

Bachelorarbeit

Einsatz von Standard Operating Procedures und Guidelines durch Pflegefachpersonen in der Primärversorgung

eingereicht von
Jacqueline Fließner

zur Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Nursing Science
(BScN)

Medizinische Universität Graz
Institut für Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von
Gerhilde Schüttengruber, BSc, MSc

Graz, 13.03.2018

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.“

13.03.2018

Jacqueline Fließner, eh

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Primary Health Care – Konzept der Primärversorgung	1
1.2	Primärversorgung - international	2
1.3	Primärversorgung in Österreich	5
1.4	Handlungsregeln	9
1.5	Relevanz	13
1.6	Forschungsziel und Forschungsfrage	13
2	Methoden	14
2.1	Design	14
2.2	Suchstrategie	14
2.3	Literaturauswahl	16
3	Ergebnisse	20
3.1	Anwendung von SOPs	21
3.2	Anwendung von Guidelines bei chronischen Erkrankungen	22
3.3	Anwendung von Standard Treatment Guidelines	26
4	Diskussion.....	28
5	Schlussfolgerung	30
6	Literaturverzeichnis	32
7	Abbildungs-/Tabellenverzeichnis	36
8	Anhang.....	36

Zusammenfassung

Hintergrund: Das Konzept der Primärversorgung wurde bereits in vielen Ländern erfolgreich umgesetzt. Es bietet die Möglichkeit, vielen Problemen des Gesundheitswesens entgegenzuwirken. Pflegefachpersonen ermöglicht die Kompetenzerweiterung im Bereich der Primärversorgung zudem, die eigene Stellung im interdisziplinären Team und in der Gesellschaft aufzuwerten. Dies erfolgt dann, wenn Qualität und Sicherheit gewährleistet werden können. Dazu bedarf es einiger festgelegter Strukturen, definierter Qualitätsstandards, welche u. a. Kompetenzüberschreitungen vermeiden und für eine patienten- und bedarfsgerechte Versorgung sorgen.

Ziel: Ziel dieser Arbeit ist es, die internationale Anwendung von Standard Operating Procedures (SOPs) und Guidelines in der Primärversorgung durch Pflegefachpersonen aufzuzeigen und eine Grundlage für jene Länder bereitzustellen, welche die Umsetzung des Konzepts zukünftig vollziehen werden.

Methode: Diese Arbeit beruht auf einem Literaturreview. Dazu erfolgte eine Literaturrecherche in den Datenbanken Pubmed und CINAHL. Letztendlich wurden zehn Studien miteinbezogen.

Ergebnisse: Skandinavische Länder wenden bereits erfolgreich Guidelines zur Prävention oder Behandlung von chronischen Erkrankungen durch Pflegefachpersonen in der Primärversorgung an. Sogenannte „Standard Treatment Guidelines“ kommen auch dort durch die Pflege zur Anwendung, wo kaum materielle, finanzielle und personelle Ressourcen verfügbar sind. Dabei übernimmt die Pflegeperson, unter Einhaltung der Guideline, Tätigkeiten zur Diagnostik sowie zur Behandlung. Der Einsatz von pflegerischen SOPs zeigt sich in der Praxis als essentielles Werkzeug zur Gewährleistung optimaler standardisierter Versorgung.

Schlussfolgerung: Guidelines kommen auf internationaler Ebene am häufigsten zur Anwendung, wohingegen es an mehr Forschung bezogen von SOPs durch Pflegefachpersonen bedarf.

Abstract

Background: The concept of primary care has already been successfully implemented in many countries. It offers the opportunity to counteract many problems within the healthcare system. In addition, by expanding its competences in the field of primary care nursing staff can enhance its value within an interdisciplinary team and the society as a whole. This is done when quality and safety can be guaranteed. This requires a few defined structures, defined quality standards, which i.a. avoid overstepping the competencies and ensure patient and needs-based care.

Aim: The aim of this literature review is to highlight the international application of Standard Operating Procedures (SOPs) and Guidelines for primary care by nurses and to provide a basis for those countries that will implement the concept in the future.

Method: This work is based on a literature review. For this purpose, a literature search was carried out in the databases Pubmed and CINAHL. Finally, ten studies were included.

Results: Scandinavian countries are already successfully applying guidelines for the prevention or treatment of chronic diseases by primary care nurses. So-called standard treatment guidelines are also applied there through nursing, where hardly any material, financial and human resources are available. In doing so, the caregiver takes care of diagnostics and treatment in compliance with the guideline. The use of nursing SOPs is in practice an essential tool for ensuring optimal standardized care.

Conclusion: Guidelines are the most widely used at the international level, whereas nurses need more research related to SOPs.

1 Einleitung

1.1 Primary Health Care – Konzept der Primärversorgung

In der Literatur wird für den Begriff der Primärversorgung meist die Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) angegeben. In der Alma-Ata-Deklaration, aus dem Jahr 1978, hat die WHO erstmals die internationale Wichtigkeit der primären Gesundheitsversorgung (Primary Health Care) aufgezeigt. Diese wird als wesentlicher Bestandteil des Gesundheitssystems beschrieben und als Erstkontaktstelle bei der Gesundheitsversorgung gesehen. Um den Zugang für die Gesellschaft gewährleisten zu können, müssen Systeme geschaffen werden, die unmittelbar vom Lebensmittelpunkt aus erreicht werden können. Das Versorgungsangebot soll kurative, rehabilitative, gesundheitsförderliche und präventive Leistungen abdecken (Weltgesundheitsorganisation n. d.).

Einige Bestandteile, die in jedem Fall enthalten sein sollen, aber ergänzt werden müssen, sind: die ausführliche Informationsweitergabe von bestehenden Gesundheitsproblemen und deren präventiven als auch kurativen Interventionen; Unterstützung beim ausgewogenen Ernährungsverhalten; besondere Gesundheitsobhut von Frauen und deren Kindern; Unterstützung und Beratung bei Kinderwunsch, Schwangerschaft sowie Empfängnisverhütung; Bereitstellung von Impfstoffen zur Grundimmunisierung; Maßnahmen zur Vorbeugung und Behandlung von örtlich begrenzten Erkrankungen; adäquate Versorgung und Therapie von chronischen Krankheiten und Verletzungen sowie bedarfsgerechte Bereitstellung von Arzneimitteln. Diese Grundbestandteile sollen von einem interdisziplinären Team verschiedener Berufsgruppen der medizinischen, nicht-medizinischen, pflegerischen, sozialen und psychologischen Disziplinen, an die entsprechenden Gesellschaftsbedürfnisse angepasst und eingesetzt werden (Weltgesundheitsorganisation n. d.).

Ziel ist es, ein zugängliches System zu schaffen, das die Gesundheit aller Menschen auf eine Ebene bringt. Dadurch können Kosten eingedämmt, auf die Gesundheitsbedürfnisse rascher reagiert und sowohl präventive als auch kontinuierliche Behandlungen garantiert werden (Weltgesundheitsorganisation n. d.).

Weitere Definitionsbestandteile der Primärversorgung können je nach Regelung wie folgt beschrieben werden: Primärversorgung als Konzept beschreibt Strategien zur Gewährleistung von allumfassender Gesundheitsversorgung. Ein Beispiel dafür wäre das WHO-Konzept von Alma-Ata. Primärversorgung kann auch als primäre Versorgungsebene umschrieben werden, wenn weitere Ebenen definiert sind. In diesem Fall kann der Leistungsumfang der primären Versorgungsebene der Primärversorgung zugeteilt werden. Primärversorgung wird auch hinsichtlich der Leistungszusammensetzung definiert. Unbeeinflusst von der Versorgungsebene und der Berufsgruppe, welche definierte Primärversorgungsaufgaben vollzieht, wird die Primärversorgung bei Durchführung der festgelegten Tätigkeit geleistet. Primärversorgung kann auch als ein Kernprozess bezeichnet werden, bezogen auf die Funktion des Gate-Keeping als auch die der Erstkontaktstelle. Zuletzt wird die Primärversorgung durch Berufsgruppen festgelegt, welche die Leistungen der Primärversorgung erbringen. Nicht nur medizinisches Personal, sondern auch pflegerisches, nicht medizinisches, administratives, therapeutisches sowie sozialberufliches Personal kann mitunter eingeschlossen werden (Czypionka & Ulinski 2014, p. 6).

Die Primärversorgung ist in einigen Ländern bereits ein wesentlicher Bestandteil des Gesundheitssystems, während die Umsetzung in anderen Ländern erst erarbeitet wird.

1.2 Primärversorgung - international

Im europäischen Raum sind die skandinavischen Länder Vorreiter, was Primärversorgung angeht. Die Primärversorgung wird dort entweder als Gruppenpraxis oder als Gesundheitszentrum definiert, wo Allgemeinmediziner mit weiteren nicht-ärztlichen Berufsgruppen (u. a. die Berufsgruppe der Pflege) eng zusammenarbeiten (Korsatko 2017a).

In Dänemark wird die Qualitätssicherung der Primärversorgung durch praxisbezogene Leitlinien und den öffentlich finanzierten „Danish Quality Unit of General Practice“ gewährleistet. Beim Einsatz von Pflegefachpersonen in den dänischen, schwedischen und norwegischen Primärversorgungseinheiten finden sich beinahe die gleichen Strukturen wie in den Niederlanden wider (Korsatko 2017a).

Die Niederlande zählen zu einer der fortschrittlichsten Primärversorgungssysteme in Europa. Bereits in den 1970er-Jahren wurde dort die Aus- und Weiterbildung des Allgemeinmediziners ausgebaut. Viele Allgemeinmediziner gehören der „Nederlands Huisartsen Genootschap“ (NHG; Gesellschaft für Allgemeinmedizin) an, welche bereits etliche Richtlinien für die Praxis herausgegeben und zu Verfügung gestellt hat. Der Hausarzt übernimmt u. a. die Rolle des „Gate-Keepers“. Das bedeutet, dass der Allgemeinmediziner als Erstkontaktstelle verpflichtend aufzusuchen ist, welcher innerhalb von 15 Minuten vom Wohnsitz aus erreichbar ist. Dieser überweist die Patientin oder den Patienten dann ggf. an andere Primärversorger, andere Spezialisten oder Krankenhäuser. Dabei ist zu betonen, dass 96 % der Patientinnen und Patienten bereits in der Praxis des Allgemeinmediziners versorgt werden und nur 4 % in die Peripherie überwiesen werden (Czypionka & Ulinski 2014, pp. 20-21).

In den Niederlanden sind Pflegefachpersonen in Primärversorgungseinheiten dazu befähigt, das Management chronischer Erkrankungen selbstständig zu übernehmen: sie, verschreiben und verabreichen Medikamente und verordnen weitere Verfahren zur Diagnostik. Die Qualität wird besonders durch stetige Forschung und den Einsatz evidenzbasierter (hausärztlicher) Leitlinien hervorgehoben (Korsatko 2017a).

Im Vergleich zu den Niederlanden ist das Primärversorgungssystem des Vereinigten Königreichs (United Kingdom) eines der angesehensten in Europa. Auch hier zeichnet sich die hohe Anerkennung durch stetige Forschung, Weiterentwicklung und Implementierung in die Praxis aus. Pflegefachpersonen übernehmen neben den bereits genannten Tätigkeiten präventive Maßnahmen wie Impfungen, Hausbesuche sowie die Durchführung geriatrischer Assessments. Im Vereinigten Königreich findet man neben Primärversorgungszentren, welche vermehrt im ländlichen Bereich zu finden sind, sogenannte „walk-in-centres“ im städtischen Bereich. Diese sind durchgehend geöffnet und stellen die Versorgung von einfachen Krankheitsbildern und Verletzungen durch Pflegefachpersonen dar (Korsatko 2017c).

In Slowenien übernimmt die Pflegefachperson in Primärversorgungseinrichtungen Tätigkeiten wie die Versorgung chronisch kranker Patientinnen und Patienten, die Versorgung zu Hause sowie Maßnahmen bezogen auf Prävention und Gesundheitsförderung (Korsatko 2017b).

Portugal hat bereits in den 1970er-Jahren das Konzept der Primärversorgung aufgegriffen und bis heute immer wieder aktualisiert und verbessert. Daraus ist eine starke Primärversorgung hervorgegangen, die ebenfalls aus einem interdisziplinären Team von Personen mit ärztlichen und nicht-ärztlichen Berufen besteht (Korsatko 2017c).

Im Vergleich zu Europa besteht in den USA u. a. das Modell der „Patient-centered medical homes“ (PCMH), welches seit den 1970er-Jahren existiert und immer wieder weiterentwickelt wurde, jedoch nicht für die ganze Bevölkerung zugänglich ist. Dieses Modell hebt die ganzheitliche Langzeitbegleitung durch den Allgemeinmediziner und durch Personen anderer Gesundheitsprofessionen hervor. Von den unterschiedlichsten Verbänden wird u. a. der stetige Einsatz von aktuellsten Leitlinien, die Teilnahme an Feedback- sowie Fortbildungsmaßnahmen u.v.m. gefordert. Das PCMH stellt eine Organisation dar, welche folgende Kernelemente beinhaltet: persönliche und ganzheitliche ärztliche Behandlung durch einen Mediziner als Hauptansprechperson, Gesundheitsversorgung durch ein interdisziplinäres organisationsspezifisches Team, hohe Priorität von Qualität und Sicherheit in der Praxis welche u. a. durch das Einsetzen evidenzbasierter Instrumente gewährleistet werden, zeitlich beinahe unbegrenzte Erreichbarkeit sowie alternative Kommunikationsformen werden realisiert und umgesetzt (Czypionka & Ulinski 2014, pp. 22-23).

1.3 Primärversorgung in Österreich

In Österreich gibt es drei unterschiedliche Gesundheitsebenen, in denen Dienstleistungen zur Gesundheitsversorgung frei ausgewählt werden können: die primäre, die sekundäre und die tertiäre Versorgungsebene. Die primäre Versorgungsebene stellt die bisherige Konsultierung des Hausarztes dar. International kommen in dieser Ebene Primärversorgungseinheiten, sogenannte Primary Healthcare Centres, zum Einsatz. Die primäre Versorgungsebene ist die zentrale Koordinationsstelle zur bedarfsgerechten Weiterleitung in die sekundäre oder tertiäre Versorgungsebene (Gesundheit Österreich GmbH 2018).

Die sekundäre Versorgungsebene beinhaltet vor allem die Versorgung in Ambulanzen, welche derzeit nicht zwingend über den Hausarzt aufgesucht werden. Somit stellt die Primärversorgungseinheit eine wesentliche Entlastung für den ambulanten Bereich dar, da diese als Erstkontaktstelle im Gesundheitswesen gelten soll und an diverse Fachbereiche weiterleiten kann (Gesundheit Österreich GmbH 2018).

Die tertiäre Versorgungsebene ist jene der stationären Versorgung. Dabei geht es um die Behandlung in Krankenhauseinheiten mit Bettenstationen (Gesundheit Österreich GmbH 2018).

Im europäischen Vergleich der Krankenhaushäufigkeit lag Österreich 2010 mit aufgerundet 26 Entlassungen pro 100 Einwohner und Einwohnerin an letzter Stelle. Der EU-Durchschnitt der Krankenhaushäufigkeit lag bei rund 15 Entlassungen pro 100 Einwohner und Einwohnerin (Bundesministerium für Gesundheit 2013b). Im Jahr 2016 wurden 2.705.460 stationäre Aufenthalte in Österreich verzeichnet, mit einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 6,4 Tagen (Statistik Austria 2018).

Der steigende Hausärztemangel im ländlichen Bereich, mangelhafte Ausbildung von medizinischen sowie nicht-medizinischen Berufen, schwache politische Anteilnahme bezüglich Versorgungsstrukturen, der Drehtüreffekt bzgl. vermehrter und wiederholter Krankenhausaufenthalte, überfüllte Ambulanzen, steigende Anzahl an chronisch Erkrankten und insgesamt steigende Kosten im Gesundheitswesen veranlasste Österreich, 36 Jahre nach der Alma-Ata-Deklaration, die primäre Gesundheitsversorgung im Jahr 2014, durch die Bundes-Zielsteuerungskommission,

voranzutreiben. Das dazu entwickelte, jedoch nicht neue Konzept der Primärversorgung soll den oben genannten Problemen entgegenwirken und verspricht eine ortsnahe, zeitlich beinahe unbegrenzte, patientenorientierte und interdisziplinäre Erstanlaufstelle im Gesundheitswesen. Zudem sollen die telefonische oder webbasierte Erreichbarkeit und Hausbesuche möglich sein. Somit wird ein optimaler Behandlungsverlauf bei chronischen Erkrankungen, bei der Grundversorgung von Akuterkrankungen und leichten Verletzungen, bei Prävention und Gesundheitsförderung sowie bei der Koordination von intra- und extramuralen Prozessen gewährleistet (Bundesministerium für Gesundheit 2014, pp. 5-9).

Einige strukturelle Erfordernisse des Konzepts für Primärversorgung der Bundes-Zielsteuerungskommission, welche vor der Umsetzung des Konzepts bearbeitet und festgelegt werden müssen, werden im Folgenden näher erläutert (Bundesministerium für Gesundheit 2014, p. 10).

Akute Vorkommnisse und chronische Erkrankungen sollen effizient durch Ersteinschätzung, Diagnostik, eventuelle Weiterleitung an Spezialisten und die fortlaufende kurative, rehabilitative oder palliative Versorgung sowie durch Anweisungen, unter anderem zur Förderung der Gesundheitskompetenz, behandelt werden (Bundesministerium für Gesundheit 2014, p. 10).

Bezogen auf den Punkt „Prävention und Gesundheitsförderung“ ist der Einsatz von Beratungen und die Informationsweitergabe öffentlicher Angebote zu den Themen Kinder- und Jugendheilkunde, Raucherentwöhnung, gesunde Ernährung und Sport u.v.m. von großer Bedeutung (Bundesministerium für Gesundheit 2014, p. 10).

Die Koordination von intra- und extramuralen Prozessen soll es ermöglichen, die Patientinnen und Patienten durch die Versorgung zu führen und zu leiten. Durch eine vereinfachte Organisation, die die Patientinnen und Patienten beispielsweise an Termine erinnert oder auch an nicht-medizinische Dienste in der Peripherie weiterleitet, werden Optimierungen angestrebt. Ebenfalls kann durch das Führen einer elektronischen Gesundheitsakte der Verlauf fortwährend dokumentiert und die Informationsweitergabe zwischen dem bzw. der zu Versorgenden und den

Gesundheitseinrichtungen verbessert werden (Bundesministerium für Gesundheit 2014, p. 11).

Die Bundes-Zielsteuerungskommission gibt zwei Möglichkeiten an, wie die österreichischen Primärversorgungseinheiten in Zukunft aufgebaut sein können. Entweder werden diese als Primärversorgungseinheit definiert, wobei alle Versorgungsangebote an einem zentralen Ort aufzusuchen sind, oder sie werden als Primärversorgungsnetzwerk angesehen, welches beispielsweise aus diversen Ordinationen, Arzt- oder Gemeinschaftspraxen sowie freiberuflichen Mitarbeitern besteht und als Gemeinschaft zusammenarbeitet und auftritt (Bundesministerium für Gesundheit 2014, pp. 18-19).

Das interdisziplinäre Team in einer solchen Primärversorgungseinheit soll, je nach Bedarf, sich aus verschiedensten Berufsgruppen zusammensetzen. Das Kernteam sollte jedoch mindestens aus Allgemeinmedizinerinnen, diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen sowie Ordinationsassistenten bestehen. Die attraktivere Gestaltung des ärztlichen Berufsbildes sowie dessen Honorierung werden dabei besonders hervorgehoben und beschrieben. Zwar soll dies auch für andere Gesundheitsberufe geltend gemacht werden, es bleibt jedoch bei der Erwähnung der Wichtigkeit, ohne dass darauf näher eingegangen wird. Dabei zeigt der internationale Einsatz von anderen Gesundheitsberufen in der Primärversorgung deren Unabdingbarkeit (Bundesministerium für Gesundheit 2014, pp. 14-16).

Bezogen auf die Rolle der Pflege, welche ein Hauptbestandteil des oben genannten Kernteams sein soll, kann gesagt werden, dass beispielsweise in den USA bereits ein Viertel der Gesundheits- und Krankenpflegepersonen als Erstanlaufstelle aufgesucht werden (Müller 2017).

Die Tätigkeiten einer solchen Pflegeperson in der Primärversorgung sind international sehr weitreichend. Sie umfassen das Management chronischer Erkrankungen und das Arzneimittelmanagement inklusive Verschreibung, die Absolvierung von Hausbesuchen, das Intervenieren in präventiven und gesundheitsfördernden Angelegenheiten wie zum Beispiel das Verabreichen von Impfungen, die Anordnung von diagnostischen Untersuchungen, die Leitung von PHC-Zentren und vieles mehr (Siebenhofer-Kroitzsch et al. 2016, pp. 12-15).

Um Kompetenzüberschreitungen zu vermeiden, ist es notwendig, für die unterschiedlichen Disziplinen in der Primärversorgung Qualitätsstandards zu definieren (Siebenhofer-Kroitzsch et al. 2016, pp. 11-15).

Die Bundes-Zielsteuerungskommission inkludiert diese Thematik in die Festlegung von messbaren Kriterien zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Die Aufzählung der folgenden Kriterien ist beispielhaft und nicht abgeschlossen (Bundesministerium für Gesundheit 2014, p. 12).

Die Strukturqualitätskriterien beinhalten Merkmale wie die Zusammensetzung der interdisziplinären Arbeitseinheit sowie deren Voraussetzung in einer Primärversorgungseinheit arbeiten zu können bzw. das Fachwissen zu besitzen. Dies kann durch bereits erfolgreich abgeschlossene Bildungsmaßnahmen erfolgen. Des Weiteren sollten räumliche bzw. geographische Erreichbarkeit sichergestellt werden. Das bedeutet, dass eine primäre Versorgungseinheit schnell zugänglich und barrierefrei gestaltet sein soll. Technisches Equipment, wie beispielsweise IT-Grundeinrichtungen, medizintechnische Gerätschaften, Softwaresysteme usw., soll u. a. der Datenverarbeitung und Datenweiterleitung (unter Berücksichtigung des Datenschutzes) bzw. intra- und extramural einer ungehinderten Kommunikation dienen (Bundesministerium für Gesundheit 2014, pp. 12-13).

Zu den Prozessqualitätskriterien gehören beispielsweise geläufige Prozesse, wie die administrative Unterstützung der Patientin bzw. des Patienten durch intra- und extramurale Terminvereinbarungen, verbale Interaktionen mit Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen (zur Anamneseerfassung, Informationsweitergabe etc.), festgelegte Kompetenzen, die nach innen und außen kommuniziert werden, Mitwirken an Qualitätszirkeln usw. Neben den zu definierenden Prozessen müssen vor allem die Prävention und die Gesundheitsförderung vorangetrieben werden, indem die Mitwirkung an Vorsorge- und Screening Programmen erfolgt.

Um die bestmögliche Patientenversorgung nach aktuellstem wissenschaftlichen Stand anbieten zu können, müssen evidenzbasierte Leitlinien und Qualitätsstandards zur Anwendung kommen (Bundesministerium für Gesundheit 2014, p. 13).

Strukturen zur Ergebnisqualitätsmessung müssen für das Setting der Primärversorgung geschaffen werden. Abhilfe können Patientinnen- und Patientenrückmeldungen schaffen, die mittels Interview oder Fragebogen erhoben werden können (Bundesministerium für Gesundheit 2014, p. 13).

Wie aus der oben beschriebenen Prozessqualität hervorgeht, ist es für den Strukturaufbau und der einhergehenden Patientensicherheit unumgänglich, Leitlinien und Standards zu entwickeln und in die Praxis zu implementieren (Bundesministerium für Gesundheit 2014, p. 13).

Begrifflichkeiten wie „Standards“, „Richtlinien“ oder „Normen“ werden als Handlungsregeln zusammengefasst, welche einen rechtlichen Charakter aufweisen. Diese Verbindlichkeit wird durch den Gesetzgeber oder berufsspezifische Kammern vereinbart (Bölicke ed. 2007).

Im Folgenden werden diese Begriffe sehr allgemein erläutert, da eine universelle Definition dieser Begriffe, vor allem im deutschsprachigen Raum, nicht möglich ist.

1.4 Handlungsregeln

Normen

Normen finden sich in vielen alltäglichen Bereichen wieder. Bezogen auf den Gesundheitssektor werden diese beispielsweise in der Medizintechnik, im Sanitätswesen oder im pflegerischen Qualitätsmanagement angewendet. Normen werden grundsätzlich empfohlen und freiwillig angewendet. Jedoch besteht die Möglichkeit, dass diese durch den Gesetzgeber als bindend gelten und gesetzlich verankert werden. Bei der Anwendung einer Norm kann ein Mindestniveau an Sicherheit, bezogen auf eine Ware oder eine Dienstleistung, gewährleistet werden (Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort 2017).

Ein Beispiel aus dem Pflegealltag wäre die Norm, dass das Instrument des Pflegeprozesses nur von einer diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson gelenkt wird. Dabei wird die berufliche Norm gleichzeitig zur rechtlichen Norm, da sie im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) festgelegt ist (Bölicke ed. 2007, p. 8).

Richtlinien

Laut der American Nurses Association (ANA) gilt die Richtlinie als autoritatives Statement. Dabei handelt es sich um einen Standard, der durch eine geeignete Institution implementiert wird. Diese muss auch die Durchführung und Befolgung der Richtlinie überprüfen. Bei Nichteinhaltung vollzieht die Institution entsprechende Konsequenzen (Bölicke ed. 2007, p. 8).

Im Pflegebereich definieren Normen und Richtlinien ein spezielles Niveau an Qualität. Die Stufe der pflegerischen Ausbildung bzw. Dienstleistung kann durch deren Strukturen, Prozesse oder Ergebnisse bewertet werden. Die korrekte Ausführung einer Norm oder Richtlinie in der Praxis wird als gutes Qualitätsmaß anerkannt. Gegenteilig zieht schlechte Qualität Konsequenzen für die Durchzuführenden nach sich (Bölicke ed. 2007, p. 8).

Standards

Auch für den Begriff „Standard“ gibt es in der Fachsprache keine allgemeingültige Definition. Dieser wird oft mit den Begriffen „Leitlinie“ oder „Richtlinie“ gleichgesetzt. In der Alltagssprache steht der Begriff für das Konventionelle, das, was ohnehin dem Normalfall entsprechen sollte. Zusammengefasst stellt der Standard eine Orientierungshilfe dar, die auch einen Qualitätsbeitrag leistet.

Für den Fachbereich „Pflege“ wird meist die Definition der WHO herangezogen. Demnach soll der Standard einen bestimmten Zielwert der Pflegequalität reflektieren, an welchem die eigentliche Leistung ermittelt wird (Bölicke ed. 2007, p. 2).

Da sich der Pflege- und Gesundheitssektor vermehrt mit dem Qualitätsmanagement auseinandersetzt, wurden zunehmend Qualitätsstandards entwickelt.

Qualitätsstandard

Gemäß der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) ist ein Qualitätsstandard allen Standards und Handlungsempfehlungen übergestellt. Er stellt eine Routine eine und Orientierung zur Bereitstellung von Gesundheitsleistungen dar und legt somit ein bestimmtes Leistungsniveau fest. Qualitätsstandards werden erarbeitet, um eine universell systematische Patientenversorgung im österreichischen Gesundheitswesen zu erzielen. Die Erarbeitung erfolgt nach aktuellstem Wissen und unter Einbeziehung anderer Gesundheitsberufe und gegebenenfalls auch Patientinnen und Patienten (Bundesministerium für Gesundheit 2013a).

Qualitätsstandards werden im deutschen Sprachraum auch oft mit Normen oder Richtlinien gleichgesetzt. Dabei wird von einer Organisation ein Ziel festgesetzt, welches bei Erreichung als gute Qualität beurteilt wird. Wird das Ziel nicht erreicht, werden alternative Möglichkeiten erarbeitet und Interventionen eingeleitet, um eine Verbesserung zu erreichen. Diese definierten Qualitätsstandards sind nur in der Organisation als verbindlich anzusehen, in welcher sie entwickelt wurden. In Österreich können diese vom Bundesministerium als nutzbringend vorgeschlagen oder auch bundesweit festgelegt werden (Bundesministerium für Gesundheit 2013a).

Damit Qualitätsstandards in der Praxis auch Anwendung finden, werden verschiedene Arten von Qualitätsstandardinstrumenten definiert. Diese werden folgend beschrieben.

Leitlinie/Guideline

Unter Leitlinie wird ein Qualitätsstandardinstrument verstanden, welches oft mit dem Begriff der medizinischen Leitlinie oder Guideline gleichgesetzt wird. Eine Leitlinie wird evidenzbasiert von Berufsverbänden- oder wissenschaftlichen Verbänden erarbeitet. Damit eine internationale Zustimmung erfolgen kann, werden diese unter Berücksichtigung spezieller Methoden erstellt. Ein Beispiel für eine anerkannte Institution, welche diese Methoden nutzt, ist NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) (Bundesministerium für Gesundheit 2013a).

Leitlinien müssen in bestimmten Zeitabständen evaluiert und eventuell nach neuestem Wissen aktualisiert werden. Zum anderen wird die Leitlinie auch mit dem Begriff „Praxisleitlinie“ gleichgesetzt. Auch diese werden von wissenschaftlichen

Fachverbänden zu einer spezifisch klinischen Fragestellung erstellt. In deutschsprachigen Ländern wurden jedoch bislang keine Leitlinien für oder von Pflegepersonen entwickelt (Bundesministerium für Gesundheit 2013a).

Im Setting der österreichischen Primärversorgung sollen zukünftig evidenzbasierte Behandlungsleitlinien zum Einsatz kommen, welche als Unterstützung von Handlungsentscheidungen eingesetzt werden sollen (Czypionka & Ulinski 2014, p. 28).

Standard Operating Procedures/Handlungsanweisungen

Die genaue Definition und Eingliederung des Begriffs „Standard Operating Procedures“ gestaltet sich, wie bei den bereits oben genannten Begriffen, schwierig. Das Qualitätssicherungsinstrument Standard Operating Procedure (SOP) wird im deutschen Sprachraum oft dem Begriff der (standardisierten) Handlungsanweisung oder der Verfahrensanweisung, wie sie im Qualitätsmanagement genannt wird, gleichgesetzt.

Eine SOP wird erstellt, um einen Prozess schriftlich darzustellen, der von den Nutzern in einem bestimmten Kontext anzuwenden ist (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2017, p. 19).

Die Erarbeitung einer SOP geschieht im Idealfall durch die entsprechenden anwendenden Berufsgruppen anhand von Beobachtungen aus dem Arbeitsalltag. Diese werden in einem weiteren Schritt in einem Arbeitszirkel diskutiert, verbessert und in die Organisation implementiert. Innerhalb dieser Organisation gilt diese SOP als verbindlich. Im Bereich des Pflegeberufs handelt es sich dabei um pflegerische Tätigkeiten, welche innerhalb der Berufsgruppe einheitlich zur Anwendung kommen sollen. In der Literatur finden sich kritische Anmerkungen, die vor einer Erstellung oder Implementierung überdacht werden sollten, wie zum Beispiel: Von wem wird die Handlungsanweisung entwickelt? Wird sie nach neuesten Kenntnissen entwickelt? Ist die Vereinheitlichung für die Tätigkeit sinnvoll? Ist das (Pflege-)Ziel klar definiert (Bölicke ed. 2007)?

1.5 Relevanz

Die Notwendigkeit der internationalen Entwicklung und Umsetzung von Primärversorgungseinrichtungen und deren Versorgung durch ein interdisziplinäres Team hat bereits eine starke Vorbildwirkung auf Länder gezeigt, deren praktische Umsetzung noch in Bearbeitung ist. Dazu sollten vorerst Strukturen definiert und ein Rahmen geschaffen werden, der Patientensicherheit, kontinuierliche und ganzheitliche Versorgung auf Langzeitebene sowie Qualität gewährleistet. Die Rolle der Pflege in diesem Setting hat sich zu einer selbstständigen entwickelt, welche durch die Anwendung von unterschiedlichen Qualitätsinstrumenten aufgewertet und sichergestellt werden kann. Aus diesem Grund ist es für den Ausbau der Primärversorgung, wie es bspw. gerade in Österreich stattfindet, sehr wichtig, unterschiedliche Guidelines bzw. SOPs genau zu definieren, damit auf Basis von evidenzbasiertem Handeln, Patientensicherheit, Versorgungsqualität und definierte Kompetenzen innerhalb der Berufsgruppen sichergestellt werden können.

1.6 Forschungsziel und Forschungsfrage

Das Ziel dieser Arbeit ist es, die internationale Anwendung der Standard Operating Procedures und Guidelines (sowie die daraus resultierenden Pflegeinterventionen) in der Primärversorgung durch Pflegefachpersonen aufzuzeigen. Daraus ergibt sich folgende Forschungsfrage:

In welchen Bereichen der Primärversorgung werden Standard Operating Procedures und Guidelines international durch Pflegefachpersonen verwendet und wie werden diese angewendet?

2 Methoden

In diesem Kapitel wird der Prozess zur Erstellung der vorliegenden Arbeit näher erläutert, welcher in Designbeschreibung, Suchstrategie und Literatursauswahl gegliedert ist.

2.1 Design

Diese Arbeit wurde anhand eines Literaturreviews im Zeitraum von September 2017 bis Februar 2018 erstellt. Durch die Sichtung der Standardliteratur und Internetrecherche erfolgte das Einlesen in das Thema. Von Oktober 2017 bis Jänner 2018 wurde eine Datenbankrecherche vorgenommen, die im Folgenden genauer beschrieben wird.

2.2 Suchstrategie

Die Literaturrecherche erfolgte in den Datenbanken Pubmed und CINAHL. Dabei wurden Limitationen des Publikationszeitraums von 2007 bis 2017 sowie die Publikationssprache „Englisch“ und „Deutsch“ festgelegt. Zunächst wurde die Suchstrategie mit den Schlagwörtern *standard operating procedure**, *SOP*, „*primary health care*“, „*primary healthcare*“, „*primary care*“ sowie *nurs** durchgeführt und mit den Bool'schen Operatoren „AND“ und „OR“ verknüpft. In der Datenbank Pubmed erzielte die Suche 16 Treffer und in der Datenbank CINAHL 5 Treffer (unter Ausschluss eines Duplikats). Insgesamt wurden 17 Ergebnisse erzielt (unter Ausschluss von vier Duplikaten). Die Suche zeigte, dass die Abkürzung „SOP“ auch für „scope of practice“ steht, was mit dem gesuchten Inhalt nicht zusammenhängt.

Aufgrund der geringen Anzahl an Ergebnissen wurde die Suche ausgeweitet, indem Synonyme für den Begriff „standard operating procedure“ gesucht wurden. Dieser Begriff wurde in der bereits genannten Suche durch die Schlagwörter *quality assurance*, *instruction** und *directive** ersetzt, jedoch erzielte auch diese Suche zu wenige Treffer. Zudem wurde das Wort „directive“ oft mit dem deutschen Wort „Patientenverfügung“ in Verbindung gebracht und erzielte daher keine relevanten Ergebnisse.

Darauffolgend wurde in beiden Datenbanken mit MeSH-Terms gesucht. In der Datenbank CINAHL wurde dabei nach den MeSH-Terms *Nurses* und *Primary Health*

Care und in der Datenbank Pubmed nach den MeSH-Terms *Nurses*, *Primary Health Care* und *Guidelines as Topic* gesucht. Jedoch wurde schnell ersichtlich, dass die Datenbanken unter diesen Begriffen nicht alle Suchmöglichkeiten überprüfen.

Da der Begriff „Guideline“ im Kontext der medizinischen Fachbereiche sehr oft verwendet wird, wurde im Dezember 2017 der Arbeitstitel der Arbeit verändert und lautet seit dem „Einsatz von SOPs und Guidelines durch Pflegefachpersonen in der Primärversorgung“. Die anfängliche Suchstrategie wurde belassen und nur um das Schlagwort *guideline** erweitert. Die neue und finale Suchstrategie lautete wie folgt: („*primary health care*“ OR „*primary healthcare*“ OR „*primary care*“) AND (*standard operating procedure** OR *SOP* OR *guideline**) AND *nurs**.

Die Treffer der Suchstrategie sind im folgendem Flow-Chart aufgelistet.

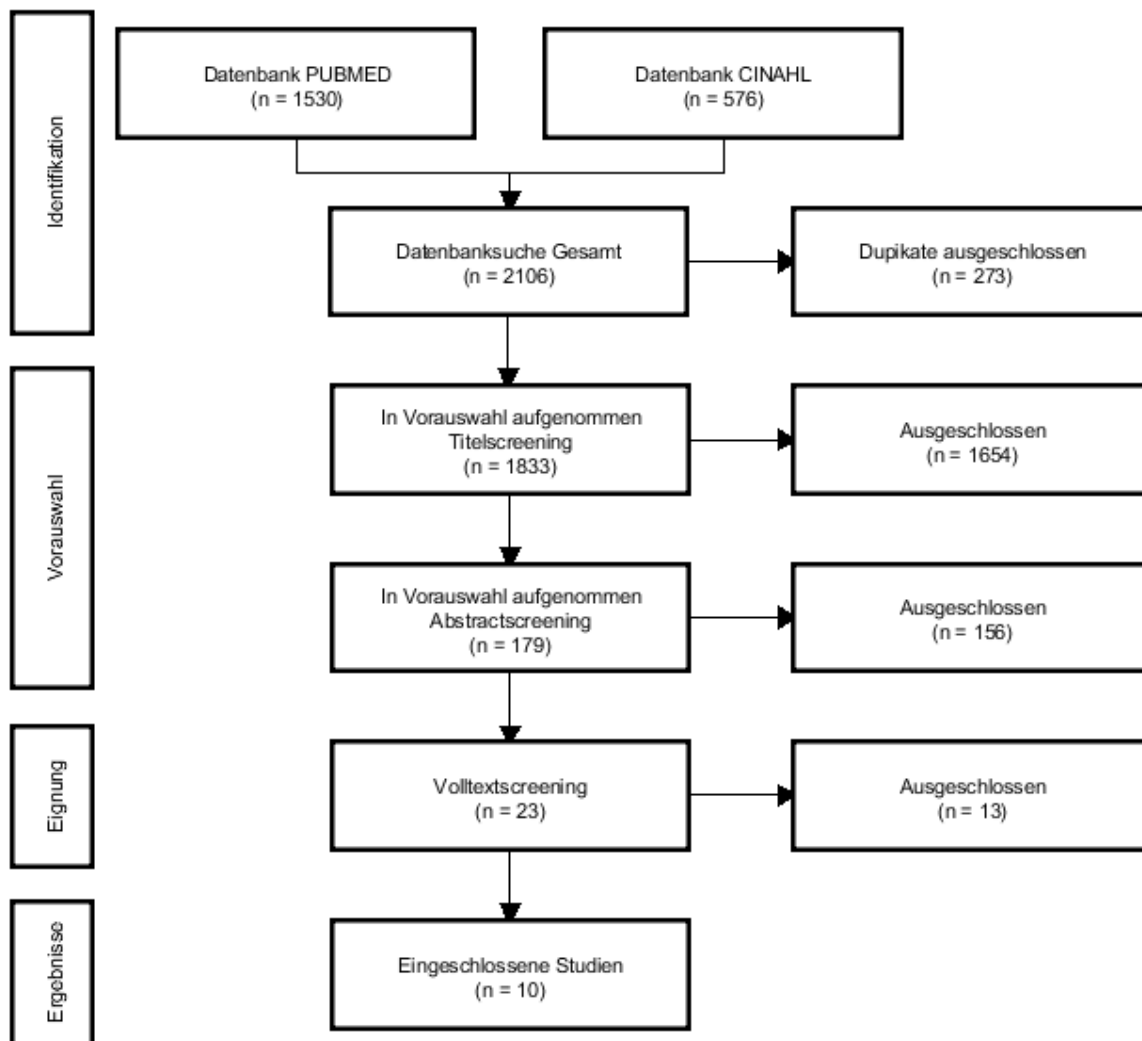


Abbildung 1: Flow-Chart zur Suchstrategie

Im weiteren Verlauf wird der Flow-Chart näher erläutert: 1833 Studien wurden einem Titelscreening unterzogen, wobei sich die Einschlusskriterien auf die Anwendung von Guidelines oder Standard Operating Procedures in der Primärversorgung bezogen. Aus den daraus resultierenden 179 Studien wurde der Abstract überprüft. Diese Überprüfung ging mit dem Einschlusskriterium der Anwendung von Guidelines oder Standard Operating Procedures durch Pflegefachpersonen in der Primärversorgung einher. 23 Studien wurden bezugnehmend auf den Volltext geprüft, wobei als Einschlusskriterium die Anwendung von Guidelines oder Standard Operating Procedures galt, welche bereits in der Praxis implementiert und durch Pflegefachpersonen im Setting der Primärversorgung angewendet werden.

2.3 Literatúrauswahl

Bei der Bearbeitung der Ergebnisse wurden zehn Studien eingeschlossen. Diese wurden anhand des Bewertungsbogens nach Hawker et al. (2002) auf deren Qualität überprüft. Wurde eine Studie besser als 60 % bewertet, wurde diese in die Arbeit inkludiert. In der folgenden Tabelle wurden die Studien aufgelistet und näher erklärt.

Tabelle 1: Relevante Studien

Studientitel	Autoren, Jahr	Land	Setting	Ergebnisse
Improving the safety and quality of nursing care through standardized operating procedures in Bosnia and Herzegovina	Ausserhofer et al.; 2016	Bosnien und Herzegowina	Primary healthcare centres and hospitals	Einsatz und Entwicklung von SOPs mithilfe von Pflegefachpersonen in der Rolle eines Qualitätskoordinators
Barriers and Enablers to Implementation of a New Zealand-Wide Guideline for Assessment and Management of Cardiovascular Risk in Primary Health Care: A Template Analysis	McKillop, Crisp & Walsh; 2012	Neuseeland	Primary healthcare Setting	Einsatz der AMCVR-Guideline, zum Management kardiovaskulärer Risikofaktoren durch Pflegefachpersonen
Experiences of doctors and nurses implementing nurse-delivered cardiovascular prevention in primary care: a qualitative study	Voogdt-Pruis et al.; 2011	Niederlande	Primary healthcare Centres	Einsatz der niederländischen Guideline zur kardiovaskulären Prävention durch Pflegefachpersonen

Adherence to a guideline on cardiovascular prevention: A comparison between general practitioners and practice nurses	Voogdt-Pruis et al.; 2011	Niederlande	Primary Care Setting	Einsatz der niederländischen Guideline zur kardiovaskulären Prävention durch Pflegefachpersonen
Hypertension guideline implementation: experiences of Finnish primary care nurses	Alanen et al.; 2008	Finnland	Health Centres	Anwendung der finnischen Hypertension-Guideline (HT-Guideline) durch Pflegefachpersonen
Use of Attitudes Toward Current Care Guidelines Among Primary and Secondary Care Nurses in Finland	Kuronen, Jallinoja & Patja; 2011	Finnland	Primary and secondary Care Setting	Anwendung der finnischen Hypertension-Guideline (HT-Guideline) durch Pflegefachpersonen
Nurses' experiences of guideline implementation: a focus group study	Alanen, Välimäki & Kaila; 2009	Finnland	Primary Health Centres	Anwendung der finnischen Hypertension-Guideline (HT-Guideline) durch Pflegefachpersonen
The options of the management of self-monitoring of blood glucose in primary health care centres by the diabetes nurses and patients	Schöld et al.; 2013	Schweden	Primary Health Care Centres	Anwendung von diabetes guidelines durch Diabetes Nurse Specialists

Asthma and COPD in primary health care, quality according to national guidelines: a cross-sectional and a retrospective study	Carlford & Lindberg; 2008	Schweden	Asthma and COPD Nurse Practice / Primary Health Care Centres	Anwendung schwedischer guidelines in speziellen Asthma and COPD Nurse Practices in Primary Health Care Centres
Application of standard treatment guidelines in rural community health centres, Timor-Leste	Higuchi et al.; 2012	Timor-Leste / Süd-ostasien	Community Health Centres	Anwendung von STGs zum Management grundlegender Krankheiten durch Pflegepersonal aufgrund Ressourcenknappheit

3 Ergebnisse

Die Ergebnisse wurden in drei Hauptkategorien zusammengefasst: Anwendung von SOPs, Anwendung von Guidelines bei chronischen Erkrankungen und Anwendung von Standard Treatment Guidelines. In der folgenden Tabelle sind die angewendeten Guidelines sowie deren Pflegeinterventionen aufgelistet.

Tabelle 2: International angewandte Guidelines und resultierende Pflegeinterventionen

SOP/Guidelines	Pflegeinterventionen
Institutionsbezogene SOPs (Bosnien-Herzegowina)	Medikamentenverabreichung Diagnostische Verfahren Wundmanagement
AMCVR-Guideline (Neuseeland)	Screeningverfahren Beratung
Guideline zur kardiovaskulären Prävention (Niederlande)	Screeningverfahren Beratung
Hypertonie-Guideline (Finnland)	Screeningverfahren Beratung gezielte Erfassung + Verlaufsdokumentation Vitalparameter
Diabetes-Guidelines inklusive regionaler Guidelines (Schweden)	Schulung
Guideline Management von Asthma/COPD (Schweden)	Diagnostische Verfahren Beratung
Standard Treatment Guideline (Timor-Leste)	Diagnostik + Behandlung

3.1 Anwendung von SOPs

In Bosnien und Herzegowina sind spezielle Zertifizierungen von Gesundheitseinrichtungen verpflichtend. Jedoch haben sich nur wenige primäre Gesundheitszentren oder Krankenhäuser diesem Prozess unterzogen. Die Entwicklung und Implementierung von SOPs findet nur in bereits zertifizierten Einrichtungen oder in Einrichtungen statt, welche den Zertifizierungsprozess durchlaufen haben. Der Großteil der SOPs bezieht sich dabei auf Infektions- und Präventionsinterventionen zu Reinigung, Lagerung, Entsorgung und Desinfektion (Ausserhofer et al. 2016).

SOPs sind Instrumente, welche Qualität und Patientensicherheit sicherstellen, indem der schrittweise Ablauf einer Tätigkeit genau beschrieben wird, um ein vorausgesetztes Ziel zu erreichen (Ausserhofer et al. 2016).

Interne SOPs werden durch ein interdisziplinäres Team verschiedener Gesundheitsberufe erarbeitet. Die Pflegefachperson hat dabei die zusätzliche Rolle eines Qualitätskoordinators. Diese Zusatzqualifikation wird durch ein spezielles Schulungsprogramm für Pflegefachpersonen erlangt und beinhaltet Kompetenzen zur Pflegequalität und -sicherheit. Die Aufgaben des Qualitätskoordinators beinhalten das Aufgreifen pflegerelevanter Themen, wie z. B. die Analyse kritischer Ereignisse im Arbeitsalltag. Dabei werden regelmäßige Besprechungen mit anderen Berufsgruppen organisiert, um Gesundheitsthemen wie Patientenrecht und -sicherheit, Handhabung mit diversen Arzneimitteln und Vorgehen bei Infektionen zu diskutieren und sich auszutauschen. Schlussendlich werden pflegerelevante SOPs durch die Pflegefachperson mit übergeordneten Fachpersonen derselben Berufsgruppe erstellt (Ausserhofer et al. 2016).

In Primärversorgungseinheiten wurden SOPs zu folgenden Themen entwickelt und angewendet: intramuskuläre, intravenöse oder subkutane Injektion, Elektrokardiogramm-Vorbereitung, Verabreichung von Augentropfen, Notfallmanagement, Management von Harnkathetern oder peripheren Venenkathetern sowie Wundmanagement durch Pflegefachpersonen (Ausserhofer et al. 2016).

Durch die Etablierung von SOPs in der Praxis hat sich die Organisationskultur besonders für die Pflege zum Positiven entwickelt. Durch die Unterstützung von politischen Vertretern sowie Berufskammern und -verbänden ist es realisierbar, eine Berufsgruppe wie die Pflege aufzuwerten, welche einen entscheidenden Beitrag zur Qualität und Sicherheit leistet (Ausserhofer et al. 2016).

3.2 Anwendung von Guidelines bei chronischen Erkrankungen

Die Ergebnisse zeigen die internationale Anwendung von Guidelines bei vier chronischen Erkrankungen auf: Einsatz von Guidelines bei kardiovaskulären Risikofaktoren, bei Bluthochdruck, bei Diabetes Mellitus 2 sowie bei Asthma/COPD. Aus den Ergebnissen geht insgesamt hervor, dass Guidelines eine klare Definition der Rollen- oder Tätigkeitsverteilungen liefern sollen. In der Praxis jedoch ist dies nicht der Fall.

Kardiovaskuläre Risikofaktoren

Im Jahr 2003 wurde in Neuseeland die AMCVR-Guideline (Assessment and Management of Cardiovascular Risk) zum Management kardiovaskulärer Risikofaktoren implementiert. Zu diesem Zeitpunkt wurde davon ausgegangen, dass damit 55 % der zukünftigen kardiovaskulären Notfälle verhindert werden können. Diese Guideline kommt in Form eines Screening-Prozesses zum Einsatz und gibt zu erkennen, welche Personen gefährdet sind, was speziell beim Screening bewertet werden sollte und welche Interventionen einzuleiten sind.

Die Pflegefachperson übernimmt die Aufgabe der Screening-Durchführung, welches die Berechnung und Interpretation des kardiovaskulären Risiko-Scores einschließt, um Risikofaktoren zu identifizieren. Von Pflegefachpersonen wird der Ansatz, Personen zu konsultieren, die bereits einer koronaren Herzerkrankung unterliegen und Risikofaktoren aufweisen, kritisch hinterfragt (McKillop, Crisp & Walsh 2012).

Die Allgemeinmediziner, die interdisziplinär mit Pflegefachpersonen zusammenarbeiten, sind der Meinung, dass diesem Ansatz eine aktivere Rolle bezüglich des Assessments zustehen würde. Auch der Pflegebereich spielt in Bezug auf die Patientenedukation und das Management eine wichtige Rolle. Jedoch fehlt es in der Umsetzung an finanziellen Ressourcen, um Kompetenzen und Zuständigkeiten zu erweitern. Eine weitere Aufgabe der Pflege stellt die Lebensstilberatung dar,

besonders zur Raucherentwöhnung (McKillop, Crisp & Walsh 2012).

Auch die niederländische Guideline zur kardiovaskulären Prävention in der Primärversorgung dient der Identifikation von Personen mit kardiovaskulären Risiken. Die Hauptaufgabe der Pflegefachperson in der Primärversorgung ist die Beratung. Dabei handelt es sich beispielsweise um eine Lebensstilberatung in Bezug auf die Verhaltensänderung zur Raucherentwöhnung sowie auf die Gewichtsreduktion durch Bewegung und Ernährungsumstellung. Zusätzlich gilt es, bereits vorhandene Risiken zu überwachen und zu überprüfen. Die Medikamentencompliance der Patientin bzw. des Patienten ist bei jeder Konsultation zu überprüfen und bei Bedarf zu verbessern. Die Pflegefachperson kann den Allgemeinmediziner auf medikamentöse Alternativen der Guideline aufmerksam machen, hat jedoch keine Rechte, Medikamente zu verschreiben (Voogdt-Pruis et al. 2011a; Voogdt-Pruis et al. 2011b).

Bezugnehmend auf die Anwendung von Guidelines ist die Compliance bei Pflegefachpersonen höher als bei Allgemeinmediziner. Die gesamte kardiovaskuläre Prävention könnte demnach von Pflegefachpersonen übernommen werden (Voogdt-Pruis et al. 2011a; Voogdt-Pruis et al. 2011b).

Bluthochdruck

In Finnland besteht seit 1994 eine Zusammenfassung von Guidelines, die sogenannten Current Care Guidelines (CC-Guidelines) der Medical Society Duodecim. Darin ist auch die am meisten gelesene Guideline enthalten, die finnische Hypertension-Guideline (HT-Guideline), die 2002 veröffentlicht und 2005 überarbeitet wurde und seitdem vermehrt in Primärversorgungseinheiten zur Anwendung kommt. Diese Guidelines werden als Entscheidungshilfen gesehen, die darauf abzielen, die Qualität und Patientenversorgung zu verbessern.

Bluthochdruck ist eines der häufigsten kardiovaskulären Risikofaktoren. Wichtige Punkte bei der Blutdruckbehandlung sind die fortlaufende Überprüfung der Werte durch Blutdruckmessung sowie die Lebensstilberatung, welche von der Pflegefachperson durchgeführt wird. Die Blutdruckwerte werden von dieser interpretiert und der Patientin bzw. dem Patienten deutlich vermittelt. Diese Informationsweitergabe ist ein essentieller Teil der Beratung, da eine weiterführende Patientenschulung zur Blutdruckmessung zu Hause angestrebt wird. Bei Bedarf ordnet

die Pflegefachperson Labortests zur Diagnostik, Abklärung und Verlaufskontrolle an. Durch diese Guideline konnten bereits unnötige Mehrfachmessungen des Blutdrucks vermieden und die gewonnene Zeit in Patientenedukation investiert werden (Kuronen, Jallinoja & Patja 2011; Alanen, Välimäki & Kaila 2009; Alanen et al. 2008).

Diabetes Mellitus Typ 2

In Schweden werden Patientinnen und Patienten mit diagnostiziertem Diabetes Mellitus Typ 2 häufig in Primärversorgungszentren, in speziellen Diabetes-Pflegepraxen, behandelt. Das Personal setzt sich meist aus Allgemeinmedizinerinnen und Diabetes-Spezialisten aus der Pflege zusammen. Die Guideline empfiehlt, dass jedes Primary Healthcare Center eine Pflegefachperson in der Rolle des Diabetes-Spezialisten mit universitärem Abschluss anstellen und dieser Spezialist Patientinnen und Patienten hinsichtlich des Diabetes-Selbstmanagements schulen und motivieren sollte. Die Schulung beinhaltet Empowerment- und Selbsthilfestrategien, da jeder Diabetiker und jede Diabetikerin die Möglichkeit haben sollte, das eigene Krankheitsmanagement, d. h. die Blutzuckerkontrollen selbst durchzuführen.

Die Optimierung der Lebensqualität von Patientinnen und Patienten sowie geringere Ausgaben im Gesundheitswesen, bezüglich der Verschreibung von Blutzuckerteststreifen, werden dabei besonders angestrebt.

Das Ziel ist es die Frequenz der Blutzuckerselbstüberprüfung zu reduzieren, wenn sich der Blutzucker im Bereich der Normwerte eingependelt hat. Nach aktuellem Wissen erhöht sich der Blutzuckerteststreifenverbrauch bei mäßigen bis schlechten Blutzuckerwerten. Um dem entgegenzuwirken, muss die Patientin bzw. der Patient aufgrund der Lebensstilberatung des Diabetes-Spezialisten in solch einer Situation in der Lage sein, eine Verhaltensänderung bzw. eine Änderung der eigenen Lebensweise anzustreben. Die optimale Patientenschulung durch den Diabetes-Spezialisten, die daraus resultierenden geringeren Blutzucker-Selbstkontrollen sowie gezielte politische Maßnahmen würden zu einer erheblichen Abnahme von Blutzuckerteststreifen-Verordnungen führen (Schöld et al. 2013).

COPD/Asthma

Die Erstellung und Anwendung von Guidelines soll die evidenzbasierte Behandlung gewisser Krankheiten gewährleisten. Das schwedische Zentralamt für Gesundheit und Soziales veröffentlichte 2004 die Guideline zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Asthma und COPD. Diese Guideline beinhaltet Qualitätsaspekte hinsichtlich Struktur-, Prozess- und Ergebnisindikatoren. Erst, wenn alle drei Indikatoren erfüllt werden, ist die Behandlung von Asthma und COPD sichergestellt (Carlfjord & Lindberg 2008).

Die Strukturindikatoren stellen den Grundbaustein dar, der die Versorgung gewährleistet. Die Guideline definiert unter Strukturindikatoren z. B. „Asthma and COPD Nurse Practices“, welche Örtlichkeiten oder Praxen zur Behandlung von Asthma- oder COPD-Patientinnen und -Patienten durch spezielles Pflegepersonal darstellen. Ebenfalls können darunter Geräte oder medizinisches Equipment, wie Spirometer, Inhalatoren oder Pulsoximeter verstanden werden. Des Weiteren werden der Ausbildungsgrad der Pflegepersonen und die verfügbare Behandlungszeit ebenfalls als Strukturindikator definiert.

Der Prozessindikator misst, was in der Praxis umgesetzt wird. Laut Guideline-Empfehlung zählen dazu die Besuche über einen definierten Zeitraum pro Patientin und Patient, der Patientinnen- und Patientenanteil, bei dem ein Peak Expiratory Flow-Test (PEF) (speziell bei Asthmapatientinnen und -patienten), oder bei dem eine Spirometrie ohne bzw. eine Spirometrie mit Reversibilitätstest (speziell bei COPD Patientinnen und Patienten) durchgeführt wurde, der Anteil an Aufzeichnungen bezogen auf die Raucherdokumentation sowie der Patientinnen- und Patientenanteil, bei denen das Gewicht protokolliert wurde.

Der Ergebnisindikator misst den Effekt des Prozesses auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten (Carlfjord & Lindberg 2008).

Diese Leitlinie stellt keinen Benchmark für die Struktur- und Prozessqualität zu Verfügung, durch welchen man die erzielten Ergebnisse vergleichen oder auch überprüfen könnte, ob die Betreuung der Patientinnen und Patienten dem notwendigen Maß entspricht (Carlfjord & Lindberg 2008).

Die ersten zwei Qualitätsindikatoren weisen Interventionen auf, die bereits häufig in der Praxis durch speziell ausgebildetes Pflegepersonal, sogenannte Asthma- und COPD Nurses, durchgeführt werden. Das Pflegepersonal führt neben der Dokumentation von Rauchergewohnheiten, den Aufzeichnungen von Gewicht und Pulsoximetrie auch Untersuchung und Nachsorge der Lungenfunktion durch. Dabei stellt die Lungenfunktionsmessung mittels Spirometrie oder PEF den wesentlichen Teil bei der Diagnostik und der Verschreibung optimaler medikamentöser Behandlung von Erkrankungen wie Asthma oder COPD dar. Durch den Einsatz des speziell geschulten Pflegepersonals in den Primärversorgungseinheiten, werden mehr frequentierte Lungenfunktionsuntersuchungen durchgeführt als in Einrichtungen, in denen die Durchführung durch den Allgemeinmediziner erfolgt.

Der Strukturindikator der verfügbaren Zeit für die Patientin bzw. den Patienten mit der Asthma- und COPD Nurse wirkt sich auf die Prozessqualität unterschiedlich aus. Um die entsprechende Behandlungsqualität aufrechtzuerhalten, sollte sich bei 1000 registrierten Patientinnen bzw. Patienten die Zeitspanne auf 60 bis 90 Minuten pro Woche belaufen. Eine Zeitspanne unter den oben angeführten 60 Minuten, bringt eine geringere Anzahl an Lungenfunktionen und Rauchergewohnheitsprotokollen mit sich. Mehr als 90 Minuten führt nicht zu mehr Lungenfunktionsmessungen und Rauchergewohnheitsaufzeichnungen, sondern lediglich zum vermehrten Patientinnen- und Patientenkontakt (Carlford & Lindberg 2008).

3.3 Anwendung von Standard Treatment Guidelines

Aufgrund fehlender personeller (2002 nur 12 timoresische Ärzte), materieller (Nichtverfügbarkeit von Laborgeräten) und finanzieller Ressourcen startete in Timor-Leste 2003 ein 6-monatiges Schulungsprogramm, das Pflegefachpersonen dazu befähigt, standardisiertes Management für definierte Erkrankungen und Zustände sowie Kinderkrankheiten zu übernehmen. Dazu wurden Standard Treatment Guidelines (STGs) entwickelt, die auf Basis von Lehr- und Handbüchern sowie Protokollen zusammengefasst und zum Teil vom Ministerium der Gesundheitspolitik herausgegeben wurden. Standard Treatment Guidelines werden auch als klinische oder praktische Guidelines definiert, die Entscheidungshilfen bei der Versorgung sein sollen. Diese Unterlagen stehen in Zusammenhang mit bereits national durchgeführten Programmen, wie z. B. dem nationalen Malaria-Management-Protokoll, dem nationalen Tuberkulose-Bekämpfungsprogramm oder der nationalen Liste

wesentlicher Arzneimittel. Die Pflegefachperson wird in Primärversorgungseinrichtungen dazu ermächtigt, Diagnostik und Behandlung von akuten Atemwegsinfektionen, Malaria und Diarrhö zu übernehmen. Bei der Behandlung kommen vermehrt und oft unnötig Antibiotika zum Einsatz. Um eine gezieltere Behandlung zu gewährleisten, sind insgesamt 14 Antibiotika gelistet. Davon werden zehn zur oralen Einnahme verordnet und vier dienen der Injektion in Notfällen und sind mit einem „E“ gekennzeichnet (Higuchi et al. 2012).

Bei den akuten Atemwegsinfektionen erfolgt zuerst eine klinische Einteilung in obere und untere Atemwegsinfektion bei Erwachsenen bzw. in schwere Lungenentzündung, Lungenentzündung oder Ausschluss einer Lungenentzündung bei Kindern. Bei der Diagnostik einer unteren Atemwegsinfektion bzw. einer Lungenentzündung werden Antibiotika nach standardisierter Guideline Empfehlung verschrieben. Hingegen wird diese Medikamentenverschreibung bei oberer Atemwegsinfektion sowie bei Ausschluss einer Lungenentzündung vermieden (Higuchi et al. 2012).

Bei Diarrhö erfolgt ebenfalls eine Klassifizierung vom Schweregrad der Dehydration (mild, mäßig oder schwer) und des Diarrhö-Typus (akute Diarrhö ohne Blut im Stuhl, Dysenterie/Ruhr oder andauernder Diarrhö). Bei akuter Diarrhö ohne Blut im Stuhl mit mäßig schwerer bis milder Dehydration wird eine nicht-medikamentöse Behandlung von Flüssigkeitszufuhr und Nikotinkarenz empfohlen. Eine standardisierte Antibiotikatherapie wird bei diagnostizierter Dysenterie oder bei Verdacht auf Giardiasis eingeleitet. Die Behandlung bei anhaltender Diarrhö erfolgt je nach Ursache: Diät bei mangelernährten Kindern, Anti-Wurm-Therapie bei Verdacht auf Parasitose (Higuchi et al. 2012).

Das Malaria-Management beruht auf klinischer Entscheidung, wenn kein Blutabstrichtest verfügbar ist. Bei klinisch verdächtigen Patientinnen und Patienten, erfolgt die Verordnung eines speziellen Medikamentschemas (Higuchi et al. 2012).

4 Diskussion

Ziel dieses Literaturreviews war es, herauszufinden in welchen Bereichen der Primärversorgung SOPs sowie Guidelines durch Pflegefachpersonen angewendet werden und damit einhergehend, welche Pflegeinterventionen sich daraus ableiten lassen. Im Folgenden werden die Ergebnisse mit dem vorangegangenen Forschungsziel verglichen und diskutiert.

Am häufigsten kommen Guidelines zur Behandlung von chronischen Erkrankungen durch Pflegefachpersonen zum Einsatz bevorzugt in den skandinavischen Ländern (nur eine Guideline aus Neuseeland sowie eine aus den Niederlanden). Die Behandlungsempfehlung durch eine sogenannte „Standard Treatment Guideline“ durch Pflegefachpersonen in Primärversorgungseinheiten stammt aus Timor-Leste. Nur eine Studie gab Auskunft über die Anwendung von SOPs durch Pflegefachpersonen in Primärversorgungseinheiten aus Bosnien-Herzegowina. All diese Instrumente haben zum Ziel, standardisierte Versorgung nach aktuellstem Forschungsstand sicherzustellen und dadurch Patientensicherheit sowie Qualität zu gewährleisten.

Werden Guidelines und SOPs mit Begriffen aus deutscher Fachliteratur verglichen, entsteht Verwirrung darüber, welches Instrument alternativ im deutschen Sprachraum in der Praxis eingesetzt werden kann. Hingegen kommen im englischsprachigen Raum meist Guidelines und sehr selten SOPs zum Einsatz. Eine mögliche Erklärung dafür könnte sein, dass Forschung im Gesundheitsbereich primär vom medizinischen Personal vollzogen wurde und mit der Zeit evidenzbasiertes Wissen u. a. als Guidelines zusammengefasst und in der Praxis umgesetzt wurde. Hingegen hat sich die Pflege als Wissenschaft erst in den letzten Jahrzehnten etabliert. Dies zeigt, dass Pflegefachpersonen nicht nur direkt mit Patientinnen und Patienten, sondern auch im Qualitätsmanagement arbeiten und darin miteinbezogen werden sollen, um vermehrt pflegebezogene Qualitätsinstrumente zu entwickeln und in die Praxis einzubringen.

Anhand des Beispiels der organisationsspezifischen Pflege-SOPs wird erneut die Wichtigkeit standardisierter Instrumente in der Praxis aufgezeigt. Sie dienen der klaren Definition und Abgrenzung von Zuständigkeiten. Der Einbezug der Pflege in die Erstellung solch eines Instruments, hat die Berufsgruppe an sich aufgewertet und eine

praxisnahe Lösungsorientierung ermöglicht. Politische Unterstützung sowie Berufskammern haben vor allem bei der Praxisimplementierung eine bedeutende Rolle gespielt (Ausserhofer et al. 2016).

Weiters hat die Ressourcenknappheit gezeigt, dass die Bevölkerungsgesundheit durch die Übertragung von ärztlichen Kompetenzen und Tätigkeiten auf andere Berufsgruppen aufgrund des Einsatzes von Standard Treatment Guidelines aufrechterhalten und verbessert werden kann. Dabei werden ärztliche Tätigkeiten, wie z. B. die klinische Diagnostik, Behandlung und Medikamentenverschreibungen bei genau definierten Erkrankungen und Befindlichkeiten, die gehäuft auftreten, von der Pflegefachperson selbstständig übernommen (Higuchi et al. 2012). Die Thematik der Tätigkeitsübertragung wird international schon lange diskutiert, da die Annahme besteht, dass die Pflege zukünftig den Mediziner ersetzen könnte (Siebenhofer-Kroitzsch et al. 2016). Jedoch stellt der Faktor „Zeit“ in Bezug auf die Kommunikation und den daraus resultierenden Behandlungserfolg ein großes Thema in der Praxis dar. Durch diverse Tätigkeitsübernahmen der Pflege soll mehr Zeit der Patientinnen- und Patienten-Arzt-Beziehung zur Verfügung stehen. Auch haben die Pflegefachpersonen international in diesem Setting meist weiterführende und spezialisierte Aus- und Weiterbildungen absolviert, sind als Spezialisten tätig und setzen somit vertieftes bzw. erweitertes pflegerisches Wissen in der Praxis ein. Der Einsatz von COPD- und Asthma- oder Diabetes Nurses hat gezeigt, dass u. a. gezielte Schulungen und Beratungen stattfinden können, womit erhöhte Gesundheitskompetenz des Einzelnen und eine Reduktion der Konsultationen erzielt wird. Aus dem Einsatz von Pflegespezialisten resultiert eine Ergänzung an Leistungen, die eine Primärversorgungseinheit zur Verfügung stellen kann (Carlfjord & Lindberg 2008; Schöld et al. 2013).

Die Arbeit in einer Primärversorgungseinheit ist u. a. durch eine intensive interdisziplinäre Zusammenarbeit aller Berufsgruppen definiert. Die Tätigkeiten einer Pflegefachperson in der Primärversorgung werden immer selbstständiger (Kuronen, Jallinoja & Patja 2011). Dies setzt voraus, dass Rollen und Tätigkeiten genau festgelegt sind, um Kompetenzüberschreitungen zu vermeiden (Siebenhofer-Kroitzsch et al. 2016). In den Ergebnissen zeigt sich, dass Instrumente wie Guidelines und/oder

SOPs helfen können Kompetenzüberschreitungen zu umgehen. Für die Praxis müsste zu diesem Thema mehr Forschung betrieben werden.

5 Schlussfolgerung

Die Ergebnisse zeigen, dass nationale Guidelines, bezogen auf das Management chronischer Erkrankungen durch Pflegefachpersonen in der Primärversorgung, international am häufigsten zur Anwendung kommen. Dabei heben sich besonders die Interventionsbereiche Prävention, Infektionsverhütung, Medikamentenmanagement, Beratung und Durchführung von Screeningverfahren für die Pflege hervor.

Auch der Einsatz von institutionsbezogenen pflegerischen SOPs in der Praxis gewährleisten ein standardisiertes Vorgehen und damit einhergehend Qualität und Patientensicherheit.

In Ländern, in denen kaum Ressourcen vorhanden sind, jedoch das Gesundheitswesen aufrechterhalten werden muss, wurden Guidelines entwickelt, die es Pflegefachpersonen ermöglichen, das Management von häufig auftretenden regional bezogenen Erkrankungen zu übernehmen.

Das Ziel dieser drei Einsatzbereiche war die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung und eines hohen Qualitätslevels.

Dieses Literaturreview hat auch gezeigt, dass kaum Literatur zum Thema „Einsatz von SOPs durch Pflegefachpersonen in der Primärversorgung“ existiert. Hingegen gibt es viel Literatur zur Anwendung von SOPs und Guidelines durch medizinisches Personal. Daraus leitet sich die Empfehlung ab, mehr Forschung vor allem in der Anwendung von SOPs, aber auch anderer Qualitätssicherungsinstrumente durch Pflegefachpersonen zu betreiben, um eine optimierte Bereitstellung von Pflegequalität zu gewährleisten.

Bei der Implementierung eines Qualitätsinstruments ist es sinnvoll, den Begriff des jeweiligen Instruments für den Anwender klar zu beschreiben und von anderen Begriffen abzugrenzen, um und so ein besseres Verständnis zu ermöglichen. Für die zukünftige Umsetzung ist zu empfehlen, dass der Zweck, die Berufsgruppe(n), an

welche das Instrument gerichtet ist, sowie die genau durchzuführenden Tätigkeiten definiert werden, um standardisiertes evidenzbasiertes Vorgehen zu gewährleisten und Kompetenzüberschreitungen zu vermeiden. Um für die Pflegefachpersonen den Nutzen dieser Qualitätsinstrumente transparenter zu machen, ist es nicht nur notwendig, wie oben, die Struktur- und Prozessqualität genauer zu beschreiben, sondern auch die Ergebnisqualität und das damit angestrebte Ziel zu definieren. Zusätzlich müssen Strategien zur Vergleichbarkeit (Benchmarks) entwickelt werden, mit denen eindeutig evaluiert werden kann, ob durch den Einsatz dieser Qualitätsinstrumente das Ziel einer verbesserten Versorgung von Patientinnen und Patienten erreicht wird, oder der gesamte Prozess neu ausgerichtet werden muss.

Der internationale Vergleich hat auch gezeigt, dass Pflegefachpersonen bereits mehr Kompetenzen zur Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten erlangt haben und dadurch eine höhere Ebene der Patientenversorgung erreicht haben. Der ärztliche Tätigkeitsbereich wurde dadurch nicht eingeschränkt, aber dem medizinischen Personal ermöglicht, den Fokus auf die individuelle Behandlung zu legen.

Was die Situation in Österreich betrifft, so müssen weitere Schritte eingeleitet werden, um Aus- und Weiterbildungen für Pflegeberufe zu präzisieren und das internationale Niveau zu erreichen. Vor allem für den neuen Einsatzbereich der Primärversorgung müssen im Pflegeberuf neue Bedingungen und rechtliche Grundlagen geschaffen werden, um eine Überlagerung von Rollen und Kompetenzen zu umgehen. Der Einsatz von Pflegefachpersonen in der Primärversorgung im Ausland, die so als Spezialisten einer spezifischen Erkrankung und nahezu eigenständig agieren, zeugt von dieser Notwendigkeit. Die Erstellung von Qualitätssicherungsinstrumenten wie SOPs oder Guidelines wäre für verschiedene Berufsgruppen ein sinnvoller Ansatz um eine qualitativ hochwertige Behandlung ohne Kompetenz- und Tätigkeitsüberschreitungen zu gewährleisten. International wurde die Entwicklung und Implementierung von SOPs und Guidelines durch politische Vertreter vorangetrieben und ermöglicht. Auch hier leitet sich eine Praxisempfehlung für Österreich ab, indem bspw. eine Berufskammer für die Berufsgruppe „Pflege“ etabliert wird, welche einen größeren Einfluss in politischen Belangen hätte und die Interessen der größten Berufsgruppe Österreichs sinnvoll vertritt.

6 Literaturverzeichnis

Alanen, S, Välimäki, M & Kaila, M 2009, 'Nurses' experiences of guideline implementation: a focus group study', *Journal of Clinical Nursing*, vol. 18, no. 18, pp. 2613-2621, viewed 18 January 2018, <http://onlinelibrary-wiley-com-1pubmed.han.medunigraz.at/doi/10.1111/j.1365-2702.2008.02754.x/epdf>

Alanen, S, Ijäs, J, Kaila, M, Mäkelä, M & Välimäki, M 2008, 'Hypertension guideline implementation: experiences of Finnish primary care nurses', *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, vol. 14, no. 5, pp. 830-835, viewed 18 January 2018, <http://onlinelibrary-wiley-com-1pubmed.han.medunigraz.at/doi/10.1111/j.1365-2753.2007.00909.x/epdf>

Ausserhofer, D, Rakic, S, Novo, A, Dropic, E, Fisekovic, E, Sredic, A & Van Malderen, G 2016, 'Improving the safety and quality of nursing care through standardized operating procedures in Bosnia and Herzegovina', *International Nursing Review*, vol. 63, no. 2, pp. 208-217, viewed 4 December 2017, <http://onlinelibrary-wiley-com-1pubmed.han.medunigraz.at/doi/10.1111/inr.12237/epdf>

Bölicke, C (ed.) 2007, *Standards in der Pflege*, Urban & Fischer, München.

Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort 2017, *Allgemeines zu Normen*, viewed 27 december 2017, <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/256/Seite.2560000.html>

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2017, *Qualitätssysteme in Akutkrankenhäusern*, viewed 27 december 2017, https://qualitaetsplattform.goeg.at/backend/Downloads/2015/QS_KH_Expertenbericht_0-Fehler.pdf

Bundesministerium für Gesundheit 2014, *Das Team rund um den Hausarzt – Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich*, viewed 18 September 2017, https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/2/6/CH1443/CMS1404305722379/p_rimaerversorgung.pdf

Bundesministerium für Gesundheit 2013a, *Methode zur Erstellung von Qualitätsstandards gemäß Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG)*, viewed 27 december 2017,
https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/8/8/CH1333/CMS1327922813555/methode_erstellung_qs.pdf

Bundesministerium für Gesundheit 2013b, *Das Österreichische Gesundheitssystem*, viewed 27 december 2017,
<https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/3/4/4/CH1066/CMS1291414949078/gesundheitssystem-zahlen-daten-2013.pdf>

Carlford, S & Lindberg, M 2008, 'Asthma and COPD in primary health care, quality according to national guidelines: a cross-sectional and a retrospective study', *BMC Family Practice*, vol. 9, viewed 18 January 2018,
<https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-9-36>

Czypionka, T & Ulinski, S 2014, *Primärversorgung*, viewed 5 February 2018,
<http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.602001&version=1410347801>

Gesundheit Österreich GmbH 2018, *Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017*, viewed 18 January 2018,
https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/0/1/CH1071/CMS1136983382893/oesg_2017_-_textband,_stand_dezember_2017.pdf

Higuchi, M, Okumura, J, Aoyama, A, Suryawati, S & Porter, J 2012, 'Application of standard treatment guidelines in rural community health centres, Timor-Leste', *Health Policy and Planning*, vol. 27, no. 5, pp. 396-404, viewed 18 January 2018,
<https://academic.oup.com/heapol/article/27/5/396/750623>

Korsatko, S 2017a, 'Dänemark, Norwegen und Schweden „Alles besser“ in der Primärversorgung? ', *Österreichisches Forum Primärversorgung im Gesundheitswesen*, viewed 27 December 2017,

<https://primaerversorgung.org/2017/04/18/daenemark-norwegen-und-schweden-alles-besser-in-der-primaerversorgung/>

Korsatko, S 2017b, 'Primärversorgung bei unseren Nachbarn Deutschland, Schweiz und Slowenien', *Österreichisches Forum Primärversorgung im Gesundheitswesen*, viewed 27 December 2017,

<https://primaerversorgung.org/2017/05/08/primaerversorgung-bei-unserer-nachbarn-deutschland-schweiz-und-slowenien/>

Korsatko, S 2017c, 'Die Musterschüler – Primärversorgung in den Niederlanden, Portugal und dem Vereinigten Königreich', *Österreichisches Forum Primärversorgung im Gesundheitswesen*, viewed 27 December 2017,

<https://primaerversorgung.org/2017/06/09/die-musterschueler-primaerversorgung-in-den-niederlanden-portugal-und-dem-vereinigten-koenigreich/>

Kuronen, R, Jallinoja, P & Patja, K 2011, 'Use of and Attitudes Toward Current Care Guidelines Among Primary and Secondary Care Nurses in Finland', *Clinical Nursing Research*, vol. 20, no. 3, pp. 310-325, viewed 18 January 2018, <http://journals-1sagepub-1com-1pubmed.han.medunigraz.at/doi/pdf/10.1177/1054773811407765>

McKillop, A, Crisp, J & Walsh, K 2012, 'Barriers and Enablers to Implementation of a New Zealand-Wide Guideline for Assessment and Management of Cardiovascular Risk in Primary Health Care: A Template Analysis', *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, vol. 9, no. 3, pp. 159-171, viewed 18 January 2018, <http://onlinelibrary-1wiley-1com-1pubmed.han.medunigraz.at/doi/10.1111/j.1741-6787.2011.00233.x/full>

Müller, W 2017, 'Das Herzabhören übernimmt in Zukunft der Computer', *Der Standard*, 11 December, viewed 27 December 2017,

<https://derstandard.at/2000069991802/Das-Herzabhoeren-uebernimmt-in-Zukunft-der-Computer>

Schöld, A, Ylikivela, R, Lindström, K, Östgren, C & Grodzinsky, E 2013, 'The options of the management of self-monitoring of blood glucose in primary health care centres by the diabetes nurses and patients', *Primary Care Diabetes*, vol. 7, no. 2, pp. 143-

149, viewed 18 January 2018, [http://www.primary-care-diabetes.com/article/S1751-9918\(12\)00310-5/pdf](http://www.primary-care-diabetes.com/article/S1751-9918(12)00310-5/pdf)

Siebenhofer-Kroitzsch, A, Abuzahra, M, Horvath, K, Jeitler, K, Posch, N, Semlitsch, T, Lohrmann, C & Schüttengruber, G 2016, *Tätigkeiten von Pflegefachkräften in der Hausarztpraxis: Internationale Tätigkeitsprofile und Evidenzlage*, viewed 18 September 2017, <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.631038>

Statistik Austria 2018, *Gesundheit*, viewed 1 February 2018, https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/index.html

Voogdt-Pruis, H, Beusmans, G, Gorgels, A & Van Ree, J 2011a, 'Experiences of doctors and nurses implementing nurse-delivered cardiovascular prevention in primary care: a qualitative study', *Journal of Advanced Nursing*, vol. 67, no. 8, pp. 1758-1766, viewed 18 January 2018, <http://onlinelibrary-wiley-com-1pubmed.han.medunigraz.at/doi/10.1111/j.1365-2648.2011.05627.x/epdf>

Voogdt-Pruis, H, Beusmans, G, Gorgels, A & Van Ree, J 2011b, 'Adherence to a guideline on cardiovascular prevention: A comparison between general practitioners and practice nurses', *International Journal of Nursing Studies*, vol. 48, no. 7, pp. 798-807, viewed 18 January 2018, [http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489\(10\)00378-0/fulltext](http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(10)00378-0/fulltext)

Weltgesundheitsorganisation n.d., *Erklärung von Alma-Ata*, viewed 27 december 2017, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/132218/e93944G.pdf?ua=1

7 Abbildungs-/Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Flow-Chart zur Suchstrategie	15
Tabelle 1: Relevante Studien.....	17
Tabelle 2: international angewandte Guidelines und resultierende Pflegeinterventionen.....	20

8 Anhang

Im Folgenden ist der Bewertungsbogen nach Hawker et al. (2002) angeführt, welcher zur Beurteilung der Qualität der Studien herangezogen wurde. Des Weiteren sind die bewerteten Studien aufgelistet. Wurde eine Studie besser als 60 % bewertet, wurde diese in die Arbeit inkludiert.

Good = 4

Fair = 3

Poor = 2

Very Poor = 1

Kriterien	Bewertung
1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Structured abstract with full information and clear title.	Good
Abstract with most of the information.	Fair
Inadequate abstract.	Poor
No abstract.	Very Poor
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
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.	Good
Some background and literature review. Research questions outlined.	Fair

Some background but no aim/objectives/questions, OR Aims/objectives but inadequate background.	Poor
No mention of aims/objectives. No background or literature review.	Very Poor
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Method is appropriate and described clearly (e.g., questionnaires included). Clear details of the data collection and recording.	Good
Method appropriate, description could be better. Data described.	Fair
Questionable whether method is appropriate. Method described inadequately. Little description of data.	Poor
No mention of method, AND/OR Method inappropriate, AND/OR No details of data.	Very Poor
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
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.	Good
Sample size justified. Most information given, but some missing.	Fair
Sampling mentioned but few descriptive details.	Poor
Poor No details of sample.	Very Poor
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
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.	Good
Qualitative: Descriptive discussion of analysis. Quantitative.	Fair
Minimal details about analysis.	Poor
No discussion of analysis.	Very Poor
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?	

Ethics: Where necessary issues of confidentiality, sensitivity, and consent were addressed. Bias: Researcher was reflexive and/or aware of own bias.	Good
Lip service was paid to above (i.e., these issues were acknowledged).	Fair
Brief mention of issues.	Poor
No mention of issues.	Very Poor
7. Results:	
Is there a clear statement of the findings?	
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.	Good
Findings mentioned but more explanation could be given. Data presented relate directly to results.	Fair
Findings presented haphazardly, not explained, and do not progress logically from results.	Poor
Findings not mentioned or do not relate to aims.	Very Poor
8. Transferability or generalizability:	
Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Context and setting of the study is described sufficiently to allow comparison with other contexts and settings, plus high score in Question 4 (sampling).	Good
Some context and setting described, but more needed to replicate or compare the study with others, PLUS fair score or higher in Question 4.	Fair
Minimal description of context/setting.	Poor
No description of context/setting.	Very Poor
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
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.	Good

Two of the above (state what is missing in comments).	Fair
Only one of the above.	Poor
None of the above.	Very Poor

Autor: Alanen et al.

Studie: Hypertension guideline implementation: experiences of Finnish primary care nurses

Kriterien	Bewertung
<p>1. Abstract and title:</p> <p>Did they provide a clear description of the study? Der Titel enthält alle wichtigen Bestandteile (Studienart, Population, Setting), das Design lässt sich daraus jedoch nicht schließen. Der Abstract ist gut strukturiert, das Ziel wurde jedoch nicht klar formuliert.</p>	Fair
<p>2. Introduction and aims:</p> <p>Was there a good background and clear statement of the aims of the research? Am Ende der Einleitung werden drei Hauptziele formuliert. Es wird jedoch keine klare Forschungsfrage aufgelistet.</p>	Fair
<p>3. Method and data:</p> <p>Is the method appropriate and clearly explained? Die eingesetzte Methode ist nachvollziehbar und wurde mittels Abbildung und Tabellen näher erläutert.</p>	Fair
<p>4. Sampling:</p> <p>Was the sampling strategy appropriate to address the aims? Das Sampling wurde genau beschrieben und die Samplegröße war angemessen.</p>	Good
<p>5. Data analysis:</p> <p>Was the description of the data analysis sufficiently rigorous? Der Vorgang der Datenanalyse wurde gut beschrieben, jedoch gab es zu den spezifischen Tests keine nähere Erläuterung.</p>	Fair
<p>6. Ethics and bias:</p>	Fair

<p>Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?</p> <p>Die Zustimmung eines Ethikkomitees ist nicht ersichtlich. Lediglich die „senior nursing officers“ jeder Einrichtung wurde telefonisch um Erlaubnis gefragt, ob die Befragung mittels Fragebögen von statten gehen darf.</p>	
<p>7. Results:</p> <p>Is there a clear statement of the findings?</p> <p>Die Ergebnisse wurden gut zusammengefasst und mittels Tabellen ergänzt.</p>	Good
<p>8. Transferability or generalizability:</p> <p>Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?</p> <p>Die Ergebnisse sind auch auf andere Länder übertragbar, in denen Guidelines implementiert und umgesetzt werden.</p>	Good
<p>9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?</p> <p>Wichtige Ergebnisse für die Praxis welche jedoch weiterer Forschung bedürfen.</p>	Fair

Autor: Alanen, Välimäki & Kaila

Studie: Nurses' experiences of guideline implementation: a focus group study

Kriterien	Bewertung
<p>1. Abstract and title:</p> <p>Did they provide a clear description of the study?</p> <p>Das Setting ist aus dem Titel heraus nicht ersichtlich, ansonsten sind alle wichtigen Punkte enthalten. Der Abstract ist gut strukturiert und beinhaltet alle wichtigen Informationen.</p>	Good
<p>2. Introduction and aims:</p> <p>Was there a good background and clear statement of the aims of the research?</p> <p>Die Einleitung geht vom Allgemeinen zum Spezifischen. Das</p>	Good

Forschungsziel wird in einem eigenen Punkt nach der Einleitung erläutert.	
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained? Der Methodenteil wird sehr ausführlich beschrieben und ist nachvollziehbar.	Good
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims? Die Samplingmethode wird sehr genau und gut verständlich beschrieben.	Good
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous? Die Datenanalyse wurde gut beschrieben. Schwierigkeiten die sich währenddessen ergaben wurden aufgezeigt und Lösungsansätze dafür beschrieben.	Fair
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? Es wurde keine Zustimmung des Ethikkomitees benötigt, da keine Patientinnen und Patienten in die Studie miteinbezogen wurden.	Good
7. Results: Is there a clear statement of the findings? Die Ergebnisse wurden zu den wichtigsten Faktoren zusammengefasst und mittels Überschriften im Ergebnisteil genau angeführt.	Good
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population? Die Resultate können auch in anderen Primärversorgungseinheiten aus anderen Ländern überprüft werden.	Good
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	Good

Wichtige Ergebnisse für die Praxis, jedoch muss noch mehr Forschung auf diesem Gebiet in anderen Ländern von statten gehen.	
---	--

Autor: Ausserhofer et al.

Studie: Improving the safety and quality of nursing care through standardized operating procedures in Bosnia and Herzegovina

Kriterien	Bewertung
<p>1. Abstract and title:</p> <p>Did they provide a clear description of the study?</p> <p>Der Titel lässt den qualitativen Ansatz der Studie erahnen und gibt keine Auskunft über das Design. Ebenso könnte das Setting näher beschrieben sein. Der Abstract enthält alle notwendigen Informationen.</p>	Fair
<p>2. Introduction and aims:</p> <p>Was there a good background and clear statement of the aims of the research?</p> <p>Das Hintergrundwissen wurde gut beleuchtet und endet mit dem Forschungsziel.</p>	Good
<p>3. Method and data:</p> <p>Is the method appropriate and clearly explained?</p> <p>Der Methodenteil wurde aufgrund guter Beschreibung von Design, Setting und Sample verständlich zusammengefasst.</p>	Good
<p>4. Sampling:</p> <p>Was the sampling strategy appropriate to address the aims?</p> <p>Die Samplingmethode ist nachvollziehbar und es wird genau auf Ein- und Ausschlusskriterien eingegangen. Jedoch ist die Samplegröße klein. Würde die Studie in anderen Einrichtungen wiederholt werden, könnten die Ergebnisse sehr variieren.</p>	Fair
<p>5. Data analysis:</p> <p>Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?</p> <p>Die Datenanalyse wurde nur sehr kurz beschrieben. Zum besseren Verständnis müsste dies näher erläutert werden.</p>	Poor
<p>6. Ethics and bias:</p>	Good

<p>Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?</p> <p>Die schriftliche Einwilligung der Direktoren der Einrichtungen wurden eingeholt, damit die Studie durchgeführt werden konnte. Zusätzlich erfolgten schriftliche Informationen für die Teilnehmer, welche freiwillig in der Studie teilnahmen.</p>	
<p>7. Results:</p> <p>Is there a clear statement of the findings?</p> <p>Die Ergebnisse aus den einzelnen Einrichtungen werden klar dargestellt und das aus den erhobenen Daten entwickelte Modell beschrieben.</p>	Good
<p>8. Transferability or generalizability:</p> <p>Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?</p> <p>In die Studie wurden nur Einrichtungen eingeschlossen, welche bereits eine Zertifizierung erlangt haben bzw. welche sich im Zertifizierungsprozess befinden. Somit wurden beinahe nur best practice Beispiele genannt, welche es erschweren sich auf Einrichtungen ohne Zertifizierung abzuleiten. Andererseits kann dieses positive Beispiel motivierend für andere Einrichtungen erscheinen.</p>	Fair
<p>9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?</p> <p>Praxisempfehlungen werden abgegeben. Wichtige Erkenntnisse für weitere Forschung.</p>	Good

Autor: Carljford & Lindberg

Studie: Asthma and COPD in primary health care, quality according to national guidelines: a cross-sectional and a retrospective study

Kriterien	Bewertung
<p>1. Abstract and title:</p> <p>Did they provide a clear description of the study?</p>	Fair

<p>Der Titel enthält alle wichtigen Bestandteile bis auf die Population. Der Abstract ist gut strukturiert und enthält alle notwendigen Informationen.</p>	
<p>2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research? Die Einleitung schließt vom Allgemeinen zum Spezifischen und endet mit dem Forschungsziel.</p>	Good
<p>3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained? Es wurde im Abstract erläutert, dass insgesamt alle 42 Primärversorgungseinrichtungen aus Östergötland eingeschlossen wurden. Im Methodenteil entsteht Unstimmigkeit darüber, da eines der 42 Zentren aus organisatorischen Gründen ausgeschlossen wurde.</p>	Fair
<p>4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims? Ein- und Ausschlusskriterien für das Sampling wurden genannt und genau beschrieben.</p>	Fair
<p>5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous? Die Datenanalyse wurde nur kurz erläutert. Der P-Wert wurde definiert.</p>	Fair
<p>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? Aufgrund der rechtlichen Grundlage, musste kein Einverständnis eines Ethikkomitees eingeholt werden.</p>	Fair
<p>7. Results: Is there a clear statement of the findings? Aus den Ergebnissen gehen klare Aussagen hervor. Die Tabellen sind ergänzend angeführt, erscheinen aber im ersten Augenblick nicht klar und deutlich.</p>	Fair

<p>8. Transferability or generalizability:</p> <p>Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?</p> <p>Die Ergebnisse können nur in Primärversorgungseinrichtungen eins zu eins übernommen werden, in denen bereits ACNP's bestehen. Andernfalls können diese Beispiele als Ansporn gesehen werden, auch ACNP's in die eigene Einrichtung zu installieren.</p>	Fair
<p>9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?</p> <p>Weitere Forschung wird benötigt, um die Ergebnisse bestätigen zu können. Dennoch wird ein neuer Bereich der Struktur- und Prozessqualität für die Praxis aufgeworfen und eine mögliche Praxisempfehlung wird gegeben.</p>	Good

Autor: Higuchi et al.

Studie: Application of standard treatment guidelines in rural community health centres, Timor-Leste

Kriterien	Bewertung
<p>1. Abstract and title:</p> <p>Did they provide a clear description of the study?</p> <p>Der Titel gibt wenig Ausschluss über die Studienart bzw. das Studiendesign. Auch die Population ist aus dem Titel nicht herauslesbar. Im Abstract wurde auf Hintergrundwissen verzichtet und anstelle der Schlussfolgerung wurde ein Diskussionspunkt aufgegriffen.</p>	Fair
<p>2. Introduction and aims:</p> <p>Was there a good background and clear statement of the aims of the research?</p> <p>Nach der Einleitung erfolgte die genaue Beschreibung des Studienziels sowie die Nennung von vier Forschungsfragen.</p>	Good
<p>3. Method and data:</p> <p>Is the method appropriate and clearly explained?</p> <p>Im Methodenteil wurden CHCs eingeschlossen, die als "Level 2" entsprachen. Deshalb wurden von 56 CHCs zwölf ausgeschlossen.</p>	Poor

<p>Eine nähere Erläuterung zu den verschiedenen Level eines CHC bleibt ausständig. Auch die Ein- und Ausschlusskriterien sind trotz graphischer Darstellung der Örtlichkeiten der CHCs nicht nachvollziehbar.</p>	
<p>4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims? Pro CHC wurden drei Mitarbeiter ausgewählt: eine Oberschwester, eine klinische Pflegefachperson oder Hebamme sowie eine „andere“ Pflegeperson oder Hebamme. Pflegeassistenten wurden ausgeschlossen. Jedoch konnten diese nicht zur Gänze nicht in jedem CHC angefundnen werden. Somit waren im Sample 16 Oberschwestern, 18 klinische Pflegepersonen sowie 21 andere Pflegepersonen oder Hebammen inkludiert.</p>	Fair
<p>5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous? Die Datenanalyse erfolgte nach der Transkription der Daten auf Basis des „Framework approach“, welches nicht klar definiert wurde.</p>	Poor
<p>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? Die Studie wurde im Vorhinein vom Vorschlagskontrollgremium des MoH, Timor-Leste, und dem Ethikkomitee für Forschung der Londoner Schule für Hygiene und Tropenmedizin genehmigt.</p>	Good
<p>7. Results: Is there a clear statement of the findings? Aufgrund des Ansatzes ergeben sich mehrere aussagekräftige Ergebnisse die in Unterkapitel gegliedert wurden.</p>	Fair
<p>8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population? Die Ergebnisse können auf andere ressourcenarmen Länder übertragen werden.</p>	Fair

<p>9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?</p> <p>Für Länder in denen sehr wenige Ressourcen zur Verfügung stehen, kann diese Studie eine Ideen vermitteln um Grundversorgung gewährleisten zu können.</p>	<p>Fair</p>
--	-------------

Autor: Kuronen, Jallinoja & Patja

Studie: Use of and Attitudes Toward Current Care Guidelines Among Primary and Secondary Care Nurses in Finland

Kriterien	Bewertung
<p>1. Abstract and title:</p> <p>Did they provide a clear description of the study?</p> <p>Das Studiendesign lässt sich nicht aus dem Titel schließen. Der Abstract ist unstrukturiert aufgebaut. Es wird erklärt was untersucht wurde, jedoch fehlt das Ziel und die Methode wird nur kurz erwähnt, nicht näher erläutert.</p>	<p>Poor</p>
<p>2. Introduction and aims:</p> <p>Was there a good background and clear statement of the aims of the research?</p> <p>Die Einleitung beginnt sehr allgemein und endet mit dem Forschungsziel.</p>	<p>Fair</p>
<p>3. Method and data:</p> <p>Is the method appropriate and clearly explained?</p> <p>Der Methodenteil ist sehr komplex zusammengefasst, da die Datenerfassung per Fragebogen während des Zeitraums eines Bildungsprogramms zur Umsetzung von Guidelines vollzogen wurde. Dabei wurde jeweils zum Zeitpunkt vor und nach dem Programm Daten mittels Fragebogen erhoben.</p>	<p>Fair</p>
<p>4. Sampling:</p> <p>Was the sampling strategy appropriate to address the aims?</p> <p>Innerhalb des Bildungsprogramms wurde das Sample rekrutiert.</p>	<p>Poor</p>
<p>5. Data analysis:</p> <p>Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?</p>	<p>Poor</p>

Die Datenanalyse mittels statistische Tests wurde angeführt, jedoch nicht näher beschrieben.	
<p>6. Ethics and bias:</p> <p>Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?</p> <p>Die Durchführung der Studie mittels Fragebogenbefragung wurde vom Institutional Review Board des National Public Health Institute in Finnland genehmigt. Die Teilnahme an der Fragebogenerhebung war freiwillig und kostenlos.</p>	Good
<p>7. Results:</p> <p>Is there a clear statement of the findings?</p> <p>Das was untersucht wurde, sollte in einer anderen Studie wiederholt werden um die Ergebnisse bestätigen zu können.</p>	Fair
<p>8. Transferability or generalizability:</p> <p>Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?</p> <p>Die Ergebnisse können bei Bestätigung auf einen anderen Kontext übertragen werden.</p>	Fair
<p>9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?</p> <p>Die Ergebnisse bieten Möglichkeit für neue Forschung.</p>	Fair

Autor: McKillop, Crisp & Walsh

Studie: Barriers and Enablers to Implementation of a New Zealand-Wide Guideline for Assessment and Management of Cardiovascular Risk in Primary Health Care: A Template Analysis

Kriterien	Bewertung
<p>1. Abstract and title:</p> <p>Did they provide a clear description of the study?</p> <p>Der Titel enthält alle notwendigen Bestandteile bis auf das Sample.</p> <p>Der Abstract enthält alle notwendigen Informationen.</p>	Fair
<p>2. Introduction and aims:</p>	Fair

<p>Was there a good background and clear statement of the aims of the research?</p> <p>Die Einleitung geht vom Allgemeinen zum Spezifischen und endet mit dem Forschungsziel.</p>	
<p>3. Method and data:</p> <p>Is the method appropriate and clearly explained?</p> <p>Der Methodenteil ist durch Unterüberschriften klar gegliedert und beinhaltet alle notwendigen Informationen.</p>	Good
<p>4. Sampling:</p> <p>Was the sampling strategy appropriate to address the aims?</p> <p>Das Sample bestand nur aus Mitarbeitern von primären Gesundheitseinrichtungen, welche in ihrer Arbeit mit der Umsetzung von Leitlinien zu tun hatte. Die Bereitschaft der Teilnahme wurde mittels Rücksendung per E-Mail bestätigt.</p>	Poor
<p>5. Data analysis:</p> <p>Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?</p> <p>Die Datenanalyse ist sehr komplex beschrieben und schwer nachzuvollziehen.</p>	Fair
<p>6. Ethics and bias:</p> <p>Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?</p> <p>Die Genehmigung zur Forschungsarbeit wurde vom regionalen neuseeländischen Ministerium für Gesundheitsethik und vom Ethikkomitee für ethische Forschung der Universität Sydney eingeholt.</p>	Good
<p>7. Results:</p> <p>Is there a clear statement of the findings?</p> <p>Durch die komplexe Beschreibung von Datencodes werden die Ergebnisse sehr breitgefächert dargestellt. Eine klare Übersicht der Ergebnisse wurde dabei nicht erzielt.</p>	Fair
<p>8. Transferability or generalizability:</p> <p>Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?</p>	Fair

Die Studie bezog sich nur auf eine Teilregion von Neuseeland, in der eine Minderheitengruppe eine große Rolle spielt. Demnach ist es schwierig diese Ergebnisse auf eine andere Population zu übertrage.	
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice? Für die neuseeländische Praxis muss weitere Forschung angestrebt werden.	Fair

Autor: Schöld et al.

Studie: The options of the management of self-monitoring of blood glucose in primary health care centres by the diabetes nurses and patients

Kriterien	Bewertung
1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study? Bis auf Studienart und Studiendesign sind im Titel alle notwendigen Informationen enthalten (Setting, Intervention, Sample). Der Abstract gibt einen guten Überblick über die Studie, ist unstrukturiert aufgebaut und enthält Ziele, Methode, Ergebnisse und Schlussfolgerung.	Fair
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research? Die Einleitung beginnt sehr allgemein, definiert die im Abstract genannten Fachbegriffe und endet mit den Forschungszielen der Studie.	Good
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained? Der Methodenteil wurde klar beschrieben. Mittels semi-strukturierten Fragebogen der über Telefoninterviews abgefragt wurde und einer offenen Frage wurden die Daten der Patientinnen und Patienten erhoben. Ebenso wurden alle DNS der 18 PHC-Zentren telefonisch mittels eines halbstrukturierten Fragebogens befragt.	Good
4. Sampling:	Fair

<p>Was the sampling strategy appropriate to address the aims? Die Sampling Methode, Rekrutierung per Telefonbefragung, schien eine gute Methode um an die gezielten Daten zu gelangen. Jedoch ist es möglich, dass nur Daten von Personen erlangt wurden, die auch an der Thematik interessiert waren.</p>	
<p>5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous? Die statistischen Tests wurden angeführt, jedoch nicht näher erläutert. Der P-Wert wurde zur Ermittlung von Signifikanz definiert.</p>	Fair
<p>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? Die Studie wurde vom regionalen Ethikrat in Linköping (Schweden) genehmigt. Die Patientinnen und Patienten konnten die Studienteilnahme ablehnen, indem eine beiliegende Antwortkarte der schriftlich zugesendeten Informationen zurückgesendet wurde oder der Forschungskrankenschwester die Verweigerung der Teilnahme per Telefon mitgeteilt wurde.</p>	Good
<p>7. Results: Is there a clear statement of the findings? Die Ziele der Studie konnten durch die Ergebnisse erläutert werden.</p>	Fair
<p>8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population? Die Ergebnisse sind auf andere PHC-Zentren übertragbar.</p>	Fair
<p>9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice? Die Ergebnisse geben Aufschluss über die Verwendung von Guidelines und den daraus resultierenden Interventionen. Daraus lassen sich Ideen zur Verbesserung der Praxis (Kostenreduktion) ableiten.</p>	Fair

Autor: Voogdt-Pruis et al.

Studie: Adherence to a guideline on cardiovascular prevention: A comparison between general practitioners and practice nurses

Kriterien	Bewertung
<p>1. Abstract and title:</p> <p>Did they provide a clear description of the study?</p> <p>Der Titel lässt einen qualitativen Ansatz vermuten. Das Design ist nicht enthalten. Alle anderen notwendigen Informationen sind enthalten. Der Abstract enthält alle notwendigen Informationen.</p>	Fair
<p>2. Introduction and aims:</p> <p>Was there a good background and clear statement of the aims of the research?</p> <p>Die Einleitung schließt vom Allgemeinen zum Spezifischen und endet mit dem Forschungsziel und den Forschungsfragen.</p>	Good
<p>3. Method and data:</p> <p>Is the method appropriate and clearly explained?</p> <p>Der Methodenteil wurde ausführlich durch Unterüberschriften in Design, randomisierte Studie, Stichprobe und Analyse sowie Fragebogen geliedert und beschrieben.</p>	Good
<p>4. Sampling:</p> <p>Was the sampling strategy appropriate to address the aims?</p> <p>Die Rekrutierung von Patientinnen und Patienten erfolgte zur computergenerierte Randomisierung (Zelen's Design). Für die Rekrutierung des Samplings wurden genaue Ein- und Ausschlusskriterien definiert. Zweimal wurden die Patientin bzw. der Patient in die jeweilige Gruppe rekrutiert, wobei diese bzw. dieser bei der ersten Rekrutierung nicht wusste, dass es sich um einen Forschungshintergrund handelt.</p>	Fair
<p>5. Data analysis:</p> <p>Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?</p> <p>Die Datenanalyse wurde mittel statistischen Programmen vollzogen. Der P-Wert wurde als Signifikanzniveau definiert.</p>	Fair
<p>6. Ethics and bias:</p>	Fair

<p>Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?</p> <p>Am Ende der Studie, unter dem Punkt Danksagung, wurde erwähnt, dass die Studie durch das Medizinethikkomitee der Universität Maastricht genehmigt wurde. Die Patientinnen und Patienten wurden nach einem Jahr um eine Zustimmung für die Forschung gebeten.</p>	
<p>7. Results:</p> <p>Is there a clear statement of the findings?</p> <p>Die Ergebnisse wurden in vier Unterüberschriften (Respondents, Lifestyle and medical intervention, other involved professionals, patient adherence) zusammengefasst und mittels Tabellen näher erläutert. Insgesamt wurde eine bessere Einhaltung von Guidelines durch das Pflegepersonal als durch den Allgemeinmediziner herausgefunden.</p>	Fair
<p>8. Transferability or generalizability:</p> <p>Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?</p> <p>Die Ergebnisse können auf andere Primärversorgungssysteme übertragen werden. Es bedarf jedoch an mehr Forschung bei der Einhaltung von Guidelines durch Personal des Gesundheitswesens um eine allgemeine Aussage tätigen zu können.</p>	Poor
<p>9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?</p>	Fair

Autor: Voogdt-Pruis et al.

Studie: Experiences of doctors and nurses implementing nurse-delivered cardiovascular prevention in primary care: a qualitative study

Kriterien	Bewertung
<p>1. Abstract and title:</p> <p>Did they provide a clear description of the study?</p> <p>Der Titel enthält alle wichtigen Informationen (Intervention, Sample, Setting, Studienart). Der Abstract ist gut strukturiert und enthält alle wichtigen Informationen.</p>	Good

<p>2. Introduction and aims:</p> <p>Was there a good background and clear statement of the aims of the research?</p> <p>Die Einleitung geht vom Allgemeinen zum Spezifischen. Das Forschungsziel wird in einem eigenem Punkt nach der Einleitung/Hintergrund aufgezeigt.</p>	<p>Good</p>
<p>3. Method and data:</p> <p>Is the method appropriate and clearly explained?</p> <p>Der Methodenteil beinhaltet die ausführliche Beschreibung von Ziel, Teilnehmer, Datensammlung, Ethik, Datenanalyse sowie Gültigkeit und Zuverlässigkeit.</p>	<p>Good</p>
<p>4. Sampling:</p> <p>Was the sampling strategy appropriate to address the aims?</p> <p>Im Einleitungsteil unter Hintergrund wird bereits die randomisierte Auswahl des Samples angedeutet. Die Strategie scheint angemessen zur Erreichung des Forschungsziels.</p>	<p>Fair</p>
<p>5. Data analysis:</p> <p>Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?</p> <p>Die Datenanalyse wurde genau und verständlich erläutert.</p>	<p>Fair</p>
<p>6. Ethics and bias:</p> <p>Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?</p> <p>Der medizinische Ethikausschuss der Universität hat das Forschungsvorhaben bestätigt. Bei allen Interviews wurde betont, dass die Antworten nicht an andere weitergegeben werden.</p>	<p>Good</p>
<p>7. Results:</p> <p>Is there a clear statement of the findings?</p> <p>Die Ergebnisse wurden mittels Unterpunkten und Tabelle dargestellt und ausführlich erläutert. Vor allem wurden Barrieren zur Implementation aufgezeigt.</p>	<p>Fair</p>
<p>8. Transferability or generalizability:</p> <p>Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?</p>	<p>Fair</p>

Ergebnisse derselben Studie in einem anderen Land im Setting der Primärversorgung könnten miteinander verglichen werden. Ohne diesen Vergleich ist eine Verallgemeinerung nicht möglich.	
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	Fair

Gesamtbewertung Studien

Autor	Titel	Jahr	Punkte (Max.= 36)	%
Alanen et al.	Hypertension guideline implementation: experiences of Finnish primary care nurses	2008	30	83,3
Alanen, Välimäki & Kaila	Nurses' experiences of guideline implementation: a focus group study	2009	35	97,2
Ausserhofer et al.	Improving the safety and quality of nursing care through standardized operating procedures in Bosnia and Herzegovina	2016	31	86,1
Carlfjord & Lindberg	Asthma and COPD in primary health care, quality according to national guidelines: a cross-sectional and a retrospective study	2008	29	80,5
Higuchi et al.	Application of standard treatment guidelines in rural community health centres, Timor-Leste	2012	27	75,0
Kuronen, Jallinoja & Patja	Use of and Attitudes Toward Current Care Guidelines Among Primary and Secondary Care Nurses in Finland	2011	25	69,4
McKillop, Crisp & Walsh	Barriers and Enablers to Implementation of a New Zealand-Wide Guideline for Assessment and Management of	2012	28	77,8

	Cardiovascular Risk in Primary Health Care: A Template Analysis			
Schöld et al.	The options of the management of self-monitoring of blood glucose in primary health care centres by the diabetes nurses and patients	2013	30	83,3
Voogdt-Pruis et al.	Adherence to a guideline on cardiovascular prevention: A comparison between general practitioners and practice nurses	2011	28	77,8
Voogdt-Pruis et al.	Experiences of doctors and nurses implementing nurse-delivered cardiovascular prevention in primary care: a qualitative study	2011	31	86,1