee.“

7. Results = GOOD (4 Punkte)

Für das bessere Verständnis sind die Ergebnisse in dieser Studie zusätzlich mit drei graphischen, selbsterklärenden Tabellen und direkten Zitaten der Partizipantinnen angegeben.

Als Hauptergebnis wird im Ergebnisteil festgestellt, dass die Ernährungsberatung bei chronischen Erkrankungen für die Pflegepersonen eine sehr große Rolle spielen, wobei ihnen die Grenzen der Beratung in jedem Fall bewusst sind und sie diese nicht überschreiten.

Somit gilt das Forschungsziel als erreicht.

8. Transferability or generalizability = POOR (2 Punkte)

Da in dieser Studie nur 20 weibliche Partizipantinnen teilnahmen und keine männlichen Pflegepersonen, ist dieses Studienergebnis nicht generalisierbar und für die Allgemeinheit übertragbar.

9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice? = GOOD (4 Punkte)

Die Studienergebnisse sind wichtig, da die Pflegepersonen in der Praxis sehr oft nach Ernährungstipps gefragt werden und diese einen integralen Bestandteil im Kompetenzbereich haben sollten.

„Assessing primary care in Austria: room for improvement“

(Stigler et al. 2017)

Gesamtpunktezahl: 30

83%

1. Abstract and title = GOOD (4 Punkte)

Title: Der Titel ist so kurzgehalten wie möglich und passend für diese Studie. Die wichtigsten Keywords stehen ganz am Anfang.

Abstract: Die Zusammenfassung ist übersichtlich strukturiert und enthält außer der Empfehlung für die Forschung alle wichtigen Informationen. Die Keywords sind angegeben. Der Abstract ist sehr verständlich und vermittelt dieselben Eindrücke wie der Artikel.

2. Introduction and aims = GOOD (4 Punkte)

Die Einleitung geht vom Allgemeinen zum Spezifischen. Die Forschungslücke, dass Österreichs Primärversorgung noch nie mit einem Messinstrument gemessen wurde, wurde durch diese Studie geschlossen. Da es aber trotzdem noch sehr wenig Literatur zu diesem Thema gibt, hat diese Studie zum Ziel, der sogenannte Grundstein für weitere Untersuchungen und Forschungen für die zukünftige Gesundheitsversorgung in Österreich zu sein.

3. Method and data = GOOD (4 Punkte)

Design: „Primary Care Assessment Tool“ von Barbara Starfield entwickelt.

Measurements: Dieses „Assessment Tool“ definiert sich aus insgesamt 15 Merkmalen und wurde nach diesen gewertet und eingestuft.

Setting: Merkmale (Charaktereigenschaften) der Länder wurden gemessen.

Data collection: Die Datensammlung der Merkmale von Österreich und den anderen Ländern fand 1998 statt.

Jedes einzelne Merkmal wurde mit Punkten bewertet.

Für ein Merkmal, das „hoch“ eingestuft wurde, gab es zwei Punkte.

Für ein Merkmal mit einem „moderaten“ Entwicklungsniveau gab es einen Punkt und für eine „sehr geringe“ Einstufung gab es null Punkte.

4. Sampling = GOOD (4 Punkte)

Österreich wurde mit 13 Ländern verglichen. Diese Stichprobe kann als angemessen gesehen werden.

5. Data analysis = GOOD (4 Punkte)

Jeder einzelne Charakter wurde von sechs Primärversorgungsexperten analysiert.

6. Ethics and bias = POOR QUALITY (0 Punkte)

„Ethical approval: none.“

7. Results: FAIR (3 Punkte)

Der Ergebnisteil enthält eine Unterüberschrift. Es sind zwei Tabellen zum besseren Verständnis angeführt.

Das Forschungsziel ist, dass sich Österreichs Primärversorgung weiterentwickelt.

8. Transferability or generalizability = FAIR (3 Punkte)

Da die Primärversorgung von insgesamt 14 Ländern eingeschätzt wurde, sind die Ergebnisse aussagekräftig und übertragbar.

9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice? = GOOD (4 Punkte)

Die Ergebnisse dieser Studie sind sehr wichtig, da sie überhaupt die ersten Messergebnisse von Österreichs Primärversorgung vorweisen. Praxis und Forschung sollten in jedem Fall den Nutzen daraus ziehen und versuchen, Österreichs Primärversorgung anzupassen und zu verbessern.

„Releasing the potential of Nursing“

(Carryer 2017)

Gesamtpunktezahl: 22

61%

1. Abstract and title = FAIR (3 Punkte)

Title: So kurz wie möglich und passend für diesen Artikel.

Abstract: Nicht vorhanden.

2. Introduction and aims = GOOD (4 Punkte)

Die Einleitung ist zwar nicht vom Fließtext getrennt, ist aber mit dem theoretischen Hintergrund zusammen klar als Einleitung zu identifizieren.

Auch das Ziel dieses Artikels ist in der Einleitung vorhanden: diplomierte Pflegepersonen sollten in Neuseelands Primärversorgung aufgenommen werden, um dort ihre Arbeit ausführen zu können.

Forschungslücke ist keine angegeben.

3. Method and data = POOR QUALITY (0 Punkte)

Nicht vorhanden.

4. Sampling = POOR QUALITY (0 Punkte)

Nicht vorhanden.

5. Data analysis = POOR QUALITY (0 Punkte)

Nicht vorhanden.

6. Ethics and bias = FAIR (3 Punkte)

Der Einsatz für einen erweiterten Kompetenzbereich der professionellen Pflege, zeugt von einer positiven Grundeinstellung.

Allerdings ist keine Ethik-Kommission angegeben.

7. Results = GOOD (4 Punkte)

Durch ihre Beratung und Gesundheitsförderung ist die professionelle Pflege in der Primärversorgung Neuseelands mitunter eine der ersten Anlaufstellen der Bevölkerung bei gesundheitlichen Problemen.

8. Transferability or generalizability = GOOD (4 Punkte)

Da es keine Stichprobe bzw. keine Stichprobenzahl gibt, ist diese Studie wegen ihrer Generalisierbarkeit nicht zu beurteilen. Allerdings ist zu sagen, dass die Ergebnisse das gesamte diplomierte Pflegepersonal Neuseelands betreffen und somit in diesem Sinne verallgemeinert werden können.

9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice? = GOOD (4 Punkte)

Fortschrittliche Ergebnisse, welche wichtig für die Praxis und Forschung sein können.

„Identifying nurse practitioners‘ required case management competencies in health promotion practice in municipal public primary health care. A two-stage modified Delphi study“

(Maijala, Tossavainen & Turunen 2015)

Gesamtpunktezahl: 35

97%

1. Abstract and title = GOOD (4 Punkte)

Title: Der Titel ist sehr lange, jedoch enthält er alle wichtigen Informationen und im Subtitel ist das Design angegeben.

Abstract: Die Zusammenfassung ist gut strukturiert und vollständig. Die Keywords sind ebenfalls angegeben.

2. Introduction and aims = GOOD (4 Punkte)

Die Einleitung geht vom Allgemeinen zum Spezifischen und nimmt auch Bezug zum theoretischen Hintergrund dieses Themas.

Die Forschungslücke bezieht sich darauf, dass es bezüglich der Nützlichkeit und Anwendung von Gesundheitsförderung der Pflegepersonen in der Primärversorgung von Finnland noch sehr wenig Literatur gibt.

Ziel dieser Studie ist es, einen Konsens zwischen den erforderlichen „Case Management“ Kompetenzen der Pflegepersonen und der Patientinnen und Patienten der Primärversorgung zu finden.

3. Method and data = GOOD (4 Punkte)

Design: A „two-stage modified Delphi technique“, in dieser Studie erreichte der Konsens ein Level von 51% Zustimmung.

Measurements: Es gab eine sogenannte Runde 1 und Runde 2. In der 1. Runde wurde ein „semi-structured Interview“ durchgeführt. In der 2. Runde wurde ein Fragebogen ausgefüllt.

Setting: 11 „municipal health centres“ in Finnland.

Data collection: Die Datensammlung erfolgte von Jänner bis März 2011.

4. Sampling = GOOD (4 Punkte)

1. Runde: 42 Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit fünf oder mehreren Jahren Berufserfahrung in der Primärversorgung

2. Runde: 87 Teilnehmerinnen und Teilnehmer, insgesamt 56 dieser Teilnehmerinnen und Teilnehmer gaben den Fragebogen ausgefüllt wieder zurück. Rücklaufquote von 64%.

Die Stichprobenanzahl ist repräsentativ für die definierte Population, jedoch betrifft sie nur eine Region von Finnland.

5. Data analysis = GOOD (4 Punkte)

Die Daten wurden mit SPSS analysiert.

6. Ethics and bias = GOOD (4 Punkte)

Diese Studie wurde von einer Ethikkommission überprüft. „All the participants gave written consent to participate voluntarily in the research and were given information orally and in written form at the beginning of the study“.

7. Results = GOOD (4 Punkte)

Die Ergebnisse sind anfangs mittels einer gut verständlichen Tabelle dargestellt. Anschließend folgt noch eine kurze Zusammenfassung und Erklärung der Ergebnisse.

Das Hauptergebnis ist, dass insgesamt 18 erforderliche „Case Management“ Kompetenzen für Pflegepersonen, die in der Gesundheitsförderung tätig sind, herausgefunden wurden. Somit wurde das Forschungsziel erreicht.

8. Transferability or generalizability = FAIR (3 Punkte)

Da die Stichprobengröße dieser Studie eher klein ist und nur eine Region von Finnland betroffen ist, sollten die Ergebnisse eher mit Vorsicht generalisiert werden.

9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice? = GOOD (4 Punkte)

Die Ergebnisse sind sehr wichtig, da sie zeigen, dass noch sehr viel weitere Forschung und Praxis in Bezug auf Pflegepersonen und ihre Rolle in der Gesundheitsförderung benötigt werden.

„Neue Wege in der Primärversorgung.

Zur Optimierung der wohnortnahen Gesundheitsversorgung in Österreich“

(Rebhandl 2014)

Gesamtpunktezahl: 22

61%

1. Abstract and title = FAIR (3 Punkte)

Title: Titel ist passend gewählt für diese Studie und hat auch einen Subtitel.

Abstract: nicht vorhanden.

2. Introduction and aims = GOOD (4 Punkte)

Die Einleitung ist allgemein bis spezifisch und nimmt auch Bezug auf den geschichtlichen Hintergrund auf.

Das wichtigste Keyword wird beschrieben.

Ziel dieses Artikels soll die Verbesserung und Lösung vieler derzeitiger Probleme im österreichischen Gesundheitssystem und die Umsetzung eines neuen Primärversorgungskonzeptes sein.

3. Method and data = POOR QUALITY (0 Punkte)

Nicht vorhanden.

4. Sampling = POOR QUALITY (0 Punkte)

Nicht vorhanden.

5. Data analysis = POOR QUALITY (0 Punkte)

Nicht vorhanden.

6. Ethics and bias = FAIR (3 Punkte)

Das Konzept hat zum Ziel, der Bevölkerung den Zugang zum Gesundheitssystem zu erleichtern und deswegen ethische Prinzipien.

Es gibt keine Ethik Kommission.

7. Results = GOOD (4 Punkte)

Dieses Prinzip befindet sich, laut Gesundheitsreform, mitten in der Umsetzungsphase. Es soll aber zahlreiche, positive Effekte haben und zu einer umfassenderen Versorgung bei akuten Erkrankungen und einer höheren Lebensqualität beitragen.

8. Transferability or generalizability = GOOD (4 Punkte)

Dieses Konzept wird international schon umgesetzt und dort als sehr gut befunden. Derzeit kann dies in Österreich noch nicht festgestellt werden.

9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice? = GOOD (4 Punkte)

Wenn die ersten Ergebnisse vorhanden sind, werden sie sehr viel zu Forschungsarbeiten und Praxis beitragen können.

„Primärversorgung“

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

(Czypionka & Ulinski 2014)

Gesamtpunktezahl: 22

61%

1. Abstract and title = FAIR (3 Punkte)

Title: So kurz wie möglich und für diesen Artikel passend.

Abstract: Keine Zusammenfassung vorhanden.

2. Introduction and aims = GOOD (4 Punkte)

Gut gegliedert, vom Allgemeinen bis zum Spezifischen.

Dieser Artikel soll Aufschluss darüber geben, „welche Möglichkeiten es zur Umsetzung von Primärversorgung in Österreich gibt.“

Es sind auch Definitionen und Abbildungen in der Einleitung vorhanden.

3. Method and data = FAIR (3 Punkte)

Primärversorgungsmessinstrument nach Barbara Stigler.

4. Sampling = POOR QUALITY (0 Punkte)

Nicht vorhanden.

5. Data analysis = POOR QUALITY (0 Punkte)

Nicht vorhanden.

6. Ethics and bias = POOR (1 Punkt)

Nicht erhebbar.

7. Results = GOOD (4 Punkte)

Auch hier können nur strategische Ziele festgestellt werden, da die Umsetzungsschritte nun erfolgen sollen.

8. Transferability or generalizability = FAIR (3 Punkte)

Wenn die geplanten Ziele erreicht werden, besteht eine gute Möglichkeit zur Generalisierbarkeit.

9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice? = GOOD (4 Punkte)

Neue Ergebnisse in der Primärversorgung wären insofern wichtig, da Österreichs derzeitige Primärversorgung in Forschung sowie auch in Praxis Aufholbedarf hat.

„Steirischer Gesundheitsplan 2035“

(Land Steiermark 2017)

Gesamtpunktezahl: 22

61%

1. Abstract and Title = FAIR (3 Punkte)

Title: Für diesen Artikel passend und kurz genug.

Abstract: nicht vorhanden.

2. Introduction and aims = GOOD (4 Punkte)

Die Einleitung ist gut gegliedert (Allgemein bis Spezifisch) und geht auch auf die historische Entwicklung der Steiermark ein.

Die Ziele dieses Gesundheitsplans versprechen eine Gleichwertigkeit der Versorgung, einen bedarfsgerechten Umgang mit Ressourcen und die Gleichwertigkeit des Zugangs zum System.

3. Method and data = POOR QUALITY (0 Punkte)

Nicht vorhanden.

4. Sampling = POOR QUALITY (0 Punkte)

Nicht vorhanden.

5. Data analysis = POOR QUALITY (0 Punkte)

Nicht vorhanden.

6. Ethics and bias = FAIR (3 Punkte)

Nicht vorhanden, die Ansätze dieses Gesundheitsplanes sind jedoch ethisch vertretbar.

7. Results = GOOD (4 Punkte)

Die Ziele dieses Gesundheitsplans befinden sich in der Umsetzungsphase und werden erst 2035 evaluiert.

8. Transferability or generalizability = GOOD (4 Punkte)

Wenn die geplanten Ziele erreicht werden können, sind die Ergebnisse generalisierbar.

9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice? = GOOD (4 Punkte)

Sehr wichtig, da es die gesamte österreichische Bevölkerung betrifft.

„Telephone nursing in Sweden: A narrative literature review“

(Kaminsky et al. 2017)

Gesamtpunktezahl: 34

94%

1. Abstract and title = GOOD (4 Punkte)

Title: Der Titel ist passend kurz gehalten und enthält alle wichtigen Informationen, außer das Setting.

Abstract: Die Zusammenfassung ist zwar nicht mit Unterüberschriften versehen und gegliedert, enthält aber bis auf die Praxisempfehlung ebenfalls alle Informationen. Die Keywords sind angegeben.

2. Introduction and aims = GOOD (4 Punkte)

Richtig gegliedert von allgemein bis spezifisch und der Bezug zum theoretischen Hintergrund wurde hergestellt.

Zweck dieser Studie war es zu untersuchen, wie Pflegepersonen, die als Telefonistinnen bzw. Telefonisten arbeiten von den Anruferinnen bzw. Anrufern wahrgenommen werden.

3. Method and data = GOOD (4 Punkte)

Design: „literature review“ design mit einer „narrative presentation“ der Ergebnisse.

Measurements: Insgesamt wurden 24 Forschungsartikel inkludiert, welche mit den Suchbegriffen „telephone nursing“, „telephone advice nursing“, „telenursing“, „telephine triage“ and „sweden“ gefunden wurden.

Setting: Die Studien wurden in den Datenbanken PubMed, Scopus und CINAHL gefunden.

Data collection: Die Datensammlung wurde von Kaminsky Elenor und Holmström Inger, K. durchgeführt.

4. Sampling = GOOD (4 Punkte)

Die Forschungsartikel wurden von allen Autoren separat gelesen und mittels eines Protokolls auf die Qualität getestet. Keiner der Artikel wurde wegen geringer Qualität ausgeschlossen. Die Anzahl der 24 inkludierten Artikel ist in Ordnung.

5. Data analysis = GOOD (4 Punkte)

Die Datenanalyse wurde von Kaminsky Elenor und Holmström Inger, L. durchgeführt.

6. Ethics and bias = FAIR (3 Punkte)

In dieser Studie traten unter anderem ethische Probleme auf. Diese könnten sein, dass Pflegepersonen wissen, dass bestimmte Anruferinnen bzw. Anrufer auf Grund organisatorischer Gründe, die für sie bestimmte Pflege nicht bekommen können.

Ethikkommission wurde keine angeführt.

7. Results = GOOD (4 Punkte)

Die Ergebnisse sind in sehr viele Unterüberschriften gegliedert: „TN as perceived by callers“, „TN as perceived by telephone nurses and managers“, „Problems and ethical dilemmas“, „Communication“, „Decision support tool“, „Telephone nurses' work tasks“, „Goals of TN and malpractice claims according to managers“, „Call characteristics“, „Authentic calls“, „Incident reports“ und „Threats to patient safety“.

Das Hauptergebnis ist, dass vor allem Eltern, wenn sie Fragen bezüglich Gesundheitsprobleme ihrer Kinder hatten, sehr froh über die Unterstützung von der „Telephone Nurse“ waren. Generell ist die Bevölkerung von Schweden froh, auf die mögliche Beratung und Unterstützung der „Telephone Nurse“ zählen zu können.

8. Transferability or generalizability = FAIR (3 Punkte)

Auf Grund der hohen Stichprobenzahl, kann man sagen, dass diese Ergebnisse für Schweden generalisierbar sind.

9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice? = GOOD (4 Punkte)

In der Schlussfolgerung steht geschrieben, dass noch viel mehr Forschung zu diesem Thema, der „Telephone Nurse“ und der Patientinnen- und Patientensicherheit erfolgen und auch in der Praxis umgesetzt werden muss. Ein wichtiges Thema.
