



Uta Boeckler

MNurs Health Promotion,
Dipl. Berufspäd. Pflegewissen-
schaft

Korrespondenzadresse

Uta Boeckler

Gesundheits- und Kranken-
pflugeschule der Heidekreis-
klinikum GmbH
Saarstr. 16
D-29664 Walsrode
boeckler@heidekreis-klini-
kum.de

Primary Nursing einfach evaluieren?

Eine Auseinandersetzung mit Problemen und Strategien

Uta Boeckler

Die Evaluation des Pflegeorganisationssystems Primary Nursing nach Marie Manthey ist methodisch problematisch. Ziel der vorliegenden systematisch deskriptiven Review ist die beschreibende Analyse bisheriger Evaluationsansätze im Hinblick auf Forschungsdesign und Datenerhebungsmethoden. Eine systematische und umfassende Literaturrecherche wurde durchgeführt, um alle Übersichtsartikel zu Evaluationsstudien von Primary Nursing seit 1970 sowie alle relevanten Primärstudien aus dem europäischen Raum zwischen 1990 und 2005 zu erfassen. Die Beurteilung der Studien erfolgte kritisch. Gesuchtes Datenmaterial der vorliegenden Review sind zentrale Studiencharakteristika sowie Aussagen zu Problemen und Strategien bei der Evaluation von Primary Nursing. Diese Daten werden im Hinblick auf eine Weiterentwicklung der Evaluationsansätze diskutiert.

Sechs systematische Übersichtsarbeiten sowie 23 Primärstudien entsprechen den Einschlusskriterien. Zwischen 1974 und 1990 dominieren quasi-experimentelle Studien aus den USA, Kanada und Großbritannien, die überwiegend den Nutzen von Primary Nursing in Bezug auf Versorgungsqualität und Outcome-Parameter wie Patienten-/Berufszufriedenheit und/oder Kosteneffektivität untersuchen. Die geschwächte Aussagekraft dieser Studien basiert hauptsächlich auf der mangelnden Operationalisierung von Primary Nursing und abhängigen Outcome-Parametern sowie auf schwer kontrollierbarer externer Einflussgrößen und verfrühter Messzeitpunkte. Die Mehrzahl europäischer Evaluationsstudien verfolgt seit 1990 nicht-experimentelle Forschungsansätze. Die Untersuchung der Auswirkungen von Primary Nursing auf Pflegenden oder Patienten, pflegerische Handlungen und sonstige Indikatoren herrscht dabei vor. Zur Stärkung der Aussagekraft wird der tatsächliche Umsetzungsgrad der vier Kernelemente von Primary Nursing überprüft. Seit 1990 werden qualitative Studien zu Erfahrungen aus Sicht der Pflegenden durchgeführt.

Die Evaluation von Primary Nursing erfordert dringend die Entwicklung reliabilitätsgeprüfter und valider Instrumente, die die Kernelemente von Primary Nursing erfassen und eine Aussage über den tatsächlichen Umsetzungsgrad des Pflegesystems ermöglichen.

1 Einleitung

Das Pflegesystem Primary Nursing ist angesichts der wachsenden Komplexität von Versorgungseinrichtungen und Ökonomisierungsprozessen aus pflegerischer Sicht ausgesprochen relevant, da es zur Umsetzung patientenorientierter Prinzipien und Optimierung von Arbeitsabläufen wesentliche Elemente beisteuern kann. Aus Platzgründen wird das Pflegesystem hier nicht näher beschrieben (vgl. Manthey 2002; Schippers 2006). Im deutschsprachigen Raum sprechen strukturelle Entwicklungen für eine wachsende Akzeptanz und Verbreitung von Primary Nursing. Seit 1985 steigt die Zahl der Publikationen stetig, wobei es sich zunächst um Erfahrungsberichte von Auslandshospitationen und theoretische Reflexionen handelt. Seit 1998 kommen etliche Projektberichte hinzu. Mittlerweile stehen deutsche Übersetzungen der Grundlagenwerke zur Verfügung (Manthey 1980/2002; Ersser & Tutton 1991/2000) sowie ein Implementierungsleitfaden für die ambulante Pflege (vgl. Josuks 2003a). Darüber hinaus deuten Entwicklungen wie die Gründung des Bundesdeutschen Netzwerkes Primary Nursing im Jahre 2000 und des Schweizer Netzwerkes Bezugspflege 2004 wachsendes Interesse an. Es sind eine Vielzahl gesundheitlicher Versorgungseinrichtungen in Deutschland, Österreich und der Schweiz zu finden, die Primary Nursing bereits umsetzen. Eine systematische Erfassung steht jedoch aus. Ähnlich wie in Großbritannien wird das Pflegesystem im deutschsprachigen Raum als geeignetes Vehikel zur Professionalisierung von Pflege und Qualitätsverbesserung betrachtet (vgl. Breit & Böhner 1991; Macek-Bitter 1992; Hoppe

Schlüsselwörter

Primary Nursing
methodische Probleme
Evaluationsstrategien
systematisch deskriptive
Review

Title**Evaluating Nursing? A Discussion of Problems and Strategies****Abstract**

Background: Evaluating the care delivery system "primary nursing" according to Marie Manthey has methodically been problematic.

Purpose: This systematic descriptive review aims to describe and analyse previous evaluation approaches regarding research design and data collection.

Methods and material: A systematic literature research has been carried out in order to identify all reviews on the evaluation of primary nursing since 1970, and all relevant primary studies in Europe between 1990 and 2005.

The studies have been critically examined. This review is looking for central study characteristics and information on problems or strategies in connection with the evaluation of primary nursing. This data will be discussed in terms of the development of evaluation strategies.

Keywords**Primary Nursing****Methodical problems****Evaluation strategies****Systematic descriptive review**

1998; Lynch & Knipfer 1998; Fischer 2000; Mischke 2002; Kleine-Hörstkamp 2002; Josu (2003b). Wenige kritische Stimmen warnen vor einem überzogenen Idealbild der Primary Nurse (vgl. Kesselring 1992). Das System kann Verbesserungen zwar ermöglichen, aber nicht garantieren (vgl. Manthey 1992:26).

2 Problematik und Fragestellung

Hält Primary Nursing den hohen Erwartungen stand? Welche Auswirkungen sind tatsächlich auf das Pflegesystem zurückzuführen? In der deutschsprachigen Fachliteratur finden sich kaum forschungsgestützte Antworten auf diese Fragen. Lediglich eine relevante Publikation stellt die Ergebnisse einer schriftlichen Befragung im Rahmen eines qualitativen Forschungsprojektes vor (vgl. Mischo-Kelling et al. 2002). Alle Pflegenden einer Projektstation wurden im Pre-Post-Test u.a. zu ihren Ansichten bezüglich der Verbesserungen und Nachteile von Primary Nursing befragt. Generell stieß das neue Pflegesystem bei den Pflegenden auf große Zustimmung. Wesentliche Vorteile wurden in einer verstärkten Patientenorientierung, höheren Motivation, Verantwortung und in einem gestärkten Selbstbewusstsein der Pflegenden gesehen. In seiner praktischen Umsetzung blieb das Pflegesystem jedoch verbesserungswürdig sowie problematisch im Hinblick auf Personalressourcen und interdisziplinäre Zusammenarbeit. Der Bericht lässt die Frage nach dem tatsächlichen Umsetzungsgrad zum Messzeitpunkt nach sechs Monaten unbeantwortet, was die Aussagekraft der dargestellten Ergebnisse einschränkt. Dieser kurze Befragungszeitraum sowie die Beschränkung auf die Mitarbeiterperspektive lassen keine generelle Aussage über tatsächliche Auswirkungen von Primary Nursing zu. Somit gibt diese Auswertung lediglich erste Reflexionen und Erfahrungen der Umsetzenden mit dem neuen System wieder. Wenn sich die Pflege jedoch weiterentwickeln und ihr Beitrag zu Qualität, Effektivität und Effizienz im Gesundheitswesen sichtbar werden soll, brauchen die Verantwortlichen zuverlässige und forschungsbasierte Entscheidungsgrundlagen zur Einleitung entsprechender Reformprozesse.

Ein Blick in den anglo-amerikanischen Raum zeigt, dass die seit 1970 publizierten Forschungsergebnisse nicht generell die Einführung von Primary Nursing vor anderen Pflegesystemen rechtfertigen. In zwei aussagekräftigen systematischen Reviews fand man heraus, dass viele der ergebnisorientierten Studien zu Primary Nursing zwischen 1970 und 1990 neben widersprüchlichen Ergebnissen erhebliche methodische Schwächen aufweisen (vgl. Giovanetti 1986; Thomas & Bond 1991). Beide Reviews gelangen zu dem Schluss, dass der Mangel an methodisch zuverlässiger Evaluationsforschung trotz der Fülle forschungsbasierter Publikationen die Erarbeitung einer orientierungsstiftenden Ergebnissynthese nicht zulässt. Hinzu kommt eine unüberschaubare Vielfalt eingesetzter Forschungsmethoden sowie fehlende operationalisierte Definitionen untersuchter Variablen. Demzufolge ist eine empirisch gesicherte allgemeingültige Antwort auf die Frage, was Primary Nursing tatsächlich bewirkt, kaum möglich. Offen bleibt, inwieweit sich die Datenlage seit 1990 verändert hat, da keine entsprechende systematische Arbeit vorliegt.

Die Schlussfolgerungen der Reviewautoren weisen ebenso deutlich auf ein zweites Forschungsproblem hin: Die Evaluation von Primary Nursing ist methodisch nicht einfach zu bewältigen. Hier könnte die systematische Aufarbeitung bisheriger Ansätze einen wichtigen Beitrag zur Weiterentwicklung effektiver Evaluationsstrategien leisten und damit indirekt den Weg für die Bildung zukünftiger Ergebnissynthesen zu Primary Nursing als Wissensgrundlage für Entscheidungen in Reformprozessen ebnen. Die Forschungsfragen hierzu lauten:

1. Wie stellen sich Strategien und Probleme bei der Evaluation von Primary Nursing im Hinblick auf Forschungsdesign und Datenerhebung in bisherigen Reviews und Primärstudien dar?
2. Welche Empfehlungen für die Evaluation von Primary Nursing lassen sich aus der deskriptiven Analyse ableiten?

3 Material und Methode

3.1 Forschungsdesign

Die Fragestellung legt den methodischen Ansatz einer systematischen Review aufgrund ihrer orientierungsstiftenden Funktion nahe. Wesentlich ist daher die Anwendung von Strategien, die die Einseitigkeit bei Literatursuche, Beurteilung des Studienmaterials und Datenanalyse verhindern (vgl. Petticrew 2001; Chalmers et al. 2002; Whittemore 2005). Eine Abweichung von diesem zugrundeliegenden Verständnis besteht lediglich in der Art des Datenmaterials. Es handelt sich nicht um die Ergebnisse von Studien, sondern um Informationen zu Forschungsdesign, Methoden der Datenerhebung und Evaluationsproblemen. Das vorliegende Design wird von der Autorin somit als systematisch deskriptive Review bezeichnet.

3.2 Recherche und Selektion der Studien

Im Rahmen einer umfassenden Recherche wurden die drei Strategien Datenbankrecherche, Handsuche und Netzwerknutzung umgesetzt. Die elektronische Suche nach relevanten Reviews seit 1970 und Evaluationsstudien zwischen 1990 und 2005 erfolgte in den Datenbanken CINAHL, Medline, Cochrane, CancerLit und CareLit. Die letzte Recherche wurde am 20. Mai 2005 durchgeführt. Die in Tabelle 1 aufgeführten Begriffe wurden für die Schlagwortsuche

Englisch	Deutsch
Primary Nursing, evaluation, evaluation research, review, systematic review, care delivery system, quality assessment, audit, assessment, performance appraisal, patient-centred care, patient-oriented care	Primary Nursing, Primärpflege, Bezugspflege, Evaluation, Evaluationsforschung, Review, Übersichtsarbeit, Pflegesystem, Pflegeorganisationssystem, Qualitätsüberprüfung, Patientenorientierung

Tab. 1: Suchbegriffe

in Titel OR Abstract OR Text eingesetzt sowie für die Handsuche.

Die Suche nach deutschsprachigen Primärstudien mithilfe der genannten elektronischen Suchdienste gestaltete sich ergebnislos und

wurde durch die Handsuche sowie Informationsangebote des Bundesdeutschen Netzwerkes Primary Nursing ergänzt, um mögliche Hinweise auf laufende Projekte und Publikationen zu erhalten (vgl. www.primarynursing.de). Die so identifizierte sekundäre Forschungsliteratur floss vollständig in die Untersuchung ein. Um möglichst viel Primärliteratur aufnehmen zu können und gleichzeitig einen Kontrapunkt zu der in den Reviews dominierenden amerikanischen Forschungsliteratur zwischen 1970 und 1990 zu schaffen, wurden Publikationen zu Evaluationsprojekten von Primary Nursing nach Manthey eingeschlossen, die folgende Kriterien erfüllten:

1. Primary Nursing wird im stationären Bereich praktiziert
2. Primary Nursing wird im stationären Bereich evaluiert
3. Literatur wurde zwischen 1990 und 20. Mai 2005 veröffentlicht
4. Evaluationsprojekt stammt aus europäischem Herkunftsland
5. Publikation ist in englischer oder deutscher Sprache zugänglich

Um eine zu große Heterogenität des Studenumfeldes und der Forschungsziele zu vermeiden, wurden nach sorgfältiger Überprüfung Publikationen aufgrund zu spezieller externer Einflussfaktoren oder entscheidender Manipulationen an den vier Kernelementen ausgeschlossen.

3.3 Beurteilen der Studienqualität

3.3.1 Beurteilung der Reviews

Da für die Beurteilung methodisch voneinander abweichender Reviews kein Goldstandard existiert, wurden die entsprechenden Kriterien neu zusammengestellt. Diese sollten eine angemessene und einheitliche Beurteilung ermöglichen und eine Aussage über die Gültigkeit des gewonnenen Datenmaterials erlauben. Drei bereits existierende Instrumente, die gültigen Standards evidenzbasierter Medizin entsprechen, wurden zur Entwicklung herangezogen (vgl. Ganong 1987; Oxman & Guyatt 1991; Behrens & Langer 2002a). Den Beurteilungsfragen und Antwortkriterien wurden Punkte zugewiesen. Der Gesamtscore gibt Auskunft über den Grad der Glaubwürdigkeit bezüglich methodischer Probleme und Strategien sowie Schlussfolgerungen der Reviewautoren. Dieser Score wird mit den drei Stufen hoch (11-9 Punkte), mittel (8-6 Punkte) und gering (5-0 Punkte) beschrieben.

3.3.2 Beurteilung primärer Evaluationsstudien

Die untersuchten Evaluationsstudien zeichnen sich durch eine starke Methodenvielfalt aus und erhöhen somit die Komplexität der Beurteilung. Um die Studien dennoch angemessen, möglichst einheitlich und objektiv zu beurteilen, wurde lediglich zwischen quantitativer und qualitativer Forschung unterschieden. Fünf der sieben Parameter basieren auf den allgemeingültigen „Elementen eines guten Designs“ (vgl. Burns & Grove 2001:235ff). Im Zentrum steht die Frage nach den eingesetzten Kontrollstrategien, um die Gültigkeit einer einzelnen Studienkonzeption zu stärken und schwächende Einflüsse zu minimieren. So wurden zur Beurteilung quantitativer Studien die Kontrolle von Umfeld, Gruppenäquivalenz, Intervention und Datenerhebungsprozess sowie die Qualität und Angemessenheit der Datenerhebung untersucht. Aufgrund der extremen Heterogenität wurden die fünf qualitativen Studien lediglich auf hervorstechende Aspekte bezüglich Stärken und Schwächen analysiert. Dies betrifft Informationen zu Designwahl, Charakterisierung von Forschungsfeld und Forscherperspektive, Datenerhebung und Ergebnisbestätigung.

3.4 Datensammlung

3.4.1 Datensammlung anhand der Reviews

Die erhobenen Studiencharakteristika sowie Aussagen zu methodischen Problemen und Strategien sind Abbildung 1 zu entnehmen. Die zwölf Dimensionen von Ganong sowie Darstellungsformen der Reviewautoren Giovanetti und Thomas & Bond dienten als Entwicklungsgrundlage (vgl. Giovanetti 1986; Ganong 1987; Thomas & Bond 1991).

Quelle	Fragestellung/ Forschungsziel	Selektions- kriterien	Anzahl/Zeit- raum/ Herkunft der Studien	Wesentliche me- thodische Kritik an Primärstudien	Schluss- folgerungen/ Empfehlungen

Abb. 1: Datensammlung anhand der Reviews

3.4.2 Datensammlung anhand primärer Evaluationsstudien

Bei den erhobenen Studiencharakteristika, die Abbildung 2 zu entnehmen sind, handelt es sich um Standardkriterien, bei denen lediglich auf Informationen zu den Studienergebnissen verzichtet wurde, da sie nicht zur Beantwortung der Fragestellung beitragen.

Literatur- quelle	Fragestellung/ Evaluationsziel	Studiendesign	Stichprobe (Größe, Subjekte, Selekti- onsprozess)	Datenerhebung (Zeitpunkt/-dauer)	Methode der Datenerhebung

Abb. 2: Datensammlung anhand primärer Evaluationsstudien

Als problematisch erwies sich die Bestimmung des Studiendesigns, da es häufig unzureichend beschrieben ist. Dazu wurden implizit vorhandene Informationen den fünf Dimensionen zur Designbestimmung nach Polit & Hungler zugewiesen (vgl. Polit & Hungler 1999:161). Diese umfassen die Art der Kontrolle über die unabhängige Variable, das Ausmaß der Struktur, den Gruppenvergleichstyp, die Anzahl der Datenerhebungspunkte und das Auftreten der Variablen. Zur Bestimmung qualitativer Designs diente die Typisierung von Burns & Grove (vgl. Burns & Grove 2001:61-82).

3.5 Datenanalyse

Mithilfe der oben genannten Beurteilungsparameter sowie den Studiencharakteristika konnten die wesentlichen Strategien und Probleme bei der Evaluation von Primary Nursing identifiziert werden. Zunächst wurde das Datenmaterial aus den Reviews geordnet, miteinander verglichen und unter Berücksichtigung der beurteilten Reviewqualität nach Kernaussagen zur Fragestellung zusammengefasst. Diese Zusammenfassung kann als Ausgangsdatensatz betrachtet werden und dient zur Feststellung nachfolgender Entwicklungen. Die Primärstudien wurden anhand ihrer zentralen Evaluationsziele und methodischen Ansätze sortiert und neu benannten Kategorien zugeordnet. Ziel war es, so wenig Kategorien wie möglich zu bilden und eindeutige nachvollziehbare Zuordnungen zu erreichen. Innerhalb jeder Kategorie wurden die einzelnen Studien miteinander verglichen und nach Übereinstimmungen und Ungleichheiten bezüglich der Fragestellung geschaut. Die so herausgearbeiteten Elemente wurden wiederum kategorienübergreifend auf Ähnlichkeiten und Unstimmigkeiten untersucht. Die folgenden Leitfragen dienten der abschließenden Analyse des Datenmaterials.

- Wurden in der Primärliteratur Kritik und Empfehlungen aus zuvor erschienenen Reviews aufgegriffen?
- Wiederholen sich methodische und/oder konzeptionelle Schwächen?
- Ist eine Weiterentwicklung von Strategien in methodischer Hinsicht erkennbar? Inwiefern?
- Tauchen neue Probleme bei der Evaluation von Primary Nursing auf? Welche?

4 Ergebnisse

4.1 Charakteristika der Reviews

Das gemeinsame Ziel der sechs identifizierten Reviews ist die kritische Auseinandersetzung mit der Evaluation von Primary Nursing und dem Nutzen bisheriger Ergebnisse. Tabelle 2 ver-

deutlich, dass wesentliche Unterschiede in der konkreten Fragestellung und Reichweite der Reviews bestehen. Die Selektionskriterien sind teils eng (R4/5/6), teils weit (R1/2/3) gefasst. Eine Review untersucht zwischen elf und 42 Studien, insgesamt werden 80 aus den Jahren 1973 bis 1990 berücksichtigt. Die Mehrheit dieser Studien stammt aus dem anglo-amerikanischen Raum (90%). Es sind einige Überschneidungen vorhanden. Beispielsweise deckt sich etwa ein Drittel des Studienmaterials aller nachfolgenden

Reviews mit dem von R1 (Spannweite: 28%-42%). Ausnahme ist R3, wo sich die Autorin nahezu vollständig auf bereits untersuchtes Material von R1 und R2 stützt und nicht alle untersuchten Quellen angibt.

4.2 Kernaussagen der Reviews zu Strategien, Problemen und Empfehlungen

4.2.1 Strategien

Den Review-Autoren zufolge beurteilen die meisten EvaluatorenInnen den Interventionsnutzen in Bezug auf Versorgungsqualität und Outcome-Parameter wie Patientenzufriedenheit, Berufszufriedenheit und/oder Kosteneffektivität. Ein quasi-experimentelles Forschungsdesign und quantitative Methoden der Datenerhebung dominieren im Studienmaterial aller sechs Reviews. Überwiegend werden standardisierte Interviewleitfäden und Fragebögen mit Rating-Skalen eingesetzt sowie Pflegenden und/oder Patienten als Informationsquelle genutzt (R1-6). Vereinzelt werden Pflegehandlungen direkt beobachtet, die Pflegedokumentation als Prüfkriterium herangezogen, Leistungsindikatoren als externe Variablen erfasst (z. B. Aufenthaltsdauer, Wiederholungsaufenthalte) oder die Patientenkompetenz im Umgang mit vorhandenen Gesundheitsproblemen als Outcome-Parameter eingesetzt (R4/5/6).

Nr.	Quelle	Fragestellung/Forschungsziel	Selektionskriterien	Anzahl/Zeitraum/Herkunft der Studien
R1	Giovanetti 1986 USA	Sind die positiven Ergebnisse der Evaluationsliteratur zu PN glaubwürdig?	PN als unabhängige Variable; systematisch; enthält Information zu Methode, Datensammlung, Ergebnispräsentation; englischsprachig	29 Studien 1973-1984 vorrangig USA
R2	Mac Donald 1988 GB	1. Ist PN einen Versuch wert? 2. Lohnt sich der Prozess der Implementierung von PN? 3. Lohnt sich die Investition von PN für die erzielten Outcomes?	Nicht spezifiziert; Deskriptive Literatur; formative & summative Evaluation von PN	42 Studien 1975-1984 vorrangig USA
R3	Hale 1991 GB	Studien zur Evaluation der Einführung von PN „überdenken“ und methodische Aspekte hervorheben	Nicht spezifiziert; häufige und quasi-experimentelle Designs	?? Studien 1974-1989 USA (?? bis 1984) GB (4 von 1988/89)
R4	Ersner & Tutton 1991/2000 GB	Verhältnis PN zu Qualität der Patientenversorgung Hypothesen: PN steigert die PZ PN verbessert die PQ	Vergleich von PN mit Gruppenpflege im Krankenhaus	17 Studien 1974-1989 vorrangig USA
R5	Thomas & Bond 1991 GB	Am Fall von PN Probleme und Herausforderungen beim Messen der Effektivität bestimmter Pflegesysteme aufzeigen, die aus der Forschungsliteratur ersichtlich sind	Forschungsliteratur; Effektivität einer Pflegemodalität mit Outcome-Messung & PN als Intervention; Vergleichsstudien; Keine PN-Mischform	26 Studien 1975-1990 USA (19), CAN (1) & GB (6)
R6	Sandhu et al. 1992 CAN	Welches der Pflegesysteme verbessert am ehesten PZ und sorgt für eine qualitativ hochwertige Pflege? („case, functional, team, primary & modular nursing“)	Studien zu Pflegesystemen seit 1981; experimentelles oder quasi-experimentelles Design; Outcome: PZ & PQ	11 Studien 1981-1988 USA (8), U.K. (1), Neuseeland (1), Australien (1)

Abkürzungen: PN= Primary Nursing; PZ= Patientenzufriedenheit; PQ= Pflegequalität

Tab. 2: Reviewcharakteristika

4.2.2 Probleme

In Tabelle 3 sind die beschriebenen Probleme zusammengefasst und der jeweiligen Review zugeordnet. In nahezu allen Kernproblemen herrscht ein großer Übereinstimmungsgrad. Die zentralen Evaluationsprobleme liegen in der Operationalisierung von Primary Nursing und eingesetzten abhängigen Messgrößen. Die Konzeptionen der Variablen sind zudem uneinheitlich und selten eindeutig. Es liegen keine operationalisierten Definitionen vor, die Auskunft darüber geben, durch welche Verfahren die Variable konkret zu messen oder zu erfassen ist. Dies führt unweigerlich zu einer mangelnden Reliabilität und Validität der Instrumente, die von allen Reviewautoren angegeben wird. Die Sensitivität der Effektgrößen Berufs- und Patientenzufriedenheit wird vielfach infrage gestellt (R2/3/4). In Bezug auf letzteres wird dies mit der niedrigen Erwartungshaltung von Patienten begründet (R3).

Aus den uneinheitlichen Variablen folgt zwangsläufig die Inkonsistenz der Instrumente. Für vergleichbare Outcome-Konzeptionen wird eine Vielzahl unterschiedlicher Instrumente eingesetzt. Lediglich beim Konzept der Versorgungsqualität sind stärkere Übereinstimmungen dokumentiert (R2; R3). Dieser Befund ist jedoch kritisch zu bewerten, da ausschließlich Studien mit positiven Ergebnissen diskutiert wurden, die sich auf die Pflegendenperspektive beschränken.

Quelle	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Reviewqualität/Score	hoch 11	gering 5	gering 2	mittel 8	hoch 10	mittel 8
wesentliche methodische Probleme der Primärliteratur						
1. Operationalisierung	X		X	X	X	X
2. mangelnde Reliabilität & Validität eingesetzter Instrumente	X	X	X	X	X	X
3. Inkonsistenz der Messinstrumente		X	X	X	X	X
4. Kontrolle externer Einflüsse		X		X	X	X
5. verfrühte Messzeitpunkte	X		X			X
6. schlechte Berichtsqualität	X					

Tab. 3: Zentrale Evaluationsprobleme

Der Einwand ist aus Sicht der Primärautoren wichtig, dürfte aber nicht dazu führen, wie von R1 beobachtet, unerwünschte Ergebnisse ausschließlich mit Messfehlern zu erklären (vgl. Giovanetti 1986:147).

Lediglich R1 spricht die unvollständige Präsentation der Evaluationsprojekte hinsichtlich Populationscharakteristika und Datenerhebungsmethoden an. Darin liegt eine Barriere für die Weiterentwicklung der Evaluationsforschung zu Primary Nursing, da Replikationen nicht ohne weiteres möglich sind.

4.2.3 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Die Schlussfolgerungen werden von den Reviewautoren uneinheitlich gezogen (Tabelle 4). Die größte Übereinstimmung besteht im Feststellen der mangelnden Evidenzgrundlage für Primary Nursing (R1/2/5/6). Die widersprüchlichen Ergebnisse lassen sich aufgrund der methodischen Einschränkungen nicht kombinieren, um zu einer Ergebnissynthese zu gelangen.

Quelle	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Reviewqualität/Score	hoch 11	gering 5	gering 2	mittel 8	hoch 10	mittel 8
Schlussfolgerungen						
1. Ergebnissynthese nicht möglich	X	X			X	X
2. quasi-experimentelles Design verfrüht/ungeeignet	X		X			
3. fraglich, ob Pflegesystem an sich messbare Auswirkungen auf Patienten haben kann			X	X		
Empfehlungen						
1. Operationalisierung vorrangig bearbeiten • Fallstudien • Qualitative Forschung integrieren	X				X	X
2. PN-Konzept in Verknüpfung von Struktur-, Prozess- und Outcomevariablen evaluieren					X	
3. Pflegenden-Kompetenzen als externe Variable			X	X	X	

Tab. 4: Schlussfolgerungen und zentrale Empfehlungen

Es wird infrage gestellt, ob ein Pflegesystem an sich überhaupt messbare Auswirkungen auf die zu Pflegenden haben kann oder ob Auswirkungen nicht eher an die Kompetenzen von Pflegenden gebunden sind, ganz gleich, in welchem System gearbeitet wird (vgl. Ersser & Tutton 2000:237/8). Unabhängig davon wird mit Nachdruck empfohlen, die Kompetenzen der Pflegenden als externe Einflussgröße in Evaluationsdesigns zu integrieren (R3/4/5).

Eine weitere Schwierigkeit liegt in der mangelnden Kontrollierbarkeit externer Variablen. Inwieweit sind teilnehmende Gruppen tatsächlich vergleichbar? Wie lässt sich die Bedrohung der Ergebnisvalidität durch Hawthorne und Carryover-Effekte minimieren (R5/6)? Welche Variablen beeinflussen den Umsetzungserfolg von Primary Nursing mehr als bislang vermutet (R4)?

R1/3/6 stellen fest, dass etliche Primärautoren die eingeschränkte Aussagekraft ihrer Studie mit zu frühen Messzeitpunkten begründen. Die-

Die Kritik am quasi-experimentellen Design (R1/3), das mit gravierenden Mängeln umgesetzt wurde, führt zu der grundsätzlichen Empfehlung, sich um operationalisierte Definitionen zu bemühen (R1). Es muss geklärt sein, was im Detail nach Einführung von Primary Nursing tatsächlich praktiziert wird. Sowohl Fallstudien (R5) als auch die Integration qualitativer Forschung (R1/6) gewähren Einblick in ungeklärte komplexe Zusammenhänge.

Es ist notwendig, das Pflegesystem nicht als eine eindimensionale unabhängige Variable zu betrachten, wie es bislang hauptsächlich geschah. Primary Nursing beinhaltet sowohl Struktur- als auch Prozesselemente, die in unterschiedlicher Weise mit möglichen Auswirkungen korrelieren (R5).

Es wird infrage gestellt, ob ein Pflegesystem an sich überhaupt messbare Auswirkungen

4.3 Strategien und Probleme der Evaluationsdesigns seit 1990

Die 14 untersuchten Primärstudien stammen überwiegend aus Großbritannien (n=10) sowie einzelne aus den Niederlanden, Finnland, Deutschland und Island. Prinzipiell lässt sich das Material drei übergeordneten Evaluationszielen zuordnen. Informationen zur Codierung der Quellenangaben sind dem Literaturverzeichnis zu entnehmen. Projekte, die primär Auswirkungen des Systems auf Personengruppen, pflegerische Handlungen oder sonstige Indikatoren untersuchen, sind am stärksten vertreten (n=7; P1-7). In der zweiten und kleinsten Kategorie interessiert vorrangig der Umsetzungsgrad (n=2; P8/9). Evaluationsprojekte der dritten Kategorie fragen primär nach den Erfahrungen mit Primary Nursing aus Sicht der Pflegenden (n=5; P10-14). Unter methodischen Gesichtspunkten implementiert die Mehrheit ein nicht-experimentelles Design (n=11; P4-P14) und erhebt Querschnittsdaten retrospektiv nach der Einführung von Primary Nursing (n=10; P4-P12; P14). Lediglich fünf Studien folgen einem Längsschnittdesign (P1-P3; P12; P13) und erheben die Daten mit Ausnahme von P12 prospektiv. Die Evaluationsstrategien und -probleme werden nachfolgend mithilfe ausgewählter Charakteristika dargestellt.

4.3.1 Studien zu Auswirkungen von PN auf Personengruppen, pflegerische Handlungen oder sonstige Indikatoren (n=7)

Studien dieser Kategorie geht es primär darum, beobachtbare Auswirkungen zu identifizieren, die sich direkt oder indirekt auf die Einführung von Primary Nursing zurückführen lassen. Trotz dieses gemeinsamen Zieles, gibt es lediglich in Teilaspekten Übereinstimmungen bei den konkreten Fragestellungen. Wie aus Tabelle 5 und 6 ersichtlich, stehen Auswirkungen auf konkretes pflegerisches Handeln (P1-6), Aspekte des Arbeitsumfeldes/der Arbeitsbeziehungen (P2-6) sowie feststellbare Veränderungen aus der Patientenperspektive (P1/5/7) im Vordergrund. Methodisch werden die Studien entweder dem quasi-experimentellen (P1-3) oder dem retrospektiv-korrelativen Design (P4-7) zugeordnet.

Nr.	Fragestellung/ Evaluationsziel	Stichprobe (Selektion, Größe, Subjekte)	Messzeiten
P1	<ol style="list-style-type: none"> Nutzen die Pflegenden der PN-Stat. ihre Zeit anders als die der Kontrollstationen? Stimmt dieses mit PN-Zielen überein? Qualitätsverbesserung durch PN? Was denken die Pflegenden der PN-Stat. über die Veränderung? PZ: Was denken die Pat. über ihre Versorgung? PQ: Sind die Outcomes für Pat. anders auf der PN-Stat.? Umsetzung von PN informell überprüfen 	<p>3 Stat. Akutgeriatrie mit je 28 Betten eines KHS Interventionsstation n=1 nicht-äquivalente Kontrollgruppen n=2</p> <p>ad 1: beobachtbare Aktivitäten von Pflegenden in 4-Min.-Zyklen über 7 Tage ad 2: Pflegedoku aller Pat. (n=132), direkt beobachtbare pflegerische Aspekte ad 3: 10 Pflegenden (=66%) & 7 Schüler (=100%) ad 4: n=225 Pat. Einschl.-Kriterien: >65 J, KHS-Aufenthalt 1 Tag-3 Mon. Entlassung nach Hause & nach 1. Juli 1988 serielles Sampling: jeder 3. Pat. von Entlassungsliste pro Stat. ad 5: n=1927 Patienten</p>	<p>3</p> <p>1 pre- & 2 post-Tests nach 6 & 18 Monaten</p>
P2	<ol style="list-style-type: none"> Auswirkungen von PN auf Burn-out-Rate des Pflegepersonals in der Langzeitpsychiatrie Was für Auswirkungen hat die Einführung von PN auf arbeitsbezogene Faktoren in der Langzeitpsychiatrie? Umsetzung von PN prüfen 	<p>ad 1/2: freiwillige Teilnahme von 5 Psychiatrischen Kliniken aus Holland mit Langzeit-Pflege-Stationen n=35 Interventionsstation n=11, nicht-äquivalente Kontrollgruppen n=21 ad 1: Kohorte von n=161 Psych.-Pflegenden ad 2: Kohorte von n=176 Psych.-Pflegenden ad 3: keine Angaben</p>	<p>3</p> <p>2 pre- & 1 post-Test nach 12 Monaten</p>
P3	<ol style="list-style-type: none"> Auswirkung von PN auf Rollenwahrnehmung der Pflegenden inkl. BZ, verbrachte Zeit mit Patienten und Beziehungen innerhalb des Teams Welchen Effekt hat PN auf das soziale Klima einer akut-psychiatrischen Aufnahmestation? 	<p>1 akut-psychiatrische Aufnahmestation alle zum Team gehörenden QPs und PHs, gesamt n=26 davon bei t2 Primary Nurses n=6</p>	<p>2</p> <p>1 pre- & 1 post-Test nach 4 Monaten</p>

Abkürzungen:

PS = Pflegesystem; PN= Primary Nursing/Nurse(s); TN= Team Nursing; BZ= Berufszufriedenheit; FN= Functional Nursing; KHS = Krankenhaus; QP = Qualifizierte Pflegenden; PH = Pflegehilfskraft; e.p.f. = ex post facto = hier: nach Einführung von Primary Nursing; t = Messzeitpunkt im Designkontext

Tab. 5: Ausgewählte Charakteristika der Studien mit quasi-experimentellem Design

Wie aus Tabelle 5 und 6 ersichtlich, variieren die Stichproben zwischen 1-11 Interventionsstationen und 1-21 Kontrollstationen, wobei in vier von sieben Studien die gesamte Stichprobe lediglich zwischen einer und vier Stationen umfasst (P1/3/4/5). Die Auswahl der Studienteilnehmer variiert sehr stark. Pro Projekt werden die Daten von bis zu 176 Pflegenden (P1-7) und 132 bis 1927 Patienten (P1/7) ausgewertet.

Nr.	Fragestellung/ Evaluationsziel	Stichprobe (Selektion, Größe, Subjekte)	Messzeiten	
P4	1. Führen gegensätzliche PS (PN/ TN/ FN) zu beobachtbaren Unterschieden in den Machtbeziehungen der Pflegenden einer Station? 2. Inwiefern beeinflussen PS die Pflegewahrnehmung bzgl. ihrer kollegialen Beziehungen? 3. Umsetzung von PN überprüfen	n=4 Stationen aus 2 KHS 2 PN (Chirurgie & Geriatrie, jew. 1 pro KHS) 2 FN oder TN (Innere & Geriatrie, jew. 1 pro KHS) n=58 „trained nurses“; quasi verblindet (= Teilnahme ohne Kenntnis der Beobachtungsziele &-kriterien)	1	Ungenannt, e.p.f.
P5	1. Bewirkt die Umsetzung von PN auf der Station irgendeinen Unterschied für die Patientenversorgung? Struktur: Personalorganisation, weitere Personalaspekte Prozess: pflegerisches Handeln, Beitrag verschiedener Professionen Outcome: Patientenversorgung, Gefühle/Einstellungen der Pflegenden zum Tun, Berufszufriedenheit 2. Umsetzung von PN überprüfen	2 geriatrische Stationen aus zwei Local Community Hospitals mit jeweils 21/22 vollen Planstellen n=1 PN (guter Umsetzungsgrad) n=1 Vergleichsstation: TN (geringer Umsetzungsgrad, mit deutl. anderer Personal- & Pflegeorganisation)	1	Demographische Baseline & 12 Monate e.p.f.
P6	1. Wie nehmen QPs und PHs ihr Arbeitsumfeld in PN-, TN- & FN-Settings wahr? 2. Vergleich unterschiedlicher Beiträge zur geriatrischen Pflege von QPs und PHs in obigen PS anhand der verbalen Pflegenden-Patient-Interaktion als Qualitätsindikator. 3. Welche Auswirkungen haben verschiedene PS auf verbale Interaktionen von PHs und QPs? 4. Umsetzung von PN überprüfen	n=9 geriatrische Stationen, jeweils 3 mit PN/TN/FN, je Station n=4 QP (davon jew. 2 „enrolled“ und 2 „registered“) & n=4 PH d.h., n=12 QP & n=12 PH aus je einem PS (gesamt n=72 Personen) randomisiert geschichtete Stichprobe der Pflegenden	1	Ungenannt, e.p.f.
P7	1. Drücken Patienten, die eine Pflegeperson als für sie zuständig identifizieren, positivere Erfahrungen und größere Zufriedenheit mit der pflegerischen Versorgung aus? 2. Umsetzung von PN überprüfen	20 randomisierte Stationen (Innere/Chirurgie) in 5 AllgemeinKHS im Nordosten Englands (9=TN, 7=PN, 4=ausgeschl.) n=1559 Patienten	1	Ungenannt, e.p.f.

Abkürzungen:
 PS = Pflegesystem; PN= Primary Nursing/Nurse(s); TN= Team Nursing; FN= Functional Nursing; KHS = Krankenhaus; QP = Qualifizierte Pflegenden;
 PH = Pflegehilfskraft; e.p.f. = ex post facto = hier: nach Einführung von PN

Tab. 6: Ausgewählte Charakteristika der Studien mit retrospektiv-korrelativem Design

Beide Designtypen zielen darauf ab, kausale Beziehungen zwischen Primary Nursing und angenommenen Effekten zu erhellen. Das Hauptproblem liegt dabei in der Kontrolle der Äquivalenz der Vergleichsgruppen (P1/2/4-7). Nach methodischen Gesichtspunkten ist diese für die Aussagekraft einer Beziehung zwischen Variablen und damit für die Ergebnisvalidität entscheidend. Ebenso deutlich variiert die Anzahl aufgenommener Subjekte (Patienten n = 225 – 1927; Pflegepersonen n = 17 – 176). In Tabelle 7 werden vier Strategien der Primärautoren zur Äquivalenzkontrolle von Vergleichsgruppen erläutert. Die Strategien bestehen darin, eine vergleichbare Ausgangssituation zu schaffen (1), festgestellte Unterschiede der Gruppen in ihrem Veränderungsprozess statistisch zu kontrollieren (2) oder diese transparent zu machen und bei der Interpretation zu berücksichtigen (3) und, wenn möglich, die Gruppen von vornherein nach dem Zufallsprinzip zusammenzusetzen (4).

Strategie	Beispiel/Erläuterung
1. vergleichbare Ausgangssituation schaffen (P1)	Basisdaten erheben (z. B. vorhandene Standards, Pflegequalität, zugrundeliegendes Pflegemodell, eingesetzte Assessmentinstrumente) Verhältnis Voll-/Teilzeitkräfte angleichen, Kompetenzprofil, zu betreuende Patientengruppe (Verlaufskontrolle)
2. Unterschiede statistisch kontrollieren (P2)	Angleichen der Interventions- und nicht-äquivalenten Kontrollgruppe an Pre-Test-Scores von zwei Messungen
3. Gruppencharakteristika detailliert beschreiben & Unterschiede transparent machen (P1; P5; P6)	z. B. Management-Einheit, Einzugsgebiet, Layout, Bettenanzahl, Belegung, Personalausstattung, internistische Betreuung, Patientenstruktur (Alter, Geschlecht, Aufenthaltsdauer, Diagnoseprofil, „behavioral ability“), Pflegezeit pro Patient/Tag
4. randomisierte Zusammensetzung der Gruppen (P7)	Nach Gray (1997) bestmögliche Stärkung eines Vergleichsgruppendesigns

Tab. 7: Strategien zur Äquivalenzkontrolle von Vergleichsgruppen

Den Studien P1-3 ist es nicht möglich, die Interventions- und/oder Kontrollgruppe nach dem Zufallsprinzip auszuwählen, weil Vorgaben seitens der Kliniken bestehen. Es ist den Evaluatoren jedoch möglich, die Einführung von Primary Nursing vor Ort und direkt zu kontrollieren und damit die unabhängige Variable „Intervention Primary Nursing“ zu manipulieren. Dem gegenüber können P4-P7 die Variable nicht direkt kontrollieren und setzen zur Stärkung ihres Designs ausnahmslos eine Form der indirekten Kontrolle ein. Sie überprüfen die tatsächliche Umsetzung des Pflegesystems und schaffen damit die Grundlage für einen retrospektiven Vergleich zwischen Interventions- und Vergleichsgruppen. Das hierbei von P5-7 verwendete Instrument von Thomas & Bond (1990) siedelt Primary Nursing auf einem Kontinuum verschiedener Pflegesysteme an und überprüft in standardisierter Form Organisation und pflegerische Tätigkeiten aus Sicht der Stationsleitungen. Von den Autoren selbst wird dieses Instrument jedoch als unzureichend in seiner Validität beschrieben und zur Weiterentwicklung empfohlen. Demgegenüber geht P1 mithilfe informeller Interviews vor und P2 setzt eine monatliche Checkliste ein. Beide nennen jedoch keine Details.

Die Messzeitpunkte nach erfolgter Einführung des Pflegesystems sind den Tabellen 5 und 6 zu entnehmen. Sie liegen bei 4, 6, 12 oder 18 Monaten, für einige Projekte fehlen die Angaben (P4/6/7). Lediglich P1 und P2 erheben die Daten prospektiv und longitudinal zu mehr als zwei Zeitpunkten. Die Durchführung von zwei Pre-Tests über den Zeitraum von mindestens 12 Monaten vor der Intervention ermöglicht es, natürlich vorkommende Reifeprozesse/ Veränderungen zu erfassen (P2; P1 jedoch eingeschränkt mithilfe existierender Baseline-Daten aus Routineerhebungen). Diese pre-Test-Daten helfen, die post-Test-Ergebnisse adäquat zu deuten. Die Durchführung von zwei Post-Tests nach 6 und 18 Monaten gewährt demgegenüber Einblick in kurzfristige und nachhaltige Auswirkungen der Intervention. So verweist P1 beispielsweise darauf, dass sich Akzeptanzprobleme mit der sich verändernden Rolle der Stationsleitung von „hauptverantwortlich sein“ hin zu „koordinieren“ erst zum zweiten Messzeitpunkt auflösen (vgl. MacGuire et al. 1993: 45).

4.3.2 Studien, die den Umsetzungsgrad von Primary Nursing untersuchen (n=2)

In den zwei Publikationen dieser Kategorie wird Primary Nursing als Kontinuum, d.h. Interventionsprozess, betrachtet. Die Autoren fragen konkret nach dem Umsetzungsgrad, beziehungsweise der Einschätzung des Übereinstimmungsgrades mit der Idealform von Primary Nursing. Wie Tabelle 8 zu entnehmen ist, unterscheiden sich die beiden Studien elementar

Nr.	Fragestellung/ Evaluationsziel	Stichprobe (Selektion, Größe, Subjekte)	Messzeiten
P8	Ausmaß untersuchen, nach dem PN eine hohe Qualität in der Versorgung psychiatrischer Patienten fördert. Inwieweit fördert oder behindert PN die Kontinuität dieser Versorgung?	18 Betten-Einheit einer „Intensivpsychiatrie“; Pflegedokumentation von n=16 Patienten	1 >10-11 Jahre e.p.f.
P9	In welchem Ausmaß sind die Kernelemente von PN im klinischen Setting abwesend oder vorhanden?	8 Stat. eines KHS (3/Geriatrie, 3/Innere, 3/Chirurgie davon eine NDU); 6 Patienten randomisiert aus jedem klinischen Bereich; 2 PN & 1 AN pro Stat.	1 >1 Jahr e.p.f.

Abkürzungen:

PN= Primary Nursing/Nurses; AN= Assistant Nurse; NDU= Nursing Development Unit; KHS = Krankenhaus; e.p.f. = ex post facto = hier: nach Einführung von Primary Nursing

Tab. 8: Ausgewählte Charakteristika der Studien mit deskriptiv-explorativem Design

hinsichtlich Komplexitätsgrad und Stichprobenumfang. Während P8 lediglich das Ausmaß der Versorgungskontinuität untersucht, überprüft P9 die Umsetzung aller vier Kernelemente. Diese wurden auf der Basis empirischer Daten und Berücksichtigung des Instrumentes Quasar operationalisiert (vgl. Mead 1990). Beide Studien konzentrieren sich bei der Erhebung in erster Linie auf beobachtbare Versorgungsaspekte und folgen einem deskriptiv-explorativen Design.

Das eingesetzte Studiendesign hat den Vorteil, dass die meisten Kontrolldimensionen irrelevant sind und sich somit der Aufwand der Datenerhebung deutlich reduzieren lässt. Es ist daher nicht für eine Aussage zu Korrelationen geeignet, sondern dient vorrangig einer Ist-Analyse. P8 versucht dennoch, über die Kontinuität einen positiven Effekt von Primary Nursing auf die Versorgungsqualität aufzuzeigen und stellt damit einen Kausalbezug her, den das Design nicht stützen kann. Demgegenüber distanziert sich P9 von dem weit verbreiteten Ansatz, mit Primary Nursing verbundene Probleme und Vorzüge zu untersuchen. Hier wird über einen aktiven Reflexionsprozess der zu beobachtenden Praxis versucht, die Versorgungsqualität zu verbessern. Das Evaluationsdesign ist Teil eines Audit-Prozesses, in dem die konkrete Umsetzung des Pflegesystems anhand individueller Aktionspläne mit Benennung des Change-Agent, der Handlung und des Implementierungszeitraums operationalisiert ist. Bei negativen Ergebnissen wird die Möglichkeit für einen Re-Audit angeboten.

Die Tabelle 8 zu entnehmenden Messzeiten divergieren deutlich. Der Zeitpunkt bei P9 nach frühestens zwölf Monaten stimmt mit P2 und P5 der ersten Kategorie überein. Demgegenüber erhebt P8 nach zehn bis elf Jahren die Daten. Da in der Studie die Umsetzung von Primary Nursing, außer hinsichtlich der Versorgungskontinuität, nicht hinterfragt und bestätigt wird, sind jegliche Rückschlüsse auf das System nach diesem langen Zeitraum aufgrund externer Einflussgrößen fraglich.

4.3.3 Studien zu Erfahrungen mit Primary Nursing aus Sicht der Pflegenden (n=5)

Die Studien der dritten Kategorie fragen hauptsächlich nach praktischen Erfahrungen mit Primary Nursing (Tabelle 9). Bis auf P11 stehen dabei erfahrene Stärken und Schwächen mit dem umgesetzten Pflegesystem im Vordergrund. Demgegenüber untersucht P11 grundlegende Prozesse, die dem Arbeiten als Primary Nurse innewohnen. Welche Bedeutung messen Pflegenden dem Organisationssystem und ihrer Rolle innerhalb dessen bei?

Diese fünf Primärstudien implementieren ein qualitatives Forschungsdesign, verfolgen jedoch völlig unterschiedliche Ansätze. Wenige zusammenfassende Aussagen lassen sich treffen (Tabelle 9). Bei P10/11/12 ist das Design eindeutig auszumachen, während P13/14 diesbezüglich keine Konkretisierung ermöglichen. Bei P13 handelt es sich um einen Kongressbericht, der schwerpunktmäßig die Einführung von Primary Nursing behandelt und dementsprechend begrenztes Datenmaterial zur Evaluation liefert.

Nr.	Fragestellung/ Evaluationsziel	Designinformation	Stichprobe (Selektion, Größe, Subjekte)	Messzeiten	
P10	Wie erfahren Pflegenden Primary Nursing in der Praxis?	Fallstudiendesign mit ethnographischem Ansatz nach Leininger (1987); retrospektiv – explorativ	24-Betten-Allg. Chirurgie eines Provincial General Hospital n=11 Pflegenden, Auszubildende	1	24 Monate e.p.f.
P11	Wie interpretieren Primary Nurses ihre Rolle und ihr professionelles Verhalten? Unterscheidet sich diese Sichtweise von der von Nicht-Primary Nurses?	Grounded Theory mit epistemologischem Ansatz retrospektive Pilotstudie	Rehabilitations-Einheit, Tagesklinik für ältere verwirrte Patienten n=2 Primary Nurses jeweils für die Dauer einer kompletten Schicht	1	Ungenannt, e.p.f.
P12	Wozu hat die Einführung von Primary Nursing aus Sicht der Pflegenden geführt?	Aktionsforschung, interpretativ – phänomenologische Perspektive; retrospektiv	Akut- & Langzeitversorgung von Lungenpatienten n=21 Pflegenden	ph a s e	9-21 Monate e.p.f.
P13	Einschätzung der Einstellung der Pflegekräfte vor und nach der Einführung von Primary Nursing	ungenauere Angaben prospektiv; pre/post-Design innerhalb einer Gruppe	Orthopädische Station eines Allgemeinkrankenhauses mit 32 Pat.; alle Mitarbeiter der Stat.	2	pre/post-Test nach 6 Monaten
P14	Wie haben die zu Betreuenden, ihre Angehörigen und die Pflegenden den Wechsel zu Primary Nursing erfahren?	ungenauere Angaben retrospektiv; Entwicklungstendenz innerhalb der jeweiligen Subjektgruppe	2 Stat. geriatrischer Langzeitversorgung 10 Bewohner, 10 Angehörige, 10 Pflegenden	1	18 Monate e.p.f.

Abkürzungen: e.p.f. = ex post facto = hier: nach Einführung von Primary Nursing

Tab. 9: Ausgewählte Charakteristika der Studien mit qualitativem Design

Literatur**Eingeschlossene Studien zu
Primary Nursing****Reviews (R1-6)**

1. **R1** Giovanetti P (1986). Evaluation Of Primary Nursing. In Research On Nursing Care Delivery. Annual Review of Nursing Research 4: 127-151. New York: Springer
2. **R2** MacDonald M (1988). Primary Nursing: Is It Worth It?. Journal of Advanced Nursing 13: 797-806.
3. **R3** Hale C (1991). Evaluating A Change To Primary Nursing: Some Methodological Issues. Nursing Practice 4(4): 12-16.
4. **R4** Ersser S & Tutton E (Hrsg.) (2000/Original von 1991). Primary Nursing: Grundlagen und Anwendung eines patienten-orientierten Pflegesystems. Aus dem Englischen von S Bernhart. Bern: Verlag Hans Huber
5. **R5** Thomas LH & Bond S (1991). Outcomes Of Nursing Care: The Case Of Primary Nursing. International Journal of Nursing Studies 18(4): 291-314.
6. **R6** Sandhu B, Kerouac S, Duquette A & Turchon S (1992). Nursing Assignment Patterns And Patient Outcomes. Canadian Journal of Nursing Administration Sept/Okt: 14-19.

Primärliteratur (P1-14)

1. **P1** MacGuire J & Botting D (1990). The Use Of The Ethnograph Program To Identify The Perceptions Of Nursing Staff Following The Introduction Of Primary Nursing In An Acute Medical Ward For Elderly People. Journal of Advanced Nursing 15: 1120-1127.
2. **P1** MacGuire J (1989a). An Approach To Evaluating The Introduction Of Primary Nursing In An Acute Medical Unit For The Elderly -I. Principles And Practice. International Journal of Nursing Studies 26(3): 243-251.
3. **P1** MacGuire J (1989b). An Approach To Evaluating The Introduction Of Primary Nursing In An Acute Medical Unit For The Elderly -II. Operationalizing The Principles. International Journal of Nursing Studies 26(3): 253-260.
4. **P1** MacGuire J (1991). Quality Of Care Assessed: Using The Senior Monitor Index In Three Wards For The Elderly Before And After A Change To Primary Nursing. Journal of Advanced Nursing 16: 511-520.

Hinsichtlich der Projektdurchführung werden generell Teilnehmer, Umfeld und Forscherperspektive beschrieben, jedoch unterschiedlich genau. Die eingesetzten Stichproben schwanken zwischen n=2 und n=30 interviewten oder beobachteten Personen. Darunter sind überwiegend Pflegende (P10-14), vereinzelt auch Auszubildende, Patienten und Angehörige (P14). Die Forschungssubjekte stammen jeweils von derselben oder zwei unterschiedlichen Stationen einer Versorgungseinrichtung.

Ein wesentliches Problem der qualitativen Studien besteht darin, dass die Autoren von der Grundannahme ausgehen, dass während der Datenerhebung das Pflegesystem Primary Nursing bereits umgesetzt ist. Es wird jedoch offen gelassen, worauf sich diese Annahmen stützen und wie verlässlich sie damit sind. Entsprechend wird Primary Nursing nicht in operationalisierter Form beschrieben. Die einzige Ausnahme bildet P12, wo abschließend die sich widersprechenden Interviewergebnisse den standardisierten Fragen des Instrumentes von Thomas & Bond (1990) zugeordnet werden. Damit konnte die Umsetzung des Pflegesystems beurteilt und Wahrnehmungen der Pflegenden anhand objektiver und beobachtbarer Kriterien zusammenfassend bestätigt werden.

Die Zeitpunkte der Datenerhebung nach Einführung von Primary Nursing liegen bei 6, 9-21, 18 und 24 Monaten und entsprechen nahezu der beobachteten Verteilung innerhalb der quantitativen Studien. P11 macht keine genauen Angaben zum Zeitpunkt. Im Kontext der Datenerhebung und Kategorisierungsprozessen spricht keine der fünf Studien von erreichter Sättigung. Das hängt möglicherweise mit den relativ kleinen Stichproben zusammen.

Folgende Strategien zur Stärkung der qualitativen Designs konnten beobachtet werden:

- doppelte Analyse transkribierter Interviews durch zwei Forscher (P10)
- aktive Teilnahme an der Dateninterpretation durch die StudienteilnehmerInnen selbst (P10/12)
- explizite Beschreibung des Forschungsfeldes (P12)
- Forscher-Tagebuch, das Angelegenheiten und Gedanken beinhaltet, die während formeller und informeller Interaktionen zwischen Forscher und Subjekten aufkommen (P12)
- prinzipielle Durchführung einer Pilotstudie (P11)
- mind. zwei Erhebungszeitpunkte (P13) oder längerer Erhebungszeitraum (P12)
- keine Beschränkung der Perspektive auf Pflegende, sondern Nutzen unterschiedlicher Informationsquellen (P14)

4.3.4 Methoden und Instrumente zur Datenerhebung

Die Methoden zur Datenerhebung zeichnen sich durch eine große Vielfalt aus. Übereinstimmungen sind lediglich hinsichtlich der Untersuchungsmethoden und Datenquellen festzustellen. Im Kontext quantitativer Forschung dominiert die standardisierte schriftliche Befragung (P1-9), häufig unter Einsatz der 5- oder 7-Punkte-Skala (P2/4/7), sowie die nicht-teilnehmende Beobachtung (P1/4/5/6/9) und die Dokumentationsanalyse (P1/5/8/9). Im Rahmen qualitativer Erhebungsmethoden werden gehäuft Fokusinterviews geführt (P10/12/14), daneben auch ein Tiefeninterview (P11) sowie eine schriftliche Befragung mit offenen Leitfragen (P13).

Bis auf P8 setzen alle Studien Pflegende als Datenquelle für Befragungen und/oder Interviews ein. Eine Differenzierung erfolgt entweder anhand ihrer Rollenzuweisung (Stationsleitung, Primary Nurse, Assistant Nurse) oder ihrer Qualifikation (qualifizierte Pflegende, Pflegehilfskraft, Auszubildende). Ebenso dienen beobachtbare Pflegeaspekte wie pflegerische Aktivitäten oder verbale Interaktionen (P1/2/4/5/6/9/11), Patienten (P1/5/6/7/9/14), Pflegedokumentationen (P1/5/8/9/11), Forschernotizen (P11/12), weitere MitarbeiterInnen des interdisziplinären Teams (P5/9) und Angehörige (P14) als Informationsquellen. Die Mehrheit der Studien nimmt ein (P2/3/6/8/10/13) oder zwei (P4/7/11/12) Perspektiven bei der Datenerhebung ein. Lediglich vier von 14 Studien erheben die Daten aus drei bis fünf unterschiedlichen Perspektiven (P1/5/9/14).

Bei den eingesetzten Instrumenten gibt es innerhalb der 14 Studien mit Ausnahme des Instrumentes von Thomas & Bond (1990) zur Bestimmung des tatsächlich praktizierten Pflegesystems keinerlei Übereinstimmung. Die Mehrheit wendet mindestens zwei sich ergänzende Methoden an (P1/2/4-7/9-12) oder setzt mindestens zwei Erhebungsinstrumente ein (P1-7/9-12). Mit Ausnahme von P8 greifen alle quantitativen Studien auf bereits entwickelte und im anderen Kontext überprüfte Instrumente zurück und ergänzen diese durch Neuentwicklungen. Bis auf P13 haben alle qualitativen Studien neue Instrumente zur Datenerhebung entwickelt. Eine Reihe unterschiedlicher Outcome-Variablen bzw. Outcome-Dimensionen ist den quantitativen Studien zu entnehmen. Da sich keine wesentlichen Übereinstimmungen feststellen lassen, werden die Variablen studienübergreifend dargestellt:

- **Patientenbezogen** (z. B. Aufenthaltsdauer, Lebenszufriedenheit, Inanspruchnahme von Dienstleistungen nach Entlassung, Zufriedenheit mit Versorgung, Versorgungskontinuität; Kompetenzen zur Krankheitsbewältigung, verfügbare Informationen zu Primary Nursing)

5. **P1** MacGuire J, Adair E & Botting D (1993). Nursing Developments: Primary Nursing In Elderly Care. King's Fund Centre: London
6. **P2** Melchior M, Halfens R, Abu-Saad H, Philipsen H, van de Berg A & Gassman P (1999). The Effects Of Primary Nursing On Work-Related Factors. Journal of Advanced Nursing 29(1): 88-96.
7. **P2** Melchior M, Philipsen H, Abu-Saad H, Halfens R, van de Berg A & Gassman P (1996). The Effectiveness Of Primary Nursing On Burnout Among Psychiatric Nurses In Long-Stay Settings. Journal of Advanced Nursing 24: 694-702.
8. **P3** Rigby A, Leach C & Greasley P (2001). Primary Nursing: Staff Perception Of Changes In Ward Atmosphere And Role. Journal of psychiatric and mental health nursing 8(6): 525-532.
9. **P4** McMahon R (1990). Power and Collegial Relations Among Nurses on Wards Adopting Primary Nursing and Hierarchical Ward Management structures. Journal of Advanced Nursing 15: 232-239.
10. **P5** Bond S, Bond J, Fowler P & Fall M (1991a). Evaluating Primary Nursing, part 1. Nursing Standard 5(36): 35-39.
11. **P5** Bond S, Bond J, Fowler P & Fall M (1991b). Evaluating Primary Nursing, part 2. Nursing Standard 5(37): 37-39.
12. **P5** Bond S, Bond J, Fowler P & Fall M (1991c). Evaluating Primary Nursing, part 3. Nursing Standard 5(38):36-39.
13. **P6** Thomas LH (1992). Qualified Nurse And Nursing Auxiliary Perceptions Of Their Work Environment In Primary, Team And Functional Nursing Wards. Journal of Advanced Nursing 17: 373-383
14. **P6** Thomas LH (1994). A Comparison Of The Verbal Interactions Of Qualified Nurses And Nursing Auxiliaries In Primary, Team And Functional Nursing Wards. International Journal of Nursing Studies 31(3): 231-244.
15. **P7** Thomas LH, McColl E, Priest J & Bond S (1996). The Impact Of Primary Nursing On Patient Satisfaction. Nursing Times 92(22): 36-38.
16. **P8** Gray R & Smedley N (1998). Assessing Primary Nursing In Mental Health. Nursing Standard 12(21): 35-38.

- **Berufsspezifische Charakteristika** (Komplexität, Feed-back/Klarheit & Autonomie; Führungsstil; pflegephilosophisches Verständnis; Personal- & Umgebungsorganisation; Wissen zu Primary Nursing unter Pflegenden)
- **Häufigkeit pflegerischer Aufgaben** (persönliche Versorgungs-, psychosoziale -, Haushalts-, organisatorische Aufgaben)
- **Pflegeprozess** (Häufigkeit & Intensität relevanter Aspekte; Aspekte der Verantwortlichkeit; Autonomie der PN in patientenbezogenen Entscheidungsprozessen; Partizipation an der Pflegeplanung; Kontinuität der Versorgung; Informationstransfer)
- **Kommunikationsinhalte mit Patienten & Angehörigen** (z. B. Konversation, Unterstützung, Behandlung erklären, anleiten, Orientierung bei Aufnahme, Pflegeplan und Assessment)

Die Qualität der Datenerhebungen variiert stark. Die Hälfte der Primärautoren berichtet von der Durchführung einer Pilotstudie für alle oder eine Auswahl eingesetzter Datenerhebungsmethoden (P1/3/4/6/7/9/11). Bemühungen zur Sicherung der Inhaltsvalidität stehen im Vordergrund. Die Entwicklung konkreter Items stützt sich dabei einerseits auf empirische Daten, die im Vorfeld selbst erhoben (P6/7/9) oder relevanten Studien entnommen wurden (P2/3/4) und andererseits auf konzeptgeleitete Überlegungen (P1/2/4/5/8/9). Insgesamt werden statistische oder systematische Methoden wie Messungen zur internen Konsistenz mit Cronbachs Alpha (P2/7), Test-Retest-Reliabilität (P7) oder Intra-Rater-Reliabilität (P1/6) zur Stärkung der Instrumentenqualität selten eingesetzt.

Mögliche operationalisierte Definitionen von Primary Nursing werden lediglich in drei Studien beschrieben (P5/8/12). Darüber hinaus konkretisiert P5 mögliche Auswirkungen des Pflegesystems auf die Patientenversorgung anhand von Struktur-, Prozess- und Outcomeparametern und trägt somit der Mehrdimensionalität von Primary Nursing Rechnung. Zwei weitere Ansätze zeigen einen möglichen Umgang mit dem Problem der Operationalisierung als auch der Mehrdimensionalität auf. Anstelle einer operationalisierten Definition stellt P1 zehn Prinzipien auf, die als Leitfaden für die Implementierung des Pflegesystems und für die Entwicklung der Datenerhebungsinstrumente dienen, ihre konkrete und erfolgreiche Umsetzung wird mit Projektabschluss jedoch nicht überprüft. Die Autoren von P9 konkretisieren die vier Kernelemente von Primary Nursing soweit, dass sie mithilfe von neun sich thematisch ergänzenden Itemkategorien messbar werden. Die Eindeutigkeit und Messbarkeit der beobachtbaren Items wird durch zwei externe PrüferInnen bestätigt, das Instrument abschließend reflektiert und konkrete Vorschläge zur Weiterentwicklung gegeben.

4.4 Methodische Entwicklungen bei der Evaluation von Primary Nursing

4.4.1 Weiterentwickelte Strategien

Nach chronologischen Gesichtspunkten lässt sich eine vage Entwicklungslinie aufzeigen. Zwischen 1973 und 1990 beurteilen die meisten Autoren den Interventionsnutzen von Primary Nursing in Bezug auf Versorgungsqualität und Outcome-Parameter wie Patientenzufriedenheit, Berufszufriedenheit und/oder Kosteneffektivität. Die direkte Frage nach dem Umsetzungsgrad von Primary Nursing sowie nach subjektiven Erfahrungen mit dem System wird erst verstärkt seit Ende der 1990er Jahre in Evaluationsprojekten gestellt und behandelt. Nach wie vor verbirgt sich hinter den Fragestellungen jedoch häufig die Frage „Sorgt PN für einen Unterschied?“, wie dies von R5 festgestellt wurde. Stattdessen solle mehr gefragt werden, „Welche Aspekte der Versorgungsstruktur und des Versorgungsprozesses führen bei welchen Patientenergebnissen und welchen Pflegenden zu einem Unterschied?“ (vgl. Thomas & Bond 1991).

Quasi-experimentelle oder korrelative Studien, die kausale Beziehungen erhellen wollen, können zur Stärkung des Designs nicht-äquivalente Kontrollgruppen einsetzen (P1/2/4-7). Die Möglichkeiten zur Kontrolle der tatsächlichen Gruppenvergleichbarkeit stärken oder schwächen das Design nach methodischen Gesichtspunkten maßgeblich (R1/5). Die Primärstudien liefern mögliche Ansätze zur Äquivalenzkontrolle.

Nach wie vor dominieren zwar quantitative Methoden der Datenerhebung, die Ergänzung durch qualitative Ansätze ist jedoch offensichtlich. Neben den standardisierten Fragebögen, die häufig mit 5- oder 7-Punkte-Skalen im Antwort-Format konzipiert sind, wird seit 1990 vermehrt die nicht-teilnehmende Beobachtung in größtenteils strukturierter Form eingesetzt. Verschiedene Untersuchungsmethoden werden verstärkt zur gegenseitigen Ergänzung implementiert. Insgesamt sind Datenquellen und eingenommene Perspektiven vielfältiger geworden. So sind Angehörige, verbale Interaktionen, Forschernotizen, und MitarbeiterInnen des interdisziplinären Teams neben der Dokumentationsanalyse als Datenquelle oder Perspektive hinzugekommen. Dennoch finden selten mehr als zwei Perspektiven innerhalb eines Projektes Berücksichtigung.

Die Mängel eingesetzter Instrumente hinsichtlich Eignung und Güte wurden bis 1990 maßgeblich auf die fehlende Operationalisierung von Primary Nursing und anderen eingesetzten Variablen zurückgeführt. Seit 1990 liegen einige vielversprechende Ansätze zur Operationa-

17. **P9** Ryan AA & Logue HF (1998). Developing An Audit Tool For Primary Nursing. *Journal of Clinical Nursing* 7: 417-423.
18. **P10** McCormack JM (1992). A Case Study Identifying Staff's Perceptions Of The Delivery Method Of Nursing Care In Practice On A Particular Ward. *Journal of Advanced Nursing* 17: 187-197.
19. **P11** Leach MK (1993). Primary Nursing: Autonomy Or Autocracy?. *Journal of Advanced Nursing* 18: 394-400.
20. **P12** Jonsdottir H (1999). Outcomes of Implementing Primary Nursing In The Care Of People With Chronic Lung Diseases: The Nurses' Experience. *Journal of Nursing Management* 7: 235-242
21. **P13** Mischo-Kelling M, von Häfen S & Korth R (2002). Die Einführung der primären Pflege – Ein Beitrag zur Optimierung der Versorgungsprozesse und zur Qualitätsverbesserung. In Landenberger M, Klein R, Horn I & Ferenskiewicz D [Hrsg.] (2002). *Pflegepfade in Europa. Neue Forschungsergebnisse und Praxisprojekte aus Pflege, Management und Gesundheitspolitik in Europa* (S. 18-31). Mabuse: Frankfurt/Main
22. **P14** Laakso S & Routasalo P (2001). Changing To Primary Nursing In A Family Home In Finland: Experiences Of Residents, Their Family-members And Nurses. *Journal of Advanced Nursing* 33(4): 475-483.

Sonstige Literaturstellen

1. Behrens J & Langer G (2002). Beurteilung einer Systematischen Übersichtsarbeit/Meta-Analyse. URL: <http://www.ebhc.de/praxis> Version 1.2
2. Breit A & Böhner G (1991). Die neue Pflege- ein holistisches Modell. 2. Folge: Primary Nursing. *Die Schwester/ Der Pfleger* 30(3): 215-216.
3. Burns N & Grove SK (2001). *The Practice Of Nursing Research: Conduct, Critique And Utilization*. Saunders: Toronto.
4. Chalmers I, Hedges LV & Cooper H (2002). A Brief History Of Research Synthesis. *Evaluation & The Health Professions* 25(1): 12-37.
5. Docherty M & Smith R (1999). The Case For Structuring The Discussion Of Scientific Papers. *British Medical Journal* 318:

lisierung vor. Neben den entwickelten zehn Prinzipien (P1) und der Bestimmung messbarer Kernelemente (P9) sind mögliche operationalisierte Definitionen angegeben (P5/8/12). Neben zwei identifizierten Fallstudien (P5/10) liefern alle qualitativen Studien (P10-14) Wissensgrundlagen, die in zukünftige operationalisierte Definitionen von Primary Nursing einfließen könnten. Ebenso gibt es Ansätze, Struktur- Prozess- und Outcome-Variablen zu Primary Nursing zu konkretisieren und bei der Evaluation miteinander zu verknüpfen (P5). Darüber hinaus zeigt sich in einigen Studien das Verständnis von Primary Nursing als mehrdimensionales Konzept (P1/5/9).

4.4.2 Bestehende Probleme

Die Möglichkeiten für die Vergleichbarkeit der Studien sowie eine valide und umfassende Ergebnissynthese sind im Vergleich zum Zeitraum vor 1990 unverändert eingeschränkt. Dies ist weiterhin auf die Heterogenität der Fragestellungen, eingesetzter Instrumente und Variablen zurückzuführen. Hinzu kommt der bestehende Mangel an reliabilitäts- und validitätsgeprüften Instrumenten. Die Bemühungen um Inhaltsvalidität der Instrumente dominieren und sind damit eher niedrig angesetzt. Statistische und systematische Methoden sind sehr selten.

In der Evaluationsliteratur gibt es keinen Standard-Richtwert für den optimalen Messzeitpunkt nach Einführung von Primary Nursing. Die angegebenen Zeiten reichen von 4 Monaten, die allgemein als zu kurz empfunden werden, über das Minimum von einem Jahr bis hin zu 2 Jahren oder länger. Giovanetti empfahl, Messzeitpunkte im Designkontext zu betrachten (R1). Dies bedeutet einerseits, natürliche oder interventionsbedingte Veränderungsprozesse über einen längeren Zeitraum zu erfassen (P1/2/12) oder bei Einzelmessung den tatsächlichen Umsetzungsgrad zu berücksichtigen (P4-7). Es gibt Hinweise darauf, dass sich Ergebnisse nach sechs und 18 Monaten unterscheiden (P1).

Giovanetti begründet das Problem der Replizierbarkeit von Evaluationsstudien mit der mangelnden Berichtsqualität. Dieses Problem besteht insofern fort, als dass den untersuchten Berichten notwendige Teilinformationen wie beispielsweise implementiertes Design (P3/6-8/13/14), Messzeitpunkte (P4/6/7/8/11) oder Aspekte zur Überprüfung der deklarierten erfolgreichen Umsetzung (P2/3/4/10/11/13/14) nicht direkt und eindeutig zu entnehmen sind.

Die Frage, inwieweit ein Pflegesystem überhaupt messbare Auswirkungen auf die zu Pflegenden haben kann oder ob diese Auswirkungen nicht eher an die Kompetenzen der Pflegenden gebunden sind, ist weiterhin offen. In den untersuchten Primärstudien wurden nicht Kompetenzen von Pflegenden erfasst, jedoch Qualifikationen von Pflegenden (P1/3/5/6/9/10), die national gebunden sind.

5 Diskussion und Schlussfolgerungen

5.1 Operationalisierung und Mehrdimensionalität von Primary Nursing

Die mangelnde Operationalisierung von Primary Nursing ist bis heute eines der Hauptprobleme bei der Evaluation dieses viel versprechenden Pflegesystems. Irrtümlicherweise werden häufig lediglich Definitionen eingesetzt, die zwar relevante Inhalte der Intervention beschreiben, aber nicht im Sinne einer operationalisierten Definition exakt darlegen, was dies in der Umsetzung konkret bedeutet und wie es überprüft werden kann. Dies ist entscheidend, weil die Art der Definition einer Variablen Konsequenzen für den Implementierungsprozess, das begleitende und/oder abschließende Evaluationsdesign sowie die Instrumentauswahl oder -entwicklung hat. Fallstudien und qualitative Forschung bieten die Möglichkeit, Einblick in die konkrete Ausgestaltung und komplexen Zusammenhänge der Praxis zu bekommen, um die Definitionen entsprechend zu konkretisieren. Darüber hinaus liegt in dem Ansatz, Primary Nursing auf der Basis von Struktur- und Prozesselementen zu operationalisieren, eine reelle Chance zur Problemlösung, die bislang selten genutzt wurde. Beispielsweise könnten Aspekte der direkten Kommunikation anhand des Strukturparameters „interdisziplinäre Teambesprechung“ (Häufigkeit, Nutzung, Zeitaufwand) und des Prozessparameters „Fallanalyse“ (angesprochene Inhalte, Beteiligung der jeweiligen Berufsgruppe, Wissen/Wissenserweiterung zu Patienten) in ihrer angenommenen Auswirkung auf pflegerische Aktivitäten untersucht werden.

Unklar bleibt, ob ein mehrdimensionales Verständnis von Primary Nursing sich allein in einer Verknüpfung von Struktur-, Prozess- und Outcomeaspekten zeigen kann. Zur Überprüfung des Umsetzungsgrades von Primary Nursing muss das Pflegesystem ebenfalls in mehr als einer Dimension erfasst werden. Die vier Kernelemente „Verantwortung“, „Kontinuität“, „direkte Kommunikation“ und „Pflegeplanende ist zugleich Pflegedurchführende“ geben eine solche Struktur vor. Es sollte methodisch dabei nicht als ein zeitlich begrenztes Ereignis und damit wiederum eindimensional betrachtet werden, sondern als schrittweise Umgestaltung der Praxis. Entscheidend scheint jedoch der Grundtenor der Fragestellung: Sollen Auswirkungen von Primary Nursing (=eindimensional) oder Auswirkungen bestimmter struktureller und prozessualer Versorgungsaspekte (=mehrdimensional) erhoben werden?

1224-1225.

6. Fischer (2000). Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätsklinikum Deutschland (VPU). Primary Nursing. PR-InterNet 10: 367- 374.
7. Ganong L (1987). Integrative Reviews Of Nursing Research. Research in Nursing & Health 10:1-11.
8. Gray M (1997). Evidence-based Healthcare. London: Churchill Livingstone.
9. Hoppe M (1998). Primary Nursing im Evangelischen Amalie Sieveking-Krankenhaus e.V.: Ein Erfahrungsbericht nach zwei Jahren Projektarbeit. Pflegezeitschrift 7: 2-9. Beilage: Pflegeethorie
10. Josuks H (2003a). Mehr Handlungsfreiheit für die Pflege. Warum es sich lohnt, das Pflegesystem Primary Nursing auch in Deutschland umzusetzen. Häusliche Pflege 8: 29-33.
11. Josuks H (2003b). Primary Nursing – ein Konzept für die ambulante Pflege: Ein Leitfaden zur Implementierung eines neuen Pflegesystems. Schlütersche Verlag: Hannover
12. Kesselring A (1992). Was ist neu an Primary Nursing? Krankenpflege 2/1992: 49-51.
13. Kleine-Hörstkamp S (2002). Primary Nursing – Umsetzung in der ambulanten Pflege. Abstract im Kongressband des Münchener Pflegekongresses 2002:70.
14. Lynch M & Knipfer E (1998). Professionelle Pflege durch Primary Nursing. Heilberufe 50(2): 40-41
15. Macek-Bitter S (1992). Primary Nursing - eine Alternative?. Deutsche Krankenpflegezeitschrift 6:422-424.
16. Manthey M (1992). The Practice Of Primary Nursing. King's Fund Centre: London.
17. Manthey M (2002). Primary Nursing: Ein personenbezogenes Pflegesystem. Verlag Hans Huber: Bern. [Dt.-sprachige Ausg. hrsg. Von M Mischo-Kelling nach Originaltitel von 1980 „The Practice of Primary Nursing“ Blackwell Scientific Publications, Inc., Boston].
18. Mead D (1990). Research Report: Primary Nursing And Quality Assurance. Nursing Times 86(19): 71-72.
19. Mischke C (2002). Primary Nursing – von der Idee zur Umsetzung. Abstract im Kongressband des Münchener

5.2 Gesamtkonzeption des Evaluationsdesigns und Aussagekraft

Wurde bis 1990 überwiegend ein quasi-experimentelles Design bei der Evaluation von Primary Nursing umgesetzt, so ist es auffällig, dass die untersuchten Studien seit 1990 schwerpunktmäßig ein nicht-experimentelles ex-post-facto-Design implementieren. Bedeutet dies einen „methodischen Rückschritt“ und einen Verlust an Aussagekraft, da es sich nach der Evidenzhierarchie vom bestmöglichen Ansatz wegbewegt (vgl. Gray 1997)?

Ideal ist es, wenn die Evaluation vor der Implementierung von Primary Nursing geplant werden kann und damit die Kontrolle der Intervention wie im quasi-experimentellen Design möglich ist, d.h. die vom Forscher gesteuerte Implementierung erfolgt. Offensichtlich kann dies jedoch dazu verleiten, die erfolgreiche Umsetzung des Pflegesystems einfach anzunehmen oder dies lediglich informell und nicht systematisch zu prüfen. Die Kontrollierbarkeit der Intervention ersetzt jedoch nicht die Überprüfung der vollständigen Umsetzung. Demgegenüber hat die vorliegende Untersuchung gezeigt, dass in allen vier retrospektiv-korrelativen Studien eine indirekte Kontrolle der Intervention durch die Überprüfung des Umsetzungsgrades vorgenommen wurde. Diese Überprüfung ermöglicht die Stärkung sowohl der quantitativen als auch qualitativen Designs.

Die Implementierung eines Vergleichsgruppensystems stärkt sowohl das Pre-post-Design (P1/2) als auch das Ex-post-facto-Design (P4-7). Problematisch ist jedoch die Kontrolle der Äquivalenz. Eine vergleichbare Ausgangssituation im Kontext eines Pre-Post-Designs zu schaffen, kann in der Praxis sehr aufwändig sein. Erfolgreiche Bemühungen zur Förderung der Vergleichbarkeit von Interventions- und nicht-äquivalenter Kontrollgruppe setzen mindestens klare Selektionskriterien und die detaillierte Beschreibung der Charakteristika vor Einführung von Primary Nursing voraus. Dies wird in den Evaluationsberichten nicht so selbstverständlich umgesetzt. Ist eine Form der Randomisierung als bestmögliche Strategie nicht praktikabel, so gewinnt die Frage an Bedeutung, ob die Auswirkungen externer Einflussgrößen auf die verschiedenen Gruppen gleich sind. Ebenso wären Projekteffekte, wie Imitations- oder Carryover-Effekte stärker zu berücksichtigen.

Insgesamt scheint die Dominanz nicht-experimenteller Designs unter den 14 untersuchten Studien dafür zu sprechen, dass Evaluatoren offener für andere Strategien geworden sind und diese auf ihre Angemessenheit bei der Evaluation von Primary Nursing überprüfen. Neben zwei identifizierten Fallstudien bieten alle qualitativen Studien Einblick in die komplexen Zusammenhänge, die mit der Umstellung zu Primary Nursing verbunden sind.

Eine weitere Strategie zur Stärkung von Design und Aussagekraft liegt in der Gesamtkonzeption der Messzeitpunkte. In der Evaluationsliteratur existiert kein Standard-Richtwert für den optimalen Messzeitpunkt nach der Einführung von Primary Nursing. Die angegebenen Zeiten reichen von 4 Monaten, die allgemein als zu kurz empfunden wurden, über das Minimum von einem Jahr bis hin zu 2 Jahren oder länger. Die Messzeitpunkte spielen jedoch bei der Ergebnisinterpretation eine wichtige Rolle und sollten im Kontext des gesamten Evaluationsdesigns beurteilt werden. Ein nicht-experimentelles Design könnte möglicherweise durch die Planung von zwei Messzeitpunkten, die sich sowohl auf die Implementierungs- als auch die Stabilisierungsphase beziehen, wesentlich in seiner Aussagekraft gestärkt werden. Die Länge dieser Phasen hängt jedoch von Bedingungen vor Ort ab.

5.3 Ergebnissynthesen und Methodenvielfalt

Die Möglichkeiten für eine valide und umfassende Ergebnissynthese sind auch für die 14 Evaluationsprojekte stark eingeschränkt. Dies ist auf die Heterogenität der Fragestellungen, Studiendesigns, Instrumente und Variablenkonzeptionen zurückzuführen sowie auf den Mangel an validen Instrumenten. Um Ergebnisse vergleichen und synthetisieren zu können, bedarf es jedoch vergleichbarer Fragestellungen und Variablen sowie methodisch vergleichbarer Designstrategien. Unterschiede müssen identifizierbar sein. Es sind Ansätze vorhanden, die der Weiterentwicklung wert scheinen. Dazu gehört das Instrument von Ryan & Logue (1998) zur Bestimmung der Kernelemente von Primary Nursing sowie die von Thomas et al. 1996 eingesetzten Newcastle Scales zur standardisierten Patientenbefragung.

Giovanetti weist in ihrer Review bereits auf die Problematik unvollständiger Evaluationsberichte hin, die ihrer Meinung nach eine Barriere für die Replikation der Studien und für eine umfassende Ergebnissynthese darstellt. Diese Einschränkung hat an Aktualität nicht verloren und erschwert ebenso die methodische Weiterentwicklung. Dies illustriert die Notwendigkeit, in der Pflege Standards für die Berichtschreibung zu etablieren, wie es anderswo längst geschieht. Verwiesen sei lediglich auf das QUOROM-Statement und Gliederungshilfen für das Schreiben der Diskussion in einem Forschungsbericht (Moher et al. 1999; Docherty & Smith 1999).

Im Kontext der Methodenvielfalt fällt die Fülle unterschiedlicher Variablen und die Integration verschiedener Datenquellen positiv auf. Beides spricht für das Bemühen der Evaluatoren, Primary Nursing aus unterschiedlichen Blickwinkeln zu betrachten und verschiedene Charakteristika des Konzeptes zu erfassen. Eine Aussage über die Relevanz einzelner Perspektiven und Datenquellen ist aus dieser Untersuchung nicht abzuleiten.

- Pflegekongresses 2002:78.
20. Moher D, Cook D J, Eastwood S, Olkin I, Rennie D & Stroup D F (for the QUORUM Group). (1999). Improving The Quality Of Reports Of Meta-analysis Of Randomised Controlled Trials: The QUORUM statement. The Lancet, 354: 1896-1900.
 21. Oxman AD & Guyatt G (1991). Validation Of An Index Of The Quality Of Review Articles. Journal of Clinical Epidemiology, 44:1271-1278.
 22. Petticrew M (2001). Systematic Reviews From Astronomy To Zoology: Myths And Misconceptions. British Medical Journal, 322:98-101.
 23. Polit D & Hungler BP (1999). Nursing Research: Principles And Methods (6th ed). Philadelphia/ New York/ Baltimore: Lippincott.
 24. Schippers (2006). Primary Nursing: Glossar wichtiger Begriffe. PInternet ?????
 25. Thomas LH & Bond S (1990). Towards Defining The Organisation Of Nursing Care in Hospital Wards: An Empirical Study. Journal of Advanced Nursing 15: 1106-1112.
 26. Thomas LH & Bond S (1991). Outcomes Of Nursing Care: The Case Of Primary Nursing. International Journal of Nursing Studies 18(4): 291-314.
 27. Whitemore R (2005). Combining Evidence in Nursing Research. Nursing Research 54(1): 56-62.

Ausgeschlossene Evaluationsprojekte zu Primary Nursing (insgesamt n=9)

1. Armitage P, Champney-Smith J & Andrews K (1991). Primary nursing and the role of the nurse preceptor in changing long-term mental healthcare: an evaluation. Journal of Advanced Nursing 16:414-422.
2. Boumans NPG & Landeweerd JA (1996). A Dutch study of the effects of primary nursing on job characteristics and organizational processes. Journal of advanced nursing 24(1): 16-23.
3. Furlong SL (1994). Primary nursing: a new philosophy. British Journal of Nursing 3(13): 668-671.
4. Gerrish K (2001). A pluralistic evaluation of nursing/ practice development units. Journal of Clinical Nursing 10: 109-118.
5. Gerrish K, Ferguson A, Kitching N & Mischenko J (2000). Developing primary nursing:

5.4 Stärken und Schwächen der vorliegenden Untersuchung

Wesentliche Strategien und Probleme bei der Evaluation von Primary Nursing wurden erstmalig im Hinblick auf Forschungsdesign und Methoden der Datenerhebung anhand von sechs Reviews und 14 Primärstudien aufgezeigt. Ebenso war es möglich, relevante methodische Entwicklungen darzustellen, die im europäischen Raum seit 1990 zu beobachten sind. Die Evaluation von Primary Nursing erfordert dringend die Entwicklung reliabilitätsgeprüfter und valider Instrumente, die die Kernelemente von Primary Nursing erfassen und eine Aussage über den tatsächlichen Umsetzungsgrad des Pflegesystems ermöglichen.

Die angewandten Strategien, welche die Einseitigkeit und Subjektivität bei Literatursuche, Beurteilung des Studienmaterials und der Datenanalyse maximal einschränken, sind in der Reviewmethode präzisiert. Trotz Durchführung einer sorgfältigen und umfassenden Recherche unter Umsetzung der drei Strategien Datenbankrecherche, Handsuche und Nutzung des Netzwerkes Primary Nursing ist nicht mit absoluter Sicherheit auszuschließen, dass relevante Literatur übersehen wurde. Einschränkungen sind einerseits mit einer unpräzisen Schlagwortkatalogisierung verbunden. Elektronische Suchdienste differenzieren nicht zwischen „primary nursing“ und „primary care“, wobei sich der zweite Terminus auf das primäre ambulante Gesundheitssystem bezieht. Andererseits bleibt eine Vielzahl institutionsinterner Projektberichte oder unveröffentlichter Forschungsarbeiten unberücksichtigt. Letzteres mag Grund für die Dominanz von Studien aus Großbritannien sein (n=10), da in anderen europäischen Ländern relevante Berichte möglicherweise nicht oder mit deutlicher Zeitverzögerung ins Englische übersetzt werden. Eine inadäquate Datengrundlage lässt sich dennoch weitgehend ausschließen, da die unterschiedlichen Studien die Methodenvielfalt von Evaluationsstudien widerspiegeln.

Die entwickelten Beurteilungs- und Datenerhebungsinstrumente erwiesen sich nach mehrfacher Überarbeitung als sensitiv und adäquat. Die interne Konsistenz in den Erhebungs- und Kodierungsprozeduren ist dort eingeschränkt, wo Informationen nicht eindeutig zugeordnet werden konnten oder den Berichten nicht zu entnehmen waren. Letzteres trifft auf einige Designbestimmungen zu und wurde entsprechend gekennzeichnet. Die genannten Einschränkungen spielen vor allem bei der Zuordnung der Kontrollparameter zur Beurteilung der quantitativen Studien eine Rolle. Diese Zuordnungsschwierigkeit ist weniger auf eine mögliche mangelnde Sensitivität der Beurteilungsparameter zurückzuführen, als vielmehr auf die komplexe Vernetzung der „Elemente eines guten Designs“.

Die Datenanalyse wurde wie beschrieben durchgeführt und enthält sicherlich das höchste Potential für Subjektivität und Einseitigkeit. Die Beobachtung, dass es trotz vergleichbarer Zeiträume relativ geringe Überschneidungen im untersuchten Datenmaterial der sechs analysierten Reviews gibt, ist im Hinblick auf übereinstimmende Schlussfolgerungen interessant, da diesen damit eine größere Stichprobe zugrunde liegt und sie glaubwürdiger erscheinen. Die Kategorisierung der Primärstudien wurde wesentlich an den Inhalten der zentralen Studienziele festgemacht, jedoch ebenso von methodischen Übereinstimmungen geleitet. Zur Vereinfachung der Kategorienbildung wurden methodische Triangulationen nicht berücksichtigt. Lediglich vereinzelt setzen quantitativ ausgerichtete Studien teilstandardisierte und/oder qualitative Datenerhebungsmethoden komplementär ein (P1/4/5) oder umgekehrt (P12).

Eine Schwäche dieser Review liegt darin, dass sie von einer Einzelperson und nicht durch ein Forscherteam durchgeführt wurde. Dennoch basieren die Ergebnisse auf einer präzisen Vorgehensweise wie im Methodenteil dargestellt. Wesentliche Entscheidungen im Reviewprozess wurden offen gelegt.

6 Implikationen für Praxis und Forschung

6.1 Praxis

Es scheint unverzichtbar, Pflegesysteme in ihrer Mehrdimensionalität von Struktur, Prozess und Outcome zu begreifen sowie den Charakter der prozesshaften Umsetzung anstelle einer einmaligen zu überprüfenden Intervention im Methodendesign zu verankern. Dies bedeutet die Konzeption eines Längsschnittdesigns und die konkrete Überprüfung des tatsächlichen Umsetzungsgrades. Dabei empfiehlt es sich, möglichst viele unterschiedliche Datenquellen einzubeziehen, die es ermöglichen, die Auswirkungen des Konzeptes umfassend festzustellen. Die Aufstellung operationalisierter Definitionen setzt die reflektierte Auseinandersetzung mit denjenigen voraus, die Primary Nursing umsetzen sollen.

6.2 Forschung

Die Forschung in der Evaluation zu Primary Nursing scheint tendenziell wenig aufeinander aufzubauen. Obgleich es um ein und dasselbe Konzept geht, werden in 14 Evaluationsprojekten 14 unterschiedliche Fragen gestellt und Schwerpunkte bearbeitet. Die übliche Argumentation, dass die eigene Untersuchung zum Schließen einer wesentlichen Wissenslücke

- the contribution of nursing development units. *Journal of Community Nursing* 14(6): 8-14.
6. Goode D & Rowe K (2001). Perceptions and experiences of primary nursing in an ICU: a combined methods approach. *Intensive and Critical Care Nursing* 17:294-303.
 7. Manley K, Hamill J & Hanlon M (1996). Nursing staff's perceptions and experiences of primary nursing practice in intensive care 4 years on. *Nursing in Critical Care* 1(1): 31-41.
 8. Manley K, Hamill J & Hanlon M (1997). Nursing staff's perceptions and experiences of primary nursing practice in intensive care 4 years on. *Journal of Clinical Nursing* 6(4): 277-287
 9. Mills C (1995). Evaluation of primary nursing in a nursing development unit. *Nursing Times* 91(39):35-37.
 10. Nissen JM, Boumans NPG & Landeweerd JA (1997). Primary Nursing and quality of care: a Dutch study. *International Journal of Nursing Studies* 34(2): 93-102.
 11. Pontin D & Webb C (1995). Assessing patient satisfaction. Part 1. The research process. *Journal of Clinical Nursing* 4(6): 383-389
 12. Pontin D & Webb C (1996). Assessing patient satisfaction. Part 2. Findings: nursing, the hospitals and patients' concerns. *Journal of Clinical Nursing* 5(1): 33-40
 13. Waters KR & Easton N (1999). Individualized care: is it possible to plan and carry out? *Journal of Advanced Nursing* 29: 79-87.
 14. Webb C & Pontin D (1996). Introducing primary nursing: nurses' opinions. *Journal of Clinical Nursing* 5: 351-358.
 15. Webb C & Pontin D (1997). Evaluating the introduction of primary nursing: the use of a care plan audit. *Journal of Clinical Nursing* 6: 395-401.

Die Ausführliche Version dieses Beitrags finden Sie im Internet unter www.printernet.info/pn7806.doc

beiträgt oder den erhofften Nachweis zur Rechtfertigung von Primary Nursing ermöglicht, lenkt davon ab, dass sich valide Evidenzgrundlagen lediglich auf methodisch vergleichbare Forschungen zu derselben übergeordneten Fragestellung stützen können. Dieses macht mehr Kooperation und einen offenen Austausch von Methoden und Ergebnissen notwendig, sowie die Entwicklung und den Gebrauch von validen Instrumenten, die in unterschiedlichen Kontexten einsetzbar sind.

Es ergeben sich weitere Forschungsfragen:

- Welche Verbindung besteht zwischen der Umsetzung einzelner Kernelemente von Primary Nursing und dem Kompetenzzuwachs bei Pflegenden und/oder Patienten?
- Ist Primary Nursing tatsächlich für jedes pflegerische Praxisfeld gleich gut geeignet oder gibt es Präferenzen für beispielsweise die Psychiatrie, Langzeitversorgung, ambulante Pflege?
- Wie sieht die Verknüpfung mit anderen Konzepten aus, wie z. B. mit dem Case Management?
- Die Variable Patientenzufriedenheit ist in der Vergangenheit aufgrund ihrer mangelnden Sensitivität kritisiert worden. Patienten bringen eine relativ geringe Erwartungshaltung im Hinblick auf ihre Versorgung mit und sind geneigt, vieles mit der hohen Arbeitsbelastung von Pflege- und medizinischem Personal zu „entschuldigen“. Inwieweit ist es empfehlenswert, Patientenaussagen als Datenquelle in der Evaluation zu verwenden?

PrinterNet Community

Sie finden weitere Informationen zu diesem Artikel unter

<http://www.printernet.info/artikel.asp?id=640>

Berufsbiographie

- | | |
|-------------|---|
| 1989-1992 | Ausbildung zur Krankenschwester; Berlin |
| 1992-1996 | Allgemeinchirurgie, chirurgische Intensivpflege, ambulante pflegerische Versorgung von Menschen mit HIV/AIDS; Berlin |
| 1997-1999 | allgemeine ambulante Pflege; Bremen |
| 1996-2004 | Hochschulstudium der Pflegewissenschaft und Englisch; Universität Bremen |
| 1999-2001 | Auslandsstudium; University of Glasgow
Abschluss: Master of Nursing awarded with Specialisation in Health Promotion |
| 1/2004 | Doppelabschluss: Dipl. Berufspädagogin Pflegewissenschaft und 1. Staatsexamen Sekundarstufe II Englisch/Pflegewissenschaft |
| seit 3/2003 | Mitglied der Arbeitsgruppe zur Entwicklung von Instrumenten zur Erfassung von Pflegesystemen (IzEP) |
| seit 2/2004 | Gesundheits- und Krankenpflegeschule der Heidekreisklinikum GmbH
Arbeitsschwerpunkte: Lehre, Curriculumentwicklung, Praxisbegleitung, Lernevaluation der Praxiseinsätze, Fortbildung der PraxisanleiterInnen |