

Bachelorarbeit

Hinderliche und förderliche Faktoren bei der Implementierung von neuem Wissen in die Pflegepraxis – ein Literaturreview

eingereicht von

Carmen Breitenberger

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Nursing Science

(BScN)

Medizinische Universität Graz

Institut für Pflegewissenschaft

unter der Anleitung von

Univ.-Ass. Dr.rer.cur. Silvia Bauer, BSc MSc

Graz, 26. März 2019

Eidesstaatliche Erklärung

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

Graz, 26. März 2019

Carmen Breitenberger, eh.

Inhaltsverzeichnis

Eidesstaatliche Erklärung	II
Inhaltsverzeichnis	III
Zusammenfassung	V
Abstract	VII
1. Einleitung	- 1 -
1.1. Hintergrund	- 1 -
1.2. Pflegerelevanz.....	- 2 -
1.3. Definitionen	- 2 -
1.3.1. Implementierung und Implementierungswissenschaft	- 2 -
1.3.2. Konzept der evidenzbasierten Pflege.....	- 3 -
1.3.3. Innovationen	- 3 -
1.4. Consolidated Framework for Implementation Research Modell (CFIR Modell) ...	- 4 -
1.5. Forschungslücke, Forschungsziel und Forschungsfrage	- 5 -
2. Methodik	- 6 -
2.1. Design.....	- 6 -
2.2. Literaturrecherche	- 6 -
2.3. Auswahl der Studien.....	- 7 -
2.4. Bewertung der Studien	- 8 -
3. Ergebnisse	- 10 -
3.1. Eigenschaften der ausgewählten Studien.....	- 10 -
3.2. Administrative Ebene.....	- 17 -
3.2.1. Hinderliche Faktoren	- 17 -
3.2.1.1. Zeitfaktor.....	- 17 -
3.2.1.2. Aus-, Fort- und Weiterbildung	- 18 -
3.2.1.3. Intradisziplinäre Zusammenarbeit	- 18 -
3.2.1.4. Materielle Ressourcen.....	- 19 -
3.2.1.5. Generalisierbarkeit der Forschungsergebnisse	- 19 -
3.2.2. Förderliche Faktoren	- 20 -
3.2.2.1. Intradisziplinäre Zusammenarbeit	- 20 -
3.2.2.2. Aus-, Fort- und Weiterbildung	- 20 -
3.2.2.3. Zeitfaktor.....	- 21 -
3.2.2.4. Charakteristiken des Managements.....	- 22 -
3.2.2.5. Materielle Ressourcen.....	- 22 -
3.3. Ebene des diplomierten Pflegepersonals.....	- 22 -
3.3.1. Hinderliche Faktoren	- 23 -

3.3.1.1. Zeitfaktor.....	- 23 -
3.3.1.2. Wissensdefizit	- 23 -
3.3.1.3. Ebene des Managements	- 24 -
3.3.1.4. Intradisziplinäre Zusammenarbeit	- 24 -
3.3.1.5. Sprachbarriere.....	- 24 -
3.3.1.6. Einstellung des diplomierten Personals	- 25 -
3.3.1.7. Materielle Ressourcen.....	- 25 -
3.3.1.8. PatientInnencompliance	- 25 -
3.3.1.9. Generalisierbarkeit der Forschungsergebnisse	- 26 -
3.3.2. Förderliche Faktoren	- 26 -
3.3.2.1. Aus-, Fort- und Weiterbildung	- 26 -
3.3.2.2. Zeitfaktor.....	- 27 -
3.3.2.3. Intradisziplinäre Zusammenarbeit	- 28 -
3.3.2.4. Materielle Ressourcen.....	- 28 -
4. Schlussfolgerung	- 29 -
5. Diskussion	- 31 -
5.1. Stärken.....	- 35 -
5.2. Schwächen.....	- 35 -
6. Empfehlungen	- 37 -
6.1. Empfehlungen für die Praxis.....	- 37 -
6.2. Empfehlungen für die Forschung.....	- 38 -
7. Literaturverzeichnis	- 39 -
8. Anhang	- 45 -
8.1. Abbildungsverzeichnis.....	- 45 -
8.2. Tabellenverzeichnis.....	- 45 -
8.3. Bewertung der eingeschlossenen Studien.....	- 45 -

Zusammenfassung

Hintergrund: Die Implementierung evidenzbasierter Gesundheitsprozesse, auf zuverlässige Art und Weise, ist ein bedeutungsvolles Merkmal für Qualitätsversorgung. Trotzdem werden Forschungsergebnisse, ungeachtet ihrer Relevanz, nicht in die tägliche Pflegepraxis integriert und viele PatientInnen werden daher nicht nach neuesten Erkenntnissen gepflegt. Deshalb stellt die Nennung hinderlicher und förderlicher Faktoren bei der Implementierung von neuem Wissen eine wichtige Grundlage für evidenzbasierte Pflege dar, da es von großer Relevanz ist, diese Faktoren und ihre Auswirkungen zu kennen, um Barrieren überwinden zu können.

Ziel: Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, hinderliche und förderliche Faktoren bei der Implementierung von neuem Wissen in die Pflegepraxis aufzuzeigen und zusammenzufassen.

Methode: Um die Forschungsfrage zu beantworten wurde eine Literaturrecherche in den Datenbanken Pubmed und Cinahl durchgeführt. Weiters wurde eine Suche in Google Scholar und eine Referenzdurchsicht mittels Handsuche durchgeführt. Alle 13 miteinbezogenen Studien wurden mit dem Fragebogen Hawker et al. (2002) auf ihre Qualität überprüft. Nach der Datenanalyse wurden die Ergebnisse zusammengefasst.

Ergebnisse: Hinderliche und förderliche Faktoren bei der Implementierung von neuem Wissen in die Pflegepraxis werden sowohl auf administrativer als auch auf Ebene des diplomierten Pflegepersonals sehr vielfältig wahrgenommen. Zu den am häufigsten genannten Barrieren zählen der Zeitmangel und der damit verbundene Stress, schlechte intradisziplinäre Zusammenarbeit und die damit verbundene unzureichende Kommunikation zwischen den Berufsgruppen, sowie ein Defizit in der Ausbildung und ein schlechtes Fort- und Weiterbildungsangebot. Als förderliche Faktoren werden die Unterstützung durch das Management und das Kollegium angesehen. Weiters wird der Ausbildung von ExpertInnen im Bereich der Pflegeforschung große Relevanz für die Umsetzung einer Innovation zugeschrieben.

Schlussfolgerung: Es ist wichtig Implementierungstätigkeiten durchzuführen, um auf Basis des neuesten Stands der Wissenschaft pflegen zu können. Daher sollte Implementierungsarbeit verstärkt in den täglichen Arbeitsalltag von diplomiertem

Pflegepersonal, wie auch Personen, welche im Management- oder Verwaltungsbereich tätig sind, inkludiert werden. Um die Umsetzung einer Innovation auf beiden Ebenen möglichst attraktiv zu gestalten, ist es notwendig, förderlicher Faktoren zu stärken und Barrieren zu überwinden.

Schlüsselwörter: Implementierung, neues Wissen, Pflegepraxis, Faktoren und Barrieren

Abstract

Background: The implementation of evidence-based health processes, in a reliable manner, is a significant characteristic of quality care. However, research results - regardless of their relevance - are not being integrated into daily nursing practice and many patients do not experience care in accordance with the latest findings. Therefore, the identification of factors that debilitate or support the implementation of new knowledge is a basic principle of evidence-based care. It is of utmost importance to know these factors and their impact in order to overcome barriers.

Aim: This bachelor thesis aims to point out and to summarize factors that debilitate or support the implementation of new knowledge in nursing practice.

Method: A literature review was conducted to answer the research question. The search was held using the databases PubMed and CINAHL. Additionally, a hand search using Google Scholar was undertaken and reference lists were screened. The critical appraisal of the 13 studies included took place by hand of the Hawker checklist (Hawker et al. 2002). After data analysis, the results were summarized.

Results: Factors that debilitate or support the implementation of new knowledge in nursing practice are perceived multifariously by both, the administrative and the nursing staff. The most frequently reported barriers include lack of time, which is associated with stress, and poor intradisciplinary cooperation, which is associated with an inadequate interprofessional communication. Also, shortcomings in education and poor on-the-job training offers were named as negative factors. The support from management and colleagues was identified as a positive factor. Additionally, the training of experts in nursing research is of great relevance for the implementation of innovations.

Conclusion: In order to carry out nursing activities based on the current state of research, it is important to carry out implementation work. Therefore, implementation work should be included to a greater extent in the day-to-day work of certified nursing staff, as well as on the administration and the management level. In order to make the implementation of an innovation as attractive as possible for all staff, it is necessary to strengthen supportive factors and to overcome barriers.

Keywords: implementation, new knowledge, nursing practice, factors and barriers

1. Einleitung

1.1. Hintergrund

Im Jahr 2016 wurden insgesamt 348.131 Personen in Österreich in verschiedensten Einrichtungen gepflegt und behandelt (Statistik Austria 2018b). Für all diese Personen ist es von enormer Wichtigkeit die bestmögliche Versorgung und Betreuung zu erhalten (Brown et al. 2010). Es ist jedoch eine ständige Herausforderung für Pflegepersonen, Wege zu finden, die Versorgung auf der Grundlage der bestmöglichen Erkenntnisse zu gewährleisten (van Achterberg et al. 2008). Das funktioniert in der pflegerischen Praxis häufig nicht. Die Konsequenz ist, dass viele PatientInnen nicht angemessen gepflegt werden bzw. unnötige oder sogar schädliche Pflege erhalten, da die Pflege nicht auf neuesten Erkenntnissen der Wissenschaft basiert (Rycroft-Malone et al. 2002). Obwohl diplomiertes Pflegepersonal eine gute Einstellung gegenüber der Anwendung von evidenzbasierter Pflege hat (Alanen et al. 2009), wird sie nicht in die tägliche Pflege integriert (Bostrom et al. 2009). Daher muss laut Rasmussen et al. (2018) die Wissenslücke zwischen Evidenz und Praxis überbrückt werden. Laut Majid et al. (2011) ist die medizinische und pflegerische Versorgung eine der dynamischsten Disziplinen in der PatientInnenbetreuung, wobei alljährlich große Mengen an Geld für qualitativ hochwertige Forschung ausgegeben werden. Allein in Österreich waren im Jahr 2015 insgesamt 126.171 Personen im Forschungszweig, aufgliedert in Hochschulsektor (beispielsweise Universitäten), im Sektor Staat (beispielsweise Landeskrankenanstalten), im privaten gemeinnützigen Sektor (nicht öffentlicher Bereich) oder im Unternehmenssektor (beispielsweise im firmeneigenen Bereich), tätig. Es wurden rund 10,5 Milliarden Euro in Forschung investiert (Statistik Austria 2018a). Ein Hauptziel hinter all dieser Forschungsarbeit ist es, ÄrztInnen, Pflegekräften und MedizintechnikerInnen die bestmögliche Versorgung und Behandlung von PatientInnen zu ermöglichen, da Pflege vermehrt auf neuwertigster Evidenz, als auf traditionellen und etablierten Verfahren beruht (Majid et al. 2011).

1.2. Pflegerelevanz

Aufgabe des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege ist es nach Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse an der Aufrechterhaltung der höchstmöglichen Lebensqualität, aus pflegerischer Sicht, zu arbeiten. Dies wird durch gesundheitsfördernde, präventive, kurative, rehabilitative sowie palliative Kompetenzen erreicht. Weiters ist es Obliegenheit des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege bei der Entwicklung, Organisation und Implementierung pflegerischer Strategien, Konzepte und Programme, zur Stärkung der Gesundheitskompetenz, mitzuwirken (*Gesundheits- und Krankenpflegegesetz* 2018). Laut Winters and Echeverri (2012) müssen sich Gesundheits- und KrankenpflegerInnen an Forschungsprojekten beteiligen, Forschungsergebnisse finden, die Ergebnisse verstehen, diese bewerten und sie in ihre tägliche Praxis integrieren.

1.3. Definitionen

1.3.1. Implementierung und Implementierungswissenschaft

Voss (1988) beschreibt Implementierung als einen Prozess, der zur erfolgreichen Einführung einer Innovation oder neuer Technologien führt. Die Implementierung bezieht sich nie auf eine einzelne Innovation, welche umgesetzt werden soll (Campbell et al. 2000), sondern fasst laut Murray et al. (2010) immer ein komplexes Bündel materieller oder kognitiver Praktiken zusammen. Diese Praktiken beziehen sich auf die Einführung eines neuen Gedanken, einer neue Handlung oder einer neuen Organisation in ein soziales System. Um Implementierung bestmöglich durchführen zu können, bedarf es einer Forschung bzw. Wissenschaft die versucht, ein breites Spektrum von Implementierungsproblemen zu lösen. Sie hat ihren Ursprung in mehreren Disziplinen und Forschungstraditionen (Peters et al. 2013). Die Implementierungswissenschaft bezieht sich auf die wissenschaftliche Untersuchung von Methoden, zur Förderung der Übernahme von Forschungsergebnissen und anderen evidenzbasierten Praktiken, in die Routinepraxis. Dies dient zur Verbesserung der Qualität und Wirksamkeit von Gesundheitsdiensten (Eccles 2006).

1.3.2. Konzept der evidenzbasierten Pflege

Evidenzbasierte Pflege beinhaltet die Integration der besten Forschungsergebnisse in die Pflegepraxis (Jefferis et al. 2013; Ritchie & Prentice 2011) und ist ein gewissenhafter, expliziter und vernünftiger Umgang mit forschungsbasierten Informationen für die Leistungserbringung an Einzelpersonen oder PatientInnengruppen, unter Berücksichtigung individueller Bedürfnisse und Präferenzen (Ingersoll 2000). Laut Rycroft-Malone et al. (2004) steckt eine klare Botschaft dahinter, welche sicherstellen soll, dass die Menschen eine Versorgung auf der Grundlage der bestmöglichen Beweise erhalten. Darunter versteht man die gewissenhafte, explizite und vernünftige Verwendung der aktuell besten Erkenntnisse für die Versorgung einzelner Individuen (Rycroft-Malone et al. 2004).

1.3.3. Innovationen

Laut Rogers (2002) ist eine Innovation eine Idee, eine Praxis oder ein Objekt, welche(s) von einer Person oder einer Einheit von Individuen als neu wahrgenommen wird. Bestimmte Innovationen verbreiten sich schneller als andere, da die Merkmale einer Innovation ihre Akzeptanz bestimmen. Diese Merkmale lauten:

- Relativer Vorteil – die Innovation wird besser wahrgenommen als eine Idee. Wichtig dabei ist, dass ein Individuum die Innovation als vorteilhaft empfindet.
- Kompatibilität – ist der Status, in dem eine Innovation als konsistent wahrgenommen wird.
- Komplexität – wird als der Schlüssel zum Erfolg beschrieben. Die Innovation wird als verständlich, anwendbar und nützlich wahrgenommen.
- Testbarkeit – die Innovation wird begrenzt ausprobiert.
- Beobachtungsfähigkeit – die Ergebnisse werden für Andere sichtbar (Rogers 2002).

1.4. Consolidated Framework for Implementation Research Modell (CFIR Modell)

Für die Umsetzung von evidenzbasiertem Wissen in die Pflegepraxis stehen viele Implementierungstheorien zur Verfügung. Diese Theorien beziehen sich auf Einflussfaktoren bei der Implementierung. Da identische oder ähnliche Faktoren aber immer mit anderen Bezeichnungen versehen wurden, wurden im *Consolidated Framework for Implementation Research Modell* (CFIR Modell) 19 Implementierungsfaktoren zusammengefasst (Damschroder et al. 2009).

Das CFIR-Modell ist ein anwendungsbezogener Rahmen, der verwendet werden kann, um Theorien, mit seiner umfassenden Struktur, zu vervollständigen (Damschroder et al. 2009). Das Modell wird in fünf Hauptbereiche gegliedert. Diesen Hauptgruppen liegen 39 Elemente und Unterelemente zu Grunde. Zu den Hauptgruppen zählen:

- 1) Die Intervention, welche die Eigenschaften des Eingriffes mit dem Kern und der anpassungsfähigen Peripherie betrifft.
- 2) Die innere Umgebung bzw. Einstellung, welche die Organisationsstruktur bzw. die Kultur besitzt.
- 3) Die äußere Umgebung bzw. Einstellung welche die wirtschaftlichen, politischen und sozialen Aspekte umfasst.
- 4) Die beteiligten Personen und deren Merkmale.
- 5) Der Prozess, mit dem die Implementierung durchgeführt wird; der aktive Veränderungsprozess (Ilott et al. 2013).

Diese im CFIR beschriebenen 5 Hauptgruppen stellen eine Ausgangsbasis für das Verständnis der Implementierung dar. Das Konzept des CFIR-Modells wird dafür verwendet, um Bewertungen abzuleiten und die Wissensbasis für die Implementierung über mehrere Studien und deren Umgebung hinweg aufzubauen (Damschroder et al. 2009). Daher bietet das CFIR Modell eine anerkannte Möglichkeit, um Implementierungsprozesse gut zu steuern (Breimaier et al. 2011).

1.5. Forschungslücke, Forschungsziel und Forschungsfrage

Pflegerische Interventionen sollen auf neuesten Erkenntnissen basieren und evidenzbasiert sein (Brown et al. 2010; Rycroft-Malone et al. 2002; van Achterberg et al. 2008). Bei der Implementierung dieser Erkenntnisse in die Pflegepraxis treten häufig Schwierigkeiten auf. Von diplomiertem Pflegepersonal werden immer wieder Hindernisse bei der Integration von Forschungsergebnissen in die klinische Praxis wahrgenommen (Brown et al. 2009; Solomons & Spross 2011).

Es konnte kaum Literatur dazu gefunden werden, welche explizit auflistet, welche Faktoren hinderlich und welche förderlich bei der Implementierung von neuem Wissen in die Pflegepraxis sind. Das Wissen über diese Faktoren und Barrieren ist aber durchaus notwendig, um schädliche, unzureichende und unnötige Pflege zu vermeiden und in weiterem Verlauf zu finden, um Barrieren aus dem Weg zu räumen (Brown et al. 2010; Hellier & Cline 2016).

Das Ziel dieser Arbeit ist es daher hinderliche und förderliche Faktoren bei der Implementierung in die Pflegepraxis aufzuzeigen.

Daraus ergibt sich folgende Forschungsfrage:

Welche hinderlichen und förderlichen Faktoren bei der Implementierung von neuem Wissen in die Pflegepraxis gibt es?

2. Methodik

2.1. Design

Zur Erreichung des Ziels und zur Beantwortung der Forschungsfrage dieser Bachelorarbeit wurde ein Literaturreview durchgeführt. Ein Literaturreview ist eine systematische Methode zur Identifizierung und Bewertung von fertig aufgezeichneten Arbeiten, welche von ForscherInnen und WissenschaftlerInnen erstellt wurde (Fink 2010). Nach der Begutachtung und Einschätzung dieser Artikel wurden diese mittels eines Auswertungsbogen kritisch bewertet und zusammengefasst.

2.2. Literaturrecherche

Die Literaturrecherche wurde im Oktober und November 2018 durchgeführt. Um einen ersten Überblick über die bestehende wissenschaftliche Literatur zu erhalten, hat eine Handsuche im Internet und in diversen Büchern stattgefunden. Danach erfolgte eine Literatursuche in den Datenbanken Public Medical Literature On-Line (Pubmed) und Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL). Da es sich um englische Datenbanken handelt, wurden alle Begriffe sowie Keywords in englischer Sprache definiert.

Es wurde mit folgenden Begriffen gesucht: „implement“, „knowledge“, „innovation“, „nurse“, „factor“ und „barriers“. Mit diesen Schlüsselwörtern konnte die beste Suchstrategie entwickelt werden.

Diese Termini wurden mit den Booleschen Operatoren „AND“ und „OR“ verknüpft. Weiters wurde mit Trunkierungen und MeSH-Terms (Medical Subject Headings) gesucht. Um zusätzliche Literatur zu finden wurde noch eine Referenzdurchsicht mittels Handsuche durchgeführt.

Verwendete Suchstrategie:

PubMed: (((implement*[Title/Abstract]) AND ((knowledge [Title/Abstract]) OR innovation[Title/Abstract])) AND nurse[MeSH Terms]) AND ((barriers[Title/Abstract]) OR factor[Title/Abstract])

Cinahl: ((AB implement*) AND ((MH knowledge) OR (AB innovation))) AND ((AB factors) or (AB barriers)) AND (AB nurse))

Es wurden folgende Filter gesetzt:

- Es wurden nur Studien inkludiert, welche innerhalb der letzten 5 Jahre (01.01.2013 – 13.11.2018) publiziert wurden. Bei der Handsuche wurde jedoch ein Forschungsartikel inkludiert, welcher im Jahr 2011 veröffentlicht wurde. Grund dafür ist, dass dieser Artikel Daten aus Österreich enthält und somit große Relevanz für die Beantwortung der Forschungsfrage hat.
- Weiters wurden nur Artikel in den Sprachen Deutsch und Englisch herangezogen.

2.3. Auswahl der Studien

Inhaltliche Ein- und Ausschlusskriterien

Es wurden nur Studien inkludiert, welche hinderliche oder förderliche Faktoren bei der Implementierung von neuem Wissen in die Pflegepraxis beschrieben haben. Herangezogen wurden Artikel, welche die Einführung von Pflegetätigkeiten veranschaulichten und jene, welche die Implementation von Modellen darstellten. Weiters wurden nur Studien verwendet, welche eine Originaldatenerhebung beschrieben.

Ausgeschlossenen wurden Reviews (Zusammenfassungen) von bereits bestehenden Forschungsartikeln, da in diesem Fall auf die Originalliteratur zurückgegriffen wurde.

Auswahlprozess

Alle Ergebnisse der Literatursuche wurden in ein Literaturverwaltungsprogramm eingefügt (Endnote X8.2). Mit den beiden Suchanfragen wurden nach Entfernung der Duplikate 153 Treffer erzielt. Im Rahmen der Handsuche konnte eine weitere passende Studie identifiziert werden. Nach Titel- und Abstractscreening der 154 wissenschaftlichen Arbeiten wurden 35 Artikel auf die Eignung des Volltextes geprüft. Nach dem Lesen des Volltextes konnten 22 Artikel ausgeschlossen werden und somit blieben 13 relevante Volltexte. Diese wurden mittels dem Fragebogen Hawker et al. (2002) kritisch beurteilt. Der Auswahlprozess ist in nachstehender Abbildung 1 dargestellt.

2.4. Bewertung der Studien

Die kritische Beurteilung der 13 eingeschlossenen Studien erfolgte mit Hilfe des Fragebogens Hawker et al. (2002). Dieses Instrument wurde gewählt, da es sowohl für qualitative als auch quantitative Studien gut geeignet ist.

Das Beurteilungsinstrument ist in 9 Kategorien gegliedert, welche dem Aufbau eines wissenschaftlichen Artikels entsprechen. Der Bewertungsbogen ist wie folgt kategorisiert: (1) Zusammenfassung und Titel (2) Einleitung und Ziele (3) Methoden und Datenerfassung (4) Stichprobe (5) Datenanalyse (6) ethische Punkte und Limitationen (7) Resultate (8) Übertragbarkeit und Generalisierbarkeit (9) Empfehlungen für Praxis und Forschung (Hawker et al. 2002).

In jeder Kategorie werden Punkte von 1 bis 4 vergeben. Die Beurteilung erfolgt mittels einer Likert-Skala mit 4 Abstufungen. Da der Bewertungsbogen auf Englisch verfasst ist lauten die 4 Auswahlmöglichkeiten: *Very Poor* (1 Punkt), *Poor* (2 Punkte), *Fair* (3 Punkte) und *Good* (4 Punkte). Je höher die Punkteanzahl, desto besser ist die Qualität des zu bewertenden Artikel anzusehen. In diesem Literaturreview wurden alle Studien inkludiert, welche bei der Bewertung mehr als 60% der maximalen Punkteanzahl erzielten. Alle 13 Studien konnten in die Arbeit inkludiert werden. Die Bewertungen dieser Studien sind dem Anhang dieser Arbeit zu entnehmen.

Der Auswahlprozess der Studien wird im nachfolgenden PRISMA Statement Flowchart (Abbildung 1) dargestellt.

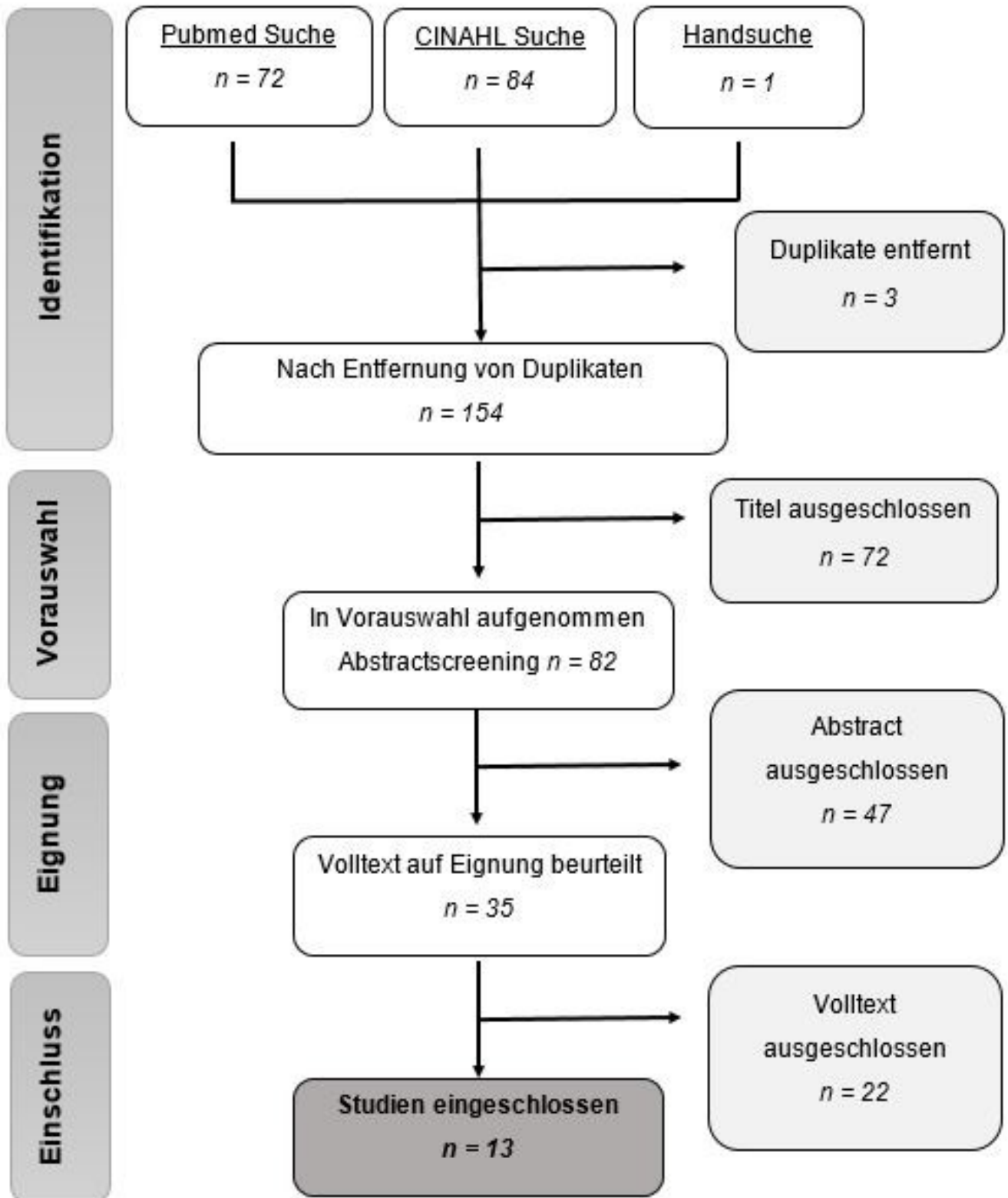


Abbildung 1: Flowchart der Literaturrecherche und des Auswahlprozesses nach dem Schema des PRISMA-Statements (Ziegler 2011)

3. Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der 13 ausgewählten und inkludierten Studien dargestellt. Im ersten Abschnitt werden die Charakteristika der eingeschlossenen Studien beschrieben, welche Tabelle 1 zu entnehmen sind. Die in den einzelnen Studien aufgezählten förderlichen und hinderlichen Faktoren werden in zwei Teilbereiche untergliedert. Die erste Kategorie bezieht sich auf Faktoren, welche auf administrativer Ebene erhoben wurden, die zweite beschreibt die Daten, welche sich auf diplomiertes Pflegepersonal, Lehrpersonen und Auszubildende im Bereich der Pflege beziehen.

3.1. Eigenschaften der ausgewählten Studien

Bei den 13 eingeschlossenen Studien handelt es sich um 5 qualitative Designs, 7 quantitative Designs und 1 mixed-methods Design.

Die Stichprobengröße in den qualitativen Studien lag zwischen 8 und 36 Personen. In den quantitativen Studien lag die Beteiligung zwischen 121 und 1021 Personen. Weiters wird in der mixed-methods Studie der Standpunkt von 158 Personen wiedergegeben. Die Datenerhebung in allen 5 eingeschlossenen qualitativen Studien erfolgte mittels offener Interviews. Die Befragungen fanden entweder alleine oder in Gruppen statt. Zusätzlich wurde in einer qualitativen Studie die Auswertung von Tagebucheinträgen und Beobachtungen durch das Forschungsteam als Datenerhebungsmethode miteinbezogen. In 6 der 7 quantitativen Studien wurde als Erhebungsinstrument ein Fragebogen gewählt. In einer Studie wurden die Daten mittels strukturierten Interviews gesammelt. In der mixed-methods Studie wurden als qualitative Datenerhebungsmethode Interviews gewählt. Die quantitativen Daten wurden mittels Fragebogen erhoben.

Jeweils 2 Studien wurden in Kanada und Spanien durchgeführt. Weiters hat je eine Studie in Asien, Belgien, Dänemark, Iran, Norwegen, Österreich, Taiwan, den USA und in Westafrika stattgefunden.

Alle inkludierten Studien sind in englischer Sprache verfasst.

Tabelle 1: Charakteristika der eingeschlossenen Studien

AutorInnen, Land, Jahr	Titel	Forschungsziel	Design	Setting, Stichprobe	Daten- erhebung	Hauptergebnisse
Abad-Corpa, E, Delgado-Hito, P, Cabrero-García, J, Meseguer- Liza, C, Zárate- Riscal, CL, Carrillo-Alcaraz, A, Martínez- Corbalán, JT & Caravaca- Hernández, A 2013 Murcia, Spanien	Implementing evidence in an onco- haematology nursing unit: a process of change using participatory action research	Ziel dieser Studie war es, Evidenz in einem Krankenhaus zu implementieren und somit ein besseres Verständnis über die Erfahrungen bei Veränderungen zu gewinnen.	Qualitative Studie	Isolationseinheit für onko- hämatologische PatientInnen in einem spanischen Krankenhaus, 1. Gruppen- meeting: 14 Diplompfleger- Innen 2. Gruppen- meeting: 6 Diplompfleger- Innen	Gruppen- interviews, persönliche Tagebuch- einträge und Beobacht- ungen durch Forscher- Innen	Mangelnde Nutzung von Ergebnissen wird als größte Barriere beschrieben. Weiters werden fehlendes Engagement, unzureichende Motivation, Trainingsdefizit, fehlende Unterstützung und Motivation als wichtige hinderliche Faktoren genannt. Außerdem werden förderliche Strategien, wie die Nutzung von Postern oder Trainingsangebote, als Hilfestellung beschrieben.
Bermúdez- Tamayo, C, Fernández Ruiz, E, Pastor Moreno, G, Maroto-Navarro, G, Garcia- Mochon, L, Jose Perez-Ramos, F, Caño-Aguilar, A & del Pilar Velez, M 2017 Granada, Spanien	Barriers and enablers in the implementation of a program to reduce caesarean deliveries	Die Studie verfolgt 2 Ziele: a) Identifizierung von Faktoren, welche die Einführung eines Programmes erleichtern und b) ein besseres Verständnis für Hindernisse zu bekommen, welche eine solche Veränderung beeinflussen.	Qualitative Studie	14 Krankenhäuser in der Region von Andalusien (Spanien), 28 Personen, davon 14 Entbindung- shelferInnen und 14 diplomierte Geburtshelfer- Innen. Weiters wird der Standpunkt der Administration dargestellt	Face-to-face Interviews	Die Barrieren und förder- lichen Faktoren werden hier in 5 Gruppen untergliedert: 1) auf Managementlevel, 2) auf Organisationslevel, 3) auf Gesundheitspersonal- ebene, 4) materielle Ressourcen und 5) fachliches Niveau.

AutorInnen, Land, Jahr	Titel	Forschungsziel	Design	Setting, Stichprobe	Erhebung	Ergebnisse
Breimaier, HE, Halfens, RJ & Lohrmann, C 2011 Graz, Österreich	Nurses´ wishes, knowledge, attitudes and perceived barriers on implementing research findings into practice among graduate nurses in Austria	Die Studie zielt darauf ab, Wünsche und Bedürfnisse von diplomiertem Pflegepersonal gegenüber der Durchführung und Verwendung von Forschung darzustellen. Weiters werden wahrgenommene Faktoren bei der Umsetzung und Nutzung von Forschungs- ergebnissen in der Praxis aufgelistet.	Quantitative Studie	1 Krankenhaus (1550 Betten) im Süd-Osten von Österreich, 1021 Diplompflege- Innen	Fragebögen mit 21 Fragen (14 geschlossene und 7 offene Fragen)	Die größten Wünsche bezüglich Forschungs- implementierung lauten in dieser Studie: adäquate Information, strukturelle Verfügbarkeit und professionelle Unterstützung. Die größten Barrieren werden mit mangelnder Zeit, unzureichende Information und Desinteresse seitens des Pflegepersonals beschrieben.
Chen, S-H, Shao, J-H, Hsiao, Y-C & Lee, H-C, 2013 Taiwan	Barriers to research utilization by registered nurses in Taiwan	Ziel dieser Studie war es, förderliche Faktoren und Barrieren bei der Nutzung und Einführung von Forschungs- ergebnissen zu beschreiben.	Quantitative Studie	4 Spitäler in Taiwan, 510 weibliche diplomierte Krankenpfleger- innen. Darüber hinaus wird die Ansicht der Managerebene dargestellt	Mit E-Mail versendete Fragebögen	Es wurden 28 Faktoren gefunden, welche als Barrieren bei der Implementierung beschrieben werden. Als größte Barriere wird hier die Unkenntnis einen Forschungsartikel auf seine Qualität zu bewerten benannt. Weiters werden die finanziellen Aspekte als hinderlicher Faktor aufgezeigt. Es werden in diesem Artikel keine förderlichen Faktoren benannt.

AutorInnen Land, Jahr	Titel	Forschungsziel	Design	Setting, Stichprobe	Erhebung	Ergebnisse
Clement, CM, Stiell, IG, Lowe, CA, Brehaut, JC, Calder, LA, Vaillancourt, C & Perry, JJ 2015 Ottawa, Kanada	Facilitators and barriers to application of the Canadian C- spine rule by emergency department triage nurses	Ziel dieser Studie war es herauszufinden, welche förderlichen und hinderlichen Faktoren KrankenpflegerInnen, ÄrztInnen und AdministratorInnen bei der Umsetzung der kanadischen „C-spine- rule“ empfunden haben.	Quantitative Studie	9 Lehrkranken- häuser, Es wurden 281 Krankenpfleger- Innen, 151 ÄrztInnen und 24 ManagerInnen bzw. Administrator- Innen befragt.	Strukturierte Interviews (mit Likert-Skalen und zusätzlich einer offenen Frage)	Die Barrieren und förderlichen Faktoren bei der Implementierung wurden von diplomiertem Personal, ÄrztInnen und auf administrativer Ebene abgefragt. Die meist genannten Barrieren waren: zu viel Stress, zu wenig Zeit und ein zu großer Arbeitsaufwand um die Implementation durchzuführen.
De Visschere, L, de Baat, C, De Meyer, L, van der Putten, G-J, Peeters, B, Söderfelt, B & Vanobbergen, J 2015 Belgien	The integration of oral health care into day- today care in nursing homes: a qualitative study	Diese Studie untersuchte Barrieren und dienliche Faktoren, welche die Umsetzung eines Protokolls beeinflussten.	Qualitative Studie	13 Pflegeheime in Flanders, Belgien, 36 diplomierte Pflegerkräfte	7 Fokus- gruppen Interviews (offene Fragen) & 36 Face-to-face Interviews (offene Fragen und Folgefragen)	Als hinderlicher Faktor wurde die Wahrung der Autonomie und der Selbstbestimmung der zu PflegerInnen beschrieben. Weiters wird die unzureichende Kommunikation innerhalb des Personals als Barriere wahrgenommen.
Farokhzadian, J, Khajouei, R & Ahmadian, L 2015 Kerman, Iran	Evaluating factors associated with implementing evidence-based practice in nursing	Ziel war es, die Ein- stellung von PflegerInnen gegenüber EBP, sowie förderliche und hinderliche Faktoren bei der Einführung von EBP herauszufinden.	Quantitative Studie	4 Lehrkranken- häuser in Kerman, Iran, 182 diplomierte PflegerInnen	Fragebogen (ge- schlossene Fragen & Likert-Skala Fragen)	Als wichtigster unterstützender Faktor wurde die Mithilfe durch das Kollegium angesehen. Als größte Barriere wurde die fehlende Bildung beschrieben.

AutorInnen, Land, Jahr	Titel	Forschungsziel	Design	Setting, Stichprobe	Erhebung	Ergebnisse
Gifford, W, Thang, Q, Chen, S, Davies, B, Xie, R, Wen, S- W & Harvey, G 2018 Ottawa, Kanada	When east meets west: a qualitative study of barriers and facilitators to evidence-based practice in Hunan China	Ziel dieser Studie war es, Barrieren und förderliche Faktoren für eine evidenzbasierte Praxis zu erforschen.	Qualitative Studie	Hunan, 13 weibliche Krankenpflieger- innen	Face-to-face Interviews (offene Frage- stellungen)	Als hinderliche Faktoren wurden die mangelnde Verfügbarkeit von Studien in chinesischer Sprache, das unzureichende Verständnis über evidenzbasierte Pflege und die Angst, dass PatientInnen mit einer Veränderung der Pflegetätigkeiten nicht einverstanden seien, angegeben. Als förderlich wurde die Unterstützung der Führungsebene angesehen.
Karki, S, Acharya, R, Budhwani, H, Shrestha, P, Chalise, P, Shrestha, U, Gautam, K & Wilson, L 2015 Nepal, Asien	Perceptions and attitudes toward evidence based practice among nurses and nursing students in Nepal	Ziel der Studie war es, die Wahrnehmungen und Einstellungen von KrankenpflegerInnen und PflegeschülerInnen gegenüber EBP zu untersuchen.	Quantitative Studie	Wurde an alle TeilnehmerInnen, welche an einer EBP Konferenz in Nepal teilnahmen, gesandt. 121 Personen, davon 71 diplomierte Pflegepersonen und 55 Pflegeschüler- Innen	Fragebögen, davon 4 demo- graphische Fragen, 5 ja/nein Fragen und 57 Likert- Skala Fragen	Die größten Barrieren werden als mangelnde Zeit, fehlende Ressourcen, Schwierigkeiten beim Verständnis von Forschungsartikeln und eine unzureichende Autonomie um evidenzbasierte Pflege durchzuführen, beschrieben. Als förderliche Faktoren wurden befürwortende KollegInnen und ein unterstützendes Management angesehen.

AutorInnen, Land, Jahr	Titel	Forschungsziel	Design	Setting, Stichprobe	Erhebung	Ergebnisse
Kirk, JW, Sivertsen, DM, Petersen, J, Nilsen, P & Petersen HV 2016 Kopenhagen, Dänemark	Barriers and facilitators for implementing a new screening tool in an emergency department: A qualitative study applying the Theoretical Domains Framework	Ziel war es, Faktoren zu identifizieren, welche als wichtige Vermittler oder Hindernisse für die Einführung und den Einsatz eines neuen Instruments angesehen wurden.	Qualitative Studie	Dänisches Universitäts- krankenhaus (750 Betten), geriatrisches Team, Notaufnahmeteam (7 weibliche diplomierte Pflegerinnen & 1 männlicher Pfleger in der Notaufnahme)	3 Fokus- gruppen- interviews und 5 semi- strukturierte Interviews	Es haben sich 6 wichtige Bereiche herauskristallisiert: 1) professionelle Rolle, 2) Bewusstsein über die Konsequenzen, 3) Ziele, 4) Wissen, 5) Optimismus und 6) Kontext & Ressourcen. Auf jeder Ebene wurden hinderliche und förderliche Faktoren formuliert.
Malik, G, McKenna, L & Plummer, V 2016 Nebraska, USA	Facilitators and barriers to evidence-based practice: perceptions of nurse educators, clinical coaches and nurse specialists from a descriptive study	Diese Studie berichtet über die Wahrnehmung von Faktoren, welche mit der Verwendung von EBP verbunden sind.	Quantitative Studie	Tertiäres Gesundheitsnetz in Australien, 135 Personen (41 Krankenpflege- schülerInnen, 10 Lehrpersonen und 84 Pflegefachkräfte)	Fragebögen (25 Likert- Skala Fragen)	Als förderliche Faktoren wurden organisatorische Unterstützung und der Zugang zu Weiterbildungs- möglichkeiten angesehen. Als hinderliche Faktoren hingegen wurden ein Mangel an Wissen und Fähigkeiten, mangelnde Zeit, begrenzte Unterstützung und Ressourcen beschrieben.

AutorInnen, Land, Jahr	Titel	Forschungsziel	Design	Setting, Stichprobe	Erhebung	Ergebnisse
Nkrumah, I, Atuhaire, C, Priebe, G & Cumber, SN 2018 Ghana, Westafrika	Barriers for nurses` participation in and utilisation of clinical research in three hospitals within the Kumasi Metropolis, Ghana	Die Studie zielte darauf ab, den Anteil der KrankenpflegerInnen, die an der klinischen Forschung beteiligt sind, sowie die Hindernisse für die Beteiligung und die Nutzung der Forschungsergebnisse durch KrankenpflegerInnen, zu untersuchen.	Mixed- Method Design (qualitativ & quantitativ)	3 Spitäler in Kumasi, 158 Kranken- pflegerInnen	Interviews (qualitativ), Fragebogen mit geschlossene Likert-Skala Fragen (quantitativ)	Als Barriere wurde mangelnde Unterstützung von KollegInnen, von ÄrztInnen sowie auf administrativer Ebene aufgelistet. Weiters gilt die Annahme, dass Forschung und deren Integration in die Pflegepraxis nicht Teil der Rolle einer Pflegekraft sei, als hinderlicher Faktor.
Weum, M, Bragstad, LK, Glavin, K 2018 Norwegen	How public health nurses use sources of knowledge	Ziel der Studie war es 1) die Informationsquellen zu identifizieren, welche von KrankenpflegerInnen im Gesundheitswesen in der Praxis genutzt werden, 2) welchen Hindernissen KrankenpflegerInnen bei Implementierungsarbeit begegnen und 3) welche Auswirkungen diese Barrieren auf die Bewertung von forschungsbasiertem Wissens haben.	Quantitative Studie	Norwegen, 638 Public Health Kranken- pflegerInnen	Online Fragebogen (1 geschlossene Frage, 40 Likert-Skala Fragen, 1 offene Frage)	Als größter hinderlicher Faktor wurde der Zeitmangel angegeben. Ebenfalls wurde auf die Sprachbarriere hingewiesen (Schwierigkeit englische Artikel zu verstehen). Als weitere wichtige Barriere wird das verminderte Verständnis von relevanten Forschungsartikeln für die jeweilige Pflegepraxis beschrieben.

3.2. Administrative Ebene

Im Zuge dieses Literaturreviews zählen Personen zur administrativen Ebene, welche im Management- oder Verwaltungsbereich tätig sind und die Meinung derer wird beschrieben. Es wurden insgesamt 32 Personen befragt. Alter, Geschlecht, sowie Ausbildung der Befragten sind in den inkludierten Studien nicht kenntlich gemacht. Alle mitaufgenommenen Faktoren werden in hinderliche und förderliche, sowie erhobene Unterpunkte, unterteilt.

3.2.1. Hinderliche Faktoren

3.2.1.1. Zeitfaktor

Fehlende zeitliche Ressourcen für die Implementierung von neuem Wissen in die Pflegepraxis wird als Hauptergebnis der Studien von Bermúdez-Tamayo et al. (2017); Chen et al. (2013) und Clement et al. (2016) beschrieben. Darunter versteht man einerseits, dass es dem Management aufgrund der fehlenden Anstellung von zusätzlichen Dienstposten nicht möglich ist, Pflegepersonen während der Arbeitszeit, Implementierungsarbeit leisten zu lassen (Clement et al. 2016). Aufgrund des Personalmangels ist es Personen, welche im Pflegebereich tätig sind, zeitlich nicht möglich, wissenschaftliche Artikel zu lesen und diese zu bewerten (Bermúdez-Tamayo et al. 2017; Clement et al. 2016). Andererseits wird auch die Schulung von neuen Arbeitsläufen als zu zeitintensiv betrachtet, da hiervon das gesamte Personal betroffen wäre (Clement et al. 2016). Man würde dafür ein angemessenes Trainingsangebot benötigen. Dazu zählen viele Trainingstage, welche laut der Studie von Chen et al. (2013) zu kostenintensiv und daher vom Management nicht vertretbar sind. Weiters fehlt die Garantie, dass neu erlernte Innovationen in die Pflegepraxis implementiert werden, da es laut Bermúdez-Tamayo et al. (2017) für Pflegekräfte sehr schwierig ist, fest verankerte Arbeitsabläufe gegen neu erlernte oder umgelernte Tätigkeiten zu ersetzen. Weiters wird auf die Durchführung neu erlernter Handlungsabläufe eher verzichtet, wenn diese mehr Zeit in Anspruch nehmen, als die bisherig durchgeführten (Bermúdez-Tamayo et al. 2017; Clement et al. 2016). Würde man nun die hohen Kosten des Trainings in Anspruch nehmen und alle Pflegepersonen in die Innovation einschulen, jedoch keine Umsetzung durch das Pflegepersonal in der

Pflegepraxis haben, würde man laut Clement et al. (2016) auf doppelter Basis verlieren.

3.2.1.2. Aus-, Fort- und Weiterbildung

Abermals wird auf die Implementation von neuem Wissen in die Pflegepraxis verzichtet, da es aus Erfahrungsberichten der Einrichtungen bekannt ist, dass das Pflegepersonal nicht gewillt ist, eine Innovation umzusetzen (Clement et al. 2016). Dies liegt aber nicht an den verankerten Tätigkeiten des Pflegepersonals und der Unlust etwas umzulernen (Bermúdez-Tamayo et al. 2017), sondern, dass es Pflegepersonen oft nicht möglich ist, die Wichtigkeit von Implementationsprozessen zu verstehen und es fehlende edukative Maßnahmen in Bezug auf Pflegeforschung gibt (Clement et al. 2016). Hierbei wird die mangelnde Aus- und Weiterbildung als großer Kritikpunkt verstanden (Bermúdez-Tamayo et al. 2017; Breimaier et al. 2011; Chen et al. 2013; Clement et al. 2016; Farokhzadian et al. 2015; Karki et al. 2015). Es gibt zu wenig Verständnis über Implementation, der Zugriff auf Datenbanken und (Online-) Bibliotheken ist nur spärlich möglich, es fehlt an Wissen über Recherche und Forschung, überdies gibt es kaum Kenntnisse über grundlegende statistische Prinzipien (Breimaier et al. 2011; Farokhzadian et al. 2015; Karki et al. 2015). Weiters sind Pflegepersonen oft nicht in der Lage eine wissenschaftliche Arbeit auf deren Qualität zu überprüfen und so die Aussagekraft und die Ergebnisse des Artikels richtig zu verstehen (Karki et al. 2015).

3.2.1.3. Intradisziplinäre Zusammenarbeit

Eine weitere Problematik ergibt sich aus der intradisziplinären Zusammenarbeit (Chen et al. 2013; Clement et al. 2016). Oft ist es Pflegepersonen und ÄrztInnen nicht möglich an einem Strang zu ziehen, da für die jeweiligen Bereiche ein anderes Führungsteam zuständig ist. Zwischen diesen beiden Management-Ebenen besteht kaum bis keine Verständigung. Diese wäre aber nötig, um diese Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit zu lösen (Bermúdez-Tamayo et al. 2017). ÄrztInnen wird es von Seiten ihres Managements untersagt, sich an pflegerischen Innovationen zu beteiligen, da dies laut Angaben der Führungsebene nicht in ihren Aufgabenbereich fällt. Dabei ist es für Pflegepersonen durchaus wichtig, ÄrztInnen

als Beistand bei der Implementierung einer Innovation in die Pflegepraxis an ihrer Seite zu wissen. Die Unterstützung des ärztlichen Personals bei pflegerischen Tätigkeiten ist oft unumgänglich, da gewisse pflegerische Tätigkeiten einer ärztlichen Anordnung unterliegen (Bermúdez-Tamayo et al. 2017; Clement et al. 2016).

3.2.1.4. Materielle Ressourcen

Manchmal ist es nicht möglich eine Innovation in die Pflegepraxis zu implementieren, da es nicht die passende Ausrüstung, die geeigneten Materialien und Ressourcen gibt (Bermúdez-Tamayo et al. 2017). Für die Anschaffung der benötigten Mittel sind in den meisten Einrichtungen keine finanziellen Ausgaben vorgesehen (Bermúdez-Tamayo et al. 2017; Chen et al. 2013). In vielen medizinisch-pflegerischen Einrichtungen ist die Implementation von neuem Wissen in die Pflegepraxis von Seiten des Managements daher nicht möglich (Chen et al. 2013; Clement et al. 2016). Gründe dafür sind die Kostenintensität und der erhöhte Trainingsbedarf der einzulernenden MitarbeiterInnen (Clement et al. 2016). Die finanziellen Belange werden hierbei als große Barriere angesehen (Bermúdez-Tamayo et al. 2017; Chen et al. 2013; Clement et al. 2016).

3.2.1.5. Generalisierbarkeit der Forschungsergebnisse

Forschungsartikel bringen oft viele neue Erkenntnisse für die Pflegepraxis. Diese beruhen auf den neuesten Errungenschaften der Wissenschaft und sollten daher in die Pflegepraxis implementiert werden (Bermúdez-Tamayo et al. 2017). Jedoch stellt die fehlende Anwendbarkeit in der Praxis eine Barriere dar, weil nicht jede Innovation in jedes Setting übertragen werden kann (Clement et al. 2016). Gründe dafür sind, dass es für gewisse Fachrichtungen zu wenig oder gar keine Beweise gibt, da diese im Rahmen der Studie kaum oder gar nicht beforscht werden (Bermúdez-Tamayo et al. 2017; Clement et al. 2016). Daher ist eine Umsetzung in die Pflegepraxis nicht möglich (Bermúdez-Tamayo et al. 2017).

3.2.2. Förderliche Faktoren

3.2.2.1. Intradisziplinäre Zusammenarbeit

Als der wichtigste förderliche Faktor auf administrativer Ebene wird die intradisziplinäre Zusammenarbeit beschrieben (Bermúdez-Tamayo et al. 2017; Clement et al. 2016). Laut Bermúdez-Tamayo et al. (2017) und Clement et al. (2016) spielt hierbei eine gute Kommunikation zwischen der Administration und Pflegepersonen, sowie der Administration und ÄrztInnen eine wesentliche Rolle, um eine erfolgreiche Implementation von neuem Wissen in die Pflegepraxis gewährleisten zu können. Darüber hinaus wird es als dienlich angesehen, wenn die Verständigung zwischen Pflegepersonen und ÄrztInnen auf sachlicher und wertschätzender Basis stattfinden kann (Bermúdez-Tamayo et al. 2017). Es ist wichtig, dass es gemeinsame Besprechungen bezüglich der Implementierung gibt, sowie intradisziplinäre Trainingstage, um eine Innovation einzulernen und somit eine Implementation verwirklichen zu können (Bermúdez-Tamayo et al. 2017; Clement et al. 2016). Bei all diesen Versammlungen und Übungseinheiten wird es als förderlich angesehen, wenn VertreterInnen der administrativen Ebene anwesend sind. Diese können Fortschritte erkennen, Probleme aufzeigen und am Lösungsprozess dieser teilnehmen und als Unterstützung dienen (Clement et al. 2016).

3.2.2.2. Aus-, Fort- und Weiterbildung

Dem Bereich der Aus- und Weiterbildung von Pflegekräften im Bereich der Pflegeforschung wird große Bedeutung zugeschrieben (Bermúdez-Tamayo et al. 2017; Breimaier et al. 2011; Chen et al. 2013; Clement et al. 2016; Farokhzadian et al. 2015; Karki et al. 2015). Mit Hilfe guter Kenntnisse des Pflegepersonals, bezüglich der Literaturrecherche in Datenbanken und Bibliotheken, sowie die Befähigung einen wissenschaftlichen Artikel auf seine Qualität zu überprüfen, kann das Umsetzen von Innovationen in die Pflegepraxis auf administrativer Ebene erleichtert werden (Bermúdez-Tamayo et al. 2017; Clement et al. 2016; Farokhzadian et al. 2015). Um dieses Wissen zu erlangen, muss es Pflegepersonen erschwingbar sein an Fort- und Weiterbildungen teilzunehmen oder bereits Auszubildenden ermöglicht werden, Grundkenntnisse der

Pflegeforschung von Anfang an im Rahmen der Grundausbildung zu erlernen (Clement et al. 2016; Farokhzadian et al. 2015; Karki et al. 2015). Daher wäre es laut Karki et al. (2015) sinnvoll, das Themengebiet der Pflegeforschung als festen Bestandteil in der Ausbildung zur diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson aufzunehmen. Dadurch bekommen Auszubildende einen ersten Einblick in das Themengebiet und sind in ihrer späteren beruflichen Laufbahn offener gegenüber dem Besuch einer Fortbildung zur Materie der Implementierungsarbeit (Karki et al. 2015).

Eine Erleichterung für Personen, welche in der Führungsebene tätig sind, stellen sogenannte ExpertInnen dar. Darunter versteht man Personen in der Pflegepraxis, welche bereits über eine Fort- oder Weiterbildung auf dem Gebiet der Pflegeforschung verfügen und somit der administrativen Ebene als Ansprechpersonen und VermittlerInnen zur Pflege dienen (Clement et al. 2016). Diese nehmen Aufträge und Anweisungen des Managements entgegen und übermitteln diese dem Kollegium in der Pflegepraxis. Im Umkehrschluss können sich Pflegekräfte an diese ExpertInnen wenden, welche als Sprachrohr der Pflegebesatzung zur administrativen Ebene hin dienen (Bermúdez-Tamayo et al. 2017; Clement et al. 2016). Somit können Schwierigkeiten, welche während der täglichen Arbeit auftreten, über diese ExpertInnen an die Führungsebene mitgeteilt werden. Hierbei wird es als sinnvoll erachtet, wenn es monatlich ein Meeting zwischen den ExpertInnen und dem Management gibt. In der Intensivphase der Implementierung wird einmal wöchentlich ein Zusammentreffen als empfehlenswert betrachtet. Bei dieser Gelegenheit können Neuigkeiten ausgetauscht, Fortschritte berichtet und Komplikationen beseitigt werden (Clement et al. 2016).

3.2.2.3. Zeitfaktor

Ist es dem Management möglich, zusätzliche Dienstposten anzustellen, so wird die Implementierungsarbeit sowohl auf administrativer Ebene als auch in der Pflegepraxis erleichtert. Pflegepersonen haben Zeit sich dem Implementierungsprozess zu widmen. Die zeitlichen Verpflichtungen lassen es zu, nach passender Literatur zu suchen, diese zu bewerten und in die Praxis zu

implementieren. Sogleich ist es möglich das Trainingsangebot besser wahrzunehmen (Bermúdez-Tamayo et al. 2017; Clement et al. 2016).

3.2.2.4. Charakteristiken des Managements

Weiters ist für eine zweckvolle Umsetzung einer Innovation engagiertes Pflegepersonal notwendig, welches mit Implementierungsmaßnahmen vertraut ist (Clement et al. 2016). Damit sich Pflegepersonen jedoch für Implementierungsarbeit motivieren können, bedarf es an großem Engagement auf administrativer Ebene, welches beispielsweise von motivierenden und mit großem Wissen ausgestatteten ManagerInnen ausgehen kann (Bermúdez-Tamayo et al. 2017). Die Aufgaben des Managements liegen hierbei in der Sicherung von Zeitressourcen, in der Bereitstellung von genügend Dienstposten und dem Anbieten und der Ermöglichung zur Teilnahme von Fort- und Ausbildungsmöglichkeiten (Clement et al. 2016).

3.2.2.5. Materielle Ressourcen

Für die optimale Umsetzung einer Innovation sind oft neue Materialien und Ausrüstungen zu verwenden. Verfügt die Einrichtung über diese materiellen Ressourcen, so kann die Implementierung leichter stattfinden (Bermúdez-Tamayo et al. 2017; Clement et al. 2016). Wichtig dabei ist, dass eine gute Einschulung bezüglich der neuen Werkzeuge stattfindet. Dadurch werden Unsicherheiten und womöglich folgende Pflegefehler durch eine fälschliche Hantierung vermieden (Bermúdez-Tamayo et al. 2017).

3.3. Ebene des diplomierten Pflegepersonals

In diesem Kapitel wird die Ansicht von diplomiertem Pflegepersonal, sowie Lehrkräften im Bereich der Pflege und Auszubildenden wiedergegeben. In den 13 inkludierten Studien haben insgesamt 3016 diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen ihrer Meinung Ausdruck verliehen. Weiters wird der Standpunkt von 96 SchülerInnen sowie 10 Lehrpersonen in dieses Review mitaufgenommen. Über 90% der Befragten sind weiblich, wobei ca. die Hälfte einen universitären Abschluss besitzt. Das Durchschnittsalter der befragten

Personen beträgt 30 Jahre. Die durchschnittliche Berufserfahrung in der Pflegepraxis beträgt 7,5 Jahre.

3.3.1. Hinderliche Faktoren

3.3.1.1. Zeitfaktor

Als Hauptbarriere des diplomierten Pflegepersonals sind der selbstwahrgenommene Zeitmangel und der damit verbundene Stress anzusehen. Pflegepersonen haben kaum Zeit um eine Innovation in die Pflegepraxis zu implementieren (Breimaier et al. 2011; Clement et al. 2016; De Visschere et al. 2015; Karki et al. 2015; Kirk et al. 2016; Malik et al. 2016; Nkrumah et al. 2018; Weum et al. 2018). Laut Nkrumah et al. (2018) ist die unzureichende Anzahl des Personals während eines Dienstes einer der Gründe für den wahrgenommenen Zeitmangel. Darauf begründet gibt es zu wenig Zeitressourcen um eine Literaturrecherche zu starten, einen relevanten Artikel zu finden, diesen zu lesen und auch noch kritisch auf seine Qualität zu bewerten (Karki et al. 2015; Nkrumah et al. 2018). Hinzu kommt, dass viele diplomierte Pflegepersonen nicht wissen wie man zu Forschungsergebnissen gelangt (Nkrumah et al. 2018) und diese auf ihre Aussagekraft überprüft (Farokhzadian et al. 2015; Karki et al. 2015). Des Weiteren wissen Pflegepersonen nicht welche Datenbanken zur Verfügung stehen und auch deren Bedienung ist unklar (Breimaier et al. 2011; Karki et al. 2015; Kirk et al. 2016; Nkrumah et al. 2018; Weum et al. 2018).

3.3.1.2. Wissensdefizit

Es besteht ein Informations- und Wissensmangel (Breimaier et al. 2011), welcher auf eine unzureichende Wahrnehmung des Aus- und Weiterbildungsangebots zurückzuführen ist (Bermúdez-Tamayo et al. 2017; Breimaier et al. 2011; Chen et al. 2013; Clement et al. 2016; Farokhzadian et al. 2015; Karki et al. 2015).

Pflegepersonen haben kein Verständnis über die Umsetzung einer Innovation, wissen nicht über die Wichtigkeit von Implementierungsprozessen Bescheid und haben unzureichende Englischkenntnisse (Breimaier et al. 2011; Nkrumah et al. 2018). Es besteht also ein Trainingsdefizit bezüglich dem Verständnis und der Umsetzung von Pflegeforschung (Karki et al. 2015).

3.3.1.3. Ebene des Managements

Nicht in jeder Einrichtung ist es möglich Implementierungsarbeit zu leisten, da es keine Unterstützung seitens der Administration (Verwaltung und Management) gibt (Chen et al. 2013; Clement et al. 2016). Meist stehen keine finanziellen Mittel zur Verfügung (Chen et al. 2013), weiters wird es vom Management nicht als wichtig erachtet, sich mit Implementierung zu befassen (Clement et al. 2016). Die fehlende Unterstützung des Pflegekollegiums wird ebenso als nachteilig angesehen, da eine Implementierung in die Pflegepraxis nur dann gewährleistet ist, wenn sich das gesamte Personal daran beteiligt (Gifford et al. 2018; Nkrumah et al. 2018). Viele Pflegepersonen jedoch sehen die Implementation von neuem Wissen in die tägliche Praxis nicht als ihre Aufgabe bzw. als Angelegenheit des diplomierten Pflegepersonals und lehnen diese Obliegenheit strikt ab (De Visschere et al. 2015; Nkrumah et al. 2018).

3.3.1.4. Intradisziplinäre Zusammenarbeit

Überdies ist die intradisziplinäre Arbeit als hinderlicher Faktor anzusehen. Eine unzureichende Kommunikation zwischen den Disziplinen stellt eine wesentliche Barriere dar (Breimaier et al. 2011; Clement et al. 2016). Die fehlende Unterstützung von ÄrztInnen wird von Pflegepersonal stark bekräftelt, da sie auf diese Zusammenarbeit angewiesen sind (Abad-Corpa et al. 2013; Clement et al. 2016; Malik et al. 2016). Laut Malik et al. (2016) ist eine Innovation ohne die Unterstützung des ärztlichen Personals erst gar nicht möglich.

3.3.1.5. Sprachbarriere

Als wesentlicher Punkt der Studien von Gifford et al. (2018) und Weum et al. (2018) wird die Sprachbarriere beschrieben. Einerseits sind wissenschaftliche Artikel nicht immer in der passenden Sprache vorhanden (Gifford et al. 2018), andererseits gibt es für viele Länder Schwierigkeiten Forschungsarbeiten in englischer Sprache zu verstehen (Weum et al. 2018). Hinzu kommt, dass es für viele Pflegepersonen eine Last darstellt forschungsspezifische Termini zu verstehen, welche in wissenschaftlichen Studien verwendet werden. Dadurch

kann es zu einer Fehlinterpretation der Ergebnisse kommen (Farokhzadian et al. 2015; Karki et al. 2015).

3.3.1.6. Einstellung des diplomierten Personals

Um eine erfolgreiche Implementation gewährleisten zu können Bedarf es an motiviertem und engagiertem Personal, welches sich jedoch im gegenteiligen Zustand befindet und einer Implementation von neuem Wissen in die Pflegepraxis demotivierend und negativ entgegen sieht (Abad-Corpa et al. 2013; Bermúdez-Tamayo et al. 2017; Breimaier et al. 2011; Chen et al. 2013; De Visschere et al. 2015). Es mangelt an Motivation und Interesse etwas Neues umzusetzen (Breimaier et al. 2011; Chen et al. 2013). Durch die limitierte Unterstützung der Einrichtung sowie fehlendem Beistand auf Managementebene (Abad-Corpa et al. 2013) wird die Implementierung von neuem Wissen in die Pflegepraxis für das Pflegepersonal nicht attraktiv genug gemacht (Gifford et al. 2018; Malik et al. 2016). Pflegepersonen haben das Gefühl zu wenig Autorität für die Umsetzung einer Innovation zu haben. Dadurch steigt auch der Zweifel etwas Positives bewirken zu können (Chen et al. 2013; Malik et al. 2016; Nkrumah et al. 2018). Weiters lehnen viele Pflegekräfte eine Implementation ab, da sie zu wenig Anerkennung auf Managementebene erhalten und für ihre Tätigkeiten in der Pflegeforschung nicht belohnt werden (Nkrumah et al. 2018).

3.3.1.7. Materielle Ressourcen

Benötigte Materialien und Ausrüstungen, welche für die Implementierung benötigt werden, sind in vielen Einrichtungen nicht vorhanden (Bermúdez-Tamayo et al. 2017; Clement et al. 2016) und die Anschaffung derer ist durch hohe Kosten auf administrativer Ebene nicht vertretbar (Chen et al. 2013; Nkrumah et al. 2018). Durch fehlende materielle Ressourcen ist die Umsetzung einer Innovation erschwert oder gar nicht erst möglich, da diese zwingend bei der Implementierung verwendet werden müssen (Clement et al. 2016).

3.3.1.8. PatientInnencompliance

Eine weitere Barriere bei der Implementierung von neuem Wissen in die Pflegepraxis stellt die Compliance der PatientInnen beim Erlernen neuer

Pflegetätigkeiten oder Handlungsabläufe dar (Clement et al. 2016; Gifford et al. 2018). Personen, welche beispielsweise in einer Langzeiteinrichtung gepflegt werden, verneinen die Umstellung auf eine neue Abfolge der Handlungen oder die Durchführung einer neuen Tätigkeit, da sie damit nicht vertraut sind und nicht auf gewohnte Tätigkeiten verzichten werden will (Chen et al. 2013; Gifford et al. 2018; Nkrumah et al. 2018).

3.3.1.9. Generalisierbarkeit der Forschungsergebnisse

Letztendlich können nicht alle Studienergebnisse in die Praxis implementiert werden, da die Generalisierbarkeit für bestimmte Settings oft nicht gegeben ist (Bermúdez-Tamayo et al. 2017; Clement et al. 2016; Nkrumah et al. 2018). Es erweist sich als schwierig wissenschaftliche Arbeiten zu finden, welche sich genau auf die gewünschte Örtlichkeit beziehen. Dies wiederum stellt eine Barriere für die Implementierung dar (Nkrumah et al. 2018).

3.3.2. Förderliche Faktoren

3.3.2.1. Aus-, Fort- und Weiterbildung

Um eine Implementierung von neuem Wissen in die Pflegepraxis zu erleichtern, ist einer guten Aus- und Weiterbildung des Pflegepersonals größte Relevanz zugeschrieben. Hierbei spielt bereits der Unterricht der diplomierten Gesundheits- und KrankenpflegerInnen eine wesentliche Rolle. Schon hier sollen Grundkenntnisse der Pflegeforschung geschult werden (Abad-Corpa et al. 2013; Bermúdez-Tamayo et al. 2017; Breimaier et al. 2011; Chen et al. 2013; Clement et al. 2016; De Visschere et al. 2015; Farokhzadian et al. 2015; Gifford et al. 2018; Karki et al. 2015; Kirk et al. 2016; Malik et al. 2016; Nkrumah et al. 2018; Weum et al. 2018). Weiters ist es wichtig ein breites Fort- und Weiterbildungsprogramm wahrnehmen zu können. Dies ermöglicht Pflegepersonen immer am neuesten Stand der Erkenntnisse der Pflegeforschung zu sein (Abad-Corpa et al. 2013; Clement et al. 2016; De Visschere et al. 2015). Darüber hinaus ist die Berufserfahrung ein wichtiges Indiz bei der Implementierungsarbeit. Personen, welche bereits länger im Pflegebereich tätig sind, betreiben mehr Pflegeforschung und können diese auch besser anwenden (Weum et al. 2018). Laut den Studien

von Karki et al. (2015) und Nkrumah et al. (2018) befassen sich Pflegepersonen vielmehr mit der Umsetzung einer Innovation, wenn diese bereits 5 Jahre Berufserfahrung oder mehr haben.

Weiters werden ExpertInnen auf dem Gebiet der Implementierungswissenschaft in der Pflegepraxis als hilfreich angesehen. Diese dienen als MentorInnen und Ansprechpersonen für das gesamte Pflegepersonal, falls es Fragen zur Thematik der Implementierungsarbeit zu beantworten gibt (Clement et al. 2016; De Visschere et al. 2015; Farokhzadian et al. 2015). ExpertInnen stehen auch als VermittlerInnen zwischen der Pflegebelegschaft, den ÄrztInnen und der administrativen Ebene zur Verfügung (Clement et al. 2016). Viele Studien belegen, dass Pflegepersonal mit einer höherwertigen Ausbildung, beispielsweise eines Bakkalaureats, bessere Implementierungsarbeit leisten kann, als jene Pflegepersonen welche lediglich ein Diplom besitzen (Breimaier et al. 2011; Clement et al. 2016; Gifford et al. 2018). Laut Weum et al. (2018) ist es sogar von großer Förderlichkeit einen Masterabschluss auf dem Gebiet der Pflegewissenschaft zu besitzen. Unabhängig vom Ausbildungsgrad ist es jedoch wichtig, dass Pflegepersonen mit den Prinzipien der Pflegeforschung vertraut sind. Dafür ist ein gewisses Grundinteresse der Pflegepersonen unumgänglich (Breimaier et al. 2011). Diplomiertes Personal soll einen aktiven Beitrag in der Forschung zur Praxis beisteuern und sich an Forschungsprojekten beteiligen. Dafür müssen Pflegepersonen den Umgang mit Datenbanken und Literaturservices beherrschen. Weiters sollen sie über grundlegende Kenntnisse der englischen Sprache und Prinzipien der Statistik verfügen (Breimaier et al. 2011; Farokhzadian et al. 2015). Alle diese Faktoren tragen zu einer positiven Implementierung von neuem Wissen in die Pflegepraxis bei (Breimaier et al. 2011).

3.3.2.2. Zeitfaktor

Es ist für Pflegepersonen zentral, dass sie ausreichend Zeit bei der Umsetzung einer Innovation haben (Breimaier et al. 2011; Farokhzadian et al. 2015; Karki et al. 2015). Hierbei wird es als nützlich angesehen, wenn ausreichend Personal zur Verfügung steht (Karki et al. 2015). Weiters muss es ein adäquates Trainingsangebot geben, welches die Schulung der neuen Tätigkeit oder

Handlungsabfolge ermöglichen kann (Abad-Corpa et al. 2013; Gifford et al. 2018). Wichtig dabei ist, dass das Trainingsangebot gut auf die jeweiligen Schichten der MitarbeiterInnen abgestimmt ist (Abad-Corpa et al. 2013).

3.3.2.3. Intradisziplinäre Zusammenarbeit

Die Unterstützung durch andere Berufsgruppen sowie auf administrativer Ebene durch das Management wird als sehr hilfreich angesehen. Eine gute intradisziplinäre Zusammenarbeit ist Voraussetzung um eine erfolgreiche Implementation sicherstellen zu können (Clement et al. 2016; Farokhzadian et al. 2015; Gifford et al. 2018; Kirk et al. 2016; Malik et al. 2016). Darunter fällt auch, dass eine gute und angemessene intradisziplinäre Kommunikation stattfindet (Bermúdez-Tamayo et al. 2017; Farokhzadian et al. 2015; Karki et al. 2015).

3.3.2.4. Materielle Ressourcen

Eine Implementierung wird erleichtert, wenn benötigte Materialien und Ressourcen leicht zugänglich sind und in der Einrichtung zur Verfügung stehen (Clement et al. 2016). Weiters führen Pflegekräfte eine Implementation eher durch, wenn sie in der Umsetzung einen positiven Nutzen für die PatientInnen sehen (Clement et al. 2016). Darüber hinaus ist es laut Clement et al. (2016) von Vorteil wenn die Innovation für Pflegepersonen leicht zu erlernen und durchzuführen ist. Um Erneuerungen beständig umsetzen zu können, sollten diese laut Abad-Corpa et al. (2013) immer im Gedächtnis sein. Dies wird durch Hilfsmittel wie Poster im täglichen Arbeitsbereich oder Erinnerungen, beispielsweise in Form von E-Mails, erreicht (Abad-Corpa et al. 2013; Kirk et al. 2016). Als weitere unterstützende Maßnahmen dienen Leitlinien, welche den Implementierungsprozess detailliert beschreiben und in jeder Einrichtung zum Nachlesen aufliegen sollen. Dadurch wird es für diplomiertes Personal erleichtert, den Umsetzungsprozess durchzuführen, da es bei auftretenden Problemen eine Möglichkeit gibt, sich an einer Richtlinie zu orientieren (De Visschere et al. 2015).

4. Schlussfolgerung

Die Ergebnisse dieses Reviews zeigen, dass es auf Ebene der Administration sowie auf Ebene des diplomierten Pflegepersonals viele Faktoren gibt, welche eine Implementierung von neuem Wissen in die Pflegepraxis sowohl negativ als auch positiv beeinflussen können. Für eine erfolgreiche Implementierung müssen förderliche Faktoren hervorgehoben werden und die Überwindung von Barrieren ermöglicht werden.

Die größte Relevanz wird hierbei der Ausbildung zugeschrieben (Abad-Corpa et al. 2013; Bermúdez-Tamayo et al. 2017; Breimaier et al. 2011; Chen et al. 2013; Clement et al. 2016; De Visschere et al. 2015; Farokhzadian et al. 2015; Gifford et al. 2018; Karki et al. 2015; Kirk et al. 2016; Malik et al. 2016; Nkrumah et al. 2018; Weum et al. 2018), daher sollte Forschungswissen unbedingt bereits im Rahmen der Grundausbildung gelehrt werden. In weiterer Folge sollte es ein breites Angebot an Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten für bereits diplomiertes Pflegepersonal geben (Clement et al. 2016; Farokhzadian et al. 2015; Karki et al. 2015). Der Erwerb und der Besitz eines akademischen Titels, in Form eines Bachelor- oder Masterabschlusses, wird als wichtig erachtet, weil sich herausstellte, dass solche Personen bessere Implementierungsarbeit leisten (Breimaier et al. 2011; Clement et al. 2016; Gifford et al. 2018; Weum et al. 2018). Stehen PflegeforschungsexpertInnen im Arbeitsbereich zur Verfügung, kann eine Implementierung sowohl auf administrativer als auch auf Ebene des diplomierten Pflegepersonals erleichtert werden (Clement et al. 2016; De Visschere et al. 2015; Farokhzadian et al. 2015). Durch fehlende Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen kann eine Implementierung von neuem Wissen in die Pflegepraxis stark negativ beeinflusst werden (Bermúdez-Tamayo et al. 2017; Breimaier et al. 2011; Chen et al. 2013; Clement et al. 2016; Farokhzadian et al. 2015; Karki et al. 2015).

Zwei weitere zentrale Einflüsse werden in fast allen eingeschlossenen Studien thematisiert. Der Zeitmangel, welcher auf administrativer Ebene durch die fehlende Verfügung von Dienstposten begründet wird (Bermúdez-Tamayo et al. 2017; Chen et al. 2013; Clement et al. 2016; Malik et al. 2016), sowie der

selbstwahrgenommene Stress des diplomierten Pflegepersonals in der Pflegepraxis (Breimaier et al. 2011; Clement et al. 2016; De Visschere et al. 2015; Karki et al. 2015; Kirk et al. 2016; Malik et al. 2016; Nkrumah et al. 2018; Weum et al. 2018). Weiters wird eine Implementierung durch die intradisziplinäre Zusammenarbeit gesteuert (Abad-Corpa et al. 2013; Bermúdez-Tamayo et al. 2017; Breimaier et al. 2011; Chen et al. 2013; Clement et al. 2016; Farokhzadian et al. 2015; Kirk et al. 2016). Einerseits kann diese durch eine gute Kommunikation und Gemeinschaftsarbeit positiv beeinflusst werden (Abad-Corpa et al. 2013; Bermúdez-Tamayo et al. 2017; Farokhzadian et al. 2015; Karki et al. 2015). Andererseits kann durch fehlenden Zusammenhalt der Professionen der gegenteilige Effekt erzielt werden (Abad-Corpa et al. 2013; Bermúdez-Tamayo et al. 2017; Breimaier et al. 2011; Chen et al. 2013; Clement et al. 2016; Malik et al. 2016). Dabei gilt, dass die Umsetzung einer Innovation in der Pflegepraxis nur dann stattfinden kann, wenn das intradisziplinäre Team als Ganzes zusammenhält und die unterschiedlichen Berufsgruppen dasselbe Ziel haben (Bermúdez-Tamayo et al. 2017; Clement et al. 2016; Farokhzadian et al. 2015; Gifford et al. 2018; Kirk et al. 2016; Malik et al. 2016).

5. Diskussion

Das Ziel dieser Bachelorarbeit lag in der Darstellung hinderlicher und förderlicher Faktoren bei der Implementierung von neuem Wissen in die Pflegepraxis. Mithilfe der 13 inkludierten Studien konnte die Forschungsfrage dieses Reviews beantwortet werden. Die positiven und negativen Einflüsse welche in den miteingeschlossenen Artikeln beschrieben wurden, wurden in hinderliche und förderliche Faktoren auf administrativer Ebene und Ebene des diplomierten Pflegepersonals kategorisiert.

In allen miteingeschlossenen Studien wurde den edukativen Maßnahmen im Rahmen der Pflegeforschung hohe Priorität zugeschrieben. Es wird auf die Wichtigkeit der Ausbildung, wie auf ein breites Aus- und Weiterbildungsangebot bezüglich Implementierungsprozessen verwiesen (Abad-Corpa et al. 2013; Bermúdez-Tamayo et al. 2017; Breimaier et al. 2011; Chen et al. 2013; Clement et al. 2016; De Visschere et al. 2015; Farokhzadian et al. 2015; Gifford et al. 2018; Karki et al. 2015; Kirk et al. 2016; Malik et al. 2016; Nkrumah et al. 2018; Weum et al. 2018). Auch die Studie von Özdemir and Akdemir (2009) bestätigt die Annahme, dass eine bessere Ausbildung zu einer effizienteren Implementierungsarbeit in der alltäglichen Praxis führt. Schlechtes Wissen über Forschung und evidenzbasierte Pflege ist laut Skela-Savic et al. (2016) mangelnder Ausbildung zuzuschreiben. Es stellt sich heraus, dass absolvierte Bildung auf Universitätsniveau zu einem besseren Verständnis über Pflegeforschung führt und deren Anwendbarkeit in der Pflegepraxis fördert, als lediglich ein Diplom zu besitzen (Breimaier et al. 2011; Clement et al. 2016; Gifford et al. 2018; Weum et al. 2018). Die Studien von Weum et al. (2018) und Dogherty et al. (2013) bestätigen, dass ein Masterabschluss die Arbeit in der Pflegeforschung verbessert. Aufgrund des Mangels an Aus-, Fort- und Weiterbildung kommt es immer wieder dazu, dass diplomiertes Pflegepersonal kein Verständnis über die Prinzipien der Pflegeforschung besitzt und somit die Durchführung einer Implementation nicht als Zugehörigkeit des eigenen Tätigkeitsbereichs ansieht (Bermúdez-Tamayo et al. 2017; Nkrumah et al. 2018). Um dem entgegenzuwirken ist es wichtig, die Teilnahme an Forschungsprojekten anzubieten und zu ermöglichen, um den Ansprüchen der Implementierungsarbeit

gerecht zu werden. Dazu zählen grundlegende Kenntnisse über die Benutzung von Literaturservices und Datenbanken, Erfahrung mit statistischen Prinzipien, sowie die Verwendung und die Beherrschung der englischen Sprache in Wort und Schrift (Breimaier et al. 2011). Weiters ist die Beteiligung an Forschungsprojekten (dazu zählt auch die Durchführung von Implementierungsprojekten) gesetzlich geregelt und daher unwiderruflich von diplomierten Pflegepersonen durchzuführen (*Gesundheits- und Krankenpflegegesetz* 2018).

Um Innovationen gut umsetzen zu können, wird der Aus- und Weiterbildung von Pflegepersonen zu ExpertInnen auf dem Gebiet der Pflegeforschung große Relevanz beigemessen. Hierbei ist es wichtig, dass die Meinung der Pflegebelegschaft an das Management weitergeleitet wird. (Bermúdez-Tamayo et al. 2017; Clement et al. 2016; Karki et al. 2015). Außerdem dienen diese ExpertInnen als Ansprechpersonen der Administration, um Informationen an die Pflegebelegschaft weiterzugeben (Breimaier et al. 2011; Clement et al. 2016). Weiters können durch regelmäßige Meetings zwischen administrativer Ebene und diplomiertem Pflegepersonal die Fortschritte der Umsetzung überprüft und aufgetretene Probleme gelöst werden (Bermúdez-Tamayo et al. 2017). Durch eine gute Kooperation dieser beiden Ebenen wird der Implementierungsprozess laut der Studie von Özdemir et al. (2009) wesentlich erleichtert.

Ausreichend Zeit bei einer Implementierung zu haben, war einer der förderlichen Faktoren, welcher in 3 der 13 inkludierten Studien genannt wurde (Breimaier et al. 2011; Farokhzadian et al. 2015; Karki et al. 2015). Hierbei ist zu beachten, dass der Zeitfaktor in den herangezogenen Studien viel öfter als hinderlicher Faktor beschrieben wird und der Wunsch nach mehr Zeit selten geäußert wird. Sowohl auf Ebene des diplomiertes Pflegepersonal als auch auf Ebene der Administration wurde angegeben, zu wenig Zeitressourcen für die Durchführung einer Implementierung zu haben (Breimaier et al. 2011; Clement et al. 2016; De Visschere et al. 2015; Karki et al. 2015; Kirk et al. 2016; Malik et al. 2016; Nkrumah et al. 2018; Weum et al. 2018). Dadurch wird ersichtlich, dass es in den meisten Einrichtungen zu wenige zeitliche Reserven für die Umsetzung einer Innovation gibt, zumindest wird dies durch das Personal so wahrgenommen. Dies deckt sich mit den Ergebnissen der Studien von Masso and McCarthy (2009) und

Dalheim et al. (2012), welche auch von fehlenden Zeitressourcen im Rahmen der Implementierungsarbeit sprechen. Der Stress, welchen diplomierte Pflegepersonen wahrnehmen, könnte jedoch durch die Einstellung eines weiteren Dienstpostens vermindert werden (Abad-Corpa et al. 2013). Dafür benötigt man die Unterstützung der administrativen Ebene (Farokhzadian et al. 2015; Gifford et al. 2018; Kirk et al. 2016; Malik et al. 2016), da die Einstellung weiterer MitarbeiterInnen die Aufgabe des Managements ist (Clement et al. 2016). Weitere Belegschaft anzustellen wird aber fast immer aus Gründen der Kostenintensität von den Einrichtungen verweigert (Chen et al. 2013).

Darüber hinaus wird es als förderlich angesehen, bei einer Implementierung in die Pflegepraxis, ein ausreichendes Trainingsangebot anzubieten, welches durch alle Berufsgruppen gut wahrnehmbar ist (Abad-Corpa et al. 2013; Breimaier et al. 2011; Farokhzadian et al. 2015; Gifford et al. 2018; Karki et al. 2015). Dadurch können neu zu erlernende Tätigkeiten gut einstudiert und das Handling neuer Werkzeuge geübt werden (Clement et al. 2016). Dieses wird aber oft durch den zuvor genannten finanziellen Aspekt (Chen et al. 2013) und unzureichende zeitliche Ressourcen (Bermúdez-Tamayo et al. 2017; Clement et al. 2016) verhindert. Man kann durch die vorherig genannten Aspekte und der Studie von Petre et al. (2018) davon ausgehen, dass der Zeitmangel welchen Pflegepersonen verspüren, Großteils auf die administrative Ebene zurückzuführen ist.

Implementierungsarbeit wird als ganzheitlicher Prozess verstanden (De Pedro-Gómez et al. 2012; Gardner Jr et al. 2016). Daher ist es von großer Bedeutung, dass eine gute intradisziplinäre Zusammenarbeit vorherrscht (Bermúdez-Tamayo et al. 2017; Breimaier et al. 2011; Clement et al. 2016; De Visschere et al. 2015; Farokhzadian et al. 2015; Gifford et al. 2018; Karki et al. 2015; Malik et al. 2016). Als wichtigster Punkt dieser gemeinschaftlichen Arbeit wird eine ausreichende und wertschätzende Kommunikation unter den Berufsgruppen verstanden (Bermúdez-Tamayo et al. 2017). Diesem Aspekt wird bereits in der Studie von Costa Fernandes et al. (2016) große Bedeutung beigelegt. Um jedoch eine gute Zusammenarbeit sicherstellen zu können, muss sich jede Person, welche im Prozess der Umsetzung einer Innovation beteiligt ist, seiner Aufgaben und Pflicht bewusst sein (Clement et al. 2016). Zu diesen Anforderungen gehören auch die

gegenseitige Unterstützung der Berufsgruppen (Breimaier et al. 2011; Clement et al. 2016; De Visschere et al. 2015; Farokhzadian et al. 2015; Karki et al. 2015; Malik et al. 2016), sowie der Beistand des Managements und der Verwaltung (Clement et al. 2016; Farokhzadian et al. 2015; Gifford et al. 2018; Kirk et al. 2016; Malik et al. 2016).

Ein weiteres wichtiges Ergebnis dieser Arbeit liegt in der Umsetzbarkeit einer Innovation. Ist eine wissenschaftliche Arbeit für das jeweilige Setting passend, so gelingt eine Implementierung eher. Für Pflegepersonen ist es einfacher eine Innovation umzusetzen, wenn diese generalisierbar und auf die Gegebenheiten der Örtlichkeit zugeschnitten ist (Nkrumah et al. 2018). Weiters ist es für Pflegepersonen von Vorteil, wenn die Innovation leicht zu erlernen ist (Clement et al. 2016). Anhand der Studie von Nkrumah et al. (2018) und Karki et al. (2015) gelingt dies leichter, wenn Pflegepersonen bereits mehr Berufserfahrung haben. Zum selben Ergebnis kommen auch die Studien von Olsen and Bradbury-Jones (2013), Yost et al. (2015) und Senn (2014).

Viele Pflegepersonen geben an nicht an Implementierungsarbeit interessiert zu sein (Breimaier et al. 2011). Fehlendes Engagement von Pflegepersonen kann wiederum durch den Zeitmangel, die fehlende Aus- und Weiterbildung, wie auch durch mangelndes Interesse der Pflegepersonen oder die unzureichenden Ressourcen der Einrichtung begründet werden (Abad-Corpa et al. 2013; Breimaier et al. 2011; Chen et al. 2013; Gifford et al. 2018).

Entscheidet man sich nun eine Implementation durchzuführen, da es vorhandene Ressourcen, sowie ausreichend Zeit gibt, ist es wichtig diese vollständig durchzuführen. Ein Poster eignet sich gut, um an Neuigkeiten zu erinnern, (Abad-Corpa et al. 2013; De Visschere et al. 2015). Weiters können diesbezügliche Informationen elektronisch via E-Mail an alle Mitarbeiter ausgesandt werden (Abad-Corpa et al. 2013). Auch aus weiterer internationaler Literatur geht hervor, dass solche Hilfsmittel nützlich sind (Prior et al. 2010).

Es stellte sich im Rahmen dieser Bachelorarbeit heraus, dass die Aus-, Fort- und Weiterbildung wohl den stärksten Einfluss auf eine erfolgreichen Implementation hat (Abad-Corpa et al. 2013; Bermúdez-Tamayo et al. 2017; Breimaier et al. 2011;

Chen et al. 2013; Clement et al. 2016; De Visschere et al. 2015; Farokhzadian et al. 2015; Gifford et al. 2018; Karki et al. 2015; Kirk et al. 2016; Malik et al. 2016; Nkrumah et al. 2018; Weum et al. 2018). Weiters sind der Zeitfaktor (Breimaier et al. 2011; Farokhzadian et al. 2015; Karki et al. 2015) und die intradisziplinäre Zusammenarbeit von enormer Wichtigkeit (Bermúdez-Tamayo et al. 2017; Breimaier et al. 2011; Clement et al. 2016; De Visschere et al. 2015; Farokhzadian et al. 2015; Karki et al. 2015; Kirk et al. 2016; Malik et al. 2016). Diese Ergebnisse decken sich mit den Resultaten weiterer internationaler Literatur, welche hinderliche und förderliche Faktoren bei der Implementierung beschreiben (Özdemir et al. 2009; Skela-Savič et al. 2016).

5.1. Stärken

Als Stärke dieses Reviews kann angesehen werden, dass nur aktuelle Literatur, welche im Zeitrahmen der letzten 5 Jahre publiziert wurde, verwendet wurde.

Weiters ist die Generalisierbarkeit dieser Arbeit gut einzustufen, da sie sich nicht auf ein Setting, sondern allgemein auf die Pflegepraxis bezieht. Dadurch sind die genannten Faktoren auf jede Örtlichkeit übertragbar.

Darüber hinaus handelt es sich bei den inkludierten Studien um qualitative, quantitative, sowie auch mixed-methods Designs. Demzufolge sind viele Datenerhebungsmethoden in den Studien enthalten. Somit konnte ein breiteres Spektrum an Daten gesammelt werden.

5.2. Schwächen

Als Schwäche dieses Review wird angesehen, dass nur wissenschaftliche Artikel in englischer und deutscher Sprache herangezogen wurden und somit Studien in anderen Sprachen ausgeschlossen wurden. Weiters wurde nur in 2 Datenbanken nach wissenschaftlicher Literatur gesucht. Daraus lässt sich schließen, dass mit einer ausgeweiteten Suche in mehreren Datenbanken und mehreren herangezogenen Sprachen, mehr Literatur zur Beantwortung der Forschungsfrage gefunden hätte werden können.

Zudem fällt in den Bereich der Schwächen dieser Arbeit, dass keine systematische Literaturrecherche stattgefunden hat und die Studien lediglich von der Autorin dieser Arbeit kritisch bewertet und auf deren Qualität überprüft wurden.

Die Nennung von Barrieren, sowohl auf administrativer Ebene als auch auf Ebene des diplomierten Pflegepersonals, lässt im Umkehrschluss darauf deuten, dass diese Faktoren im Gegenteil auch als förderlich wahrgenommen worden sind.

Weiters gibt es immer wieder Übereinstimmungen der Faktoren, welche auf Ebene der Administration und von diplomiertem Pflegepersonal wahrgenommen werden. Daher ist es im Ergebnisteil des Öfteren zu Doppelaufführungen von Komponenten gekommen.

6. Empfehlungen

6.1. Empfehlungen für die Praxis

Damit Pflegepersonen gute Implementierungsarbeit leisten können, ist eine Aus-, Fort- und Weiterbildung im Bereich der Pflegeforschung unerlässlich. Im Rahmen dieser edukativen Maßnahmen ist es wichtig, Grundkenntnisse über die Pflegeforschung und den Forschungsprozess zu erlangen (Abad-Corpa et al. 2013; Bermúdez-Tamayo et al. 2017; Breimaier et al. 2011; Chen et al. 2013; Clement et al. 2016; De Visschere et al. 2015; Farokhzadian et al. 2015; Gifford et al. 2018; Karki et al. 2015; Kirk et al. 2016; Malik et al. 2016; Nkrumah et al. 2018; Weum et al. 2018). Weiters ist es für Pflegepersonal wichtig, Forschungsartikel finden zu können. Dafür ist es von Bedeutung mit der Recherche in Datenbanken und (Online-) Bibliotheken vertraut zu sein. Zudem sollten Pflegepersonen gute englische Sprachkenntnisse haben, um Forschungsartikel auf ihre Qualität hin bewertet zu können (Bermúdez-Tamayo et al. 2017; Breimaier et al. 2011; Clement et al. 2016).

Für die Einrichtungen ist es relevant, sich das passende Equipment und die benötigten Materialien für die Umsetzung einer Innovation anzuschaffen (Bermúdez-Tamayo et al. 2017; Clement et al. 2016). Die administrative Ebene hat dafür zu sorgen, dass im Zuge der Implementierungsarbeit genügend Personal zur Verfügung steht (Bermúdez-Tamayo et al. 2017; Clement et al. 2016; Karki et al. 2015). Weiters sollte durch das Management ein ausreichendes Trainingsangebot bereitgestellt werden, um das Einlernen einer Innovation für alle MitarbeiterInnen zu erleichtern (Abad-Corpa et al. 2013; Bermúdez-Tamayo et al. 2017; Clement et al. 2016; Gifford et al. 2018).

Für alle beteiligten im Implementierungsprozess stellt die Mitarbeit von ExpertInnen eine Erleichterung dar, da diese Erfahrungen auf dem Gebiet der Pflegeforschung haben und somit auch dabei helfen können, Barrieren zu überwinden (Bermúdez-Tamayo et al. 2017; Clement et al. 2016; De Visschere et al. 2015; Farokhzadian et al. 2015).

6.2. Empfehlungen für die Forschung

Allgemeine hinderliche und förderliche Faktoren bei der Implementierung von neuem Wissen in die Pflegepraxis sind eher wenig erforscht. Erhobene Faktoren und Barrieren sind immer auf die Einführung einer speziellen Tätigkeit oder eines Modells bezogen. Daher wäre die Erforschung und Benennung allgemeiner hinderlicher und förderlicher Faktoren von großer Bedeutung.

Um eine Innovation in der Pflegepraxis umsetzen zu können, wäre es sinnvoll, vor einer Implementierung eine Setting spezifische Erhebung durchzuführen, um herauszufinden, welche hinderlichen und förderlichen Faktoren in dieser Örtlichkeit wahrgenommen werden. Die Erfassung dieser Faktoren kann helfen vorhandene Barrieren zu überwinden und somit die Implementierung von neuem Wissen zu erleichtern. Das kann ein Beitrag zum Schließen der Lücke zwischen Forschung und Praxis sein (Breimaier et al. 2011).

7. Literaturverzeichnis

Abad-Corpa, E, Delgado-Hito, P, Cabrero-García, J, Meseguer-Liza, C, Zárata-Riscal, CL, Carrillo-Alcaraz, A, Martínez-Corbalán, JT & Caravaca-Hernández, A 2013, 'Implementing evidence in an onco-haematology nursing unit: a process of change using participatory action research', *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, vol. 11, no. 1, pp. 46-55, doi:10.1111/1744-1609.12006

Alanen, S, Kaila, M & Valimaki, M 2009, 'Attitudes toward guidelines in Finnish primary care nursing: a questionnaire survey', *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, vol. 6, no. 4, pp. 229-36, doi:10.1111/j.1741-6787.2009.00167.x

Bermúdez-Tamayo, C, Fernández Ruiz, E, Pastor Moreno, G, Maroto-Navarro, G, Garcia-Mochon, L, Jose Perez-Ramos, F, Caño-Aguilar, A & del Pilar Velez, M 2017, 'Barriers and enablers in the implementation of a program to reduce cesarean deliveries', *Reproductive Health*, vol. 14, pp. 1-13, doi:10.1186/s12978-017-0369-3

Bostrom, AM, Ehrenberg, A, Gustavsson, JP & Wallin, L 2009, 'Registered nurses' application of evidence-based practice: a national survey', *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, vol. 15, no. 6, pp. 1159-63, doi:10.1111/j.1365-2753.2009.01316.x

Breimaier, HE, Halfens, RJ & Lohrmann, C 2011, 'Nurses' wishes, knowledge, attitudes and perceived barriers on implementing research findings into practice among graduate nurses in Austria', *Journal of Clinical Nursing*, vol. 20, no. 11-12, pp. 1744-56, doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03491.x

Brown, CE, Ecoff, L, Kim, SC, Wickline, MA, Rose, B, Klimpel, K & Glaser, D 2010, 'Multi-institutional study of barriers to research utilisation and evidence-based practice among hospital nurses', *Journal of Clinical Nursing*, vol. 19, no. 13/14, pp. 1944-51, doi:10.1111/j.1365-2702.2009.03184.x

Brown, CE, Wickline, MA, Ecoff, L & Glaser, D 2009, 'Nursing practice, knowledge, attitudes and perceived barriers to evidence-based practice at an academic medical center', *Journal of Advanced Nursing*, vol. 65, no. 2, pp. 371-81, doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04878.x

Campbell, M, Fitzpatrick, R, Haines, A, Kinmonth, AL, Sandercock, P, Spiegelhalter, D & Tyrer, P 2000, 'Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health', *BMJ*, vol. 321, no. 7262, pp. 694-6

Chen, S-H, Shao, J-H, Hsiao, Y-C & Lee, H-C 2013, 'Barriers to research utilization by registered nurses in Taiwan', *Research in Nursing and Health*, vol. 36, no. 2, pp. 191-202, doi:10.1002/nur.21521

Clement, CM, Stiell, IG, Lowe, MA, Brehaut, JC, Calder, LA, Vaillancourt, C & Perry, JJ 2016, 'Facilitators and barriers to application of the Canadian C-spine rule by emergency department triage nurses', *International Emergency Nursing*, vol. 27, pp. 24-30, doi:10.1016/j.ienj.2015.11.008

Costa Fernandes, M, Pereira da Silva, FM, Pereira da Costa, S & Evangelista de Andrade, M 2016, 'Facilities managers and difficulties of nurses in the implementation of environmental management of care hospital', *Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental*, vol. 8, no. 4, pp. 5039-44, doi:10.9789/2175-5361.2016.v8i4.5039-5044

Dalheim, A, Harthug, S, Nilsen, RM & Nortvedt, MW 2012, 'Factors influencing the development of evidence-based practice among nurses: a self-report survey', *BMC Health Services Research*, vol. 12, p. 367, doi:10.1186/1472-6963-12-367

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

De Pedro-Gómez, J, Morales-Asencio, JM, Bennasar-Veny, M, Artigues-Vives, G, Perelló-Campaner, C & Gómez-Picard, P 2012, 'Determining factors in evidence-based clinical practice among hospital and primary care nursing staff', *Journal of Advanced Nursing*, vol. 68, no. 2, pp. 452-9, doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05733.x

De Visschere, L, de Baat, C, De Meyer, L, van der Putten, G-J, Peeters, B, Söderfelt, B & Vanobbergen, J 2015, 'The integration of oral health care into day-to-day care in nursing homes: a qualitative study', *Gerodontology*, vol. 32, no. 2, pp. 115-22, doi:10.1111/ger.12062

Dogherty, EJ, Harrison, MB, Graham, ID, Vandyk, AD & Keeping-Burke, L 2013, 'Turning knowledge into action at the point-of-care: the collective experience of nurses facilitating the implementation of evidence-based practice', *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, vol. 10, no. 3, pp. 129-39, doi:10.1111/wvn.12009

Eccles, MP, Mittmann B. S. 2006, 'Welcome to Implementation Science ', *Implementation Science*, vol. 1, no. 1, doi:10.1186/1748-5908-1-1

Farokhzadian, J, Khajouei, R & Ahmadian, L 2015, 'Evaluating factors associated with implementing evidence-based practice in nursing', *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, vol. 21, no. 6, pp. 1107-13, doi:10.1111/jep.12480

Fink, A 2010, *Conducting research literature reviews: From the Internet to paper* vol. 3th edn, Sage Publications Los Angeles

Gardner Jr, K, Kanaskie, ML, Knehans, AC, Salisbury, S, Doheny, KK & Schirm, V 2016, 'Implementing and Sustaining Evidence Based Practice Through a Nursing Journal Club', *Applied Nursing Research*, vol. 31, pp. 139-45, doi:10.1016/j.apnr.2016.02.001

Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, 2018, Republik Österreich 02.08.2016.

Gifford, W, Zhang, Q, Chen, S, Davies, B, Xie, R, Wen, S-W & Harvey, G 2018, 'When east meets west: a qualitative study of barriers and facilitators to evidence-based practice in Hunan China', *BMC Nursing*, vol. 17, no. 1, pp. N.PAG-N.PAG, doi:10.1186/s12912-018-0295-x

Hawker, S, Payne, S, Kerr, C, Hardey, M & Powell, J 2002, 'Appraising the evidence: reviewing disparate data systematically', *Qualitative Health Research*, vol. 12, no. 9, pp. 1284-99, doi:10.1177/1049732302238251

Hellier, S & Cline, T 2016, 'Factors that affect nurse practitioners' implementation of evidence-based practice', *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, vol. 28, no. 11, pp. 612-21, doi:10.1002/2327-6924.12394

Ilott, I, Gerrish, K, Booth, A & Field, B 2013, 'Testing the Consolidated Framework for Implementation Research on health care innovations from South Yorkshire', *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, vol. 19, no. 5, pp. 915-24, doi:10.1111/j.1365-2753.2012.01876.x

Ingersoll, GL 2000, 'Evidence-based nursing: what it is and what it isn't', *Nursing Outlook*, vol. 48, no. 4, pp. 151-2, doi:10.1067/mno.2000.107690

Jeffs, L, Beswick, S, Lo, J, Campbell, H, Ferris, E & Sidani, S 2013, 'Defining what evidence is, linking it to patient outcomes, and making it relevant to practice: insight from clinical nurses', *Applied Nursing Research*, vol. 26, no. 3, pp. 105-9, doi:10.1016/j.apnr.2013.03.002

Karki, S, Acharya, R, Budhwani, H, Shrestha, P, Chalise, P, Shrestha, U, Gautam, K & Wilson, L 2015, 'Perceptions and Attitudes towards Evidence Based Practice among Nurses and Nursing Students in Nepal', *Kathmandu University Medical Journal (KUMJ)*, vol. 13, no. 52, pp. 308-15

Kirk, JW, Sivertsen, DM, Petersen, J, Nilsen, P & Petersen, HV 2016, 'Barriers and facilitators for implementing a new screening tool in an emergency department: A

qualitative study applying the Theoretical Domains Framework', *Journal of Clinical Nursing*, vol. 25, no. 19/20, pp. 2786-97, doi:10.1111/jocn.13275

Majid, S, Foo, S, Luyt, B, Zhang, X, Theng, YL, Chang, YK & Mokhtar, IA 2011, 'Adopting evidence-based practice in clinical decision making: nurses' perceptions, knowledge, and barriers', *Journal of the Medical Library Association*, vol. 99, no. 3, pp. 229-36, doi:10.3163/1536-5050.99.3.010

Malik, G, McKenna, L & Plummer, V 2016, 'Facilitators and barriers to evidence-based practice: perceptions of nurse educators, clinical coaches and nurse specialists from a descriptive study', *Contemporary Nurse*, vol. 52, no. 5, pp. 544-54, doi:10.1080/10376178.2016.1188017

Masso, M & McCarthy, G 2009, 'Literature review to identify factors that support implementation of evidence-based practice in residential aged care', *Int J Evid Based Healthc*, vol. 7, no. 2, pp. 145-56, doi:10.1111/j.1744-1609.2009.00132.x

Murray, E, Treweek, S, Pope, C, MacFarlane, A, Ballini, L, Dowrick, C, Finch, T, Kennedy, A, Mair, F, O'Donnell, C, Ong, BN, Rapley, T, Rogers, A & May, C 2010, 'Normalisation process theory: a framework for developing, evaluating and implementing complex interventions', *BMC Medicine*, vol. 8, p. 63, doi:10.1186/1741-7015-8-63

Nkrumah, I, Atuhaire, C, Priebe, G & Cumber, SN 2018, 'Barriers for nurses' participation in and utilisation of clinical research in three hospitals within the Kumasi Metropolis, Ghana', *Pan African Medical Journal*, vol. 30, p. 24, doi:10.11604/pamj.2018.30.24.15230

Olsen, PR & Bradbury-Jones, C 2013, 'Using a knowledge utilization framework to explore how findings from one study can be applied to other nursing contexts', *International Nursing Review*, vol. 60, no. 3, pp. 381-8, doi:10.1111/inr.12019

Özdemir, L & Akdemir, N 2009, 'Turkish nurses' utilization of research evidence in clinical practice and influencing factors', *International Nursing Review*, vol. 56, no. 3, pp. 319-25, doi:10.1111/j.1466-7657.2009.00707.x

Peters, DH, Adam, T, Alonge, O, Agyepong, IA & Tran, N 2013, 'Implementation research: what it is and how to do it', *BMJ*, vol. 347, p. f6753, doi:10.1136/bmj.f6753

Petre, B, Gillain, N, Jacqmin, N, Adriaenssens, J, Vandebosch, K, Gillet, P, Vander Stichele, R, Thienpont, G & Guillaume, M 2018, 'Perception of Belgian nurses about evidence-based clinical practice implementation: a focus group study', *Acta Clinica Belgica*, vol. 73, no. 2, pp. 110-8, doi:10.1080/17843286.2017.1355428

Prior, P, Wilkinson, J & Neville, S 2010, 'Practice nurse use of evidence in clinical practice: a descriptive survey', *Nursing Praxis in New Zealand*, vol. 26, no. 2, pp. 14-25

Rasmussen, CDN, Hojberg, H, Bengtsen, E & Jorgensen, MB 2018, 'Identifying knowledge gaps between practice and research for implementation components of sustainable interventions to improve the working environment - A rapid review', *Applied Ergonomics*, vol. 67, pp. 178-92, doi:10.1016/j.apergo.2017.09.014

Ritchie, L & Prentice, D 2011, 'An exploration of nurses' perceptions regarding the implementation of a best practice guideline on the assessment and management of foot ulcers for people with diabetes', *Applied Nursing Research*, vol. 24, no. 2, pp. 88-93, doi:10.1016/j.apnr.2009.04.005

Rogers, EM 2002, 'Diffusion of preventive innovations', *Addictive Behaviors*, vol. 27, no. 6, pp. 989-93

Rycroft-Malone, J, Kitson, A, Harvey, G, McCormack, B, Seers, K, Titchen, A & Estabrooks, C 2002, 'Ingredients for change: revisiting a conceptual framework', *Qual Saf Health Care*, vol. 11, no. 2, pp. 174-80

Rycroft-Malone, J, Seers, K, Titchen, A, Harvey, G, Kitson, A & McCormack, B 2004, 'What counts as evidence in evidence-based practice?', *Journal of Advanced Nursing*, vol. 47, no. 1, pp. 81-90, doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03068.x

Senn, LA 2014, 'Nurse-Physician Co-Leadership: Exploring a Strategy to Enhance Quality and Patient Safety in U.S. Hospitals', Ph.D. thesis, University of Minnesota, viewed 11.11.2018, via cin20 (EBSCOhost), <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=109763161&site=ehost-live>.

Skela-Savic, B, Pesjak, K & Lobe, B 2016, 'Evidence-based practice among nurses in Slovenian Hospitals: a national survey', *International Nursing Review*, vol. 63, no. 1, pp. 122-31, doi:10.1111/inr.12233

Skela-Savič, B, Pesjak, K & Lobe, B 2016, 'Evidence-based practice among nurses in Slovenian Hospitals: a national survey', *International Nursing Review*, vol. 63, no. 1, pp. 122-31, doi:10.1111/inr.12233

Solomons, NM & Spross, JA 2011, 'Evidence-based practice barriers and facilitators from a continuous quality improvement perspective: an integrative review', *Journal of Nursing Management*, vol. 19, no. 1, pp. 109-20, doi:10.1111/j.1365-2834.2010.01144.x

Statistik Austria 2018a, *Erhebungen über Forschung und experimentelle Entwicklung (F&E) in Österreich*, Bundesanstalt Statistik Österreich Wien.

— 2018b, *Pflegedienstleistungsstatistik 2016*, Bundesanstalt Statistik Österreich, Wien

van Achterberg, T, Schoonhoven, L & Grol, R 2008, 'Nursing implementation science: how evidence-based nursing requires evidence-based implementation', *Journal of Nursing Scholarship*, vol. 40, no. 4, pp. 302-10, doi:10.1111/j.1547-5069.2008.00243.x

Voss, CA 1988, 'Implementation: A key issue in manufacturing technology: The need for a field of study ', *Research Policy*, vol. 17 (2), pp. 55-63, doi:10.1016/0048-7333(88)90021-2

Weum, M, Bragstad, LK & Glavin, K 2018, 'How public health nurses use sources of knowledge', *Norwegian Journal of Clinical Nursing / Sykepleien Forskning (Only English version of the articles needs to be processed)*, pp. 1-23, doi:10.4220/Sykepleienf.2017.64242

Winters, CA & Echeverri, R 2012, 'Teaching strategies to support evidence-based practice', *Critical Care Nurse*, vol. 32, no. 3, pp. 49-54, doi:10.4037/ccn2012159

Yost, J, Ganann, R, Thompson, D, Aloweni, F, Newman, K, Hazzan, A, McKibbin, A, Dobbins, M & Ciliska, D 2015, 'The effectiveness of knowledge translation interventions for promoting evidence-informed decision-making among nurses in tertiary care: a systematic review and meta-analysis', *Implementation Science*, vol. 10, no. 1, pp. 1-15, doi:10.1186/s13012-015-0286-1

Ziegler, A, Antes, G, & König, I 2011, 'Bevorzugte Report Items für systematische Übersichten und Meta-Analysen: Das PRISMA-Statement. ', *DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift*, vol. 136 (08), pp. e9-e15, doi:10.1055/s-0031-1272978

8. Anhang

8.1. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Flowchart der Literaturrecherche und des Auswahlprozesses nach dem Schema des PRISMA-Statements (Ziegler 2011) - 9 -

8.2. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Charakteristika der eingeschlossenen Studien - 11 -

Tabelle 2: Bewertung der inkludierten Studien - 46 -

8.3. Bewertung der eingeschlossenen Studien

Die Bewertung der mitaufgenommenen Studien erfolgte mittels des Fragebogens Hawker et al. (2002). Der Fragebogen setzt sich aus 9 Kategorien zusammen, welche mit einer Likert-Skala beurteilt werden. Die Abstufungen lauten wie folgt: *Good* (4 Punkte), *Fair* (3 Punkte), *Poor* (2 Punkte) und *Very Poor* (1 Punkt). Die Gesamtpunktezahl des Beurteilungsinstruments enthält 36 Punkte. Die erreichten Punkteanzahlen inklusive Prozentsatz werden in nachfolgender Tabelle aufgelistet. Je höher die Punkteanzahl und der Prozentsatz, desto besser ist die Qualität der Studie einzuschätzen. Es konnten alle 13 Studien in diese Bachelorarbeit inkludiert werden, da die Bewertung dieser Studien über 60% lag.

Tabelle 2: Bewertung der inkludierten Studien

Autoren	Abstract and title	Introduction and aims	Method and data	Sampling	Data analysis	Ethics and bias	Results	Transferability or generalizability	Implications and usefulness	Punkte gesamt	%
Abad Corpa et al. (2013)	Fair (3)	Good (4)	Fair (3)	Fair (3)	Good (4)	Good (4)	Fair (3)	Fair (3)	Fair (3)	30/36	83,3 %
Bermúdez-Tamayo et al. (2017)	Good (4)	Fair (3)	Fair (3)	Fair (3)	Good (4)	Poor (2)	Good (4)	Fair (3)	Fair (3)	29/36	80,5 %
Breimeier H. E. et al. (2011)	Good (4)	Good (4)	Good (4)	Fair (3)	Good (4)	Good (4)	Good (4)	Fair (3)	Good (4)	34/36	94,4 %
Chen et al. (2013)	Fair (3)	Fair (3)	Good (4)	Good (4)	Good (4)	Good (4)	Good (4)	Fair (3)	Fair (3)	32/36	88,8 %
Clement et al. (2016)	Fair (3)	Poor (2)	Good (4)	Good (4)	Fair (3)	Very Poor (1)	Good (4)	Good (4)	Fair (3)	28/36	77,8 %
De Visschere et al. (2015)	Fair (3)	Fair (3)	Fair (3)	Fair (3)	Fair (3)	Poor (2)	Fair (3)	Fair (3)	Poor (2)	25/36	69,4 %

Autoren	Abstract and title	Introduction and aims	Method and data	Sampling	Data analysis	Ethics and bias	Results	Transferability or generalizability	Implications and usefulness	Punkte gesamt	%
Farokhzadian et al. (2015)	Good (4)	Fair (3)	Fair (3)	Good (4)	Fair (3)	Poor (2)	Fair (3)	Fair (3)	Fair (3)	28/36	77,7 %
Gifford et al. (2018)	Good (4)	Good (4)	Good (4)	Fair (3)	Good (4)	Good (4)	Good (4)	Fair (3)	Fair (3)	33/36	91,7 %
Karki et al. (2017)	Good (4)	Poor (2)	Fair (3)	Fair (3)	Poor (2)	Very Poor (1)	Fair (3)	Fair (3)	Fair (3)	24/36	66,7 %
Kirk et al. (2016)	Good (4)	Fair (3)	Good (4)	Good (4)	Good (4)	Good (4)	Fair (3)	Good (4)	Fair (3)	33/36	91,7 %
Malik et al. (2016)	Good (4)	Poor (2)	Poor (2)	Poor (2)	Fair (3)	Very Poor (1)	Good (4)	Poor (2)	Fair (3)	23/36	63,8 %
Nkrumah et al. (2018)	Fair (3)	Good (4)	Fair (3)	Good (4)	Fair (3)	Good (4)	Good (4)	Fair (3)	Fair (3)	31/36	86,1 %
Weum et al. (2018)	Good (4)	Good (4)	Good (4)	Good (4)	Good (4)	Fair (3)	Good (4)	Fair (3)	Good (4)	34/36	94,4 %