

# **Bachelorarbeit**

## **Strategien zur Implementierung von Leitlinien in die Pflegepraxis**

eingereicht von  
Barbara Schlögl

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

Medizinische Universität Graz  
Institut für Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von  
Univ.- Ass. In Dr. in Silvia Bauer, BSc, MSc

Graz, 27.03.19

### **Ehrenwörtliche Erklärung**

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, 27.03.19.

Barbara Schlögl, eh

# Inhalt

Abbildungsverzeichnis.....	IV
Tabellenverzeichnis.....	IV
Zusammenfassung.....	V
Abstract.....	VI
1 Einleitung .....	1
1.1 Leitlinien .....	1
1.2 Leitlinienähnliche Dokumente .....	1
1.2.1 Standards .....	2
1.2.2 Protokolle.....	2
1.2.3 HTA Berichte .....	3
1.3 Implementierung .....	3
1.3.1 Implementierungswissenschaftliche Theorien .....	4
1.3.1.1 KTA framework .....	4
1.3.1.2 CFIR.....	5
1.3.2 Implementierungsstrategien .....	5
1.3.2.1 EPOC.....	6
1.3.2.2 G-I-N .....	8
1.3.2.3 ERIC .....	8
1.4 Forschungslücke und Forschungsziel .....	9
2 Methode .....	10
2.1 Literatursuche .....	10
2.2 Ein- und Ausschlusskriterien .....	11
2.3 Auswahl der Studien .....	12
3 Ergebnisse .....	14
3.1 Charakteristika der inkludierten Studien.....	14
3.2 Klassifizierung der Implementierungsstrategien nach EPOC .....	27

3.2.1	Professionelle Strategien.....	28
3.2.2	Finanzielle Strategien.....	31
3.2.3	Organisatorische Strategien.....	32
4	Schlussfolgerung.....	34
5	Diskussion.....	35
5.1	Stärken und Limitationen.....	38
5.2	Empfehlungen für die Praxis.....	38
5.3	Empfehlungen für die Forschung.....	39
6	Literaturverzeichnis.....	40
7	Anhang.....	47

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Knowledge to Action framework (CIHR 2018) .....	4
Abbildung 2: Suchstrategie.....	11
Abbildung 3: PRISMA Flussdiagramm nach Moher et al. (2009) .....	13
Abbildung 4: Zuordnung der Studien nach EPOC .....	27

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: EPOC Checkliste .....	6
Tabelle 2: Charakteristika der inkludierten Studien .....	15

## Zusammenfassung

*Hintergrund:* Evidenzbasierte Leitlinien sollen mittels geeigneter Strategien in die Praxis implementiert werden. Eine der bekanntesten Taxonomien zur Implementierung ist die von EPOC, welche die Strategien in vier Kategorien (professionelle, organisatorische, finanzielle und regulatorische Interventionen) einteilt. Diese Strategien erleichtern nicht nur die Anwendung der Leitlinien, sondern überwinden auch Hindernisse bei deren Umsetzung. Dazu gehören Kenntnisse über die Vielfalt an unterschiedlichen Implementierungsstrategien.

*Ziel:* Ziel dieser Bachelorarbeit ist es daher, die Strategien, die in der Pflegepraxis zur Implementierung von Leitlinien verwendet werden, aufzuzeigen.

*Methode:* Für diese Arbeit wurde eine Literatursuche in den Datenbanken PubMed und CINAHL von Oktober bis Dezember 2018 durchgeführt. Durch die Literaturrecherche und die Handsuche konnten 18 Studien identifiziert werden, welche kritisch bewertet und analysiert wurden.

*Ergebnisse:* In der Pflegepraxis werden vorwiegend professionelle Strategien verwendet. Zum Einsatz kommen hierbei vor allem weiterbildende Maßnahmen und die Verteilung von schriftlichem Material. Von den organisatorischen Strategien sind vor allem Änderungen in der Dokumentation sowie Besprechungen im interdisziplinären Team vorrangig. Sehr rar vertreten sind die finanziellen Strategien. Häufig werden auch mehrere Strategien miteinander kombiniert.

*Schlussfolgerung:* Es werden viele verschiedene Implementierungsstrategien verwendet, wobei jedoch bei Weitem nicht alle zur Verfügung stehenden verwendet werden. Bisweilen kann auch nicht genau gesagt werden, welche Strategie und welche Kombinationen an Strategien für welches Setting und welche Zielgruppe am geeignetsten sind. Die Literatur hat jedoch gezeigt, dass schriftliches Material zu den am wenigsten effektiven Strategien gehört. Die Effektivität der anderen Strategien sowie der Kombinationen sind noch nicht ausreichend belegt und daher ist weitere Forschung notwendig.

*Schlüsselwörter:* Implementierung, Leitlinie, Pflege

## **Abstract**

*Background:* Evidence-based guidelines should be implemented in practice with the help of suitable strategies. One of the best-known taxonomies for implementation is that of the EPOC, which classifies the strategies into four categories (professional, organizational, financial and regulatory interventions). These strategies not only facilitate the usage of the guidelines but also overcome barriers to their implementation. For the implementation, knowledge of the variety of different strategies is required.

*Aim:* The aim of this bachelor thesis is to demonstrate the strategies used in nursing practice for implementing guidelines.

*Method:* For this thesis, a literature search was carried out in the period from October to December 2018 in the databases PubMed and CINAHL. Through the literature research and the hand search 18 studies could be identified, which were then critically evaluated and analysed.

*Results:* In nursing practice the most used strategies are those of the professional, with educational training and the distribution of written materials. With regard to the organizational strategies, changes in the documentation and discussions in the interdisciplinary team take precedence. Financial strategies, meanwhile, are very rare. Often several strategies are combined for a more successful implementation.

*Conclusion:* Many different implementation strategies are used, but not all of those are available. Sometimes it is not possible to say exactly which strategy and which combination of strategies are the most suitable for which setting and which target group. However, the literature has shown that written material is one of the least effective strategies. The effectiveness of the other strategies as well as the combinations are not sufficiently proven and further research is needed.

*Keywords:* implementation, guideline, nurse

# 1 Einleitung

Nach dem Gesundheitsqualitätsgesetz §3 sind diplomierte Pflegepersonen dazu verpflichtet, Gesundheitsleistungen nach aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und Erfahrungen zu erbringen (GQG 2013).

Pflegerelevante Forschungsergebnisse werden jedoch oft nur sehr begrenzt in der Praxis verbreitet. Mögliche Gründe dafür können ein Mangel an Führungsqualitäten, Arbeitsbelastung, Zeit oder Ressourcen sein. Dennoch haben diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen eine große Verantwortung. Es ist wichtig, unerwünschte Ereignisse zu minimieren und sich zum Wohle der PatientInnen an wissenschaftlichen Empfehlungen zu orientieren. In den letzten Jahren stieg die Publikation von pflegerelevanten Forschungsergebnissen. Diese neu gewonnenen Erkenntnisse können in Form von Leitlinien und leitlinienähnlicher Dokumente in der Praxis angewendet werden (Breimaier et al. 2015; Grimshaw und Russell 1993; McKee et al. 2017).

## 1.1 Leitlinien

Leitlinien gelten als systematisch entwickelte Instrumente, welche wissenschaftlich begründet sind und Entscheidungshilfen bei gesundheitlichen Problemen bieten. Sie können die Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung erhöhen. Die Empfehlungen der Leitlinien werden von einer ExpertInnengruppe in einer Konsensuskonferenz erarbeitet, welche sich aus einem multidisziplinären Team zusammensetzt. Darunter befinden sich ÄrztInnen, Pflegepersonen, PatientInnen- bzw. InteressensvertreterInnen sowie andere Berufsgruppen. Die Evaluierung der Umsetzung und Anwendung von Leitlinien sind unter anderem im §8 des Gesundheitsqualitätsgesetzes festgelegt (GQG 2013; Woolf et al. 1999).

## 1.2 Leitlinienähnliche Dokumente

Meyer et al. (2013) erstellten erstmals eine systematische Übersicht zu Leitlinien, leitlinienähnlichen Dokumenten und HTA Berichten im deutschen Sprachraum. Leitlinienähnliche Dokumente werden hierbei definiert als *„Entscheidungshilfen, die nach einer bestimmten Methode Handlungsempfehlungen auf erkennbarer Grundlage zu einem definierten und für die Pflegepraxis relevanten Thema entwickeln.“*

Zu diesen Dokumenten zählen Standards, HTA Berichte (Health Technology Assessment) und Qualitätsniveaus. Der Unterschied bei diesen Dokumenten liegt in ihrem Erstellungsprozess (Meyer et al. 2013).

### **1.2.1 Standards**

Pflegestandards geben die Zielsetzung und das Qualitätsniveau komplexer pflegerischer Aufgaben, sowie Handlungsspielräume und -alternativen vor und eignen sich für Pflegehandlungen mit hohem Interaktionsanteil. Sie sind daher nicht mit Handlungsrichtlinien (procedures) zu verwechseln, die auf genaue Beschreibungen von Handlungsabläufen, technischen Anweisungen oder Anweisungen zur Hygiene ausgerichtet sind (Schiemann 1993; WHO 2018).

Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) ist ein Zusammenschluss von PflegeexpertInnen. Das Ziel des DNQP ist, mithilfe von Praxis- und Expertenstandards die Pflegequalität zu fördern. Dafür werden evidenzbasierte Expertenstandards entwickelt, konsentiert und implementiert. Das Beforschen von Methoden und Instrumenten zur Qualitätsentwicklung und –messung gehört ebenfalls zu ihren zentralen Aufgabenschwerpunkten. Das DNQP hat bereits elf Expertenstandards inklusive Auditinstrumente herausgegeben. Die veröffentlichten Standards sind einheitlich in Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien unterteilt. Auf der Webseite sind eine ausführliche Zusammenfassung sowie eine modelhafte Implementierung der Expertenstandards einzusehen. Auszüge aus den Standards sowie die Auditinstrumente stehen frei zur Verfügung. Für Einrichtungen des Gesundheitswesens besteht die Möglichkeit, die Expertenstandards beim DNQP kostenpflichtig zu bestellen (DNQP 2018).

Im §2 und §4 des Gesundheitsqualitätsgesetzes (GQG 2013) sind Qualitätsstandards als „*beschreibbare Regelmäßigkeiten bzw. Vorgaben hinsichtlich Ausstattung, Verfahren oder Verhalten*“ definiert. Sie dienen als Unterstützung, um bestimmte Gesundheitsleistungen zu erbringen. Qualitätsstandards können als Bundesqualitätsleitlinien zur Orientierung empfohlen oder als Bundesqualitätsrichtlinien durch Verordnung, und damit als verbindlich, erlassen werden (GQG 2013).

### **1.2.2 Protokolle**

Laut Hawkins and Roberto (1984) ist ein Protokoll ein standardisiertes Format, welches einen oder alle Schritte des Pflegeprozesses darstellt. Es gibt unterschiedliche

Protokolltypen, die zum Beispiel erzählend oder beschreibend sein können. Zudem können Protokolle in der Praxis die Kontinuität und Koordinierung der Pflege erleichtern und somit Verbesserungen der PatientInnenbetreuung bewirken. In der Forschung können Protokolle als Hilfsmittel und zum Zwecke der Datenerhebung eingesetzt werden (Hawkins and Roberto 1984).

### **1.2.3 HTA Berichte**

Grundlage der Health Technology Assessment (HTA) Berichte sind wissenschaftliche Studien. Diese werden nicht direkt für den alltäglichen Gebrauch in der Praxis erstellt, sondern für Entscheidungsträger im Gesundheitswesen. Deshalb gestaltet sich die Implementierung in die Praxis als schwierig. Die HTA Berichte sind auf der Webseite des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) als pdf- Dateien in der DAHTA- Datenbank frei verfügbar. Darunter befinden sich auch für die Pflege relevante Berichte (DIMDI 2018).

Die Definition von DIMDI (2018) besagt, dass HTA-Berichte *„die Wirksamkeit, Sicherheit und Wirtschaftlichkeit sowie soziale, ethische, juristische und organisatorische Auswirkungen gesundheitsrelevanter Maßnahmen untersuchen“*.

## **1.3 Implementierung**

Implementierung ist die aktivste Form der Überführung. Zusammen mit der Diffusion und der Dissemination bilden sie die drei Formen der Überführung. Implementierung ist hierbei ein aktiver und systematischer Prozess, welcher eine Innovation in die tägliche Routine einführt. Durch den Einsatz von effektiven Strategien und wirksamen Techniken sollten Hindernisse beseitigt werden. Die Diffusion dient zur Verbreitung, die Dissemination zur Weitergabe von Informationen an Pflegende (Davis und Taylor-Vaisey 1997).

In der Literatur wird auch der Begriff „knowledge translation“ verwendet. Nach Grimshaw et al. (2012) wird damit sichergestellt, dass die Interessensgruppen über ihre Erkenntnisse in Bezug auf Gesundheit und Gesundheitsfürsorge Bescheid wissen und Forschungsergebnisse verwenden.

### 1.3.1 Implementierungswissenschaftliche Theorien

Implementierungswissenschaftliche Theorien gelten als Grundlage für die Entwicklung und Evaluation von Implementierungsstrategien. In der Literatur findet man dazu unterschiedliche Begrifflichkeiten, wie Theorie, theoretischer Bezugsrahmen (framework) und Modell. Die Implementierung von Leitlinien kann mithilfe dieser implementierungswissenschaftlichen Theorien geführt werden, um eine bewusste und effektive Umsetzung des vorhandenen Wissens zu ermöglichen (Breimaier et al. 2015; Espirito Santo und Choquette 2013; Singh et al. 2015).

#### 1.3.1.1 KTA framework

Ein bekannter und oftmals verwendeter Handlungsrahmen ist der „Knowledge to Action (KTA) framework“. Das Ziel dieses Modells ist die Darstellung und Leitung des Implementierungsprozesses. Es bietet Unterstützung bei der Identifikation von Problemen, Barrieren und Möglichkeiten, Literatur Reviews, Evaluation und Anderem. Die Abbildung 1 vom Canadian Institut of Health Research (CIHR) veranschaulicht diesen Prozess (CIHR 2018, Singh et al. 2015).

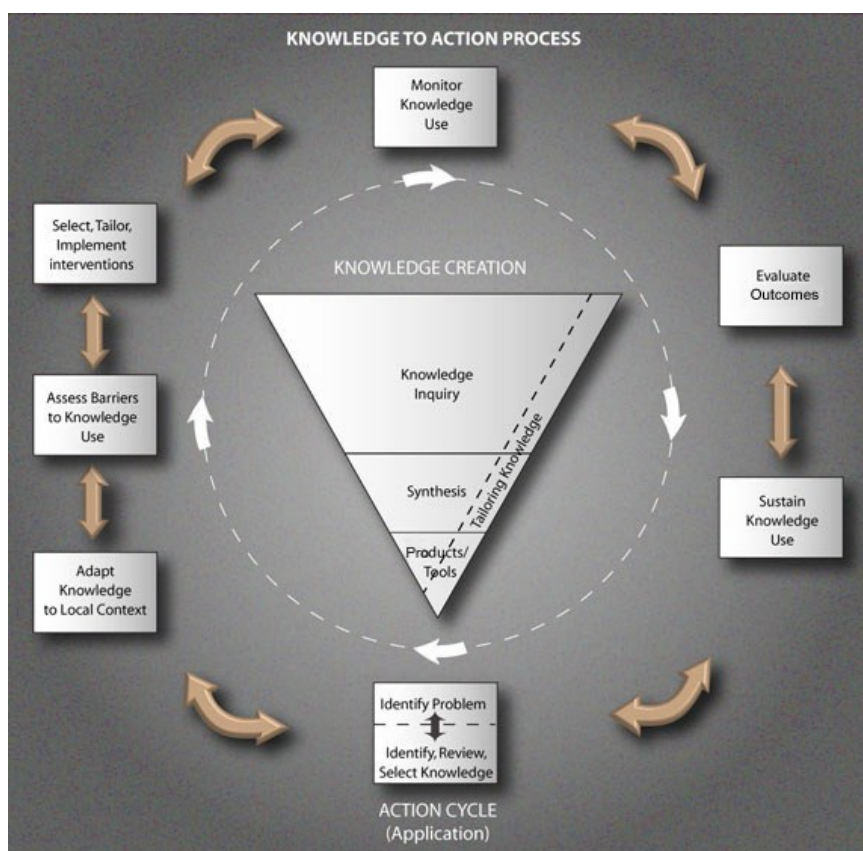


Abbildung 1: Knowledge to Action framework (CIHR 2018)

### **1.3.1.2 CFIR**

Damschroder et al. (2009) kombinierten 19 Theorien zur Implementierung und erstellten das Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR). Dieser theoretische Rahmen besteht aus vier Hauptdomänen (Intervention, Setting, Individuum, Prozess), welche wiederum untergliedert sind. Diese Konstruktion kann als Implementierungs- und Evaluierungskriterium verwendet werden. Das CFIR kann zudem genutzt werden, um Barrieren und unterstützende Faktoren vor und während der Implementierung zu identifizieren. Dies führt zur Auswahl an geeigneten Strategien. Zusätzlich verdeutlicht es das Gelingen bzw. Misslingen der Implementierung (Breimaier et al. 2015, Damschroder und Hagedorn 2011).

### **1.3.2 Implementierungsstrategien**

Implementierungsstrategien sind Methoden oder Techniken zur nachhaltigen Einführung und Implementierung von neuem Wissen in die Praxis. Um forschungsbasierte Empfehlungen umzusetzen und Änderungen in der Praxis zu bewirken, sind spezifische Strategien notwendig. Systematische Übersichtsarbeiten liefern Informationen bezüglich der Wirksamkeit und Anwendung verschiedener Strategien (Bero et al. 1998, Powell et al. 2015; Proctor et al. 2013).

Verschiedene Akteure im Gesundheitswesen, seien es KlinikerInnen, ForscherInnen, PädagogInnen oder Gesundheitsbehörden, haben oft unterschiedliche Vorstellungen von den besten Strategien zur Verbesserung der Praxis. Viele Ansätze basieren mehr auf Überzeugungen als auf wissenschaftlichen Beweisen. Eine Strategie ist oft schnell ausgewählt und bringt nicht immer den erwarteten Erfolg. Dennoch erfordert diese Umsetzung eine gute Planung und bestehende Hindernisse sollten zuerst identifiziert werden. Außerdem ist die Effektivität der einzelnen Strategien sehr unterschiedlich und nicht ganz klar. Es ist jedoch bekannt, wenn mehrere Strategien miteinander kombiniert werden, dass eine effektive Umsetzung eher möglich ist, als wie wenn nur eine einzelne Strategie verwendet wird (Grol 1997, Rolin-Gilman et al. 2017).

Proctor et al. (2013) erstellten in ihrer Arbeit eine Übersicht, welche Voraussetzungen für Implementierungsstrategien erfüllt sein sollten. Die wesentlichen drei Hauptthemen sind Namensgebung, Definition und Spezifikation der Strategien. Unter die

Spezifizierung fallen zum Beispiel die Personen, welche die Strategie umsetzen oder der Zeitpunkt, wann die Strategie angewendet werden soll. Folgend werden relevante Klassifikationen bzw. Einteilungen von Implementierungsstrategien genannt und kurz beschrieben (Proctor et al. 2013).

### 1.3.2.1 EPOC

Eine der bekanntesten Einteilung von Implementierungsstrategien bietet die EPOC-Klassifikation (Effective Practice and Organisation of Care). Dieses Netzwerk, welches mit GesundheitsdienstleisterInnen, politischen EntscheidungsträgerInnen, PatientInnen und ihren BetreuerInnen zusammenarbeiten, gehört einer Cochrane Review Gruppe an. Diese Gruppen sind dafür verantwortlich, dass qualitativ hochwertige Reviews, welche mit ihren Forschungsfragen EntscheidungsträgerInnen ansprechen, effizient und zur richtigen Zeit hervorgebracht werden. Cochrane gilt als starkes Instrument zur Nutzung hochwertiger Informationen und zur Entscheidungsfindung im Gesundheitssektor (Cochrane 2018, EPOC 2002).

Viele Studien orientieren sich an die EPOC Klassifikation, unter anderem die von Mazza et al. (2013). Sie verwendeten in ihrer Studie die EPOC Checkliste, um eine Taxonomie zur Klassifizierung von Implementierungsstrategien zu entwerfen. Die EPOC Checkliste wird in professionelle, finanzielle, organisatorische und regulative Interventionen kategorisiert. Diese enthalten wiederum verschiedene Interventionen, welche in Tabelle 1 zu sehen sind (EPOC 2002, Mazza et al. 2013).

Tabelle 1: EPOC Checkliste

Kategorie	Interventionen
<u>Professionell</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verteilen von Lehrmaterial</li> <li>• Bildungsveranstaltungen</li> <li>• Lokale Konsensusprozesse</li> <li>• Besuche im Bildungsbereich</li> <li>• Lokale Meinungsführer</li> <li>• Patientenvermittelte Interventionen</li> <li>• Audit und Feedback</li> <li>• Erinnerungen</li> <li>• Massenmedien</li> <li>• Marketing</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Änderungen der physischen Struktur, der Einrichtung und Ausrüstung</li> <li>• Änderungen in den Krankenakten</li> <li>• Änderungen im Umfang und Art der Dienstleistungen und Leistungen</li> <li>• Anwesenheit und Überwachung von Qualitätsüberwachungsmechanismen</li> <li>• Eigentum, Akkreditierung und Zugehörigkeitsstatus von Krankenhäusern und anderen Einrichtungen</li> <li>• Personalorganisation</li> </ul>
<u>Regulatorische Interventionen</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Änderungen in der medizinischen Haftung</li> <li>• Management von Patientenbeschwerden</li> <li>• Peer- Review</li> <li>• Lizenzierung</li> </ul>

### 1.3.2.2 G-I-N

Das Guidelines International Network (G-I-N) ist ein wichtiger Akteur des globalen Gesundheitswesens und unterstützt ihre MitgliederInnen bei der Entwicklung, Anpassung und Implementierung von Leitlinien. Um sich ständig weiterentwickeln zu können, hat G-I-N regionenspezifische Gemeinschaften und themenspezifische Arbeitsgruppen eingerichtet, die sich auf bestimmte Themen konzentrieren und Fachwissen austauschen. Zudem werden von G-I-N jährlich Konferenzen organisiert, welche weltweit stattfinden. Als Mitglied kann man an Diskussionsforen teilnehmen bzw. hat auch Zugriff auf die Elemente der Implementierungsgruppe. Darunter befindet sich eine überarbeitete Taxonomie von Implementierungsstrategien (G-I-N 2018).

### 1.3.2.3 ERIC

Die Studie von Powell et al. (2015) hatte eine Zusammenstellung von Implementierungsstrategien sowie deren Definitionen zum Ziel. Das ERIC (Expert Recommendations for Implementing Change) Projekt basiert auf einem Review und den Inputs

von Stakeholdern mit Expertise zur Implementierungswissenschaft und klinischer Praxis. Es wurden 73 Implementierungsstrategien identifiziert, wobei sich diese Studie hauptsächlich auf Nordamerika und die USA beschränkt. Es gibt andere Taxonomien, die denen des ERIC's ähneln. Zum Beispiel die von Powell et al. (2012), welche 68 Implementierungsstrategien und Definitionen inkludiert. Diese sind in sechs zentralen Implementierungsprozessen gruppiert: Planung, Schulung, Finanzierung, Umstrukturierung, Qualitätsmanagement und politischer Kontext (Powell et al. 2012, Powell et al. 2015).

#### **1.4 Forschungslücke und Forschungsziel**

Bei der Implementierung von Leitlinien sind gezielte Strategien notwendig. In der Literatur werden zahlreiche Strategien mit unterschiedlicher Effektivität beschrieben. Jedoch besteht keine aktuelle Übersichtsarbeit, welche Strategien zur Implementierung von Leitlinien in der Pflegepraxis verwendet werden. Dieses Wissen ist notwendig, um in weiterer Folge die verwendeten Strategien hinsichtlich ihrer Effektivität zu evaluieren und Leitlinien erfolgreich zu implementieren.

Ziel dieser Bachelorarbeit ist es daher, die Strategien, die in der Pflegepraxis zur Implementierung von Leitlinien verwendet werden, aufzuzeigen.

Daraus ergibt sich folgende Forschungsfrage:

Welche Strategien zur Implementierung von Leitlinien werden in der Pflegepraxis verwendet?

## **2 Methode**

Bei der Bachelorarbeit handelt es sich um ein Literaturreview. Dabei wird das Wissen zu einem speziellen Thema kritisch erfasst, beurteilt sowie interpretiert und miteinander verglichen (Polit und Beck 2017). Im nachfolgenden Kapitel wird beschrieben, wie die Literatursuche sowie die Auswahl der inkludierten Forschungsarbeiten und Studien stattgefunden haben.

### **2.1 Literatursuche**

Vor dem Einschluss von Forschungsartikeln wurde eine Literaturrecherche von Oktober 2018 bis November 2018 durchgeführt. Die Suche nach passender Literatur orientierte sich nach Schlüsselwörtern (keywords) und Medical Subject Headings (MESH). Gesucht wird nur mit englischen Begriffen, da in der Forschung der englische Sprachgebrauch vorherrschend ist (Grol 1997; Singh et al. 2015; Woolf et al. 1999). In dieser Arbeit wurde mit den keywords „Implementation“, „guideline“, „nurse“ und deren Synonymen gesucht. Zusätzlich wurde die Limitation von fünf Jahren gesetzt, um die Ergebnisse eingrenzen zu können und möglichst aktuelle Literatur zu finden.

Die Suche fand in den Datenbanken PubMed und CINAHL statt. Die ausgewählten Suchwörter wurden mit dem Boole'schen Operator „OR“ kombiniert und mit „AND“ miteinander verbunden. In PubMed wurde der MESH Term „nurse“ verwendet, da sich anhand dieser Strategie andere relevante Artikel finden ließen, als in CINAHL. Per Handsuche und Screening der Referenzlisten wurden weitere Artikel gefunden und inkludiert. Eine detaillierte Darstellung der Suchstrategie bietet Abbildung 2.

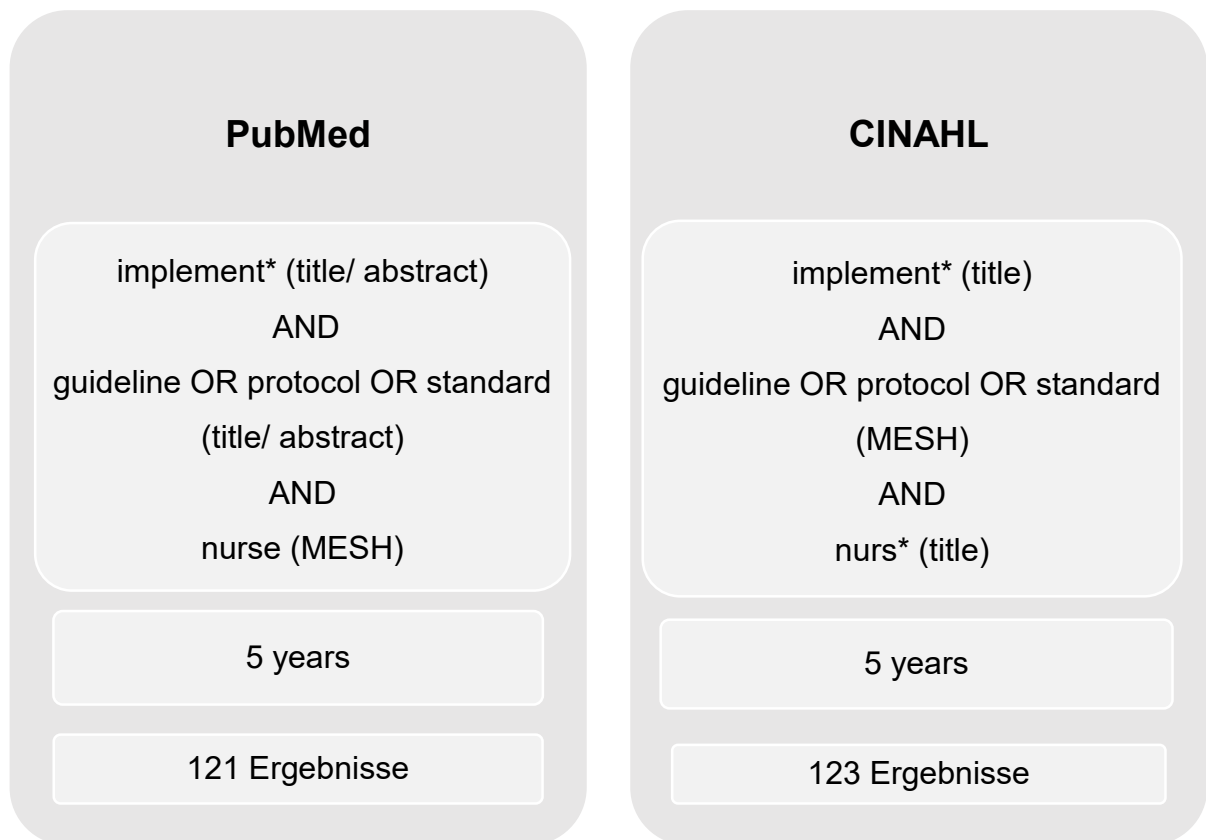


Abbildung 2: Suchstrategie

## 2.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Für die Bachelorarbeit wurden jedes Setting (Akut- und Langzeitpflege, ambulanter-stationärer- und häuslicher Bereich) sowie alle Arten von Studiendesigns zugelassen. Da der Fokus auf den in der Praxis verwendeten Strategien liegt, war eine breite Erfassung an Forschungsarbeiten notwendig. Die Treffer in der Literaturrecherche wurden zunächst auf die Erfüllung der Ein- und Ausschlusskriterien hin überprüft.

Für die Auswahl der Studien spielte die Implementierung entweder von Leitlinien oder leitlinienähnlichen Dokumenten eine zentrale Rolle. Zusätzlich mussten diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen involviert und die Studien in deutscher oder englischer Sprache verfasst sein. In der Arbeit wurden deutsche, sowie auch internationale, pflegerische Leitlinien implementiert. Da diese Leitlinien und deren Implementierungsstrategien aufgrund der unterschiedlichen Tätigkeits- und Kompetenzbereiche in der Pflege nicht in allen Ländern gleich angewendet werden können, orientierte sich die Auswahl der Studien an den österreichischen und deut-

schen Kompetenzbereich der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen. Leitlinien mit medizinischem Hintergrund, welche zwar an die Pflegepersonen gerichtet sind, aber nicht in den deutsch- österreichischen Kompetenzbereich passen, wurden ausgeschlossen. Implementierungen von medizinischen Leitlinien, Methoden und Instrumenten wurden generell ausgeschlossen.

Um die Forschungsfrage sowie das Forschungsziel beantworten zu können, mussten in den Forschungsartikeln auch Strategien zur Implementierung herausgefiltert werden können.

### **2.3 Auswahl der Studien**

Anhand der Literaturrecherche konnten 249 Publikationen identifiziert werden. Zu Beginn wurde ein Titel Screening durchgeführt. Bei diesen gefilterten Artikeln wurde der Abstract gelesen, wobei 33 Studien übrig blieben. Da im Abstract nicht immer alle relevanten Informationen enthalten sind, wurde ein Volltext Screening von diesen 33 Publikationen durchgeführt. Hierbei wurden einige Studien ausgeschlossen, da sie die Einschlusskriterien nicht bzw. nicht ausreichend erfüllten. Dadurch blieben 18 Studien übrig.

Das PRISMA- Flussdiagramm, adoptiert nach Moher et al. (2009), stellt die verschiedenen Phasen des Auswahlprozesses übersichtlich dar (Abbildung 3).

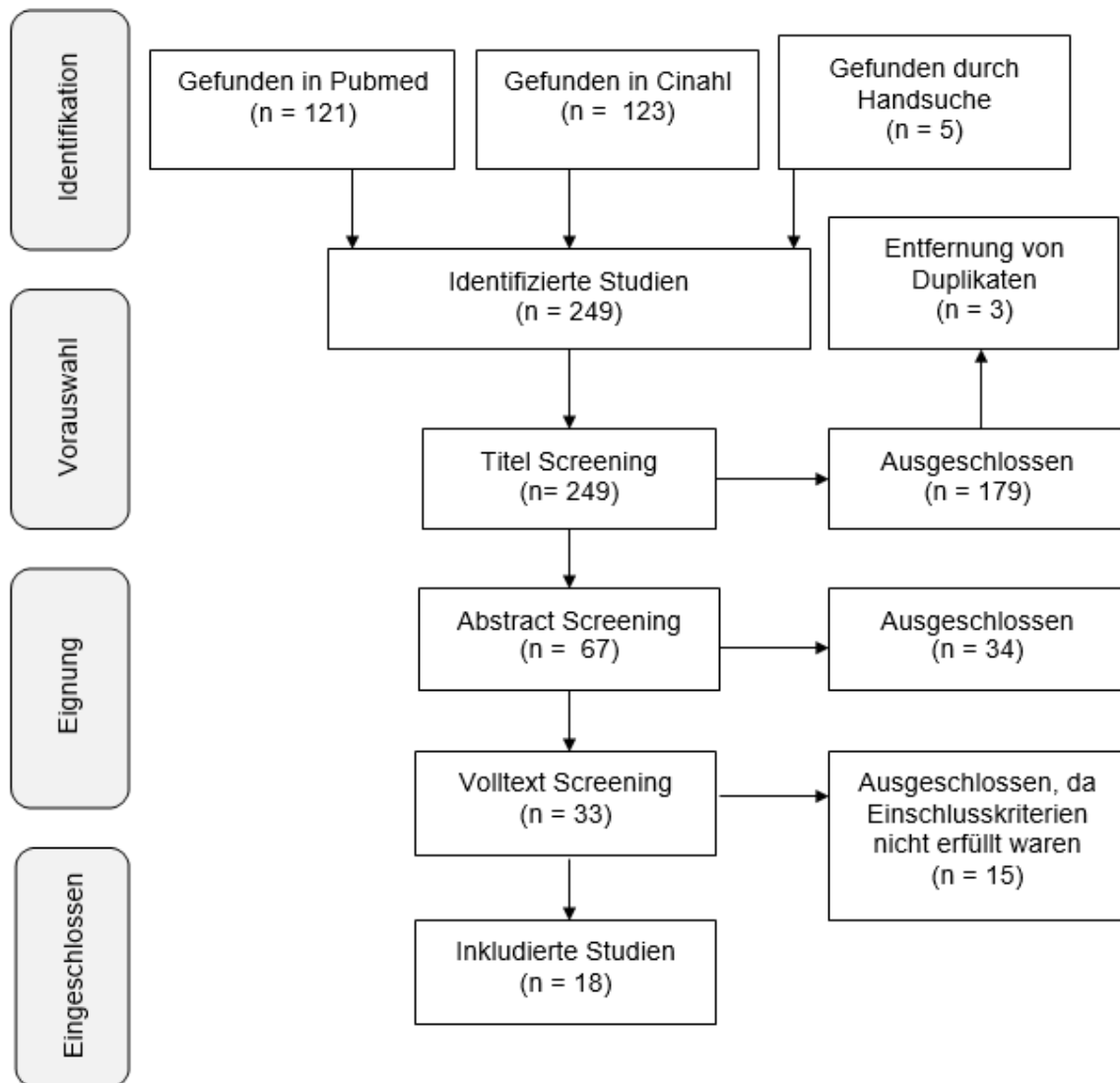


Abbildung 3: PRISMA Flussdiagramm nach Moher et al. (2009)

Die für die Bachelorarbeit relevanten Studien wurden mit dem Bewertungsinstrument von Hawker et al. (2002) beurteilt. Eine positive Bewertung der Studien war Voraussetzung, dass Forschungsartikel in die Arbeit miteingeschlossen wurden. Alle 18 Studien bekamen Punkte zwischen 18 und 36 und wurden somit als positiv bewertet. Im Anhang befindet sich eine Übersicht, welche Elemente mittels des Bewertungsinstrumentes beurteilt wurden sowie die erreichten Punkte.

### **3 Ergebnisse**

In diesem Kapitel werden zuerst die Charakteristika der inkludierten Studien präsentiert. Die Ergebnisdarstellung erfolgt anschließend nach der EPOC Klassifikation.

#### **3.1 Charakteristika der inkludierten Studien**

Unter den inkludierten Studien waren acht aus Amerika, sechs aus Europa und jeweils zwei aus Asien und Australien. Es wurden acht Studien identifiziert, wo Protokolle implementiert wurden. Darunter waren drei Protokolle zum Schmerzmanagement, jeweils eins zur Mundpflege, zum Darmmanagement, zur Krebssymptomatik, zum Harnkatheter und ein Kommunikationsprotokoll. Bei den restlichen zehn Artikeln handelte es sich um Studien, wo Leitlinien implementiert wurden. Diese umfassten Themen bezüglich Sturzprävention, Schlaganfall, Schmerzmanagement, Pflege am Lebensende, Ernährung, fetale Gesundheitsüberwachung und advanced care planning (ACP).

Zehn von den inkludierten Studien wurden in Krankenhäusern durchgeführt, sechs in Pflegeheime und zwei in Rehakliniken. Vier Studien wurden mittels mixed method und vier als randomisierte kontrollierte Studien (RCT englisch: randomized controlled trial) beschrieben. Zudem gab es drei quasiexperimentelle Studien und zwei Fallstudien. Des Weiteren war eine deskriptive Studie, eine Pilotstudie, eine Kohortenstudie, eine Längsschnittstudie und eine prospektiv beobachtende Studie inkludiert. In Tabelle 2 sind weitere Merkmale der inkludierten Studien übersichtlich dargestellt.

Tabelle 2: Charakteristika der inkludierten Studien

<b>Autor(en), (Jahr) Titel</b>	<b>Forschungsziel</b>	<b>Design</b>	<b>Datenerhebung</b>	<b>Setting, Stichprobe</b>	<b>Strategien, Hauptergebnisse</b>
Bjartmarz et al. (2017) Implementation and feasibility of the stroke nursing guideline in the care of patients with stroke: a mixed methods study	Ziel der Studie war die Implementierung der Schlaganfall Leitlinie (Stroke Nursing Guideline= SNG) und die Bestimmung der Durchführbarkeit.	Mixed Method	Drei Phasen 1. Phase: 02. 2012 bis 02. 2013 2. Phase: 04. 2013 bis 12.2013 (Implementierung) 3. Phase: 02.2014 bis 02.2015 Fragebögen, Interview	Zwei neurologische/ rehabilitative Stationen in einem Universitäts Spital in Island, 78 PatientInnen, 33 Gesundheits- und KrankenpflegerInnen/ Pflegehilfskräfte	Es wurden professionelle Strategien verwendet. Das Pflegepersonal findet die SNG als sinnvoll. Dokumentation und Anwendung der Leitlinien haben sich verbessert. Der Implementierungsprozess war erfolgreich.
Breimaier et al. (2015) Effectiveness of multifaceted and tailored strategies to implement a fall-prevention guideline	Ziel der Studie war die Effektivität der vielfältigen Strategien, welche zur Implementierung der Sturzleitlinie in die	Mixed Method	Gruppen Diskussionen, Semi strukturierte Fragebögen Interviews	2 Akut Stationen (Augen- und Unfallambulanz) in einem Universitätskrankenhaus in Österreich	Es wurden professionelle und organisatorische Strategien verwendet. Die Kenntnisse sowie das Bewusstsein der diplomierten Gesundheits- und KrankenpflegerInnen (DGKP) und der

<p>into acute care nursing practice: a before- and- after, mixed- method study using a participatory action research (PAR) approach</p>	<p>Pflegepraxis verwendet werden, zu beurteilen.  Das zweite Ziel war die Ressourcen, welche zur Implementierung nötig waren, zu bestimmen (Zeit, Kosten).</p>				<p>PflegehelferInnen nahmen zur Sturzprävention signifikant zu. Die Verwendung von PAR und CFIR sind effektive Mittel, um vielfältige Strategien zu implementieren. Die Implementierung ist zeit- und kostenintensiv.</p>
<p>Cui et al. (2018)  Implementing a pain management nursing protocol for orthopaedic surgical patients: Results from a Pain out project</p>	<p>Ziel der Studie war die Wirkung eines standardisierten Schmerzmanagementprotokolls bei orthopädischen PatientInnen, die sich einer Operation unterzogen, zu untersuchen.</p>	<p>Quasiexperimentell</p>	<p>Einführung eines Schmerzprotokolls. Vor und nach der Intervention wurde das Wissen der Pflegekräfte über Schmerzmanagement und Einstellungen beurteilt. Verwendung von Fragebögen.</p>	<p>Orthopädische Station im Universitätskrankenhaus in Guangzhou, China,  Vor Intervention: 16 registrierte Krankenpflegepersonen (registered nurses= RN), 77 PatientInnen  Nach Intervention: 15 RN, 71 PatientInnen</p>	<p>Es wurden professionelle Strategien verwendet.  Bewertungen der RN in Bezug auf Wissen und Fähigkeiten stiegen nach der Einführung des Protokolls signifikant an. Es gab signifikante Veränderungen bei den nichtpharmakologischen Methoden.</p>

				Februar 2014- März 2016	
Ganz et al. (2013) Translation of Oral Care Practice Guidelines Into Clinical Practice by Intensive Care Unit Nurses	Ziel dieser Studie war es festzustellen, ob die IntensivpflegerInnen bei beatmeten PatientInnen ihre Mundpflegepraktiken durch die Einführung einer Mundpflegeleitlinie geändert hatten.	Deskriptive Studie	Fragebogen enthält soziodemographische Daten und eine Checkliste von Mundpflegepraktiken	12 Intensivstationen in Israel; Zwei nationale Umfragen: 1.: 2004-2005 (n=218) 2.: 2012 (n=233) Zwischen den zwei Umfragen wurden durch die Evidence- Based Nursing Working Group (EBN) nationale Bemühungen angestrebt.	Es wurden professionelle Strategien verwendet.  Die Studie führte zu einer erfolgreichen Verbesserung von Mundpflegepraktiken. Es gab eine signifikante Zunahme der evidenzbasierten Praktiken im Bereich der Zahnpflege und dem oralen Assessment. Gazekompressen, der Zungenspatel, Zitronenwasser und Natrium Bicarbonat wurden weniger verwendet. Keine Unterschiede waren in der Verwendung von Chlorhexidin, Zahnpasta und der Pflegedokumentation ersichtlich.

<p>Hadjistavropoulos et al. (2016)</p> <p>Increasing the Frequency and Timeliness of Pain Assessment and Management in Long-Term Care: Knowledge Transfer and Sustained Implementation</p>	<p>Ziel der Studie war die Durchführung von regelmäßigen Schmerzbewertungen anhand eines Protokolls in zwei Langzeitpflegeeinrichtungen. Der Prozess und Erfolg der gesetzten Maßnahmen wurden bewertet.</p>	<p>Mixed Method</p>	<p>Ein Schmerzmanagement Protokoll wurde eingeführt.</p> <p>Workshops, nurse Pain Champion, Fokusgruppen, Interviews</p>	<p>Zwei Langzeitpflegeeinrichtungen in zwei kanadischen Provinzen</p>	<p>Es wurden professionelle und organisatorische Strategien verwendet.</p> <p>Die Umsetzungsbemühungen waren erfolgreich. Trotz der Erfolge bei zunehmenden Bewertungen konnten keine Veränderungen der prozentualen Anteile der PatientInnen mit mittelschweren bis schweren Schmerzen festgestellt werden.</p>
<p>Janssens et al. (2016)</p> <p>Effect of an oral healthcare protocol in nursing homes on care staffs' knowledge and attitude towards oral health</p>	<p>Das Ziel war die Auswirkungen einer beaufsichtigten (supervised) Protokollimplementierung zur Mundpflege zu untersuchen.</p>	<p>RCT</p>	<p>Interventionsgruppe (6 Pflegeheime)</p> <p>Kontrollgruppe (6 Pflegeheime)</p> <p>Datenerhebung: 1. Woche, Implementierung, nach 6</p>	<p>2 belgische Provinzen ( East and West Flanders)</p> <p>12 Pflegeheime, Pflegekräfte (n=760), Jänner bis Juni 2010,</p>	<p>Es wurden professionelle und organisatorische Strategien verwendet.</p> <p>Durch die Implementierung des Mundpflegeprotokolls konnte ein signifikanter Wissenszuwachs der Pflegekräfte erreicht werden. Es zeigten sich keine signifikanten</p>

care: a cluster randomised controlled trial			Monaten, Fragebogen	Supervisor	Verbesserungen in der Haltung.
Kaasalainen et al. (2015) Positioning Clinical Nurse Specialists and Nurse Practitioners as Change Champions to Implement a Pain Protocol in Long-Term Care	Das Ziel war die Rolle des clinical nurse specialist (CNS) und der nurse practitioner (NP) während der Implementierung eines evidenzbasierten Schmerzprotokolls zu untersuchen.	Fallstudie	Drei Methoden zur Datensammlung: Tagebücher, TeilnehmerInnenbeobachtung, Interviews, Oktober 2008 bis September 2009	Zwei Langzeitpflegeeinrichtungen im südlichen Ontario, Kanada Standort 1: NP Standort 2: CNS Beobachtung: wissenschaftliche/r MitarbeiterIn Interviews: Vier Gruppen (n=28) eines interdisziplinären Teams	Es wurden professionelle und organisatorische Strategien verwendet.  Die CNS und NP verwendeten sieben Implementierungsstrategien. Acht Barrieren und vier Möglichkeiten wurden identifiziert.
Katz et al. (2013) Implementing Smoking Cessation	Ein Ziel dieser Studie war die Auswirkungen einer auf	Quasiexperimentell	29 Einschätzungen von DGKP (vor und	Zwei stationäre medizinisch ameri-	Es wurden professionelle und organisatorische Strategien verwendet.

<p>Guidelines for Hospitalized Veterans: Effects on Nurse Attitudes and Performance</p>	<p>Leitlinien basierenden Beratung bei hospitalisierten RaucherInnen zu ermitteln. Weitere Ziele waren die Ermittlung der Einstellungen der DGKP auf die Intervention sowie die Erhebung der Barrieren und Hindernisse.</p>		<p>nach der Umsetzung der Leitlinie) anhand von Fragebögen; Nach Implementierung: Interviews mit DGKP</p>	<p>kanische Departments of Veterans Affairs (VA), 193 RaucherInnen 29 DGKP</p>	<p>Diese Studie zeigte die Wirksamkeit einer Implementierungsstrategie. Damit die DGKP eine größere Rolle bei der Durchführung von Raucherentwöhnungsberatungen im stationären Bereich spielen konnten, mussten die Strategien auf die Leitlinien abgestimmt werden. Es war wichtig, die Beratungsfähigkeiten stationärer Pflegekräfte aufzubauen.</p>
<p>Kingsnorth et al. (2015) Optimal Pain Assessment in Pediatric Rehabilitation: Implementation of a Nursing Guideline</p>	<p>In dieser Studie war das Ziel eine pflegerische Leitlinie für die Beurteilung und das Management akuter Schmerzen mithilfe</p>	<p>Prospektiv beobachtend</p>	<p>Fragebogen zu Beginn und neun Monate nach der Weiterbildung (in drei Modulen) Audit Daten und Schmerzwerte zu</p>	<p>Pädiatrischen Rehabilitation, drei Stationen, Kanada 69 DGKP, 108 Patienten &lt;19 Jahre</p>	<p>Es wurden professionelle Strategien verwendet. Die Einführung einer vielfältigen Umsetzungsstrategie für eine optimale Beurteilung und Behandlung von akuten Schmerzen war erfolgreich.</p>

	einer Implementierungsstrategie zu implementieren.		drei Zeitpunkten (vor und ein bzw. zwei Jahre nach Implementierung)		Zur Unterstützung wurden RNAO (Registered Nurses' Association of Ontario) Leitlinien herangezogen.
Knowles et al. (2013)  Evaluation of the implementation of a bowel management protocol in intensive care: effect on clinician practices and patient outcomes	Ziel dieser Studie war die Effektivität einer vielfältigen Implementierung eines Darm-Management-Protokolls auf die Outcomes bei IntensivpatientInnen zu erheben, insbesondere im Zusammenhang mit dem Auftreten von Verstopfung und Durchfall.	Längsschnittstudie	Entwicklung und Implementierung des Bowel Management Protocols (BMP),  Retrospektive Datensammlung aus den Krankenakten der PatientInnen, Audits	Zu zwei Zeitpunkten innerhalb von drei städtischen Intensivstationen in Sydney  Präimplementation, n= 101  Postimplementation, n= 107  drei Monate  Präimplementation: 22. Oktober 2007-13. Jänner 2008  drei Monate Postimplementation: 20. Oktober 2008-11. Jänner 2009	Es wurden professionelle Strategien verwendet.  Es wurde kein signifikanter Unterschied in der Häufigkeit von Verstopfung und Diarrhoe vor und nach der Implementierung des Protokolls festgestellt. Die Ergebnisse deuteten darauf hin, dass Änderungen in der Praxis bei komplexen Verhaltensänderungen schwierig waren.

<p>Noome et al. (2017)</p> <p>Effectiveness of supporting intensive care units on implementing the guideline „End-of-life care in the intensive care unit, nursing care“: a cluster randomized controlled trial</p>	<p>Ziel dieser Studie war die Wirksamkeit der Unterstützung von Intensivstationen bei der Umsetzung der Leitlinie „Pfleger am Lebensende“ zu untersuchen.</p>	<p>RCT</p>	<p>Interventionsgruppe: 8 Intensivstationen</p> <p>Kontrollgruppe: 5 Intensivstationen</p> <p>Fragebögen, Interviews</p>	<p>Krankenhäuser in den Niederlanden</p> <p>Dezember 2014 bis Dezember 2015</p> <p>16 Manager</p> <p>88 Stationsleitungen der Intensivstationen</p>	<p>Es wurden professionelle und organisatorische Strategien verwendet.</p> <p>Die erhöhte Einhaltung der Leitlinie und die signifikant höhere Zufriedenheit der Familie in der Interventionsgruppe zeigten, dass das Unterstützungsprogramm einen positiveren Effekt hatte.</p>
<p>Robertson et al. (2018)</p> <p>Early oral feeding (EOF) after colorectal surgery: A mixed methods study of knowledge translation</p>	<p>Das Ziel der Studie war lokale postoperative Ernährungspraktiken nach einer kolorektalen Operation zu verstehen. Hindernisse für die Umsetzung der EOF Leitlinie sowie die Auswahl, Anpassung und Umsetzung von</p>	<p>Mixed Method</p>	<p>Phase 1: Problem Assessment, 2 Audits</p> <p>Phase 2: Interviews mit dem Personal zur Identifikation von Barrieren,</p> <p>Phase 3: Ergebnisse von Phase 1 und 2</p>	<p>Colorektale Station eines Lehrkrankenhauses in Brisbane, Australien</p> <p>Juni 2016- Februar 2018</p> <p>164 PatientInnen</p>	<p>Es wurden professionelle und organisatorische Strategien verwendet.</p> <p>Es wurden erfolgreich Barrieren identifiziert und umgegangen und in weiterer Folge wurden auch die EOF Praktiken den Empfehlungen angeglichen.</p>

	Stakeholder-Engagement-Strategien wurden ermittelt.		Phase 4: Evaluierung		
Sævareid et al. (2018) Implementing advance care planning in nursing homes- study protocol of a cluster- randomized clinical trial	Ziel dieser Studie war es die Möglichkeiten von Gesprächen über das Lebensende mit PatientInnen und Angehörigen zu fördern. Zudem sollte eine bessere Basis für wichtige Entscheidungen in medizinischen Notfällen und am Lebensende geschaffen werden.	RCT	Fragebogen vor und nach der Intervention;  Interviews, Konversationen und Meetings (in der Interventionsgruppe)	Norwegen, acht Stationen in Pflegeheimen, 120 PatientInnen  Interventionsgruppe: Mai 2015 bis Mai 2016	Es wurden professionelle und organisatorische Strategien verwendet.  Es wurden Erfahrungen gesammelt, um herauszufinden, was gute Advanced Care Practitioner (ACPs) und gute Umsetzungsstrategien auszeichnete.
Snelgrove-Clarke et al. (2015) Implementing a Fetal Health Surveillance Guideline in	Ziel dieser Studie war es die Auswirkungen einer Action-Learning Intervention auf die Anwendung einer fe-	RCT	Datenerhebung zu drei Zeitpunkten von Beginn der Aufnahme bis zur Entbindung: ein Monat davor,	Geburtenstation eines Universitätskrankenhauses in Atlantic, Canada	Es wurden professionelle und finanzielle Strategien verwendet.  Trotz des Mangels an signifikanten Änderungen zwischen

<p>Clinical Practice: A Pragmatic Randomized Controlled Trial of Action Learning</p>	<p>talen Gesundheitsüberwachungsrichtlinie (FHS) für Krankenpflegepersonen zu ermitteln.</p>		<p>sechs Monate und ein Monat danach, Fragebögen</p>	<p>Krankenpflegepersonen für Action-Learning (n = 44) oder Usual Care (n = 45)</p> <p>Frauen mit niedrigem Risiko wurden einer Action-Learning Krankenpflegeperson (n = 122) (n = 148) zugewiesen.</p>	<p>den Gruppen in den FHS-Praktiken veränderten Action-Learning Pflegepersonen ihre FHS-Praktiken erheblich.</p>
<p>Stacey et al. (2016) Implementation of Symptom Protocols for Nurses Providing Telephone-Based Cancer Symptom Management: A Comparative Case Study</p>	<p>Ziel war es ein Gerüst zur Implementierung der COSTaRS (Canadian Oncology Symptom Triage and Remote Support) Protokolle zu bauen. Dabei wurden Barrieren ge-</p>	<p>Fallstudie</p>	<p>Drei Fälle von verschiedenen Ambulanzen wurden gegenübergestellt.</p> <p>Verwendung des K2AF (sieben Schritte)</p> <p>Messinstrumente (Umfragen, Workshops, Audit)</p>	<p>Kanada, Auswahl der Anrufe: Fall 2 zufällig ausgewählt, Fälle 1+3 keine Zufallsauswahl</p>	<p>Es wurden professionelle und organisatorische Strategien verwendet.</p> <p>Die Pflegekräfte fühlten sich mit der Behandlung von Symptomen und der Verwendung der COSTaRS Protokolle sicherer. Prüfungen ergaben, dass unter Verwendung der Protokolle 11% bis 47% der</p>

	<p>filtert, die Verwendung der Protokolle überwacht und die Ergebnisse verglichen, um erfolgreiche Gerüste für die Implementierung zu identifizieren.</p>				<p>Patientenanrufe dokumentiert wurden. Dauerhafte Nutzung würde organisatorische Angleichung und ständige Unterstützung der Führungskräfte erfordern.</p>
<p>Torma et al. (2014) Strategies to implement community guidelines on nutrition and their long-term clinical effects in nursing home residents</p>	<p>Das Ziel dieser Studie war der Vergleich von zwei Implementierungsstrategien (Prozessbegleitung und Bildungsbesuche), um Ernährungsleitlinien in ein Pflegeheim einzuführen.</p>	<p>Ko-hortenstudie</p>	<p>Interviews mit BewohnerInnen, Daten aus Dokumentation  Zwei Gruppen: Es wurde jeweils eine Strategie in zwei Pflegeheimen angewandt.</p>	<p>Vier Pflegeheime in Schweden; 101 PflegeheimbewohnerInnen  Mai 2009- Juni 2011</p>	<p>Es wurden professionelle Strategien verwendet.  Die Ernährungsparameter blieben in beiden Gruppen unverändert. Die kognitive Leistungsfähigkeit der BewohnerInnen verschlechterte sich in der Gruppe mit den Bildungsbesuchen stärker als in der Gruppe mit der Prozessbegleitung.</p>
<p>Wu et al. (2016) Implementation of a Nurse- Led Family</p>	<p>Das Ziel war die von Krankenpflegeperso-</p>	<p>Pilotstudie</p>	<p>Entwicklung eines Kommunikations-Protokolls und</p>	<p>USA, Convenience Sample (willkür-</p>	<p>Es wurden professionelle Strategien verwendet.</p>

Meeting in a Neuroscience Intensive Care Unit	nen geführten Familientreffen auf Intensivstationen zu entwickeln, zu implementieren und die Auswirkungen zu evaluieren.		einer Checkliste, Weiterbildung Anonyme Fragebögen für Familien	lich), 23 Krankenpflegepersonen, Neurologische Intensivstation (10 Betten), 31 Familienmitglieder	Ergebnisse zeigten, dass die Zufriedenheit der Familienangehörigen stieg und eine Verbesserung der Kommunikation eintrat.
Zurmehly (2018) Implementing a Nurse- Driven Protocol to Reduce Catheter- Associated Urinary Tract Infections in a Long- Term Acute Care Hospital	Die Studie bewertete die Wirksamkeit eines Ausbildungsprogramms zur Verbesserung der Pflegequalität in Bezug auf die CAUTI-Raten (Catheter-associated urinary tract infections) innerhalb eines LTACH (long-term acute care hospital).	Quasi experimentell	RN: online pretest-posttest, Fragebogen CAUTI Programm: Ein evidenzbasiertes Harnkatheter Protokoll wurde entwickelt und implementiert 1.-30. November	Mittlerer Westen der USA, Convenience Sample, September bis November 2015, drei Stationen in einem LTACH, 120 PatientInnen, 70 RN	Es wurden professionelle Strategien verwendet. Nach der Bildungs- Initiative sanken die gesamten Harnkathetertage und die Harnwegsinfekte (CAUTI). Die absolute Risikoreduktion betrug 3,58 Infektionen pro 1.000 Kathetertage. Die Befunde waren statistisch signifikant.

### 3.2 Klassifizierung der Implementierungsstrategien nach EPOC

Anhand der Durchsicht der inkludierten Studien konnten verschiedene Implementierungsstrategien identifiziert werden. Abbildung 4 gibt vorerst eine Übersicht dieser Studien und ihre Einteilung in die EPOC Kategorie. Alle Studien verwendeten professionelle Interventionen, neun Studien davon zusätzlich organisatorische. Eine Studie verwendete eine finanzielle Strategie und es gab keine Strategien, die zu den regulatorischen Interventionen zählten.



Abbildung 4: Zuordnung der Studien nach EPOC

Nach Proctor et al. (2013) können Implementierungsstrategien weiter hinsichtlich Setting, der Zeitpunkt und die Zeitdauer der Strategien beschrieben bzw. eingeteilt werden. In diesem Kapitel werden diese Faktoren anhand der inkludierten Studien näher erläutert.

### **3.2.1 Professionelle Strategien**

In allen Studien wurden professionelle Strategien eingesetzt, um die Implementierung der Leitlinien und Protokolle zu ermöglichen. Bildungs- und Trainingseinheiten kamen in allen Studien vor, sie unterschieden sich jedoch in der Organisation und im Ablauf. Zu den Bildungsstrategien zählen Schulungen, Verteilen von schriftlichem Material, Weiterbildungen, Präsentationen, Seminare und das Selbststudium. Weitere, in der Praxis vorkommende, professionelle Strategien sind Workshops, Meetings, opinion leaders, pocket cards, Erinnerungen, sowie Audit und Feedback.

In den meisten Studien wurden mehrere Bildungsstrategien verwendet. Eine sehr oft verwendete Strategie waren Schulungen bzw. Weiterbildungen. Dafür gab es mehrere Termine, sodass alle MitarbeiterInnen die Möglichkeit hatten, diese zu absolvieren. Die Schulungen nahmen zwischen 15 Minuten und vier Stunden Zeit in Anspruch. Der Inhalt der Schulungen richtete sich je nachdem, welche Leitlinie bzw. welches Protokoll implementiert wurde. Wesentliche Aspekte waren die Vorstellung der Protokolle und der Leitlinien, deren Anwendung und PatientInnenbeispiele. Als ergänzende Informationen dienten Videos, Handbücher und gedrucktes Lehrmaterial (Cui et al. 2018, Knowles et al. 2013). In einer Studie musste die Leitlinie von allen MitarbeiterInnen gelesen werden und es war eine Bestätigung durch Gegenzeichnung erforderlich (Breimaier und Lohrmann 2014).

Durch praktisches Training wurde den Anwesenden die Anwendung von Empfehlungen, Screeninginstrumenten und Interventionen näher gebracht. Für die Umsetzung der Schulungs- und Trainingseinheiten waren entweder die ForscherInnen, die ManagerInnen der Einrichtung oder die StationsleiterInnen verantwortlich. SchulungsteilnehmerInnen wurden außerdem dazu ausgebildet, den Pflegepersonen auf ihren Stationen die praktischen Inhalte zu übermitteln und sie zu ermutigen. Motivation ist wichtig für ein gutes Betriebsklima und hohe Arbeitsqualität (Ganz et al. 2013, Janssens et al. 2016, Kingsnorth et al. 2015, Robertson et al. 2018).

Häufig war auch der Einsatz von „opinion leaders“, sogenannten MeinungsführerInnen. Dies sind Pflegepersonen, welche als ExpertInnen der Leitlinie agierten. Sie folgten der Umsetzung der Leitlinie, beobachteten, ob Empfehlungen verwendet wurden und unterstützten andere KollegInnen. In der Studie von Breimaier et al. (2015) dienten sie auch als MotivatorInnen. Andere Bezeichnungen für ExpertInnen waren SpezialistInnen und Champions. Die ExpertInnen führten zudem regelmäßige Überprüfungen durch, erstellten Zeitpläne und besuchten regelmäßig die Abteilungen. Die ExpertInnen konnten auch extern vom Forscher/von der Forscherin hinzugezogen werden (Breimaier et al. 2015, Hadjistavropoulos et al. 2016, Zurmehly 2018).

Eine Form der Bildungsarbeit war die akademische Detaillierung, bei der wechselseitige Interaktionen mit dem klinischen Personal eingesetzt wurden. Um die Einführung eines Übungsmusters zu fördern, fanden zum Beispiel Face-to-face Trainings (personelles Training), Leistungsfeedback und regelmäßige Überprüfungen statt (Katz et al. 2013).

In vier Studien wurden Präsentationen abgehalten. Diese fanden in den jeweiligen Einrichtungen statt und enthielten Informationen bezüglich der Implementierung, sowie über die Wichtigkeit der evidenzbasierten Pflege und Beispiele darüber. Sie kamen in Kombination mit Schulungen, Meetings und Workshops vor (Ganz et al. 2013, Janssens et al. 2016, Wu et al. 2016, Noome et al. 2017).

Die Workshops wurden von einem/einer ExpertIn durchgeführt und es fanden Einschulungen der TeilnehmerInnen statt. Es waren nicht nur Personen aus der Einrichtung beteiligt, sondern auch externes Personal. Bei den Workshops wurde über die Inhalte der Protokolle und der Leitlinien diskutiert. Allen WorkshopteilnehmerInnen wurden schriftliche Unterlagen und Videos zur Verfügung gestellt. Darüber hinaus wurden auch Champions identifiziert, die für die fortlaufenden Workshops mit den neuen MitarbeiterInnen sowie für die Unterstützung bei der Bewältigung komplexer Situationen verantwortlich waren. Nach den Workshops wurde besprochen, welche Interventionen noch ergänzt werden konnten. Die Workshops dienten dazu, dass KollegInnen motiviert und Kommunikationskompetenzen verbessert wurden (Katz et al. 2013, Hadjistavropoulos et al. 2016, Noome et al. 2017).

Weitere Bildungsinitiativen sind E- Learning Angebote, wie Online Tutorials und Lernprogramme. Diese wurden in zwei Studien als Selbststudium angeboten und standen den Krankenpflegepersonen nur eine bestimmte Zeit lang auf den Stationen zur Verfügung. Informationen über den Inhalt und die Anwendung erhielten sie durch E-Mails. Die TeilnehmerInnen mussten daraufhin Tests absolvieren (Katz et al. 2013, Zurmehly 2018). Die Schulung in der Studie von Wu et al. (2016) wurde ebenfalls mit einem Test abgeschlossen.

Eine weitere Strategie zur Implementierung der Protokolle und Leitlinien waren Meetings. Dazu wurde ein Implementationleader eingesetzt, welcher ein/eine DGKP war und über Wissen und Implementierungskompetenzen verfügte. Bei den Meetings wurden Schritte vom Grol-Model eingeführt und besprochen. Zusätzlich wurden Erfahrungen zwischen den Implementationleadern ausgetauscht. Die Meetings dauerten jeweils einen Tag über einen Zeitraum von mehreren Monaten. Eine spezielle Art von Meeting ist die Prozessbegleitung bzw. external facilitator (EF). Der/Die ForscherIn setzte sich hierbei mit den klinischen Grunddaten der BewohnerInnen auseinander, um Veränderungen feststellen zu können. Dazu besuchte er/sie regelmäßig die Einrichtungen. Diese EF Meetings zielten darauf ab, das Wissen der MitarbeiterInnen über Ernährung zu erweitern und praktische Hindernisse zu überwinden. Es wurden Strukturen aufgebaut und Ziele für die MitarbeiterInnen festgelegt (Hadjistavropoulos et al. 2016, Noome et al. 2017, Saevareid et al. 2018, Snelgrove- Clarke et al. 2015, Torma et al. 2014).

In vier Studien wurden Erinnerungen als Strategien verwendet. Diese forderten die MitarbeiterInnen zu einem zufällig gewählten Zeitraum auf, die neue Leitlinie bzw. das neue Protokoll zu folgen. Die Erinnerungen waren entweder in Form eines bunten Papiers auf den Stationen angebracht oder elektronisch auf dem Computer gespeichert. Für die Umsetzung der Erinnerungen waren der/die ForscherIn und der/die TeamleiterIn verantwortlich (Kaasalanien et al. 2015, Katz et al. 2013, Kingsnorth et al. 2015, Knowles et al. 2013).

Durch die Platzierung von Postern und Checklisten auf den Stationen wurden die Pflegepersonen zusätzlich an die Verwendung der Leitlinien erinnert. Die Verteilung der Leitlinien oder Protokolle als „pocket card“ war ebenfalls eine wichtige Strategie.

Diese erhielten die Pflegepersonen in digitaler und/oder in gedruckter und plastifizierter Form. So konnten sie die Karten auch immer bei sich tragen. Des Weiteren waren die Aussendung von E-Mails an alle Pflegepersonen und die Veröffentlichung in Journals zusätzliche Strategien, welche die Empfehlungen bezüglich der Leitlinien und Protokolle erklären sollten (Bjartmarz et al. 2017, Ganz et al. 2013, Katz et al. 2013, Knowles et al. 2013, Saevareid et al. 2018, Stacey et al. 2016, Zurmehly 2018).

Audit und Feedback wurden in acht Studien erwähnt. Dabei wurden Eintragungen zum Pflegeprozess vom/von der DGKP oder vom/von der StationsleiterIn überprüft und es erfolgte Feedback an das Team. Für die Feedback Strategie wurde ein Peer Leader eingesetzt, welcher auch für die Planung von der Schulung zuständig war. Von ihm kamen zudem Vorschläge zur Verbesserungen der Implementierungsstrategie und er half bei Fehlerbehebungen. Gruppenfeedbacks fanden während der Trainingseinheiten und nach der Implementierung statt. Feedback förderte zudem die Implementierung und führte zu einer besseren Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegepersonen. Die Audits wurden einige Male pro Jahr oder wöchentlich während der Pflegevisiten integriert. Ein Beispiel für ein internes Audit waren die Ernährungsbeurteilungen, die die MitarbeiterInnen selbst durchgeführt haben. Ein Beispiel für ein externes Audit waren die vom/von der ForscherIn durchgeführten Beobachtungen zu den Mahlzeiten (Breimaier et al. 2015, Cui et al. 2018, Kaasalainen et al. 2015, Katz et al. 2013, Noome et al. 2017, Robertson et al. 2018, Torma et al. 2014, Zurmehly 2018)

### **3.2.2 Finanzielle Strategien**

In einer Studie wurde die Strategie des Action Learnings (AL) verwendet, um die Gesundheits- und Krankenpflegepersonen die FHS Leitlinie näher zu bringen. Dabei fanden monatlich Meetings zu je zwei Stunden statt, wo Erfahrungen und Einflussfaktoren bezüglich der Leitlinie ausgetauscht wurden. Unterstützt wurde das AL vom/von der HauptforscherIn und insgesamt gab es sechs Meetings. In jedem Meeting musste sich ein/eine DGKP einen Prozess oder Faktor präsentieren, wo er/ sie eine Veränderung anstreben möchte. Sie bekamen dafür 50 Dollar als Entschädigung (Snelgrove-Clarke et al. 2015).

### 3.2.3 Organisatorische Strategien

In neun Studien wurden organisatorische Strategien verwendet. Dazu gehörten die Adaption der Pflegedokumentation, diverse Fallbesprechungen und die Zusammenarbeit im multidisziplinären Team.

Änderungen in der Pflegedokumentation (=strukturell) wurden in drei Studien vorgenommen. Eine war in der Studie von Breimaier et al. (2015) mittels kleiner Satzbausteine, wie z.B. „PatientIn informiert“, die in die Pflegedokumentation inkludiert wurden. Eine Strategie war die Einstellung einer Erinnerung in der elektronischen Patientenakte. Für diese Änderungen an den Bildschirmen waren der/die SchmerzspezialistIn, DGKP und MitarbeiterInnen der Informationssysteme verantwortlich. Außerdem gab es ein elektronisches Kartensystem für die Schmerzbeurteilungsdokumentation mit elektronischen Warnungen. Pink stand z.B. für Warnungen und grün drückte aus, dass die Bewertung abgeschlossen war (Hadjistavropoulos et al. 2016, Kingsnorth et al. 2015).

Die Anpassung der Datenbank war ebenfalls ein wichtiger Schritt. Links zu Schulungsunterlagen für PatientInnen, Erinnerungen an Krankenpflegepersonen, die PatientInnen auf Raucherentwöhnung hinzuweisen und Schnellbestellungen für Medikamente waren nun möglich. Beim PatientInnen Selbstmanagement stand die Telefonberatung im Vordergrund. Selbsthilfematerial in Form von Broschüren und ein Video wurde von den Krankenpflegepersonen zur Verfügung gestellt. Die Telefonberatung begann innerhalb von 72 Stunden nach der Entlassung (Katz et al. 2013).

Die Absicht einer Dokumentationsvorlage war, dass das Pflegepersonal den Hauptinhalt der Konversationen strukturiert aufschrieb. Zudem gab es nur eine einzige Studie, in der eine Webseite entwickelt wurde, die Informationen über das Projekt enthielt (Saevareid et al. 2018).

Außerdem wurde in einer Studie die Mundpflege Gesundheitsakte für jeden/jede BewohnerIn aktualisiert. Der/Die ZahnhygienikerIn und der/die ZweitautorIn waren hierbei für die Supervision zuständig. Diese bestand aus sechswöchigen Kontrollbesuchen, wo über den Implementierungsprozess und Probleme der Studie diskutiert wurden. Die Datenerhebung fand vor und sechs Monate nach der Implementierung statt. Aus ethischen Gründen wurde die Intervention nach der Datenerhebung auch in der Kontrollgruppe implementiert (Janssens et al. 2016).

Besonders hervorzuheben waren die Änderungen in der interdisziplinären Praxis, z. B. gab es Schmerzteambesprechungen. Weitere Aufgaben der MitarbeiterInnen waren die Beurteilung der BewohnerInnen, die Durchführung von Schmerzbewertungen und die Verschreibung von Schmerzmitteln nach Bedarf. Es war bzw. ist wichtig, eine positive Beziehung zu den MitarbeiterInnen zu schaffen (Kaasalanien et al. 2015).

## 4 Schlussfolgerung

Ziel dieser Arbeit war es herauszufinden, welche Implementierungsstrategien in der Pflegepraxis verwendet werden. Die Ergebnisse der Arbeit zeigten, dass die am häufigsten verwendeten Implementierungsstrategien entweder professionell oder organisatorisch waren. In neun Studien wurden beide verwendet. Es wurde nie eine Strategie alleine verwendet, sondern immer in Kombination mit anderen. Am ausführlichsten beschrieben waren die professionellen Strategien. Hier wurde meist sehr genau beschrieben, was gemacht wurde, wer dabei war und wie lange bzw. wie oft die Interventionen angewandt wurden. Von den professionellen Strategien kamen das Verteilen von Lehrmaterial, Bildungsveranstaltungen, lokale Meinungsführer, Erinnerungen, Medien sowie Audit und Feedback zum Einsatz.

Die Kommunikation zwischen den Angehörigen der Gesundheitsberufe sowie multidisziplinäre Teambesprechungen mit Fallbeispielen waren in vielen Studien wichtige organisatorische Strategien. Durch die Implementierung neuer Leitlinien bzw. Protokolle erfolgten auch Änderungen in den Krankenakten.

In einer Studie wurde eine finanzielle Strategie eingesetzt. Die DGKP bekamen für die Präsentationen eine Aufwandsentschädigung. Außerdem konnten keine regulatorischen Strategien identifiziert werden.

## 5 Diskussion

Leitlinien sind eines der wichtigsten Instrumente des Qualitätsmanagements. Die Implementierung von Leitlinien in die Pflegepraxis ist ein sehr aufwändiger und langer Prozess, welcher mittels geeigneter Implementierungsstrategien geführt wird. Es existiert eine Vielzahl an Strategien, doch nur ein Teil davon wird auch in der Praxis verwendet. Eine erfolgreiche Implementierung und gut ausgewählte Strategien sind essenziell, um die Qualität in einem Unternehmen sowie die Zufriedenheit der MitarbeiterInnen und PatientInnen sicherzustellen.

In der Studie von Breimaier et al. (2013) wurden umsetzungsrelevanten Interventionen in Österreich, Deutschland und den Niederlanden ermittelt und mögliche Unterschiede zwischen diesen Ländern untersucht. Anhand einer Querschnittstudie wurden Online-Fragebögen von der EPOC Checkliste und Daten von Pflegeheimen und Krankenhäuser erhoben. Die Bereitstellung von schriftlichem Material war in dieser Studie die am häufigsten eingesetzte professionelle Umsetzungsintervention. Des Weiteren waren interne Beratungen, Audits und Vorträge häufige Strategien. Am wenigsten genutzt wurden externe Konferenzen. Insgesamt wurden 22 professionelle Strategien identifiziert. Des Weiteren wurden 19 organisatorische Strategien eingesetzt. Dazu zählten die Änderung im System der PatientInnenakten, die Beteiligung der einzelnen PatientInnen an den Behandlungsentscheidungen, Bemühungen zur Steigerung der Arbeitszufriedenheit der Pflegekräfte und der regelmäßige Einsatz von Bewertungsinstrumenten. Finanzielle Anreize für DGKP wurden selten eingesetzt. Die Hauptgründe lagen bei den knappen Ressourcen und den oft sehr hohen Kosten, die für diese Strategien aufgewendet werden mussten. Die am meisten verwendete regulatorische Strategie war in Österreich und in den Niederlanden die Prüfung von Behörden. In Deutschland wurden mehr versicherungsrechtliche Vorschriften eingesetzt. Insgesamt wurden vier regulatorische Strategien verwendet. In Österreich und Deutschland wurden mehr Interventionen vorgenommen als in den Niederlanden. Die Ergebnisse der Studie zeigten, dass professionelle Interventionen häufiger in Deutschland eingesetzt wurden und finanzielle Interventionen häufiger in den Niederlanden (Breimaier et al. 2013).

Aus den Ergebnissen der Bachelorarbeit ist ebenfalls ersichtlich, dass in der Praxis hauptsächlich professionelle Strategien verwendet wurden, gefolgt von den organisatorischen. Es gab viele verschiedene Bildungsstrategien, wobei einige mehr und andere weniger umfangreich beschrieben waren. Dadurch war der Vergleich zwischen ihnen schwierig. Professionellen Strategien wurden gerne und oft eingesetzt, da sie einfach und meist ohne großen Aufwand anzuwenden waren. Wichtig bei den organisatorischen Strategien waren interdisziplinäre Teambesprechungen, um neues Wissen bestmöglich in den Klinikalltag zu bringen. Es sollten alle MitarbeiterInnen und Führungskräfte Bescheid wissen, um eine optimale PatientInnenbetreuung gewährleisten zu können. Wurden mittels der Leitlinien und Protokolle Änderungen auf der Station vorgenommen, so erfolgten auch Anpassungen in den Datenbanken (Noome et al. 2017, Robertson et al. 2018, Stacey et al. 2016).

Finanzielle Strategien kamen sehr selten vor und regulatorische Strategien so gut wie nie. Dazu waren die Ressourcen nicht vorhanden und es wäre zu zeit- und kostenintensiv. Laut Mazza et al. (2013) sind professionelle und organisatorische Strategien häufiger vertreten, da es mehr Evidenz gibt, um die Anwendung dieser Strategien zu unterstützen. Diese Strategien sind für Leitlinienumsetzer im Allgemeinen besser zugänglich und unkomplizierter. Umgekehrt könnte die geringe Nutzung finanzieller und regulatorischer Interventionen die Tatsache widerspiegeln, dass Forschung, die diese Umsetzungsstrategien beinhaltet, in wissenschaftlichen Foren nicht ausreichend berichtet wird (Mazza et al. 2013).

In den meisten Studien wurden mehrere Strategien miteinander kombiniert. Dies hat den Grund, dass dadurch die Barrieren effektiver überwunden wurden, als wenn nur eine einzelne Strategie verwendet wurde. Die Barrieren und förderlichen Faktoren wurden in der Arbeit jedoch nur in zehn Studien erhoben. Eine Studie erwähnte kurz die Barrieren, befasste sich aber nicht weiterhin damit. Es wurden verschiedene Methoden eingesetzt, um Barrieren und förderliche Faktoren zu erheben. Es gab Interviews, Fragebögen, E-Mails und Instrumente, wie z.B. das Barriers and Facilitators Assessment Instrument (BFAI). Die häufigsten Barrieren vor der Implementierung waren hohe Arbeitsbelastungen, Widerstände der Mitarbeiter gegen Veränderungen und ein Mangel an Wissen und Zeit der Pflegekräfte. Förderliche

Faktoren waren z.B. die Unterstützung des Management Teams, die Offenheit gegenüber Innovationen und motivierte KollegInnen (Bjartmarz et al. 2017, Kaasalainen et al. 2015, Kingsnorth et al. 2015, Knowles et al. 2013, Noome et al. 2017).

In nur sehr wenigen Studien wurde über die Effektivität bzw. über die Wirkung von Implementierungsstrategien berichtet. In nur drei Studien war die Effektivität der Implementierung gegeben (Kingsnorth et al. 2015, Knowles et al. 2013, Noome et al. 2017). In sechs Studien wurde darauf hingewiesen, es gab jedoch keine genaueren Angaben dazu. Dies macht es auch schwierig, die einzelnen Strategien zu vergleichen. Dennoch war es Ziel einiger Studien, die Auswirkungen einer Protokoll- oder Leitlinienimplementierung in der Praxis zu bestimmen. In Breimaier et al. (2015) war das Ziel, die Effektivität vielfältiger und lokal angepasster Implementierungsstrategien zu erheben. In dieser Studie erwiesen sich die gewählten Strategien als effektiv. Unter effektiver Implementierung wurden die Zunahme des Pflegepersonals an Kenntnissen und eine positive Veränderung ihrer Einstellung gegenüber Evidenzbasierten Leitlinien verstanden. Zu Projektbeginn wurden Kriterien einer erfolgreichen Implementierung definiert, welche erfüllt werden mussten. In dieser Studie wurden zudem der Zeitaufwand vom Pflegepersonal und die Ressourcen, welche für die Implementierung benötigt wurden, ermittelt (Breimaier und Lohrmann 2014).

Das Review von Haggman-Laitila et al. (2017) zeigte, welche Ergebnisse mit den Bildungsinterventionen erreicht werden konnten und wie wichtig diese für die Praxis sind. Diese wurden in fünf Unterkategorien für Krankenpflegepersonen eingeteilt. Dazu gehörten positive Änderungen in ihren Einstellungen, Verbesserungen ihrer Wissensbasis, mehr Vertrauen in die Verwendung der Leitlinien, Verbesserungen in ihren evidenzbasierten Entscheidungsfindungs- und Pflegepraktiken und Verbesserung der Qualität ihrer Pflege. Bildungsinterventionen zur Umsetzung der Leitlinien sollten im Rahmen multidisziplinärer Arbeitsgruppen organisiert und untersucht werden. Es wäre auch wichtig, die Interventionen zu standardisieren, um sie in verschiedenen Pflegezusammenhängen reproduzierbar und vergleichbar zu machen (Haggman-Laitila et al. 2017).

Viele, der in der Arbeit inkludierten Artikel, wurden mithilfe von theoretischen Rahmen bzw. Modellen geführt. Die Studie von Breimaier et al. (2015) wurde mittels des participatory action research (PAR) approach und dem CFIR geführt. Katz et al.

(2013) verwendeten in ihrer Studie das Chronic Care Model. Die Studien von Robertson et al. (2018) und Stacey et al. (2016) wurden mittels dem KTA geführt. Snelgrove-Clarke et al. (2015) verwendeten den PAHRIS Framework (Promoting Action on Research Implementation in Health Services). Es ist ersichtlich, dass die theoretischen Modelle einen wichtigen Beitrag zur Implementierung leisten, da sie Implementierungsprozesse unterstützen und leiten. Mit dem CFIR konnten z.B. die Ausgangslage, der Projektprozess und der Endstand des Implementierungsprojektes eingeschätzt werden. Für Interviews und Gruppendiskussionen wurden damit relevante Fragen entwickelt. Außerdem half es bei der Datenanalyse, bei der Ergebnisdarstellung und bei der Identifikation von förderlichen und hinderlichen Faktoren (Breimaier und Lohrmann 2014).

## **5.1 Stärken und Limitationen**

In der Arbeit gab es einige Limitationen. Erstens wurden nur zwei Datenbanken (CI-NAHL und PubMed) verwendet, zweitens wurde nur nach deutsch- und englischsprachigen Artikeln gesucht. Vermutlich hätte man mit mehr Datenbanken und verschiedenen Sprachen noch mehr Studien gefunden. Eine weitere Limitation ist, dass die Arbeit nur von einer Person begutachtet wurde und keine systematische Literaturrecherche vorliegt. Dadurch ist auch die Generalisierbarkeit der Arbeit eingeschränkt.

Als eine Stärke der Arbeit kann die Vielfalt an inkludierten Studien aus Europa, Amerika, Asien und Australien gesehen werden. Als positiv zu sehen ist auch, dass viele Strategien identifiziert werden konnten und die inkludierten Studien nicht älter als fünf Jahre sind. Somit konnten aktuelle Ergebnisse gefunden und die Forschungsfrage umfassend beantwortet werden.

## **5.2 Empfehlungen für die Praxis**

Für die Praxis sind vor allem Weiterbildungen relevant. Diese können für Pflegekräfte von großem Nutzen sein, um die evidenzbasierten Entscheidungsfindungs- und Pflegepraktiken zu verbessern. Dazu sollen bessere Schulungen zum Ablauf von Implementierungsprojekten und Beteiligungen bei der Umsetzung angeboten werden. Außerdem sollte in den Schulen mehr Wissen über die Leitlinienimplementierung übermittelt werden.

Des Weiteren wäre eine verstärkte Zusammenarbeit im interdisziplinären Team wichtig. Die Informationen bezüglich der Leitlinienimplementierung sollten alle TeammitgliederInnen erhalten, die damit in Verbindung stehen. Natürlich sollten die Informationen auf den jeweiligen Arbeitsablauf und den damit verbundenen Aufgaben abgestimmt sein.

### **5.3 Empfehlungen für die Forschung**

Aus dem aktuellen Stand der Forschung geht hervor, dass der Einsatz von vielfältigen Strategien zur Umsetzung von Leitlinien in der Pflege zu Verbesserungen in der Pflegepraxis führen kann. Die Verwendung mehrerer Strategien zeigt jedoch, dass sich die Bestimmung der Kausalität und so die Wirksamkeit der einzelnen Umsetzungsstrategien als schwierig gestalten. Es ist auch unklar, wie LeitlinienumsetzerInnen die Anzahl der Strategien auswählen, die erforderlich sind, um die Implementierung einer Leitlinie zu erleichtern. Bevor Implementierungsstrategien gewählt werden, sollten daher in allen Studien Einflussfaktoren identifiziert werden, welche die Implementierung hemmen oder fördern. Eine Analyse der Barrieren wäre von großer Bedeutung, da anhand dieser die Anzahl und Kombinationen an Strategien bestimmt werden können. Dennoch sind weitere Nachweise erforderlich, um die optimale Anzahl oder Kombination von Strategien für die Umsetzung der Leitlinien zu zeigen, unter denen die Anzahl der Strategien am vorteilhaftesten ist (Mazza et al. 2013).

Laut Mazza et al. (2013) soll zudem der Entwurf der Taxonomie weiter verfeinert werden, insbesondere in den Bereichen der patientenorientierten Interventionen, des Audits und des Feedbacks, der Qualitätsverbesserung, der elektronischen Implementierungsformen sowie der Erinnerungen und Warnmeldungen. Da mehrere Gruppen und Organisationen Implementierungstaxonomien entwickeln, ist eine bessere Zusammenarbeit zwischen ihnen dringend erforderlich. Gruppen wie G-I-N und die EPOC könnten in diesem Bereich eine Führungsrolle übernehmen und die Zusammenarbeit erleichtern, um eine Taxonomie zu erreichen, die auf alle Bereiche der Umsetzungsforschung anwendbar ist (Mazza et al. 2013).

## 6 Literaturverzeichnis

Bero, LA, Grilli, R, Grimshaw, JM, Harvey, E, Oxman, AD und Thomson, MA 1998, 'Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. The Cochrane Effective Practice and Organization of Care Review Group', *Bmj*, vol. 317, no. 7156, pp. 465-8

Bjartmarz, I, Jónsdóttir, H und Hafsteinsdóttir, TB 2017, 'Implementation and feasibility of the stroke nursing guideline in the care of patients with stroke: a mixed methods study', *BMC Nurs*, vol. 16, pp. 1-17, doi:10.1186/s12912-017-0262-y

Breimaier, HE, Halfens, RJ und Lohrmann, C 2015, 'Effectiveness of multifaceted and tailored strategies to implement a fall-prevention guideline into acute care nursing practice: a before-and-after, mixed-method study using a participatory action research approach', *BMC Nurs*, vol. 14, p. 18, doi:10.1186/s12912-015-0064-z

Breimaier, HE, Halfens, RJG, Wilborn, D, Meesterberends, E, Nielsen, GH und Lohrmann, C 2013, 'Implementation Interventions Used in Nursing Homes and Hospitals: A Descriptive, Comparative Study between Austria, Germany, and The Netherlands', *ISRN Nursing*, pp. 1-12, doi:2013/706054

Breimaier, HE, Heckemann, B, Halfens, RJ und Lohrmann, C 2015, 'The Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR): a useful theoretical framework for guiding and evaluating a guideline implementation process in a hospital-based nursing practice', *BMC Nurs*, vol. 14, p. 43, doi:10.1186/s12912-015-0088-4

Breimaier, HE und Lohrmann, C 2014, 'Implementierung Leitlinie Sturzprophylaxe', Forschungsbericht, Medizinische Universität Graz, Institut für Pflegewissenschaft.

CIHR 2018, *The Knowledge to Action Process*, Canadian Institutes of health research, viewed 25.10.2018, <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/29418.html#6>

Cochrane 2018, *Trusted evidence. Informed decisions. Better health.*, London, viewed 16.10.2018, <https://www.cochrane.org/de/about-us>

Cui, C, Wang, LX, Li, Q, Zaslansky, R und Li, L 2018, 'Implementing a pain management nursing protocol for orthopaedic surgical patients: Results from a PAIN OUT project', *J Clin Nurs*, vol. 27, no. 7/8, pp. 1684-91, doi:10.1111/jocn.14224

Damschroder, LJ, Aron, DC, Keith, RE, Kirsh, SR, Alexander, JA und Lowery, JC 2009, 'Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science', *Implement Sci*, vol. 4, p. 50, doi:10.1186/1748-5908-4-50

Damschroder, LJ und Hagedorn, HJ 2011, 'A guiding framework and approach for implementation research in substance use disorders treatment', *Psychol Addict Behav*, vol. 25, no. 2, pp. 194-205, doi:10.1037/a0022284

Davis, DA und Taylor-Vaisey, A 1997, 'Translating guidelines into practice. A systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines', *Cmaj*, vol. 157, no. 4, pp. 408-16

DIMDI 2018, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, viewed 04.11.2018, <https://www.dimdi.de/dynamic/de/weitere-fachdienste/health-technology-assessment/index.html>

DNQP 2018, *Expertenstandards*, Hochschule Osnabrück, viewed 16.10.2018, <https://www.dnqp.de/>,

EPOC 2002, *Effective Practice and Organisation of Care Group Checklist*, Cochrane Review Group, Institute of Population Health, University of Ottawa Canada, viewed 16.10.2018, <http://epoc.cochrane.org/sites/epoc.cochrane.org/files/public/uploads/datacollectionchecklist.pdf>

Espirito Santo, A und Choquette, A 2013, 'Experience of adapting and implementing an evidence-based nursing guideline for prevention of diaper dermatitis in a paediatric oncology setting', *Int J Evid Based Healthc*, vol. 11, no. 2, pp. 121-7, doi:10.1111/1744-1609.12019

G-I-N 2018, *Guidelines International Network*, UK, Viewed 25.10.2018, <https://www.g-i-n.net/>

Ganz, FD, Ofra, R, Khalaila, R, Levy, H, Arad, D, Kolpak, O, Ben Nun, M, Drori, Y und Benbenishty, J 2013, 'Translation of oral care practice guidelines into clinical practice by intensive care unit nurses', *J Nurs Scholarsh*, vol. 45, no. 4, pp. 355-62, doi:10.1111/jnu.12039

GQG, 2013, Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort, Wien, viewed 14.10.2018, <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=BundesnormenundGesetzesnummer=20003883>

Grimshaw, J und Russell, I 1993, 'Achieving health gain through clinical guidelines. I: Developing scientifically valid guidelines', *Qual Health Care*, vol. 2, no. 4, pp. 243-8

Grimshaw, JM, Eccles, MP, Lavis, JN, Hill, SJ und Squires, JE 2012, 'Knowledge translation of research findings', *Implement Sci*, vol. 7, p. 50, doi:10.1186/1748-5908-7-50

Grol, R 1997, 'Personal paper. Beliefs and evidence in changing clinical practice', *Bmj*, vol. 315, no. 7105, pp. 418-21

Hadjistavropoulos, T, Williams, J, Kaasalainen, S, Hunter, PV, Savoie, ML und Wickson-Griffiths, A 2016, 'Increasing the Frequency and Timeliness of Pain Assessment and Management in Long-Term Care: Knowledge Transfer and Sustained Implementation', *Pain Res Manag*, vol. 2016, p. 6493463, doi:10.1155/2016/6493463

Haggman-Laitila, A, Mattila, LR und Melender, HL 2017, 'A systematic review of the outcomes of educational interventions relevant to nurses with simultaneous strategies for guideline implementation', *J Clin Nurs*, vol. 26, no. 3-4, pp. 320-40, doi:10.1111/jocn.13405

Hawker, S, Payne, S, Kerr, C, Hardey, M und Powell, J 2002, "'Appraising the Evidence: Reviewing Disparate Data Systematically.'" *Qualitative Health Research* 12(9): 1284-1299'.

Hawkins, JW und Roberto, D 1984, 'Developing family planning nurse practitioner protocols', *JOGN Nurs*, vol. 13, no. 3, pp. 167-70

Janssens, B, De Visschere, L, van der Putten, GJ, de Lugt-Lustig, K, Schols, JM und Vanobbergen, J 2016, 'Effect of an oral healthcare protocol in nursing homes on care staffs' knowledge and attitude towards oral health care: a cluster-randomised controlled trial', *Gerodontology*, vol. 33, no. 2, pp. 275-86, doi:10.1111/ger.12164

Kaasalainen, S, Ploeg, J, Donald, F, Coker, E, Brazil, K, Martin-Misener, R, Dicenso, A und Hadjistavropoulos, T 2015, 'Positioning Clinical Nurse Specialists and Nurse Practitioners as Change Champions to Implement a Pain Protocol in Long-Term Care', *Pain Management Nursing*, vol. 16, no. 2, pp. 78-88, doi:10.1016/j.pmn.2014.04.002

Katz, DA, Holman, J, Johnson, S, Hillis, SL, Ono, S, Stewart, K, Paez, M, Fu, S, Grant, K, Buchanan, L, Prochazka, A, Battaglia, C, Titler, M und Vander Weg, MW 2013, 'Implementing smoking cessation guidelines for hospitalized veterans: effects on nurse attitudes and performance', *J Gen Intern Med*, vol. 28, no. 11, pp. 1420-9, doi:10.1007/s11606-013-2464-7

Kingsnorth, S, Joachimides, N, Krog, K, Davies, B und Higuchi, KS 2015, 'Optimal Pain Assessment in Pediatric Rehabilitation: Implementation of a Nursing Guideline', *Pain Manag Nurs*, vol. 16, no. 6, pp. 871-80, doi:10.1016/j.pmn.2015.07.009

Knowles, S, McInnes, E, Elliott, D, Hardy, J und Middleton, S 2013, 'Evaluation of the implementation of a bowel management protocol in intensive care: effect on clinician practices and patient outcomes', *J Clin Nurs*, vol. 23, no. 5-6, pp. 716-30, doi:10.1111/jocn.12448

Mazza, D, Bairstow, P, Buchan, H, Chakraborty, SP, Van Hecke, O, Grech, C und Kunnamo, I 2013, 'Refining a taxonomy for guideline implementation: results of an exercise in abstract classification', *Implement Sci*, vol. 8, p. 32, doi:10.1186/1748-5908-8-32

McKee, G, Kerins, M, Hamilton, G, Hansen, T, Hendriks, J, Kletsiou, E, Lambrinou, E, Jennings, C und Fitzsimons, D 2017, 'Barriers to ESC guideline implementation: results of a survey from the European Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions (CCNAP)', *Eur J Cardiovasc Nurs*, vol. 16, no. 8, pp. 678-86, doi:10.1177/1474515117710097

Meyer, G, Krüger, C und Möhler, R 2013, *Pflegeleitlinien und Standards. Untersuchung zur Verfügbarkeit und Qualität von pflegerischen Standards und Leitlinien im deutschsprachigen Raum*, Department für Pflegewissenschaft, Fakultät für Gesundheit, Universität Witten/ Herdecke, Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP)

Moher, D, Liberati, A, Tetzlaff, J und Altman, DPG 2009, "Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement", ' *PLoS Med*, vol. 6,

Noome, M, Dijkstra, BM, van Leeuwen, E und Vloet, LCM 2017, 'Effectiveness of supporting intensive care units on implementing the guideline 'End-of-life care in the intensive care unit, nursing care': a cluster randomized controlled trial', *J Adv Nurs*, vol. 73, no. 6, pp. 1339-54, doi:10.1111/jan.13219

Polit, D und Beck, C 2017, 'Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice', 10 edn, Wolters Kluwer, Philadelphia, Baltimore, New York.

Powell, BJ, McMillen, JC, Proctor, EK, Carpenter, CR, Griffey, RT, Bunger, AC, Glass, JE und York, JL 2012, 'A compilation of strategies for implementing clinical innovations in health and mental health', *Med Care Res Rev*, vol. 69, no. 2, pp. 123-57, doi:10.1177/1077558711430690

Powell, BJ, Waltz, TJ, Chinman, MJ, Damschroder, LJ, Smith, JL, Matthieu, MM, Proctor, EK und Kirchner, JE 2015, 'A refined compilation of implementation strategies: results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project', *Implement Sci*, vol. 10, p. 21, doi:10.1186/s13012-015-0209-1

Proctor, EK, Powell, BJ und McMillen, JC 2013, 'Implementation strategies: recommendations for specifying and reporting', *Implement Sci*, vol. 8, p. 139, doi:10.1186/1748-5908-8-139

Robertson, TR, Eldridge, NE, Rattray, ME, Roberts, SJ, Desbrow, B, Marshall, AP, Ali, AB und Hickman, IJ 2018, 'Early oral feeding after colorectal surgery: A mixed methods study of knowledge translation', *Nutr Diet*, vol. 75, no. 4, pp. 345-52, doi:10.1111/1747-0080.12473

Rolin-Gilman, C, Fournier, B und Cleverley, K 2017, 'Implementing Best Practice Guidelines in Pain Assessment and Management on a Women's Psychiatric Inpatient Unit: Exploring Patients' Perceptions', *Pain Manag Nurs*, vol. 18, no. 3, pp. 170-8, doi:10.1016/j.pmn.2017.03.002

Sævareid, T, Lillemoen, L, Thoresen, L, Førde, R, Gjerberg, E, Pedersen, R, Sævareid, T, Lillemoen, L, Thoresen, L, Førde, R 2018, 'Implementing advance care planning in nursing

homes - study protocol of a cluster-randomized clinical trial', *BMC Geriatrics*, vol. 18, no. 1, pp. N.PAG-N.PAG, doi:10.1186/s12877-018-0869-1

Schiemann, D 1993, '[European network for quality assurance in nursing]', *Pflege*, vol. 6, no. 3, p. 173

Singh, M, Hynie, M, Rivera, T, Macisaac, L, Gladman, A und Cheng, A 2015, 'An evaluation study of the implementation of stroke best practice guidelines using a Knowledge Transfer Team approach', *Can J Neurosci Nurs*, vol. 37, no. 1, pp. 24-33

Snelgrove-Clarke, E, Davies, B, Flowerdew, G und Young, D 2015, 'Implementing a Fetal Health Surveillance Guideline in Clinical Practice: A Pragmatic Randomized Controlled Trial of Action Learning', *Worldviews Evid Based Nurs*, vol. 12, no. 5, pp. 281-8, doi:10.1111/wvn.12117

Stacey, D, Green, E, Ballantyne, B, Tarasuk, J, Skrutkowski, M, Carley, M, Chapman, K, Kuziemy, C, Kolari, E, Sabo, B, Saucier, A, Shaw, T, Tardif, L, Truant, T, Cummings, GG und Howell, D 2016, 'Implementation of Symptom Protocols for Nurses Providing Telephone-Based Cancer Symptom Management: A Comparative Case Study', *Worldviews Evid Based Nurs*, vol. 13, no. 6, pp. 420-31, doi:10.1111/wvn.12166

Torma, J, Winblad, U, Saletti, A und Cederholm, T 2014, 'Strategies to implement community guidelines on nutrition and their long-term clinical effects in nursing home residents', *J Nutr Health Aging*, vol. 19, no. 1, pp. 70-6, doi:10.1007/s12603-014-0522-4

WHO 2018, *Standards and Guidelines*, viewed 19.10.2018, <https://www.who.int/peh-emf/standards/en/>

Wolf, SH, Grol, R, Hutchinson, A, Eccles, M und Grimshaw, J 1999, 'Clinical guidelines: potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines', *Bmj*, vol. 318, no. 7182, pp. 527-30

Wu, H, Ren, D, Zinsmeister, GR, Zewe, GE und Tuite, PK 2016, 'Implementation of a Nurse-Led Family Meeting in a Neuroscience Intensive Care Unit', *Dimens Crit Care Nurs*, vol. 35, no. 5, pp. 268-76, doi:10.1097/dcc.000000000000199

Zurmehly, J 2018, 'Implementing a Nurse-Driven Protocol to Reduce Catheter-Associated Urinary Tract Infections in a Long-Term Acute Care Hospital', *J Contin Educ Nurs*, vol. 49, no. 8, pp. 372-7, doi:10.3928/00220124-20180718-08

## 7 Anhang

Bewertung:

Good=4

Fair=3

Poor=2

Very poor=1

Lower scores =poor quality

Kriterien
<b>1. Abstract and title:</b> Did they provide a clear description of the study?
<b>2. Introduction and aims:</b> Was there a good background and clear statement of the aims of the research?
<b>3. Method and data:</b> Is the method appropriate and clearly explained?
<b>4. Sampling:</b> Was the sampling strategy appropriate to address the aims?
<b>5. Data analysis:</b> Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?
<b>6. Ethics and bias:</b> Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?
<b>7. Results:</b> Is there a clear statement of the findings?
<b>8. Transferability or generalizability:</b> Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?
<b>9. Implications and usefulness:</b> How important are these findings to policy and practice?

<b>Autor</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>Bewertung</b>
Bjartmarz et al. (2017)	3	4	3	4	3	4	4	3	4	32
Breimaier et al. (2015)	3	4	4	3	3	4	4	4	4	33
Cui et al. (2018)	3	4	4	3	4	3	4	2	4	31
Ganz et al. (2013)	3	4	3	3	4	3	3	3	4	30
Hadjistavropoulos et al. (2016)	2	3	4	4	3	4	3	3	4	30
Janssens et al. (2016)	3	3	4	4	3	3	4	3	4	31
Kaasalainen et al. (2015)	3	4	3	4	4	4	4	3	4	33
Katz et al. (2013)	3	4	4	3	4	4	4	4	4	35
Kingsnorth et al. (2015)	2	3	4	3	3	4	3	3	3	28
Knowles et al. (2013)	3	4	3	3	4	3	4	3	4	31
Noome et al. (2017)	3	4	4	4	3	4	4	3	4	33
Robertson et al. (2018)	3	3	3	3	2	4	3	3	4	28
Saevareid et al. (2018)	3	4	4	4	4	4	1	2	3	29
Snelgrove- Clarke et al. (2015)	2	4	3	3	3	3	3	3	4	28
Stacey et al. (2016)	3	4	2	3	3	4	4	4	4	31
Torma et al. (2014)	3	4	3	4	3	3	3	4	3	30
Wu et al. (2016)	2	3	3	3	2	3	3	3	3	25
Zurmehly (2018)	3	3	4	3	4	3	3	2	3	28