

Sally Kendall, Rosamund Bryar

Stärkung der Pflege in der Primärversorgung in Europa: die Bedeutung einer positiven Praxisumgebung

Strengthening primary health care nursing in Europe: the importance of a positive practice environment

Nurses, form one of the most important groups of human resources for health in Europe – also and especially in primary health care. In this paper it is argued that to support and develop the practice of nurses in primary care, the World Health Organization initiative of Positive Practice Environments should be examined, implemented and the outcomes of such an innovation subjected to rigorous research. Having reflected on the central place of primary health care in all health systems, the evidence concerning the position of nursing in primary health care is considered and innovative models of community based nursing examined. A tool, the ‘roadmap’, which may be used to examine the current position of nurses in primary health care is outlined and the context within which the ‘roadmap’ sits, Positive Practice Environments, is then considered in detail. The paper concludes with recommendations for changes in the organisation of primary health care nursing, drawing on the available evidence, and urging the need for implementation and research into Positive Practice Environments to strengthen primary health care and the value of primary health care nursing to be fully realised. The tool could be also helpful to develop primary health care nursing in Germany where, traditionally, primary health care has been fragmented and based on a single disease model.

Keywords

Human Resources for Health, Positive Practice Environments, Primary Care, Primary Health Care Nursing

Die Gruppe der Pflegenden bildet eine der wichtigsten Ressourcen für Gesundheit in Europa – auch und besonders in der Primärversorgung. In diesem Beitrag wird dafür plädiert, die Initiative der Weltgesundheitsorganisation zu positiven Praxisumgebungen (Positive Practice Environments) für die Weiterentwicklung und Stärkung der Pflege in der Primärversorgung zu prüfen, zu implementieren und die Ergebnisse zu untersuchen. Angesichts der zentralen Bedeutung der Primärversorgung für alle Gesundheitssysteme werden der Beitrag der Pflege in der Primärversorgung und beispielhaft innovative ambulante Pflegekonzepte betrachtet. Anschließend wird eine „Road Map“ als Tool zur Analyse der Position der Pflege in der Primärversorgung vorgestellt und dann das Konzept der positiven Praxisumgebungen detaillierter dargelegt. Ausgehend von der verfügbaren Evidenz werden abschließend Empfehlungen zur Veränderung der Organisation der Pflege in der Primärversorgung gegeben, die die Notwendigkeit der Implementation und Analyse positiver Praxisumgebungen für die Stärkung der Pflege in der Primärversorgung unter-

streichen. Der Einsatz des Tools könnte auch für die Weiterentwicklung der ambulanten Pflege in Deutschland hilfreich sein, wo die Primärversorgung sehr fragmentiert und krankheitsorientiert ist.

Schlüsselwörter

Gesundheitspersonal, Pflegepersonal, Positive Praxisumgebungen, Primärversorgung

Introduction and background

Nurses form one of the largest groups providing health care in the community across Europe (WHO 2010). It is, therefore, vital to the health of individuals, communities and the nurses themselves, that the abilities and working conditions of primary health care (PHC)¹ nurses are maximized. In this paper we argue that the World Health Organization (WHO) Positive Practice Environments (PPE) campaign (WHPA 2008) provides a framework to support the development of PHC nursing in Europe. Starting with a review of the literature identifying the central role of PHC in health care we will then consider the evidence concerning the effectiveness of PHC nursing. We then discuss innovative models of community nursing and outline a tool, the ‘roadmap’, which may be used to assess the factors that contribute to effective PHC nursing and the environment in which PHC nurses practice. The rationale and evidence concerning the importance of the environment or context of practice and Positive Practice Environments is discussed. The paper concludes by identifying the key requirements for strong PHC nursing and making recommendations as to how we might work to develop and enhance the work of nurses in PHC.

The paper has important implications for the further development of PHC Nursing in Germany where the practice environment and the ability to practice autonomously is not as well developed as in other European countries. Traditionally, PHC in Germany has been fragmented, based on a single disease model (Schlette et al. 2009). PHC has been traditionally managed entirely by physicians in Germany. However as Freund et al. (2015) point out, growing numbers of consultations in PHC in Germany and complexity of conditions indicates a growing need for a wider PHC workforce. Integration of services can be more effectively achieved through strengthening the nursing contribution to chronic disease management for example.

The concept of strong PHC as the key to an effective and productive health care system has been discussed in the literature since at least the early 1970’s (Newell 1975; Starfield 1994; Bryar 2000). This international debate culminated in the signing of the Declaration of Alma Ata in 1978 in which primary health care was recognised as the route to achieving ‘Health for All by the Year 2000’ (WHO/UNICEF 1978). In 2008 the World Health Organisation (WHO) published the report: ‘Primary Health Care – Now More than Ever’. This report was of international significance since it came 30

1 Primary care is defined as the first point of contact of an individual with the health care system. Primary health care is a broader more inclusive concept identifying that the promotion and maintenance of health with active participation of a population is vital to the health of the whole society.

years after the Declaration of Alma Ata (WHO/UNICEF 1978) and reiterated the contribution that PHC makes to the health and well-being of communities and countries at a time when the Millennium Development Goals (MDGs) were under scrutiny. In 2002, Barbara Starfield led a study that compared the strength of PHC systems across 13 countries, including nine in Europe (Starfield/Shi 2002; Starfield et al. 2005). This study was regarded as seminal as it brought together data on the health system characteristics of the countries, the PHC practice characteristics and health indicators such as infant mortality, smoking, suicide rates, amongst others. These data were analysed and scores for strength of the PHC system were applied and mapped against the distribution of income in the countries. Starfield demonstrated that the stronger the PHC system was, the lower the overall health care expenditure of the country and the better the health outcomes.

In 2013 Kringos et al. published an international study that compared the strength of PHC across 31 countries in Europe. These authors used five dimensions of PHC, based on Starfield's original work and derived from a systematic review of primary care research, these were: structure, access, coordination, continuity, and comprehensiveness. These key features of strong primary care were analysed for each country against a range of indicators of PHC outcomes to produce a score for each country translating into weak, medium or strong primary care. The scores were used to test five hypotheses: the level of health care expenditure, hospitalisation, population health, patient satisfaction with non-medical care, and socio-economic inequalities. Using multiple regression analysis and adjusting data at each country level they concluded that countries that had a strong primary care system had higher levels of overall expenditure (in contrast to Starfield et al. 2005), but better population health, lower rates of hospitalisation and some evidence of narrowing social-economic inequalities. The hypothesis that the quality of non-medical care was associated with strong primary care was unproven, the authors believing that patients who completed this aspect of the research referred to quality of the physician input rather than non-medical care and concluded that this component needs further examination. Most of Starfield's (2002, 2005) earlier work focuses on the primary care physician rather than the wider PHC team or explicitly the nursing contribution. This is of interest to this paper, since we contend that nurses are a major contributor to strong primary care (Kendall, 2008) and, based on the emerging evidence from new models such as Buurtzorg (de Blok/Kimball 2013) and Nuka (Gottlieb 2013), nurses (and other non-medical providers) are making a difference, for example, to reducing hospitalisation and improving quality of care.

The International Council of Nurses (ICN) recognised that nursing in PHC was under-represented in the international context and that, at a time when the nursing workforce was under threat, it was timely to consider how the PHC nursing workforce could be shaped and developed to respond to the changing needs of societies and to contribute to making a difference to major health challenges globally. Two reports were published by ICN, *Nursing Perspectives and Contribution to Primary Health Care* (Kendall 2008) and *Reforming Primary Health Care: A Nursing Perspective* (Bryar/Kendall/Mogotlane 2012). Both reports aimed to bring together evidence and

case studies to demonstrate the contribution that nurses make to PHC, the concepts and theories that help to organise and deliver primary care nursing, the practices that are required to make a difference to health and wellbeing in the community and the significant shifts that may be needed in the practice and preparation of the nursing workforce to contribute most effectively to PHC.

Since publication of these reports, the United Nations (UN) agreed, in September 2015, to support 17 Sustainable Development Goals (SDGs). Whilst all the SDGs are important to everyone, nurses can specifically contribute to SDG 3: 'Ensure Healthy Lives and Promote health for all at all ages' (UN 2016). This goal is underpinned by a further 13 targets that focus on the major global health challenges. The targets include the reduction in maternal and infant mortality, reduction in major epidemics such as AIDS/HIV, tuberculosis and malaria, reductions in deaths from non-communicable diseases and road traffic accidents, reductions in alcohol and substance misuse and promotion of mental health and well-being. All such targets have varying degrees of relevance in different countries and health care systems, but all are central to the work of PHC which should be at the centre of any health system, as originally discussed by Starfield (1992) and reiterated by her in 2011. Members of the PHC team, including nurses, have access to communities and people and can mobilise resources to reach the most vulnerable populations. We argue that PHC nursing, in its various forms, has a specific role to play in ensuring healthy lives and promoting wellbeing. As we consider below, there is a need to update and review the evidence for what PHC nursing can contribute, and what the circumstances and contextual factors are that will enable nurses to make the greatest difference to strong PHC and to achievement of the SDGs.

The primary health care nursing workforce

Many health care systems are recognising that timely and effective care that takes place closer to the patient and family in the community can lead to better outcomes and be much more cost efficient and beneficial than care delivery in the acute hospital sector. For example, in England the Five Year Forward View for the National Health Service (NHS England 2014) highlights the need for prevention, to empower patients, engage with communities, integrate primary and secondary care, and introduce new models of care that will be more person-centred and closer to home. A film, *The Power of Community Nursing*, commissioned by the Queen's Nursing Institute (2014) in the UK, illustrates some of these principles in practice. To achieve these ambitions beyond the rhetoric and for the future NHS in England attention is being paid to the need to recruit and retain a strong PHC and community nursing workforce. The assessment of the actual size and shape of the PHC nursing workforce in England is not an exact science because as new graduates are recruited, people retire, take on new roles or change their titles. The landscape is constantly shifting, but the latest available data would suggest that the number of community nursing numbers have declined or stayed about the same since 2010 (RCN 2015a) and that the proportion of nurses in primary and community care compared with hospital care has declined from 23% in 2010 to 21% in 2014.

A survey conducted by the Queen's Nursing Institute (2015) of nurses in general practice found that one third (33.4%) of general practice nurses in England will have retired by 2020. In its report on the retention of health visitors, the Institute of Health Visiting (2015) argues that for health visiting to meet its goals and objectives the workforce must be retained at least at its current level. The survey resulted in workshops that addressed issues such as personal effectiveness, influencing public health, professional leadership skills and where the profession needs to be to maximise outcomes for children and families. These topics were based on health visitors' reports on what was needed for them to work with providers and commissioners more effectively and stay in the workforce.

These workforce challenges in England are replicated across Europe. Whilst the number of nurses per 100,000 population varies from 128 in Albania to almost 2000 in Switzerland, (WHO 2015) these nurses are not mainly working in PHC but are hospital focused.

Models of community based nursing

One of the new models of care that is being supported in England, is the Multi-Speciality Community Provider model that brings together primary care with public health, acute services, rehabilitation services, end of life care and other services through PHC-led collaboratives. According to the Five Year Forward View (NHS England 2014) these models will have PHC and community nurses at their centre, providing nurse-led and managed services that will be engaged with by local communities and be people-centred. These so-called Vanguard models are currently under evaluation across England but it is already self-evident that the nursing contribution to the quality and safety of care will be essential.

However, whilst this conceptual model is under evaluation the components are not new to PHC in the UK. There has been a wealth of evidence in favour of nurse-led programmes and the development of specialist nurse roles in primary care (Kendall 2008; Laurant et al. 2008). Kendall (2008) brought together international evidence of how PHC nursing has contributed to the key components of PHC that were central to the WHO Alma-Ata declaration: 1. Accessibility to health services; 2. Use of appropriate technology; 3. Individual and community participation; 4. Increased health promotion and disease prevention; and 5. Inter-sectoral co-operation and collaboration. Kendall found sustained evidence from global examples of research and practice that nurses were making significant contributions to these enduring principles of PHC.

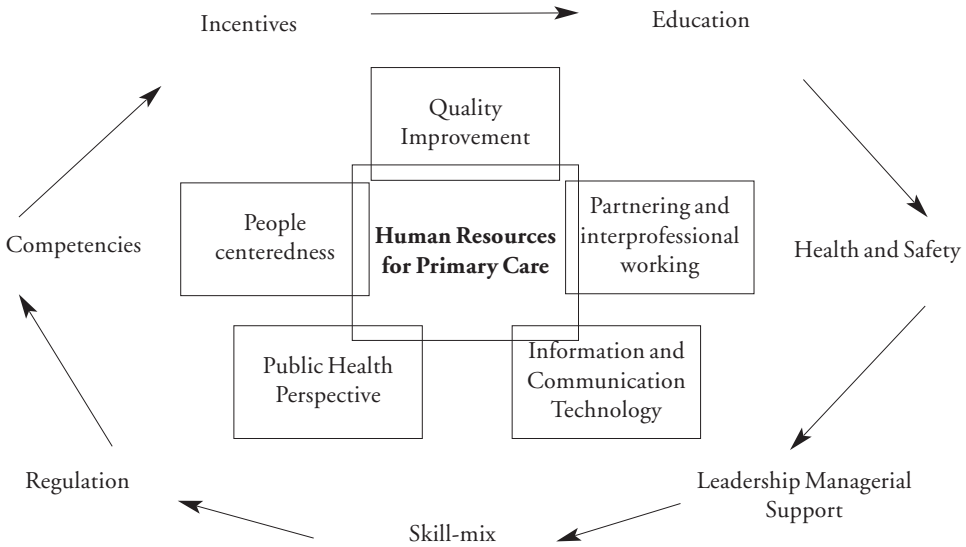
Laurant et al. in 2005 conducted a systematic review that found that nurse practitioners could substitute for doctors in PHC and maintain quality of care and outcomes. Sibbald et al. (2006) argued that PHC could be more effective if the nurse's role was strengthened and laws and practices changed to enable nurses to carry out a wider range of activities in a general practice setting, including prescribing. Other countries have also considered ways in which effective primary care can be delivered in the communi-

ty. In Alaska for example, the Nuka model of care has been pioneered over the last decade and its vision and outcomes are now being applied to other healthcare systems. Gottlieb (2013) has demonstrated how a strong vision for a model of care based on ownership by the Native Alaskan people and relationships can transform a previously dysfunctional health care system into one which embraces and delivers wellness to its communities. As part of the development of this model all primary care practitioners, including nurses, were brought into generalist primary care teams and roles were reviewed so that, for example, nurses were undertaking activities where the nursing role could add most value, such as case management of long-term conditions like diabetes and asthma (Collins 2015). Outcomes have been highly favourable: reducing waiting times for appointments from four weeks to same day access, a 36% reduction in hospital days, 42% reduction in Emergency Room and urgent care usage, and 58% reduction in specialty clinic visits have been sustained for ten and more years (Gottlieb 2013). The positive approach to wellness and the importance of relationships in the Nuka model have been taken up for example in Scotland and England as a potentially effective approach to primary and community health care (The Scottish Government 2012; Collins 2015). In the Netherlands, Jos de Blok has pioneered the Buurtzorg model of community care since 2007. This model is based on a nurse-led, self-managed service provided by teams of 12 nurses across a geographically defined caseload of 40 to 50 patients. The focus is on care of people with chronic illness, older people with dementia, people requiring care on hospital discharge and end-of-life care underpinned by a shared vision of promoting health, preventing illness and supporting people at the end of their lives. The nurses plan their care for each patient or family and manage all the care that is necessary within the team, having easy access to GPs and specialists as necessary. There were 580 such teams of 6,500 nurses across the Netherlands by 2013, supported by a small administrative team (de Blok/Kimball 2013). Outcomes are very positive and have demonstrated reductions in costs, high patient satisfaction and the development of an autonomous self-managed style of nursing.

These models show great promise for developing the primary and community nursing workforce and for delivering a better kind of service to patients, families and communities, consistent with strong PHC. These examples show that it is imperative to not only grow the workforce but also develop and enhance the context within which primary care nurses work, to learn from other environments and to use the evidence that is already available to enable nurses to deliver care most effectively.

Developing the primary health care nursing workforce

In 2012 Bryar et al. were commissioned by ICN to examine the role and needs of nurses in the reform and development of PHC. Based on the review of relevant evidence and the collection of case studies they developed the 'PHC Nursing Workforce Development Roadmap' (Fig. 1). The 'roadmap' provides a tool both to assess the current position of PHC nursing and through doing this it also provides the direction of travel for the development of nursing in a primary care setting in any country.



Positive Practice Environment
 The Primary Care Nursing Workforce: A Road map. Bryar R, Kendall S. and Mogotlane S. 2012

The ‘roadmap’ identifies five characteristics of effective PHC nursing practice: people centeredness, a public health perspective, quality improvement, partnering and inter-professional working, and information and communication technology. These features of effective practice are underpinned by seven workforce component areas that need to be in place to support delivery of the most effective practice: education; competencies; regulation; incentives; health and safety; leadership and managerial support, and skill mix. The five characteristics, the five points of the star in the model, relate to an evidence base that supports these crucial components of PHC nursing development and the potential of the workforce (see Bryar et al. 2012 for full report). Deficits in any area, for example, in the leadership and managerial support for frontline nurses, will have an impact on the quality of nursing provided to a population. As discussed earlier, the organisation of PHC services has a significant impact on outcomes (Gottlieb 2013; de Blok and Kimball 2013). Collectively and singly these characteristics and components are evident throughout the literature on models of care and workforce, as indicated in the models described above. We argue here that essentially they work most effectively towards creating a strong PHC system when operating within a positive practice environment. As illustrated in Fig 1 the ‘roadmap’ is located in the Positive Practice Environment highlighting the importance of the context of PHC on practitioners and practice. The impact of context has recently been confirmed in a systematic review of interventions to develop health workers in sub-Saharan Africa (Blacklock et al. 2016). The researchers conclude that interventions, such as educational initiatives, can improve the performance of health workers, but comment that: ‘... policy makers need to understand and address the contextual factors which can contribute to differences in local effect.’ (ibid.: p.2)

What is a positive practice environment?

In this section we discuss the concept of PPEs making use of material originally published in Bryar et al. (2012), which has been updated in places. The literature about survival of organisations indicates that the effectiveness of any organisation is contingent upon its ability to recruit, educate and retain high quality staff (Prosser 2005; Torrington et al. 2011; Squires et al. 2016). With the continuing global health workforce crisis work environments have shown a direct relationship between human resources for health (HRH) behaviour and patient care outcomes (Van Bogaert et al. 2009). Positive practice environments have been promoted and supported by ICN and other international organisations since 2008 as an approach to developing the nursing workforce and have been cited by Baumann et al. (2006) as one of the five priority interventions or strategies relevant to recruitment and retention of human resources for health. Positive Practice Environments are settings that support excellence and decent work, where employees are able to meet organisational objectives and achieve personal satisfaction in their work. In particular, they strive to ensure the health, safety and personal wellbeing of staff, support quality patient care and improve the motivation, productivity and performance of individuals and organisations (WHPA 2008). According to Stichler (2009) healthy work environments are a result of good leadership that determines the character and culture of health organisations and provides work settings where employees are able to meet organisational objectives and, at the same time, achieve personal satisfaction in their work.

The benefits of PPEs have been documented in the literature. According to Adams and Kennedy (2006) the benefits can be assessed through organisational performance and health service delivery, health worker performance, patient outcomes and innovation. The implementation of the PPE Campaign began in 2008 building on work that had tested the PPE elements, for example, that reported by Adams and Kennedy (2006). A more recent literature review (Twigg/McCullough 2014) has brought together a range of 39 international studies that demonstrate the value of the practice environment on the nursing workforce. Most of these studies are hospital based and only two provided pre- and post-test outcomes, but nonetheless deliver transferrable evidence to PHC settings. Key strategies included: empowering work environment, shared governance structure, autonomy, professional development, leadership support, adequate numbers and skill mix and collegial relationships within the healthcare team. Such strategies are in line with the potential benefits of PPEs identified in Box 1 below (WHPA 2008).

Box 1: Benefits of positive practice environments

- Positive changes in the work environment result in a higher employee retention rate, which leads to better teamwork, increased continuity of patient care, and ultimately improvements in patient outcomes.

- Positive practice environments demonstrate a commitment to safety in the workplace, leading to overall job satisfaction.
- When health professionals are satisfied with their jobs, rates of absenteeism and turnover decrease, staff morale and productivity increase, and work performance as a whole improves.
- Maintaining a level of autonomy over their work allows staff to feel that they are respected and valued members in their places of employment.
- Research demonstrates that nurses are attracted to and remain at their place of employment when opportunities that allow them to advance professionally, gain autonomy and participate in decision-making, while being fairly compensated exist. (WHPA 2008)

In contrast to such positive environments many PHC nurses, especially those working in low resource environments and in remote rural areas, experience poor or absent support and supervision, minimal monitoring and evaluation by managers and state officials, excessive workloads, poor infrastructure, with lack of electricity and running water, poor transport and indifferent communication systems (Dywili et al., 2013). Staff turnover is often high, both a characteristic and a consequence of such poor working environments. Munyewende et al. (2014), for example found, in a study of nurse managers working in primary care in two provinces in South Africa, that giving staff more choice in where they worked, improving security and reducing the threat of violence in the workplace were just two of many features of the environment in which they practiced that needed to be addressed to improve their job satisfaction. Providing a PPE in such settings requires leadership and use of tested strategies.

The Nuka Model and Buurtzorg Models both exhibit strong features of PPE that have helped to transform previously de-motivated and struggling workforces in two very different cultures. For example, the Nuka model with its focus on relationships emphasizes the need for providers to build relationships within the organisation and with customers, the Native Alaskan population, in order to deliver on the vision and mission of the Nuka model. Studies to date have demonstrated that this person-centered, relational model has had a positive impact on health outcomes including a much increased registered population, improved access to health care, statistically significant reductions in emergency room use for any condition, reductions in emergency care for asthma and for unintentional injury (Driscoll et al. 2013). However, Gottlieb (2013) argues that it is not just the customers that benefit from this relationship-centred approach:

“Strong and effective relationships are necessary across the organization to accomplish goals, objectives and work plans. Building a culture of trust, based on relationships, encourages shared decision-making and supports innovation and creativity.” (Gottlieb 2013 p.3)

The approach is supported by strong leadership, which role models relationship-centred working, provides staff training programmes and has a focus on teamwork and co-ordination. Evidence from a small scale study in Scotland (Cameron et al. 2012) supports the contention that relationships are highly valued by nurses working in the

community and identified a ‘quasi-family’ model of leadership in the teams included in the study. Whilst the evidence on the association between this positive way of working together and patient outcomes is not widely available, the logic model that underpins it (i.e. positive working relationships lead to stronger staff-customer relationships and better outcomes) it does draw on evidence from the communication field (e.g. Blasi et al. 2001) and makes pragmatic sense. However, this needs to be teased out through further research.

The Buurtzorg model of care has grown rapidly in the Netherlands and according to the Royal College of Nursing report (RCN 2015b) the model is now being extended from primary care into the acute sector. It is argued that key to the success of the Buurtzorg model is the autonomous and integrated way that teams of nurses work together at neighbourhood level to deliver care (Kreitzer et al. 2015). The explicit lack of a hierarchy within the organisation and the freedom for nurses to assess patients and make autonomous decisions within the patients’ own context, the ability to work in small self-managed teams that enable relationships to build with communities and the support that nurses have to manage their own education needs through their own budget, are all key features of a PPE. The Buurtzorg model is underpinned by theory from other fields such as Bronfenbrenner’s (1977) social-ecological theory and network science (Barabasi 2002). The self-managed nursing teams are effective because they are empowered to work in this way and can demonstrate their effectiveness at patient level through their relationships with their patients and families, and more formally through the use of the Omaha nursing outcomes system (Martin 2005) that enables linkages to be made between nursing actions and patient outcomes.

Like the Nuka model, there does not appear to be any trial data that demonstrates the benefits of Buurtzorg over traditional models, but the value of the service to patients, the reports from nurses of the benefits to their own working environment and the effect on patient care and the overall reduction in costs that have been reported, point to the importance of a PPE in PHC. Research from other health care environments seems to support this assumption. In a study by Teasley et al. (2007), four intervention strategies to promote PPEs in a rural Kentucky hospital were developed. The first was to establish a shared decision-making body where nurses participated in governance issues in health facilities. These included the development and standardisation of policies for employee tenure, promotion and working conditions. The second focused on staffing issues in relation to distribution, capacity building and placement to ensure adequate coverage for service delivery. Utilisation of all nursing categories was reviewed and increased, allowing those with other skill sets to coordinate care and evaluate outcomes. The third intervention strategy, focused on ensuring adequate managerial support and supervision, and the fourth on improving communication systems between disciplines within the health system, families, community and key stakeholders in and outside the health system. Evidence from this study suggests that implementation of the four strategies may promote positive work environments in any setting, urban or rural, PHC clinic or hospital. However, this suggestion needs to be tested with research on the impact of PPEs, specifically on PHC nurses, which is currently lacking. Impor-

tant aspects include development of policy frameworks that are focused on recruitment and retention initiatives, strategies for facilitating ongoing learning, adequate employee remuneration, a safe working environment, adequate supplies and employee recognition programmes. It seems quite clear from the evidence and examples that global health care systems should work towards developing such environments in a sustained effort to not only recruit and retain PHC nursing workforce but also to improve quality of care and patient outcomes. It is within this context that the greatest contribution to strong PHC systems, by nurses, can be expected as reforms across health systems constantly engage with the need for high quality care accessible to all, improvements in health outcomes and management of ever-expanding health care costs.

Discussion: Key elements for strong PHC Nursing

In this paper we have presented a case for ensuring strong PHC Nursing in Europe through the development of Positive Practice Environments (PPEs). The evidence is growing that strong PHC requires a nursing workforce that will be attracted to the PHC working environment as a career option, will stay in the workforce and have a clear career progression, be empowered in their role to enable them to achieve their goals and patient outcomes, improve experience and provide sound leadership and be able to build strong relationships within their teams and with their communities. These are major constituents of a PPE as has been shown in relation to innovative models of PHC and community nursing that are demonstrating positive outcomes and also cost efficiencies to the health care systems of which they are a part. If we consider that the PPE is the context in which PHC nurses are most effective then we also need to consider the elements within that context, which enable nurses to make the greatest potential contribution to the health and wellbeing of the communities they work in. The evidence underpinning the 'road map' (Bryar et al. 2012) would suggest that, in line with the WHO (2008), people centeredness, a public health perspective, quality improvement, partnering and inter-professional working, and information and communication technology are central to nursing effectiveness and strong PHC. It is timely to test the combination of the PPE context and these elements in a European-wide rigorous study that will test both the strengths and weaknesses of this approach to PHC nursing in a challenging economic and health care environment. Using approaches such as improvement science, where the boundaries of quality improvement and research are merged, would provide further evidence of how the PPE context might be associated with the enabling elements and health care outcomes. Synthesis of evidence from models such as the Vanguard models in England, Buurtzorg in the Netherlands and Nuka in Alaska would bring a wealth of data together to inform national policy. Whilst studies are being developed, we appeal to health care organisations and to governments, local, regional and national, to pay attention to the PPE and the lessons that can be learned from models of PHC and community nursing that are already being implemented. Only by building the concept of PPE into health care planning can the strength of PHC and PHC nursing be fully realised.

References

- Adams, E./Kennedy, A. (2006): Positive practice environments. Key considerations for the development of a framework to support the integration of international nurses. Geneva: International Centre on Nurse Migration
- Barabasi, A.-L. (2002): *Linked: How Everything Is Connected to Everything Else and What It Means for Business, Science, and Everyday Life*. London: Penguin Group
- Baumann, A./Yan, J./Degelder, J./Malikov, K. (2006): Retention strategies for nursing: A profile of four countries. Nursing Health Services Research Unit. Human Health Resources Series, Number 5, 1-26
- Blasi, Z.D./Harkess, E./Ernst, E./Georgiou, A./Kleijen, J. (2001): Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet*, 357, Nr. 9258, 757-762
- Blacklock, C./Goncalves Bradley, D.C./Mickan, S./Wilcox, M./Roberts, N./Bergstrom, A./Mant, D. (2016): Impact of Contextual Factors on the Effect of Interventions to Improve Health Worker Performance in Sub-Saharan Africa: Review of Randomised Clinical Trials. *PLOS ONE*, January 5. <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0145206> (Stand 2016-03-11)
- Bronfenbrenner, U. (1977): Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist* 32, Nr. 7, 513-531
- Bryar, R. (2000): Editorial: Primary health care: does it defy definition? *Primary Health Care Research and Development* 1, Nr. 1, 1-2
- Bryar, R./Kendall, S./Mogotlane, S.M. (2012): *Reforming Primary Health Care: A Nursing Perspective*. Geneva: International Council of Nurses
- Cameron S./Harbison, J./Lambert, V./Dickson, C. (2012): Exploring leadership in community nursing teams. *Journal of Advanced Nursing* 68, Nr. 7, 1469-1481
- Collins, B. (2015): *Intentional whole health system redesign. Southcentral Foundation's 'Nuka' system of care*. London: The King's Fund
- De Blok, J./Kimball, M. (2013): *Buurtzorg Nederland: nurses leading the way!* AARP The Journal. <http://journal.aarpinternational.org/a/b/2013/06/Buurtzorg-Nederland-Nurses-Leading-the-Way> (Stand 2016-08-25)
- Driscoll, D.L./Hiratsuka, V./Johnston, J.M./Norman, S./Reilly, K.M./Shaw, J./Smith J./Szafran, Q.N./Dillard D. (2013): Process and outcomes of patient-centered medical care with Alaska Native people at Southcentral Foundation. *Annals of Family Medicine* 11, Suppl 1, S41-S49
- Dywili, S./Bonner, A./O'Brien, L. (2013): Why do nurses migrate? – a review of recent literature. *Journal of Nursing Management* 21 Nr. 3, 211-420
- Gortlieb, K. (2013): The Nuka System of Care: improving health through ownership and relationships. *International Journal of Circumpolar Health* 72, Nr. 21118
- Freund, T./Everett, C./Griffith, P./Hudon, C./Naccarella, L./Laurant, M. (2015): Skill mix, roles and remuneration in the primary care workforce: Who are the healthcare professionals in the primary care teams across the world? *International Journal of Nursing Studies* 52, Nr. 3, 727-743
- Institute of Health Visiting (2015): *Health Visitor Retention Survey*. <http://ihv.org.uk/wp-content/uploads/2015/08/NHSE-HV-Retention-Project-Final-Report-September-2015-amended-version-22.04.2016.pdf> (Stand 2016-08-29)
- Kendall, S. (2008): *Nursing Perspectives and Contribution to Primary Health Care*. Geneva: International Council of Nurses
- Kreitzer, M.J./Monsen, K./Nandram, S./de Blok, J. (2015): *Buurtzorg Nederland: A Global Model of Social Innovation, Change, and Whole-Systems Healing*. *Global Advances in Health and Medicine* 4, Nr. 1, 40-44
- Kringos, D.S./Boerma, W./Zee, J./van der Groenewegen, P. (2013): Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Affairs* 32, Nr. 4, 686-694
- Laurant, M./Reeves, D./Hermens, R./Braspenning, J./Grol, R./Sibbald, B. (2005). Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* Art. 2, No. CD001271.pub2

- Laurant, M./Hermens, R.P./Braspenning, J.C./Akkermans, R.P./Sibbald, B./Grol, R.P. (2008): An overview of patients' preference for, and satisfaction with, care provided by general practitioners and nurse practitioners. *Journal of Clinical Nursing* 17, Nr. 20, 2690-2698
- Martin, K. (2005). *The Omaha System. A Key to Practice, Documentation and Information Management*. 2nd edn. Omaha, NE: Health Connections Press
- Munyewnde, P.O./Rispel, L.C./Chirwa, T. (2014): Positive practice environments influence job satisfaction of primary care clinic nursing managers in two South African provinces. *Human Resources for Health (BioMed Central)* 12, Nr. 27, 1-14
- Newell, K.W. (Hrsg.) (1975): *Health by the People*. Geneva: World Health Organization
- NHS England (2014): *The Five Year Forward View*. London: NHS England
<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/10/5yfv-web.pdf> (Stand 2016-11-03)
- Prosser, S. (2005): *Effective People: leadership and organizational development in healthcare*. Abingdon: Radcliffe Publishing Ltd.
- Queen's Nursing Institute (2014): *The Power of Community Nursing*. Film. https://vimeo.com/www.qni.org.uk/news_events/community_nursing_film (Stand 2016-08-24)
- Queen's Nursing Institute (2015): *The General Practice Nurse Survey*. London: QNI
- Royal College of Nursing (2015a): *Primary Care Workforce Commission*. London: RCN
- Royal College of Nursing (2015b): *The Buurtzorg Nederland (home care provider) model. Observations for the United Kingdom*. London: RCN
- Schlette S./Lisac M./Blum K. (2009): Integrated primary care in Germany: the road ahead. *International Journal of Integrated Care* 9, Nr. 14, 1-11
- Sibbald, B./Laurant, M./Reeves, D. (2006): Advanced nurse roles in UK primary care. *The Medical Journal of Australia* 185, Nr. 1, 10-12
- Squires, A./Uyei, S.J./Beltran-Sanchez, H./ Jones, S.A. (2016): Examining the influence of country-level and health system factors on nursing and physician personnel production. *Human Resources for Health (BioMed Central)* 14, Nr. 48, 1-10
- Starfield, B. (1992): *Primary Care: Concept, Evaluation and Policy*. New York: Oxford University Press
- Starfield, B. (1994): Is primary care essential? *Lancet* 344, Nr. 8930, 1129-1133
- Starfield, B./Shi, L. (2002): Policy relevant determinants of health: an international perspective, *Health Policy* 60, Nr. 3, 201-218
- Starfield, B./Shi, L./Macinko, J. (2005): Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly* 83, Nr. 3, 457-502
- Starfield, B. (2011): Editorial: Challenges to primary care from co- and multi-morbidity. *Primary Health Care Research and Development* 12, Nr. 1, 1-2
- Stichler, J.F. (2009): Creating a health, positive work environment. A leadership imperative. *Nursing for Women's Health* 13, Nr. 4, 341-346
- Teasley, S.L./Sexton, K.A./Carroll, C.A./Cox, K.S./Riley, M./Ferriell, K. (2007): Improving work environment perceptions for nurses employed in rural setting. *The Journal of Rural Health* 23, Nr. 2, 179-182
- The Scottish Government (2012): *Learning & Sharing Together*. A series of posters showing how Primary Care in Scotland is responding to the Quality Strategy. Edinburgh: The Scottish Government.
- Torrington, D./Hall, L./Taylor, S./Atkinson, C. (2011): *Human Resource Management*. 8th edition. Harlow: Pearson Education
- Twigg, D./McCullough, K. (2014): Nurse retention: A review of strategies to create and enhance positive practice environments in clinical settings. *International Journal of Nursing Studies* 51, Nr. 2, 85-92
- United Nations (2016): *Transforming our World: the 2030 agenda for sustainable development*. <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld> (Stand 2016-08-25)
- Van Bogaert, P./Clarke, S./Vermeyen, K./Meulemans, H./van de Heyning, P. (2009): Practice environments and their associations with nurse-reported outcomes in Belgian hospitals: Development and preliminary validation of a Dutch adaptation of the revised Nursing Work Index. *International Journal of Nursing Studies* 46, Nr. 1, 55-65
- World Health Organization/UNICEF (1978): *Declaration of Alma Ata*. Geneva: WHO

World Health Organisation (2008): Primary Health Care: Now More than Ever. Geneva: WHO
World Health Organisation (2010): A Force for Health. Geneva: WHO
World Health Organisation (2015): Core Health Indicators in the WHO European Region, Special focus: Human Resources for Health. Copenhagen: WHO
World Health Professions Alliance (2008): Positive practice environments for health care professionals. Fact sheet. Retrieved from www.whpa.org/PPE_Fact_Health_Pro.pdf (Stand 2016-08-29)

Sally Kendall

Rosamund Bryar

- 1 Professor of Community Nursing and Public Health, University of Kent, Canterbury, UK, B.Sc. (Hons) PhD London FQNI
- 2 Professor Emeritus Community and Primary Care Nursing, City, University of London, UK, BNurs, PhD, SCPHN(HV), FQNI

Corresponding author

Prof. Sally Kendall

University of Kent, Centre for Health Services Studies, S.Kendall-608@kent.ac.uk

Doris Schaeffer

Advanced Nursing Practice – Erweiterte Rollen und Aufgaben der Pflege in der Primärversorgung in Ontario/Kanada

Advanced Nursing Practise in Primary Care in Ontario/Canada

Advanced Nursing Practice (ANP) has been discussed and developed for a long time internationally. This is also the case for Canada, where the first ANP programme [1] was implemented in the 1960s. ANP was introduced into primary care in the 1970s and strengthened in the 1990s with the aim of contributing to meeting the changing demands caused by demographic change and the increase in chronic diseases. This paper describes these developments, drawing on the example of the Province of Ontario/Canada, where ANP in primary care has undergone a dynamic process of change. The article begins with an outline of the trends in society that created pressure on the health care system, including on primary care. Then, the solutions developed in Ontario/Canada, i.e. the most prominent variations of primary care centers, are presented. The development of ANP over time and the tasks of the Nurse Practitioner are described and lessons learned are discussed.

Keywords

Advanced Nursing Practice, Nurse Practitioner, extended tasks and roles, primary care, care centers

eingereicht 08.08.2016

akzeptiert 11.10.2016

International wird seit langem über das Thema Advanced Nursing Practice (ANP) diskutiert und wurden entsprechende Entwicklungen auf den Weg gebracht. Auch in Kanada: Dort wurde bereits in den 1960er Jahren das erste ANP-Programm eingeführt. Schon in den 1970er und verstärkt in den 1990er Jahren hat ANP dort auch in die Primärversorgung Einkehr gehalten, dies mit dem Ziel dazu beizutragen, dort den gewandelten Anforderungen durch den demografischen Wandel und die Zunahme chronischer Krankheiten besser entsprechen zu können. Diese Entwicklung wird am Beispiel der Provinz Ontario/Kanada geschildert, wo ANP in der Primärversorgung auf eine dynamische Entwicklung schauen kann. Der Beitrag beginnt mit einer Skizzierung gesellschaftlicher Trends, durch die in allen Bereichen des Gesundheitswesens, auch in der Primärversorgung, Problemdruck entstanden ist. Dann werden die in Ontario/Kanada gesuchten Antworten – die Primärversorgungszentren in ihren wichtigsten Varianten – geschildert. Anschließend werden die ANP Entwicklung und die Aufgaben der Nurse Practitioner dargestellt und daraus zu ziehende Lehren diskutiert.

Schlüsselwörter

Advanced Nursing Practice, Nurse Practitioner, erweiterte Aufgaben und Rollen, Primärversorgung, Versorgungszentren

Einleitung

Das Thema Advanced Nursing Practice (ANP)¹ und erweiterte Rollen und Spezialisierung in der Pflege oder allgemeiner: Aufgabenneuverteilung im Gesundheitswesen diskutieren wir in Deutschland seit ca. 10 Jahren mehr oder weniger intensiv (ex. BMJFSFJ 2002; Sachs 2007; SVR 2007, 2014). International steht es sehr viel länger auf der Tagesordnung. Schon in den 1960er Jahren wurde ein erstes ANP-Modell in Colorado/USA eingeführt, Quebec/Kanada folgte etwa zur gleichen Zeit mit anderer Schwerpunktsetzung und beide starteten bald auch mit entsprechenden Qualifikationen. In den 1990er Jahren folgte Großbritannien (Sheer/Wong 2011) und später Neuseeland, Australien, Niederlande, Schweden, Finnland etc. (ebd., Delamaire/Lafortune 2010). Interessant ist, dass die Modelle oft im Bereich der Primärversorgung entstanden sind (de Geest et al. 2008; Patterson 1977) und auf den hier existenten Problemdruck zurückgehen, der sich in allen Ländern recht ähnlich ausnimmt. Hier setzen die nachfolgenden Ausführungen an: Zu Beginn werden kurz die gesellschaftlichen Trends in Erinnerung gerufen, die in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung besonders aber in der Primärversorgung Problemdruck auslösen, dann in Ontario/Kanada gefundene Lösungen der Versorgungsgestaltung und die darin eingeschlossene ANP Entwicklung geschildert. um anschließend daraus zu ziehende Lehren zu

1 Unter ANP (auch als APN bezeichnet) wird eine spezialisierte Pflegepraxis verstanden, für die auf akademischem Niveau qualifiziert wird. Die Canadian Nurses Association (CNA) definiert ANP als „...an advanced level of clinical practice that maximizes the use of graduate educational preparation, in depth nursing knowledge and expertise in meeting the health needs of individuals, families, groups, communities and populations“ (CNA 2008:10). Dabei liegt der Fokus auf klinischen Aspekten, Bildung, Prävention, Gesundheitsförderung, Forschung oder aber auf dem Bereich ‚professional development and organizational leadership‘ (Bryant-Lukosius et al. 2004: 522). Ergänzend sei angemerkt, dass ANP-Rollen mit „expanded levels of autonomy and decision making“ (Gardner et al. 2007) verbunden sind und deshalb für die Professionalisierung der Pflege als essentiell angesehen werden.

diskutieren. Ontario/Kanada steht hier im Mittelpunkt, weil hier die meisten Nurse Practitioner (NP)², in deren Verantwortungsbereich ANP überwiegend liegt, in Kanada zu finden sind (DiCenso 2010) und die NP's in der dortigen Primärversorgung mittlerweile eine wichtige Position einnehmen³. Zunächst zu den Trends.

Gesellschaftliche Entwicklungstrends

Allem anderen voran sind demografische Veränderungen anzuführen: Insgesamt ist im 20. Jahrhundert eine deutliche Ausdehnung der Lebenserwartung und damit ein enormer Gewinn an Lebensjahren zu verzeichnen. Zugleich sinken in vielen Ländern die Geburtenraten und damit einhergehend steigt der Anteil älterer und vor allem hochaltriger Menschen. Sowohl Kanada als auch Deutschland sind von dieser Dynamik erfasst, Deutschland jedoch in besonderem Maß: es steht weltweit an zweiter Stelle, was den Anteil der über 65-Jährigen an der Bevölkerung betrifft.

Besondere Bedeutung erhält der demografische Wandel dadurch, dass er mit der Veränderung des Morbiditätsspektrums gepaart ist. Weltweit haben chronische Krankheiten in den zurückliegenden Jahrzehnten ihren Anteil vergrößert (WHO 2014). Zugleich ist auch hier ein kontinuierlicher Gewinn an Lebensjahren zu verzeichnen, so dass wir bei vielen chronischen Krankheiten heute auf deutlich längere Verlaufsdauern schauen können. Allerdings handelt es sich dabei nicht um gesunde Lebensjahre. Folglich ist hier über viele Jahre ein Leben mit Beeinträchtigung, wechselhaften Gesundheitszuständen und in den Spätstadien oft auch mit Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit zu managen. Damit einhergehend haben sich die Anforderungen an die Erkrankten verändert. Selbstmanagement und -monitoring, aber auch Gesundheitserhaltung und -förderung sind für sie zu wichtigen Aufgaben geworden und verlangen ihnen ein hohes Maß an Gesundheitskompetenz ab (Schaeffer 2017). Doch kann dies keineswegs selbstverständlich vorausgesetzt werden, wie Studien zur Health Literacy der Bevölkerung zeigen (ex. Schaeffer et al. 2017). Information, Empowerment, Prävention, und Förderung der Gesundheits- und Selbstmanagementkompetenz sind daher wichtige Elemente, ja sogar ‚Schlüsselkonzept‘ für eine erfolgreiche Versorgung chronisch Kranker geworden (de Geest et al. 2008), haben in vielen Ländern aber noch nicht den erforderlichen Stellenwert in der Versorgung.

Hinzu kommt eine andere, ebenfalls globale Entwicklung: der Fachkräftemangel, der auch im Gesundheitswesen um sich greift. In Kanada gehört er speziell in ländlichen Regionen seit längerem zu den vertrauten Erscheinungen – besonders im Bereich der Allgemein/Familienmedizin. Auch in Deutschland zeichnen sich in der Allgemeinmedizin vermehrt personelle Engpässe ab (SVR 2014)⁴. Sehr viel größer ist der

2 NP sind Registered Nurses mit akademischer Zusatzqualifizierung, „*who possess and demonstrate the competencies to autonomously diagnose, order and interpret diagnostic tests, prescribe pharmaceuticals and perform specific procedures within their legislated scope of practise*“ (CNA 2008: 16, 2009). Sie gelten als expanded role und nehmen ANP-Aufgaben wahr (Kaasalainen et al. 2010).

3 Die nachfolgenden Überlegungen gehen auf ein von der Robert Bosch Stiftung gefördertes Projekt zurück, in dessen Rahmen von 2012-2014 Primärversorgungsmodelle in ländlichen Regionen in Kanada und Finnland untersucht wurden (Schaeffer et al. 2015).

Fachkräftemangel in der Pflege: Hier werden nach eher konservativen Prognosen 2025 bereits 112.000 Vollzeitkräfte fehlen (Afentakis/Maier 2010)⁵. Immer deutlicher wird erkennbar, dass der Fachkräftemangel hier nur dann erfolgreich zu bewältigen ist, wenn es gelingt, die Attraktivität der Pflege zu steigern und dazu gehört u. a., wie andere Länder zeigen, neue interessante Aufgabenfelder und Rollen zu erschließen und damit neue Karrieremöglichkeiten mit attraktiven Arbeitsbedingungen zu eröffnen (Hämel/Schaeffer 2013; SVR 2012). In Deutschland stößt dies bislang für die Medizin auf hohe, für die Pflege dagegen eher auf zurückhaltende politische Resonanz. Wenn die Pflege aber nicht zu Verlierern um das schrumpfende Fachkräftepotenzial gehören soll, wird hier ein Umdenken erforderlich sein.

Konsequenzen für die Versorgungsgestaltung

In Reaktion auf diese Entwicklungstrends wurde international eine intensive Debatte über neue Wege der Versorgungsgestaltung und innovative Versorgungsmodelle geführt. Betont wurde, dass die Versorgung künftig stärker auf die komplexen Gesundheitsprobleme im Alter und bei chronischer Krankheit ausgerichtet sein und präventiv, umfassend, multiprofessionell und dabei zugleich integriert angelegt sein sollte (ex. WHO 2008). Zudem sollte sie patientenzentrierten Gesichtspunkten folgen und Patienten und Nutzer in ihrer Gesundheits- und Selbstmanagementkompetenz fördern. Angesichts der Fachkräfteentwicklung sollten sie außerdem durch zukunftsorientierte, attraktive Arbeitsbedingungen gekennzeichnet sein.

In vielen Ländern hat diese Debatte zur Entwicklung von Primärversorgungszentren⁶ geführt, in denen mehrere Gesundheitsprofessionen gemeinsam in einem neuen Professionenmix die gesundheitliche Versorgung verantworten – seien es Community Health Center, Family Health Center, Primary Health Center etc. Fast immer finden sich in diesen Modellen auch andere Arbeitsteilungen zwischen den Gesundheitsprofessionen und neue erweiterte, spezialisierte Pflegerollen (ANP). Bevor diese eingehender dargestellt werden, sollen zunächst kurz die in Ontario/Kanada existierenden Varianten solcher Primärversorgungszentren beschrieben werden, die für die gesundheitliche Versorgung eine hohe Bedeutung haben (ausführlich Schaeffer/Hämel, i. E.; Schaeffer et al. 2015). Die ANP-Rolle wird in Kanada überwiegend von Nurse Practitioner's (NP) wahrgenommen; deshalb gilt die Aufmerksamkeit nachfolgend vor allem der Bedeutung der NP's.

4 Bis 2020 werden jährlich ca. 2.100 Hausärzte altersbedingt aus dem Berufsleben ausscheiden und die Neurekrutierung ist angesichts der in der Medizin bestehenden Fehlverteilungen/-anreize schwierig (SVR 2014).

5 Berechnungen einer anderen Studie zufolge (Rothgang et al. 2012) sollen 2030 sogar fast 435.000 Vollzeitkräfte fehlen (er bezieht alle Beschäftigten ein). Dies deutet an, dass die vorliegenden Studien auf sehr unterschiedlichen Berechnungen basieren. Doch sind sie sich in der grundsätzlichen Aussage einig: Insgesamt ist in der Pflege mit einem großen Personalmangel zu rechnen (Hämel/Schaeffer 2013; SVR 2012, 2014).

6 Die Primärversorgung stellt die erste Anlaufstelle – „the first entry point of care“ (Murray-Prahi et al. 2016) dar und das ist traditionellerweise der Hausarzt, in Ontario/Kanada mittlerweile oft ein multiprofessionelles Primärversorgungszentrum. Pflegend repräsentieren dort die Mehrheit unter den dort tätigen Professionen und sind in ganz unterschiedlichen Bereichen tätig (ebd.). Die Etablierung solcher Zentren stieß in Deutschland lange Zeit auf zurückhaltende Resonanz. Mittlerweile verändert sich das, wie das Gutachten des SVR (2014) zeigt, in dem die Einrichtung von ‚Lokalen Gesundheitszentren zur Primär- und Langzeitversorgung‘ gefordert wird.

Primärversorgungszentren in Ontario/Kanada

Ein solches multiprofessionelles Primärversorgungsmodell stellen die *Community Health Centres* (CHC) dar, deren Entstehung in Ontario/Kanada bis in die 1970er Jahre zurückreicht. Die CHC's fühlen sich der Deklaration von Alma-Ata (WHO 1978) verpflichtet, streben eine umfassende integrierte Primärversorgung an und schenken – dies ist eine Besonderheit – sozialen Determinanten von Gesundheit besondere Beachtung. Sie konzentrieren sich daher auf vulnerable Bevölkerungsgruppen mit hohen Gesundheitsrisiken, zu denen auch ältere Menschen und chronisch Erkrankte zählen, aber auch die ‚First Nation People‘ und soziale Minoritäten. Um ihren oft komplexen Bedarfslagen zu entsprechen wird angestrebt, ihnen eine umfassende, teambasierte Versorgung zu ermöglichen, wie dies mittlerweile für die gesamte Primärversorgung präferiert wird. Zum Team gehören neben Allgemein-/Familienärzten, Pflegende, Pharmazeuten, Ernährungswissenschaftler, Therapieberufe, Sozialarbeiter etc. Die Pflegenden (Registered Nurses und zunehmend Nurse Practitioner) bilden die größte Berufsgruppe. Auch zahlreiche ehrenamtliche Helfer zählen zum Team. Denn auch Bürgerbeteiligung und soziales Engagement sind wichtige Bestandteile des Konzepts der CHC's. Eine weitere Besonderheit: Sie verstehen sich in der Tat als Gesundheitszentren und werden nicht erst bei Gesundheitsstörungen und Krankheit tätig, sondern engagieren sich bereits im Vorfeld der Krankheitsentstehung. Große Aufmerksamkeit gilt daher der Prävention und Gesundheitsförderung wie auch Aufgaben der Gesundheitsinformation und -bildung, um so die Gesundheits- und Selbstmanagementkompetenz zu stärken. Viele der damit verbundenen Aufgaben obliegen der Pflege. Die Sicherstellung der medizinischen Versorgung erfolgt in enger Kooperation zwischen Ärzten und Pflegenden. Vermehrt haben im Lauf der Zeit NP's Einkehr in die CHC's gehalten, die ein erweitertes Aufgaben- und Rollenspektrum haben (ANP): 2010 existierten in Ontario bereits rund 240 NP's in den CHC's (DiCenso 2010). Sie sind dort mittlerweile vielfach arztersetzend tätig und halten eigene Sprechstunden ab, arbeiten aber kommunikativer und edukativer als die Ärzte. Das zeigt sich auch in ihren Konsultationszeiten, die bei 30 Minuten liegen (Donald et al. 2010: 95). Besonders für die Versorgung von Patienten mit komplexen gesundheitlichen und sozialen Problemlagen werden sie daher geschätzt. Sie bilden dort auch die Mehrheit der Patienten.

Die *Family Health Teams* (FHT) sind erst nach der Jahrtausendwende entstanden. In der kanadischen Provinz Ontario wurde ihr Aufbau erst 2005 durch ein Programm des Gesundheits- und Sozialministeriums eingeleitet (Meuser et al. 2006) und orientiert sich am Modell des Patient Centered Medical Home (Neumann et al. 2014; Rosser et al. 2010; Schaeffer et al. 2015). In den FHT's sind Allgemeinmediziner ebenfalls gemeinsam mit weiteren Gesundheitsprofessionen z. B. Pflegenden (mit unterschiedlicher Qualifizierung, darunter eine wachsende Zahl mit akademischer Qualifizierung), ebenso Diätologen, Ergotherapeuten, Sozialarbeiter etc.) tätig. Die FHT's beanspruchen, eine umfassende, integrierte Versorgung der Bevölkerung in ihrer Region zu leisten, die ‚von der Wiege bis zur Bahre‘ reicht und auch das gesamte Spektrum der bei chronischer Krankheit und Multimorbidität benötigten Dienste umfasst. Traditionellerweise oblag die Verantwortung für die medizinische Behandlung auch hier allein

den Ärzten. Dann erfolgte sie mehr und mehr im Tandem mit Pflegenden und inzwischen vermehrt in enger Kooperation mit NP's, die über eine Qualifikation auf Master-niveau verfügen und mit erweiterten Kompetenzen ausgestattet sind. In den FHT's in Ontario waren 2010 bereits 300 NP's tätig (DiCenso 2010). Auch dort nehmen NP's inzwischen vielfach die gleichen Aufgaben wie die Familienärzte wahr: diagnostizieren, behandeln und versorgen Patienten und sind außerdem in anderen Bereichen, z. B. der Betreuung psychisch Erkrankter oder der Gesundheitsinformation und -bildung tätig. Oft obliegt ihnen zudem die Koordination der Versorgung, d. h. sie sind zentrale Ansprechpartner für die Patienten wie die Health Professionals, stellen die gesamte interne und externe Koordination sicher und ermöglichen so eine integrierte und kontinuierliche Versorgung.

Innovative Wege beschreiten auch die *Nurse Practitioner Led Clinics* (NPLC) (MOHLTC 2010), die seit ungefähr 2008⁷ in Ontario/Kanada existieren: Dort liegt die ambulante Primärversorgung vollständig in den Händen von hoch qualifizierten, akademisch ausgebildeten NP's und klinisch erfahrenen Pflegenden. Sie haben einen hohen Grad an Autonomie und stellen die gesamte Versorgung weitgehend eigenverantwortlich sicher. Die NPLC's sind nicht als Alternative, sondern als Ergänzung zur herkömmlichen medizinischen Versorgung etabliert worden, dieses mit dem Ziel, niederschwellige, leicht zugängliche Versorgungseinrichtungen für schwer erreichbare Patienten (Orphant Patient's) zu ermöglichen und damit die Notfallaufnahme zu entlasten, die von diesen Patienten, wenn sie das Versorgungssystem überhaupt frequentieren, bevorzugt aufgesucht wird. Zum Aufgabenspektrum der NPLC's und der dort tätigen NP's gehört die Primärversorgung, inklusive Diagnostik, Wiederholungs- und Kontrolluntersuchungen, eigenverantwortlicher Behandlung von leichten akuten und von chronischen Krankheiten, Monitoring bei chronischen Krankheiten, Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen, Medikamentenverordnung, Prävention und Gesundheitsförderung, Selbstmanagementunterstützung durch Information, Förderung der Gesundheitskompetenz, Beratung und Hilfe bei der Navigation durch das Gesundheitssystem (Schaeffer et al. 2015).

Soweit die Primärversorgungszentren in Ontario/Kanada, bei denen viele Aspekte diskutierenswert sind. Doch gilt die Aufmerksamkeit im Folgenden vor allem der Aufgaben- und Rollenerweiterung der Pflege, die – wie zu sehen war – inzwischen sehr weitreichend ist. Die Entwicklung dorthin hat sich schrittweise vollzogen.

Aufgaben- und Rollenerweiterung der Pflege in Ontario – Historische Entwicklung

Die Entwicklung begann in den frühen 1970er Jahren und wurde in Kanada durch den Fachkräftemangel im Bereich der Familien-/Allgemeinmedizin ausgelöst, der sich

⁷ In den USA existieren bereits seit den 1980er Jahren NPLC's. Für Ontario waren bis 2012 zunächst 25 NPLC's geplant; 2010 existierten bereits 26.

auch dort vor allem in ländlichen Regionen zeigte. Damals wurden die ersten NPs in der Primärversorgung eingeführt und die Rolle ‚Primary Health Care Nurse Practitioner‘ (PHCNP) etabliert – dies mit der Intention, den Ärztemangel besonders in ländlichen Regionen zu kompensieren und eine neue Pflegerolle mit erweiterten Aufgaben für die Pflege inklusive der erforderlichen Ausbildungsstandards zu definieren und zu evaluieren (Donald et al. 2010; Kaasalainen et al. 2010). Die neuen NP’s waren überwiegend in Hausarztpraxen oder CHC’s tätig. Obschon die Evaluation positiv ausfiel, kam die Entwicklung nach kurzer Zeit fast zum Stillstand. Nur in ländlichen Regionen und im Süden Kanadas waren weiterhin NP’s in der Primärversorgung zu finden (ebd.).

Eine Wende setzte Mitte der 1990er Jahre bis zu Beginn der Jahrtausendwende ein. In vielen gesundheitspolitischen Statements und Papieren wurde damals eine Reform der Primärversorgung angemahnt, in der die Ablösung der hausärztlichen Einzelpraxen zugunsten des Ausbaus der Primärversorgungszentren mit multiprofessionellen Teams und auch einer stärkeren Position der Pflege gefordert wurde, um so eine teambasierte Versorgung ermöglichen und den veränderten Bedarfslagen der Bevölkerung besser entsprechen zu können. Zugleich sollte durch Ausweitung der Pflege der Zugang der Patienten zur Versorgung verbessert werden (Donald et al. 2010).

Angestrebt wurde außerdem eine intensivere Beachtung von Prävention und Gesundheitsförderung und die Schaffung gleicher Zugangschancen und Versorgungsqualität für die gesamte Bevölkerung und besonders für vulnerable Bevölkerungsgruppen, zu denen auch alte und chronisch kranke Menschen gezählt werden. Dadurch ausgelöst setzte eine Wiederbelebung der PHCNP Rolle ein und mehr noch: Gesundheitspolitisch und gesetzlich unterstützt wurde eine ‚zweite Etablierungswelle‘ initiiert – dieses Mal mit nachhaltigerem Erfolg (ebd.).

Sie wurde auch qualifikatorisch abgesichert. 1995 wurde ein erstes Masterstudienprogramm zum PHCNP an 9 Universitäten etabliert. In den späten 1990er Jahren gründete sich zudem die Canadian Nurse Practitioner Initiative (CNPI), unter deren Leitung in der Folgezeit ausführliche Literaturanalysen und wichtige Papiere etwa zu den Kompetenzen, zur Ausbildung, der NP-Rolle und Ausdifferenzierungen der Rolle, erarbeitet wurden. Auch ein Toolkit zur Implementation und Evaluation der NP’s wurde vorgelegt (CNPI 2006), womit die Forschung über die Effektivität und Effizienz von NP’s stimuliert wurde.

2012 wurden weitere Reformen gefordert: Um die multiprofessionellen Teams in den Primärversorgungszentren in die Lage zu versetzen, ihr ganzes praktisches Potenzial (scope of practice) entfalten zu können, sollte der Pflege mehr Verantwortung zugewiesen werden (Donald et al. 2010; Sheer/Wong 2011). Dadurch ausgelöst setzte ein Prozess der Aufgabenverlagerung von vormaligen ärztlichen Aufgaben auf die Pflege, besonders die NP’s, ein.

2014 wiederum wurde angemahnt, den Ausbau der teambasierten Versorgung zu forcieren und die Position der Pflege in der Primärversorgung weiter zu stärken – dies

abermals mit Verweis auf die veränderten Bedarfslagen und auf bestehende gesetzliche Restriktionen, die die Pflege behindern, ihr gesamtes praktisches Potenzial entfalten zu können (Donald et al. 2010). Gefordert wurde, dass die NP's die neu übernommenen Aufgaben ohne Anweisung des Arztes, also autonom ausführen können sollten. Konkret diskutiert und bald darauf realisiert wurde, dass NP's selbst (unabhängig und ergänzend) Medikamente verordnen (RNAO 2016 a) und arztersetzend tätig werden können.

Dadurch hat sich die Arbeitsteilung zwischen den Ärzten und den Pflegenden (besonders den PHCNP's) noch einmal deutlich verändert: Beide stellen inzwischen parallel die medizinische Primärversorgung sicher. Dabei konzentrieren sich die Ärzte mehr auf neue und schwierige Fälle und die PHCNP's auf Patienten mit vorhersagbaren Problemen.

Dieser kurze Abriss zeigt, wie sich das Aufgabenspektrum der Pflege und besonders der NP's über die Jahre erweitert hat. Heute existieren vier Typen von ANP: Primary Health Care (PHCNP), Acute Care Nurse Practitioners, Clinical Nurse Specialists und Nurse Anaesthetists⁸. Unter diesen vier existierenden Typen von ANP stellen die PHCNP's heute die am schnellsten wachsende Gruppe in Kanada dar. Ontario ist die Provinz mit den meisten PHCNP's. 2010 waren hier insgesamt 1.463 PHCNP's tätig; das sind nahezu 50% aller PHCNP's in Kanada (DiCenso 2010). In der Provinz Quebec waren es im Vergleich dazu 41 (ebd.). Ihre Zahl ist in den folgenden Jahren weiter angewachsen: 2015 betrug sie bereits rund 2.570 (RNAO 2016 b)⁹.

Überwiegend sind die PHCNP's inzwischen in städtischen Regionen tätig; in ländlichen Gebieten arbeitet lediglich ein Drittel. Ihre Wirkungsfelder liegen mehrheitlich im Bereich der Family Health Teams, Community Health Centre und den Nurse Practitioner Led Clinics, aber etwa ebenso in Public Health Departments, der Verwaltung, und mit wachsender Tendenz inzwischen auch in Langzeitpflegeeinrichtungen. Nicht nur in Ontario, sondern in allen 10 Provinzen Kanadas existieren mittlerweile Gesetze, mit denen diese ANP-Rolle verankert und legitimiert wurde (Donald et al. 2010) und auch die Finanzierung geregelt wird. Worin besteht sie konkret, was sind die Aufgaben der PHCNP's?

Insgesamt lassen sich folgende Aufgaben bzw. Kernkompetenzen der PHCNP's festhalten (CNA 2010; CNO 2016):

1. Health Assessment und Diagnose akuter und chronischer Krankheiten
2. Management des Therapieregimes (auch des Medikamentenregimes) bei diesen Krankheiten
3. Gesundheitsinformation und -förderung, Prävention von Krankheiten und Verletzungen
4. Leadership/Leitung, Kooperation, Professionsentwicklung

⁸ Sie sind im Bereich der Chirurgie (OP-Koordination), der Anästhesie und Intensivpflege (Übernahme des Beatmungsregimes, individuelle Einstellung der Insulintherapie, Schmerztherapie), der Onkologie (Zytostatikagabe) etc. tätig.

⁹ Insgesamt waren in Ontario 2015 rund 161.200 Personen in der Pflege tätig.

Zu 1: Die NP's verantworten – wie zuvor beschrieben wurde – Teile der medizinischen (Grund-)Versorgung. Nicht mehr der Arzt ist dabei oft die zentrale Bezugsperson und Anlaufstelle, sondern die ‚Personal Nurse‘. Dabei gehört die Erstellung von (differenzierten) Diagnosen inklusive der dazu nötigen Durchführung von Untersuchungen und Anordnung von Tests sowie die Interpretation der Ergebnisse zu den Aufgaben der NP's, ebenso die Mitteilung der Diagnose und die Kommunikation der relevanten klinischen Informationen, Behandlungsoptionen und der Prognose mit dem Patienten und seinen Angehörigen.

Zu 2: Das Management des Therapieregimes (seien es pharmazeutische und nicht-pharmazeutische Therapien, die dazu dienen, die Gesundheit und das Wohlbefinden der Patienten zu verbessern) und die dazu nötige Zusammenarbeit mit den Patienten bilden einen weiteren Aufgabenkomplex. Er umfasst auch die Verordnung von Medikamenten (inklusive der Aufklärung des Patienten und Erläuterung der neuen Medikamentierung sowie der Beratung bei unerwünschten Nebenwirkungen), die Medikamentenvergabe/-verteilung unter Wahrung der existenten Standards zur Patientensicherheit. Unter bestimmten Umständen fallen auch der Verkauf von Medikamenten und sogar die Herstellung von Medikamenten in diesen Aufgabenkomplex, wie etwa das Mixen nicht steriler Cremes oder Salben – allerdings nur solcher, die von den NP's selbst verschrieben wurden. Darüber hinaus ist die Förderung des Selbstmanagements und der Gesundheitskompetenz Bestandteil dieses Aufgabenkomplexes, ebenso die Unterstützung der Patienten bei der Navigation durch das Gesundheitssystem und – last but not least – die Koordination der Versorgung.

Zu 3: In allen Settings, doch besonders in der Primärversorgung kommt der Gesundheitsförderung und Prävention hohe Bedeutung zu und stellt eine wichtige Aufgabe der NP's dar, bei der die NP's eng mit anderen Mitgliedern des Teams, aber auch mit externen Gesundheitsprofessionen und -einrichtungen und auch der Kommune kooperieren. Speziell bei chronisch Kranken obliegen ihnen weite Teile der Prävention und Prophylaxe. Doch auch an der Planung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung sind sie beteiligt, ebenso an dem dazu nötigen Health Assessment, der Analyse von Bevölkerungs- und Versorgungsdaten und an der Konzipierung, Umsetzung und Evaluation von Maßnahmen. Dabei kommt ein ganzes Bündel an Strategien zum Einsatz: sowohl individualorientierte Maßnahmen der Gesundheitsinformation, zielgruppenspezifische Konzepte zur Stärkung der Gesundheitskompetenz unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen (etwa zur Förderung einer gesunden Ernährung im Alter durch Kochgruppen), doch ebenso durch verhältnisorientierte Strategien wie beispielsweise das Engagement für bessere Luft in der Gemeinde.

Zu 4: NP's nehmen oftmals Leitungspositionen in der Primärversorgung ein und verantworten folglich auch das Management. Eine wichtige Aufgabe in diesem Kontext besteht darin, die Versorgung bzw. die Einrichtung bedarfsgerecht und patientenzentriert weiter zu entwickeln. Zu den Aufgaben und Kompetenzen gehört zudem die (Organisation der) Kooperation mit anderen Gesundheitsprofessionen und -instanzen auf unterschiedlichen Ebenen: sowohl auf der alltagspraktischen Ebene wie auch auf der

Ebene der Leitung oder der Politik. Eingeschlossen ist – wie speziell in den neueren Dokumenten unterstrichen wird – auch die Kooperation mit den Patienten, um so einer patientenzentrierten Versorgung näher zu kommen und ebenso das Engagement für eine teambasierte Versorgung und eine gute interprofessionelle Kooperation und Integration der Leistungen im Interesse einer patientenzentrierten Versorgung. Angesichts der durch den demografischen und epidemiologischen Wandel bedingten Zunahme an komplexen Bedarfslagen wird das für essentiell gehalten.

Eine weitere Aufgabe der NP's besteht darin, sich für die professionelle Entwicklung der Pflege zu engagieren, z. B. dergestalt, dass sie sich für die Weiterentwicklung und Integration der NP-Rolle in das Versorgungssystem einsetzen oder für eine evidenzbasierte Pflegepraxis stark machen, forschungsbasierte Innovationen befördern und die Weiterentwicklung der Forschung unterstützen (ebd.).

Soweit eine Darstellung des Aufgabenspektrums, die zeigt, wie breit gefächert und unterschiedlich gelagert die Aufgaben der PHCNP's sind und wie weit die Aufgaben- und Rollenerweiterung mittlerweile voran geschritten ist. Eine ähnliche Entwicklung ließe sich auch für die Therapieberufe aufzeigen. Auch sie haben zahlreiche Aufgaben dazu gewonnen, die sie eigenständig wahrnehmen und verantworten und dadurch ist – wie angedeutet wurde – ein anderer Professionenmix in der Primärversorgung entstanden.

Im deutschen Gesundheitswesen befinden wir uns im Vergleich dazu in einem cultural lag (Ogborn 1957), wie allein die hürdenreiche Geschichte der Umsetzung des § 63, 3c SGB V zeigt. Mit ihm sollte der Anschluss an die internationale Entwicklung im Bereich ANP gefunden werden: Bereits 2008 ermöglichte er Modellversuche, in denen heilkundliche Tätigkeiten schrittweise auf Pflegende übertragen werden können. Nach längerer Beratung liegt seit 2012 eine entsprechende Richtlinie zur Heilkundeübertragung des GBA vor. Bis heute existiert jedoch noch kein Modellvorhaben, ein erstes ist jüngst in Vorbereitung. Seine Ursache hat dies darin, dass die Umsetzungsvorgaben zu kompliziert sind. Mittlerweile wird daher bezweifelt, ob auf der Grundlage der GBA-Richtlinie wirklich gelingen kann, zu neuen Aufgabenzuschnitten zu gelangen und den Anschluss an die internationale Entwicklung zu finden (SVR 2014). Doch ist auch in Deutschland angesichts des gewandelten Morbiditätsspektrums unumgänglich zu Veränderungen, konkret: zu neuen Spezialisierungen und Pflegerollen und anderen Aufgabenteilungen unter den Gesundheitsprofessionen zu gelangen. Auch um die Attraktivität der Pflege zu steigern und die Nachwuchsrekrutierung zu sichern, ist dies wichtig. Allerdings ist dazu noch einiges an Vorurteilen, Standesdünkeln und daraus gespeisten Widerständen besonders der Ärzte zu überwinden – auch das lehren die internationalen Erfahrungen.

Denn auch in Ontario Kanada verlief der Prozess nicht reibungslos. Der erste Einbruch bei der Einführung von ANP bzw. NP's in der Primärversorgung ging (neben Finanzierungsproblemen; Kaasalainen et al. 2010) auch auf den offenen Widerstand der Ärzte zurück, die in den neuen NP's eine Beschneidung ihres Handlungsfelds sahen und Terrain- und Machtverluste befürchteten. Noch heute betrachten sie die Entwick-

lung mancherorts mit unterschwelliger Skepsis. Besonders wenn gleiche Aufgaben wahrgenommen werden, und reagieren sie nach wie vor mit ‚turf battles‘ (Grabenkämpfen) (DiCenso 2010). Nochmals deutet dies an, dass Ausgaben- und Rollenerweiterungen in der Pflege sich nicht reibungslos vollziehen und – wie die kanadischen Erfahrungen zeigen – auf den Rückhalt in der Politik verwiesen sind.

Studienlage

Nicht selten wird in den Auseinandersetzungen über die Vor- und Nachteile der Aufgaben- und Rollenerweiterung der Pflege auf vorhandene empirische Befunde zurückgegriffen. Daher sei kurz gefragt, wie sich die Studienlage darstellt. Zwar liegen inzwischen einige Studien vor, doch ist ihre Aussagekraft begrenzt. Sie zeigt, dass sich die Qualität der Versorgung nicht – wie zunächst befürchtet – verschlechtert, sondern sich sogar verbessert und das gilt auch für die Zufriedenheit der Patienten mit der Versorgung. Sie ist deutlich gestiegen, weil unbeantworteter Bedarf aufgegriffen werden konnte (Laurant et al. 2009; Martin-Misener et al. 2016). Auch Akzeptanzprobleme seitens der Patienten konnten in den vorliegenden Studien nicht bestätigt werden, eher Gegenteiliges. Hohe Zufriedenheit konnte auch bei den Anbietern und dem Personal nachgewiesen werden. Gezeigt wurde zudem, dass in den Notfallaufnahmen die Wartezeit und Aufenthaltsdauer reduziert werden konnten. In der Langzeitversorgung wiederum konnten Krankenhauseinweisungen vermieden werden (McAiney et al. 2008).

Untersucht wurde auch die Frage, ob durch ANP/NP's Kostenreduktionen ermöglicht werden können; doch ist sie auf der Basis der vorhandenen Studien nicht eindeutig zu beantworten. Dort, wo Pflegende arztsetzend tätig sind, aber Gehaltsunterschiede bestehen bleiben, ist es zu Kostenreduktionen gekommen, dort wo sie unbeantworteten Bedarf aufgreifen, also zur Optimierung und Erweiterung der Versorgung beitragen, nicht (Delmaire/Lafortune 2010). Aber durchgängig wird betont, dass die Datenlage nicht ausreichend (und zu alt) ist und daher wurden und werden weitere Untersuchungen gefordert (DiCenso 2010; Donald et al. 2014; auch SVR 2014: 519). Sie sind allerdings nicht einfach, da die Einführung von ANP mehrdimensionale Auswirkungen hat, die nur schwer isoliert betrachtet und bewertet werden können (DBfK 2011).

Dennoch haben sich eine Reihe neuerer Reviews dieser Aufgabe gewidmet, auch eines von Martin-Misener et al. 2016, das sich speziell mit der Frage der Kosteneffektivität von NP's in der Primärversorgung befasst. Eingeschlossen wurden 11 Studien, mehrheitlich aus den USA, einige auch aus Großbritannien und den Niederlanden. Überwiegend sind sie um und nach 2000 erschienen, beziehen sich aber auf unterschiedliche ambulante Settings. In der Tendenz zeigt sich, so die Autoren, dass NP's gleiche oder bessere Outcomes wie die Ärzte haben und ‚potenziell kostensparend‘ sind. Evidenz für Kosteneffektivität wird zwar versprochen, ist aber begrenzt. Die Au-

toren schlussfolgern daraus erneut, dass die Frage der Kosteneffektivität weiter untersucht werden muss (ebd.: 13).

Nach wie vor besteht hier also Forschungsbedarf, aber er darf nicht dazu genutzt werden, um standespolitische Abwehrargumente zu unterfüttern, wie dies in Deutschland beobachtbar ist, wo in den Debatten über Aufgaben- und Rollenerweiterung der Pflege seitens der Ärzte nicht selten das Argument zu hören ist, dass sie (leider) nicht zustimmen können, weil keine ausreichende Evidenz existiert und die Datenlage zu unbefriedigend ist. Das ist nicht verwunderlich. Denn insgesamt stößt man in Deutschland (wie in allen deutschsprachigen Ländern), auf eine schwierige Datenlage, wann immer es um Pflege geht. Zwar ist die Forschungsentwicklung in den letzten Jahren vorangekommen, befindet sich aber noch keineswegs auf einem befriedigenden Niveau. Das hat seine Ursache nicht zuletzt darin, dass Pflegewissenschaft hier, verglichen mit der internationalen Situation, mit großer zeitlicher Verzögerung etabliert wurde und die Forschungsentwicklung nach wie vor mit strukturellen Hürden zu kämpfen hat. Denn noch immer fehlt es an einer ausreichenden universitären Verankerung von Pflegewissenschaft und -forschung und das ist deshalb zu betonen, weil die Universitäten – neben den außeruniversitären Forschungseinrichtungen – als zentrale Stätten der Wissensproduktion gelten (WR 2006). Gleichzeitig mangelt es an kontinuierlichen finanziellen Fördermitteln für Pflegeforschung (Behrens et al. 2012; WR 2012). Das behindert die Evidenzbasierung der Pflege, die ohne kontinuierliche Fördermittel für Pflegeforschung unmöglich ist; doch ebenso die Schaffung dringend erforderlicher Datengrundlagen für eine wissenschaftlich fundierte Aufgaben- und Rollenerweiterung in der Pflege und generell für die Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung. Das bedarf dringend der Veränderung (Ewers et al. 2012; Schaeffer/Ewers 2006). Der Ausbau der Forschung(sförderung) zum Thema ANP/NP gehört – nebenbei bemerkt – auch international zu den wichtigen Forderungen (ex. Robert Wood Johnson Foundation 2014).

Qualifizierung/Ausbildung

Ein anderes international wichtiges und vieldiskutiertes Thema stellt die Frage der Qualifizierung dar. Die Einführung von APN verlangt – darüber scheint international Konsens zu bestehen – eine hochschulische Qualifikation (Sheer/Wong 2011) – eine Sichtweise, die auch in Ontario/Kanada geteilt wird. Auch dazu noch einmal ein Blick auf die dortigen Primärversorgungszentren. In ihnen sind Pflegenden mit unterschiedlichen Qualifikationsstufen tätig, aber die NP's sind akademisch qualifiziert. Wenn Pflegenden dort auf niedrigerer Qualifikationsbasis tätig sind, nehmen sie eher assistierende Funktionen ein. Die NP's haben zunächst einen der primärqualifizierenden Bachelorstudiengänge durchlaufen, auf den aufbauend in Ontario/Kanada – wie in vielen Ländern (mit langer akademischer Tradition, so etwa den USA oder in GB etc.) – Spezialisierungen zum PCHNP, APN, CNS und NA erfolgen – dies meist auf der Basis zweijähriger konsekutiver Masterstudiengänge, so zumindest die Empfehlungen der Canadian Nurses Association (CNA 2008). Immer werden in ihnen neben pflegewis-

senschaftlichen auch Kenntnisse aus den Bio- und Sozialwissenschaften sowie klinische Kompetenzen für unterschiedliche Aufgabenbereiche vermittelt (Pädiatrie, Geriatrie, Onkologie, Palliativpflege etc.).

Obschon damit ein beachtlicher Stand erreicht ist, bestehen noch Herausforderungen. Denn die Qualifikationssituation wird als inkonsistent bezeichnet. Lediglich für die Spezialisierung als PHCNP existieren – wie zuvor erwähnt – in Ontario/Kanada eigene Studienprogramme auf Masterniveau, die den Standards der CNA entsprechen. Bei den anderen ANP-Bereichen ist die Situation unübersichtlicher und variiert von ANP-Bereich zu ANP-Bereich und von Provinz zu Provinz (DiCenso 2010). Auch wird beklagt, dass nach wie vor keine einheitliche und verbindliche Definition von ANP existiert (Donald et al. 2010). Damit ist Kanada nicht allein. Zwar besteht in der internationalen Literatur Einigkeit darüber, dass ANP eine hochschulische Qualifizierung auf der Masterebene verlangt. Doch finden sich international sehr unterschiedliche Entwicklungen. Das gilt für die Qualifikationssituation wie auch die Definition und Konzeption von ANP. Zu den Empfehlungen gehört daher, zu einer einheitlichen Definition der NP Rolle/n und einheitlichen Qualifizierungsstandards zu gelangen und generell: die Qualifizierung zu verbessern (weitere Empfehlungen siehe Robert Wood Johnson Foundation 2014).

Für den deutschsprachigen Raum ist dies Zukunftsmusik. Hier sind wir noch im Begriff des Werdens, wobei die Schweiz aktuell vorn ist und bereits über ANP-Programme verfügt, auch sogar eines, das auf die Primärversorgung zielt (Imhof et al. 2011)¹⁰. In Deutschland stellt sich die Situation schwieriger dar. Denn dort startete die vor ca. 20 Jahren eingeleitete Akademisierung zunächst mit einer international nicht anschlussfähigen Figur: mit Studiengängen, die einzig auf Leitungsfunktionen wie Pflegemanagement und Pflegepädagogik konzentriert waren. Nach vielen Umwegen wurde erst in der jüngeren Vergangenheit begonnen, im Rahmen von Modellstudiengängen ausbildungsintegrierende, primärqualifizierende Pflegestudiengänge auf Bachelorniveau zu etablieren, die für die direkte Pflegepraxis qualifizieren. Von diesen Studiengängen existieren im Jahr 2012 ca. 37 (Stoecker/Reinhart 2012), jetzt dürfte es über 40 sein. Mit diesem Schritt nähern wir uns auch in Deutschland endlich einer international anschlussfähigen Studiengangstruktur. Allerdings steht der Aufbau von konsekutiven, auf spezielle, anspruchsvolle Aufgabenbereiche und Pflegerollen zielenden Masterstudiengängen noch am Anfang. Für neue erweiterte Rollen und Aufgaben in der Pflege wird in Deutschland derzeit noch häufig auf Weiterbildungsniveau qualifiziert (siehe für die Primärversorgung etwa die Qualifizierung zur Familiengesundheitspflege/Family Health Nurse). Das bedarf dringend der Veränderung, besonders, wenn wirklich gelingen soll, damit zugleich die Attraktivität der Pflege zu steigern.

Generell ist ein Ausbau hochschulischer Qualifizierungsmöglichkeiten erforderlich, wie inzwischen viele Expertengremien unterstrichen haben (Ewers et al. 2012; SVR 2012; WR 2012). Denn die Durchmischung mit akademisch qualifizierten Fachkräften, die in der deutschen Pflege bei 10-20% liegen soll (WR 2012), befindet sich

¹⁰ In Basel wurde bereits 2000 ein erstes ANP-Studienprogramm eingeführt (De Geest 2008).

aktuell bei schlanken 0,6% und damit weit unter der geforderten Grenze (SVR 2014). Hier besteht also politischer Handlungsbedarf¹¹, zumal der geringe Grad an akademischer Durchdringung verhindert, dass wir auch in Deutschland zu einer mit der internationalen Entwicklung kompatiblen Aufgabenneuverteilung kommen und diese ausreichend qualifizatorisch absichern können.

Anders formuliert: Insgesamt fehlt es in Deutschland noch an hochschulischer Bildung in der Pflege und das behindert aktuell viele Innovationsprozesse. Das zeigt sich auch am Thema Kooperation. Speziell Teamwork und enge Kooperation auf Augenhöhe, wie sie in den Primärversorgungszentren in Ontario/Kanada zu finden sind, profitieren Studien zufolge durch die Einführung von APN (de Geest et al. 2008) und sind darauf verwiesen, dass das Bildungsgefälle zwischen den ‚Health Professionals‘ nivelliert und ebenfalls ‚auf Augenhöhe‘ gehoben wird. Auch das bedeutet, für mehr Bildung bei der Pflege und den Gesundheitsberufen Sorge zu tragen. Das ist umso nachhaltiger zu betonen, als nur durch mehr Bildung die Voraussetzungen für ein konstruktives und von Vorurteilen freies Zusammenwirken entstehen – auch dafür, die Gesundheitsberufe in die Lage versetzen zu können, den gestiegenen Anforderungen im Bereich der Versorgung alter und chronisch kranker Menschen oder der Prävention und Gesundheitsförderung etc. gerecht zu werden.

Fazit und Ausblick

International haben sich ANP-Rollen und -Aufgaben in den letzten Jahren sehr dynamisch entwickelt, manche Autoren sprechen sogar von einer Bewegung (McKenna et al. 2015). Dabei nimmt einerseits die Verbreitung von ANP zu und gleichzeitig verändern sich die ANP-Rollen in Richtung Zuwachs von Autonomie und Handlungsspielräumen, weshalb sie für die professionelle Entwicklung der Pflege als wichtig und vorantreibend eingeschätzt werden. Diese Entwicklung auch in Deutschland zu befördern, ist daher überfällig. Dabei ist wichtig, von Beginn an die Vielfalt an ANP-Rollen und -Bereichen im Blick zu haben und auch den ambulanten Sektor zu beachten, wie die Entwicklung der PHCNP's in Ontario/Kanada zeigt, zumal hier zahlreiche Herausforderungen auf neue Lösungen warten. Denn gerade hier ist es – u. a. als Folge des demografischen und epidemiologischen Wandels – in den letzten Jahrzehnten zu weitreichenden Veränderungen gekommen: Ältere Menschen und chronisch Erkrankte leben heute länger und verbleiben auch länger in der häuslichen Umgebung, wenn Gesundheitseinbußen, Krankheit und um sich greifen und sich zuspitzen. Damit einhergehend hat die ambulante Versorgung bzw. Primärversorgung und auch die Pflege an Bedeutung gewonnen und zugleich sind die an sie gestellten Anforderungen gestiegen, was durch den medizinisch-pharmakologischen Fortschritt befördert wird. Diese Entwicklung setzt sich mit großem Tempo fort.

¹¹ Das gilt auch mit Blick auf die berufliche Ausbildung in Deutschland. Hier stehen ähnliche Reformherausforderungen an und geht es aktuell darum, generalistische Pflegeausbildungsmöglichkeiten zu etablieren, auf die dann Qualifizierungen für spezielle Aufgabenbereiche folgen.

Wie überall im Gesundheitswesen, sind daher auch hier raschere und größere Reaktions-, Anpassungs- und Veränderungsbereitschaft gefordert (Frenk et al. 2010; WHO 2008). Das gilt auch für Deutschland, das – wie eingangs erwähnt – besonders stark vom demografischen und epidemiologischen Wandel erfasst ist. Zwar hat es auch hier in den vergangenen Jahren zahlreiche Anpassungsbemühungen gegeben, um eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung im Alter und bei chronischer Krankheit zu ermöglichen. Doch werden überfällige und nötige Reformen meist mit großer Zeitverzögerung und pragmatisch verkürzt angegangen, und oft ist die dabei gezeigte Veränderungsbereitschaft eher übersichtlich, vor allem, wenn sorgsam bewachte Zuständigkeiten berührt werden. Besonders häufig ist dies in Deutschland beobachtbar, wenn es um die Pflege geht, wie beispielsweise allein die acht Jahre dauernde politische Diskussion über die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs belegt oder die nicht endende Auseinandersetzung über die Reform der Pflegeausbildung oder – um ein anders gelagertes Beispiel zu nennen – der bescheidene Part, der der Pflege bei der Umsetzung der integrierten Versorgung ‚nach deutschem Muster‘ (Ewers/Schaeffer 2012; Schaeffer/Ewers 2006) zugedacht wurde. Immer wieder wird übersehen, dass der demografische und epidemiologische Wandel nicht nur einen höheren Bedarf an Pflege nach sich zieht und deren gesellschaftliche Bedeutung wächst, sondern er auch neue Konzepte und Kompetenzen erfordert und daher innovationsfreudigere Lösungen gefragt sind als hierzulande anvisiert. Das ist auch mit Blick auf den Fachkräftemangel zu betonen (Hämel/Schaeffer 2013). Daher ist der Entwicklungsrückstand im Vergleich zur internationalen Situation in der Pflege besonders groß, wie sich auch und speziell im Bereich ANP zeigt. Dass es im Interesse der Realisierung einer bedarfsgerechten zukunfts-tauglichen Versorgung und Pflege wichtig ist, ihn aufzuholen und wie er aufgeholt werden kann, sollte mit dem Beitrag über ANP und die PHCNP's in Ontario/Kanada angedeutet werden.

Literatur

- Afentakis, A./Maier, T. (2010): Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025. *Wirtschaft und Statistik* Nr. 11, 990-1002
- Behrens, J./Görres, S./Schaeffer, D./Bartholomeyczik, S./Stemmer, R. (2012): *Agenda Pflegeforschung für Deutschland*. Halle: Eigenverlag
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002): *Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger? unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen*. Bonn: BMFSFJ
- Bryant-Lukosius, D./Dicenso, A./Browne, G./Pinelli, J. (2004): *Advanced practice nursing roles: development, implementation and evaluation*. *J Adv Nurs* 48, Nr. 5, 519-529
- CNA – Canadian Nurses Association (2008 a): *Canadian Nurse Practitioner. Core Competency Framework*. Ottawa: Canadian Nurses Association
- CNA – Canadian Nurses Association (2008 b): *Advanced nursing practice: a national framework*. Verfügbar unter: https://www.cna-aici.ca/-/media/cna/page-content/pdf-en/anp_national_framework_e.pdf (01.08.2016)
- CNA – Canadian Nurse Association (2010): *Canadian Nurse Practitioner. Core Competency Framework*. Ottawa: CNA
- CNO – College of Nurses of Ontario (2016): *Practice Standard: Nurse Practitioner*. Ontario: CNO

- CNPI – Canadian Nurse Practitioner Initiative (2006): Nurse Practitioners: The time is now. A solution to improving success and reducing wait times in Canada. Vol. 1. Ottawa: CNPI
- DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2011): Advanced Nursing Practice. Pflegerische Expertise für eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung. Berlin: DBfK
- De Geest, S./Moons, P./Callens, B./Gut, C./Lindpaintner, L./Spirig, R. (2008): Introducing advanced practice nurses/nurse practitioners in health care systems: a framework for reflection and analysis. *Swiss Medical Weekly* 138, Nr. 43-44, 621-628
- Delmaire, M.-L./Lafortune, G. (2010): Nurses in Advanced Roles – A Description and evaluation of experiences in 12 developed countries. *OECD Health Working Papers* 54 2010
- DiCenso, A. (2010): Primary Health Care Nurse Practitioners. CHSRF/CIHR Chair Program in Advanced Practice Nursing
- Donald, F./Martin-Misener, R./Bryant-Lukosius, D./Kilpatrick, K./Kaasalainen, S./Carter, N./Harbman, P./Bourgeault, I./DiCenso, A. (2010): The primary healthcare nurse practitioner role in Canada. *Nursing Leadership (Tor Ont)* 23 Spec No 2010, 88-113
- Donald, F./Kilpatrick, K./Reid, K./Carter, N./Martin-Misener, R./Bryant-Lukosius, D./Harbman, P./Kaasalainen, S./Marshall, D.A./Charbonneau-Smith, R./Donald, E.E./Lloyd, M./Wickson-Griffiths, A./Yost, J./Baxter, P./Sangster-Gormley, E./Hubley, P./Laflamme, C./Campbell-Yeo, M./Price, S./Boyko, J./DiCenso, A. (2014): A systematic review of the cost-effectiveness of nurse practitioners and clinical nurse specialists: what is the quality of the evidence? *Nursing Research Practice* 2014, 896587
- Ewers, M./Schaeffer, D. (2012): Achilles-Verse neuer Versorgungsformen. Gesundheitsprofessionen zwischen Subordination, Konkurrenz, Kooperation. In: Roski, R./Stegmaier, P./Kleinfeld, A. (Hg.): *Disease Management Programme Statusbericht 2012*. Schriftenreihe Monitor Versorgungsforschung. eRelation AG-Content in Health, Bonn: 266-273
- Ewers, M./Grewe, T./Höppner, H./Huber, W./Sayn-Wittgenstein, F./Stemmer, R./Voigt-Radloff, S./Walkenhorst, U. (2012): Forschung in den Gesundheitsfachberufen. Potenziale für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland. *Deutsche medizinische Wochenschrift* 137 (Suppl 2), 29-76
- Frenk, J./Chen, L./Bhutta, Z.A./Cohen, J./Crisp, N./Evans, T./Fineberg, H./Garcia, P./Ke, Y./Kelley, P./Kistnasamy, B./Meleis, A./Naylor, D./Pablos-Mendez, A./Reddy, S./Scrimshaw, S./Sepulveda, J./Serwadda, D./Zurayk, H. (2010): Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* 376, Nr. 9756, 1923-1958
- Gardner, G./Chang, A./Duffield, C. (2007): Making nursing work: breaking through the role confusion of advanced practice nursing. *Journal of Advanced Nursing* 57, Nr. 4, 382-391
- Hämel, K./Schaeffer, D. (2013): Who cares? Fachkräftemangel in der Pflege. *Zeitschrift für Sozialreform* 59, Nr. 4, 413-431
- Imhof, L./Naef, R./Mahrer-Imhof, R./Petry, H. (2011): SpitexPlus: Assessment und fortgeschrittene Pflegeinterventionen für zuhause lebende alte Menschen und ihre Familien. *Pflege* 24, Nr. 1, 43-56
- Kaasalainen, S./Martin-Misener, R./Kilpatrick, K./Harbman, P./Bryant-Lukosius, D./Donald, F./Carter, N./DiCenso, A. (2010): A historical overview of the development of advanced practice nursing roles in Canada. *Nursing Leadership (Tor Ont)* 23 Spec No 2010, 35-60
- Laurant, M./Harmsen, M./Wollersheim, H./Grol, R./Faber, M./Sibbald, B. (2009): The impact of non-physician clinicians: do they improve the quality and cost-effectiveness of health care services? *Medical Care Research and Review* 66, Nr. 6 Suppl, 36S-89S
- Martin-Misener, R./Harbman, P./Donald, F./Reid, K./Kilpatrick, K./Carter, N./Bryant-Lukosius, D./Kaasalainen, S./Marshall, D.A./Charbonneau-Smith, R./DiCenso, A. (2016): Cost-effectiveness of nurse practitioners in primary and specialised ambulatory care: systematic review. *BMJ Open* 5, Nr. 6, e007167
- McAiney, C.A./Houghton, D./Jennings, J./Farr, D./Hillier, L./Morden, P. (2008): A unique practice model for Nurse Practitioners in long-term care homes. *Journal of Advanced Nursing* 62, Nr. 5, 562-571
- McKenna, L./Halcomb, E./Lane, R./Zwar, N./Russell, G. (2015): An investigation of barriers and enablers to advanced nursing roles in Australian general practice. *Collegian* 22, Nr. 2, 183-189

- Meuser, J./Bean, T./Goldman, J./Reeves, S. (2006): Family health teams: a new Canadian interprofessional initiative. *Journal of Interprofessional Care* 20, Nr. 4, 436-438
- MOHLTC – Ministry of Health and Long-Term Care Ontario (2010): Introduction to Nurse Practitioner-Led Clinics. No. 1. Ontario: MOHLTC. Verfügbar unter: <http://www.health.gov.on.ca/en/common/system/services/npc/> (Stand: 10.12.2013)
- Murray-Parahi, P./DiGiacomo, M./Jackson, D./Davidson, P.M. (2016): New graduate registered nurse transition into primary health care roles: an integrative literature review. *Journal of Clinical Nursing*
- Neumann, K./Gierling, P./Dietzel, J. (2014): Gute Praxis in der ambulanten Versorgung. Anregungen für Deutschland auf Basis internationaler Beispiele. Berlin: IGES Institut
- Ogburn, W.F. (1957): Cultural Lag as theory. *Sociology and Social Research* 41, Nr. 3, 167-174
- Patterson, J. (1977): Planning for retirement. *Australasian Nurses Journal* 7, Nr. 1, 1-3
- RNAO – Registered Nurses' Association of Ontario (2016a): Registered Nurse Prescribing Referral. Submission to the Health Professions Regulatory Advisory Council (HPRAC). Toronto: Registered Nurses' Association of Ontario
- RNAO – Registered Nurses' Association of Ontario (2016b): Registered Nurse/Nurse Practitioner Work Force Backgrounder. Toronto: Registered Nurses' Association of Ontario
- Robert Wood Johnson Foundation (2014): 2014 Global Advanced Practice Nursing Symposium. Verfügbar unter: www.nncc.us
- Rosser, W.W./Colwill, J.M./Kasperski, J./Wilson, L. (2010): Patient-centered medical homes in Ontario. *New England Journal of Medicine* 362, Nr. 3, e7
- Rothgang, H./Müller, R./Unger, R. (2012): Themenreport „Pflege 2030“. Was ist zu erwarten – was ist zu tun? Gütersloh: Bertelsmann Stiftung
- Sachs, M. (2007): „Advanced Nursing Practice“-Trends: Implikationen für die deutsche Pflege. *Pflege & Gesellschaft* 12, Nr. 2, 101-117
- Schaeffer, D. (2017): Chronische Krankheit und Health Literacy. In: Schaeffer, D./Pelikan, J. (Hg.): *Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven*. Bern: Hogrefe, 59-76
- Schaeffer, D./Ewers, M. (2006): Integrierte Versorgung nach deutschem Muster. *Pflege & Gesellschaft* 11, Nr. 3, 197-209
- Schaeffer, D./Hämel, K. (i. E.): Kooperative Versorgungsmodelle? eine international vergleichende Betrachtung. In: Jungbauer-Gans, M./Kriwy, P. (Hg.): *Handbuch Gesundheitssoziologie*. Berlin: Springer
- Schaeffer, D./Hämel, K./Ewers, M. (2015): Versorgungsmodelle für ländliche und strukturschwache Regionen. Anregungen aus Finnland und Kanada. Weinheim: Beltz Juventa
- Schaeffer, D./Vogt, D./Berens, E.M./Messer, M./Quenzel, G./Hurrelmann, K. (2017): Health Literacy in Deutschland? eine repräsentative Erhebung in der Allgemeinbevölkerung (HLS-GER). In: Schaeffer, D./Pelikan, J. (Hg.): *Health: Literacy: Forschungsstand und Perspektiven*. Bern: Hogrefe, 131-145
- Sheer, B./Wong, F.K. (2011): Evolution or revolution: can advanced practice nurses alter the future of health care? *Pflege* 24, Nr. 1, 3-6
- Stoecker, G./Reinhart, M. (2012): *Grundständig pflegeberufsausbildende Studiengänge in Deutschland*. Berlin: DBfK
- SVR – Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2007): *Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung*. Gutachten. Berlin: SVR
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012): *Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung*. Sondergutachten 2012. Bonn: SVR
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): *Bedarfsge-rechte Versorgung? Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche*. Gutachten 2014. Bonn: SVR
- WHO – World Health Organization (1978): *Primary Health Care. Report of the International Conference on Primary Health Care*. Genf: WHO

- WHO – World Health Organization (2008): The World Health Report 2008: Primary Health Care. Now more than ever. Genf: WHO
- WHO – World Health Organization (2014): Noncommunicable diseases country profiles 2014. Genf: WHO
- WR – Wissenschaftsrat (2006): Empfehlungen zur künftigen Rolle der Universitäten im Wissenschaftssystem. Berlin: WR
- WR – Wissenschaftsrat (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Berlin: WR Eigenverlag

Prof. Dr. Doris Schaeffer

Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW)
Postfach 100131, 33501 Bielefeld, doris.schaeffer@uni-bielefeld.de

Kerstin Hämel, Dirce Stein Backes, Ligia Giovanella,
Andreas Büscher

Familiengesundheitsstrategie in Brasilien – Profilierung der Pflege in der Primärversorgung

Family Health Strategy in Brazil – Shaping the profile of nursing in Primary Health Care

The Brazilian Primary Health Care System has been widely discussed internationally in recent years. This paper provides an outline of its development and the influence of the overall process of democratization in Brazil. The main focus of the paper is on the Family Health Strategy and its guiding principles of universal access, intersectoral approach and participation of the population. The important role of nursing in Primary Health Care is described as well as requirements for nursing education. The conclusions address lessons to be learned from the Brazilian experience for discussing the role of nursing in Primary Health Care in Germany.

Keywords

Brazil, Family Health Strategy, Primary Health Care, Community Nursing, Professionalization

Die Primärversorgung in Brasilien ist in den letzten Jahren international viel diskutiert worden. Dieser Beitrag skizziert die Entwicklung des Gesundheitssystems und ihren Bezug zum Demokratisierungsprozess in Brasilien. Der Schwerpunkt liegt auf der Darstellung der Familiengesundheitsstrategie, die mit ihren Prinzipien des universellen Zugangs, der sektorübergreifenden Herangehensweise und Partizipation der Bevölkerung

prägend für die Primärversorgung ist. Der Pflege kommt in diesem System eine zentrale Bedeutung zu, die in dem Beitrag ebenso ausgeführt wird wie Fragen der Qualifizierung. Den Abschluss bilden Überlegungen, welche Lehren sich aus den brasilianischen Erfahrungen für anstehende Diskussionen zur Rolle der Pflege in der Primärversorgung in Deutschland ziehen lassen.

Schlüsselwörter

Brasilien, Familiengesundheitsstrategie, Primärversorgung, Gemeindeorientierung, Professionalisierung

1. Einleitung

Die brasilianische Gesundheitspolitik hat in den letzten Jahren international große Anerkennung für ihre Leistungen auf dem Gebiet der Primärversorgung erhalten (z. B. Lancet 2011: Serie ‚Health in Brazil‘). Auf Grundlage der Familiengesundheitsstrategie (Estratégia Saúde da Família, ESF) hat sie ein Primärversorgungskonzept auf den Weg gebracht, das den internationalen Best Practice Empfehlungen folgend (WHO 2008) eine umfassende, präventiv orientierte und gesundheitsförderliche Primärversorgung ermöglichen soll. Diese Entwicklung kann in Brasilien nicht losgelöst von dem Demokratisierungsprozess gesehen werden, den das Land Mitte der 1980er-Jahre durchlaufen hat. Die Ideen einer zivilgesellschaftlich geprägten Gesundheitsbewegung haben den Aufbau des einheitlichen Gesundheitssystems SUS (Sistema Único de Saúde) maßgeblich beeinflusst (Fleury 2011; Paim et al. 2011). Leitmaximen sind ein universaler Zugang zur Gesundheitsversorgung, ein weit gefasstes Gesundheitsverständnis, eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit, dezentralisierte Verantwortungs- und Leistungsstrukturen, soziale Partizipation und die Professionalisierung der Gesundheitsberufe, insbesondere der Pflege.

In der Primärversorgung wird eine familien- und gemeindeorientierte Perspektive verfolgt. In multiprofessionellen Familiengesundheitsteams arbeiten Ärzte, Pflegende, Pflegehilfskräfte sowie Community Health Workers (Agentes Comunitários de Saúde)¹ zusammen.² Die Familiengesundheitsstrategie startete Mitte der 1990er-Jahre und wurde sukzessive qualitativ und quantitativ erweitert. Im Jahr 1998 praktizierten ca. 2.000 Familiengesundheitsteams in Brasilien (Macinko/Harris 2015). Heute (Juli 2016) sind ca. 41.000 Teams tätig, die geschätzte 64% der Bevölkerung erreichen (MS/DAB 2016). Diese Entwicklung lässt den enormen Umfang der öffentlichen Investitionen für die Primärversorgung erahnen. In allen Landesteilen wurden lokale Gesundheitszentren mit multiprofessionellen Teams aufgebaut. Flankierend wurde auch die hochschulische Aus- und Weiterbildung der Gesundheitsprofessionen für die Pri-

1 Bei den Community Health Workers handelt es sich um Einwohner aus dem jeweiligen Zuständigkeitsbereich der Familiengesundheitsteams, die eine basale gesundheitliche Qualifizierung erhalten haben. Ihre Funktion besteht darin, die lokale Verankerung der Primärversorgung zu verstärken und eine Brücke zwischen der lokalen Bevölkerung und den professionellen Akteuren zu bilden.

2 Die Ausweisung allein männlicher Bezeichnungen erfolgt ausschließlich, um die Lesbarkeit des Textes zu verbessern. Geschlechterneutrale Bezeichnungen haben den Vorrang erhalten. In allen Fällen sind beide Geschlechter gemeint.

märversorgung auf ein neues Fundament gestellt (MS/ME 2007). Besonders die Akademisierung der Pflege wurde zügig vorangetrieben, um dem gestiegenen Bedarf an hochqualifizierten Pflegenden in der Primärversorgung nachkommen zu können (Bacques et al. 2012).

Ziel dieses Beitrags ist es, einen Überblick über die brasilianische Familiengesundheitsstrategie und die Rolle der Pflege in der brasilianischen Primärversorgung zu geben. Dazu werden zunächst die Hintergründe und Grundprinzipien des brasilianischen Gesundheitssystems und der Familiengesundheitsstrategie vorgestellt. Anschließend werden Leistungsspektrum, Aufgaben und Arbeitsweisen der Familiengesundheitsteams betrachtet und aufgezeigt, wie die Qualifizierung der Pflege verändert wurde. Abschließend wird diskutiert, welche Impulse aus den brasilianischen Erfahrungen für die Weiterentwicklung der Primärversorgung und die Spezialisierung der Pflege auf diesem Gebiet gewonnen werden können.

Der Beitrag basiert auf der zum Thema vorliegenden englisch- und deutschsprachigen Literatur und auf einer zehntägigen Exkursion³, in deren Verlauf Gesundheitszentren in zwei Regionen Brasiliens besucht wurden (Rio de Janeiro und Santa Maria im südlichen Bundesstaat Rio Grande do Sul). Die Besichtigungen der verschiedenen Zentren, leitfadengestützte Interviews und Gruppendiskussionen mit Expert/-innen der Familiengesundheitsstrategie (Gesundheitsprofessionen, Kommunalbeamte, Wissenschaftler/-innen) wurden aufgezeichnet und (teil-)transkribiert. Das reichhaltige empirische Material fließt in den Artikel zur Illustrierung der konkreten Umsetzung der Familiengesundheitsstrategie ein (Abschnitte 5 und 6).

2. Vision einer zivilgesellschaftlich getragenen sozialen Gesundheitsversorgung

Um die Zielsetzung und Ausrichtung der Primärversorgung in Brasilien verstehen zu können, ist es wichtig, den gesellschaftlichen Entstehungshintergrund zu berücksichtigen. Die Familiengesundheitsstrategie ist integraler Bestandteil der brasilianischen Sozial-, Bildungs- und Gesundheitspolitik, die seit den 1990er-Jahren darauf zielt, das starke soziale Gefälle zu durchbrechen und die persistierende gesundheitliche Ungleichheit zu bekämpfen.⁴ Brasilien ist weltweit gesehen ein Land mit den höchsten Einkommensunterschieden (Ugá/Santos 2007; Victora et al. 2011a). Niedriglöhne

3 Die Exkursion fand im Rahmen des Projekts „Primärversorgungszentren – Konzepte und Umsetzungspraxis“ statt, das von der Robert Bosch Stiftung gefördert und an der Universität Bielefeld in Kooperation mit verschiedenen Wissenschaftlern durchgeführt wird (Leitung: Kerstin Hämel, Doris Schaeffer; Laufzeit 04/2015-05/2017). Das Projekt zielt darauf ab, Best Practice Ansätze von multiprofessionellen Primärversorgungszentren in vier Ländern – Brasilien, Slowenien, Spanien und Schweden – zu identifizieren und vergleichend zu analysieren. Die Ergebnisse werden in wissenschaftlichen Publikationen sowie Handreichungen für Akteure der Gesundheitsversorgung aufbereitet.

4 Neben der Familiengesundheitsstrategie zählen dazu u. a. auch das Programm Bolsa Familia (2003), das viele Familien aus der Armut geführt hat, indem es ihnen ein Grundeinkommen zusichert, wenn diese im Gegenzug den Schulbesuch, aber auch Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen ihrer Kinder sicherstellen (Soares 2012) sowie öffentliche Investitionen für verbesserte und gesündere Wohnbedingungen (sozialer Wohnungsbau, Wasser- und Elektrizitätsversorgung, Müllentsorgung) (Barretto 2011 et al.).

und Armut sowie deutlich schlechtere Gesundheitschancen für die unteren sozialen Schichten sind weit verbreitet. Dies galt in den 1970er- und 1980er-Jahren stärker als heute, denn die Absicherung sozialer und gesundheitlicher Risiken war in Brasilien zur Zeit der Militärregierung (1964-1985) wenig entwickelt, und weite Teile der Bevölkerung waren unterversorgt. Soziale und gesundheitliche Risiken sollten über lohnbezogene Sozialversicherungsbeiträge abgedeckt sein, aber mehr als die Hälfte der Bevölkerung war nur informell beschäftigt und daher nicht krankenversichert (Giovanella/Porto 2004: 17). Hinzu kam in ländlichen Regionen, besonders dem dünn besiedelten und von Armut betroffenen Norden und Nordosten Brasiliens, dass Gesundheitseinrichtungen fehlten (Paim et al. 2011: 1779f.; Giovanella/Mendonça 2014: 59). Der fehlende Zugang zu Versorgungsleistungen führte zur Zementierung gesundheitlicher Ungleichheit (Almeida et al. 2013).

Das ohnehin nur lückenhaft entwickelte Netz an Gesundheitseinrichtungen, erwies sich zudem als unzureichend, weil es auf medizinische Kuration und stationäre Versorgung ausgerichtet war (Lobato/Giovanella 2008; Paim et al. 2011). Komplexen gesundheitlichen Problemen vermochte es nicht gerecht zu werden. Doch eben diese prägen auch in Brasilien den Bedarf der Bevölkerung und sind regional höchst unterschiedlich ausgeprägt. Gerade die Verbindung sozialer und gesundheitlicher Benachteiligung ist vielschichtig und erfordert mehrdimensionale Antworten und präventive Versorgungsstrategien. Zudem war und ist auch Brasilien vom demografischen und epidemiologischen Wandel erfasst: Chronische Krankheiten haben seit den 1970er-Jahren in allen Bevölkerungsschichten rasant zugenommen und sind durch die auf Kuration einzelner Krankheiten ausgerichtete Medizin nicht zu bewältigen: erforderlich waren neue, tragfähige Konzepte für die dominanten Gesundheitsprobleme der brasilianischen Bevölkerung.

Die Demokratiebewegung der 1980er-Jahre machte die Unzulänglichkeiten des Versorgungssystems zu einem öffentlichen Thema. Rückblickend besehen wuchs sie zu einer ‚Bürgergesundheitsbewegung‘ an (Giovanella/Mendonça 2014), in der Gesundheitsprofessionen, Universitäten und Institute, Graswurzelorganisationen und Gewerkschaften gemeinsam für die Anerkennung von Gesundheit *„not as an exclusively biological issue to be resolved by medical services, but as a social and political issue to be addressed in public“* (Paim et al. 2011: 1784) einsetzten. Der weithin sichtbare Erfolg dieser Bewegung ist die verfassungsrechtliche Verankerung (1988) des universellen Zugangs zur öffentlichen Gesundheitsversorgung. Um ihn zu realisieren, wurde 1988 das Sozialversicherungssystem durch ein steuerfinanziertes, einheitliches Gesundheitssystem – das Sistema Único de Saúde – kurz SUS – abgelöst (Paim et al. 2011). Die Ideen eines demokratisch und zivilgesellschaftlich getragenen Gesundheitssystems prägen die Grundprinzipien von SUS und auch die Familiengesundheitsstrategie maßgeblich.

Neben dem universellen Zugang sind sektorenübergreifende Herangehensweisen für die öffentliche Gesundheitsversorgung leitend: Die Gesundheit der Nutzer ist in ihrer biopsychosozialen Verfasstheit zu betrachten (Herrmann/Giovanella 2013) und kann nur durch ein Ineinandergreifen von Leistungen der Gesundheitsförderung, Prä-

vention, Kuration und Rehabilitation erhalten und wiederhergestellt werden. Dies erfordert eine umfassende, integrierte Primärversorgung, in der Gesundheitsförderung und Prävention den Vorrang haben sollen (Schaeffer/Hämel i.E.). Dem Prinzip der Gleichheit folgend soll die Gesundheitsversorgung zur Minderung gesundheitlicher Ungleichheit beitragen. Daher wurden Strukturinvestitionen (zunächst) verstärkt in Regionen gelenkt, in denen soziale und gesundheitliche Probleme kumulieren (dos Reis Moreira/O’Dwyer 2013: 3; Malta et al. 2016). Demokratische Strukturen und zivilgesellschaftliche Einbettung des Gesundheitswesens sollen schließlich durch dezentrale Verantwortungs- und Leistungsstrukturen und die Partizipation der Bevölkerung im Gesundheitswesen gestärkt werden: Die Versorgung soll ausgerichtet auf lokale Bedarfslagen und unter Beteiligung der örtlichen Bevölkerung erfolgen. Daher wurde die Verantwortung für die Primärversorgung in die Hände der Kommunen gelegt.

Die Partizipation der Bevölkerung ist u. a. durch lokale Gesundheitsräte institutionalisiert, an denen Vertreter der Nutzer (50%), der Arbeitnehmer im Gesundheitswesen (25%) und des Managements in SUS (25%) beteiligt sind (Fleury 2011; Victora et al. 2011a). Die Beiräte nehmen Kontrollfunktionen wahr und stimmen über Weichenstellungen, beispielsweise Investitionen in Gesundheitseinrichtungen, ab. Alle vier Jahre finden zudem Gesundheitskonferenzen statt, in denen Vertreter von Verbänden, Schulen, Hochschulen, sozialen Organisationen, Kirchengemeinden und andere Akteure zusammenfinden, um handlungsleitende Ziele und Strategien der Gesundheitsversorgung zu formulieren.

Auf Grundlage der genannten Prinzipien hat sich SUS zum Aufbau einer umfassenden, qualitativ hochwertigen Primärversorgung bekannt – und dies in geradezu „revolutionärer Weise“ (dos Reis Moreira/O’Dwyer 2013: 2). Brasilien durchlief in den 1980er-Jahren eine seiner größten Wirtschaftskrisen. Andere Länder hatten angesichts ähnlich schwieriger Ausgangsbedingungen auf eine selektive Primärversorgung gesetzt, mit der die eklatantesten Lücken im Gesundheitswesen geschlossen werden sollten, die jedoch den Charakter der Armenfürsorge behalten hat (vgl. Giovanella et al. 2009, weiterführend: Cueto 2004). Die brasilianische Primärversorgung ist dagegen von der Idee getragen, umfassenden Problemen der gesamten Bevölkerung gerecht zu werden und dabei qualitativ so hochwertig zu sein, dass sie als Anlaufstelle Akzeptanz findet.⁵

3. Entwicklung der Familiengesundheitsstrategie

Die Familiengesundheitsstrategie basiert auf den genannten Grundprinzipien und wurde schrittweise entwickelt. Wichtiger Vorläufer war das Community Health Workers Programm (PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde), dass ab 1991

⁵ Allerdings ist auch anzumerken, dass rund 25% der Bevölkerung eine private Zusatzversicherung besitzen (Giovanella/Mendonça 2014: 61) sowie out-of-pocket Zahlungen für private Gesundheitsleistungen immer noch weit verbreitet sind und der Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben an den Gesamtausgaben bei lediglich 46% (Stand 2012) liegt (OECD 2014).

in ländlichen Gemeinden eingeführt wurde, in denen keine Primärversorgungsstrukturen entwickelt waren. Personen dieser Gemeinden wurden aktiviert, als Community Health Workers je 100-250 Familien der Gemeinde im Rahmen regelmäßiger Hausbesuche durch Gesundheitsinformation, -bildung und -förderung unterstützen. Sie wurden von Pflegenden koordiniert (dos Reis Moreira/O'Dwyer 2013). Daran anknüpfend startete SUS im Jahr 1994 das Familiengesundheitsprogramm, aus dem die heutige Zusammensetzung der Familiengesundheitsteams resultiert: Je ein Arzt, eine Pflegende und zwei Pflegehilfskräfte sowie 5-6 Community Health Worker bilden ein Team. Auch das Familiengesundheitsprogramm war noch primär auf die Armenbevölkerung und hier insbesondere die Mutter-Kind-Gesundheit und Eindämmung der hohen Mütter-, Säuglings- und Kindersterblichkeit in Brasilien fokussiert – dies mit großem Erfolg, wie die deutliche Abnahme der Sterbefälle in den von den Teams begleiteten Familien zeigt (Aquino et al. 2009; Macinko/Harris 2015; Victora et al. 2011b). Die Teams realisier(t)en eine mehrdimensionale Primärversorgung ‚aus einer Hand‘ durch kontinuierliche Begleitung der Familien von der Schwangerschaft über die Geburt bis in die ersten Lebensjahre der Kinder hinein. Die Vermeidung und Früherkennung potenzieller Gesundheitsrisiken hat dabei zentralen Stellenwert. Um präventiv handeln zu können, wurden Vorsorgeuntersuchungen für Schwangere und Kinder mit Maßnahmen der Gesundheitsbildung und -förderung verbunden, beispielsweise die Beratung zur Förderung des Stillens mit der Aufklärung über Infektionskrankheiten in den Familien und Gemeinden (Aquino et al. 2009).

Die bewährten Ansätze flossen schließlich in die Familiengesundheitsstrategie ein. Die Familiengesundheitsstrategie leitet die (Neu-)Ordnung und den bedarfsgerechten Ausbau der Primärversorgung (Paim et al. 2011: 1788). Die Familiengesundheitsteams sollen allen Bürgern unbesehen von Alter, Geschlecht, Einkommen, ethnischer Herkunft und sozialer Schicht erste Anlaufstelle und persönliche Begleiter im Gesundheitswesen sein. Sie bieten ein umfassendes Leistungsspektrum der Primärversorgung an. Sie sollen überdies Zugang und Nachsorge der fachärztlichen und stationären Behandlung koordinieren und damit Garanten für eine kontinuierliche, gemeindenahere Versorgung sein. Um ihrer Aufgabe gerecht zu werden, sind die Teams einem familien- und gemeindeorientierten Ansatz verpflichtet, der eine Lebenslaufperspektive einnimmt und von der Einsicht getragen ist, dass ein Großteil der Gesundheitsprobleme in Familien und ihrem sozialräumlichen Umfeld vermieden und behandelt werden kann. Diese Orientierung erweist sich besonders für die Gesundheitsförderung und Präventionsarbeit und die Versorgung von Menschen mit chronischen Krankheiten als gewinnbringend.

Der Aufbau von (Familien)Gesundheitszentren stand zunächst neben einem konventionellen Modell der Leistungserbringung in den brasilianischen Gesundheitszentren älterer Generation, in denen Ärzte, lediglich assistiert durch Pflegenden/Pflegehilfskräfte, die Grundversorgung sicherstellten, aber keinen familien- und gemeindeorientierten Ansatz realisierten. Die älteren Gesundheitszentren werden nach und nach ebenfalls gemäß der Familiengesundheitsstrategie weiterentwickelt. Den aktuellen Statistiken zufolge sind 71% der ländlichen und 51% der städtischen Haushalte bei ei-

nem Familiengesundheitsteam registriert (Malta et al. 2016: 330; Stand 2014). Einige Metropolen des Landes verfolgen die Strategie mittlerweile mit größerem Nachdruck. So plant die Stadt Rio de Janeiro bis Ende 2017 eine 70%-ige Deckung der Bevölkerung erreicht zu haben (Stand Frühjahr 2016: ca. 50%). Dazu werden ‚Clínicas da Família‘ neu erbaut. Die modernen Gebäude und ihre technische Ausstattung sind auf die Aufgabenbereiche und Arbeitsabläufe der interdisziplinären Familiengesundheitsteams ausgerichtet. Zugleich wird mit ihnen gezeigt, dass die öffentliche Primärversorgung nicht mehr nur Anlaufstelle der Armen ist.

4. Gesundheitsversorgung in den Gesundheitszentren: Definition des Leistungsspektrums

Mit der Umsetzung der Familiengesundheitsstrategie wird ein weitgehend identisches Leistungsspektrum der Primärversorgung in allen Gesundheitszentren Brasiliens angestrebt. Dennoch kann es zu Unterschieden kommen, denn für die praktische Umsetzung sind die einzelnen Kommunen zuständig. Die nachfolgenden Angaben beziehen sich auf die Primärversorgung in der Stadt Rio de Janeiro (Rio Prefeitura 2011). Das Leistungsspektrum sieht eine gesundheitliche Versorgung in den folgenden Bereichen vor:

- Versorgung für erwachsene und alte Menschen: Dazu gehören Maßnahmen zur Familienplanung, die Behandlung chronischer Krankheiten, Identifikation und Behandlung von Infektionskrankheiten, Verbesserung der gesundheitlichen Situation älterer Menschen, Prävention und Begleitung bei Ernährungsproblemen, Gesundheit und Erwerbstätigkeit, Versorgung behinderter Menschen.
- Versorgung von Kindern und Jugendlichen: Dazu zählen sämtliche Maßnahmen zur Mutter-Kind-Gesundheit, Impfung und Prävention in den ersten Lebensjahren sowie die Begleitung von Kindern, deren Familien Sozialleistungen aus dem staatlichen Familienunterstützungsprogramm „Bolsa Família“ erhalten. Die Leistungen für Jugendliche beziehen sich auf Präventionsmaßnahmen im Hinblick auf Drogen, Sexualität, Bewegung, Unfälle und Gewalt sowie die Bearbeitung und Begleitung gesundheitlicher Probleme bei Jugendlichen in der Schule.
- Förderung der mentalen Gesundheit: In den Zentren werden vielfältige Leistungen zur psycho-sozialen Versorgung erbracht, u. a. bei Suchtproblemen, häuslicher Gewalt sowie die Weiterleitung zu entsprechenden spezialisierten Stellen bei längerfristigen oder schwerwiegenden psychischen Problemen.
- Mundgesundheit: Leistungen in diesem Bereich umfassen das gesamte Spektrum von der Prävention und Mundhygiene bis hin zur Diagnostik und Behandlung von Zahn- und Mundgesundheitsproblemen.
- Gesundheitsmonitoring: Aufgabe der primären Gesundheitszentren ist es, ein Monitoring der Gesundheit der Bevölkerung in ihrem Zuständigkeitsbereich zu gewährleisten, entsprechende Daten zu sammeln und aufzubereiten sowie die gesundheitliche Situation fortlaufend zu analysieren. Ihnen obliegt zudem die Meldung bestehender

Gesundheitsprobleme und dazu arbeiten sie mit den relevanten lokalen Behörden zusammen. In den Clínicas da Família im Bundesstaat Rio de Janeiro finden sich die wesentlichen Daten zur gesundheitlichen Situation der Bevölkerung im jeweiligen Zuständigkeitsbereich auf großen, öffentlich einsehbaren Tafeln im Wartebereich der Zentren.

- Gesundheitsförderung: neben der Prävention bildet Gesundheitsförderung eine wichtige Aufgabe. Sie umfasst drei große Bereiche: gesunde Ernährung, körperliche Aktivität und Kontrolle des Tabakkonsums. Darüber hinaus erfolgen Aktivitäten zur Förderung der sozialen Partizipation in der Kommune, zur Information und Beratung der Bevölkerung, zum friedlichen Zusammenleben und zum Aufbau von Respekt angesichts unterschiedlicher religiöser und sexueller Orientierung.
- Behandlungen: in den Gesundheitszentren werden eine Vielzahl von Verfahren bei unterschiedlichen Gesundheitsproblemen durchgeführt, z. B. Laboruntersuchungen, Wundversorgung und Ultraschall- und Röntgenuntersuchungen. In allen Zentren Rio de Janeiro erfolgt zudem die Ausgabe verschriebener Medikamente und eine Beratung zu deren Einnahme und Nebenwirkungen.
- Notfallversorgung: nicht zuletzt sind die Zentren auf die Behandlung akut auftretender Notfälle mit einer Grundausstattung vorbereitet.

5. Aufgaben der Gesundheitsprofessionen und Ausbildung neuer Arbeitsweisen⁶

Organisation der Gesundheitszentren und Etablierung Interprofessioneller Arbeitsweisen

Jedes Familiengesundheitsteam ist für die Versorgung der Bevölkerung in einem sozial-räumlich definierten Versorgungsgebiet verantwortlich. In Rio versorgt ein Team durchschnittlich 3.000 Einwohner (mit größeren Unterschieden zwischen den Teams). Angestrebt wird eine durchschnittliche Relation von 2.500 Einwohnern pro Team, wobei die Morbiditätsstruktur berücksichtigt werden soll. Da die Teams noch nicht flächendeckend in ausreichender Zahl etabliert sind, versorgen einzelne Teams auch 5.000 oder mehr Einwohner. Anders als in kleinen, ländlichen Gesundheitszentren, in denen manchmal nur ein Team angesiedelt ist, finden sich in hochverdichteten Stadtteilen Rio de Janeiro größere Gesundheitszentren, in denen bis zu 11 und mehr Teams praktizieren. Der Durchschnitt liegt in Rio bei 5-6 Teams. Die Teams nutzen gemeinsame Einrichtungen im Gesundheitszentrum wie beispielsweise speziell ausgestattete Untersuchungszimmer, Räume für Gruppenkurse und Teambesprechungen und einen gemeinsamen Anmeldebereich. Zudem können sie in den Zentren auf die Expertise weiterer Gesundheitsprofessionen, z. B. Physiotherapeuten, Psychologen, Sozialarbeiter, zurückgreifen.

⁶ Die in Abschnitt 5 und 6 getroffenen Aussagen basieren, soweit nicht explizit auf Literatur verwiesen wird, auf den geführten Interviews und Gruppendiskussionen sowie Beobachtungen im Rahmen der Exkursion in Brasilien.

Pflegende haben mit der Einführung der Familiengesundheitsteams neue und eigenständige Aufgabenbereiche in der Primärversorgung hinzugewonnen. Während ihre Tätigkeit in den Gesundheitszentren älterer Generation auf Verwaltungstätigkeit und Zuarbeit für die Ärzte begrenzt war, führen sie in den Familiengesundheitsteams eigene Sprechstunden durch und sind so zu einem wichtigen Ansprechpartner für die Nutzer geworden. Ihre Aufgaben sind je nach Zielgruppe und Versorgungsbereich unterschiedlich. Charakteristisch ist jedoch, dass ihnen Aufgaben der Gesundheitsförderung und Präventionsarbeit obliegen, die sie im Rahmen von individuellen Konsultationen, Gruppenangeboten (z. B. für Menschen mit Diabetes oder mit Bluthochdruck) und Interventionen in verschiedenen Gemeindeformen, z. B. Schulen und teils gemeinsam mit den anderen Teammitgliedern durchführen. Mit dem Anstieg des Stellenwerts präventiver und gesundheitsförderlicher Aufgaben ist auch der Stellenwert der Pflege gewachsen. Dies zeigt sich beispielsweise darin, dass die regulären Schwangerschaftsuntersuchungen abwechselnd von Ärzten und Pflegenden vorgenommen werden. Im Unterschied zu anderen Ländern (für Kanada siehe Schaeffer in diesem Heft; Hämel/Schaeffer 2014; Schaeffer et al. 2015) ist die medizinische Behandlung Aufgabe der Ärzte geblieben. Doch auch für sie geht die Arbeit im Familiengesundheitsteam mit neuen Aufgaben einher. Sie sind gefordert, als Mitglied eines interprofessionellen Teams zu agieren, Verantwortung zu teilen und Vorgehensweisen abzustimmen; der Informationsfluss wird über eine gemeinsame elektronische Patientenakte und ausführliche Teambesprechungen sichergestellt (wöchentlich sind dafür 4 Stunden reserviert). Die Teambesprechungen bieten Raum für den Austausch über organisatorische Fragen und Fallbesprechungen, aber auch die Weiterbildung im Team und die Diskussion neuer Arbeitsweisen. Den Pflegenden kommt hier eine wichtige Rolle zu, denn sie koordinieren und supervidieren nicht nur die Community Health Workers, sondern meist auch das gesamte Familiengesundheitsteam (80% der Teams werden von Pflegenden geleitet, Giovanella/Mendonça 2014). Auch das Management der Gesundheitszentren liegt meist in den Händen der Pflege.

Mit der Anbindung von so genannten Unterstützerteams (NASF-Teams, Núcleos de Apoio à Saúde da Família) an die Gesundheitszentren wird die multiprofessionelle Expertise seit 2008 deutlich erweitert (vgl. Giovanella/Mendonça 2014). In den NASF-Teams sind u. a. Physiotherapeuten, Sozialarbeiter, Psychologen, Psychiater, Ernährungsberater und Ergotherapeuten tätig. Ein NASF-Team steht jeweils etwa 3-9 Familiengesundheitsteams konsultativ zur Seite; es bringt spezielle Expertise in der mentalen Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung, Rehabilitation, Mundgesundheit, pharmazeutischen Versorgung und anderen Bereichen ein. Deuten sich beispielsweise psychische Probleme bei einem Nutzer an, kontaktiert die Pflegende oder der Arzt den Psychologen des NASF-Teams, um die Situation zu besprechen und gegebenenfalls eine gemeinsame Konsultation durchzuführen. Die Mitglieder der NASF-Teams halten zudem vielgestaltige eigene Angebote in der Gemeinde vor, beispielsweise Gesprächsrunden für junge Eltern, Gesundheitskurse für Menschen mit chronischen Krankheiten, Meditationsgruppen, Bewegungskurse u. a. Unter dem Dach der Gesundheitszentren sollen zudem Apotheken eingerichtet sein. Die Pharmazeuten

übernehmen nicht nur die Medikamentenabgabe, sondern überprüfen auch die Medikation und stimmen diese im Bedarfsfall mit den Familiengesundheitsteams ab. Auch Information der Nutzer über die Medikamente und die Einnahmemodi gehören zu ihren Aufgaben.

Aufsuchende Gesundheitsarbeit

Aufsuchende Gesundheitsarbeit wird in hohem Maß durch die Community Health Workers getragen, die durch die Pflege koordiniert, angeleitet und supervidiert werden. Die Community Health Workers haben einen Überblick über die Anzahl der Haushalte im Einzugsgebiet der Familiengesundheitsteams und deren gesundheitliche Problemlagen, da sie für ihre Registrierung verantwortlich sind. Die gesammelten Gesundheitsdaten, aber auch Informationen z. B. über Analphabetismus, Trinkwasserversorgung oder Müllentsorgung werden von ihnen dokumentiert und elektronisch aufbereitet. Sie bieten eine Informationsgrundlage für die Planung von Interventionen im Team und darüber hinaus in der Kommune. Da die Community Health Workers im Einzugsgebiet der Familiengesundheitsteams wohnen, bilden sie eine Brücke zwischen professioneller Versorgung und Gemeinde. Sie besuchen die Haushalte regelmäßig, um einen engen Kontakt zu halten und Maßnahmen der Gesundheitsinformation und -beratung zugeschnitten auf die Situation in der Familie und Gemeinde durchzuführen. Gesundheitsarbeit bedeutet hier auch die Organisation und Begleitung sozialer und kultureller Aktivitäten, beispielsweise Museumsbesuche für sozial- und bildungsbenachteiligte Gruppen, sowie die Stärkung der Selbstorganisation der Bürger für Verbesserungen in ihrem Wohnumfeld einzutreten (weiterführend: Fausto et al. 2011).

Doch auch die Pflegenden (und teils die Ärzte) sind in den Gemeinden präsent. Sie führen Hausbesuche (auch im Team) durch. Dabei ist wichtig zu betonen, dass Hausbesuche nicht allein auf immobile Personen beschränkt sind, sondern als wichtiger Zugang zur Lebenswelt der Familien und Gemeinden gelten. Sie eröffnen einen einmaligen Einblick in die häusliche (Versorgungs-)Situation der Familien und damit ein besseres Verständnis für ihre Risiken und Potentiale sowie geeignete Ansatzpunkte der professionellen Versorgung.

Soziale Partizipation und sektorenübergreifendes Vorgehen: Neue Anforderungen an das Management von Versorgungseinrichtungen

Gesundheit als kollektives Gut zu stärken steht im Fokus der Förderung der sozialen Partizipation der Bevölkerung und erfordert auch den Aufbau von sektorenübergreifenden Partnerschaften, die über das Gesundheitswesen hinausgehen. Die Gesundheitszentren sollen eng mit Verbänden, Sozial-, Kultur-, Bildungs- u. a. Einrichtungen in ihrer Gemeinde zusammenarbeiten. Viele führen daher über die vorgegebene Beteiligung von Gesundheitsräten hinaus monatliche Treffen mit Vertretern wichtiger Einrichtungen und Institutionen in ihrer Gemeinde durch, stellen Konzepte vor, nehmen Beschwerden auf und suchen gemeinsam mit den Gemeindeakteuren nach neuen Lö-

sungswegen. Diese Aufgabe, wie generell das Management und der Aufbau von Partnerschaften in der Gemeinde ist Aufgabe der Leitung des Gesundheitszentrums – oftmals der Pflege. Dies erfordert Kompetenz in Demokratie und Partizipation und auch Kooperation. Die Pflegenden arbeiten mit zahlreichen Partnern in der Gemeinde zusammen.

6. Die Rolle der Pflege

Abschließend soll die Rolle der Pflege in der Primärversorgung in Brasilien genauer betrachtet werden. Wie bereits ausgeführt, sind Pflegende fester Bestandteil der interdisziplinären Teams und haben eine zentrale Position in der Primärversorgung. Sie übernehmen Leitungsfunktion in den Teams und Gesundheitszentren, pflegen Partnerschaften in der Gemeinde zur Sicherstellung einer sektorenübergreifenden Zusammenarbeit, leisten individuelle Konsultationen im Zentrum und im häuslichen Umfeld, bieten Gruppenkurse an und koordinieren die Arbeit der Community Health Workers. Sie sind nicht nur in der Pflege und Behandlung manifestierter Gesundheitsprobleme tätig, sondern verantworten gesundheitsförderliche und präventive Maßnahmen. Einen wichtigen Baustein der Neuausrichtung stellt die Qualifikation dar. Mit dem zügigen Aufbau der Familiengesundheitsteams und der Veränderung des Aufgabenprofils der Pflege in der Primärversorgung ist der Bedarf an hochqualifizierten Pflegenden rasant gestiegen. Trotz der langen hochschulischen Ausbildungstradition wurde dadurch ein umfassender Auf- und Ausbau an Studienplätzen notwendig. Er hat erheblich zur Festigung der Position der Pflege in der Primärversorgung beigetragen. Doch nach wie vor existiert ein ungebrochen hoher Bedarf an Hochschulabsolventen aus der Pflege für den Ausbau der Primärversorgung in Brasilien (Backes et al. 2012).

Die Tätigkeit in der Primärversorgung geht für die Pflege mit der Übernahme neuer und im Vergleich zur Krankenhauspflege deutlich erweiterter Aufgaben und Rollen einher. Den Fokus auf die Gesundheit und Gesunderhaltung der Bevölkerung zu legen und dabei einen familienorientierten Ansatz zu wählen, erfordert ein Umdenken der professionellen Akteure, die vorrangig qualifiziert wurden, sich auf die Bekämpfung von Krankheiten zu fokussieren. Die Pflegenden haben diese politisch initiierte Systemveränderung am deutlichsten erfahren und sie sich zu eigen gemacht. Durch den direkten Kontakt, den die Pflegenden zu den Menschen haben, genießen sie heute eine deutlich größere Wertschätzung der Bevölkerung. Der Ausbau der Primärversorgung hat auch zur Folge, dass das Gesundheitssystem für die Bevölkerung besser fassbar ist und näher an ihre Probleme und ihre Lebensrealität gerückt ist.

Durch die Hausbesuche und den kommunalen bzw. gemeindenahen Bezug verfügen die professionellen Akteure über ein breiteres Wissen über die Situation und Lebenswirklichkeit der Menschen und genießen entsprechend ein hohes Vertrauen. Die professionelle Pflege steht am stärksten für diese Systemveränderung. Sie investiert sehr viel, z. B. durch offene und direkte Kommunikation über soziale und gesundheitliche Themen oder den Aufbau lokaler Gruppen (u. a. zur Förderung der Mobilität

oder zur Betreuung während Schwangerschaft und Geburt), gewinnt dadurch aber auch an Ansehen und Einfluss.

Trotz dieser positiven Tendenzen verlief und verläuft die Entwicklung nicht konfliktfrei. Einen Konfliktpunkt stellt das Verhältnis von Medizin und Pflege dar. Die gestiegene Bedeutung der Pflege in den Familiengesundheitsteams stellt bestehende Hierarchien in Frage und führt in der interdisziplinären Zusammenarbeit nicht eben selten zu Konflikten und Reibungen. Sie haben ihre Ursache u. a. darin, dass die Pflege den Gesundheits- und Entwicklungsaspekt des Gesundheitssystems am stärksten aufgegriffen hat. In der Ärzteschaft wird dies durchaus ambivalent gesehen. Doch war das Interesse der Ärzte, die führende Rolle in der primären Gesundheitsversorgung zu erhalten, nicht übermäßig ausgeprägt. Die Pflege hat die dadurch entstandene Lücke als Chance verstanden und gefüllt⁷. Vielerorts wird die Zusammenarbeit auch als gut und konstruktiv wahrgenommen, was sich unter anderem daran zeigt, dass die professionellen Akteure sich nicht in erster Linie als Pflgende oder Arzt wahrnehmen, sondern als Teil eines interdisziplinären Teams. Gemeinsam ist allen, dass sie den Fokus nicht nur auf die individuelle Ebene legen, sondern aus einer populationsbezogenen Perspektive heraus agieren. Dadurch werden die individuellen Gesundheitsprobleme im sozialen Kontext und – sofern angemessen – als Teil dessen betrachtet.

Nicht nur für die Zusammenarbeit der Gesundheitsprofessionen bringt der Rollenwandel der Pflege viele Veränderungen mit sich, sondern auch für die Bevölkerung, die ebenfalls den Übergang vom alten zum neuen System vollziehen muss. Viele tun sich unter Umständen zunächst schwer mit der Gatekeeper-Rolle der Pflgenden, weil sie es gewohnt waren, dass sich zunächst ein Arzt ihres Gesundheitsproblems annimmt.

Die Veränderungen der Aufgaben und Rollen der Pflgenden werfen Herausforderungen auf der Ebene der Qualifizierung auf. Der Bedeutungsgewinn der Primärversorgung im brasilianischen Gesundheitssystem hat zu einer Vielzahl an curricularen Veränderungen des Pflegestudiums beigetragen (Backes/Büscher 2014). Hoher Wert wird im Studium auf Praxisbezug gelegt. Er wird durch übergreifende Semesterthemen hergestellt, mit denen für die Studierenden Berührungspunkte mit der Primärversorgung geschaffen werden. Dazu gehören das Kennenlernen der Gesundheitszentren, die Arbeit in der Kommune und der direkte Kontakt mit Familien. Eine hohe Bedeutung im Studium haben die Lehrenden, die ein neues Pflegeverständnis vorzuleben und zu vermitteln haben.

Bis an allen Fakultäten eine ausreichende Zahl entsprechender Lehrender verfügbar ist, vergeht noch eine lange Zeit. In der Übergangsphase sind die Hochschullehrer gefordert, umzudenken und sich auf die neue Philosophie der Familiengesundheitsstrategie einzulassen. Das gilt nebenbei bemerkt auch für die Praxis, in der die vielfältigen Veränderungsprozesse nicht immer auf Zustimmung stoßen, sondern auch auf Desinteresse oder Ablehnung. Das betrifft nicht die Pflege allein. Almeida-Filho (2011)

⁷ Zu betonen ist jedoch, dass sich das grundsätzliche Hierarchiegefüge zwischen Medizin und Pflege in Brasilien nur im Bereich der Primärversorgung gewandelt hat. Im Krankenhausbereich sind entsprechende Entwicklungen weitgehend ausgeblieben.

führt dazu aus, dass die erwünschten SUS-Mitarbeiter kompetent, evidenzorientiert, gut ausgebildet und sich der Gleichheit im Gesundheitswesen verpflichtet fühlen sollen. Diesen Eigenschaften wurde im alten System kein besonderer Wert zugeschrieben, so dass sie bei den Gesundheitsprofessionen nur unzureichend ausgeprägt sind. Viele verfolgen weiterhin eine individualistische und nicht bevölkerungsbezogene Perspektive – insbesondere im besser bezahlten privaten Gesundheitssektor. Die Veränderung der Qualifizierung und lebenslanges Lernen sind daher Schlüsselement für die zukünftige Gesundheitsversorgung in Brasilien.

7. Fazit und Ausblick

Die Profilierung und Aufwertung der Pflege im brasilianischen Gesundheitswesen bietet auch für Deutschland interessante Ansatzpunkte. Anders als in anderen Ländern war die treibende Kraft hinter dieser Entwicklung nicht der Fachkräftemangel, sondern die fehlende Primärversorgung und die daraus erwachsenen Versorgungsdefizite für weite Teile der Bevölkerung, die einen fundamentalen Wandel der Gesundheitspolitik erforderten. Nach wie vor sind die Herausforderungen im Aufbau, der Konsolidierung und Weiterentwicklung des brasilianischen Gesundheitswesens sehr groß. Daher ist das Verhältnis zwischen Medizin und Pflege nicht wie in Deutschland durch Machtkämpfe und Fragen von Delegation und Substitution einzelner Leistungen geprägt, sondern orientiert sich an der gemeinsamen Herausforderung, eine Gesundheitsversorgung sicherzustellen, die die regionalen Bedarfslagen und Lebensbedingungen berücksichtigt und soziale Probleme nicht ignoriert. Beide Professionen leisten dazu ihren Beitrag und arbeiten in interdisziplinären Teams zusammen.

Zu den besonders hervorzuhebenden Merkmalen der Primärversorgung in Brasilien gehört die überall präsente Populationsorientierung wie auch die Verantwortung für die Gesundheit der gesamten Bevölkerung einer Gemeinde. Ein Bild der lokalen Situation hinsichtlich wichtiger Gesundheits- und Sozialfragen zu haben, gilt als wesentliche Voraussetzung für die Arbeit in der Primärversorgung. Dieser Ansatz bietet interessante Perspektiven für die weitere Diskussion in Deutschland, denn auch hierzulande ist die gesundheitliche und soziale Situation der Bevölkerung durch regionale Unterschiede geprägt. Ansätze zur Quartiersentwicklung oder regionalisierten integrierten Versorgung setzen ebenfalls auf sozialräumliche Aspekte und sind an Fragen der kommunalen und lokalen Bevölkerung interessiert. Das Beispiel der Familiengesundheitsteams kann verdeutlichen, dass populationsorientierte Arbeitsweisen Antworten auf diese Herausforderung geben können und zahlreiche Chancen bieten, darauf zu reagieren.

Die Idee einer populations- und gemeindeorientierten, multiprofessionellen Primärversorgung ist nicht neu, sie wurde international viel diskutiert und ist nach der Konferenz von Alma-Ata (WHO 1978) in vielen Ländern in entsprechende Konzepte gegossen worden. Bei der Umsetzung haben sich vielerorts Hürden gezeigt. Dazu gehört vor allem der hohe Aufwand, den die Realisierung einer populations- und gemein-

deorientierten Versorgung erfordert. Er wird durch den Anspruch der Partizipation der Bevölkerung nochmals erhöht. Nicht selten sind entsprechende Ansätze daher der Arbeitsverdichtung und dem Spardruck im Gesundheitswesen zum Opfer gefallen (für Spanien: López 2011). Doch gerade zur Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention – besonders bei chronischen Krankheiten und Pflegebedürftigkeit (Büscher/Schaeffer 2009) ist eine populations- und gemeindeorientierte Versorgung unentbehrlich. Deutschland ist den internationalen Diskussionen der Primärversorgung wenig gefolgt, doch wird in den letzten Jahren auch hierzulande immer deutlicher, dass die komplexen Bedarfslagen der älteren Bevölkerung und auch die Probleme der Versorgung im ländlichen Raum neuer, integrierter, multiprofessioneller Konzepte in der Primär (und Langzeit-)versorgung bedürfen (Hämel 2016; SVR 2014), bei deren Verwirklichung die Pflege auch hierzulande eine gewichtigere Position und neue, erweiterte Aufgaben und Rollen übernehmen muss (Schaeffer et al. 2015).

Die veränderte Rolle der Pflege in Brasilien ist jedoch nicht allein unter Professionalisierungsgesichtspunkten zu betrachten. Sie kann nicht losgelöst gesehen werden von den politischen Veränderungen und ihren Konsequenzen für die Gesundheitsversorgung. Zugang zur Gesundheitsversorgung für die gesamte Bevölkerung zu gewährleisten und gesundheitliche Ungleichheiten zu reduzieren, sind zentrale Ziele der eingeleiteten Entwicklungen. Sie gehen über die medizinisch beeinflussbaren Aspekte individueller und kollektiver Gesundheit hinaus, und es verwundert daher nicht, dass die Wege zu ihrer Erreichung mit Veränderungen beruflicher Rollen einhergehen. Sicherlich sind die Herausforderungen der Primärversorgung in Brasilien nur bedingt mit denen in Deutschland zu vergleichen. Fragen der Sicherstellung des Zugangs zur Versorgung – insbesondere im ländlichen Raum – spielen jedoch auch hierzulande eine Rolle und harren nach wie vor einer Antwort. Fragen der Auswirkungen sozialer Ungleichheit in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung wurden in Deutschland bislang nur zögerlich thematisiert (Bauer/Büscher 2008). Dies ist umso verwunderlicher, da das Vorhandensein sozialer und gesundheitlicher Ungleichheiten in der Bevölkerung nicht mehr geleugnet werden kann.

Vor diesem Hintergrund bietet die Familiengesundheitsstrategie in Brasilien zahlreiche inhaltlich-konzeptionelle Anregungen – auch mit Blick auf die erforderlichen strukturellen Voraussetzungen, so beispielsweise die Bedeutung der Qualifizierung für eine gelingende Umsetzung. Erinnerung sei nochmals daran, dass die Pflegenden befähigt werden sollen, Verantwortung in der kommunalen Versorgung zu übernehmen und die Hochschulen in Reaktion darauf entsprechende Studiengangcurricula entwickelt haben, die auch für Deutschland und die hier nötige Weiterentwicklung der Pflegestudiengänge interessante Anregungen bieten. Die entsprechende Diskussion dazu steht noch am Anfang (DGP 2016). Das Beispiel Brasilien zeigt, dass zur Übernahme einer tragenden Rolle der Pflege in der Primärversorgung nicht nur eine tätigkeitsbezogene, klinische Kompetenzerweiterung erforderlich ist, sondern auch die Fähigkeit dazu ausgebildet werden muss, Gesundheitsprobleme vor ihrem sozialen Entstehungs- und Bedingungsgefüge einschätzen und eine populationsbezogene Pflege realisieren zu können.

Literatur

- Almeida, G./Sarti, F.M./Ferreira, F.F./Diaz, M.D.M./Campino, A.C.C. (2013): Analysis of the evolution and determinants of income-related inequalities in the Brazilian health system, 1998–2008. *Rev Pan-am Salud Publica* 33, Nr. 2, 90-97
- Almeida Filho, N. (2011): Higher education and health care in Brazil. *The Lancet* 377, Nr. 9781, 1898-1900
- Aquino, R./Oliveira, N.F./Barreto, M.L. (2009): Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. *American Journal of Public Health* 99, Nr. 1, 87-93
- Backes, D.S./Backes, M.S./Erdmann, A.L./Büscher, A. (2012): O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde?: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. [The role of the nurse in the Brazilian Unified Health System: from community health to the family health strategy]. *Ciência & Saúde Coletiva* 17, Nr. 1, 223-230
- Backes, D.S./Büscher, A. (2014): Autonomie und Anerkennung. Pflegeausbildung in Brasilien: Perspektiven und Herausforderungen. *Pflegezeitschrift* 65, Nr. 5, 278-281
- Barreto, M.L./Teixeira, M.G./Bastos, F./Ximenes, R.A.A./Barata, R.B./Rodrigues, L.C. (2011): Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: social and environmental context, policies, interventions, and research needs. *The Lancet* 377, Nr. 9780, 1877-1889
- Bauer, U./Büscher, A. (2008): Soziale Ungleichheit und Pflege: Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Büscher, A./Schaeffer, D. (2009): Zugänglichkeit und Nachhaltigkeit in der Langzeitversorgung – der Aufbau von Pflegestützpunkten vor dem Hintergrund internationaler Erfahrungen. *Pflege & Gesellschaft* 14, Nr. 3, 197-215
- Cueto, M. (2004): The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care. *American Journal of Public Health* 94, Nr. 11, 1864-1874
- DGP – Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (2016): Die Zukunft der Gesundheitsversorgung – der Beitrag akademischer Pflegenden. Tagungsdokumentation zur Fachtagung am 5. November 2015. Berlin: DGP
- dos Reis Moreira, E.C./O'Dwyer, G. (2013): An analysis of actions to promote health in underprivileged urban areas: a case in Brazil. *BMC Family Practice* 14, Nr. 80, 1-11
- Fausto, M.C.R./Giovannella, L./Mendonça, M.H.M./Almeida, P.F./Andrade C.L.T./Martins, M.I.C. (2011): The Work of Community Health Workers in Major Cities in Brazil: Mediation, Community Action, and Health Care. *Journal of Ambulatory Care Management* 34, Nr. 4, 339-353
- Fleury, S. (2011): Brazil's health-care reform: social movements and civil society. *The Lancet* 377, Nr. 9779, 1724-1725
- Giovannella L./Mendonça, M.H.M./Almeida, P.F./Escorel, S./Senna, M.C.M./Fausto, M.C.R./Delgado, M.M./Andrade, C.L.T./Cunha, M.S./Martins, M.I.C./Teixeira, C.P. (2009): Family health: limits and possibilities for an integral primary healthcare approach in Brazil. *Ciênc. saúde coletiva* 14, Nr. 3, 783-794
- Giovannella, L./Mendonça, M.H.M. (2014): Primary Health Care in Brasilien: multiprofessionelle Teamarbeit und Gemeindeorientierung. *Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaft* 50, 53-81
- Giovannella, L./Porto, M.F.S. (2004): Gesundheitswesen und Gesundheitspolitik in Brasilien: Arbeitspapier Nr. 25, Institut für Medizinische Soziologie. Frankfurt/Main
- Hämel, K. (2016): Plädoyer für eine regional differenzierte, sektorenübergreifende Versorgung. *Public Health Forum* 24, Nr. 1, 15-16
- Hämel, K./Schaeffer, D. (2014): Kommunale Gesundheitszentren in Finnland – Entwicklung und aktuelle Herausforderungen in der ländlichen Primärversorgung. *Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften* 50, 11-29
- Hermann, M./Giovannella, L. (2013): Interdisziplinarität und Gemeindeorientierung im Familiengesundheitsprogramm Brasiliens. In: Kalitzkus, V./Wilm, S. (Hg.): Familienmedizin in der hausärztlichen Versorgung der Zukunft. Düsseldorf: düsseldorf university press, 329-343

- Lobato, L.V.C.L./Giovannella, L. (2008): Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: Giovannella, L./Escorel, S./Lobato, L.V.C.L./Noronha, J.C./Carvalho A.I. (Hg.): Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 107-140
- López, C.C. (2011): Primary health care in Spain and Catalonia: a nursing model perspective. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 45, Nr. Spe 2, 1721-1729
- Macinko, J./Harris, MJ (2015): Brazil's Family Health Strategy — Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. *New England Journal of Medicine* 372, Nr. 23, 2177-2181
- Malta D.C./Santos, M.A.S./Stopa, S.R./Vieira, J.E.B./Melo, E.A./dos Reis, A.A.C. (2016): Family Health Strategy Coverage in Brazil, according to the National Health Survey, 2013. *Ciência & Saúde Coletiva* 21, Nr.2, 327-338
- MS/DAB – Ministério da Saúde/Departamento de Atenção Básica (2016): Histórico de cobertura da Saúde da família - atualizado em julho de 2016. Online verfügbar unter: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php [Stand 2016-08-09]
- MS/ME – Ministério da Saúde/Ministério da Educação (2007): Programa Nacional de Reorientação da Formação em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implantação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde
- OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development (2014): OECD Health Statistics 2014. How does Brazil compare? Online verfügbar unter: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-BRAZIL-2014.pdf> [Stand 2016-08-09]
- Paim, J./Travassos, C./Almeida, C./Bahia, L./Macinko, J. (2011): The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet* 377, Nr. 9779, 1778-1797
- Schaeffer, D./Hämel, K. (i. E.): Kooperative Versorgungsmodelle ? eine internationale vergleichende Betrachtung. In: Jungbauer-Gans, M./Kriwy, P. (Hg.): *Handbuch Gesundheitssoziologie*. Berlin: Springer
- Schaeffer, D./Hämel, K./Ewers, M. (2015): Versorgungsmodelle für strukturschwache und ländliche Regionen. Anregungen aus Finnland und Kanada. Weinheim/München: BeltzJuventa
- Soares, S. (2012): Bolsa Família, it's design, it's impacts and possibilities for the future. Working Paper, Nr. 89. Brasília: International Policy Centre for Inclusive Growth
- Rio Prefeitura, Saude e Defesa Civil (2011): Carteira de Serviços. Guia de Referência Rápida. Relação de serviços prestados na Atanção Primária à Saúde. Versão Profissional. Rio de Janeiro: PCRJ
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): Bedarfsge-rechte Versorgung – Perspektiven fu?r ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gut-achten 2014. Bonn: SVR
- Ugá, M.A.D./Santos, I.S. (2007): An Analysis Of Equity In Brazilian Health System Financing. *Health Affaires* 26, Nr. 4, 1012-1028
- Victoria, C.G./Barreto, M.L./Leal, M.C./Monteiro, C.A./Schmidt, M.I./Paim, J./Bastos, F.I./Almeida, C./Bahia, L./Travassos, C./Reichenheim, M./Barros, F.C./Lancet Brazil Series Working Group (2011a): Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *The Lancet* 377, Nr. 9782, 11-17
- Victoria, C.G./Aquino, E.M.L./Leal, M.C./Monteiro, C.A./Barros, F.C./Szwacwald, C.L. (2011b): Ma-ternal and child health in Brazil: progress and challenges. *The Lancet* 377, Nr. 9780, S.1863-1876
- WHO – World Health Organisation (2008): Primary health care now more than ever. The world health report 2008. Geneva: WHO
- WHO – World Health Organization (1978): Declaration of Alma-Ata. International Conference on Pri-mary Health Care, Alma Ata, USSR, 6–12 September

Prof. Dr. Kerstin Hämel¹

Prof. Dr. Dirce Stein Backes²

Prof. Dr. Ligia Giovannella³

Prof. Dr. Andreas Büscher⁴

- 1 Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften
- 2 Centro Universitário Franciscano (UNIFRA), Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasilien
- 3 National School of Public Health, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasilien
- 4 Hochschule Osnabrück, Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Kerstin Hämel, Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universitätsstraße 25, 33615 Bielefeld, E-mail: kerstin.haemel@uni-bielefeld.de

Maria do Céu Barbieri-Figueiredo, Ana Isabel Vilar, Luísa Andrade, Cláudia Araújo, Maria João Rocha da Silva

Familiengesundheitspflege – Entwicklung und Implementation in der Primärversorgung in Portugal

Family health nursing – development and implementation in primary health care in portugal

This paper aims at presenting an overview of the development of Primary Health Care in Portugal and the evolutionary role of nurses in primary care, particularly towards caring for the family. Primary Health Care organization started in 1971 and a long way has been journeyed till nowadays, with changes improving the proximity, accessibility, quality and continuity of care, responding to major changes in demography, family composition and health indicators. Nurses, working in community care, played an important role since its inception but new responses were developed to respond to health needs of individuals, families and groups, namely with the creation and regulation of the title of the Family Health Nurse specialist.

Keywords

Family Health Nursing, Primary Health Care, Health Policy, Portugal

Ziel des Beitrags ist es, einen Überblick über die Entwicklung der Primärversorgung in Portugal zu geben und dabei die Rolle der Pflege, speziell mit Blick auf die Etablierung familienorientierter Versorgung, herauszuarbeiten. Aufgrund der Veränderung der demografischen und gesundheitlichen Rahmenbedingungen wurde das portugiesische Konzept der Primärversorgung seit der Einführung 1971 mehrfach reformiert, u. a. um ein wohnortnäheres Versorgungsangebot zu schaffen, Zugangsbarrieren abzubauen und eine hohe Qualität und Kontinuität zu gewährleisten. Von Beginn an hat dabei die Pflege

bei der Entwicklung der gemeindeorientierten (Primär-)Versorgung eine wichtige Rolle übernommen. Um dem veränderten Bedarf von Individuen, Familien und Gruppen gerecht zu werden, wurde die Spezialisierung und Qualifikation in der Familiengesundheitspflege („Family Health Nurse Specialist“) eingeführt.

Schlüsselwörter

Familiengesundheitspflege, Primärversorgung, Gesundheitspolitik, Portugal

Introduction

The International Council of Nurses (2002) and WHO (2000a) advocate for the need to increase the role of nursing in promoting the health of families in all settings of health care. Nurses are the forefront of care provision in a family focus in health care to improve the health of families. Consistent with this emphasis, Portugal and Portuguese nursing leaders work to enhance Primary Health Care delivery for families and the population.

The concept of the Family Health Nurse presented by WHO Europe (WHO 2000b) was based on community nursing experiences from many countries, especially those of health visitor and community nurses. The role and functions of the Family Health Nurse contain elements that were already part of the role of community nurses working in Primary Health Care all over the European Region.

In Portugal, some of the principles of the WHO policy framework „Health 21“ (WHO 1998) have already been in place since 1971. Nevertheless, these international orientations guided the direction of nursing care reforms, both in the reorganization of the care provided in Health Centres and in its theoretical underpinnings and, also, in the projects initiated in the novel Family Health Units and Community Care Units.

Portuguese society has changed considerably in the last 40 years, at politic, economic, social and cultural level, due to internal factors, resulting from the establishment of a democratic constitutional republic in 1974, and external influences such as the accession to the European Union in 1985. Universal access to health was one of the most important achievements of democracy and currently all residents in Portugal have access to health care provided by the National Health Service (NHS), financed mainly through taxation.

By emphasizing promotion, maintenance, and restoration of the health of the family, nursing leaders and nurses in Portugal are actively engaged in providing care to families and developing best family nursing practices. This paper aims at presenting an overview of the development of Primary Health Care in Portugal and the evolutionary role of nurses in primary care, particularly towards caring for the family. The three major sections of this paper focus on population demographic data, health care policy influence, and the development of Family Health Nursing in Portugal.

1. Portugal: families, society and health

Portugal, with a resident population of 10,457,295 inhabitants in 2013 (FFMS 2015), is the most western country of the European continent. Bordered north and east by Spain, and south and west by the Atlantic Ocean, it has a Continental mainland and two Autonomous Regions: the archipelagos of the Azores (Autonomous Region of Azores) and Madeira (Autonomous Region of Madeira). Its territory has a total area of 92,225,24 km² and is divided administratively in three regions designated NUTS 1: Portugal, the Azores and Madeira. Continental Portugal is divided into five NUTS 2: North, Central, Lisbon, Alentejo and Algarve (EUROSTAT 2015). This territorial division overlaps the Health Regions, created by Decree-Law 11/93 of 15th January (Decreto-lei 11/93).

Concerning the socio-demographic characteristics of the population in Portugal, one of the most relevant fact is an increasing aging population over the last decades. According the most recent statistic data, about 19.6% of the population is aged 65 years and over.

In 2015, the aging index (number of elderly people per 100 young people) was 143.9%. The dependency ratio of the elderly, was 31.4 in 2015 and has been increasing in recent years, a trend contrary to the dependency ratio of young people, which has decreased.

The aging population, together with epidemiological changes, such as the rise in chronic diseases, the presence of co-morbidities and complex therapeutic regimens to manage, lead to increasing care needs, both from health professionals and informal caregiver.

The working age population (population 15 to 64 years old) has decreased in the last decades and represents 65.7% of total population. Life expectancy at birth averages 80.9 years for men and women. The infant mortality rate in 2015 was 2.9‰ (FFMS 2015). The aging population demographic transition is followed by the decrease in total fertility rate (1.21 in 2013), with the mean age of 30.4 years for the mother at the birth of her first child. In addition, 47.6% of the total live-births are born out of wedlock, representing a significant demographic shift for Portuguese families (percentage was 16.9 % in 1993).

The number of Portuguese families increased by 10.8% over the last decade, with an average of 2.6 persons per household. The family composition has changed over time and although there is greater representation of marital households with children (37.4%), the number of couples without children has grown. Single persons account for 19.6% of households, with 50.9% being aged 65 and older. Economic crisis and austerity measures induced mass migration, mainly to Western Europe. Since 2010, more than 110,000 citizens/year left the country (Observatório da Emigração 2015).

In Portugal the number of working women is equivalent to the number of working men (59.6% to 65.8%), and the vast majority of them works full time (Comissão para a

Cidadania e Igualdade de Género 2015). Only 14.8% of employed women work part-time, a percentage much lower when compared with the Netherlands (76.9%), Germany (47%) and the average EU (32.8%) (ibd.). This position in the labor market brought changes in family roles, nevertheless the dominant social model continues to give women the responsibility of housework and family care.

In short, major changes in family composition have been observed in Portugal in the last decades, with consequent change in organization and roles. They include an increase in the number of people living alone, single-parent families, couples without children; a significant rise in births outside marriage; and a growth in unmarried couples.

These changes in Portuguese families, and the issues related to the functioning and family health are relevant for family nurses. They have to take in account the negative impact of the economic crisis in individual and family health (OPSS 2016) with the increase in unemployment and poverty rates. Injustices and inequalities in health were accentuated when compared with neighboring countries. However, according to OECD (2015), the Portuguese health system has responded well to financial pressures in recent years, achieving an effective balance between financial consolidation and improving the quality of health care, meeting the expectations of Portuguese citizens for whom, health concerns are at the top of their priorities (DGS 2015).

2. Health care policy in portugal

The Portuguese National Health Service dates back to 1979, following the Carnation Revolution of 25th April, 1974, a landmark that started democracy after five decades of dictatorship. The approval of the Constitution of the Portuguese Republic granted the right of all citizens and the community, to protection of health with „the creation of a universal, free-of-charge National Health System“, covering not only disease treatment, but also health promotion and disease prevention. The National Health Service (NHS) was created by Law 56/79 (Lei 56/79) and encompassed structures to ensure universal coverage of health care at different levels of prevention: primary, secondary and tertiary. The NHS development followed the principles of the „Declaration of Alma-Ata“ (WHO 1978), that emphasized Primary Health Care as essential care to every citizen and included individual active participation on the part of citizens.

In Portugal, Primary Health Care services have existed since the reform of health initiated in 1971, with the creation of Health Centres. These early Health Centres (HC) were designated as the 1st generation Health Centres. The first HCs were implemented in Minho, in the North of the country, due to the presence of the worst health indicators in the country. Innovative for the time in the context of European health, the care philosophy was focused primarily on population protection, prevention of major infectious diseases (i.e. large-scale vaccination campaigns) and assistance of the most vulnerable groups in society, mainly women and children.

Two approaches of care in the community coexisted: one based on community health, aiming at promoting health and preventing disease, and another, curative, provided predominantly in community clinics, supported with medical-social services of health insurance funds, and responsive to the patients demands (Henriques et al. 2011).

This organization of health provision lasted about 10 years, and underwent significant changes in 1983, with the creation of the 2nd generation Health Centres, Regional Health Authorities, and the General Directorate of Primary Health Care at central level. This reform encompassed a broader concept of health, reflecting the statements of Ottawa Charter of the World Health Organization (WHO 1986). Supportive of the existing system, the 2nd generation HC work was controversial because the reform merged two different practices and two approaches of care in the community context (preventive versus curative), each with independent structure, resources, organization and culture (Henriques et al 2011). This reform was accompanied by the emergence of a new medical specialization, the career of general practitioners (GPs)/family doctors (Barros et al. 2011). The 3rd generation Health Centres, created by Decree-Law No. 157/99, in 1999, emerged from the experience of Primary Health Care provision and an evolving contextual change in health care that was more citizen-oriented and focused in obtaining actual health gains in patients and families. This law, republished in 2005 (Decreto-lei 88/2005), gave autonomy to Health Centres organisation, with legal responsibilities.

A task group for Primary Health Care was formed in 2005; they created the Primary Health Care Mission Unit, in direct dependence of the Health Ministry. The work goal of the task group was to redesign primary care provision and monitor the implementation of Family Health Units (USF). Family Health Units (Decreto-lei 298/2007) have organizational, functional and technical autonomy to provide Primary Care. The units consist of multidisciplinary teams (doctors, nurses and administrative staff), who join together voluntarily.

The Family Health Units (USF) were created with the objective of (1) improving the proximity, accessibility, quality and continuity of care; (2) achievement of the health indicators internally contracted, as well as (3) the satisfaction of its users, and all professionals, through better working conditions (Waddington 2008). The legal framework of the Family Health Units (USF) determines that they are responsible for providing health care to the population of a given geographical area, assisting an average of 1,900 users per family doctor to ensure accessibility and quality of the care (OECD 2015). Currently there are 450 Family Health Units (USF) in operation, with 8,235 health professionals (2,958 are nurses), and covering more than 5 million users across Portugal (Biscaia et al 2016) (See Figure 1)..

An organizational structure, the Groups of Primary Health Centres [ACES] (Decreto-lei 28/2008) was created in 2008, with technical, administrative and financial autonomy, thus encouraging self-government and accountability of HCs. Their mission is to ensure the provision of Primary Health Care in a particular geographic area, enhancing

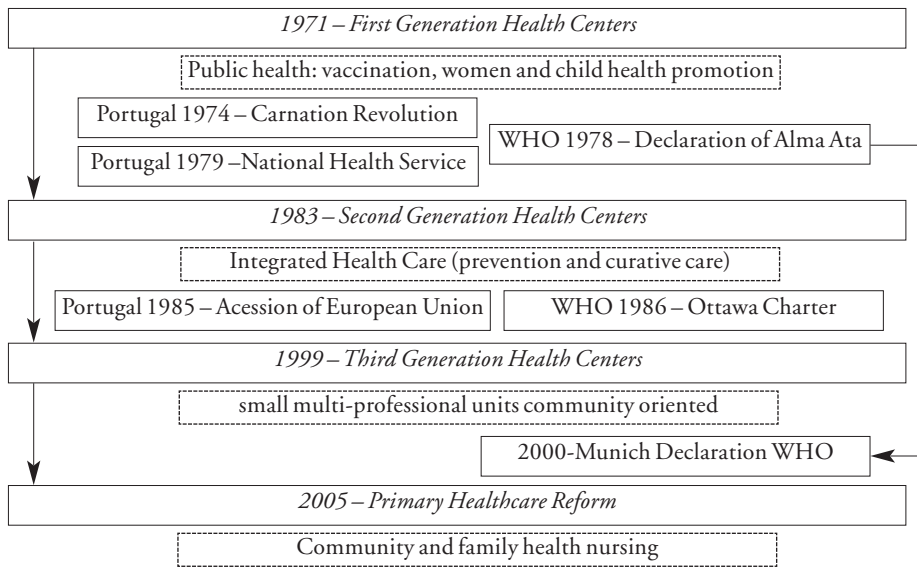


Figure 1 Evolution of primary health care in Portugal
Adapted from: Henriques et al. 2011: 1784

health gains (Barros et al. 2011). Each ACES is led by an Executive Director (DE) and consists of five functional units: Family Health Units (USF), Personalized Care Units (UCSP), Community Care Units (UCC), Public Health Units (USP) and Shared Resources Unit (URAP) (See Table 1).

<i>Functional Unit</i>	<i>Unit Mission</i>	<i>Unit Health Staff</i>
Family Health Units (USF) /- Personalized Care Units (UCSP)	Direct interventions toward the person and the family	Doctors, nurses and administrative staff
Community Care Units (UCC)	Health care and psychological and social support home and community level, especially to people, families and vulnerable groups. Target groups/communities in different contexts, guided by National Health Plan.	Specialist nurses, social workers, doctors, psychologists, nutritionists, physical therapists, speech therapists and other professionals. Led by a Specialist Community Nurse.
Public Health Units (USP)	Promote actions directed toward population in general and their environments, wide scope actions. Health observatory in the area of ACES (epidemiological surveillance).	Public health doctors, public health/community nurses and environmental health technicians.
Shared Resources Unit (URAP)	Provide consulting services and assistance to the former functional units and links to hospital services.	Specialist doctors of various specialties, social workers, psychologists, nutritionists, physiotherapists, oral health technicians.

Table 1: Groups of Primary Health Centres (ACES) Units, Mission and staff

One interesting feature of the Reform of Primary Health Care (2008) was the creation of the Community Care Units (UCC), developed and operated by specialist nurses and other health professionals, and led by nurses. These UCCs integrate Continuous Care Teams (UCCI) and Community Support Teams in Palliative Care (ECSCP) to intervene with the elderly and/or the dependent person. According to the latest data, there are currently 185 operating Community Care Units across the country (UCC) (Fernandes et al. 2016; Henriques et al. 2011).

Despite the fact that the Portuguese health care model is geared toward health promotion and disease prevention (the pillars of Primary Health Care), care provision is still very dependent on the secondary and differentiated care. In 2012, Portugal had 229 hospitals and 387 Health Centres. Half of the hospitals (107) belong to the National Health Service, with private hospitals distributed between non-profit (Misericórdias) and profit-making organizations (FFMS 2015). This discrepancy in care provision settings is also visible in the human resources allocation with the majority of the doctors and nurses working in hospitals. The most recent figures (FFMS 2015) show that the number of physicians per 1,000 inhabitants is 4.68, and the number of nurses is 6.37 in Portugal. The relative number of nurses in Portugal is well below that of other European countries; the ratio of nurses to physicians is much lower than in most countries (OECD 2015).

Overall, the NHS has emphasized the growth, development, and operation of HCs promoting primary care health intervention to individuals and families since democracy. However, the majority of health care resources remain focused in secondary and differentiated care with professional providers (namely doctors and nurses) designated to inpatient care. Further expansion of the emphasis on Primary Care is needed in Portugal to meet the overall health care needs of individuals, families and communities, due to demographic aging of the Portuguese society and increased health consumption.

3. Family health nursing development in portugal

Nurses have been in the forefront of nursing care delivery in Primary Health Care in Portugal. Despite the fact that nursing education was integrated in mainstream higher education at bachelor level only in 1988, nurses have been prepared to work with individuals, families and communities since 1965 in Portugal. The study plan of nursing education reform of 1965 (Decreto nº 46448), a national nursing curriculum, gave nursing education autonomy from hospitals, provided nursing students a supernumerary status, and added public health both as a theoretical course and practice placement.

Nursing leaders developed nursing education curricula to intervene in the community, as they knew that the key to improving health and reducing the maternal and infant mortality rates (indicators that assumed values of underdeveloped countries) were critical to change the health of the Portuguese people (OE 2015). These indicators improved impressively due to changes in care provided, societal changes, upgrading of li-

ving conditions and health care accessibility. These changes were planned and organized countrywide. Nurses played a major role in the decrease of infant mortality (from 55.5‰ in 1970 to 2.9‰ in 2015) and vaccination coverage rate (98% in 2015) of the Portuguese population (OECD 2015; Fernandes et al. 2016).

However, both in first and second generation Health Centres, nursing interventions remained very much task oriented and focused on disease prevention and health promotion within vulnerable groups (maternal and infant health and families at risk of poverty), not fully using the capability of the nurse's education and skills to their highest level of practice. The Munich Declaration (2000), reinforced the importance of the nurses' role to improve the overall health of individuals, families and communities through the provision of competent nursing care that is culturally sensitive, evidence-based and family focused. The declaration, signed by 48 representatives of the Ministries of Health of European Region, *„urges all relevant authorities in WHO's European Region to step up their action to strengthen nursing and midwifery, by seeking opportunities to establish and support family-focused community nursing and midwifery programmes and services, including, where appropriate, the Family Health Nurse“* (WHO 2000a: 1).

This declaration represented a welcome challenge for the Portuguese nurses, supported by the Ministry of Health and the National Nursing Association (Ordem dos Enfermeiros), the regulatory body of the nursing profession in Portugal. The Ministry of Health, through the Directorate General for Health, created a working group that prepared a study with the title *„Family Nurse - evaluation of care provided to the family“* and the National Nursing Association developed efforts to spread the WHO guidelines, preparing documentation and organising National workshops. The leadership of the National Nursing Association was crucial in the organization of a conference in 2002, with the theme *„To each family, one nurse,“* and the publication of a book, with the proceedings of the conference, which described 37 intervention projects led by nurses in the community (OE 2002).

This development, supporting and enhancing nursing care provided in the community, took place simultaneously with the reorganization of Primary Health Care, particularly with the creation of Family Health Units. Legal recommendation asserted that every family nurse should be assigned 300 to 400 families, living in the same geographical area instead of the traditional organization of family doctor files, the previous organization of 2nd generation Health Centers (Decreto-lei 298/2007). These decisions were the guiding force for family nursing development in Portugal.

In line with the nursing profession, the Primary Health Care Mission Unit recognized that the competence of nurses to work with families requires a thorough knowledge of the families' dynamics, the interaction between the various family members, and the knowledge base for providing family nursing care should be integrated into nursing education programs. The National Nursing Association established the title of *„Nurse Specialist in Family Health Nursing“* in 2011, and the specific competencies of the specialist nurse were legislated. The Nurse Specialist in Family Health Nursing will: *„a) Care for the family as the unit of care; and b) Provide specific care at different stages of fami-*

ly life cycle, focused on the primary, secondary and tertiary levels of care“ (OE 2011b).

At this time, family nurses, working in Family Health Units, are generalist nurses, with a bachelor’s degree. The specialization program is not as yet settled. The majority of the nurses currently develop general competencies to intervene with families and communities in their undergraduate education. Recently, in October 2016, a law was published (Portaria 281/2016) creating a working group for the development and monitoring of Family Health Nurse development, with a focus on future implementation Family Health Nursing specialization.

Recognizing the need for nurses prepared to care for families, a large number of Family Health Units have started the continuing education of their nursing professionals though an action-research project named Dynamic Model of Family Assessment and Intervention (ESEP 2016), the theoretical model adopted by the National Nursing Association for Family Health Nursing Practice in 2011 (Figure 2).

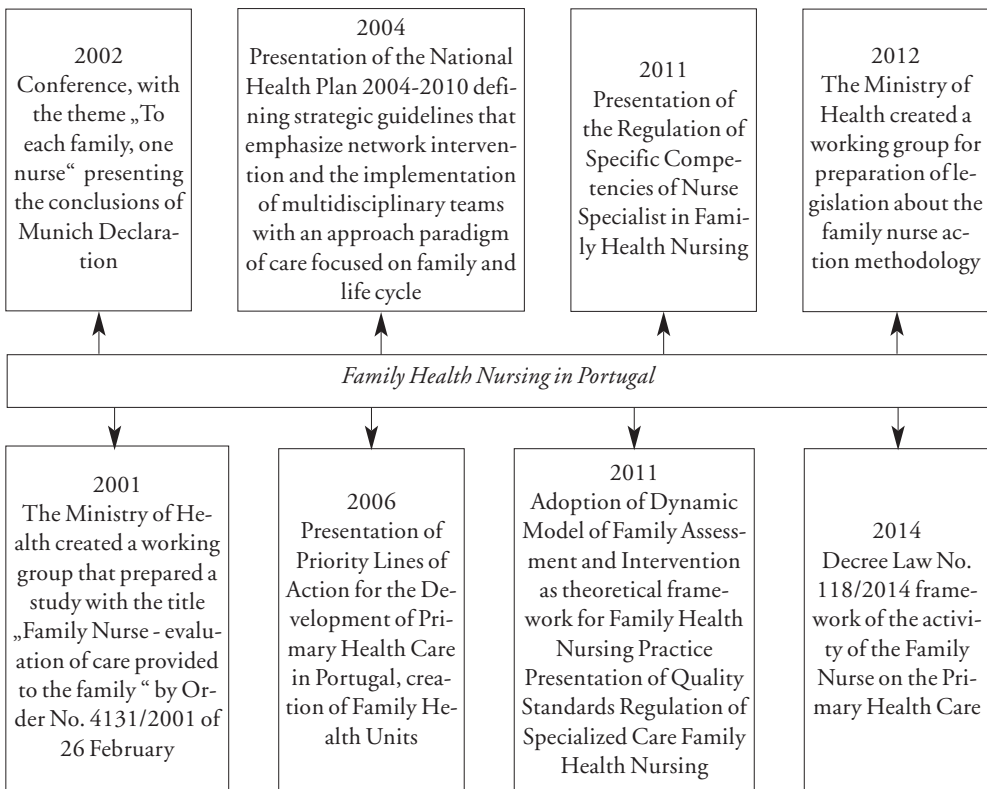


Figure 2 Landmarks of family health nursing in Portugal
Adapted from Araújo, 2014: 33

Theoretical background and practice of family health nursing

As recommended by WHO, the Family Health Nurse has primary responsibility for helping „*individuals and families to cope with illness and chronic disability, or during times of stress, by spending a large part of their time working in patients' homes and with their families*“ (2000b: 1). Working with families to provide nursing care to the family as the unit of care demands that the Family Health Nurse develops knowledge of concepts and theories related to family assessment and intervention, family dynamics, family development, family health factors, and social, cultural, demographic and epidemiological characteristics of families (Anderson 2000; OE 2010, 2011a; WHO 2000b). The Position Statement for the Generalist Family Nursing Competencies (IFNA 2015) articulates five competencies to guide nursing practice with families: focusing on family health promotion and family strengths; supporting family and individual growth in family self-management, life transitions, and health management; assurance of quality of nursing care with families; reflection of practice with families and self; and use of evidence as a basis for practice. These competencies are integrated into a minority of undergraduate nursing curricula in Portugal (ESEP 2016a; Martin et al. 2013).

There is not one single theoretical model that supports the nursing care for the family in its complexity, thus the Family Health Nurse needs to expand the conceptual horizon to make decisions on what is the best approach to take to provide individualized care according to the needs of each family system and each individual member of the family. The International Council of Nurses (2002) recommends that family nurses deepen their knowledge base considering aspect of four different theoretical approaches: The Family Assessment and Intervention Model (FAIM), The Friedman Family Assessment Model, The Calgary Family Assessment and Intervention Model (CFAM/CFIM), and WHO/EURO Family Health Nursing Model. Since 2002, several family nursing models have been developed that offer further guidance for family nursing care. Family nursing experts in Portugal also participated in international and national family nursing curriculum and research studies.

From 2011-2013, the University of the West of Scotland led an EU funded project to develop the concept, role and competencies of the Family Health Nurse (FHN) in the EU that included partners from Austria, Germany, Poland, Portugal, Romania, Scotland, and Slovenia (Martin et al. 2013).

One of the work packages of the project was the development of an evaluation framework for Family Health Nursing practice, with the development of a case study. The case study project encompassed 24 families from Slovenia, Portugal and Romania with the purpose of validating the Minimum Data Set (MDS) for recording family health nursing interventions, developed after the ICNP Community Nursing Catalogue (ICN, 2012). Despite the diversity of the country policies, Primary Health Care organization and processes for nursing professional development, common features were identified across the three countries included (1) Interventions for Health Promotion and (2) Interventions for Infant/Child Development as the most frequent interventions recorded, predominantly in Portugal and Slovenia.

In this case study, it is important to emphasise that for the Portuguese families, a number of nursing interventions towards the family were out of the scope of the developed MDS. However, these interventions were implemented within Portugal's framework of the Dynamic Model of Family Assessment and Intervention, the model used in the Family Health Unit where the data were collected. The report of the Portuguese case studies clearly pointed out that nursing intervention and evaluation required the use of family nursing models that guide data collection and planning nursing interventions (ESEP 2013; Martin et al. 2013).

Nursing research in Portugal increased in recent years as a result of the MSc dissertations and PhD thesis in Nursing Science and reflects the knowledge produced about nursing practices in community, addressing family needs. Some of these studies attempted to characterize the attitudes of nurses in relation to the family in Primary Health Care using the Portuguese version of the scale „Families Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes (FINC-NA)“. (Oliveira et al. 2011). The results revealed that nurses have supportive attitudes towards the family, which is an important feature for the quality of care they provide (Freitas 2009; Martins et al. 2010; Oliveira et al. 2011; Barbieri-Figueiredo et al, 2012; Silva et al. 2013).

A recent concept analysis study (Araújo 2014), in Portuguese literature (according to Walker and Avant (2005) concept analysis methodology) revealed that the concept of Family Health Nursing is akin to the guidelines recommended by World Health Organization (2000) and International Council of Nurses (2002) and included the following attributes of Family Health Nursing: a) A member of the multidisciplinary team, b) Delivered care provision across life cycle of Individuals and Families, c) Agent who Promotes Health and Prevents Disease, d) Care Manager, e) Family as the Client, f) Collaborative style in the Provision of Care, and g) Facilitates Establishing of an Empowerment Relationship with Families.

Family Health Nurses are expected to focusing on the family as a whole and in its individual members, throughout the different stages of the life cycle, emphasizing health promotion, health maintenance and restoration of health. They are expected to provide care in collaboration with families, encouraging the meaningful participation of its members at all stages of that process, evaluating and promoting interventions to promote and facilitate changes in family functioning (Decreto-Lei 118/2014).

The Family Health Nurse is accountable for a number of families and for the development of nursing consultations according the life stages and implementation National Health Plan. For instance, according the Infant and Child Health National Programme, there is a scheduling of health monitoring appointments for key ages, matching important events in infant, child or adolescent life, such as the critical stages of physical, psychomotor, cognitive and emotional development, from 1st week of life till 18 years old. Family Health Nurses are also responsible for monitoring chronic diseases (hypertension, diabetes) and perform curative activities (care of wounds, medication administration) at the health center or in home visits. Family nursing interventions at the family home environment aim at supporting developmental transitions, such as the

birth of a new member, or situational transitions, like the care of a dependent family member.

An empirical research about how patients experience this approach to deliver nursing care with ten users of a Family Health Unit (Araújo 2014) revealed that all the attributes that characterize the Family Health nursing concept, as well as the legal guidelines, were present except interventions considering the family as a unit. This study supports the assertion that the family is still understood by nurses in a fragmented way, a unit divisible into parts, where nursing care continues to be directed to the individual in their family context (Kaakinen 2015), instead of consideration of the health of the whole family (Anderson & Denham 2015). Therefore, the small study undertook by Araújo (2014) highlights the importance for the Ministry of Health and the National Nursing Association to continue to join efforts to consolidate the Family Health Nurse role and practice in Portugal. In addition, it highlights the need for an investment in generalist and advanced practice family nursing education, and development of electronic documentation systems that incorporate family health care approaches. These ideas are supported by the evidence gathered by Silva (2016), in her PhD thesis, interviewing 28 Family Health Nurses of five Family Health Units (USF) / Personalized Care Units (UCSP) of the Regional Health Administration of Centre (of Portugal): they identified as strengths of the Reform of Primary Health Care, the increased accessibility care, the creation of Family Health Units and the new organization of nursing care. The same nurses recognized as weaknesses of the PHC Reform, the lack of post-graduate education in family nursing, lack of human resources and mobility of nursing staff, as well of inefficiencies of the documentation system.

Conclusion

Universal access to health care was one of the major changes of the last 40 years in Portugal, with significant improvements in measures of population health status and in health care outcomes. Primary Health Care organization evolved during this period, with greater autonomy, self-government and accountability of health professionals, namely nurses. Nurses working in community care played an important role since the inception of Primary Health Care. However, new responses to comprehensive family health care were developed to address health needs of individuals, families and groups occurred with the reorganization of Primary Health care and the creation of Family Health Units and Units of Care in the Community. The education of nurses in Portugal has begun to include family assessment and interventions, but continued intensified collaborative work between the Minister of Health and the National Nursing Association is needed to fully implement the Family Health Nurse role in Portugal.

Portuguese previous experience over the last decades has shown that nurses in Primary Health Care are responsible for better and equitable health outcomes in family health. The role of Family Health Nurse needs to strengthen, and political will is nee-

ded to fully recognize the potential of nurses and to join efforts between the actors in practice, nursing managers, nurse educators and family experts.

Thus, significant improvements are still required in Primary Health Care, especially regarding the lower ratio of nurses, the lack of nurses with specialized post graduate education and the in-depth debate regarding the implementation of conceptual frameworks of family nursing to guide family nursing care. Despite the diversity of theoretical backgrounds, nurses aim at contributing to the goal of achieving family health as “a dynamic, changing state of well-being, which includes the biological, psychological, spiritual, sociological, and culture factors of individual members and the whole family system, combining all aspects of the whole family as well as the life of its individual members” (Kaakinen et al. 2015: 5).

The health care system in Portugal advocates for the improvement of family health and continues to work with nurses toward facilitating health in the country’s population. With efforts of the Ministry of Health, the National Nursing Association, Institutions of Higher Education and Research Units, the structure is in place to continue the growth of Family Health Nursing in Portugal to improve the health of Portuguese families, as they work together to achieve the provision of quality care to families.

Acknowledgements: We wish to acknowledge the editing and clarifications received from Professor Kathryn Hoehn Anderson PhD., ARNP, PMHCNS-BC, LMFT, Georgia Southern University, USA, that improved thoroughly our manuscript.

References

- Anderson, K. (2000): The Family Health System approach to family systems nursing. In: *Journal of Family Nursing* 6, Nr. 2, 103-119
- Anderson, K./Denham, S. (2016): Developing a family-focused nursing practice. In: Denham, S./Eggenberger, S./Young, S./Krumwiede, N. (Hrsg.): *Family-Focused Care: ‘Think Family’ and Transform Nursing Practice*. Philadelphia, PA: F. A. Davis, 195-220
- Araújo, C. (2014): *Enfermagem com Famílias: Percepção dos Utentes de uma Unidade de Saúde Familiar dos Cuidados do Enfermeiro de Família? Nursing with Families: Clients’ Perception of Care Provided by Family Health Nurses* (Master Thesis in Nursing Science). Universidade do Porto. <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/77847/2/107967.pdf> (Stand 2016-10-27)
- Barbieri-Figueiredo, M./Santos, M./Andrade, L/Vilar, A./Martinho, J./Fernandes, I. (2012): *Atitudes, Conceções e Práticas dos Enfermeiros na Prestação de Cuidados às Famílias em Cuidados de Saúde Primários? Attitudes, Concepts and Practices of Nurses in Care Delivery to Families in Primary Health Care* In: Carvalho, J./Barbieri-Figueiredo, M./Fernandes, I./Vilar, A./Andrade, L./Santos, M./Figueiredo, M./Martinho, M./Martins, M./Oliveira, P. (Hrsg.) *Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família [Knowledge transferability in Family Nursing]*, 36-43 http://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/transferibilidade_conhecimento_ef.pdf (Stand 2016-11-13)
- Barros, P./Machado S./Simões J. (2011): Portugal: Health system review. *Health Systems in Transition*. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/150463/e95712.pdf (Stand 2016-11-03)
- Biscaia, A./Pereira, A./Antunes, A. (2016): O momento atual dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal 2015/2016 (Current moment of Primary Health Care in Portugal 2015/2016). <https://app.box.com/s/v2eytv8etembizqa64v7u3jilt1165> (Stand 2016-10-28)

- Comissão para a cidadania e igualdade de género (2015). Igualdade de género em Portugal 2014 ?Gender equality in Portugal 2014?. <https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2016/03/Igualdade-de-G%C3%A9nero-em-Portugal-2014.pdf> (Stand 2016-10-28)
- Decreto-lei 118/2014 de 5 de agosto do Ministério da Saúde. Enquadramento da atividade do enfermeiro de família. Diário da República: I série, nº 149, 4069-4071
- Decreto-lei 298/2007 de 22 de agosto do Ministério da Saúde. Regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF). Diário da República: I série, n.º 161, 5587 - 5596
- Decreto-lei 88/2005 de 3 de junho do Ministério da Saúde. Regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde. Diário da República: I série-A, nº 107, 3606
- Decreto-lei 11/1993 de 15 de janeiro do Ministério da Saúde. Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República: I série A, nº 12, 134 - 135
- Decreto 46448 de 20 de julho de 1965 do Ministério da Saúde e Assistência. Diário do Governo, 1023 - 1024
- Direção Geral da Saúde (DGS) (2015). A saúde dos Portugueses perspectiva 2015 ?Health of Portuguese. Perspective 2015?. <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/a-saude-dos-portugueses-perspetiva-2015-pdf.aspx> (Stand 2016-10-28)
- Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) (2013): Country report – Case Study Escola Superior de Enfermagem do Porto – Portugal. Family Health Nursing in European Communities (FamNrsE), unpublished internal report
- Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) (2016a): Project Family Health Nursing in European Communities. <http://www.esenf.pt/pt/i-d/projetos-internacionais/famnrs-project/> (Stand 2016-10-27)
- Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) (2016b): Dynamic Model of Family Assessment and Intervention (MDAIF). http://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/mdaif_ing.pdf (Stand 2016-10-27)
- EUROSTAT (2015): Regions in the European Union - Nomenclature of territorial units for statistics NUTS 2013/EU-28. <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/6948381/KS-GQ-14-006-EN-N.pdf/b9ba3339-b121-4775-9991-d88e807628e3> (Stand 2016-10-27)
- Fernandes, A./ Mendes, A./ Leitão, M./ Gomes, S./ Amaral, A./ Bento, M. (2016): The contribution of Portuguese nursing to universal health access and coverage. In: Revista Latino-Americana de Enfermagem, <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/0104-1169-rlae-02671.pdf> (Stand 2016-10-27)
- FFMS - Fundação Francisco Manuel dos Santos (2015): Portrait of Portugal in Europe PORDATA, 2015 http://www.pordata.pt/ebooks/EN/PT_EU2015v201506121000/files/extfiles/downloadURL.pdf (Stand 2016-10-27)
- Freitas, A. (2009): Avaliação e intervenção de enfermagem de família nos CSP na RAM ?Family Nursing Assessment and Intervention in PHC in Madeira Autonomous Region]. In: Barbieri, M./ Martins, M./Figueiredo, M./Martinho, M./Andrade, L./Oliveira, P./Fernandes, H./Vilar, A./Carvalho, J./Santos/M.: Da investigação à prática de enfermagem de família. 24-33 http://portal.esenf.pt/www/pk_menus_ficheiros.ver_ficheiro?fich=F2042243075/%5Bbook%5D%20Enfermagem%20de%20Familia.pdf (Stand 2016-10-27)
- Henriques, M./ Garcia, E./ Bacelar, M. (2011): The perspective of community health nursing in Primary Health Care in Portugal. In: Revista da Escola de Enfermagem da USP, 45 (Esp. 2), 1782-1787 http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45nspe2/en_26.pdf (Stand 2016-10-27)
- International Council of Nurses (ICN) (2002): Nurses Always There For You: Caring For Families Information and Action Tool Kit. <http://www.icn.ch/publications/2002-nurses-always-there-for-you-caring-for-families> (Stand 2016-10-27)
- International Council of Nurses (ICN) (2011): Community Nursing A shared project with the Scottish Government and the National Health Service Scotland. International Classification for Nursing Practice (ICNP) Catalogue. http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CatalogoCI-PE_web_julho2015.pdf (Stand 2016-10-27)
- International Family Nursing Association (IFNA) (2015). IFNA Position Statement: Generalist Family Nursing Competencies <http://internationalfamilynursing.org/wordpress/wp-content/uploads/2015/07/GC-Complete-PDF-document-in-color-with-photos-English-language.pdf> (Stand 2016-10-27)

- Kaakinen J./Hanson, S. (2015): Family Health Care Nursing: An Introduction. In Kaakinen, J./ Coehlo, D./ Steele, R./ Tabacco, A./ Hanson, S. (Hrsg.): Family Health Care Nursing: Theory, Practice and Research. 5th Edition. Philadelphia: F.A. Davis, 3-32
- Lei 56/79 de 15 de setembro do Ministério da Saúde. Criação do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República: I série, nº 214, 2357-2363
- Martin, P./ Duffy, T./ Johnston, B./ Banks, P./ Harkess-Murphy, E./ Martin, C. (2013): Family health nursing: a response to the global health challenges. In: Journal of Family Nursing 19(1): 99-118. <http://jfn.sagepub.com/content/early/2013/01/03/1074840712471810.abstract> (Stand 2016-10-27)
- Martins, M./ Martinho, M./ Ferreira, M./ Barbieri Figueiredo, M./ Oliveira, P./ Fernandes, I./ Vilar, A./ Figueiredo, M./ Andrade, L./ Carvalho, J. (2010): Enfermagem de Família: atitudes dos enfermeiros face à família - estudo comparativo nos CSP e no Hospital [Family Nursing: Nurses Attitudes towards families – a comparative study in PHC and Hospital]. In: Barbieri, M./ Martins, M./ Figueiredo, M./ Martinho, M./ Andrade, L./ Oliveira, P./ Fernandes, I./ Vilar, A./ Santos, M./ Carvalho, J. (Hrsg.) Redes de Conhecimento em Enfermagem de Família, 20-33 http://www.esenf.pt/fotos/editor2/redes_de_conhecimento_enfermagem_de_familia.pdf (Stand 2016-10-27)
- Observatório da Emigração (2015), Portuguese Emigration Factbook 2015, Lisboa: Observatório da Emigração, CIES-IUL, ISCTE-IUL. DOI: 10.15847/CIESOEMFB2015 http://observatorioemigracao.pt/np4/file/4924/OEm_Factbook_2015.pdf (Stand 2016-10-27)
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) (2016) Saúde Procuram-se novos caminhos. Relatório de Primavera (Health. New ways are sought. Spring Report) http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/Relatorio_Primavera_2016_1.pdf (Stand 2016-10-27)
- Ordem dos Enfermeiros (OE) (2002): A cada família o seu enfermeiro? To each family, one nurse?. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010): Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Familiar. http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeFamiliar_aprovadoAG20Nov2010.pdf (Stand 2016-10-27)
- Ordem dos Enfermeiros (OE) (2011a): Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Familiar. <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeFamiliar.pdf> (Stand 2016-10-27)
- Ordem dos Enfermeiros (OE) (2011b): Regulamento n.º 126/2011 Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República, 2.ª série — n.º 35, 18 de Fevereiro de 2011, 8660-61
- Ordem dos Enfermeiros (OE) - Sub-Região dos Açores (2015): Grande Entrevista. ?Interview? Revista Enfermagem Açores Heft Nr. 2, 10-12 <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoeres/RevistaSRAcoeres/Revista/02/files/assets/basic-html/page10.html>. (Stand 2016-10-27)
- Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) (2013): Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en (Stand 2016-10-27)
- Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) (2015): OECD Reviews of Health Care Quality: Portugal 2015: Raising Standards, OECD Publishing, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264225985-en> (Stand 2016-10-28)
- Oliveira, P./Fernandes, H./Vilar, A./Figueiredo, M./Ferreira, M./Martinho, M./Barbieri, M./Andrade, L./Carvalho, J./Martins, M. (2011): Attitudes of nurses towards families: validation of the scale Families' Importance in Nursing Care - Nurses Attitudes. Revista Escola de Enfermagem da USP 45(6):1329-35. http://www.scielo.br/pdf/reecusp/v45n6/en_v45n6a08.pdf (Stand 2016-10-27)
- Portaria n.º 281/2016 de 26 de outubro do Ministério da Saúde. Diário da República: I série, n.º 206, 3829 – 3830

- Silva, M (2016): *Enfermagem de Família: Contextos e processos em Cuidados de Saúde Primários* [Family Nursing: Contexts and processes in Primary Health Care]. (PhD Thesis in Nursing Science). Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/84294/2/113541.pdf> (Stand 2016-10-27)
- Silva, M./ Costa, M./Martins, M. (2013): *A família em cuidados de saúde primários: Caracterização das atitudes dos enfermeiros* [Family in Primary Health Care. Caractherization of nurses attitudes]. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 Nr. 11, 19-28. http://rr.esenf.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2402&id_revista=9&id_edicao=58 (Stand 2016-10-27)
- Waddington, R. (2008): Portugal's rapid progress through Primary Health Care. In *Bulletin of World Health Organization*, 86 Nr. 11, 826-827 <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/11/08-041108.pdf> (Stand 2016-11-03)
- Walker, L/Avant, K (2005): *Strategies for theory construction in nursing*. 4ed. Appleton & Lange: Norwalk
- World Health Organization (WHO) (1978): *Declaration of Alma Ata*. International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, USSR http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1 (Stand 2016-10-27)
- World Health Organization (WHO) (1986): *The Ottawa Charter for Health Promotion*. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> (Stand 2016-10-27)
- World Health Organization (WHO) (1998): *HEALTH21: an introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region*. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/109759/EHFA5-E.pdf (Stand 2016-10-27)
- World Health Organization (WHO) (2000a): *Munich Declaration: Nurses and midwives: a force for health*. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/53854/E93016.pdf (Stand 2016-10-27)
- World Health Organization (WHO) (2000b): *The Family Health Nurse: context, conceptual framework and curriculum*. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/53860/E92341.pdf (Stand 2016-10-27)
- World Health Organization (WHO) (2010): *Nursing Midwifery Services: Strategic Directions 2011 - 2015*. http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/ (Stand 2016-10-27)

Maria do Céu Barbieri-Figueiredo, RN, MSc, PhD ^{1,2,3}

Ana Isabel Vilar, RN, MSc, PhDc ^{1,2}

Lúisa Andrade, RN, MSc, PhD ^{1,2}

Cláudia Araújo, RN, MSc ⁴

Maria João Rocha da Silva, RN, MSc, PhDc ⁵

1 ESEP, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal

2 NIEF, Núcleo de Investigação de Enfermagem de Família (Family Nursing Research Group), ESEP, Portugal

3 CINTESIS, Center For Health Technology and Services Research, Universidade do Porto, Portugal

4 USF Unidade de Saúde Familiar da Barrinha, Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Vouga, Portugal

5 ICBAS, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, Portugal

Contact author:

Maria do Céu Barbieri-Figueiredo

Escola Superior de Enfermagem do Porto, Rua Dr. António Bernardino de Almeida
4200-072 Porto, Portugal, ceubarbieri@esenf.pt