

Bachelorarbeit

**Aufgaben und Rollen von Public Health
Nurses in der europäischen
Primärversorgung – ein Literaturreview**

eingereicht von

Cornelia Maier

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Nursing Science

(BScN)

Medizinische Universität Graz

Institut für Pflegewissenschaft

unter der Anleitung von

Dr.ⁱⁿ scient.med. Großschädl Franziska, BSc MSc

Graz, 21.02.2019

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 und inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.“

21.02.2019

Cornelia Maier, eh.

Inhaltsverzeichnis

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG	I
INHALTSVERZEICHNIS	II
TABELLENVERZEICHNIS	III
ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	III
ZUSAMMENFASSUNG.....	IV
ABSTRACT	VI
1. EINLEITUNG	1
1.1. PRIMÄRVERSORGUNG	3
1.2. PUBLIC HEALTH NURSING	7
1.3. RELEVANZ DER THEMATIK	10
1.4. FORSCHUNGSZIEL UND FORSCHUNGSFRAGE.....	11
2. METHODE.....	12
2.1. FORSCHUNGSDESIGN.....	12
2.2. DATENSAMMLUNG	12
2.3. DATENANALYSE.....	14
3. ERGEBNISSE	17
3.1. IRLAND.....	17
3.2. SCHWEDEN.....	19
3.3. FINNLAND	19
3.4. NORWEGEN	20
3.5. VEREINIGTES KÖNIGREICH	22
4. DISKUSSION.....	28
4.1. STÄRKEN UND LIMITATIONEN.....	35
4.2. EMPFEHLUNGEN FÜR DIE PRAXIS	35
4.3. EMPFEHLUNGEN FÜR DIE FORSCHUNG	36
4.4. EMPFEHLUNGEN FÜR DIE GESETZGEBER/GESUNDHEITSPOLITIK.....	36
5. SCHLUSSFOLGERUNG.....	37
LITERATURVERZEICHNIS	38
ANHANG	VIII
SUCHVERLAUF.....	VIII
BEWERTUNGSBOGEN	XI
BEWERTUNG DER STUDIEN.....	XIII
ÜBERSICHT DER INKLUDIERTEN STUDIEN	XXI

Tabellenverzeichnis

TABELLE 1: INKLUDIERTE STUDIEN MIT BEWERTUNG	16
TABELLE 2: BEZEICHNUNGEN, ZIELGRUPPEN, EINSATZORTE UND AUFGABEN VON PUBLIC HEALTH NURSES IN EUROPA	24
TABELLE 3: SUCHVERLAUF IM DETAIL	VIII
TABELLE 4: BEWERTUNG NIC PHILIBIN ET AL. (2010)	XIII
TABELLE 5: BEWERTUNG GILTENANE ET AL. (2015)	XIV
TABELLE 6: BEWERTUNG BURKE UND O'NEILL (2010)	XV
TABELLE 7: BEWERTUNG CLANCY ET AL. (2005)	XVI
TABELLE 8: BEWERTUNG HEMINGWAY ET AL. (2013)	XVII
TABELLE 9: BEWERTUNG GLAVIN ET AL. (2014)	XVIII
TABELLE 10: BEWERTUNG DAHL UND CLANCY (2016)	XIX
TABELLE 11: BEWERTUNG COWLEY ET AL. (2007)	XX
TABELLE 12: INKLUDIERTE STUDIEN: ÜBERSICHT	XXI

Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1: BEVÖLKERUNGSPYRAMIDE (STATISTIK AUSTRIA 2018)	1
ABBILDUNG 2: MULTIMORBIDITÄT NACH ALTER (BARNETT ET AL. 2012: 39)	2
ABBILDUNG 3: FLOW CHART	15
ABBILDUNG 4: PUBLIC HEALTH INTERVENTION WHEEL (PUBLIC HEALTH NURSING SECTION 2001)	29
ABBILDUNG 5: 10 ESSENTIAL PUBLIC HEALTH SERVICES (CDC 2018)	30
ABBILDUNG 6: BEWERTUNGSBOGEN NACH HAWKER ET AL. (2002)	XI
ABBILDUNG 7: BEWERTUNGSBOGEN NACH HAWKER ET AL. (2002) FORTSETZUNG	XII

Zusammenfassung

Hintergrund:

Seit der Konferenz von Alma-Ata 1978 existieren Empfehlungen der WHO, eine effektive Primärversorgung als Basis für eine umfassende Gesundheitsversorgung aufzubauen. Da das Tätigkeitsprofil von Gesundheits- und Krankenpflegepersonen einer Primärversorgungseinheit dem von Public Health Nurses sehr ähnlich ist und die demografischen und epidemiologischen Veränderungen eine Public Health-Dimension in der Versorgung notwendig machen, ist es sinnvoll, bestehende Strukturen von Public Health Nurses näher zu beleuchten, um ein adäquates Konzept für Österreich entwickeln zu können. Da es zu dieser Thematik wenige und lediglich ältere Publikationen gibt, ist das Ziel dieser Bachelorarbeit, die Aufgaben und Rollen von Public Health Nurses in der europäischen Primärversorgung darzustellen.

Methode:

Das Studiendesign dieser Arbeit ist ein Literaturreview. Die Recherche erfolgte in den Datenbanken PubMed, CINAHL und Ovid, unter anderem mit den Keywords „Public Health Nurse“, „Community Health Nurse“, „Primary Health Care“, „role“ und „Europe“ und den dazugehörigen MeSH-Terms beziehungsweise Subject Headings. Es erfolgte eine Auswahl der Artikel nach vorab definierten Ein- und Ausschlusskriterien. Relevante Studien wurden mit dem Bewertungsbogen nach Hawker et al. (2002) beurteilt. Insgesamt konnten fünf Artikel in diese Arbeit eingeschlossen werden, deren Methoden qualitative Designs, Literaturreviews und einen National Survey beinhalten.

Ergebnisse:

Die Forschungsfrage kann in kleinerem Umfang beantwortet werden, da die Recherche lediglich Ergebnisse aus fünf europäischen Ländern (Irland, Schweden, Norwegen, Finnland, Vereinigtes Königreich) gebracht hat. Es gibt keine klare Regelung der Aufgaben- und Rollenverteilung zwischen den Ländern und auch innerhalb der Länder. Public Health Nurses sind entweder für die gesamte Bevölkerung von der Geburt bis zum Tod zuständig oder auf eine bestimmte Zielgruppe spezialisiert. Dabei liegt der Fokus meist auf Kindern und Jugendlichen

und deren Familien. Durch den niederschweligen Zugang können ebenso vulnerable Gruppen erreicht werden.

Schlussfolgerung:

In diesem Literaturreview wird aufgezeigt, dass Public Health Nurses in der europäischen Primärversorgung eine große Rolle in der Betreuung und Versorgung der Bevölkerung einnehmen. Es wird empfohlen, dass Public Health Nurses, nach Schaffung adäquater Spezialisierungen, auch in der österreichischen Primärversorgung integriert werden. Hilfreich dabei könnten weitere Forschungen sein, die sich auf die Frage „Welche Aufgaben können Public Health Nurses in Österreich übernehmen und wie ist das Konzept umsetzbar?“ beziehen. Strukturänderungen im Gesundheitssystem hin zu einer gesundheitsorientierten Primärversorgung sind dabei essentiell.

Schlüsselwörter: Public Health Nurse, Primärversorgung, Rolle, Europa

Abstract

Background:

Since the Alma-Ata Conference in 1978, WHO recommendations have provided effective primary care as a basis for comprehensive health care delivery. Given that the job description of nursing staff of a primary health care unit is very similar to that of public health nurses and the demographic and epidemiological changes necessitate a public health dimension in care, it makes sense to illuminate existing structures of public health nursing to be able to develop an adequate concept for Austria. Because there are few and just older publications on this subject, the aim of this bachelor thesis is to present the tasks and roles of public health nurses in European primary health care.

Method:

The study design of this thesis is a literature review. The search was carried out in the databases PubMed, CINAHL and Ovid, including the keywords "Public Health Nurse", "Community Health Nurse", "Primary Health Care", "role" and "Europe" and the associated MeSH terms or subject headings. There was a selection of articles according to pre-defined inclusion and exclusion criteria. Relevant studies were assessed using the evaluation form according to Hawker et al. (2002). A total of five studies were included in this thesis, whose methods consist of qualitative designs, literature reviews and a National Survey.

Results:

The research question can be answered in smaller extent, as the search only produced results from five European countries (Ireland, Sweden, Norway, Finland, United Kingdom). There is no clear regulation of task and role distribution between and within countries. Public health nurses are either responsible for the entire population from birth to death or specializing in a specific target group. The focus is mostly on children and adolescents and their families. The low-threshold access can also reach vulnerable groups.

Conclusion:

This literature review shows that public health nurses in European primary health care play a major role in the care and support of the population. It is recommended that public health nurses be integrated into Austrian primary health care after adequate specialization has been established. It could be helpful to conduct further research that addresses the question "What tasks can public health nurses undertake in Austria and how can the concept be implemented?". Structural changes in the health system towards a health-oriented primary health care are essential.

Keywords: public health nurse, primary health care, role, Europe

1. Einleitung

Empfehlungen der WHO (1978), eine effektive Primärversorgung als Basis für eine umfassende Gesundheitsversorgung in den einzelnen Ländern aufzubauen, existieren seit der Deklaration von Alma-Ata.

Die demografischen Prognosen in Österreich zeigen, wie in Abbildung 1 dargestellt, dass die Bevölkerung wächst und altert. Die Annahme begründet sich auf weiterhin beständige Zuwanderungen, rückläufige Geburtenzahlen und der steigenden Lebenserwartung. Für die nächsten 20 Jahre wird eine Zunahme der Anzahl der über 65-Jährigen um die Hälfte prognostiziert. Der Anteil dieser Altersgruppe an der Gesamtbevölkerung steigt von knapp einem Fünftel auf mehr als ein Viertel. Insgesamt steigt die Anzahl der österreichischen Einwohnerinnen und Einwohner auf rund neun Millionen im Jahr 2022 und für das Jahr 2080 werden knapp zehn Millionen erwartet (Statistik Austria 2018a).

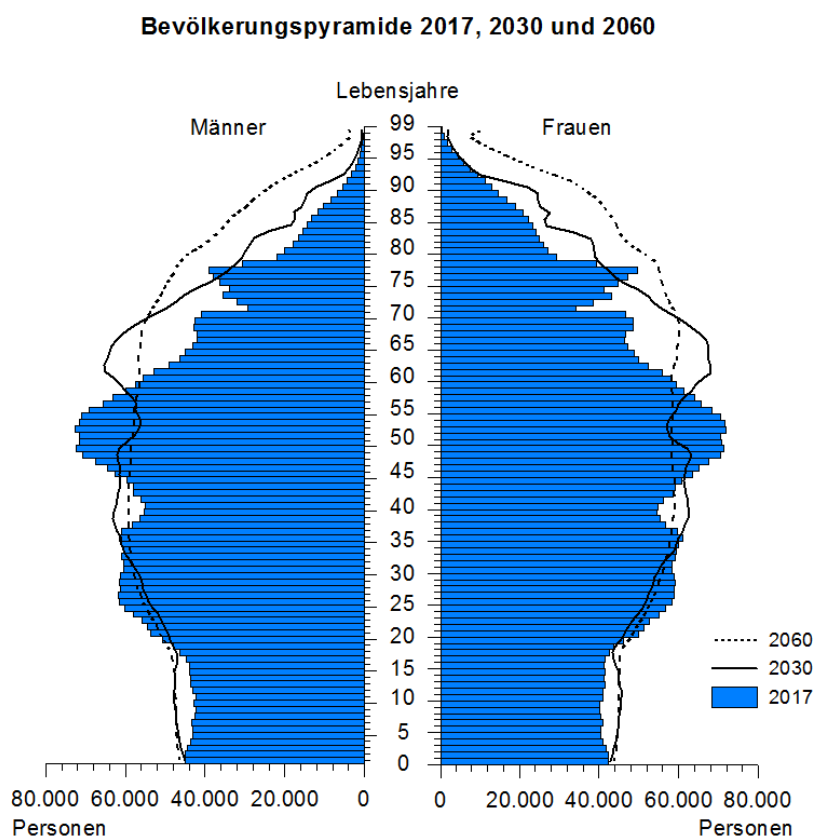


Abbildung 1: Bevölkerungspyramide (Statistik Austria 2018)

Obwohl der subjektiv gute Gesundheitszustand in Österreich im Vergleich zur Lebenserwartung seit 1978 prozentuell gestiegen und insgesamt die Belastung durch chronische Erkrankungen im Vergleich 2006/07 zu 2014, vor allem bei Männern, gesunken ist, erhöht sich das Auftreten einer Multimorbidität bei Menschen in Österreich, das heißt das gleichzeitige Vorhandensein von zwei oder mehreren chronischen Erkrankungen, mit zunehmendem Alter, wie in Abbildung 2 dargestellt (Statistik Austria 2016; Statistik Austria 2018b; Barnett et al. 2012).

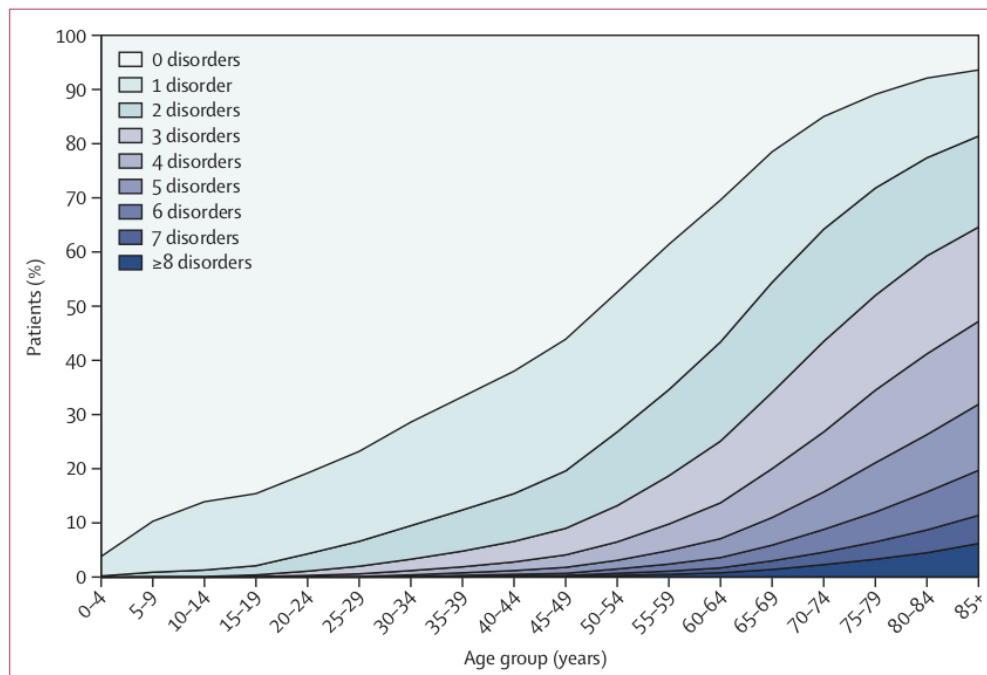


Abbildung 2: Multimorbidität nach Alter (Barnett et al. 2012: 39)

Zudem haben im Jahr 2011 41,6% aller Personen im erwerbsfähigen Alter (15 bis 64 Jahre) angegeben eine oder mehrere dauerhafte Gesundheitsbeschwerden zu haben, 23,5% aller Personen im Erwerbsalter gaben mindestens eine sensorische oder motorische dauerhafte Einschränkung bei alltäglichen Tätigkeiten an. Ausgehend von der österreichischen Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren, zeigte die Mikrozensus-Befragung von 2015, dass 19,3% durch gesundheitliche Beeinträchtigungen eingeschränkt sind. Dabei wurden Probleme mit der Beweglichkeit am Häufigsten angeführt (Statistik Austria 2017). Die laufenden Gesundheitsausgaben, gemessen als Anteil am Bruttoinlandsprodukt sind im Zeitraum zwischen 1990 und 2016 von 7,8% auf 10,4% gestiegen (Statistik Austria 2018c). Im Vergleich zu den EU-15-Mitgliedsstaaten, lagen die gesamten

Gesundheitsausgaben in Österreich im Zeitraum 2003-2012 über dem Durchschnitt. Dabei fielen im Jahr 2012 34,5% der laufenden Gesundheitsausgaben auf die „stationäre Gesundheitsversorgung“, 19,5% auf die „ambulante Gesundheitsversorgung (einschließlich häuslicher kurativer und rehabilitativer Pflege)“ und 5,4% auf „Prävention und öffentlicher Gesundheitsdienst, Verwaltung und Administration“. Der Schwerpunkt liegt demnach im kurativen Bereich, Potential und Verbesserungsbedarf besteht in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention (Habimana et al. 2015:43).

Österreich hat im Vergleich zu anderen europäischen Nationen, wie beispielsweise Niederlande, Dänemark oder Großbritannien eine schwache Primärversorgung (Kringos et al. 2013a). Eine starke Primärversorgung kann die Gesundheit der Gesamtbevölkerung verbessern, Ungleichheiten verringern und möglicherweise unnötige Krankenhausaufenthalte verhindern (Kringos et al. 2013b). Während in den oben genannten Ländern, wie auch in anderen Ländern Europas, das Konzept der interdisziplinären Primärversorgung schon länger ein fixer Bestandteil des Gesundheitssystems ist (Bergmair 2015; Kringos et al. 2015), wurde in Österreich im Jahr 2013 die Stärkung der Primärversorgung im hausärztlichen Setting in Art. 5 Abs. 3 Zi. 3 der Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit erstmals gesetzlich verankert und die Konzeptualisierung einer multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung bis Mitte 2014 in Artikel 6 des Bundes-Zielsteuerungsvertrages 2013 als Ziel festgelegt (BKA RIS 2013; Bund & SV 2013).

Um gleich zu Beginn ein besseres Verständnis für den Begriff „Primärversorgung“ zu bekommen, wird dieser nachfolgend näher erläutert.

1.1. Primärversorgung

Das Konzept der Primärversorgung taucht erstmalig im Dawson Report auf. Aus diesem geht hervor, dass „primary health centres“, welche präventive und kurative Aufgaben im Rahmen eines multidisziplinären Teams übernehmen, als erste Anlaufstelle für Individuen und Gemeinschaften fungieren sollen (Dawson 1920).

Dieser Ansatz wurde in der „International Conference on Primary Health Care“ der WHO (1978) in Alma-Ata wieder aufgegriffen, genauer definiert und dort als wesentlicher Bestandteil des Gesundheitssystems und der sozialen und wirtschaftlichen Entwicklung aller Nationen deklariert. Demnach stellt Primärversorgung die erste Ebene der Kontaktaufnahme von Individuen, Familien und Gemeinschaften zum Gesundheitssystem dar und bringt somit die Gesundheitsversorgung so nah als möglich an die Lebenswelten der Menschen. Laut dieser Deklaration beinhaltet Primärversorgung, unter anderem, einerseits die Aufklärung über Gesundheitsprobleme und deren Möglichkeiten zur Prävention und Kontrolle, gesundheitliche Fürsorge für Mütter und Kinder und Impfungen, andererseits fordert sie auch ein gewisses Maß an Selbstverantwortung und Selbstbestimmung von Individuen und der gesamten Bevölkerung. Die Regierungen der unterschiedlichen Nationen wurden dazu angehalten, Konzepte, Strategien und Aktionspläne zu entwerfen, um die Primärversorgung, als Part eines umfassenden Gesundheitssystems, in Zusammenarbeit mit anderen politischen Ressorts, einzuführen.

Im Jahr 2008 hat die WHO in ihrem Weltgesundheitsbericht „Primary Care – Now more than ever“ neuerlich den Fokus auf das Thema Primärversorgung gelegt und dabei die bestehenden Gesundheitssysteme kritisch betrachtet. Selbst in Industrieländern ist demnach die Etablierung der Primärversorgung zu wenig fortgeschritten. Der Fokus liegt auf einer krankenzentrierten Versorgung, ein gleichberechtigter Zugang zur Gesundheitsversorgung zwischen den Ländern, aber auch die Kluft verschiedener sozialer Schichten innerhalb der Länder werden bemängelt. Die große Bedeutsamkeit einer umfassenden Gesundheitspolitik wird angeführt und abschließend wird aufgezeigt, wie das Konzept der Primärversorgung in allen Ländern umsetzbar wäre (WHO 2008).

Bei der WHO-Konferenz von Astana wurde reflektiert, was 40 Jahre nach Alma-Ata von der damaligen Erklärung umgesetzt wurde. Dabei wurde nochmals ausdrücklich klargestellt, dass nach wie vor die Forcierung der Primärversorgung als umfassendes Konzept zur Verbesserung der physischen und psychischen Gesundheit und des sozialen Wohlbefindens beiträgt und eine wichtige Säule für eine nachhaltige globale Gesundheit darstellt (WHO 2018).

Muldoon et al. (2006) haben versucht, die Begrifflichkeiten „primary care“ und „primary health care“ differenziert darzustellen, denn es handelt sich dabei um zwei unterschiedliche Konzepte. Es gibt jedoch verschiedenste Definitionen dieser zwei Termini und sie werden oftmals synonym verwendet. Als „primary care“ wird in den meisten Fällen die hausarztzentrierte Versorgung für Individuen verstanden und der Autor und die Autorinnen plädieren dafür, den Begriff „primary health care“ an übergeordneter Stelle umfassender zu verwenden, denn er wird als gesundheitspolitischer Ansatz und als Ansatz für die Gesundheitsversorgung auf individueller und public health-bezogener Ebene verstanden. Somit ist „primary care“ als ein Teil von „primary health care“ zu verstehen.

Wird beispielsweise in der englischen Sprache zwischen „primary care“ und „primary health care“ unterschieden, so wird im österreichischen Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz „Primärversorgung“ folgendermaßen definiert:

§3 Zi. 9. „Primärversorgung (Primary Health Care)‘: Die allgemeine und direkt zugängliche erste Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Problemen im Sinne einer umfassenden Grundversorgung. Sie soll den Versorgungsprozess koordinieren und gewährleistet ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung. Sie berücksichtigt auch gesellschaftliche Bedingungen“ (BKA RIS 2017b:4).

Somit ist Primärversorgung in Österreich als eine fixe Institution und Anlaufstelle auf niederschwelliger Ebene zu verstehen, welche die Basisversorgung für jegliche Gesundheitsprobleme übernimmt und den sozialen Kontext miteinbezieht.

Es gibt unterschiedlichste Primärversorgungskonzepte in Europa. Im WHO-Bericht „Building primary care in a changing Europe“ wurde die Steuerung, die Finanzierung, die mitwirkenden Berufsgruppen und das Leistungsangebot in der Primärversorgung von 31 europäischen Ländern beschrieben. Dabei wurde ersichtlich, dass sich die einzelnen Länder erheblich in der Struktur und der Aufteilung der Tätigkeiten zwischen den eingesetzten Berufsgruppen unterscheiden. Während in Österreich in der ersten Ebene der Versorgung großteils

Hausärztinnen und Hausärzte praktizieren, kommen beispielsweise in Finnland, Norwegen oder Irland Pflegefachkräfte in der Primärversorgung zum Einsatz (Kringos et al. 2015).

Auf politischer Ebene wurden in Österreich im Jahr 2012 Rahmen-Gesundheitsziele erarbeitet und Selbstbestimmung, Selbstverantwortung und Gesundheitskompetenz sind seitdem wichtige Begriffe im Gesundheitssystem. Die „Public-Health-Orientierung“, als eine der Grundprinzipien der Rahmen-Gesundheitsziele (BMGF 2012), ist bis dato eher auf Ebene von Gemeinden, Schulen oder Betrieben in Form von gesundheitsfördernden Projekten vertreten und weniger auf die Praxis der österreichischen Primärversorgung - und damit auch auf Individuen - fokussiert (FGÖ o.J.). Nach und nach werden Primärversorgungseinheiten aufgebaut, im Zentrum steht dabei eher der Versorgungsauftrag, weniger die Prävention und die Gesundheitsförderung Einzelner (ÖFOP o.J.).

Die Struktur, die Anforderungen und der Leistungsumfang, sowie das Kernteam einer Primärversorgungseinheit werden in den §§2, 4 und 5 des Primärversorgungsgesetzes (PrimVG) klar definiert. Das Kernteam besteht zumindest aus Ärztinnen und Ärzten der Allgemeinmedizin und aus Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege (BKA RIS 2017a). Das Tätigkeitsprofil der Gesundheits- und Krankenpflegepersonen innerhalb des Primärversorgungsteams wurde klar definiert und beinhaltet die Rolle als „Pflegefachkraft“, „Kordinator/Koordinatorin und Organisator/Organisatorin“, „Netzwerker/Netzwerkerin“, „Qualitäts- und Risikomanager/-managerin“, „Edukatoren/Edukatoren“ und „Forscher/Forscherin“. Dabei wurden explizit „Screening, Risikoidentifikation“, die „Mitwirkung bei Impfprogrammen“, „Mitwirkung bei Vorsorgeuntersuchungen“, „Beratung und Schulung“, „betriebliche Gesundheitsförderung“, die „Mitwirkung bei der Überwachung von lokalen Gesundheitsproblemen in der Bevölkerung“, „gruppen- bzw. bevölkerungsbezogene Public-Health-Maßnahmen“ und die Edukation im Bereich „Gesundheitsförderung/Prävention und Gesundheitskompetenz“ als Aufgaben festgelegt (ÖGKV 2018: 5 f.).

Diese soeben genannten Aufgaben fallen gleichermaßen in den Tätigkeitsbereich von Public Health Nurses. In der Publikation „Enhancing the role of community health nursing for universal health coverage“ hat die WHO auf die Bedeutsamkeit von Public Health Nurses in der Primärversorgung aufmerksam gemacht. Folgende Interventionen, die sich im Hinblick auf pflegerische Aufgaben in Primärversorgungseinheiten und dem Tätigkeitsbereich von Public Health Nurses überschneiden, wurden darin zusammenfassend dargestellt:

- **Gesundheitsförderung** in Form von Schulungen, Beratung, das Anbieten von Hilfsmitteln und die Aktivierung der Bevölkerung;
- **Prävention von Krankheiten** im Sinne von Screening, Behandlungen und Einschätzung von Gesundheitsrisiken;
- **Krankheitsmanagement** im Hinblick auf Koordination und Bereitstellung von Pflegediensten, Beratung und Unterstützung bei Erkrankungen und Rehabilitation;
- **Management und Strategien** meint die Entwicklung, Planung, Evaluation und Befürwortung von Grundsätzen und die Unterstützung bei der Entwicklung und Umsetzung notwendiger Strukturen im Einklang mit den nationalen Gegebenheiten und aufgrund bestehender Erfordernisse und Prioritäten (WHO 2017).

Der Begriff „Public Health Nurse“ bezieht sich gleichermaßen auf beide Geschlechter. Um diese Bezeichnung näher zu durchleuchten, folgt eine Beschreibung und Definition im nachfolgenden Kapitel.

1.2. Public Health Nursing

Die Entwicklung von Public Health Nurses geht zurück bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts. In England war Florence Nightingale für die Entstehung von District Nurses von Bedeutung, gleichermaßen wurde in den Vereinigten Staaten aufgrund von Lillian Walds Arbeit die Rolle von Public Health Nurses forciert. Andere Länder weltweit, wie beispielsweise Finnland, Australien oder Kanada, folgten diesen Beispielen und entwickelten nach dem jeweiligen Bedarf ein Public Health Nursing-System und dazugehörige Ausbildungen (Edgecombe & WHO 2001; Siivola & Martikainen 1990).

Da jedes Land für sich eine eigene Struktur für Public Health Nurses implementiert hat, gibt es weder eine einheitliche Bezeichnung oder Ausbildung, noch ein entsprechendes Tätigkeitsprofil. Um hier nur einige zu nennen, wird in Irland zwischen Midwifery, Public Health und Home Nursing unterschieden, im Vereinigten Königreich gibt es Health Visitors, die die Aufgaben einer Public Health Nurse widerspiegeln, überdies gibt es in anderen Nationen noch District Nurses, School Nurses oder Maternal and Child Nurses. Zusätzlich werden die Bezeichnungen „Public Health Nurse“ und „Community Health Nurse“ häufig synonym verwendet. Es gibt Public Health Nurses als Generalistinnen und Generalisten oder jene, die auf eine bestimmte Zielgruppe oder ein Setting spezialisiert sind (Edgecombe & WHO 2001; Brieskorn-Zinke 2008; WHO 2017).

Als Basis für diese Bachelorarbeit werden folgende Definitionen von „Public Health Nurse“ und „Community Health Nurse“ herangezogen und zur Beantwortung der Forschungsfrage verwendet. Zur leichteren Lesbarkeit wird in den nächsten Kapiteln nur der Begriff „Public Health Nurse“ verwendet, dieser soll stellvertretend alle anderen Bezeichnungen miteinschließen.

Public Health Nurse:

„Public health nursing is the practice of promoting and protecting the health of populations using knowledge from nursing, social, and public health sciences“ (APHA 2013: 2).

Community Health Nurse:

“A special field of nursing that combines the skills of nursing, public health and some phases of social assistance and functions as part of the total public health programme for the promotion of health, the improvement of the conditions in the social and physical environment, rehabilitation of illness and disability” (WHO 2017: 5).

Der ersten Definition nach, kann Public Health Nursing als umfassendes, auf die Gesamtbevölkerung bezogenes, Konzept gesehen werden, während in der WHO-Definition Community Health Nursing als Teilgebiet der Gesundheits- und Krankenpflege verstanden wird. Beide Begrifflichkeiten spiegeln die gegenwärtigen

Tätigkeiten von Public Health Nurses in den unterschiedlichen Primärversorgungsstrukturen wider. Dies lässt sich durch eine Publikation von Brieskorn-Zinke (2008), in der sie vier unterschiedliche Konzepte darstellt, untermauern. Folgende bestehenden Ansätze von Public Health Nurses in Europa konnten von ihr herausgefiltert werden:

– **Traditioneller Ansatz: „Public Health Nursing“**

Dieser Ansatz bezieht sich auf die Integration von Informationen und Aufklärung in die pflegerische Tätigkeit im ambulanten oder gemeindebezogenen, aufsuchenden Setting, zugleich stellen sie den Kontakt zu anderen Dienstleistern her. Die Basis dafür bildet eine Ausbildung in Gesundheits- und Krankenpflege mit guter fachlicher Kompetenz und ein umfassendes Wissen über das Angebot ortsansässiger Dienstleisterinnen und Dienstleister im Bereich Medizin und psychosozialer Betreuung.

– **Administrativer Ansatz: „Die Public Health Nurse“**

In diesem Konzept sind Public Health Nurses als eigene Berufsgruppe für die Entwicklung von nationalen und internationalen Strategien in Hinblick auf die Gesundheit der Bevölkerung zuständig und werden in unterschiedlichsten Gesundheitseinrichtungen und politischen Institutionen eingesetzt. Als Voraussetzungen gelten eine Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung und ein Studium im Bereich von Public Health.

– **Empowerment-Ansatz: Gesundheitsförderung in der Pflege**

Hier geht es wieder um einen Tätigkeitsbereich, bei dem die krankheitsorientierten pflegerischen Interventionen um die gesundheitsförderliche Komponente erweitert werden. Diese Form der Gesundheitsförderung findet innerhalb von gesundheitsbezogenen Institutionen statt. Beratung, Aufklärung und Information stehen im Mittelpunkt, mit dem Ziel die Fähigkeit des Selbstmanagements zu erhöhen und Kompetenzen, vor allem bei chronischen Erkrankungen, zu fördern.

– **Integrativer Ansatz: „Public Health in Nursing“**

Beim integrativen Ansatz wird der vorher genannte Empowerment-Ansatz ausgedehnt und die Primärprävention in die pflegerischen Tätigkeiten

miteinbezogen. Der Fokus liegt dabei auf der Vermeidung von Risiken und Erkrankungen, spezielle Interventionen dahingehend werden durch die tägliche Arbeit der Pflegefachkräfte mit erkrankten Menschen entwickelt und in einem erweiterten Rahmen umgesetzt. Public Health in Form von öffentlicher Gesundheitsfürsorge ist somit als Teilaspekt der Pflege zu verstehen.

Je nach Konzept gestalten sich folglich das Aufgabenfeld und die Rolle der Public Health Nurse unterschiedlich.

1.3. Relevanz der Thematik

Die Relevanz dieser Arbeit für die Pflege ergibt sich aus §5 PrimVG, nach dem Gesundheitsförderung und Prävention im Leistungsumfang einer Primärversorgungseinheit enthalten sind und aus §2 PrimVG, laut dem sich das Kernteam aus Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin und Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege zusammensetzt (BKA RIS 2017a). Weiters ist seit 1997 „Gesundheitsförderung und -beratung im Rahmen der Pflege“ in §14 (eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich) des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (GuKG) verankert. Seit der Novelle 2016 zählen laut §14 GuKG die „Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsberatung im Rahmen der Pflege“ und die „Förderung der Gesundheitskompetenz im Rahmen der Pflege“ zu den pflegerischen Kernkompetenzen (BKA RIS 1997; BKA RIS 2016).

Um den zukünftigen pflegespezifischen Anforderungen in der Primärversorgung in Hinblick auf strukturelle, demografische und epidemiologische Veränderungen gerecht zu werden, ist es notwendig, eine Public Health-Dimension in die Versorgung zu integrieren oder eine eigenständige Berufsgruppe in Form von Public Health Nurses auf Primärversorgungsebene zu etablieren. Um ein adäquates Konzept zu entwickeln, ist es sinnvoll, bestehende Strukturen anderer Länder in Bezug auf die Aufgaben und Rollen von Public Health Nurses zu beleuchten. Aufgrund dessen, dass lediglich ältere Publikationen zu finden sind, in denen diese Thematik klar dargestellt wird (Manitoba Health 1998; Edgecombe & WHO 2001) und aktuelle Abhandlungen, in der diese Aspekte behandelt werden, kaum vorhanden sind, wird eine Literaturrecherche durchgeführt, um die derzeitige

Situation herauszuarbeiten und darzustellen. Da es viele unterschiedliche Ansätze und Konzepte von Public Health Nurses gibt und die Erörterung aller Aufgaben und Rollen weltweit den Rahmen dieser Bachelorarbeit sprengen würde, beschränkt sich die Recherche in Bezug auf diese Arbeit auf den europäischen Kontinent.

1.4. Forschungsziel und Forschungsfrage

Um dem bestehenden Konglomerat im Bereich der Public Health Nurse etwas Klarheit zu verschaffen, zielt diese Bachelorarbeit darauf ab, deren Aufgaben und Rollen in der Primärversorgung in unterschiedlichen europäischen Ländern zu veranschaulichen und Gemeinsamkeiten herauszufiltern. Demnach lautet die Forschungsfrage folgendermaßen:

Welche Aufgaben und Rollen übernehmen Public Health Nurses in der europäischen Primärversorgung?

2. Methode

Dieses Kapitel beinhaltet die Beschreibung des Designs, der Datensammlung und der Datenanalyse für diese Bachelorarbeit.

2.1. Forschungsdesign

Für diese Arbeit wurde als Design die Literaturrecherche gewählt, welche einen schriftlichen Überblick evidenter Artikel in Bezug auf ein bestimmtes Forschungsproblem darstellt. Sie inkludiert die Formulierung einer Forschungsfrage beziehungsweise eines Forschungsziels, die Entwicklung einer geeigneten Suchstrategie, die Suche adäquater Literatur, die Bewertung und Analyse der Artikel und die schriftliche Zusammenfassung relevanter Informationen (Polit & Beck 2012).

2.2. Datensammlung

Die Recherche für die Beantwortung der Forschungsfrage erfolgte im Oktober und November 2018 in den Datenbanken PubMed, CINAHL und Ovid. Zusätzlich wurde eine Handsuche in Google und Google Scholar durchgeführt, zudem wurde die Referenzliste des WHO-Dokuments von 2017 „Enhancing the role of community health nursing for universal health coverage“ auf adäquate Artikel und Quellen durchsucht. Ergänzend wurde ein Referenzlistenscreening der eingeschlossenen Volltexte vorgenommen. Im Anhang wird in Tabelle 3 der genaue Suchverlauf dargestellt.

In den Datenbanken wurden die Keywords und zugehörigen Synonyme „Public Health Nurse“, „Community Health Nurse“, „Primary Care“, „Primary Health Care“, „role“, „function“, „task“, „contribution“, „duty“ und „Europe“ verwendet, ebenso wurden Trunkierungen, MeSH-Terms beziehungsweise Subject Headings und die Booleschen Operatoren AND und OR eingesetzt. Um möglichst adäquate Ergebnisse zu erzielen, wurde in den Artikeln nach den Keywords und zugehörigen

MeSH-Terms oder Subject Headings ausschließlich im Titel und/oder Abstract recherchiert.

Aufgrund dessen, dass die unterschiedlichen Begrifflichkeiten von „Primärversorgung“ im Englischen nicht einheitlich verwendet werden, wurden bei dieser Literaturrecherche beide Bezeichnungen miteinbezogen. Durch die oftmals synonyme Verwendung der Begriffe „Public Health Nurse“ und „Community Health Nurse“ wurden ebenfalls Beide in die Suchstrategie integriert.

Ein- und Ausschlusskriterien

Eingeschlossen wurden zu Beginn Publikationen aus den letzten zehn Jahren, um die Aktualität der Artikel zu gewährleisten und Dokumente in den Sprachen Englisch und Deutsch, da die Autorin diese fließend beherrscht. Es wurden keine Forschungsdesigns ausgeschlossen, um alle relevanten Ergebnisse zu generieren. Ausgeschlossen wurden Artikel über Aufgaben von Public Health Nurses nicht-europäischer Länder, wobei vergleichende Studien, in denen unter anderem europäische Länder dargestellt werden, in die Ergebnisliste miteinbezogen wurden. Ebenfalls nicht zugelassen wurden Studien über Tätigkeiten von Public Health Nurses bei spezifischen Krankheitsbildern sowie Studien über den Einsatz/die Aufgaben von Family Health Nurses, Maternal/Child Nurses und School Nurses im Speziellen, da diese Arbeit einen Überblick über die unterschiedlichen Rollen und Aufgaben von Public Health Nurses in der europäischen Primärversorgung in Bezug auf alle Altersgruppen geben soll.

Um die Anzahl der resultierenden Dokumente zu erhöhen wurde das zeitliche Limit auf 15 Jahre erweitert, dies generierte zusätzliche relevante Treffer.

Des Weiteren wurde die Suche durch die Verwendung der Länderbezeichnungen im Abstract oder Text spezifiziert. Zunächst waren jene europäischen Länder, die bereits in anderen Dokumenten der Ergebnisliste aufschienen, und die deutschsprachigen Länder inkludiert. Darauffolgend konzentrierte sich die Recherche auf europäische Länder, in denen Pflegekräfte in der Primärversorgung tätig sind. Die Grundlage dafür bildete der WHO-Bericht „Building primary care in a changing Europe“, in dem 31 europäische Länder auf deren Primärversorgungsstrukturen untersucht wurden (Kringos et al. 2015). Um eine

Vernachlässigung wesentlicher Artikel aus anderen Ländern auszuschließen, wurden abschließend noch jene europäischen Länder in die Suche inkludiert, welche in diesem WHO-Bericht nicht aufscheinen.

Die zahlreichen Ergebnisse bei der Google-Suche wurden solange durchsucht, bis auf einer ganzen Seite keine relevanten Treffer für die Beantwortung der Forschungsfrage erzielt werden konnten. Dies war bei neun Treffern pro Seite bereits ab Seite 2 der Fall. Bei Google Scholar wurde der Zeitraum auf zehn Jahre (2009-2018) eingegrenzt, jedoch ergab diese Suche keine neuen Informationen.

Die Referenzen des WHO-Dokumentes wurden anhand des Titels und des Zeitraumes von zehn Jahren (2009-2018) auf ihre Relevanz hin geprüft, die gleiche Vorgehensweise wurde beim Referenzlistenscreening der bereits eingeschlossenen Volltexte durchgeführt, einzig der Zeitraum wurde auf 15 Jahre ausgedehnt (2004-2018).

2.3. Datenanalyse

Die Recherche in den Datenbanken ergab 573 Treffer, davon 89 in PubMed, 401 in CINAHL und 83 in Ovid. Die Google-Suche brachte mehr als 124 000 000 Treffer, in Google Scholar wurden ungefähr 75 000 Ergebnisse angezeigt, das WHO-Dokument beinhaltete 46 Referenzen. Nach dem Titel- und Abstractscreening anhand der oben genannten Ein- und Ausschlusskriterien und nach Extraktion von sieben Duplikaten wurden 12 Artikel zum Volltextscreening zugelassen. Von diesen konnten sieben Dokumente in die Bewertung eingeschlossen werden. Die exkludierten fünf Artikel waren für die Beantwortung der Forschungsfrage nicht geeignet.

Die Beurteilung der einzelnen Studien erfolgte nach Hawker et al. (2002). Dieses Instrument beinhaltet neun Kategorien mit jeweils maximal vier zu erreichenden Punkten (4 Punkte = Good, 3 Punkte = Fair, 2 Punkte = Poor, 1 Punkt = Very Poor). Dies ergibt eine Gesamtpunkteanzahl von höchstens 36. Eingeschlossen wurden Studien mit einer Bewertung von 75 % der Gesamtpunkteanzahl oder höher, dies entspricht einem Minimum von 27 Punkten. Eine Ausnahme bilden Reviews, hier

wurde die Bewertung für die Ethik ausgeblendet und die mögliche Gesamtpunkteanzahl auf 32 Punkte herabgesetzt. Daher wurden 75% des Maximums bereits durch 24 Punkte erreicht. Im Anhang werden der Beurteilungsbogen nach Hawker et al. (2002) in den Abbildungen 6 und 7 und die einzelnen Bewertungen der Studien in den Tabellen 4-11 dargestellt. Nach diesem Schema waren vier Dokumente für die Beantwortung der Forschungsfrage geeignet. Drei Artikel konnten anhand der qualitativen Überprüfung die vorher festgelegte Grenze nicht erreichen und wurden daher ausgeschlossen.

Im Anschluss an die Bewertung wurden die Referenzlisten der vier eingeschlossenen Studien anhand der oben genannten Kriterien gescreent. Dabei konnte nach dem Screening von insgesamt 172 Quellenangaben zusätzlich ein Artikel in die Qualitätsüberprüfung eingeschlossen werden, somit wurden insgesamt acht Dokumente zur Bewertung nach Hawker et al. (2002) zugelassen. Da dieser Artikel mit über 75% bewertet wurde, konnten de facto fünf Studien für die Beantwortung der Forschungsfrage in diese Arbeit inkludiert werden.

Der Verlauf der Datenanalyse wird in Abbildung 3 in Form eines Flow Charts dargestellt.

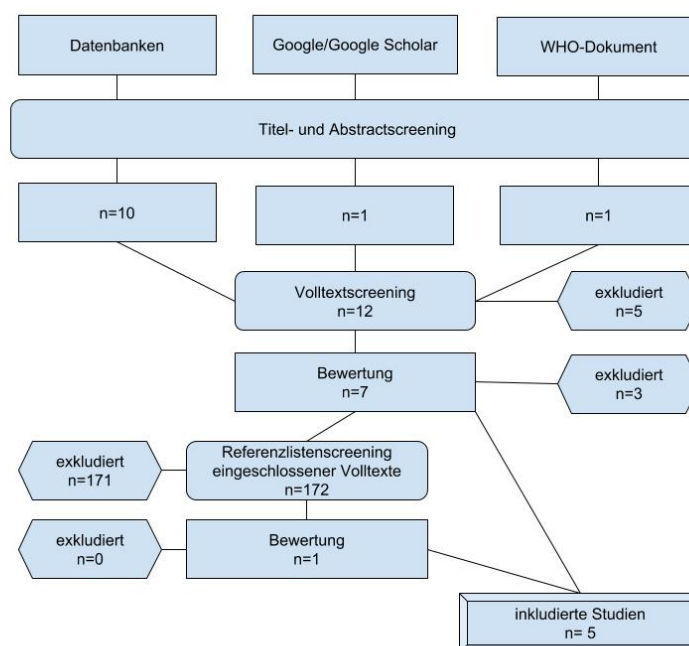


Abbildung 3: Flow Chart

Die folgende Tabelle 1 zeigt die inkludierten Studien. Dabei ist der Kurzbeleg, das Design, eine kurze Beschreibung des Inhalts und die erreichten Punkte beziehungsweise der erreichte Prozentsatz der Bewertung nach Hawker et al. (2002) ersichtlich.

Tabelle 1: inkludierte Studien mit Bewertung

Autor/Autorin Jahr	Design	Kurzbeschreibung	erreichte Punkte	erreichter Prozentsatz
Nic Philibin et al. (2010)	deskriptives qualitatives Design	Die Rolle der irischen Public Health Nurse als Generalistinnen und Generalisten wird beschrieben und definiert.	30	83.3 %
Hemingway et al. (2013)	Literaturreview	Die Ausbildung und Praxis von Public Health Nurses im Vereinigten Königreich, in Schweden, Finnland und Kanada werden dargestellt.	24	75 %
Glavin et al. (2014)	Literaturreview und Fokusgruppen- Interviews	Die Eckpfeiler von Public Health Nursing in Norwegen werden ermittelt und mit den bestehenden Eckpfeilern der Vereinigten Staaten verglichen.	29	80.5 %
Dahl & Clancy (2016)	phänomenologisches hermeneutisches Design	Die Bedeutung von Wissen und professioneller Identität im Bereich Public Health Nursing werden erläutert.	30	83.3 %
Cowley et al. (2007)	National Survey	Die Rollen und Aktivitäten von Health Visitors im Vereinigten Königreich werden dargestellt.	31	86.1 %

3. Ergebnisse

Durch die oben beschriebene Methode konnten Erkenntnisse über die Aufgaben und Rollen von Public Health Nurses in Irland, Schweden, Finnland, Norwegen und im Vereinigten Königreich gewonnen werden. Im Folgenden werden die relevanten Ergebnisse der fünf Studien länderspezifisch unterteilt und beschrieben. Eine Übersicht der eingeschlossenen Artikel mit Informationen über die Autorinnen und Autoren, das Jahr, Land, Design, die Stichprobe und über relevante Ergebnisse ist im Anhang als Tabelle 12 ersichtlich.

3.1. Irland

Die Studie von Nic Philibin et al. (2010) untersuchte die Rolle von Public Health Nurses mittels semi-strukturierter Interviews von 25 Vertreterinnen und Vertretern aus dem Bereich „Community Nursing“, tätig in einem irischen Bezirk mit Inseln und städtischen sowie ländlichen Gebieten. Dabei stellten sie fest, dass Public Health Nurses in Irland Generalistinnen und Generalisten sind, die die ganzheitliche Betreuung auf pflegerischer, medizinischer und sozialer Ebene von der Geburt bis zum Tod einzelner Menschen innerhalb der Bevölkerung übernehmen. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer äußerten unterschiedliche Aspekte, die das Aufgabengebiet von Public Health Nurses und damit ihre unterschiedlichen Rollen aufzeigen. Die **klinische Versorgung** nimmt eine dieser Rollen ein. Dabei geht es um die direkte Betreuung der unterschiedlichen Einwohnerinnen und Einwohner. Hausbesuche werden durchgeführt und dabei beispielsweise Injektionen verabreicht, Babys untersucht, Wunden versorgt oder Blutdruckwerte überwacht. Ein besonderes Augenmerk legen Public Health Nurses, laut Aussagen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, dabei auf die Überwachung von Älteren oder sozial Isolierten, um diese Menschen in der Gemeinschaft, anstatt in einem Pflegeheim, wohnen lassen zu können. Die Teilnehmenden dieser Studie führten an, dass - für die Bevölkerung unsichtbare - Tätigkeiten wie zum Beispiel Telefonate, Beratungsgespräche oder Büroarbeit viel Zeit in Anspruch nehmen, sozusagen eine **versteckte Rolle**. Es wurde erwähnt, dass Public Health Nurses

als „**Generalistinnen und Generalisten**“ teilweise Lückenfüller für andere Professionen sind. Neben ergo- und physiotherapeutischen Maßnahmen schreiben sie Berichte für Klientinnen und Klienten mit sozialen Problemen. Dies nimmt viel Zeit in Anspruch und durch den Umstand, dass viele Dienstleistungsbezieher Public Health Nurses als Anbieterinnen und Anbieter von Leistungen zu jeder Zeit und an jedem Ort sehen, entsteht eine zusätzliche Belastung. Zudem sind sie, laut Aussagen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, für die Ausbildung von Studierenden aus den Bereichen Public Health, Krankenpflege und manchmal auch Medizin verantwortlich. All diese Faktoren führen zu einer **Arbeitsüberlastung**. Aufgrund der starken Nachfrage müssen Public Health Nurses aus dem untersuchten Bezirk **Prioritäten** in Bezug auf ihr Arbeitspensum setzen. Es wurde geäußert, dass der Tagesablauf je nach Dringlichkeit der Erfordernisse eingeteilt wird. Dabei werden Akutfälle, wie beispielsweise ältere gefährdete Menschen, Einwohnerinnen und Einwohner, die vom Krankenhaus entlassen wurden und eine Wundversorgung benötigen, Bettlägerige und Sterbende, sowie Neugeborene und ihre Mütter vorrangig behandelt. Public Health Nurses glauben, dass infolge der Arbeitsüberlastung ihre gesundheitsfördernde Tätigkeit reduziert wurde, dies führte wiederum zu opportunistischen Maßnahmen in diesem Bereich. Durch die geografischen Gegebenheiten und da sie die einzigen gesundheitsdienstleistenden Personen sind, die dort leben und arbeiten, sind Public Health Nurses auf den Inseln für Vieles zuständig. Nach Äußerung einer Partizipantin, reicht ihr **Einsatzbereich** von medizinischen, pflegerischen und sozialen Problemen (kurativ und präventiv) über Physiotherapie, Sprachtherapie, nähen von Wunden, Versorgung nach Unfällen bis hin zu Krankentransporten. Trotz des Drucks, der durch ihre Tätigkeiten auf den Public Health Nurses lastet, ist die **Arbeitszufriedenheit** größtenteils hoch und die Arbeit für die Studententeilnehmerinnen und Studententeilnehmer erfüllend (Nic Philibin et al. 2010).

3.2. Schweden

In Schweden waren traditionellerweise Public Health Nurses oder District Nurses für die Bevölkerung in einem bestimmten geografischen Gebiet zuständig und arbeiteten größtenteils mit Programmen, die auf Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention abzielten. Zu ihren Klientinnen und Klienten zählen Kinder, Erwachsene und Ältere, also Personen jeden Alters. Durch Änderungen im Gesundheitssystem sind District Nurses jetzt meist in einem Gesundheitszentrum, in hausärztlichen Praxen oder in ihrer eigenen Praxis tätig, sie machen aber auch Hausbesuche. Die Kompetenzbeschreibung von District Nurses umfasst Bereiche der Pflege und Medizin, Public Health aber auch Verhaltenswissenschaften. Je nach Zielgruppe wird noch zwischen Child Health Nurses, die für Kinder von 0 bis 6 Jahren und ihre Familien zuständig sind, und School Nurses unterschieden. Child Health Nurses arbeiten meist in Kindergesundheitszentren oder, wie die School Nurse, in Schulen (Hemingway et al. 2013).

3.3. Finnland

Public Health Nurses in Finnland sind für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung von der Geburt bis zum Tod zuständig und involvieren dabei die gesamte Familie in den Gesundheitsförderungsprozess. Sie arbeiten in Gesundheitszentren als Practice Nurses oder betreuen als Home Health Nurses in Zusammenarbeit mit Hausärztinnen und Hausärzten ältere Personen in ihrem Zuhause. Maternity and Child Health Nurses arbeiten mit Schwangeren und deren Familien und mit Familien mit Kindern von 0-6 Jahren. School Nurses sind in Schulen für 7- bis 17-Jährige und in Hoch- oder Berufsschulen für über 17-jährige Studierende und Schülerinnen und Schüler zuständig. Da alle finnischen Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber einen kostenlosen betriebsärztlichen Dienst zur Verfügung stellen müssen, sind in den Betrieben Occupational Health Nurses zu finden. Die Rolle der Public Health Nurse zur frühzeitigen Identifizierung gesundheitlicher oder sozialer Probleme wird als sehr wichtig angesehen (Hemingway et al. 2013).

3.4. Norwegen

Die Arbeit der Family Health Nurses und School Nurses in Norwegen ist auf Kinder und Jugendliche fokussiert, Home Care Nurses sind für alle Altersgruppen zuständig. Die drei Gruppen beziehen, laut Aussagen der Interviewteilnehmerinnen und Interviewteilnehmer, alle Aspekte von Gesundheit mit ein, das heißt eine ganzheitliche Pflege steht im Mittelpunkt. Grundsätzlich arbeiten sie allein in vielen Settings, die Zusammenarbeit auf vielen Ebenen, sei es im multiprofessionellen Team oder auf politischer Ebene, ist dennoch ein wichtiger Aspekt ihrer Arbeit. Die Teilnehmerinnen und der Teilnehmer geben an, dass in manchen Fällen spezielles Wissen notwendig ist und eingeholt werden muss oder sie verweisen weiter an andere Dienstleisterinnen und Dienstleister. Die Tätigkeit von Family Health Nurses und School Nurses in Norwegen richtet sich auf die Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention von Kindern, Eltern, Teenager und jungen Erwachsenen in Child-Health Clinics und School Health Services. Oft liegt der Fokus auf Menschen mit besonderen Bedürfnissen, was als teilweise sehr zeitintensiv angeführt wurde. Family Health Nurses und School Nurses äußerten das Gefühl, dass dadurch manchmal zu wenig Zeit für die Gesundheitsförderung Aller bleibt. Sie sind, laut eigener Aussagen, Generalistinnen und Generalisten und unterstützen Individuen und Familien dabei, Maßnahmen zu ergreifen, um die Entscheidungen des Gesundheitsverhaltens im Alltag und den Gesundheitszustand zu verbessern. Dies geschieht oft in Form von Instruktionen und (individuellen) Beratungen über gesunde Lebensstile. Dabei werden auch standardisierte Leitlinien und Kommunikationstechniken angewandt. Sie können Ressourcen aufzeigen und Coping-Strategien vermitteln und damit bei Problemen unterstützen. Zudem überwachen sie die motorische und kognitive Entwicklung von Kindern und sind zuständig für unterschiedliche Anliegen, wie zum Beispiel psychische Gesundheit, Übergewicht, Kontrazeptiva, Impfungen oder Infekte. Home Care Nurses konzentrieren sich auf die Gesundheit der Patientinnen und Patienten und berücksichtigen dabei die ganze Familie. In ihrer Rolle als Generalistinnen und Generalisten, können sie durch ihre universelle Unterstützung und durch den niederschweligen Zugang auch Personen erreichen, die ansonsten keine Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch nehmen. Zu ihren Tätigkeiten zählen beispielsweise das Verabreichen von Infusionen und Schmerzpumpen, die

Betreuung von Patientinnen und Patienten mit medikamentöser Therapie, die Betreuung Drogenabhängiger, Wundmanagement und präventive Visiten zur Verhinderung von Mangelernährung oder Einsamkeit. Die Gesundheit der gesamten Bevölkerung steht bei allen Public Health Nurses in Norwegen im Zentrum (Glavin et al. 2014; Dahl & Clancy 2016).

Es konnten in der Studie von Glavin et al. (2014) 9 Schlüsselemente und Werte identifiziert werden, die für die Arbeit von Family Health Nurses, School Nurses und Home Care Nurses grundlegend sind. Diese wurden von der Autorin aus dem Englischen frei übersetzt und sind nachfolgend aufgelistet.

Eckpfeiler von Public Health Nursing in Norwegen

- konzentriert sich auf die Gesundheit der gesamten Bevölkerung
- reflektiert die Prioritäten und Bedürfnisse der Gemeinschaft
- stellt pflegende Beziehungen zu Gemeinschaften, Systemen, Einzelpersonen und Familien her
- basiert auf sozialer Gerechtigkeit, Mitgefühl, Sensibilität für Vielfalt und Respekt vor dem Wert aller Menschen, insbesondere der Vulnerablen
- umfasst geistige, körperliche, emotionale, soziale, spirituelle Aspekte und Umweltaspekte der Gesundheit
- nutzt evidenzbasierte Praxis, um die Gesundheit der Gemeinschaft zu fördern
- arbeitet mit personellen Ressourcen der Gemeinde zusammen, um die Strategien zu erreichen, kann und wird jedoch bei Bedarf alleine arbeiten
- die Befugnis für unabhängiges Handeln wird von der nationalen Gesetzgebung abgeleitet
- fördert die Gleichheit Aller, durch das Angebot von universellen Gesundheitsdienstleistungen

In vier Bereichen ihrer Arbeit sind sich die unterschiedlichen Public Health Nurses, trotz verschiedener Ausbildung und Qualifikation, sehr ähnlich: der Fokus auf Gesundheitsförderung und Prävention, ganzheitliche Pflege, Zusammenarbeit und Empowerment von Individuen und Familien (Glavin et al. 2014).

3.5. Vereinigtes Königreich

Im Vereinigten Königreich werden Public Health Nurses als Specialist Community Public Health Nurses (SCPHN) bezeichnet und in unterschiedliche Kategorien eingeteilt. Es wird zwischen Health Visitors, Health Protection Nurses, School Nurses, Occupational Nurses und Sexual Health Nurses unterschieden. Sie arbeiten, wie auch in Schweden und Finnland in hausärztlichen Praxen, Schulen und Betrieben oder machen Hausbesuche. Sexual Health Nurses sind für den N.H.S. (National Health Service) oder für Wohltätigkeitsorganisationen tätig. Die Unterteilung der SCPHNs hat dazu geführt, dass die Pflegekräfte der einzelnen Disziplinen eher reaktiv arbeiten und der Fokus nicht auf den Bedürfnissen der lokalen Bevölkerung oder auf der Minimierung von Ungleichheiten liegt. Eine Ausnahme bilden Health Visitors, die in erster Linie für die Primärprävention bei Kindern von 0-5 Jahren und deren Familien zuständig sind, aber nach eigenem Ermessen ebenso alle anderen Altersgruppen versorgen können. Die Umsetzung von einheitlichen Programmen zur Gesundheitsförderung ist dennoch schwierig, aufgrund der unterschiedlichen Politik in den vier Teilen des Vereinigten Königreichs und dadurch, dass es keine nationalen Leitlinien für die Aufgaben und Kompetenzen von Health Visitors gibt (Cowley et al. 2007; Hemingway 2013).

Den häufigsten Kontakt, laut Cowley et al. (2007), haben Health Visitors mit Babys unter einem Jahr. Bei den vulnerablen Gruppen stehen betroffene Familien mit gesundheitlichen Problemen an erster Stelle der Kontakthäufigkeit. Von allen Bevölkerungsgruppen wurden Vorschulkinder am zweithäufigsten und ältere Menschen am wenigsten oft kontaktiert. Zu den vulnerablen Gruppen zählen, unter anderem, schwangere Teenager, Menschen mit Drogen- oder Alkoholproblemen, Kinder und Erwachsene mit Beeinträchtigungen, Flüchtlinge und Asylsuchende und die sogenannten English Travellers (ethnische Minderheit in den Vereinigten Staaten, vergleichbar mit Roma und Sinti in Österreich, die keinen fixen Wohnort hat), die in der angeführten Reihenfolge mit absteigender Häufigkeit Kontakt zu Health Visitors haben. Des Weiteren wurde bei diesem National Survey die Frequenz einzelner Tätigkeiten in Bezug auf die Population (Kinder, Erwachsene), auf die Art der Prävention (Primär-, Sekundär- oder Tertiärprävention) und auf das Ziel der Prävention (Schutz von Kindern, soziale Faktoren, psychische und physische Gesundheit, sexuelle Gesundheit, chronische und akute Erkrankungen,

Beeinträchtigungen) untersucht. Von den 30 genannten Aktivitäten lagen 13 über dem Mittelwert. Demnach werden Tätigkeiten in Bezug auf Kinder und deren Schutz und in Bezug auf soziale Faktoren am öftesten durchgeführt. Aktivitäten betreffend Primär- und Sekundärprävention werden häufiger durchgeführt, als jene, die in den Bereich der Tertiärprävention fallen. Zudem wurde die Häufigkeit verschiedener Tätigkeiten untersucht, die von Health Visitors genannt wurden, differenziert wurde dabei zwischen individuums- und gemeinschaftsbezogenen Aktivitäten. Dabei ging hervor, dass Hausbesuche und telefonische Beratungen am häufigsten und Entwicklungsuntersuchungen am wenigsten oft bei Einzelpersonen durchgeführt werden. Bei den gemeinschaftsorientierten Aktivitäten waren von den sieben genannten Kategorien Tätigkeiten in Bezug auf Verbindungen und Zusammenarbeit am häufigsten und Aktivitäten bezüglich Gemeindeentwicklungen am seltensten. Von den befragten Health Visitors wurden noch weitere Aufgabengebiete beschrieben, wie beispielsweise die Betreuung bei häuslicher Gewalt, in der Menopause, bezüglich Gewichtsmanagement oder Männergesundheit, in Bezug auf Sprache und sprechen bei Asylsuchenden oder Kindern, bei Lernschwierigkeiten und bei Mehrlingsgeburten. Zusätzlich leiten sie häufig Skill-mix Teams und fungieren als Gatekeeper für ihre Klientinnen und Klienten mittels Überweisung an andere Dienstleisterinnen und Dienstleister (Cowley et al. 2007).

Im Anschluss gibt Tabelle 2 einen Überblick über die Bezeichnungen, Zielgruppen, Einsatzorte und Aufgaben von Public Health Nurses in Irland, Schweden, Finnland, Norwegen und dem Vereinigten Königreich, die im Rahmen dieser Literaturrecherche herausgefiltert werden konnten.

Tabelle 2: Bezeichnungen, Zielgruppen, Einsatzorte und Aufgaben von Public Health Nurses in Europa

Land	Bezeichnung	Zielgruppe	Einsatzort	Aufgaben
Irland	Public Health Nurse	Jedes Alter	Politisches Einzugsgebiet (Bezirk)	Injektionen verabreichen Screening von Babys Versorgung chronischer und akuter Wunden, inklusive Wunden nähen Blutdruck-Monitoring Betreuung von Neugeborenen und ihren Müttern (postpartale/postnatale Untersuchung, Schulungen bezüglich Gesundheitsförderung, Beratung) Überwachung von Risikoklientinnen und Risikoklienten Betreuung nach Krankenhausentlassung Betreuung Bettlägeriger Betreuung Sterbender ergo- und physio- und sprachtherapeutische Maßnahmen Beratungsgespräche, Telefonate Soziale Unterstützung und Beratung Ausbildung von Studentinnen und Studenten Versorgung nach Unfällen Zahnärztliche Überweisungen Krankentransporte organisieren und begleiten Gesundheitsfördernde Maßnahmen
Schweden	District Nurse	Jedes Alter	Gesundheitszentrum Hausärztinpraxis/Hausarztpraxis Eigene Praxis Hausbesuch	*
	Child Health Nurse	0-6 Jahre und Familie	Kindergesundheitszentrum	*
	School Nurse	Schulkinder	Schule	*

Finnland	Home Health Nurse	Jedes Alter	Hausbesuch	*
	Practice Nurse	Jedes Alter	Gesundheitszentrum	*
	Maternity and Child Health Nurse	Schwangere, Kinder 0-6 und deren Familien		*
	School Nurse	7-17, 17+	Schule, Hoch- und Berufsschule	*
	Occupational Nurse	Erwerbstätige	Betrieb	*
Norwegen	Family Health Nurse	Kinder, Jugendliche und ihre Familien	Child-Health Klinik School Health Service	<p>Multiprofessionelle Zusammenarbeit Politische Zusammenarbeit Überweisung an andere Dienstleisterinnen und Dienstleister Beratungen Ressourcen aufzeigen Coping-Strategien vermitteln motorische und kognitive Entwicklung bei Kindern überwachen</p> <p>Betreuung bei speziellen Anliegen: psychische Gesundheit Übergewicht Kontrazeptiva Impfungen Infekte</p>
	School Nurse	Schulkinder		
	Home Care Nurse	Jedes Alter	Hausbesuch	<p>multiprofessionelle Zusammenarbeit politische Zusammenarbeit Beratung Empowerment verabreichen von Infusionen und Schmerzpumpen Betreuung von Patientinnen und Patienten mit medikamentöser Therapie Betreuung drogenabhängiger Menschen Wundmanagement präventive Visiten</p>

Vereinigtes Königreich	Health Visitor	Kinder 0-5 und andere Altersgruppen nach eigenem Ermessen	Hausbesuch Hausärztinpraxis/Hausarztpraxis	Überweisung zu anderen Dienstleisterinnen und Dienstleistern Leitung eines Skill-mix Teams Beratungsgespräche, Telefonate Betreuung von vulnerablen Gruppen: betroffene Familien mit gesundheitlichen Problemen schwängere Teenager Menschen mit Drogen- oder Alkoholproblemen Kinder und Erwachsene mit Beeinträchtigungen Kinder in Pflegeeinrichtungen obdachlose Familien Flüchtlinge und Asylsuchende Familien, die Dolmetscherinnen und Dolmetscher brauchen English Travellers Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention in Bezug auf: Kinder und deren Schutz Erwachsene physische, psychische und sexuelle Gesundheit soziale Faktoren akute und chronische Erkrankungen Beeinträchtigungen Betreuung: bei häuslicher Gewalt in der Menopause bezüglich Männergesundheit bei (Mehrlings)schwangerschaften von Neugeborenen, Babys und ihren Müttern Unterstützung bei: Lernschwierigkeiten Sprache und Sprachentwicklung Gewichtsproblemen
-----------------------------------	----------------	---	---	--

				Gemeinschaftsbezogene Aktivitäten: Zusammenarbeit und Herstellung von Verbindungen Selbsthilfegruppen Elterngruppen Gesundheitserziehung Gemeindeentwicklung
	Health Protection Nurse	Jedes Alter	Hausärztinpraxis/Hausarztpraxis	*
	School Nurse	Schüler	Schule	*
	Occupational Health Nurse	Erwerbstätige	Betrieb	*
	Sexual Health Nurse	Erwachsene, junge Menschen	N.H.S. (National Health Service) Wohltätigkeitsorganisationen	*

*Information geht aus der Literaturrecherche nicht hervor.

4. Diskussion

Die, für dieses Literaturreview, gestellte Forschungsfrage „Welche Aufgaben und Rollen übernehmen Public Health Nurses in der europäischen Primärversorgung?“ kann in kleinerem Umfang beantwortet werden, da lediglich über fünf europäische Nationen qualitativ annehmbare Studien gefunden werden konnten. Dabei wird deutlich, dass es keine klaren Regelungen bezüglich der Aufgaben- und Rollenverteilungen im Ländervergleich gibt. Nic Philibin et al. (2010) fanden heraus, dass in Irland Public Health Nurses in einem bestimmten politischen Einzugsgebiet für alle Altersgruppen zuständig sind. Nach den Studien von Hemingway et al. (2013), Glavin et al. (2014), Dahl und Clancy (2016) und Cowley et al. (2007) gibt es in Schweden, Finnland, Norwegen oder im Vereinigten Königreich District Nurses, Home Health Nurses, Practice Nurses, Home Care Nurses und Health Visitors, die für die Bevölkerung über die gesamten Lebensspanne zuständig sind. Zusätzlich werden in diesen Ländern die Kompetenzen auch noch zielgruppenspezifisch unterteilt. Dabei steht häufig die Betreuung von Kindern und Jugendlichen und deren Familien durch Child Health Nurses, Maternity and Child Health Nurses, Family Health Nurses oder School Nurses im Mittelpunkt. Im Vereinigten Königreich und in Finnland gibt es dazu noch Occupational (Health) Nurses, die sich um die Gesundheit von Erwerbstätigen in Betrieben kümmern.

Auch innerhalb der Länder ist keine klare Abgrenzung des Tätigkeitsbereiches von Public Health Nurses vorhanden. Dies ist vor allem durch die Studien von Nic Philibin et al. (2010) und Cowley et al. (2007) zu erkennen, in denen einerseits Public Health Nurses in Irland und im Vereinigten Königreich teilweise Aufgaben von anderen Gesundheitsdienstleistern übernehmen, wie zum Beispiel ergo-, physio- und sprachtherapeutische Tätigkeiten oder Sozialarbeit und andererseits Health Visitors nach eigenem Ermessen und je nach politischen Rahmenbedingungen unterschiedlich handeln.

Wie die Studien von Glavin et al. (2014) und Dahl und Clancy (2016) zeigen, sind in Norwegen Public Health Nurses zielgruppenspezifisch eingeteilt. Das Hauptaugenmerk liegt grundsätzlich auf der Betreuung von Kindern und

Jugendlichen und deren Familien durch Family Health Nurses oder School Nurses, im Grunde verfolgen aber alle Disziplinen dasselbe Ziel mit den gleichen Grundsätzen und Werten.

Die Eckpfeiler von Public Health Nursing in Norwegen sind denen der USA sehr ähnlich. Sechs davon sind ident, die Punkte „nutzt evidenzbasierte Praxis, um die Gesundheit der Gemeinschaft zu fördern“ und „die Befugnis für unabhängiges Handeln wird von der nationalen Gesetzgebung abgeleitet“ sind etwas unterschiedlich, dies liegt bei ersterem am Fokus auf Evidenz statt Epidemiologie und beim zweiten Punkt an den gesundheitspolitischen Strukturen. Der Aspekt „fördert die Gleichheit Aller, durch das Angebot von universellen Gesundheitsdienstleistungen“ kam in Norwegen neu dazu, dies dürfte durch die kulturellen und politischen Unterschiede der beiden Staaten beeinflusst worden sein (Keller et al. 2011; Glavin et al. 2014).

Die Aufgaben der Public Health Nurses laut American Public Health Association bestehen aus den einzelnen Bereichen des „Public Health Intervention Wheels“ und der „10 Essential Public Health Services“. Beides sind Modelle, die den Rahmen der Praxis von Public Health Nurses beschreiben und werden in den Abbildungen 4 und 5 dargestellt. Sie umfassen, unter anderem, die Zusammenarbeit mit der Bevölkerung, Gesundheitslehre und die Entwicklung gesundheitspolitischer Strukturen unter Berücksichtigung des gegenwärtigen Bedarfs und der gegenwärtigen Bedürfnisse (APHA 2013).

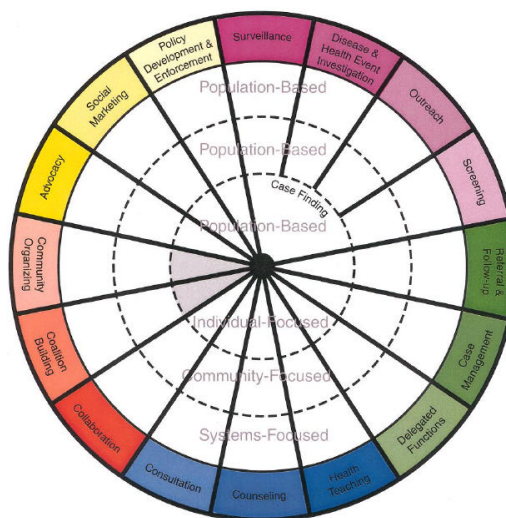


Abbildung 4: Public Health Intervention Wheel (Public Health Nursing Section 2001)

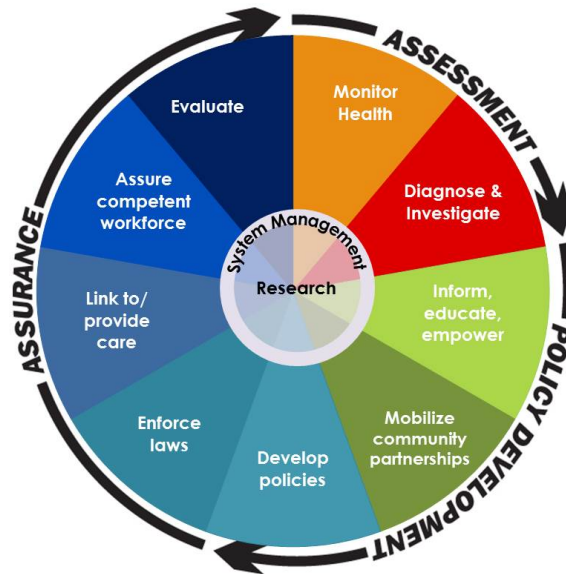


Abbildung 5: 10 Essential Public Health Services (CDC 2018)

Die Rolle der Public Health Nurses in Irland und Norwegen als Generalistinnen und Generalisten wird in den Studien von Nic Philibin et al. (2010) und Dahl und Clancy (2016) beschrieben, dies deckt sich mit der Rollen- und Aufgabenbeschreibung von Public Health Nurses in Kanada. Demnach übernehmen sie Funktionen in Bezug auf Gesundheitsförderung, Krankheits- und Unfallprävention, Schutz der Gesundheit, Überwachung der Gesundheit, Bewertung der Bevölkerungsgesundheit und Notfallbereitschaft und Reaktion.

Die Grundlagen der Public Health Praxis in Kanada sind:

- konzentriert sich auf die gesamte Bevölkerung und Subbevölkerung, die ähnliche gesundheitliche Probleme oder Merkmale aufweisen
- wird von der Beurteilung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung geleitet, welche durch ein Assessment ermittelt wird
- berücksichtigt alle Determinanten von Gesundheit
- berücksichtigt alle Ebenen der Prävention, mit Fokus auf Primärprävention
- berücksichtigt alle Ebenen der Praxis und legt den Fokus auf die Bevölkerung, das System und auf Individuen/Familien

Zu den Aufgabenbereichen der Public Health Nurses in Kanada zählen, unter anderem, Tätigkeiten bezüglich Kommunikation, Pflege/Beratung, Gesundheitserziehung, Forschung und Evaluation, Führung, Bildung von Netzwerken und Mitwirkung bei der Entwicklung und Umsetzung gesundheitspolitischer Programme und Strukturen (CPHA 2010).

Wie in den Studien von Nic Philibin et al. (2010) und Dahl und Clancy (2016) erwähnt, kommt die eigentliche Tätigkeit von Public Health Nurses im Bereich der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention zu kurz. In einem WHO-Dokument wurde die Rolle der Public Health Nurse in 22 Ländern untersucht, dabei wurde festgestellt, dass nur 6% Tätigkeiten im Rahmen von Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Rehabilitation ausführen, den Großteil der Zeit verbringen sie mit pflegerischen, administrativen/koordinativen und Management-Aufgaben (WHO 2017).

Die Gründe für die recht unterschiedlichen Strukturen im Bereich der Public Health Nurses in Europa dürften in der geschichtlichen Entwicklung der Pflege und dem historischen Hintergrund der gesundheitspolitischen Systeme der einzelnen Länder liegen. Je nachdem, ob Bismarck- oder Beveridge-System, werden Gesundheitsleistungen durch Sozialabgaben oder Steuern finanziert. Dies wiederum hat Auswirkungen darauf, ob Pauschalleistungen vergütet werden oder ob die Geldleistung auf Grundlage der ausgefallenen Löhne und Gehälter bemessen wird. Heute sind keine klaren Systemabgrenzungen mehr vorhanden, sondern in Europa sind Mischformen, mit unterschiedlichen Schwerpunkten, die Norm und die einzelnen Systeme verändern sich aufgrund des demografischen Wandels nach und nach (Rohwer 2008).

Als Beispiel für die Entwicklung der Rolle von Public Health Nurses auf Ebene der Primärversorgung wird nachfolgend die Geschichte des finnischen Systems kurz beschrieben.

In Finnland sind seit den 1870ern die Gemeinden für die Bereitstellung der medizinischen Grundversorgung zuständig, die Finanzierung erfolgte durch Steuern. Nach dem zweiten Weltkrieg wurde ein Gesetz erlassen, welches die kommunalen Gesundheitsdienstleistungen regelte. Jede Gemeinde musste eine Allgemeinmedizinerin oder einen Allgemeinmediziner, eine Public Health Nurse und eine Hebamme anstellen. Da die Anzahl der ärztlichen Fachkräfte gering war, wurden die Public Health Nurses und Hebammen mit einer Vielfalt von Gesundheitsproblemen konfrontiert. Mit dem Primary Health Care Act wurde 1972 ein neues System etabliert, bei dem die Gesundheitszentren der Gemeinden die Basis für die Primärversorgung bilden sollen, mit dem Ziel Dienstleistungen

kostenlos anzubieten. Als Aufgaben der Zentren wurden die medizinische Grundversorgung, Prävention, häusliche Pflege, Familienplanung, Zahngesundheit und umweltbezogene Gesundheitsdienstleistungen definiert, später dazu noch Gesundheitsdienstleistungen für Studierende und Erwerbstätige, sowie Rehabilitation (Vuorenkoski et al. 2008). Finnland hat ein starkes Primärversorgungssystem, bei dem die Primärversorgung von Gesundheitszentren und betriebsärztlichen Diensten übernommen wird. In diesen Gesundheitszentren sind unterschiedliche Fachkräfte aus den Bereichen Medizin, Pflege, Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie tätig. Die Gemeinden müssen den Zugang zu den Zentren an den Werktagen gewährleisten, die Beurteilung von medizinischen Problemen muss innerhalb von drei Tagen und eine entsprechende Betreuung zeitnah, jedenfalls innerhalb von drei Monaten, erfolgen (Kringos et al. 2013a; Kringos et al. 2015).

Die Bedeutsamkeit von Public Health Nurses in der Primärversorgung von Seiten der WHO wurde bereits in der Einleitung erwähnt. Eine Reihe von Studien belegt die Wirksamkeit der Interventionen von Public Health Nurses, eine klare Aussage darüber ist aber schwierig, da das Aufgabenfeld so unterschiedlich ist und die Ergebnisse zu wenig dokumentiert sind. Die WHO beschreibt Verbesserungen bei der Prävention und Bekämpfung von chronischen Erkrankungen und die Kosteneffizienz in abgelegenen Gemeinden durch den Einsatz von Public Health Nurses und hebt ihre Schlüsselrolle bei Themen wie beispielsweise „schädlicher Alkoholkonsum“ und „psychoaktive Substanzen“ hervor (Swider et al. 2017; WHO 2017).

Demnach wäre es sinnvoll, eine Public Health-Dimension in der österreichischen Primärversorgung einzufügen, um den zukünftigen demografischen und epidemiologischen Veränderungen gerecht zu werden. Dieser Wandel verlangt nach einer Änderung der Struktur und nach einem Umdenken seitens der Gesundheitsversorgung, der Gesundheitspolitik und von Seiten der Gesellschaft.

Im „Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) 2017“ zählen Gesundheitsförderung und Prävention zu den Basisaufgaben, welche vom Primärversorgungskernteam oder einem erweiterten Primärversorgungsteam

durchgeführt werden sollen. Die Aufgaben bezüglich Gesundheitsförderung werden folgendermaßen beschrieben: *„Identifikation von Gesundheitsressourcen und aktive Unterstützung und Befähigung von Individuen, Gruppen und Familien, Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen und sie zu verbessern“*, *„Gesundheitskompetenz von Individuen, Gruppen und Familien stärken“* und *„Mitwirkung an populationsbezogenen und zielgruppenspezifischen regionalen Gesundheitsförderungsmaßnahmen und -programmen“*. Konkret sollen diese Anforderungen durch Unterstützung und Angebote im Bereich Selbstmanagement, Selbstversorgung, Motivation und Empowerment, Weiterentwicklung der Gesundheitskompetenz und hinsichtlich Bewegung, Ernährung und psychosozialen Wohlbefindens erfüllt werden (BMASGK 2018: 80). Der ÖSG 2017 ist Bestandteil der Gesundheitsreform des Bundes-Zielsteuerungsvertrages - welcher die Stärkung der Primärversorgung anstrebt und dabei auch Gesundheitsförderung und Prävention inkludiert - und ist mit dessen Zielen und Maßnahmen abgestimmt. Hierzu ist aber zu erwähnen, dass im gesamten ÖSG 2017 das Wort „Gesundheitsförderung“ lediglich siebenmal vorkommt, „Prävention“ 29-mal und im Gegensatz dazu 1431-mal „Versorgung“ und 63-mal „Krankheit“. Der Fokus liegt also nach wie vor auf der Versorgung kranker Menschen (BMASGK 2018).

In einem vor kurzem erstellten Dokument, im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger und des Fonds Gesundes Österreich, wird die große Relevanz von Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Gesundheitskompetenz in Primärversorgungseinheiten klar dargestellt. Das darin vorgestellte Idealmodell zeigt, wie an Gesundheit orientierte Primärversorgungseinheiten umgesetzt werden können. Wichtige Punkte dabei sind die Bedarfs- und Ressourcenorientierung sowie die Stärkung von Ressourcen. Ein Maßnahmenkatalog zur Umsetzung des Modells in den Alltag von Primärversorgungseinheiten ist in Arbeit, als Zielgruppen dieser Maßnahmen werden die Bevölkerung, das Primärversorgungsteam und Patientinnen und Patienten und deren Angehörige genannt. Eine der Voraussetzungen für die Verwirklichung dieses Idealmodells ist die Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Primärversorgungseinheiten in Bezug auf Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Gesundheitskompetenz (Rojatz et al. 2018).

Österreich ist im Vergleich zu anderen europäischen Ländern Schlusslicht bezüglich Ausbildungen im Bereich Public Health. Bis zum Jahr 2009 gab es in Österreich rund 200-250 Expertinnen und Experten, die eine postgraduale Public Health-Ausbildung absolviert haben. Dieser Bereich beginnt sich langsam zu entwickeln. Das Gesundheitswesen in Österreich ist immer noch stark von der Medizin geprägt, aber immer mehr Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflege interessieren sich für eine Ausbildung in Public Health und die Akzeptanz einer multiprofessionellen Zusammenarbeit in diesem Sektor steigt. Es fehlt jedoch noch an einer Anpassung der Verantwortlichkeiten und die Anerkennung der Ausbildung durch eine adäquate Entlohnung. Für die Implementierung von Family Health Nurses in Österreich wurde bereits 2007 ein Konzept erstellt, dessen Entwicklung vom Österreichischen Roten Kreuz geleitet und von einem multidisziplinären Gremium unterstützt wurde. Ein Abschlussbericht wurde vorgelegt, das Konzept wurde jedoch bis heute nicht in die Praxis umgesetzt. Jenes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal mit einer Public Health-Ausbildung besetzt Forschungspositionen an Universitäten, unabhängigen Forschungseinrichtungen oder arbeitet für einen der großen Akteure auf Systemebene in Österreich, z. B. die Sozialversicherung, die Ministerien oder die Bezirke (Ladurner et al. 2011).

In Deutschland wurde bereits ein Konzept für einen Masterstudiengang in Community Health Nursing erstellt, in Österreich gibt es speziell für die Pflege noch keine vergleichbare Ausbildung (Golla 2018). Es gibt derzeit in Österreich lediglich allgemeine Public Health Ausbildungen in Form von postgradualen Universitätslehrgängen oder Doktoratsstudien, dazu noch einige andere gesundheitsbezogene Studien, die Teilbereiche von Public Health abdecken (Diem & Dorner 2014).

Der Grundstein für den Einsatz von Public Health Nurses in den Primärversorgungseinheiten wäre mit dem Idealmodell von Rojatz et al. (2018) gelegt. Betrachtet man das Tätigkeitsprofil der Pflege in einer Primärversorgungseinheit, wäre dies auch von den Kompetenzen her möglich, es fehlt nur noch an einer adäquaten Ausbildung und an den gesundheitspolitischen Strukturen (ÖGKV 2018).

4.1. Stärken und Limitationen

Ein limitierender Faktor dieser Bachelorarbeit ist die Anzahl der Ergebnisse, da von allen europäischen Ländern nur fünf beschrieben werden konnten. Begründet wird dies dadurch, dass zwar viele Berichte auf nationaler Ebene zu dieser Thematik veröffentlicht werden, es sich dabei aber um Grundsatzpapiere handelt, welche oft nicht wissenschaftlich publiziert oder aufbereitet werden. Die Literatursuche erfolgte nur in drei Datenbanken in den Sprachen Deutsch und Englisch, deshalb wurden möglicherweise relevante anderssprachige Artikel oder Artikel, die lediglich in anderen Datenbanken veröffentlicht wurden, nicht in diese Arbeit miteinbezogen. Aufgrund dessen, dass lediglich eine Gutachterin für die Recherche und Bewertung der Artikel zuständig war, stellt diese Arbeit kein systematisches Literaturreview dar. Als Stärke dieses Literaturreviews kann die Beantwortung einer Forschungslücke genannt werden, da zur behandelten Thematik keine weitere wissenschaftliche Arbeit aufscheint. Das zeitliche Limit der Recherche wurde letztendlich auf die letzten 15 Jahre eingeschränkt, um möglichst aktuelle Studienergebnisse in dieser Bachelorarbeit darstellen zu können. Die Qualität der Studien kann in weiterer Folge als gut befunden werden, da eine einheitliche Bewertung nach Hawker et al. (2002) durchgeführt wurde und dabei nur Studien eingeschlossen wurden, welche ein Minimum von 75% erreichten. Qualitätsmindernd wirkt die Einbeziehung aller Designs zur Beantwortung der Forschungsfrage.

4.2. Empfehlungen für die Praxis

Den Empfehlungen der WHO (2017) sollte Rechnung getragen und Public Health Nurses in die österreichische Primärversorgung integriert werden. Dazu wäre allerdings die Schaffung einer Spezialisierung für Pflegefachkräfte in diesem Bereich und eine Änderung im Gesundheitssystem notwendig. Bis adäquate Strukturen vorhanden sind, würde die Möglichkeit bestehen, dass Pflegefachkräfte - auf Basis einer Selbstständigkeit - Gesundheitsförderung und Prävention in Primärversorgungseinheiten oder auf individueller und familiärer Ebene anbieten, natürlich nur unter Voraussetzung einer adäquaten Public Health-Ausbildung. Sollten in Österreich Public Health Nurses in der Praxis eingesetzt werden, ist eine klare Rollen- und Aufgabenverteilung von Beginn an von Vorteil, egal ob in

Primärversorgungseinheiten oder in häuslicher Umgebung. Wünschenswert wäre die praktische Umsetzung nach dem Empowerment-Ansatz, noch besser nach dem integrativen Ansatz nach Brieskorn-Zinke (2008), da demnach durch Beratung, Aufklärung und Information die Fähigkeit des Selbstmanagements von Patientinnen und Patienten erhöht wird und Kompetenzen gefördert werden beziehungsweise die Primärprävention in die pflegerischen Tätigkeiten miteinbezogen wird und spezielle Interventionen im Pflegealltag mit erkrankten Menschen entwickelt werden, die auf die Vermeidung von Risiken und Erkrankungen abzielen.

4.3. Empfehlungen für die Forschung

Bei der Umsetzung einer an Gesundheit orientierten Primärversorgung spielt auch die Bewusstseinsbildung der Pflegepersonen hinsichtlich Gesundheitsförderung und Prävention eine große Rolle. Durch das Angebot einer postgradualen Public Health-Spezialisierung wäre ein Anreiz gegeben, sich näher mit diesem Ansatz zu beschäftigen. Von Interesse für weitere Forschung wäre die Frage, welche konkreten Aufgaben Public Health Nurses in der österreichischen Primärversorgung übernehmen könnten und würden und wie das Konzept der Public Health Nurse umsetzbar wäre. Dazu wäre es sinnvoll Krankenpflegepersonen, politische Expertinnen und Experten und auch eine repräsentative Stichprobe der österreichischen Bevölkerung zu befragen. Die Ergebnisse solcher Studien könnten ebenfalls zur Entwicklung neuer Strukturen im Gesundheitssystem beitragen.

4.4. Empfehlungen für die Gesetzgeber/Gesundheitspolitik

Um die demografischen und epidemiologischen Veränderungen der Zukunft bewältigen zu können, sind Public Health-Maßnahmen in allen politischen Bereichen und auf allen Ebenen notwendig, nicht nur im Gesundheitsressort. Eine wesentliche Rolle spielen dabei die Bereiche Bildung, Umwelt, Verkehr, Industrie oder Landwirtschaft. Strukturänderungen hin zu Gesundheitsförderung und Prävention und weg vom krankheitszentrierten Denken und dazu adäquat ausgebildete Personen sind erforderlich, um das Gesundheitssystem in den nächsten Jahren aufrecht zu erhalten.

5. Schlussfolgerung

Durch dieses Literaturreview konnte aufgezeigt werden, dass die Pflege in der europäischen Primärversorgung eine große Rolle in der Betreuung und Versorgung der Bevölkerung, vor allem der Kinder und deren Familien, einnimmt. Durch den niederschweligen Zugang können auch vulnerable Gruppen erreicht werden. Da es große Unterschiede in den Gesundheitssystemen und in der Aufgaben- und Rollenverteilung der Public Health Nurses in der europäischen Primärversorgung gibt, kann keines der bestehenden Modelle direkt auf Österreich übertragen werden. Trotzdem lässt sich erkennen, dass der Einsatz von Public Health Nurses durchaus wertvoll ist. Einzelne Aspekte, die in dieser Arbeit aufgezeigt wurden, könnten möglicherweise für eine Konzeptualisierung und Integration von Public Health Nurses in der österreichischen Primärversorgung herangezogen werden.

Literaturverzeichnis

American Public Health Association (APHA) (2013): The definition and practice of public health nursing: A statement of the public health nursing section, Washington, DC: American Public Health Association.

Barnett, K., Mercer, S.W., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S. & Guthrie B. (2012): Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study, in: *The Lancet*, 380:37-43.

Bergmair, T. (2015): Primärversorgung in Europa, in: *Zeitschrift für Gesundheitspolitik*, 4:111-132.

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK) (2018): ÖSG 2017 - Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017 inklusive Großgeräteplan gemäß Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission vom 30. Juni 2017, inklusive der bis 29. Juni 2018 beschlossenen Anpassungen, verfasst von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur, Wien.

Brieskorn-Zinke, M. (2008), Der Beitrag der Pflegeberufe zur Bevölkerungsgesundheit, in: *Prävention und Gesundheitsförderung*, 3:193-198.

Bund & Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (SV) (2013): Bundes-Zielsteuerungsvertrag: Zielsteuerung Gesundheit, Wien [online] https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/6/0/5/CH3973/CMS1371563907633/b-zv_urschrift.pdf [1.12.2018].

Bundeskanzleramt Rechtsinformationssystem (BKA RIS) (1997): Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz - GuKG), BGBl. I Nr. 108/1997 [online] https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/1997_108_1/1997_108_1.pdf [5.12.2018].

Bundeskanzleramt Rechtsinformationssystem (BKA RIS) (2013): Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. 200/2013 [online] https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2013_I_200/BGBLA_2013_I_200.pdfsig [1.12.2018].

Bundeskanzleramt Rechtsinformationssystem (BKA RIS) (2016): Bundesgesetz, mit dem das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Berufsreifepflegegesetz und das Ärztegesetz 1998 geändert werden (GuKG-Novelle 2016), BGBl. I Nr. 75/2016, [online] https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2016_I_75/BGBLA_2016_I_75.pdfsig [5.12.2018].

Bundeskanzleramt Rechtsinformationssystem (BKA RIS) (2017a): Bundesgesetz über die Primärversorgung in Primärversorgungseinheiten (Primärversorgungsgesetz – PrimVG), BGBl. I Nr. 131/2017 [online] <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20009948> [1.10.2018].

Bundeskanzleramt Rechtsinformationssystem (BKA RIS) (2017b): Bundesgesetz, mit dem ein Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG) erlassen wird, BGBl. I Nr. 26/2017 [online] <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20009791> [18.10.2018].

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) (2012): Rahmen-Gesundheitsziele: Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich, Wien [online] https://gesundheitsziele-oesterreich.at/website2017/wp-content/uploads/2018/08/gz_kurzfassung_2018.pdf [1.12.2018].

Canadian Public Health Association (CPHA) (2010): Public Health – Community Health Nursing Practice in Canada: Roles and Activities, 4th edn., Ottawa.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2018): The Public Health System & the 10 Essential Public Health Services [online] <https://www.cdc.gov/publichealthgateway/publichealthservices/essentialhealthservices.html> [3.2.2019].

Cowley, S., Caan, W., Dowling, S. & Weir, H. (2007): What do health visitors do? A national survey of activities and service organisation, in: *Public Health*, 121:869-879.

Dahl, B.M. & Clancy, A. (2016): Meanings of knowledge and identity in public health nursing in a time of transition: interpretations of public health nurses' narratives, in: *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29:679-687.

Dawson, B. (1920): Interim report on the future provision of medical and allied services 1920, Ministry of Health, London [online] <https://www.sochealth.co.uk/national-health-service/healthcare-generally/history-of-healthcare/interim-report-on-the-future-provision-of-medical-and-allied-services-1920-lord-dawson-of-penn/> [7.11.2018].

Diem, G. & Dorner, T.E. (2014): Public Health Ausbildung in Österreich. Ein Überblick, in: *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 164(7-8):131-140.

Edgecombe, G. & World Health Organization. Regional Office for Europe. (2001): Public health nursing: past and future: a review of the literature, Copenhagen WHO Regional Office for Europe [online] <http://www.who.int/iris/handle/10665/108460> [13.10.2018].

Fonds Gesundes Österreich (FGÖ), o.J., Programmlinien [online] <http://fgoe.org/Programmlinien> [8.1.2019].

Glavin, K., Schaffer, M.A., Halvorsrud, L. & Gravidal Kvarme, L. (2014): A Comparison of the Cornerstones of Public Health Nursing in Norway and in the United States, in: *Public Health Nursing*, 31(2):153-166.

Golla, M. (2018): DE: Community Health Nursing: Konzept veröffentlicht, [online] <https://pflege-professionell.at/de-community-health-nursing-konzept-veroeffentlicht> [11.10.2018].

Habimana, K., Bachner, F., Bobek, J., Ladurner, J. & Ostermann, H. (2015): Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich, 4. Ausgabe, Gesundheit Österreich GmbH, Wien.

Hawker, S., Payne, S., Kerr, C., Hardey, M. & Powell, J. (2002): „Appraising the evidence: reviewing disparate data systematically“, in: *Qualitative Health Research*, 12(9): 1284-1299.

Hemingway, A., Aarts, C., Koskinen, L., Campbell, B. & Chassé, F. (2013): A European Union and Canadian Review of Public Health Nursing Preparation and Practice, in: *Public Health Nursing*, 30(1):58-69.

Keller, L., Strohschein, S. & Schaffer M.A. (2011): Cornerstones of Public Health Nursing, in: *Public Health Nursing*, 28(3):249-260.

Kringos D.S., Boerma, W.G.W., Hutchinson, A. & Saltman, R.B. (2015): Building primary care in a changing Europe: Case studies. World Health Organization [online] http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/271170/BuildingPrimaryCareChangingEurope.pdf [7.11.2018]

Kringos, D.S., Boerma W., Bourgueil Y., Cartier, T., Dedeu, T., Hasvold, T., Hutchinson, A., Lember, M., Olesczyk, M., Rotar Pavlic, D., Svab, I., Tedeschi, P., Wilm, S., Wilson, A., Windak, A., van der Zee, J. & Groenewegen P. (2013a): The strength of primary care in Europe: an international comparative study, in: *British Journal of General Practice*, 63(616):e742-e750.

Kringos, D.S., Boerma, W., van der Zee, J. & Groenewegen, P. (2013b): Europe's Strong Primary Care Systems Are Linked To Better Population Health But Also To Higher Health Spending, in: *Health Affairs* 32(4):686-694.

Ladurner, J., Gerger, M., Holland, W., Mossialos, E., Merkur, S., Stewart, S., Irwin, R. & Soffried, J. (2011): Public Health in Austria: An analysis of the status of public health, World Health Organization.

Manitoba Health (1998): The Role of the Public Health Nurse within the Regional Health Authority, Winnipeg.

Muldoon, L.K., Hogg, W.E. & Levitt, M. (2006): Primary Care (PC) and Primary Health Care (PHC): What is the Difference?, in: *Canadian Journal of Public Health*, 97(5):409-411.

Nic Philibin, C.A., Griffith, C., Byrne, G., Horan, P., Brady, A.-M. & Begley, C. (2010): The role of the public health nurse in a changing society, in: *Journal of Advanced Nursing*, 66(4):743-752.

Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV) (2018): Leistungsprofil – Rollen und Aufgaben des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege (DGKP) in einer Primärversorgungseinheit (PVE) [online] https://www.oegkv.at/fileadmin/user_upload/Aktuell/Leistungsprofil_DGKP_in_PVE.pdf [31.7.2018].

Österreichisches Forum Primärversorgung (ÖFOP), o.J., Fragen und Antworten [online] <https://primaerversorgung.org/fragen-und-antworten/> [8.1.2019].

Polit, D. & Beck, C. (2012): 'Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice', 9th edn., Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.

Public Health Nursing Section (2001): Public Health Interventions–Applications for Public Health Nursing Practice. St. Paul: Minnesota Dept. of Health [online] <http://www.health.state.mn.us/divs/opi/cd/phn/wheel.html#download> [3.2.2019].

Rohwer, A. (2008): Bismarck versus Beveridge: Ein Vergleich von Sozialversicherungssystemen in Europa, ifo Institut für Wirtschaftsforschung an der Universität München, München, 61(21):26-29.

Rojatz, D., Nowak, P., Rath, S. & Atzler B. (2018): Primärversorgung: Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz. Grundlagen und Eckpunkte eines Idealmodells für PVE-Team und Finanzierungspartner. Gesundheit Österreich, Wien.

Siivola U. & Martikainen T. (1990): The public health nurse – the linchpin of primary health care, *World Health Forum*, 11:102-107.

Statistik Austria (2016): Chronische Krankheiten [online] https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitszustand/chronische_krankheiten/index.html [8.1.2019].

Statistik Austria (2017): Gesundheitliche Beeinträchtigungen [online] https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitszustand/gesundheitliche_beeintraechtigungen/index.html [8.1.2019].

Statistik Austria (2018a): Bevölkerungsprognosen [online] http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html#index1 [8.1.2019].

Statistik Austria (2018b): Lebenserwartung in Gesundheit [online] https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitszustand/lebenserwartung_in_gesundheit/index.html [8.1.2019].

Statistik Austria (2018c): Gesundheitsausgaben [online] https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsausgaben/index.html [8.1.2019].

Swider, S.M., Levin P.F. & Reising V. (2017): Evidence of Public Health Nursing Effectiveness: A Realist Review, in: *Public Health Nursing*, 34(4):324-334.

Vuorenkoski, L., Mladovsky, P. & Mossialos E. (2008): Finland: Health system review, in: *Health Systems in Transition*, 10(4):1-168.

WHO (1978): Declaration of Alma-Ata [online] https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf [4.11.2018].

WHO (2008): Primary health care – now more than ever, Geneva [online] https://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf [12.10.2018].

WHO (2017): Enhancing the role of community health nursing for universal health coverage, Human Resources for Health Observer Series No. 18, Geneva [online] <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255047/9789241511896-eng.pdf?sequence=1> [22.10.2018].

WHO (2018): Declaration of Astana [online] <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf> [4.11.2018].

Anhang

Suchverlauf

Tabelle 3: Suchverlauf im Detail

Datum/ Suche	Datenbank/ Suchmaschine	Suchstrategie	Limitationen	Treffer gesamt	Relevante Artikel
13.10.18 #1	PubMed	Public health nurs* AND primary care AND Europe	10 years Englisch, Deutsch	72	Glavin et al. (2014) Nic Philibin et al. (2010)
22.10.18 #2	PubMed	((("Public Health Nursing"[Mesh]) AND "Primary Health Care"[Mesh]) AND "Primary Care Nursing"[Mesh]) AND "Europe"[Mesh])		2	-
22.10.18 #3	PubMed	((("Nurses, Public Health"[Mesh]) AND "Public Health Nursing"[Mesh]) AND "Europe"[Mesh])		6	Glavin et al. (2014)
22.10.18 #4	CINAHL	public health nurs* OR community health nurs* AND role OR function AND Europe (alles im Abstract)		25	-
22.10.18 #5	Ovid	((public health nurs* or community health nurs*) and (primary care or primary health care) and (function or role)).ab.	2009-2018	58	Nic Philibin et al. (2010) Giltenane et al. (2015)
22.10.18 #6	CINAHL	AB (public health nurs* or community health nurs*) AND AB (primary care or primary health care) AND AB (role or task or duty or function or contribution) AND AB (Europe)	2009-2018 Englisch	5	-
22.10.18 #7	CINAHL	AB (public health nurs* OR community health nurs*) AND AB (primary care or primary health care) AND AB (role or task or duty or function or contribution) AND AB (2009-2018 Englisch	96	Nic Philibin et al. (2010) Burke & O'Neill (2010)

		Ireland or Irish or Republic of Ireland or Spanish or Spain or Norway or Swedish or Poland or Swiss or Switzerland or German or Austria or Denmark or Danish or Belgium or Belgian or British or UK or Britain or Netherlands)			
7.11.18 #8	Handsuche	Referenzliste "WHO-Enhancing the role of community health nursing for universal health coverage"	2009-2018	3	Hemingway et al. (2013)
7.11.18 #9	Handsuche	Google: public health nurse in primary care Google scholar: public health nurse in primary care		ca. 124 000 000 ca. 75 000	1.Seite/3.Stelle: Clancy et al. (2005) -
10.11.18 #10	CINAHL	AB (public health nurs* or community health nurs*) AND AB (primary care or primary health care or primary healthcare) AND AB (role or function or task) AND AB (Poland or Greece or Spain or UK or England or Scotland or Netherlands or Belgium or Denmark or Czech Republic or Hungary or Sweden or Portugal or Turkey or Malta or Norway or Finland or Slovenia or Latvia or Iceland or Europe or EU or European)	2004-2018 Englisch	97	Dahl & Clancy (2016)
10.11.18 #11	Ovid	Suche ident mit #10		25	-
10.11.18 #12	PubMed	Suche ident mit #10 (alles im Titel/Abstract)		9	-
10.11.18 #13	CINAHL	AB(public health nursing or community health nursing) AND AB (primary care or primary health care or primary healthcare) AND AB (role or function or task) AND TX (Poland or Greece or Spain or UK or England or Scotland or Netherlands	2004-2018 Englisch	177	Dahl & Clancy (2016) Nic Philibin et al. (2010)

		or Belgium or Denmark or Czech Republic or Hungary or Sweden or Portugal or Turkey or Malta or Norway or Finland or Slovenia or Latvia or Iceland or Europe or EU or European)			
10.11.18 #14	CINAHL	AB (public health nursing or community health nursing) AND AB (primary care or primary health care or primary healthcare) AND AB (role or function or task) AND TX (Albania or Andorra or Bosnia Herzegovina or Kazakhstan or Kosovo or Croatia or Liechtenstein or Macedonia or Moldavia or Monaco or Montenegro or Russia or San Marino or Serbia or Ukraine or Belarus)	2004-2018 Englisch	1	-
17.12.18 #15	Handsuche	Referenzlisten eingeschlossene Volltexte	2004-2018 Englisch, Deutsch	1	Cowley et al. (2007)

Bewertungsbogen

This checklist is from Hawker, S., S. Payne, et al. (2002). "Appraising the Evidence: Reviewing Disparate Data Systematically." *Qualitative Health Research* 12(9): 1284-1299.

Please assess each paper on the following criteria. For scoring please refer to notes below.

Good=4
Fair=3
Poor=2
Very poor=1
Lower scores =poor quality

Notes for appraising the quality of each paper:

<p>1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study? Good Structured abstract with full information and clear title. Fair Abstract with most of the information. Poor Inadequate abstract. Very Poor No abstract.</p> <p>2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research? Good Full but concise background to discussion/study containing up-to date literature review and highlighting gaps in knowledge. Clear statement of aim AND objectives including research questions. Fair Some background and literature review. Research questions outlined. Poor Some background but no aim/objectives/questions, OR Aims/objectives but inadequate background. Very Poor No mention of aims/objectives. No background or literature review.</p> <p>3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained? Good Method is appropriate and described clearly (e.g., questionnaires included). Clear details of the data collection and recording. Fair Method appropriate, description could be better. Data described. Poor Questionable whether method is appropriate. Method described inadequately. Little description of data. Very Poor No mention of method, AND/OR Method inappropriate, AND/OR No details of data.</p> <p>4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims? Good Details (age/gender/race/context) of who was studied and how they were recruited. Why this group was targeted. The sample size was justified for the study. Response rates shown and explained. Fair Sample size justified. Most information given, but some missing. Poor Sampling mentioned but few descriptive details. Very Poor No details of sample.</p> <p>5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous? Good Clear description of how analysis was done. Qualitative studies: Description of how themes derived/ respondent validation or triangulation. Quantitative studies: Reasons for tests selected hypothesis driven/ numbers add up/statistical significance discussed. Fair Qualitative: Descriptive discussion of analysis. Quantitative. Poor Minimal details about analysis. Very Poor No discussion of analysis.</p> <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?</p>

Abbildung 6: Bewertungsbogen nach Hawker et al. (2002)

Good	Ethics: Where necessary issues of confidentiality, sensitivity, and consent were addressed. Bias: Researcher was reflexive and/or aware of own bias.
Fair	Lip service was paid to above (i.e., these issues were acknowledged).
Poor	Brief mention of issues.
Very Poor	No mention of issues.
7. Results:	
Is there a clear statement of the findings?	
Good	Findings explicit, easy to understand, and in logical progression. Tables, if present, are explained in text. Results relate directly to aims. Sufficient data are presented to support findings.
Fair	Findings mentioned but more explanation could be given. Data presented relate directly to results.
Poor	Findings presented haphazardly, not explained, and do not progress logically from results.
Very Poor	Findings not mentioned or do not relate to aims.
8. Transferability or generalizability:	
Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Good	Context and setting of the study is described sufficiently to allow comparison with other contexts and settings, plus high score in Question 4 (sampling).
Fair	Some context and setting described, but more needed to replicate or compare the study with others, PLUS fair score or higher in Question 4.
Poor	Minimal description of context/setting.
Very Poor	No description of context/setting.
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Good	Contributes something new and/or different in terms of understanding/insight or perspective. Suggests ideas for further research. Suggests implications for policy and/or practice.
Fair	Two of the above (state what is missing in comments).
Poor	Only one of the above.
Very Poor	None of the above.

Abbildung 7: Bewertungsbogen nach Hawker et al. (2002) Fortsetzung

Bewertung der Studien

Tabelle 4: Bewertung Nic Philibin et al. (2010)

The role of the public health nurse in a changing society		
Kategorie	Begründung	Punkte
1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	Titel kurz und passend zum Inhalt; Abstract gut strukturiert, wichtigste Informationen enthalten	4
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	Einleitung gut strukturiert, Forschungslücke wird aufgezeigt und Begründung für Studie dargestellt; Ziel der Studie wird allerdings unter „The Study“ (Methode) als eigener Punkt dargestellt und ist somit nicht Abschluss der Einleitung.	3
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	Methodik passend für Beantwortung der Forschungsfrage; Interview-Leitfaden dargestellt; Gütekriterien des Leitfadens nicht beschrieben; Datensammlung gut beschrieben, jedoch Dauer der Interviews und durchführende/r ForscherIn fehlen	3
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	Purposive Sampling nicht näher ausgeführt (warum haben gerade diese 25 Teilnehmenden Fachwissen? Wie war die Kontaktaufnahme? Vom wem durchgeführt?)	2
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	Ausreichend beschrieben; einzig, wer genau was durchgeführt hat, fehlt	4
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?	Zustimmung der Ethikkommission erfolgt, Zustimmung der Teilnehmenden nicht beschrieben; Limitationen angeführt und Bias berücksichtigt	3
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	Ergebnisse gut dargestellt, mit direkten Zitaten untermauert	4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	Nicht generalisierbar, dies wurde aber in den Limitationen angeführt und begründet und war nicht Ziel der Studie; deshalb 3 Punkte, trotz der Bewertung des Samplings mit 2 Punkten	3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	Insgesamt wichtig für PHNs in Irland; Empfehlungen für Forschung und Praxis gegeben	4
	Gesamtpunkteanzahl: Prozent:	30 Punkte 83.3 %

Tabelle 5: Bewertung Giltenane et al. (2015)

Public health nurses' (PHNs) experiences of their role as part of a primary care team (PCT) in Ireland		
Kategorie	Begründung	Punkte
1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	Titel klar und spiegelt Inhalt wider; im Abstract fehlt der Background, ansonsten gut strukturiert;	3.5
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	Gut strukturiert vom Allgemeinen zum Spezifischen; Ziel wird im letzten Satz genannt.	4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	Methodik passend für Forschungsfrage; Design gut beschrieben; genaue Beschreibung des Settings fehlt; Sample wurde nicht näher beschrieben, nur Anzahl der Teilnehmenden (TN) und Jahre der Praxiserfahrungen im PCT/Jahre als PHN; Datenerhebung wird kurz beschrieben, jedoch keine Fragen des semi-strukturierten Interviews ersichtlich; Gütekriterien fehlen; Forschungsteam: wer hat was gemacht?; Methode könnte besser strukturiert sein	2
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	Das Sampling wird nicht genauer beschrieben, nur die Einschlusskriterien - genaue Vorgehensweise fehlt (Wo/wie wurden PHNs rekrutiert? Von wem? Wie viele wurden zum Interview eingeladen?)	2
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	Das Instrument wurde genannt, keine Information über Gütekriterien, genaue Beschreibung fehlt	2
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?	Information über Zustimmung der Ethikkommission, freiwillige Teilnahme der PHNs und Pseudonymisierung der TN; keine Information, wie die Zustimmung der TN erfolgt ist (Info über ethische Belange bei Einladung vorhanden? Rückfragen möglich? Mündliche Aufklärung?) keine Bias, aber Limitationen angeführt;	2
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	Ergebnisse mit Tabelle und direkten Zitaten gut dargestellt	4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	6 von 10 TN aus dem gleichen PCT; Gesamtzahl der PCTs oder PHNs in PCTs nicht ersichtlich, deshalb Übertragbarkeit fraglich	2
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	Insgesamt wichtig für Politik und Praxis in Irland; Empfehlungen für Forschung und Praxis gegeben	4
	Gesamtpunkteanzahl: Prozentsatz:	25.5 Punkte 70.8 %

Tabelle 6: Bewertung Burke und O'Neill (2010)

Community nurses working in piloted primary care teams: Irish Republic		
Kategorie	Begründung	Punkte
1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	Titel passend, aber Design nicht heraus zu lesen; Abstract eher kurzgehalten; Schlussfolgerung fehlt	2
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	Einleitung vom Allgemeinen zum Spezifischen; Forschungslücke nicht klar dargestellt und Forschungsziel/-frage fehlt bzw. als „Motivation für diese Forschung“ dargestellt.	3
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	Methode passend und wird beschrieben; ein „discussion guide“ wird erwähnt, jedoch keine Information wer das ist oder ob es eine Schulung gegeben hat und wie die Diskussion angeregt wurde; Dauer und Ort der Diskussionen nicht beschrieben; Sample wurde nicht näher beschrieben (nur „nursing discipline“ und ländlich oder städtischer Bereich; seit wann im Primary Care Team? Alter? Geschlecht?)	2
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	Sampling wird nicht beschrieben (von 10 Primary Care Teams wurden Nurses aus 4 Teams befragt; Wie/Wo Rekrutierung? Von wem? Ein- und Ausschlusskriterien?)	1
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	Ausreichend beschrieben (Analysemethode und member-check)	4
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?	Ethik ausreichend beschrieben (Zustimmung der Ethikkommission, Zustimmung der Partizipantinnen und Partizipanten, Anonymisierung) Keine Info über Bias oder Limitationen	2
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	Ergebnisse werden mit direkten Zitaten untermauert; Ergebnisse werden hier schon mit anderen Quellen verglichen, trotz eigenem Diskussionsteil (Punkteabzug)	2
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	Ergebnisse möglicherweise auf andere Primary Care Teams in Irland übertragbar; aufgrund der fehlenden Beschreibung des Samplings und des Samples Punkteabzug	2
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	Erste Studie, die die Erfahrungen beschreibt; Empfehlungen für die Praxis gegeben; keine Empfehlungen für weitere Forschung	3
	Gesamtpunkteanzahl: Prozent:	21 Punkte 58.3 %

Tabelle 7: Bewertung Clancy et al. (2005)

Primary Health Care: Comparing Public Health Nursing Models in Ireland and Norway		
Kategorie	Begründung	Punkte
1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	Titel adäquat; im Abstract fehlen die Methode, Ergebnisse und Schlussfolgerungen	2
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	Inhalt der Einleitung bezieht sich eher auf das Zustandekommen dieses Artikels, Ziel wird mitten im Text genannt. Zweiter Teil über Primary Health Care und Primary Care möglicherweise auch Teil der Einleitung, dies ist aber nicht klar ersichtlich – Struktur mangelhaft	2
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	Keine Information über Methode („Review Article“ über dem Titel angeführt)	0
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	Keine Information über das Sampling	0
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	Keine Information über die Datenanalyse	0
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?		-
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	Ergebnisse mittels Tabellen und Grafik gut dargestellt; Text sehr unübersichtlich; Ergebnisse sind unterteilt in 3 Hauptpunkte; wahrscheinlich Kombination von Diskussion- und Ergebnisteil (es geht nicht genau hervor, welche und wie viele Quellen als Ergebnis gelten und es gibt keinen eigenen Diskussionsteil)	2
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	Vergleich zwischen Irland und Norwegen ist nicht übertragbar auf andere Länder; der Text verschafft einen Überblick über die Thematik	1
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	Da dieser Artikel einen Vergleich zwischen Irland und Norwegen aufzeigt und mangels Angaben über Methodik, Sampling und Analyse kein wissenschaftliches Paper darstellt, sind die Ergebnisse rein informativ; keine Empfehlungen für Forschung oder Praxis vorhanden	1
	Gesamtpunkteanzahl (von 32): Prozent:	8 Punkte 25 %

Tabelle 8: Bewertung Hemingway et al. (2013)

A European Union and Canadian Review of Public Health Nursing Preparation and Practice		
Kategorie	Begründung	Punkte
1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	Titel adäquat; Abstract gut strukturiert und spiegelt die meisten Inhalte wider; Background und Schlussfolgerung fehlen	3
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	Einleitung nicht gut strukturiert und zu ungenau ausgeführt; Ziel mitten im Text und Forschungslücke zu wenig beschrieben; Methode wird in der Einleitung erwähnt	2
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	Methode passend; könnte besser beschrieben sein	3.5
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	Datenbanken und Einschlusskriterien (publizierte Artikel oder Dokument, Zeitraum, Keywords, Sprachen) werden genannt; Beschreibung könnte detaillierter sein	3.5
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	keine Information über die Anzahl der Treffer und über inkludierte und exkludierte Artikel/Dokumente; narratives Review in Bezug auf die drei essentiellen Bereiche der PHN-Praxis der WHO	2
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?		-
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	Keine Details über die eingeschlossenen Artikel/Dokumente; ansonsten gut strukturiert und in einer Tabelle dargestellt; Tabelle könnte übersichtlicher sein	2.5
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	Unter Einbezug der 3 essentiellen Bereiche der PHN-Praxis der WHO könnten auch in anderen Ländern die Ausbildung und Praxis von PHNs aufgebaut werden; unterschiedliche Systeme werden dargestellt und können in anderen Ländern umgesetzt werden	3.5 (da in Sampling ebenfalls nur 3.5)
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	Wichtig für die Implementierung und Überarbeitung von PHNs Praxis und Ausbildung; Empfehlungen für Forschung und Praxis angeführt;	4
	Gesamtpunkteanzahl (von 32): Prozent:	24 Punkte 75 %

Tabelle 9: Bewertung Glavin et al. (2014)

A Comparison of the Cornerstones of Public Health Nursing in Norway and in the United States		
Kategorie	Begründung	Punkte
1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	Titel adäquat, Design geht nicht daraus hervor; Abstract gut, aber Background fehlt	3
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	Forschungsfrage ist ein eigener Unterpunkt; Einleitung gut strukturiert und ausreichend beschrieben	4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	Literaturreview und Fokusgruppen-Interviews; Fokusgruppen-Fragen in Tabelle dargestellt; Dauer und Aufzeichnung gut beschrieben; Literaturreview gut beschrieben, aber Zeitraum der Datensammlung und Angabe der Datenbanken fehlt	3
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	Sampling der Fokusgruppen gut beschrieben, inklusive Setting; Sample bei den Ergebnissen beschrieben; keine Angabe, ob Samplegröße ausreichend war oder über Anzahl der der Nurses gesamt in diesem Setting	3
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	Zum Teil ausreichend beschrieben; qualitative Inhaltsanalyse (Interviews); Analyse des Literaturreviews könnte genauer sein	3
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?	Informed consent war gegeben; keine Angaben über Zustimmung einer Ethikkommission Keine Info über Bias, Limitation angegeben	2
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	Ergebnisse hauptsächlich in Tabellen dargestellt, aber klar und verständlich herausgearbeitet	4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	Übertragbarkeit wird diskutiert (Setting war nur eine Gemeinde, trotzdem größtenteils Übereinstimmung mit U.S.) – wird als Empfehlung für weitere Forschung angegeben	3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	Empfehlung für Forschung und Praxis angegeben; Ergebnisse wichtig für Ausbildung und Praxis	4
	Gesamtpunkteanzahl: Prozent:	29 Punkte 80.5 %

Tabelle 10: Bewertung Dahl und Clancy (2016)

Meanings of knowledge and identity in public health nursing in a time of transition: interpretations of public health nurses' narratives		
Kategorie	Begründung	Punkte
1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	Titel sehr lang, Abstract gut strukturiert und alle Informationen enthalten	3.5
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	Einleitung gut strukturiert, einzig die Forschungslücke befindet sich mitten im Text; Das Ziel ist in einem eigenen Absatz beschrieben	3.5
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	Phänomenologischer hermeneutischer Ansatz; Datensammlung beschrieben, Beispiele für Fragen gegeben	4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	Purposeful Sampling kurz beschrieben, könnte genauer sein (Wie viele wären in Frage gekommen? Warum wurden genau diese 2 Gemeinden gewählt?) Samplecharakteristika beschrieben	3
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	Datenanalyse ausreichend beschrieben (3 Stufen-Analyse); Gütekriterien angeführt und berücksichtigt	4
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?	Ethische Belange ausreichend beschrieben; Keine Informationen über Bias, aber Limitationen angeführt	3
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	Ergebnisse klar und verständlich formuliert, Ergebnisse der strukturellen Analyse mittels Tabelle kurz dargestellt; durch direkte Zitate untermauert	4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	Nicht übertragbar, nicht repräsentativ und auf einen kleinen Teil von Norwegen begrenzt; wird aber bei den Limitationen beschrieben	2
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	Einblicke/Ergebnisse für Gesundheitssystem wichtig, aber Verbesserungen bezüglich Sample und Methode notwendig, um Relevanz aufzuzeigen; Empfehlungen für Forschung und Praxis gegeben	3
	Gesamtpunkteanzahl: Prozent:	30 Punkte 83.3 %

Tabelle 11: Bewertung Cowley et al. (2007)

What do health visitors do? A national survey of activities and service organisation		
Kategorie	Begründung	Punkte
1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	Abstract und Titel adäquat und vollständig	4
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	Forschungslücke wird anfangs kurz beschrieben, ansonsten gut strukturiert und Lücke/Ziel adäquat herausgearbeitet	3
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	National survey; Fragebogen online und beschrieben; alles ausreichend beschrieben	4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	Sampling und Sample ausreichend beschrieben (Vorgehen, Gesamtpopulation, Rücklaufquote, Teilnehmer)	4
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	Datenanalyse adäquat und detailliert beschrieben (Analyseverfahren und Tests)	4
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?	Zustimmung der Ethikkommission beschrieben; Zustimmung der Teilnehmenden nicht beschrieben (durch Rücksendung des Fragebogens?) Bias nicht konkret genannt, aber Limitationen beschrieben	2
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	Ergebnisse gut dargestellt in Form von Tabellen, klar und verständlich beschrieben	4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	Kann nicht auf gesamtes U.K. übertragen werden, nicht repräsentativ; wird bei den Limitationen beschrieben	2
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	Wichtig für zukünftige Entwicklungen im Gesundheitssystem des U.K.; Empfehlungen für Forschung und Praxis angeführt	4
	Gesamtpunkteanzahl: Prozent:	31 Punkte 86.1 %

Übersicht der inkludierten Studien

Tabelle 12: inkludierte Studien: Übersicht

Autor/Jahr/Land	Design	Stichprobe	Ergebnisse
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Nic Philibin et al. ◆ 2010 ◆ Irland 	Deskriptives qualitatives Design	25 Vertreter aus dem Bereich „Community Nursing“, davon 21 PHN, 2 Registered General Nurses, 1 Assistant Director, 1 School Nurse	<p>„Generalistin und Generalist“: die Rolle der PHN definiert und beschrieben</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klinische Versorgung (Injektionen, Blutdruck, Screening von Babys) • Versteckte Rolle (Beratung, Telefon, Büro) • PHN als „Generalistin und Generalist“ (Lückenfüller für Andere) • Arbeitsüberlastung (Service zu jeder Zeit an jedem Ort) • Pflegerische Prioritäten (Akutfälle haben Priorität, Gesundheitsförderung reduziert) • Einsatzbereich (durch geografische Gegebenheiten sind sie für alles zuständig: medizinische/pflegerische Probleme, Physiotherapie, Unfälle, Krankentransport) • Arbeitszufriedenheit (hoch, erfüllender Job)
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Hemingway et al. ◆ 2013 ◆ Europa/Kanada 	Literaturreview	Nicht angeführt	<p>Public Health Nursing im Vereinigten Königreich:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unterschiedliche Kategorien von „Specialist Community Public Health Nurses (SCPHN)“: Health Visitor, Health Protection Nurses, School Nurse, Occupational Health Nurse, Sexual Health Nurse • Fokus liegt nicht auf den Bedürfnissen der lokalen Bevölkerung, sondern die unterschiedlichen SCPHNs arbeiten reaktiv; Ausnahme: Health Visitors (Fokus liegt auf Kinder (unter 5 Jahren) und Familien) <p>Public Health Nursing in Schweden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unterschieden werden: District Nurse, School Nurse und Child Health Nurse • Früher waren District Nurses für ein geografisches Gebiet verantwortlich; mit Ausnahme der School Nurse arbeiten die meisten Public Health Nurses in einem Gesundheitszentrum • Kompetenzbeschreibung: Bereiche aus Pflege, Medizin, Public Health und Verhaltenswissenschaften

			<p>Public Health Nursing in Finnland:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es gibt: Home Health Nurses, Practice Nurses, Maternity and Child Health Nurses, School Nurses, Student Health Nurses und Occupational Nurses; • PHNs sind zuständig für Menschen von der Geburt bis zum Tod und involvieren die ganze Familie in den Gesundheitsförderungsprozess; • arbeiten in Gesundheitszentren, mit Hausärztinnen und Hausärzten, in Schulen und Hochschulen oder Betrieben
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Glavin et al. ◆ 2014 ◆ Norwegen/USA 	Literaturreview und Fokusgruppen-Interviews	<p>Literaturreview: gesamt 40 Dokumente 10 in englischer Sprache 30 in norwegischer Sprache: 19 Regierungs-Dokumente, 2 Bücher, 1 Forschungsbericht, 2 Dissertationen, 6 Artikel</p> <p>Interviews: gesamt 19 PHNs 1. Fokusgruppen-Interview: 5 Family Health Nurses, 7 School Nurses, 7 Home Care Nurses 2. Fokusgruppen-Interview: 4 Family Health Nurses, 5 School Nurses, 2 Home Care Nurses</p>	<p>Eckpfeiler von Public Health Nursing in Norwegen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • fokussiert die Gesundheit der gesamten Bevölkerung • reflektiert die Prioritäten und Bedürfnisse der Gemeinschaft • gründet pflegerische Beziehungen zu Gemeinden, Systemen, Individuen und Familien • basiert auf sozialer Gerechtigkeit, Mitgefühl, Sensibilität für die Vielfalt und Respekt vor der Wertigkeit aller Menschen, besonders der Vulnerablen • umfasst die geistigen, körperlichen, emotionalen, sozialen, spirituellen Aspekte und Umweltaspekte der Gesundheit • nutzt evidenzbasierte Praxis, um die Gesundheit der Gemeinschaft zu fördern • arbeitet mit personellen Ressourcen der Gemeinschaft zusammen, um die gemeinschaftlichen Strategien zu erreichen, können und wollen bei Bedarf aber auch allein arbeiten • die Befugnis für unabhängiges Arbeiten wird von der nationalen Gesetzgebung abgeleitet • fördert die Gleichheit Aller, durch das Angebot von globalen Gesundheitsdienstleistungen
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Dahl & Clancy ◆ 2016 ◆ Norwegen 	Phänomenologischer hermeneutischer Ansatz	23 norwegische Family Health und School Nurses	<p>Generalistin und Generalist sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> • „Wenig über Vieles wissen“ (spezielles Wissen muss eingeholt werden; Wissen muss ständig auf den neuesten Stand gebracht werden) • „Klinische Beurteilungen“ (Prioritäten abwägen, Beratung -auch über die Möglichkeit andere Dienstleisterinnen und Dienstleister in Anspruch zu nehmen)

			<p>Jemand sein, der stärkt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • „Ressourcen aufzeigen“ (Probleme herausfiltern und den Beteiligten zeigen, wie sie damit umgehen und diese bewältigen können) • „Coping-Strategien nutzen“ (Strategien aufzeigen und bei der Problemlösung unterstützen) <p>Mit individueller Problemlösung beschäftigt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • „Fokus auf Menschen mit besonderen Bedürfnissen“ (aus Zeitmangel und durch Fokus auf Menschen mit speziellen Bedürfnissen bleibt wenig Zeit für Gesundheitsförderung Aller) • „An Richtlinien und Protokolle halten“ (standardisierte Leitlinien und Kommunikationstechniken werden genutzt um Situationen zu bewältigen) • „mangelndes Fachwissen“ (in manchen Situationen fehlt das Fachwissen – Eltern wissen oft mehr zu ihrem spezifischen Fall; oft medizinisches Wissen notwendig)
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Cowley et al. ◆ 2007 ◆ Vereinigtes Königreich 	National Survey	1459 Health Visitors	<p>Hauptpopulation und Hauptaufgabenfelder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Babys und Kleinkinder • Familien mit Sorgen • Hausbesuche und Zusammenarbeit mit Anderen • Die meisten Aktivitäten in Zusammenhang mit Kindern und sozialen Faktoren • Primär- und Sekundärprävention öfter als Tertiärprävention