

Bachelorarbeit

**Einflussfaktoren auf die Arbeit von
Pflegerpersonen in
Primärversorgungseinheiten**

Ein Literaturreview

Eingereicht von:

Sarah Maria Klug

Zur Erlangung des akademischen Grades:

Bachelor of Nursing Science

(BScN)

Medizinische Universität Graz

Institut für Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von

Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ scient. med. Franziska Großschädl, BSc. MSc.

Graz, am 16.03.2020

Eidesstaatliche 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 benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.“

Graz, am 16.03.2020

Sarah Maria Klug, eh“

Inhaltsverzeichnis

Eidesstaatliche Erklärung	II
Inhaltsverzeichnis	III
Abbildungsverzeichnis	IV
Zusammenfassung	V
Abstract	VII
1. Einleitung	1
1.1 Definition der Gesundheits- und Krankenpflegeperson.....	4
1.2 „Caring“ Ansatz vs. Biomedizinischer Ansatz.....	4
1.3 Primärversorgung - Definition.....	5
1.4 Primärversorgung in Österreich	6
1.5 Pflegerelevanz	11
1.6 Forschungsfrage und Forschungsziel	11
2. Methode	12
2.1 Literatursuche	12
2.3 Flow Chart.....	15
3. Hauptteil	16
3.1 Rolle der Gesundheits- und Krankenpflegepersonen in Primärversorgungseinheiten	23
3.2 Team- und Interprofessionelle Zusammenarbeit in Primärversorgungseinheiten	26
3.3 Strukturelle und systemische Einflussfaktoren auf die Arbeit von Pflegepersonen in Primärversorgungseinheiten	29
4. Diskussion	30
4.1 Limitationen und Stärken	35
4.2 Implikationen für die Forschung	36
4.3 Implikationen für die Praxis	36
5. Schlussfolgerung	37
Referenzliste	38
Anhang	VIII

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Flow Chart	15
Abbildung 2: Haupteinflussfaktoren auf die Arbeit von Pflegepersonen in Primärversorgungseinheiten.....	16
Abbildung 3: Einflussfaktoren auf die Rolle der Pflegepersonen	23
Abbildung 4: Einflussfaktoren auf Team- und interprofessionelle Zusammenarbeit in Primärversorgungseinheiten.....	26
Abbildung 5: Strukturelle Einflussfaktoren auf die Arbeit von Pflegepersonen in Primärversorgungseinheiten.....	29

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Kern- und erweitertes Team in der Primärversorgung	8
Tabelle 2: Literatursuche PubMed.....	13
Tabelle 3: Literatursuche Cinahl	14
Tabelle 4: Charakteristika der Studien.....	17

Zusammenfassung

Hintergrund: Österreich zählt zu den Ländern mit den höchsten Gesundheitskosten im stationären Bereich. Die Akutversorgung war in Österreich somit lange der Hauptfokus der primärmedizinischen Versorgung. Durch den Anstieg, der Anzahl, an chronischen Erkrankungen und der steigenden Multimorbidität, treten neue Versorgungsmodelle in den Vordergrund. Eines davon ist die Implementierung von Primärversorgungseinheiten. In diesen Primärversorgungseinheiten bilden ärztliches und pflegerisches Personal das Kernteam. Die Arbeit von Pflegepersonen in der Primärversorgung ist in Österreich noch relativ neu, was zu Problemen und Barrieren für diese Berufsgruppe, in ihrer Tätigkeit, in den Primärversorgungseinheiten führen kann.

Ziel: Ziel dieser wissenschaftlichen Arbeit ist es, Einflussfaktoren auf die Tätigkeit von Pflegepersonen in der Primärversorgung aufzuzeigen, um Unklarheiten, rund um den Einsatz und die Rolle dieser darzustellen und eine effektive Implementierung von Primärversorgungseinheiten zu ermöglichen.

Methode: Das Studiendesign dieser Bachelorarbeit ist ein Literaturreview. Es wurde eine Literaturrecherche mit vorab definierten Schlüsselwörtern, sowie Ein- und Ausschlusskriterien in den Datenbanken PubMed und Cinahl und eine Handsuche in den Referenzlisten von Studien durchgeführt. Zehn Studien aus unterschiedlichen Ländern wurden inkludiert. Die Studienbewertung erfolgte mit dem Mixed Methods Appraisal Tool (2018).

Ergebnisse: Die Arbeit von Pflegepersonen in Primärversorgungseinheiten wird durch mehrere Faktoren beeinflusst. Aus der Literatur lassen sich drei Hauptfaktoren ableiten: 1) Rolle der Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, 2) Team- und interprofessionelle Zusammenarbeit, 3) Strukturelle und systemische Einflussfaktoren. Diese werden wiederum durch andere Faktoren beeinflusst. Die vorliegende Arbeit stellt die Hauptfaktoren und ihre zusätzlichen Faktoren, sowie die jeweiligen Einflüsse dieser, auf die Arbeit von Pflegepersonen, in Primärversorgungseinheiten dar.

Schlussfolgerung: Um die Implementierung von Pflegepersonen in Primärversorgungseinheiten effektiv zu gestalten und diese Berufsgruppe entsprechend ihrer Kompetenzen gut zu integrieren, ist es wichtig, neben den

gesetzlichen Grundlagen, auch andere Faktoren wie zum Beispiel die Laufzeit der Implementierung, Grundausbildung, Fort- und Weiterbildung, Kommunikation im Team, Beziehungen zu ärztlichem Personal und Rollenverständnis der gesamten Berufsgruppen zu beachten. Für eine klare Rolle der Pflegepersonen in Primärversorgungseinheiten wäre es von Vorteil, die Arbeit und Schwerpunkte in diesen schon in der Grundausbildung zu thematisieren und Auszubildende dementsprechend auf eine Tätigkeit in solchen Einheiten vorzubereiten.

Schlüsselwörter: Pflegeperson, Rolle der Pflegeperson, Primärversorgung, Primärversorgungsteams

Abstract

Background: Austria is one of the countries with the highest healthcare expenditures on the stationary sector. For a long time the main focus of primary medical care in Austria was acute care. With the rise of chronic conditions and multimorbidity, new care models are emphasized. One of them is the implementation of primary care units. In these primary care units, doctors and nurses build the core team. The work of nurses in primary care in Austria is relatively new, which can lead to problems and barriers for this professional group in their activity in primary care units.

Aim: The aim of this thesis is, to describe influencing factors on the activity of nurses in primary care, to eliminate uncertainties around the role and work of this group and to facilitate an effective implementation of primary care units.

Methods: The design of this bachelor's thesis is a literature review. A literature research was conducted with keywords and exclusion as well as inclusion criteria, defined beforehand, in the databases PubMed and Cinahl, as well as handsearching in the reference lists of studies. 10 studies from different countries were included. The studies were assessed with the Mixed Methods Appraisal Tool (2018).

Results: The activity of nurses in primary care units is influenced by various factors. Three main factors can be derived from the literature: 1) Role of nurses, 2) Team- and interprofessional cooperation, 3) Structural and systemic influencing factors. These factors were furthermore influenced by other factors. This thesis presents the main influencing factors as well as other factors and their influence on the activity of nurses in primary care units.

Conclusion: To implement nurses into primary care effectively and to integrate them appropriate to their competences, it is important to consider other factors besides legal foundations, for example term of implementation, basic vocational training, further and advanced training, communication in the team, relationship between doctors and nurses, and understanding of roles in the whole team. For a clear role of nurses in primary care units it would be an advantage, to thematise the work and foci of nurses in these units during the basic vocational training to prepare students for their work in such units.

Key words: nurse, nurse's role, primary care, primary care teams

1. Einleitung

Österreich lag 2018 mit 10,3% vom BIP deutlich über dem OECD Schnitt von 8,8% an Gesundheitsausgaben. Die Kosten für die Versorgung in Krankenhäusern lag bei 4%, die ambulante Versorgung beanspruchte jedoch 2,4% des BIP (OECD, 2019).

Zwei Arten von Finanzierungssystemen der Sozialversicherungen sind in Europa vorherrschend: Das Bismarck und das Beveridge System. Nordeuropäische Länder wie z.B. Schweden, Dänemark und England (Or et al., 2010) sind vor allem an das Beveridge System gebunden, wobei in mitteleuropäischen Ländern das Bismarck System vorherrschend ist. Das Bismarck System zeichnet sich dadurch aus, dass Personen versichert sind, die Beiträge in die Sozialversicherung einzahlen. Wie viel in die Sozialversicherung eingezahlt wird, staffelt sich nach dem Einkommen (Rohwer, 2008). Beispiele für das Bismarck System sind Frankreich, Deutschland und Österreich (Or et al., 2010). In Bismarck Systemen wird die ambulante Versorgung hauptsächlich durch ärztliches Personal in Privatpraxen durchgeführt. Hierbei fungiert dieses jedoch nicht als Gatekeeper wie in Beveridge Systemen. Gatekeeping kann sich jedoch als positiv erweisen, wenn allgemein ärztliches Personal, die Tätigkeit des Zuweisers einnimmt und somit den Zugang zu Leistungen, von spezialisiertem ärztlichem Personal überwacht. Dies kann zur Vermeidung von nicht effektiven Behandlungen führen. So können Kosten eingespart werden. In Frankreich dürfen allgemein ärztliches Personal und spezialisiertes ärztliches Personal frei wählen, wo sie ihre Praxis betreiben. Dies kann dazu führen, dass der Zugang zu medizinischer Versorgung für die Bevölkerung ungleich verteilt ist. In Deutschland gibt es genaue Bestimmungen, wo ärztliches Personal seine Praxen betreiben darf, um in den verschiedenen Gebieten einen gleichmäßigen Zugang zu medizinischer Versorgung zu gewährleisten (Or et al., 2010). Das österreichische System ist dem französischen System sehr ähnlich. Um eine Praxis zu eröffnen, bedarf es lediglich der Meldung an die österreichische Ärztekammer. Des Weiteren muss der Standort die Voraussetzungen für eine Ordinationsstätte erfüllen und zudem, darf eine ärztliche Person nicht mehr als zwei Berufssitze im Bundesgebiet haben (Bundeskanzleramt, 2012). Das Beveridge System definiert sich dadurch, dass es die gesamte Bevölkerung abdeckt und durch das Staatsbudget finanziert wird. Ein bestimmender Faktor des Beveridge Systems

ist, dass sowohl das Angebot und die Bereitstellung medizinischer Leistungen, als auch die Finanzierung dieser durch eine Organisation abgewickelt werden. Einige Leistungen sind nicht in der allgemeinen Grundversorgung enthalten und müssen von den Patientinnen und Patienten selbst beglichen werden. Die Höhe dieser selbst zu zahlenden Leistungen variiert von Land zu Land stark. So wird zum Beispiel in Schweden ein kleiner Beitrag bei jedem Besuch ärztlichen Personals verrechnet, in Dänemark ist der Besuch ärztlichen Personals kostenlos, jedoch sind die außerordentlichen selbst zu zahlenden Leistungen höher. In vielen Beveridge Systemen entstehen deshalb private Gesundheitsversicherungen, die diese außerordentlichen Zahlungen abdecken. Hinzu kommt die Aufwertung privater Krankenhäuser. Dieses Wachsen an privat finanzierten Zusatzangeboten, kann jedoch dazu führen, dass das Prinzip der Gleichheit, in diesen Systemen abnimmt (Or et al., 2010).

In vielen OECD Ländern war die Akutversorgung bis vor wenigen Jahren der Fokus in der primären Medizin. Diese akute Versorgung wurde meist von ärztlichem Personal in Einzel- oder Gruppenpraxen durchgeführt. Durch die Zunahme von chronischen Erkrankungen und die steigende Multimorbidität, sind neue Versorgungsmodelle notwendig geworden, zum Beispiel durch eine Anpassung der Abrechnungs- und Zahlungssysteme für medizinische Leistungen. Aber auch eine Veränderung der primären Versorgung, an sich, wurde nötig. Viele OECD Länder entwickelten daher Strategien, um diesen Herausforderungen zu entsprechen. Eine dieser Strategien ist es, die Rolle von Pflegepersonen in der Primärversorgung zu stärken. Diese folgt zwei Konzepten:

- 1) Umverteilung und Verlagerung, von zuvor ärztlichen Aufgaben, auf Pflegepersonen
- 2) Pflegepersonen in einer ergänzenden Rolle, zum Beispiel als Case Manager oder in Beratungstätigkeiten zu stärken (OECD, 2017).

Die Verfügbarkeit von Primärversorgungseinheiten führt dazu, dass weniger Patientinnen und Patienten hospitalisiert werden. Somit ist die Anzahl an Krankenhauseinweisungen ein Indikator dafür, wie gut die Primärversorgung eines Landes ist. Dies trifft sowohl auf Bismarck-, Beveridge- als auch das US-Gesundheitssystem zu (Rosano et al., 2013). Ein positiver Effekt des neuen Primärversorgungsmodells ist, dass die Kontinuität der Versorgung oder „Continuity

of care“ besser gewährleistet ist und Patientinnen und Patienten, über einen längeren Zeitraum, besser begleitet und versorgt werden können. Außerdem hat diese bessere Kontinuität positive Effekte auf die Mortalität, Krankenhauseinweisungen, Notfälle und einen besseren und genaueren Überblick, über die Medikationen und speziellen Behandlungen der Patientinnen und Patienten (World Health Organisation, 2008, p. 50).

Neue Modelle in der Gesundheitsversorgung sollten auch kosteneffektiv sein. Eine Studie aus den USA zeigt, dass die Arbeit von Pflegepersonen in der Primärversorgung günstiger ist, als jene des ärztlichen Personals (Naylor & Kurtzman, 2010). Neben den positiven Kosteneffekten von Pflegepersonen ist es auch wichtig, wie die Patientinnen und Patienten diese Entwicklungen beurteilen. Studien belegen, dass die Patientinnen- und Patientenzufriedenheit mit dem vermehrten Einsatz von Pflegepersonen, in der Primärversorgung, zunimmt oder zumindest gleich hoch ist, wie bei einer Versorgung nur durch ärztliches Personal (Albers-Heitner et al., 2013, Mundinger et al., 2000). Ärztliches Personal gab an, sich durch den Einsatz von Pflegepersonen eine Verbesserung der Qualität von primärer Versorgung, sowie eine bessere Kontinuität der Versorgung zu wünschen. Außerdem kann durch den Einsatz von Pflegepersonen, der Fokus, der primären Versorgung, mehr auf die Gesundheitsförderung gelegt werden (van der Biezen et al., 2017).

Ein systematisches Review aus dem Jahr 2017 in sechs verschiedenen Ländern zeigt, dass Pflegepersonen eine wichtige Rolle in der Behandlung chronisch kranker Personen, der Patientinnen- und Patientenedukation, dem Medikationsmanagement, der Aufgabenerfüllung im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich und administrativen Tätigkeiten haben. Jedoch sind nur wenige Pflegepersonen in die Gestaltung und Entwicklung, sowie Forschung, in Primärversorgungseinheiten eingebunden (Norful et al., 2017).

Die Implementierung von Pflegepersonen stellt sich teilweise als schwierig dar, da jede Primärversorgungseinheit die Rolle der Pflegepersonen selbstständig und unterschiedlich definiert. Die Definition der Rolle und der des Arbeitsumfangs variiert daher oftmals von einer Einheit zur anderen (Storey et al., 2007). Dies führt dazu, dass Pflegepersonen sehr unterschiedlich und oft nicht entsprechend ihrer Tätigkeitsbereiche eingesetzt werden. Dadurch werden das Potential und die

Kompetenzen der Pflegepersonen nicht vollständig genützt (Oelke et al., 2014). Um Pflegepersonen gut und entsprechend ihrer Tätigkeitsbereiche in Primärversorgungseinheiten einzusetzen, ist es wichtig, zuerst eine genaue Darstellung der Tätigkeiten und Definition dieser Berufsgruppe zu erstellen. Des Weiteren ist eine genaue Definition der Primärversorgung und der Primärversorgungseinheiten in Österreich, sowie deren Ziele wichtig, um die Rahmenbedingungen, die Möglichkeiten und die Arbeit in diesen zu beschreiben. Diese Punkte werden im Folgenden beschrieben.

1.1 Definition der Gesundheits- und Krankenpflegeperson

Als eine „Nurse“ (=Gesundheits- und Krankenpflegeperson) wird eine Person bezeichnet, die eine allgemeine Ausbildung der Pflege absolviert hat und der es durch die Regierung erlaubt wurde, diesen Beruf auszuüben. Die pflegerische Grundausbildung erfolgt in Form eines formal anerkannten Studiums oder eines Diploms und beinhaltet eine breite Grundlage in den Verhaltens- und Biowissenschaften, sowie der Pflegewissenschaft, für die allgemeine Pflegepraxis, für eine Führungsrolle und für weiterführende Ausbildungen, wie beispielsweise Spezialisierungen oder Advanced Nursing Practice. Pflegepersonen sind autorisiert folgendes zu leisten:

- 1) Im allgemeinen Pflegebereich tätig zu sein, das bedeutet: Pflegepersonen arbeiten in der Förderung der Gesundheit, der Krankheitsverhütung und der Pflege körperlich kranker Personen. Zudem arbeiten sie mit psychisch kranken Personen und behinderten Menschen jeden Alters und in allen Bereichen des Gesundheitswesens, sowie in anderen Bereichen der Gemeinschaft.
- 2) Sie dürfen andere Personen dazu befähigen gesundheitsfördernde Maßnahmen durchzuführen.
- 3) Sie können Mitglieder des interprofessionellen Teams sein.
- 4) Sie sind dazu befähigt, Assistenzberufe auszubilden und zu überwachen.
- 5) Sie können an der Forschung teilnehmen (ICN, 1987).

1.2 „Caring“ Ansatz vs. Biomedizinischer Ansatz

Im Caring Ansatz geht es um die Betreuung durch Pflegepersonen, dieser zeichnet sich dadurch aus, dass Pflegepersonen, eine von ihnen geschätzte Person

betreuen und sich ihr gegenüber persönlich verpflichtet und verantwortlich fühlen. Dieser Ansatz wird durch fünf Prozesse beeinflusst:

- 1) Kenntnis – der Versuch das Ereignis, der zu pflegenden Person, aus ihrer Sicht, auf ihr Leben zu verstehen, ohne Vermutungen anzustellen.
- 2) Zusammensein – emotional präsent, für die zu pflegende Person, zu sein.
- 3) Für den Anderen tun – so, wie man es sich, bei sich selbst, wünschen würde.
- 4) Befähigung – Erleichterung und Unterstützung des Übergangs von Lebensabschnitten und neuen Umständen.
- 5) Den Glauben, der zu pflegenden Person, an sich selbst aufrechterhalten – um dadurch die Umstellung, durch eine neue Lebenssituation zu erleichtern und die Person zu befähigen, der Zukunft positiv entgegenzusehen.

Dieser Ansatz ist zwar ein Teil des Phänomens Pflege, kann jedoch auch, auf andere Berufsgruppen ausgeweitet werden (Kopecki et al., o.J.).

Das biomedizinische Modell zeichnet sich dadurch aus, dass Gesundheit und Krankheit, als unmöglich gleichzeitig auftretende Zustände gelten. Nach diesem Modell entsteht Krankheit nur, wenn schädliche Einflüsse von außen auf den Organismus wirken. Das Modell ist dichotom (gesund versus krank) und pathogenetisch (Hauptfokus liegt auf der Krankheit und dessen Verlauf). Es ist sehr gut geeignet für klar umschriebene Krankheitsbilder z.B. Infektionskrankheiten, jedoch nicht für den Ansatz der Primärversorgung. Ursache dafür ist, dass das soziale Umfeld und Risikofaktoren der betroffenen Person daraus, nicht in die Ursachenfindung von Krankheit integriert werden (Schrader, 2007). In der Primärversorgung ist, per Definition, das Biopsychosoziale Modell, mit person-centered-care, passender, als das Biomedizinische Modell, da sich die Ziele dieses Modells, besser mit den Zielen der Primärversorgung decken.

1.3 Primärversorgung - Definition

Primäre Gesundheitsversorgung ist eine grundlegende Gesundheitsversorgung. Sie soll wissenschaftlich fundiert, praktisch und sozial akzeptabel sein und Einzelpersonen und Familien in der Gesellschaft fördern, eigenverantwortlich und gesundheitsbewusst zu handeln. Sie ist die erste Anlaufstelle der Bevölkerung in Gesundheits- und Krankheitsfragen und sollte für jede Person eines Landes, wohnortnahe verfügbar sein. Primärversorgung stellt den Erstkontakt der

Bevölkerung mit dem staatlichen Gesundheitssystem dar und ist somit ein wichtiger Teil, im Prozess der kontinuierlichen und ganzheitlichen Gesundheitsversorgung. Der ökonomische Status eines Landes spiegelt sich in der Entwicklung der primären Versorgung wider (World Health Organisation- Regional Office for Europe, 1978).

Primäre Versorgung sollte mindestens folgende Zentrale Aspekte enthalten:

„Aufklärung in Bezug auf vorherrschende Gesundheitsprobleme und die Methoden zu ihrer Verhütung und Bekämpfung; Förderung der Nahrungsmittelversorgung und einer angemessenen Ernährung; eine ausreichende Versorgung mit sauberem Wasser und sanitären Anlagen; Gesundheitsschutz für Mütter und Kinder, einschließlich Familienplanung; Impfung gegen die schwersten Infektionskrankheiten; Prävention und Bekämpfung endemischer Krankheiten; angemessene Behandlung der häufigsten Krankheiten und Verletzungen; und Versorgung mit unentbehrlichen Arzneimitteln“ (World Health Organisation- Regional Office for Europe, 1978, p. 2).

In der Empfehlung der WHO (2008), wird der Fokus auf das Individuum und die speziellen Bedürfnisse jedes einzelnen Menschen gelegt. Person-centered-care und das Erkennen der Multidimensionalität von Erkrankungen dient somit nicht nur den Patientinnen und Patienten in der Primärversorgung, sondern auch den Angehörigen von Gesundheitsberufen, da diese eine bessere Patientinnen- und Patientenbetreuung gewährleisten können, wodurch die Zufriedenheit im Job steigt. (World Health Organisation, 2008, p. 46)

1.4 Primärversorgung in Österreich

In Österreich war die Versorgung in der Vergangenheit auf den stationären Sektor fokussiert. Dies zeigt sich durch die Anzahl an Krankenhausbetten, hier ist Österreich mit 7,65 Betten pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner, auf Platz vier, der OECD Länder, mit den meisten Krankenhausbetten (Pariona, 2017). Die Veränderung des Fokus von stationärer auf ambulante Versorgung, entwickelt sich somit in Österreich erst seit kurzer Zeit. Im Jahr 2016 wurde von der österreichischen Regierung genehmigt, 200 Millionen Euro zur Stärkung der primären und ambulanten Versorgung zu investieren. Mit dem Ziel einer leichteren Zugänglichkeit zu multiprofessioneller Versorgung für die Gesellschaft. Ein weiteres

Ziel dieses Beschlusses war es, bis 2020 mindestens 75 Primärversorgungseinheiten zu implementieren (Bundeskanzleramt, 2016). 2017 folgte die gesetzliche Verankerung, mit dem: ‚*Bundesgesetz über die Primärversorgung in Primärversorgungseinheiten*‘ (Bundeskanzleramt, 2019a, p.1). Dies definiert unter anderem die Primärversorgung an sich, welche Berufsgruppen in den Primärversorgungseinheiten arbeiten und welche Berufsgruppen, solche Einheiten gründen können. Laut dem Österreichischen Forum für Primärversorgung sind derzeit 21 Primärversorgungseinheiten in Betrieb, sieben in Planung und eine in Diskussion (Österreichisches Forum Primärversorgung im Gesundheitswesen, 2020).

Als Primärversorgungseinheit wird in Österreich folgendes definiert:

‘Eine Primärversorgungseinheit nach diesem Bundesgesetz ist eine durch verbindliche und strukturierte Zusammenarbeit gemäß dem Versorgungskonzept (§ 6) nach außen, vor allem gegenüber der Bevölkerung im Einzugsgebiet, als Einheit auftretende Erstanlaufstelle im Gesundheitsversorgungssystem und hat als solche Angebote zur Förderung von Gesundheit und Prävention vor Krankheiten und für eine umfassende Behandlung von Akuterkrankungen und chronischen Erkrankungen zur Verfügung zu stellen sowie die für eine gesamtheitliche und kontinuierliche Gesundheitsvorsorge und Krankenversorgung erforderlichen Maßnahmen zu koordinieren‘(Bundeskanzleramt, 2019a, p.1)

Diese Primärversorgungseinheiten sollen in Zukunft die erste Anlaufstelle, für Gesundheits- und Krankheitsfragen der österreichischen Bevölkerung darstellen. Eine Primärversorgungseinheit besteht aus einem Kernteam, dieses wird aus allgemein ärztlichem Personal, sowie Pflegepersonal gebildet. Je nach Ort und Bedarf in der Umgebung dieser Primärversorgungseinheit, soll das Kernteam durch andere Berufsgruppen, wie fachärztliches Personal, Diätologinnen und Diätologen und Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, sowie weiteren Berufen des Gesundheits- und Sozialbereichs unterstützt werden (Bundeskanzleramt, 2019a, p. 1). Die verschiedenen Berufsgruppen einer Primärversorgungseinheit werden in der folgenden Tabelle aufgelistet.

Tabelle 1: Kern- und erweitertes Team in der Primärversorgung (Bundesministerium für Arbeit - Soziales - Gesundheit und Konsumentenschutz, 2019)

Kernteam der Primärversorgung	Primärversorgungsteam– Kernkompetenzen
<ul style="list-style-type: none"> • Ärztinnen und Ärzte • Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger • Ordinationsassistentinnen und Ordinationsassistenten 	
Erweitertes Team der Primärversorgung	
<ul style="list-style-type: none"> • Diätologinnen und Diätologen • Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten • Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde • Gesundheitsberufe mit einer anerkannten „PSYKompetenz“ (über die Kompetenzen des Kernteams hinausgehend) • Hebammen • Logopädinnen und Logopäden • Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten • Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter 	<ul style="list-style-type: none"> • Versorgung von Patientinnen und Patienten aller Altersgruppen mit besonderer Berücksichtigung von <ul style="list-style-type: none"> ○ Kindern und Jugendlichen ○ älteren Personen • Medikationsmanagement • Gesundheitsförderung und Prävention • Psychosoziale Versorgung • Versorgung von Palliativpatientinnen und Palliativpatienten

Eine Primärversorgungseinheit ist ein eigenständiger Rechtskörper. Sie muss im Regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG) enthalten sein und über einen „Primärversorgungsvertrag“, mit der, in diesem Bundesland zuständigen Gebietskrankenkasse bzw. mit anderen Krankenversicherungsträgern, verfügen (Bundeskanzleramt, 2019a, p. 1). Die Organisationsform einer Primärversorgungseinheit ist entweder:

- Eine Gruppenpraxis
- Ein selbstständiges Ambulatorium

Oder:

- Ein Netzwerk

Diese werden zum Beispiel *,in Form eines Vereins, geführt, so kann diese nur aus freiberuflich tätigen Ärztinnen und Ärzten, Gruppenpraxen sowie anderen nichtärztlichen Angehörigen von Gesundheits- und*

Sozialberufen oder deren Trägerorganisationen gebildet werden'
(Bundeskanzleramt, 2019a, p. 2).

Eine Primärversorgungseinheit kann zudem entweder an einem Standort oder mehreren Standorten (als Netzwerk) geführt werden. Bei einem Standort sind die Mitglieder des gesamten Teams an einem Ort. Bei Primärversorgungseinheiten mit mehreren Standorten kann sich der Vorteil ergeben, dass Mitglieder des erweiterten Teams, bei Bedarf an mehreren Standorten tätig sind und somit den Leistungsumfang erhöhen (Bundesministerium für Arbeit - Soziales - Gesundheit und Konsumentenschutz, 2019).

Bevor medizinisches Personal eine Primärversorgungseinheit gründen kann, muss ein Betriebskonzept erstellt werden, z.B. welche Berufsgruppen angestellt werden und welche Leistungen, von welcher Berufsgruppe geleistet werden. Hierzu müssen sich die Betreiberinnen und Betreiber von Primärversorgungseinheiten, an dem Primärversorgungsgesetz orientieren und zusätzlich den Regionalen bzw. Österreichischen Strukturplan Gesundheit miteinbeziehen. Diese Strukturpläne sind zentral vorgegebene Planungsinstrumente zur Förderung der sektorenübergreifenden Medizin, um die Patientinnen – und Patientenversorgung zu verbessern. Im Österreichischen Strukturplan Gesundheit findet sich ein Katalog mit Basisaufgaben, Spezialaufgaben und einer Beschreibung, welche Berufe in, welchen Bereichen der Patientinnen- und Patientenversorgung tätig sein können (Bundesministerium für Arbeit - Soziales - Gesundheit und Konsumentenschutz, 2019). Dies kann als Leitlinie zur Rollenimplementierung und Personalberechnung in der Implementierung von Primärversorgungseinheiten gesehen werden.

Primärversorgungseinheiten haben, um den Zugang für Patientinnen und Patienten zu verbessern, mindestens von Montag bis Freitag geöffnet. Zudem sind Primärversorgungseinheiten an Tagesrandzeiten geöffnet. Für Akutfälle außerhalb der Öffnungszeiten gibt es mehrere Möglichkeiten. Entweder Kooperationssysteme mit anderen Gesundheitseinrichtungen oder Bereitschaftsdienste. Diese Dienste außerhalb der Öffnungszeiten, sollen für Patientinnen und Patienten leicht herauszufinden sein, über Telefonnummern oder Internetauskünfte. Primärversorgungseinheiten haben einen bestimmten Einzugsbereich, in dem sie gewisse Patientinnen und Patienten versorgen (Bundesministerium für Arbeit - Soziales - Gesundheit und Konsumentenschutz, 2019).

Jede Primärversorgungseinheit muss ihre angebotenen Leistungen und die Organisation, sowie Abläufe und Koordination selbst regeln. Dabei ist folgendes relevant für die Pflege: Jede Einheit legt selbstständig fest, welche Berufsgruppe, welche Tätigkeiten ausführt. (Bundeskanzleramt, 2019a, p. 3) Eine Herausforderung in den österreichischen Primärversorgungseinheiten ist es derzeit, dass meistens ärztliches Personal, Pflegepersonen anstellt und ihre Tätigkeitsbereiche festlegt. Oftmals gibt ärztliches Personal jedoch an, nicht genau über die Tätigkeitsbereiche der Pflegepersonen Bescheid zu wissen. Ein weiterer Aspekt, der den optimalen Einsatz von Pflegepersonen erschwert, ist, dass ärztliches Personal, da es meist die Primärversorgungseinheiten betreibt, die höchste Verantwortung in der Patientinnen- und Patientensicherheit hat und somit für die durchgeführten Tätigkeiten (auch der Pflegepersonen) haftet. Eine Kombination aus Unwissen, über die Rolle von Pflegepersonen und der Letztverantwortung für durchgeführte Tätigkeiten, führt somit häufig zu einer Rolleneinschränkung von Pflegepersonen (McInnes et al., 2017).

Prinzipiell ist der Einsatz von Pflegepersonen abhängig von der Sicht auf ihre Rolle, in den jeweiligen Primärversorgungseinheiten. Dies gliedert sich in drei Untergruppen:

1. Klarheit der Rolle der Pflegepersonen in der Primärversorgung
2. Sichtweise der Pflegepersonen auf ihre eigene Tätigkeit in der Primärversorgung
3. Wertschätzung der Expertise der Pflegepersonen (McInnes et al., 2017)

Pflegepersonen wirken maßgeblich am Behandlungsprozess im Gesundheitsbereich mit. Sie besitzen seit der Novelle des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes 2016 drei Tätigkeitsbereiche: Den eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich (pflegerische Kernkompetenzen), den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich (Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie bzw. bei Notfällen) und den interdisziplinären Aufgabenbereich (Kompetenzen im multiprofessionellen Versorgungsteam) (Bundeskanzleramt, 2019b, pp. 11-14). Somit dürfen Pflegepersonen ärztlich delegierte Aufgaben, sowie Tätigkeiten aus dem eigenverantwortlichen Bereich verrichten und zusätzlich andere Berufsgruppen, der Pflegeassistentenberufe, Arbeiten delegieren. Diese Kompetenzen können im multiprofessionellen Versorgungsteam einen Vorteil für die Patient-

innen und Patienten in der Primärversorgungseinheiten bringen. Folgende Hauptaufgaben von Pflegepersonen decken sich mit den Zielen und Aufgaben von Primärversorgungseinheiten:

1. Maßnahmen zur Verhütung von Krankheiten und Unfällen, sowie zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit, Gesundheitsberatung.
2. Interprofessionelle Vernetzung
3. Informationstransfer und Wissensmanagement und somit Förderung der Gesundheitskompetenz.
4. Koordination des Behandlungs- und Betreuungsprozesses, um somit die „Continuity of Care“ zu gewährleisten.
5. Ersteinschätzung von Spontanpatientinnen und Spontanpatienten mittels standardisierter Triage- und Einschätzungssysteme (Bundeskanzleramt, 2019b).

1.5 Pflegerelevanz

Das vorliegende Thema ist relevant für Forschung und Praxis, da Pflegepersonen zum Kernteam der Primärversorgungseinheiten gehören (Bundeskanzleramt, 2019a). Im Österreichischen Strukturplan Gesundheit sind zwar Kompetenzen des gesamten Kernteams von Primärversorgungseinheiten beschrieben, jedoch nicht, welche Berufsgruppe welche Tätigkeiten ausführt. Derzeit herrscht in der österreichischen Praxis häufig Unklarheit über die Rolle der Pflegepersonen in Primärversorgungseinheiten. Diese Rollenunklarheit ist jedoch einer der Faktoren, welche die Arbeit von Pflegepersonen in diesen Einheiten beeinflussen. In der bestehenden Literatur wird häufig auf einzelne Einflussfaktoren eingegangen, wie zum Beispiel die Beziehung von ärztlichem Personal zu Pflegepersonal. Diese Arbeit soll einer Darstellung verschiedener Einflussfaktoren, auf die Arbeit von Pflegepersonen dienen, um das Verständnis für diese Berufsgruppe und ihre Bedürfnisse in der Primärversorgung zu steigern und in Zukunft die Implementierung dieser Berufsgruppe effektiv zu gestalten.

1.6 Forschungsfrage und Forschungsziel

Diese Arbeit dient dazu, Einflussfaktoren auf die Arbeit von Pflegepersonen in der Primärversorgung darzustellen. Dadurch sollen Unklarheiten rund um den Einsatz

und die Rolle dieser, beseitigt werden, um eine Verbesserung der Pflegepraxis, sowie eine bessere Patientinnen- und Patientenbetreuung zu gewährleisten.

Die Forschungsfrage lautet daher:

Welche Faktoren beeinflussen die Arbeit von Pflegepersonen in Primärversorgungseinheiten?

2. Methode

Diese Bachelorarbeit wurde in Form eines „Literature reviews“ verfasst. „Literature reviews“ zielen darauf ab, wissenschaftliche Artikel zu einem Thema kritisch zu bewerten und zusammenzufassen, um eine spezifische Forschungsfrage zu beantworten (Polit & Beck, 2017, pp. 114-115).

2.1 Literatursuche

Die Literaturrecherche wurde im Zeitraum von Oktober bis Dezember 2019 durchgeführt. Dazu wurden die Datenbanken PubMed und Cinahl herangezogen. Die Keywords bildeten die Wörter: „nurs*“, „Nurse“, „nurses“, „Nursing care“, „nursing role“, „nurse’s role“, „Primary care“, „Primary care center“, „community care“, „community health nursing“, „nursing primary care“, „primary care team“, „primary care teams“, „health care team“, „healthcare team“, „interdisciplinary team“, „multidisciplinary team“. Die Suche wurde in mehreren Durchgängen und unter unterschiedlicher Verwendung der Keywords mit den Booleschen Operatoren „and“ und „or“ verknüpft. Hier stellte es eine Herausforderung dar, den Fokus der Studien auf Pflegepersonen zu legen und nicht auf die Effekte, die deren Arbeit in Primärversorgungseinheiten auf Patientinnen und Patienten haben. Es wurden keine Jahreslimitationen gesetzt, da die Implantation von Primärversorgungseinheiten und das damit verbundene Entstehen, der Rolle, von Pflegepersonen in diesen, schon seit der Erklärung von Alma-Ata 1978 empfohlen wird. Die genauen Literatursuchen sind in Tabelle 2 und Tabelle 3 abgebildet. Als Einschlusskriterium galt, dass die Studien sich mit den Einflussfaktoren auf die Arbeit von Pflegepersonen in der Primärversorgung beschäftigten. Es wurden keine länderspezifischen Ausschlusskriterien gesetzt, z.B. auf Europa bezogen, da davon ausgegangen wurde, dass beeinflussende Faktoren auf die Arbeit der Pflegepersonen in der Primärversorgung weltweit gleich sind. Ein weiteres Einschlusskriterium war es, sowohl Advanced nurse practitioners (ANP’s), als auch

Registered nurses, Nurses ohne weitere Beschreibung ihrer Qualifikation, Registered nurses, Enrolled nurses, Health visitors, und midwives einzuschließen. Da all diese Berufsgruppen zur Gruppe der Pflegepersonen in Primärversorgungseinheiten zählen und die ANP Ausbildung und weitere Master- bzw. andere Zusatzausbildungen sind in Österreich nicht so verbreitet, wie in anderen Ländern. Zudem wurden Paediatric Nurses eingeschlossen, da es in Österreich seit der GuKG-Novelle 2016 den Bachelor der Gesundheits- und Krankenpflege gibt und in diesem, pädiatrische Lerninhalte, Teil der Ausbildung sind. Eine spezifische Ausbildung zur diplomierten Gesundheits- und Kinderkrankenschwester bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger gibt es seither nicht mehr. Anstatt dieser Diplomausbildung gibt es nun Fort- und Weiterbildungen auf diesem Gebiet. Die finalen Literatursuchen wurden in PubMed am 06.12.2019 und in Cinahl am 05.12.2019 durchgeführt. Zuletzt wurde in den Referenzlisten der gefundenen Literatur und in den Vorschlägen der Datenbanken nach Literatur, per Handsuche, recherchiert.

Tabelle 2: Literatursuche PubMed

Keywords (in Title/Abstract)	MeSH Terms	Synonyme (in Title/Abstract)	Limitationen
nurs*	Nurse Nursing care	nurse's role	English
Primary care	Primary care, center, community health nursing, primary care	primary care teams	
115 Ergebnisse			115 Ergebnisse

Tabelle 3: Literatursuche Cinahl

Keywords	Synonyms	Limitationen
nurse	nurses nursing	English
primary care	community care	
primary care team	health care team healthcare team interdisciplinary team multidisciplinary team	
nursing role	nurse's role nursing primary care	
168 Ergebnisse		160 Ergebnisse

2.2 Auswahl und Bewertung der Studien

Mit den oben genannten Suchstrategien wurden in den Datenbanken, mit Einsatz der Limitationen, 275 wissenschaftliche Studien gefunden. Eine weitere Studie, welche per Handsuche gefunden wurde, entsprach ebenfalls den Einschlusskriterien. Zuerst wurden Titel, welche die Forschungsfrage beantworteten, inkludiert. Daraufhin folgte die Entfernung der Duplikate. Danach wurden die Abstracts der inkludierten Studien gelesen. Sofern Studien auch im Abstract der Forschungsfrage entsprachen und es sich nicht um ein Review aus mehreren Studien handelte, wurden sie eingeschlossen. Daraufhin wurden insgesamt 40 Volltexte gelesen. Am Ende des Volltextscreenings blieben zehn Artikel übrig. Diese wurden im Anschluss kritisch, mit Hilfe des MMAT bewertet. Der MMAT (Mixed Methods Appraisal Tool) dient dazu die Qualität von Studien mit verschiedenen Designs zu bewerten. Es gibt zwei Fragen, die allgemein und bei jeder Studie bewertet werden, sowie fünf Untergruppen, mit angepassten Fragen zu den speziellen Studienarten: Qualitative Studien, Quantitativ randomisierte Studien, Quantitativ nicht randomisierte Studien, Quantitativ beschreibende Studien und Mixed Methods Studien. Welche jeweils mit „Yes“, „No“ oder „Can't tell“ bewertet werden (Hong et al., 2018). War etwas vorhanden oder entsprechend der Qualitätskriterien wurde diese Frage mit „Yes“ beantwortet. Waren Daten nicht angegeben, die im Instrument erfragt wurden, so wurde dies mit „Can't tell“

beantwortet. Waren jedoch Daten nicht angegeben, die maßgeblich für die Qualität von Studien sind z.B. Datensättigung, Validität und Reliabilität so wurde diese Frage im MMAT mit „No“ und einer entsprechenden Begründung beantwortet.

2.3 Flow Chart

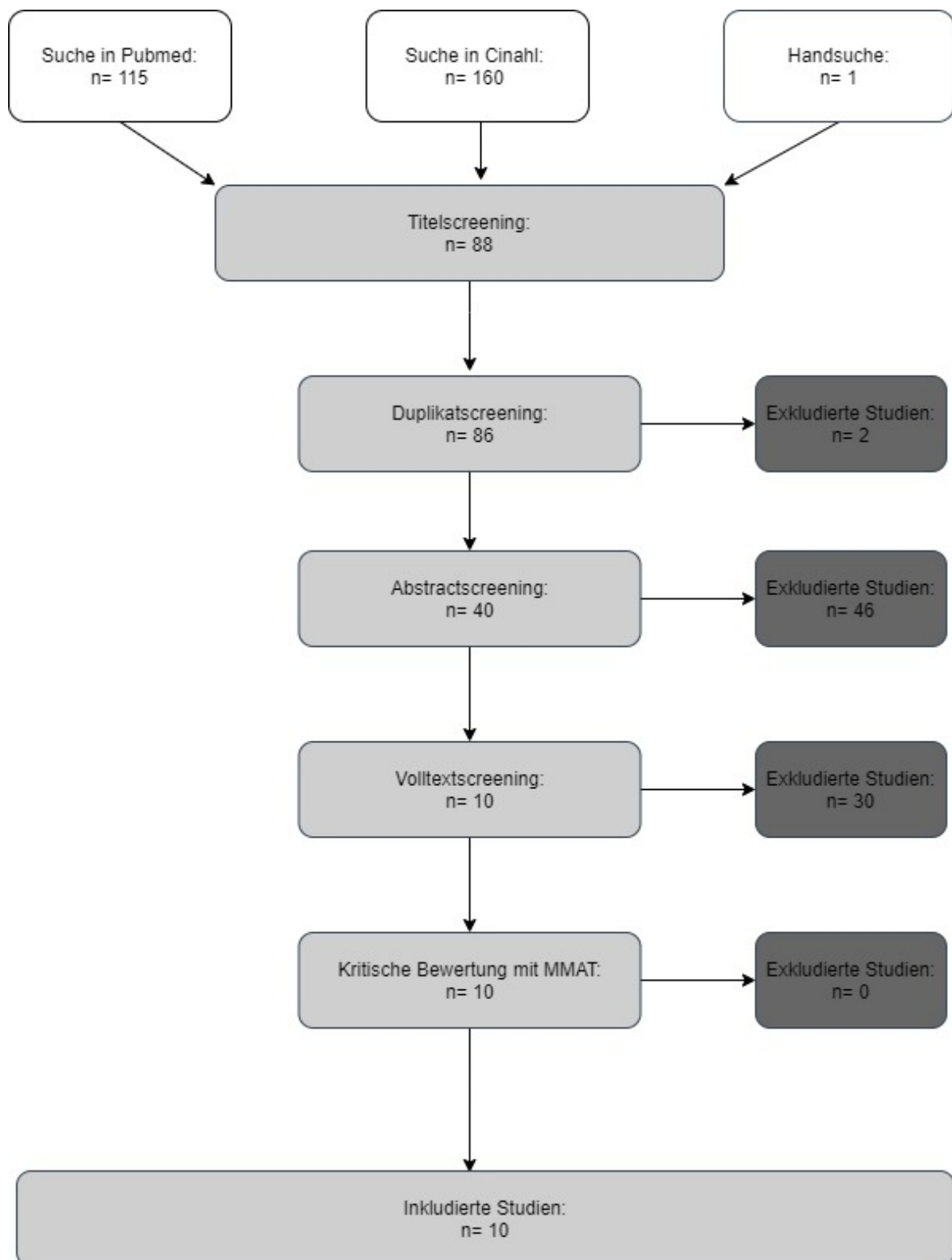


Abbildung 1: Flow Chart

3. Hauptteil

Die Studienergebnisse zeigen, dass die Arbeit von Pflegepersonen in der Primärversorgung von drei Hauptfaktoren abhängig ist. Diese Hauptfaktoren werden wiederum von anderen Faktoren beeinflusst. Dieses Kapitel beschreibt die Art und den Einfluss dieser Faktoren, bezogen auf die Rolle und Tätigkeit der Pflegepersonen in Primärversorgungseinheiten. Abbildung 2 stellt diese Haupteinflussfaktoren und ihre gegenseitigen Einflüsse graphisch dar.

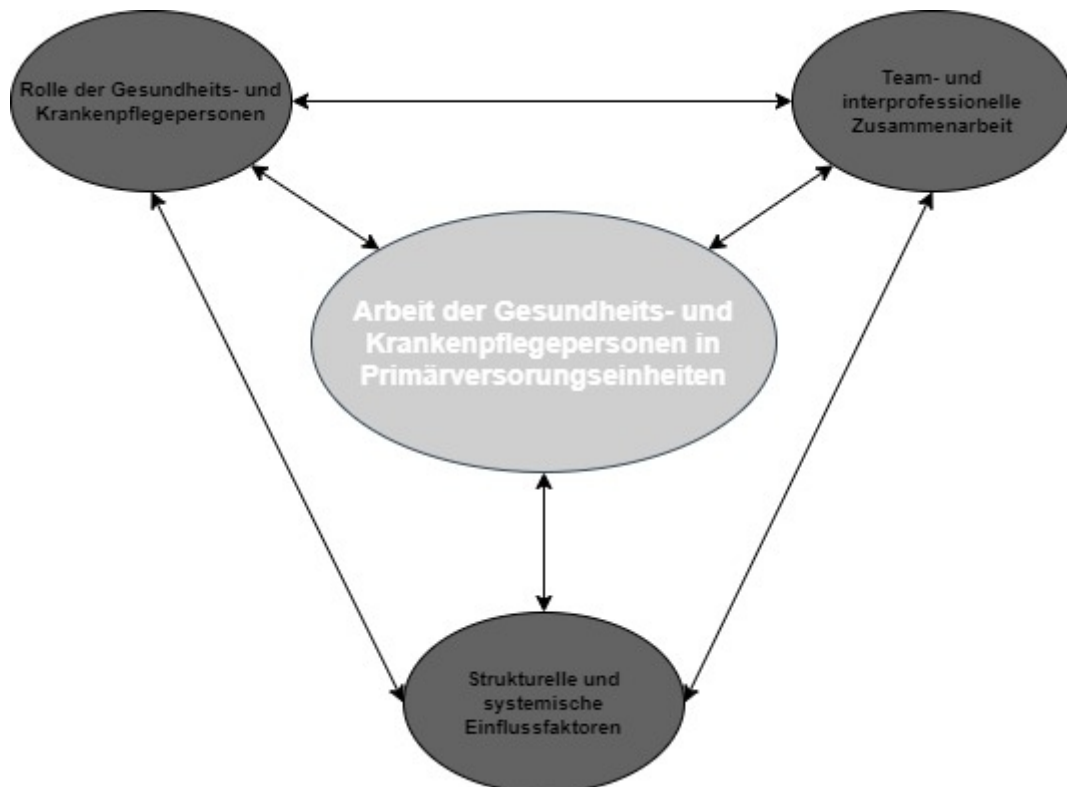


Abbildung 2: Haupteinflussfaktoren auf die Arbeit von Pflegepersonen in Primärversorgungseinheiten

In der anschließenden Tabelle 4 sind die Hauptcharakteristika der zehn inkludierten Studien zusammengefasst. Diese beinhalten: Autoren, Jahr, Land, Design, Stichprobe, Beschreibung der Stichprobe und die Hauptergebnisse der Studien.

Tabelle 4: Charakteristika der Studien

Autorinnen und Autoren	Jahr	Land	Design	Stichprobe	Charakteristika der Stichprobe	Hauptergebnisse
Al Sayah, F., Szafran, O., Robertson, S., Bell, N. R., Williams, B."	2014	Kanada	Fokussierte Ethnographie	20 Primary Care Nurses	19 Frauen, 1 Mann, mittleres Alter von: 48 Jahren, 2-6 Jahre Arbeit in PCU	9 Rollen von Nurses in PCU 4 Faktoren die laut Nurses interdisziplinäre Arbeit in PCU beeinflussen: 1. Organisation/ Führung 2. Beziehungen im Team 3. Arbeitsabläufe/ Unterstützung 4. Physische Umgebung
Côté, N., Freeman, A., Jean, E., Denis, J. L.	2019	Kanada	Qualitativ - deskriptives Design	41 PHCNPs	mind. 6 Monate Arbeitsdauer in PCU	2 Hauptgruppen von Problemen von PHCNPs in PCUs: 1) Inadäquates Verständnis und Wertschätzung ihrer Rolle 2) Arbeitsengagement der PHCNPs
Galvin, K., Andrewes, C., Jackson, D., Cheesman, S., Fudge, T., Ferris, R., Graham, I.	1999	Südwest- england	Action research (Mixed Methods Design)	Fokusgruppeninterviews mit 30 Patientinnen und Patienten, Fragebögen mit 68 Patientinnen und Patienten,	Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer kamen aus Südwest England. Arbeiten dort oder wurden in einer Praxis versorgt.	Perspektiven von Patientinnen und Patienten, Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, ärztlichem Personal und Managerinnen und Managern

				Tätigkeitsanalysen, und Teamworkshops mit Pflegepersonen, Tagebücher der Forscherinnen und Forscher, Interviews mit GP's und Practice managers	Eine Community Staff Nurse wurde als Insider in dieser PCU eingesetzt.	von PCUs, Patientinnen- und Patientenzufriedenheit, Implementierung von Änderungen Modell der Arbeitsaufteilung im Team der Gesundheits- und Krankenpflegepersonen
Autorinnen und Autoren	Jahr	Land	Design	Stichprobe	Charakteristika der Stichprobe	Hauptergebnisse
Greaves, C. J., Brown, P., Terry, R. T., Eiser, C., Lings, P., Stead, J. W.	2003	Groß-britannien	Deskriptive Phänomenologie	25 Practice nurses	Practice nurses mit Aufgaben in der Versorgung von Diabetikerinnen und Diabetikern	3 Hauptthemen die die Implementierung von mehr Tätigkeitsbereichen von Practice nurses beeinflussen: 1) Die Übernahme der Insulinbehandlung 2) Probleme die Ausbildung betreffend 3) Strukturelle Probleme
Oelke, N. D., Besner, J., Carter, R.	2014	Kanada	Mixed Methods Design	1. Phase: 42 Angestellte der PCNs, 35 Patientinnen und Patienten 2. Phase: 48 Angestellte der PCNs, 19 Patientinnen und Patienten	3 PCNs in Alberta mit all ihren Berufsgruppen (nurses, GP's pharmacists,... and patients)	Verlauf und Entwicklung der Rolle der Pflegepersonen 4 Barrieren zur Rollenimplementierung von nurses: 1) Das derzeitige fee-for-service System

						<p>2) Management Prozesse und Strukturen</p> <p>3) Elektronische Patientinnen- und Patientenakten</p> <p>4) Erfahrung und Ausbildung reichten laut Teilnehmerinnen und Teilnehmern nicht für Tätigkeiten in PCNs aus</p>
Autorinnen und Autoren	Jahr	Land	Design	Stichprobe	Charakteristika der Stichprobe	Hauptergebnisse
O'Neill, M., Cowman, S.	2008	Irland	Qualitativ - deskriptives Design	27 Teilnehmerinnen und Teilnehmer	Die Studie inkludierte nurses mit mind. 1 Jahr Arbeitserfahrung in einer PHCU (public health nurses (n = 10), general nurses (n = 10) and practice nurses (n = 7)).	5 Hauptthemen entstanden durch die Interviews: 1) Teamwork 2) Fördern der Gemeindedienste 3) Gesundheitsförderung 4) Professionelle Rollen 5) Fertigkeiten und Wissen bezüglich der Primärversorgung
Ross, F., Rink, E., Furne, A.	2000	Groß- britannien	Mixed Methods Design	2 Health authorities: Quantitative: Fragebogen: GPs: 27; PNs: 18; DNs: 29; HVs: 10 Qualitativ: keine Angaben wie viele Teilnehmerinnen	Partizipantinnen und Partizipanten mussten in den 2 Health authorities arbeiten. Es wurden rurale und	GPs, DNs, PNs haben Teamwork in ihrer PVE im PHCTQ (primary healthcare team questionnaire) positiv bewertet, Darstellung der Tätigkeiten der

				und Teilnehmer interviewt wurden (Berufsgruppen: Managerinnen und Manager, GPs, DNs, PNs, HVs)	städtische Gebiete miteinbezogen.	nurses in ihrer Schicht, Qualitativ: 1) Organisatorische Unterstützung für Veränderung 2) Grenzen der Rollenumverteilung 3) Kommunikation für besseres Teamwork
Autorinnen und Autoren	Jahr	Land	Design	Stichprobe	Charakteristika der Stichprobe	Hauptergebnisse
Walker, L., Clendon, J., Nelson, K.	2015	Neuseeland	Mixed Methods Design	3 cases (=general practice services) -> 21 Teilnehmerinnen und Teilnehmer verschiedener Berufsgruppen	RNs, NPs, ENs, PCPAs, GPs, Administratorinnen und Administratoren sowie Managerinnen und Manager.	5 organisatorische Prozesse die interprofessionelle Zusammenarbeit beeinflussen: 1) Weiterentwicklung 2) Ersetzung von GP Tätigkeiten durch nurses 3) Delegation/ Überweisung 4) Innovation 5) Zusammenarbeit -Teammitglieder wussten über Tätigkeitsbereiche der anderen Berufsgruppen bescheid

						-RNs gaben an sich ihrer Tätigkeiten entsprechend ausgebildet zu fühlen
Autorinnen und Autoren	Jahr	Land	Design	Stichprobe	Charakteristika der Stichprobe	Hauptergebnisse
Wiles, R., Robison, J.	1994	Groß-britannien	Qualitativ - deskriptives Design	Personal aus 20 Praxen in Großbritannien	GPs, receptionists, practice managers, health visitors, district nurses, midwives and practice nurses	6 Themen entstanden: 1) Teamidentität 2) Führung 3) Zugang zu GPs 4) Philosophie der Patientinnen- und Patientenversorgung 5) Verständnis der Rollen und Verantwortlichkeiten der Teammitglieder 6) Unstimmigkeiten bezüglich Rollen und Verantwortlichkeiten.
Wilson, A., Pearson, D., Hassey, A.	2002	Groß-britannien	Qualitativ - deskriptives Design	25 GPs	GPs aus 4 Praxen in Großbritannien. Entweder hatten sie NPs eingestellt, überlegten einen NP einzustellen oder hatten keine Pläne	4 Themen, welche die Implementation von NPs in PCUs beeinflussen entstanden: 1) Bedrohung der Rolle der Ärztliches Personal

					einen NP in die Praxis zu implementieren.	2) Unsicherheit ob Nurse Practitioners die Tätigkeiten auch übernehmen können 3) Einschränkungen vom System 4) Patientinnen und Patienten wollen eine Ärztin oder einen Arzt sehen
<p>PCU= Primary Care Unit/ PCN= Primary Care Network/ PHCU= Primary Healthcare Units</p> <p>GPs= General practitioners (ärztliches Personal)</p> <p>ENs= Enrolled nurses (sind ähnlich der Pflegeassistentenberufe in Österreich, unterstehen den RNs)</p> <p>RNs= Registered nurses (ähnlich der Diplomierten bzw. Pflegepersonen mit Bachelorabschluss in Österreich)</p> <p>PNs= Practice nurses (Registered nurse die mit einem GP zusammenarbeitet)</p> <p>DNs= District nurses (RN mitspezieller Weiterbildung zur DN- entweder als Master- oder anderem postgraduellem Abschluss)</p> <p>NPs= Nurse practitioners (Nurse mit Master- oder Doktorabschluss der Pflegewissenschaft und Spezialisierung(-en))</p> <p>PHCNPs= Primary Healthcare Nurse Practitioners (Nurse mit Master- oder Doktorabschluss der Pflegewissenschaft, die in PHCU tätig ist und für diesen Bereich eine Spezialisierung hat)</p> <p>HVs= Health visitors (RN mit Spezialisierung in Public Health, vor allem in der Versorgung von Kindern tätig)</p> <p>Midwives= Hebammen</p> <p>Fee-for-service system= Zahlungssystem bei dem medizinische Leistungen entbündelt und separat bezahlt werden. Dadurch kann der Anreiz für ärztliches Personal entstehen, mehr Behandlungen durchzuführen. Bei diesem System zählt die quantitative, mehr als die qualitative Versorgung.</p>						

3.1 Rolle der Gesundheits- und Krankenpflegepersonen in Primärversorgungseinheiten

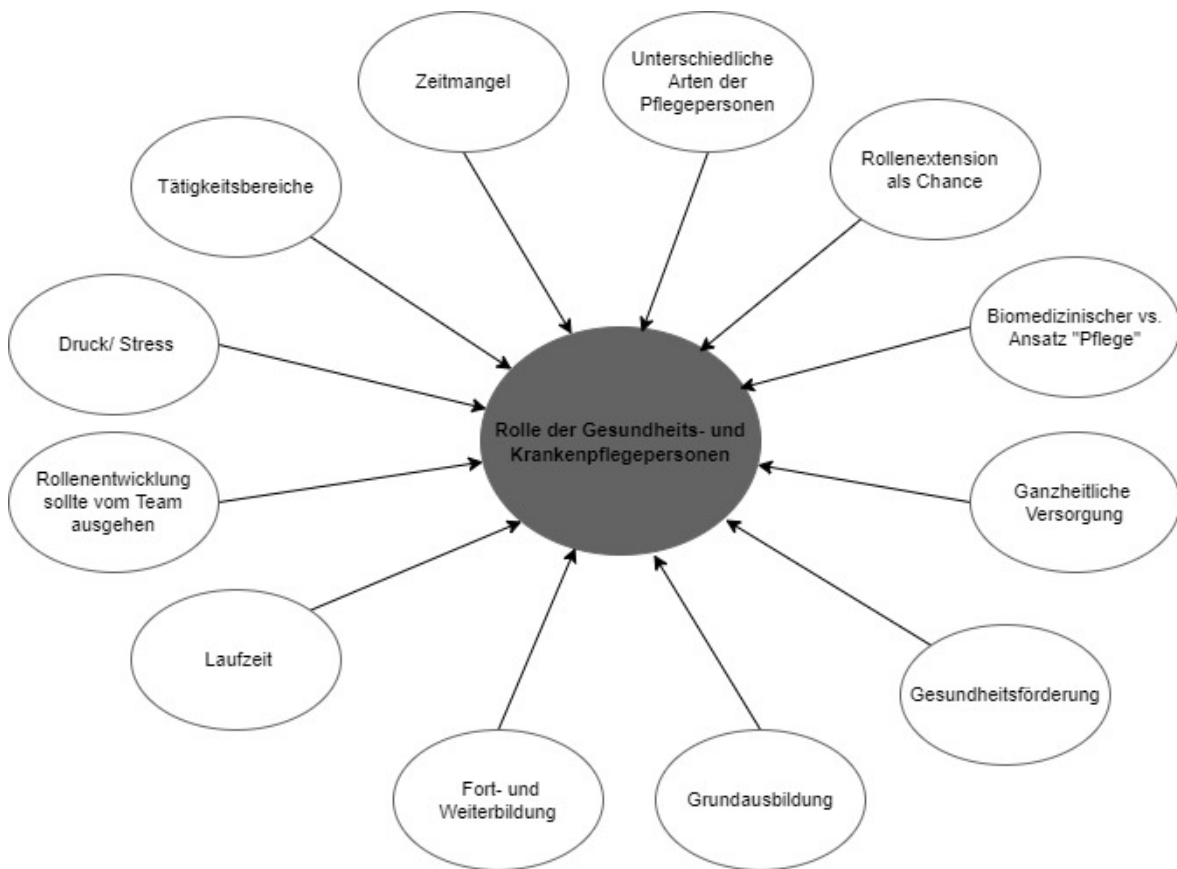


Abbildung 3: Einflussfaktoren auf die Rolle der Pflegepersonen

Abbildung 3 zeigt die in der Literatur dargestellten Einflussfaktoren auf die Rolle der Gesundheits- und Krankenpflegepersonen. Diese Einflussfaktoren werden anschließend genauer erörtert.

Pflegepersonen gaben in den Studien von O'Neill und Cowman (2008) und Walker et al. (2015) an, über ihre Rolle und Tätigkeitsbereiche Bescheid zu wissen. Jedoch ergaben sich Unterschiede in den verschiedenen Berufsgruppen. Zum Beispiel waren General nurses hauptsächlich in der Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten tätig (O'Neill & Cowman, 2008, Walker et al., 2015). In einer anderen Studie gaben die teilnehmenden Personen an, dass ihre Tätigkeiten sehr unterschiedlich sind und sich zudem laufend verändern würden (Wiles & Robison, 1994).

Pflegepersonen sagten aus, sich durch ihre Arbeit in der Primärversorgung unter Druck gesetzt zu fühlen. Dies und ein Mangel an Zeit erschwerte und verlangsamte

die Rollenextension von Pflegepersonen. Laut den Aussagen der teilnehmenden Personen wäre der Arbeitsbereich schon vor der Rollenextension sehr groß, durch die Übernahme weiterer Tätigkeiten würde der Stresspegel zusätzlich steigen (Greaves et al., 2003, Ross et al., 2000, Wiles & Robison, 1994). Einige Pflegepersonen sahen die Rollenextension aber auch als Chance (Walker et al., 2015). Teilnehmende Personen einer Studie von 2019 gaben an, dass sie der Kontrast zwischen biomedizinischem Ansatz des ärztlichen Personals und dem „Caring“ Ansatz der Pflegeprofession zusätzlich unter Druck setzen würde. Sie würden durch ihre Tätigkeit beiden Ansätzen gerecht werden wollen. Der biomedizinische Ansatz kann laut einer weiteren Studie dazu führen, dass der Fokus von patientinnen- und patientenzentrierter ganzheitlicher Versorgung zu fallzentrierter Arbeitsweise wandert (Côté et al., 2019). Ein weiterer Punkt, der bei Pflegepersonen zu erhöhtem Stress führen kann, ist der Druck, verschiedenen Modellen zu entsprechen, beziehungsweise nicht genau zu wissen, wie deren Umsetzung in der Primärversorgung erfolgen soll. So geben teilnehmende Personen der Studie von Oelke et al. (2000) an, nicht genau über die Umsetzung der ganzheitlichen Versorgung, durch Pflegepersonen Bescheid zu wissen. Teilnehmende Personen einer anderen Studie, sahen jedoch einen Vorteil in diesem Ansatz, da so, die Kommunikation im Team, Klarheit über die Rollen und Teamarbeit gesteigert würden (Ross et al., 2000). Die teilnehmenden Personen der Studie von Oelke et al. (2014) gaben an, dass, um eine ganzheitliche Versorgung zu gewährleisten, sich die Einstellungen des ärztlichen Personals, anderer Berufsgruppen und auch der Pflegepersonen verändern müssten. In einer weiteren Studie gaben Pflegepersonen an, über die ganzheitliche Versorgung informiert zu sein. Diese beschrieben das Modell als patientinnen- und patientenfokussiert, ganzheitlich, informierend, befähigend und gesundheitsfördernd (Walker et al., 2015). Gemäß der Studie von Oelke et al. (2014) könnten Pflegepersonen eine große Rolle in der gesellschaftlichen Gesundheitsförderung spielen, jedoch fehlt ihnen die entsprechende Unterstützung diese Aufgaben durchzuführen.

Drei Studien zeigten, dass sich Pflegepersonen nicht genug ausgebildet fühlten, um im Setting der Primärversorgung zu arbeiten (Greaves et al., 2003, Oelke et al., 2014, Ross et al., 2000). Wohingegen in den Studien von Walker et al. (2015) und O’Neil und Cowman (2008) die teilnehmenden Personen angaben, sich gut genug

ausgebildet, für ihre Tätigkeit in der Primärversorgung, zu fühlen. Einige der Pflegepersonen sagten jedoch aus, dass sie sich nicht ausreichend ausgebildet für spezielle Tätigkeiten wie z.B. der Arbeit als Community Nurse fühlen, da diese nicht ausreichend in der Ausbildung verankert seien. Fort- und Weiterbildungen können das Selbstvertrauen von Pflegepersonen, ihre Kompetenz und Autonomie steigern. In der Studie von Greaves et al. (2003) gaben teilnehmende Personen an, dass sie froh über zusätzliche Fortbildungen seien (Greaves et al., 2003, Walker et al., 2015). In der Studie von Wilson et al. (2002) gab ärztliches Personal an, dass sie glaubten, dass Nurse Practitioners nicht gut genug für das Primärversorgungssetting ausgebildet sind. Zudem gaben sie an, dass die zusätzliche Ausbildung zum Nurse Practitioner Kosten mit sich bringe, die sie nicht vollständig erstattet bekommen. Dies führte bei einigen teilnehmenden Personen zu einer negativen Sicht auf die Ausbildung.

Kommunikation kann die Implementierung von neuen Rollen in der Primärversorgung stark beeinflussen. So kann eine eingeschränkte Kommunikation dazu führen, dass sich diese Implementierung verzögert (Al Sayah et al., 2014, Ross et al., 2000) Die Rolle der Pflegepersonen in der Primärversorgung kann sowohl durch die anderen Teammitglieder, als auch durch die Primärversorgungseinheit, in der sie tätig sind, beeinflusst werden. Ein weiterer Einflussfaktor sind Gesundheitsreformen (Côté et al., 2019). Eine längere Laufzeit der Implementierung kann sich positiv auf die Rolle der Pflegepersonen auswirken. So kann es zum Entstehen von vertrauensvolleren Beziehungen im Team, mehr Autonomie und einer teamorientierten Praxis kommen (Galvin et al., 1999, Oelke et al., 2014). Eine starke Führungsebene kann dazu führen, dass sich die Rolle der Pflegepersonen in Primärversorgungseinheiten besser entwickeln kann (Al Sayah et al., 2014).

Die Entwicklung der Rolle der Pflegepersonen, sowie andere Veränderungen sollten vom Team ausgehen (Galvin et al., 1999, Ross et al., 2000). So würden die Endergebnisse besser sein und Veränderungen besser und schneller umgesetzt werden. Hierbei kann das Ausmaß an Unterstützung, die Pflegepersonen bekommen, eine wichtige Rolle spielen (Oelke et al., 2014).

3.2 Team- und Interprofessionelle Zusammenarbeit in Primärversorgungseinheiten

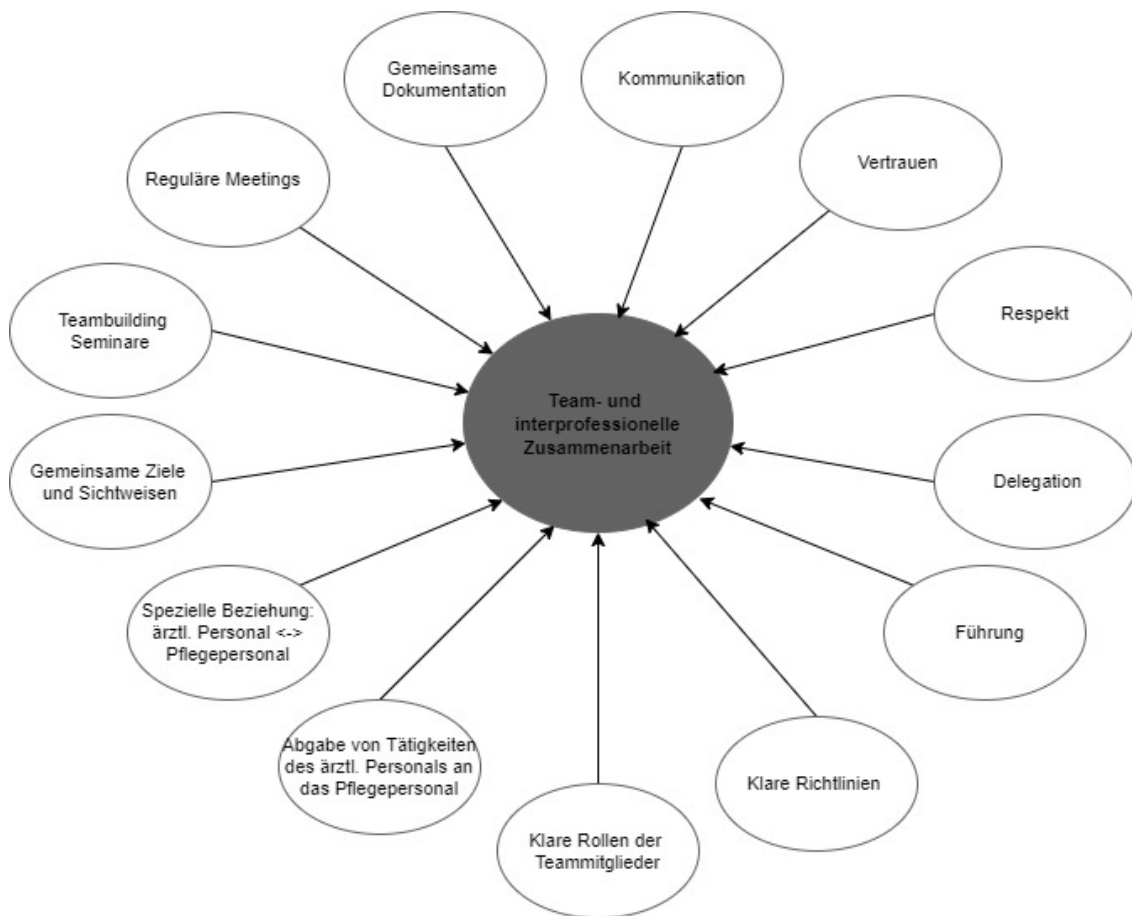


Abbildung 4: Einflussfaktoren auf Team- und interprofessionelle Zusammenarbeit in Primärversorgungseinheiten

Abbildung 4 zeigt die Einflussfaktoren auf Team- und interprofessionelle Zusammenarbeit, welche die inkludierte Literatur beinhaltet. Im folgenden Abschnitt werden die einzelnen Faktoren und ihre Einflüsse genauer beschrieben.

Primärversorgungsteams funktionieren durch multiprofessionelle Zusammenarbeit. Um eine gute Zusammenarbeit gewährleisten zu können, benötigen die einzelnen Mitglieder ein Verständnis, über die Tätigkeitsbereiche und Rollen jeder Profession. Weitere wichtige Einflussfaktoren für gute Teamarbeit sind: Klare Richtlinien, Führung und Delegation. Die Mitglieder jeder Profession sollten zudem die Intention haben im Team zu arbeiten und über Respekt und Vertrauen verfügen. Weiters können gemeinsame Dokumentation, klare Kommunikation und reguläre Meetings die Zusammenarbeit verbessern. So kann die effektive Nutzung der Ressourcen, der einzelnen Berufsgruppen gewährleistet werden (Al Sayah et al., 2014, Galvin et

al., 1999, Oelke et al., 2014, O'Neill & Cowman, 2008, Walker et al., 2015, Wiles & Robison, 1994)

Die Art der Kommunikation im Team kann ein wichtiger Einflussfaktor auf das Kollegium in Primärversorgungseinheiten sein. Diese sollte klar und kontinuierlich erfolgen (Al Sayah et al., 2014, O'Neill & Cowman, 2008), ist sie eingeschränkt, kann dies zu Missverständnissen und Konflikten führen (Wiles & Robison, 1994). Unklare und eingeschränkte Informationsweitergabe im Team und getrennte Dokumentation der verschiedenen Berufsgruppen können zu einer eingeschränkten Behandlungskontinuität und Doppeldokumentation führen (Al Sayah et al., 2014, Galvin et al., 1999).

In den Studien von Wiles und Robison (1994) und Oelke et al. (2014) wird beschrieben, dass den Angehörigen des multiprofessionellen Teams, die Rolle der Pflegepersonen in der Primärversorgung unklar war. Dies führte dazu, dass eine Unsicherheit bezüglich der Verantwortlichkeiten und Tätigkeitsbereiche herrschte. Zudem herrschte eine Unklarheit über die verschiedenen Berufsgruppen der Pflegepersonen und der Unterschiede in ihren Tätigkeiten (registered nurses, licensed practical nurses, nurse practitioners, sowie anderen administrativen Berufsgruppen). Die Unklarheit über die Rolle der Pflegepersonen kann dazu führen, dass sich bei dieser Berufsgruppe, Frustrationen entwickeln. Die Folgen davon können einerseits aufgrund geringer Wertschätzung und andererseits durch den von der Primärversorgungseinheit oder dem ärztlichen Personal eingeschränkten Tätigkeitsumfang entstehen (Côté et al., 2019).

Um einen teambasierten Ansatz zu erfüllen, sollten die Rollen der einzelnen Berufsgruppen und deren Tätigkeitsbereiche klar definiert sein (Galvin et al., 1999). Eine klare Definition der Aufgaben und Pflichten, der einzelnen Berufsgruppen und Teambuildingaufgaben, mit der Darstellung von Faktoren, welche die Teamarbeit positiv beeinflussen, am Anfang einer Rollenimplementierung von Pflegepersonen, kann die Umsetzung erleichtern. So gaben die befragten Personen in der Studie von Walker et al. (2015) an, dass sie nach diesen Maßnahmen besser über die Rollen der einzelnen Berufsgruppen Bescheid wüssten, als zu Beginn.

Gleiche Ziele und Sichtweisen im interprofessionellen Kollegium können förderlich für das Teamwork sein. So kann eine einheitliche Einstellung bezüglich gewisser

Modelle, wie zum Beispiel Pflege, positive Effekte, auf die gemeinsame Arbeit und Kommunikation haben (Al Sayah et al., 2014, Wiles & Robison, 1994).

Die Beziehung von ärztlichem Personal zu Pflegepersonal hat einen besonderen Einfluss auf die Rolle und Arbeit von Pflegepersonen in Primärversorgungseinheiten. Das Verhalten des ärztlichen Personals kann sogar den Haupteinflussfaktor auf die Rollenentwicklung darstellen. Wichtig für die Rollenimplementierung von Pflegepersonal in Primärversorgungseinheiten sind gegenseitiges Vertrauen und, dass das ärztliche Personal dazu bereit ist, Verantwortlichkeiten abzugeben (Al Sayah et al., 2014, O'Neill & Cowman, 2008, Wiles & Robison, 1994). In der Studie von Wilson et al. (2002) gab ärztliches Personal an, dass für sie diese Rollenimplementierung auch Herausforderungen darstelle. So gaben befragte Personen an, dass sie, zu behandelnde Patientinnen und Patienten mit komplexeren Erkrankungen hätten und somit die beruflichen Herausforderungen steigen würden, da Pflegepersonen, die weniger komplex erkrankten Patientinnen und Patienten übernehmen würden. Zudem gaben sie an, durch die Rollenimplementierung, Angst vor Dequalifizierung, Status und Selbstwertgefühl zu haben. Des Weiteren gingen die befragten Personen davon aus, dass Patientinnen und Patienten, bei dem Besuch einer Primärversorgungseinheit, unbedingt mit ärztlichem Personal sprechen wollen würden. Hier verwiesen sie auf geriatrische Patientinnen und Patienten, welche Pflegepersonen, als eigenständige Rolle, aus ihrer Vergangenheit nicht kennen. Jedoch gab das befragte ärztliche Personal an, dass die von ihnen dargestellten Herausforderungen und Barrieren, historisch bedingt seien und, dass das gemeinsame Arbeiten mit Pflegepersonen, die Situation verändern würde.

3.3 Strukturelle und systemische Einflussfaktoren auf die Arbeit von Pflegepersonen in Primärversorgungseinheiten

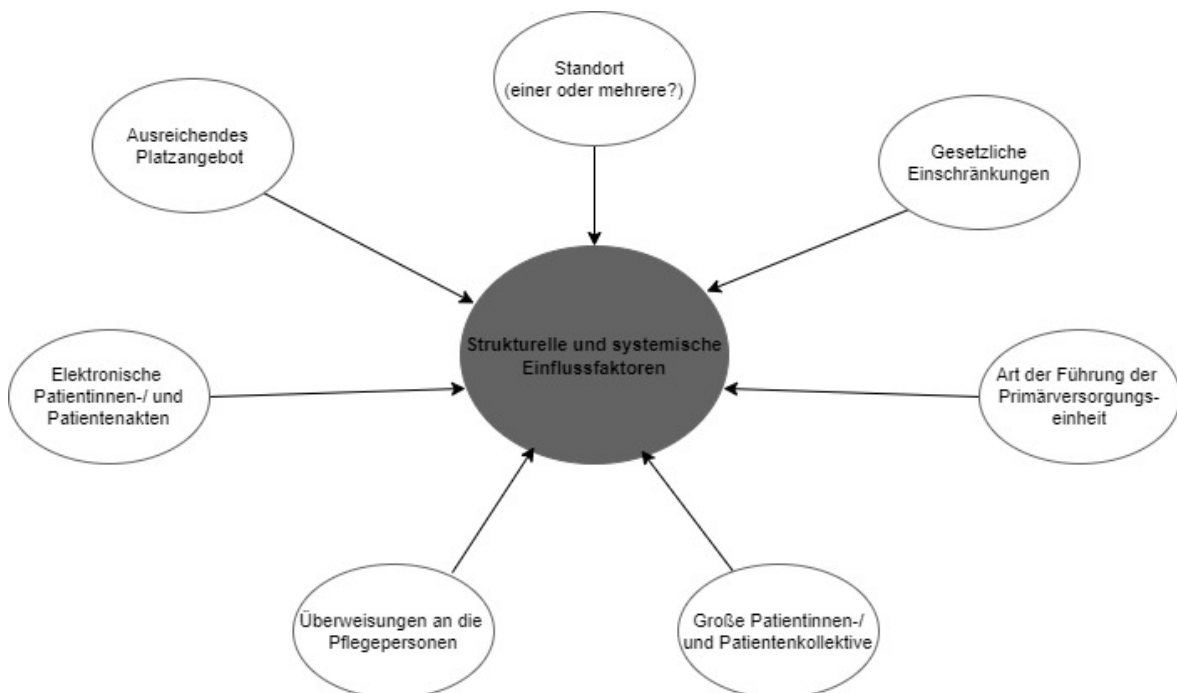


Abbildung 5: Strukturelle Einflussfaktoren auf die Arbeit von Pflegepersonen in Primärversorgungseinheiten

Abbildung 5 stellt die strukturellen und systemischen Einflussfaktoren dar. Diese sieben, in der Literatur aufgezeigten Faktoren, werden im folgenden Abschnitt ausführlicher beschrieben.

Teamarbeit kann in Primärversorgungseinheiten besser funktionieren, wenn alle Berufsgruppen an einem Standort arbeiten. So kann es vermieden werden, dass sich einzelne Mitglieder isoliert fühlen und ihnen Ansprechpartner fehlen (Al Sayah et al., 2014, O'Neill & Cowman, 2008). Gesetzliche Einschränkungen, wie z.B. dass Pflegepersonen keine Medikamente verschreiben dürfen, können die Arbeit dieser, in der Primärversorgung, zusätzlich einschränken (Wilson et al., 2002). Als weiteren Faktor kann die physische Umgebung gesehen werden. Befragte Pflegepersonen gaben an, dass ein ausreichendes Platzangebot, Computer und elektronische Patientinnen- und Patientenakten die Arbeit positiv beeinflussen (Al Sayah et al., 2014, Oelke et al., 2014).

Bezüglich der Führung der Primärversorgungseinheit gab es unterschiedliche Ergebnisse in den Studien. Es zeigte sich jedoch, dass die Führung einen wichtigen Beitrag zur Rollenimplementierung und Arbeit von Pflegepersonen in

Primärversorgungseinheiten leistet (Al Sayah et al., 2014, Oelke et al., 2014, O'Neill & Cowman, 2008, Walker et al., 2015, Wiles & Robison, 1994). Eine gute Organisation und starke Führung können förderlich für die Arbeit von Pflegepersonen sein (Al Sayah et al., 2014). In der Studie von O'Neill & Cowman (2008) zeigte sich hingegen, dass es von Vorteil sein kann, wenn es statt einer Chefposition, eher eine koordinierende Person gibt. So würden hierarchische Strukturen in der Primärversorgungseinheit minimiert und die Kommunikation würde erleichtert. 55% der befragten Pflegepersonen in der Studie von Wiles und Robison (1994) sagten aus, dass sie ärztliches Personal, in der leitenden Position von Primärversorgungseinheiten, sahen. 24% sagten, sie würden keine bestimmte Berufsgruppe als leitende Personen sehen und 6% sahen sich selbst als leitende Personen der Primärversorgungseinheit.

Die Überweisungen von ärztlichem Personal an Pflegepersonal, stellte in den Studien eine Herausforderung dar. Durch zu wenig Wissen über die einzelnen Kompetenzen wurden Patientinnen und Patienten zum Teil ungerechtfertigt überwiesen (Al Sayah et al., 2014, O'Neill & Cowman, 2008, Wiles & Robison, 1994). Eine Verbesserung des Überweisungssystems kann jedoch zu einer Förderung der Patientinnen- und Patientenversorgung führen (O'Neill & Cowman, 2008).

Große Patientinnen- und Patientenkollektive wurden als ein starker Einflussfaktor auf die Arbeitsbedingungen von Pflegepersonen in Primärversorgungseinheiten angesehen (Al Sayah et al., 2014, Côté et al., 2019). Diese würden zu Überstunden führen. Zudem zeigte die Studie von Côté et al. (2019), dass starre Arbeitszeiten, die Arbeitsbedingungen in den Primärversorgungseinheiten, zusätzlich beeinflussen.

4. Diskussion

Das Ziel dieser wissenschaftlichen Arbeit war es, Einflussfaktoren auf die Tätigkeit von Pflegepersonen in der Primärversorgung darzustellen. Es wurden drei Haupteinflussfaktoren identifiziert: 1) Rolle der Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, 2) Team- und interprofessionelle Zusammenarbeit, 3) Strukturelle und systemische Einflussfaktoren. Zudem wurden weitere Parameter, welche die Haupteinflussfaktoren prägen, aufgezeigt.

Es wurde ein Modell entwickelt, das die Haupteinflussfaktoren und deren tangierende Aspekte zeigt. Dies kann als Anhaltspunkt gesehen werden, jedoch beeinflussen sich die unterschiedlichen Bestandteile im Alltag auch außerhalb der dargestellten Gruppen gegenseitig. Ein ähnliches Modell hat bereits McInnes et al. (2017) erstellt, jedoch fehlten hier die beeinflussenden Faktoren der Umgebung, sowie die Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflegepersonen und die Arbeit im Team, an sich. Die Unklarheit der Rolle von Pflegepersonen stellte in den inkludierten Studien eine Herausforderung für die Arbeit im Team und, für die Arbeit der Pflegepersonen dar. Dies deckt sich mit den Ergebnissen anderer Studien, wie das systematische Review von McInnes et al. (2015) zeigt. Das Ergebnis dieser Studie war, dass in fünf von elf Studien, explizit, die Unklarheit der Rolle, von ärztlichem Personal, bezüglich des Pflegepersonals, einen negativen Einfluss auf die Teamarbeit hat. Die Rollenunklarheit kann durch mehrere Faktoren entstehen. Ein Grund dafür könnte sein, dass sich durch gesetzliche Änderungen die Tätigkeiten der Pflegepersonen rasch verändern und ausgeweitet werden (Wiles & Robison, 1994). Ein weiterer Grund für diese Unklarheit, könnte laut einer anderen Studie, das territoriale Denken von ärztlichem Personal sein. So würden diese versuchen ihre eigene Expertise und Tätigkeiten zu schützen (vor allem auch sich überlappende Tätigkeitsbereiche mit Pflegepersonen), was zu Verwirrungen in Bezug auf die Rolle der Pflegepersonen führen kann (McInnes et al., 2015). Ein weiterer Punkt, der für Unklarheiten der beruflichen Rollen sorgte, ist, dass es mehrere verschiedene Berufsgruppen innerhalb der Profession der Pflege gab und diese häufig, parallel implementiert wurden. Die ähnlichen Kernbereiche dieser Professionen und das Unwissen der anderen Berufsgruppen, über diese, förderte das Unverständnis.

Die Rollenerweiterung und Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten, wurde von den befragten Pflegepersonen, generell als positiv gesehen, jedoch auch als Ursache für erhöhten Stress. Die ausgeweiteten, zuvor ärztlichen Tätigkeiten, führten jedoch auch dazu, dass Pflegepersonen in den Konflikt, zwischen biomedizinischem Modell des ärztlichen Personals und dem „Caring“ Ansatz der Pflegepersonen gerieten. Bezüglich ihrer Ausbildung zeigte sich generell ein Unterschied in den Aussagen der befragten Personen. Diese gaben in den Studien von O'Neill und Cowman (2008) und Walker et al. (2015) an, sich gut genug ausgebildet für ihre

Tätigkeit in Primärversorgungseinheiten, zu fühlen. Die befragten Personen in den Studien von Greaves et al. (2003), Oelke et al. (2014) und Ross et al. (2000) gaben an, sich nicht gut genug ausgebildet zu fühlen. Eine andere Studie zeigte wiederum, dass 88% der befragten Pflegepersonen, über ausreichend Wissen für ihre Tätigkeit in der Primärversorgung verfügen (Cant et al., 2011). Ein klarer länderspezifischer Unterschied konnte nicht festgestellt werden, da es sich bei allen Ländern, um englischsprachige Länder handelt, in denen Primärversorgung seit längerer Zeit gefördert wird und etabliert ist. Ein anderer Grund dafür könnte sein, dass die Pflegepersonen, in jeder Primärversorgungseinheit, unterschiedliche Tätigkeitsbereiche haben. Diese Differenzen könnten zu Unsicherheiten und Überforderungen mancher Pflegepersonen führen. Eventuell liegt es auch daran, dass die Primärversorgung im engeren Sinne, noch nicht in die Grundausbildung integriert ist (Pearce et al., 2011). Durch eine klare Rollendefinition, kann der hindernde Faktor, der historischen Rollenverteilungen, der Pflegepersonen, als Assistenz des ärztlichen Personals sieht, umgangen werden (Wilson et al., 2002).

Ärztliches Personal war in der Studie von Wilson et al. (2002) der Meinung, dass Pflegepersonen zu wenig für Primärversorgungseinheiten ausgebildet sind. Dies kann zum einen, durch mangelnde Integration, von Inhalten über Primärversorgung in der Ausbildung gerechtfertigt werden. Zum anderen und in Kontrast dazu, zeigt die Studie von Pearce et al. (2011), dass Pflegepersonen, die in Primärversorgungseinheiten tätig werden, meist langjährige Erfahrungen im stationären Setting haben. Mehr als die Hälfte der befragten Personen verfügten zusätzlich über eine Hebammenausbildung, andere hatten Erfahrungen in der Dialysepflege, der Intensivpflege oder der Versorgung von Neugeborenen. Einige befragte Personen waren zuvor als Lehrende für Gesundheits- und Krankenpflegeberufe tätig. Nur zwei, der 25 Teilnehmerinnen und Teilnehmer, hatten, lediglich auf Krankenhäuser beschränkte Erfahrungen. Die meisten befragten Personen dieser Studie waren ältere Frauen, die über erhebliche Lebens- und Pflegeerfahrung verfügten, sowie über Selbst- und Eigenständigkeit in ihrer Tätigkeit.

Zu beachten ist zudem die hohe Fluktuation von Pflegepersonen in Primärversorgungseinheiten. In der Studie von Pearce et al. (2011) verließen zahlreiche Pflegepersonen die Primärversorgungseinheiten, um lukrativere Jobs

anzunehmen. Dies kann einerseits von der niedrigen Bezahlung und andererseits durch die von Einheit zu Einheit unterschiedliche Rollendefinition herrühren (Oelke et al., 2014, Pearce et al., 2011). Zudem ist die Attraktivität der Arbeit in Primärversorgungseinheiten generell eher niedrig. Bezüglich dieses Problems gaben Pflegepersonen der Studie von Pearce et al. (2011) an, dass sie nicht ihren Tätigkeiten angemessen bezahlt würden. Zudem zeigte sich ein starker Gehaltsunterschied zwischen den Primärversorgungseinheiten.

Das Team ist in Primärversorgungseinheiten von zentraler Bedeutung. Es beeinflusst sowohl die Arbeit in diesen, als auch die Implementierung neuer Rollen (Galvin et al., 1999, Ross et al., 2000). Deshalb ist es wichtig, auf Teamarbeit schon am Anfang der Einführung, zum Beispiel neuer Berufsgruppen, zu achten. Klare Rollenverteilungen im Team, eine Festlegung der Tätigkeitsbereiche, sowie offene Kommunikation, Teamsitzungen und gemeinsame Dokumentation, sind förderlich für die Teamarbeit. Besonders Teamsitzungen sollten kontinuierlich erfolgen. Um somit den interprofessionellen Austausch zu fördern und um zu vermeiden, dass es, wie in der Studie von Rusell et al. (2018), in dreizehn von 25 Einheiten keine, oder nur sehr selten Teamsitzungen gibt. Zudem zeigten sich Respekt, Vertrauen und Teamfähigkeit, als weitere wichtige Faktoren der Teamarbeit (Al Sayah et al., 2014, Galvin et al., 1999, Oelke et al., 2014, O'Neill & Cowman, 2008, Walker et al., 2015, Wiles & Robison, 1994). Speziell die Durchführung von Teambuildings zu Beginn der Implementierung, zeigte sich als effektiv. Der positive Outcome von Teambuildings in Primärversorgungsteams, wurde in einer Studie von 2019 vermerkt. Hier zeigte sich vor allem das gemeinsame Reden, über erlebte Situationen mit Patientinnen und Patienten, als sehr positiv. Dies hätte mehrere positive Einflüsse auf die interprofessionelle Kooperation: Die Arbeit im Team würde patientinnen- und patientenzentrierter werde, es würden stabilere Beziehungen innerhalb des Personals entstehen, die Anteilnahme an Patientinnen und Patienten würde gefördert, Konflikte würden besser kommuniziert und gelöst, die Teammitglieder würden besser über die Tätigkeitsbereiche anderer Professionen Bescheid wissen, die Arbeitsabläufe würden optimiert und das gegenseitige Vertrauen würde gestärkt (Bennett et al., 2015).

Um die Zusammenarbeit zu stärken kann es von Vorteil sein, am Anfang der Einführung neuer Tätigkeitsbereiche, gemeinsame Ziele und Sichtweisen zu

definieren (Al Sayah et al., 2014, Wiles & Robison, 1994). Teamarbeit sollte ab dem Beginn der Implementierung gefördert werden. Sonst kann es zu Unklarheiten kommen und anstatt gemeinsam zu arbeiten, entstehen womöglich parallele Arbeitsprozesse. Dies inkludiert, das verminderte Teilen der Patientinnen- und Patientenakten und seltene berufsübergreifende Zusammenarbeit. Das Ergebnis davon war, dass kein gemeinsames Arbeiten mit Patientinnen und Patienten stattfand, minimale Delegation und keine Umverteilung, von Tätigkeiten, von medizinischem auf pflegerisches Personal erfolgte (Russell et al., 2018).

Die Führung in Primärversorgungseinheiten ist ein wichtiger Einflussfaktor auf die Arbeit von Pflegepersonen. Wie die angeführten Studien dieser Arbeit zeigen, ist die Ansicht, wer führt bzw. führen soll, sehr unterschiedlich. Von ärztlichem Personal, über Pflegepersonal, bis hin zu Führung durch Management Personal. Der eigentliche Ansatz von Teamarbeit ist es jedoch, im Team gemeinsam zu arbeiten. Der Ansatz einer starken Führung von Al Sayah et al. (2014) deckt sich zwar nicht mit dem von O'Neill und Cowman (2008), zu erwähnen ist jedoch, dass hier der Ansatz der Teamarbeit, durch flachere Managementstrukturen und einer koordinierenden Person, mehr im Fokus steht. Einen negativen Faktor in der Primärversorgung, stellt die Anstellung von Pflegepersonen, durch ärztliches Personal dar. Dies verhindert das Entstehen der Arbeit auf Augenhöhe, da Pflegepersonen immer wieder erfahren müssen, dass sie nur Angestellte sind und nicht vollwertige, mitspracheberechtigte Mitglieder eines Teams. Dieses Angestelltenverhältnis hält die Primärversorgungseinheiten davon ab zu wachsen. Eine Möglichkeit dieses ungleiche Machtverhältnis zu verändern, wäre, dass Pflegepersonen nicht durch ärztliches Personal, sondern durch Versicherungsträger oder vom Staatsbudget bezahlt würden.

Zudem erschweren gesetzliche Einschränkungen die Implementierung und Tätigkeit von Pflegepersonen in der Primärversorgung. So zeigt sich, dass das in der Studie von Oelke et al. (2014) als negativer Faktor beschriebene fee-for-service System, bei dem medizinische und pflegerische Behandlungen nach Quantität bezahlt werden, eine Barriere für Pflegepersonen darstellt. Dies zeigen auch andere Studien, z.B. Pearce et al. (2011). Hier wird das System als negativ beschrieben, da es, nicht patientinnen- und patientenzentriert ist und aus finanzieller Sicht problematisch erscheint. Dies ist darauf zurückzuführen, dass Pflegepersonen in

Primärversorgungseinheiten, meist Angestellte bei ärztlichem Personal sind. Somit profitieren Pflegepersonen nicht direkt, von den von ihnen erbrachten Leistungen, an Patientinnen und Patienten, da sie ein festes Grundgehalt beziehen und meist nicht, durch z.B. eine zusätzliche Provision, aufgrund der Leistungen, die sie erbracht haben, entlohnt werden, wie es bei ärztlichem Personal im fee-for-service System der Fall ist. Pflegepersonen sollten jedoch indirekt, z.B. durch Fort- und Weiterbildungen von ihren erbrachten Leistungen profitieren und dahingehend gefördert werden. Häufig wird die Verteilung des Budgets allerdings von der Leitung der Primärversorgungseinheiten bestimmt und Pflegepersonen haben meist wenig Mitspracherecht (Pearce et al., 2011). Eine andere Studie schreibt zu diesem fee-for-service System, dass es sich zudem negativ auf die Teamarbeit und die Teamentwicklung auswirkt, da ärztliches Personal, keine finanziellen Anreize dafür hätte, zusammenzuarbeiten (Russell et al., 2018).

Eine weitere gesetzliche Barriere ist es, dass Pflegepersonen keine Medikamente und Untersuchungen anordnen dürfen. Ärztliches Personal ist daher oftmals der Meinung, dass Patientinnen und Patienten, durch Pflegepersonen unnötige Wege hätten und bei rein ärztlichen Behandlungen, alles in einem wäre (Wilson et al., 2002). Um diesem strukturellen Problem entgegenzutreten, kann es von Vorteil sein, am Anfang der Rollenimplementierung von Pflegepersonen, genaue Richtlinien zu erstellen, z.B. wie die Medikamentenverordnung stattfindet, um eine rasche und gute Patientinnen- und Patientenbetreuung zu gewährleisten.

4.1 Limitationen und Stärken

Als Schwächen der vorliegenden Arbeit kann angemerkt werden, dass die Literatursuche nur in den Datenbanken PubMed und Cinahl durchgeführt wurde. Die Designs waren qualitativ oder Mixed Methods, wobei die Stichprobengrößen relativ gering waren. Eine weitere Schwäche zeigt sich darin, dass die meiste Literatur aus dem englischsprachigen Raum ist, in der die Primärversorgung schon seit einem längeren Zeitraum gefördert wird und implementiert ist. Nachteilig ist zudem, dass die Bewertung der Studien nur durch eine Autorin getätigt wurde. Als Stärke zu betonen ist jedoch, dass die Perspektiven der verschiedenen Berufsgruppen an Gesundheits- und Krankenpflegepersonen und anderen Berufsgruppen in Primärversorgungseinheiten dargestellt wurden. Die in vielen

Themen übereinstimmende Literatur, die das Modell dieser Arbeit belegt, stellt eine weitere Stärke dar.

4.2 Implikationen für die Forschung

Wichtig für die weitere Erforschung von Primärversorgungseinheiten wäre es, neben qualitativen und Mixed Methods Studien, auch quantitative Forschung in diesem Bereich zu forcieren, um die Ergebnisse der bisherigen Forschungen, durch größere Befragungen zusätzlich zu stützen. Diese Erhebungen könnten zum Beispiel in Form von Langzeitstudien mit regelmäßigen Erhebungen, mit Hilfe von Fragebögen durchgeführt werden. Außerdem sollten Pflegepersonen in den Primärversorgungseinheiten, zukünftig mehr in den Forschungsprozess eingebunden werden, da sie durch ihre Ausbildung über genügend Wissen der Pflegeforschung verfügen, um daran mitzuwirken. Des Weiteren wird empfohlen, vermehrt Studien zu diesem Thema in Europa durchzuführen, vor allem in Österreich, da hier die Implementierung erst seit relativ kurzer Zeit forciert wird. Durch die Evaluierung der Ansichten, innerhalb der Berufsgruppen der Primärversorgungseinheiten, über Pflegepersonen und Befragungen der Pflegepersonen, bezüglich ihrer Tätigkeitsbereiche, sowie die Erhebung von Faktoren rund um die Arbeit im Team, könnten Probleme besser aufgezeigt und somit Adaptierungen der Implementierung rascher und effektiver geschehen.

4.3 Implikationen für die Praxis

Bei der Implementierung von Primärversorgungseinheiten ist neben dem österreichischen Strukturplan Gesundheit und dem GUKG, auch auf Literatur, aus Studien zu beeinflussenden Faktoren der Arbeit, in diesen, z.B. die Tätigkeit von Pflegepersonen und Teamarbeit, zu achten. Die Berücksichtigung dieser Aspekte kann einen positiven Einfluss auf das Entstehen neuer Rollen, sowie die schnellere Entwicklung und Zusammenarbeit in Primärversorgungseinheiten haben. Die in dieser Forschungsarbeit gezeigten Hauptfaktoren, könnten den Gründerinnen und Gründern von österreichischen Primärversorgungseinheiten, als Leitlinie bzw. als Implementierungshilfe dienen. Öffentliche Stellen, wie zum Beispiel das Österreichische Forum für Primärversorgung, sollten daher neben den gesetzlichen Rahmenbedingungen, zusätzliche Informationen bereitstellen. Relevante Themen wären hier, die Rollenimplementierung, Teamentwicklung, sowie Informationen über den Einsatz und die Tätigkeitsbereiche von Pflegepersonen.

5. Schlussfolgerung

Die Implementierung von Primärversorgungseinheiten ist ein neues Phänomen in der österreichischen Gesundheitsversorgung. Dadurch entstehen derzeit Probleme in der Praxis. Die Studien dieser Arbeit zeigen, dass die Implementierung von neuen Berufsgruppen in die Primärversorgung, multidimensional beeinflusst wird. So zeigt sich, dass es wichtig ist, nicht nur auf gesetzliche Grundlagen des jeweiligen Landes zu achten, sondern auch auf die interprofessionelle Arbeit und die jeweiligen Tätigkeitsbereiche der verschiedenen Berufsgruppen. Wichtig für die Rollenentwicklung wäre es, die Arbeit und Schwerpunkte von Pflegepersonen, in Primärversorgungseinheiten, schon in der Grundausbildung zu thematisieren und Auszubildende, dementsprechend auf eine Tätigkeit, in solchen Einheiten, vorzubereiten. Der Fokus der Primärversorgung liegt auf der ganzheitlichen Versorgung durch ein Team. Aufgrund der Anstellung der Pflegepersonen durch ärztliches Personal, wird eine hierarchische Struktur gefördert, die einerseits die Rollenimplementierung von Pflegepersonen verlangsamt und andererseits das Teamklima negativ beeinflusst. Die Attraktivität der Arbeit von Pflegepersonen in Primärversorgungseinheiten, sollte zudem gefördert werden. Pflegepersonen nehmen viel Autonomie und Verantwortung in diesen Einheiten auf sich und sollten auch entsprechend ihres Wissens entlohnt und angesehen werden. Um vermehrt Pflegepersonen in die Primärversorgung zu integrieren, wäre es daher wichtig, dass diese entsprechend ihrer Kompetenzen arbeiten dürfen. Zudem sollte das Angebot an Fort- und Weiterbildungen dieser Berufsgruppe, in Primärversorgungseinheiten, gefördert werden, da Studien viele positive Resultate, bezüglich zusätzlicher Ausbildungen aufzeigen. Um die Implementierung, von Pflegepersonen in die Primärversorgung, in Zukunft effektiv zu gestalten, ist es außerdem wichtig, dass jedes Teammitglied, genau über die Tätigkeiten und Verantwortlichkeiten seiner eigenen und jene der anderen Professionen, Bescheid weiß. Zudem ist es wichtig, eine kontinuierliche und offene Kommunikation des Teams zu fördern.

Referenzliste

- AL SAYAH, F., SZAFRAN, O., ROBERTSON, S., BELL, N. R. & WILLIAMS, B. 2014. Nursing perspectives on factors influencing interdisciplinary teamwork in the Canadian primary care setting. *Journal of Clinical Nursing*, vol. 23, no. 19-20, pp. 2968-79.
- ALBERS-HEITNER, P., WINKENS, R., BERGHMANS, B., JOORE, M., NIEMAN, F., SEVERENS, J. & LAGRO-JANSSEN, T. 2013. Consumer satisfaction among patients and their general practitioners about involving nurse specialists in primary care for patients with urinary incontinence. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 27, no. 2, pp. 253-9.
- BENNETT, A. H., HASSINGER, J. A., MARTIN, L. A., HARRIS, L. H. & GOLD, M. 2015. Developing patient-centered teams: The role of sharing stories about patients and patient care. *Families, Systems, & Health*, vol. 33, no. 3, pp. 203-12.
- BUNDESKANZLERAMT. 2012. *Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Ärztegesetz 1998, Fassung vom 17.04.2012* [Online]. Available: http://www.exundhopp.at/wordpress/documents/Recht/aerztegesetz_17-04-12.pdf [Accessed 11.02. 2020].
- BUNDESKANZLERAMT. 2016. *Regierungsvorlage - Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens* [Online]. Available: https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/II/_01340/fname_572713.pdf [Accessed 20.12 2019].
- BUNDESKANZLERAMT. 2019a. *Bundesgesetz über die Primärversorgung in Primärversorgungseinheiten (Primärversorgungsgesetz – PrimVG)* [Online]. Available: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20009948> [Accessed 14.10. 2019].
- BUNDESKANZLERAMT. 2019b. *Gesamte Rechtsvorschrift für Gesundheits- und Krankenpflegegesetz* [Online]. Available: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/10011026/GuKG%2c%20Fassung%20vom%2022.10.2019.pdf> [Accessed 14.10.2019 2019].
- BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT - SOZIALES - GESUNDHEIT UND KONSUMENTENSCHUTZ. 2019. *Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017 - inklusive Großgeräteplan gemäß Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission vom 30. Juni 2017 inklusive der bis 27. September 2019 beschlossenen Anpassungen* [Online]. Available: file:///C:/Users/user/Downloads/oesg_2017_-_textband,_stand_27.09.2019.pdf [Accessed 23.12. 2019].
- CANT, R., BIRKS, M., PORTER, J., JACOB, E. & COOPER, S. 2011. Developing advanced rural nursing practice: a whole new scope of responsibility. *Collegian*, vol. 18, no. 4, pp. 177-82.
- CÔTÉ, N., FREEMAN, A., JEAN, E. & DENIS, J. L. 2019. New understanding of primary health care nurse practitioner role optimisation: the dynamic relationship between the context and work meaning. *BMC Health Services Research*, vol. 19, no. 1, pp. 1-10.

- GALVIN, K., ANDREWES, C., JACKSON, D., CHEESMAN, S., FUDGE, T., FERRIS, R. & GRAHAM, I. 1999. Investigating and implementing change within the primary health care nursing team. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 30, no. 1, pp. 238-247.
- GREAVES, C. J., BROWN, P., TERRY, R. T., EISER, C., LINGS, P. & STEAD, J. W. 2003. Converting to insulin in primary care: an exploration of the needs of practice nurses. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 42, no. 5, pp. 487-496.
- HONG, Q. N., PLUYE, P., FÀBREGUES, S., BARTLETT, G., BOARDMAN, F., CARGO, M., DAGENAIS, P., GAGNON, M. P., GRIFFITHS, F., NICOLAU, B., O'CATHAIN, A., ROUSSEAU, M. C. & VEDEL, I. 2018. Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT). Canada: Canadian Intellectual Property Office.
- ICN. 1987. *Definition of a Nurse* [Online]. Available: <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions> [Accessed 19.01. 2020].
- KOPECKI, M., GREENE, B., LYNCH, M. & ROBINSON-SALAZAR, A. o.J. *Kristen Swanson's Theory of Caring* [Online]. Available: <https://swansoncaringtheory.weebly.com/theory-of-caring.html#> [Accessed 07.02. 2020].
- MCINNES, S., PETERS, K., BONNEY, A. & HALCOMB, E. 2015. An integrative review of facilitators and barriers influencing collaboration and teamwork between general practitioners and nurses working in general practice. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 71, no. 9, pp. 1973-85.
- MCINNES, S., PETERS, K., BONNEY, A. & HALCOMB, E. 2017. A qualitative study of collaboration in general practice: understanding the general practice nurse's role. *Journal of Clinical Nursing*, vol. 26, no. 13-14, pp. 1960-1968.
- MUNDINGER, M. O., KANE, R. L., LENZ, E. R., TOTTEN, A. M., TSAI, W. Y., CLEARY, P. D., FRIEDEWALD, W. T., SIU, A. L. & SHELANSKI, M. L. 2000. Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians: a randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, vol. 283, no. 1, pp. 59-68.
- NAYLOR, M. D. & KURTZMAN, E. T. 2010. The role of nurse practitioners in reinventing primary care. *Health Affairs*, vol. 29, no. 5, pp. 893-9.
- NORFUL, A., MARTSOLF, G., DE JACQ, K. & POGHOSYAN, L. 2017. Utilization of registered nurses in primary care teams: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, vol. 74, no., pp. 15-23.
- O'NEILL, M. & COWMAN, S. 2008. Partners in care: investigating community nurses' understanding of an interdisciplinary team-based approach to primary care. *Journal of Clinical Nursing*, vol. 17, no. 22, pp. 3004-3011.
- OECD. 2017. *Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation*, [Online]. Available: <https://doi.org/10.1787/a8756593-en> [Accessed 21.10. 2019].
- OECD. 2019. *OECD Health Statistics 2019* [Online]. Available: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9> [Accessed 21.10. 2019].
- OELKE, N. D., BESNER, J. & CARTER, R. 2014. The evolving role of nurses in primary care medical settings. *International Journal of Nursing Practice*, vol. 20, no. 6, pp. 629-35.
- OR, Z., CASES, C., LISAC, M., VRANGBAEK, K., WINBLAD, U. & BEVAN, G. 2010. Are health problems systemic? Politics of access and choice under

- Beveridge and Bismarck systems. *Health Econ Policy Law*, vol. 5, no. 3, pp. 269-93.
- ÖSTERREICHISCHES FORUM PRIMÄRVERSORGUNG IM GESUNDHEITSWESEN. 2020. *Versorgungskarte* [Online]. Available: <https://primaerversorgung.org/versorgungskarte/> [Accessed 28.02. 2020].
- PARIONA, A. 2017. *OECD Countries By Hospital Beds*. [Online]. WorldAtlas. Available: worldatlas.com/articles/oecd-countries-by-hospital-beds.html [Accessed 12.12. 2019].
- PEARCE, C., PHILLIPS, C., HALL, S., SIBBALD, B., PORRITT, J., YATES, R., DWAN, K. & KLJAKOVIC, M. 2011. Following the funding trail: financing, nurses and teamwork in Australian general practice. *BMC Health Services Research*, vol. 11, no., pp. 1-9.
- POLIT, D. F. & BECK, C. T. 2017. *Nursing research- Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*, 10th edn, Philadelphia, Wolters Kluwer.
- ROHWER, A. 2008. *Bismarck versus Beveridge: Ein Vergleich von Sozialversicherungssystemen in Europa* [Online]. Available: https://www.ifo.de/DocDL/ifosd_2008_21_3.pdf [Accessed 11.12. 2019].
- ROSANO, A., LOHA, C. A., FALVO, R., VAN DER ZEE, J., RICCIARDI, W., GUASTICCHI, G. & DE BELVIS, A. G. 2013. The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review. *European Journal of Public Health*, vol. 23, no. 3, pp. 356-60.
- ROSS, F., RINK, E. & FURNE, A. 2000. Integration or pragmatic coalition? An evaluation of nursing teams in primary care. *Journal of Interprofessional Care*, vol. 14, no. 3, pp. 259-267.
- RUSSELL, G. M., MILLER, W. L., GUNN, J. M., LEVESQUE, J. F., HARRIS, M. F., HOGG, W. E., SCOTT, C. M., ADVOCAT, J. R., HALMA, L., CHASE, S. M. & CRABTREE, B. F. 2018. Contextual levers for team-based primary care: lessons from reform interventions in five jurisdictions in three countries. *Family Practice*, vol. 35, no. 3, pp. 276-284.
- SCHRADER, K. 2007. *Gesundheits- und Krankheitsmodelle - Die biomedizinische Sichtweise* [Online]. Available: <https://gesund-krank.blogspot.com/2007/02/die-biomedizinische-sichtweise.html> [Accessed 07.02. 2020].
- STOREY, C., FORD, J., CHEATER, F., HURST, K. & LEESE, B. 2007. Nurses working in primary and community care settings in England: problems and challenges in identifying numbers. *Journal of Nursing Management*, vol. 15, no. 8, pp. 847-52.
- VAN DER BIEZEN, M., DERCKX, E., WENSING, M. & LAURANT, M. 2017. Factors influencing decision of general practitioners and managers to train and employ a nurse practitioner or physician assistant in primary care: a qualitative study. *BMC Family Practice*, vol. 18, no. 1, pp. 16.
- WALKER, L., CLENDON, J. & NELSON, K. 2015. Nursing roles and responsibilities in general practice: three case studies. *Journal of Primary Health Care*, vol. 7, no. 3, pp. 236-43.
- WILES, R. & ROBISON, J. 1994. Teamwork in primary care: the views and experiences of nurses, midwives and health visitors. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 20, no. 2, pp. 324-330.
- WILSON, A., PEARSON, D. & HASSEY, A. 2002. Barriers to developing the nurse practitioner role in primary care-the GP perspective. *Family Practice*, vol. 19, no. 6, pp. 641-6.

WORLD HEALTH ORGANISATION- REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. 1978. *Erklärung von Alma-Ata* [Online]. Available: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/132218/e93944G.pdf [Accessed 22.10. 2019].

WORLD HEALTH ORGANISATION. 2008. *Primary Health Care – Now More Than Ever* [Online]. Available: https://www.who.int/whr/2008/08_chap3_en.pdf?ua=1 [Accessed 04.12. 2019].

Anhang

Die Bewertung der Studien erfolgte mit dem Bewertungsbogen Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) (2018). Es gab allgemeine Fragen zur Studie und spezifische, auf das Design der Studie passende Fragen. Die Antworten auf diese Fragen konnten „Ja“, „Nein“ oder „Keine Antwort“ lauten.

Nursing perspectives on factors influencing interdisciplinary teamwork in the Canadian primary care setting

Screening Fragen für alle Studien:

S1. Gibt es klare Forschungsfragen?

Ja. Das Studienziel beschrieb die Forschungsfrage (Perspektiven von Pflegepersonen und Einflussfaktoren auf Teamwork).

S2. Entsprechen die gesammelten Daten den Forschungsfragen?

Ja. Da neun Hauptrollen von Pflegepersonen und andere Faktoren, die Teamwork hindern oder verbessern, identifiziert wurden.

Qualitatives Studiendesign

Ist der Qualitative Ansatz passend, um die Forschungsfrage zu beantworten?

Ja. Da Rollen evaluiert, die Perspektiven der Pflegepersonen und Einflussfaktoren aufgezeigt werden sollten

Sind die qualitativen Datenerhebungsmethoden passend für die Forschungsfrage?

Ja. Semi-strukturierte Einzelinterviews sind passend für die Erhebungen von Einstellungen und Sichtweisen.

Sind die Ergebnisse adäquat von den Daten abgeleitet?

Ja. Die Daten wurden in Untergruppen zusammengefasst, zudem wurden zwei Hauptgruppen zusammengefasst.

Ist die Interpretation der Ergebnisse ausreichend durch Daten begründet?

Ja. Die Ergebnisse wurden mehrfach durch andere wissenschaftliche Literatur bestätigt.

Besteht ein Zusammenhang zwischen qualitativen Datenquellen, Erhebung, Analyse und Interpretation?

Ja. Es besteht ein Zusammenhang der durchgeführten Studie.

New understanding of primary health care nurse practitioner role optimisation: the dynamic relationship between the context and work meaning

Screening Fragen für alle Studien:

S1. Gibt es klare Forschungsfragen?

Nein. Es wird nur beschrieben was die Studie herausgefunden hat, nicht die primäre Forschungsfrage bzw. das Forschungsziel.

S2. Entsprechen die gesammelten Daten den Forschungsfragen?

Keine Antwort. Sie beschreiben passend zu den Ergebnissen die Arbeitserfahrungen von Primärversorgungs- Nurse Practitioners.

Qualitatives Studiendesign

Ist der Qualitative Ansatz passend, um die Forschungsfrage zu beantworten?

Keine Antwort. Die Forschungsfrage und das Forschungsziel sind nicht beschrieben. Dennoch entspricht die Erhebung den angeführten Ergebnissen. Es wurden Erfahrungen einer speziellen Gruppe erhoben.

Sind die qualitativen Datenerhebungsmethoden passend für die Forschungsfrage?

Keine Antwort. Keine Forschungsfrage vorhanden, semi-strukturierte Einzel- und Gruppeninterviews sind für die Erhebungen von Erfahrungen und Einstellungen passend.

Sind die Ergebnisse adäquat von den Daten abgeleitet?

Ja. Es wurden zwei Hauptgruppen an Ergebnissen eingeteilt.

Ist die Interpretation der Ergebnisse ausreichend durch Daten begründet?

Ja. Die Ergebnisse der Studie wurden mit anderen Studien verglichen und unterstützt.

Besteht ein Zusammenhang zwischen qualitativen Datenquellen, Erhebung, Analyse und Interpretation?

Ja. Bis auf die fehlende Forschungsfrage besteht ein Zusammenhang in dieser Studie.

Investigating and implementing change within the primary health care nursing team

Screening Fragen für alle Studien:

S1. Gibt es klare Forschungsfragen?

Ja. Die Forschungsfrage wird nicht direkt beschrieben, jedoch das Forschungsziel mit mehreren Punkten und sehr ausführlich.

S2. Entsprechen die gesammelten Daten den Forschungsfragen?

Ja. Die gesammelten Daten sind passend, um die Forschungsziele zu beantworten.

Mixed Methods Studiendesign:

Gibt es eine adäquate Begründung für die Verwendung eines Mixed Methods Studiendesigns, um die Forschungsfrage zu beantworten?

Ja. Forscherinnen und Forscher nutzten eine Action-research Methode, diese wurde in der Studie beschrieben.

Wurden die verschiedenen Komponenten der Studie effektiv integriert, um die Forschungsfrage zu beantworten?

Ja. Es wurden Interviews und Fragebogen mit Patientinnen und Patienten durchgeführt. Zudem führte man halboffene Interviews mit Gesundheitspersonal und hielt sie an, reflektierende Tagebücher zu schreiben.

Sind die Ergebnisse der Integration von qualitativen und quantitativen Komponenten adäquat interpretiert?

Nein. Darüber wurden keine Aussagen getroffen.

Sind die Abweichungen und Widersprüche zwischen quantitativen und qualitativen Ergebnissen hinreichend thematisiert?

Nein. Qualitative und quantitative Erhebungen wurden in unterschiedlichen Gruppen durchgeführt. Z.B.: Quantitativ bei Patientinnen und Patienten. Die Widersprüche der Erhebungen wurden nicht thematisiert.

Erfüllen die verschiedenen Designs die qualitativen Qualitätskriterien der jeweiligen Studienart?

Keine Antwort. Über diese Qualitätskriterien wie Datensättigung, oder quantitative Qualitätsindikatoren werden keine Aussagen getroffen.

Converting to insulin in primary care: an exploration of the needs of practice nurses

Screening Fragen für alle Studien:

S1. Gibt es klare Forschungsfragen?

Ja. Das Studienziel wurde klar beschrieben.

S2. Entsprechen die gesammelten Daten den Forschungsfragen?

Ja. Die Ergebnisse aus den Interviews entsprechen den Forschungszielen.

Qualitatives Studiendesign:

Ist der Qualitative Ansatz passend, um die Forschungsfrage zu beantworten?

Ja. Da es um die Haltungen von Pflegepersonen ging.

Sind die qualitativen Datenerhebungsmethoden passend für die Forschungsfrage?

Ja. Die semi-strukturierten Interviews sind passend um die Haltungen und Einstellungen dieser Gruppe zu erheben.

Sind die Ergebnisse adäquat von den Daten abgeleitet?

Ja. Aus den Daten wurden drei Hauptgruppen abgeleitet.

Ist die Interpretation der Ergebnisse ausreichend durch Daten begründet?

Ja. Die Ergebnisse wurden durch andere Literatur gestützt.

Besteht ein Zusammenhang zwischen qualitativen Datenquellen, Erhebung, Analyse und Interpretation?

Ja. Die Studie verfügt über einen guten Zusammenhang

The evolving role of nurses in primary care medical settings

Screening Fragen für alle Studien:

S1. Gibt es klare Forschungsfragen?

Ja. Die Studienziele werden genau beschrieben.

S2. Entsprechen die gesammelten Daten den Forschungsfragen?

Ja. Die Ergebnisse aus Dokumentenprüfung und Interviews entsprechen den Studienzielen.

Mixed Methods Studiendesign:

Gibt es eine adäquate Begründung für die Verwendung eines Mixed Methods Studiendesigns, um die Forschungsfrage zu beantworten?

Nein. Der Mixed-Methods Ansatz an sich, wurde beschrieben, jedoch wurde keine Begründung dafür, für diese Studie gegeben.

Wurden die verschiedenen Komponenten der Studie effektiv integriert, um die Forschungsfrage zu beantworten?

Nein. Es wird nicht genau gezeigt welche Methode, welche Ergebnisse geliefert hat.

Sind die Ergebnisse der Integration von qualitativen und quantitativen Komponenten adäquat interpretiert?

Nein. Darüber werden keine Aussagen getroffen.

Sind die Abweichungen und Widersprüche zwischen quantitativen und qualitativen Ergebnissen hinreichend thematisiert?

Nein. Darüber werden keine Aussagen getroffen.

Erfüllen die verschiedenen Designs die qualitativen Qualitätskriterien der jeweiligen Studienart?

Keine Antwort. Dies wurde in der Studie nicht beschrieben.

Partners in care: investigating community nurses' understanding of an interdisciplinary team-based approach to primary care

Screening Fragen für alle Studien:

S1. Gibt es klare Forschungsfragen?

Ja. Das Studienziel wird genau beschrieben.

S2. Entsprechen die gesammelten Daten den Forschungsfragen?

Ja. Die entstandenen Themen beantworten die Forschungsziele.

Qualitatives Studiendesign:

Ist der Qualitative Ansatz passend, um die Forschungsfrage zu beantworten?

Ja. Dieser Ansatz ist passend, um die Ansichten und Einstellungen zu einem gewissen Thema zu erheben.

Sind die qualitativen Datenerhebungsmethoden passend für die Forschungsfrage?

Ja. Da semi-strukturierte Interviews die Einstellungen von Pflegepersonen gut darstellen können.

Sind die Ergebnisse adäquat von den Daten abgeleitet?

Ja. Es entstanden fünf Hauptthemen. Die abgeleiteten Daten wurden durch direkte Zitate der Pflegepersonen gestützt.

Ist die Interpretation der Ergebnisse ausreichend durch Daten begründet?

Ja. Hauptergebnisse wurden auch in anderen Studien gefunden- dies wird beschrieben.

Besteht ein Zusammenhang zwischen qualitativen Datenquellen, Erhebung, Analyse und Interpretation?

Ja. Es besteht ein Zusammenhang in dieser Studie.

Integration or pragmatic coalition? An evaluation of nursing teams in primary care

Screening Fragen für alle Studien:

S1. Gibt es klare Forschungsfragen?

Ja. Das Studienziel ist genau beschrieben.

S2. Entsprechen die gesammelten Daten den Forschungsfragen?

Ja. Die Ergebnisse der verschiedenen Methoden liefern Antworten auf die Forschungsfrage.

Mixed Methods Studiendesign:

Gibt es eine adäquate Begründung für die Verwendung eines Mixed Methods Studiendesigns, um die Forschungsfrage zu beantworten?

Nein. Das Design wurde beschrieben, jedoch keine Begründung für dessen Verwendung.

Wurden die verschiedenen Komponenten der Studie effektiv integriert, um die Forschungsfrage zu beantworten?

Ja. Die verschiedenen Ansätze wurden gut integriert. Sie wurden getrennt voneinander im Ergebnisteil dargestellt.

Sind die Ergebnisse der Integration von qualitativen und quantitativen Komponenten adäquat interpretiert?

Nein. Nur eines der beiden Hauptinstrumenten (PHCTQ) wird im Diskussteil interpretiert.

Sind die Abweichungen und Widersprüche zwischen quantitativen und qualitativen Ergebnissen hinreichend thematisiert?

Nein. Darüber werden keine Aussagen getroffen.

Erfüllen die verschiedenen Designs die qualitativen Qualitätskriterien der jeweiligen Studienart?

Nein. Es werden keine Aussagen zu Validität, Reliabilität oder Datensättigung getroffen.

Nursing roles and responsibilities in general practice: three case studies

Screening Fragen für alle Studien:

S1. Gibt es klare Forschungsfragen?

Ja. Das Studienziel wird genau beschrieben.

S2. Entsprechen die gesammelten Daten den Forschungsfragen?

Ja. Die gesammelten Daten entsprechen und beantworten die Forschungsfragen.

Mixed Methods Studiendesign:

Gibt es eine adäquate Begründung für die Verwendung eines Mixed Methods Studiendesigns, um die Forschungsfrage zu beantworten?

Nein. Das Mixed Methods design wird beschrieben, jedoch wird keine Begründung für die Verwendung dieses Designs, in dieser Studie gegeben.

Wurden die verschiedenen Komponenten der Studie effektiv integriert, um die Forschungsfrage zu beantworten?

Ja. Die Ergebnisse aus dem quantitativen Teil wurden in Tabellen dargestellt. Die qualitativen Daten befinden sich im Fließtext, mit direkten Zitaten der befragten Personen.

Sind die Ergebnisse der Integration von qualitativen und quantitativen Komponenten adäquat interpretiert?

Nein. Die verschiedenen Daten der Designs wurden nicht interpretiert.

Sind die Abweichungen und Widersprüche zwischen quantitativen und qualitativen Ergebnissen hinreichend thematisiert?

Nein. Die Abweichungen der unterschiedlichen Designs wurden nicht thematisiert.

Erfüllen die verschiedenen Designs die qualitativen Qualitätskriterien der jeweiligen Studienart?

Nein. Es wurden weder qualitative noch quantitative Qualitätskriterien beschrieben.

Teamwork in primary care: the views and experiences of nurses, midwives and health visitors

Screening Fragen für alle Studien:

S1. Gibt es klare Forschungsfragen?

Ja. Das Studienziel wurde klar beschrieben.

S2. Entsprechen die gesammelten Daten den Forschungsfragen?

Ja. Die durch die Studie entstandenen Themen, beantworten die Forschungsfragen.

Qualitatives Studiendesign:

Ist der Qualitative Ansatz passend, um die Forschungsfrage zu beantworten?

Ja. Da bestimmte Sichtweisen einer Gruppe von Gesundheitsberufen erhoben wurden.

Sind die qualitativen Datenerhebungsmethoden passend für die Forschungsfrage?

Ja. Semi-strukturierte Fragebögen und Interviews sind passend.

Sind die Ergebnisse adäquat von den Daten abgeleitet?

Ja. Es gibt Prozentzahlen, die durch die Auswertung des Fragebogens entstanden sind. Jedoch gibt es keine direkten Zitate aus den Interviews.

Ist die Interpretation der Ergebnisse ausreichend durch Daten begründet?

Ja. Die Hauptergebnisse sind durch andere Literatur gesützt.

Besteht ein Zusammenhang zwischen qualitativen Datenquellen, Erhebung, Analyse und Interpretation?

Ja. Es besteht ein Zusammenhang.

Barriers to developing the nurse practitioner role in primary care-the GP perspective

Screening Fragen für alle Studien:

S1. Gibt es klare Forschungsfragen?

Ja. Das Studienziel wurde definiert.

S2. Entsprechen die gesammelten Daten den Forschungsfragen?

Ja. Die Einstellungen der GPs wurden durch die semi-strukturierten Interviews dargestellt.

Qualitatives Studiendesign:

Ist der Qualitative Ansatz passend, um die Forschungsfrage zu beantworten?

Ja. Da so die Einstellungen einer speziellen Gruppe dargestellt werden können.

Sind die qualitativen Datenerhebungsmethoden passend für die Forschungsfrage?

Ja. Fokusgruppeninterviews sind gut dazu geeignet, Einstellungen zu zeigen und zu diskutieren.

Sind die Ergebnisse adäquat von den Daten abgeleitet?

Ja. Sie sind passend abgeleitet und durch direkte Zitate der GPs belegt.

Ist die Interpretation der Ergebnisse ausreichend durch Daten begründet?

Ja. Die Hauptergebnisse wurden in anderer, wissenschaftlicher Literatur ebenfalls beschrieben, dies wird gezeigt.

Besteht ein Zusammenhang zwischen qualitativen Datenquellen, Erhebung, Analyse und Interpretation?

Ja. Es besteht ein Zusammenhang.