

Bachelorarbeit

Gesundheitsziele Österreich – Die Rolle der Pflege

eingereicht von
Kapp Anna Magdalena

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

Medizinische Universität Graz
Institut für Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von
Drⁱⁿ.scient.med. Franziska Großschädl, BSc, MSc

Graz, 12.03.2018

I. Eidesstattliche Erklärung

„Ich, Kapp Anna Magdalena, 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.“

12.03.2018

Kapp Anna Magdalena, eh

II. Inhaltsverzeichnis

I. EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG	I
II. INHALTSVERZEICHNIS	II
III. ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS	IV
IV. ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	V
V. ZUSAMMENFASSUNG	VI
VI. ABSTRACT	VII
1 EINLEITUNG	1
1.1 Gesundheitsziel 3 – Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken	3
1.2 Gesundheitsziel 9 – Die psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern	5
1.3 Relevanz der Arbeit	8
1.4 Forschungsfrage und Forschungsziel	9
2 METHODE	10
2.1 Suchstrategie	10
2.2 Bewertung der Studien	11
3 ERGEBNISSE	13
3.1 Maßnahmen zur Bewertung und Steigerung der Gesundheitskompetenz	18
3.2 Gesundheitskompetenz und psychosoziale Gesundheit sowie Maßnahmen zur Steigerung der psychosozialen Gesundheit	21
4 DISKUSSION	25
4.1 Limitationen und Stärken	29

4.2	Empfehlungen für die Forschung	30
4.3	Empfehlungen für die Praxis	30
5	SCHLUSSFOLGERUNG	32
6	LITERATURVERZEICHNIS	33
7	ANHANG	VIII

III. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: HLS-EU-Q Ländervergleich	5
Abbildung 2: Flowchart Literatursuche	12
Tabelle 1: Übersicht inkludierte Studien	14-17

IV. Abkürzungsverzeichnis

Adult Basic Learning Examination	ABLE
Bundesministerium für Gesundheit und Frauen	BMGF
Chronisch obstruktive Lungenerkrankung	COPD
Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson	DGKP
District nurses	DN's
Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband	ÖGKV
Test for Functional Health Literacy in Adults	TOFHLA
Wirkungsziel	WZ
Word Recognition Achievement Test	WRAT

V. Zusammenfassung

Hintergrund: Die Gesundheitsziele Österreich wurden vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2013 im Hinblick auf das Rahmenkonzept "Gesundheit 2020" der WHO beschlossen. Insgesamt wurden zehn Ziele vereinbart, welche den Zweck haben, die Gesundheit aller in Österreich lebenden Personen zu verbessern und somit die gesunden Lebensjahre zu erhöhen. Die Rolle der Pflege ist bislang in diesem Prozess nicht ausreichend involviert. Deshalb soll in dieser Arbeit vor allem der Zusammenhang zwischen der Pflege und den Gesundheitszielen drei „Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“ und neun "Die psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern" analysiert werden.

Ziel: Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist es aufzuzeigen, welche Rolle die Pflege im Bereich der erwachsenen Bevölkerung einnehmen kann, um sich aktiv am Realisierungsprozess der „Gesundheitsziele Österreich drei und neun“ zu beteiligen.

Methode: Zur Beantwortung der Forschungsfrage erfolgte die Literatursuche in den Datenbanken PubMed und CINAHL im Zeitraum Oktober bis Dezember 2017. Sieben Studien wurden nach der Bewertung mittels dem Bewertungsbogen nach Hawker et al. (2002) in diese Arbeit inkludiert.

Ergebnisse: Es gibt zahlreiche Maßnahmen zur Feststellung und Förderung der Gesundheitskompetenz, welche von der Pflege durchgeführt werden können. Die Rolle der Pflege stellte sich als wichtig heraus, da diese im engen Kontakt mit den Patientinnen und Patienten steht. Primär beeinflussen eine schwache Gesundheitskompetenz und soziale Isolation die psychosoziale Gesundheit in negativer Weise. Die Anwendung richtiger Kommunikationstechniken, wie beispielsweise der Teach-Back-Methode, kann die Gesundheitskompetenz von Patientinnen und Patienten maßgeblich stärken.

Schlussfolgerung: Die Rolle der Pflege ist nicht ausreichend in den Prozess der Umsetzung der Gesundheitsziele Österreich involviert. Weitere Forschung im deutschsprachigen Raum ist notwendig, um den Zusammenhang zwischen der Gesundheitskompetenz und der Rolle der Pflege zu beleuchten.

VI. Abstract

Background: Austria's national health goals were agreed by the Federal Ministry of Health and Women in 2013 based on the WHO's Health 2020 framework. Ten goals have been developed, those have the purpose of improving the health status of the Austrian population. The role of nursing has so far not been sufficiently integrated into this process. Therefore, the present bachelor thesis analyses the link between nursing and health goal three "Strengthening the health literacy of the population" and health goal nine "Strengthening the psychosocial health among all population groups".

Objectives: The aim of this thesis was to describe the role of nursing care in relation to the national health goals three and nine and illustrate the role of nursing in this process.

Methods: To answer the research question a literature search took place in the databases PubMed and CINAHL, the timeframe was from October to December 2017. Finally, seven studies were included in this thesis based on the evaluation sheet according to Hawker et al. (2002).

Results: There are many options to identify and promote health literacy that can be performed by nursing. The role of nursing turned out to be important because of the direct contact with the patients. Primarily, poor health literacy and social isolation affecting psychosocial health in a negative way. Also, the implementation of accurate communication techniques can strengthen the health literacy of patients.

Conclusion: The role of nursing care is inadequately involved in the process of the national health goals. Further research in german-speaking countries is necessary to examine the context between health literacy and the role of nursing.

1 Einleitung

Die „Gesundheitsziele Österreich“ wurden vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) 2013 im Hinblick auf das Rahmenkonzept „Gesundheit 2020 - Rahmenkonzept und Strategie der Europäischen Region für das 21. Jahrhundert“ der WHO beschlossen. Dieses Rahmenkonzept sowie strategische Zielsetzungen wurden gemeinsam von allen Mitgliedsstaaten der Europäischen Region erarbeitet. Die Umsetzung dieser übergeordneten Ziele erfolgt jedoch auf nationaler Ebene durch die einzelnen Gesundheitsministerien der Mitgliedsstaaten (WHO 2013).

Aufgrund der von der WHO vorgegeben Zielsetzung sowie durch nationale Herausforderungen, wie beispielsweise der Verschiebung der Altersstruktur, Zunahme an chronischen Erkrankungen wie COPD, Herz-Kreislaufkrankungen oder Krebs sowie der immer größer werdende Zusammenhang zwischen sozioökonomischen Faktoren und Gesundheit wurden insgesamt zehn Ziele auf nationaler Ebene vereinbart. Diese haben den Zweck, die Gesundheit aller der in Österreich lebenden Personen zu steigern, die gesunden Lebensjahre zu erhöhen und daraus resultierend die Kosten im Gesundheitssystem zu senken (BMGF 2017a). „Health in all policies“ übersetzt „Gesundheit in allen Politikfeldern“ bildet die Grundlage zur Entwicklung der Gesundheitsziele.

Laut Kickbusch (2011) haben Gesundheitsziele folgende Absicht:

„sie verdeutlichen und vermitteln das übergeordnete Ziel: die Gesundheit der Bevölkerung, unterstützen planmäßiges Handeln, ermöglichen verbindliche Vereinbarungen der verantwortlichen - mitunter sehr unterschiedlichen – Akteurinnen und Akteure, fördern Transparenz/ Partizipation und schaffen eine gemeinsame Wahrnehmung und Lösung von Herausforderungen.“ (Kickbusch 2011, p.32)

Entsprechend der Landessanitätsdirektion der Stadt Wien (2015, p.10) sollen durch Gesundheitsziele:

„Gesundheitsprobleme wahrgenommen und spezifiziert werden, das Qualitätsbewusstsein bezüglich der Entwicklung von Lösungsstrategien gestärkt werden, Organisationsbarrieren unterschiedlicher gesundheitspolitischer Akteurinnen und Akteure in synergetischer Weise überwunden werden sowie für das Gesundheitswesen im Ganzes gesellschaftliche Lernprozesse in Gang gesetzt werden.“

Dadurch bilden die Gesundheitsziele „*einen gemeinsamen Handlungsrahmen*“, welcher eine Zusammenarbeit aller Akteurinnen und Akteure im Gesundheitssystem abverlangt (BMGF 2017a, p.VI).

Die vom BMGF (2017a, pp. IX-XII) definierten Gesundheitsziele lauten folgendermaßen:

- ❖ *„Ziel 1: Gesundheitsförderliche Lebens und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik und Gesellschaftsbereiche schaffen*
- ❖ *Ziel 2: Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft, für alle Altersgruppen sorgen*
- ❖ *Ziel 3: Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken*
- ❖ *Ziel 4: Die natürlichen Lebensgrundlagen wie Luft, Wasser und Boden sowie alle unsere Lebensräume auch für künftige Generationen nachhaltig gestalten und sichern*
- ❖ *Ziel 5: Durch sozialen Zusammenhalt die Gesundheit stärken*
- ❖ *Ziel 6: Gesundes Aufwachsen für alle Kinder und Jugendlichen bestmöglich gestalten und unterstützen*
- ❖ *Ziel 7: Gesunde Ernährung mit qualitativ hochwertigen Lebensmitteln für alle zugänglich machen*
- ❖ *Ziel 8: Gesunde und sichere Bewegung im Alltag durch die entsprechende Gestaltung der Lebenswelten fördern*
- ❖ *Ziel 9: Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern*
- ❖ *Ziel 10: Qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung für alle nachhaltig sicherstellen “ (BMGF 2017a, pp. IX-XII)*

In dieser Arbeit sollen vor allem die Gesundheitsziele drei und neun näher betrachtet werden, die Begründung der gewählten Ziele wird nachfolgend beschrieben.

1.1 Gesundheitsziel 3 – Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken

Der Begriff Gesundheitskompetenz leitet sich von dem englischen Wort „Health Literacy“ ab. Sorensen et al. (2012) definiert den Begriff Gesundheitskompetenz folgendermaßen:

„Health literacy is linked to literacy and entails people's knowledge, motivation and competences to access, understand, appraise, and apply health information in order to make judgments and take decisions in everyday life concerning healthcare, disease prevention and health promotion to maintain or improve quality of life during the life course“ (Sorensen et al. 2012, p.3)

Thilo, Sommerhalder und Hahn (2012) erklären den Begriff Gesundheitskompetenz speziell für die Pflege im deutschsprachigen Raum:

„Gesundheitskompetenz ermöglicht der/dem Patienten(in)/Angehörigen, gesundheitsrelevante Informationen zu erschließen, zu verstehen, zu nutzen, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden, Fragen im Kontext von Gesundheit und Krankheit zu stellen und eigene Bedürfnisse zu formulieren. Um gesundheitskompetent zu sein, benötigt die/der Patienten(in)/Angehörige die Fähigkeiten des Lesens, Schreibens und Rechnens. Gesundheitskompetenz trägt dazu bei, informierte Entscheidungen zu treffen und dadurch eine aktive Rolle für die Gesundheit zu übernehmen, um diese aufrechtzuerhalten, zu fördern oder wiederherzustellen.“ (Thilo, Sommerhalder & Hahn 2012, p.434)

Während der Erarbeitung des Rahmengesundheitszieles drei (R-GZ 3) „Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“ wurden vom BMFG (2014, p.19) bestimmte Grundprinzipien/Maßnahmenbereiche wie beispielsweise, „Stärken der persönlichen Kompetenz, Erleichtern des Zuganges zu verständlicher Information, Fördern der Rolle der Patientinnen und Patienten als gleichberechtigter Partner im Gesundheitssystem, Fördern einer vereinfachten Orientierung im Gesundheits-, Bildungs- und Sozialsystems“ festgelegt. Zur besseren Umsetzung und Kontrolle wurden neben der Erstellung von Maßnahmenbereichen auch insgesamt drei Wirkungsziele (WZ) beschlossen:

- ❖ **WZ 1:** *Das Gesundheitssystem unter Einbeziehung der Beteiligten und Betroffenen gesundheitskompetenter machen.*
- ❖ **WZ 2:** *Die persönliche Gesundheitskompetenz unter Berücksichtigung von vulnerablen Gruppen stärken*
- ❖ **WZ 3:** *Gesundheitskompetenz im Dienstleistung – und Produktionssektor verankern.*

(BMGF 2017d, p.8)

Maßnahmen die WZ zu erreichen, werden bereits in der Praxis umgesetzt. Diese spiegeln sich auch als Pilotprojekte wieder, wie zum Beispiel das Videodolmetschen im Gesundheitssystem, das Konzept der Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenhausversorgung, Selbstassessment-Tools im Setting Krankenhaus oder das Gesundheitskompetenz-Coaching in Einrichtungen der Sozialversicherungen (BMGF 2017b). Die Messung der Gesundheitskompetenz und somit der Wirkung des Gesundheitszieles drei erfolgt durch die European Health Literacy Survey (HLS-EU-Studie) mittels eines fragebogenbasierten Interviews. Dieses Interview besteht aus insgesamt 47 Fragen welche Schwerpunkte zu den Bereichen Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung beinhalten. Im europäischen Vergleich schneidet Österreich verhältnismäßig schlecht ab, denn nur 10% der österreichischen Bevölkerung besitzen eine ausgezeichnete Gesundheitskompetenz (siehe Abbildung 1). Zielsetzung des Gesundheitszieles bis 2032 ist es, dass 55% der österreichischen Gesamtbevölkerung eine ausgezeichnete oder ausreichende Gesundheitskompetenz besitzen (BMGF 2014). Um diese Zielsetzung zu erreichen ist das Konzept der Gesundheitskompetenz ein wichtiges Handlungsfeld für die Pflege. Die Pflege ist in vielen unterschiedlichen Bereichen des Gesundheitssektors angesiedelt und steht somit im ständigen Kontakt mit Patientinnen und Patienten. Die Fähigkeit gesundheitskompetent zu handeln, wird im Laufe des Alterns und somit durch Erfahrungen verändert, dadurch werden individuelle Strategien entwickelt, um sich gesundheitlichen Herausforderungen zu stellen (Baur 2010). Baur (2010, pp.64-65) beschreibt in Ihrem Artikel das eine gesundheitskompetente Bevölkerung sich dadurch auszeichnet, dass „jede Person den gleichen Zugang zu angemessenen Gesundheitsinformationen erhält, personen-zentrierte Pflege erfährt und Maßnahmen anwenden kann welche die Gesundheit fördern“.

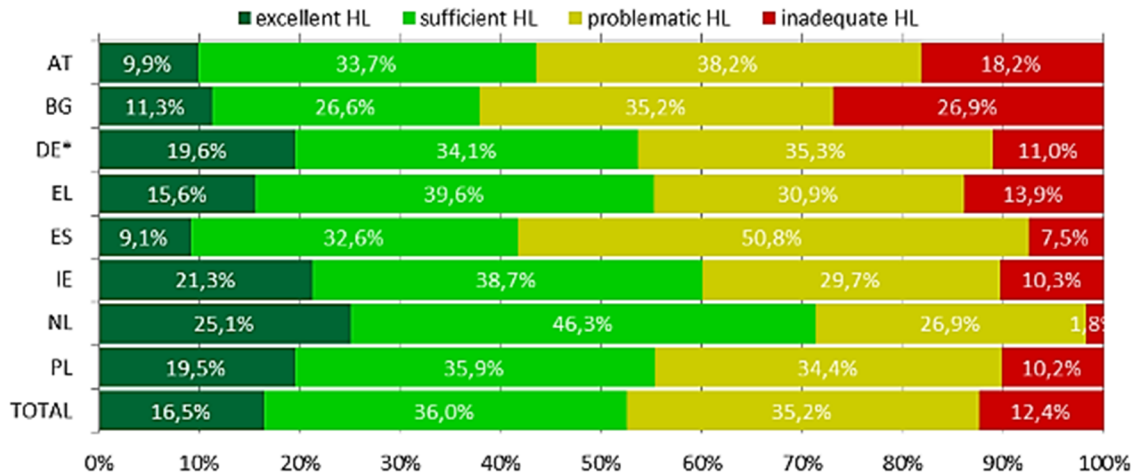


Abbildung 1: HLS-EU-Q Ländervergleich (HLS Consortium 2012, p.3, Figure 1)

1.2 Gesundheitsziel 9 – Die psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern

„Die psychosoziale Gesundheit ist ein wichtiger Faktor für die Lebensqualität und steht in Wechselwirkung mit akut und insbesondere chronischen Erkrankungen“ (BMGF 2017, p.48). Die WHO (2017, n.p) definiert psychische Gesundheit folgendermaßen:

“Mental health is a state of well-being in which an individual can realize his or her own potential, cope with the normal stresses of life, work productively and make a contribution to the community”

Unter psychischer Gesundheit wird somit das individuelle Wohlbefinden, sowie der Umgang mit normalen Stress im Alltag, unter welchen man möglichst produktiv arbeitet, und dadurch einen Beitrag für die Gemeinschaft leisten kann, verstanden (Übersetzung durch die Autorin).

Psychische Erkrankungen sind in unserer Gesellschaft häufig noch ein unausgesprochenes Problem. Aufgrund fehlenden Wissens und der daraus resultierenden Bildung von Vorurteilen werden Personen mit psychischen Erkrankungen oftmals an der gesellschaftlichen Teilhabe ausgeschlossen (BMGF 2015). Folgende Faktoren können Auslöser für psychosoziale Probleme sein und diese verstärken. Ein schlechter sozioökonomischer Status, gekennzeichnet durch,

geringen Bildungsstatus, Armut, schlechte Wohnverhältnisse, Isolation beziehungsweise geringer sozialer Kontakt aber auch die fehlende Fähigkeit moderne Informationstechnologien zu nützen (BMGF 2017a). Bei der 2014 durchgeführten österreichischen Gesundheitsbefragung wurde unter anderem das Ergebnis präsentiert, dass primär der Faktor Arbeit ein erhöhtes Risiko für Depressionen mit sich bringt, hier ist es vor allem die Gruppe der arbeitslosen Männer welche stark gefährdet ist (Statistik Austria, 2016). Probleme in der psychosozialen Gesundheit, welche sich durch Depressionen, Suizid oder Alkohol- und Drogenkonsum äußern, verursachen hohe soziale Folgekosten (BMGF 2017a). Das BMGF verweist in der Langfassung der Gesundheitsziele Österreich auf die „Nationalen Strategien zur psychischen Gesundheit“, welche den Europäischen Aktionsplan für psychische Gesundheit der WHO als Vorbild haben. Diese Strategien beinhalten zentrale Ziele die für die Umsetzung des Hauptziels „Die psychosoziale Gesundheit der Bevölkerung stärken“ von großer Bedeutung sind (BMGF 2017c). Insgesamt wurden vom BMGF (2015, p.III) vier große Handlungsfelder zu dem Gesundheitsziel neun erarbeitet, „Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung, Versorgung, Rehabilitation und Ausbildung, Gesellschaft und Entstigmatisierung sowie Forschung und Evidenz“. Die WZ zu Gesundheitsziel neun lauten folgendermaßen:

- ❖ **WZ 1:** *Um die psychosoziale Gesundheit sowie das Wohlbefinden der Menschen zu fördern und zu erhalten, werden ihre Lebenswelten und ihre Lebenskompetenzen durch systematische und strukturierte Maßnahmen gestaltet bzw. gestärkt.*
- ❖ **WZ 2:** *Die Lebenswelten sowie das Gesundheits- und Sozialsystem stellen sicher, dass für psychosozial belastete Menschen, Menschen mit psychischen Erkrankungen und deren Angehörige niederschwellige, bedarfsgerechte Unterstützungs-, Versorgungs- bzw. Rehabilitationsangebote zur Verfügung stehen. Planung, Finanzierung und Realisierung eines solchen Angebots werden von den Grundsätzen der Inklusion und der integrierten Versorgung geleitet.*
- ❖ **WZ 3:** *In allen Lebenswelten der Gesellschaft herrscht ein Klima des offenen und selbstverständlichen Umgangs mit individueller Vielfalt von psychosozialer Gesundheit und Krankheit.*

(BMGF 2017e, pp.12-13)

Handlungsfelder zur Optimierung der psychosozialen Gesundheit sind somit sehr breit gefächert und spiegeln sich beinahe in allen anderen Gesundheitszielen in sogenannten „Querverbindungen“ wieder (BMGF 2015, p.36). So soll „die höhere Last psychosozialer Probleme bei sozioökonomisch benachteiligten Gruppen reduziert werden vgl. Ziel zwei, der soziale Zusammenhalt als wichtiger Schutzfaktor für psychosoziale Gesundheit gestärkt werden vgl. Ziel fünf und medizinische Versorgung von psychisch/psychiatrisch erkrankten Personen optimiert werden vgl. Ziel zehn“ (BMGF 2017a, p.49). Ein wichtiger Schwerpunkt liegt hier vor allem auf die Patientinnen und Patientenedukation inklusive Einbezug der Angehörigen bezüglich der Erkrankung und über mögliche Folgen, welche daraus resultieren. Das Erkennen von Risikofaktoren sowie das Bereitstellen „zielgruppenspezifischer, bedarfsgerechter Prävention und Versorgungsstrukturen“ ist eine essentielle Voraussetzung, um psychosoziale Gesundheit zu fördern (BMGF 2017a, p.49).

Stärken der psychosozialen Gesundheit am Beispiel des Projektes „Auf gesunde Nachbarschaft“

Eine gut funktionierende Nachbarschaft ist ein Indikator für gute Lebensqualität und Wohlbefinden. Dem Setting der Nachbarschaft wurde lange Zeit wenig Beachtung geschenkt, doch gerade hier können soziale Beziehungen gestärkt werden und somit der Gefahr der sozialen Isolation entgegengewirkt werden. Ein gut funktionierendes Netzwerk kann die psychische Gesundheit fördern und bildet eine Grundlage gesundheitliche Krisen zu bewältigen. Das Projekt stützt sich auf drei Schwerpunkte, Familien, ältere Menschen und die Nachbarschaft allgemein. Durch Einzelprojekte in den Bundesländern wie „Gesunde Nachbarschaft – in Gemeinschaft älter werden“ oder „Gemeinsam gesund alt werden“ können gesundheitlich benachteiligte Gruppen profitieren und an der Gesellschaft teilhaben (Fonds Gesundes Österreich o.J).

1.3 Relevanz der Arbeit

Das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz schreibt dem multiprofessionellen Kompetenzbereich des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege unter anderem die Aufgaben „Maßnahmen zur Verhütung von Krankheiten und Unfällen sowie zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit, Gesundheitsberatung und Förderung der Gesundheitskompetenz“ zu (Bundeskanzleramt 2017, pp. 13-14). Hiermit ergeben sich zahlreiche Handlungsfelder für die Pflege, welche mit über 50.000 Angestellten des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege die größte Gruppe der Gesundheitsberufe darstellt (BMGF 2013). Gesundheit ist ein zentrales Thema und entscheidet über die Lebensqualität. Die Pflege kann durch ihr fachspezifisches Wissen die Gesundheitskompetenz sowohl von Betroffenen als auch Angehörigen bedürfnisorientiert in allen Lebenslagen gezielt fördern (Thilo, Sommerhalder & Hahn 2012). Das Fördern von psychischer Gesundheit sowie auch der Gesundheitskompetenz ist in vielen Bereichen des alltäglichen Lebens, wie Arbeitsplatz, Schule, Pflegeheimen aber auch Krankenhäusern verankert. Dies erfordert eine große Reichweite an qualitätsvollen Angeboten, damit alle Bevölkerungsgruppen erreicht werden (Naidoo & Wills 2016).

Bisher gibt es kaum konkretisierte Maßnahmenpakete welche die Aufgaben des Pflegepersonals in diesem Prozess beschreiben. Durch eine klar definierte und zugewiesene Funktion könnte zur Erfüllung der Gesundheitsziele maßgeblich beigetragen werden.

1.4 Forschungsfrage und Forschungsziel

Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist es aufzuzeigen, welche Rolle die Pflege im Bereich der erwachsenen Bevölkerung einnehmen kann um sich aktiv am Realisierungsprozess der „Gesundheitsziele Österreich drei und neun“ zu beteiligen. Daraus ergibt sich folgende Forschungsfrage:

Welche Rolle kann die Pflege im Bereich der erwachsenen Bevölkerung einnehmen, um sich aktiv am Realisierungsprozess der „Gesundheitsziele Österreich drei und neun“ zu beteiligen?

2 Methode

Zur Beantwortung der Forschungsfrage dieser Arbeit wurde ein Literaturreview gewählt, welches eine Zusammenfassung schriftlicher Ergebnisse zu einem Forschungsproblem darstellt. Es beinhaltet das Erstellen einer Forschungsfrage, das Entwerfen einer Suchstrategie, sowie die Suche nach Literatur in adäquaten Datenbanken und das anschließende kritische Bewerten und Analysieren der gefundenen Literatur (Polit & Beck 2011). Ziel eines Literaturreviews ist es die aktuellsten als auch wichtigsten Informationen und Quellen bezüglich eines relevanten Themas zusammenzufassen, sich einen Überblick über mögliche Theorien zu verschaffen und die Forschungsfrage dadurch beantworten zu können (Gray, Grove & Sutherland 2017).

2.1 Suchstrategie

Die Datensuche erfolgte im Zeitraum Oktober 2017 bis Anfang Dezember 2017 in den Datenbanken PubMed und CINAHL. Die für die Literatursuche verwendeten Keywords lauten: „health literacy“, „mental health literacy“, „nursing“, „nurse“, „nursing care“, „nursing practice“, „strategies“, „psychosocial health“, „psychosocial issues“, und „mental health“. Um ein breiteres Spektrum an Literatur zu erhalten, wurde anstatt des Wortes „Gesundheitskompetenz“ der englische Begriff „health literacy“ übernommen und in Form von Mesh-Terms in der Datenbank PubMed und als Suggest Subject Terms in der Datenbank CINAHL verwendet. Diese Keywords wurden schließlich mit den Bool'sche Operatoren AND, NOT und OR verknüpft. Die Suchanfrage beschränkte sich auf deutsch- und englischsprachige Literatur, sowie auf Literatur welche in den letzten 10 Jahren (2007-2017) publiziert worden ist. Studien, welche die Population Kinder und Jugendliche beinhalteten wurden ausgeschlossen, da sich die Forschungsfrage explizit auf die Rolle der Pflege im Bereich der erwachsenen Bevölkerung richtet. Hierfür wurde der Bool'sche Operator NOT mit den Keywords „children“ und „paediatric“ verwendet, außerdem wurde beim Lesen des Titels sowie des Abstracts spezifisch auf die gewählte Population geachtet. Zusätzlich zur Suchstrategie in den Datenbanken, wurden ebenfalls Studien aus der Plattform ResearchGate mittels Handsuche inkludiert.

Hierfür wurde die oben genannte Suchstrategie gekürzt und mit den Keywords „Health Literacy“ und „Interventions“ nach entsprechender Literatur gesucht. 16 Studien wurden nach Lesen des Volltextes ausgeschlossen und drei dieser Studien in der Einleitung beziehungsweise in der Diskussion dieser Arbeit verwendet (siehe Abbildung 2).

2.2 Bewertung der Studien

Zur Bewertung der vorausgewählten Studien wurde der Auswertungsbogen nach Hawker et al. (2002) verwendet, welcher vom Institut für Pflegewissenschaft an der Medizinischen Universität Graz zu Verfügung gestellt wurde. Dieser besteht aus insgesamt neun Items welche mit jeweils vier Antwortmöglichkeiten (4 Pkt. = good, 3.Pkt = fair, 2 Pkt. = poor und 1 Pkt. = very poor) zu beantworten sind, daraus ergibt sich eine Gesamtpunkteanzahl von 36. Es wurden ausschließlich Studien inkludiert, welche mit mindestens 70% (25 Punkte) der Gesamtpunkteanzahl bewertet wurden. Die Gesamtpunkteanzahl der bewerteten Studien lag zwischen 25 und 32 Punkten. In der Bewertung der Studie von Schaefer (2008) wurde die Kategorie „Ethics and Bias“ aufgrund dessen Fehlens ausgeschlossen, dies wurde in der Gesamtpunkteanzahl berücksichtigt (Bewertungen siehe Anhang).

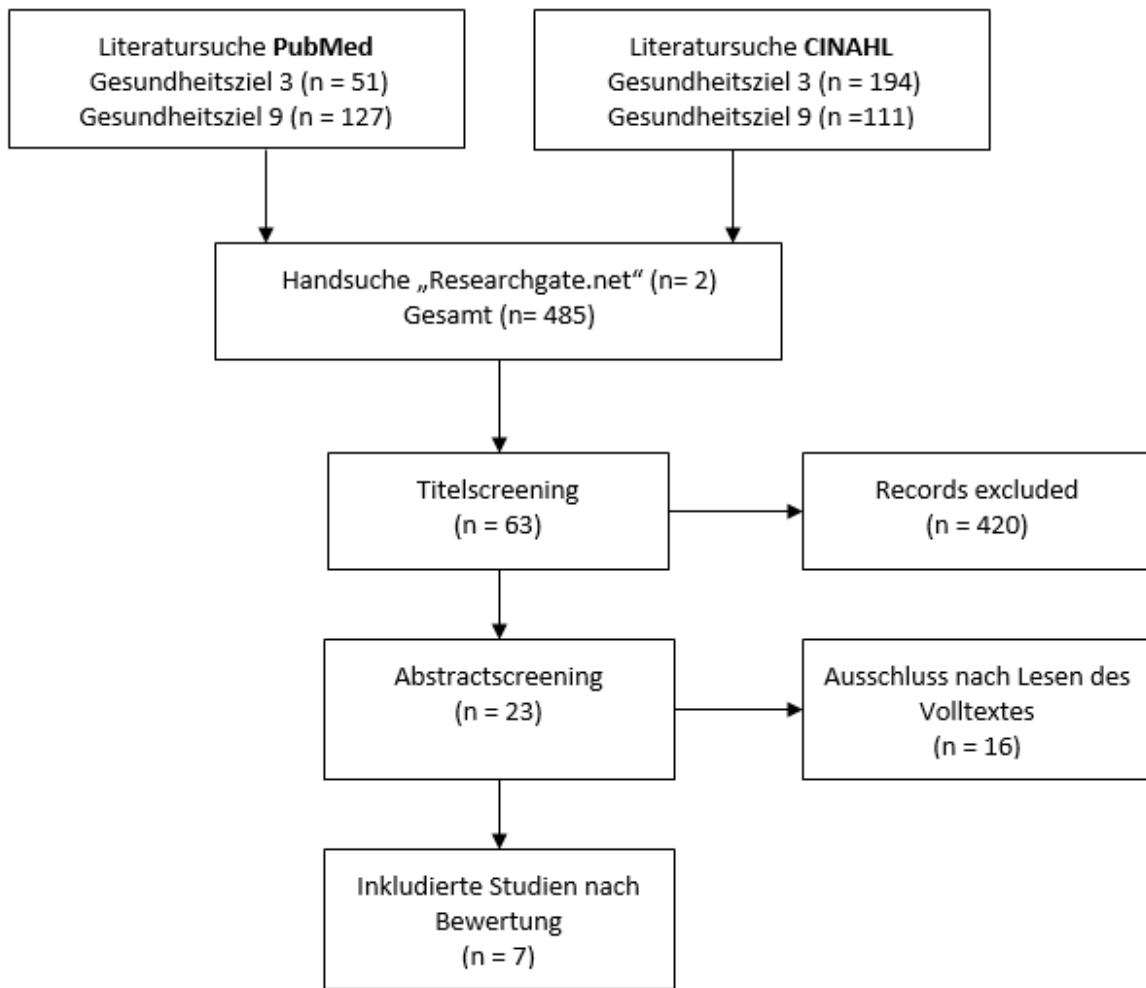


Abbildung 2: Flowchart Literatursuche

3 Ergebnisse

Nach Bewertung der Literatur wurden letztlich sieben Studien in diese Arbeit inkludiert und anschließend im Ergebnisteil näher betrachtet. Die eingeschlossenen Studien stammen aus Australien, der USA, Südkorea, Japan, Norwegen, Schweden sowie China und wurden im Zeitraum von 2008-2017 veröffentlicht. Vier Studien wurden dem Gesundheitsziel drei zugeordnet, drei Studien dem Gesundheitsziel neun. Nachfolgend werden die Ergebnisse in einer Übersichtstabelle (Tabelle 1) graphisch dargestellt.

Tabelle 1: Übersicht inkludierte Studien

Autorinnen/ Autoren Jahr	Land	Forschungsziel	Design Stichprobengröße (n=x)	Hautergebnisse
Liu et al. 2017	China	Ziel dieser Studie war es, die Health Literacy von älteren Personen im Setting Pflegeheim mittels der „Teach-Back-Method“ zu verbessern.	Randomisiert kontrollierte Interventionsstudie n = 260 Partizipantinnen und Partizipanten (27 Pflegeheime)	In der Interventionsgruppe (n=126) ergab sich ein signifikanter Anstieg der Health Literacy. Die „Teach-Back-Method“ stellt eine gute Methode dar die Health Literacy von älteren Personen zu verbessern.
Schaefer 2008	USA	Ziel dieser Studie war es, die Wirksamkeit von Health Literacy Interventionen zu erforschen.	Literaturreview n= 16 Studien mit experimentellen Design	Insgesamt wurden vier Instrumente zur Messung der Health Literacy gefunden. Viele Studien kamen zu dem Ergebnis, dass Sprache und Erklärungen in den Informationsmaterialien viel zu kompliziert geschrieben sind.

Autorinnen/ Autoren Jahr	Land	Forschungsziel	Design Stichprobengröße (n=x)	Hautergebnisse
Cawthon et al. 2014	USA	Ziel dieser Studie war es, die Durchführbarkeit der Implementierung eines Health Literacy Assessments im Setting Krankenhaus zu überprüfen, die Handhabung des Pflegepersonals mit diesem Instrument zu beurteilen, sowie herauszufinden, ob dieses Instrument Gesundheitsergebnisse verbessern kann.	Health Literacy Screening - Studie (Studiendesign wird nicht näher bezeichnet) n = 1 Krankenhaus (alle Ambulanzen und Stationen)	Das Pflegepersonal gab positives Feedback bezüglich der Einführung des Health Literacy Assessments in beiden Settings. Die Ergebnisse fokussierten sich auf die Akzeptanz, Angemessenheit, Machbarkeit, Treue und Nachhaltigkeit des Instruments.

Autorinnen/ Autoren Jahr	Land	Forschungsziel	Design Stichprobengröße (n=x)	Hautergebnisse
Kirkevold et al. 2012	Norwegen	Ziel dieser Studie war es, eine psychosoziale Pflegemaßnahme zu entwickeln, welche das Wohlbefinden und die Gesundheit von Patientinnen und Patienten nach einem Schlaganfall verbessern soll.	Mixed-Methods Studie n = 16 Literaturreviews + n = 50 Schlaganfall-patientinnen und Patienten; Meetings	Nach Durchsicht relevanter Literatur wurde eine Pflegemaßnahme entwickelt, welche im Rahmen der Studie auch eingesetzt wurde. Besonders persönliche Treffen mit Patientinnen und Patienten zu bestimmten Zeitpunkten nach einem Schlaganfall sollen die psychosoziale Genesung fördern.
Grundberg et al. 2016	Schweden	Ziel dieser Studie war es, die Erfahrungen von District nurses bezüglich der Förderung der psychischen Gesundheit älterer – multimorbider Personen im Setting „Community“ zu beschreiben.	Deskriptive – qualitative Studie n = 25 District nurses (DN's); Einzel, und Fokusgruppen-Interviews	Die DN's haben zahlreiche Faktoren und Interventionen beschrieben, welche wichtig für die Förderung von psychischer Gesundheit sind – Assessment, Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen und soziale Unterstützung. Dennoch kann die Pflege nicht in erster Instanz verantwortlich für die Erkennung psychischer Probleme gemacht werden.

Autorinnen/ Autoren Jahr	Land	Forschungsziel	Design Stichprobengröße (n=x)	Hautergebnisse
Beauchamp et al. 2017	Australien	Ziel dieser Studie war es, den sogenannten OPHELIA-Prozess (Optimising Health Literacy and Access) in unterschiedlichen Setting durchzuführen.	Interventionsstudie n= 9 Organisationen	„Ophelia“ wurde erfolgreich in neun Organisationen implementiert. Das Programm stellt eine Möglichkeit dar, individuelle Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz durch interdisziplinäre Zusammenarbeit zu entwickeln.
Rhee et al. 2016	Südkorea	Ziel dieser Studie war es, herauszufinden, ob die Health Literacy mit depressiven Symptomen bei koreanischen Erwachsenen im Zusammenhang steht.	Deskriptive Querschnittstudie n = 585 PartizipantInnen; Fragebogen und Interviews	Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen Health Literacy und depressiven Symptomen, weiters bringt ein hohes Health Literacy Level ein niedrigeres Level an depressiven Symptomatik mit sich.

3.1 Maßnahmen zur Bewertung und Steigerung der Gesundheitskompetenz

In der Studie von Cawthon et al. (2014) wird die Implementierung eines kurzen Health Literacy Screenings in den bereits bestehenden Aufnahmestatus beschrieben. Das relativ kurze Screening, welches aus insgesamt drei Fragen bestand, löste das bereits vorhandene „Health Literacy Assessment“ aus dem bestehenden Aufnahmestatus ab. Das Screening beinhaltete die Fragen „Wie vertraut sind Sie mit dem Ausfüllen von medizinischen Fragebögen?“, „Wie oft benötigen Sie Hilfe beim Lesen von Informationsbroschüren aus dem Krankenhaus?“, „Haben Sie Probleme beim Verständnis Ihres Gesundheitszustandes aufgrund des mangelnden Verständnisses der geschriebenen Information?“. Die Antwortmöglichkeiten aller drei Fragen lagen bei „Meistens“, „Manchmal“, „Selten“ beziehungsweise „Niemand“. Allgemein gaben Stakeholder des Bereichs Pflege positives Feedback bezüglich der Implementierung dieses Screenings. In den Ambulanzen wurde das vollständige Assessment bei 66,6%, auf den Stationen von 91,8% der Patientinnen und Patienten durchgeführt. Pflegepersonen berichteten, dass die Fragen einfach zu stellen waren und vom Personal sowie von den Patientinnen und Patienten gut angenommen wurden. Des Weiteren empfanden die Pflegepersonen, dass es ihnen durch die Einführung des Assessment leichter fiel eine bedürfnisorientierte Schulung durchzuführen. Schwierigkeiten ergaben sich bei Frage drei des Assessments, die Formulierung dieser Fragestellung erwies sich für einige Patientinnen und Patienten zu kompliziert und schwierig. Die Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger mussten die Fragestellung mehrmals wiederholen und gegebenenfalls neu formulieren. Im Bezug zu dieser Problemstellung, stellten einige Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger fest, dass sie zusätzliche Schulungen zu Kommunikationstechniken für Patientinnen und Patienten mit einer niedrigen Health Literacy benötigen. (Cawthon et al. 2014).

Die Messung der Health Literacy kann in unterschiedlicher Weise erfolgen, in dem Literaturreview von Schaefer (2008) werden insgesamt vier Messinstrumente vorgestellt. Das sogenannte REALM (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine), welches in zwei bis drei Minuten durchgeführt werden kann, eignet sich besonders

gut für das schnelle Erfassen von gesundheitskompetenten Daten und benötigt wenig Vorbereitung. TOFHLA (Test for Functional Health Literacy in Adults) ist ein Messinstrument, in welchem typisch krankenhausspezifische Informationsmaterialien, wie beispielsweise Rezepte oder Untersuchungsbescheinigungen, als Einstufung der Health Literacy herangezogen werden. In diesen Broschüren wird jedes fünfte beziehungsweise siebente Wort durch einen schwarzen Balken ersetzt. Die Patientin/ Der Patient kann nun aus einer Liste das passende Wort oder die passende Zahl suchen und einfügen. Der Word Recognition Achievement Test (WRAT) beinhaltet drei Subkategorien zu den Bereichen Lesen, Schreiben und Sprechen. Die Adult Basic Learning Examination II (ABLE) ist ein Test zur Erfassung des Leselevels. Ziel aller Messinstrumente ist es, den Zugang zu gesundheitsbezogener Information zu vereinfachen und für die Patientinnen und Patienten verständlicher zu gestalten. Insgesamt lassen sich die Messinstrumente in vier Unterkategorien einteilen, personenbezogene Interventionen, mehrstufige Interventionen, schriftliche Interventionen und computergesteuerte Interventionen. Schriftliche Interventionen müssen in einfacher Sprache verfasst und einem niedrigen Verständnislevel angepasst werden. Eins-zu-Eins Sitzungen erwiesen sich zur Förderung der Health Literacy als hilfreich (Schaefer 2008).

In der Interventionsstudie von Liu et al. (2017) wurde die sogenannte „Teach-Back-Method“ angewendet, um die Health Literacy von Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohnern zu verbessern. Sie dient als interaktive Lernstrategie und soll die Kommunikationsfähigkeit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer stärken und dadurch Missverständnisse bezüglich der eigenen Gesundheit klären. Diese Methode besteht aus einem immer wiederkehrenden Feedbackprozess, in welchem die Teilnehmerinnen und Teilnehmer den Inhalt eines spezifischen Themas mit eigenen Worten wiedergeben. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer fühlen sich somit in das eigene Gesundheitsgeschehen involviert, verstehen alle Inhalte und zeigen dadurch auch mehr Initiative. In dieser Studie wurden 66 Health Literacy Indikatoren unterrichtet und sollten von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern in eigenen Worten wiedergegeben werden. Durch das Erzählen des gelernten Inhalts kann das Gegenüber mögliche Missverständnisse klären und weiterführende Maßnahmen einleiten. Gemessen wurde die Gesundheitskompetenz anhand eines

Health Literacy Fragebogens, welcher aus den vier Dimensionen Gesundheitswissen, Gesundheitseinschätzung, Gesundheitsverhalten und Gesundheitskompetenz besteht. Vergleicht man die Baselineerhebung, 47.57 +/- 19.57 mit der Postinterventionserhebung, 110.10 +/- 17.68, so zeigt sich ein signifikanter Anstieg der Health Literacy in der Interventionsgruppe. Diese Ergebnisse bestärken somit den Bedarf an Health Literacy Schulungen an institutionalisierten älteren Personen (Liu et al. 2017).

Eine weitere Möglichkeit die Health Literacy zu steigern, bietet das sogenannte Ophelia (Optimise Health Literacy and Access). Das Programm stellt einen strukturierten Zugang dar, welches Gesundheitsorganisationen nützen können, um das Gesundheitssystem sowie die Gesundheit ihrer Kundinnen und Kunden zu stärken. Das Projekt besteht aus insgesamt drei Phasen, welche sich mit der Identifikation der Probleme, Entwicklung von Interventionen und der Implementierung dieser beschäftigen. In Phase eins, welche sich mit der Problemidentifikation auseinandersetzt, wurden in den meisten Organisationen der Schwerpunkt auf multimorbide Personen gelenkt. Die Zielsetzungen fokussierten sich in allen neun Organisationen auf die Förderung der Gesundheit von Patientinnen und Patienten durch besseres Verständnis von gesundheitsrelevanten Themen, besseres Management der eigenen Gesundheit sowie eine wirkungsvollere Zusammenarbeit der einzelnen Gesundheitsorganisationen. In Phase zwei wurde nach passenden Interventionen gesucht, welche die jeweiligen Zielsetzungen erfüllen. Drei Interventionen beschäftigten sich mit dem Training von Skills und Ressourcen bezüglich Health Literacy Stärken und Limitationen, damit Patientinnen und Patienten den Umgang von chronischen Erkrankungen besser handhaben können. Zwei Interventionen nutzten ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als Health Literacy Mentorinnen und Mentoren. Drei Interventionen stärkten die Health Literacy durch gezieltes Ressourcentraining und zwei weitere Interventionen konzentrierten sich auf die Neugestaltung bestehender Leistungen um den Zugang für Patientinnen und Patienten unterschiedlichster Gruppen zu erleichtern. In Phase drei wurden die Interventionen nach zugeteilter Funktion mittels HLQ-Skalen, Einzelinterviews oder Fokusgruppeninterviews evaluiert. In den Organisationen, in welchen die Interventionen das Gesundheitspersonal direkt betroffen haben, berichteten diese über ein gesteigertes Bewusstsein und

Verantwortungsgefühl bezüglich der Health Literacy bezogenen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten. Vor allem die Teach-Back Methode steigerte das KlientInnen, Klienten – Patientinnen, Patientenverhältnis in positiver Weise. Ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gaben ein gesteigertes Selbstbewusstsein an, wenn es darum geht, Patientinnen und Patienten zu schulen. Sowohl Patientinnen und Patienten als auch Mitgliederinnen und Mitglieder der Gemeinschaft meldeten positive Veränderungen hinsichtlich des gesundheitskompetenten Verhaltens. Die direkt patientenbezogenen Interventionen, welche Schulungen und ressourcenorientierte Maßnahmen beinhalteten, erhielten unterschiedliche Ergebnisse. Einige Patientinnen und Patienten empfanden die Förderung der Ressourcen als nicht relevant, andere befürworteten diese jedoch (Beauchamp et al. 2017).

3.2 Gesundheitskompetenz und psychosoziale Gesundheit sowie Maßnahmen zur Steigerung der psychosozialen Gesundheit

In der Studie von Rhee et al. (2016) wurde der Zusammenhang zwischen depressiven Symptomen und der Health Literacy anhand von 585 Partizipantinnen und Partizipanten gemessen. Das mittlere Alter lag bei den Partizipantinnen und Partizipanten, wovon 300 Frauen und 297 Männer waren, bei 47.9. Insgesamt schätzten 85,3% ihren Gesundheitszustand für angemessen oder besser ein, 30,3% gaben an keine chronischen Erkrankungen zu besitzen und 44,4% besuchten mindestens einmal im Jahr ihre Hausärztin oder ihren Hausarzt. Der Mittelwert an depressiven Symptomen lag bei 9.4 aus 30. Es zeigte sich, dass Frauen eine signifikant höhere Anzahl an depressiven Symptomen aufweisen als Männer. Ein höherer Bildungsstatus sowie ein höheres monatliches Einkommen gingen mit einem niedrigeren Level an depressiven Symptomen einher. Verheiratete Partizipantinnen und Partizipanten, welche sich als „gesund“ einstufen, tendierten dazu weniger an depressiven Symptomen zu leiden. Ebenfalls die Anzahl an Ärztinnen und Arztbesuchen sowie das Auftreten chronischer Erkrankungen unterschied sich mit dem Ausmaß an depressiven Symptomen. Der Gesundheitszustand erwies sich als größter Einflussfaktor bezüglich depressiver Symptome, folgend von chronischen Erkrankungen, Geschlecht, Bildungsniveau, Einkommen, Familienstand und Anzahl an Ärztinnen und Arztbesuchen. Der Health

Literacy Status geht eine signifikant negative Korrelation mit depressiven Symptomen ein.

Die Studie von Kirkevold et al. (2012) beschäftigt sich mit den psychosozialen Folgen nach einem Schlaganfall und schließlich mit der Entwicklung einer psychosozialen Pflegeintervention. Der rehabilitative Prozess nach einem Schlaganfall gestaltet sich als äußerst langwierig und anspruchsvoll. Patientinnen und Patienten sowie ihre Familien haben Schwierigkeiten mit der neuen Situation umzugehen und dieser gerecht zu werden. Das psychosoziale Wohlbefinden wird in vier Dimensionen eingeteilt. Die erste Dimension beinhaltet eine konstante Grundstimmung an Freude, Behagen und Wohlergehen. Die zweite Dimension die Teilnahme und das Engagement an bedeutsamen Ereignissen bezüglich der eigenen Person. Die dritte Dimension bezieht sich auf ein gutes soziales Umfeld und das Gefühl geliebt zu werden. Die vierte Dimension beschäftigt sich mit der Selbstakzeptanz sowie mit dem Glauben in die eigenen Fähigkeiten. Das psychosoziale Wohlbefinden wird geprägt durch individuelle Erfahrungen, jedoch stellen externe Faktoren, wie das soziale Umfeld beziehungsweise soziale Beziehungen einen wesentlichen Bestandteil dar. Die Intervention, welche auf der Basis eines Literaturreviews zum jeweiligen Thema entwickelt wurde, bestand aus acht Treffen mit Patientinnen und Patienten nach einem Schlaganfall, welche von speziell geschultem Gesundheitspersonal, vorwiegend Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger, durchgeführt wurden. Jedes Treffen dauerte rund eine Stunde und wurde bewusst zu einem Zeitpunkt angesetzt, zu welchem die Patientinnen und Patienten besonders sensibel auf die derzeitige Situation reagierten. Beispiele für solche besonderen Zeitpunkte wären die Entlassung aus der Stroke-Unit oder aus rehabilitative Einrichtungen, nach welchem die Patientinnen und Patienten versuchen eine neue Rolle außerhalb des Krankenhauses einzunehmen. Das erste Treffen wurde jeweils zwischen vier und acht Wochen nach dem Ereignis angesetzt, das letzte Treffen sechs Monate nach dem Ereignis. Abgehalten wurden die Einzeltreffen beziehungsweise Peergruppensitzungen in Form von informalen Interviews, jedoch gab es spezifische Überthemen, welche im Rahmen der einzelnen Sitzungen bearbeitet wurden. Um den Einstieg in die jeweiligen Themenbereiche zu erleichtern, wurden spezifische Arbeitsblätter entwickelt. Diese beschäftigten sich mit den Themen psychologische Grundstimmung, Alltagsleben,

Aktivitäten, Körper, Selbstbild, Identität und soziale Beziehungen. Die Arbeitsblätter dienen als Starthilfe für den Einstieg in die Gespräche. Sie wurden so entwickelt, dass sie Patientinnen und Patienten dazu einladen, ihre Erfahrungen, Gedanken, Bedenken, Probleme, Bedürfnisse und mögliche Lösungsvorschläge zu erfassen und zu notieren. Besonderes Augenmerk wurde auf die Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten, welche aufgrund des Schlaganfalls an Sprachstörungen leiden, gelegt. Demnach wurden die Arbeitsblätter in möglichst simpler Sprache verfasst und mittels Bildern, Farben und Keywords erweitert, um eine möglichst lückenlose Kommunikation zu ermöglichen. Das Erzählen der eigenen Geschichte, oder auch „Story-Telling“ genannt, spiegelt unser Selbstverständnis wieder, reflektiert unsere Kultur sowie unser Verständnis über das eigene Leben. Das erzählen einer Geschichte, in diesem Fall, das traumatische Erlebnis eines Schlaganfalls, kann die Gesundheit jeder Einzelnen, jedes Einzelnen fördern.

In der Studie von Grundberg et al. (2016) wurde das Erkennen von psychischen Problemen und weiters die Förderung psychischer Gesundheit durch sogenannte District nurses (Gemeindekrankenpflegerinnen und Gemeindekrankenpflegern) – kurz genannt DN's thematisiert. Viele DN's gaben an, dass es hilfreich ist von Zuhause aus, emotionale Veränderungen, Verhaltensweisen und das soziale Umfeld von Patientinnen und Patienten zu beobachten, um den psychischen Gesundheitszustand einer Person zu erfassen. Das Beobachten von emotionalen Veränderungen mittels persönlichen Interviews oder Messinstrumenten, stellte sich als notwendig heraus, um den psychischen Gesundheitszustand einer Person zu erfassen. Depressionen, Angstzustände, Schlafprobleme sowie Phobien sind die häufigsten psychischen Probleme. Ein weiterer wichtiger Bestandteil zur Förderung der psychischen Gesundheit ist die Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen, wie beispielsweise mit Psychologinnen und Psychologen und Hausärztinnen und Hausärzten. Darüber hinaus befürworteten DN's diese Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsspezialistinnen und Gesundheitsspezialisten und erwiesen sich als federführend. Besonders die Kollaboration mit sogenannten „Home Care Aids“ ist wichtig, da diese häufig die DN's in gewissen Fällen zur Hilfe holen. Hier wäre es wichtig das Wissen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von „Home Care Aids“ bezüglich psychischer

Gesundheitsprobleme zu erweitern und DN's als Supervisorinnen und Supervisoren einzusetzen. Die DN's fühlten sich kompetent genug Depressionen, Angstzustände und Schlafstörungen zu identifizieren. Jedoch schienen die DN's abhängig von anderen Gesundheitseinrichtungen zu sein, wenn es darum geht die psychische Gesundheit der Patientinnen und Patienten zu fördern. Probleme gibt es allerdings bei dem Faktor „Zeit“. Viele DN's kritisierten, dass für die Erfassung des psychischen Gesundheitszustandes nicht ausreichend Zeit vorhanden ist, da diese nicht zu der „praktischen“ Aufgabenstellung der DN's zählt. Multimorbide ältere Patientinnen und Patienten benötigen unterschiedliche Arten von sozialer Unterstützung. Viele leben alleine und fühlen sich einsam, diese ungewollte Einsamkeit kann vor allem Frauen in eine Depression führen. Manchmal führten DN's einen Standard Hausbesuch durch, um den psychischen Zustand der Patientinnen und Patienten zu beurteilen und dadurch das Gefühl des Alleinseins zu verringern. Das Sprechen über weitere Zukunftspläne oder die Auseinandersetzung mit alltäglichen Problemstellungen dienen als emotionale Stütze. Viele DN's sahen ihre Rolle darin, den gefühlten Emotionen der Patientinnen und Patienten Ausdruck zu verleihen. Weiters versuchte man, die Patientinnen und Patienten zu Organisationen heranzuführen, um die Teilhabe am sozialen Umfeld zu fördern.

4 Diskussion

Ziel dieser Arbeit war es herauszufinden, welche Rolle die Pflege im Bereich der erwachsenen Bevölkerung einnehmen kann, um sich aktiv am Realisierungsprozess der „Gesundheitsziele Österreich drei und neun“ zu beteiligen. Durch den Vergleich der gefundenen Studien, kristallisierten sich einige Maßnahmen heraus, welche die Pflege im Rahmen ihrer Berufung ausüben können, um die Gesundheitskompetenz zu erfassen und die Gesundheit der erwachsenen Bevölkerung zu stärken.

Es besteht die Möglichkeit Instrumente zur Erfassung der Health Literacy, wie beispielsweise REALM oder TOFHLA, welche nicht nur im Krankenhaus, sondern auch in anderen Settings zum Einsatz kommen können, zu verwenden. (Schaefer 2008). Cawthon et al. (2014) führten eine Implementierung eines solchen Health Literacy Assessments in den bestehenden Aufnahmezustand durch. Durch dieses kurze Screening können diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (DGKP) besser auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten eingehen. Im Arbeitsbericht finden sich dazu keinerlei Maßnahmen (2017d). Das Eruiere der Bedürfnisse und Stärken von Personen mit einer niedrigen Gesundheitskompetenz war auch das zentrale Thema in der Studie von Beauchamp et al. (2017). Das Ziel des sogenannten Ophelia-Prozesses ist es, in interdisziplinärer Zusammenarbeit individuelle Interventionen passend zu den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten zu entwickeln und anzuwenden. Dadurch kann das Wissen hinsichtlich der Gesundheitskompetenz innerhalb der einzelnen Berufsgruppen und der Organisation gestärkt werden (Beauchamp et al. 2017).

DGKPs bilden die größte Gruppe innerhalb der Gesundheitsberufe und spielen somit eine zentrale Rolle, wenn es darum geht Krankheit zu verhindern und Gesundheit zu fördern. Insbesondere ist es wichtig „diese Informationen unter allen Bevölkerungsgruppen zu verbreiten und jene vulnerablen Gruppen zu erreichen, die besondere Zuwendung benötigen“ (Wand 2010, p.135). Wie Grundberg et al. (2016) erwähnen, sind es hauptsächlich Frauen, die oftmals in Einsamkeit und sozialer Isolation leben. Hier benötigt es besonders viel Feingefühl und Unterstützung hinsichtlich der psychischen Gesundheit. Wand (2010, p.136) meint „The biggest barrier to effective nursing-related health promotion is limited understanding of what

health promotion is.“ Die größte Hürde für eine effektive Gesundheitsförderung ist somit das fehlende Wissen darüber (Übersetzung durch die Autorin).

Auch in der Studie von Cawthon et al. (2014) stellte sich das unzureichende Wissen bezüglich adäquaten Kommunikationstechniken als Problem dar. Bezugnehmend auf diese Problemstellung findet sich im Bericht der Arbeitsgruppe zu Gesundheitsziel drei, der Unterpunkt „Weiterentwicklung der Kommunikationskompetenz der Gesundheitsberufe (BMGF 2017d, p.15). Um eine gesundheitskompetente Bevölkerung zu stärken, ist die Gesprächsqualität von großer Bedeutung. Patientinnen und Patienten und deren Angehörige müssen in der Lage sein ihren Problemen durch die Macht der Sprache Ausdruck zu verleihen und Therapiemöglichkeiten und Entscheidungen hinsichtlich weiterführender Behandlungen verstehen und bewältigen können. Laut BMGF (2017d, p.15) „hängt diese Patientenkompetenz maßgeblich von der Gesprächskompetenz der Angehörigen der Gesundheitsberufe ab“. Die Zielgruppe dieser Maßnahme sind neben den Patientinnen und Patienten, alle Angehörigen der Gesundheitsberufe und betreffen auch die Aus- und Fortbildungseinrichtungen in Österreich. Ein Pilotprojekt, bestehend aus Workshops mit Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus allen Sparten der Gesundheitsberufe, ist momentan in Oberösterreich am Laufen, Ende dieses Projektes ist für Anfang 2018 angesetzt (ÖPGK 2018). Auf der österreichischen Plattform für Gesundheitskompetenz findet sich auch ein Hinweis zur Verbesserung der Gesprächsqualität. Der Link führt auf eine englischsprachige Website, welche Tipps beinhaltet wie sich Patientinnen und Patienten ideal auf einen Arzttermin vorbereiten (ÖPGK 2017a). Doch sind es vor allem ältere alleinlebende Personen, ohne Internetzugang, welche Hilfe bezüglich gesundheitsrelevanter Themen benötigen. Im Zuge des stationären Aufenthaltes könnten Fragen, welche während Visiten oder Behandlungsgesprächen auftreten, gemeinsam erörtert und aufgearbeitet werden. Sowohl in der Studie von Beauchamp et al. (2017) als auch in der Studie von Liu et al. (2017) wird die Teach-Back-Methode zur Förderung der Gesundheitskompetenz als ideale Kommunikationstechnik hervorgehoben. Informationen werden solange in den Worten des Gegenübers wiederholt bis alle Unklarheiten beseitigt sind. Durch diesen Feedbackprozess fühlten sich die Partizipantinnen und Partizipanten in das eigene Gesundheitsgeschehen involviert, verstanden alle Inhalte und zeigten mehr

Interesse an der eigenen Gesundheit (Liu et al. 2017). Dies stellt eine einfache Methode dar, welche in der Praxis in unterschiedlichen Bereichen angewendet werden kann.

Laut Wand (2010) sind vor allem Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger in der Akutversorgung mit der Gesundheitsförderung von Patientinnen und Patienten konfrontiert. Die Studie von Grundberg et al. (2016) fokussiert sich jedoch bewusst auf die Problematik im Setting „Community“. Sowohl Wand (2010) als auch Grundberg et al. (2016) erläutern, dass die individuelle Gesundheit von sozioökonomischen, politischen und kulturellen Faktoren abhängig ist und allgemein nicht ausreichend Zeit vorhanden sei, eine effektive Gesundheitsförderung durchzuführen. Die Förderung der Gesundheitskompetenz geht einher mit der Prävention von depressiven Symptomen. Ein Risikofaktor für schlechte psychische Gesundheit ist ein geringes Ausmaß an Gesundheitskompetenz. Daraus resultiert ein schlechterer Gesundheitszustand sowie die fehlende Kompetenz Entscheidung bezüglich der eigenen Gesundheit zu treffen (Rhee et al. 2016). Wand (2010) sagt auch, dass es wichtig sei spezifisch die psychische Gesundheitsförderung in der Ausbildung zu verankern. Durch die Novelle des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes und der daraus resultierenden Zusammenführung der allgemeinen und psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege muss hier ein deutlicher Schwerpunkt in der allgemeinen Ausbildung gesetzt werden. Eine aktuelle Maßnahme zur Stärkung der allgemeinen Gesundheitskompetenz im Bereich der Pflegeausbildung lautet „Stärkung der Gesundheitskompetenz in der tertiären Pflegeausbildung“ (ÖPGK 2017b, n.p) Durch das Wissen, welches die Studierenden innerhalb ihrer Ausbildung erlangen, soll die Bevölkerung profitieren und letztlich die Gesundheitskompetenz gesteigert werden. Dies erfolgt durch eine vermehrte Präsenz des Themas Gesundheitskompetenz in bereits vorhandenen Lehrveranstaltungen, Wahlfächern und wissenschaftlichen Arbeiten. Diese Maßnahme setzt einen ersten Meilenstein zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der österreichischen Bevölkerung durch die Rolle der Pflege. Jene Handlung trägt zur Erfüllung der Wirkungsziele eins und zwei des Gesundheitszieles drei bei (ÖPGK 2017b).

Die Studie von Kirkevold et al. (2012) thematisierte die psychosoziale Gesundheit nach einem Schlaganfall und welche Folgen dieses Ereignis für den Betroffenen und sein Umfeld hat. Es stellte sich heraus, dass Betroffene im Prozess der Rehabilitation immer wieder mit neuen Rollenverteilungen konfrontiert sind. Die psychosozialen Konsequenzen nach diesem Ereignis reichen von allgemeinen psychosozialen Schwierigkeiten bis hin zu ernsthaften Erkrankungen wie Depressionen und Angstzuständen. Die in der Studie angewendete Intervention kann die Copingstrategien des Patienten stärken und dadurch die psychosoziale Situation deutlich verbessern. Das sogenannte „Story-Telling“, Patientinnen und Patienten erzählen ihre Geschichte in eigenen Worten, motiviert die Patientinnen und Patienten über emotionale Themenbereiche zu sprechen und Zielsetzungen werden von den Patientinnen und Patienten selbstständig formuliert. Großen Wert wurde auf die Wahl des Zeitpunktes der einzelnen Sitzungen gelegt. Übergangsphasen wie Entlassungen gelten als sehr sensible Zeiträume, in welchen die Patientinnen und Patienten Schwierigkeiten haben die neue Lebenssituation zu meistern (Kirkevold et al. 2012). Ein weiteres Handlungsfeld für die DGKP ist hier beispielsweise das Schulen und Beraten von pflegenden Angehörigen, diese Maßnahme wird im Arbeitsbericht des BMGF angeführt (BMGF 2017d). Pflegende Angehörige bilden, aufgrund der hohen physischen als auch psychischen Belastung, eine vulnerable Gruppe. Zielgruppe dieser Maßnahme sind nicht nur pflegende Angehörige, sondern auch die Gepflegten selbst. Seit 2003 wird diese Maßnahme durch die Sozialversicherung der Bauern durchgeführt und läuft unter dem Namen „Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege“. Im Rahmen dieser Interventionen besuchen DGKPs Betroffene direkt zu Hause und beurteilen die Pflegesituation und Qualität dieser vor Ort. Dafür wird ein standardisierter Situationsbericht verwendet. Ergibt sich während des Gesprächs Bedarf an Informationen, spricht die DGKP die Problematik gezielt an und versucht gemeinsam mit den Betroffenen Lösungswege zu finden. Laut Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB 2017, n.p) sind die Zielsetzungen „umfassende Informationsweitergabe, Anleitung und Schulung der privaten Hauptpflegeperson, Hilfestellung und Beratung beim Umgang mit dementen Menschen, Beratung bei der Organisation von Hilfsmitteln sowie Information über aktive Selbsthilfegruppen und psychologische Betreuung“. Weitere Schwerpunkte liegen in den Bereichen Sturzprävention, ergonomische Arbeitshaltung, Ernährung

bei Diabetes und Medikamenteneinnahme. Im Arbeitsbericht des BMGF wird diese Maßnahme dem Gesundheitsziel zehn „Qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung für alle nachhaltig sicherstellen“ zugeschrieben, jedoch als zusätzliche Maßnahme zur Erreichung des Gesundheitsziels drei angeführt (BMGF 2017d; SVB 2017).

Der Österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV) ist Mitglied in den einzelnen Steuerungsgruppen der zehn Gesundheitsziele. Im Ergebnisbericht zu Gesundheitsziel neun als auch im Ergebnisbericht zu Gesundheitsziel drei ist der ÖGKV nur in dem Maßnahmenpaket „Ausbau der Beratungs- und Schulungsangebote für pflegende Angehörige“ als mitwirkende Kraft vertreten (BMGF 2017d, p.51, BMGF 2017e). Es finden sich weiters keine Maßnahmenpakete, in welchen die Rolle der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson als ausführende Kraft beschrieben wird.

4.1 Limitationen und Stärken

Dies ist die erste Arbeit, welche das Thema Gesundheitsziele Österreich hinsichtlich der Rolle der Pflege behandelt. Zur Bewertung der inkludierten Studien wurde ausschließlich der Bewertungsbogen nach Hawker et al. (2002) verwendet, folglich ergibt sich eine gute Vergleichbarkeit betreffend der Qualität der einzelnen Studien. Sechs der insgesamt sieben inkludierten Studien stammen aus dem Zeitraum 2012 – 2017, somit handelt es sich um aktuelle Ergebnisse. Als Limitation dieser Arbeit ist zu nennen, dass die Literatursuche lediglich in zwei Datenbanken erfolgt ist und sich auf deutsch- und englischsprachige Literatur begrenzt hat. Dadurch konnten möglicherweise nicht alle relevanten Informationen eingeholt werden. Weiters wurde kein systematisches Literaturreview durchgeführt, sondern die Recherche und Bewertung der einzelnen Studien erfolgte lediglich durch die Autorin dieser Arbeit.

4.2 Empfehlungen für die Forschung

Die Literatursuche hat ergeben, dass es bisher kaum deutschsprachige Literatur gibt, welche sich mit dem Thema Gesundheitskompetenz beziehungsweise psychosoziale Gesundheit und die Rolle der Pflege auseinandersetzt. Eine Studie „Gesundheitskompetenz - ein Konzept für die professionelle Pflege“ von Thilo, Sommerhalder und Hahn (2012) wurde in der Einleitung dieser Arbeit integriert. Sie entwickelten eine deutschsprachige Definition der Gesundheitskompetenz speziell für die Pflege. Weitere Forschung im deutschsprachigen Raum ist notwendig, um den Zusammenhang zwischen der Gesundheitskompetenz und der Rolle der Pflege zu beleuchten sowie die Wirkung von Health Literacy Interventionen innerhalb der österreichischen Bevölkerung zu erforschen.

Des Weiteren wäre es wichtig die Erfahrungen von österreichischen Pflegepersonen im intra – und extramuralen Bereich bezüglich der psychosozialen Gesundheit zu erfassen, ob sie sich für die Förderung der psychosozialen Gesundheit verantwortlich fühlen und wenn ja, welche spezifischen Maßnahmen dafür angewendet werden.

4.3 Empfehlungen für die Praxis

Es gibt viele Möglichkeiten die Gesundheitskompetenz der erwachsenen Bevölkerung zu messen und zu fördern. Angehörige des diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeberufes müssen bezüglich der Bedeutsamkeit des Themas sensibilisiert werden und Kenntnis über die Relevanz der Gesundheitskompetenz verfügen. Weiters sollte sich die Pflege über ihren Stellenwert ihrer Rolle in diesem Prozess bewusst sein. Daher ist es wichtig, dass Auszubildende die Möglichkeiten erhalten gesundheitsförderliche Strategien zu erlernen und dadurch befähigt werden, diese in der Praxis umsetzen zu können. Ein weiterer Schwerpunkt sollte hier die Aneignung und Wiederholung adäquater Kommunikationstechniken sein. Deshalb wäre es wichtig, die Themenbereiche Gesundheitskompetenz und deren Stärkung in einem größeren Ausmaß in den Lehrplänen und Curricula der einzelnen

Ausbildungsstätten zu berücksichtigen. Die Stärkung der Gesundheitskompetenz sollte dementsprechend auch in Fortbildungskursen der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen verankert werden.

Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, welche in der extramuralen Pflege tätig sind, sollten mehr Zeit für die Erfassung des psychosozialen Gesundheitszustandes ihrer Klientinnen und Klienten erhalten und zusätzlich Entlastungsgespräche anbieten (Grundberg et al.2016).

Des Weiteren wäre es wichtig die Position der DGKP in den Maßnahmenpaketen der Gesundheitsziele drei und neun klar zu definieren. Hier wäre eine Zuteilung konkreter Maßnahmen, wie es beispielsweise für die Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte erfolgt, wünschenswert.

5 Schlussfolgerung

Dieses Literaturreview hat gezeigt, dass es zahlreiche Maßnahmen gibt, die Gesundheitskompetenz der österreichischen Bevölkerung durch die Pflege zu fördern. Durch meist recht einfache Tätigkeiten, sowie das Vereinfachen von Informationsbroschüren, kann ein großer Beitrag zum besseren Verständnis der eigenen Gesundheit geleistet werden (Schaefer 2008). Auch durch die sogenannte Teach-Back-Methode, eine spezielle Kommunikationstechnik für Patientinnen und Patienten mit einer niedrigen Gesundheitskompetenz, können gesundheitsrelevante Informationen durch die Pflege besser übermittelt werden (Liu et al. 2017). Bislang ist das Thema Gesundheitskompetenz und Interventionen zur Förderung dieser in der Pflegeausbildung nicht ausreichend verankert. Auch ist sich die Pflege ihrer bedeutsamen Rolle in diesem Prozess nicht ausreichend bewusst. Sie ist es jedoch, welche direkt am Patientinnen und Patientenbett arbeitet und dadurch Probleme und Bedürfnisse erkennen kann und soll.

Die Förderung und Unterstützung der psychosozialen Gesundheit ist sowohl innerhalb als auch außerhalb des Settings Krankenhaus von großer Bedeutung (Kirkevold et al. 2012; Grundberg et al. 2016). Durch das neue Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, welches eine Zusammenführung der allgemeinen und psychiatrischen Gesundheit- und Krankenpflege zur Folge hat, ist es wichtig in der Ausbildung auch diesbezüglich ausreichend Inhalte zu vermitteln. Soziale Isolation ist ein beeinflussender Faktor, welcher die psychosoziale Gesundheit von Patientinnen und Patienten negativ beeinflussen kann (Grundberg et al. 2016).

Als kritisch muss das Fehlen des Berufsbildes der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson in den Maßnahmenpaketen der Gesundheitsziele Österreich angesehen werden. In vielen geplanten Maßnahmen könnte die Pflege aufgrund ihres fachspezifischen Wissens einen wesentlichen Teil zur Erfüllung der Gesundheitsziele beitragen.

6 Literaturverzeichnis

Baur, C 2011, 'Calling the nation to act: Implementing the national action plan to improve health literacy', *Nursing Outlook*, 59(2):63-69.

Beauchamp A, Batterham RW, Dodson S, Astbury B, Elsworth GR, McPhee C, Jacobson J, Buchbinder R & Osborne RH 2017, 'Systematic development and implementation of interventions to OPTimise Health Literacy and Access (Ophelia)', *BMC Public Health*, 17(1):230.

Bundeskanzleramt Österreich 2017, *Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz - GuKG) Fassung vom 28.11.2017*, viewed 28 October 2017, <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026>

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) 2017a, *Gesundheitsziele Österreich - Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich – Langfassung*, viewed 27 October 2017, https://gesundheitsziele-oesterreich.at/website2017/wp-content/uploads/2017/06/gz_langfassung_de_20170626.pdf

Bundeministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) 2017b, *Gesundheitsziele Österreich: Maßnahmen-Monitoring der Gesundheitsziele 1, 2, 3 und 6*, viewed 01 December 2017, <https://gesundheitsziele-oesterreich.at/website2017/wp-content/uploads/2017/05/massnahmenmonitoring-gesundheitsziele-1-2-3-6.pdf>

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) 2017c, *Nationale Strategie zur psychischen Gesundheit*, viewed 03 December 2017, https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Psychische_Gesundheit/Nationale_Strategie_zur_psychischen_Gesundheit

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) 2017d, *Gesundheitsziel 3 Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken Bericht der Arbeitsgruppe*, viewed 02 February 2018, <https://gesundheitsziele-oesterreich.at/website2017/wp-content/uploads/2017/05/bericht-arbeitsgruppe-3-gesundheitsziele-oesterreich.pdf>

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) 2017e, *Gesundheitsziel 9 Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern*, viewed 13 February 2018, https://gesundheitsziele-oesterreich.at/website2017/wp-content/uploads/2018/01/bericht_gz9_psychosoziale-gesundheit-bei-allen-bevoelkerungsgruppen-foerdern-1.pdf

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) 2015, *Umfeld- und Stakeholder-Analyse zur Vorbereitung der Bearbeitung des R-GZ 9 „Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern“*, viewed 29 November 2017, <https://gesundheitsziele-oesterreich.at/website2017/wp-content/uploads/2017/05/umfeld-stakeholderanalyse-arbeitsgrupe-ziel-9-gesundheitsziele-oesterreich.pdf>

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) 2014, *Rahmen-Gesundheitsziele Machbarkeitsprüfung zu den Wirkungsziele-Indikatoren der R-GZ 3 und 6*, viewed 01 December 2017, <https://gesundheitsziele-oesterreich.at/website2017/wp-content/uploads/2017/05/machbarkeitspruefung-wirkungsindikatoren-ziel-3-6.pdf>

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) 2013, *Das österreichische Gesundheitssystem Zahlen – Daten – Fakten*, viewed 29 November 2017, <https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/3/4/4/CH1066/CMS1291414949078/gesundheitsystem-zahlen-daten-2013.pdf>

Cawthon C, Mion LC, Willens DE, Roumie CL & Kripalani S 2014, 'Implementing routine health literacy assessment in hospital and primary care patients', *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 40(2):68–76.

Gray J, Grove S & Sutherland S 2017, *Burns and Grove's - The Practice of Nursing Research - Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence*, 8th edn, Elsevier, Missouri.

Grundberg Å, Hansson A, Hillerås P & Religa D 2016, 'District nurses' perspectives on detecting mental health problems and promoting mental health among community-dwelling seniors with multimorbidity', *Journal of Clinical Nursing*, 25(17-18):2590-2599.

Fonds Gesundes Österreich o.J, *Auf gesunde Nachbarschaft!*, viewed 29 November 2017, <http://www.gesunde-nachbarschaft.at/>

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, 1284-1299.

HLS-EU Consortium 2012, Comparative Report On Health Literacy in eight EU Member States, *The European Health Literacy Project 2009 – 2012*, second extended and revised edn, Maastricht.

Kickbusch, I 2011, 'Health In All Policies: Gesundheitsziele gemeinsam entwickeln', paper presented at the Bundesgesundheitskonferenz „Rahmengesundheitsziele für Österreich“, 20 May 2011, Wien, viewed 27 October 2017, <https://gesundheitsziele-oesterreich.at/website2017/wp-content/uploads/2017/05/presentation-hiap-gesundheitsziele-gemeinsam-entwickeln-kickbusch-2011.pdf>

Kirkevold M, Bronken BA, Martinsen R & Kvigne K 2012, 'Promoting psychosocial well-being following a stroke: developing a theoretically and empirically sound complex intervention', *International Journal of Nursing Studies*, 49(4):386-397.

Landessanitätsdirektion der Stadt Wien, MA 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien, 2015, *Gesundheitsziele Wien 2025*, viewed 27 October 2017, <https://www.wien.gv.at/gesundheit/strukturen/gesundheitsziele/pdf/gesundheitsziele.pdf>

Liu YB, Li YF, Liu L & Chen YL 2017, 'Effectiveness of the teach-back method for improving the health literacy of senior citizens in nursing homes', *Japan journal of nursing science*, doi:10.1111/jjns.12192.

Naidoo, J & Wills, J 2016, *Foundations for Health Promotion*, 4th edn., Elsevier, UK.

Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK) 2018, *Gesundheitskompetenz der oberösterreichischen Patientinnen/Patienten stärken*, viewed 12 February 2018, <https://oepgk.at/massnahmen/gesundheitskompetenz-der-oberoesterreichischen-patientinnenpatienten-staerken/>

Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK) 2017a, *Tipps für Gesprächsqualität: Die richtigen Fragen stellen*, viewed 12 February 2018, <https://oepgk.at/wissenscenter/tipps-fuer-gespraechsqualitaet-ahrq/>

Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK) 2017b, *Stärkung der Gesundheitskompetenz in der tertiären Pflegeausbildung*, viewed 12 February 2018, <https://oepgk.at/massnahmen/staerkung-der-gesundheitskompetenz-in-der-tertiaeren-pflegeausbildung/>

Polit, D & Beck, C 2011, *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*, 9th edn. 2011, Lippincott Williams & Wilkins Verlag, USA.

Rhee TG, Lee HY, Kim NK, Han G, Lee J & Kim K 2016, 'Is Health Literacy Associated with Depressive Symptoms Among Korean Adults? Implications for Mental Health Nursing', *Perspectives in Psychiatric Care*, 53(4):234-242.

Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z & Brandt H 2012, 'Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models', *BMC Public Health*, 12:80, viewed 23 November 2017, <https://www-1ncbi-1nlm-1nih-1gov-1pubmed.han.medunigraz.at/pmc/articles/PMC3292515/>

Schaefer, CT 2008, 'Integrated Review of Health Literacy Interventions', *Orthopaedic Nursing*, 27(5):302–317.

Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB) 2017, *Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege – ein Erfolgskonzept*, viewed 12 February 2018, <https://www.svb.at/portal27/svbportal/content?contentid=10007.718479&viewmode=content>

Statistik Austria 2016, *Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit*, Statistik Austria, Wien.

Thilo F, Sommerhalder K & Hahn S 2012, 'Gesundheitskompetenz- ein Konzept für die professionelle Pflege?', *Pflege*, 25(6):427-438.

Weltgesundheitsorganisation (WHO) 2017, *Key terms and definition in mental health*, viewed 24 November 2017, <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/key-terms-and-definitions-in-mental-health#health>

Weltgesundheitsorganisation (WHO) 2013, *Gesundheit 2020 Rahmenkonzept und Strategie der Europäischen Region für das 21. Jahrhundert*, viewed 27 October 2017, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/215757/Health2020-Long-Ger.pdf?ua=1

7 ANHANG

Bewertung der sieben inkludierten Studien anhand von Hawker et al. (2002):

1. Implementing Routine Health Literacy Assessment in Hospital and Primary Care Patients (Cawthon et al. 2014)

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?

- Titel ist leicht verständlich, kurz.
- Abstract gut gegliedert. Design ist im Abstract nicht ersichtlich.

Fair 3 Pkt.

2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

- Forschungsziel sowie Forschungslücke sind vorhanden, Forschungsfrage wird allerdings nicht spezifisch erwähnt.

Fair 3 Pkt.

3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?

- Das Design wird nicht direkt beschrieben (Quality Improvement framework). Datensammlung erfolgte durch Beobachtung, Fokus-Gruppen-Interviews und Aufzeichnungen.

Poor 2 Pkt.

4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

- Keine Samplingstrategie genannt, nur dass das Vanderbilt University Medical Center ausgewählt wurde (stellt ein zentrales Krankenhaus in dieser Region dar, viele unterschiedliche Bevölkerungsgruppen, viele Personen mit unterschiedlichem sozioökonomischen Status, 1,5 Mill. Patientinnen und Patienten/Jahr)

Poor 2 Pkt.

5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

- Daten wurden hinsichtlich Acceptability, Adoption, Appropriateness, Feasibility, Fidelity und Sustainability analysiert.
- Keine Nennung von Instrumenten

Fair 3 Pkt.

6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

- Die Studie wurde vom "Vanderbilt University Institutional Review Board" genehmigt. Informed consent wurde von allen Pflegepersonen eingeholt, eine Untergruppe von 500 Pflegekräften erteilte eine schriftliche Zustimmung.

Good 4 Pkt.

7. Results: Is there a clear statement of the findings?

- Übersichtliche Präsentation der Ergebnisse, unterteilt in die Themenbereiche Acceptability and Adoption, Appropriateness, Feasibility, Fidelity und Sustainability. Kleiner Ergebnissteil, wenig Information. Diskussion jedoch sehr ausführlich.

Poor 2 Pkt.

8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

- Die Implementierung eines Health Literacy Assessments lässt sich in anderen Krankenhäusern umsetzen

Fair 3 Pkt.

9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?

- Forschungsempfehlungen sind gegeben, weitere Studien sind notwendig um die beste Strategie bezüglich einer Implementierung eines Health-Literacy-Assessment herauszufinden. Indirekte Praxisempfehlung: Das Health Literacy Assessment kann zur Erkennung der Ressourcen des Patienten wesentlich beitragen und dadurch die Bedürfnisse von Personen mit einer niedrigen Health Literacy stärken.

Fair 3 Pkt.

Gesamt: Punkte 25

2. Effectiveness of the teach-back method for improving the health literacy of senior citizens in nursing homes (Liu et al. 2017)

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?

- Die wichtigsten Keywords sind im Titel vorhanden, kurz und informativ. Abstract: Design fehlt, im Ergebniszeil keine Zahlen vorhanden

Fair 3 Pkt.

2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

- Gut strukturierte Einleitung, von Allgemein zu Spezifisch. Techniken, welche die Health Literacy verbessern sollen. Internationaler Hintergrund ist gegeben. Forschungslücke und Ziel sind vorhanden.

Fair 3 Pkt.

3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?

- Die Interventionsstudie wurde zwischen Mai und Oktober 2014 durchgeführt. Insgesamt wurden 27 durch ein Cluster Random Sampling ausgewählt. Ein und Ausschlusskriterien werden genau beschrieben. Die Interventionsgruppe bestand aus 126 Partizipantinnen und Partizipanten, die Kontrollgruppe aus 134. + Intervention + Health Literacy Assessment

Good 4 Pkt.

4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

- Cluster Random Sampling, Einteilung der Pflegeheime in Large (über 100 Bewohnerinnen, Bewohner), Medium (60-100 Bewohnerinnen und Bewohner), Small (unter 60 Bewohnerinnen und Bewohner). Einschlusskriterien: über 60 Jahre, normale kognitive Funktion, Fähigkeit zu sprechen und lesen, keine Sprachbarrieren vorhanden, Einverständnis bei der Studie teilzunehmen. Ausschlusskriterien: psychische oder kognitive Einschränkungen, Krankheiten im terminalen Stadium.

Good 4 Pkt.

5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

- Deskriptive Datenanalyse SPSS Statistics. Das Signifikanzniveau wurde mit $p < 0.05$ eingestuft.

Fair 3 Pkt.

6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

- Die Studie wurde von der Ethikkommission freigegeben. Eine schriftliche Zustimmung wurde von jeder Partizipantin/Partizipanten sowie jedem Partizipanten eingeholt.

Good 4 Pkt.

7. Results: Is there a clear statement of the findings?

- Gute Gliederung der Ergebnisse, insgesamt 5 Überschriften. 3 Tabellen, welche im Text erklärt werden (Tabelle 1 Baseline, Tabelle 2 Vergleich Baseline und Postintervention, Tabelle 3 Prä und Postintervention)

Good 4 Pkt.

8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

- Die Ergebnisse lassen sich nicht auf alle älteren Personen schließen, da die Studie nur in Pflegeheimen durchgeführt wurde.
- Allgemein lässt sich sagen, dass es eine gute Methode ist um die Health Literacy zu stärken.

Fair 3 Pkt.

9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?

- Forschungsempfehlung: Weitere Studien sollten den Zusammenhang zwischen Förderung der Gesundheitskompetenz und Lerneffekten/Health Outcomes näher betrachten.
- Praxisempfehlung: Die Teach-Back-Method sollte in der Praxis viel öfter zum Einsatz kommen

Fair 3 Pkt.

Gesamt: Punkte 31

3. Integrated Review of Health Literacy Interventions (Schaefer 2008)

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?

- Titel: sehr kurz und prägnant Abstract: kleiner Ergebnisteil, ansonst alle relevanten Informationen vorhanden.

Poor 2 Pkt.

2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

- Sehr kurzer Background. Definition von Health Literacy vorhanden. Internationaler Vergleich fehlt. Forschungsfrage(n) sowie Ziel der Studie klar herauslesbar, jedoch zu wenig explizit im Text hervorgehoben.

Poor 2 Pkt.

3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?

- Design: Integrated Review. Die Literatursuche erfolgte in den Datenbanken CINAHL und MEDLINE. Die Suche beschränkte sich auf die Jahre 1993-2006 in englischer Sprache. Genaue Auflistung der Einschluss und Ausschlusskriterien auf S.303 der Studie.

Good 4 Pkt.

4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

- Ein Literaturreview gibt einen guten Überblick über vorhandene Informationen zu einem Thema.
- Forschungsfrage ließ sich durch das Review beantworten

Good 4 Pkt.

5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

- Die Analyse der ausgewählten Studien fokussierte sich auf die Bereiche Design, Ziel, Characteristics, Test-Instrumente, Methode, anhängige und unabhängige Methode, Ergebnisse und Forschungs bzw. Praxisempfehlung.

Fair 3 Pkt.

~~6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?~~

7. Results: Is there a clear statement of the findings?

- Tabelle, welche die einzelnen Studien vorstellt, ist vorhanden (Autor, Design, Intervention, Ergebnisse) Aus diesen Studien wurden im Ergebnisteil vier Kategorien gebildet: Personal contact, Multiprong Interventions, Computer, und Written Material Interventions. Kurze Beschreibung zu den Kategorien, könnte wesentlich spezifischer sein.

Fair 3 Pk.

8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

- "Best practice" wurde gefunden und kann zu einer breitgefächerten Anzahl an Pateinten angewendet werden
- Zu wenig genaue Beschreibung bezüglich der Anwendung der Instrumente

3 Pkt.

9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?

- Indirekte Praxisempfehlungen werden angegeben, Pflegepersonen sollen aktiver in den Bereichen Health Literacy und Gesundheitsförderung involviert sein, da sie den besten Zugang zu den Patienten haben. Wichtig ist es, die Gesundheitskompetenz der PatientInnen und Patienten individuell zu fördern. Weitere Studien wären notwendig um Langzeiterfolge zu messen und Interventionen zu evaluieren.
- Forschungsempfehlung: Forschung ist notwendig um Langzeit Effekte zu messen

Good 4 Pkt.

Gesamt Punkte: 25 (Kategorie 6 „Ethics und Bias“ wurde entfernt)

4. Systematic development and implementation of interventions to Optimise Health Literacy and Access (Ophelia) (Beauchamp et al. 2017)

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?

- Titel: Setting fehlt, Titellänge moderat. Abstract ist gut gegliedert, Methode gut beschrieben, Design jedoch nicht genau genannt.

Fair 3 Pkt.

2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

- Sehr gute Einleitung, inclusive internationalem Hintergrund, Definition von Health Literacy, Beschreibung des Instruments "Ophelia". Forschungsziel vorhanden, Forschungsfrage fehlt!

Fair 3 Pkt.

3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?

- Design: "Proof-of-concept-study" – Projektstudie mit 3 Phasen (Identifying local strengths, needs and issues, Co-Design of interventions, Implementation)

Fair 3 Pkt.

4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

- Kriterium zur Teilnahme an diesem Projekt waren Organisationen, welche bestimmte Service wie beispielweise Home and Community Carem Hospital Admission Risk Programs oder Community nursing anbieten. Insgesamt wurden 9 Organisationen ausgewählt, genaue Kriterien bezüglich der Auswahl der Organisationen sind hier nicht beschrieben.

Poor 2 Pkt.

5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

- Die Datenanalyse erfolge durch SPSS und Stata Version 13. In Phase 1 wurde eine Cluster-Analyse durchgeführt. Zur Messung der Effektstärke in Phase 3 (Post-intervention, Messung der HLQ) wurde Cohen's d verwendet. Zur Analyse der Interviews wurde eine thematische Analyse nach NVivo verwendet, codiert und schließlich in Themenbereiche eingeteilt.

Good 4 Pkt.

6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

- 3 Teilnehmer hatten ihr eigenes Ethikkomitee, 6 weitere Teilnehmer erhielten die Zustimmung vom „Deakin University Human Research Ethics Committee“. Eine schriftliche Zustimmung wurde von allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern bezüglich aller Phasen des Projekts eingeholt.

Good 4 Pkt.

7. Results: Is there a clear statement of the findings?

- Aufspaltung der Ergebnisse zu den drei Phasen des Projekts. Tabelle (Tabelle 3,4,5 , Fig. 2, 3) und Fig. gut verständlich, Ausnahme Fig. 2 nicht gut gegliedert, jedoch im Text erklärt.

Fair 3 Pkt.

8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

- Die Generalisierbarkeit in anderen Settings und Ländern wird in der Conclusion der Studie angesprochen, momentan wurde dieses Projekt in unterschiedlichen Settings in der UK, Thailand und Norwegen durchgeführt.

Fair 3 Pkt.

9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?

- Optimierung des Organisationslevels, Verbessert das Wissen und Fähigkeiten des Personals, Besserung des Patientenoutcomes
- Forschungsempfehlung: weitere Forschung ist notwendig um die bestimmenden Faktoren für den Erfolg einer solchen Intervention zu messen
- Keine direkte Praxisempfehlung gegeben

Fair 3 Pkt.

Gesamt Punkte 28

5. District nurses' perspective on detecting mental health problems and promoting mental health among community-dwelling seniors with multimorbidity (Grundberg et al. 2016)

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?

- Abstract gut gegliedert, alle Punkte vorhanden. Titel: alle Keywords vorhanden, könnte kürzer sein

Good 4 Pkt.

2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

- Einleitung gut von allgemein zu spezifisch. Forschungsfrage fehlt.

Fair 3 Pkt.

3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?

- Persönliche und Fokus-Gruppen-Interviews mit 25 District nurses. Wahl der Methode zeigt sich passend zur Beantwortung der Forschungsfrage (Sammlung von Erfahrungen) .

Fair 3 Pkt.

4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

- 25 District nurses's mittels Snowball-Sampling ausgewählt. Einschlusskriterien: Erfahrungen im Bereich Pflege von multimorbiden Personen welche an zu Hause gebunden sind. Keine Angabe wie diese „Erfahrung“ gemessen wurde.

Fair 3 Pkt.

5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

- Interviews wurden transkribiert, kodiert und auf ihre Richtigkeit überprüft. Zur Datenanalyse wurde die "Latente Inhaltsanalyse" nach Graneheim und Lundman verwendet.

Good 4 Pkt.

6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

- Jeder Schritt der Studie wurde vom „Regional Ethics Board“ überprüft. Die Partizipantinnen und Partizipanten haben eine schriftliche sowie mündliche Information bezüglich der Studie erhalten und schriftlich zugestimmt.

Good 4 Pkt.

7. Results: Is there a clear statement of the findings?

- Präsentation der Ergebnisse in drei Kategorien: Assessment, Collaboration und Social Support. Guter Überblick, Ausschnitte aus den einzelnen Interviews geben einen guten Einblick. Innerhalb der Ergebnisse jedoch viele Wiederholungen von Erkenntnissen.

Fair 3 Pkt.

8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

- Studie fokussiert sich sehr auf das Setting „Community-Dwelling“.

Fair 3 Pkt.

9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?

- Praxisempfehlung sehr gut ausgearbeitet, eigene Überschrift.
Forschungsempfehlung: “Further Research should focus Older people with multimorbidity may be improved.”

Good 4 Pkt.

Gesamt Punkte 32

6. Promoting psychosocial well-being following a stroke: Developing a theoretically and empirically sound complex intervention (Kirkevold et al. 2012)

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?

- Titel: moderat, alle Keywords vorhanden
- Abstract: gut gegliedert, übersichtlich, viel zu genaue Beschreibung der „Methode“, Bezeichnung des Designs fehlt, keine Praxis bzw. Forschungsempfehlungen

Fair 2 Pkt.

2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

- Forschungsfrage nicht vorhanden, Forschungslücke und Forschungsziel gut beschrieben („What is already known about the topic“, „What this paper adds“)
- Einleitung: gute Basis für Einstieg in die Thematik (Klärung der psychosozialen Situation nach einem Schlaganfall)

Fair 3 Pkt.

3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?

- Genaue Beschreibung der Methode inklusive grafische Darstellung (Fig.1) zum besseren Verständnis.
- Design: 3 Phasen (Identifying evidence & theory; Modelling, process & outcomes; Initial testing), in dieser Studie wurden 2 Phasen inkludiert
- Genaue Erklärung der 2 Phasen (Literaturreview + Rekrutierung von Partizipantinnen und Partizipanten zur Evaluierung der angewendeten Intervention) im Methodenteil mit eigenen Überschriften
- Kein spezifisches Design genannt!! (Development Study, MRC Framework)

Fair 3 Pkt.

4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

- Literaturreview: genaue Auflistung der Suchstrategie (Box 1, s.389)
- Rekrutierung der Partizipantinnen und Partizipanten zur Evaluierung der Ergebnisse ist angemessen
- Keine *Nennung* der genauen Samplingstrategie, jedoch genaue *Beschreibung*

Fair 3 Pkt.

5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

- Literaturreview: kritische Bewertung der Ergebnisse EPOC, 16 Studien inkludiert, 5 Fragen ausgewählt welche durch die Studien beantwortet werden müssen, qualitative Studien mussten Erfahrungen und psychosoziale Konsequenzen beinhalten. Er wird darauf hingewiesen, dass man auf Anfrage eine noch detailliertere Auflistung erhält.
- Notizen während Interviews wurden ausgewertet mit den Partizipantinnen und Partizipanten - keine Beschreibung auf was genau geachtet wurde

Fair 3 Pkt.

6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

- Schriftliche und mündliche Informationsweitergabe bezüglich der Studie
- Keine Angabe über Zustimmung
- Keine Angabe über Ethikkommission

Poor 2 Pkt.

7. Results: Is there a clear statement of the findings?

- Gute Präsentation der Ergebnisse
- Überblick Literaturreview + durchgeführte Intervention
- Tabelle 1: Ziel – Durchführung – Ergebnisse der einzelnen Meetings

Good 4 Pkt.

8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

- Die Intervention wurde speziell für rehabilitative Einrichtungen entwickelt
- Eine Ausweitung auf andere Settings ist angedacht

Fair 3 Pkt.

9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?

- Forschungsempfehlung: In folgenden Forschungsarbeiten Angehörige mehr integrieren
- Dieser stufenweise Zugang zur Entwicklung und Durchführung einer Pflegeintervention kann die Identifikation wirkungsvoller Intervention maßgeblich erleichtern.
- Keine Praxisempfehlung – jedoch die ganze Diskussion zeigt Vorteile auf

Fair 3 Pkt.

Gesamt Punkte: 26

7. Is Health Literacy associated with depressive symptoms among Korean adults? Implications for mental health nursing (Rhee et al. 2016)

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?

- Abstract with most of the information. – Titel: alle Keywords vorhanden, Design fehlt, Abstract: kein Background, keine Daten im Ergebnisteil, keine Praxisempfehlungen

Fair 3 Pkt.

2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

- Guter Background mit viel Hintergrundinformation, jedoch sehr direkter Einstieg in die Thematik (allgemeiner Einstieg fehlt), Definition von Health Literacy und mental health fehlen.

Fair 3 Pkt.

2. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?

- Design: Cross-sectional survey, PartizipantInnen von 20-59 Jahre □ Fragebogen (Fragebogen nicht einsehbar), über 60 Jahre □ Face-to-face Interview

Fair 3 Pkt.

4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

- Quota Sampling, Oktober bis Dezember 2009, Einschlusskriterien beschrieben

Good 4 Pkt.

5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

- Deskriptive Datenanalyse wurde verwendet um soziodemographische Daten und Charakteristika bezogen auf die Gesundheit zu ermitteln. Multivariate Regressionsanalyse wurde verwendet um den Zusammenhang zwischen Health Literacy und depressiven Symptomen zu messen.

Good 4 Pkt.

6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

- Den Partizipantinnen und Partizipanten wurde nur eine mündliche und schriftliche Erklärungen bezüglich der Studie übermittelt

Poor 2 Pkt.

7. Results: Is there a clear statement of the findings?

- 2 Tabellen (Tabelle 1 zur deskriptiven Datenanalyse, Tabelle 2 zur multivariaten Datenanalyse). Gute Beschreibung beider Tabellen. Tabellen selbst etwas kompliziert zu verstehen.

Fair 2 Pkt.

8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

- Die Förderung der Health Literacy im Setting Krankenhaus und Gemeinschaft würde helfen depressive Symptome zu erkennen und schließlich dazu führen Maßnahmen zu setzen diese zu verhindern.

Fair 2 Pkt.

9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?

- Eigene Kategorie "Implications for Mental Health Nursing" – Forschungsempfehlung: Outcome messen, ob Health Literacy Interventions wirklich das Verständnis bezüglich depressiver Symptome stärken.

Good 4 Pkt.

Gesamt Punkte: 28

Literatursuche in den Datenbanken PubMed und CINAHL

The screenshot shows a PubMed search results page. The search query is "Mental health literacy AND nurs* NOT children". The results are sorted by "Most Recent" and show 127 items. The first three items are:

- 101. A survey of psychiatrists' and registered nurses' levels of mental health literacy in a Chinese general hospital.**
Liu W, Gertz MF, Liu TQ. *Int Nurs Rev* 2011 Sep;58(3):361-9. doi: 10.1111/j.1466-7657.2011.00883.x. Epub 2011 May 23. PMID: 21848794
- 102. Feasibility, acceptability, and initial efficacy of a knowledge-contact program to reduce mental illness stigma and improve mental health literacy in adolescents.**
Pinto-Foltz MD, Logsdon MC, Myers JA. *Soc Sci Med* 2011 Jun;72(12):2011-8. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.04.006. Epub 2011 May 13. PMID: 21624729
- 103. Dementia: opportunities for risk reduction and early detection in general practice.**
Millard FB, Kennedy RL, Baune BT. *Aust J Prim Health* 2011;17(1):89-94. doi: 10.1071/PHY10037. PMID: 21616031

The interface includes filters for article types, text availability, and publication dates. A "Results by year" bar chart is visible on the right side.

The screenshot shows a CINAHL search results page. The search query is "MH Health Literacy". The results are sorted by "Date Newest" and show 194 items. The first two items are:

- 1. How consistency in practice improved patient and staff satisfaction.**
(includes abstract) Cartwright, Kelley, Manning, Nov2017; 47(11): 15-18. 4p. (Article) ISSN: 0360-4039
The article explains how the clinical nurse leader (CNL) in a medical-surgical telemetry unit worked with his or her team to develop a consistent structure for nurses to use when conducting patie...
Subjects: Patient Discharge Education, Nursing Staff, Hospital, Nursing Leaders, Health Literacy, Patient Education, Drug Therapy Education
- 2. Librarian Outreach as a Critical Element That Impacts Patient Outcomes.**
(includes abstract) Marshall, Caroline, Coleman, Bernice, Hobbs, Janet, Fenzl, Foca, *Journal of Hospital Librarianship*, Oct-Dec2017; 17(4): 323-331. 9p. (Article) ISSN: 1532-3269
The article discusses Cedar-Sinai Medical Center librarians' participation as contributing members of hospital committees as of 2017. Topics covered include the expertise of the center's Nursing...
Subjects: Health Sciences Librarians California, Collaboration, Professional Role

The interface includes search filters, a search history table, and a "Refine Results" section.

Bibliothek der Medizin Graz | Result List: health literacy | PlumX - Health Literacy: Uni | Health Literacy: Understand | Suchen

web-1a-1eb3cohost-1com-1cin20.han.medunigraz.at/ehost/resultsadvanced?vid=16&sid=ae49dc26-5800-41a5-a232-c5216a9d524

facebook | Med Uni Graz | MedOnline | Virtueller Medizinisch... | https://sanis.stmk.gva... | A1 Webmail | Schule für Gesundheit... | Novell GroupWise | Home - PubMed - NCBI | Bibliothek | Advanced Search: EBS... | Bibliothek

New Search | Publications | CINAHL Headings | Cited References | More

Searching: CINAHL | Choose Databases | Suggest Subject Terms

health literacy | Select a Field (opti... | Search | Clear

AND - psychosocial health or psychosoc | Select a Field (opti... | + | -

AND - nursing or nurse or nursing care o | Select a Field (opti... | + | -

Basic Search | Advanced Search | Search History

Search History/Alerts

Print Search History | Retrieve Searches | Retrieve Alerts | Save Searches / Alerts

Select / deselect all | Search with AND | Search with OR | Delete Searches | Refresh Search Results

Search ID	Search Terms	Search Options	Actions
<input type="checkbox"/> S12	health literacy AND (psychosocial health or psychosocial factors or mental health) AND (nursing or nurse or nursing care or nursing practice)	Limiters - Published Date: 20070101-20171231 Search modes - Find all my search terms	View Results (111) View Details Edit
<input type="checkbox"/> S11	health literacy AND (psychosocial health or psychosocial factors) AND (intervention or measurement)	Limiters - Published Date: 20070101-20171231 Search modes - Find all my search terms	View Results (183) View Details Edit
<input type="checkbox"/> S10	health literacy AND (psychosocial health or psychosocial factors) AND (nursing or nurse or nursing care or nursing practice)	Limiters - Published Date: 20070101-20171231 Search modes - Find all my search terms	View Results (73) View Details Edit
<input type="checkbox"/> S9	health literacy AND (psychosocial health or psychosocial factors)	Limiters - Published Date: 20070101-20171231 Search modes - Find all my search terms	View Results (564) View Details Edit
<input type="checkbox"/> S8	health literacy AND psychosocial health AND (nursing or nurse or nursing care or nursing role)	Limiters - Published Date: 20070101-20171231 Search modes - Find all my search terms	View Results (73) View Details Edit
<input type="checkbox"/> S7	(MH "Health Literacy") AND psychosocial health AND (nursing or nurse or nursing care or nursing role)	Limiters - Published Date: 20070101-20171231 Search modes - Find all my search terms	View Results (19) View Details Edit
<input type="checkbox"/> S6	(MH "Health Literacy") AND psychosocial health AND (nursing or nurse or nursing care or nursing practice)	Limiters - Published Date: 20070101-20171231 Search modes - Find all my search terms	View Results (19) View Details Edit

1613 20.11.2017

Bewertungsbogen Hawker et al. (2002):

This checklist is from Hawker, S., S. Payne, et al. (2002). "Appraising the Evidence: Reviewing Disparate Data Systematically." *Qualitative Health Research* 12(9): 1284-1299.

Please assess each paper on the following criteria. For scoring please refer to notes below.

Good=4
Fair=3
Poor=2
Very poor=1
Lower scores =poor quality

Notes for appraising the quality of each paper:

<p>1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study? Good Structured abstract with full information and clear title. Fair Abstract with most of the information. Poor Inadequate abstract. Very Poor No abstract.</p> <p>2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research? Good Full but concise background to discussion/study containing up-to date literature review and highlighting gaps in knowledge. Clear statement of aim AND objectives including research questions. Fair Some background and literature review. Research questions outlined. Poor Some background but no aim/objectives/questions, OR Aims/objectives but inadequate background. Very Poor No mention of aims/objectives. No background or literature review.</p> <p>3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained? Good Method is appropriate and described clearly (e.g., questionnaires included). Clear details of the data collection and recording. Fair Method appropriate, description could be better. Data described. Poor Questionable whether method is appropriate. Method described inadequately. Little description of data. Very Poor No mention of method, AND/OR Method inappropriate, AND/OR No details of data.</p> <p>4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims? Good Details (age/gender/race/context) of who was studied and how they were recruited. Why this group was targeted. The sample size was justified for the study. Response rates shown and explained. Fair Sample size justified. Most information given, but some missing. Poor Sampling mentioned but few descriptive details. Very Poor No details of sample.</p> <p>5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous? Good Clear description of how analysis was done. Qualitative studies: Description of how themes derived/ respondent validation or triangulation. Quantitative studies: Reasons for tests selected hypothesis driven/ numbers add up/statistical significance discussed. Fair Qualitative: Descriptive discussion of analysis. Quantitative. Poor Minimal details about analysis. Very Poor No discussion of analysis.</p> <p>6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?</p>

Good	Ethics: Where necessary issues of confidentiality, sensitivity, and consent were addressed. Bias: Researcher was reflexive and/or aware of own bias.
Fair	Lip service was paid to above (i.e., these issues were acknowledged).
Poor	Brief mention of issues.
Very Poor	No mention of issues.
7. Results:	
Is there a clear statement of the findings?	
Good	Findings explicit, easy to understand, and in logical progression. Tables, if present, are explained in text. Results relate directly to aims. Sufficient data are presented to support findings.
Fair	Findings mentioned but more explanation could be given. Data presented relate directly to results.
Poor	Findings presented haphazardly, not explained, and do not progress logically from results.
Very Poor	Findings not mentioned or do not relate to aims.
8. Transferability or generalizability:	
Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Good	Context and setting of the study is described sufficiently to allow comparison with other contexts and settings, plus high score in Question 4 (sampling).
Fair	Some context and setting described, but more needed to replicate or compare the study with others, PLUS fair score or higher in Question 4.
Poor	Minimal description of context/setting.
Very Poor	No description of context/setting.
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Good	Contributes something new and/or different in terms of understanding/insight or perspective. Suggests ideas for further research. Suggests implications for policy and/or practice.
Fair	Two of the above (state what is missing in comments).
Poor	Only one of the above.
Very Poor	None of the above.