

Bachelorarbeit

***Communicating Evidence* - Wirksame Methoden um "Evidence" mit PatientInnen und deren Angehörigen zu kommunizieren**

eingereicht von
Yasmin - Stefanie Gruze

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

Medizinische Universität Graz
Institut für Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von
Sen.Lecturer Dr.ⁱⁿ rer.cur. Daniela Schoberer BSc, MSc

Graz, am 12.03.2018

Eidesstattliche Erklärung

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

12.03.2018

Yasmin - Stefanie Gruze, eh

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	7
1.1	Bedeutung von " <i>Evidence</i> "	7
1.2	Begriffserklärung Kommunikation - in Hinblick auf die Forschungsfrage.....	10
1.3	Kommunikation von Forschungsergebnissen	11
1.4	Forschungsziel und Forschungslücke	12
2	Methode.....	13
2.1	Suchstrategie	13
2.2	Ein - und Ausschlusskriterien	14
2.3	Kritische Bewertung der Studien	15
2.4	Analyse der Daten.....	15
3	Ergebnisse	16
3.1	Qualität der Studien	18
3.2	Charakteristika der inkludierten Studien	20
3.3	Hauptergebnisse: Strategien zur Kommunikation der Evidence	22
3.4	Kommunikation von Evidence durch schriftliche Darstellung.....	22
3.5	Kommunikation von Evidence durch andere Medien	23
3.5.1	Unterschiede zwischen PatientInnenanekdoten und statistischer Evidence..	24
3.6	Kommunikation von Evidence durch graphische Darstellung	25
4	Diskussion	28
4.1	Limitationen und Stärken.....	31
5	Schlussfolgerung	32
5.1	Empfehlungen für die Praxis	33
5.2	Empfehlungen für die Forschung	33
6	Anhang	36

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Komponenten einer pflegerischen Entscheidung in individuellen Situationen, angelehnt an Friesacher 1999, in Lauster et al. 2014, S. 93	9
Abbildung 2: Verwendete Suchstrategie.....	14
Abbildung 3: Flussdiagramm, angelehnt an Moher et al. 2009	17
Abbildung 4: Übersicht über Methoden zur Kommunikation von Evidence.....	27

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ein -/Ausschlusskriterien , basiert auf Messer 2016	14
Tabelle 2: Qualität der Studien	19
Tabelle 3: Charakteristika der Studien	21

Zusammenfassung

Einleitung: Die Bevölkerung verlangt immer häufiger Gesundheitsinformationen verständlich und klar präsentiert zu bekommen, um dadurch bessere Entscheidungen, welche sich positiv auf ihre Gesundheit auswirken, treffen zu können. Obwohl es eine Vielzahl an neuen wissenschaftlich gestützten Behandlungsmöglichkeiten gibt, sind diese Beweise meist nicht zielgruppengerecht dargestellt und können somit von der Bevölkerung nicht richtig genutzt werden. Die Herausforderung besteht darin, "Evidence" klar und deutlich zu kommunizieren, damit PatientInnen ihre Entscheidungen nach den derzeit besten wissenschaftlichen Erkenntnissen treffen können.

Ziel: Ziel dieser Übersichtsarbeit ist es aufzuzeigen, wie man Evidence mit PatientInnen und deren Angehörigen effektiv kommunizieren kann.

Methode: Als Design dieser Arbeit wurde die Übersichtsarbeit gewählt. Um relevante Studien zu erlangen wurde eine systematische Literatursuche in PubMed und Cinahl, sowie eine Handsuche durchgeführt. Zur Überprüfung der Studienqualität, wurden diese mit einem Bewertungsbogen kritisch beurteilt.

Ergebnisse: Insgesamt wurden drei randomisiert kontrollierte Studien (RCT) zur Beantwortung der Forschungsfrage herangezogen. Diese führten zu dem Ergebnis, dass Kommunikation durch schriftliche Darstellung, durch diverse Medien und durch graphische Darstellung, effektive Methoden sind, um Evidence mit PatientInnen und deren Angehörigen zu kommunizieren.

Diskussion: Es ist wichtig, sich ausreichend über sein Gegenüber zu informieren, um Evidence effektiv kommunizieren zu können. Außerdem soll man beachten, dass die Wahl der geeigneten Methode vom Kommunikationsziel abhängig gemacht werden muss.

Schlussfolgerung: Allgemein gilt darauf zu achten, die für PatientInnen angemessenste Methode zu finden, um Unklarheiten zu vermeiden und Evidence so zu kommunizieren, dass diese in Entscheidungsfindungen mit einfließen kann.

Abstract

Introduction: The population is increasingly demanding health information to be presented in an understandable and clear manner, enabling them to make better decisions that have a positive impact on their health. Although there is a large number of new scientifically supported treatment options, this evidence is usually not presented in a way that is appropriate for the target group and can therefore not be used correctly by the population. The challenge is to communicate evidence clearly and effectively so that patients can make their decisions based on the best available scientific evidence today.

Aim: The aim of this review is to show a way of communicating evidence effectively to patients and their relatives.

Method: The design is a literature review. In order to obtain relevant studies, a systematic literature search was conducted in PubMed and Cinahl, as well as a manual search. To check the quality of the studies, they were critically appraised.

Results: A total of three randomised controlled trials (RCT) were used to answer the research question. These led to the conclusion that communication through written presentation, diverse media and graphical representation are effective methods to communicate evidence with patients and their relatives.

Discussion: It is important to inform oneself sufficiently about one's counterpart in order to effectively communicate evidence. It is also essential to ensure that the choice of the appropriate method depends on the communication goal.

Conclusion: Generally it is inevitable to find the most appropriate method for patients to avoid ambiguities and to communicate evidence in a way it can be used in decision - making.

1 Einleitung

Evidence - based Practice (EBP) beziehungsweise *Evidence - based Nursing (EBN)* ist eine Praxis, welche auf Forschungsergebnissen abgestützt, patientInnenorientiert ist und auf reflektierten klinischen Erfahrungen beruht. Dies sind wichtige Aspekte zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und sollen von Pflegepersonen und Gesundheitsprofessionen, da diese eine zentrale Rolle bei der Kommunikation über die neuesten Forschungsergebnisse spielen, an PatientInnen und deren Angehörigen vermittelt werden. Die Herausforderung besteht darin, wissenschaftlich fundierte Informationen adäquat zu kommunizieren, damit diese von PatientInnen angewendet werden und sie positive Entscheidungen bezüglich ihrer Gesundheit nach den besten wissenschaftlichen Erkenntnissen treffen können (Santesso et al. 2014).

1.1 Bedeutung von "Evidence"

Das Wort "Evidenz" hat im deutschen Sprachgebrauch nicht die gleiche Bedeutung wie der Begriff "Evidence" in der englischen Sprache. Evidenz bezeichnet im Deutschen eine Einsicht, die ohne methodische Unterstützung gemacht wird, insbesondere in Hinblick auf die Stützung von Hypothesen. In Bezug auf wissenschaftlich belegte Praxis leitet sich Evidenz vom englischen Wort „Evidence“ ab, das soviel wie Beweis bedeutet und bezieht sich auf die Wirksamkeit einer Therapie unter Beachtung der derzeit neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse (Gust von Loh 2009, S. 11). In dieser Arbeit finden ausschließlich die englischsprachigen Begriffe "Evidence" und "evidence - based" Anwendung.

Evidence - based bedeutet wortwörtlich „auf Beweisen basierend“, die Integration der derzeit besten wissenschaftlichen Beweise in die Praxis unter Einbezug der Erfahrungen der Pflegenden und Vorstellungen der individuellen PatientInnen. Von "evidence - based" leitet sich die Pflegepraxis *Evidence - based Practice (EBP)* und in weiterer Folge der Begriff *Evidence - based Nursing (EBN)* ab. Eine Praxis, welche dafür verantwortlich ist, die derzeit besten wissenschaftlichen Beweise in die Pflegepraxis zu integrieren. Damit erweitert EBN den Prozess der Forschungsanwendung. EBN findet seinen Ursprung Mitte der 1990er - Jahre als eine Anpassung des Konzepts *Evidence - based Medicine (EBM)*. Unter diesem Konzept versteht man das Erarbeiten von Forschungsergebnissen, die unter

Anwendung möglichst objektiver, valider und reliabler Methoden durchgeführt wurden. Wissenschaft alleine ist zunächst nur eine Aussage über die Methodik der Erkenntnisfindung und somit allein keine Qualitätsaussage. Nicht jede Forschungsarbeit findet Verwendung in der Praxis und ist von gleich guter Qualität. Ein wichtiger Grundgedanke von *EBN* ist es, kritisch zu hinterfragen, wie glaubwürdig und anwendbar die Forschungsergebnisse tatsächlich sind (Lehmann 2014 S.92-93).

Evidenzhierarchien und Einteilungen zur Stärke von Empfehlungen geben Orientierung bei der Beschreibung von Forschungsarbeiten. Je nach Forschungsdesign und je nachdem ob diese frei von Verzerrungen sind, wird ihnen ein Grad zugeordnet, als Maß für Qualität, Verallgemeinerbarkeit und Übertragbarkeit der erarbeiteten Studienergebnisse auf andere Praxisorte und PatientInnengruppen. Das *EBN* - Konzept verwendet die Methode der kritischen Bewertung (*critical appraisal*), das heißt, wissenschaftliche Studien, Übersichtsarbeiten und Leitlinien werden systematisch analysiert, mit dem Ziel zu entscheiden, ob diese zur Lösung spezifischer Pflegeprobleme geeignet und damit umsetzbar sind. Eine Komponente der professionellen Pflege stellen Forschungsergebnisse (Externe Evidence) dar. Daneben berücksichtigen andere Komponenten in der individuellen Pflegesituation, die Vorstellungen der PatientInnen und das Wissen sowie die Erfahrungen der Pflegekraft (Interne Evidence). Der Begriff "Externe Evidence" beschreibt wissenschaftliche Ergebnisse, insbesondere die Wirksamkeit von Pflegemaßnahmen. "Interne Evidence" ist das gemeinsame Klären von Zielen und Vorstellungen und der Verständigung zwischen Pflegeperson und PatientIn (Lehmann 2014 S. 92-93). Der Zusammenhang zwischen Interner und Externer Evidence wird in Abbildung 1 dargestellt.

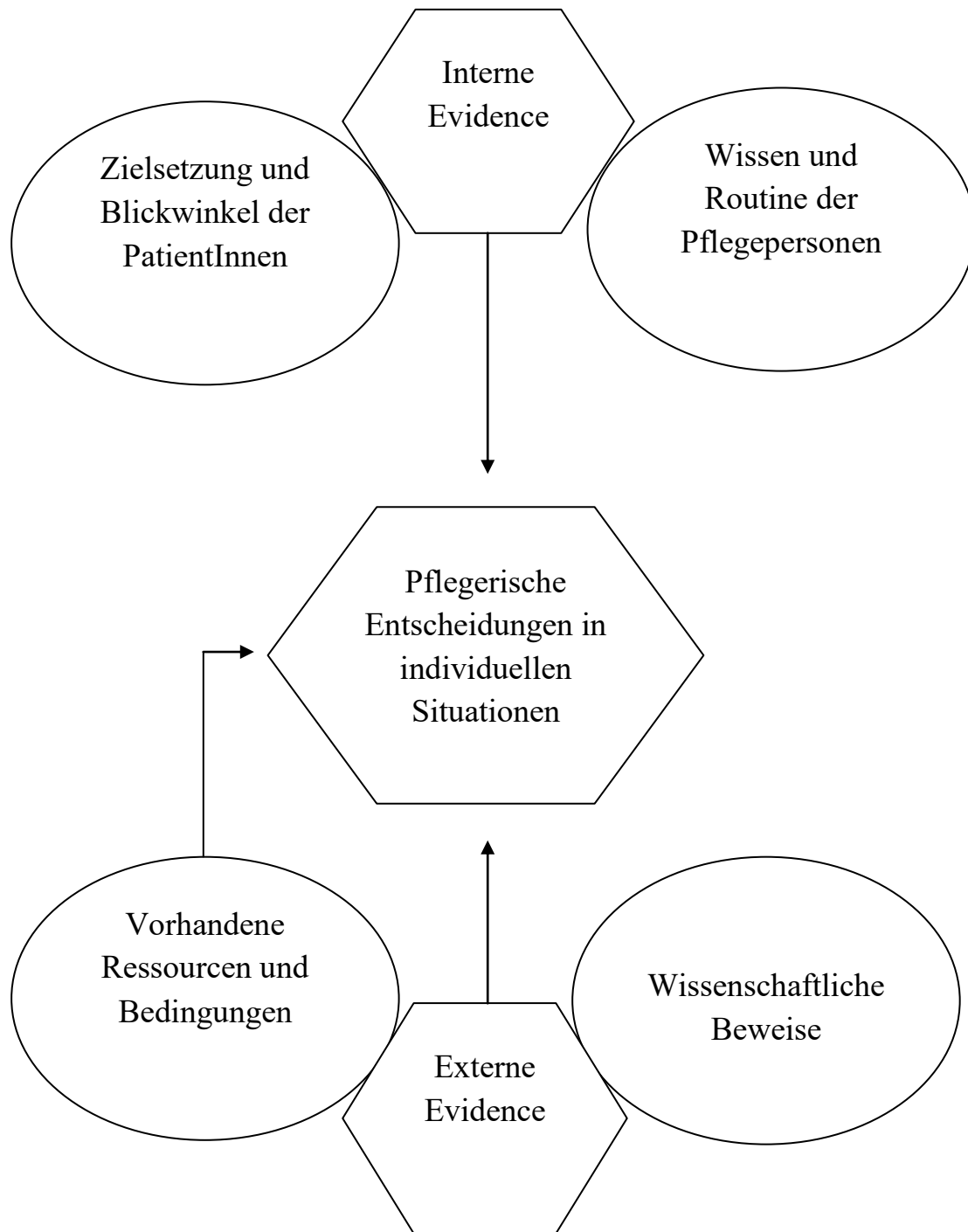


Abbildung 1: Komponenten einer pflegerischen Entscheidung in individuellen Situationen, angelehnt an Friesacher 1999, in Lauster et al. 2014, S. 93

1.2 Begriffserklärung Kommunikation - in Hinblick auf die Forschungsfrage

Es gibt weder eine allgemeingültige Theorie der Kommunikation, noch lässt sich eine allgemein anerkannte Definition des Begriffs dazu aufzeigen. Der Definition liegen unterschiedliche Voraussetzungen und Perspektiven zugrunde. Ursprünglich stammt der Begriff aus dem Lateinischen, heißt *communicare* und bedeutet teilen, mitteilen, teilnehmen lassen, gemeinsam machen, vereinigen. Legt man dies auf den Alltag um, bezeichnet Kommunikation den wechselseitigen Austausch von Gedanken in Sprache, Schrift oder Bild. Daraus entwickelt sich ein Prozess der Vermittlung von Zeichen und der verbalen Verständigung zwischen Individuen. Das Wort Kommunikation etablierte sich Anfang der 1970er Jahre im deutschen Sprachgebrauch und gehört heute zum Alltagsvokabular. Vorwiegend bezieht man sich auf folgende zwei Axiome (Grundsätze) von Paul Watzlawick (Merten 2013 S. 4-6):

- **Man kann nicht nicht kommunizieren**

Kommunikation findet bei jedem Zusammentreffen zwischen Menschen statt, selbst wenn dabei nicht gesprochen wird. Auch ein Schweigen hat Kommunikationscharakter durch körpersprachliche Signale. Diese Form der Kommunikation bezeichnet man auch als nonverbale Kommunikation.

- **Jede Nachricht besteht aus Inhalts- und Beziehungsebene**

Neben der sachlichen Information wird bei jeder Nachricht auch etwas über das persönliche Verhältnis zum Kommunikationspartner oder zur Kommunikationspartnerin vermittelt. Je eindeutiger die Beziehung der Kommunikationspartner zueinander ist, desto eher kommt die Nachricht im Sinne des Senders oder der Senderin an (Merten 2013 S. 4-6).

1.3 Kommunikation von Forschungsergebnissen

Die Bevölkerung fordert zunehmend, Gesundheitsinformationen besser zu verstehen, um ihre Entscheidungen in Bezug auf ihre Gesundheit selbst managen zu können. Obwohl es einige Belege über die Vor- und Nachteile einer Vielzahl von Behandlungen für diverse Erkrankungen gibt, sind diese Informationen in der Regel nicht so geschrieben, dass sie verständlich und angemessen für PatientInnen sind. PatientInnen wollen nicht nur wissen, wie viele PatientInnen von der durchgeführten Behandlung profitieren oder nicht, sondern auch, wie sicher diese Zahlen sind (Qualität der Evidence) (Santesso et al. 2015).

Ergebnisse von Studien werden oft in Effektmaßen dargestellt und somit von PatientInnen falsch oder schwer verstanden. Um dem entgegenzuwirken braucht es angemessene Darstellungsweisen, damit PatientInnen in den Prozess der medizinischen Entscheidungsfindung integriert werden können. Dadurch soll sichergestellt werden, dass PatientInnen über Risiken ihrer Krankheiten und über Vor- und Nachteile ihrer Behandlungsmöglichkeiten informiert sind, um zusammen mit Gesundheitsprofessionen die richtigen Maßnahmen setzen zu können (Hawley et al. 2008).

Eine weitere Möglichkeit richtige Maßnahmen zu treffen ist das Prinzip des *Shared Decision Making (SDM)*: Ein Ansatz, bei dem Gesundheitsprofessionen und PatientInnen die beste verfügbare Evidence für die Entscheidungsfindung teilen und bei denen PatientInnen unterstützt werden, Optionen zu erwägen, um informierte Präferenzen zu erzielen. PatientInnen werden ermutigt, über die verfügbaren Screening- oder Behandlungsoptionen und die voraussichtlichen Vorteile und Schäden nachzudenken, damit sie ihre Präferenzen mitteilen und gemeinsam mit den Gesundheitsprofessionen, die für sie beste Vorgehensweise auszuwählen. Gemeinsame Entscheidungsfindung respektiert die PatientInnenautonomie und fördert das Engagement der PatientInnen. Trotz erheblichem Interesse an einer gemeinsamen Entscheidungsfindung erweist sich die Umsetzung als schwierig und langsam. Grund dafür ist die Voraussetzung, dass evidenzbasierte Informationen über Behandlungsoptionen verständlich an PatientInnen vermittelt werden müssen, um Vor- und Nachteile verschiedener Optionen abwägen zu können (Elwyn et al. 2012).

Die angemessene Kommunikation von Forschungsergebnissen soll auch vor allem chronisch kranken Menschen bei der Selbstbehandlung ihrer Krankheit helfen. Durch angemessene Darstellungsweisen aktueller Studienergebnisse und der damit verbundenen PatientInnenschulung soll es den Betroffenen möglich sein, auch abseits medizinischer Betreuung, richtige und für ihre Erkrankung und individuelle Situation positiv auswirkende Maßnahmen, zu treffen. Diese Darstellungen von Evidence können schriftlich, graphisch oder durch diverse Medien kommuniziert werden und zwar so, dass sie von jeder Bildungsebene aufgenommen werden können (Van Bekkum & Hilton 2013).

1.4 Forschungsziel und Forschungslücke

EBN ist ein wichtiger Aspekt zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung, vor allem die adäquate Vermittlung von Evidence. Allerdings kann die Vermittlung von Studienergebnissen eine Herausforderung darstellen. Kommunikationsfähigkeit ist ein wichtiger Faktor für die Verringerung der Kluft zwischen *EBN* und der Verbesserung der PatientInnenengesundheit. Evidence muss klar und verständlich kommuniziert werden, damit PatientInnen fundierte Entscheidungen treffen können (Van Bekkum & Hilton 2013).

Eine zentrale Rolle bei der Vermittlung von Evidence spielen Gesundheitsprofessionen, zu diesen zählen vor allem ÄrztInnen und diplomiertes Pflegepersonal. Diese sollen durch geeignete Methoden zur Kommunikation von Evidence, PatientInnen unterstützen, von aktuellen Studienerkenntnissen Gebrauch machen zu können. Die inkludierten Studien dieser Übersichtsarbeit beziehen sich auf die Kommunikation von Evidence mit PatientInnen durch ÄrztInnen, da es keine aktuellen Studien gibt, die untersuchen wie diplomiertes Pflegepersonal, Evidence verständlich kommunizieren kann. Durch unzählige Konservativtherapien in der Pflege bei denen es wichtig ist Vor- und Nachteile abzuwägen, stellt die Kommunikation von Evidence durch diplomiertes Pflegepersonal einen wesentlichen Faktor dar, damit PatientInnen wissenschaftlich fundierte Entscheidungen treffen können. Viele Studien wie jene von Forchuk et al. (2012) untersuchen, wie man Evidence an Gesundheitsprofessionen vermitteln kann und nicht wie man sie verständlich an PatientInnen weitergeben kann.

Deshalb ist es Ziel dieser Arbeit aufzuzeigen, wie man Evidence mit PatientInnen und deren Angehörigen effektiv kommunizieren kann, unabhängig von der jeweiligen Profession.

2 Methode

Das Design dieser Arbeit ist die Übersichtsarbeit, angelehnt an das PRISMA Statement von Moher et al. (2009). Um relevante Studien zur Beantwortung der Forschungsfrage zu erlangen, wurde eine Literatursuche in PubMed und Cinahl von Oktober bis November 2017 durchgeführt. Zusätzlich wurde eine Handsuche in den Referenzlisten von eingeschlossenen Studien durchgeführt.

2.1 Suchstrategie

Zur Literaturrecherche wurden englische Schlüsselwörter und deren Synonyme, sowie *Medical Subject Headings (MeSH)* verwendet. Die beiden Datenbanken PubMed und CINAHL verwenden nicht dieselben *MeSH Terms*, deshalb wurden diese entsprechend angepasst. Durch Operatoren wie *AND* und *OR* wurden die einzelnen Schlüsselwörter miteinander verbunden, um die Suche auf die Forschungsfrage zu konkretisieren. Die daraus entstandene Strategie wird in Abbildung 2 dargestellt.

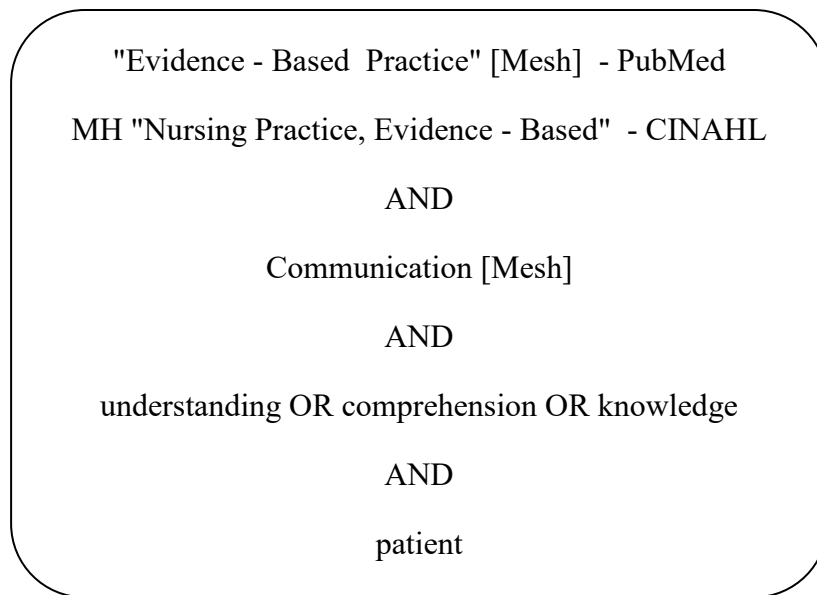


Abbildung 2: Verwendete Suchstrategie

Um die Ergebnisse eingrenzen zu können wurden folgende Limitationen gesetzt: deutsch- und englischsprachige Studien, Studien der letzten 10 Jahre. Es wurden keine Limitationen bezüglich des Designs und des Settings gesetzt.

In Tabelle 1 werden die Ein- und Ausschlusskriterien nach dem PICO - Schema dargestellt.

2.2 Ein - und Ausschlusskriterien

Tabelle 1: Ein -/Ausschlusskriterien, basiert auf Messer 2016

	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Population	PatientInnen und deren Angehörige	Gesundheitsprofessionen
Issue of Interest	Kommunikation von evidencebasierten Ergebnissen	Kommunikationstheorien
Outcome	Verstehen von Evidence; Nützen von Evidence für pflegerische oder medizinische Entscheidungen	Medizinische oder <i>nursing sensitive</i> Outcomes (wie Dekubitus, Sturz, Pneumonie)

2.3 Kritische Bewertung der Studien

Nach Abschluss der Literatursuche wurden die Studien, die den Einschlusskriterien entsprachen nach dem Bewertungsbogen von Hawker et al. (2002) kritisch beurteilt. Dieser Bewertungsbogen gibt eine bestimmte Vorgehensweise an, wie man einzelne Abschnitte einer Studie zu bewerten hat: Den Anfang macht die Zusammenfassung und der Titel, gefolgt von der Einleitung und dem Forschungsziel, der Methode und dem Prozess der Datensammlung, dem Sampling, der Datenanalyse, Angaben zur Ethik, den Ergebnissen, die Übertragbarkeit und Generalisierbarkeit und zuletzt die Wichtigkeit der gefundenen Ergebnisse.

Diese Abschnitte gilt es, durch die Kategorien *Good* (4 Punkte), *Fair* (3 Punkte), *Poor* (2 Punkte) und *Very Poor* (1 Punkt), welche durch bestimmte Kriterien gekennzeichnet sind, zu beurteilen. Sofern alle Kriterien übereinstimmen wird die beste Kategorie mit 4 Punkten vergeben, je nach Anzahl der unerfüllten Kriterien, wird dann ein Punkt abgezogen. Die Gesamtpunktezahl liegt bei 36 Punkten. Durch dieses Bewertungssystem wurde die Qualität, die Stärken und Schwächen, sowie die richtige Aufbauweise der eingeschlossenen Studien analysiert und bewertet. Eine Studie muss mindestens 60 % der Qualitätspunkte erreichen, um eingeschlossen zu werden. Gesetzt den Fall, dass eine Studie weniger als 60% erreicht, wurde sie aufgrund von zu niedriger Qualität ausgeschlossen und bei der Übersichtsarbeit nicht berücksichtigt.

2.4 Analyse der Daten

Von den jeweiligen Studien werden Daten zu den Studiencharakteristika extrahiert (vgl. Tabelle 3). Die Ergebnisse werden je nach Art der Kommunikationsform zusammengefasst und narrativ dargestellt. Diese Darstellung erfolgt in drei Kategorien: schriftlich, graphisch und durch diverse Medien.

3 Ergebnisse

Mit der definierten Suchstrategie und den gesetzten Limitationen wurden insgesamt 509 Treffer erzielt. Davon wurden 469 Studien in PubMed, 40 Studien in CINAHL und 2 Studien durch die Handsuche gefunden wurden. Anschließend wurden die Studien einem Titel- und Abstractscreening unterzogen, wodurch 496 Studien ausgeschlossen wurden. Von den übrigen 15 Studien wurde der Volltext gelesen, dabei wurde beurteilt, ob diese zur Beantwortung der Fragestellung herangezogen werden können. Nach dieser Beurteilung wurden 12 Studien ausgeschlossen. Die drei inkludierten Studien wurden anhand des Bewertungsbogens kritisch beurteilt. Die genaue Aufschlüsselung dieser Beurteilungen sind im Anhang zu finden. Das Flussdiagramm (Abb. 3) stellt die Ergebnisse der Literatursuche dar. Keine Studie wurde aufgrund mangelnder Qualität ausgeschlossen.

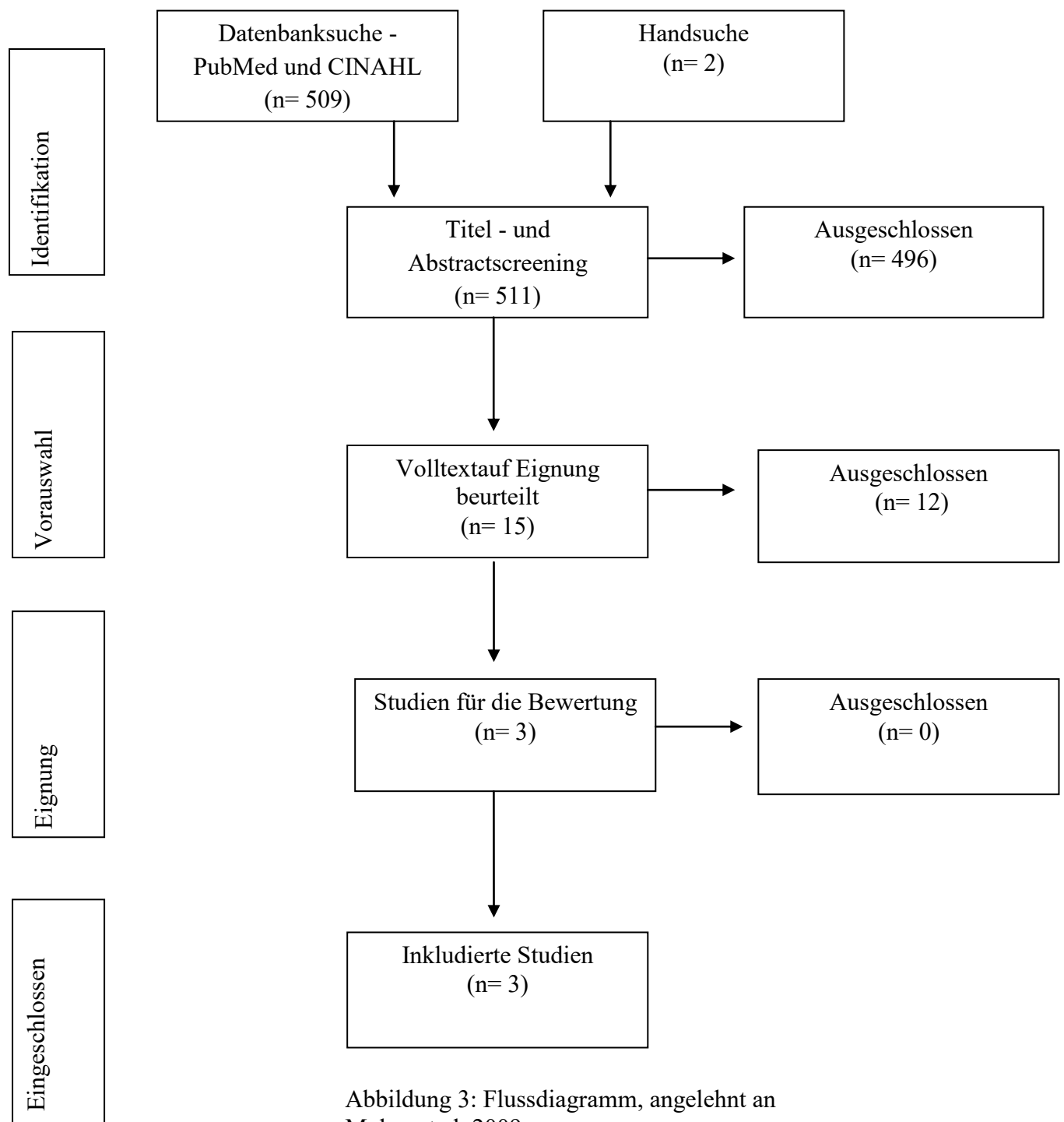


Abbildung 3: Flussdiagramm, angelehnt an Moher et al. 2009

3.1 Qualität der Studien

Die Studie von Mazor et al. (2007) war qualitativ sehr gut und zeichnete sich vor allem dadurch aus, dass die Methode sehr genau und verständlich beschrieben wurde. In Form von Tabellen wurden Auszüge aus den Fragebögen und den Video - Dialogen dargestellt, welche einen guten Einblick in die Vorgehensweise ermöglichten. Auch die Ergebnisse waren mit Hilfe von Tabellen gestützt und durch die Gliederung der Unterüberschriften gut nachvollziehbar. Abzüge wurden gemacht, da keine Angaben zur Ethik gemacht wurden und auch keine Stärken und Schwächen angegeben wurden. Die Studie erreichte ein Gesamtergebnis von 86%.

Santesso et al. (2014) erreichte durch eine sehr gute Beschreibung und durch Abbildungen gestützte Methode, darüber hinaus mit einem sehr gut durchgeführten Sampling und einem ausführlichen Ergebnisteil, 83%. Der Ergebnisteil wurde zum besseren Verständnis noch mit Tabellen gestützt, welche gut nachvollziehbar waren. Die unklar beschriebene Forschungslücke und die mangelnden Angaben zur Ethik minderten aber die Qualität und damit den Gesamteindruck der Studie.

Durch eine sehr gut aufgebaute Einleitung (generell zu spezifisch), einem deutlich beschriebenen Forschungsziel, vorhandener Forschungslücke sowie einem gut strukturierten Methodenteil erreichte die Studie von Hawley et al. (2008) 83%. Durch fehlende Forschungsempfehlungen, unzureichende Praxisempfehlungen und keinerlei Angaben zu Stärken und Schwächen der Studie, wurden Punkte abgezogen.

Um eine einheitliche Übersicht der Bewertungen und damit der Qualität der einzelnen Studien zu schaffen, werden diese in Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 2: Qualität der Studien

Studie	Zusammenfassung & Titel	Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion	Gesamt
Mazor et al.	Punkte: 3/4 Gute Gliederung Abzug: Im Titel fehlt das Design und in der Zusammenfassung die Einleitung	Punkte: 4/4 Sehr gut gegliedert, Ziel und Forschungslücke werden deutlich beschrieben	Punkte: 13/16 Klarer Einblick in Vorgehensweise mit Tabellen und Auszügen aus Fragebögen gestützt Abzug: Sampling nicht klar beschrieben, keine Angaben zur Ethik	Punkte: 4/4 Verständlich beschrieben, durch Tabellen gestützt	Punkte: 7/8 Verständlich aufgebaut, Vergleiche mit Literatur Abzug: Forschungs - empfehlungen sind nicht vorhanden	31 Punkte = 86%
Santesso et al.	Punkte: 3/4 Sehr gut gegliedert, verständlich Abzug: Einleitung in Zusammenfassung fehlt	Punkte: 3/4 Gut aufgebaut, beziehen sich auf bestehende Literatur Abzug: Ziel und Forschungsfrage ist nicht konkret beschrieben	Punkte: 13/16 Datensammlung sehr gut nachvollziehbar, Sampling genau beschrieben Abzug: Angaben zur Ethik fehlen, keine Stärken und Schwächen	Punkte: 4/4 Klarer Aufbau mit Tabellen gestützt	Punkte: 7/8 Verständlicher Aufbau, Praxisempfehlungen vorhanden Abzug: keine Forschungsempfehlungen	30 Punkte = 83%
Hawley et al.	Punkte: 3/4 Gute Zusammenfassung, alle wichtigen Informationen vorhanden Abzug: Zu kurze Einleitung in der Zusammenfassung	Punkte: 4/4 Sehr gut strukturiert, Forschungsfrage und Forschungslücke werden klar beschrieben	Punkte: 13/16 Übersichtlich durch Unterüberschriften gestaltet, Datensammlung gut nachvollziehbar, Datenanalyse wird deutlich beschrieben Abzug: Stärken und Schwächen, sowie konkretere Angaben zur Ethik fehlen	Punkte: 4/4 Deutliche Beschreibung der Ergebnisse, gute Strukturierung	Punkte: 6/8 Vergleiche mit bestehender Literatur werden gemacht, Praxisempfehlungen werden angegeben Abzug: Forschungs - empfehlungen sind nicht vorhanden	30 Punkte = 83%

3.2 Charakteristika der inkludierten Studien

Alle inkludierten Studien wählten zur Beantwortung der Forschungsfrage als Design die randomisierte kontrollierte Studie (engl. Randomised Controlled Trial, RCT). Dieses quantitative Design bildet in der Reihenfolge der Evidence die Speerspitze (Mad, Felder-Puig & Gartlehner 2008). Wenn man heute die Auswirkungen von Interventionen untersuchen will, ist die randomisierte kontrollierte Studie (RCT) der Goldstandard. Die Studie ist so aufgebaut, dass man zwei Gruppen bildet, zu denen die PatientInnen zufällig eingeteilt werden: eine Interventions- und eine Kontrollgruppe. Dieses Studiendesign zielt darauf ab, dass man ein möglichst unverfälschtes Ergebnis erhält. Faktoren, die das Ergebnis negativ beeinflussen könnten, gilt es zu eliminieren, damit jeglicher beobachtete Unterschied zwischen den Gruppen, nur durch die Interventionen erklärbar wird (Mad, Felder-Puig & Gartlehner 2008).

In der nachfolgenden Tabelle 3 werden die Charakteristika der drei inkludierten Studien dargestellt. Besondere Aufmerksamkeit wird dem Ziel, den Methoden zur Kommunikation von Evidence und dem Outcome geschenkt.

Tabelle 3: Charakteristika der Studien

Titel	AutorInnen	Jahr	Design	Forschungsziel	Methode zur Kommunikation von Evidence	Outcome
Patient education about anticoagulant medication: Is narrative evidence or statistical evidence more effective?	Mazor et al.	2007	RCT	Den Einfluss von mündlich vermittelter Evidence durch PatientInnen erzählungen oder statistischer Evidence, in Bezug auf Antikoagulantien - therapie, zu bestimmen.	Interventionsgruppe: Zeigen von Videosequenzen welche, entweder einen ArztInnen-PatientInnen dialog, eine durch Statistiken gestützte Präsentation oder eine Kombination aus beiden, enthalten. Anschließend wurde ein Fragebogen ausgefüllt Kontrollgruppe: Bekommen kein Video , nur Fragebogen	Verstärktes Wissen über Antikoagulantien Verständnis für Einhaltung von Laborkontrollen
A summary to communicate evidence from systematic reviews to the public improved understanding and accessibility of information: a randomized controlled trial	Santesso et al.	2014	RCT	Entwicklung einer neuen Art von "Plain language summary" (patientInnen - freundliche schriftliche Zusammenfassung) welche Studienergebnisse behandelt.	Interventions-gruppe: Bekommen eine neu entwickelte Broschüre (ausführlicher und mit Grafik gestützt), Multiple -choice Fragen Kontrollgruppe: Bekommen das alte Format der Broschüre, Multiple -choice Fragen	Kennen von Nutzen und Schaden der Intervention
The impact of the format of graphical presentation on health - related knowledge and treatment choices	Hawley et al.	2008	RCT	Die geeignetste graphische Darstellungsform zu finden, welche Wissen über Studienergebnisse an PatientInnen vermittelt.	PartizipantInnen wurde eine graphische Darstellungsform zugeordnet, welche Vor - und Nachteile zweier Medikamente beschreibt , Fragebogen wurde ausgefüllt, um zu sehen, ob die PartizipantInnen die Graphen richtig interpretieren konnten	Verstärktes Wissen über das Medikament

3.3 Hauptergebnisse: Strategien zur Kommunikation der Evidence

Die inkludierten Studien behandeln jeweils eine Darstellungsform, wie Evidence an PatientInnen und deren Angehörigen kommuniziert werden kann. Daraus konnten drei Kategorien gebildet werden: Zum einen die schriftliche Darstellung, welche durch das sogenannte "*Plain language summary*" (*PLS*) veranschaulicht wird. Eine weitere Möglichkeit ist die Darstellung durch andere Medien wie zum Beispiel durch Videosequenzen. Die graphische Darstellung, welche mithilfe von verschiedenen Diagrammen dargelegt wird, bildet die letzte, der drei Kategorien. In Abbildung 4 werden die drei unterschiedlichen Kategorien noch einmal in Form einer Grafik dargestellt.

3.4 Kommunikation von Evidence durch schriftliche Darstellung

Die Studie von Santesso et al. (2015) testete ein neues Format einer schriftlichen Zusammenfassung, welche Studienergebnisse einfacher und verständlicher an PatientInnen vermitteln sollte. Entwickelt wurde diese Art von Zusammenfassung von der Cochrane Collaboration. Dieses sogenannte "*Plain language summary (PLS)*", ist eine Möglichkeit, Informationen so darzustellen, dass sie sinnvoll und zugleich leicht lesbar für PatientInnen sind. Der Aufbau ist einfach und klar definiert und präsentiert Informationen in einer logischen Reihenfolge. Es wird empfohlen, alltägliche Wörter und Beispiele zu benutzen technische Begriffe zu erläutern, lange und komplexe Sätze, sowie geschlechtsspezifische Terminologie zu vermeiden (Santesso et al. 2015).

Insgesamt hatten sich 143 Personen aus fünf Ländern (Kanada, Argentinien, Norwegen, Spanien und Italien) zur Teilnahme an dieser randomisiert kontrollierten Studie bereit erklärt. Die TeilnehmerInnen erhielten nach dem Zufallsprinzip entweder das neue *PLS* oder das alte Format des *PLS*. Danach wurden die Formate getauscht und die TeilnehmerInnen wurden befragt, welches Format sie bevorzugten. Das neue *PLS* - Format bereitet die Informationen im Frage - und Antwortformat auf und die quantitativen Ergebnisse werden in einer Tabelle dargestellt. Beim alten Format des *PLS* wird der Text nur durch Absätze unterteilt, ohne Überschriften und es werden auch keine graphischen Darstellungsformen verwendet (Santesso et al. 2015).

Die TeilnehmerInnen, welche das neue *PLS* zum Lesen erhielten, konnten im anschließenden Fragebogen mehr Punkte erreichen als jene, die das alte Format bekamen ($p < 0,001$). Mithilfe des neuen *PLS* konnten mehr PartizipantInnen die Vorteile, Risiken

und die Qualität der Studienergebnisse richtig interpretieren. Die TeilnehmerInnen gaben an, dass die Studienergebnisse durch das neue *PLS* - Format vertrauenswürdig, einfach zu verstehen und auf eine Weise dargestellt waren, dass man sie zur medizinischen Entscheidungsfindung nutzen könnte (Santesso et al. 2015).

Ein Regressionsmodell zeigte, dass der Bildungsabschluss, die Sprache und Interneterfahrung wesentliche Faktoren waren, die zum Verständnis von beiden Formaten beitrugen. Die Berücksichtigung dieser Faktoren beeinflusste jedoch nicht das Ergebnis, dass TeilnehmerInnen, welche das neue *PLS* bekamen, mehr Fragen richtig beantworten konnten. Die TeilnehmerInnen gaben auch eine größere Präferenz für das neue Format gegenüber dem aktuellen *PLS* an, obwohl die TeilnehmerInnen im Allgemeinen das Format bevorzugten, welches sie zuerst bekamen (Santesso et al. 2015).

3.5 Kommunikation von Evidence durch andere Medien

In der Studie von Mazor et al. (2007) kamen PatientInnen, die in einem Gesundheitszentrum betreut wurden, für die Studie in Betracht, wenn sie mindestens drei Monate vor Beginn der Studie eine Antikoagulantientherapie erhalten hatten. Das Klinikpersonal überprüfte die Liste potentiell anspruchsberechtigter PatientInnen und schloss diejenigen Personen aus, von denen bekannt war, dass sie kognitive Beeinträchtigungen oder medizinische Probleme hatten, die eine Teilnahme (z.B. Krankenhausaufenthalt) ausschließen. Eine Gesamtzahl von 680 PatientInnen die zufällig aus der Klinikliste der aktuellen PatientInnen ausgewählt wurden, wurde vom Klinikpersonal überprüft; 80 wurden ausgeschlossen, was zu 600 potenziell für die Studie geeigneten PatientInnen führte (Mazor et al. 2007).

In der Studie wurden drei Versionen eines Videos, in denen ein Arzt, eine Ärztin mit einem Patienten, einer Patientin über das Management von Antikoagulantien sprach, verwendet. Die Versionen unterschieden sich in der Darstellung. Das ärztliche Fachpersonal verwendete entweder Anekdoten über PatientInnenerfahrungen, eine Darstellung der Ergebnisse, gestützt durch Statistiken oder eine Kombination von beiden. Die Ergebnisse der Intervention wurden anhand eines Baseline- und Post-Interventions-Fragebogens gemessen. Der Vergleich der Ergebnisse zwischen Interventionsgruppe und

Kontrollgruppe, ergab, dass diejenigen, die ein Video gesehen hatten, mehr Punkte beim Post- Interventions- Fragebogen, als diejenigen in der Kontrollgruppe, erzielen konnten ($p < 0,001$). Zudem gab es in der Interventionsgruppe größere positive Verschiebungen in ihren Überzeugungen hinsichtlich der Wichtigkeit von Labortests ($p = 0,010$) und in ihren Überzeugungen, dass die Einnahme von Antikoagulantien wichtig ist ($p = 0,012$). Es gab auch Hinweise darauf, dass PatientInnen in der Kontrollgruppe in der zweiten Messperiode (laut Klinikunterlagen) mit geringerer Wahrscheinlichkeit eine verbesserte Laborbesucherquote aufwiesen als PatientInnen, die eine Videosequenz sahen, aber die Differenz erreichte keine statistische Signifikanz (Mazor et al. 2007).

3.5.1 Unterschiede zwischen PatientInnenanekdoten und statistischer Evidence

Jene PartizipantInnen, welche das Video sahen, bei dem PatientInnen über das Management von Antikoagulantien sprachen, erzielten eine höhere Punktezahl beim Fragebogen. Der Vergleich der Ergebnisse für PatientInnen, welche die PatientInnenanekdoten sahen, zur Videosequenz, bestehend aus Anekdote und statistischer Darstellung, zeigte keine signifikanten Unterschiede (Mazor et al. 2007).

Bei Mazor et al. (2007) hat sich auch gezeigt, dass Videos, die eine Arzt-PatientInnen-Begegnung über das Management von oralen Antikoagulantien darstellten, sich positiv auf das PatientInnenwissen auswirkten. Das Betrachten eines Videos stand im Zusammenhang mit einem stärkeren Glauben an die Wichtigkeit der richtigen Medikamenteneinnahmen und der Einhaltung von Laborkontrollen. Es gab keinen Hinweis auf eine negative Auswirkung des Videos auf die PatientInnen. Keine TeilnehmerInnen gaben an, durch die Videosequenzen verwirrt worden zu sein oder etwas falsch verstanden zu haben.

Im Gegensatz zu einer statistischen Darstellungsform, stellen PatientInnenanekdoten eine bestimmte Erfahrung und keine Wahrscheinlichkeit einer Erfahrung dar. PatientInnenerzählungen wurden von den PartizipantInnen als konkreter, vertrauter und lebendiger betrachtet. Sie konnten Studienergebnisse einprägsam, realistisch und verständlich kommunizieren. Videos bieten generell eine effiziente Möglichkeit, eine große Menge an Evidence an PatientInnen zu übermitteln, und können eine kosteneffektive

Möglichkeit darstellen, PatientInnen über das Management antikoagulierender Medikamente aufzuklären. Videos haben auch grundsätzlich den Vorteil, dass sie wiederholt werden können. Einige TeilnehmerInnen an dieser Studie gaben an, dass sie das Video mehr als einmal angesehen oder länger aufbewahrt hätten, um es mit einem Familienmitglied zu teilen. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass alle PatientInnen von regelmäßiger Auffrischung über das Management von Antikoagulantien profitieren können, und dass Gesundheitsprofessionen nicht davon ausgehen sollten, dass PatientInnen für Monate oder Jahre ausreichende Kenntnisse haben, wie man diese Medikamente sicher verwaltet (Mazor et al. 2007).

3.6 Kommunikation von Evidence durch graphische Darstellung

Hawley et al. (2008) untersuchten die Fähigkeit von sechs Graphenformaten (Balkendiagramm, Piktogramm, Zahlenstrahl, Tortendiagramm, Kreisdiagramm, Tabelle), Wissen über Behandlungsrisiken und -vorteile von Medikamenten in einem hypothetischen medizinischen Online - Entscheidungsszenario zu vermitteln. Insgesamt registrierten sich 3153 Personen auf der Website und begannen mit der Umfrage. Davon beantworteten 2412 TeilnehmerInnen alle Fragen und wurden in die Auswertung einbezogen.

Die Wahrnehmung der Graphenformate und zwei verschiedene Arten von Wissen wurden bewertet: spezifisches numerisches Wissen und grundlegendes Wissen. Die Studie zeigte, dass der Bildungsabschluss eine zentrale Rolle, in Hinblick auf die zu verwendende graphische Darstellungsform, spielte. PartizipantInnen mit einem tertiären Bildungsabschluss, wiesen ein ausgeglichenes numerisches und grundlegendes Wissen auf. Im Gegensatz zu TeilnehmerInnen, welche keine höhere Schulbildung aufwiesen, diese hatten Schwierigkeiten bei der Interpretation von Balkendiagrammen, dem Zahlenstrahl und Kreisdiagrammen. Die Befragten, die über besseres numerisches Wissen verfügten, konnten den Zahlenstrahl am Besten interpretieren, während diejenigen, die weniger numerisches Wissen aufwiesen, mithilfe der Tabelle die Behandlungsrisiken und Vorteile der zwei Medikamente richtig verstehen konnten (Hawley et al. 2008).

Achtundfünfzig Prozent derjenigen, die das Piktogramm sahen, verfügten über ein höheres numerisches Wissen und konnten die Ergebnisse folglich richtig interpretieren. Das Kreisdiagramm war am Schwierigsten zu verstehen, so konnten TeilnehmerInnen mit guten numerischen Kenntnissen und TeilnehmerInnen mit schlechten numerischen Kenntnissen, dieses Diagramm selten richtig verstehen. Die Personen, welche das Tabellenformat betrachteten, konnten beim Fragebogen die meisten Punkte erreichen und verfügten über adäquates numerisches Wissen, gefolgt vom Piktogramm und dem Zahlenstrahl. Diejenigen, die über adäquates grundlegendes Wissen verfügten, konnte mithilfe des Tortendiagramms die meisten Punkte erzielen, gefolgt vom Piktogramm und der Tabelle. Die PartizipantInnen selbst, hielten die Tabelle am effektivsten, vertrauenswürdig und wissenschaftlich, gefolgt vom Piktogramm (Hawley et al. 2008).

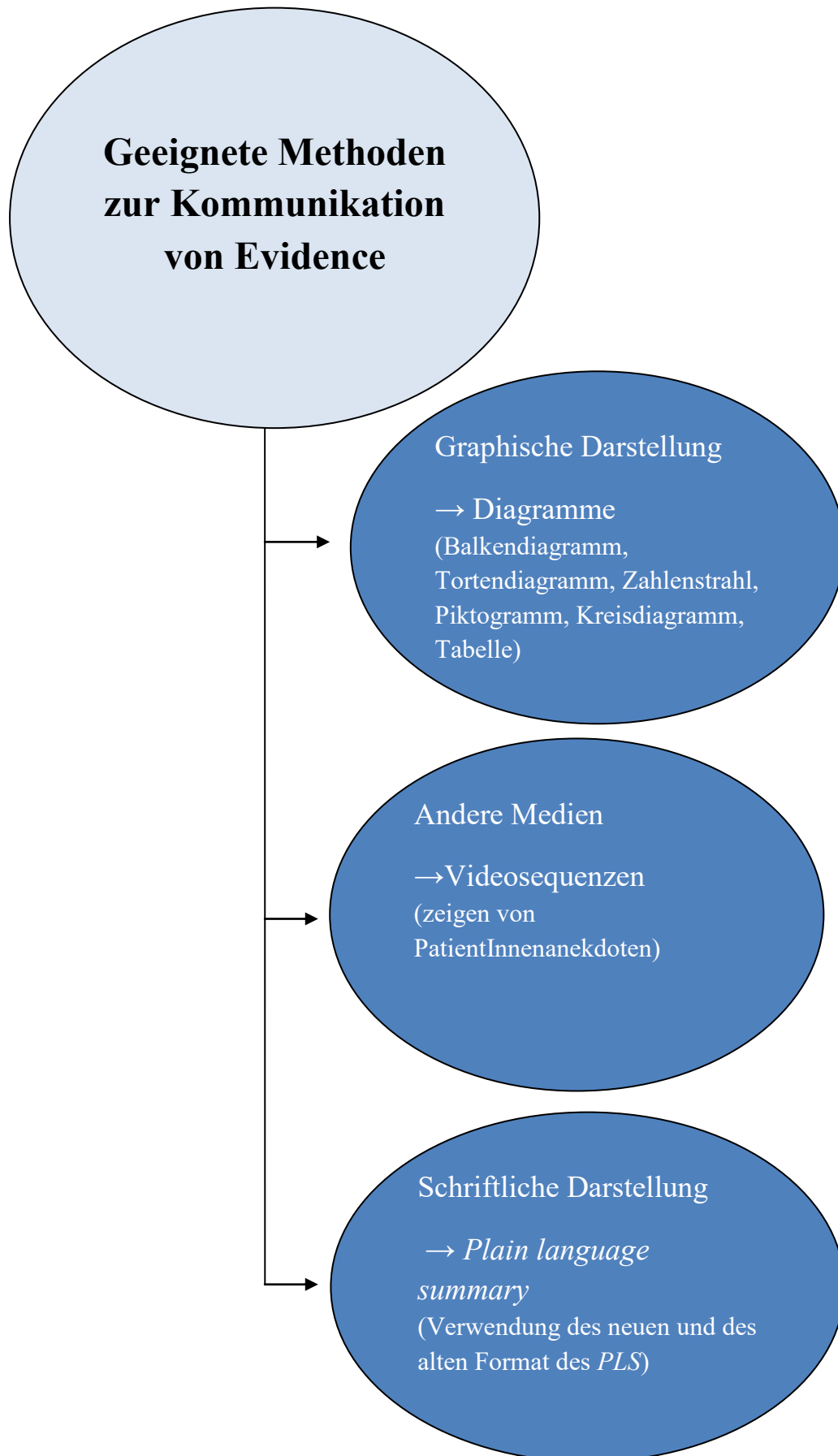


Abbildung 4: Übersicht über Methoden zur Kommunikation von Evidence

4 Diskussion

Ziel dieser Übersichtsarbeit war es, aufzuzeigen wie man Evidence mit PatientInnen und deren Angehörigen effektiv kommunizieren kann. Die Studien behandelten unterschiedliche Formen der Kommunikation, da das richtige Verstehen von Studienergebnissen, Voraussetzung für eine angemessene PatientInnenentscheidung ist und somit einen wichtigen Faktor in der Gesundheitsversorgung darstellt. PatientInnen nehmen anhand von Videos bei denen PatientInnenanekdoten vorgetragen werden, Evidence konkreter, verständlicher und lebendiger wahr (Mazor et al. 2007). Die schriftliche Darstellung, kann durch Verwendung von alltäglichen und einfachen Begriffen, denjenigen nützlich sein, welche über mangelndes Zahlenverständnis verfügen (Santesso et al. 2015) und graphische Darstellungen werden von PatientInnen mit höheren Bildungsabschluss am Effektivsten angesehen (Hawley et al. 2008).

Bei zwei Studien stellte der Bildungsabschluss einen wesentlichen Faktor dar. Ein Regressionsmodell zeigte, dass der Grad der Ausbildung einen signifikanten Faktor spielte, wenn es darum ging, beide Versionen des PLS zu verstehen (Santesso et al. 2015). Bei der graphischen Darstellung kommt es darauf an, wie viel Zahlenverständnis der Betroffene aufweist, demnach werden der Zahlenstrahl und Kreisdiagramme besser von PatientInnen mit einem höheren Bildungsabschluss verstanden (Hawley et al. 2008). Deshalb ist es wichtig, sich ausreichend über sein Gegenüber zu informieren, um Evidence effektiv kommunizieren zu können.

Es gilt außerdem darauf zu achten, dass die Wahl der geeigneten Methode vom Kommunikationsziel abhängig gemacht werden muss. Wenn das Ziel darin besteht, mehr allgemeines Wissen darüber zu vermitteln, welche Behandlung besser oder schlechter ist, bieten Tortendiagramme eine gute Möglichkeit diese Ergebnisse zu kommunizieren. Wenn jedoch das Ziel darin besteht, dass PatientInnen ein spezifisches numerisches Risiko oder einen bestimmten Nutzen verstehen (z. B. die genaue Anzahl von PatientInnen, bei denen wahrscheinlich eine Nebenwirkung auftritt), kann eine Tabelle die gewünschte Wirkung haben. In vielen medizinischen Situationen sind jedoch beide Arten von numerischen Informationen wichtig, um sicherzustellen, dass PatientInnen mit unterschiedlichen Zahlenverständnis optimale Entscheidungen treffen können (Hawley et al. 2008).

Hawley et al. (2008) haben darauf hingewiesen, dass das Ausmaß, in dem PatientInnen dem Format vertrauen, in dem Informationen vermittelt werden, wahrscheinlich Einfluss auf die Aufnahme dieser Informationen hat und ob sie bei ihren medizinischen Entscheidungen genutzt werden oder nicht. PatientInnen neigen dazu, die einfachsten Methoden zur Aufnahme von gesundheitsbezogenen Informationen zu bevorzugen (Santesso et al. 2015).

Bei der Studie von Hawley et al. empfanden die TeilnehmerInnen das Tortendiagramm als am wenigsten vertrauenswürdig und wissenschaftlich und nahmen das Tabellenformat als am vertrauenswürdigsten und wissenschaftlichsten wahr. Dieses Ergebnis ist besonders bedeutend, da es sich hierbei wahrscheinlich um die am häufigsten verwendeten Darstellungsformen in öffentlichen Gesundheitsinformationen (z. B. Zeitschriften und Zeitungen) handelt. Wichtig ist auch, dass sowohl die Befragten mit niedrigem als auch mit hohem Zahlenverständnis das Piktogramm positiv bewerteten, was nahelegt, dass diese Darstellungsform zur medizinischen Entscheidungsfindung herangezogen werden kann. Diese Annahme, zusammen mit dem Ergebnis, dass das Piktogramm am besten numerisches und grundlegendes Wissen vermittelt, würde es als das empfohlene Format für die effektive Lieferung von Risiko- und Nutzeninformationen machen.

Santesso et al. (2015) hat aufgezeigt, dass das neue Format des *PLS* das Verständnis von Evidence verbessert, zugänglich und nutzbar ist und durch den logischen, einfachen Aufbau von PatientInnen als leicht lesbar empfunden wird. Wie auch bei Hawley et al. (2008) verwendet man bei dem neuen schriftlichen Format des *PLS* eine Tabelle, um das Schriftliche durch Zahlen zu stützen. Die TeilnehmerInnen gaben an, die vermittelten wissenschaftlichen Erkenntnisse, mithilfe einfacher Wörter, einer standardisierten Sprache und der zusätzlichen Verwendung von Tabellen, für medizinische Entscheidungen nutzen zu können. Die Ergebnisse zeigen, dass ein einfaches *PLS* Format von einem breiten Spektrum an PatientInnen bevorzugt wird. Die Ergebnisse bestätigen auch, dass die TeilnehmerInnen den Informationsfluss durch das Frage-Antwort-Format mochten und dies zum besseren Verständnis der Informationen beitrug. Daraus lässt sich schließen, dass die schriftliche Darstellung in Kombination mit graphischer Darstellung eine gute Möglichkeit ist, um Evidence mit PatientInnen und deren Angehörigen zu kommunizieren.

Mazor et al. (2007) untersuchte, ob die Kommunikation von Evidence durch andere Medien wie Videosequenzen besser sei als die statistische Darstellung. Anders als bei den Studien von Santesso et al. (2015) und Hawley et al. (2008) zeigten diese Ergebnisse keinen signifikanten Unterschied, dass es besser sei, Videosequenzen und statistische Darstellungen zu kombinieren. Da in der Studie von Mazor et al. (2007) nicht hervorgeht mit welcher graphischen Darstellung die Zahlen veranschaulicht wurden, könnte man annehmen, dass die Wahl des Diagramms nicht passend war. So werden Kreisdiagramme von TeilnehmerInnen mit gutem Zahlenverständnis genauso als schwierig zu interpretieren empfunden wie von TeilnehmerInnen mit schlechtem Zahlenverständnis (Hawley et al. 2008).

PatientInnenerzählungen, welche durch Videosequenzen dargestellt werden, werden von den PartizipantInnen als konkret, vertraut und lebendig betrachtet. Sie können Studienergebnisse einprägsamer, realistischer und verständlicher kommunizieren. Die Videosequenzen eliminierten jedoch nicht alle Wissenslücken oder falschen Überzeugungen von PatientInnen. Nichtsdestotrotz ist die Feststellung, dass die Videos positive Auswirkungen hatten, und dies legt nahe, dass weitere Forschung in diesem Bereich gerechtfertigt ist (Mazor et al. 2007).

Ein Problem, welches sich bei Mazor et al. (2007) und Santesso et al. (2015) aufzeigt ist, die Generalisierbarkeit der Ergebnisse. Laut Mazor et al. (2007) ist es nicht bekannt, ob die Ergebnisse auf PatientInnen verallgemeinert werden können, die in anderen Situationen behandelt werden. Santesso et al. (2015) sieht das Problem darin, dass die TeilnehmerInnen, Mitglieder einer Mehrheitsgruppe, aus einem einzigen geografischen Gebiet waren. Somit ist die Verallgemeinerbarkeit dieser Ergebnisse für Minderheitsgruppen oder andere geographische Regionen nicht bekannt. Diese Ergebnisse zeigen auf, dass weitere Forschung notwendig ist, um internationale Vergleiche aufstellen zu können.

Die Studien untersuchen unterschiedliche Methoden zur Kommunikation von Evidence und zeigen auf, wie wichtig es ist Informationen verständlich zu kommunizieren, damit sie von PatientInnen richtig aufgenommen werden. Alle inkludierten Studien behandeln jedoch die Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen und inkludieren nicht das diplomierte Pflegepersonal. Da die Kommunikation von Evidence eine zentrale Rolle

spielt und von Beginn einer Krankenhausaufnahme einen wesentlichen Faktor einnimmt, sollen auch diplomierte Pflegepersonen die untersuchten Kommunikationsmethoden vermittelt bekommen und diese bei Aufklärungsgesprächen anwenden. Dadurch kann man von Anfang an, Unklarheiten vermeiden und ermöglicht PatientInnen, fundierte Entscheidungen zu treffen, welche sie positiv für ihre Gesundheit nutzen können.

Die Entscheidungen, die getroffen werden sollten sich am Prinzip des *Shared Decision Making* orientieren. Das Konzept des *SDM* stellt das zu erreichende Ideal dar. Grundstock dafür ist natürlich eine ausgezeichnete und funktionierende Kommunikation zwischen ÄrztInnen, Pflegepersonal und PatientInnen. Handlungen, die gesetzt werden, sind wohl überlegt und vor allem im Austausch zwischen den oben genannten Personen passiert. Wenn man den Begriff *SDM* in die Deutsche Sprache übersetzt, so erklärt man zugleich auch die Vorgehensweise dieser Methode: Entscheidungen beziehungsweise der Entscheidungsfindungsprozess wird geteilt und somit lässt man verschiedene Meinungen und Ideen der ÄrztInnen, Pflegepersonen und PatientInnen einfließen. Durch die adäquate Aufbereitung der Ergebnisse kann dieser Prozess optimal unterstützt werden, das heißt durch die Verwendung von Videosequenzen, dem *PLS* - Format und Diagrammen.

4.1 Limitationen und Stärken

Als Stärke dieser Übersichtsarbeit ist zu nennen, dass bei der Auswahl der Studien auf eine hohe Qualität der Studien geachtet wurde. Es wurden keine Studien gewählt, welche unter 60% der Qualitätspunkte anhand des Beurteilungsbogens nach Hawker et al. (2002) erreichten. Die Limitationen dieser Übersichtsarbeit sind, dass die Literatursuche auf englisch - und deutschsprachige Studien begrenzt war und die Literaturrecherche nur in zwei Datenbanken stattgefunden hat. Dadurch könnte relevante Literatur übersehen worden sein.

5 Schlussfolgerung

Diese Übersichtsarbeit befasst sich mit dem außerordentlich wichtigen Thema, der Kommunikation von Evidence zwischen den ÄrztInnen, Gesundheitspersonal und den PatientInnen sowie deren Angehörigen. Drei unterschiedliche Kategorien konnten identifiziert werden: Zum einen die schriftliche Darstellung, die durch das PLS passiert. Zum anderen die PatientInnenerzählungen, die mithilfe von Videosequenzen durchgeführt werden. Die dritte Kategorie bildet die graphische Darstellung durch Diagramme. Basierend auf den Ergebnissen bilden die drei Kategorien effektive Methoden, um Evidence mit PatientInnen und deren Angehörigen zu kommunizieren. Das Ziel aller Methoden war, dass man PatientInnen die Möglichkeit gibt, wichtige medizinische und pflegerische Entscheidungen, basierend auf wissenschaftlicher Evidence, treffen zu können. Alle Methoden ermöglichen es dabei, PatientInnen über verschiedene gesundheitsbezogene Themen, welche durch Studienergebnisse gestützt sind, ausreichend darüber zu informieren, damit eben die oben genannten Entscheidungen in medizinischer und pflegerischer Hinsicht von den PatientInnen getroffen werden können. Die einzelnen Methoden weisen unterschiedliche Merkmale auf und müssen sorgfältig und für PatientInnen individuell ausgewählt werden. Dabei müssen die ÄrztInnen und das diplomierte Pflegepersonal das nötige Gespür aufbringen, welche Methode für die jeweilige Situation die angemessenste ist.

Die schriftliche Darstellung durch das neue *PLS* Format, welches durch Tabellen gestützt wird, erwies sich als eine sehr effektive Form um Evidence gut zu kommunizieren. Bezeichnend ist der einfache und klar definierte Aufbau dieser Methode. Der bereits genannte einfach strukturierte Aufbau ermöglicht es, die Informationen in einer logischen Reihenfolge an PatientInnen vermitteln zu können. Wenn die PatientInnen Schwierigkeiten beim Lesen haben, kann man auf Videosequenzen zurückgreifen. Die Videosequenzen sind für ÄrztInnen und das diplomierte Pflegepersonal eine gute Möglichkeit, effektiv Evidence, mit solchen PatientInnen kommunizieren zu können. Eine weitere Methode der Kommunikation von Evidence bildet die graphische Darstellung mit Hilfe von Diagrammen: Diese Methode setzt ein gewisses Maß an Verständnis für Zahlen und die Fähigkeit zur Interpretation von Diagrammen voraus. Ist dies der Fall, so stellt die

graphische Darstellung eine sehr wissenschaftliche und effektive Methodik der PatientInnenaufklärung bezüglich ihrer Behandlung und Pflege dar.

5.1 Empfehlungen für die Praxis

Damit Kommunikation von Evidence mit PatientInnen, aber auch deren Angehörigen stattfinden kann, müssen die Gesundheitsprofessionen ausreichend über Studienergebnisse informiert sein. Demnach ist die Grundvoraussetzung, dass das Gesundheitspersonal die Studien lesen, verstehen und interpretieren kann. Dies kann bereits in der Ausbildung vermittelt werden. Konkret muss der Bereich Kommunikation von Evidence ein fixer Bestandteil in der Ausbildung des Gesundheitspersonals sein. Wichtig ist auch, dass die Forschung evidenzbasiertes Wissen, verständlich für die Praxis zur Verfügung stellt. Dies kann in Form von evidenzbasierten Leitlinien erfolgen, die dabei helfen sollen, dass ÄrztInnen und das diplomierte Pflegepersonal diese Methoden auch auf andere medizinische, oder pflegerische Themen umlegen können.

5.2 Empfehlungen für die Forschung

Wie im zuvorgegangenem Absatz erwähnt, muss die Forschung vorallem dahingehend weiterbetrieben werden, dass man weitere Studien im Bereich Kommunikation von Evidence für das diplomierte Pflegepersonal durchführt. Es müsste ein breiteres Band an Studien geben, das sozusagen universaler auf verschiedene Krankheitsbilder, Behandlungsmethoden oder Pflegemethoden anwendbar ist. Die in dieser Übersichtsarbeit inkludierten Studien weisen noch ein gewisses Manko auf und zwar jenes, dass sie sich vorallem auf ÄrztInnen fokussieren. Wichtig wäre auch, wenn man Studien durchführen würde, die Methoden umfassen, welche vom diplomierten Pflegepersonal, die diese Methoden bei der Kommunikation zwischen Pflegepersonal und PatientInnen in Bezug auf pflegerelevante Themen, testen.

Literaturverzeichnis

Elwyn, G, Frosch, D, Thomson, R, Joseph-Williams, N, Lloyd, A, Kinnersley, P, Cording, E, Tomson, D, Dodd, C, Rollnick, S, Edwards, A, Barry, M 2012, "Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice", *Journal of General Internal Medicine*, vol. 27, no. 10, pp. 1361 - 1367.

Forchuk, C, Martin, M, Jensen, E, Ouseley, S, Sealy, P, Beal, G, Reynolds, W & Sharkey, S 2012, „Integrating an evidence-based intervention into clinical practice: ‘transitional relationship model’ ”, *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, no. 20, pp. 584-594.

Friesacher, H 1999, "Bedeutung und Möglichkeit von Diagnostik und Klassifikation in einer praktischen Wissenschaft", in Lauster, M, Drescher, A, Wiederhold, D & Menche, N (Hrsg.), *Pflege Heute*, 6. Auflage, Urban & Fischer, München.

Gust von Loh, S 2009, *Evidenzbasiertes Wissensmanagement*, 1. Auflage, Gabler Verlag, Wiesbaden.

Hawley, S, Zikmund-Fisher, B, Ubel, P, Jancovic, A, Lucas, T & Fagerlin, A 2008, "The impact of the format of graphical presentation on health - related knowledge and treatment choices", *Journal of Patient Education and Counselling*, vol. 73, pp. 448 - 455.

Lehmann, Y 2014, „Evidence – based nursing (EBN)“, in Lauster, M, Drescher, A, Wiederhold, D & Menche, N (Hrsg.), *Pflege Heute*, 6. Auflage, Urban & Fischer, München.

Mad, P, Felder- Piug, R & Gartlehner, G 2008, "Randomisiert kontrollierte Studien", *Wiener Medizinische Wochenschrift*, vol. 158, no. 7, pp. 234 - 239.

Mazor, K, Baril, J, Dugan, E, Spencer, F, Burgwinkle, P & Gurwitz, J 2007, "Patient education about anticoagulant medication: Is narrative evidence or statistical evidence more effective?", *Journal of Patient Education and Counselling*, vol. 69, pp. 145 - 157.

Merten, K 2013, *Kommunikation: Eine Begriffs-und Prozeßanalyse*, 35. überarbeitete Auflage, Springer-Verlag, 2013.

Messer, M 2016, "Das kleine Einmaleins der Literaturrecherche: Die richtige Suchstrategie", *Pflegezeitschrift*, no. 8, pp. 478 - 479.

Moher, D, Liberati, A, Tetzlaff, J & Altman, D 2011, "Bevorzugte Report Items für systematische Übersichten und Meta - Analysen: Das PRISMA Statement", *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, vol.136, no. 15, pp. 11.

Santesso, N, Rader, T, Stromme Nilsen, E, Glenton, C, Rosenbaum, S, Ciapponi, A, Moja, L, Pardo Pardo, J, Zhou, Q & Schünemann, HJ 2015, "A summary to communicate evidence from systematic reviews to the public improved understanding and accessibility of information: a randomized controlled trial", *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 4, no. 9, pp. 182 - 183.

Van Bekkum, J & Hilton, S 2013, "The Challenges of Communicating Research Evidence in Practice: Perspectives from UK Health Visitors and Practice Nurses", *BMC Nursing*, vol. 12, no. 17, pp. 1-2.

6 Anhang

Bewertungen nach dem Beurteilungsbogen von Hawker et al. (2002)

Patient education about anticoagulant medication: Is narrative evidence or statistical evidence more effective? (Mazor et al. 2007)

Gesamtergebnis: 31 Punkte = 86%

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. → Die wesentlichen Punkte sind vorhanden und gut gegliedert, im Abstract fehlt jedoch eine kurze Einleitung.

Poor: Inadequate abstract.

Very Poor: No abstract.

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. → Die Einleitung ist durch Absätze anschaulich gegliedert, Ziel und Forschungslücke werden gut beschrieben.

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.

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. → Der Methodenteil ist sehr gut durch Unterüberschriften gegliedert. Die Methode ist sehr gut und verständlich erklärt und durch Tabellen werden Auszüge aus den Fragebögen und den Video- Dialogen dargestellt, dies ermöglicht einen guten Einblick in die Vorgehensweise.

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.

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. → Man weiß genau darüber Bescheid wie PartizipantInnen ausgewählt wurden, jedoch fehlen Angaben zur Datensättigung.

Poor: Sampling mentioned but few descriptive details.

Very Poor: No details of sample.

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. → Der Vorgang der Datenanalyse wird genau beschrieben und ist schlüssig. Das Signifikanzlevel wird am Ende angegeben.

Fair: Qualitative: Descriptive discussion of analysis. Quantitative.

Poor: Minimal details about analysis.

Very Poor: No discussion of analysis.

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?

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. → Es werden keine Angaben zur Ethik gemacht. Die möglichen Störfaktoren werden kurz beschrieben.

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. → Der Ergebnisteil ist auch gut durch Unterüberschriften gegliedert. Die Ergebnisse sind verständlich beschrieben und durch Tabellen gestützt.

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. → Es wird angegeben, dass die Ergebnisse generalisierbar sind. Es sind jedoch mehr Forschungen notwendig, um Aussagen zu stärken.

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. → Es werden Praxisempfehlungen gegeben und es wird auch beschrieben, dass noch mehr Forschung notwendig ist, um stärkere Ergebnisse erzielen zu können.

Fair: Two of the above (state what is missing in comments).

Poor: Only one of the above.

Very Poor: None of the above.

A summary to communicate evidence from systematic reviews to the public improved understanding an accessibility of information: a randomized controlled trial (Santesso et al. 2015)

Gesamtergebnis: 30 Punkte = 83,3%

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. → Alle wesentlichen Punkte, bis auf den Hintergrund im Abstract sind vorhanden. Überschriften schaffen eine gute Übersicht.

Poor: Inadequate abstract.

Very Poor: No abstract.

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. → Der Hintergrund ist ausführlich beschrieben. Es wird auf frühere Forschung Bezug genommen, jedoch fehlt eine konkrete Beschreibung des Forschungsziels, sowie eine genaue Darstellung der Forschungslücke.

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.

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. → Der Methodenteil wurde ausführlich beschrieben. Man kann sehr gut nachvollziehen wie die Daten gesammelt wurden.

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.

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. → Details über Alter, Geschlecht, Bildung werden in einer Tabelle ausführlich dargestellt. Die Samplingmethode ist sehr gut nachvollziehbar. Die Rücklaufquote wird in den Ergebnissen angegeben.

Fair: Sample size justified. Most information given, but some missing

Poor: Sampling mentioned but few descriptive details.

Very Poor: No details of sample.

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. → gut beschrieben, man kennt sich aus, könnte aber etwas detaillierter sein.

Poor: Minimal details about analysis.

Very Poor: No discussion of analysis.

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?

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. → Kurze Erwähnung über Zustimmung des Ethikkomitees, Bias werden nicht angegeben.

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. → Ergebnisse sind verständlich beschrieben und durch werden durch Tabellen veranschaulicht.

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. → Es wird mehr Forschung benötigt, um es Vergleichen zu können.

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. → Es werden Praxisempfehlungen, sowie Forschungsempfehlungen gegeben. es wird auch angegeben, dass bereits weitere Studien durchgeführt werden.

Fair: Two of the above (state what is missing in comments).

Poor: Only one of the above.

Very Poor: None of the above.

The impact of the format of geographical presentation on health- related knowledge and treatment choices (Hawley et al. 2008)

Gesamtergebnis: 30 Punkte = 83,3 %

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. → Die Einleitung fehlt im Abstract, ansonsten ist alles vorhanden und gut strukturiert.

Poor: Inadequate abstract.

Very Poor: No abstract.

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. → Die Einleitung ist von generell zu spezifisch aufgebaut und verständlich. Der Hintergrund ist ausführlich, Ziel und Forschungslücke sind ebenfalls vorhanden.

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.

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. → Der Methodenteil ist gut strukturiert und klar ersichtlich. Die Datensammlung ist ebenfalls gut beschrieben.

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.

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 → gute Beschreibung der Samplingmethode, jedoch fehlen Angaben zur Datensättigung. Es wird auch keine Rücklaufquote angegeben.

Poor: Sampling mentioned but few descriptive details.

Very Poor: No details of sample.

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. → Die Datenanalyse wurde ausführlich und nachvollziehbar beschrieben.

Fair: Qualitative: Descriptive discussion of analysis. Quantitative.

Poor: Minimal details about analysis.

Very Poor: No discussion of analysis.

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?

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. → Die Zustimmung der Ethikkommission wird kurz erwähnt, Bias fehlen.

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. → Verständlicher Aufbau, gute Gliederung durch Überschriften.

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. → Vergleiche mit bestehender Literatur werden durchgeführt, könnte jedoch genauer sein.

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). → Praxisempfehlungen werden kurz angegeben, Forschungsempfehlungen sind nicht vorhanden.

Poor: Only one of the above.

Very Poor: None of the above.