

Bachelorarbeit

Primärversorgung –

Die Rolle der Pflege im Rahmen der Raucherberatung

eingereicht von
Elena Versnak

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

Medizinische Universität Graz
Institut für Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von
Schüttengruber Gerhilde, MSc, BSc

Graz, 24. Februar 2017

Eidesstattliche Erklärung

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

Graz, 24. Februar 2017

Elena Versnak, eh

Inhaltsverzeichnis

1. Zusammenfassung	1
2. Abstract	2
3. Einleitung.....	3
3.1 Hintergrund	3
3.2 Primärversorgung.....	4
3.2.1 Das Konzept	4
3.2.2 Elemente der Primärversorgung	5
3.2.3 Berufsgruppen im Primärversorgungsteam	7
3.2.4 Internationale Modelle.....	9
3.3 Tabakkonsum.....	10
3.3.2 Gesundheitliche Schäden und Folgeerkrankungen.....	10
3.4 Forschungsfrage und Forschungsziel.....	11
4. Methode.....	12
4.1 Design und Suchstrategie	12
4.2 Auswahl der Studien	13
5. Ergebnisse.....	18
5.1 Wichtige Schritte einer effektiven Raucherentwöhnung.....	18
5.2 Motivierende Interviews mit RaucherInnen/Personal	19
5.3 Raucherberatung über Telekommunikation	23
5.4 Raucherberatung aus der Sicht der/s RaucherInnen/Personals	26
6. Diskussion	30
6.1 Empfehlung für die Praxis	34
6.2 Empfehlung für die Forschung.....	34
7. Schlussfolgerung	34
8. Literaturverzeichnis.....	35
9. Anhang	37

1.Zusammenfassung

Hintergrund:In Anbetracht demographischer Veränderungen, hoher Gesundheitsausgaben und Defiziten in der hausärztlichen Versorgung, wird ein Zukunftskonzept für eine nachhaltige Primärversorgung in Österreich benötigt. Da auch die Anzahl der chronisch Erkrankten, steigt ist es wichtig eine umfassende und patientenorientierte Versorgung sicherzustellen. Die häufigste Diagnose bei der Entlassung aus einem Akutkrankenhaus lautet im Jahr 2011 Herz-Kreislauf-Erkrankung. Die Anzahl der Raucher nimmt insgesamt weltweit betrachtet zu. Die Raucherberatung spielt eine wesentliche Rolle im Bereich der Gesundheitsförderung, um Folgeerkrankungen zu vermeiden.

Ziel: Ziel dieser Arbeit ist das Beschreiben der Tätigkeitsfelder und Aufgabenbereiche der Pflege im internationalen Bereich im Rahmen der gesundheitspräventiven Maßnahmen, insbesondere der Raucherberatung.

Methode: Es wurde ein Literaturreview durchgeführt. Die Literaturrecherche fand im Zeitraum von Oktober bis Dezember 2016 in den Datenbanken CINAHL und PubMed statt, um die Forschungsfrage zu beantworten. Relevante Studien wurden kritisch bewertet und anschließend inkludiert.

Ergebnisse: Internationale Studien zeigen, dass es Länderübergreifend ähnliche Interventionen für die Durchführung einer effektiven Raucherberatung in der Primärversorgung gibt. Hauptsächlich werden motivierende Interviews, aber auch telekommunikative Maßnahmen im Bereich Raucherentwöhnung eingesetzt. Die Sichtweisen der Gesundheits-und Krankenpflege, der MedizinerInnen, sowie der Personen mit positiven Raucherstatus werden dargestellt.

Schlussfolgerung:Die Rolle der Pflege in der Primärversorgung im Bereich der Raucherberatung ist vielfach international erforscht. Die Tätigkeitsfelder beziehen sich auf Motivationsgespräche sowie die Unterstützung bei der Entwöhnung über Telefonanrufe oder Textnachrichten. Im Hinblick auf die Integration der Pflegekräfte in speziellen Settings sowie Schulungen der MitarbeiterInnen und den Zeitfaktor der Umsetzung der Raucherentwöhnung bestehen weiterhin Barrieren aus der Sicht der Angehörigen der Gesundheitsberufe

2. Abstract

Background: In view of demographic changes, high health expenditures and deficits in home care, a future concept for a sustainable primary care in Austria is needed. As the number of chronic patients increases, it is important to ensure a comprehensive and patient-oriented care. In 2011 the most common diagnosis during a discharge from an acute care hospital is cardiovascular disease. The number of smokers increased worldwide, so the smoking cessation plays a key role in the promotion of health in order to avoid subsequent illnesses.

Aim: The aim of this bachelor-thesis is to describe the fields of activity and areas of responsibility of care in the international sphere within the context of health-related preventive interventions, in particular in smoking cessation.

Method: A literature review was carried out. The literature research took place in the databases CINAHL and PubMed between October and December 2016 to answer the research question. Relevant studies were critically evaluated and subsequently included.

Results: International studies show that there are cross-country similar interventions for effective smoking cessation in primary care. Mainly motivational interviews, but also telecommunication measures in the field of smoking cessation are used. The views of the health care professionals, as well as the persons with positive smoking status are presented.

Conclusion: The role of nursing in primary health care in the field of smoking management has been internationally investigated in many countries. Nursing activities refer to motivational interviews, as well as the support during the weaning by telephone calls or text messages. There are still barriers from the perspective of the health care professionals with regard to the integration of the nurses in special settings, as well as specific training of the staff and the time factor of the implementation of smoking cessation.

Keywords: primary health care, smoking cessation, nurses, practice nurses

3. Einleitung

3.1 Hintergrund

Das Konzept der Primärversorgung und den Primärversorgungszentren ist in Österreich noch relativ neu und damit noch nicht weit verbreitet. Im Rahmen der Bundeszielsteuerungskommission wurde Ende März 2014 begonnen dieses Konzept neu zu gestalten. Der Fokus richtet sich auf mehr Servieleistungen, eine umfassendere Betreuung für PatientInnen und die Attraktivierung der ÄrztInnen sowie Gesundheitsberufe (Bundesministerium für Gesundheit 2014). Im Mai 2015 wurde erstmalig diese Art der Versorgung als Pilotprojekt in Wien angeboten (ORF Wien 2016). Die Idee der Primärversorgung beinhaltet neben der Gesundheitsförderung und der Prävention, moderne Kommunikationsmethoden sowie ein bevölkerungsorientiertes Management hinsichtlich gesunden oder chronisch erkrankten PatientInnen. Dies wird durch ein multiprofessionelles Team gewährleistet (Czypionka&Ulinski 2014, S. 28). Der Plan der Gesundheitsreform besteht darin die Wartezeiten auf Termine zu verkürzen und die Ambulanzen in Krankenhäusern zu entlasten (der Standard 2015). Die Implementierung von den erstversorgenden Zentren bietet eine mögliche Lösung für das gesamte Gesundheitswesen.

Der Begriff der Gesundheitsförderung in Bezug auf chronische Folgeerkrankungen ist in der Primärversorgung ein wichtiger Aspekt. Vier von zehn Todesfällen im Jahr 2015 sind laut Statistik Austria auf Herz- Kreislauferkrankungen zurückzuführen und damit die häufigste Todesursache in diesem Jahr. (STATISTIK AUSTRIA Bundesanstalt Statistik Österreich 2016). Dabei ist das Rauchen einer der Hauptrisikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen, die zu Folgeerkrankungen und häufig zum Tod führen (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger2014). Das Ziel der Primärversorgung ist es die Krankheit frühzeitig zu erkennen, um dadurch Krankenhausaufenthalte zu vermeiden. Durch den Fokus auf die Förderung von Gesundheit konnte unter anderen der Anteil von RaucherInnen in der Bevölkerung gesenkt werden (Czypionka&Ulinski 2014, S. 13-15).

3.2 Primärversorgung

Damit das Konzept der Primärversorgung verstanden und überblickt werden kann, muss der Begriff als Erstes gegenüber anderen Bereichen der Versorgung definiert werden. Im Zuge des Gesundheits- Zielsteuerungsgesetz, welches eine integrative partnerschaftliche Zielsteuerungs-Gesundheit für die Struktur und Organisation der österreichischen Gesundheitsversorgung einzurichten und weiter zu entwickeln versucht, wird im 1. Abschnitt unter Artikel 3 (Begriffsbestimmungen) folgende Definition von Primärversorgung beschrieben: „7. *„Primärversorgung (Primary Health Care)“: Die allgemeine und direkt zugängliche erste Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Problemen im Sinne einer umfassenden Grundversorgung. Sie soll den Versorgungsprozess koordinieren und gewährleistet ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung. Sie berücksichtigt auch gesellschaftliche Bedingungen.*“ (Bundeskanzleramt Österreich 2017).

3.2.1 Das Konzept

In der Erklärung von Alma-Ata 1978 wird das Konzept der Primärversorgung von der WHO als *„grundlegende Gesundheitsversorgung“* beschrieben. Die Konferenz betont darin, dass die Gesundheit, welche ein *„Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens“* beinhaltet, ein Menschenrecht ist. Deshalb ist es ein weltweites und grundlegendes Ziel, den bestmöglichen Gesundheitszustand zu erreichen und zu wahren. Diese Art der Versorgung wird als *„erste Ebene“* und Kontaktstelle für Einzelpersonen und Familien in der Gesellschaft beschrieben. Damit eine *„kontinuierliche Gesundheitsversorgung“* stattfinden kann, ist sie so nahe wie möglich an Wohnort und dem Arbeitsplatz der Menschen (WHO 1978).

Es werden einzelne Charakteristika für AllgemeinmedizinerInnen für eine verbesserte Primärversorgung definiert. Laut der WHO spiegelt die Erstversorgung die ökonomischen Rahmenbedingungen, sowie soziokulturelle und politische Merkmale des Landes und der Gesellschaft wider. Unter anderen beschäftigt sich Primärversorgung mit den wichtigsten gesundheitlichen Problemen, wie *„providingpromotive“* (Gesundheitsförderung), *„preventiveservices“* (Gesundheitsprävention), *„curativeand rehabilitative services“* (kurative und rehabilitative Angebote), sowie die Förderung von Individuum und

Gesellschaft in der „self-reliance“ (Eigenverantwortung), um die Fähigkeit zur aktiven Beteiligung zu begünstigen. (WHO 1978).

Im Zentrum steht das Arbeiten in Netzwerken, in denen die Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen und spezifische Berufsgruppen des Gesundheits- und Sozialwesens zusammenarbeiten (Bundesministerium für Gesundheit 2014).

Die Festlegung von welchen Berufsgruppen die Primärversorgung in Österreich erbracht wird, wird unter Abschnitt 3.2.3 *Berufsgruppen der Primärversorgung* genauer beschrieben und abgebildet.

Grundlegend zielt das Konzept auf die Stärkung der interdisziplinären Versorgung und damit auf die erste, leicht zugängliche Kontaktstelle für Menschen mit gesundheitlichen Anliegen ab. Es ist eine Weiterentwicklung der ambulanten Gesundheitsversorgung und damit werden die überfüllten Spitalsambulanzen in Österreich entlastet. Das Kernelement der Primärversorgung ist die Gesundheit zu fördern, Krankheit zu vermeiden und eine qualitativ hochwertige und effiziente Krankenversorgung und Behandlung sicher zu stellen (Bundesministerium für Gesundheit 2014).

3.2.2 Elemente der Primärversorgung

Damit ein besserer Überblick über das System der Primärversorgung gewährleistet ist, werden im Anschluss die Elemente, welche auf den Ebenen der direkten Interaktion zwischen PatientInnen und dem Gesundheitspersonal und der Organisation der Leistungserbringung angeführt und beschrieben.

▽ **Multiprofessionelle Teams**

Die Leistungen in den umgesetzten Konzepten der Primärversorgung werden interdisziplinär von folgenden Bereichen abgedeckt: Pflege/ Medizin, Psychologie, Psychotherapie, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Diätologie, Geburtshilfe und Pharmazie. Diese Berufsgruppen arbeiten als Team und die Verantwortungsbereiche sind kompetenzabhängig aufeinander abgestimmt.

▽ **Verbindung zu Pflege, Sozialwesen und Rehabilitation**

Die Versorgung wird nicht nur von den sogenannten *PrimärärztInnen* und Ordinationsangestellten erbracht, sondern es besteht ein

Zusammenschluss auf gleicher Ebene mit der Pflege, dem Sozialwesen und der wohnortnahen Rehabilitation.

▽ **Koordination der Leistungen und Lotsenfunktion**

Die Hauptfunktion übernehmen die *PrimärärztInnen*, indem sie Abläufe von Therapien und Behandlungen koordinieren und Rücksprache mit dem Gesundheitspersonal halten.

▽ **Gatekeeping und Anlauffunktion der PrimärversorgerIn**

Der Begriff „Gatekeeping“ beschreibt die Rolle einer Person, die Zugang zu einer bestimmten Sache gewährleistet. In diesem Fall ist es eine Person(hier: PrimärversorgerIn), welche den PatientInnen den Kontakt zum Gesundheitssystem ermöglicht.

▽ **Einschreibungssystem bzw. Versorgungspopulation**

Die Population, die eine Versorgung benötigt kann sich z.B. mittels eines Listensystems bei dem/der zuständigen PrimärversorgerIn eintragen. Es wird eine Stärkung der ÄrztInnen-Patienten-Beziehung angestrebt, indem die ÄrztInnen an PatientInnen orientiert und verantwortungsbewusst arbeitet und die PatientInnen an kommende Untersuchungen erinnert.

▽ **Bevölkerungsorientiertes Management**

Um eine individuelle Versorgung gewährleisten zu können werden die Leistungen auf die einzelnen Gruppen der PatientInnen mit ähnlichen Erfordernissen (z.B. gesunde oder chronisch Erkrankte) abgestimmt.

▽ **Evidenzbasierte Behandlungsleitlinien**

Als klinische Entscheidungshilfen und Unterstützung in der Praxis werden evidenzbasierte Leitlinien, die auf dem neuesten, wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen, eingesetzt.

▽ **Gesundheitsförderung und Prävention**

Damit Krankheit gar nicht erst entstehen kann werden Prophylaxen, Beratungen und gesundheitsstärkende Maßnahmen von ÄrztInnen, sowie von „communitynurses“ oder „practicenurses“ (beides Pflegepersonen, welche in unterschiedlichen Bereichen tätig sind) erbracht.

▽ **Informationsmanagement und elektronische PatientInnenakte**

Die elektronische PatientInnenakte gewährt von allen Bereichen des Gesundheitspersonals Zugang zu den Daten, wie Befunde oder

Krankengeschichten der PatientInnen. Sie gewährleistet die Sicherheit der Daten und eine koordinierte Zusammenarbeit.

▽ **Längere Öffnungszeiten und geregelter Notdienst**

Die Betreuung rund um die Uhr ist in der Primärversorgung ein wesentliches Element. Es werden längere Öffnungszeiten, sowie Nacht- und Wochenenddienste gewährleistet.

▽ **Moderne Arbeitsmöglichkeiten**

Eine Möglichkeit der Arbeitszeit bietet die Teilzeit, welche für das angestellte Personal von Vorteil ist.

▽ **Moderne Kommunikationsmethoden**

Durch die Modernisierung ist es möglich elektronische Rezepte, sowie auch elektronische Terminvereinbarungen anzubieten. Plattformen und Telefonhotlines bieten die Möglichkeit 365 Tage für Beratungen oder Überweisungen. Bei chronisch Erkrankten können bei Bedarf auch von zu Hause aus bestimmte Parameter überwacht werden mittels der Telemedizin(Czypionka&Ulinski 2014, S.27, 28).

3.2.3 Berufsgruppen im Primärversorgungsteam

Die Leistungen des Primärversorgungskonzepts werden durch ein Primärversorgungsteam abgedeckt. Das Zentrum der Zusammenarbeit bildet ein Kernteam, welches aus Gesundheitsberufen wie ÄrztInnen für Allgemeinmedizin, Diplomiertem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal und OrdinationsassistentInnen besteht. Weitere Mitglieder des Teams sind Angehörige der Sozial- und Gesundheitsberufe, die jeweils Kern- oder Zusatzkompetenzen besitzen. Zu den speziellen Kompetenzen zählen: die Versorgung von Kindern und Jugendlichen, Versorgung älterer Personen, Medikationsmanagement, Gesundheitsförderung und Prävention, Psychosoziale Versorgung und die Versorgung von PalliativpatientInnen (Bundesministerium für Gesundheit 2014).

Dadurch wird das Leistungsangebot gegenüber den Einzelpraxen gesteigert und die PatientInnen profitieren, indem sie die spezialisierten Berufsgruppen nicht

einzelnen aufsuchen müssen (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger o.J.).

Das Primärversorgungsteam steht in gegenseitiger und regelmäßiger Interaktion mit den Primärversorgungspartnern, damit ein funktionales Management der Versorgung gewährleistet werden kann (Bundesministerium für Gesundheit 2014).

Die folgende Abbildung beschreibt ein funktionales Primärversorgungsmanagement. Es zeigt die Zusammensetzung des Primärversorgungsteams, die in einem interdisziplinären Netzwerk verbunden sind und deren Verbindung mit den Primärversorgungspartnern.

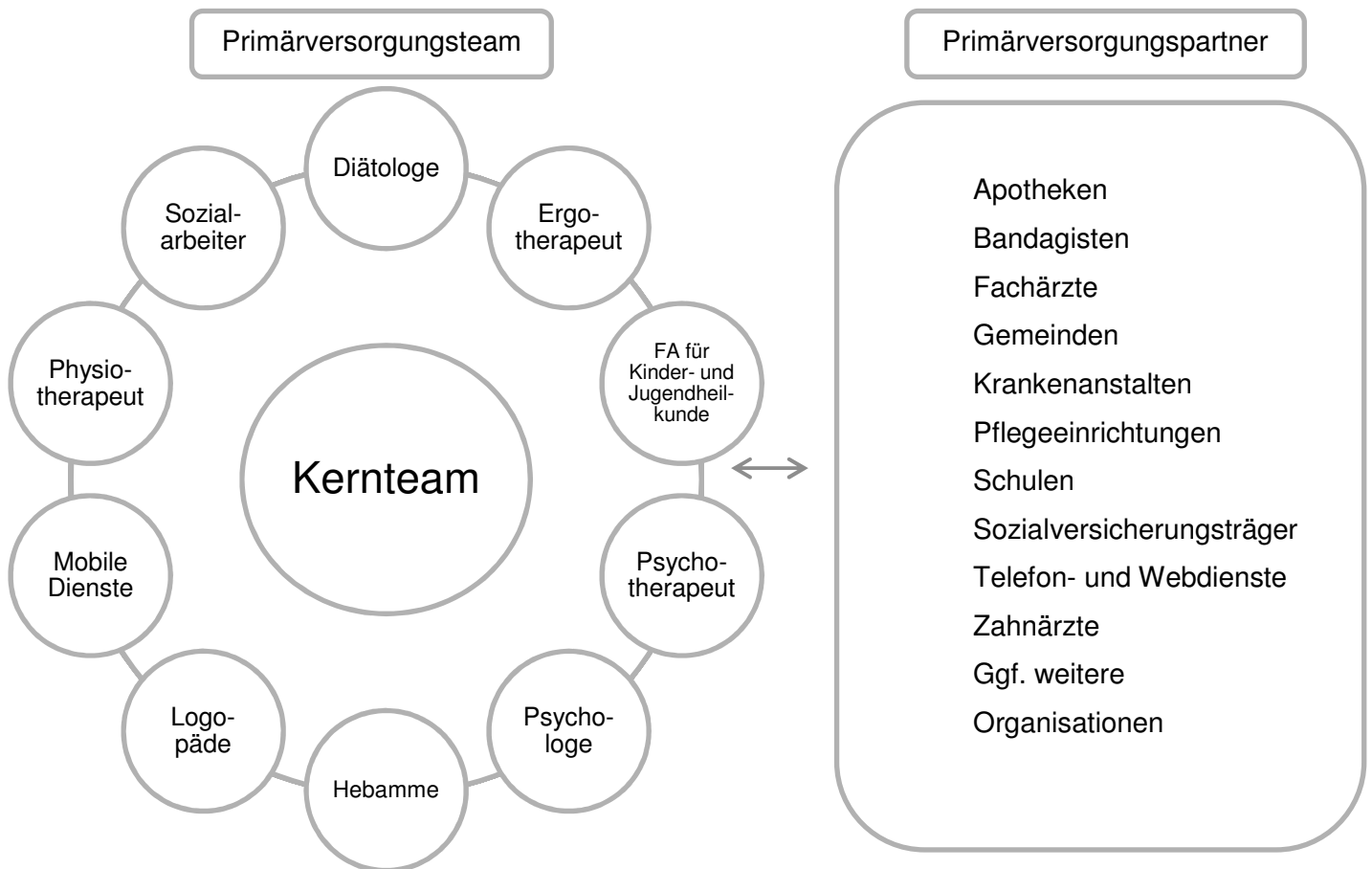


Abb. 1: Funktionales Primärversorgungsmanagement (Bundesministerium für Gesundheit 2014).

3.2.4 Internationale Modelle

In den **Niederlanden** zielt die Politik darauf ab, die Primärversorgung zu stärken und weiterzuentwickeln. Neben den ÄrztInnen oder auch „generalpractitioners“ („GPs“) genannt, spielen das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, sowie auch PhysiotherapeutInnen, ZahnärztInnen, Hebammen, und PsychologInnen eine wichtige Rolle. Die „practicenurse“ ist eine Krankenpflegeperson, welche auch spezielle medizinische Aufgaben erfüllt. Sie betreut beispielsweise PatientInnen mit chronischen Erkrankungen, wie Diabetes mellitus, COPD oder Herz-Kreislaufkrankungen. Darüber hinaus übernehmen die dazu ausgebildeten „practicenurses“ seit 2007 auch die Verschreibung von Medikamenten (Schäfer et al. 2010).

Das System der primären Versorgung ist auch in **England** weit entwickelt. Hauptsächlich funktioniert das Gesundheitssystem neben den Krankenhäusern und Praxen von HausärztInnen über die Primärversorgung. Sie wird erstens von „walk in centres“ erbracht. Diese Zentren wurden im Jahr 2000 eingeführt und nun gibt es mehr als 90 davon. Die meisten werden von Gesundheits- und KrankenpflegerInnen geführt und sind auf kleinere Krankheiten und Verletzungen wie, Brüche, Infektionen, Schnittverletzungen, Prellungen, Verbrennungen oder Hautausschlägen, spezialisiert. Zweitens wird die Primärversorgung durch „NHS Direct“, einem Telefon- und Informationsservice gewährleistet. Es wird von dem diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonal geführt und bietet 24 Stunden am Tag, und sieben Tage die Woche pflegerische und medizinische Unterstützung (Boyle 2011).

Das **kanadische** Gesundheitssystem ist eine Vielzahl von sozialisierten Krankenversicherungsplänen, die Berichterstattung für alle kanadischen Bürger bietet. Es wird öffentlich finanziert und auf provinzieller oder territorialer Basis im Rahmen der von der Bundesregierung festgelegten Richtlinien verwaltet. Die Primärversorgung ist zentraler Punkt in der Versorgung und PrimärärztInnen sind die Spitze der kanadischen Gesundheitsversorgung (canadianhealthcare 2004-2007).

In **Australien** wird die Primärversorgung von PHC- Organisationen oder auch „MedicareLocals“ genannt, erbracht. In diesen „MedicareLocals“ sind General

Practitioners, aber auch Practice Nurses beschäftigt. Vorwiegend zielen die Leistungen in den Zentren auf die Prävention von Krankheiten und das Management bei chronischen Erkrankungen ab. Die Pflegepersonen werden in einem drei-jährigen Hochschulstudium ausgebildet und der Lehrplan beinhaltet bereits das Fach „primaryhealth care“. Damit wird das australische Pflegepersonal bereits in der Grundausbildung im Bereich der Primärversorgung geschult (Henderson J. et al. 2013).

3.3 Tabakkonsum

Der Konsum von Tabak ist eine der größten Bedrohungen der öffentlichen Gesundheit und fordert weltweit rund sechs Millionen Opfer pro Jahr. Wobei mehr als fünf Millionen der Todesfälle aufgrund von direktem Tabakkonsum und mehr als 600 000 Menschen anhand von passivem Rauchen erkranken und folgend daran sterben. Somit ist das Rauchen die Hauptursache für Tod und Krankheit (WHO 2017).

In dem Rauch einer Zigarette wurden neben Nikotin weitere 4800 Inhaltsstoffe nachgewiesen. Es ist chemisch betrachtet ein Gemisch aus Gasen, in dem Partikel gelöst sind. Es ist nachgewiesen, dass mehr als 70 der bisher bekannten Substanzen dazu beitragen an Krebs zu erkranken (Vivid-Fachstelle für Suchtprävention o.J.). Es ist schwer zu definieren welche dieser kanzerogenen Stoffe für die Krebserkrankung verantwortlich sind, jedoch spielen N-Nitrosamine, polyzyklisch aromatische Kohlenwasserstoffe, Polonium-210 und Benzol eine zentrale Rolle für die Krebsursache (rauchfrei 2014).

Nach einer Bevölkerungsumfrage rauchen 38% der österreichischen Gesellschaft, wobei 43% der Männer und 34% der Frauen betroffen sind. Insgesamt konsumieren 28 % der ÖsterreicherInnen täglich Tabak und 15% der Bevölkerung raucht 20 Zigaretten oder mehr am Tag (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2015).

3.3.2 Gesundheitliche Schäden und Folgeerkrankungen

Etwa 10% der Herz-Kreislauf-Erkrankungen weltweit wird durch das Rauchen verursacht. Von den sechs WHO-Regionen wurde die höchste Prävalenz für das Rauchen im Jahr 2008 in der Europäischen Region mit fast 29% geschätzt (WHO 2008).

Die giftigen Inhaltsstoffe des Zigarettenrauchs schädigen fast jedes Organ im Körper und üben Einfluss auf die Erbinformation der Zellen. Die häufigsten Folgeerkrankungen sind im Atemwegsbereich und das Herz-Kreislaufsystem betreffend. Bei den Krebserkrankungen ist der Lungenkrebs vorherrschend, aber auch andere Organe wie die Leber, Nieren, Bauchspeicheldrüse, Harnblase und Weitere können entartete Krebsstrukturen aufweisen (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2017).

Tabakrauch ist im unmittelbaren Kontakt mit dem Mund- und Nasenraum und hat folgend Auswirkungen auf die Mundschleimhaut und die Zähne. RaucherInnen leiden verstärkt unter Läsionen der Schleimhaut, haben häufiger eine belegte Zunge und neigen zu Zahnbettentzündungen, was zum frühzeitigen Zahnverlust führt (deutsches Krebsforschungszentrum 2010).

Durch das in der Zigarette enthaltene Kohlenmonoxid wird die Sauerstoffaufnahme im Blut blockiert und das Gewebe wird minderversorgt (rauchfrei 2017). Dadurch kommt es häufig zu Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems. Zu den häufigsten Erkrankungen zählen vor allem die Hypertonie, Herzinsuffizienz, Krankheiten der Blutgefäße wie Arteriosklerose, der Herzinfarkt, und Schlaganfall. Das Rauchen ist neben mangelnder Bewegung und einseitiger Ernährung einer von vielen Risikofaktoren für Herz-Kreislauserkrankungen (deutsches Krebsforschungszentrum 2008).

Laut WHO ist die Raucherentwöhnung einer der wichtigen Bestandteile einer umfassenden Politik zur Bekämpfung des Tabakkonsums. Um den Nikotingebrauch zu senken und die Gesellschaft in ihrer Gesundheit zu stärken sind eine effiziente Raucherberatung und spezielle Raucherentwöhnungsprogramme von Bedeutung (WHO 2017).

3.4 Forschungsfrage und Forschungsziel

Die Forschungsfrage dieser Arbeit ist: **Welche Rolle hat die Pflegeperson in der Primärversorgung in Bezug auf die Gesundheitsförderung im Bereich der Raucherberatung?** Mit dem Forschungsziel die Tätigkeitsfelder der Pflege in der Primärversorgung international im Rahmen der Gesundheitsförderung im Bereich der Raucherberatung/ Raucherentwöhnung zu beschreiben.

4. Methode

4.1 Design und Suchstrategie

In dieser Arbeit wurde ein Literaturreview durchgeführt damit die Forschungsfrage beantwortet werden kann.

Im Zeitraum von Oktober bis Dezember 2016 fand die Literatursuche statt. Zu Beginn der Recherche erfolgte das Einlesen in das Thema durch das Internet, Zeitschriften und Artikeln. In den Datenbanken PubMed und Cinahl wurde die eigentliche Literaturrecherche durchgeführt und weiters kam auch die Suchmaschine „Google“ zum Einsatz. Ebenso wurde ausständige Literatur durch Handsuche in verschiedenen Referenzlistenergänzt.

Die Schlüsselbegriffe, die in den Datenbanken verwendet wurden lauteten „primaryhealth care“, „smokingcessation“ und „nurs*“. Bei dem Schlüsselbegriff „nurse“ wurde eineTrunkierung verwendet, um die Suche zu erweitern und dadurch mehr Ergebnisse zu erzielen. Die genannten Begriffe wurden in den Datenbanken mit Booleanscher Operatoren wie „AND“ verbunden.

In der Datenbank PubMed lautete die Suchstrategie [„primaryhealth care“ AND „smokingcessation“ AND „nurs*“] und in der Datenbank Cinahl wurden die Begriffe wie folgt verknüpft [„primaryhealth care“ AND „smokingcessation“ AND „nurs*“].

4.2 Auswahl der Studien

Limitationen

- ▽ Veröffentlichungszeitraum von 2006 bis 2016
- ▽ Sprache: Englisch

Einschlusskriterien

- ▽ Artikel, welche die Raucherberatung/Raucherentwöhnung beinhalten
- ▽ Es wurde das Setting der Primärversorgung miteinbezogen
- ▽ Studien, die Rollen der Pflege beinhalten
- ▽ Studien, die Rollen der ÄrztInnen beinhalten
- ▽ Die Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsberufen im Rahmen der Raucherberatung
- ▽ Qualitative und quantitative Studien, sowie Reviews
- ▽ Internationale Studien

Ausschlusskriterien

- ▽ Internationale Studien in Entwicklungsländern
 - ▽ Studien, welche nicht Bezug auf die Rolle der Pflege nehmen
-

Abb. 2 Auswahl der Studien

Die Recherche in den Datenbanken ergab 364 passende Artikel. Die Studien für diese Arbeit wurden zu Beginn mittels eines Titel-Screenings und daraufhin durch ein Abstract-Screening gefiltert. In weiterer Folge wurden Duplikate ausgeschlossen und ein Volltext-Screening wurde durchgeführt.

4.3 Qualität der Studien

Die Qualität der eingeschlossenen qualitativen und quantitativen Studien wurde mit dem Bewertungsbogen von Bauer (2014a) geprüft. Weitere systematischen Reviews wurden ebenfalls mittels eines Bewertungsbogens von Bauer (2014b) bewertet. Jene Studien, welche eine mindestens 80%ige Bewertung aufwiesen, wurden in diese Arbeit miteinbezogen. Pro Frage wurde entweder 1 Punkt oder keiner vergeben. Zur besseren Übersicht wurden die Fragen mit 0 Punkten markiert. Studien, die nach der Bewertung mind. 80% hatten, wurden inkludiert.

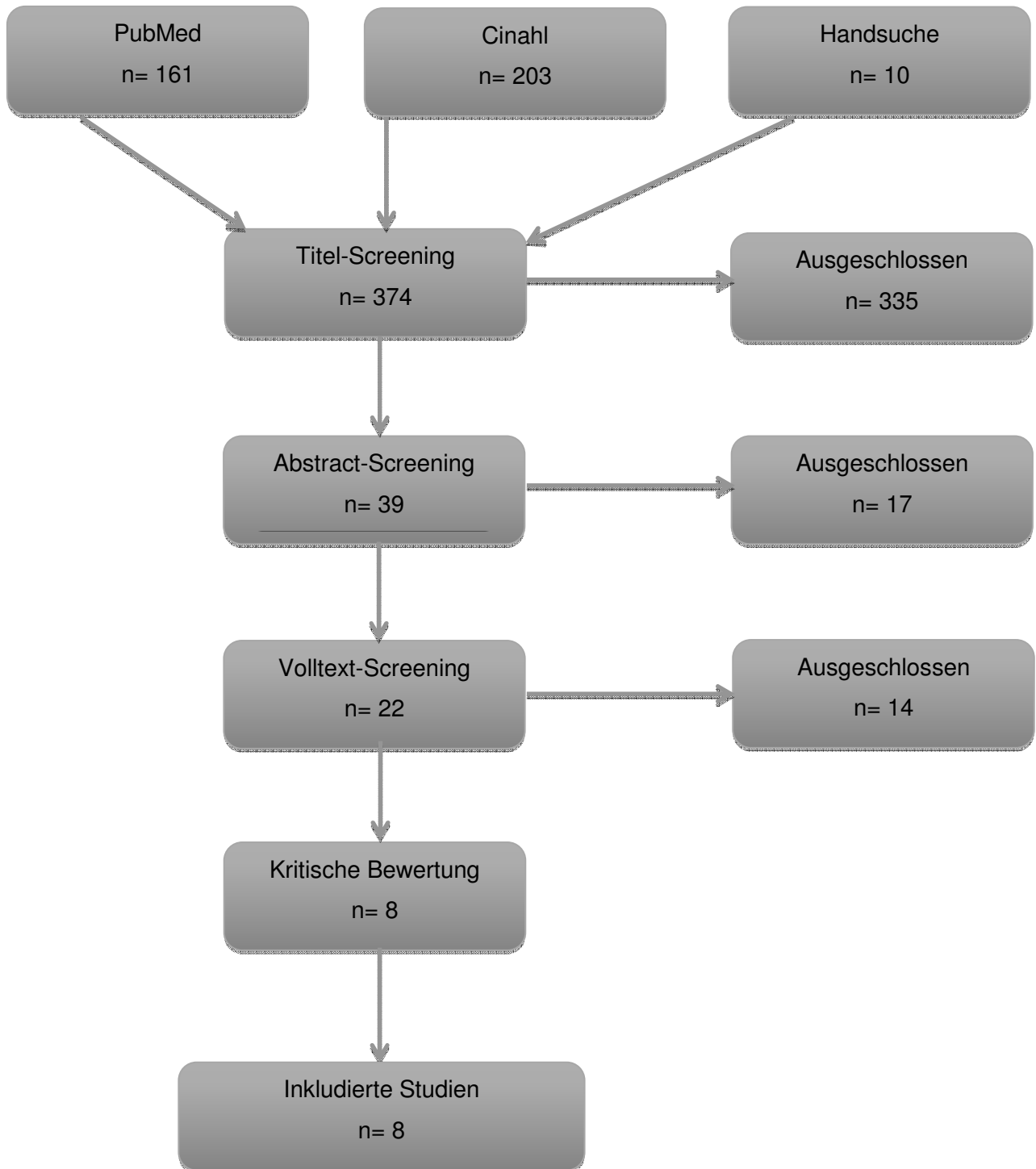


Abb. 3 Flowchart der Literaturrecherche

Abb. 4 Charakteristiken-Tabelle der inkludierten Studien

	Titel	Ziel	Methode	Hauptergebnisse
Van Rossem et al. 2015 Niederlande	Smoking cessation in primary care: Exploration of barriers and solutions in current daily practice from the perspective of smokers and healthcare professionals.	Die Barrieren und Lösungsansätze von der Raucherentwöhnung zu erforschen – aus der Sicht der Raucher und des Personals in der Primärversorgung.	<u>Design:</u> Qualitative Studie 24 Patienten (Raucher und Ex-Raucher 4 general practitioner 5 practice nurses 6 Health Care Centres	3 Hauptthemen: Verantwortlichkeit in der Primärversorgung, Verantwortung und Behandlung Zusätzlich: Aussagen der StudienteilnehmerInnen
Smit et al. 2013 Niederlande	Determinants of practice nurses' intention to implement a new smoking cessation intervention: the importance of attitude and innovation characteristics.	Die Faktoren für die Absicht einer Anwendung der Raucherentwöhnung für das Pflegepersonal herauszufinden.	<u>Design:</u> deskriptive Querschnittstudie 61 practicenurses und deren Patienten, welche rauchten (n=414) Kein genaues Setting	Das Pflegepersonal, welches Raucherentwöhnungs-Guidelines bereits benutzen, sind eher bereit das Programm einzusetzen, als jenes Personal, welches keine Guidelines bisher benutzte.
Mclvor et al. 2009 Kanada	Best practices for smoking cessation interventions in primary care.	Die Identifizierung der wichtigsten Schritte für eine effektive Raucherentwöhnung durchgeführt von Ärzten und ausgebildeten Krankenschwestern, um Patienten zu stärken.	<u>Design:</u> Review, Längsschnittstudie Health care practitioners Guidelines von den USA, Europa und Australien	Amerikanische Guideline: "5A's" Intervention und "2A's" Intervention. „Flash Card“ für eine Motivationsansprache bei der Raucherentwöhnung. Pharmakologische Unterstützung.

Halcomb et al. 2015 Australien	Process evaluation of a nurse-led smoking cessation trial in Australian general practice: views of general practitioners and practice nurses.	Eine Prozess-Evaluation einer pflegerisch geleiteten Raucherentwöhnungsintervention in einer australischen Arztpraxis.	<u>Design:</u> RCT 22 Practice Nurses und 15 General Practitioners	3 Kernthemen: Ausbildung vor der Intervention, Barrieren und Akzeptanz des Personals
Codern-Bové et al. 2014 Spanien	Motivational interviewing interactions and the primary health care challenges presented by smokers with low motivation to stop smoking: a conversation analysis.	Erforschung der Interaktion und Strukturierung zwischen den Gesundheitsberufen und den Patienten bei der Raucherberatung mittels „MI“ (motivational interviewing)	<u>Design:</u> Substudie einer RCT 4 Ärzte, eine Krankenschwester, 9 Patienten PHC-Zentren	Interviews zwischen ÄrztInnen/Krankenschwesterpersonal und den PatientInnen (RaucherInnen) und die genaue Beschreibung der Kommunikation 3 Phasen der Motivationsansprache: Assessment, Reflexion und Bereitschaft für Veränderung
Mujika et al. 2013 Spanien	Motivational interviewing as a smoking strategy with nurses: An exploratory randomised controlled trial.	Ziel ist es die Wirksamkeit, die Akzeptanz und die Machbarkeit von MI für eine Raucherentwöhnung bei Krankenschwestern herauszufinden.	<u>Design:</u> explorative RCT 30 weibliche Krankenschwestern, welche Raucherinnen sind Lehr-Krankenhaus in Spanien	MI hat für die Krankenschwestern einen signifikanten Einfluss auf die Raucherentwöhnung. Denn mehr Personen in der Interventionsgruppe hörten mit dem Rauchen auf.

Naughton et al. 2014 England	Randomized controlled trial to assess the short-term effectiveness of tailored web- and text-based facilitation of smoking cessation in primary care (iQuit in Practice).	Schätzung der kurzfristigen Wirksamkeit der iQuit Intervention im Vergleich mit der üblichen Pflege, sowie die Durchführbarkeit und Akzeptanz der Intervention.	<u>Design:</u> RCT RaucherInnen: Interventionsgruppe: 299 und Kontrollgruppe: 303 32 Arzt-Praxen	Keine signifikanten Unterschiede zwischen kurzfristiger standardisierter Raucherberatung und zusätzlicher Textnachrichten eines bestimmten Raucherentwöhnungsprogramms.
McGrath et al. 2013 Amerika	Smoking cessation in primary care: Implementation of a proactive telephone intervention	Wie effektiv eine telefonische Raucherberatung in dem Setting Primärversorgung ist.	<u>Design:</u> Pilotstudie mit einer 2- Gruppen- kontrollierter Intervention 93 erwachsene RaucherInnen	19% der RaucherInnen, welche in der Interventionsgruppe waren, beendeten das Rauchen. In der Kontrollgruppe gab es keinen Rauchstopp.

5. Ergebnisse

In dieser Arbeit wurden insgesamt acht Studien aus sieben verschiedenen Ländern inkludiert. Es wurden fünf „RCTs“ (Halcomb et al. 2015; Codern-Bové et al. 2014; Naughton et al. 2014; McGrath et al. 2013; Mujika et al. 2013), eine deskriptive Querschnittstudie (Smit et al. 2013), ein Review (McIvor et al. 2009) und eine qualitative Studie (van Rossem et al. 2015) verwendet. Im Folgenden werden die einzelnen Studien nach den einzelnen Interventionen und Sichtweisen gegliedert und beschrieben.

5.1 Wichtige Schritte einer effektiven Raucherentwöhnung

In dem Review von McIvor et al. 2009 *“Best practices for smoking cessation interventions in primary care.”* geht es darum die wichtigsten Schritte einer effektiven Raucherentwöhnung zu identifizieren, um die PatientInnen in ihrer Gesundheit zu stärken. Diese Interventionen für die Beratung werden von ÄrztInnen und ausgebildeten Krankenpflegepersonen in **Kanada** durchgeführt.

Es werden aktuelle amerikanische, europäische und australische Leitlinien aufgezeigt, welche evidenzbasierte Empfehlungen zur Tabakabhängigkeit beinhalten. Die verwendeten Studien in diesem Review zeigen eindeutig, dass die erfolgreichsten Maßnahmen zur Raucherentwöhnung eine Kombination aus kurzer Beratung, Unterstützung und angemessener Pharmakotherapie sind. Die amerikanischen Richtlinien betonen, dass der Tabakkonsum bei jedem PatientInnenbesuch in nur drei Minuten mit den **"5A's", Ask, Advise, Assess, Assist und Arrange**, (erfragen, beraten, abschätzen, fördern und organisieren) behandelt werden sollte. Die fünf Schritte der effizienten Raucherberatung wurden vom US Department of Health and Human Services entwickelt und in diesem Review abgebildet. Der erste Schritt ist das Erfragen („Ask“) über das Rauchverhalten bei jedem Besuch einer Gesundheitseinrichtung. Zweitens werden die Betroffenen über die Vorteile eines Raucherstopps aufgeklärt („Advise“). Dann erfolgt die Abschätzung der Motivation der PatientInnen für einen Versuch sich von dem Tabak zu entwöhnen. Der Schritt der Förderung („Assist“) ist sehr entscheidend. Er besteht aus dem Unterstützen bei dem Versuch das Rauchen zu beenden. Zum Schluss sollte noch ein Plan oder Zeitpunkte zur

Verlaufskontrolle vereinbart („Arrange“) werden, ob der/die Behandelnde mit den PatientInnen persönlich oder telefonisch in Kontakt bleibt muss individuell entschieden werden.

Die American Academy of Family Physicians 2008 komprimiert die „5A´s“ in nur zwei Schritte **“2A´s”, in “Ask” und “Act”**. Somit verkürzt sich die Interventionszeit von drei Minuten auf 30 Sekunden und erleichtert die Implementierung in dem Personal- PatientInnen-Gespräch. Beweise aus zwei inkludierten randomisierten kontrollierten Studien (Butler et al. 1999 & Soria et al. 2006) unterstützen die größere Effektivität der motivierenden Befragung, verglichen mit der kurzen Intervention mit dem Rauchen aufzuhören, wenn genügend Zeit verfügbar ist.

Um eine umfassende Raucherberatung zu erleichtern, das bedeutet egal ob die PatientInnen bereit sind mit dem Rauchen aufzuhören oder nicht, wurde von den AutorInnen ein Interventionsschema entwickelt und abgebildet. Es ermöglicht eine effiziente und einfache Beratung im Gespräch mit RaucherInnen.

Zuletzt wird auf die derzeitigen zusätzlichen pharmakologischen Hilfsmittel für die Raucherentwöhnung in Kanada hingewiesen. Hier wird auf die Nikotinersatztherapie verwiesen, denn laut Eisenberg et al. 2008 ist die Nikotinersatztherapie (Einsatz von Nikotinplastern, Kaugummis oder Inhalationen) effizienter als Placebo-Präparate bei der Förderung in der Entwöhnung.

5.2 Motivierende Interviews mit RaucherInnen/Personal

Eine Teilstudie wurde in **Spanien** von Codern-Bové et al. 2014, *“Motivational interviewing interactions and the primary health care challenges presented by smokers with low motivation to stop smoking: a conversation analysis.”* durchgeführt, um zu erforschen wie die Interaktion, mittels motivierender Ansprache auch „MI“ oder „motivational interviewing“ genannt, zwischen den Gesundheitsberufen und den PatientInnen, welche wenig Motivation für eine Raucherentwöhnung hatten, strukturiert ist.

Es wurde eine Konversationsanalyse gewählt, um natürliche Daten von Gesprächen (hier: motivational interview) zu analysieren. Es nahmen vier

ÄrztInnen, eine weibliche Pflegeperson, alle mit mehr als 10 Jahren Arbeitserfahrung, und neun PatientInnen mit positiven Raucherstatus, welche bestimmte Einschlusskriterien erfüllten, teil. Bevor die Studie begann besuchte das fünf- köpfige Gesundheitspersonal einen Workshop, welcher für Raucherentwöhnungsberatung- und Intervention spezialisiert war. Die Forschung wurde in dem Setting der PHC (primaryhealth care) Praxen unter Zustimmung aller TeilnehmerInnen und der Ethikkommission durchgeführt.

Zwei von den neun PartizipantInnen kamen wegen eines gesundheitlichen Problems ein zweites Mal in die Praxen für ein zweites motivierendes Gespräch und zwar für insgesamt 11 Interviews unter der Leitung von den fünf teilnehmenden Gesundheitsfachleuten.

Die Forschungsergebnisse werden in zwei Kategorien aufgeteilt: die Organisation der motivierenden Interviews und professionellen MI-Sitzungen und die Maßnahmen und Unterkategorien mit beschreibenden Beispielen.

1. Die Organisation der MI-Sitzungen gliedert sich in **drei Phasen** und beschreibt die Interaktion zwischen den Gesundheitsfachleuten und den RaucherInnen. Die erste Phase ist die **Erhebung**, wobei das Gesundheitspersonal anhand des Interventionsprotokolls der ISTAPS- Studie (Vorläuferstudie) mit gesammelten Daten, wie Rauchverhalten, Motivation und in welcher Phase der Veränderung sich der/die Patient/in befindet, die MI- Sitzung startet (Dauer ca. drei Minuten). Phase zwei ist die **Reflexion**, welche Fragen beinhaltet wie „warum denken Sie, ist es nicht wichtig für Sie mit dem Rauchen aufzuhören?“ oder „Können Sie mir sagen, warum Sie glauben eine Raucherentwöhnung nicht zu schaffen?“. Hier hat die befragte Person die Chance und die Zeit sich auszudrücken und zu erzählen. Der/die Interviewer/in notiert sich positive sowie negative Aspekte und kann somit die Ebene der Absicht auf Veränderung abschätzen (Dauer ca. fünf Minuten). In der letzten Phase, welche ca. zwei Minuten dauert, wird das Gespräch zusammengefasst, damit ein Überblick gesammelt wird. Es wird Unterstützung angeboten, wenn die rauchende Person **bereit für eine Entwöhnung** ist. Insgesamt hat das motivierende Interview eine Zeitspanne von ca. zehn Minuten.

2. Die zweite Kategorie der Ergebnisunterteilung ist die **Gliederung in Subgruppen**. Einerseits die **Maßnahmen, die die Reflexion der Veränderungsbereitschaft erleichtern**. Wie beispielsweise die Anwendung von Wiederholung, Erklärung und offene Fragestellungen. Der/die Interviewer/in wiederholt in dem Gespräch das Gesagte von der interviewten Person und schafft somit eine Ebene für die Selbstreflexion für die PatientInnen. Die offen gestellten Fragen unterstützen den Redefluss und erlauben ein in die Tiefe gehendes Gespräch.

Andererseits wurde in der Forschung getestet wie das Gespräch verläuft, wenn der **Fokus auf die Risiken des Tabakkonsums** gelenkt wird. Es wird aufgezeigt, dass es wenig positive Auswirkung hat, wenn die Gesundheitsfachperson im Gespräch auf Folgeerkrankungen und gesundheitliche Risiken verweist, wenn PatientInnen wenig Motivation haben das Rauchen zu beenden. In den Interviews wurden diese Ratschläge und Verweise von den RaucherInnen ignoriert und nicht ernst genommen.

Weiters wird **das Verwenden von bestehenden Protokollen und Leitlinien** von der Vorläuferstudie als Unterstützung zur Gesprächsführung erwähnt, jedoch entsprechen diese nicht unbedingt den Grundsätzen des motivierenden Gesprächs.

Zuletzt wird **die vorzeitige Betonung für Veränderung** in den Gesprächen angewendet. Die vorzeitige Betonung besteht darin, eine Verhaltensveränderung zu betonen, wenn die PatientInnen eine klare Absicht zur Veränderung nicht von selbst ausgesprochen haben. Diese Maßnahme wird erst dann benutzt, nachdem die PatientInnen zum Ausdruck bringen, mit dem Rauchen aufzuhören oder einen früheren Beendigungsversuch beschreiben.

Grundsätzlich beschreiben die Forscher die Wichtigkeit der Intervention und die Implementierung einer Raucherberatung bzw. Raucherentwöhnung. Das motivierende Gespräch ist sehr zielführend, jedoch zeigt diese Studie, dass bei RaucherInnen, welche gering motiviert für einen Rauchstopp sind, zu Dilemmata während des Beratungsgesprächs kommt.

Mujika et al. 2013 publizierte in dem *International Journal of Nursing Science* die quantitative Studie *“Motivational interviewing as a smoking strategy with nurses: An exploratory randomised controlled trial.”* mit dem Ziel die Wirksamkeit, die Akzeptanz und die Machbarkeit von motivierender Ansprache für eine Raucherentwöhnung bei Krankenschwestern herauszufinden. Als Setting wurde ein Lehrkrankenhaus in **Spanien** gewählt und die Forschung beinhaltete 30 weibliche Pflegepersonen, welche selbst einen positiven Rauchstatus haben. Die PartizipantInnen wurden in zwei Gruppen geteilt. Jeweils 15 Personen in einer Interventions- oder Kontrollgruppe. Mit dem Unwissen in welcher der beiden Gruppen sie sich befanden.

Mit dem weiblichen Fachpersonal aus der Interventionsgruppe wurden motivierende Gespräche zu je vier Sitzungen nach jeweils einer Woche geführt. Zu Beginn der Intervention wurden in der Phase 1 die Erstdaten mittels eines Fragebogens (Fragebogen1) erhoben. Nach den vier Wochen mussten diese einen zweiten Fragebogen (Fragebogen 2) ausfüllen zu dem aktuellen Status (Phase 2) und nach drei Monaten wurden sie erneut dazu angehalten einen Follow-Up Fragebogen (Fragebogen 3) zu beantworten (Phase 3). Die 15 Krankenschwestern aus der Kontrollgruppe erhielten in der Phase 1 eine kurze Beratung über eine Raucherentwöhnung nach dem Ansatz der 5A's (Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange) und den Fragebogen 1 zur Erstinformationsbeschaffung. Nach vier Wochen ohne weiterer Intervention bekamen sie auch den Fragebogen 2 (Phase 2) und nach drei Monaten den Fragebogen 3 (Follow-up) zur Datenerhebung (Phase 3). Die verwendeten Fragebögen zur Datensammlung werden in drei Abschnitte gegliedert: **Wirksamkeit, Akzeptanz und Machbarkeit**. Beide Gruppen erhielten die Möglichkeit einer pharmakologischen Therapie während der Raucherentwöhnung.

Mujika et al. 2013 erläutert die Ergebnisse, welche aus den drei Phasen hervorgehen in die jeweilig oben genannten drei Abschnitte. Im ersten Abschnitt, der **Wirksamkeit** hörten in der dritten Phase in der Interventionsgruppe sechs Krankenpflegepersonen auf zu rauchen, hingegen es in der Kontrollgruppe nur eine Krankenpflegeperson war, welche einen Rauchstopp durchführte. Hinsichtlich des täglichen Zigarettenkonsums reduzierten die Personen der

Interventionsgruppe ihren Konsum von Phase 1 bis Phase 2 um die Hälfte, während sich in der Kontrollgruppe nichts veränderte.

Im zweiten Abschnitt wurde die Erhebung der **Akzeptanz** durchgeführt. Einerseits wurde die Zufriedenheit und andererseits wurde die Akzeptanz mit offenen Fragestellungen erhoben. Die Angehörigen der Kontrollgruppe wiesen eine neutrale Position hinsichtlich der Erfahrungen der Teilnahme dieser Studie und den Fragebögen auf, wobei die Personen der Interventionsgruppe eine sehr positive Einstellung gegenüber den Erfahrungen der Studienteilnahme und den Fragebögen hatten.

Der dritte Abschnitt, die **Machbarkeit** der Durchführung des motivierenden Gesprächs, wurde mit dem Zeitmangel und den fehlenden räumlichen Gegebenheiten für eine angemessene Betreuung kritisiert. Die Sitzungen variierten von ca. 13 bis 72 Minuten und ein Großteil der Interventionsgruppenangehörigen schlossen alle vier Sitzungen ab.

Grundsätzlich hat das *motivational interviewing* oder auch „MI“ genannt für das Krankenpflegepersonal einen signifikanten Einfluss auf die Raucherentwöhnung. Denn es beendeten mehr Teilnehmerinnen der Interventionsgruppe (n=6) den Tabakkonsum als jene in der Kontrollgruppe (n=1).

5.3 Raucherberatung über Telekommunikation

Die **amerikanische** Studie von McGrath et al. 2013, *“Smoking cessation in primary care: Implementation of a proactive telephone intervention.”* wurde durchgeführt um zu testen, wie effektiv eine **telefonische Raucherberatung** (durchgeführt von NPs) in dem Setting Primärversorgung ist. Die TeilnehmerInnenzahl umfasste 93 erwachsene RaucherInnen und diese wurden in eine Interventionsgruppe und in eine Kontrollgruppe aufgeteilt. Die Personen in der Kontrollgruppe erhielt eine ausgedruckte Leitlinie zur Raucherentwöhnung, wobei die Interventionsgruppe zusätzlich zur der Leitlinie eine telefonische Raucherberatung (welche die 5A's beinhaltet) zu je vier Anrufen nach vier, acht und 12 Wochen erhielt.

Die Telefongespräche beinhalteten offene Fragestellungen, wie beispielsweise: „Was hat Sie dazu bewegt mit dem Rauchen wieder anzufangen?“, „Welche

Maßnahmen würden Ihnen helfen bei der Raucherentwöhnung?“, „Welche Vor- und Nachteile hat das Rauchen für Sie?“. Es wurden drei Messinstrumente verwendet, welche die Nikotinabhängigkeit, die Phase der Veränderung(darüber nachzudenken, in Betracht ziehen, Vorbereitung, Durchführung und Aufrechterhaltung der Raucherentwöhnung) und die Motivation und Selbstwirksamkeit anhand von Skalen erhob.

Die Ergebnisse zeigen, dass beim ersten Telefongespräch 19% der Interventionsgruppe stark Nikotinabhängig waren und beim vierten Anruf keine der Personen in dieser Gruppe eine hohe Abhängigkeit angab. Es gibt Veränderungen zwischen dem ersten und dem letzten Telefonanruf in Bezug auf die Phase der Veränderung. Beim Anruf eins waren es 38,1% der Interventionsgruppe welche über eine Raucherentwöhnung nachdachten und bei Anruf vier sank die Rate auf 19%. Jene Personen, welche in der Vorbereitungsphase waren stiegen von Anruf eins: 9,5% auf 14,3%. Keine Personen der beiden Gruppen waren beim ersten Anruf in der Durchführungsphase, wobei sich beim letzten Anruf 5,6% der Kontrollgruppe und 19% der Interventionsgruppe direkt in der Raucherentwöhnung befanden.

Das Hauptergebnis der Forschung ist, dass 19% der RaucherInnen, welche in der Interventionsgruppe waren, das Rauchen beendeten und keine Person in der Kontrollgruppe einen Rauchstopp durchführte.

Ziel der randomisiert kontrollierten Studie von Naughton et al. 2014, *“Randomized controlled trial to assess the short-term effectiveness of tailored web- and text-based facilitation of smoking cessation in primary care.”* ist es, zu ermitteln wie effektiv eine Raucherberatung mit individuellen **Textnachrichten** als Zusatz zur Standardberatung, ist. Die teilnehmenden RaucherInnen wurden in zwei Gruppen gegliedert. In die Interventionsgruppe wurden 299 Personen und in die Kontrollgruppe 303 Personen eingeteilt. Als Setting stimmten 32 Praxen in **Großbritannien** zu, bei dieser Forschung teilzunehmen.

Die Intervention in der Kontrollgruppe bestand aus einer Routine-Beratung im Rauchermanagement und beinhaltete eine kurze Diskussion über Rauchgewohnheiten und -geschichte, die Messung des Kohlenmonoxid-Ausstoßes einen kurzen Vorschlag, ein Einstellen der Dosis innerhalb von 14

Tagen, Optionen für die Pharmakotherapie, ein Rezept und die Organisation eines weiteren Besuchs.

In der Interventionsgruppe hingegen wurden den RaucherInnen zusätzlich der in der Kontrollgruppe durchgeführten Maßnahmen maßgeschneiderte Textnachrichten und Beratungsberichte auf dem iQuit-System basierend gesendet. Der Inhalt der Berichte und Textnachrichten basierte auf relevanten Theorien der Raucherentwöhnung und Verhaltensänderungen. Der vierseitige Beratungsbericht enthielt detaillierte Hinweise zum Beenden des Rauchens und einen Fragebogen welcher beispielsweise Rauchgewohnheiten und -geschichte, Motivation, Gründe für einen Stopp, Abhängigkeit, soziale Faktoren aktuelle Gesundheitsprobleme beinhaltete.

Die Textnachrichten wurden individuell über einen Zeitraum von 90 Tagen auf die Mobiltelefone der RaucherInnen verschickt um als Unterstützung in der Raucherentwöhnung zu dienen. Sie wurden von einer „primary care nurse“ oder einem „health care assistant“ gesendet und beobachtet.

In der Kontrollgruppe geben 122 Personen bei der Überprüfung nach acht Wochen eine Abstinenz an, wobei es 135 Personen der Interventionsgruppe mit einer Raucherentwöhnung begonnen hatten. Es ergeben sich statistisch signifikante Gruppenunterschiede hinsichtlich der 6 monatigen Abstinenz. 8,9% der Kontrollgruppe gaben an, bei der sechs-monatigen Überprüfung abstinent zu sein, hingegen sindes in der Interventionsgruppe 15,1%. Hinsichtlich der Angabe über die kontinuierliche Enthaltbarkeit des Zigarettenkonsums sind es 11,4% der Interventionsgruppe und nur 6,3% der Kontrollgruppe.

Diese Forschung bietet einen Einblick in die Integration von web- und textbasierter Unterstützung in der Raucherentwöhnung im Setting der Primärversorgung. Während die kurzfristige Wirksamkeit des iQuit-Systems nicht nachgewiesen wird, deuten Ergebnisse einer längerfristigen Intervention auf einen klinisch signifikanten Nutzen hin, um diese Art von maßgeschneiderter Selbsthilfe zur Routineversorgung durchzuführen.

5.4 Raucherberatung aus der Sicht der/s RaucherInnen/Personals

Die Forschung von van Rossem et al. 2015 *“Smoking cessation in primary care: Exploration of barriers and solutions in current daily practice from the perspective of smokers and healthcare professionals.”* in den **Niederlanden** untersucht die Barrieren und Lösungsansätze der Raucherentwöhnung aus der Sicht der RaucherInnen und des Personals in der Primärversorgung. In der qualitativen Studie werden 24 PatientInnen, welche rauchen oder geraucht haben, vier Ärztinnen (GPs) und fünf weibliche Pflegepersonen (PNs) eingeschlossen. Die Daten wurden in Fokusgruppen-Diskussionen und semi-strukturierten Interviews von November bis Dezember 2009 gesammelt. Die Diskussionen dauerten etwa zwei Stunden und wurden gefilmt und transkribiert. Die Interviews wurden ca. 30 bis 40 Minuten geführt und digital aufgezeichnet und verschriftlicht.

Es werden drei wichtige Themen in den Hauptergebnissen: Verantwortlichkeit in der Primärversorgung, Verantwortung und Behandlung beschrieben.

1. Verantwortlichkeit in der Primärversorgung

RaucherInnen und Angehörige des Gesundheitswesens sind sich einig, dass die Raucherentwöhnung eine Aufgabe in der Primärversorgung ist. PatientInnen und das Personal sind der Meinung, dass der GP oder die PN verpflichtet ist, Rauchtopp-motivierte-PatientInnen zu unterstützen. Jedoch war ein Hindernis, dass nicht alle RaucherInnen wussten, dass sie eine Anleitung für die Raucherentwöhnung in ihrem Gesundheitspflegezentrum empfangen konnten. [...“Die Raucherentwöhnung war in unserem Gesundheitszentrum möglich? Ich hatte keine Ahnung!? Aber dann ist es auch die Frage, ob ich mit meinem Arzt darüber sprechen möchte“...], (Zitat 1, RaucherIn). Aus der Sicht des Fachpersonals ist ein Aspekt, dass sie nicht mit jedem RaucherInnen über Raucherentwöhnung sprechen, nur wenn sie bereits Folgeerkrankungen daraus haben. [...“Ich beginne nur über Raucherentwöhnung, wenn Patienten eine chronische Krankheit haben, wie Diabetes oder hoher Blutdruck,..., Rauchen ist nicht routinemäßig zu jedem Patienten gefragt“...], (Zitat 2 medizinisches Fachpersonal).

2.Verantwortung

Van Rossem et al.2015 fand heraus, dass Gesundheitsberufe es für ihre Verantwortung halten, den Raucherstatus der PatientInnen zu fragen und Ratschläge zu geben. Doch beide Gruppen sind sich einig, wenn RaucherInnen keine Motivation haben aufzuhören, es nutzlos ist ihnen Ratschläge zu erteilen. [...“Manchmal werden Raucher von GPs zu mir (practicenurse) überwiesen und sind gar nicht motiviert dafür. Sie kommen nur, weil sie vom Arzt überwiesen wurden“...], (Zitat 4 Pflegepersonal).

3.Behandlung

Die Studie ergibt, dass die PN als bevorzugte Unterstützung für die Raucherentwöhnung von beiden Gruppen identifiziert wird. Die pflegerisch-medizinische Beratung von der PN wurde als eine intensivere und persönlichere Form der Unterstützung gesehen. [...“die Ärztin sagt mir nur, warum ich nicht zu rauchen aufhöre,..., allerdings gibt sie mir keinen Rat oder Unterstützung,..., sie gibt mir nur den Rat mit dem Rauchen aufzuhören, aber das ist es“...], (Zitat 6, RaucherIn).

In Bezug auf die pharmakologische Behandlung gibt es Unterschiede. Einige GPs haben eine Abneigung gegen die Einnahme von Medikamenten zur Raucherentwöhnung, weil sie glauben, dass Motivation und Willenskraft ausreichen sollten. Hingegen bevorzugen die RaucherInnen und das Pflegepersonal die Verwendung von Medikamenten.

Gesamt betrachtet ergibt diese Studie, dass es viele Barrieren für RaucherInnen zur Erhaltung einer Raucherentwöhnung, Beratung und Hilfe in der Grundversorgung gibt. Unter den HausärztInnen herrscht Widerstand gegen präventive Aufgaben und "gesunde RaucherInnen" sind oft nicht mit ihrem Rauchverhalten konfrontiert. Eine möglicher Ansatz der effizienten Beratung ist, dass die ÄrztInnen den RaucherInnen den Rat geben sollen, mit dem Rauchen aufzuhören, wobei eine intensive Verlaufstherapie und die Aufgabe der Prävention von dem Pflegepersonal übernommen werden sollte, da bereits die Wirksamkeit für die Raucherentwöhnung bewiesen ist.

Smit et al. 2013 führte die Studie *“Determinants of practicenurses´ intention to implement a new smoking cessation intervention: the importance of attitude and*

innovation characteristics.“ durch, um Faktoren zu identifizieren, welche für das Pflegepersonal von Relevanz sind für die Umsetzung einer Raucherberatung. Es wird ein deskriptives Querschnittsstudien-Design verwendet und es wurden 91 „practicenurses“ und insgesamt 414 PatientInnen, welche RaucherInnen sind in die **niederländische** Forschung eingeschlossen.

Insgesamt haben 61 practicenurses einen Online-Fragebogen über Demographie, PatientInnenpopulation, Haltung, Innovationsmerkmale, Selbstwirksamkeit, wahrgenommenen sozialen Einfluss und die Absicht, die Intervention in die Zukunft umzusetzen, abgeschlossen. Von diesen 61 Praxis-Krankenschwestern, haben 56 die Frage über ihre Absicht, die Intervention zu implementieren vollständig beantwortet und wurden somit in die Datenanalyse inkludiert. Um Unterschiede zwischen beabsichtigten und nicht beabsichtigten Krankenpflegepersonal zu erkennen, wurden unabhängige Stichproben-t-Tests und Chi-squared-Tests durchgeführt. Korrelationskoeffizienten wurden berechnet, um Zusammenhänge zwischen potentiellen Determinanten der Intention zu identifizieren.

In den Ergebnissen beschreibt Smit et al. 2013 dass das Pflegepersonal, welches Raucherentwöhnungs-Guidelines bereits benutzt, eher für die Implementierung eines neuen Raucherentwöhnungsprogramms bereit ist, als jenes Personal, welches bisher keine Guidelines benutzte. T-Tests und Chi-squared-Test zeigen, dass das Pflegepersonal, welche für die Implementierung sind, über einen signifikant höheren Prozentsatz der jüngeren PatientInnen in ihrer PatientInnenpopulation berichtet. Außerdem verwenden die BefürworterInnen weniger häufig Raucherentwöhnungsrichtlinien als jene Nicht-BefürworterInnen.

Um die Durchführungsraten der neuen Interventionen zu erhöhen, ist es von größter Bedeutung, die Angehörigen der Gesundheitsberufe von den Vorteilen zu überzeugen, eine positive Einstellung gegenüber der Intervention zu erzielen, das Pflegepersonal bei der Rekrutierung von PatientInnen mit positiven Raucherstatus zu unterstützen und die Patientenbetreuung zu steigern.

Halcomb et al. 2015 vergleicht in der folgenden qualitativen randomisiert-kontrollierten Studie *“Process evaluation of a practice nurse-led smoking cessation trial in Australian general practice: views of general practitioners and*

practice nurses. "eine Prozess-Evaluation einer pflegerisch geleiteten Raucherentwöhnungsintervention in einer **australischen** Allgemeinarztpraxis aus der Sicht der Pflege und der Medizin mit der aktiven Verweisung auf einen telefonischen Entwöhnungsservice und den üblichen Umgang mit Raucherberatung in allgemeinen Praxen.

Eingeschlossen wurden 101 Allgemeinpraxen und weitere 22 *practice nurses* im Bereich der Pflege und 15 *general practitioners* im Bereich der Medizin nahmen an der Studie teil. Zur Datenerhebung wurden halb-strukturierte Interviews gewählt, wobei die Interviews den Schwerpunkt auf die Ausbildung des Pflegepersonals, den Inhalt und die Durchführung der Intervention hatten.

Das Raucherentwöhnungsprogramm mit einer Pflegeperson basiert auf den Grundsätzen des motivierenden Interviews (Motivational Interview) und dem 5A's-Ansatz zur Raucherentwöhnungsberatung. Das Pflegepersonal in den Interventionspraxen besuchten einen ganztägigen Workshop, welcher die Schulung für aktuelle Raucherentwöhnungsrichtlinien, die Verwendung von Pharmakotherapie, motivierende Gesprächsmethoden, den 5A's-Ansatz und die Verfahren der Studie zur Umsetzung beinhaltete. ÄrztInnen und Angehörige des Pflegepersonals erhielten zusätzlich relevante pharmakologische Richtlinien zur Raucherentwöhnung, die als Unterstützungsmaßnahme dienen sollte.

Die Praxen wurden anhand der Anzahl der eingestellten PatientInnen und der Anzahl der PN-Beratungen pro Praxis geschichtet. Das Personal wurde von drei ausgebildeten ForschungsassistentInnen interviewt und unterschiedliche Perspektiven für die Durchführung der Intervention wurden erfragt.

Halcomb et al. 2015 berichtet darüber, dass die Entwöhnung mit dem Pflegepersonal als sehr positiv betrachtet wird. Die Datenanalyse ergibt **drei Kernthemen**, die sich auf die Durchführung der Intervention auf einem Praxisniveau beziehen.

Das erste Thema betrifft die **Schulung des Krankenpflegepersonals**, insbesondere welche Elemente am wertvollsten sind und welche Bereiche verbessert werden können, um die PNs auf die aktive Beratungsrolle vorzubereiten. Die Krankenpflegepersonen beschreiben das Training als einen

wichtigen Schritt bei der Vorbereitung zu einer effektiven Raucherberatung. Sie fühlten sich sicherer die kommenden Fragen ihrer PatientInnen zu beantworten und erweitern ihr Wissen und ihr Verständnis hinsichtlich der Pathophysiologie der RaucherInnen und den Raucherentwöhnungsstrategien.

Der zweite Punkt behandelt **die Barrieren der Integration** der Rolle der Pflege in einer Praxis. Diese Barrieren beinhalten PatientInnendaten-Management, Arbeitsbelastung und Kommunikation zwischen HausärztInnen und dem Pflegepersonal. Im Bereich des Datenmanagements wird diese Studie auf Papierbasis und nicht elektronisch durchgeführt. Weiters berichteten die meisten Pflegepersonen über einen Mangel an Zeit und erhöhte Arbeitsbelastung als große Hindernisse für eine erfolgreiche Umsetzung der Intervention. Hinsichtlich der Kommunikation beschreibt Halcomb et al. dass die Pflege die Rolle der Beratung und des Trainings übernimmt, während die ÄrztInnen die Verantwortung für die pharmakologische Therapie zuständig sind.

Das letzte Thema beschreibt **die Akzeptanz der Intervention** in der klinischen Praxis. Trotz der Hindernisse für die Umsetzung wird die Studie als akzeptabel in der Praxis empfunden. Sowohl die Pflege, als auch die MedizinerInnen berichteten über eine positive Strategie zur Erleichterung der Möglichkeiten für die Umsetzung einer effektiven Raucherentwöhnung.

6. Diskussion

Ziel dieser Arbeit ist es die Rolle der Pflege in ihren Tätigkeitsfeldern und ihren Aufgaben im Bereich der Primärversorgung bei der Raucherberatung zu beschreiben. Folgend werden die Ergebnisse in Anbetracht auf die Forschungsfrage miteinander verglichen und diskutiert.

In dem Review von McIvor et al. 2009 werden vorerst die wichtigsten Schritte einer effizienten Raucherberatung für eine erfolgreiche Entwöhnung des Tabakkonsums zusammengefasst. Auch wenn es in diesem Review wenig Antwort auf die spezifische Rolle der Pflege gegeben hat und das Einschlusskriterium des Veröffentlichungszeitraums nicht erfüllte und somit die 80% der kritischen Bewertung der Qualität nicht erreichte, wurde der Artikel trotzdem in diese Arbeit eingeschlossen. Mit der Begründung, dass die wichtigsten

Schritte der Raucherberatung in keiner anderen Arbeit so detailliert beschrieben werden als in diesem Review. Es werden die Punkte der 5A's und der 2A's und verschiedene Internetadressen zur Unterstützung und Implementierung für die Beratung eines Rauchstopps aufgezeigt. McIvor et al. 2009 unterstreicht die Umsetzung der beiden Interventionen in täglicher Praxis, denn es benötigt kaum weniger als 30 Sekunden bis hin zu drei Minuten die standardisierten Fragen (5A's oder 2A's) der Raucherberatung umzusetzen.

Das motivierende Gespräch als primäre Intervention in der Raucherberatung wird in der Studie von Codern-Bové et al. 2014 erforscht. Es wird die Kommunikation zwischen den Personalgruppen und den PatientInnen (RaucherInnen) in drei Phasen beschrieben, welche das Assessment, die Reflexion und die Bereitschaft für eine Entwöhnung beinhaltet. Diese Studie wird mit RaucherInnen durchgeführt, welche wenig Motivation für eine Beendigung des Tabakkonsums aufweisen und deswegen ist der Fokus der Ergebnisse nicht primär auf einen Rauchstopp aus, sondern auf die Beschreibung und die Verständlichkeit des motivierenden Gesprächs. Hauptkenntnisse sind die Identifikation verschiedener Herangehensweisen für die Motivation eines Rauchstopps der PatientInnen. So ist beispielsweise die Betonung auf die Risiken des Zigarettenkonsums in dem Beratungsgespräch nicht zielführend. Was zu positiven Ergebnissen führt, ist die Verwendung von offenen Fragestellungen und das Anbieten von kontinuierlicher Rückmeldung für die PatientInnen. Verglichen mit der Studie von Mujika et al. 2013 wird das motivierende Interview nicht mit den PatientInnen geführt, sondern mit dem Pflegepersonal selbst. Auch hier wurde die Forschung in Spanien durchgeführt und es kommt zum Vorschein, dass die Implementierung des „MI“ einen signifikanten Einfluss und eine positive Auswirkung auf das Rauchverhalten hat. Hier wird zwar primär auf eine aktive Raucherentwöhnung abgezielt, dennoch werden die Intervention mittels eines Gesprächs gesetzt. Am Ende der Studie beendeten 40% der TeilnehmerInnen, welche in der Gruppe der kontinuierlichen Interventionsmaßnahmen mittels MI waren das Rauchen, während es in Kontrollgruppe ohne speziellen Interventionen 6,7% Krankenpflegepersonen waren, die einen Raucherstopp absolvierten (Mujika et al. 2013). Hiermit wird aufgezeigt, dass der Einsatz von motivierenden Gesprächen eine positive

Auswirkung auf das Rauchverhalten und auch auf die Kommunikation zwischen dem Personal und den PatientInnen hat.

McGrath et al. 2013 untersuchte die Implementierung einer telefonischen Raucherberatung, welche von Pflegepersonal durchgeführt wird. Die PartizipantInnen der Interventionsgruppe werden in der Studie mit individuellen Telefongesprächen unterstützt, welche sich aus dem Ansatz der 5A's (McIvor et al. 2009) zusammensetzt. Die telekommunikativen Interventionen werden zu Beginn, nach vier, acht und zwölf Wochen durchgeführt, während die TeilnehmerInnen der Kontrollgruppe zwei Anrufe erhalten (zu Beginn und nach zwölf Wochen). Nach den zwölf Wochen werden die erhobenen Daten mit den zu Beginn erworbenen Information verglichen und im Laufe der Studie haben 19% , die alle vier Anrufe während der Forschungszeit erhielten, den Tabakkonsum beendet. Keine Person der Kontrollgruppe, welche die Hälfte weniger Anrufe bekamen absolvierte eine Entwöhnung. Unterschiedliche Ergebnisse liefert Naughton et al. 2014, welche auch telekommunikative Maßnahmen in Form von Textnachrichten verwendete. Verglichen mit McGrath et al. 2013 ist bei dieser Studie die TeilnehmerInnenanzahl erheblich größer (n= 602 RaucherInnen). Die Textnachrichten werden innerhalb 90 Tage von Angehörigen des Pflegepersonals an die Mobiltelefone der PartizipantInnen versendet. Im Vergleich zu der amerikanischen Studie zeigen die Ergebnisse dieser Studie, dass es keine signifikanten Unterschiede zwischen der kurzfristigen standardisierten Raucherberatung und den speziellen Textnachrichten gibt (McGrath et al. 2013). In den längerfristigen Ergebnissen finden sich Unterschiede hinsichtlich der 6 monatigen Abstinenz. 8,9% der Kontrollgruppe geben an, bei der sechs-monatigen Überprüfung abstinent zu sein, jedoch sind es in der Interventionsgruppe 15,1%, die eine Raucherentwöhnung erfolgreich absolvierten (Naughton et al. 2014).

In den Niederlanden ergibt eine Querschnittstudie, dass die Rolle der Pflege im Bereich der Raucherentwöhnung- und beratung in der Anwendung von speziellen Guidelines für eine Entwöhnung liegt. Die Pflege arbeitet mit dem sogenannten „PAS“, welches eine Raucherentwöhnungsintervention bestehend aus einem web-basierten Computer-maßgeschneiderten Raucherentwöhnungsprogramm, die Bereitstellung mehrerer maßgeschneiderte Feedback-Briefe und individuelle

Beratung durch eine „practice nurse“ beinhaltet. Diejenigen Pflegepersonen, welche die „PAS“ verwenden rekrutierten während der Versuchsperiode um die Hälfte mehr PatientInnen (n=104), als jene, die nicht mit der PAS arbeiten (n=45). Darüber hinaus ist die positive Einstellung bei den BefürworterInnen (für die neue Raucherentwöhnung) signifikant höher als bei dem Pflegepersonal, welche nicht für eine solche Implementierung sind (Smit et al. 2013).

In Anlehnung dazu, beschreibt van Rossem et al. 2015 in einer weiteren niederländischen Studie die möglichen Barrieren zur Durchführung der Raucherentwöhnung. Der erste Schritt zur Ansprache des Rauchverhaltens und über die Beendigung des Zigarettenkonsums verläuft über die ÄrztInnen. Die Verlaufstherapie und die weitere Betreuung ist Aufgabe der „practicenurse“ und somit Tätigkeitsbereich der Pflege. Bei der Datensammlung wird hier nicht mittels der „PAS“ (Smit et al. 2013) gearbeitet sondern mit einer speziellen Guideline, welche selbst entwickelt wurde, um mit den PatientInnen und zum Schluss mit dem Personal ausführliche und individuelle Interviews zu führen. Laut einer Aussage einer/s befragten Patient/in wurde die Rolle der Pflege als intensivere und persönlichere Unterstützung angesehen. Die Forschungsergebnisse unterstreichen die Wichtigkeit der Implementierung der Raucherberatung- und entwöhnung als Verantwortlichkeit des Gesundheitspersonals im Setting der Primärversorgung (van Rossem et al. 2015).

Auch in Australien werden Barrieren und wichtige Faktoren zum Thema pflegerisch geleitete Raucherentwöhnung untersucht. Halcomb et al. 2015 verwendet in der Forschung die Gesprächsführung des „motivational interviewing“ (Codern-Bové et al. 2014) und den Ansatz der 5A- Methode (McIvor et al. 2009), um die Daten zu sammeln. Der zentrale Fokus der Raucherberatung liegt in erster Hinsicht auf die spezifische Schulung des Gesundheitspersonals, welche insbesondere die Gesprächsführung mit PatientInnen mit positiven Raucherstatus beinhaltet. Laut Halcomb et al. 2015 könnte die Integration der Pflege in dem Setting der HausärztInnen- Praxis eine mögliche Barriere sein. Dennoch wird aus der Sicht der Pflege und der Medizin betont, dass sich der Einsatz von spezifischen Interventionen wie „motivational interview“ (Codern-Bové et al. 2014) oder die 5As (McIvor et al. 2009) positiv auf die Durchführung einer Raucherberatung auswirkt.

6.1 Empfehlung für die Praxis

Im Bereich der Raucherberatung und der Unterstützung während einer Entwöhnung ist die motivierende Gesprächsführung sehr zielführend. Die PatientInnen fühlen sich verstanden, somit gut unterstützt und dabei kommt es zu erfolgreichen Beendigungen des Tabakkonsums. Auch die zusätzliche längerfristige Betreuung durch Telefonanrufe und individuellen Textnachrichten erzielte eine hohe Erfolgsquote. Der Einsatz der „5A“ oder „2A“ - Methode wirkt sich positiv auf die PatientInnen aus und dadurch steigt die Motivation mit dem Rauchen aufzuhören.

6.2 Empfehlung für die Forschung

Zukünftige Studien sollten auch in Österreich die Pflege in Verbindung mit dem Setting der Primärversorgung und der Raucherberatung erforschen. Damit wird die Beschreibung der Tätigkeitsfelder und damit die Rolle der Pflege klarer. Im Rahmen der Gesundheitsförderung könnten gezielte Maßnahmen zur Durchführung der Raucherberatung und Raucherentwöhnung implementiert werden und somit wird eine Stärkung der Gesundheit erreicht.

7. Schlussfolgerung

Die Rolle der Pflege im Bereich der Primärversorgung mit dem Tätigkeitsfeld der Beratung bei dem Rauchermanagement ist international vielseitig erforscht. Wichtige Schritte im pflegerischen Tätigkeitsbereich beziehen sich Großteils auf die motivierende Gesprächsführung. Dabei ist hervorzuheben, dass eine effektive Raucherberatung davon abhängt, inwiefern das Personal auf die spezielle Gesprächsführung geschult und trainiert wurde. Auch bei der Unterstützung während der Entwöhnung über Telefonanrufe oder Textnachrichten hat besonders die Pflege die Aufgabe von Verlaufstherapeutischen Maßnahmen. Hauptsächlich werden offene Fragestellungen basierend auf Theorien der Raucherentwöhnung und Verhaltensänderungen eingesetzt. Es bestehen weiterhin Barrieren insbesondere der Zeitfaktor der Implementierung der Raucherberatung, die spezifischen Schulungen und Workshops für das Gesundheitspersonal im Hinblick auf die Gesprächsführung mit PatientInnen und die Integration der Pflege im Setting der Primärversorgung.

8. Literaturverzeichnis

Bundesministerium für Gesundheit 2014, „*Das Team rund um den Hausarzt*“-*Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich*, viewed 30 Juni 2014, http://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitsreform/Neues_Konzept_zur_Primaerversorgung

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2015, *Gesundheitliche Folgen des Rauchens*, viewed 28 September 2014, <https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/sucht/nikotinsucht/rauchen>

Bundeskanzleramt 2016, *Gesamte Rechtsvorschrift für Vereinbarung Zielsteuerung Gesundheit*, viewed 01 Mai 2016, <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/LrOO/20000747/Vereinbarung%20ZielsteuerungGesundheit%2c%20Fassung%20vom%2001.05.2016.pdf>.

Boyle, S, 2011, *United Kingdom (England), Health system review, Health Systems in Transition*, vol.13, no.1, pp.1-486.

Canadian Health Care o. A., 2004-2007, *Canadian Health Care*, <http://www.canadian-healthcare.org>

Codeern-Bové, N, Pujol-Ribera, E, Pla, M, González-Bonilla, J, Granollers, S, Ballvé, J, Fanlo, G, Cabezas, C & ISTAPS Studio Group 2014, *Motivational interviewing interactions and the primary health care challenges presented by smokers with low motivation to stop smoking: a conversation analysis*, *BMC Public Health*, vol. 14, 1225.

Czypointka, T & Ulinski S 2014, *Primärversorgung, Institute für Advanced Studies*, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Wien.

Deutsches Krebsforschungszentrum 2010, *Rauchen und Mundgesundheit. Erkrankungen des Zahn-, Mund und Kieferbereiches und Interventionsstrategien für Zahnärzte*, Bundeszahnärztekammer, Heidelberg.

Deutsches Krebsforschungszentrum 2008, *Gesundheitliche Folgen des Rauchens*, http://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/Gesundheitliche_Folgen_des_Rauchens.html

Der Standard 2015, *Erste Einblicke in Wiener Primärversorgungszentrum*, viewed 27 April 2015, <http://derstandard.at/2000014927345/Erste-Einblicke-in-Wiener-Primaerversorgungszentrum>.

Halcomb, E, Furler, J, Hermiz, O, Blackberry, I, Smith, J, Richmond, R & Zwar, N 2015, *Process evaluation of a practice nurse-led smoking cessation trial in*

Australian general practice: views of general practitioners and practice nurses, Oxford - *Family Practice*, vol. 32, no. 4, pp. 468-473.

Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger 2016, *Meine Praxis - rundum sicher versorgt*, viewed 19 April 2016, <http://www.sicher-versorgt.at/>.

Henderson, J, Koehne, K, Verrall, C, Gebbie, K, Fuller, J, 2013, *How is Primary Health Care conceptualised in nursing in Australia? A Review of the literature*, *Health and Social Care in the community*, vol.22, no.4, pp. 337-351.

McGrath, C, Zak, C, Baldwin, K & Lutfiyya, M 2013, *Smoking cessation in primary care: Implementation of a proactive telephone intervention*, *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, vol.21, no.2, pp. 248-254.

McIvor, M, Kayser, J, Assaas J, Brosky, G, Demarest, P, Desmarais, P, Hampson, C, Khara, M, Pathammavong, R & Weinberg, R 2009, *Best practices for smoking cessation interventions in primary care*, *Canadian Respiratory Journal*, vol. 16, no.4, pp. 129-134.

Mujika, A, Forbes, A, Canga, N, de Irala, J, Serrano, I, Gascó, P & Edwards, M 2013, *Motivational interviewing as a smoking cessation strategy with nurses: An exploratory randomised controlled trial*, *International Journal of Nursing Studies*, vol. 51, no. 8, pp. 1074-1082.

Naughton, F, Jamison, J, Boase, S, Sloan, M, Gilbert, H, Prevost, A, Mason, D, Smith, S, Brimicombe, J, Evans, R & Sutton, S 2014, *Randomized controlled trial to assess the short-term effectiveness of tailored web- and text-based facilitation of smoking cessation in primary care (iQuit in Practice)*, *Addiction*, vol. 109, no. 7, pp. 1184-1193.

ORF Wien 2016, *Primärversorgung: Zwei weitere Standorte*, viewed 21 März 2016, <http://wien.orf.at/news/stories/2764121>.

Rauchfrei.at o. A., 2017, <https://rauchfrei.at/fakten/rauchen-krankheit/herzKreislauf/>

Schäfer, W, Kroneman, M, Boerma, W, van den Berg, M, Westert, G, Devillé, W, van Ginneken, E, 2010 *The Netherlands, Health system review*, *Health Systems in Transition*, vol.12, no. 1, pp. 1-151.

Smit, S, de Vries, H & Hoving, C 2013, *Determinants of practice nurses intention to implement a new smoking cessation intervention: the importance of attitude and innovation characteristics*, *Journal of Advanced Nursing*, vol. 69, no. 12, pp. 2665-2674.

STATISTIK AUSTRIA Bundesanstalt Statistik Österreich 2017, *Gesundheit*, viewed 13 Februar 2017 http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/index.html

Van Rossen, C, Spigt, M, Kleijnsen, J, Hendricx, M, van Schayck, C & Kotz D 2015, *Smoking cessation in primary care: Exploration of barriers and solutions in current daily practice from the perspective of smokers and healthcare professionals*, *European Journal of General Practice*, vol. 21, no. 2, pp. 111-117.

VIVID- Fachstelle für Suchtprävention o.J.
, *Tabak*, <http://www.vivid.at/wissen/tabak/>

WHO 1978, *Erklärung von Alma Ata*. 1978, viewed 31 März 2016
<http://www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/declaration-of-alma-ata,-1978>.

WHO 2017, *Tobacco*, viewed Juni 2016
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>.

9. Anhang

Anhang – Bewertungsbögen

Im folgenden Anhang sind die Bewertungen der inkludierten Studien ersichtlich.

Wenn eine Studie die Bewertung von mindestens 80% erfüllte, wurde sie in diese Arbeit eingeschlossen.

Qualitative studies

Bauer Silvia 2014 basierend auf Davis & Logan (2008), Weiss Roberts et al. (2004), Provenzale & Stanley (2005) und Burns & Grove (2003).

Title

- Does the title contain all relevant information? (population, concepts, methods. setting)
- Does the title reflect the content of the whole text?

Abstract

1. What elements can be read out of the abstract? What elements are missing?
2. Can the abstract be understood without reading the whole text?
3. Are there inconsistencies between abstract and the text?

Introduction

4. What parts can be read out of the introduction? What is missing?

5. What is the research problem?
6. Does the introduction contain a recent review of the literature?
7. Is the used literature up-to-date (5-10 years)?
8. Are there definitions mentioned?
9. What are the central concepts?
10. What is the research gap?
11. What is the purpose of the study and/or the research questions?

Methods

12. What parts can be read out of the method section? What is missing?
13. Are the methods sufficiently described in order to permit a replication of the study?

Design

14. What is the research approach?
15. What is the research design?
16. Is the design appropriate for the research questions (purpose)?

Sample

17. What is the sample?
18. What are the procedures for choosing the sample?
19. Where are the participants recruited?
20. Does the procedures for choosing the sample bias the results?
21. Is the sample appropriate for answering the research questions (purpose)?

Ethical considerations

22. Is there an approval of the ethical commission?
23. Was informed consent obtained? If no, would it have been possible?

Setting

24. What was the setting for data collection?
25. Is the setting appropriate for answering the research questions (purpose)?

Data collection

26. What is the data collection method?
27. Is the data collection method trustworthy?
28. Is the data collection method appropriate for the research design?
29. Does the data collection method bias the results?
30. How are the data recorded?

Data analysis

31. What methods are used to analyze the data?
32. Does the researcher explain his/her role, assumptions and preconceptions in the data collection process?
33. Is data saturation reached?
34. Is the method for data analysis appropriate for answering the research questions (purpose)?

Results

35. What are the main findings?
36. Are the results organized in a way that is easy to understand?
37. Are the tables and figures easy to understand?
38. Do the results answer the research questions (purpose)?

Discussion

39. What parts can be read out of the discussion? What is missing?
40. Does the author compare his main findings with results from literature?
41. Are the authors' conclusions justified by the results found in the study?
42. Does author give implications for nursing practice?
43. Does author give implications for further nursing research?
44. What are the major limitations of the study (from the author's point of view and from your point of view)?
45. What are the major strengths of the study (from the author's point of view and from your point of view)?

Reference list

46. Is there a consistent reference style?

Using research results

47. Do the results have benefits for nursing practice? (in your opinion)
48. Are those benefits for nursing practice direct or indirect ones?

Halcomb, E. et al. 2015, "Process evaluation of a practice nurse-led smoking cessation trial in Australian general practice: views of general practitioners and practice nurses."

45 von 50 Punkten = 90%

- Der Titel beinhaltet die Population, das Sample und die Methode.
- Er gibt einen groben Überblick über den Inhalt des Artikels

56. background, objective, methods, results, conclusion sind enthalten und somit ist der Abstract vollständig

57. Der Abstract ist selbsterklärend.

58. Es bestehen keine Diskrepanzen zwischen dem Abstract und dem Text.

59. Der Hintergrund des Themas wird aufgezeigt. Es wird auf die derzeitige Situation in Australien hingewiesen und das Ziel wird am Ende der Introduction nochmals erwähnt. Jedoch fehlen die Definitionen einzelner Begriffe.

60.

61. Ja, es werden vorherige Studien erwähnt.
62. Die meiste Literatur, die verwendet wurde, ist von den letzten 10 Jahren. Es finden sich aber auch 7 Literaturangaben, die älter sind als 10 Jahre.
- 63. Es werden keine Wörter definiert.**
64. Die Primärversorgung, als wichtiges Setting und die Rolle der Pflege und der Ärzte in Bezug auf die Raucherberatung wird als zentrales Konzept genannt.
- 65. Es wird keine Forschungslücke explizit genannt.**
66. Das Ziel der Studie war es, die Sicht der Pflege und der Ärzte im Hinblick auf die Akzeptanz und die Machbarkeit der Implementierung einer Raucherentwöhnung in Praxen zu ermitteln.
67. three-arm clusterrandomizedcontrolledtrial als design, die Beschreibung der Intervention, 101 generalpractice als Setting , Ethik ,Datenerhebung mittels Interviews, die Stichprobe wird im Ergebnisteil erwähnt.
68. Der Methodenteil ist nicht ganz vollständig.
69. qualitative Forschung, Interventionsstudie
70. randomized controlled trial
71. ja, eine RCT ist eine gute Grundlage zum empirischen Nachweis der gestellten Forschungsfrage.
72. 22Practice Nurses und 15 General Practitioners, 2390 Patienten
73. Patienten im Warteraum, Personal, welches in den 101Praxen arbeitete
74. Warteraum, Praxen in Australien
75. Ja
76. Die Stichprobengröße ist aussagekräftig.
77. Ethikzustimmung wurde von „the Human Research and Ethic Committees of the University of New South Wales, University of Melbourne and University of Western Sydney erklärt.
78. die Partizipanten waren einverstanden an der Studie teilzunehmen, jedoch gibt es keinen Hinweis auf eine schriftliche Einverständniserklärung.
- 79.101 general practices from New South Wales and Victoria
80. Es wurden genügend Praxen ausgewählt
81. semi-structured interviews
82. Ja, Interviews bieten eine vertrauenswürdige Datensammlung.
83. Ja.
84. Die Datensammlung deckt sich mit den Resultaten.

85. audio-taped and transcribed.

86. nVivo 2.0 wurde verwendet für die Analyse.

87. Nein, es wird im Text nicht beschrieben.

88. Datensättigung wurde erreicht.

89. Aufgenommene Telefoninterviews und deren Transkribierung ist angemessen für diese Studie.

90. Die meisten PNs waren zufrieden mit dem Training der Raucherberatung. Es wurden drei Kernthemen (Pre-intervention training, Barriers und Acceptability) herausgefiltert.

91. Ja, sie wurden in drei Kernthemen und in Unterüberschriften gegliedert.

92. Die Tabellen waren selbsterklärend.

93. Ja.

94. In der Discussion werden Unterthemen wie conclusion, strengths and limitations, implications for further research and for clinical practice zusammengefasst.

95. Ja, die Ergebnisse waren verglichen.

96. Ja.

97. Ja, es ist wichtig das gesammelte Wissen auch in Praxen umzusetzen und PN sollten vermehrt in Bezug auf Raucherberatung geschult werden.

98. Ja, folgende Studien sollten ein multiprofessionelles Team miteinschließen.

99. Schwächen der Studie waren, dass manche Partizipanten in der Zeit, in der die Daten erhoben wurden, den Arbeitsplatz wechselten oder auch dass diejenigen Partizipanten gewählt wurden, die ein höheres Interesse an einer Veränderung des Lebensstils hatten.

100. Es werden kein expliziten Stärken genannt.

101. Unterschiedliche Referenzstil.

102. Ja, meiner Meinung nach ist es wichtig zu wissen, welche Sicht das Personal hat in Bezug auf die Raucherberatung.

103. Es sind indirekte Vorschläge für die Praxis genannt.

Codern-Bové N. et al. 2014, “*Motivational interviewing interactions and the primary health care challenges presented by smokers with low motivation to stop smoking: a conversation analysis.*”

45 von 50 Punkten = 90%

- Der Titel beinhaltet relevante Schlüsselwörter, sowie die Population und die Methode
- Ja, er beschreibt, dass es um motivierende Gespräche im Bereich der Primärversorgung geht und welche Herausforderungen es dabei gibt.

56. Background, Methods, Results, Conclusion, Keywords. Das Element Objective fehlt.

57. Der Abstract ist fehlerhaft und kann nicht vollständig verstanden werden, ohne den Volltext zu lesen.

58. Nein, der Abstrakt deckt sich Großteils mit dem Gesamttext.

59. Es wird als Background bezeichnet und es wird das Hintergrundwissen, sowie die Folgeerkrankungen von Tabakgebrauch geschrieben. Es gliedert sich von generellen zum spezifischen Aspekt.

60. Es gibt keine Studie darüber, dass die Raucherberatung mittels Interviews durch eine Konversationsanalyse untersucht wurde.

61. Ja, sie beinhaltet kürzlich publizierte Artikel.

62. Einen Großteil, der in der Einleitung verwendeter Studien ist uptodate.

63. Ja, beispielsweise werden Begriffe wie „MI = Motivational Interviewing“ oder auch „CA= conversational analysis“ definiert.

64. Das zentrale Konzept bezieht sich auf das motivierende Gespräch im Rahmen der Konversationsanalyse.

65. Es gibt wenige Studien zu diesem Thema.

66. Diese Studie wurde durchgeführt, um zu erforschen wie die Interaktion zwischen den Gesundheitsberufen und den Patienten strukturiert ist bei einer Raucherberatung mittels „MI“. (Jedoch befindet sich dies im Methodenteil).

67. Es ist eine systematische Intervention und eine Substudie. Die Intervention wird beschrieben. Eine Zustimmung der Ethikkommission wurde auch gegeben. Datenerhebung mittels Interviews, Datenanalyse wird unterteilt in Qualitative und Konversation Analyse und auch die Stichprobe: vier Ärzte und eine weibliche Krankenschwester mit mehr als 10 Jahren Berufserfahrung und 9 Patienten.

68. Ja, sie werden gut beschrieben.

69. RCT

70. Maximum variation Sampling

71. Ja.

72. 4 Ärzte, eine Krankenpflegeperson, 9 Patienten

73. Das Gesundheitspersonal besuchte vorab einen 20 stündigen Workshop, welcher Trainingsmethoden für die Implementierung der „MI“ beinhaltete und die Patienten wurden in den PHC Zentren zur Teilnahme der Studie gefragt.

74. in den PHC Zentren

75. Ja.

76. Ja, die Stichprobe waren Raucher und somit passend für diese Studie.

77. Ja, eine Zustimmung der Ethikkommission „the Ethic and Clinical Research Committee of the Jordi Gol Institute of Research in Primary Care“ wurde auch gegeben.

78. Ja, es wurde eine Einverständniserklärung an die Patienten bereitgestellt.

79. PHC in Büroräumlichkeiten, Spanien.

80. Ja, das Setting ist passend.

81. Motivational Interviews

82. Ja, es ist eine qualitative Methode, um Daten zu sammeln.

83. Ja.

84. Die Methode der Datensammlung gibt noch keinen genauen Überblick auf die Ergebnisse.

85. Die Interviews wurden gefilmt und transkribiert.

86. Videos, Transkriptionen und Atla/ti.5.1

87. Nein, die Rolle des Autors wird nicht explizit beschrieben.

88. Wann die Datensättigung erreicht wurde, wird im Text nicht erwähnt.

89. Ja, die Methode der Datenanalyse ist angemessen.

90. Die Hauptergebnisse werden in 2 Kategorien unterteilt: „Organization of the MI sessions“, welches die Interviews zwischen den Ärzten/Krankenplegern und den Patienten (Raucher) genauer beschreibt und „professional MI session practice sandactions“, dass beschreibt, inwiefern die Kommunikation ablief und auch die Einteilung der Ausübungsart (Patient oder Problem im Mittelpunkt).

91. Die Hauptergebnisse werden in 2 Kategorien unterteilt: „Organization of the MI sessions“ und „professional MI session practices and actions.“ Weiters hatte das MI 3 Phasen: „assessment“, „reflection on readiness to change“ und „summary“. Bei den einzelnen Unterüberschriften werden auch zahlreiche Statements der Interviews dargestellt.

92. Grundsätzlich schon, jedoch wird Tabelle 2 im Text nicht näher beschrieben.

93. Ja, es die Frage wird mittels den einzelnen Ausschnitten der Interviews und den Unterüberschriften beantwortet.

94. Es gibt 3 Hauptergebnisse, die in diesem Teil angeführt und mit anderen Studien verglichen werden.

95. Ja, die Ergebnisse werden verglichen.

96. Ja, der Autor begründet die herausgefundenen Ergebnisse und warum es wichtig ist, diese auch umzusetzen.

97. Ja, es gibt eine eigene Überschrift mit einzelnen Aufzählungen für Vorschläge dies in die Praxis umzusetzen.

98. Ja, der Autor beschreibt kurz das Interesse für weitere Forschung, welchen Einfluss die Durchführung von MI auf die Gesellschaft hat.

99. Es gibt 4 Limitationen: die kleine Stichprobengröße, das Setting im klinischen Bereich, dass nur Partizipaten ausgewählt wurden, welche eine niedrige Motivation für einen Rauchstopp hatten und dass Dinge, wie Körpersprache oder nonverbale Elemente nicht eingeschlossen wurden (Videos).

100. Stärken waren ein innovativer Ansatz, dass CA ein sinnvoller Ansatz für die Analyse von motivierenden Gesprächen bei Raucherentwöhnung ist.

101. Ja

102. Ja, ich denke es ist wichtig zu wissen, wie sich die motivierende Ansprache auf Raucher auswirkt, welche nicht oder wenig das Bedürfnis haben für einen Rauchstopp. Auch für die Praxis sind wertvolle Tipps enthalten.

103. Der Autor gibt direkte Nutzen für die Umsetzung in die Praxis an.

McGrath, C. et al. 2014, *Smoking cessation in primary care: Implementation of a proactive telephone intervention.*

Von 47 von 55 Punkten = 85,45%

- **Der Titel enthält das Setting, die Intervention und die Variablen, jedoch nicht die Population.**
- Er gibt einen Überblick über den Gesamttext, jedoch fehlt die Population bzw die Partizipanten

56. Purpose, Data sources, Conclusions and Implications for practice. Der Background fehlt und die Results werden mit der Conclusion zusammengefasst.

57. Ja, der Abstrakt gibt eine Zusammenfassung des Artikels wieder.

58. Es gibt keine Verschiedenheiten zwischen Abstract und Text.

59. Zu Beginn wird ein genereller Überblick zu dem Thema beschrieben und die 5A's werden definiert. Danach wird spezifisch auf diese Studie eingegangen und die Forschungsfrage wird genannt.

60. Das Forschungsproblem ist nicht genau definiert.

61. Ja.

62. Die Literatur, die verwendet wurde ist nicht älter als 10 Jahre.

63. Es werden die 5A's definiert, sowie kurz eine NP.

64. Telephone calls, smoking cessation behavior

65. Wenig Wissen über die Raucherberatungsrolle einer NP in der Primärversorgung.

66. Ziel ist es herauszufinden, wie effektiv einer Raucherberatung (durchgeführt von NPs) in dem Setting Primärversorgung ist. Mit der Forschungsfrage: Sind erwachsene Raucher eher bereit für die Raucherentwöhnung, wenn sie zusätzlich zu Lesematerial und Broschüren an Telefongesprächen, welche auf die Raucherentwöhnung abzielt, teilnehmen.
67. Partizipanten waren erwachsene Raucher (169), davon nahmen 93 an der Studie teil. Das Design, die Intervention, die Datenmessung und die Messinstrumente werden beschrieben. Weiters gibt es noch 3 Tabellen (Interventionsfragen, demographische Daten zu den Partizipanten und die Rauchergeschichten von beiden Gruppen (Intervention und Kontrollgruppe). Eine ethische Zustimmung fand auch statt.
68. Ja.
69. Pilotstudie
70. Two- group controlled intervention pilot study.
71. Es ist eine passende Wahl, um die gestellte Forschungsfrage zu beantworten.
72. Erwachsene Raucher, n=3
73. Sie wurden über Telefonanrufe zur Teilnahme gefragt.
74. Nicht erroierbar.
75. Nein.
76. Ja, es ist passend.
77. Ja, von der University of Illinois at Chicago College of Medicine at Rockford's IRB.
78. Ja, bevor die Intervention startete mussten die Partizipanten eine Einverständniserklärung unterzeichnen.
79. Primärversorgung
80. Ja.
81. Telephonecalls
82. Ja, Gespräche bieten eine vertrauenswürdige Unterlage.
83. Ja.
84. Nein.
- 85. Im Text wird es nicht beschrieben.**
86. Die Daten wurden deskriptiv analysiert.
- 87. Nein, der Autor beschreibt seine Rolle nicht.**
88. Ja.
89. Da es sich um Interviews handelt, erscheint die deskriptive Analyse passend.
90. 19 % der Raucher, welche in der Interventionsgruppe waren, beendeten das Rauchen. In der Kontrollgruppe gab es keinen Rauchstopp.
- 91. Die Ergebnisse in tabellarischer Darstellung könnten vereinfachter dargestellt werden.**
- 92. Nein, nicht alle.**
93. Ja, die Forschungsfrage wird beantwortet.
94. Es werden die Hauptergebnisse aufgelistet und mit anderen Studien verglichen.
95. Ja, es werden die Ergebnisse verglichen.
96. Ja, der Autor rechtfertigt die gefundenen Ergebnisse.
97. Es gibt keinen eigenen Absatz dafür, jedoch lässt der Autor indirekte Vorschläge einfließen.

98. Nein.

99. Es gibt 3 Schwächen: kleine Samplegröße, die Intensität der Intervention und die PI übernahm eine Rolle, die eigentlich nicht ihrer entsprach.
100. Die Stärken der Studie: die durchgeführten Interviews und 19% Raucherstopp.
101. Harvard style wurde verwendet.
102. Ja, durch den Anteil der Raucherbeendigung wird aufgezeigt, dass Interventionen, die zusätzlich zu Informationsmaterial durchgeführt werden, eine positive Wirkung haben mit dem Rauchen aufzuhören.
103. Direkter Nutzen für die Praxis.

Van Rossem C. et al. 2015, *Smoking cessation in primary care: Exploration of barriers and solutions in current daily practice from the perspective of smokers and healthcare professionals.*

52 Von 55 Punkten = 94,55 %

- Ja, er beinhaltet die Population, das Konzept und das Setting. Jedoch fehlt die Angabe über das Design bzw. die Methode.
 - Nein, weil die Methode nicht erwähnt ist.
56. Background, Objectives, Methods, Results, Conclusion und Keywords.
57. Ja, der Abstract ist selbsterklärend.
58. Nein, der Text stimmt mit dem Abstract überein.
59. Zu Beginn wird ein genereller Überblick gegeben und am Ende hin wird es spezifischer mit der Nennung des Ziels der Studie.
60. Wenig vorhandenes Wissen über das Thema.
61. Ja.
62. Bis auf 2 Literaturen sind alle verwendeten Literaturen in der Einleitung up to Date.
63. Es wird nur das Wort GP ausgeschrieben, aber nicht näher definiert.
64. Die Barrieren bei der Verwendung von Raucherentwöhnungs- Strategien zu erforschen und inwiefern die angewendet werden. Auch die Sicht der Raucher und des Personals wird eingeschlossen.
65. Wenig vorhandene Studien darüber.
66. Die Barrieren und Lösungsansätze von der Raucherentwöhnung zu erforschen – aus der Sicht der Raucher und des Personals in der Primärversorgung.
67. Partizipanten, Einverständnis, Datensammlung und Analyse, Vertrauenswürdigkeit und Tabellen.
68. Ja.
69. In dieser Studie wurde ein qualitativer Ansatz mit Phänologie und Grounded theory verwendet.
70. Phänomenologie und Grounded theory, Qualitatives Design
71. Ja, denn der phänomenologische Ansatz eignet sich gut für Interviews sowie auch die Grounded Theory.
72. 24 patients, 4GPs und 5PNs
73. Purposive sampling mit maximum variation.
74. 6 Health care centres.
75. Nein.

76. Ja, das Sample eignet sich gut für die Antwort auf die Frage.
- 77. Nein, es gibt keinen Verweis über eine ethische Zustimmung.**
78. Ja, es gab eine Einverständiserklärung.
79. 6 Gesundheitszentren
80. Ja, das Setting bezieht sich auf Forschungsfrage der Studie.
81. Focus group discussions und semi-structured interviews
82. Ja, es wird auch ein eigener Abschnitt mit "trustworthiness" angeführt.
83. Ja, Interviews eignen sich sehr gut bei phänomenologischen Studien in Kombination mit groundedtheory.
84. Ja, bei Interviews können möglicherweise die Ergebnisse variieren.
85. Die individuellen Interviews wurden digital aufgenommen und transkribiert und die Fokusgruppen wurden mittels Video aufgezeichnet und anschließend auch transkribiert.
86. „A descriptive and exploratory approach“ und CCM wurde verwendet, um die Daten zu analysieren.
- 87. Nein, es wird nicht erwähnt.**
88. Datensättigung wurde trotz niedriger Zahl der Teilnehmer erreicht.
89. Ja, die Methode der Datenanalyse ist passend gewählt.
90. Viele Barrieren bei Rauchern bestehen, welche sich einer Raucherberatung unterziehen. Die GPs empfanden es als ihre Aufgabe die Raucher zur Entwöhnung zu überzeugen und empfanden die pharmakologische Therapie bei der Entwöhnung als nicht notwendig. Die Raucher und das Pflegepersonal waren für eine medikamentöse Therapie als Unterstützung.
91. Ja, sie sind in Unterüberschriften gegliedert.
92. Ja, einfach und übersichtlich.
93. Ja, es wird das Ziel beantwortet.
94. Hauptergebnisse, Barrieren und Lösungen, Stärken und Schwächen, Vorschläge für die Forschung, Weiterbildung und die Praxis.
- 95. Der Autor vergleicht die Ergebnisse recht wenig mit anderer Literatur.**
96. Ja.
97. Ja, beispielsweise, dass die Primärversorgung eine große Rolle bei der Raucherentwöhnung spielt, dass die PN verstärkt darauf geschult werden sollte und dass mehr über die Raucherberatung in dem Setting der Primärversorgung erforscht werden sollte.
98. Ja, dass die Primärversorgung eine große Rolle bei der Raucherentwöhnung spielt, dass die PN verstärkt darauf geschult werden sollte und dass mehr über die Raucherberatung in dem Setting der Primärversorgung erforscht werden sollte.
99. Limitationen waren: PNs sind nicht überall in Europa für die Raucherberatung ausgebildet, es gab keine wirklichen Entwicklungen in der Praxis der Raucherentwöhnung. Weiters gab es keine ethische Zustimmung.
100. Stärken waren: der personelle Kontakt durch Interviews, qualitative Daten wurden erhoben, die hohe Motivation der Patienten mit dem Rauchen aufzuhören, wenn es eine gute Beratung dazu gibt.
101. Ja.
102. Die gefundenen Ergebnisse sind sehr wertvoll für die Praxis, um den Hinblick auf die Beratung und die Unterstützung bei dem Thema zu verstärken, um Folgeerkrankungen zu vermeiden.
103. Es sind direkte Vorteile für die Gesellschaft.

Quantitative studies

Bauer Silvia 2014 basierend auf Davis & Logan (2008), Weiss Roberts et al. (2004), Provenzale & Stanley (2005) und Burns & Grove (2003).

Title

1. Does the title contain all relevant information? (population, variables, methods, setting)
2. Does the title reflect the content of the whole text?

Abstract

3. What elements can be read out of the abstract? What elements are missing?
4. Can the abstract be understood without reading the whole text?
5. Are there inconsistencies between abstract and the text?

Introduction

6. What parts can be read out of the introduction? What is missing?
7. What is the research problem?
8. Does the introduction contain a recent review of the literature?
9. Is the used literature up-to-date (5-10 years)?
10. Are there definitions mentioned?
11. What are the central variables? Are there dependent and independent variables (if applicable)?
12. What is the research gap?
13. What is the purpose of the study and/or the research questions?

Methods

14. What parts can be read out of the methods section? What is missing?
15. Are the methods sufficiently described in order to permit a replication of the study?

Design

16. What is the research approach?
17. What is the research design?
18. Is the design appropriate for the research questions (purpose)?

Sample

19. What is the sample?
20. What are the procedures for choosing the sample?
21. Does the procedures for choosing the sample bias the results?
22. What is the response rate?
23. Were there refusals, dropouts or deaths?
24. Is the sample appropriate for answering the research questions (purpose)?

Ethical considerations

25. Is there an approval of the ethical commission?
26. Was informed consent obtained? If no, would it have been possible?

Setting

27. What is the setting for data collection?
28. Is the setting appropriate for answering the research questions (purpose)?
Experiment (if applicable)

29. What is the intervention?
30. Is the intervention described in sufficient detail?
31. Do the participants know whether they received the intervention or not?
32. Would it have been possible to blind the participants, the staff and the researchers?
33. Are there any other factors related to the intervention, which might have influenced the outcomes?

Data collection

34. What is the data collection method?
35. Is the data collection method reliable and valid?
36. Is the data collection method appropriate for the research design?
37. Does the data collection method bias the results?

Data analysis

38. What statistical methods are used to analyze the data?
39. What is the level of significance?
40. Is the method for data analysis appropriate for answering the research questions (purpose)?

Results

41. What are the main findings?
42. Are the results organized in a way that is easy to understand?
43. Are the tables and figures easy to understand?
44. Do the results answer the research questions (purpose)?
45. Are the results present in an objective way?

Discussion

46. What parts can be read out of the discussion? What is missing?
47. Does the author compare his main findings with results from literature?
48. Are the authors' conclusions justified by the results found in the study?
49. Does author give implications for nursing practice?
50. Does author give implications for further nursing research?
51. What are the major limitations of the study (from the author's point of view and from your point of view)?
52. What are the major strengths of the study (from the author's point of view and from your point of view)?

Reference list

53. Is there a consistent reference style?

Using research results

54. Do the results have benefits for nursing practice? (in your opinion)

55. Are those benefits for nursing practice direct or indirect ones?

Mujika A. et al. 2013, *Motivational interviewing as a smoking strategy with nurses: An exploratory randomised controlled trial.*

51 von 55 Punkten =92,72 %

1. Der Titel enthält die Methode, die Population und die Intervention

2. Er gibt Aufschluss über den Inhalt.
3. Background, Objective, Design, Setting, Participants, Methods, Results, Conclusion

4. Ja, er gibt den Inhalt der Studie wieder.

5. Nein, keine Diskrepanzen.

6. Sie gliedert sich von allgemein zu spezifisch und endet mit dem Forschungsziel.

7. Es gibt keine vorherigen Studien zu dem Thema.

8. Ja.

9. Die Literatur ist größtenteils aus den letzten 10 Jahren.

10. Es wird auf das Rauchen eingegangen und MI wird definiert.

11. Die zentralen Variablen sind das MI und smoking cessation.

12. fehlendes Wissen über dieses Thema.

13. Ziel ist es die Wirksamkeit, die Akzeptanz und die Machbarkeit von MI für eine Raucherentwöhnung bei Krankenschwestern herauszufinden.

14. Sample recruitment, Randomisation, Treatment conditions, data collection, instruments, data analysis.

15. Ja.

16. Quantitativer Ansatz

17. Explorative RCT

18. Das Design erscheint passend.

19. weibliche Krankenpflegepersonen, die im Krankenhaus arbeiten.

20. Sie wurden randomisiert mittels eines Computerverteilers.

21. Nein.

22. Es gibt keine Angabe darüber.

23. Nein.

24. Ja, die Samplegröße reicht für diese Studie.

25. Ja, durch: Ethics Committee of Clinica Universidad de Navarra in Pamplona.

26. Eine Einverständniserklärung mussten die Partizipantinnen auch unterschreiben.

27. Ein Krankenhaus im Norden von Spanien.

28. Ja, das Setting ist passend für die Auswahl und die Antwort auf die Forschungsfrage.

29. Die 30 Partizipanten wurden nachdem sie einen Baseline-Fragebogen ausgefüllt hatten randomisiert in 2 Gruppen. Die Eine Gruppe war die Interventionsgruppe und die andere die Kontrollgruppe.

30. Ja, die Intervention wird genau beschrieben.

31. Die Partizipanten wussten nicht in welchen Gruppen sie waren.

32. Ja.

33. Nein, da sie randomisiert wurden.

34. Fragebögen

35. Ja sie wurde geprüft.

36. Ja, die Datensammlung ist passend.

37. Nein.

38. SPSS15.0

39. $P < 0.05$
40. Ja, die Datenanalyse ist passend, um die Frage zu beantworten.
41. Das Hauptergebnis dieser Studie war es, dass MI für Krankenschwestern einen signifikanten Einfluss auf die Raucherentwöhnung hat. Denn mehr Krankenschwestern in der Interventionsgruppe hörten mit dem Rauchen auf.
42. **Es wird in 3 Hauptkomponenten unterteilt: Machbarkeit, Akzeptanz und Wirksamkeit. Weiters gibt es noch 2 Tabellen, aber leicht verständlich sind sie nicht dargestellt.**
43. **Die Tabellen sind auf Anhieb nicht gleich verständlich.**
44. Ja, die Frage wie das MI ankommt bei Krankenschwestern in Bezug auf Raucherberatung wurde erriert.
45. Die Ergebnisse wurden objektiv dargestellt.
46. Die gefundenen Ergebnisse werden dargestellt und diskutiert und verglichen.
47. Der Autor vergleicht die gefundenen Ergebnisse mit anderer Literatur.
48. Ja.
49. Ja, dass die gefundenen Ergebnisse eine erhebliche Wirkung auf die Population habe und somit umgesetzt werden sollte in der Praxis.
50. In weiterer Forschung sollte dieses Thema weiterhin untersucht werden.
51. Die Schwächen sind: die kleine Samplegröße und die periodische Dauer der Studie.
52. Die Stärken sind methodologische wie beispielsweise die verwendeten Messinstrumente.
53. Die Referenzliste ist einheitlich.
54. Die gefundenen Ergebnisse könnten dazu beitragen mehr Krankenpflegepersonen zu schulen die Raucherberatung in dem Setting der Primärversorgung umzusetzen, um so positiven Einfluss auf die Gesundheit der Gesellschaft zu haben.
55. Der Nutzen für die Praxis ist indirekt, weil nicht direkt mit Patienten die Studie durchgeführt wurde, sondern mit dem Personal.

Naughton F. et al. 2014, *Randomized controlled trial to assess the short-term effectiveness of tailored web- and text-based facilitation of smoking cessation in primary care (iQuit in Practice).*

45 Von 55 Punkten = 81,82%

1. **Die Population wird im Titel nicht genannt.**
2. Ja, er gibt einen Überblick über den Text.
3. Aims, Design, Setting, Participants, Measurements, Findings und Conclusions.
4. Ja, er ist selbsterklärend.
5. Nein, es gibt keine Unterschiede von Abstract und Text.
6. Genereller Überblick über die Thematik und genauere Angaben zu iQuit.
7. Wenig vorhandenes Wissen über die Implementation von iQuit.
8. Ja.
9. Die Literatur für die Einleitung ist nicht älter als 10 Jahre.
10. I Quitsystem

11. Smoking cessation und effectiveness
12. Wenig vorhandenes Wissen.
13. Schätzung der kurzfristigen Wirksamkeit der iQuit Intervention im Vergleich mit der üblichen Pflege, sowie die Durchführbarkeit und Akzeptanz der Intervention.
14. Design and randomization, Recruitment, Intervention, Procedure, Outcome measures, sample size and analysis.
15. Ja.
16. Quantitaver Ansatz
17. Two parallel-group RCT
18. Ja.
19. Smokers: Intervention arm: 299, control arm: 303 und 32 Praxen
20. Randomisiert, Selbstverweis, die Praxen wurden direct kontaktiert von den ForscherInnen.
21. Nein
- 22. Keine Angabe dazu.**
23. Nein, es gab weder Ausfälle noch Todesfälle.
24. Für eine quantitative Studie ist die Zahl angemessen.
- 25. Es gibt keine Angaben über eine ethische Zustimmung.**
26. Ja, die Patienten mussten zustimmen, bei der Studie teilnehmen zu wollen.
27. 32 Praxen in England.
28. Ja, ist passend.
29. Kontrollgruppe: routinemäßige Raucherberatung, kurze Hinweise auf pharmakologische Therapien. Interventionsgruppe: wie Kontrollgruppe, plus maßgeschneiderten Textnachrichten, die durch das iQuit System generiert wurden. Der Inhalt der Berichte und Textnachrichten basierte auf relevanten Theorien der Raucherentwöhnung.
30. Ja, wird sehr detailliert beschrieben.
31. Ja.
32. Ja, es wäre möglich gewesen.
33. Nein.
34. Fragebogen, Textnachrichten
35. Ja, das iQuit System ist gültig und geprüft.
36. Ja.
37. Nein.
38. Verschiedene Analysemethoden wurden verwendet.
- 39. Ist nicht ersichtlich.**
- 40. Die Methode der Datenanalyse ist schwer verständlich.**
41. Es gab keine signifikanten Unterschiede der Gruppen.
- 42. Die Ergebnisse sind nicht einfach dargestellt.**
- 43. Nein, sie sind nicht selbsterklärend.**
44. Ja.
45. Sie sind objektiv präsentiert.
46. **Die Diskussion ist sehr spezifisch und endet auch spezifisch.**
47. Ja, sie werden verglichen.
48. Ja.
49. Es werden indirekte Vorschläge für die Praxis gegeben.
- 50. Nein.**
- 51. Limitationen: die indirekte Erfassung der Daten über Telefon und Post, keine ethische Zustimmung.**

52. Stärken: Die maßgeschneiderte Druck- und SMS-Selbsthilfe, die neben der routinemäßigen Raucherentwöhnungsunterstützung in der Primärversorgung zur Verfügung steht, erhöht nicht nur die kurzzeitige Abstinenz, sondern kann die Langzeitstillstandskontrolle erhöhen und die Machbarkeit und Akzeptanz im Vergleich zur routinemäßigen Beendigungsunterstützung demonstrieren.
53. Ja.
54. Indirekt geben sie einen Anstoß zur Implementierung des iQuit Systems auf längere Behandlungszeit gesehen.
55. Indirekte Vorschläge werden gegeben.

Critical Appraisal “Cross-sectional study”

Boyle 1998; Milton Keynes Primary Care Trust 2002; Weiss Roberts et al. 2004; Provenzale & Stanley 2005; Burns & Grove 2011

Title

1. The title is as short as possible.
2. The title is representative of the content of the study (not misleading).
3. The title includes all relevant information (e.g. design, population, setting, the important keywords (concepts or variables)).
4. The key information/ keywords are near to the front of the title.

Abstract

5. The abstract is complete ([background], aim, methods, results, conclusion [and recommendations for research and/or practice]).
6. There are no discrepancies between the abstract and the text.
7. The abstract gives the same impression as the text.
8. The abstract can be understood without reading the article.

Introduction

9. Is the introduction good structured (general – specific)?
10. Do the authors provide a rationale for performing the study based on a review of the literature?
11. Do the authors define important KEYWORDS?
12. Is the used literature up-to-date (last 5-10 Years)?
13. Is the aim(s) and research question(s) clearly defined?

Methods

14. Is the method part good structured?

Design

15. Did the authors use an appropriate design to answer their question/aim?

HINT: Consider

- Is a descriptive/cross-sectional study an appropriate way of answering the question?
- Did it address the study question?

Sample

16. Is the sample representative of a defined population?

- 17. Is the sample clearly defined?**
- 18. Is the sampling method probability or nonprobability? Identify the specific sampling method!**
- 19. Did the study have enough participants?**
Consider:
– if there is a power calculation. This will estimate how many subjects are needed to produce a reliable estimate of the measure(s) of interest.
- 20. What is the response rate?**

Setting

- 21. What was the study setting?**

Measurements

- 22. Which data were collected? Which instrument(s) were used?**
- 23. Do they use standardized instruments to collect data?**
- 24. Are the instruments described or referenced?**
- 25. Are the psychometric properties of the instrument(s) described or referenced?**

Process of data collection

- 26. Is the procedure of data collection clearly described (e.g. time of data collection, place, who performed the data collection, training of data collectors)?**

Analysis

- 27. What statistical methods are used to analyze the data?**
- 28. Is the significance level described?**

Results

- 29. Is the result section good structured?**
- 30. How the results presented and what is/are the main result(s)?**
- 31. Do the results answer the research question(s) (aims)?**
- 32. Are there confidence intervals for statistical estimates included?**
- 33. Are the figures and tables appropriate and are they appropriately labeled?**
- 34. Do the figures and tables adequately show the important results?**
- 35. Are the figures and tables easy to understand?**

Diskussion

- 36. Is discussion good structured (spezific to broad)?**
- 37. Are the findings discussed in relation to the original research questions?**
- 38. Does the author compare the main findings with results from other studies? Are the results consist with previous research or not (If not, are the inconsistencies explained)?**
- 39. Does the interpretation of results make sense (theoretically, clinical perspective)?**
- 40. Does the author note limitations of the study?**

Conclusion

- 41. Are the author's conclusions justified by the results found in the study?**
- 42. Does the author give recommendations for further research?**

43. Does the author give recommendations for nursing practice?

References

45. Does the reference list contain errors?

46. Are there more references than are necessary?

Smit E., Vries H. & Hoving C. 2013, *Determinants of practice nurses' intention to implement a new smoking cessation intervention: the importance of attitude and innovation characteristics.*

36 von 45 Punkten = 80%

1. **Der Titel könnte kürzer gehalten werden, wie "Determinants of practice nurses' intention to implement a new smoking cessation intervention in primary care".**
2. Grundsätzlich ist der Titel nicht irreführend.
3. **Er beinhaltet einen großen Teil der Keywords, jedoch fehlt das Setting und das Design.**
4. Ja, die Keywords befinden sich am Beginn und in der Mitte des Titels.
5. Ja, bis auf die Praxisempfehlung: Aim, Background, Design, Methods, Results und Conclusion.
6. Es befinden sich keine Diskrepanzen zwischen Zusammenfassung und Text.
7. Ja.
8. Ja, die Hauptmerkmale werden zusammengefasst.
9. Die Einleitung beinhaltet einen umfassenden generellen Teil und wird zum Ende hin spezifischer.
10. Ja, [...]"no studies have been conducted"...]
11. Die Keywords lauten: attitude, implementation, innovation characteristics, intervention, practice nurses, primary care, smoking cessation.
12. **Ein Großteil schon, aber es kommt auch Literatur vor, die älter ist als 10 Jahre.**
13. Es gibt einen eigenen Abschnitt für das Ziel und die darin enthaltene Forschungsfrage.
14. Der Methodenteil ist aufgegliedert in Aim, Design, Sample, Data collection, Data analysis und Validity and Reliability.
15. Das Design war eine deskriptive Querschnittstudie.
16. Ja, das Sample war repräsentativ für diese Studie.
17. Ja, 61 practice nurses und ihre „smokingpatients“ (n=414)
18. Purposive sampling wurde benutzt. Es passt hier gut, weil die Partizipanten einen bestimmten Zweck(practice nurses oder smokers) erfüllen.
19. Die Kalkulation wurde mit einer power calculation, welche in (Smit et al. 2010) näher beschrieben wird durchgeführt.
20. **Die response rate ist nicht direkt angegeben.**
21. Primary care
22. Practice nurses smoking status, using of smoking cessation guidelines before, Patient demographic data: age, smoking status, nationality, educational level.
Instrument war ein online Fragebogen (PAS).
23. Ja, PAS.

24. Ja, kurz beschrieben und mit Literatur angegeben.

25. Nein.

26. Von Mai 2009- Juni 2010 stellte das Pflegepersonal das Raucherentwöhnungsprogramm für die Patienten zur Verfügung. Jedoch wird in dem Abschnitt der Datensammlung nur vereinzelt beschrieben welche Daten erhoben wurden, aber keine genaueren Angaben.

27. SPSS 17.0

28. Es wird kein Signifikanzlevel beschrieben.

29. Ja, es werden jeweilige Unterüberschriften und Tabellen benutzt.

30. Schriftlich und in Tabellen. Die Hauptergebnisse beziehen sich auf Intention das neue Raucherentwöhnungsprogramm zu implementieren oder nicht. Daraufhin gibt es 2 Gruppen (intenders und not intenders). Es werden die Differenzen dieser Gruppen aufgezeigt und die Korrelationen über die möglichen Determinanten für die Absicht der Implementierung des Konzepts.

Das Pflegepersonal, welches Raucherentwöhnungs-Guidelines bereits benutzen, sind eher bereit das Programm einzusetzen, als jenes Personal, welches keine Guidelines bisher benutzte.

31. Ja.

32. Ja, es sind vertrauenswürdige Intervalle für die statistischen Anhaltswerte vorhanden.

33. Die Tabellen sind angemessen, jedoch nicht übersichtlich.

34. Sie zeigen grundsätzlich die wichtigen Resultate.

35. Nein, es benötigt längere Zeit, um die Tabellen zu durchblicken.

36. Ja, sie geht von dem Spezifischen in das Allgemeine über.

37. Ja.

38. Ja, die Ergebnisse werden mit anderen Studien verglichen.

39. Ja, die Interpretation der Autoren macht Sinn.

40. Es sind 4 Limitationen genannt.

41. Ja, der Autor rechtfertigt die gefundenen Ergebnisse der Studie.

42. Ja, es gibt einen eigenen Abschnitt mit „ Implication for practice and policy“

43. Ja, es gibt einen eigenen Abschnitt mit „ Implication for practice and policy“

44. Ja, vereinzelt Schreibweisen sind nicht einheitlich geführt.

45. Nein, es erscheint die Referenzliste als passend.

Checklist: Systematik Reviews

Bauer Silvia 2014 basierend auf JBI 2014 & Shea et al. 2007

1. Wie wird die Relevanz dieses Systematischen Reviews herausgearbeitet?
2. Was ist die Lücke in der bisherigen Literatur?
3. Was ist die Forschungsfrage und ist diese explizit und klar?
4. Was ist das Design dieser Studie?

5. Mit welchen Suchbegriffen wurde die Literatursuche durchgeführt und sind diese angemessen?
6. Wo wurde nach Literatur gesucht und ist das ausreichend?
7. Wurde die Suche auf einen bestimmten Zeitraum beschränkt?
8. Wann fand die Suche statt?
9. Was sind die Ein- und Ausschlusskriterien für gefundene Studien und sind diese angemessen für die Forschungsfrage?
10. Ist der gesamte Vorgang in der Literatursuche (Suchbegriffe, Jahr, Datenbank, etc.) nachvollziehbar?
11. Wie viele Studien wurden ursprünglich gefunden?
12. Wie viele Duplikate wurden ausgeschlossen?
13. Wie viele Volltexte wurden gelesen?
14. Wie viele Studien wurden inkludiert und welches Design haben die inkludierten Studien?
15. Wurde die Auswahl der Studien von 2 ReviewerInnen durchgeführt?
16. Wurden die Qualität der gefundenen Studien kritisch bewertet und womit wurde das gemacht?
17. Wurde die kritische Bewertung der Qualität der Studien durch 2 ReviewerInnen durchgeführt?
18. Wie wurden die Daten aus den Studien extrahiert und war dies angemessen?
19. Welche Informationen wurden aus den inkludierten Studien herausgefiltert?
20. Wie wurden die Daten aus den Studien zusammengefasst und war dies angemessen?
21. Wurde eine Metaanalyse durchgeführt?
22. Wie ist die methodologische Qualität der inkludierten Studien?
23. Welche Interventionen wurden in den inkludierten Studien untersucht?
24. Wie wurde das Outcome in den inkludierten Studien gemessen?
25. Inwieweit kamen die AutorInnen zum Schluss, dass nicht-pharmakologische Maßnahmen zur Behandlung von PatientInnen mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen nützlich sind?
26. Was sind die Stärken und Schwächen der Studie?
27. Welche Empfehlungen für Forschung und Praxis haben die AutorInnen gemacht und leiten sich diese aus den Ergebnissen ab?
28. Hat dieser Systematische Review einen Nutzen für die Pflegepraxis?

Mclvor A. et al. 2009, *Best practices for smoking cessation interventions in primary care.*

17 Von 28 Punkten = 60,7%

1. Die Wichtigkeit der Raucherberatung wird aufgezeigt. („Rauchen ist ein führender Grund für einen vorzeitigen Tod“).
2. Nur wenige des Gesundheitspersonals, vor allem family physicians betreiben eine effiziente Raucherberatung.

3. Die Identifizierung der wichtigsten Schritte von Ärzten und ausgebildeten Krankenschwestern , um effektive Raucherentwöhnung Interventionen für die Patienten zu stärken.
4. Panelstudie(Längsschnittstudie).
- 5. Die Suchbegriffe werden nicht angegeben.**
6. In publizierter Literatur.
7. Ja, im März 2009.
8. Im März 2009.
- 9. Einschlusskriterien waren: smoking cessation, international guidelines von USA, UK und Australien. Keine Ausschlusskriterien ersichtlich.**
- 10. Nein, die gesamte Literatursuche ist nicht dargestellt und beschrieben**
- 11.-
- 12.-
- 13.-
- 14.-
- 15.-
- 16. Nein, es gab keine kritische Bewertung.**
- 17.-
18. Es wurden Guidelines aus den USA, UK und Australien verwendet, sowie klinische Belege.
19. Guidelines zur Raucherentwöhnung und Raucherberatung.
20. Sie werden in Tabellen und verschriftlicht dargestellt.
21. Es wurde keine Metaanalyse durchgeführt.
22. Die Qualität der Methode ist nicht einem Review entsprechend.
23. Es wurden bestehende Guidelines zur Raucherberatung untersucht.
- 24.-**
25. Schwächen: Es ist kein richtiges systematisches Review und damit ist der Methodenteil sehr lückenhaft und es gibt wenig Aufschluss über die verwendete Literatur. Stärken: die direkte Angabe einer Raucherentwöhnung-Guideline zur praktischen Anwendung.
26. Es werden Raucherberatungsschemen abgebildet, die zur direkten Anwendung dienen können in der Praxis.
27. Nur, indem aufgezeigt wird, was direkt praktisch umgesetzt werden kann, und die Angabe von Websites zur Raucherberatung für Patienten und Personal.